

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FARMACEUTICKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

Katedra sociální a klinické farmacie

PODPORA ZDRAVÍ V LÉKÁRNĚ
HEALTH PROMOTION IN COMMUNITY PHARMACY

Diplomová práce

Vedoucí katedry: Prof. RNDr. Jiří Vlček, CSc.
Vedoucí diplomové práce: PharmDr. Jitka Pokladníková, Ph.D.

Prohlášení:

Prohlašuji, že tato práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerá literatura a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, jsou uvedeny v seznamu použité literatury a v práci řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Hradci Králové

Dne..... Podpis.....

Poděkování:

Děkuji vážené PhDr. Evě Křížové a MUDr. Ludmile Bendové za cenné zdroje informací, které mi pomohly k sepsání této diplomové práce. Děkuji dále své vedoucí PharmDr. Jitce Pokladníkové, Ph.D.

Abstrakt

Univerzita Karlova v Praze, Farmaceutická fakulta v Hradci Králové

Katedra sociální a klinické farmacie

Studentka: Veronika Fořtová

Školitel: Jitka Pokladníková

Název diplomové práce: Podpora zdraví v lékárně

Hlavním cílem práce je vyhodnocení dotazníkového šetření mezi farmaceutickými pracovníky ve vztahu k možnostem využití jiných přístupů v péči o zdraví a vyhodnocení překážek bránících většímu rozvoji těchto přístupů.

Teoretická část práce obsáhle popisuje problematiku otázek zdraví a podpory zdraví. V další části se věnuje představení jiných přístupů ke zdraví, popisu člověka jako celistvé bytosti a jako vztahové bytosti, komplementární a alternativní medicíny, popisu tradiční čínské medicíny.

Experimentální část práce popisuje výchozí podmínky pro realizaci dotazníkového šetření a v rámci výsledků popisuje informace vyplývající z dotazníkového šetření v rozdělení podle několika různých aspektů (velikost města, věková kategorie respondentů, délka praxe apod.).

V diskuzi je z teoretické části shrnuto, že bio-psycho-sociální přístup rozvíjí psychosomatická medicína. Tento celistvý pohled se shoduje s výchozí definicí zdraví, resp. záměrem, popisovaným v Ústavě WHO. Psychosomatika byla v ČR zahrnuta mezi nadstavbové obory Vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 286/2013 Sb. Léčba chronických potíží je velmi nákladná a představuje značnou finanční zátěž. Takových pacientů stále přibývá, hovoří se až o 40 % ze všech pacientů přicházejících do ordinací lékařů a posléze i lékáren. V diskuzi je dále rozebrána i otázka vzdělávání lékárníků a jejich další specializace.

Dále jsou v diskuzi shrnuty poznatky z provedeného průzkumu v experimentální části práce mezi lékárníky. Zdůrazněny jsou překážky v poskytování poradenství a doporučení respondentů i otázky vzdělávání farmaceutických pracovníků.

Závěr práce je věnován otázce rozvoje jiných metod přístupu k péči o zdraví a jeho pozitivnímu vlivu.

Abstract

Charles University in Prague, Faculty of Pharmacy in Hradec Králové

Department of Social and Clinical pharmacy

Student: Veronika Fořtová

Supervisor: Jitka Pokladníková

Title of diploma thesis: Health promotion in community pharmacy

The main aim of this diploma thesis is the evaluation of the questionnaire survey among the pharmacists in a relation to the alternative approaches to the health care, and the evaluation of the obstacles that are hindering greater development of these approaches.

The theoretical part describes issues connected with health and health promotion. The next part is focused on alternative approaches to health, describing human as a whole being and relationship being, complementary and alternative medicine, and on describing traditional Chinese medicine.

The research part is describing initial conditions for the implementation of the questionnaire survey and describes information resulting from this survey divided into several different aspects (city size, age category of respondents, length of their experience etc.).

In the discussion part, the theoretical part is summarized that the bio-psycho-social approach is developed by the psychosomatic medicine. This integral view coincides with the initial definition of health, respectively with the intent described in WHO Constitution. Psychosomatics was included into superstructure disciplines in the Czech Republic by the Decree of the Ministry of Health No. 286/2013 Coll. Treatment of chronic illness is very expensive and represents considerable financial burden. Number of patients with these kind of illnesses is still growing, up to 40 % of all patients coming to see doctors and pharmacies. The discussion part also focuses on the issue of pharmacists' education and their further specialization.

Furthermore, the discussion part summarizes the findings from the research done between the pharmacists. Emphasis is placed on the obstacles in the provision of consulting, respondents' recommendation, as well as on the education the pharmaceutical staff.

The conclusion of the thesis is devoted to the development of alternative approaches to the health care and its positive influence.

OBSAH

1. SEZNAM ZKRATEK	9
2. ÚVOD A CÍLE PRÁCE	10
3. TEORETICKÁ ČÁST	11
3.1. Zdraví a člověk.....	11
3.1.1. Co je zdraví.....	11
3.1.2. Noema zdraví - mnohoznačnost či ústřední bod.....	12
3.1.3. Etymologický původ slova zdraví	12
3.1.4. Zdraví je celek	13
3.1.5. Zdraví v přístupu zaměřeném na člověka.....	14
3.1.6. Paradigma lidského člověka jako autopoietického systému.....	16
3.1.7. Definice zdraví dle WHO	16
3.1.7.1. Klady definice WHO	17
3.1.7.2. Zápory definice WHO.....	17
3.1.7.3. Rozšíření WHO definice zdraví.....	18
3.1.8. Ekvita - hodnotový základ evropské zdravotní politiky	18
3.1.9. Determinanty zdraví a jejich definice.....	19
3.1.9.1. Hlavní skupiny determinant zdraví.....	19
3.1.9.2. Kvantifikace vlivu takto definovaných determinant na zdraví	20
3.1.9.3. Nové členění determinant zdraví	20
3.2. Podpora zdraví	21
3.2.1. Definice podpory zdraví	21
3.2.2. Cíl podpory zdraví	22
3.2.3. Zásadní publikace podpory zdraví.....	22
3.2.4. Geneze podpory zdraví.....	23
3.2.5. Ottawská charta podpory zdraví	24
3.2.6. Základní opatření podpory zdraví.....	24
3.3. Jiné přístupy ke zdraví a nemoci	25
3.3.1. Psychosomatická medicína a její charakteristiky	25
3.3.2. Rodinná terapie.....	27
3.3.3. Salutogenetický přístup ke zdraví a nemoci	28
3.4. Člověk jako celistvá bytost	31
3.4.1. Člověk v současném světě.....	31
3.4.2. Bio-psycho-sociální model	32

3.4.2.1.	Bio-psycho-sociálně-spirituální model	34
3.4.3.	Vztahovost	35
3.4.3.1.	Daseinsanalytické chápání fenoménu nemoci	35
3.4.3.2.	Psychosomatické onemocnění a vztahové možnosti	36
3.4.4.	Hermeneutické rozkrývání nemoci.....	37
3.4.5.	Člověk a spiritualita.....	37
3.4.5.1.	Vymezení pojmu spiritualita.....	38
3.5.	Komplementární a alternativní medicína	38
3.5.1.	Zájem o nekonvenční medicínu v 21. století.....	38
3.5.2.	Nekonvenční medicína	39
3.5.2.1.	Komplementární medicína.....	40
3.5.2.2.	Alternativní medicína.....	40
3.5.2.3.	Alternativní v 21. století	41
3.5.3.	Důvody využití nekonvenční medicíny klienty	41
3.5.4.	Směry KAM	41
3.6.	Člověk jako vztahová bytost	44
3.6.1.	Člověk z pohledu filosofie dialogu.....	44
3.6.2.	Podmínky terapeutického vztahu v přístupu zaměřeném na člověka	45
3.7.	Tradiční čínská medicína v celostním pojetí člověka	47
3.7.1.	Tradiční čínská medicína - úcta k přírodním zákonům	47
3.7.2.	Tradiční čínská medicína a západní medicína	48
4.	EXPERIMENTÁLNÍ ČÁST	49
4.1.	Metodika	49
4.2.	Sběr dat.....	49
5.	VÝSLEDKY	50
5.1.	Demografické údaje respondentů.....	50
5.2.	Procentuální zastoupení poskytovaných služeb v lékárnách.....	53
5.3.	Nejdůležitější překážky v poskytování poradenství.....	54
5.4.	Míra překonání překážek v poradenské činnosti.....	58
5.5.	Jak často jsou doporučována k samoléčení pacientovi	60
5.6.	Jaká úprava životního stylu a jak často je doporučována pacientovi k samoléčení 61	
5.7.	Jak často je ke klasické léčbě (LP na Rx) (léčivý přípravek na recept) doporučováno pacientovi navíc	62

5.8. Jaká úprava životního stylu a jak často je doporučována pacientovi ke klasické léčbě 63

6. DISKUZE	64
7. ZÁVĚR.....	67
8. SEZNAM LITERATURY.....	69
9. SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK	73
10. PŘÍLOHY	76

1. SEZNAM ZKRATEK

BPSS	Bio-psycho-sociálně-spirituální model
CAM	Complementary and alternative medicine
ČR	Česká republika
DZ	Determinanty zdraví
H+	Total Health
H-	Total absence of Health
HFA	Health for All
HP	Health promotion
KAM	Komplementární a alternativní medicína
L	Lékárnici
MUS	Medically unexplained symptoms
PZ	Podpora zdraví
RT	Rodinná terapie
SOC	Sense of coherence
SZO	Světová zdravotnická organizace
TČM	Tradiční čínská medicína
UEMS	Union Européenne des Médecins Spécialistes The European Union of Medical Specialists
WHO	World Health Organization
ZP	Zdravotní péče

Úvodní část Motto:

„K etice dialogu patří vzdát se monopolu na pravdu.

Vzdát se monopolu na pravdu neznamena vzdát se pravdy, nýbrž spíše stát se pravdivější; umět se v pokoře ponořit do hloubky pravdy, zakusit, že je hlubší, širší, dynamičtější než naše rybníčky, které jsme dosud za jedinou pravdu uznávali.“

Tomáš Halík: Žít v dialogu

2. ÚVOD A CÍLE PRÁCE

Zdraví je základním lidským právem. „Příběh každého člověka a každé nemoci je z celostního pohledu unikátní. Hledání osobní cesty ke zdraví je novým mottem.“ (1) Ptám se, zda může stát i u zrodu nového pohledu na profesi lékárníka.

Ve své práci čerpám též z humanistických oborů, zejména pak humanistické psychologie Carla Rogerse. Jeho přístup zaměřený na člověka klade důraz na vztah mezi pomáhajícím a klientem. Je založený na nedirektivním přístupu. V každém člověku jsou podle něj sebeaktualizační tendence, které umožňují osobnostní rozvoj a posilují zdraví.

Neopomím ani význam nekonvenční medicíny v postmoderní době a její místo v životě dnešního člověka. „Mnoho výzkumů, realizovaných v posledních desetiletích, prokázalo, že popularita alternativní medicíny na celém světě roste a i v evropském kontextu ji lze považovat za dlouhodobě etablovaný fenomén. V západních zemích využívá nekonvenční medicínu mezi 20-50% populace (Fischer 1994:107).“ (1, 74)

Osobnost jako terapeutický nástroj. Ptám se, zda může lékárník tuto novou roli naplnit, zda je holistický přístup ve zdravotnickém zařízení lékárny možný.

Ukázat tak na možnost nového celostního přístupu k pacientovi - klientovi - člověku¹.

¹ Pokud nazýváme člověka klientem, naznačujeme tím, že jeho nepohoda je jen dočasným stavem a že on sám hraje důležitou roli v jejich odstraňování. Pokud člověka, který žádá o pomoc, označíme za "pacienta", přispějeme tak spíše k jeho problému než řešení. Tyto nálepky fungují jako sociální konstrukty a automaticky postaví člověka do pasivní a závislé role.

Označení "pacient" přesouvá pozornost na lékaře či lékárníka, který získává moc a kontrolu a přebírá zodpovědnost za jeho zdraví. Pacient se dostává na dno pomyslné pyramidy a stává se pouhým příjemcem pomoci, který primárně nerozhoduje o svém vlastním zdraví. (Zucconi, 2008)(73)

Z výše uvedeného vyplývají následující cíle této diplomové práce:

Prvním cílem této diplomové práce je představit otázku zdraví jako mnohodimenzionální fenomén a otázku podpory zdraví.

Druhým cílem je představit jiné přístupy ke zdraví, popis člověka jako celistvé bytosti a jako vztahové bytosti, postupy komplementární a alternativní medicíny, popis tradiční čínské medicíny.

Třetím cílem, který úzce souvisí s předchozím cílem, je vyhodnocení dotazníkového šetření mezi farmaceutickými pracovníky ve vztahu k možnostem využití jiných přístupů k péči o zdraví a vyhodnocení překážek, které tomuto využití brání.

3. TEORETICKÁ ČÁST

3.1. Zdraví a člověk

Nemoci jsou spjaté s životem člověka odedávna, i když život sám se může vyvíjet jen tehdy, pokud zdraví představuje dominantní princip. Předpokládáme, že lidé jsou spíše zdraví než nemocní a že příroda vnější i vnitřní, pokud se má zachovat a reprodukovat, tak musí plodit a udržovat jedince spíše zdravé než nemocné. (1)

„Je možné složitě diskutovat o tom, jaký rozsah zdraví je nutný k životní aktivitě a k zachování kvality života (Křížová 2015).“ (1)

3.1.1. Co je zdraví

Zdraví jedince je jedním ze zásadních předpokladů k tomu, aby se člověk rozvíjel vyrovnaně, aby zvládal požadavky vývojových etap od časného dětství až po stáří a aby prožíval produktivní, společensky prospěšný a osobně šťastný život. (2)

„Pojem zdraví se intuitivně zdá zcela zřejmý a neproblematický. Jedná se však o jev velmi komplexní a obtížně definovatelný. Zdraví je v čase proměnlivé, má řadu indikátorů biologických a objektivně zachytitelných, ale snad ještě více složek subjektivních, podmíněných osobnostně, sociálně, historicky (Břicháček et al. 2006).“ (2)

Zdraví nesouvisí jen se somatickou dimenzí, ale zahrnuje rovněž psychiku, prožívání, sociální vazby, vztah k sobě i druhým. Zdraví se týká i toho, co nás přesahuje, ať již je to příroda, vesmír či duch. (1)

„Vztahy mezi zdravím, chováním a prostředím jsou stále více odkrývány, ale zdraví si přesto uchovává svůj tajemný ráz jisté nevyzpytatelnosti, neboť leckdy nerespektuje statistické pravděpodobnosti a příčinné vztahy, ty nejsou lineární ani logické: Je obtížné pochopit, proč onemocní člověk se zdravým chováním ve zdravém a harmonickém prostředí, a naopak, jak si někdo udržuje alespoň tělesnou kondici v poškozených podmínkách (Křížová 2015).“ (1)

3.1.2. Noema zdraví - mnohoznačnost či ústřední bod

Na zdraví se můžeme dívat z různých aspektů. Rozdílné aspektuality, přístupy, přiblížení k věci, jež je středem, ústředním bodem, jsou pak základem pro mnohoznačnost. (4)

„Jedná se vlastně o noetické určenosti, které směřují k noematu a přitom noema spoluurčují (Hogenová 2012).“ (4)

Každá věda vymezuje člověka jinak a každá si myslí, že je její kritérium konečné. Soustředíme-li se na praktické užívání, nacházíme se v techné. Soustředíme-li se na praktické ve vztahu k našemu osobnímu pobytu, pak mluvíme o frónésis. Orientujeme-li se na aiton (příčiny), pak se nacházíme v sofía. Pokud se orientujeme na sebepoznání, nalézáme se v theoría - v sofía. (4)

„Neexistuje žádný vyšší druh vědění než je sofía. Jen sofía může odstraňovat mnohoznačnost. Jestliže věda připustí jednotlivé, pak má tolik absolutních pravd jako je jednotlivých věcí (Hogenová 2012).“ (4)

3.1.3. Etymologický původ slova zdraví

Zdraví je jedním z významných předpokladů plnohodnotného a skutečně kvalitního lidského života. Zaručuje rovněž ekonomický a sociální rozvoj. (5)

V dějinách lidské kultury je vždy kladeno na první místo stupnice hodnot. Nemělo by však tvořit cíl života, ale každodenní součást smysluplného žití. (5)

„Zdraví (od latinského slova salus = zdraví, blaho, štěstí; valetudo = zdraví, zdravotní stav) je pojem různých obsahů, od abstraktních po konkrétní. Slovo zdraví původně znamenalo celek (od řeckého slova holos = celý, celek). Tento pojem celku se dnes objevuje opět v názvu směru, který chápe zdraví a péči o něj z podstatně širšího hlediska, tzv. holizmus (od anglického slova whole = celek) (Machová 2015).“ (5)

3.1.4. Zdraví je celek

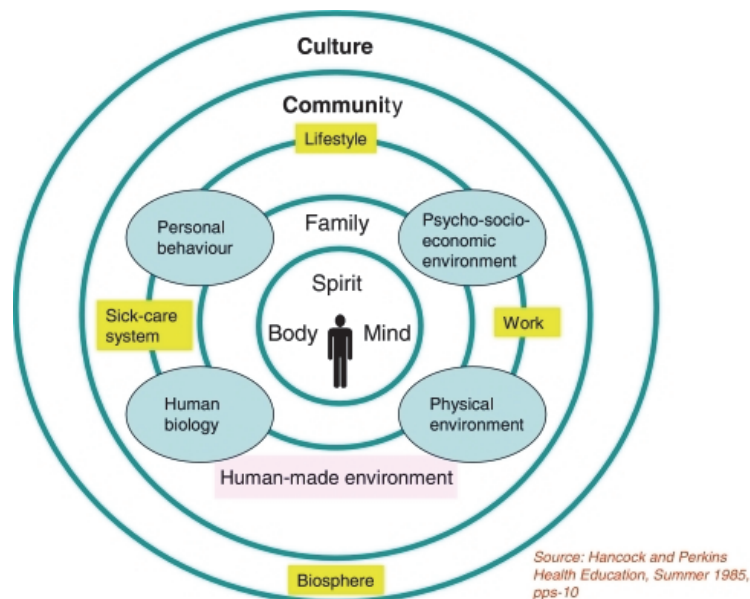
„S rozvojem molekulární a evoluční biologie si víc a víc uvědomujeme komplikovanost sítí vztahů mezi jednotlivými organismy v biosféře. Každý druh ve své existenci životně závisí na jiných druzích a ty zase na dalších. S nástupem epigenetiky a epigenetické dědičnosti vzniká představa, že prostředí změnu nejen vybírá, nýbrž především vytváří a že tato změna se různými mechanismy může dědit. Člověk není tedy izolován od okolní přírody. Je její součástí v mnohem silnějším smyslu než jsme si kdy mysleli“ píše M. O. Vácha ve svém abstraktu Zdraví je celek. (6)

„Slovo zdraví (health) má stejné indoevropské kořeny jako slovo „vyléčit se“ (heal), „celek“ (whole), nebo dokonce „svatý“ (holy). Být „healthy“ znamená v literatuře totéž co „to be whole“; uzdravit (to heal) pak učinit někoho celkem (to make whole) (Berry 1995).“ (6, 7)

„Zdraví je členství v komunitě“ (v originále „Health is Membership“), tak zní volně přeložený název přednášky, kterou pronesl Wendel Berry v roce 1994 na konferenci „Spiritualita a léčení“. (6, 7)

Primární idea je prostá, značně environmentální a psychosomatická. Vše je spojeno. To vidíme na Obr. 1. Lékaři se věnují poškozenému tělu, psychosomatičtí a rodinní terapeuti zkoumají širší okruh rodiny, ale zdraví souvisí i se stavem společnosti, přírody, planety jako takové, tj. se zdravím celého vesmíru. (6)

„O našem duševním, sociálním a psychosomatickém zdraví či nemoci rozhodují podpůrné a patogenní momenty individuálního životně historického prostředí, které je však přirozeně zakotveno v odpovídajících časových a celospolečenských poměrech. Emocionálně nezdravá prostředí vedou k takovým vnitřním duševním modelům mezilidských vztahů, které podstatným způsobem uhýbají od běžné základní pozice vytváření vazeb a diferenciací (Tress 2008).“ (9)



Obr. 1 The mandala of health: a model of the human ecosystem

Mandala zdraví: Model lidského ekosystému

Převzato z: Hancock a Perkins (1985)

„Člověk je člověku výzvou.“

(James Bugental)

3.1.5. Zdraví v přístupu zaměřeném na člověka

Přístup zaměřený na člověka, jehož inspirátorem je Carl Rogers, řadíme do hnutí humanistické psychologie. Významně se lišil od v té době převládajících přístupů behaviorismu (1. cesta) a psychoanalýzy (2. cesta). Abraham Maslow jej označil jako třetí cestu v americké psychologii. (8)

Jedna z mnoha revolučních myšlenek Carla Rogerse souvisí s jeho konceptem lidského zdraví. „Rogers vychází z předpokladu existence aktualizační tendence projevující se jako tendence k růstu, rozvoji a směřování k optimálnímu fungování. Proto se jeho pozornost zaměřuje na to, co v člověku funguje a jak lze podpořit jeho zdravé síly (Šiffelová 2010).“ (8)

Rogers se díval na člověka očima společenských věd a jeho přístup ke zdraví zrcadlí humanistický a holistický obraz člověka. Nabízí alternativní paradigma k medicínskému modelu. Ten neodsuzuje, ale ptá se, zda je skutečně aplikovatelný na psychické potíže a napomáhá jejich porozumění. (8)

„Terapie zaměřená na člověka může být stále efektivním způsobem, jak pomoci lidem žít plněji se svými problémy (Joseph et al. 2005, In Šiffelová 2010).“ (8, 59)

Vychází z hypotézy, že v lidské bytosti je hluboce zakořeněná organistická snaha dávat svému životu smysl a konstruktivně řešit své problémy, především tehdy, má-li k dispozici empatický a kongruentní vztah, který ji podporuje a oceňuje.

Většina děl z oblasti Přístupu zaměřeného na člověka se orientuje na zdraví a aktualizaci, méně na nemoc a psychopatologii. Postoj ke zdraví není založen na deficitním modelu nemoci, ale zdůrazňuje pozitivní a tvořivé síly v jedinci (Obr. 2). (8)

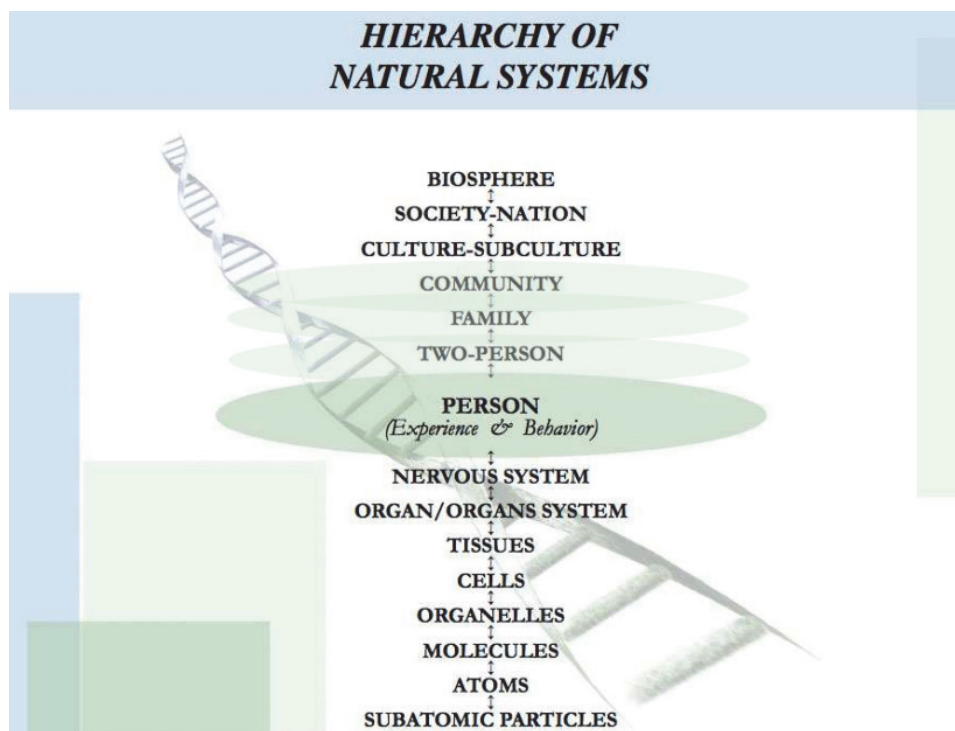
„Nemoc vzniká výběrem nevhodných parametrů organismu, které se však z jiného nereflektovaného důvodu mohou jevit jako výhodné. Tento výběr je prováděn vyšší organizační strukturou, ať již na úrovni subcelulárně-celulární, celulárně-orgánové nebo orgánově-organismické, individuálně-sociální atd. (Chvála a Trapková 2012) (Obr. 2).“ (11)

Bude-li existovat jedna jediná příčina problému, projeví se u každého člověka jedinečným způsobem. Nikdy nebudou dva stejné případy. Proto Přístup zaměřený na člověka navrhuje jediné východisko: terapeutické podmínky.

„Ty se projeví vždy v jedinečném vztahu dvou jedinečných lidí (Šiffelová 2010).“ (8)

„Nejdůležitější vztah je ten, který máš sám se sebou“

(Jiří Hamerský)



Obr. 2 The hierarchy of natural systems

Hierarchie přírodních systémů

Převzato z: Engel (1980)

„Až dosud stojí zcela mimo pozornost silná zátěž moderního zdravotnictví pro životní prostředí, neboť masové objemy léků jsou do přírody vylučovány či vyhazovány. Nejen tato vnější příroda, ale i vnitřní příroda v nás, imunita, jež je naším fylogenetickým a ontogenetickým dědictvím a zároveň klíčem ke zdraví, může být narušena v důsledku léčení.“

(Stíny moderní medicíny, Eva Křížová)

3.1.6. Paradigma lidského člověka jako autopoietického systému

„Naše psychika se vyvíjí genotypicky i fenotypicky ve velmi složitém zpětnovazebném procesu interakcí se somatickou sférou. V podstatě „jedno jsou“ v procesu autopoietického samovznikání a kybernetické sebekontroly a vzájemné kontroly (Růžička et al. 2006).“ (10)

Živý autopoietický systém organizuje sám sebe, reguluje si své samovznikání. Jedinec tak v koevoluci s prostředím formuje svůj svět, jehož jedinečnost spočívá ve sdílení. „Přizpůsobuje se, ale také přizpůsobuje si - mění svým způsobem existence své prostředí (Růžička et al. 2006).“ (10)

Naše chování disponuje vždy účelným směrem, intencí. Orientuje se pomocí kraniokaudální osy. Odehrává se v sociálních vztazích i hodnotových významech, a to v tělesném, ale i psychickém smyslu. (10)

„Jedinec je tedy autopoietický systém vzniklý biologicky, mentálně sesouladněný a sociálně modulovaný. Je součástí vztahové sítě biologické, intersubjektivní a sociální. Můžeme psychickou a sociální síť nadřadit biologické, ale s vědomím, že pracujeme s komplexitou, příliš složitou skutečností, abychom ji mohli takto jednoduše interpretovat i pochopit. Mimo jiné proto, že jsme zároveň její součástí (Růžička et al. 2006).“ (10)

The Constitution of the World Health Organization, which came into force on April 7, 1948, defined health “as a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”

3.1.7. Definice zdraví dle WHO

V současnosti celosvětově uznávaná a nejčastěji citovaná definice Světové zdravotnické organizace (dále česky SZO nebo anglicky WHO - World Health Organization) popisuje zdraví „jako stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, ne pouze jako nepřítomnost nemoci či vady.“ (70)

Nejedná se o definici v pravém slova smyslu, je to jeden z odstavců Ústavy WHO pojímaný při svém vzniku spíše jako představa záměru, na který by se měla WHO orientovat. (12)

Tento postulát stojí v úvodu Preambule k Ústavě WHO, která byla přijata na Mezinárodní konferenci ke zdraví v New Yorku v roce 1946 a oficiálně vstoupila v platnost v roce 1948. (70, 12)

3.1.7.1. Klady definice WHO

- „Definice WHO ukazuje na zdraví jako na kladnou, obecně žádoucí hodnotu.
- Definice WHO naznačuje, že zdraví je více než nepřítomnost (absence) nemoci.
- Definice WHO ukazuje, že zdraví není jen otázkou fyzického zdraví, ale zahrnuje i problematiku duševního (psychického) zdraví a zdravých vzájemných vztahů mezi lidmi (sociální zdraví).
- Definice zdraví v pojetí WHO má motivační charakter. Naznačuje cíl, k němuž by měla směřovat snaha všech, kteří se zabývají problematikou zdraví a odstraňování nemocí.
- Definice zdraví WHO je velice jednoduchá a pro svou jednoduchost a stručnost snadno lidi „chytne“ a dá se dobře zapamatovat (Seedhouse 1995, In Křivohlavý 2009).“ (13)

3.1.7.2. Zápory definice WHO

- „Definice zdraví WHO opomíjí stav, který je vyjadřován anglickým termínem „illness“. Tímto termínem se vyjadřuje stav, kdy člověku „není dobře“ - vyjádřeno v české lidové terminologii. Jde o negativní subjektivní pocit člověka, kterého něco bolí, ale neví se, co by mohlo být příčinou takového pocitu, neboť se nedá objektivně zjistit, proč by ho mělo něco bolet. Jde o kvalitativní jev, který není kvantifikovatelný objektivními nálezy.
- Je to subjektivní, psychologický údaj, který leží mimo zájem klasické, biologicky (objektivně-materiálně) orientované medicíny. S tímto jevem se často setkáváme často dříve, než propukne nemoc v plné šíři a hloubce.
- Definice WHO opomíjí duchovní oblast člověka, tj. nehovoří o duchovním (spirituálním) zdraví. Duchovní oblast jako sféra osobního zaměření v oblasti

hodnot. Je třeba respektovat také oblast zdravých ekologických, sociálních, politických či náboženských cílů.

- Definice WHO nedefinuje termíny, kterých používá - např. co rozumí termínem „well-being“, „complete“, „physical, mental, social well-being“.
- Definice WHO nedefinuje kritéria ideálu, který stanoví.
- Ideál zdraví je nepraktický. Je postaven nerealisticky. Je-li takto definované zdraví cílem, pak je třeba si uvědomit, že takto definovaného cíle není možno nikdy dosáhnout. Tím, že staví ideál zdraví až příliš „vysoko“, ukazuje každému člověku, že jeho zdravotní stav je vlastně nedokonalý (Seedhouse 1995, In Křivohlavý 2009).“ (13)

3.1.7.3. Rozšíření WHO definice zdraví

Definice zdraví se dále upřesňuje a doplňuje. To dokládá program WHO Zdraví pro všechny do roku 2000 (Health for All, HFA), který byl přijat v roce 1977. Charakteristika zdraví zde byla popsána jako schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život. Zdraví již není cílem samo o sobě a stává se prostředkem k vytváření harmonického vývoje člověka. (14)

Další posun nastává v roce 1999 přijetím nového programu WHO s názvem Zdraví pro všechny v 21. století (HFA 21, Zdraví 21). Zdraví je v definici vymezeno jako „snížení úmrtnosti, nemocnosti a postižení v důsledku zjištěných nemocí a poruch a nárůst pocíťované úrovně zdraví.“ Dokument dále popisuje zdravotní potenciál jako „nejvyšší stupeň zdraví, kterého může jednotlivec dosáhnout.“ Potenciál zdraví je vymezen možností starat se o sebe i o druhé, schopností činit vlastní rozhodnutí a mít kontrolu nad svým životem. Společnost má vytvořit podmínky k tomu, aby jedinci byli s to potenciál zdraví uplatnit. (16)

„Jestliže je jedno slovo, které by mělo vyjádřit hodnoty předznamenávající budoucnost zdravotní péče, pak je to ekvita“

(John H. Bryant)

3.1.8. Ekvita - hodnotový základ evropské zdravotní politiky

„Ekvita (equity) znamená spravedlnost, spravedlivost, opírající se spíše o lidskou slušnost než o literu zákona (Holčík 2015).“ (15)

Ekvita je jednou z klíčových kategorií zdravotnické etiky. Etické problémy je nezbytné studovat a zvládat v mnoha oblastech medicíny. Etickým aspektům rozhodování a jednání by měla být v demokratickém systému zdravotní péče věnována náležitá pozornost. (12, 15)

Pracovní definice publikovaná WHO říká: „Ekvita ve zdraví znamená, že v ideálních podmínkách by každý měl mít stejnou příležitost dosáhnout svého plného zdravotního potenciálu a nikdo by neměl být znevýhodněn při jeho dosahování, lze-li se ovšem takovému znevýhodnění vyhnout (Holčík et al. 2015).“ (15,17,18)

Ekvita však není jen teoretickou kategorií mravní filozofie, je i jednou z nejdůležitějších charakteristik systému zdravotní péče (ZP), a to zejména pokud jde o humánní kvality.

V kontextu programu Zdraví 2020 Ekvita znamená, že všichni lidé mají právo na rovné možnosti rozvíjet a udržovat svůj plný zdravotní potenciál. (12, 15)

Ekvita představuje hlavní princip programu Zdraví 21, ale plného významu nabývá ve spojení s dalšími etickými zásadami programu Zdraví 21 - solidarita, trvalá udržitelnost, vlastní účast a etická volba. Zapojení těchto principů do praxe představuje náročnou, ale nezbytnou společnou práci. Ta se zakládá na těchto humánních hodnotách a přispívá k důstojnému a zdravému životu. (12, 15)

3.1.9. Determinanty zdraví a jejich definice

Determinanty zdraví lze definovat jako „osobní, společenské a ekonomické faktory a faktory životního prostředí, které se vzájemně ovlivňují a zároveň významně ovlivňují zdravotní stav jedince nebo společnosti (Nutbeam, 1998).“ (60)

3.1.9.1. Hlavní skupiny determinant zdraví

Přímé determinanty zdraví s bezprostředním dopadem na zdraví člověka cituji níže:

1. **„Životní styl** - životní úroveň, sociální faktory, nezaměstnanost, způsob práce, stres, úroveň vzdělání, způsob stravování, pohybová aktivity, abusus drog či alkoholu, kouření, postoj k vlastnímu zdraví a péče o něj, osobní hygiena, sexuální chování, spotřební chování.
2. **Životní a pracovní prostředí** - ovzduší, voda, půda, hluk, elektromagnetické záření, klimatické podmínky, potravinový řetězec, výrobní technologie, pracovní prostředí, předměty běžného užívání, bydlení, služby, doprava, urbanistika.

3. **Péče o zdraví a zdravotnictví** - rozvoj medicíny a lékařské techniky, zdravotní politika, dostupnost zdravotní péče, zdravotnický systém, úroveň zdravotnictví, organizace financování a řízení zdravotnictví
4. **Genetický základ** - vrozené vady, dispozice ke vzniku nemoci, úroveň intelektových schopností, rozdíly ve zdraví mužů a žen (Komárek 2013).“ (63)

3.1.9.2. Kvantifikace vlivu takto definovaných determinant na zdraví

WHO diferencovala DZ na základě jejich vlivu na zdraví následovně (Obr. 3):

- Životní styl 50%
- Genetický profil 20%
- Životní a pracovní prostředí 20%
- Zdravotní péče 10% (62)



Obr. 3 Determinanty zdraví

Převzato z: Komárek (2011)

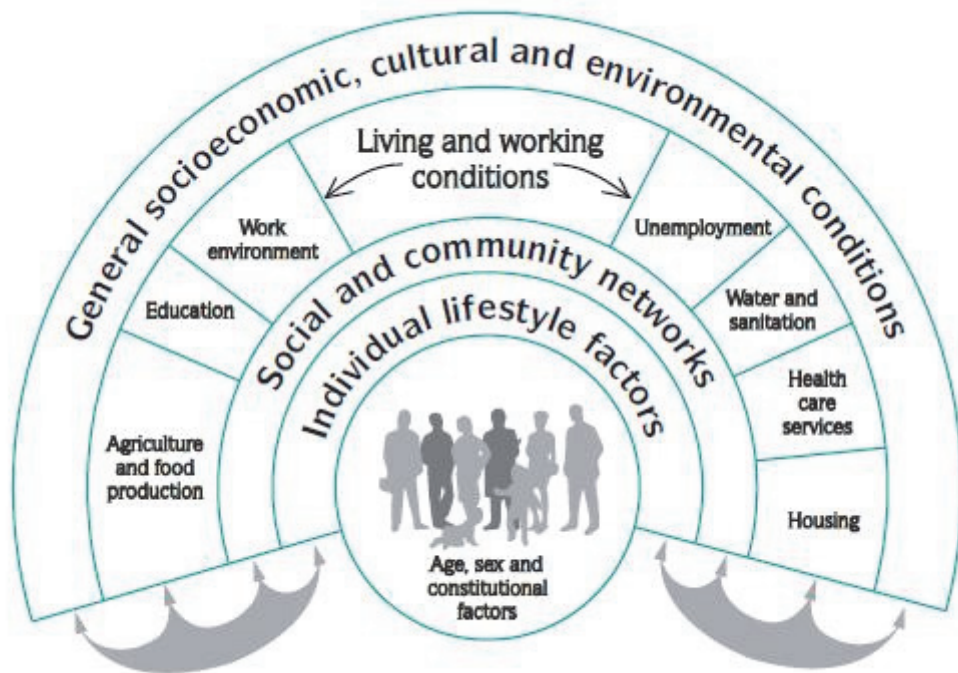
3.1.9.3. Nové členění determinant zdraví

Nové členění determinant zdraví je zobrazeno na Obr 4.

„Do jedné kategorie sociálních determinant zdraví (Wilkinson, Marmot, 2005) byly později spojeny sociálně-ekonomické faktory prostředí (charakteristiky místa, kde lidé žijí, a komunity, do které patří - např. chudoba, vzdělání, sociální vyloučení, nezaměstnanost, špatné bydlení, sociální zabezpečení).

Životní styl, behaviorální faktory obsažené v životním stylu a jiné psychologické a sociální faktory (typ osobnosti, zvládání stresu, psychická odolnost, sociální opora aj.)

jsou spojovány do specifické kategorie psychosociálních determinant zdraví (Kebza, 2005).“ (61, 63)



Obr. 4 Determinanty zdraví populace
The determinants of population health

Převzato z: Whitehead a Dahlgren (2006)

„Health Promotion is the art and science of helping people discover the synergies between their core passions and optimal health, enhancing their motivation to strive for optimal health, and supporting them in changing their lifestyle to move toward a state of optimal health.“

(Michael P. O'Donnell)

3.2. Podpora zdraví

3.2.1. Definice podpory zdraví

„Podpora zdraví (dále PZ) je definována jako proces usnadňující jedincům zvýšit kontrolu nad determinantami svého zdraví, a tak zlepšovat svůj zdravotní stav (Ottawská charta 1986).“ (20)

„Zaměřuje se na populaci jako celek v kontextu jejich každodenních životů, spíše než na lidi se specifickými zdravotními riziky, a orientuje se na ovlivnění determinant či

podmínek zdraví. Podpora zdraví tedy neznamená pouze zodpovědnost zdravotnického resortu za zdraví jednotlivců a populace, ale vyjadřuje individuální ovlivnitelnost zdraví a zodpovědnost za ně prostřednictvím životního stylu a jeho reflexe v osobní pohodě (Kebza 2005).“ (19)

3.2.2. Cíl podpory zdraví

„Cílem PZ je umožnit občanům zvýšit vlastní aktivní účast, odpovědnost a kontrolu ve vztahu k vlastnímu zdraví. Podle dokumentů WHO jde o proces umožňující lidem zvýšit kontrolu nad jejich zdravím a jeho determinantami a tím posílit jejich zdraví (Bangkokská charta PZ v globalizovaném světě 2005).“ (19, 21)

„Neznamená tedy pouze odpovědnost zdravotnictví, ale vyjadřuje individuální ovlivnitelnost zdraví a odpovědnost za ně prostřednictvím způsobu realizace jednotlivých součástí životního stylu a jeho reflexe v osobní pohodě (well-being) a chování (Ottawská charta, 1986).“ (19, 20)

3.2.3. Zásadní publikace podpory zdraví

Nejdůležitější impulz pro formování PZ daly vědecké monografie poukazující na vývoj zdravotní situace během 19. a 20. století. „Klinická medicína jakkoli lidem velmi pomáhá, nepřispěla rozhodující měrou pro zlepšení zdraví velkých populačních celků (Holčík 2008). (22)

Jedná se o následující vědecké monografie:

- a) Dubos R.: Mirage of Health
- b) McKeown T.: The Role of Medicine, the Dream, Mirage or Nemesis?
- c) Black D., Morris J.N., Smith C., Townsend P., Whitehead M.: Inequalities in Health. The Black Report, The Health Divide

Zásadní etapu nové strategie péče o zdraví předznamenala „Zpráva o nové perspektivě zdraví Kanadčanů.“ Klade důraz na význam životního prostředí pro zdraví lidí a dále důležitost sociálních faktorů. (22)

„Zmíněné publikace a další texty dokládaly, že zdraví nevzniká v ambulancích a nemocnicích. Zdraví vzniká ve školách, rodinách a na pracovištích. Pokud je záměrem zlepšit zdraví lidí, pak nestačí spoléhat jen na resort zdravotnictví, ale je nezbytné vzít v úvahu širokou škálu determinant zdraví a hledat cesty, jak je pozitivně ovlivnit (Holčík 2008).“ (22)

3.2.4. Geneze podpory zdraví

„PZ se začala utvářet od poloviny 80. let minulého století jako reakce na:

- nízkou účinnost tradičních postupů zdravotní výchovy,
- narůstající nespokojenost se stávající zdravotní péčí, vyžadující stále vyšší náklady na úhradu svého provozu,
- nárůst chronických neinfekčních onemocnění, jejichž etiologie je podstatně ovlivněna životním stylem,
- rozvoj behaviorálních věd a možnosti uplatnění jejich poznatků v medicíně,
- zdokonalení možností mezilidské komunikace a s tím související rozvoj svépomocných hnutí a občanských iniciativ (Kebza, 2005).“ (19)

Utváření PZ se odehrávalo v následujících krocích v průběhu více než pěti desetiletí:

- 1948 - definice zdraví WHO

- 1974 - La Londeova zpráva, A New Perspective on the Health of Canadians:

„Tato zpráva je v literatuře hodnocena jako první moderní dokument představený v západním světě, který ukázal, že dosavadní důraz na biomedicínsky pojatý systém zdravotní péče je špatný a že se potřebujeme nově podívat za tradiční „health care/sick care systém“ pokud chceme skutečně dosáhnout zvýšení úrovně veřejného zdraví (Lemco 1994, In Kebza 2014).“ (19, 58)

- 1977 - 30. světové zdravotní shromáždění „HFA“ (14)

- 1978 - konference (WHO) v Alma - Atě o primární péči, přijetí Alma-Atské deklarace

- 1980 - Evropská strategie na dosažení HFA

- 1984 - HFA do roku 2000 (14)

- 1986 - konference WHO v Ottawě, Ottawská charta PZ (20)

- 1988 - konference v Adelaide

- 1991 - Sundsvallská konference

- 1997 - Jakarta

- 1999 - Nová definice zdraví WHO (16)

- 2000 - 5. globální konference o PZ v Mexiku

- 2000 - Veronská iniciativa - Investice do zdraví

- 2005 - 6. globální konference v Bangkoku (21,19)

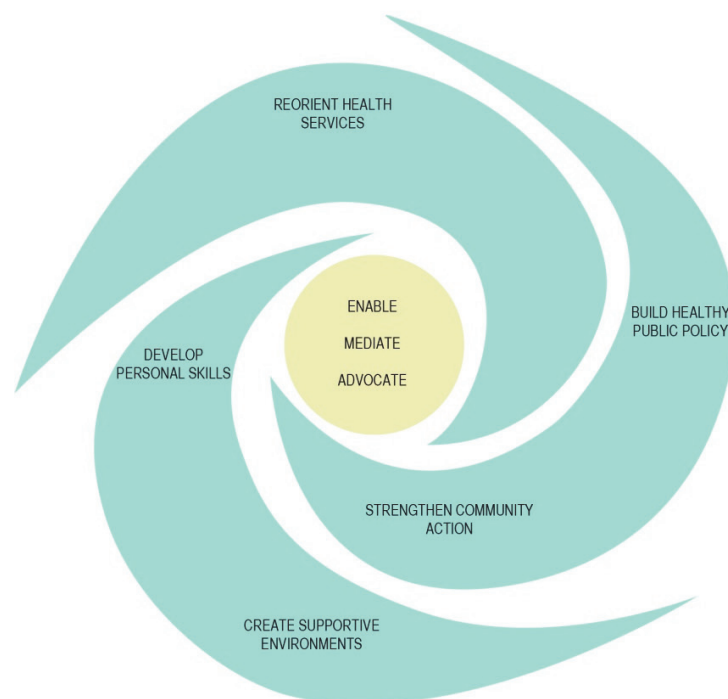
3.2.5. Ottawská charta podpory zdraví

V roce 1986 se konala první mezinárodní konference PZ v kanadské Ottawě. Zde byla přijata tzv. Ottawská charta PZ (Obr. 5).

Tato charta definuje PZ jako „proces umožňující lidem zlepšit své zdraví a zvýšit kontrolu nad ním“, čímž jsou vyjádřeny hlavní atributy PZ: Vyšší aktivita a vyšší odpovědnost každého člověka ve vztahu k vlastnímu zdraví (WHO 1986). (20)

3.2.6. Základní opatření podpory zdraví

1. „PZ by měla být součástí veřejné politiky ve všech resortech
2. Prostředí, ve kterém člověk žije, by mělo podporovat zdraví (ochrana životního prostředí a přírodních zdrojů)
3. PZ by měla být součástí komunitní politiky a praxe
4. Lidé by měli mít možnost získat informace, znalosti a dovednosti umožňující rozvoj a podporu zdraví
5. Zdravotnické služby by se měly více orientovat na PZ (posílení primární péče) (Holčík 2015).“ (15)



Obr. 5 The Ottawa charter
Ottawská charta Podpory zdraví 1986
Převzato z: The Health Promotion Galaxy (2011)

„Klíčovým prvkem mojí práce byla vždy lidská sebeúcta. Nyní se mi zdálo, že sebeúcta musí být spojená stejně tak s duchem - jakousi posvátnou složkou naší bytosti - jako s tělem, emocemi, intelektem, životními přesvědčeními a vztahovou zkušeností. Nadto jsem silně cítila, že pokud chceme lidem pomáhat, musíme hluboce respektovat a oceňovat lidskou duši.“

(Virginia Satirová)

3.3. Jiné přístupy ke zdraví a nemoci

3.3.1. Psychosomatická medicína a její charakteristiky

Psychosomatická medicína nealteruje klasickou západní medicínu zaměřenou biologickým směrem. Logicky ji doplňuje a rozšiřuje z modelu biologického na model skutečného člověka. „Psychosomatická medicína znamená respekt k individualitě pacienta jako protiváha důrazu vědecké medicíny na obecné zákonitosti (Jiří Šimek 2017).“ (23, 64)

„Psychosomatická medicína také není naukou o psychogenezi, tedy vzniku nemocí cestou psychologického konfliktu, ani selektivní naukou o specifických psychosomatických chorobách, jakou byla ve 30. letech minulého století se svými deklarovanými sedmi klinickými jednotkami (hypertenze, hypertyreóza, astma, vředová choroba žaludku a duodena, ulcerózní kolitida, revmatoidní artritida a atopický ekzém), ale požaduje bio-psycho-sociální přístup u všech nemocí (Honzák a Chvála 2014).“ (23)

„Čím více se moderní medicína drobí na jednotlivé specializované obory, tím potřebnější je obor, který je schopen integrovat všechna tato hlediska do celistvého pohledu na zdraví a nemoc (Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP 2015).“ (24)

Zajistit srozumitelnou komunikaci a rovnocennou spolupráci ve všech somatických oborech medicíny, psychiatrie, psychologie a psychoterapie je stěžejní. Léčba chronických a tzv. medicínsky nevysvětlitelných chorob (MUS - Medically Unexplained Symptoms) je v dnešní době hlavní výzvou. Dle odhadů přichází do ordinací praktických lékařů 20-40% pacientů s MUS. Ti tvoří ovšem výraznou část klientely i mezi nemocnými ve všech ostatních medicínských oborech. (25, 64)

Podpořit rozvoj celostně pojaté bio-psycho-sociální zdravotní péče není jen věc etiky, ale i záležitost ekonomického rozvoje. (26)

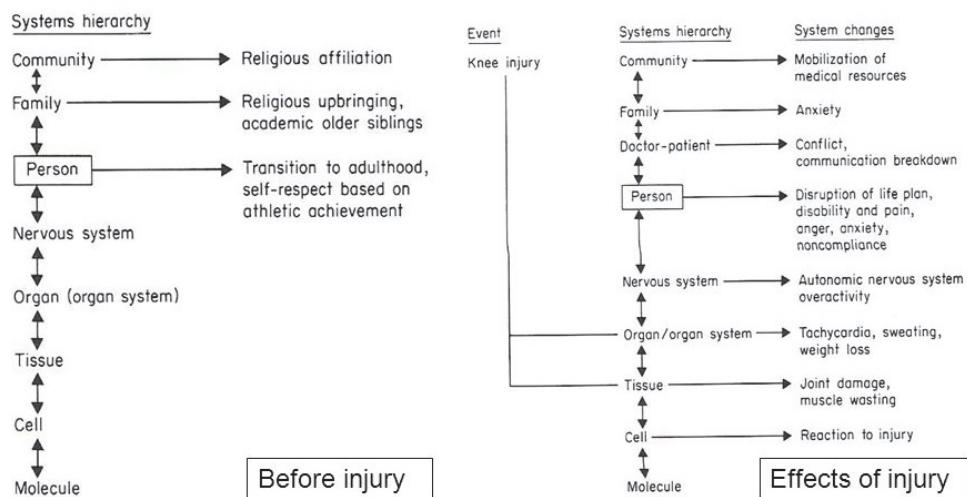
„Je potřeba si uvědomit, že psychosomatika jako taková má zájem, jak o tělo, tak o duši pacienta a není možné ji zjednodušovat jen jako zájem o jednu stránku lidského bytí“

sděluje nestor oboru psychosomatické medicíny Jiří Šimek a dále pokračuje „to ovšem neznamená, že by psychosomatika bylo jen to, že za všechny zdravotní problémy mohou nezpracované emoce či vztahové problémy.“ (64)

Charakteristiky psychosomatického přístupu v medicíně:

- Somatické onemocnění se posuzuje se zřetelem na psychosociální kontext, čímž se zohledňuje a sjednocuje bio-psycho-sociální etiologie somatických nemocí
- „Součástí vědeckých základů psychosomatického přístupu je systémová teorie (Obr. 6). Ta vychází mj. z principů cirkulární kauzality, vzájemného ovlivňování tělesných, psychických a sociálních systémů. Reakce v jednom systému vede k ovlivnění obou dalších a zákonitá cirkularita procesu buď pomáhá udržovat fyziologickou nebo patologickou rovnováhu s vývojem tělesných či psychických příznaků (Bertalanffy 1968, In Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP 2015).“ (24, 65)

SYSTEMS THEORY



Engel, 1980 in Mc Whinney IR. A Textbook of Family Medicine. 1989

© Copyright reserved / Kopiereg voorbehoud



Obr. 6 Systems Theory Systémová teorie

Převzato z: Engel (1980)

- Pacient je vnímán jako subjekt, který nese na své léčbě společně s terapeutem aktivní podíl a odpovědnost. Významnou součástí léčby je subjektivita pacienta, jak svou nemoc prožívá a jak ji rozumí, a to v nejširších souvislostech. Individuální přístup pak pochopitelně plyne z jedinečnosti jeho bio-psycho-sociální reality.
- „Psychosomatika vychází z multifaktoriální etiologie onemocnění. Z tohoto pohledu lze u každého biologicky se projevujícího onemocnění předpokládat jistý vliv psychických i sociálních faktorů. Prvotním úkolem psychosomatické medicíny je proto posuzovat v každém jednotlivém případě, jsou-li psychosociální faktory signifikantní či zanedbatelné (Společnost psychosomatické medicíny ČLS JEP 2015).“ (24)

„Dlouholetá práce s rodinami, které považuji za mikrokosmos lidských systémů, mě připravila pro práci s většími systémy. Jakmile jednou jejich podobnost vnímáte, není těžké zaznamenat i podobnost mezi rodinnými a institucionálními rolemi.“
(Virginia Satirová)

3.3.2. Rodinná terapie

Rodinná terapie (RT) představuje nový přístup k problémům s duševním zdravím. Virginia Satirová, její průkopnice a nejvýznamnější představitelka, definuje RT jako metodu pracující souběžně se všemi členy rodiny, v níž se nachází pacient trpící zjevným symptomem. Ten není manifestací jeho duševní dynamiky, ale i projevem jeho interpretace akcí, reakcí i interakcí rodičů. Každý člen rodiny má svůj komunikační systém, systém premis, kódovací systém a svá očekávání výstupů.

Komunikace představuje proces vzájemného poskytování i přijímání významů mezi dvěma lidmi a ověřování těchto významů ve vztahu k partnerovi v komunikaci. Kódování je připisování významů věcem označených konkrétním pojmem. Systém premis představuje soubor předpokladů o druhých lidech a soubor představ o tom, jaké představy o mě mají druzí. Celý systém pak pracuje jako soustava zrcadel.

Základním kamenem tohoto modelu jsou interakce a transakce „přetvořené“ v metody a procedury, jejichž cílem je pomoci jednotlivcům v osobním posunu, rodinnému systému ve změně dynamiky a změně symptomatické báze na růstovou. Virginie Satirová

je přesvědčena, že „lidé jsou zaměřeni na růst. Symptom pak představuje signál, že růst je blokován pravidly rodinného systému, což zpětně limituje možnost kreativního přístupu k aktuálnímu kontextu (Satir 1965, In Banmen 2016).“ (27)

3.3.3. Salutogenetický přístup ke zdraví a nemoci

„V roce 1987 se poprvé oficiálně píše o salutogenezi, a to v knize profesora Aarona Antonovského: *Unraveling the Mystery of Health*.

Pojem salutogeneze se ve svém základu skládá ze dvou slov: salus = zdraví, blaho; genesis = vznik, vývoj, původ.

Salutogeneze je nauka o původu a zrodu zdraví, o jeho posilování a podpoře (Slovník cizích slov 2016).“ (28, 66)

„Salutogeneze se věnuje zkoumání podmínek pevného, nezdolného zdraví i přes nepříznivé vlivy prostředí“ popisuje Pelcák a dále uvádí: „Aaron Antonovsky (1987) ve své monografii shrnul salutogenetickou orientaci následujícím způsobem (Obr 8, 9):

- vede k přehodnocení dichotomní klasifikace lidí jako zdravých nebo nemocných a dává přednost jejich umístění na více rozměrovém kontinuu od pocitu dobrého zdraví (well-being) k nemoci,
- oproti jednostrannému důrazu na etiologii dysfunkce nebo nemoci, klade důraz na člověka v nemoci,
- oproti orientaci na stresory, zaměřuje pozornost na zdroje zvládnání (coping),
- důsledky působení stresorů nejsou pojímány jako patogeny, ale jako možný ozdravný faktor,
- hledání všech zdrojů, které mohou usnadnit aktivní adaptaci organismu na prostředí (Pelcák 2014).“ (29, 67, 68)

Z výše uvedeného textu vyplývá, že na rozdíl od západního biomedicínkého přístupu se jedná o hledání faktorů, které zajišťují dobrý zdravotní stav jedince, ten dále zlepšují a na cestě k jeho zlepšení mají pozitivní vliv (Tab. 1). (29, 67, 68, 69)

Mezi přirozené salutory pro obnovu vlastních sil patří:

Vyvážená strava, harmonický pohyb, správné dýchání, rytmický způsob života, duševně duchovní harmonie, harmonické vztahy. (30)

Tab. 1 Porovnání patogenetického a salutoprotektivního modelu zdraví a nemoci

<i>Zaměření</i>	<i>Patogenetický model</i>	<i>Salutoprotektivní model</i>
<i>pojetí zdraví /nemoc</i>	dichotomie	dynamický proces
<i>sledovaná charakteristika</i>	nemoc, dysfunkce	subjektivní zdraví
<i>primární otázka</i>	proč došlo k nemoci?	proč člověk neonemocněl?
<i>úhel pohledu</i>	patogenní noxy	moderátory, salutory
<i>terapie, intervence</i>	eliminace nox, léčba symptomu	podpora zdraví
<i>zátěž, stres</i>	minimalizace, odstranění	coping, zvládnání

Modifikováno dle: Pelcák (2014)

Předpokladem vědomého zdraví a celkové odolnosti je dle Antonovského rozvinutý smysl pro koherenci, Sense of coherence (SOC). Je to celková (holistická) charakteristika postoje k životu. (67)

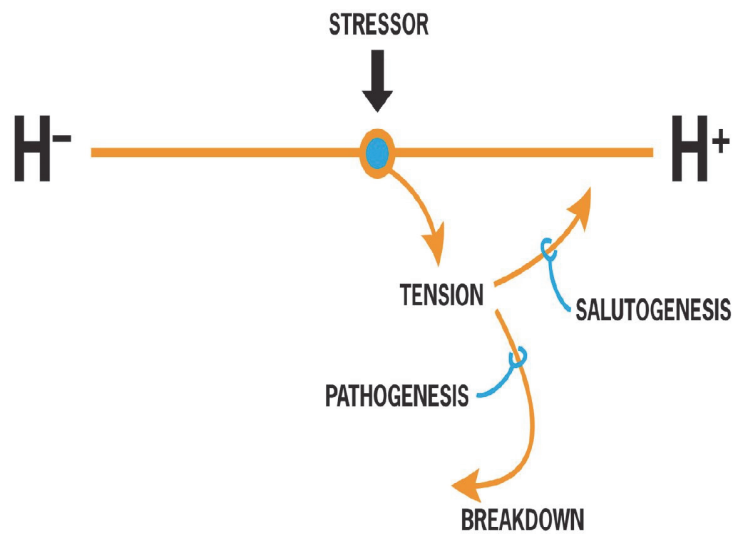
„Jenom člověk vnitřně koherentní, jednotný a ucelený má šanci být zdravý tělesně i duševně (Paulík 2010).“ (30, 67, 68)

Základní aspekty zdroje životní síly jsou:

- Smysluplnost (meaningfulness), smysluplnost řešení daného problému vyvolávající pozitivní emoce.
- Vidění zvládnutelnosti úkolů (manageability), zvládnutelnost situace při uvědomění si vlastních možností danou situaci ovládnout, řešit problémy.
- Schopnost chápat dění (comprehensibility), srozumitelnost, pochopitelnost.

Jednotlivé komponenty SOC jsou chápány jako dimenze, které lze odstupňovat od kladné po zápornou polaritu (Obr. 7). (67, 68, 69)

ANTONOVSKY'S CLASSIC HEALTH CONTINUUM



Obr. 7 „The ease/dis-ease continuum“ as a horizontal line between total absence of Health (H-) and total Health (H+)

Kontinuum zdraví dle Antonovského

Převzato z: Eriksson a Lindström (2010)

Aaron Antonovsky se rovněž zabýval základem zdraví, jeho nezdolností a odolností, tzv. hardiness.

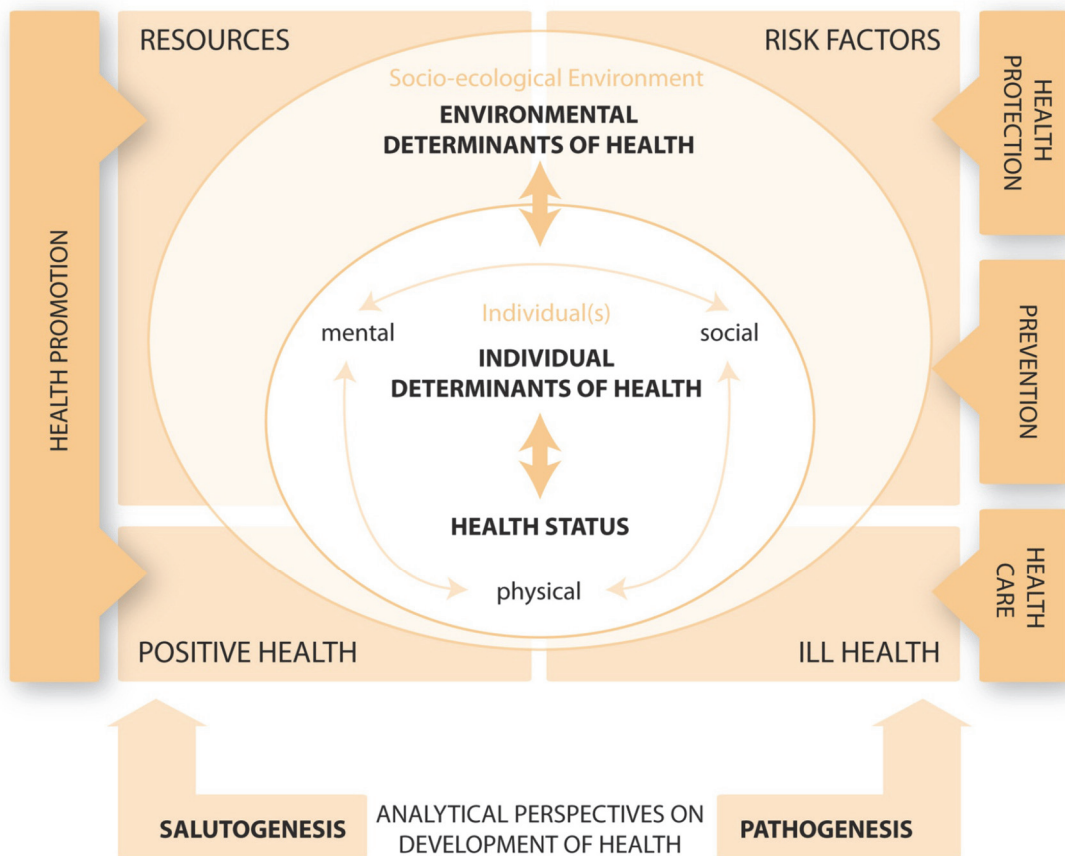
Složky hardiness jsou:

- oddanost (určitému přesvědčení)
- zvládnutelnost (představa ovladatelnosti toho, co se děje)
- chápání životních úkolů jako výzev (30, 67)



Obr. 8 Řeka života
The River of Life

Převzato z: <http://www.expandwellbeing.com/salutogenesis.html>



Obr. 9 Modelling health/salutogenesis and health/pathogenesis

Shrnutí Modelu Salutogeneze/Patogeneze/Podpory zdraví

Převzato z: Bauer, Davies et al. (2003)

3.4. Člověk jako celistvá bytost

„Žádné nabyté vědomosti nenahradí základní, vztah. Jak se vztahujeme k pacientům, jejich rodinám, jak se v terapeutickém procesu vztahujeme sami k sobě. Podstatné je uloženo pod slovy, v hloubce naší osobnosti. Vztah se učíme jedině ve vztahu. Ale o terapeutickém vztahu se na fakultách mluví málo nebo vůbec.“ (Psychosom, 2010, 8 (2), Zina Hánová)

3.4.1. Člověk v současném světě

Dočkal ve své publikaci Člověk v současném světě uvádí:

- „Člověk je jedinečný, nedělitelný a neopakovatelný celek. V jeho životě můžeme nalézt různé, relativně samostatné oblasti (dimenze). Z nich nejdůležitější jsou čtyři: biologická, psychická, sociální a spirituální (Obr. 12).
- Každá z těchto složek je relativně samostatná - má své prvky, vazby a zákonitosti. Všechny jsou předmětem zájmu a zkoumání samostatných disciplín - přírodních

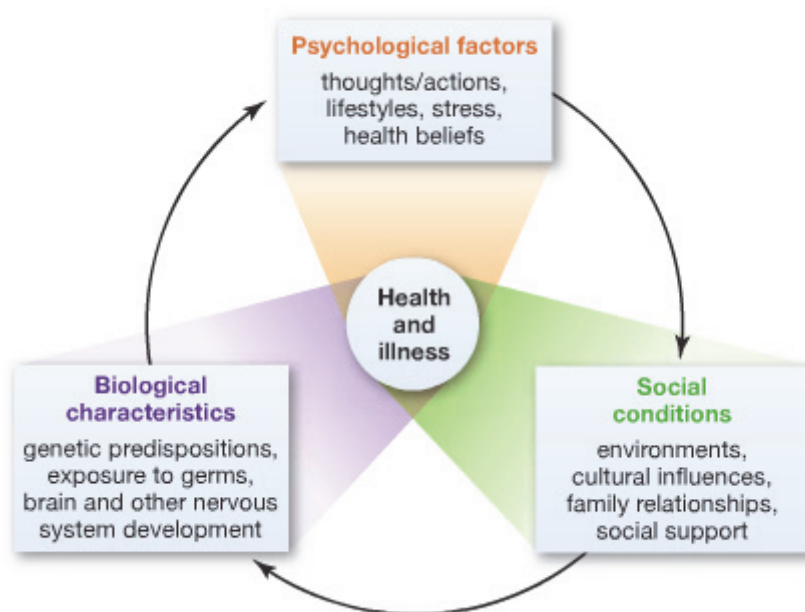
věd, psychologie, společenských věd, teologie. Ale člověka musíme vnímat jako celek.

- Každá ze zmíněných dimenzí má v životě člověka důležité místo, je nenahraditelná, nezastupitelná. Je-li narušena, poškozena, potlačena - je ovlivněn, narušen, deformován celý život - „jsme nemocní“.
- Jednotlivé složky a jejich změny se navzájem ovlivňují, podmiňují, prolínají. Musí mezi nimi existovat dynamická rovnováha, harmonie, vyváženost, která se v průběhu života neustále narušuje a obnovuje.
- Člověk není jen součtem svých dimenzí, ale výsledkem jejich vzájemného působení.
- Člověk a všechny jeho dimenze jsou neustále v interakci s okolním prostředím, jsou jím ovlivňovány a zároveň jej ovlivňují.“ (31)

3.4.2. Bio-psycho-sociální model

„Roku 1977 navrhl americký lékař a psychoanalytik George Engel bio-psycho-sociální model nemoci, podle něhož se vzájemně ovlivňují tělo, duše a sociální okolí (Obr 10).

Toto celostní, integrativní chápání nemoci, které bere ohled na všechny biologické, psychologické a sociální úrovně procesu onemocnění, je dnes koncepčním základem moderní psychosomatiky (Morschitzky 2012).“ (32)



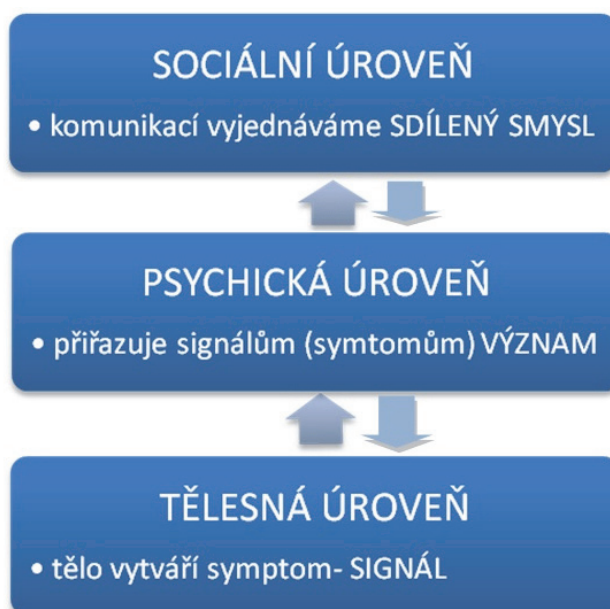
Obr. 10 Bio-psycho-sociální model (BPS)

Převzato z: Engel (1977)

„Významnou součástí léčby je terapeutický vztah lékař-pacient, který může léčbu jak usnadňovat, tak působit iatrogeně. I výlučně biologicky a pozitivisticky orientovaní lékaři mohou díky zobrazovacím technikám mozku vidět terapeutické změny navozované „pouhým“ terapeutickým rozhovorem (Balint 1999, In Chvála a Trapková 2016).“ (33)

„Nejpříjemnější výklad vzájemných vztahů biologických, psychických a sociálních částí naší reality přinesla teorie systémů, tak jak ji uplatnil sociolog Nicklas Luhmann (Luhmann 2006, In Chvála a Trapková 2016).“ (33)

„Každý ze tří podstatných systémů definuje sám své prvky, operuje jen svými vlastními stavy, má vlastní schopnost sebeproměny a sebeřízení a k ostatním dvěma se vztahuje jako k prostředí. Biologické systémy produkují signály, psychické systémy přiřezují zaznamenaným rozdílům významy, zatímco v sociálních systémech vyjednáváme, které významy můžeme společně sdílet a tedy komunikujeme (Chvála a Trapková 2016).“ (33)



Obr. 11 Vrstvy bio-psycho-sociální reality člověka

Převzato z: Honzák R. (2016)

„Rozhodli jsme se dokázat, že nemoc je vlastně příběhem člověka, svědectvím o jeho osudu... Jsem přesvědčen, že mnoho nemocných stoná ‚proto‘, že jsou zapleteni do zapeklité sítě vazeb, ze které není úniku. Chceme spolu s nemocnými hledat jejich příběhy, vytvářet obrazy těchto příběhů, hledat jejich smysl, směr; ba chceme víc. Chceme se na tyto příběhy napojit a pomoci je rozmotat, naznačit směr a posunout je z místa, rozetnout začarovaný kruh...“

(Klinický deník, 1. 9. 1989)

3.4.2.1. Bio-psycho-sociálně-spirituální model

„Od 70. let 20. století se začíná odborně pracovat s modelem, který má zkratku BPSS. Jde o celostní, tzv. bio-psycho-sociálně-spirituální přístup k lidskému zdraví, kde velmi důležitou roli hraje spiritualita. Předpokládá, že člověk je celistvá bytost. Věnuje pozornost tělu, vlastnostem naší psychiky, ale i způsobu, jak se formujeme v mezilidských vztazích a ve vztahu k tomu, co je zdrojem naší víry. BPSS se v současnosti využívá zejména při léčení drogových závislostí a duševně-tělesných onemocnění, celostní medicína je ale důležitá i pro léčbu rakoviny (Ježek 2014).“ (34)

„Nemocí se člověk vrací k sobě, oslabuje se připoutání ke světu. Nemoci ztenčují pozemské cítění (Payne, 2002).“ (35)

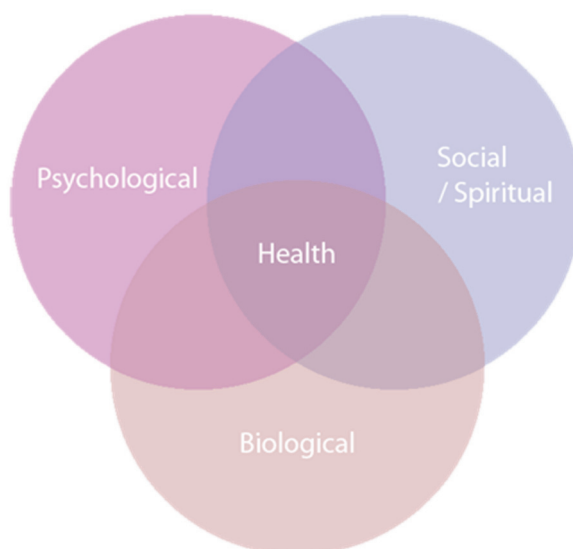
Dostojevský několikrát zdůraznil, že nemoc má moc rozvíjet v člověku svědomí. V tomto smyslu nemoc vede člověka k moudrosti a obrací člověka k věcem podstatným. „Zdravý člověk je stále člověkem pozemským, hmotným... Ale když onemocní, normální řád věcí a jeho tělesný organismus je porušen, tu se mu hned vyjevuje možnost jiného světa, a jak se nemoc zhoršuje, vztahy s tímto novým světem se upevňují (Payne, 2002).“ (35)

Nemoc má někdy za cíl zpokornit našeho ducha. Uvědomění si vlastních limitů a zpokornění člověka. Nemoci mají v duchovní rovině moc stimulovat aktivity, probouzet vnímavost, „dávají duši intenzivnější a silnější energii.“ Stávají se prostředkem proměňujícím naše bytí, jsou součástí askeze a podílejí se tak na THEOSI, zbožštění lidské přirozenosti. Prohlubují naši víru, trpělivost, naději, pokoru, pokání a disponují k modlitbě. Nemoc se může stát cestou k vrcholům mystické zkušenosti. Mystika obsahuje nároky totální chudoby, totálního vzdání se. „Extrémní bolest často snižuje vědomí a přitom může člověk nabývat duševních schopností (Payne 2002).“ (35)

„Dnes žijeme ve věku specialistů, ale ti nám poskytují pouze partikulární perspektivy a aspekty skutečnosti (Frankl 1995).“ (36)

„Pro stromy výsledků bádání nevidí už badatel les skutečnosti. Výsledky bádání jsou však nejen partikulární, ale také disparátní, a proto je obtížné sloučit je do jednotného obrazu světa a člověka. Kolo vývoje se však nemůže otočit zpátky. V době, jejíž badatelský styl je charakterizován týmovou prací, můžeme se bez specialistů obejít méně než kdykoliv jindy. Ale nebezpečí nespočívá v tom, že se badatelé specializují, nýbrž v tom, že specialisté generalizují.“

(Viktor Frankl, s31, Lékařská péče o Duši)



Obr. 12 Základní dimenze člověka
(BPSS)

Převzato z: https://i2.wp.com/www.vhytc.ca/wp-content/uploads/bsp_model-447x264.png

3.4.3. Vztahovost

Vztahy mají charakter vitální důležitosti, i když se nezdůrazňuje jejich biologická stránka. Z toho vyplývá i jejich možnost mít hluboký vliv na tělesnost. Naladění, resp. rozladění celkového vztahu k určitému okruhu skutečnosti s sebou nese také disharmonii tělesnosti, která je do něj zapojena, vtažena. (33, 37)

Tyto procesy však neprobíhají kauzálně, ale mají podobu smysluplných motivačních souvislostí; jinými slovy: nepanuje zde mechanická nutnost, ale směřovatné je to, nakolik a jak člověk příslušným zákonitostem rozumí a jaké pro něj chovají významnosti. (33, 35, 37)

3.4.3.1. Daseinsanalytické chápání fenoménu nemoci

Odvozuje se právě od zmíněné existenciální dimenze svobody. Svoboda se zde přitom vidí jako možnost volby a vlastního rozhodování, ve kterém člověk realizuje své, sobě vlastní hledisko a stanovisko. Jinými slovy svoboda je možnost být sám sebou. Možnost být sám sebou se ovšem v životě naplňuje nepřeborným množstvím konkrétních životních možností.

Člověk má svědomí a odpovědnost nejen k určitým hodnotám spolubytí a lidství vůbec, ale také vůči sobě samému. Pro psychosomatiku je podstatné, že se tu nejedná pouze

o pocity, ale o širší vztahové naladění a nastavení, které ovšem zahrnuje právě dimenzi tělesnosti. (33, 35, 37)

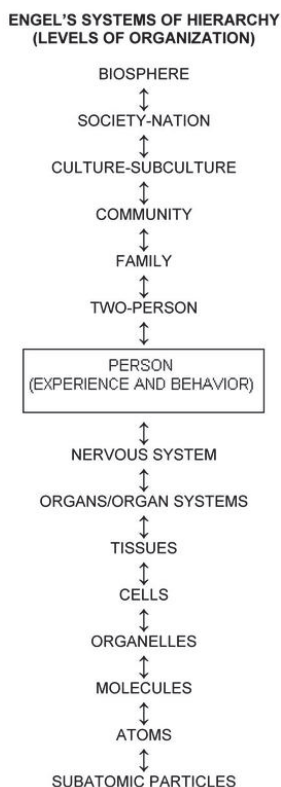
„Heidegger řekne: musíme se snažit pochopit nemoci z nich samých, ale nemoci jsou založené v lidském pobytu, v celém pobytu, tzn. Dasein, kde je minulost, přítomnost i budoucnost.“ Anna Hogenová dále uvádí: „Zvláštní úlohu zde hrají počátky. Rodí se vždy poprvé a naposled, a přesto se opakují. Vždy jde však o počátek počátečnější, než byl ten předcházející. I zdraví je jakýsi počátek, který se musí vždy znovu a znovu narodit v těle člověka; pokud toto počátkování selže, pak se objevují buňky, které se řídí jinými rozkazy... (Hogenová 2012).“ (76)

3.4.3.2. Psychosomatické onemocnění a vztahové možnosti

Daseinanalýza psychosomatické onemocnění a jeho léčbu vidí spíše jako otázku narušení vztahových možností dotyčného člověka a jejich nápravy (Obr. 13). (37)

„Za klíč k diagnostikování a léčbě psychosomatického onemocnění proto daseinanalýza (CONDRAU, 1988) pokládá trojjedinou otázku:

Která vztahová možnost, vůči čemu a jakým způsobem je u nemocného člověka narušena (Růžička 2006)?“ (37)



Obr. 13 Vztahové možnosti jedince

Převzato z: Engel (1980)

„Nemoc není jen důsledkem systémových poruch, jde i o to, kam život nemocného člověka směřuje. Jde o porušení základního vztahu, který umožňuje život lidský a jenž vědě uniká.

Jde o intenci „zur Welt sein“ - „propojení s Celkem světa, s Bytím“

(Anna Hogenová)

3.4.4. Hermeneutické rozkrývání nemoci

Na lidské tělo není možno nazírat jako na objekt, který rozebereme na jednotlivé díly a ty posléze popíšeme. Člověk je jedinečnou a jednorázovou existencí v místě a čase. Nemůže se stát pouhým objektem sofistikovaného působení lékaře. (38)

„Karteziánské myšlení vedlo k reifikaci, zvěcnění člověka, a jeho zabsolutizování ve výlučné objektivní platnosti vedlo k zapomnění, že tento „objekt“ také cítí, je veden motivacemi psycho-sociálně-spirituálního charakteru a jeho cítění, myšlení a chtění má intencionální strukturu (Kalábová 2009).“ (38, 72)

„Člověk je vždy jednotou, bytostně tendující k vlastnímu Telos - vnějšímu účelu, k horizontu. Tělo není věc, má vlastní způsob rozumění a vnímání, a je-li nemocné, nelze k němu přistupovat jako k nefungujícímu stroji s cílem opravit ho, aby mohl fungovat jako dříve. (Kalábová 2009).“ (38)

Potíže u nemocného a jejich počátek neodhalíme žádným poměřováním, musíme se umět orientovat v příběhu nemocného. Hovoříme o hermeneutickém rozkrývání nemoci.

„Každý konkrétní čin nese v sobě stopy po směřování z akce i z habituality. Potencionální zaměřenost lidské individuality má habituální a aktovou stránku. K té habituální se nelze dostat přes součty jednotlivých vyšetření a pozorování (Kalábová 2009).“ (38)

Problematika ne-moci se zakládá na „tělesnění ve své takovosti a samosti“. Heideggerovsky pojato znamená neuskutečnitelnost životního pohybu ve smyslu fysis, ve smyslu překonávání překážek. Ty se nacházejí na životní cestě každého člověka. Na cestě směrem k cíli z daného počátku - Arché. (38, 72)

„Co je třeba? Uchopit životní pohyb nemocného jako celek, a to lze jen intencionálně. (Kalábová 2009).“ (38, 72)

3.4.5. Člověk a spiritualita

„V současné době je v odborných publikacích věnována stále větší pozornost spirituální dimenzi člověka. Rostoucí zájem o spiritualitu je možno pozorovat zhruba od 80. let minulého století, kdy došlo k rozšíření tohoto pojmu do psychologie a zdravotnictví.

Pojem spiritualita se objevil poprvé v teologii v 16. století, jeho praktické užívání v dnešním slova smyslu pochází však až ze začátku 20. století. Spiritualitu je nutno odlišovat od religiozity. Spiritualita může mít svůj konkrétní projev v religiozitě, může se však také manifestovat jinými způsoby. Přírozená spiritualita je přirozenou součástí života, projevuje se ve schopnosti reflektovat sebe i okolní svět, angažovat se ve vztazích a realizaci hodnot, v hledání a nacházení smyslu svého života i života vůbec. Nemoc může být obdobím, kdy si člověk více než kdy jindy uvědomuje svoji spirituální dimenzi. Je důležité, aby součástí péče o nemocného byla i spirituální péče. Tato péče však musí být vysoce individualizovaná, aby pacienta nepoškozovala. Non lege artis postupem je jak opomíjení tohoto typu péče, tak jeho násilné vnucování (Bartůšková 2013).“ (39)

3.4.5.1. Vymezení pojmu spiritualita

Spiritualita (z lat. spiritualis - duchovní) česky duchovnost, znamená životní postoj, pohled, způsob vnímání bytí a osobní zacházení s tím, co člověka přesahuje, transcenduje. Význam spirituality zdůraznila v nedávné době řada psychoterapeutických směrů, např. logoterapie Viktora Frankla. (36)

„Logoterapie je moderní účinnou metodou terapie a ochrany duševního zdraví člověka cestou „seshora“ - obnovením smyslu života a orientací na transcendentující hodnoty, které posilují vůli k životu a pomáhají reintegrovat osobnost (Frankl 1995).“ (36)

Frankl naznačuje obrovské psychoprofylaktické, psychohygienické a seberegulační možnosti logoterapie. (36)

Lékařská péče o duši je základním a kultovním dílem logoterapie. (36)

„Zájem o nekonvenční medicínu jednoznačně souvisí s tím, jaká je skutečná současná podoba medicíny počátku 21. století. To, že se lidé obracejí na léčitele v době vědeckých zázraků, je zdánlivě rozporuplné, ale současně poučné. Nesvědčí to o tom, že by lidé techniku a vědu jako celek odmítali, pouze jim vadí určité nedostatky technologizované, byrokratizované a racionalizované medicíny“

(Eva Křížová)

3.5. Komplementární a alternativní medicína

3.5.1. Zájem o nekonvenční medicínu v 21. století

Sociologové uvažují o tom, že se začínají formovat postmoderní postoje ke zdraví a že jejich důsledkem je právě příklon ke komplementární a alternativní medicíně.

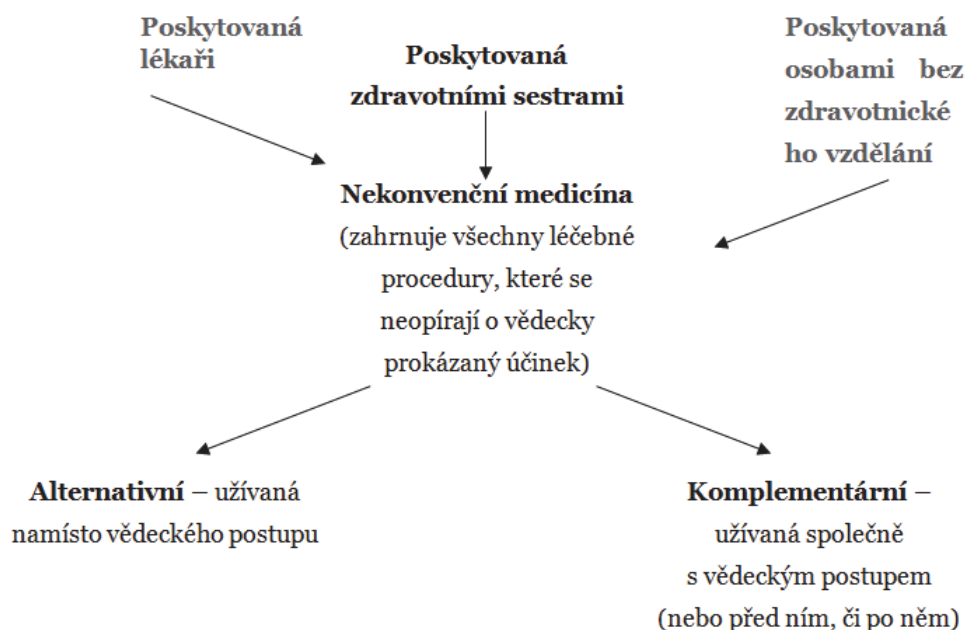
Postmoderní postoje charakterizuje dle Siahpushe (1999) mnoho vlastností, mezi nimiž převládá nový postoj k přírodě. Jeho součástí je upřednostnění přírodních léků i postupů. „Moderní člověk rád přírodě oponoval technologickými vynálezy, které mu usnadnily život, ty posléze přírodu ovládly, postmoderní postoj je ale charakterizován idealizací přírody a ztotožněním přirozenosti a dobra (Křížová 2015).“ (1, 71)

„Moderní medicína deklaruje, že nejvyšší hodnotou je život, alternativní medicína slibuje přirozenost (Šimek 2004, In Křížová 2004).“ (1, 3)

„Dalším faktorem, který ovlivňuje sílící zájem populace o nekonvenční směry, je proměna nemocnosti od akutních nemocí směrem k chronickým chorobám, úzce, bezprostředně a dlouhodobě související s tím, jak nemocný žil a žije, co prožívá a s čím se vyrovnává. Důležitou součástí terapie se stává provázení nemocného, jeho psychické a sociální zpracování nemoci a její zakomponování do všedního dne (Křížová 2004).“ (3)

3.5.2. Nekonvenční medicína

„Nekonvenční medicína je souhrnným označením pro všechny léčebné a preventivní postupy, které se nezakládají na přírodovědecké teorii, nevycházejí z ověřených teoretických konceptů moderní medicíny, a není tedy znám ani mechanismus účinku, ani nebylo působení spolehlivě prověřeno na dostatečně velké skupině nemocných podle pravidel současné vědy (Křížová 2004).“ (1)



Obr. 14 Způsoby využití nekonvenční medicíny

Převzato z: Křížová (2015)

Nekonvenční medicína se diferencuje dle komplementárního a alternativního užití (dále KAM, anglicky CAM - complementary and alternative medicine). (1)

Americké Centrum pro komplementární a alternativní medicínu, založené v roce 1998, používá i termín integrativní medicína. (42)

„Terminologie není jednotně ustálena a pojmy nekonvenční medicína a KAM jsou zaměnitelné. Zásadní je rozdělení na komplementární a alternativní užití nekonvenčních postupů, Obr. 14, a na služby poskytované lékařem, zdravotníkem, sestrou, fyzioterapeutem či osobami bez lékařské nebo zdravotnické kvalifikace (Křížová 2015).“ (1)

„Complementary“

*generally refers to using a non-mainstream approach together with conventional medicine
(NCCAM)*

3.5.2.1. Komplementární medicína

Termín komplementární medicína označuje, že řada nekonvenčních postupů se doporučuje jako doplněk standartních. Můžeme zde uvést akupunkturu, bylinné kúry, masáže, čínské byliny a další postupy. Jejich cílem je podpořit účinek vědecké medicíny či na léčbu navázat. (1, 42)

„Bývají orientovány na dlouhodobou péči (care), tělesný i psychický komfort a posílení organismu. Mohou, ale nemusí přinést i vlastní vyléčení ve smyslu trvalého odstranění (Křížová 2004).“ (1)

Termín komplementární nicméně doslovně znamená, že by se pacient mohl bez těchto služeb léčebně obejít. Dále ovšem existují situace a prostředky, které kombinovat nelze.

„Tady mají terapeuti odlišné názory, někteří jsou k součinnosti vědecké medicíny a komplementárních typů péče tolerantní, pro jiné je to nepřijatelné (Křížová 2015).“ (1)

„Alternative“

*refers to using a non-mainstream approach in place of conventional medicine
(NCCAM)*

3.5.2.2. Alternativní medicína

„Pojem alternativní medicína vyjadřuje, že vedle postupu oficiální školské medicíny je k dispozici nekonvenční postup, který je možno užít namísto vědeckého (Křížová 2015).“ (1)

Klasickým příkladem je indikace homeopatik v léčbě respiračních onemocnění, aplikace akupunktury či procedur fyzikální terapie v rehabilitaci při léčbě obtíží pohybového aparátu namísto užití syntetických léčivých přípravků. (1)

3.5.2.3. Alternativní v 21. století

„Alternativní“ označuje možnou či nezbytnou volbu mezi alespoň dvěma variantami. Ve shodě se svým latinským etymologickým základem znamená jinou cestu, popřípadě jiné, druhé řešení. „Často se s přívlastkem alternativní spojuje mimořádné či vymezující se postavení vůči něčemu, co dominuje. Alternativní často, ale ne vždy, znamená programově odlišný. V kontextu masové a konzumní společnosti tak znamená projev svobody, přirozenosti, spontánnosti a autonomie (Křížová 2004).“ (3)

„To však neznamená, že sama myšlenka alternativy jako druhé cesty dosažení cíle usiluje vždy o kompletní popření cesty první (např. vědecké medicíny) a aspiruje na to ji nahradit (Křížová 2004).“ (3)

3.5.3. Důvody využití nekonvenční medicíny klienty

Důvody vyhledávání nekonvenční medicíny ze strany uživatelů lze shrnout níže:

- Klienti se obracejí na tuto léčbu v případě, že vědecká medicína neumí jejich potíže efektivně řešit nebo přináší velká rizika či nepříjemné průvodní jevy
- Klienti takto projevují změnu hodnotové orientace a nového životního stylu, charakterizovaného „novou spiritualitou.“ Ta se může projevovat v odlišných psychosociálních potřebách ve vztahu k terapeutovi i ve vztahu k vlastní nemoci. V této souvislosti se hovoří o potřebě vnímat problémy celostně, navíc s určitým prostorem pro spirituální aspekty.
- Klienti se snaží podržet kontrolu nad podmínkami léčby a zaujmout aktivní postoj. Důležitou složkou obrazu nekonvenční medicíny je, že zesiluje aktivní úlohu nemocného a posiluje jeho emancipaci. (1, 41)

3.5.4. Směry KAM

„Výčet směrů komplementární a alternativní medicíny by mohl být velmi dlouhý a v různých zemích různý. V západním průmyslovém světě se často hovoří o silné pěťce KAM, jak ukazuje Obr. 15, kterou představuje tradiční čínská medicína, akupunktura, homeopatie, osteopatie a chiropraxe, a fytoterapie (Křížová 2015).“ (1)

Mezi konzistentní a komplexní diagnostické a léčebné systémy se řadí tradiční čínská, tibetská a indická medicína, sibiřská či africká šamanská medicína či léčebné systémy indiánských kmenů. Opírají se o vlastní teorii a praxi. Vyvinuly se nezávisle na přírodovědně založené medicíně. Obvykle ji z hlediska historického vzniku předcházely. Do této skupiny by mohla být zařazena i evropská přírodní medicína (naturopathy - Naturheilkunde). (1)

Podle odborníků amerického Centra pro KAM je vhodné kromě ucelených systémů rozlišovat 4 základní kategorie (Tab. 2) a sice: psychosomatické intervence, biologicky založené postupy, manipulativní postupy pracující s tělem a energetickou medicínu. (1, 40)

Rozdělení hlavních směrů KAM s příklady léčby konkrétních onemocnění znázorňuje Obr 16.

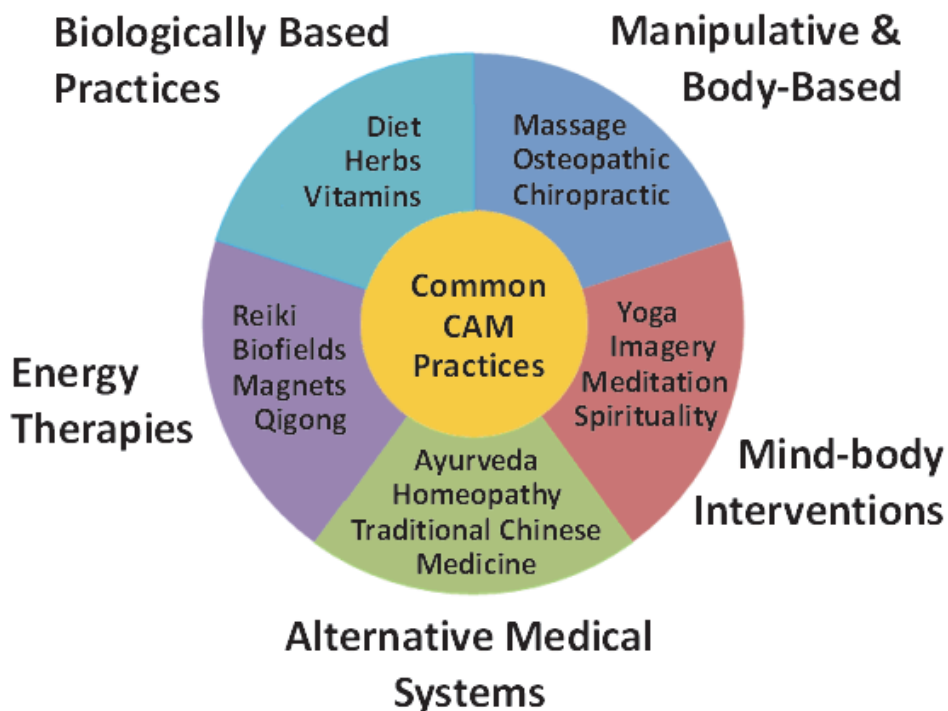
Tab. 2 Klasifikace hlavních směrů nekonvenční medicíny

<ul style="list-style-type: none"> • Tradiční ucelené diagnostiké a léčebné systémy Tradiční čínská a indická medicína (ajurvéda)
<ul style="list-style-type: none"> • Psychosomatické intervence (mind-body medicine) Zahrnují celou řadu technik, jejichž prostřednictvím má být dosaženo mentálního působení jedince na vlastní tělo. Pouze některé z psychosomatických intervencí jsou klasifikovány jako alternativní (meditace, některé postupy hypnózy, muziko- a arteterapie, léčba tancem, modlitba, kineziologie, duchovní léčba, EEG-biofeedback, mindfulness, antroposofie, Bachovy květiny).
<ul style="list-style-type: none"> • Biologicky založené postupy (Biologically Based Therapies) Zahrnují přírodní postupy a produkty, z nichž mnohé se překrývají s vědeckou medicínou – nejčastěji se jedná o potravinové doplňky, vitaminové a minerálové produkty a léčivé byliny. Do této kategorie jsou zařazovány rovněž speciální léčebné diety. Některé z produktů jsou hůře akceptovány lékařskou obcí – např. leatril, přípravky ze žraločích chrupavek apod.
<ul style="list-style-type: none"> • Manipulativní a dotykové techniky na těle Zahrnují především chiropraxi a osteopatii (osteopathy), dále různé masážní techniky (su-jok, reflexní masáž, terapeutický dotyk, reflexní terapie apod.).

- **Energetické terapie**

Zahrnují postupy, které se zaměřují na výměnu a přenos energií v lidském těle (bioenergie) a mezi lidským tělem a prostředím (na bázi elektromagnetického či jiného pole). Např. homeopatie, reiki, shiatsu.

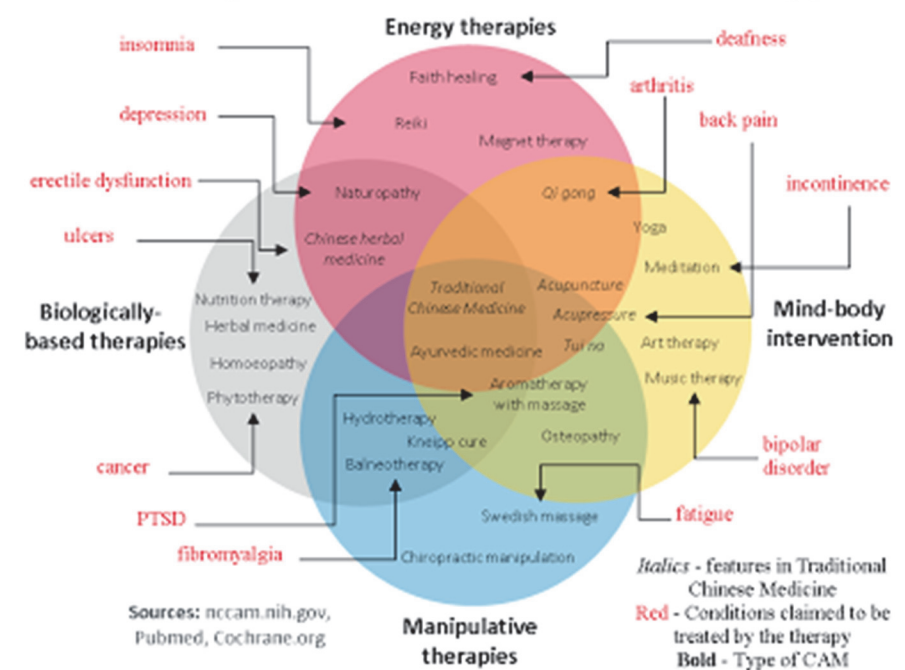
Převzato z: Křížová, In Psychosom (11(4), 2013)



Obr. 15 Silná pětka KAM (dřívější rozdělení)

Převzato z: <https://twitter.com/gcccam/status/392227336445116418>

Examples of CAM Based on Type



Obr. 16 Rozdělení hlavních směrů KAM s příklady léčby konkrétních onemocnění

Převzato z: <http://www.themedschoolproject.com/2012/08/epq-project-introduction-to.html>

„Používám svoji lidskost, abych dosáhl lidskosti druhého.“

(Dave Mearns)

3.6. Člověk jako vztahová bytost

3.6.1. Člověk z pohledu filosofie dialogu

Vývoj západního filosofického myšlení stále více prokazuje hodnotu mezilidským vztahům, cennou pro rozvoj a kvalitní život člověka. (43)

Naše bytí je předně „bytí ve vztahu.“ Tento posun se nepochybně zrcadlí i ve vnímání a porozumění tomu, co je člověk. „Pojetí člověka, ve významu latinského persona, naznačuje, podle tradice západní filosofie a teologie, dva rozměry, ve kterých lze vystihnout povahu a podstatu lidských bytostí (Šiffelová 2010).“ (8)

První rozměr postihuje individualistickou povahu jedince. Projevuje se jako nezbytnost autonomie, nezávislosti a svobody, dále pak jako potřeba jedinečnosti, důstojnosti a sebeurčení. „Rogers v tomto smyslu cituje Kierkegaardovu výzvu „být tím, kým člověk doopravdy je“ a říká, že největší zoufalství člověka pochází z toho, když se rozhodne být

jiný, než je, když žije podle představ druhých, jako by neměl své vlastní já (self) (Šiffelová 2010).“ (8)

Druhý rozměr poukazuje na vztahovou podstatu člověka, ve které je člověk existující ve vztahu a ze vztahu, tzn. že je neoddělitelný od druhých. Projevuje se tak jeho společenská povaha a smysl pro sounáležitost i solidaritu, dále pak potřeba sdílení, propojenosti a vzájemnosti. (8)

„Individualistická i vztahová tradice pojetí člověka má kořeny v různých filozofických přístupech. Abychom plně porozuměli jedinci, je třeba uvažovat o obou těchto rozměrech člověka a jejich vzájemném ovlivňování se. Obě tvoří základ pro pochopení, jak se člověk „stává sám sebou“ (Šiffelová 2010).“ (8)

Filosofie dialogu se snaží osvobodit od přílišného egocentrického myšlení novověké filosofie. Lidské bytí se neopírá jen o to, co je možné vysvětlit. Podstatné je i to, čemu nelze vždy porozumět, k čemu dojdeme komunikací.

Prostředkem je zážitek vzájemného setkání (encounter) s druhým člověkem. „Uvažujeme-li o člověku v intencích filosofie dialogu je terapeutický vztah příležitostí k tomuto setkání (Schmid 1999, In Šiffelová).“ (8, 44)

Filosofie dialogu se soustřeďuje na vztah k druhému člověku, ke světu, k Bohu a z něho vyplývající důsledky. „Vztah není něco, co lze pozorovat, ale děje se od Já k Druhému. V setkání tváří v tvář (Schmid 1999, In Šiffelová).“ (8, 44)

3.6.2. Podmínky terapeutického vztahu v přístupu zaměřeném na člověka

„Nevyhnutelné a dostačující podmínky osobnostní změny“ (the necessary and sufficient conditions of personality change) jsou výchozím bodem Rogersovy teorie terapie.

„Nevyhnutelné“ značí, že má-li nastat terapeutická změna, všechny podmínky musí být přítomny. (45)

„Dostačující“ pak znamená, že v přítomnosti těchto podmínek, není třeba ničeho dalšího pro navození změny. (45)

Terapii nepovažuje za nezvyklý druh vztahu, ale konstatuje, že podmínky mohou být uskutečněny v jakémkoli vztahu. (45)

„Pro porozumění jednotlivým aspektům terapeutického vztahu pak v souladu s úvahami o dialogické povaze setkání vyplývají další implikace, následující vztahové dimenze (Šiffelová 2010)“:

- Přítomnost

Přítomnost je vyjádřením autenticity. Ukazuje se na kongruenci mezi prožíváním, symbolizací a komunikací jedince. Vyjadřuje empatii, ptá se, co zažívá Druhý, a je vyjádřením pozitivního přijetí bez podmínek. Přijímá sebe sama a uznává Druhého.

- Autenticita

Autenticita je vstupní podmínkou setkání.

„Být autentický je výzvou najít svůj vlastní postoj a ve stejnou chvíli uznat a ocenit i Druhého jako autonomní bytost (Schmid 2001, In Šiffelová 2010).“ (46)

Z etického pohledu je autenticita zodpovědností, schopností odpovídat na volání druhých lidí, ať už v terapii nebo jakémkoliv vztahu.

- Bezpodmínečné pozitivní přijetí

Bezpodmínečné pozitivní přijetí je více než absence hodnocení. „Je to aktivní vyjádření souhlasu s Druhým jako s člověkem a ocenění jeho hodnoty a důstojnosti.“

- Empatie

Empatie je mostem k Druhému, přichází bez jakékoliv intence a konkrétního cíle. Empatie je umění nevědět (the art of not-knowing).

„Být empatický znamená vystavit se přítomnosti Druhého člověka - být otevřený, aby se mě realita Druhého mohla dotknout a já se mohl dotknout jeho reality (Schmid, 2001c, In Šiffelová).“ (46, 8)

Schmid (2002) hovoří o posunu celého paradigmatu, ve kterém se Přístup zaměřený na člověka rozvíjí. (47, 8)

Posouvá se od důrazu na jedince k člověku, od vztahu k setkání (encounter), dokonce od vztahu zaměřeného na člověka jako vztahu Já-Ty až ke vztahu My (We relationship). Terapeut a klient spolu-prožívají, spolu-pracují a spolu-vytvářejí svůj vztah, aby spolu-objevili svoji lidskost. (47, 8)

„Nezaslouží si uzdravit, kdo svou nedbalostí a rozmařilostí promrhal vzácnou životní energii.

Kdo nedodržuje zásady střídmosti a pravidla umění životosprávy, zasloužil by výprask bambusovou holí.“

(Moudrost mistra Wanga)

3.7. Tradiční čínská medicína v celostním pojetí člověka

3.7.1. Tradiční čínská medicína - úcta k přírodním zákonům

TČM se skládá z víceúrovňového systému diagnostických a ošetrovatelských forem. Ten se nepřetržitě vyvíjel po dobu více než tři a půl tisíce let. „To, že si TČM zachovala svoji čistotu, jasné formulace a jednoduché vyšetřovací postupy od samého počátku až do dnešních dnů, svědčí o uceleném systému, ne pouze o alternativě (Wu 2013).“ (48)

Základem tohoto léčebného umění je jednota těla, mysli a duše. Tuto jednotu tvoří každý jedinec a ten je zároveň součástí přírody, planety a vesmíru naplněného energií. Spirituální chápání má původ v tzv. taoismu. Vše závisí na všem a vše je vzájemně propojeno. (48, 49)

„Čím jsme pružnější, přizpůsobivější, čím harmoničtěji žijeme v souladu s měnícím se vzorcem energií, tím budeme zdravější a lépe si udržíme a rozvineme jüan čchi, energii získanou po předcích (Bendová 2015).“ (52)

Terminologie TČM je pro současného Evropana (a zvláště pak odborníka) značně odlišná a zpočátku působí až komicky. Petr Hoffmann uvádí: „Když se však do problematiky ponoříme, zjistíme, že se i na zdánlivě složité věci dá nahlížet z jiného úhlu pohledu a vše se zjednoduší.“ (49)

V učení o zdraví je lidský organismus považován za soustavu jin-jang. Myšlenka jin a jang byla poprvé zaznamenána v Knize proměn „Yi Jing“ (I-t'ing) v 11. století n. l. Koncepce byla vytvořena na základě rozvah a pozorování přírody, ve které se vše vyskytuje v párech. Dvojice se vzájemně podmiňují, současně jsou však protikladné. Panuje-li mezi oběma póly dynamická rovnováha, znamená to zdraví. Pokud je zde nerovnováha, svědčí to o nemoci. Cíl tradičního čínského ošetření spočívá vždy ve vyrovnání jinových a jangových aspektů těla. (48)

V mnoha evropských zemích jsou děti postiženy diagnózou ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder - hyperaktivita s poruchou pozornosti). Číňané posuzují vnitřní stabilitu dětí s ohledem na jin a jang. Tzv. „nezakořeněný jang“ - s příznaky jako je neklid,

špatná koncentrace, poruchy spánku. Z tohoto důvodu začíná v Číně školní den cvičením čchi-kung. To povzbuzuje vnímavost dětí a jejich ochotu učit se. (49)

V TČM nemá příliš velký význam to, jaký konkrétní etiologický činitel (jak jej chápe evropská medicína) vyvolal u pacienta danou chorobu. Nejdůležitější je stav pacienta v okamžiku vyšetření. Diagnóza neboli syndrom TČM se stanovuje na základě si zheng - čtyř vyšetřovacích metod. Přičemž má jak obecné, tak i konkrétní symptomy, které se odrážejí v názvu daného syndromu. Totožný syndrom TČM se tak může vyskytnout u různých nosologických forem západní medicíny. „Např. syndrom gan yang shang kang se bude vyskytovat při Meniérově chorobě i arteriální hypertenzi, při migréně i klimakterickém syndromu (Načatov 2011).“ (51)

Níže uvádím „pět pilířů čínského léčebného umění:

1. Akupunktura, akupresura a moxování
2. Bylinné léčení - fytoterapie
3. Strava podle pěti elementů
4. Léčebná masáž - terapie tuina
5. Tělesná cvičení - čchi-kung a taiči (Wu 2013).“ (48)

„Pokud se chceme zabývat Čínou, její mentalitou, filozofií či dokonce tradiční čínskou medicínou, vyžaduje to od nás, lidí západního světa, určitou dávku pokory. Ta je totiž zapotřebí k tomu, abychom odložili naše zavedené myšlenkové pochody, které nás svazují.“

(Mudr.Petr Hoffmann)

3.7.2. Tradiční čínská medicína a západní medicína

„TČM patří mezi metody KAM. Podle studie z časopisu pro Evidence based medicine je výzkum alternativní medicíny 100x finančně efektivnější a TČM je navíc 10000x méně škodlivá než západní farmakoterapie (Ohmstead 2009, In Bendová 2015).“ (54, 56)

Nejedná se o historizující oblast. Systém TČM se stále rozvíjí a zdokonaluje. Zcela tak respektuje nároky kladené vědou na empirické obory. V současné době se kombinuje se západní medicínou. Např. podávání čínských bylin pro zmírnění nežádoucích účinků léčby imunosupresivy. (53, 54)

„V řadě případů není nutné zřící se některé z obou medicín, naopak bývá výhodné obě medicíny kombinovat. Časopis Science uvádí integraci především čínské, ale i poznatků

dalších tradičních medicín do běžné západní praxe lékařství (Science Advances 2014, In Bendová 2015).“ (54, 55)

Léčebné účinky jsou dále prokazatelné v dermatologii v léčbě lupénky a ekzému, v pneumologii u léčby alergií a astmatu, v gastroenterologii u léčby žaludečního reflexu, v revmatologii při léčbě bolesti a kloubů. „Je vynakládáno obrovské vědecké úsilí, aby se přesně stanovilo, jak z pohledu západní medicíny různé postupy TČM působí na organismus (WHO 2002, In Bendová 2015).“ (58, 54)

Léčba TČM může podpořit harmonizaci a regeneraci po operaci nebo po medikamentózním ošetření.

„Integrace TČM do systému péče o zdraví je racionální a prospěšná především v oblasti prevence nemocí (Bendová 2015).“ (54)

4. EXPERIMENTÁLNÍ ČÁST

4.1. Metodika

V experimentální části jsem analyzovala veškerá data pilotního průzkumu „Komplementární a alternativní medicína: Průzkum mínění o zdraví.“

Průzkum byl realizován v podobě dotazníkového šetření mezi více než 200 lékárníky ve vybraných lékárnách v ČR.

Dotazník se skládal ze čtyř částí - A, B, C a D. V první části A byly čtrnácti jednoduchými otázkami zjištěny základní informace o dotazovaném zaměstnanci lékárny a o lékárně, ve které pracoval. Část B se zabývala využitím nekonvenční medicíny. Třetí část C dotazníku se věnovala poradenství. Poslední část D se týkala postojů a názorů na KAM. Samotné znění dotazníků je přílohou č 1. této diplomové práce.

K vyhodnocení byly využity nástroje popisné statistiky.

4.2. Sběr dat

Dotazníkové šetření probíhalo pomocí validovaného anonymního dotazníku s názvem „Komplementární a alternativní medicína: Průzkum mínění o zdraví“ v období od 1. 9. 2009 – 31. 5. 2010 ve vybraných lékárnách v České republice. Informace byly získány dotazováním zaměstnanců lékáren.

Do projektu byli zapojeni studenti druhého ročníku Farmaceutické fakulty UK v Hradci Králové. Ti byli v rámci předmětu Zdravotnická psychologie požádáni, aby dotazník

rozesli do lékáren v místě jejich bydliště a nechali je vyplnit zaměstnanci lékáren. K zamezení duplicity opatřil respondent dotazník razítkem lékárny.

V experimentální části diplomové práce zveřejňuji pouze jeho minoritní část a sice sociodemografické údaje respondentů následované otázkami z části C, poradenství v lékárně. Mým cílem bylo zjistit, jaké hlavní překážky lékárníci v poskytování poradenství spatřují a které z nich považují za nejvýznamnější a v jaké míře jsou ochotni překonávat tyto překážky.

Otázky dále zjišťovaly, jaká jsou doporučení lékárníků v případě samoléčení pacienta (OTC výdej) a u pacientů přicházejících do lékárny s lékařským předpisem (Rx výdej). Jak často takové rady lékárníci pacientům dávají. Zde dotazník navíc zjišťoval, zda-li je lékárníky doporučována např. úprava životního stylu pacienta ve smyslu úpravy jídelníčku, úpravy fyzické aktivity, omezení kouření, omezení alkoholu, popř. metod ke snížení stresu.

5. VÝSLEDKY

5.1. Demografické údaje respondentů

Údaje byly získány od 203 respondentů, kterými byli lékárníci (L).

Počet respondentů dle pohlaví a věku

Dotazníkového průzkumu ve vybraných lékárnách se zúčastnilo 31 mužů (15 %) a 172 (85 %) žen. Nejvíce ve věkové kategorii 21 – 30 let (34,5 %), nejméně 18 – 20 (0,5 %) a 60+ let (2 %).

Tab. 3 Počet respondentů dle pohlaví a věku

Počet respondentů			
Věková kategorie	muž	žena	Celkový součet
18 - 20	0	1	1
21 - 30	10	60	70
31 - 40	10	44	54
41 - 50	4	36	40
51 - 60	7	27	34
60+	0	4	4
Celkový součet	31	172	203

Tab. 4 Zastoupení respondentů dle pohlaví a věku v %

Počet respondentů			
Věková kategorie	muž	žena	Celkový součet
18 - 20	0,0 %	0,5 %	0,5 %
21 - 30	4,9 %	29,6 %	34,5 %
31 - 40	4,9 %	21,7 %	26,6 %
41 - 50	2,0 %	17,7 %	19,7 %
51 - 60	3,4 %	13,3 %	16,7 %
60+	0,0 %	2,0 %	2,0 %
Celkový součet	15 %	85 %	100 %

Z výše uvedených tabulek je zřejmé, že reprezentativní vzorek respondentů je zastoupen ve věkových kategoriích od 21 do 60 let. Obě kategorie (do 20 let a nad 60 let) nejsou zastoupeny reprezentativním počtem respondentů. Z pohledu zastoupení mužů a žen v průzkumu je zřejmá skutečnost nízkého zastoupení mužů ve všech kategoriích (pouze 15 % mužů z celkového počtu respondentů).

Počet respondentů dle dosaženého vzdělání

Největší zastoupení dle dosaženého vzdělání vidíme na pozici magistr farmacie s 54,19 %, nejnižší pak doktor farmacie (PhD) 1,48 %. Farmaceutičtí laboranti představují 20,20 % L.

Tab. 5 Počet respondentů dle dosaženého vzdělání

Počet respondentů			
Dosažené vzdělání	muž	žena	Celkový součet
farmaceutický laborant	0,00 %	20,20 %	20,20 %
magistr farmacie	8,37 %	45,81 %	54,19 %
doktor farmacie (PharmDr)	6,40 %	17,73 %	24,14 %
doktor farmacie (PhD)	0,49 %	0,99 %	1,48 %
Celkový součet	15 %	85 %	100 %

Z hlediska vzdělání není reprezentativním vzorkem nejvyšší vzdělání „doktor farmacie“.

Počet respondentů dle počtu obyvatel města

Města s počtem obyvatel 5 – 15 tisíc mají největší zastoupení 55 respondentů, následují velká města 70 – 150 tisíc v počtu 43 respondentů a 25 – 70 tisíc se 36 respondenty.

Tab. 6 Počet respondentů dle počtu obyvatel města

Počet respondentů			
Dle počtu obyvatel	muž	žena	Celkový součet
do 5 tisíc	3	18	21
5 - 15 tisíc	6	49	55
15 - 25 tisíc	3	20	23
25 - 70 tisíc	11	25	36
70 - 150 tisíc	7	36	43
více než 150 tisíc	1	24	25
Celkový součet	31	172	203

Zastoupení respondentů dle počtu obyvatel ve městech, ve kterých byl průzkum realizován, se jeví rovnoměrné.

Počet respondentů dle délky praxe

L s krátkou dobou praxe 1,5 – 5 let společně se svými kolegy s 10,5 – 20 letou praxí jsou zastoupeni nejvíce a to v počtu 101. (Nejdéle v profesi 30,5 – 40 let je 17 L.)

Tab. 7 Počet respondentů dle délky praxe

Počet respondentů			
Dle délky praxe	muž	žena	Celkový součet
0 - 1	2	11	13
1,5 - 5	10	40	50
5,5 - 10	3	28	31
10,5 - 20	9	42	51
20,5 - 30	6	35	41
30,5 - 40	1	16	17
Celkový součet	31	172	203

Počet respondentů dle druhu lékárny

Nejčetnější zastoupení mají lékárny základního typu se 145 L, nejnižší pak nemocniční lékárny s 16 L.

Tab. 8 Počet respondentů dle druhu lékárny

Počet respondentů			
Dle druhu lékárny	muž	žena	Celkový součet
nemocniční	1	15	16
základní	18	127	145
základní (řetězec)	12	28	40
Celkový součet	31	170	201

5.2. Procentuální zastoupení poskytovaných služeb v lékárnách

Pro další průzkumy je důležitou otázkou šetření, jaké služby jsou v dotyčných lékárnách poskytovány. Nejvíce poskytovanou službou v lékárnách je měření krevního tlaku u 131 L. Následované poradenstvím nad běžný rámec u 74 L. Naopak služby související s plicní funkcí, kostní denzitou a také speciální programy v podstatě nejsou poskytovány.

Tab. 9 Procentuální zastoupení poskytovaných služeb v lékárnách

Poskytované služby v daných lékárnách		
krevní tlak	131	64,5 %
glykémie	15	7,4 %
plicní funkce	0	0,0 %
kostní denzita	0	0,0 %
speciální program	3	1,5 %
poradenství nad rámec	74	36,5 %

Sortiment zboží

Z nabízeného sortimentu zboží v lékárnách vítězí vitaminy a minerály, potravní doplňky a tuzemské bylinné čaje. Následují homeopatika a masážní přípravky. Další alternativní přípravky jsou v menšině. Větší nabídka je pak u esenciálních olejů 36 % a pomůcek KAM 28,6 %.

Tab. 10 Procentuální zastoupení sortimentu zboží

Sortiment zboží - 203 respondentů		
vitamíny a minerály	203	100,0 %
potravní doplňky	199	98,0 %
tuzemské bylinné čaje	197	97,0 %
homeopatika	191	94,1 %

masážní přípravky	171	84,2 %
esenciální oleje	73	36,0 %
pomůcky KAM	58	28,6 %
čínské bylinné čaje	50	24,6 %
himalájské/tibetské bylinné čaje	36	17,7 %
ajurvédské bylinné čaje	16	7,9 %
energo-informační preparáty	14	6,9 %
gemmoterapeutika	13	6,4 %
Bachovy esence	8	3,9 %

5.3. Nejdůležitější překážky v poskytování poradenství

V dotazníkovém šetření bylo jednou z klíčových otázek to, jaké nejdůležitější překážky spatřují lékárníci v oblasti poskytování poradenství. U každé z následujících možností mohli respondenti odpovědět, zda danou možnost považují za překážku:

- Nedostatek času
- Nedostatek soukromí
- Nezáměr pacientů
- Pacientova neinformovanost
- Nedostatek finančního ohodnocení
- Nedostatečné vzdělání lékárníků
- Nezáměr ze strany lékárníků



Obr. 17 Hlavní překážky v poskytování poradenství

Z výše uvedeného grafu je patrné, že nadpoloviční většina respondentů považuje za překážku nedostatek času (82,7 %) a nedostatek soukromí (63,4 %). Ostatní možnosti považovala za překážku méně než 1/3 respondentů. Za nejmenší překážku považují respondenti možnost, že by se jednalo o nezájem ze strany lékárníků.

Na stejná data se lze podívat také dle věku respondentů. V podrobnějším zkoumání byly vynechány věkové kategorie do 20 let a nad 60 let z důvodu jejich nereprezentativního zastoupení v rámci výzkumu. Z hlediska věku respondentů je možno konstatovat následující závěry, které vyplývají z průzkumu k jednotlivým otázkám:

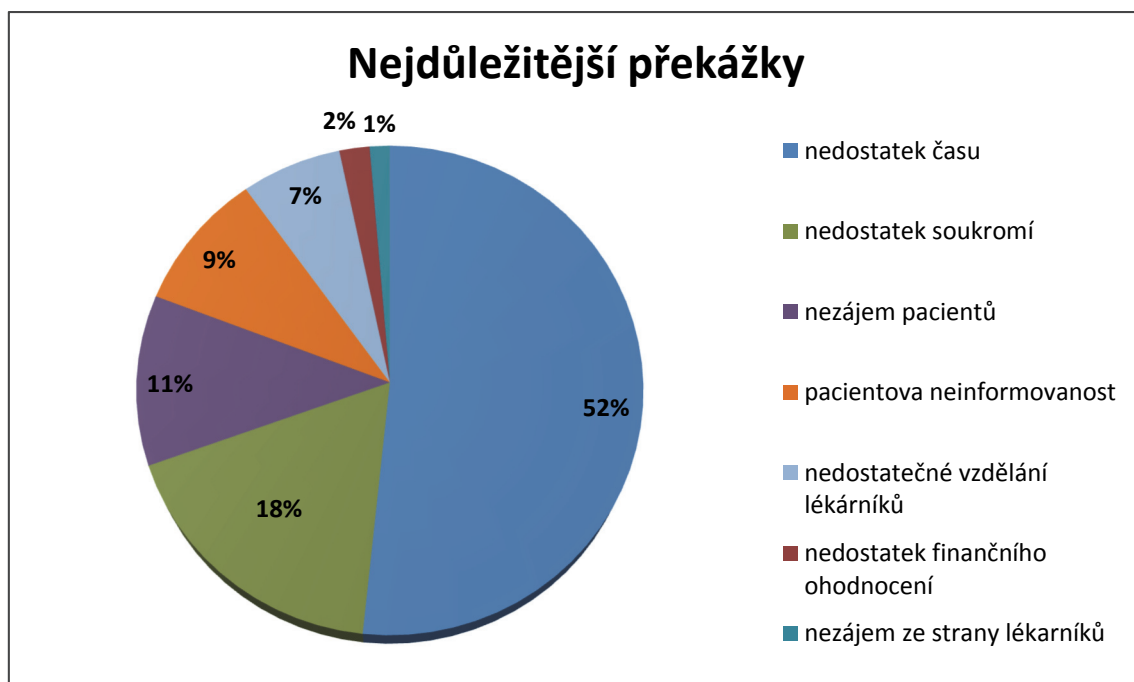
- nedostatek soukromí – je více akcentován u nejmladší a nejstarší kategorie respondentů (21 – 30 a 51 – 60 let)
- nezájem pacientů – jako překážku spatřuje nejvíce věková kategorie 41 – 50 let
- pacientova neinformovanost – je jako překážka nejméně spatřována u nejstarší věkové kategorie (51 – 60 let)
- nedostatek finančního ohodnocení – vidí naopak nejvýrazněji nejstarší věková kategorie (51 – 60 let)
- nedostatečné vzdělání – je jako překážka spatřováno pouze u nejmladší věkové kategorie (21 – 30 let), naopak to za příčinu nespátřuje starší věková kategorie (41 – 50 a 51 – 60 let)

- nezájem ze strany lékárníků – vykazuje trend postupného růstu tohoto problému od nejmladších ke starším věkovým kategoriím, v případě nejstarší věkové kategorie se jedná o dvojnásobný počet lékárníků, kteří tuto překážku vnímají jako zásadní oproti průměru za celou dotazovanou skupinu.

Tab. 11 Věk respondentů ve vztahu k hlavním překážkám

Věk respondentů	21 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	celkem 21 - 60
nedostatek času	82,9%	85,2%	80,0%	82,4%	82,3%
nedostatek soukromí	67,1%	59,3%	62,5%	67,6%	63,1%
nezájem pacientů	35,7%	38,9%	42,5%	35,3%	37,9%
pacientova neinformovanost	34,3%	33,3%	35,0%	23,5%	32,5%
nedostatek finančního ohodnocení	30,0%	25,9%	27,5%	35,3%	29,1%
nedostatečné vzdělání lékárníků	25,7%	14,8%	12,5%	11,8%	17,7%
nezájem ze strany lékárníků	8,6%	5,6%	12,5%	17,6%	9,9%

Druhým pohledem na tuto problematiku byla otázka na to, kterou z výše uvedených překážek považují respondenti za nejdůležitější (na otázku bylo možné odpovědět výběrem pouze jedné překážky).



Obr. 18 Nejdůležitější překážky

Údaje z grafu na předchozím obrázku jsou přehledně uvedeny také v následující tabulce.

Tab. 12 Hlavní překážky v poskytování poradenství

Hlavní překážky	Počet odpovědí	tj. v %
nedostatek času	78	52 %
nedostatek soukromí	27	18 %
nezájem pacientů	17	11 %
pacientova neinformovanost	14	9 %
nedostatečné vzdělání lékárníků	10	7 %
nedostatek finančního ohodnocení	3	2 %
nezájem ze strany lékárníků	2	1 %

Zajímalo nás, jaké hlavní překážky lékárníci při výdejní činnosti v lékárnách spatřují. L měli na výběr ze 7 možností. Z celkového počtu lékárníků (203) bylo uvedeno 151 odpovědí. Největší překážkou v poskytování poradenství je podle 58 % L nedostatek času. Nedostatek soukromí považuje za nepříjemné 18 % L. Jako méně důležité překážky se jeví nezájem pacientů, pacientova neinformovanost, nedostatečné vzdělání lékárníků. Nedostatečné finanční ohodnocení skončilo u 2 %. Nezájem ze strany lékárníků je „minimální“ – pouze 2 odpovědi z dotázaných. Výsledek této otázky vyznívá podobně jako u předchozí otázky a je tím možno doložit, že data v průzkumu jsou konzistentní. Uvedená data je možné prozkoumat hlouběji z pohledu velikosti měst, ve kterých jsou lékárny situovány. Toto podrobnější hodnocení je uvedeno v tabulce níže.

Tab. 13 Jaký má vliv počet obyvatel města na hlavní překážky v poradenství

Překážka	Velikost města v tisících obyvatel						celkem	poč. resp.
	< 5	5 - 15	15 - 25	25 - 70	70- 150	> 150		
nedostatek času	31 %	45 %	58 %	63 %	65 %	38 %	52 %	78
nedostatek soukromí	23 %	20 %	16 %	11 %	13 %	29 %	18 %	27
nezájem pacientů	8 %	18 %	5 %	7 %	10 %	14 %	11 %	17
pac. neinformovanost	8 %	13 %	16 %	7 %	6 %	5 %	9 %	14
nedostatečné vzdělání	31 %	0 %	5 %	7 %	3 %	10 %	7 %	10
<i>ostatní</i>	0 %	5 %	0 %	4 %	3 %	5 %	3 %	5

Jednotlivé překážky jsou vnímány poměrně rozdílně s ohledem na velikost města, ve kterém je lékárna situována. Pro jednotlivé velikosti měst a překážky bylo zjištěno následující:

- Nedostatek času – je jako hlavní překážka vnímán ve městech od 5 do 150 tisíc obyvatel. U malých měst (do 5 tisíc obyvatel) a velkých měst (nad 150 tisíc obyvatel) je sice také vnímán jako hlavní překážka, ale s menší převahou než ve výše uvedené velikosti měst.
- Nedostatek soukromí – je v celkovém výsledku na druhém místě. Podle velikosti měst je ale patrné, že tato překážka je nejvíce spatřována ve velkých městech nad 150 tisíc obyvatel a současně v menších městech (do 15 tisíc obyvatel).
- Nezáměr pacientů – je jako překážka oproti globálnímu výsledku více vnímán v městech od 5 do 15 tisíc obyvatel.
- Pacientova neinformovanost – je z pohledu celkového výsledku průzkumu vnímána až jako čtvrtá v pořadí. Ve dvou případech (a to u měst 5 – 15 a 15 – 25 tisíc obyvatel) je tato překážka uvedena ve dvojnásobném podílu odpovědí, než u ostatních kategorií měst.
- Nedostatečné vzdělání – není považováno za příliš významnou překážku až na jedinou výjimku a tou jsou lékárny v obcích do 5 tisíc obyvatel – u této kategorie lékáren se tato překážka dělí o první místo společně s nedostatkem času.

Z podrobného hodnocení výsledků průzkumu v otázce hlavních překážek v poskytování poradenství vyplývá několik doporučení, která by mohla vést ke zlepšení v této oblasti. Zahrnují dále v diskuzi.

5.4. Míra překonání překážek v poradenské činnosti

V další části dotazníku byl kladen důraz na možnosti překonání překážek v poskytování poradenství. Respondenti odpovídali na škále možností překonání: vůbec ne – trochu – značně – zcela. Následující analýzy pracují s převedením této škály na pozitivní pohled (opovědi značně a zcela) a pesimistické odpovědi (vůbec ne a trochu). Následující grafy a údaje demonstrují procentuální podíl pozitivních odpovědí na jednotlivé možnosti překonání překážek, přičemž jsou započítány pouze ti respondenti, kteří se k dané otázce vyjádřili. V průzkumu se někteří respondenti nevyjádřili u všech odpovědí.



Obr. 19 Míra překonání překážek v poskytování poradenství

Řešení se nabízí dle 68 % L ve zřízení privátních zón, 64 % L klade důraz na větší informovanost veřejnosti.

Další možnosti překonání překážek v poradenství jsou poměrně vyrovnané:

Více znalostí lékárníka uvádí 48 %, zlepšení komunikačních dovedností 46 %, pro aktivnější přístup k pacientovi je pak 45 %, důraz na vyšší obsazení personálu 37 % L.

Finanční ohodnocení by uvítalo jen 36 % dotazovaných a větší podporu ze strany vedení lékárny pak stejných 36 % L.

Nad stejnými daty byla dále provedena analýza vlivu velikosti města, ve kterém se lékárna nachází. Tyto výsledky jsou reprezentovány maticí procent pozitivních odpovědí na jednotlivé otázky s rozlišením velikosti města.

Tab. 14 Velikost města ve vztahu k míře překonání překážek

Velikost města v tis. obyv.	< 5	5 - 15	15 - 25	25 - 70	70 - 150	> 150	celkem
zřízení privátních zón	54%	67%	63%	73%	74%	67%	68%
větší informovanost veřejnosti	56%	68%	61%	60%	59%	76%	64%
více znalostí lékárníka	38%	45%	69%	55%	33%	64%	48%
lepší komunikační dovednosti	50%	43%	56%	55%	32%	50%	46%
aktivnější přístup k pacientům	36%	38%	47%	57%	41%	52%	45%
více personálu	38%	44%	35%	30%	36%	33%	37%
finanční ohodnocení	15%	40%	30%	31%	51%	27%	36%
větší podpora vedení lékárny	33%	48%	18%	32%	39%	32%	36%

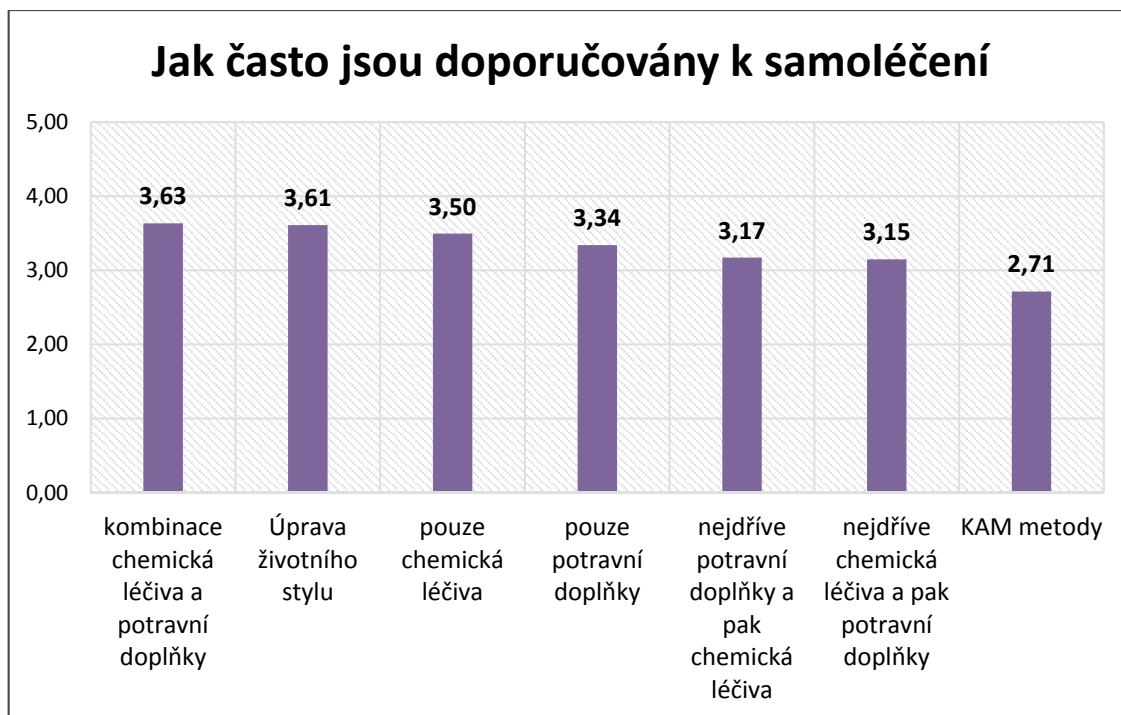
Z uvedené matice odpovědí lze vysledovat odchylky v odpovědích v různě velkých městech, výsledky dále porovnávám v diskuzi.

5.5. Jak často jsou doporučována k samoléčení pacientovi

Tab. 15 Jak často jsou doporučována k samoléčení pacientovi

Jak často jsou doporučovány k samoléčení	Průměr	Min	Max	Sm. odch.
kombinace chemická léčiva a potravní doplňky	3,63	1	5	0,790
Úprava životního stylu	3,61	2	5	0,832
pouze chemická léčiva	3,50	1	5	0,877
pouze potravní doplňky	3,34	1	5	0,696
nejdříve potravní doplňky a pak chemická léčiva	3,17	1	5	0,903
nejdříve chemická léčiva a pak potravní doplňky	3,15	1	5	0,957
KAM metody	2,71	1	5	0,823

Lékárníci měli na výběr z možností 1 - 5 (1 - nikdy, 2 - skoro nikdy, 3 - někdy, 4 - celkem často, 5 - velmi často). Vidíme celkem vyrovnané odpovědi. Kombinace chemická léčiva a potravní doplňky jsou celkem častá v nabízeném samoléčení, což se i z nabízeného sortimentu lékárny dá očekávat.



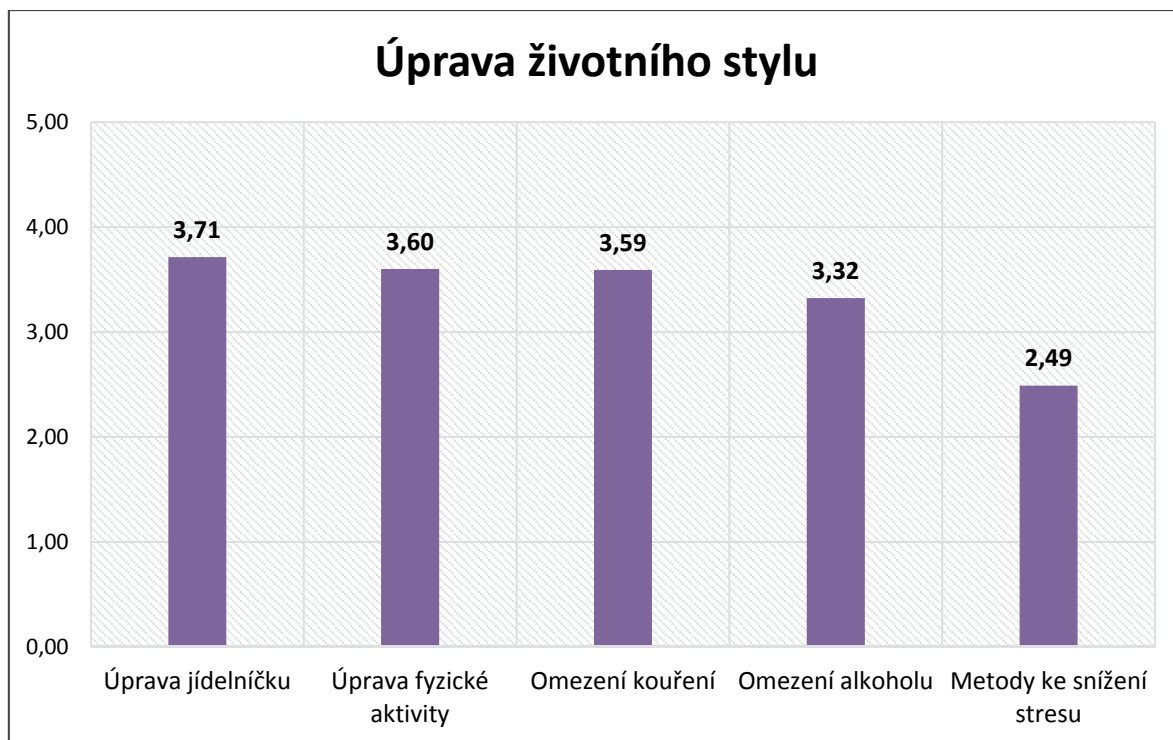
Obr. 20 Jak často jsou doporučovány k samoléčení pacientovi

5.6. Jaká úprava životního stylu a jak často je doporučována pacientovi k samoléčení

Tab. 16 Jaká úprava životního stylu a jak často je doporučována pacientovi k samoléčení

Úprava životního stylu	Průměr	Min	Max	Sm. odch.
Úprava jídelníčku	3,71	1	5	0,866
Úprava fyzické aktivity	3,60	1	5	0,901
Omezení kouření	3,59	1	5	1,066
Omezení alkoholu	3,32	1	5	1,027
Metody ke snížení stresu	2,49	1	5	1,061

V úpravě životního stylu jsou opět odpovědi vyrovnané. Úprava jídelníčku, fyzické aktivity a omezení kouření je doporučováno častěji než např. metody ke snížení stresu.



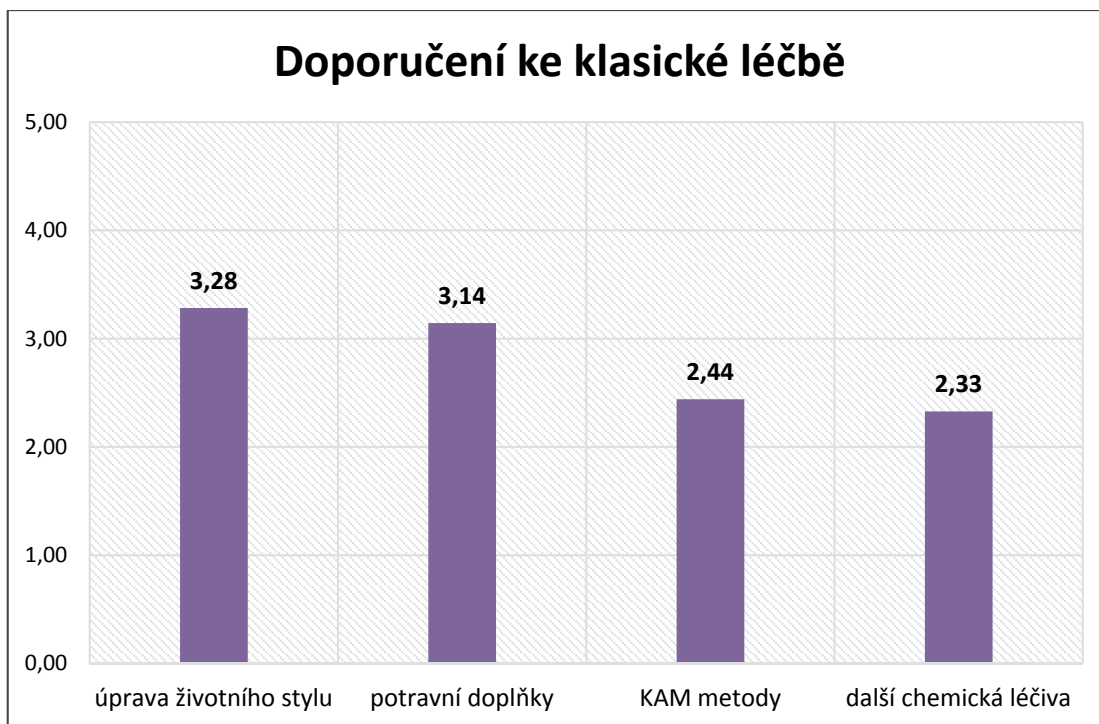
Obr. 21 Úprava životního stylu

5.7. Jak často je ke klasické léčbě (LP na Rx) (léčivý přípravek na recept) doporučováno pacientovi navíc ...

Tab. 17 Jak často je ke klasické léčbě (LP na Rx) doporučováno pacientovi něco navíc

Doporučení ke klasické léčbě	Průměr	Min	Max	Sm. odch.
úprava životního stylu	3,28	1	5	0,719
potravní doplňky	3,14	1	5	0,680
KAM metody	2,44	1	4	0,767
další chemická léčiva	2,33	1	5	0,820

V doporučení ke klasické léčbě, tj. při výdeji léčivých přípravků na recept je to opět úprava životního stylu, která je lékárníky nabízena pouze někdy. Stejně tak příležitostně jsou nabízeny potravní doplňky. Jiná doporučení jsou zcela zanedbatelná.



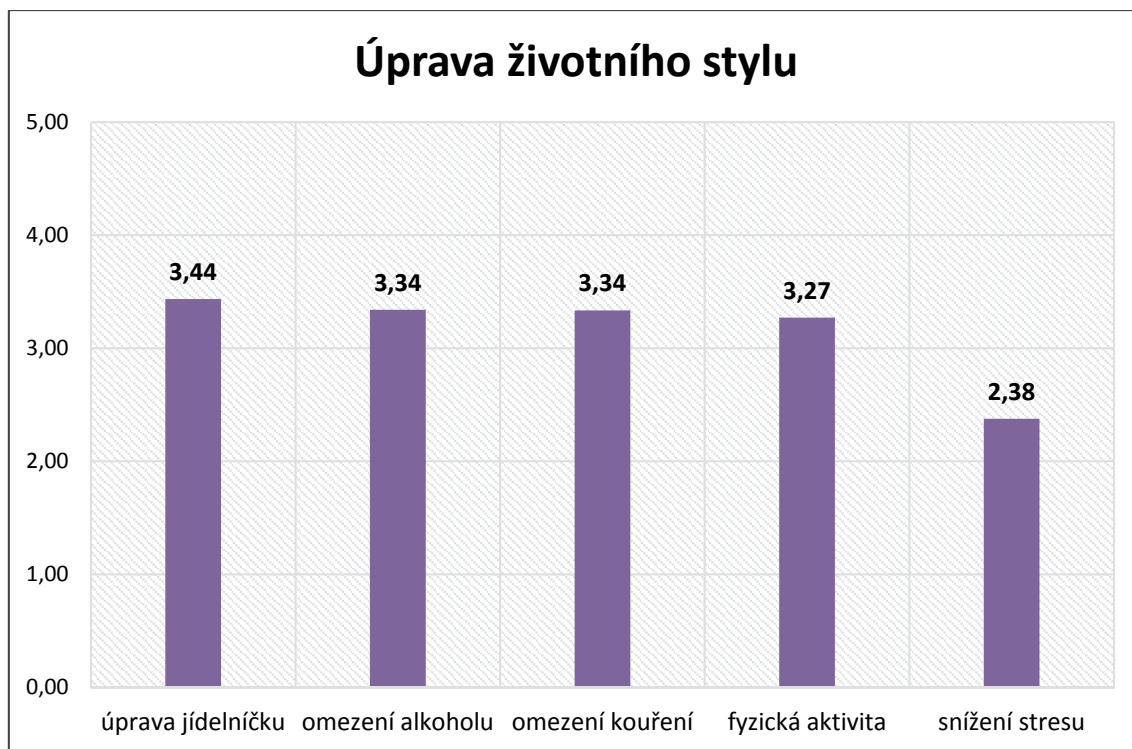
Obr. 22 Doporučení ke klasické léčbě

5.8. Jaká úprava životního stylu a jak často je doporučována pacientovi ke klasické léčbě

Tab. 18 Jaká úprava životního stylu a jak často je doporučována pacientovi ke klasické léčbě

Úprava životního stylu	Průměr	Min	Max	Sm. odch.
úprava jídelníčku	3,44	1	5	0,739
omezení alkoholu	3,34	1	5	0,930
omezení kouření	3,34	1	5	0,945
fyzická aktivita	3,27	1	5	0,853
snížení stresu	2,38	1	5	1,016

V poradenství změny životního stylu jsou opět odpovědi vyrovnané. Úpravy jídelníčku, fyzické aktivity a omezení kouření jsou nejčastěji doporučovány.



Obr. 23 Úprava životního stylu

6. DISKUZE

Bio-psycho-sociální přístup rozvíjí psychosomatická medicína. Tento celistvý pohled se shoduje s výchozí definicí zdraví, resp. záměrem, popisovaným v Ústavě WHO. V České republice však tento celistvý pohled nebyl dosud přenesen do běžné praxe. „V sousedních zemích jako je Německo, Švýcarsko, Rakousko existuje psychosomatika jako samostatný obor už po desetiletí. Působí příznivě na rozvoj dalších klinických oborů, které díky tomu obohacuje právě o psychosociální aspekty onemocnění. Na neschopnost zahrnout do ošetřování také ohledy na sociální a psychické problémy pacientů upozorňují i mezinárodní organizace (např. UEMS²)“ apeluje předseda odborné Společnosti psychosomatické medicíny MUDr. Vladislav Chvála. Psychosomatika byla v ČR zahrnuta mezi nadstavbové obory Vyhláškou č. 286/2013 O oborech specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů a oborech certifikovaných kurzů Ministerstva zdravotnictví.

V ČR je psychosomatická medicína momentálně v neobvyklé pozici. Na jedné straně se snaží o spolupráci s ostatními medicínskými obory, ale na straně druhé se často pohybuje

² UEMS, Evropský svaz odborných lékařů, je významnou mezinárodní organizací, která sdružuje lékaře specialisty ze zemí Evropské unie, zčásti i mimo ni. Jejimi členy jsou národní odborné společnosti, za ČR ČLS JEP.

na hranici medicíny postavené na důkazech. Podle představitelů odborné společnosti neexistuje společná shoda o tom, co je a není psychosomatika.

Ve své diplomové práci psychosomatiku zmiňuji z důvodu, že léčba chronických potíží je velmi nákladná a představuje značnou finanční zátěž pro celé naše zdravotnictví. Mimoto takových pacientů stále přibývá, hovoří se o 40 % ze všech pacientů přicházejících do ordinací lékařů a posléze i lékáren.

Bio-psycho-sociální přístup podporuji a oceňuji právě proto, že respektuje vzájemnou propojenost somatických, psychických a sociálních vlivů jak při vzniku, tak při léčbě chorob. V praxi však vyžaduje skutečně svědomitého a velmi vzdělaného odborníka. Zdánlivě jednoduché tvrzení, že je nemoc ovlivňována jak biologickými, tak psychickými a sociálními faktory, se ztěžuje, pokud zvážíme, jak se tyto oblasti vzájemně ovlivňují.

Pochopitelně záleží i na schopnosti lékárníka orientovat se v nekonvenčních směrech a umět pacienta/klienta správně nasměrovat.

Z právního hlediska je možné následující (popisuje Judr. Ivo Telec):

- zařazení povinných předmětů „přírodní lékařství“, „tradiční medicína“ a „doplňující a alternativní“ (nebo lépe „integrativní“) „medicína“ do akreditovaných studijních programů v lékařských a zdravotnických oborech vysokoškolského vzdělávání,
- zařazení povinného předmětu „tradiční fytofarmakoterapie“ do akreditovaných studijních programů ve farmaceutických oborech vysokoškolského vzdělávání,
- dále novelizace zákona o nelékařských zdravotnických povoláních stanovující povolání zdravotnického pracovníka asistent přírodní medicíny, popř. praktik přírodní medicíny, včetně vymezení odborné způsobilosti, resp. i odborné činnosti (...)

Lékárník si ponechává svou hlavní profesi, ale získává navíc nástroje pro rozšíření svého odborného pohledu... Otázkou je další specializace lékárníka na základě svých vlastních preferencí? Osobně se přikláním k oborům jako rodinná terapie (pomoc pediatrickým pacientům a jejich rodinám), obory komplementární a alternativní medicíny, psychoterapeutické výcviky a další ...

V KAM si zaslouží naši pozornost osvěta TČM. Ta byla oficiálně podpořena WHO a doporučena jako medicína 21.století. Zatímco moderní západní medicína léčí nemoci, TČM obnovuje harmonii a rovnováhu jedince. Léčit lze prakticky vše kromě život ohrožujících stavů. Dále vyniká její podpůrná léčba u onkologických diagnóz či psychiatrických onemocnění. Velkým kladem TČM je preventivní a samoléčitelská moudrost. Podávání čínských bylin pro zmírnění nežádoucích účinků léčby syntetickými farmaky především v řadě chronických onemocnění či autoimunitních chorob. Dále pomoc v pediatrii (alergie, respirační potíže, astma), gynekologii a dalších oborech. Zavést čínské byliny do lékáren je jedna z možností. Studenti farmacie mají možnost v rámci své magisterské přípravy absolvovat volitelný předmět Základy tradiční čínské medicíny.

„Zájmy a blaho lidské bytosti jsou nadřazeny zájmům společnosti nebo vědy.“

(Článek 2, Úmluva o lidských právech a biomedicíně, sděl. č. 96/2001 Sbíрка mezinárodních smluv)

Z podrobného hodnocení výsledků průzkumu v otázce hlavních překážek v poskytování poradenství vyplývá několik doporučení, která by mohla vést ke zlepšení v této oblasti:

- V případě středně velkých měst (15 – 150 tisíc obyvatel) nemají lékárníci dostatek času na poskytování poradenství (resp. vnímají tento problém více než v malých a velkých městech) – možným zlepšením tohoto stavu může být posílení personálu alespoň v nejexponovanějších časech z hlediska počtu zákazníků.
- V případě měst od 5 do 15 tisíc obyvatel byl respondenty akcentován nezájem pacientů – to může souviset s osvětou a kvalitou lékařské péče v těchto městech – za zvážení v tomto případě stojí systematická osvětová činnost pro ošetřující lékaře.
- Podobně jako v předchozím bodě je toto opatření vhodné ve městech od 5 do 25 tisíc obyvatel ve snaze zvýšit informovanost pacientů.
- Velmi výrazně z hodnocení této otázky vystupuje jako překážka nedostatečné vzdělání lékárníků v lékárnách v malých městech (do 5 tisíc obyvatel), což může souviset s menším zájmem o uplatnění kvalifikovaných lékárníků v těchto obcích. Příčinou tohoto výkyvu však také může být nedostatečně reprezentativní vzorek dotazovaných v dané kategorii, který mohl do průzkumu zanechat určité zkreslení.

- Nedostatečné vzdělání je jako překážka spatřováno pouze u nejmladší věkové kategorie lékárníků (21 – 30 let), naopak to za příčinu nespatřuje starší věková kategorie (41 – 50 a 51 – 60 let)
- Více znalostí lékárníka – v této otázce je patrný poměrně kontroverzní výsledek šetření – přestože v předchozí otázce lékárníci z lékáren v nejmenších městech považovali za klíčovou překážku nedostatečné vzdělání personálu, tak současně v odpovědi na možnost překonání této překážky jsou nejvíce skeptičtí a tuto cestu pozitivně hodnotí pouze 38 % respondentů

Z uvedené matice odpovědí lze vysledovat odchylky v odpovědích v různě velkých městech:

- Zřízení privátních zón – od ostatních měst se odlišuje výrazněji pouze názor u malých měst do 5 tisíc obyvatel
- Větší informovanost veřejnosti – je nejvíce akcentována u největších měst (nad 150 tis. obyvatel)
- Aktivnější přístup k pacientům – výrazněji je akcentován v případě středně velkých měst mezi 25 – 70 tis. obyvateli.
- Finanční ohodnocení – je jako možné odstranění překážek výrazněji podporováno u středně velkých měst (25 – 70 tis. obyv.) a naopak není za vhodnou možnost považováno v případě nejmenších měst (pozitivně hodnotilo pouze 15 % respondentů).

V rámci diplomové práce byly naplněny cíle stanovené v úvodu této práce.

7. ZÁVĚR

Odstranění překážek (jako je především nedostatek času a nedostatek soukromí) rozvoje konzultační činnosti by znamenalo, že pro farmaceuta, vzdělaného v psychosomatice, lépe řečeno - schopného v psychosomatických souvislostech uvažovat, by pak měly biologické, psychologické i sociální aspekty onemocnění stejnou důležitost. Uměl by rozšířit pohled na symptomatickou léčbu o další témata a přivést tak pacienta k uspokojivějším řešením svých zdravotních problémů. Tam, kde je situace složitější by byl lékárník schopen doporučit i motivovat k psychoterapii či dalším podpůrným léčebným metodám. Zde vidím opět velkou příležitost pro postupy TČM apod.

Tento rozvoj by mohl mít významný vliv na snížení počtu chronicky nemocných pacientů a vedl by k výrazným úsporám finančních prostředků vynakládaných ve zdravotnictví. Zároveň z rešeršní části práce vyplývá, že v ideálním případě by nejvíce prosperující a efektivní byla taková podoba podpory zdraví i prevence onemocnění, která by byla celostní povahy. Tzn. že její důsledky ve vztahu k rizikovým faktorům onemocnění by byly tak významné, že by již následné léčby nebylo zapotřebí.

8. SEZNAM LITERATURY

- 1 Křížová E. Alternativní medicína v České republice. Praha: Karolinum, 2015:7, 13-16, 20-25, 108-115
- 2 Břicháček V., Habrmannova M., eds. Studie z psychologie zdraví. Praha: Ermat, 2006:13
- 3 Křížová E., eds. Alternativní medicína jako problém. Vyd.1. Praha: Karolinum, 2004:19
- 4 Hogenová A. Jsme rozhovorem. Praha: Univerzita Karlova Pedagogická fakulta, 2012:19
- 5 Machová J. Výchova ke zdraví. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada, 2015:14
- 6 Vácha M. O. Zdraví je celek. Opravdu. Psychosom 2015;13(2):112-119
- 7 Berry W. Another Turn of the Crank. Berkeley: Counterpoint, 1995:86
- 8 Šiffelová D. Rogersovská psychoterapie pro 21. století: vybraná témata z historie a současnosti. Praha: Grada, 2010:118-122, 139
- 9 Tress W., Krusse J., eds. Základní psychosomatická péče. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008:394
- 10 Růžička J., eds. Psychosomatický přístup k člověku. Vyd. 1. Praha: Triton, 2006:202-206
- 11 Chvála V., Trapková L., eds. Brání se vědecká komunita systémové teorii? Sborník Medicína mezi jedinečným a univerzálním. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2012:263-276
- 12 Zdraví 21 - výklad základních pojmů. Úvod do evropské strategie Zdraví pro všechny v 21. století. Praha: MZ ČR, 2004:22, 40-48
- 13 Seedhouse D. (1995). In Křivohlavý J.. Psychologie zdraví. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009:38
- 14 Anonym, World health report, Executive summary, In: WHO – World Health Organization, Dostupné na URL: http://www.who.int/whr/1998/media_centre/executive_summary6/en/
Přístup: 1. 5. 2016
- 15 Holčík J., Káňová P., eds. Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy. Vydání druhé upravené. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2015:72-74
- 16 WHO. Zdraví 21 - zdraví pro všechny do 21. století. Praha, 2001
- 17 Whitehead M.: The concepts and principles of equity and health. Health Promotion International 6. č. 3., 1991:217-228
- 18 Whitehead M.: Spravedlnost ve zdraví. Praha: MZ ČR, 1994:49

- 19 Kebza V. Psycholog ve zdravotnictví. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2014:72-74
- 20 WHO. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 21. November 1986
- 21 Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World. 6th Global Conference on Health Promotion, Bangkok, Thailand, August 2005
- 22 Holčík J., Podpora veřejného zdraví: teorie a praxe, In: Hygiena – časopis pro ochranu a podporu zdraví, Dostupné na URL:
<http://apps.szu.cz/svi/hygiena/archiv/h2008-sup-02-full.pdf>, Přístup: 1. 5. 2016
- 23 Honzák R., Chvála V.: Psychosomatická medicína. Psychosom 2014;12(2):97-107
- 24 Anonym, Společnost psychosomatické medicíny České lékařské společnosti JEP. In O psychosomatice, Publikováno: 1.2.201, Dostupné na URL:
http://www.psychosomatika-cls.cz/?page_id=733, Přístup 1. 5. 2016
- 25 Fink P., Sorensen L., eds. Somatisation in primary care: prevalence, health care utilisation and general practitioner. *Psychosomatics* 1999;40 (4):330-338
- 26 Honzák R. Ekonomický přínos plynoucí z psychosociálně orientované intervence u nemocných somatických oborů. *Praktický lékař*;1989:95-97
- 27 Satir V., Banmen J., eds. Psychologické eseje 1963-1983. 1. Vyd. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2016: 38-44
- 28 Anonym, salutogeneze – dotaz na slovo, In: Slovník cizích slov.net, Dostupné na URL: <http://www.slovník-cizich-slov.net/salutogeneze-1284109824>, Přístup:1.5.2016
- 29 Pelcák S. Psychologie zdraví a nemoci. Vyd.1. Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové, 2014:14-16
- 30 Paulík K. Psychologie lidské odolnosti. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010:105-107
- 31 Dočkal J. Člověk v současném světě: než začneme studovat sociální práci. Středokluky: Zdeněk Susa, 2008:158
- 32 Morschitzky H., Sator S. Když duše mluví řečí těla: stručný přehled psychosomatiky. Vyd. 2. Praha: Portál, 2012:14
- 33 Chvála V., Trapková L. Rodinná terapie a teorie jin-jangu: příspěvek k psychosomatice 2. přepracované vydání. Praha: Portál, 2016:102-104
- 34 Ježek M., Bio-psycho-socio-spirituální model člověka, In: Český rozhlas, 5. 1. 2014, Dostupné na URL:
http://www.rozhlas.cz/nabozenstvi/zpravy/_zprava/1299043, Přístup: 31. 8. 2016
- 35 Payne J.,eds. Zdraví: hodnota a cíl moderní medicíny. Vyd. 1. Praha: Triton, 2002:42-43
- 36 Frankl V.E. Lékařská péče o duši. Brno: Cesta, 1995:232-233

- 37 Růžička J. Psychosomatický přístup k člověku. Vyd. 1. Praha: Triton, 2006:93, 95-96
- 38 Kalábová H. Ruka má tělo a řeč má celého člověka. Psychosom 2009;7(3):184-187
- 39 Bartůšková L. Spirituální dimenze nemoci. Psychosom 2013;11(1):22-35
- 40 Anonym, Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name?, In: National Center for Complementary and Integrative Health, 6/2016, Dostupné na URL: <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health>, Přístup: 11. 7. 2015
- 41 Astin J. A. (1998). Why patients use alternative medicine. JAMA, 279(19):1548-54
- 42 Anonym, Eurocam - Cam Benefits, In: Eurocam, Dostupné na URL: <http://www.cam-europe.eu/cam-benefits.php>_Přístup: 19. 7. 2015
- 43 Buber M. Já a Ty. Olomouc: Votobia, 1995
- 44 Schmid P.F. The concept of the person and its implication for personal development and growth. Greece: Lecture at the University of Patras:1999
- 45 Rogers C.R.: The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. Journal of Consulting Psychology 1957;21(2):95-103
- 46 Schmid P.F.: Comprehension: The art of not knowing. Dialogical and ethical perspectives on empathy as dialogue in personal and person-centred relationships. In: Haugh, S.; Merry. T. (eds.): Rogers' Therapeutic Conditions: Evolution, Theory and Practice. Vol. 2. Empathy. Ross-on-Wye, PCCS Books 2001c:1-19
- 47 Schmid P.F.: Knowledge or Acknowledgement? Psychotherapy as „the art of not-knowing“ - Prospects on further developments of radical paradigm. Person-Centred and Experiential Psychotherapies. Vol.1. No 1-2. 2002:56-70
- 48 Wu L. Kniha čínského umění léčby:osvědčené znalosti léčby z Říše středu. Olomouc: ANAG, 2013:10-15
- 49 Hoffmann P. Od pramene čínské medicíny. Praha: Knižní klub, 2007
- 50 Hoffmann P. Na frekvenci čínské medicíny. Vyd.1. Praha: Knižní klub, 2002:9-11
- 51 Načatoj V.G. Léčba nemocí v tradiční čínské medicíně. Olomouc: Anag, 2011:21-35
- 52 Bendová L. Čínská dietetika v moderním světě. Praha: TCM Consulting and Publishing o.s., 2015:12
- 53 Friedl F. Zákon rovnováhy: recept čínské medicíny na dlouhý život. České vyd. 1. Praha: Jan Vašut, 2010
- 54 Bendová L. TČM a západní medicína. Ženšen. Časopis Komory Tradiční čínské medicíny. 2015;2: 8-10

- 55 Science Advances 346 (6216Suppl.)Sxx-Sxx(2014) viz též
www.scienceadvances.org
- 56 Ohmstead G. Osobní sdělení presidenta kongresu TCM Rothenburg 2009
- 57 Sokolová D., Lékařka Štefánia Ebenová: Tradiční čínská medicína je mým
smyslem života, In: Novinky.cz, 8. 11. 2016, Dostupné na URL:
<https://www.novinky.cz/zena/styl/419060-lekarka-stefania-ebenova-tradicni-cinska-medicina-je-mym-smyslem-zivota.html>
Přístup: 3. 2. 2017
- 58 Lemco J. National health care: lessons for the United States and Canada. Ann
Arbor: University of Michigan Press, 1994
- 59 Joseph et al. 2005, In Šiffelová D. Rogersovská psychoterapie pro 21. století:
vybraná témata z historie a současnosti. Praha: Grada, 2010:118-122, 139
- 60 Nutbeam D. Health Promotion Glossary. 1998: Health Promotion
International.13(4):349-364
- 61 Kebza V. Vyd.1. Psychosociální determinanty zdraví. Praha: Academia, 2005
- 62 Komárek L., Kopřivová T., Kříž J. eds. Ochrana a podpora zdraví. Praha:
Nadace CINDI ve spolupráci s 3. Lékařskou fakultou UK Praha, 2011: 17-18
- 63 Janovská K., Komárek L., Kříž J., Rážová J., Wasserbauer S., Podpora
zdraví, prevence zdravotních rizik a nemocí, In: Krajská hygienická stanice
Královehradeckého kraje, 2013, Dostupné na URL: http://www.khshk.cz/e-learning/kurs6/kapitola_11__definice.html
Přístup: 26. 8. 2016
- 64 Hamplová L., Psychosomatická medicína je v Česku popelkou. Škodí ji
šarlatáni, In: Zdravotnický deník, 26. 2. 2017, Dostupné na:
<http://www.zdravotnickydenik.cz/2017/02/psychosomaticka-medicina-je-v-cesku-popelkou-skodi-ji-sarlatani/> Přístup: 1. 3. 2017
- 65 Bertalanffy L. General System theory: Foundations, Development,
Applications. Revised edition 1976 editor New York (USA): George
Braziller
- 66 Antonovsky A. Unraveling the Mystery of Health. How people manage
Stress and Stay Well. San Francisko: Jossey-Bass, 1987
- 67 Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale.
Social Science and Medicine. 1993; 36:725-733
- 68 Eriksson M. Lindström B. Contextualising salutogenesis and Antonovsky in
public health. Health Promotion International 2006; 21:238-244
- 69 Eriksson M. Lindström B., The Hitchhiker's Guide to Salutogenesis,
Folkhälsan Health Promotion Research Report, 2010:2
- 70 Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by
the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on

22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948

- 71 Siahpush M. Postmodern attitudes about health: a population based exploratory study. *Complementary Therapies in Medicine* 7; 1999: 164-169
- 72 Hogenová A. K věci samé. UK v Praze, Pedagogická fakulta: Karolinum, 2012:168-181,182-198
- 77 *WHO Annual Report 2002* –
whqlibdoc.who.int/hql/2003/WHO_EDM_2003.1.pdf Dr Bedekam speech
www.wpro.who.int/chn/news/drbedekamspeech10.htm
- 73 Zucconi A. From Illness to Health. Well-Being and Empowerment: The person-centred paradigm shift from patient to client. In: Levitt, B.E. eds: *Reflections on Human Potential: bridging the person-centred approach and positive psychology*. Ross-on-Way, PCCS-Books 2008:131-146
- 74 Fischer P. – Ward. A.: *Complementary medicine in Europe*. *British Medical Journal* 309:107-110

9. SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

- Obr. 1 The mandala of health: a model of the human ecosystem
Mandala zdraví: Model lidského ekosystému
https://openi.nlm.nih.gov/detailedresult.php?img=PMC1891639_11524_2007_9175_Fig1_HTML&req=4, Přístup: 5. 6. 2016
- Obr. 2 The hierarchy of natural systems
Hierarchie přírodních systémů
<https://www.urmc.rochester.edu/medialibraries/urmcmedia/education/md/documents/biopsychosocial-model-approach.pdf>, Přístup: 5. 6. 2016
- Obr. 3 Determinanty zdraví
Komárek L., Kopřivová T., Kříž J. eds. *Ochrana a podpora zdraví*. Praha: Nadace CINDI ve spolupráci s 3. Lékařskou fakultou UK Praha, 2011
- Obr. 4 The determinants of population health
Determinanty zdraví populace,
Převzato z: Whitehead & Dahlgren (2006)
<http://publichealth.warwickshire.gov.uk/what-is-public-health>, Přístup: 1. 6. 2016

- Obr. 5 The Ottawa charter
Ottawská charta Podpory zdraví 1986
<http://andrealyip.com/tag/ottawa-charter>, Přístup: 1. 6. 2016
- Obr. 6 Systems Theory
Systémová teorie
Engel (1980), In Mc Whinney IR. A Textbook of Family Medicine, 1989
- Obr. 7 „The ease/dis-ease continuum“ as a horizontal line between total absence of Health (H-) and total Health (H+)
Kontinuum zdraví dle Antonovského
http://www.centrelearoback.org/assets/PDF/04_activites/clr-GCPB121122-Lindstom_pub_introsalutogenesis.pdf, Přístup: 20. 8. 2016
- Obr. 8 The river of Life
Řeka života
<http://www.expandwellbeing.com/salutogenesis.html>, Přístup: 20. 8. 2016
- Obr. 9 Modelling health/salutogenesis and health/pathogenesis
Shrnutí Modelu Salutogeneze/Patogeneze/Podpory zdraví
Bauer G Davies JK et al Advancing a model for health, EJPH 2003, 107-113
- Obr. 10 Bio-psycho-sociální model
George Libman Engel (1977) The need for a new medici model: „A challenge for biomedicine.“ Science 196: 129-136
- Obr. 11 Vrstvy bio-psycho-sociální reality člověka
Převzato z: Honzák R. (2016)
http://www.psychosom.cz/wp-content/uploads/2016/01/DP_MUS_obr_6.jpg, Přístup: 28. 8. 2016
- Obr. 12 Základní dimenze člověka
Převzato z: https://i2.wp.com/www.vhytc.ca/wp-content/uploads/bsp_model-447x264.png
Přístup: 20. 5. 2016
- Obr. 13 Vztahové možnosti jedince
<http://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc68013/m1/79/>, Přístup: 20. 6. 2016
- Obr. 14 Způsoby využití nekonvenční medicíny
Křížová E. Alternativní medicína v České republice. Praha: Karolinum, 2015:7, 13-16, 20-25, 108-115
- Obr. 15 Silná pětka KAM (dřívější rozdělení)

<https://twitter.com/gcccam/status/392227336445116418>, Přístup: 29. 7. 2016

- Obr. 16 Rozdělení hlavních směrů KAM s příklady léčby konkrétních onemocnění
<http://www.themedschoolproject.com/2012/08/epq-project-introduction-to.html>, Přístup: 11. 7. 2016
- Tab. 1 Porovnání patogenetického a salutoprotektivního modelu zdraví a nemoci
Modifikováno dle: Pelcák (2014)
Pelcák S. Psychologie zdraví a nemoci. Vyd.1. Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové, 2014
- Tab. 2 Klasifikace hlavních směrů nekonvenční medicíny
Převzato z: Křížová, In Psychosom (11(4), 2013)
<http://www.psychosom.cz/images/archiv/Psychosom-2013-1.pdf>

10. PŘÍLOHY

Příloha č. 1: „Komplementární a alternativní medicína: Průzkum mínění o zdraví“