

personálu. Profesor Jiří Vorlíček v tomto rozhovoru zdůraznil nutnost přiměřené empatie lékařů, pokud s nimi jejich pacienti mají být spokojeni, a zároveň si povzdech nad postupným vytrácením empatie z medicíny (57).

Podobou výpověď má článek doc. Miroslava Světláka, přednosty Ústav psychologie a psychosomatiky LF Masarykovy univerzity, a redaktorky Zdeňky Kovářové, v němž autoři konstatují: „Přes všechny vědecký pokrok se však z medicíny ztrácí něco, co je fundamentální. Ztrácí se vědomí toho, že medicína je v první řadě o setkání dvou lidských bytostí a teprve pak je vším ostatním“ (58). Ale i četné další články poukazují na nutnost uchování umění naslouchat a empaticky vnímat pacienty (59–61). A zvláště pak v onkologii (62). Od lékaře pacienti očekávají empatii, a pokud ji lékař má, tak je spokojenější jak lékař, tak i jeho pacienti, jak již v české literatuře opakovaně zaznělo (63, 64, 65).

A důležité je, jak uvedla Jaroslava Sladká, pokud je empatie v medicíně, je méně chyb a jsou přesnější diagnózy (66).

Lékař, který vnímá a chápe emoce pacienta, který má zájem a starost o pacienta, pozitivně ovlivňuje výsledek léčby. Stručně to charakterizuje přísloví: *Slovo lékaře léčí*. Slovo empatického lékaře je tou přidanou hodnotou, která posiluje účinek použité léčby (67).

V medicínské literatuře lze nalézt četné publikace, jejichž autoři zkoumali vliv přítomnosti či nepřítomnosti empatie lékařů na výsledek léčby.

Autoři analýzy výsledků práce empatických a neempatických lékařů uvádějí, že pacienti s chřipkovými příznaky, kteří byli léčeni empatickými lékaři, měli pozitivní změny ve svém imunitním systému, což vedlo k tomu, že trvání příznaků bylo signifikantně kratší ve srovnání se skupinou léčenou lékaři, kteří byli hodnoceni jako málo empatictí (68).

Stejně tak u pacientů s diabetem mellitem byla popsána lepší kontrola glukózy a cholesterolu, pokud o ně pečovali lékaři s empatií, než v kontrolní skupině, jejíž ošetřující lékaři byli hodnoceni jako neempatictí (69).

Další analýza výsledků práce lékařů s dostatečnou a nedostatečnou empatií uvádí, že lékaři, kteří s empatií pečovali o své nemocné, byli méně často terčem stížností svých nemocných ve srovnání s druhou skupinou lékařů s nedostatečnou empatií (70).

Povzbuzující empatická komunikace snižovala vnímání experimentálně navozené bolesti ve srovnání s neutrální či neempatickou komunikací (71–73). Míra vnímané bolesti totiž souvisí s aktuálním nastavením prahu pro bolest a toto nastavení výrazně ovlivňují psychické faktory.

V literatuře je spousta publikací, klinických studií, jejichž autoři došli k závěru, že pro nemocné je empatický přístup lékaře velkým přínosem, zvláště v onkologii, ale také v chirurgii a samozřejmě u praktického lékaře (74–82).

Humánní, empatický a starostlivý postoj k pacientovi se dle výše uvedených prací odráží na výsledku léčby. Jean Decety to vysvětluje tím, že lékař, který získá pacientovu důvěru, ujistí pacienta o svém zájmu pomoci mu a vyjádří sympatii k němu, zlepší subjektivní pocity pacienta, sníží tak míru jeho stresu, sníží aktivitu sympatického nervového systému a zvýší aktivitu parasympatiku. Autonomní nervový systém je spojen s endokrinním systémem, a ten na tuto situaci reaguje uvolněním oxytocinu. Oxytocin tlumí stres, stimuluje rozvíjení mezilidských vazeb a vznik pocitu důvěry. Oxytocin je důležitým faktorem ovlivňujícím sociální interakce, snižujícím úroveň stresu a anxiety (83, 84).

Metaanalýzu studií prokazujících, že chronický stres, psychická nepohoda a deprese zvyšují četnost autoimunitních i maligních nemocí, jsme již zveřejnili (85–87). A velmi pěkně je souvislost psychiky pacienta se somatickými nemocemi popsána v recentním článku nazvaném *Duše jako imunomodulátor* (88). Na souvislosti psychické zátěže a vzniku organického onemocnění upozorňoval Zdeněk Boleloucký již v sedmadesátých letech. Závěry celostátního sympózia (podzim 1978) na téma: *Životní události a poruchy duševního a tělesného zdraví*, shr-

nul v článku nazvaném *Životní události jako rizikový faktor onemocnění* (89). Konstatoval, že životní události společně s faktory biologickými a psychologickými působí jako spouštěcí mechanismus psychických i somatických chorob v souvislosti s tím, jak velkou intenzitu úsilí musí subjekt vynaložit, aby se vyrovnal s novou životní situací (89).

Závěr

Tyto práce dokazují, že nejen cytogenetické či molekulárně biologické prognostické markery ovlivňují prognózu, ale že značný vliv na prognózu mají emocionální a socioekonomické podmínky života nemocného. A to je důvod, proč je při plánování léčby třeba se zajímat o rodinné poměry onkologicky nemocného, o to, zda má v rodině potřebnou oporu pro zdárný průběh léčby, nebo zda je třeba plánovat léčbu s vědomím, že v případě komplikací se dotyčné osobě dostatečné ze strany rodiny nedostane. Maligní onemocnění představuje zvýšenou zátěž pro udržení soudržnosti partnerského soužití. Pokud se partnerské soužití udrží, tak je výrazným pozitivním prognostickým faktorem pro dlouhodobé přežití v případě vzniku maligní nemoci. Lékaři se dnes lecky zbavěle schovávají za hradbu své odbornosti tvrzením, že oni jsou odborníci na tu či onu nemoc, a odmítají vnímat, jaké změny nemoc přivodí v lidské duši.

Americká onkologická společnost před několika lety publikovala pro specialisty na maligní choroby doporučení, jak rozpoznávat a klasifikovat psychické problémy, které maligní nemoc u člověka indukuje, a včas tyto případy posílat ke specialistům na nemoci lidské duše. Obdobnou publikaci jsme připravili i pro české čtenáře ve spolupráci psychiatra, psychologa a klinického lékaře (90, 91). Správný empatický lékař by měl umět léčit nemoci, které spadají do jeho kompetence, ale také umět správně reagovat na psychické problémy, které jsou s maligní nemocí spojené, jak uvádí analýza optimálních vlastností lékaře (92).

LITERATURA

1. Adam Z, Klimeš J, Pour L, et al. Maligní onemocnění, psychika a stres. Praha: Grada Publishing; 2019.
2. Klimeš J. Partneři a rozchody. Praha: Portál; 2013.
3. Popek V, Hönig K. Cancer and family: tasks and stress of relatives. Nervenarzt. 2015;86(3):266-273.

4. Yi JC, Syrjala KL. Anxiety and Depression in Cancer Survivors. Med Clin North Am. 2017;101(6):1099-1113.
5. Sprehn GC, Chambers JE, Saykin AJ, et al. Decreased cancer survival in individuals separated at time of diagnosis: critical period for cancer pathophysiology? Cancer.

- 2009;115(21):5108-5116.
6. Carlsen K, Dalton SO, Frederiksen K, et al. Are cancer survivors at an increased risk for divorce? A Danish cohort study. Eur J Cancer. 2007;43(14):2093-2099.
7. Laitala VS, Saarto T, Einiö EK, et al. Early-stage breast cancer