

Spurná Z., Urbánek T., Brančíková D.

*Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně**Fakulta sociálních studií Masarykovy university Brno**Psychologický ústav České akademie věd Brno***Komentář průběžných výsledků**

1. Konfrontace s vlastním chybným rozhodnutím – zde je evidentní, že lékaři prožívají silný pocit vlastní odpovědnosti za terapeutická rozhodnutí a rozvahy, kterými řídí terapii pacienta. Jsou si také plně vědomi dosahu svých chybných rozhodnutí, které mohou vést k poškození pacienta nebo k jeho smrti. Představa takového selhání je patrně prožívána jak velké psychické zranění, které může vést ke ztrátě sebedůvěry, sebeúcty a v neposlední řadě vystavuje lékaře i velkým forenzním rizikům. Spektrum příčin, které vedou k takové konfrontaci může být různé – od evidentního pochybení až po složité rozhodování, kde bylo využito všech dostupných informací a zkušeností, ale které se později mohlo ukázat přece jen jako chybné. Tento strach z vlastní chyby může být někdy velmi nepříjemný a zúskostňující, na druhé straně však může někdy chránit lékaře před rutinním a pašálním přístupem k pacientovi a může mít tedy i velmi pozitivní ochrannou funkci. Jako možnou kompenzaci lze nabídnout rozdělení odpovědnosti ve sporných či komplikovaných případech na více lékařů – preferovat kolektivní konzultace a spolupráci. Je zde také nutné vytvořit vhodný časový prostor, který by poskytoval možnost klidné rozvahy, konzultací a týmové spolupráce.

2. Sdělení ukončení již neprospěšné onkologické léčby – zde se lékař setkává s vlastními hranicemi svých možností, s vlastními limity, s vlastními pocity bezmoci, které mohou být lékaři také někdy prožívány jako vlastní selhání. Tato situace představuje emočně velice náročnou komunikaci s pacientem, který stále od lékaře očekává pomoc a řešení své situace. V dřívějších letech se jako jeden z ústředních problémů komunikace s onkologickým pacientem jevílo sdělení onkologické diagnózy, které zde v tomto přehledu však končí až na 23. místě. Jeví se tedy jako o hodně slabší stresor, než bychom možná očekávali. Je zřejmé, že situace, kdy pacientovi sdělujeme něco závažného a šokujícího, ale přitom mu také nabízíme možná řešení a dáváme mu naději není pro lékaře již dnes tak zásadně stresující. Také bylo k tomuto tématu hodně napsáno a je možné mít k dispozici i určitá pevná teoretická východiska. Sdělení již neprospěšné onkologické léčby je poněkud novějším tématem a je velice náročné z hlediska emocí, času a komunikačních schopností lékaře. Zde je možné jako určitou pomoc nabídnout lékařům spolupráci s psychologem, který je v onkologii orientovaný a má dostatečné klinické a terapeutické vzdělání a který by např. formou komunikačně – zážitkového kurzu zpracoval a propracoval se skupinou lékařů toto téma.

3. Vyrušování při práci – dotazy, telefony. Nadměrná administrativa. Nutnost vykonávat i nekvalifikovanou práci. Zde je třeba si připomenout, že je opravdu třeba, aby lékař vykonával pouze odbornou práci. K chybným rozhodnutím může docházet i pod vlivem aktuálního organizačního stresu, kdy se méně důležité záležitosti (zvonění, klepání, opakování dotazů, vyžadování triviální pomoci) tlačí na lékaře ve chvíli, kdy se potřebuje soustředit na opravdu podstatné věci. Tímto se stále zvyšuje tenze a agrese, která jen zvyšuje procento chyb. Z průzkumu je jasné, že i tento druh „dezorganizačního tlaku“ prožívají lékaři jako vysoce hodnocený stresor.

4. Na 4. a 5. pozici lékaři zařadili témata, která se týkají spolupráce s rodinnými příslušníky pacienta a projevů nedůvěry. Lékař – onkolog je v rámci svého oboru permanentně vystaven tlaku rodiny pacienta, ať již v latentní podobě či v přímo otevřené formě. Zde je nutné vyjít ze známého předpokladu, že krize jednotlivce se přenáší na celý systém, jehož je součástí. Celý tento systém prochází různými stádii vývoje v reakcích na nemoc jednotlivce. Smrt, nemoc, bolest a ztráta schopností nahánějí zdravým lidem hrůzu a jsou v naší společnosti více institucionalizované. Požadavek rodiny na umístění pacienta v nemocničním zařízení často pramení ze snahy zbavit se odpovědnosti za péči a osud pacienta, strachu potkat se tvář tvář právě utření a smr-

PSYCHOONKOLOGIE

ti, z více intenzivního prožívání prožívat vlastních emocí smutku nad ztrátou blízkého člověka a zároveň úzkosti a strachu z vlastní smrtelnosti. Rodina pacienta si často není schopná přiznat pravdu, proč chce další hospitalizaci i přes nevoli a přání pacienta. Lékař se dostává do rozporuplné situace, kdy po celou dobu terapie byl loajální k terapii a potřebám svého pacienta a najednou se má otočit proti jeho vůli a rozhodnout o jeho osudu, což je v ostrém kontrastu k přirozeně etickému přístupu k pacientovi. Zde je jako možnou kompenzací nabídnout opět spolupráci s psychologem, kdy by si lékaři osvojili alespoň základní pravidla asertivity – tedy určité schopnosti odolávat manipulacím a emočnímu nátlaku. Každý pacient i rodinný příslušník má právo projevit nedůvěru, je však třeba, aby rodina pacienta, pacient a lékař dokázali o těchto postojích otevřeně hovořit, hned jak se objeví. Pacient nebo jeho rodina lékaře, kterému nevěří nepovažuje za kompetentního řešit pacientův stav a i když tyto pocity na nějakou dobu potlačí a lékař dělá, že si jich nevšímá, tak při prvních komplikacích v terapii se mohou opět objevit v masivnější for-

Pohlaví

	Frequency	Percent
muž	34	42,5
žena	46	57,5
Total	80	100,0

Délka praxe

N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
80	1	45	11,46	10,353

Četnosti jednotlivých atestací

	n	%
Pedia I.	11	13,8
ARO I.	3	3,8
Klin. onko	24	30,0
Hematol.	10	12,5
Pedia II.	2	2,5
Radio I.	14	17,5
Radio II.	13	16,3
Interna I.	34	42,5
Interna II.	3	3,8
Gynek.	2	2,5
R-diag.	1	1,3
Pneumo	5	6,3
Geriatr.	1	1,3

Aktuální místo výkonu lékařské praxe

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Ambulance	80	0	100	32,74	34,701
Lůžkové oddělení	80	0	100	54,21	37,526
Ozařovny	80	0	95	11,04	26,107

Profesní zařazení

	N	Percent
Hematoonkologie	13	16,3
Klinická a radiční onkologie	54	67,5
Pediatric	13	16,3

Druh zdravotního zařízení

	N	%
FN	52	65,0
Jiná nem.	28	35,0

mě a někdy mohou vyústit do stížností, sporů a vzniká zde opět riziko forenzních řešení.

Závěr

Pokud přihlédneme k celkovému pořadí jednotlivých situací, vyplývá z přehledu, že lékaři – onkologové jednoznačně jako nejvíce obtížné a stresující označily ty situace, které se týkají:

1. Strachu z jejich profesního selhání a konfrontace s pocity bezmoci při ukončení kurativní léčby.
2. Komunikace s pacientem a jeho rodinou, která je nejen velmi emočně náročná, ale i intenzivní.
3. Aktuálního organizačního stresu a vyrušování při práci.

Teprve na desátém místě se objevuje „nedostatečné finanční ocenění“, které by se dle předběžných odhadů mohlo umístit na dřívějších místech – je to stále v rámci lékařské profese obecně aktuální a diskutovaná otázka. V prvních dvou třetinách dotazníku se tedy nachází situa-

Výsledné pořadí záťažových situací v praxi lékaře - onkologa

	Min	Max	m	SD
1. Konfrontace s vlastním chybným rozhodnutím	3	10	8,31	1,98
2. Sdělení ukončení již neprospěšné onkologické léčby	3	10	7,73	1,78
3. Vyrušování při práci – dotazy, telefony... Nadměrná administrativa. Nutnost vykonávat i nequalifikovanou práci – psaní žádank atd.	2	10	7,56	2,38
4. Nátlak rodinných příslušníků na další osud léčby nebo hospitalizace pacienta, které probíhá bez jeho vědomí nebo je v rozporu s přáním pacienta	1	10	7,10	2,52
5. Projevená zjevná nedůvěra pacienta nebo rodinných příslušníků	1	10	7,06	2,43
6. Sdělení zhoršení stavu – recidiva, výskyt metastáz, chemo, radio rezistence u pacientů v produktivním věku	1	10	7,03	2,29
7. Výskyt onemocnění, progresu či selhání terapie u pacientů, kteří patří mezi rodinu lékaře, jeho přátele a známé	1	10	6,94	2,77
8. Komunikace s pacienty v produktivním věku s infaustní prognózou	1	10	6,65	2,60
9. Obhajoba strategie léčení a léčiv před zdravotní pojišťovnou – tzv. léčba, co mi „úřady“ dovolí	1	10	6,25	2,91
10. Nedostatečné finanční ocenění	1	10	6,20	2,99
11. Poruchy komunikace (nedostatečná, bez zpětné vazby, omezená svou mírou vyjádření) na pracovišti	1	10	6,13	2,56
12. Nedostatek času na stanovení terapeutického postupu a komunikaci s pacientem	1	10	6,00	2,62
13. Nedostupnost lůžkové symptomatické péče	1	10	5,93	2,69
14. Sdělení nutnosti provést kurativní, (vitální) ale silně mutilující výkon	1	10	5,88	2,46
15. Finanční limity na léčbu	1	10	5,84	3,05
16. Sdělení, že příznaky, které pacient prožívá jako silně mutilující nebo snižující kvalitu jeho života a vznikly následkem onkologické léčby	1	10	5,83	2,36
17. Porucha komunikace mezi pracovišti – znevažující kritika vaší práce, přístrojů, postupů terapie	1	10	5,71	2,82
18. Vědomí, že pravděpodobnost úspěchu terapie u určité dg. je malá, ale zátěž pacienta bude v průběhu terapie vysoká a může ohrozit i jeho život. (např. recidiva osteosarkomu)	1	10	5,70	2,41
19. Přenášení odpovědnosti o osud pacienta z rodinných příslušníků na lékaře	1	10	5,64	2,62
20. Často se měnící strategie řízení zdravotnického zařízení (např. s ohledem na měnící se pravidla zdravotní pojišťovny), ve kterém pracuji	1	10	5,45	2,87
21. Obhajoba nemožnosti řešit dané onemocnění radikálním kurativním chirurgickým zákrokem	1	10	5,10	2,30
22. Nutnost činit zásadní rozhodnutí o osudu pacienta zásadně ovlivňující jeho život s plnou zodpovědností za toto rozhodnutí	1	10	5,09	2,95
23. Sdělení onkologické dg.	1	9	5,06	2,11
24. Poruchovost přístrojů, nedostatek léčiv, zdravotního materiálu	1	10	4,98	2,99
25. Nedostatek vhodných prostor pro individuální komunikaci s pacientem	1	10	4,91	2,73
26. Mezioborová orientace a vytváření vlastních rozvah o terapii pacienta – nedostupnost odborné konzultace	1	10	4,69	2,73
27. Špatná spolupráce s praktickými lékaři	1	10	4,69	2,75
28. Péče o VIP pacienty	1	10	4,61	3,21
29. Pacienti, kteří nejsou ochotni přijmout fakt, že lékař není „bůh“ a není všemocný. Nadměrná idealizace lékaře. Lékař již od začátku terapie cítí a ví, že není schopen splnit tato očekávání, obává se následné devalvace	1	10	4,49	2,52
30. Nedostatečné ocenění onkologie jako oboru ze strany laické veřejnosti	1	10	4,33	3,15
31. Vyšetřování pacientů s pokročilými nálezy, které se rozpadají, zapáchají, zvrací	1	10	4,29	2,67
32. S cancerofobií spojený strach ze ztráty samostatnosti, tzv. zůstat nemohoucí	1	10	4,26	3,01
33. Nedostatečné ocenění onkologie jako oboru ze strany odborné (lékařské) veřejnosti	1	10	4,20	3,07
34. Vědecká práce, přednášky	1	10	4,15	2,55
35. Pacienti, kteří odmítají léčbu, nebo se posléze nedostavují na plánované kontroly a prešetření	1	10	4,15	2,51
36. Vlastní cancerofobie, thanatofobie	1	10	3,46	2,80
37. Umělé osvětlení na ozařovnách, nedostatek denního světla v denním období	1	10	3,20	2,47

PSYCHOONKOLOGIE

ce, které se převážně týkají náročné komunikace s pacienty a až na posledních místech jsou ty situace, které se týkají zátěží, které vyplývají z pocitů osobního ocenění a vlastního strachu z onemocnění a smrti.

Jsou tedy lékaři – onkologové již primárně nastaveni tak, že od tohoto oboru neočekávají žádné zpětné sycení – adekvátní platové ohodnocení a uznání odborné i laické veřejnosti a jsou přesto ochotní podat dobrý pracovní výkon? Znamená to, že tito lékaři nedovolují, aby tento problém ovlivňoval vysokou úroveň jejich odborné práce? Jsou to převážně lékaři, jejichž hodnotová orientace je taková, že za dominantní stresory a tedy to, co je pro ně v rámci profese důležité a prioritní považují vlastní selhání a emočně náročnou komunikaci s pacientem a nikoli nedostatek čehokoli vlastního – finančního ohodnocení a formálního ocenění? Dle výsledků se ukazuje, že jsou to také lékaři, kteří museli svůj vlastní strach z nemoci a smrti dostatečně zvládnout nějakými funkčními psychickými obrannými mechanismy, protože jim způsobuje poměrně malou zátěž. Je patrně nutné pro práci lékaře v onkologii, aby se s touto problematikou vyrovnal a zpracoval ji tak, aby mu nezpůsobovala aktuální stres. Toto je ovšem z hlediska psychologa náročný proces, který většina ostatních lidí nemusí v rámci své profese běžně zvládat.

Onkologie je jistě obor, který motivuje a vyžaduje náročný vývoj nejen v oblasti odborné erudice, ale také v oblasti osobnostního rozvoje a zrání. Znamená to tedy, že lékař – onkolog přináší tomuto oboru nejen své mentální schopnosti, ale vkládá do něj i své emoce a hodnotové postoje, které v kontextu jeho profese prochází náročným psychickým vývojem a regulací.