

Psychologická péče o zdravotníky v onkologii: současná teorie a praxe v podmínkách českého zdravotnictví

Psychological Support for Cancer Care Professionals: Contemporary Theory and Practice within the Czech Healthcare System

Světlák M.¹, Suchý A.²

¹ Dětská nemocnice, FN Brno

² Ordinance klinické psychologie, Prostějov

Souhrn

Zdravotníci obecně a onkologové zejména představují skupinu osob z řad pomáhajících profesí, která vzhledem k nárokům svého povolání vyžaduje speciální psychologickou péči. Výzkumy posledních let přinášejí jednoznačné doklady o tom, že absence pravidelné psychologické péče o zdravotníky má prokazatelný vliv na vyšší nemocnost zaměstnanců (psychická i somatická onemocnění), jejich nižší životní spokojenost, vyšší fluktuaci pracovníků všech odborností a sníženou kvalitu poskytované zdravotnické péče. Přesto speciální psychologická péče o zdravotníky chybí a jejich pregraduální a postgraduální vzdělávání v oblasti psychologie, komunikace a osobnostního sebezorození se zdá být vzhledem k požadavkům běžné praxe nedostatečné. Jednou z možností psychologické péče o lékaře a sestry se jeví pravidelná skupinová setkání. Skupinové setkání může být příležitostí vidět věci s odstupem, uvažovat o nich, pustit se do hledání nových možností, najít v situaci poučení, které s sebou nová situace přináší, získat podporu nebo zpětnou vazbu od ostatních kolegů a vyvarovat se obviňování druhých (pacientů, kolegů, organizace a velmi často také sebe). Skupinové setkání představuje také klíčovou součástí péče o sebe a z dlouhodobého hlediska je důležitým preventivním faktorem pocitů vyčerpání, jež často vedou i k medicínským pochybením. Stávající článek si klade za cíl popsat základní teoretická východiska skupinových setkání zdravotníků a současnou praxi v našich podmínkách.

Klíčová slova

klinická supervize – skupinová psychoterapie – prevence – profylaxe – Gestalt přístup

Summary

Health care professionals, especially those working in cancer care, represent a subgroup of helping professions that requires special psychological care. Recent findings clearly show that a lack of regular psychological care for oncologists and oncology nurses leads to higher rate of psychiatric and physical illness, poorer quality of life, higher employee fluctuation rates and lower quality of provided medical care. In spite of this, the special psychological care for cancer care professionals is still lacking and theoretical and practical level of their undergraduate and postgraduate education in psychology does not satisfy the demands of clinical practice. Regular group meetings seem to be an effective way of psychological care. They provide an opportunity for the participants to view own problems from a distance and to seek new options. It allows them to gain new insights from the discussed situations and to get support or feedback from colleagues. Regular group meetings also represent a key component of self-care and it is an important preventive factor of exhaustion that has been shown to cause medical or personal misconducts. In this context, the aim of the present paper is to describe the basic theoretical background for regular group meetings of oncologists and oncology nurses and to refer about the current practice within the Czech health care system.

Key words

clinical supervision – group psychotherapy – prevention – prophylaxis – Gestalt approach

Autoři deklarují, že v souvislosti s předmětem studie nemají žádné komerční zájmy.

The authors declare they have no potential conflicts of interest concerning drugs, products, or services used in the study.

Redakční rada potvrzuje, že rukopis práce splnil ICMJE kritéria pro publikace zasílané do biomedicínských časopisů.

The Editorial Board declares that the manuscript met the ICMJE "uniform requirements" for biomedical papers.



PhDr. Miroslav Světlák, Ph.D.

Dětská nemocnice

FN Brno

Černopolní 9

613 00 Brno

e-mail: svetlak@email.cz

Obdrženo/Submitted: 4. 2. 2011

Přijato/Accepted: 28. 2. 2011

Paradoxy psychologické péče o zdravotníky

Psychologická péče o lékaře a sestry je v běžné praxi spojená s několika paradoxy. Za prvé, psychologická péče o zdravotníky končí v době, kdy ji lékaři a sestry začínají potřebovat nejvíce. Pregraduální vzdělávání lékařů a sester je v oblasti psychologie, komunikace a osobnostního sebezrovoje obvykle nedostatečné a studenti se s ním setkávají v době, kdy jsou více v kontaktu s představami o svém budoucím povolání než s konkrétními zkušenostmi z praxe. Za druhé, většina postgraduálních vzdělávacích programů, které se zabývají psychologickými tématy, akcentuje potřeby a pocity pacienta, a prožívání a potřebám lékařů a sester nevěnuje dostatečnou (či vůbec nějakou) pozornost. Dominují témata typu „Jak komunikovat s nemocným či umírajícím pacientem, jeho příbuznými; jakými fázemi adaptace na nemoc pacient prochází“ atd. Za třetí, velká část vzdělávacích seminářů z oblasti psychologie svou formou a obsahem zvyšují odpor a nedůvěru zdravotníků k samotnému oboru aplikované psychologie ve zdravotnictví. Většina takových programů je totiž založena na expertním modelu, který redukuje celou problematiku na soubor obecných návodů a rad, které nezřídka reálné potřeby zdravotníků (často nevyřešené a stejně často nedostatečně uvědomované) opomíjí. To ostatně potvrzují sami zdravotníci z exponovaných medicínských specializací (např. onkologie): psychologie ve svých aplikovaných oborech ani zdaleka nevyužívá své možnosti profylaxe, péče a podpory, a lékaři a sestry o ni ztrácejí zájem, přistupují k ní s nedůvěrou a mnohdy spíše s despektem. K tomu jistě přispívá i poskytování „objevných“ informací k výše uvedeným tématům typu „Komunikaci dělíme na verbální a neverbální“. Za čtvrté, zdravotníci představují skupinu profesionálů s vyšší četností poruch souvisejících s expozicí nadměrnému psychosociálnímu stresu – přesto je počet cílených psychologických programů pro jejich podporu a péči mnohonásobně nižší než počet podobných programů pro farmaceutické reprezentanty či jakékoli jiné firemní týmy z ko-

merční i státní sféry. Řada výzkumů přitom dokládá, že u lékařů je prevalence příznaků burnout syndromu, deprese (včetně sebevražd) a mentálního stresu mnohonásobně vyšší než u skupin osob jiných profesí [1–4]. Ukazuje se, že mezi lékaři je šestkrát vyšší rozvodovost než u ostatní populace a několika násobně vyšší procento závislosti na alkoholu a psychoaktivních látkách. Totéž se v podobné míře týká i zdravotních sester [5].

Zdravotníci tak na jedné straně představují skupinu osob z řad pomáhajících profesí, která vyžaduje speciální psychologickou péči, na druhé straně je však tato péče obsahově a formálně nedostatečná a nevhodně načasovaná. Vzhledem k výše uvedeným paradoxům je nasnadě otázka, existuje-li v běžné praxi nějaké bezpečné a jasně definované fórum, workshop nebo pravidelný seminář, kde by lékaři a sestry mohli otevřeně hovořit o tématech spojených s jejich povoláním, jakými jsou např. pocit slabosti, únava, smutek, strach z vlastní smrti a utrpení, strach z vlastních emocí a emocí pacientů, pochybnosti o sobě, zacházení s agresí vůči pacientům a kolegům, obavy z profesních nebo etických pochybení, pocity selhání atd. Často diskutovanými tématy jsou např. také motivace k výběru a výkonu exponovaného povolání, přijímání či odmítání darů od pacientů, blízkost (lidskost) versus obranný odstup od pacientů (a někdy i od kolegů) nebo dopad profesního nasazení na osobní život a vztahy v něm. Na základě četných rozhovorů s lékaři a sestrami z různých zdravotnických zařízení lze bohužel konstatovat, že psychologická péče o lékaře a sestry v podobě skupinových setkání mimo pracoviště nebo v podobě pravidelné psychologické supervize na pracovišti je v současné době na somatických odděleních spíše výjimkou.

Nehas, co tě nepálí

I přes zmíněné paradoxy psychologické péče o zdravotníky je velmi nepravděpodobné, že by sami lékaři nebo sestry žádali své nadřízené o realizaci psychologických programů zaměřených na supervizi, podporu duševního zdraví

a osobnostního růstu. Zdravotníci jsou přetížení prací a neúměrně rostoucí administrativou, přičemž psychologické souvislosti toho, jak se sami cítí a jak tento vnitřní stav ovlivňuje jejich práci a osobní život, obvykle nereflktují. Je nasnadě, že i mnozí profesionálové v pomáhajících profesích (navzdory tomu, že proklamují přesný opak) podléhají starému dobrému klišé, že vyhledat včas odbornou pomoc znamená totéž co profesní a osobní selhání zároveň (viz dále). Na konferencích a během diskuzí na odděleních si sice deficit reflexe psychologického rozměru své práce uvědomují a velká část z nich o realizaci skupinových setkání projeví vážný zájem, v konečném důsledku se pak ale samotného setkání zúčastní jen asi 15 % z nich – tento údaj se týká případů, kdy je účast zcela dobrovolná. Nejčastěji uvědomovanou a referovanou potřebou všech lékařů a sester, se kterými jsme měli možnost pracovat, je potřeba „mít v pořádku lékařskou nebo sesterskou dokumentaci“. Pozdní odchody ze zaměstnání, únava, nervozita, pocity marnosti a bezmoci, zlost a strach se postupně stávají normou, o které se nemluví, protože se v podstatě jedná o sociální konsenzus, jehož platnost se nikdo postupem času neodvážil ověřovat.

Nejčastějším argumentem vedoucích pracovníků je navíc obecně rozšířené přesvědčení, že „když to šlo bez speciální psychologické péče až doteď, proč něco takového vůbec zavádět“? Na jedné straně tak sice existují jednoznačné doklady pro tvrzení, že absence pravidelné psychologické péče o zdravotníky má prokazatelný vliv na vyšší nemocnost zaměstnanců (psychická i somatická onemocnění), jejich nižší životní spokojenost, vyšší fluktuaci pracovníků všech odborností a sníženou kvalitu poskytované zdravotnické péče [1–4], na straně druhé je ale zřejmé, že realizace takové péče nepředstavuje fundamentální požadavek na fungování nemocnic a systém skutečně může fungovat i bez ní. Vedení zdravotnických zařízení a samozřejmě samotní zaměstnanci mají také řadu zcela racionálních a pochopitelných důvodů, proč psychologickou péči o zdravotníky na

pracovišti nezavadět [6]: zaměstnanci ani vedení nejsou seznámeni s možnostmi a benefity takové péče; vedení nemocnic podobné aktivity časově ani finančně nepodporuje; byrokratické vedení nemocnic vidí svůj hlavní cíl v kontrole dodržování předepsaných směrnic a zdravotníky vnímá jen jako prostředek k jejich naplňování; prostředí v nemocnici je příliš konkurenční, na odděleních panuje vzájemná nedůvěra; lékaři a sestry mohou považovat skupinové setkání pod vedením externího supervizora za způsob kontroly; zaměstnanci mohou mít také strach z následků otevřené komunikace; mohou mít zkušenost s opakovanou evaluací, která však nevedla k žádným změnám; na základě četných zkušeností na pracovišti nedůvěřují možnosti jakékoliv změny; vedení i zaměstnanci jsou přesvědčeni, že cílenou psychologickou péčí o zaměstnance by měl vyhledat jen ten člen týmu, který má nějaký problém; v neposlední řadě mají zdravotníci špatnou zkušenost s psychologií a o možnostech psychologické péče nejsou přesvědčeni.

Další možný důvod reflektují také četná zjištění, podle nichž mají lékaři ve srovnání s osobami pracujícími v jiných profesích výraznější odpor nebo nechuť vyhledat v krizi pomoc [7–10]. Častým a závažným důvodem absence psychologické péče o zdravotníky, který ve své praxi opakovaně pozorujeme, je iluzorní představa samotných zaměstnanců, že podpora přijde od vedení nemocnice. V naší vlastní praxi jsme pak byli svědky situací, kdy lékař cítil únavu a velké vyčerpání, ale sám odmítal požádat o pomoc. Čekal, že to udělá jeho nadřízený, primář, nebo dokonce vedení nemocnice. Své zoufalství a zlost pak lékař vyjadřoval větou: „Vedoucí oddělení přece musí vidět, že jsem přetížený a unavený.“ Podpora zaměstnanců a prevence nadměrné psychosociální zátěže jsou samozřejmě odpovědností zaměstnavatele, ale jen zaměstnanci přesně vědí, jaký druh podpory potřebují, a v tom také spočívá jejich díl odpovědnosti. Zavádění podobných programů je ztížené i tím, že zisky z jejich realizace jsou těžko měřitelné a z krátkodobého hlediska obtížně pozorovatelné.

Odvracená strana profesionality

Představa, že by se o výše uvedených tématech hovořilo na pravidelných ranních sezeních, která jsou obvykle jediným místem, kde se sejde celý zdravotnický tým, bude znít většinou zčásti bizarně. Pravděpodobně v nich také vyvolá pocit ohrožení, protože v konkurenčním prostředí především velkých nemocnic je týmový duch spíše výjimkou a projevy nejistoty a slabosti budou některými členy týmu i vedoucími oddělení interpretovány jednoduše tak, že dotyčný na svou práci nestačí. O vážných psychologických souvislostech se tak často hovoří nanejvýš při obědě, a to s vysokým podílem ironie a cynismu, které dovolují udržet si odstup od emocí a případného podezření, že diskutovaná témata jsou skutečně nadmíru osobní. Psychosociální konsekvence jsou však poměrně závažné. Mlčení a ignorování psychologického rozměru výkonu exponovaného lékařského povolání vytváří zásadní iluzi, že lékaři a zdravotní sestry jsou vyrovnaní, silní, neomylní, osobnostně zralí a vzdělaní jedinci, lépe si pamatují a více toho zvládají. Takovou iluzi pak lékaři i sestry nevědomě obhajují nejen před laickou veřejností, ale často i mezi sebou navzájem. Postupně tak sami (byť nevědomě) přispívají k cyklickému procesu: čím méně se mluví o pocitech a psychologických potřebách spojených s výkonem náročné pomáhající profese, tím více se upevňuje iluze chladného profesionála a tím více se také lékaři dostávají do pomyslné izolace od svých pacientů, kolegů, ale také od svých nejbližších mimo zdi nemocnice. Jeden z účastníků našeho workshopu vyjádřil tento proces větou: „Jak můžu mluvit o svých pochybnostech, když všichni kolem jsou si tak jistí, chytří a všechno v pohodě zvládají?“ V pozadí mnohých a nezbytných rozhodnutí lékaře tak často stojí nereflektovaný (nedostatečně uvědomovaný a nedostatečně zpracovaný) strach lékaře z reakcí pacientů, kolegů, ale i svých vlastních reakcí v zátěžových situacích. Jiný lékař charakterizoval na workshopu své obavy (a zároveň nereálná očekávání, která jsou nutným zdrojem frustrací) tak, že pacienta ne-

může svými výroky rozplakat a rozhor je třeba vždy vést tak, aby pacient nebyl smutný. Pokud se ovšem zdravotníkům nedaří naplňovat tato a další inadekvátní očekávání a představy, volí jako nejčastější copingovou strategii (strategii zvládnutí) „sklonit hlavu, unést to“ a nevěnovat čas reflexi [6]. Výše zmíněný proces potlačování a odsouvání některých témat se postupně stává neuvědomovaným a automatickým způsobem reagování a fungování jednotlivce i celého zdravotnického týmu. Noví členové týmu potom tento způsob rychle přejímají a nepodrobují jej dotazům, kritice či jinému zkoumání. Během naší práce se skupinami lékařů a sester se opakovaně ukazuje, že si nikdo z účastníků již nevzpomene, kdo a kdy určitá pravidla do týmu zavedl, a často nejsou schopni vysvětlit, proč je sami dodržují, i když s nimi nejsou spokojeni, frustrují je nebo omezují.

Přerušení bludného kruhu

Jsme přesvědčeni, že jediným způsobem, jak zmíněný proces rozpoznat a přerušit, jsou pravidelná skupinová setkání lékařů a sester. Skupinové setkání může být příležitostí vidět věci s odstupem, uvažovat o nich, pustit se do hledání nových možností, najít v situaci poučení, které s sebou nová situace přináší, získat podporu nebo zpětnou vazbu od ostatních kolegů a vyvarovat se obviňování druhých (pacientů, kolegů, organizace a velmi často také sebe). Skupinové setkání představuje také klíčovou součást péče o sebe a z dlouhodobého hlediska je důležitým preventivním faktorem pocitů vyčerpání, jež často vedou k pochybením – ta vyvolávají pocity viny a vlastní neschopnosti, což zase prohlubuje pocity vyčerpání atd. [6]. Nepříliš frekventované výzkumy v oblasti psychologické péče o zdravotníky dokládají, že pravidelná supervize zdravotnických týmů představuje důležitý preventivní a podpůrný faktor, který jednoznačně přispívá k většímu pocitu spokojenosti jednotlivých zaměstnanců, k jejich větší loajalitě vůči organizaci, k větší soudržnosti pracovního týmu, k větší otevřenosti v komunikaci nejen mezi sebou navzájem, ale i mezi zdravotníky a pacienty, k lep-

šímu fungování celé organizace a v neposlední řadě také k efektivnějšímu naplňování primární potřeby nemocnic, tedy poskytování kvalitní péče pacientům [11].

Kelly, Long a McKenna [12] referují o výsledcích dotazníkového šetření mezi zdravotníky. To ukázalo, že 12 měsíců po zavedení skupinového setkávání na pracovišti 93,2 % (N = 28) zaměstnanců, kteří se pravidelného setkávání účastnili, hodnotilo skupinové setkání pracovního týmu jako velmi nápomocné a uspokojující, zejména kvůli vzájemné podpoře mezi sebou a návodům pro praxi. Z rozhovorů se zdravotníky vyplynulo, že pravidelné supervizní setkání vnímají jako výzvu pro praxi, prevenci izolace od ostatních, příležitost pro reflexi, bezpečný prostor pro diskuzi a řešení problémů, místo, kde lze získat podporu a ujištění v osobních i profesních tématech a podpůrné fórum pro přijetí toho, že nevíme a nemusíme vědět všechno. K podobným výsledkům dospěl také Brooker a White [13]. Většina respondentů, v tomto případě zdravotní sestry (N = 225), se shodla, že supervize na pracovišti funguje jako prevence izolace od ostatních, vede k osobnostnímu růstu a podporuje větší sebedůvěru při výkonu povolání. Zajímavým zjištěním je také fakt, že 80,4 % všech zúčastněných souhlasí s tím, že manažeři a vedoucí oddělení by neměli být těmi, kdo poskytují supervizi. K podobným výsledkům dospěli ve své praxi i sami autoři stávajícího článku [14]. Skupinové setkání vnímali zdravotníci (N = 31) jako prostor pro neformální setkání s kolegy z týmu mimo nemocniční prostředí, jako místo, kde je možné získat zpětnou vazbu od ostatních na své vlastní chování, a také jako příležitost k upevnění vztahů na pracovišti. Možnost setkat se a možnost vzájemného naslouchání a pochopení se ukazují být bazálními a zároveň nejcennějším profitem dosud realizovaných supervizních setkání. Iniciativa lékařů a sester v realizaci pokračujících skupinových setkání podporuje představu, že psychologická péče pro zdravotníky formou skupinových setkání má své jasné místo v medicíně a reflektuje reálné potřeby zdravotníků.

Skupinová setkání zdravotníků, jejich cíle a forma

Skupinová setkání lze realizovat obvykle dvěma způsoby, a to buď přímo v prostorách konkrétního pracoviště v pravidelných časových periodách, obvykle jednou za měsíc nebo za šest týdnů na devadesát minut, anebo jako celodenní setkání mimo nemocnici, obvykle o víkend. Každá forma má samozřejmě své výhody a nevýhody a její realizace je výsledkem konkrétní dohody mezi externími lektory, zaměstnanci a zaměstnavatelem. Hlavním motivem při vyjednávání pravidel realizace skupinového setkání zdravotníků je samozřejmě péče o zaměstnance. V ideálním případě by mělo skupinové setkání probíhat v pracovní době, jako přirozená součást výkonu povolání.

Při skupinových setkáních je věnován prostor a čas aktuálním tématům účastníků. Program si neklade za cíl účastníky měnit, nebo je dokonce nutit komunikovat o předem připravených tématech. Vždy začíná tam, kde se lékaři a sestry vnitřně nacházejí. Tímto vnitřním místem myslíme skutečnost, že někdo přichází na workshop s jasným tématem, o kterém by se rád něco dozvěděl, někdo přišel jen proto, aby se setkal s kolegy v jiném kontextu, a někdo svůj zájem pojmenuje až v průběhu workshopu. Prvotním cílem skupinového setkání lékařů je zvyšování uvědomování – trenérský či lektorský přístup vychází ze základních principů Gestalt psychoterapie. Ta, stručně řečeno, stojí na třech teoretických pilířích, které tvoří:

1. Teorie pole (K. Lewin) – holistická teorie, podle které je člověk součástí prostředí, ve kterém žije. Cílem interakce s prostředím je udržování stability a růstu.
2. Fenomenologie – zabývá se prožíváním a způsobem, jak člověk dává své zkušenosti význam („Vidíme věci ne takové, jaké jsou, ale jací jsme my.“).
3. Dialogický existencialismus – vychází z předpokladu, že existence bez vztahů není možná. Workshop tedy nepřináší univerzální pravdy a jasné návody, jak se v určitých situacích chovat, ale poskytuje účastníkům možnost, jak skrze setkání

s druhými získat širší pohled sám na sebe a na své místo ve zdravotnickém týmu. Vycházíme z přesvědčení, že jakákoliv změna našeho chování se může odehrát jen tehdy, staneme-li se více sami sebou a přestane se snažit být něčím či někým, kým nejsme [15]. Tento předpoklad, který je nazýván jako paradoxní teorie změny, představuje také jeden ze základních principů našich workshopů. Předpokládáme (a klinická praxe tento předpoklad opakovaně potvrzuje), že cesta ke změně v týmu nebo u jednotlivého lékaře nebo sestry vede jen skrze uvědomění. Paradoxně tak při skupinových setkáních nemluvíme o tom, co by se mělo změnit, ale pozorujeme, jak věci fungují a jak se opakovaně stává, že věci končí na stejném místě, které je obvykle zdrojem opakované nespokojenosti, frustrace či nedorozumění všech zúčastněných.

Během našich setkání s onkologiy se opakovaně setkáváme s potřebou zdravotníků dění v týmu redukovat na lineárně kauzální rovnici. Takový způsob uvažování je samozřejmě přirozený a není překvapující, že se na jeho základě řeší většina problémů na odděleních. Není výjimkou, že je z problémů v týmu obviňován jen jeden člověk. Různé situace v týmu jsou často charakterizovány povzdechem: „Kdyby nebyla v týmu lékařka XY, bylo by nám všem lépe a vše by fungovalo.“ Takový způsob uvažování má však dalekosáhlé důsledky pro dění na oddělení. Vlastní problém externalizujeme mimo sebe, hledáme viníka, zbavujeme se odpovědnosti za dění v týmu a stáváme se vůči problému bezmocnými. Protože však není možné nalézt řešení problému, který alespoň částečně nepovažujeme za svůj, dostávají se pracovní týmy pravidelně do situace, kdy na oddělení dlouhodobě panuje napětí a problém chronifikuje [6]. Cílem skupinového setkání je pak pomoci lékařům nebo sestrám více přemýšlet o vlastní odpovědnosti za dění na oddělení a více si uvědomovat např. svůj vlastní strach z konfrontace, strach z toho, že by mohli dru-

hému ublížit, nejednotnost v názoru, neochotu podpořit kolegu atd. Cílem je co nejlépe pochopit a popsat dané psychosociální pole a vzájemné interakce mezi jeho částmi. Podaří-li se toto pole popsat a lékaři si začnou více uvědomovat svou odpovědnost a stejně tak důvody, proč některé své přirozené reakce potlačují, vzniká prostor pro spontánní změnu. Cílem skupinových setkání tedy není změna samotná (obvykle ani není jasné, co by se mělo změnit, aby se lidé cítili v týmu nebo sami se sebou lépe), ale práce s lékaři a sestrami vedená tak, aby si co nejvíce uvědomovali, jak některé věci sami dělají.

Změna samotná, pokud k ní dojde, spočívá v detailech u jednotlivců, nikoli v globální a jednorázové přeměně organizace. Začne-li se ale měnit jedna část systému a změnu udrží, zbytek musí na tuto změnu nějakým způsobem reagovat v rámci udržení vlastní homeostázy. Je to však proces náročný, protože (podobně jako např. v léčbě psychosomatických onemocnění) zdravotníci sami udržují dysfunkční schémata v chodu, jelikož z nich mohou plynout zisky (podobně jako primární a sekundární zisky z nemoci). Při workshopech vyplývá na povrch, že přílišný tlak na změnu způsobí rezistenci (neboli ve všech terapeutických směrech běžný a přítomný odpor). V prostředí nedostatečného finančního a lidského ocenění je totiž jednou z mála výrazných hodnotových satisfakcí (ne-li jedinou) postup v hierarchii a větší přiděl moci. Pokud se zdravotníkům nedostává ani takové satisfakce, je třeba vlastní ohrožený sebeobraz nějak kompenzovat – touto kompenzací je jednoduše řečeno v našich krajích tolik oblíbené „nadávání na systém a na vrchnost“. To se ovšem stává plnohodnotným a často primárním společným tématem a prožitkem a to také drží zdravotnický tým pohromadě. Na skupinovém setkání potom musíme čelit stejnému problému jako při léčbě psychosomatických onemocnění: Když příznak odebereme, z čeho bude mít pacient zisk a co jej udrží pohromadě? Přijmout zodpovědnost za sebe sama a za své jednání nebývá vůbec jednoduché a zkušenost se svo-

bodným rozhodováním (i v rámci jasně ohraničeného systému s danými pravidly) může být až děsivá.

Workshopy jsou potom založeny na non-expertním přístupu, neredukují dění do lineárně kauzálních vztahů, nenabízejí rychlá a zkratkovitá řešení na obecné rovině a odpovědi na každou otázku, ale pracují se sebezkušenostními a zážitkovými postupy, jejichž cílem je mj. společné hledání odpovědí a porozumění vlastním prožitkům, postojům a emocím. Každý workshop vedou vždy dva externí lektoři. Výzkumy v této oblasti a stejně tak osobní zkušenost opakovaně potvrzují požadavek zaměstnanců, aby bylo skupinové setkání vedeno externím spolupracovníkem [13,14]. Cílem skupinových setkání není samozřejmě kontrola zaměstnanců a ani poskytování interních informací vedení nemocnice. Stejně tak není jejich cílem implementace rozhodnutí vedení do běžné praxe či mediace změn v organizaci, i když se dlouhodobě ukazuje, že taková setkání poskytují jako vedlejší produkt poměrně přesný obraz fungování organizace na většině jejích úrovních.

Většina programů psychologické péče o zdravotníky, pokud už v praxi existují, nevzniká jako výsledek zralé úvahy a motivace vedoucích oddělení a vedení nemocnic poskytnout zaměstnancům podporu a prostor pro zastavení se nad psychologickými souvislostmi práce ve zdravotnictví, ale jsou obvykle zaváděny v období viditelných problémů a krizových situací, nejčastěji pod tlakem médií. Končí pak obvykle s vyřešením kritické situace, a to bez ohledu na to, jestli byly naplněny původní cíle a záměry. Sami zaměstnanci pak vnímají takové akce jako nástroj kontroly vedení a jako hon na viníka krize. Výsledkem je pak posílený odpor zaměstnanců vůči jakýmkoliv změnám, je narušena důvěra mezi vedením a zaměstnanci a na dlouhou dobu se také uzavírá šance pro implementaci funkčních a opodstatněných programů. Je evidentní, že jednorázová akce pro trvalejší změny nestačí a zisky plynou jen z dlouhodobé spolupráce.

Nutno dodat, že skupinová setkání nejsou nevyžádanou psychoterapií nebo nadbytečným psychologizováním témat, která lze řešit prostou logikou, ale spíše preventivním počinem, jehož výsledkem je nejen osobnostní růst jedince, ale také vznik kooperativního týmu na pracovišti. Interpersonální situace v pracovním týmu je ostatně nejčastěji referovaná příčina nespokojenosti zdravotníků v zaměstnání [14].

Závěr

České zdravotnictví bojuje v současné době o holý život a ve srovnání s tím by se mohl náš příspěvek o osobnostním rozvoji zdravotníků, prevenci a práci na tvorbě funkčních a podpůrných zdravotnických týmů zdát příliš idealistický. I přesto si myslíme, že psychologický rozměr výkonu náročného povolání ve zdravotnictví představuje jedno ze základních témat pregraduálního a postgraduálního vzdělávání budoucích lékařů a sester, kterým je třeba se zabývat. Jsme také přesvědčeni, že za implementaci a podporu takových programů nesou odpovědnost nejen ředitelé nemocnic a vedoucí oddělení, ale i samotní zaměstnanci.

Poděkování

Na tomto místě by autoři článku rádi poděkovali lékařům a sestrám Masarykova onkologického ústavu, kteří se zúčastnili našich workshopů, za jejich otevřenost, odvahu a přijetí spoluzodpovědnosti za dění v jejich týmech. Velký dík patří také panu prof. MUDr. Rostislavu Vyzulovi, CSc., za jeho velkou podporu při realizaci všech skupinových setkání a jeho otevřenost novým věcem.

Literatura

1. Firth-Cozens J. Interventions to improve physicians' well-being and patient care. *Soc Sci Med* 2001; 52(2): 215–222.
2. Linzer M, Konrad TR, Douglas J et al. Managed care, time pressure, and physician job satisfaction: results from the physician worklife study. *J Gen Intern Med* 2000; 15(7): 441–450.
3. Taub S, Morin K, Goldrich MS et al. Council on Ethical and Judicial Affairs of the American Medical Association. Physician health and wellness. *Occup Med* 2006; 56(2): 77–82.
4. Schattner P, Davidson S, Serry N. Doctors' health and wellbeing: taking up the challenge in Australia. *Med J Aust* 2004; 181(7): 348–349.
5. Severová J. Zátěž pečovatelských týmů u těžce a chronicky nemocných pacientů. In *Gerontologické dny*. Ostrava: Barrister 1999.

6. Hawkins P, Shohet R. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Grada 2004.
7. Tyssen R. Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies. *Ind Health* 2007; 45(5): 599–610.
8. Sivertz K. When physicians need admission to a psychiatric unit. *B C Med J* 1998; 40: 156–158.
9. Rosvold EO, Bjertness E. Illness behaviour among Norwegian physicians. *Scand J Public Health* 2002; 30(2): 125–132.
10. Kivimäki M, Sutinen R, Elovainio M et al. Sickness absence in hospital physicians: 2 year follow up study on determinants. *Occup Environ Med* 2001; 58(6): 361–366.
11. Meulmeester F. *Změna přijde, když se zastavíš*. Praha: Drvoštep 2010.
12. Kelly B, Long A, McKenna H. Clinical supervision Personal and professional development or the nursing novelty of the 1990s? In: Cutcliffe JR, Butterworth T, Prostor B (eds). *Fundamental Themes in Clinical Supervision*. London, New York: Taylor & Francis 2001.
13. Brooker C, White E. *The Fourth Quinquennial National Community Mental Health Nursing Census of Northern Ireland*. Sheffield: University of Sheffield and Keele University 1997.
14. Světlák M, Suchý A, Vyzula R. První zkušenosti s profylaktickým a terapeuticko poradenským programem pro lékaře a sestry na MOÚ: využití Gestalt přístupu ve zdravotnictví. In: *Edukační sborník XXXIV. brněnské onkologické dny s XXIV. konferencí pro sestry a laboranty*. Brno: Masarykův onkologický ústav 2010: 193.
15. Mackewn J. *Gestalt psychoterapie*. Praha: Portál 2004.