



SOUČASNÉ TRENDY VE VZDĚLÁVÁNÍ BUDOUCÍCH LÉKAŘŮ

Sborník z konference
10. června 2008, Arcibiskupský palác, Olomouc



„Práce, kterou děláte, má obrovský význam.
Ti, kteří požadují čísla a hmatatelné výsledky,
ti jí třeba nedocení.
Ale my, kdo jednou nastoupíme do práce lékaře,
vám vděční jsme.“

(evaluace účastníka modulu psychosociální prevence)

1. vydání

Editors © PhDr. Jaroslava Králová, Mgr. Marie Raková, Mgr. Alena Husárová, 2008

ISBN 978-80-244-2198-8

Univerzita Palackého v Olomouci
Lékařská fakulta

Jaroslava Králová a kol.

Současné trendy ve vzdělávání budoucích lékařů

Sborník z konference

Olomouc 2008

Vážení,

změny probíhající ve společnosti ovlivňují profesní role. Role lékaře/ky je v této souvislosti vystavena silnému tlaku – vysoké požadavky jednotlivců na jejich odborné znalosti a současně očekávání komunikačního a časového komfortu. Lékaři/ky se ve své každodenní práci setkávají s problémy, na které nejsou studiem připraveni – nárůst agresivního chování, vzestup stresu a s ním související riziko profesního „vyhoření“, ekonomické tlaky, právní otázky, soudní spory, etické otázky (např. eutanazie), sladění profesní role s rolí partnera a rodiče atd.

Narůstající požadavky praxe kladené na lékaře ovlivňují vzdělávací systém přípravy lékařů. Konference je jednou z možností hovořit o nových potřebách ve vysokoškolské přípravě budoucích lékařů, možností předávat zkušenosti, inspirovat se navzájem. Proto se nosným tématem konference „Současné trendy ve vzdělávání budoucích lékařů“ stala otázka přípravy v oblasti tzv. měkkých dovedností.

Více informací o konferenci a také o projektu podpořeném ESF a realizovaném na Ústavu sociálního lékařství a zdravotní politiky Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci „Systém psychosociální prevence pro studenty všeobecného lékařství“, který je zaměřen na rozvoj měkkých dovedností a podporu salutogenního přístupu studentů k sobě samým jako způsobu zvládnání dopadu globálních společenských změn na ně jako jedince, ale také na lékařskou profesi, na kterou se studiem připravují, naleznete na webových stránkách www.medici-za-sebeprevenci.upol.cz.

Děkujeme všem, kteří se konference účastnili aktivně i posluchačům auditoria.

Tento sborník přináší příspěvky přednášejících, kteří svými vystoupeními napomohli odborné úrovni a příjemné atmosféře konference.

Přejeme Vám inspirující čtení!

Jaroslava Králová

Registrace	9:00 – 9:30
<i>Zahájení konference</i> prof. MUDr. Zdeněk Kolář, CSc. a doc. Mgr. Martin Modrianský, Ph.D. Děkan Lékařské fakulty UP v Olomouci a proděkan pro vědu, výzkum a doktorské studijní programy Lékařské fakulty UP v Olomouci	9:45 – 9:55
1. Trendy ve výuce všeobecného lékařství na lékařských fakultách	
<i>„Pregraduální příprava lékařů v zahraničí: podněty i důvod k zamyšlení“</i> prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc. Vedoucí Katedry sociálního lékařství Lékařské fakulty UK v Hradci Králové	9:55 – 10:10
<i>„Výuka komunikace a sebezkušenosti na LF MUNI v Brně“</i> doc. PhDr. Marcela Bendová, Ph.D. Vedoucí Ústavu psychologie Lékařské fakulty MU v Brně	10:10 – 10:25
<i>„Psychologie pro lékaře: možnosti a meze“</i> Mgr. Vladimír Vavřda, Ph.D. Ústav pro humanitní studia v lékařství 1. Lékařské fakulty UK v Praze	10:25 – 10:40
<i>„Integrace výuky ve studijním programu Všeobecné lékařství na LF UP v Olomouci“</i> prof. MUDr. Milan Kolář, Ph.D. Proděkan pro studium Všeobecného lékařství 1.–3. ročníku a legislativu Lékařské fakulty UP v Olomouci	10:40 – 10:55
Diskuse Moderuje doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D., přednostka Ústavu sociálního lékařství a zdravotní politiky Lékařské fakulty UP v Olomouci	10:55 – 11:15
Přestávka s občerstvením	11:15 – 11:30
2. Institucionální rámec pro výuku všeobecného lékařství	
<i>„Aktualizace dlouhodobého záměru ministerstva, využití operačních programů“</i> Ing. Josef Beneš, CSc. MŠMT, odbor vysokých škol	11:30 – 11:45
<i>„Postgraduální vzdělávání lékařů ve světle zákona č. 18/2004 Sb“</i> MUDr. Aleš Herman, Ph.D. Člen představenstva České lékařské komory, předseda vědecké rady	11:45 – 12:00
<i>„Mezery v osnovách jsou jen částí problému“</i> Ing. Josef Mrázek, CSc. 1. viceprezident Svazu pacientů České republiky	12:00 – 12:15
Diskuse Moderuje doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D., přednostka Ústavu sociálního lékařství a zdravotní politiky Lékařské fakulty UP v Olomouci	12:15 – 12:35
Přestávka na oběd formou rautu	12:35 – 13:25
3. Projekt psychosociální prevence pro studenty LF UP v Olomouci	
<i>„Projekt Systém psychosociální prevence pro studenty všeobecného lékařství a jak to vidí studenti?“</i> Mgr. Marie Raková a Mgr. Alena Husárová Lékařská fakulta UP v Olomouci, TARA Professionals, o.p.s.	13:30 – 13:50
<i>„Představení modulů psychosociální prevence a zkušenosti z jejich pilotního testování na LF UP v Olomouci“</i> Lektoři modulů psychosociální prevence PhDr. Jaroslava Králová, MUDr. Jana Mendelová, MUDr. PhDr. Lenka Hansmanová, Ph.D., doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D., PhDr. Et Mgr. Naděžda Špatenková, Ph.D., Mgr. Václav Kajaba, PhDr. Ivan Janík, Mgr. Věra Janíková, Mgr. Michaela Hradilová, Mgr. Zdenek Kubíček, MUDr. Iveta Zedková, PhDr. Karel Koblic	13:50 – 14:30
<i>„Medici – sebeprevence, aneb jak zabránit, aby medicí nepřišli o iluze“</i> Účastníci pilotního testování modulů psychosociální prevence – Rodion Procjuk (4. roč.) & Petra Košťálová (5. roč.) Zprostředkování zkušenosti studentů Všeobecného lékařství Lékařské fakulty UP v Olomouci z participace na modulech psychosociální prevence	14:30 – 14:45
Diskuse Moderuje doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D., přednostka Ústavu sociálního lékařství a zdravotní politiky Lékařské fakulty UP v Olomouci	14:45 – 15:05
Závěr konference	15:05 – 15:15

OBSAH:

Výuka komunikace a sebezkušenosti na LF MU v Brně doc.PhDr. Marcela Bendová, Ph.D.	7
Psychologie pro lékaře: možnosti a meze Mgr. Vladimír Vavrda, Ph.D.	10
Mezery v osnovách jsou jen částí problému Ing. Josef Mrázek, CSc.	15
Projekt Systém psychosociální prevence pro studenty všeobecného lékařství Mgr. Marie Raková	19
Jak vidí problematiku psychosociálních kompetencí studenti? Mgr.Alena Husárová, PhDr. Jaroslava Králová	22
Jak prožít kvalitní život v roli lékaře/ky PhDr. et Mgr. Naděžda Špatenková, Ph.D., doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D., Mgr. Václav Kajaba	27
Životní styl jako sebeobrana Mgr. Věra Janíková, PhDr. Ivan Janík	32
Dobré vztahy – šance pro život PhDr. Jaroslava Králová, MUDr. PhDr. Lenka Hansmanová, Ph.D., MUDr. Jana Mendelová	36
Nebojme se komunikovat Mgr. Zdeněk Kubíček, Mgr. Michaela Hradilová	43
Lékař jako lék aneb umění naslouchat svým pacientům a jak se z toho nezbláznit PhDr. Karel Koblic, MUDr. Iveta Zedková	47
Medici – sebeprevence aneb jak zabránit, aby medicí nepřišli o iluze MUC. Rodion Procjuk, MUC. Petra Košťálová, MUC. Radim Kovář	52
Zvýšení skutečné úspěšnosti studia a lékařské péče využitím naší inherentní schopnosti generovat klid MUDr. Lucie Hájková, Ph.D., Doc. RNDr. Josef Reischig, CSc.	55
Trendy vo výučbe zdravotníckeho manažmentu na Lekárskej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave MUDr. Michaela Kostičová, doc. MUDr. Vojtech Ozorovský, CSc.	60
Trendy vo výučbe medicínskej etiky na Lekárskej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave MUDr. Mária Mojzešová, Ph.D., MUDr. Jana Trizuljaková, Ph.D.	63
Vzdělávání budoucích lékařů v zahraničí PhDr. Marie Macková, Ph.D., RSW	68
Evaluace výuky na Katedře ošetrovatelství z pohledu studentů všeobecného lékařství Bc. Vladimíra Mikešová DiS	70
Pregraduální příprava lékařů v zahraničí: podněty i důvody k zamyšlení (ppt prezentace) prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.	72

Výuka komunikace a sebezkušenosti na LF MU v Brně

doc. PhDr. Marcela Bendová, Ph.D.

Od září 2005 probíhá výuka lékařské psychologie na lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně na samostatném Ústavu psychologie. Od počátku jsme si kladli otázku, co, v jakém rozsahu a jak máme studenty učit v předmětu lékařské psychologie, aby výuka odpovídala potřebám moderní medicíny, aby byla jakýmsi průnikem mezi potřebami praxe, konkrétními potřebami studentů a v neposlední řadě aby byla v souladu s výukou na srovnatelných univerzitách Evropské unie a ve světě. Výuka lékařské psychologie je na našem Ústavu koncipována s důrazem na biopsychosociální přístup ke zdraví a nemoci (Lipowski, Engel), je orientována na psychosomatické poruchy napříč všemi obory medicíny a na osvojení základů optimální komunikace, včetně 30hodinového sebezkušenostního výcviku. Nezbytné změny výuky lékařské psychologie na LF MU v Brně v posledních 3 letech reflektují především praktickou zkušenost, že do ordinací lékařů všemožných oborů přichází průměrně 25–40 % pacientů s obtížemi a onemocněními, při jejichž vzniku, udržování i vyústění, vč. invalidity, lze prokázat významný podíl psychologických a sociálních faktorů. Tyto zdravotní obtíže jsou označovány obvykle jako stresové, reaktivní, funkční, vegetativní apod., a souhrnně se jimi zabývá oblast teoretické a praktické medicíny zaměřená na psychosomatické vztahy. Je nesporné, že v zájmu úplnosti a kvality poskytované péče by měl každý lékař být schopen posoudit účast psychosociálních faktorů u svých pacientů, a to jak v oblasti diagnostiky, tak v oblasti terapeutických intervencí. Přestože psychiatrie dosáhla nesporných pokroků, pacienti se stále psychiatrické nálepky obávají a s nejruznějšími psychosomatickými obtížemi se důsledně obracejí na somaticky orientované lékaře, jimž odčerpávají čas, finanční zdroje i trpělivost.

Uplatnění požadavku biopsychosociálního pohledu na všech úrovních vyžaduje určité znalosti a dovednosti, které program výuky na naší lékařské fakultě do r. 2005 nepokrýval. Na rozdíl od stále sdíleného přesvědčení, že lékař/zdravotník si bude umět správně poradit i v tíživých komunikačních situacích, až na ně dojde, skutečnost prokazuje, že to n e e m í.

Mezinárodní audity EU sledující úroveň zdravotnictví v ČR ukázaly m.j., že v naší zemi je hodnocena velmi dobře úroveň lékařské diagnostiky, technického vybavení i léčebných metod, značné rezervy však byly odhaleny v úrovni přístupu a jednání s pacienty ze strany zdravotníků. Podle údajů MZ ČR vypadá situace tak, že cca 75 % stížností ze strany pacientů na lékařskou péči nepramení z pochybení v léčbě, ale je důsledkem nevhodného přístupu nebo nedostatečné či chybné komunikace mezi lékařem a pacientem. Tento fakt je nám nakonec znám z denní klinické praxe a vícekrát jsme na něj upozorňovali na odborných fórech.

Z ankety provedené se 100 studenty 4. ročníku všeobecného lékařství a stomatologie v letech 2005–2007 (použili jsme strukturovaný dotazník a hodnotili jsme i nestrukturovaná písemná

vyjádření každého studenta) o očekáváníích a následném hodnocení samotného výukového bloku vyplynuly následující závěry: od výuky lékařské psychologie očekávají studenti především schopnost *porozumět sám sobě, lépe pochopit pacienta, osvojit si zásady a základy optimální komunikace s nemocnými a s ostatními zdravotnickými pracovníky, naučit se způsoby a zásady sdělování závažných diagnóz a získat více informací o psychosomatické medicíně a dozvědět se více o souvislostech mezi tělem a psychikou i o tom, jak se navzájem ovlivňují a na jakých onemocněních se psychika nejvíce podílí, včetně psychosomatické a psychologické problematiky nevyléčitelně nemocných a umírajících. Zájem o výuku a výcvik komunikačních dovedností byl obrovský.*

Studenti současně zdůrazňovali nedostatek počtu vyučovacích hodin a nedostatek času na probíraná témata. Zdůrazňovali především potřebu prodloužit výuku a rozšířit ji o psychosomatiku a komunikaci, včetně praktických cvičení. Výuku v blokových stážích považovali za nedostatečnou a vyjadřovali až na malé výjimky (2 studenti) přání rozložit výuku do semestru kontinuálně, podobně jak je tomu u bakalářského studia.

Se založením Ústavu psychologie Lékařské fakulty MU a po zatímních 3letých zkušenostech jsme dospěli k názoru, že je třeba výuku lékařské psychologie restrukturalizovat, a podali jsme níže uvedený návrh na koncepční postup při výuce lékařské psychologie především u studentů všeobecné medicíny.

1. etapa: 2007–2008 → rozšíření výuky lékařské psychologie ze stávajících 30 hodin povinné výuky v 7. a 8. semestru studia všeobecného směru a stomatologie na **60 hodin**, tedy na výuku 2semestrovou, z čehož by 30 hodin zaujímal přednášky a semináře a 30 hodin praktická cvičení, resp. sebezkušenostní výcvik (základy komunikace, rozhovorů, komunikace s různými druhy pacientů, ukázky jednotlivých psychoterapeutických metod, jejich nácvik a sebezkušenost atd.)

2. etapa: 2008–2009 → v návaznosti na zavádění „Základní psychosomatické péče v České republice“ rozšířit výuku psychosomatiky o 15 hodin/sem, akreditovat odvětví lékařské psychologie s návrhem na doplňkovou atestaci (jako je u psychiatrie např. alkoholologie, gerontologie, sexuologie ap).

3. etapa: 2009–2011 → zařazení výuky psychoterapie již od 2. ročníku studia všeobecného směru, pokračování v dalších 3 ročnících (tedy 2., 3., 4., a 5.) a dosažení určitého psychoterapeutického vzdělání ve smyslu **podpůrné psychoterapie**, např. integrativního charakteru. Předpokladem by bylo absolvování nejméně 30 hodin sebezkušenostního výcviku, uzavřeného zkouškou. Získání potvrzení o způsobilosti poskytovat podpůrnou psychoterapii při léčbě svých pacientů a možnosti vykazovat bodové ohodnocení výkonů.

Předpokladem je jednání s odbornými společnostmi - psychiatrickou, psychoterapeutickou – a s pojišťovnami s cílem dosažení určitého konsensu.

Předpokládáme, že takový způsob výuky Lékařské psychologie umožní studentům

- sebereflexi,
- naučí je zvládat své emoce a afekty vzniklé v kontaktech nejen s obtížnými či problémovými pacienty a jejich rodinnými příslušníky, ale i s nemocnými například s infaustní prognózou (která může být i jejich vlastním problémem),
- pomůže k uvědomění si vlastních prožitků a případných obranných reakcí i projekcí,
- usnadní potřebnou empatii a umožní studentům, resp. budoucím lékařům emočně exponované situace zvládat a optimálně komunikovat.

Podmínkou sebezkušenostního výcviku je jeho vedení kvalifikovanými pedagogy (psychology či psychiatry) s psychoterapeutickou atestací, jejíž podmínkou je absolvování výcviku v psychoterapii některé z respektovaných psychoterapeutických škol. Směřujeme k tomu, aby absolventi lékařské fakulty odcházeli do praxe vybaveni nejen diplomem lékaře, ale i certifikátem k provádění podpůrné psychoterapie, který je bude opravňovat k provádění tohoto druhu psychoterapie, kterou budou moci svým pacientům kvalifikovaně poskytovat a vykazovat zdravotním pojišťovnám. Proto je nezbytné, aby bylo společně se zástupci psychoterapeutické společnosti jednáno se zdravotními pojišťovnami s cílem, aby byl tento výkon uveden v seznamu výkonů lékařů somatických oborů a lékaři jej mohli účtovat příslušným kódem. Zdůrazňujeme, že naše snaha neusiluje o získání atestu pro lékaře k provádění systematické psychoterapie nebo jiné psychoterapie, ke které je podmínkou řádná psychoterapeutická atestace a dlouhodobý systematický výcvik se supervizí.

Předpokládáme, že v konečném důsledku zařazení sebezkušenosti a výcviku v komunikaci do pregraduální výuky studentů lékařské fakulty zajistí budoucím lékařům potřebnou autenticitu v jednání s nemocnými a jejich rodinnými příslušníky, atmosféru důvěry a otevřenosti i profesionální dovednost. Předpokládáme, že současné rozšíření výuky v oblasti psychosomatické medicíny umožní lékařům postihnout nejen biologické, ale i sociální a psychologické aspekty uplatňující se při vzniku, průběhu i konečném vyústění nemoci a orientaci v diagnostice a léčbě psychosomatických onemocnění.

Poznámka autora:

V současné době byl schválen „Sebezkušenostní výcvik“ v rozsahu 30 hodin ve 2. ročníku VL a stomatologie. Výuka lékařské psychologie je reorganizována rozšířením výuky psychosomatiky v souladu se zaváděním „Základní psychosomatické péče“, které probíhá v České republice.

Kontakt:

doc. PhDr. Marcela Bendová, Ph.D.

Ústav psychologie a psychosomatiky LF MU v Brně

FN Brno, Obilní trh č.11

Psychologie pro lékaře: možnosti a meze

Mgr. Vladimír Vavrda, Ph.D.

Úvod

Otázka, co a jak učit budoucí lékaře, jak přistupovat k výuce psychologie a dalších humanitních oborů na lékařských fakultách, představuje problém, který překračuje hranice České republiky, jak ukazuje např. velká pozornost věnovaná tomuto tématu na stránkách časopisu Medical Humanities v roce 2007. Když jsem volil název svého příspěvku, nazval jsem jej „Psychologie pro lékaře: možnosti a meze.“ Jako již opakovaně v minulosti jsem při přípravě textu zjistil, že je název až příliš ambiciózní a že jej nedokážu naplnit tak, jak bych si představoval. Tato chyba bezprostředně souvisí s jedním tématem, které chci dále zmínit. Podstatou úvahy, která za volbou názvu stála, je, že toho, co může psychologie lékařům a medicíně vůbec přinést, je mnoho, že možnosti jsou velké, avšak to, čím lze studenty lékařství zatížit, je jen velmi omezené. Množství učiva, které musejí zvládnout, a rozsah kurikula stanovují relativně úzké meze.

Psychologie pro praxi

Domnívám se, že kromě výuky „čisté psychologie“ v pregraduálním studiu je žádoucí integrovat psychologické poznatky a postupy s více „medicínskými“ předměty a rovněž rozšířit její výuku v rámci postgraduálního studia, kde se nabízí možnost využít materiálu z praxe, jíž začínající lékaři procházejí, a tak dodat výuce – často studenty postrádaný – zážitek užitečnosti pro praxi. Spíše zážitkově a reflektivně orientovaná práce s reálnými situacemi a emočními dopady medicínské praxe, stejně jako možnost pracovat s pocity nejistoty a úzkosti, souvisejícími s faktem, že začínající lékař postrádá zkušenosti a zážitek vlastní kompetentnosti, by mohla mít nejen edukativní, ale i silný profylaktický význam.

Výuka psychologie – informace a dovednosti

Nejprve však několik vět na úvod. Co se snažíme studentům poskytnout v rámci výuky? Poskytujeme informace a snažíme se rozvíjet dovednosti. Ve snaze pomoci studentům rozvinout si dovednosti můžeme někdy zapomenout na informace. Jeden takový typický příklad, kde nedostatek informací může představovat překážku rozvoje dovedností, je následující. U zkoušek často zažívám, že studenti v dobré víře – a zcela správně – zdůrazňují prvky empatie, akceptace a autenticity v komunikaci lékaře s pacientem, avšak obtíže nastávají, pokud mají vysvětlit povahu těchto fenoménů. V případě autenticity a akceptace jsou jejich představy ještě celkem solidní, v případě empatie však vesměs selhávají. Jsou samozřejmě schopni termín empatie přeložit, říci, že se jedná o vcítění se, avšak jejich představa o tomto procesu pokrývá přibližně to, co Larson a Yao (Larson, Xin Yao, 2005) označují jako „surface acting“, tedy projevování

empatického chování bez přítomnosti konzistentní emoční a kognitivní reakce. To, co autoři označují jako „deep acting“, vytváření empaticky konzistentních emočních a kognitivních reakcí, pro ně zůstává čímsi v lepším případě záhadným, tajuplným, něčím, čím jsou nadáni jen někteří. V horším případě to pak vnímají jako určitou mantru, kterou všichni používají a nikdo nebere vážně. V tomto případě je třeba nejen se snažit empatii u studentů rozvíjet, ale také jim umožnit tomuto konceptu porozumět, zařadit si jej do kontextu, učinit jej známým. Pakliže přetrvává představa empatie jako něčeho „magického“ a neprůhledného, má to nesporně vliv na motivaci jedince takovou dovednost rozvíjet.

Jaké dovednosti se snažíme rozvíjet? Rozdělení, které zde předkládám, je rozhodně jen jedním z možných, představuje však poze pomůcku. Pro jednoduchost dělím dovednosti do tří skupin – na behaviorální, introspektivní a ty, které z nedostatku lepších výrazů označuji jako dovednosti kognitivní. Mezi behaviorální dovednosti můžeme zařadit např. způsob vedení rozhovoru (používání mlčení, formulace otázek, aktivní naslouchání atp.), způsob zahájení kontaktu či uvádění psychosomatické problematiky od počátku práce s pacientem. (Přitom by psychosomatické souvislosti a etiologie neměly být zvažovány jako poslední, jako východisko z nouze, když vše ostatní již selhalo. Ačkoli je zcela nezbytné nejprve vyloučit organický či čistě organický původ obtíží, je třeba brát psychosomatické souvislosti a téma v potaz od prvních okamžiků kontaktu s pacientem; pokud jej zohledníme teprve poté, co byly ostatní možnosti vyčerpány, dochází zcela nevyhnutelně k ruptuře v diskursu mezi lékařem a pacientem, SOMATICKÉ téma je nahrazeno PSYCHOsomatickým a pro pacienta se situace může jevit tak, že zatímco zpočátku mu lékař věřil, tak nyní má za to, že si vymýšlí – pocit odmítnutí a často i uraženosti na straně pacienta je zcela logický.)

Introspektivní dovednosti pak zahrnují schopnost a ochotu vnímat a reflektovat vlastní stavy – tělesný i psychický. Schopnost a ochotu brát je jako cenný zdroj informací o tom, co se děje ve mně, co se děje mezi mnou a druhým člověkem a také co se děje v druhém. Stejně tak zahrnují i schopnost reflektovat své chování a schopnost o něm přemýšlet a vnímat je jako vždy motivované – a tedy i schopnost a ochotu přemýšlet o vlastních motivech našich činů a rozhodnutí.

Pod kognitivními dovednostmi mám na mysli schopnost lékaře uvažovat o zakázce pacienta, o tom, jak nemoc zasahuje do pacientova života, jaký v něm má význam, jak do tohoto života zasahuje léčba či případné vyléčení a podobně. Jako zdravotníci máme typickou tendenci předpokládat, že pacientovým cílem je vyléčení nemoci či poruchy, se kterou přichází, máme sklon zaměřovat manifestní zakázku za tu skutečnou, mnohdy latentní. Zvýšený výskyt suicidií u pacientek, které podstoupily zvětšení prsou, ukazují, že to může mít problematické důsledky. Za manifestní zakázkou (úpravu vzhledu prsou) v řadě případů stojí latentní a významnější zakázka – potřeba změny kvality života, respektive náprava defektu mentální struktury.

Mám za to, že právě v této oblasti má psychologie lékařům hodně co nabídnout – ostatně např. koncept sekundárních zisků z nemoci, se kterým se setkává velká řada lékařů, je konceptem psychologickým. Lékaři jsou zvyklí chápat člověka jako velmi složitý organismus a racionální (a pokud se podle nich nechová rozumně, tak iracionální) bytost (jakkoli v obou směrech zjednodušuji). To vede mimo jiné k tomu, že nezřídka léčí nemocný orgán namísto léčby člověka (Tress, Krusse, Ott, 2008). Z hlediska psychologie je třeba první předpoklad doplnit o psychický rozměr jedince a jeho psychosociální kontext a druhý poopravit – člověk není ani racionální, ani iracionální bytost, jednání člověka je motivované (jakkoli jsou tyto motivy často skryté, obtížně pochopitelné a někdy protichůdné).

Narativní dovednosti

Ve svém příspěvku bych rád věnoval pozornost dovednosti, poskytující integrující perspektivu v přístupu k pacientovi, dovednosti, jejíž rozvoj je – nejen ve vztahu k přípravě budoucích lékařů – poněkud zanedbáván: dovednosti narace. Lze říci, že celá dnešní doba narativnímu přístupu příliš nepřeje. Na jedné straně je význam narativního přístupu zdůrazňován – např. právě v psychologii (ale snad ve všech humanitních oborech), na druhé straně je, snad pod tlakem nároků doby, opomíjen. Schopnost narace jakoby přestávala být obecnou a stávala se spíše technikou expertů.

Současnou situaci nakonec dokumentují i učebnice komunikace lékařů (viz např. Silverman, Kurtz, Draper, 1998; Lloyd, Bor, 2004), které nezřídka působí spíše jako powerpointové prezentace. Poskytují velké množství nesmírně cenných informací, návodů a myšlenek, způsobů osvojování dovedností, které má čtenář absorbovat. Způsob podání je vybroušen takovým způsobem, aby tak velké množství poznatků bylo možné vstřebat, druhou stranou mince však je, že text-příběh-proces zůstává stranou.

Praxe se studenty mě vede k přesvědčení, že schopnost narativ vytvářet, stejně jako jej číst/interpretovat, není doceňována. Více se cení data, která navíc poskytují – někdy falešný – pocit větší jistoty. Nejistota, pokud se týče vlastní schopnosti vyprávět, vede nezřídka studenty při psaní seminárních prací, které zmiňuji níže, k vyplňování stránek faktografickými údaji o povaze nemoci pacienta, což není součástí zadání a nemá vztah k příběhu pacienta, který je (má být) podstatou práce.

Inspiruji se zde prací dr. Rity Charon (viz např. Charon, 2001), která patří k předním představitelům přístupu, pro který se ujal termín narativní medicína. Nicméně to, co zde chci prezentovat, se s její představou kryje jen z části. Narativ chápu jako prostředek poskytující lepší příležitost porozumět pacientovi. Schopnost a ochota lékaře naslouchat příběhu pacienta a rozumět mu představují důležitou součást medicínské praxe.

Lékaři ko-konstruují narativy svých pacientů, svým způsobem naslouchání a zasahování do pacientovy konstrukce je spoluutvářejí. Jejich sklon zaměřovat se na tzv. tvrdá fakta a podceňování významu příběhu pak nezřídka vede k velmi charakteristické komunikační chybě – přerušování úvodního slova pacienta. Studenti často zmiňují obavy, že se pacient bude chtít „jen vypovídat“, že se „rozkecá“, že na to, nechat pacienta vypovídat, není v klinické praxi čas. (Dlužno podotknout, že tak činí bez reálné praxe s pacientem.) V důsledku tendence předčasně zasahovat, je pak narativ pacientů, utvářený společně s lékařem, roztržštěný a chaotický.

Nicméně to, co v kontaktu lékař-pacient vznikne, co si pacient odnese, to s ním zůstává. Narativ vytvořený dyádou lékař – pacient představuje jistou paralelu lékařské dokumentace, která pacienta provází. Pacient postupně předkládá příběh, který je často méně a méně jeho příběhem a více a více příběhem lékaře (lékařů). Jeho sdělení postupně obsahují stále méně původní formulace a skutečné prožívání nemoci.

Teprve v kontextu příběhu pacienta lze lépe chápat, že léčbu je třeba přizpůsobovat na míru nikoli nemoci, ale pacientovi. V kontextu příběhu dostávají mnohdy zcela jiný rozměr a význam projevy nemoci. V počátcích své psychologické praxe jsem v léčebně dostal za úkol před Vánoci vyšetřit pacienta s otázkou, zda se jedná skutečně o manickou poruchu a zda pacient může být na Vánoce propuštěn. V léčebně byl pro manickou poruchu hospitalizován opakovaně již po několik let, vždy v průběhu listopadu. Pacientův příběh umožnil porozumět novým způsobem periodicitě jeho poruchy, která byla dosud připisována biologickým faktorům. Pacient slavil v listopadu narozeniny a jako zodpovědný pacient nechtěl pít na léky, před čímž ho varovali. Protože – jak říkal – narozeniny nelze slavit „na sucho“ a na léky se pít nemá, vždy před narozeninami vysadil léky a s kamarády slavil. Vysazení medikace společně s alkoholem pak zapříčinily relaps jeho poruchy. V kontextu příběhu tedy původně „biologický“ aspekt periodicity získal zcela jiný rozměr.

V testovaném minibloku zaměřeném na rozvoj narativních kompetencí studentů lékařství jsou tři součásti. První je promítání filmu Akiry Kurosawy Rašomon a diskuse k tomuto filmu. Film sestává v zásadě z vyprávění čtyř postav, které se zúčastnily stejné situace, nicméně jejich příběhy jsou navzájem zcela odlišné. V diskusi k filmu se na otázku, jaký byl důvod promítnutí snímku v rámci výuky, objevují nejrůznější názory od „chtěl jste zabít čas“ či „chtěl jste se nás zbavit, abyste se mohl věnovat něčemu jinému“ po „dokumentuje to, že všichni lidi lžou“. Názor, že všichni lžou, je velmi charakteristický a jeho podrobnější rozbor ukazuje, že je často ovlivněn televizním seriálem Doktor House. Diskuse je směřována na porozumění tomu, že v totožné situaci prožila každá z postav svůj originální příběh, do jehož konstrukce se promítají její představy, přání a potřeby.

Druhou součástí minibloku tvoří diskuse nad kazuistickými zlomky, které ukazují, jak významné je porozumění životnímu kontextu pacienta pro pochopení jeho choroby, jakým způsobem

zasahují životní okolnosti, často způsobené léčbou, do jeho stavu. Druhou součástí tohoto kroku je narativní ko-rekonstrukce případu, jejímž cílem je ukázat možnosti, které narativní přístup poskytuje ve vztahu k porozumění zdánlivě nepochopitelného chování pacienta. Používám reálný případ pacienta nespokojeného s výsledkem ortopedického zákroku, který zastřelil operátora a následně spáchal sebevraždu. Cílem není „vyšetření zločinu“. Cílem je na základě dostupných informací vytvořit v průběhu diskuse příběh, v jehož kontextu lze rozumět tomuto zdánlivě nepochopitelnému a nesporně extrémnímu chování.

Třetí součást pak tvoří narativní zpracování rozhovoru s člověkem, trpícím buď chronickým onemocněním, či trvalými následky nemoci, medicínského zákroku či úrazu. Studenti explorují zadaná témata a mají za úkol vypracovat příběh pacienta, odrážející, jakým způsobem zasáhly zdravotní podmínky do jeho života. Ve vypracovaných příbězích je patrná nejistota ve vztahu k vlastním narativním kompetencím, která se projevuje např. v excesivním spoléhání na popis biologických aspektů (včetně např. etiopatogeneze) nemoci, ačkoli nic takového není součástí zadání. Rovněž se lze setkat s kontradiktorními formulacemi v tomto – krátkém – textu.

Závěr

Tento text se snaží upozornit na význam narativity a narativních kompetencí v medicíně. Narativní kompetence patří k nezbytné výbavě lidí pracujících v tzv. pomáhajících profesích. Umožňuje lépe chápat sdělení adresátů pomoci i efektivnější formulaci sdělení, které se snažíme předat. Rozvoj narativních kompetencí je systematicky zanedbáván a zařazení jejich rozvoje nejen v rámci výuky psychologie, ale i dalších předmětů lze považovat za zásadní úkol při vzdělávání budoucích lékařů.

Literatura:

Charon, R.: *Narrative Medicine*. JAMA, October 17 2001, No. 15, Vol. 286, s. 1897-1902.

Larson, E.B., Xin Yao: *Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Physician Relationship*. JAMA, 2005, Vol. 293, s. 1100-1106.

Lloyd, M., Bor, R.: *Communication Skills for Medicine*. Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St. Louis, Sydney: Churchill Livingstone, 2004.

Silverman, J., Kurtz, S., Draper, J.: *Skills for Communicating with Patients*. Oxon: Radcliffe Medical Press, 1998.

Tress, W., Krusse, J., Ott, J.: *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál, 2008.

Kontakt:

Mgr. Vladimír Vavrda, PhD.

Ústav pro humanitní studia v lékařství

1. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze

Karlovo nám. 40, 128 00 Praha 2

vladimir.vavrda@lf1.cuni.cz

Mezery v osnovách jsou jen částí problému

Ing. Josef Mrázek, CSc.

Úvod

Čtvrtého června proběhla v Kolovratském paláci již pátá etapa debat „U hranatého stolu“, které pojednávají o tom, jak reformovat veřejné zdravotnictví obstarávající zdravotní péči na základě veřejného zdravotního pojištění ke prospěchu občanů. Pořadatelem je Svaz pacientů ČR a listina účastníků je velmi pestrá. Mezi schválenými tezemi patnáctá obsahuje větu: „Problematika komunikace mezi lékařem a pacientem a orientace v sociálních souvislostech není dostatečně zastoupena v osnovách praktické přípravy lékařů.“ Toto konstatování vychází, mimo jiné, ze zkušenosti, že špatná komunikace a nezohlednění sociální situace jsou nejčastějšími příčinami poruch vztahu lékař – pacient, se kterými se na Svaz pacientů ČR pacienti obracejí.

Osnovy a odpovědnost za špatnou komunikaci

Konfliktní situace výrazně upozorní na poruchu komunikace, ale často mnohem rozsáhlejší škody vznikají celkem nenápadně. Špatná komunikace mezi lékařem a pacientem ohrožuje i při absenci sporu úspěšnost léčby. Počínaje stanovením diagnózy, kdy nebývají využity informace, které lze od pacienta získat dokonce bez nákladů na vyšetření, dále přes informovaný souhlas, kde skutečná informovanost nebývá obvyklá, až po dodržování léčebného režimu a medikace, kde nedostatky domluvy mohou znamenat marnost vynaložených nákladů a nebezpečí pro pacienta.

Je důležité zabývat se příčinami neúspěšné komunikace. Uvědomme si, že není správné přičítat stejnou vinu lékaři i pacientovi. Jejich vztah je nesymetrický. Lékař je v této situaci v roli profesionála a především on je odpovědný za selhání komunikace. Proto bychom si měli povšimnout případných mezer v osnovách a praktické přípravě. Při hledání programů, které by zde měly být obsaženy, by se mělo přihlížet ke kasuistice z agendy stížností a z tragických vyústění komunikačních chyb.

Víra v lékařský stav byla oporou

Chtěl bych se zmínit o složitějším problému, který má těžiště v oblasti základních hodnot, které zdravotní péče občanům může přinášet a vskutku přinášela, ale v současné době to je ohroženo a úprava osnov to nespraví. Jde o víru v lékaře. Záměrně jsem nepoužil výraz „důvěru“, protože nemám na mysli vztah důvěry ke konkrétnímu lékaři, ale skutečně víru v lékaře jako institut, se kterým jsme se prostřednictvím svého konkrétního lékaře za již trochu zapomenutých časů

spojovali a získávali pocit, že teď se udělá všechno to, co se proti té chorobě udělat dá. A vůbec nás nenapadalo, že by to mohlo být jinak. Autorita lékařského stavu byla všeobecně vysoká i přesto, že výsledky práce lékařů limitovala nedostupnost nejúčinnějších léků a nové techniky. Tento stav se po roce 1989 začal měnit zprvu v dobrém a později i špatném smyslu. Nástup nových léků a moderní techniky do rukou tradičně dobrých lékařů byl příčinou pozoruhodného růstu věku dožití. Také odměňování lékařů se začalo zlepšovat. Moudrá zásada měnit špatné a zachovat dobré však byla hned v začátcích potlačena i s jejími zastánci.

Promarněná devadesátá léta

Mezitím probíhala divoká privatizace a přechod na pojišťovenský systém, což doprovázelo hodně chyb, a došlo k velkým ztrátám národního majetku. Vznikl deformovaný systém úhrad a v jeho rámci se nastavil relativní přebytek některých specialistů, málo využitých, a přesto dobře odměňovaných. S tím kontrastovaly skupiny nedostatečně placených nemocničních lékařů. Poměrně dobře dopadli praktici. Peníze vystoupily do popředí a náčelníci profesních skupin nevolali po násobku průměrné mzdy obvyklém v cizině, ale po přepočtu zahraničního platu v nerealistickém kurzu. Do souznění lékařů a pacientů vnikla určitá disharmonie.

Zprvu ještě všude fungovaly lékařské pohotovosti, ale nebyly řádně placeny a nebyly pojímány jako součást řádného ordinování, ale jako něco navíc. To podpořilo nechuť lékařů sloužit v nich a množily se řeči o zneužívání a zcela se zapomnělo na občany strachující se o své bližní nebo o sebe a potřebující v noční depresi třeba jen dobré povzbuzující slovo, možná více, než ošetření těla. Víra v lékařský stav začala být nahlodávána. A stačila by častokrát trocha komunikace bez indukovaných nákladů a bez předepisování léků.

A má být hůř

Zásadní obrat k horšímu začal, když se zdravotnictví stalo předmětem zájmu velkých investorů a zprvu v krajích a pak i ve vládě zaujali pozice lidé zastupující zájmy byznysu. Brzo po přeměně prvních nemocnic na akciové společnosti se ukázalo, že v zájmu zisku majitelů budou „ždímání“ nejen pacienti, ale také lékaři a zdravotníci. Že podobný vývoj postihne i ambulantní sféru, naznačilo skupování ordinací firmou Agel. Potom již přišly zprávy o licenci pro Chrenkovu zdravotní pojišťovnu a o přípravách na horizontální i vertikální monopolizaci systému. Zároveň začala být propagována americká forma řízené péče, svazující pacienty a zbavující lékaře svobody léčit podle svědomí a profesní cti.

Již první zkušenosti s prodanými nemocnicemi a překvapivě i s akciovými nemocnicemi ve správě kraje se nepříjemně dotkly jak pacientů, tak odborného personálu. To vedlo ke sblížení stanovisek Svazu pacientů ČR, Zdravotnických odborů i České lékařské komory. Vesměs se shodují v konstatování neracionálnosti a protiprávnosti postupu Ministerstva zdravotnictví ČR v mnoha bodech.

Čí je Ministerstvo? Ani občanů, ani pacientů, ani lékařů a sester

Ministerstvo se mezitím pokusilo zkorumpovat lékaře zavedením poplatků placených nemocnými u lékaře. Jejich zdůvodnění staví na hlavu veškerou zdravotnickou osvětu, logiku i právo a vychází z představy trojatestovaného pacienta, který má rozhodovat za všechny lékaře. Poplatky představují podstatné zvýšení příjmů lékařů, ale opět jen některých. Jsou uplatňovány s pozoruhodnou sociální bezohledností. Příjem lékařů a sester mohl být místo toho rozumně zvýšen z peněz, které se hromadí na kontech pojišťoven. Část lékařů ale, bohužel, přistoupila na lživé zdůvodňování Ústavě a Úmluvě o právech dítěte odporujících poplatků, které narušují jak solidaritu úhrad, tak i solidaritu lékařů s pacienty. Tento stav dostal ještě další ránu, když osm zpolitizovaných ústavních soudců z patnácti rozhodlo podle vládní objednávky v rozporu s dikcí Ústavy a jejím zřejmým smyslem.

Poplatky však jsou jen zastíracím manévrem, který má odvrátit pozornost od hlavního záměru: zprivatizovat všechny zbylé nemocnice, a zejména zdravotní pojišťovny, provádějící veřejné zdravotní pojištění, včetně jejich veřejných fondů, naplňovaných pojistným odváděným podle zákona. To je samozřejmě stejně absurdní jako zprivatizovat finanční úřady a vybírané daně. Zároveň má být celý takto zprivatizovaný systém vyveden zákonem (viz pasáž o Úřadu pro dohled) mimo jakoukoliv, i parlamentní kontrolu. V některých zemích by za takové, i menší věci byl těžký žalář i jen ve stadiu pokusu.

Co se na nás chystá

Každá privatizace nemocnice znamená zdražení zdravotní péče a při převaze soukromého sektoru lze očekávat nárůst o desítky procent. Ještě horší stav by nastal v kombinaci s privatizovanými pojišťovnami. Přípravuje se také rozbití solidarity při hrazení poskytnuté zdravotní péče a redukce její dostupnosti pro sociálně slabší vrstvy obyvatelstva. To vše proto, aby velká část peněz placených občany na zdravotnictví odcházela mimo systém jako zcela bezdůvodný zisk majitelů dříve veřejného zdravotnictví, za které jeho zcizitelé nezaplatí nic. Údajně dají každému občanovi 2500 Kč. Dohromady to je o pět miliard méně, než našich třicet miliard, držených jako rezerva ve fondech pojišťoven. A je to asi polovina toho, o co každého z nás noví majitelé zdravotnictví, které nechceme a nepotřebujeme, hodlají obrát každý rok.

Nevzdávejme to, může být lépe

To, co jsme probrali, je moc smutná věc, a nebylo by možné vážit si národa, který by strpěl takové zacházení se sebou. A tak se snažme, aby to tak nedopadlo. Rád bych Vám vysvětlil, proč o tom vlastně vykládám v souvislosti se vztahy lékařů a pacientů. Jak již jsem uvedl, pravidla řízené péče zbavují lékaře svobody léčit podle svědomí. Upřesním, že jde o svobodu rozhodnout, co se má udělat, aby se daný problém konkrétního pacienta správně řešil. Tato svoboda

zanikne, když postavíme bariéry, že řešení musí být laciné, jen pro někoho, a zavedeme šetření tím, že se neudělá, co se udělat má. Není pravda, že by nákladná péče poskytovaná všem, kteří ji potřebují, spotřebovala nekonečně peněz. Lékař obvykle ví, co ještě má smysl udělat, to většinou není moc drahé, a když je, tak takových případů nebývá mnoho.

Samozřejmě, že všechno je dražší než dřív, ale také výběr pojistného roste a na kontech pojišťoven jsou přebytky. A hlavně – žádné majitele zdravotnictví nepotřebujeme a místo jejich bezdůvodných zisků lépe zaplatíme lékaře a sestry. To bude ta pravá chvíle, kdy se začnou vztahy lékařů a pacientů narovnávat. A peníze přitom ani nemusejí být tím hlavním. Hlavní by mělo být přesvědčení všech zúčastněných, že se dělá všechno tak, jak je to potřeba dělat. Pacienti zase získají víru v lékařský stav, a lékaři a sestry pocit, že naplňují poslání, kvůli kterému si většina z nich zvolila tuto náročnou řeholi.

Kontakt:

Ing. Josef Mrázek, CSc.,
viceprezident Svazu pacientů ČR
Sokolská 32, 120 00 Praha 2
mrizek@pacienti.cz
+420 731 076 069

Projekt Systém psychosociální prevence pro studenty všeobecného lékařství

Mgr. Marie Raková

Projekt Systém psychosociální prevence pro studenty všeobecného lékařství byl realizován v rámci Operačního programu Rozvoje lidských zdrojů, který tvoří základ pro čerpání podpory z Evropského sociálního fondu v oblasti rozvoje lidských zdrojů v ČR na období 2004-2008. Svým zaměřením spadá do Opatření 3.2 – Podpory terciárního vzdělávání, výzkumu a vývoje, konkrétně do cíle podporujícího vývoj terciárního vzdělávání na VŠ za účelem navýšení uplatnitelnosti absolventů akreditovaných studijních programů počátečního a dalšího vzdělávání na trhu práce, programu podpory A – Zkvalitňování vzdělávání VŠ studentů.

Proč došlo k realizaci tohoto projektu? Důvodů bylo na počátku naší práce hned několik. Dle výzkumu veřejného mínění Sociologického ústavu Akademie věd ČR z roku 2004 staví společnost lékařskou profesi s ohledem na míru prestiže na první místo (Červenka, 2004). Zároveň na ni klade vysoká očekávání a požadavky a neodpouští případná selhání a pochybení, což ve vztahu k lékařům vyvolává silný a permanentní tlak.

Tento je dále akcentován takovými faktory, jako je komplikované sladění profesního a rodinného života, ekonomická nestabilita, mediální kontrola, vysoká očekávání pacientů, emoční zátěž, agresivní chování ze strany veřejnosti/pacienta, vztahy s kolegy, rigidita v hierarchii, administrativní náročnost, nutnost celoživotního vzdělávání apod. Psychická náročnost lékařské profese tak, jak je popsána zmíněnými atributy, má nutně za důsledek zvýšenou míru stresu a potažmo frekvenci výskytu syndromu vyhoření. (Králová, Zedková, Nakládalová, Potomková, 2005, s. 192-195).

Na kritickou situaci a její trendy poukázaly výzkumy Jaroslavy Králové a kol. z let 2004–2008, které jasně identifikovaly obavy a strach studentů 5. ročníku magisterského studijního programu Všeobecné lékařství LF UP v Olomouci. (Králová, Ivanová, Husárová, 2007).

Důležitou roli sehrála také nedostatečná reflexe dané situace s ohledem na stávající kurikulum magisterského studijního programu Všeobecné lékařství LF UP v Olomouci, které by svým studentům a absolventům pomohlo zvládat výše uvedené skutečnosti a optimalizovalo jejich integraci na trhu práce a následné fungování v pracovním prostředí.

Tyto důvody nás vedly k sepsání projektového záměru, který měl za cíl ony mezery v kurikulu a hlavně u samotných studentů zmírnit. Konkrétně se zaměřil na:

- rozvoj a zlepšení psychosociálních kompetencí studentů magisterského studijního programu Všeobecné lékařství LF UP v Olomouci,
- optimalizaci uplatnění absolventů magisterského programu Všeobecné lékařství na trhu práce,
- vytvoření nových metodických přístupů v získávání psychosociálních kompetencí,
- vytvoření inovativního akreditovaného modulového systému psychosociální prevence, včetně tvorby vzdělávacích/tréninkových opor pro výuku a výcvik studentů 4. až 6. ročníku magisterského studijního programu Všeobecné lékařství,
- zvýšení povědomí o důležitosti psychosociálních dovedností,
- podpoření teze rovného přístupu v lékařském prostředí s důrazem na gender a multikulturalismus.

Projekt byl realizován v období 15. 06. 2006–14. 06. 2008 a během této doby bylo dosaženo následujících výsledků/výstupů:

- V úvodní fázi a ve smyslu komparace a validace vzdělávacích/tréninkových modulů také ve fázi závěrečné proběhlo výzkumné šetření, situační analýza psychosociálních kompetencí studentů 4. a 5. ročníku magisterského studijního programu Všeobecné lékařství se zřetelem na identifikaci obav a strachu spojených s nástupem do zaměstnání.
- V návaznosti na toto šetření proběhla sonda poptávky po preferovaném obsahu a formě vzdělávacích/tréninkových modulů zaměřených na rozvoj psychosociálních kompetencí.
- Dále byl vytvořen odborný lektorský tým vyškolený v rámci dlouhodobých a krátkodobých vzdělávacích programů, který vedl a v rámci udržitelnosti i dále povede vyvinuté vzdělávací/tréninkové moduly zaměřené na rozvoj psychosociálních kompetencí. Tým je složen z pedagogů LF UP v Olomouci a lékařů/psychologů Fakultní nemocnice Olomouc, majících hlubší profesní zájem o psychosociální problematiku.
- Dále byl vytvořen krátkodobý vzdělávací program – kurz Inspirace k lektorské práci, který byl nabídnut lektorskému týmu za účelem navýšení lektorských dovedností/práce se skupinou.
- Hlavní produkt představuje metodologie vytvořená ke vzdělávacím/tréninkovým modulům, jež byly validovány testováním na skupině 84 studentů 4. až 6. ročníku magisterského studijního programu Všeobecné lékařství v letním semestru 2008:

- „Jak prožít kvalitní život v roli lékaře/ky“** (rovina celospolečenská)
- „Životní styl jako sebeobrana“** (rovina hodnotová)
- „Dobré vztahy – šance pro život“** (rovina sociální opory)
- „Nebojme se komunikovat“** (rovina profesní komunikace)
- „Lékař jako lék – umění naslouchat svým pacientům a jak se z toho nezbláznit“** (rovina psychohygieny).

Výstupy projektu jsou přenositelné také na lékařské fakulty dalších českých univerzit či oborově relevantní instituce.

Za realizací tohoto projektu stála zejména Jaroslava Králová z Ústavu sociálního lékařství a zdravotní politiky LF UP v Olomouci, která s myšlenkou potřeby rozvoje psychosociálních kompetencí u budoucích lékařů přišla. V rámci projektového týmu sehrála roli řešitele a odborného garanta. Za LF UP – žadateli o grant a příjemci podpory – to byl dále tým Profesně poradenského centra FF UP, který projekt řídil a koordinoval. Do projektu byly přizvány také externí strany, naši partneři, bez kterých bychom projekt nemohli realizovat v potřebné kvalitě a komplexnosti. Jedná se o partnery Fakultní nemocnice Olomouc, Spolek mediků LF UP v Olomouci, TARA Professionals, o.p.s., Motivace – životní styl a Ústav psychologie Masarykovy Univerzity, kterým všem mnohokrát děkuji za výbornou spolupráci a jménem koordinující instituce se budu těšit na další neméně zajímavé a přínosné aktivity.

Literatura:

Červenka, J.: *Prestiž povolání*. Tisková zpráva EU 50103. Praha, Centrum pro výzkum veřejného mínění, Sociologický ústav AV ČR 2004. [cit. 2005-01-27].

Dostupný z WWW: <http://www.cvvm.cas.cz/index.php?lang=0&disp=zpravy&r=1&s=2>.

Králová, J., Zedková, I., Nakládalová, M., Potomková, J.: Obavy studentů všeobecného lékařství z nástupu do zaměstnání. *Zdravotnictví v České republice*, roč. VIII, 4/2005, ISSN 1213-6050, s. 192-195.

Králová, J., Ivanová, K., Husárová, A.: *Respektuje vzdělávací systém globální společenské změny lékařské profese?* Mezinárodní konference Vplyv globalizácie na vzdelávanie, vedu, média a spoločnosť. Smolenice 15.-17.10.2007.

Kontakt:

Mgr. Marie Raková
manažerka projektu
Profesně poradenské centrum FF UP
Wurmova 7
771 80 Olomouc
marie.rakova@upol.cz

Jak vidí problematiku psychosociálních kompetencí studenti?

Výzkumná šetření realizovaná v rámci projektu „Systém psychosociální prevence pro studenty všeobecného lékařství“ na Lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci

Mgr. Alena Husárová, PhDr. Jaroslava Králová

Úvod

Projekt „Systém psychosociální prevence pro studenty všeobecného lékařství“, o němž se podrobněji zmiňuje předchozí článek tohoto sborníku, umožnil zrealizovat vícero výzkumných šetření, která se detailně zabývala mapováním psychosociálních kompetencí studentů medicíny, potřebných pro jejich osobnostní přípravu na výkon budoucího lékařského povolání.

Výzkumy, jejichž hlavní výstupy jsou sdělením tohoto příspěvku, byly realizovány v letech 2004–2008 na cílové populaci studentů 3.–6. ročníku magisterského studijního programu Všeobecné lékařství na Lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

Pravidelně či jednorázově byla v projektu realizována tato výzkumná šetření:

- **Sonda do obav a strachů** PhDr. Jaroslavy Králové, prováděná otevřenou otázkou: „Čeho se nejvíce obáváte, z čeho máte strach, úzkost, až nastoupíte do zaměstnání?“, realizována pravidelně od roku 2004. Celkem na sondu odpovídalo 572 studentů.
- **Dotazníkové šetření 1** realizováno v roce 2006 s cíly zjistit, jaké psychosociální kompetence vyžaduje povolání lékaře, jak se sami studenti cítí být těmito kompetencemi vybaveni, jak může v jejich rozvoji pomoci Lékařská fakulta UP. Celkem odpovědělo 240 studentů.
- **Focus groups** vedeny v roce 2006 s cílem identifikovat vhodné zaměření, metody a formu vyvíjených modulů psychosociální prevence. Diskuse se účastnilo 11 studentů.
- **Evaluace modulů psychosociální prevence** v roce 2008 po jejich pilotním testování. Evaluační dotazník vyplnilo 73 studentů.
- **Dotazníkové šetření 2** realizováno v roce 2008 s cíly zjistit přínosy vyvinutých modulů, jejich udržitelnost v kurikulu medicíny a přesah na celkový systém výuky. Celkem se účastnilo 329 studentů.

Z čeho mají studenti největší obavy, strach a úzkost.

Výzkumná iniciativa PhDr. Jaroslavy Králové z Ústavu sociálního lékařství a zdravotní politiky LF UP v Olomouci v oblasti psychosociálních kompetencí studentů medicíny vyvíjená od roku 2004 přerostla do hlubšího zájmu o studenty a jejich specifické problémy spojené s výkonem budoucího povolání. Vyústila v podání a realizaci projektu, který zavedl do studijních osnov pět nových předmětů zaměřených na psychosociální rozvoj mediků.

Sondou do obav a strachu identifikovala hlavní problémové oblasti, na jejichž prevenci bylo potřeba se zaměřit, aby si studenti uvědomili negativní dopady stresu plynoucího z nejrůznějších situací a dokázali tyto stresové situace efektivně zvládat. Viz tabulku 1.1.

Tabulka 1.1.:

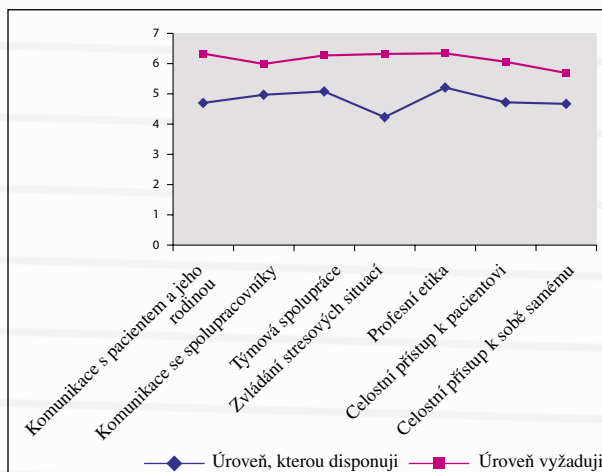
Čeho se nejvíce obáváte, z čeho máte strach, úzkost, až nastoupíte do zaměstnání? Otevřená otázka, r. 2004–2008.

Kategorie odpovědí/rok šetření	2004	2005	2006	2007	2008
Počet odpovídajících	110	109	118	96	139
I. Oblast pracovních vztahů a pracovní komunikace	153 (39,3 %)	200 (54,6 %)	208 (49,2 %)	205 (43,7 %)	210 (37,4 %)
Pracovněprávní vztahy	61	59	62	92	81
Pracovní stres	60	85	99	91	102
Najít práci	23	18	19	2	10
Najít práci v oboru	9	38	28	20	17
II. Oblast výkonu profese	196 (50,4 %)	137 (37,4 %)	162 (38,3 %)	193 (41,2 %)	261 (46,4 %)
Odborné selhání	80	71	59	64	86
Nedostačující praktické znalosti	50	54	70	70	88
Zvládání administrativy	27	1	7	14	8
Komunikace s pacienty/rodinou	27	10	13	25	34
Soudní žaloby/medializace	12	1	7	9	15
Naplňovat roli lékaře	0	0	6	11	15
Obavy z vyhoření	0	0	0	0	15
III. Osobní sféra	40 (10,3 %)	29 (8 %)	53 (12,5 %)	71 (15,1 %)	91 (16,2 %)
Nízké finanční ohodnocení	21	17	22	17	29
Zvládání práce a rodiny	9	9	22	28	28
Ztráta volného času	5	3	8	25	19
Nejistota z budoucnosti	5	0	1	1	9
Celkem odpovědí	389	366	423	469	562
Nemám obavy	1	1	6	2	2
Mám obavy, přesto se těším	0	0	4	0	5

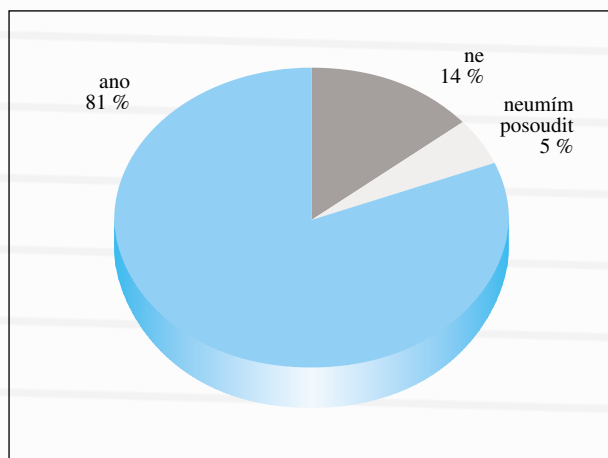
Vnímání vlastní vybavenosti psychosociálními kompetencemi a zájem studentů o jejich rozvoj.

Graf 1.1.: Náhledy studentů na vlastní vybavenost psychosociálními kompetencemi a zájem o jejich rozvoj. Dotazníkové šetření, r. 2006.

Na sondu PhDr. Králové navázala další výzkumná šetření. V roce 2006 bylo dotazníky měřeno subjektivní vnímání psychosociálních kompetencí studentů. Dle jejich vyjádření se cítí nejméně připraveni na zvládání stresových situací. I když v ostatních kompetencích se cítí být připraveni o něco lépe, z grafu 1.1. lze vyčíst prostor pro rozvoj všech definovaných kompetencí.



Graf 1.2.: Zájem o předměty rozvíjející psychosociální kompetence. Dotazníkové šetření, r. 2006.



V roce 2006 byly studenti rovněž dotazováni, zda by měli zájem o kurzy rozvíjející psychosociální kompetence, které by byly součástí kurikula jako volitelné C - předměty. Až 81 % studentů o tyto kurzy projevilo zájem. Podle 44 % studentů je tento typ předmětů zastoupen v kurikulu nedostatečně. Takové předměty jsou navíc neefektivní.

Jak se rozhodla LF UP v Olomouci reagovat? Zavedení modulů psychosociální prevence a jejich evaluace.

Velký zájem studentů o předměty, zaměřující se na jejich přípravu na výkon budoucího povolání po psychosociální stránce, byl uspokojen prostřednictvím zapojení se Lékařské fakulty Univerzity Palackého do projektu „Systém psychosociální prevence pro studenty všeobecného lékařství“. Bylo zavedeno 5 modulů psychosociální prevence, které absolvovalo celkem 84 studentů. Moduly se dle výsledků evaluace setkaly s velmi pozitivním ohlasem. Na škále 1 (nejlepší) až 5 (nejhorší) je studenti hodnotili průměrnou známkou, která neklesla pod 1,6, což lze slovně označit jako dobré až výborné hodnocení. Evaluační známky z jednotlivých oblastí deklaruje tabulka 1.2.

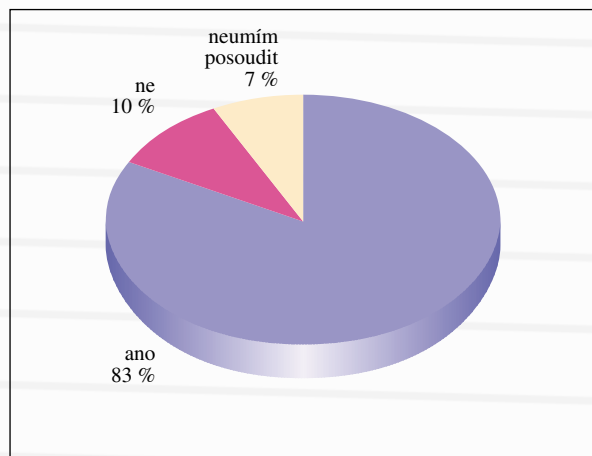
Tabulka 1.2. Evaluace modulů psychosociální prevence. Dotazník, r. 2008.

Evaluated area	Question (rating: 1 – best, 5 – worst)	Grade
Průvodní texty	Jak vám vyhovovaly průvodní texty pro studenty?	1,3
Lektoři	Jak vám vyhovovala forma vedení modulu?	1,3
	Byli pro vás lektoři srozumitelní?	
	Jak vám vyhovoval přístup lektorů k účastníkům?	
Přínos a význam modulů	Jak přínosná pro vás byla účast v modulu?	1,4
	Myslíte si, že získané poznatky využijete?	
	Ovlivnil modul vaši motivaci dále na sobě pracovat?	
	Jste rád/a, že jste se modulu zúčastnil/a?	
	Doporučíte modul ostatním studentům?	
	Umožnily vám získané poznatky podívat se na téma jinak?	
	Myslíte si, že tato forma seminářů je pro budoucí lékaře přínosná?	
	Naplnil modul vaše očekávání?	
Vlastní angažovanost	Jak hodnotíte úroveň svého zapojení do aktivit modulu?	1,6
Jak se účastník cítil	Jak hodnotíte celkovou atmosféru?	1,2
Organizační zajištění	Jak hodnotíte celkovou úroveň organizačního zajištění?	1,2

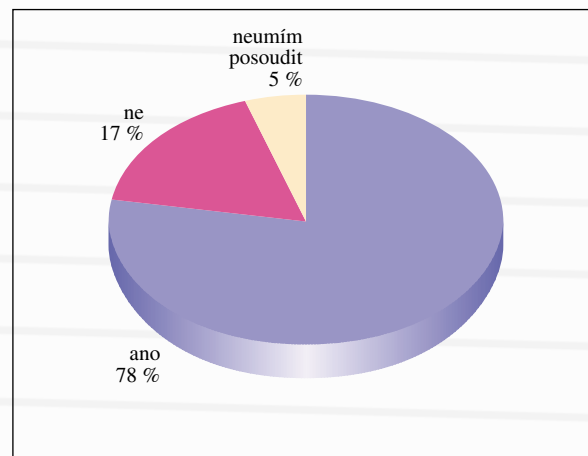
Udržitelnost modulů do budoucna...

Po pilotním otestování a evaluaci pěti nově zavedených modulů psychosociální prevence bylo v roce 2008 realizováno dotazníkové šetření s hlavním cílem zjistit, jaké jsou názory studentů na jejich přínos, a zda je potřeba je v kurikulu udržet i pro budoucí studenty. Šetření potvrdilo, že moduly by se dle studentů měly stát trvalou součástí kurikula, protože je vnímají pro sebe a výkon svého budoucího povolání jako velmi užitečné.

Graf 1.3.: Moduly psychosociální prevence by se měly stát trvalou součástí kurikula. Dotazníkové šetření, rok 2008.



Graf 1.4. Moduly psychosociální prevence jsou pro budoucí lékaře užitečné. Dotazníkové šetření, rok 2008.



Do budoucna zůstává úkolem udržet moduly jako součást pregraduální přípravy lékařů a průběžně sledovat, zda obsah a zaměření modulů vyhovují potřebám studentů. O osobnost lékařů je třeba pečovat nejlépe již v průběhu studia na vysoké škole, protože to, jak se cítí jako osobnost, má pak nezbytně vliv na výkon jejich budoucího lékařského povolání.

Kontakt:

Mgr. Alena Husárová
koordinátorka výzkumných aktivit
TARA Professionals, o.p.s.
Wurmova 7
771 80 Olomouc
taraprofessionals@yahoo.com

Jak prožít kvalitní život v roli lékaře/ky¹

**PhDr. et Mgr. Naděžda Špatenková, Ph.D., doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D.,
Mgr. Václav Kajaba**

Kvalita života

Kvalita života se stala jedním z nejfrekventovanějších pojmů současné medicíny. Uvažujeme o ní ovšem především ve vztahu k pacientovi. Ale co lékaři a lékařky? I jejich kvalita života je přece důležitá! Proto je nedílnou součástí projektu Systém psychosociální prevence pro studenty všeobecného lékařství taktéž vzdělávací modul „Jak prožít kvalitní život v roli lékaře/ky“. Cílem tohoto modulu je, aby si budoucí lékaři uvědomili, že kvalita života je relevantním cílem každého (každé) lékaře (lékařky) nejen ve vztahu k jejich pacientům, ale i ve vztahu k sobě.

Kvalita života je podle definice Světové zdravotnické organizace (WHO) to, jak jedinec vnímá své postavení v životě v kontextu kulturního a hodnotového systému, ve kterém žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním a životnímu stylu a zájmům (WHOQOL, 1997). Nejčastěji je kvalita života vnímána jako subjektivní spokojenost, resp. nespokojenost s vlastním životem a jeho jednotlivými oblastmi na základě vlastních představ, nadějí, očekávání a přesvědčení. Tato subjektivní percepce kvality života však v sobě implicitně odráží i podmínky, okolnosti a sociální vztahy, v nichž jedinec svůj život prožívá (Čornaničová, 2004, s. 145). Z tohoto důvodu jsou teoretickým kontextem modulu především poznatky z oblasti sociologie² a psychologie.

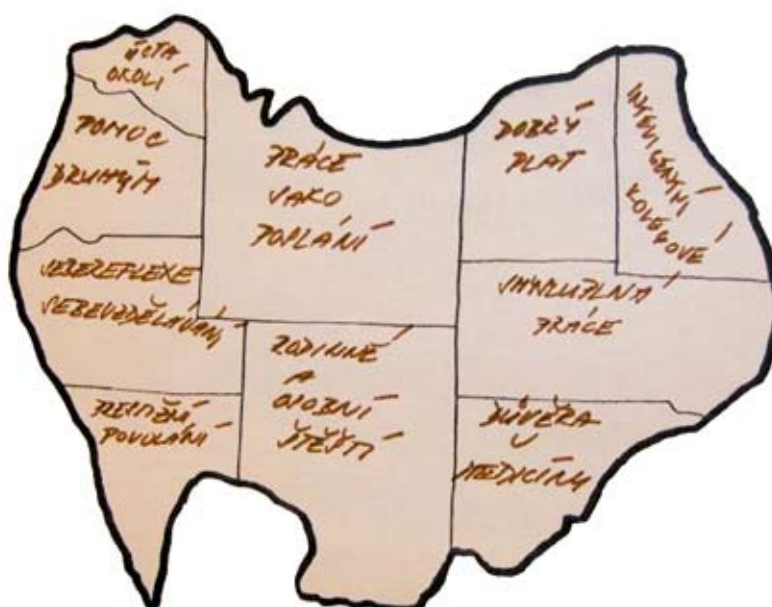
Modul „*Jak prožít kvalitní život v roli lékaře/ky*“ reflektuje kvalitu života v souladu s těmito aspekty:³

¹ Modul je součástí kurikula LF UP (volitelný předmět C) a Projektu OP RLZ: Systém psychosociální prevence pro studenty všeobecného lékařství. Projekt je spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem ČR. CZ.04.1.03/3.2.15.2/0353.

² Lékaři někdy pro samou starost o správnou anamnézu, diagnózu a léčbu pacientů nemají čas (a možná, že ani energii nebo chuť) zabývat se společností, která je obklopuje a která přináší pro lékaře mnoho nepochopených problémů jak ze života pacientů, tak svých vlastních. Tento modul se snaží nenáročnou formou proniknout nejen do jejich psychosociálního já, ale i pomocí psychosociálních technik do pochopení společenské role lékaře. Porozumění sobě a společnosti je jistě prvním a základním krokem ke kvalitnímu životu.

³ Vzhledem k tomu, že je realizace modulu časově limitována a s největší pravděpodobností není vždy možné postihnout všechny tyto aspekty v celé jejich šíři, musí lektori flexibilně reagovat a akcentovat témata, která se v průběhu příslušného modulu aktualizují.

- Celkový emocionální stav jedince („Jak se cítíte?“)
- Orientace v současné společnosti (význam profese)
- Pochopení svého sociálního umístění ve společnosti (vlastní sociální status)
- Možnost současné realizace v pracovní i privátní sféře (souběžnost životních rolí)
- Seberealizace a sebeaktualizace
- Sociální opora
- Zvládání náročných životních situací
- Volnočasové aktivity
- Dostatečná informovanost (kvalita a kvantita získávaných informací)
- Zdraví (bio-psycho-sociální a spirituální aspekty zdraví)
- Pocit spokojenosti a pohody (pocit uvolnění, schopnost relaxovat, prožívat radost, pocit energie, vitality)



Obr. č. 1: Mapa kvalitního života v roli lékaře/ky – výstup techniky (autor: účastník modulu)

Specifické cíle modulu

Modul zaměřuje pozornost na životní hodnoty a problémy v současné společnosti, konkrétně v roli lékaře ve vztahu k:

- Poslání a roli lékaře
- Gender aspektům v lékařských profesích
- Age aspektům v lékařských profesích
- Kultuře ve zdravotnických týmech a organizacích

Podmínky

Úkolem lektorů je objasnit účastníkům modulu základní aspekty kvality života v roli lékaře/ky, poskytnout jim teoretický kontext pro pochopení možných problémů a překážek, s nimiž se mohou v roli lékaře/ky setkat. Anticipace určité situace totiž eliminuje možné stresové dopady náročných životních situací, s nimiž se mohou účastníci kurzu posléze v životě lékaře/ky setkat.⁴



Obr. č. 2: Diskuse lektorů s účastníky modulu

Modul „*Jak prožít kvalitní život v roli lékaře/ky?*“ je sice založený především na osobní prožitkové zkušenosti, ale zároveň vychází z relevantních teoretických poznatků a příslušných vědomostí, a to zejména z oblasti sociologie a sociální psychologie, a je s nimi úzce propojen. Nezbytnou podmínkou je flexibilita lektorů a jejich relativně široký záběr dané problematiky. Obsahová rozmanitost modulu je natolik široká, že je nutné reagovat na aktuální požadavky účastníků, které mohou během realizace modulu vyvstat. Od lektorů se očekává nejen disponibilita teoretickými odbornými poznatky, ale i schopnosti a dovednosti pracovat se skupinou. Lektori operativně modifikují program na základě aktuálních požadavků účastníků modulu, volí příslušné didaktické metody, techniky, hry a cvičení, reflektují očekávání účastníků a cíle modulu a jsou taktéž katalyzátorem atmosféry a facilitátorem příznivého klimatu ve skupině.⁵



Obr. č. 3: Skupinová práce účastníků modulu

Lektoři poskytují nejen určité teoretické konstrukty, objasňující vybrané klíčové momenty v životě lékaře/ky, ale – a to především – podporují zážitkové procesy účastníků modulu. Tím umožňují kognitivní restrukturalizaci a následně citlivě vedou účastníky k tomu, aby dokázali vnímat případné problémy, krize, změny, ztráty, volby, které se mohou v životě každého lékaře/ky (resp. v životě každého člověka) přirozeně vyskytnout, jako výzvu, případně jako šanci. Šanci ke změně, šanci udělat něco jinak – a třeba lépe.



Obr. č. 4: Well-being účastníků modulu

Literatura a prameny:

Čornaničová, R.: Kvalita života v senu. In: Sýkorová, D., Chytil, O.: *Autonomie ve stáří. Strategie jejího zachovávání*. Ostrava : ZSF OU, 2004.

Ivanová, K., Špatenková, N., Kajaba, V.: *Jak prožít kvalitní život v roli lékaře/ky?*

Metodický manuál pro lektory. Projekt Systém psychosociální prevence pro studenty všeobecného lékařství. Projekt je spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem ČR. CZ.04.1.03/3.2.15.2/0353.

Projekt OP RLZ CZ 04.1.03/3.2.15.2/0353, <http://www.medici-za-sebeprevenci.upol.cz>.

WHOQOL. *Measuring quality of life*. Geneve: World Health Organization, 1997.

Kontakt na autory:

PhDr. et Mgr. Naděžda Špatenková, Ph.D.

Katedra sociologie a andragogiky

Filozofická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

nadezda.spatenkova@upol.cz

+ 420 585 633 406

doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D.

Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky

Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

katerina.ivanova@upol.cz

+420 585 632 714

Mgr. Václav Kajaba

Hematoonkologická klinika

Fakultní nemocnice v Olomouci

vaclav.kajaba@fnol.cz

Životní styl jako sebeobrana

Mgr. Věra Janíková, PhDr. Ivan Janík

Úvod

Tato doba bývá často nazývána „dobou rychlosti“. Přináší to spoustu výhod, ale i nevýhod.

V souvislosti s ním, nabývá pojem „životní styl“ stále větší váhy.

Přesto mnozí lidé neumějí (nebo možná nechtějí, někteří i nevědomky) naplnit tento pojem obsahem.

Je to zvláštní – vždyť to není nic jiného než způsob, jak žijeme. Zdůrazňujeme – ŽIJEME.

Rychlost této doby vede k tomu, že se stále zvyšují nároky na výkonnost. Výkon každého je však úzce spjat s pocitem osobní spokojenosti. Ta je podmíněna naším zdravím, a to závisí na našem životním stylu.

Tento modul měl nabídnout přemítání nad životním stylem v holistickém slova smyslu, snažil se nabídnout přemítání nad možnostmi, které by mohly posluchače co možná nejvíce uchránit před nejrůznějšími negativními vlivy, které do života mohou vstoupit...

Z tohoto důvodu jsme toto třídní setkání nazvali „**Životní styl jako sebeobrana**“.

Cíle modulu

Při vytváření modulu jsme si stanovili jako **základní cíl motivovat účastníky k zdravému životnímu stylu, který ve svých důsledcích měl napomoci k prevenci syndromu vyhoření.**

Specifické cíle bychom mohli rozdělit do dvou oblastí. První dva měly navázat vztahy, nastartovat komunikaci, a tím vytvořit pozitivní atmosféru. Následující cíle už naplňovaly obsah semináře – tedy přemítání nad životním stylem. Které cíle to tedy byly?

- rozvoj komunikace uvnitř skupiny
- vytváření a podpora zdravých vztahů a spolupráce
- pochopení významu holistického pojetí zdraví
- uvědomění si odpovědnosti za své zdraví v celé jeho šíři
- porozumění stresu a jeho nejčastějším příčinám
- rozvoj a posílení sebepojetí a sebeúcty
- základy komunikace
- přijetí konfliktu jako přirozené součásti života
- kroky vedení konfliktu
- kreativní pojetí vedení konfliktu
- přijetí změny jako nedílné součásti rozvoje

Velmi významným obsahovým cílem bylo pochopení významu holistického pojetí zdraví. Pro snadnější pochopení tohoto tématu jsme použili grafické znázornění. Je to květ, který se stal i logem našeho modulu.



Květ jsme použili nejen k výkladu o holistickém pojetí zdraví, ale i jako metodu, kdy studenti sami vyjadřovali, jak vidí jednotlivé části zdraví. Jeho pochopení bylo významné i pro následující obsahové části, vždy, když se naskytla příležitost, tak jsme se k němu vrátili.

Atmosféra

Vzhledem k tomu, že na počátku celého projektu proběhlo výzkumné šetření mezi studenty, věděli jsme, že mezi jejich požadavky zazněla i následující slova: „*obsah by měl být koncipován lidsky, ne učebnicově... měla by být vytvořena atmosféra důvěry...*“. Bylo to samozřejmé, protože témata celého projektu jsou v podstatě o tom, „jak zvládat život“. Naplnění tohoto požadavku však tak samozřejmé není, záleží na obou stranách – jak na lektorech, tak na posluchačích. Nicméně naše zkušenosti nám ukazují, že impulzy k takové atmosféře by měly vycházet v první řadě od lektorů. Lektoři, co se týká atmosféry, mají poměrně velmi náročný úkol a velkou zodpovědnost za atmosféru, protože sebelepší snaha může být převálcována druhou stranou, tedy posluchači. Někdy je to i způsobeno nedůvěrou, ale tu je možno zlomit trpělivostí.

Nás, lektory, v případě tohoto modulu nic takového nečekalo. Nemuseli jsme „lámat ledy“. Studenti byli velkým přínosem ve vytváření atmosféry důvěry.

Metody

Vše výše zmíněné záviselo na výběru metod. Když jsme si dali dohromady náš cíl – motivovat studenty, a jejich požadavek – obsah koncipovat lidsky, pak výsledkem bylo používání interaktivních, prožitkových metod, při kterých je oslovován nejen rozum, ale i srdce, tedy i city posluchačů.

Nesměly to být metody takzvaného „duševního obnažování“, ale spíše nám šlo o vytváření času a prostoru, kdy si každý mohl vytvořit svůj postoj, a to jak otevřeně, tak i sám v sobě.

Nejčastěji takovou možnost nabízely diskuze – ve dvojicích, malých skupinkách, s celou skupinou. Diskuze byly navozovány různými cestami či technikami. Jednou z nich byl kresebný projev. Ten byl jak činností pro jednotlivce, tak i pro skupiny.



Obr. č.1



Obr. č. 2

Další metodou bylo hraní rolí – které jsme, s ohledem na fakt, že někteří studenti vyjádřili, že by s tím měli asi problémy, převzali na sebe, a různé situace jsme předehrávali my – lektori. Snad jsme i tím pro příště dodali odvahu těm, kteří si na tuto metodu netroufali.

Výklad byl samozřejmě také součástí modulu, ale byl zastoupen nejméně.

Zkušenosti lektorů

V závěru každého modulu účastníci hodnotili modul z různých hledisek. Stejně tak i náš. My bychom také chtěli vyjádřit své zkušenosti a zhodnotit naši společnou práci.

Pokud bychom měli být upřímní, pak bychom měli přiznat, že jsme dokonce měli i obavy, jak studenti přijmou náš modul. Hlavou nám letěly otázky: Jak přijmou naše metody? Jak přijmou nás? Uvěří nám? Podaří se nám je motivovat? Dnes už můžeme rádi říci, že:

- studenti velmi spolupracovali
- byli zaujati jednotlivými tématy
- nebyli pasivní, vše zpracovávali se zájmem, šli do hloubky
- nebáli se projevit svůj názor a respektovat názor odlišný
- domníváme se, že pochopili holistický přístup jak k sobě, tak i k druhým.

Pro nás lektory bylo nejen zajímavé, ale i příjemné s nimi pracovat a rádi bychom se s nimi opět setkali. Touto cestou jim děkujeme.

Kontakt:

Mgr. Věra Janíková, PhDr. Ivan Janík

Motivace – životní styl

občanské sdružení

Lidická 1

741 01 Nový Jičín

janici@novyjicinnet.cz

+420 553 822 207

Dobré vztahy – šance pro život

**PhDr. Jaroslava Králová, MUDr. PhDr. Lenka Hansmanová, Ph.D.,
MUDr. Jana Mendelová**

*Cesta k srdci druhého nevede přímo, mění se v čase a zarůstá.
A když si myslíme, že už jsme u cíle, ukáže se,
že jsme se jenom zastavili na odpočívadle.*

J. Králová

Tento modul se zaměřuje na vztahy k sobě a k jiným lidem, protože vztahy jsou klíčové pro náš pocit spokojenosti, štěstí, ovlivňují náš postoj k sobě, k lidem, společnosti, světu.

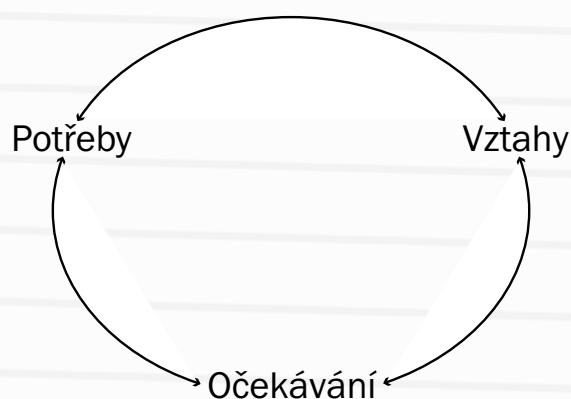
*Mezilidské vztahy jsou zdrojem naší životní energie.
Ovlivňují nás pozitivně nebo negativně.
Jsou tedy zdrojem distresu i eustresu.*

Vztahy vytváříme vždy a všude. Nelze nemít vztah k bytosti, se kterou se dostaneme do kontaktu ať fyzického, psychického nebo duchovního.

Vztahy můžeme mít i k vymyšleným postavám, nežijícím lidem. Ale také ke zvířatům, věcem a symbolům (např. vlast, mír).

Kvalita vztahů je ovlivněna zejména uspokojováním potřeb a očekáváním konkrétního jedince.

Schéma vzájemného působení



Cíl modulu

Znovuobjevit klíčovou důležitost vztahů k sobě a k jiným pro kvalitu vlastního života i života jiných, a tak přispět k posilování své protistresové obrany.

Specifické cíle modulu:

- Porozumět potřebám, očekáváním a vztahovým procesům.
- Hledat způsoby, jak nezůstat osamocen v práci a ve vlastním životě.
- Ujasnit si problematiku vztahů k pacientovi.
- Zaměřit pozornost na sladění lékařské profese s rodinným životem.

Metody práce: diskuse, týmová práce, individuální práce, práce v malých skupinách, brainstorming, projekční techniky, mentální mapování, zážitkové techniky, osobní scénář, výtvarné techniky, dramatizace, individuální a týmová prezentace.

Základní pojmy modulu: potřeby, vztahy, očekávání

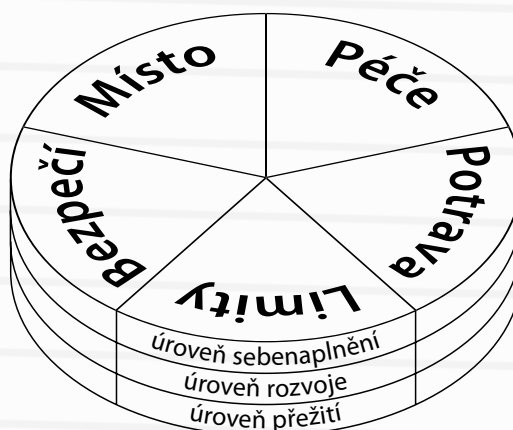
A) Potřeby

Potřeba – nutnost organismu něco získat nebo něčeho se zbavit.

Potřeby:

- jsou víceúrovňové (Úrovně odpovídají jednotlivým stupňům Maslowovy pyramidy potřeb. Tyto je možné sloučit do tří úrovní: přežití, rozvoj, sebenaplnění.),
- jsou vzájemně propojeny a vzájemně se ovlivňují,
- jsou naplňovány skrze vztahy (k sobě, k jiným),
- nemusíme si být vědomi jejich neuspokojení,
- klíčové potřeby dle psycho terapie: potřeba místa, péče, potravy, limitů, bezpečí.

Koláč potřeb



Místo – prostor, který zabírám (pozornost, zájem, důležitost věnované mé osobě), např. v sobě, v rodině, ve skupině.

Péče – investice času a energie do osoby, např. vůči sobě, vůči jiným a jiných vůči mně.

Potrava – vše, co mi dodává energii, např. pro tělo, mysl, život, práci, vztahy.

Bezpečí – pocit, že mohu dělat..., to, co jinak se bojím dělat..., např. plakat, zpívat, odmítnout, odejít.

Bezpečné místo: kde mi nikdo neubližuje, kde se cítím dobře, kde je o mě zájem, kde mohu požádat o pomoc.

Limity/hranice – moje vnitřní hranice, např. jak blízko někomu dovolím, aby se ke mně přiblížil ať fyzicky, nebo citově.

Limity si stanovujeme za pomoci druhých a také za pomoci druhých je korigujeme Ale jen JÁ rozhodují o tom, jaké budou a kam budou sahat.

Postup uspokojování potřeb:

- mé potřeby uspokojují druzí (tyto zkušenosti zejména z dětství ovlivní následující etapy),
- já sám/a uspokojuji své potřeby,
- já uspokojuji potřeby jiných.

Uspokojování potřeb a vztahy vzájemně souvisí.

*Potřeby máme společné.
Lišíme se v jejich uspokojování.
Uspokojujeme je za pomoci jiných,
my sami uspokojujeme své potřeby,
současně my sami jsme ti, kteří pomáhají uspokojovat potřeby jiných.
Základem pro uspokojování potřeb jsou vztahy.*

B) Vztahy

- Jedná se o specifické působení mezi dvěma osobami, objekty.
- Toto působení je ovlivněno vzájemným očekáváním (jak se má protějšek chovat).
- Jsou jednou z forem našich potřeb a současně jsou jedním ze způsobů uspokojování našich potřeb.
- Vztahy vytváříme vždy (časový rozměr), všude (prostorový rozměr). Mezi klíčové patří vztahy partnerské a vztahy na pracovišti.

*Nelze nemít vztahy.
Máme je k sobě a k jiným.
Ovlivňují náš pocit štěstí a smyslu života.*

Úrovně vztahu:

- emocionální – emoční prožívání vztahu,
- fyzická – prožívání vztahu na úrovni tělesného kontaktu,
- sociální – prožívání vztahu v rámci sociálního prostředí a jeho reakcí na něj,
- duchovní – prožívání vztahu jako formy naplnění, smyslu života.

Tyto úrovně nás mohou obohacovat nebo ochuzovat – záleží na kvalitě vztahu. Tu ovlivňuje zejména vyváženost vzájemného uspokojování potřeb.

Zralý člověk dokáže požádat o pomoc (uspokojení potřeby) a také ji umí poskytnout (uspokojit potřebu jiného, uspokojit vlastní potřeby). Jednotlivé úrovně vztahů mohou být různé hloubky – záleží na intenzitě prožívání.

Každý vztah nese s sebou potenciální výhody i nevýhody. To, co bylo výhodou, se může časem proměnit v nevýhodu.

Výhody vztahů:

- Maximalizace příjemných a minimalizace nepříjemných pocitů.
- Snižují osamělost (někdo se o vás bude starat a bude nablízku, když budete potřebovat). Osamělost je jedním z faktorů přispívajících k úmrtnosti.
- Zajišťují povzbuzení (intelektuální, fyzické, emocionální atd.).
- Pomáhají dozvědět se něco o sobě a zvýšit svou sebeúctu (na základě hodnocení mé osoby jinými a porovnáváním druhých se sebou). Zdravé vztahy posilují naši sebeúctu.
- Pomáhají zlepšit fyzické i emocionální zdraví.

Nevýhody vztahů:

- Odhalení vlastních zranitelných míst (u dobrých vztahů je to užitečné, v zanikajících tato znalost slabin druhého může být zneužita).
- Zvýšené závazky (stojí čas, energii, peníze, citové závazky mohou být vyčerpávající).
- Mohou izolovat od ostatních vztahů.
- Po vstupu do nějakého vztahu nemusí být snadné z něj vystoupit.
- Partner vás může opustit a vaše bolest bude úměrná tomu, jak vám na druhém záleží a jak ho potřebujete.

Základní stavební jednotkou vztahů je **hlazení**. Může být pozitivní (pohlazení) nebo negativní (pohlavky). Hlazení

- nám poskytují lidé (my sami, ostatní),
- obsahuje hodnotící složku (ne/ocenění),
- je nejčastěji projevem ne/lásky,
- vyjadřuje formu emočního vztahu (vůči sobě, vůči druhému),
- má formu konkrétní (polibek, objetí, pohlavek...) nebo symbolickou (pochvala, potlesk, uznání, kritika...).

V podobě našich domácích mazlíčků, zejména pejsků, se nám dostává „nezištníků“ – jsou projevem výrazné pozitivní náklonnosti bez hodnotící složky.

*Pokud chceme, aby se někteří lidé k nám chovali jinak,
musíme nejdříve
změnit své chování vůči nim.
Tím vytvoříme podmínky pro změnu chování druhého vůči nám.*

C) Očekávání

Očekávání jsou výslednicí našich přání a *představ o tom, co se má dít, jak má vypadat svět* (jak se nám má dařit, čeho máme dosáhnout, jak se k nám mají ostatní chovat...).

Očekávání a potřeby úzce souvisí. Očekávání jsou v podstatě představy o tom, *jak mají být potřeby naplňovány*.

Očekávání a vztahy úzce souvisí – vzájemně se ovlivňují.

Pro očekávání je charakteristické:

- jsou všudypřítomná,
- ovlivňují naše chování (např. sebenaplňující se předpovědi),
- ovlivňují nás jako celek (myšlení, sebeúctu, odolnost vůči stres...),
- ovlivňují nás zejména ta, která si neuvědomujeme, nepřipustíme,
- jsou jedním z motivů lidského chování (lidé se chovají v souladu se svým očekáváním),
- jsou spjata s přesvědčeními (zda něco nastane, nebo nenastane) a naše přesvědčení jsou produktem naší zkušenosti,
- jsou spjata s emocemi (např. očekávání něčeho špatného vyvolává strach, očekávání něčeho pěkného vyvolává těšení),
- realita je mění a ona mění realitu.

Čím je *větší rozpor mezi naším očekáváním něčeho a realitou*,

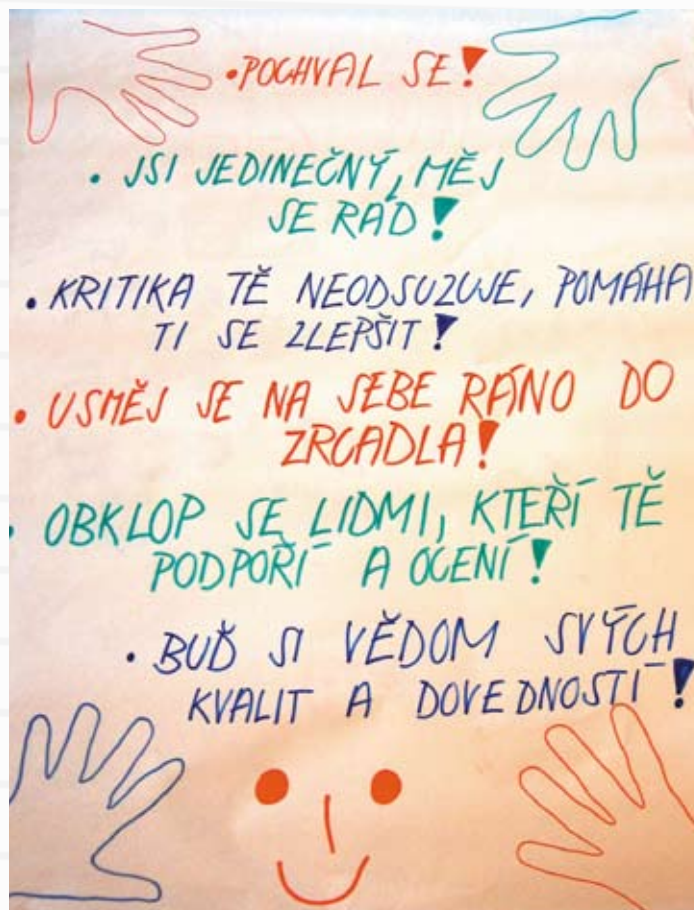
- tím jsou silnější emoce, které prožíváme (např. zklamání, úzkost, strach, hněv, zloba, vztek, agrese...),
- tím snadněji můžeme sklouznout k obviňování sebe či jiných a v tomto obviňování ustrnout.

Když zkorigujeme svůj náhled na svá očekávání,
vytvoříme šanci ke změně svého chování,
a tím vytvoříme nové podmínky

- pro uspokojování svých potřeb,
 - pro kvalitu svých vztahů,
 - pro svou spokojenost.

Přístup nás, lektorů, vycházel z přesvědčení, že účastníci modulu odpovědi na různé otázky nesou v sobě. Naší úlohou je jim vytvořit takové podmínky, aby si je mohli uvědomit a formulovat a nebáli se o nich mluvit.

Jako příklad uvádíme, jak jedna skupina zpracovala svůj pohled na podporu sebeúcty.



Obr. č. 1

Literární zdroje:

de Vito, J. A.: *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada Publishing, 2001.

Glegg, B., Birch, P.: *Teamwork*. Praha: Computer Press, 2002.

Králová, J.: *Speciální techniky sociální práce*. Brno: Ústav psychologického poradenství a diagnostiky, 2002.

Niven, D.: *100 tajemství lidského štěstí*. Praha: Portál, 2001.

Niven, D.: *100 tajemství uspokojivých vztahů*. Praha: Portál, 2004.

Praško, J.: *Jak vybudovat a posílit sebedůvěru*. Praha: Grada Publishing, 2007.

Simon, S., Howe, L. Kirschenbaum, H.: *Vyjasňování hodnot*. Praha: Talpress, 1997.

Kontakty:

PhDr. Jaroslava Králová

Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky

Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci

kralov2t@unw.upol.cz

MUDr. PhDr. Lenka Hansmanová, Ph.D.

Fakultní nemocnice Olomouc

Porodnicko – gynekologická klinika

lhansman@seznam.cz

MUDr. Jana Mendelová

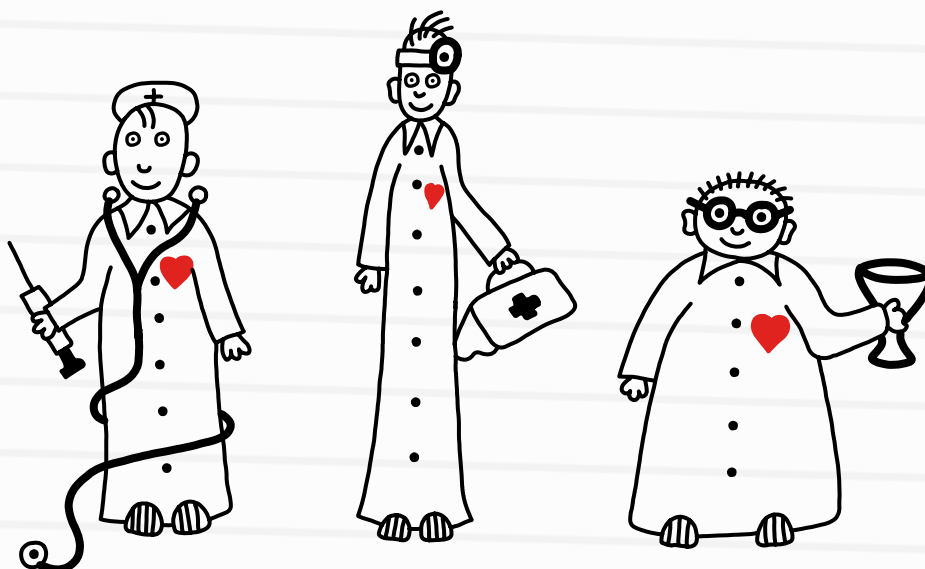
Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou

Praha 4

jana.mendelova@ftn.cz

Nebojme se komunikovat

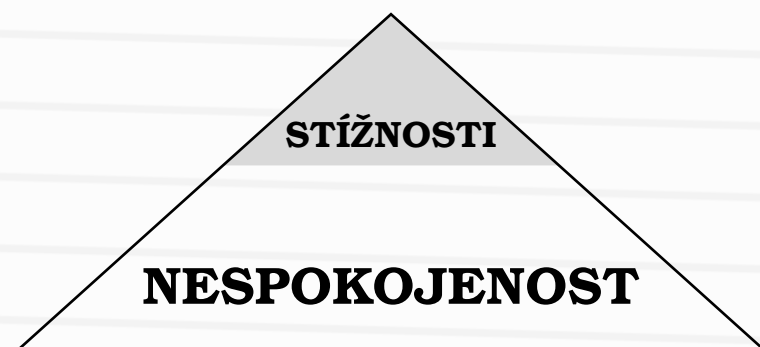
Mgr. Zdeněk Kubíček, Mgr. Michaela Hradilová



*Nejlepšími lékaři jsou Dr. Vstřícný, Dr. Klidný a Dr. Veselý.
Jonathan Swift*

Úvod

V poslední době se stále více v médiích i ve svém okolí setkáváme s kritikou mířenou do řad lékařů. Tato kritika se málokdy týká odbornosti, případně znalostí lékařů. Většina stížností se dotýká nevhodných způsobů komunikace lékařů s pacienty. Stížnosti podané pacienty jsou však jen vrcholem pomyslné pyramidy nespokojenosti.



V **90 %** se za stížností skrývá **nedorozumění v komunikaci!** Je tedy více než zjevné, že **problematika** se netýká odbornosti lékařů, ale **poukazuje na výrazné nedostatky** v oblasti **komunikace, empatie, sebeovládání a lidského přístupu.**

Cíle modulu

Hlavním cílem je účastníkům modulu nabídnout téma komunikace a poukázat na její důležitost, specifika, citlivost i nástrahy.

- Zlepšení a zefektivnění komunikačních dovedností a schopností
- Komunikace a komunikační styly s různými typy pacientů
- Nácvik sdělování závažných informací pacientovi a jeho blízkým
- Práce s tématem smrti
- Seznámení se s hospicem a jeho možnostmi
- Prevence syndromu vyhoření
- Sebezkušenost a sebepoznání



Obr. č. 1.

Základní pojmy modulu

Při vytváření modulu jsme vycházeli ze dvou psychoterapeutických přístupů. Zakladatelem prvního přístupu byl Carl Ransom Rogers (1902–1987), proto je nazýván **rogersovský přístup**. Pro tento směr je základem v komunikaci s pacientem atmosféra, ve které komunikace probíhá. Aby atmosféra podporovala vývoj komunikace žádoucím směrem, musí být splněny tři základní podmínky: autentičnost, neboli opravdovost, akceptace, neboli přijetí, a empatické porozumění.

S těmito pojmy v modulu pracujeme nejen teoreticky, ale i pomocí různých praktických technik. Druhým směrem, ze kterého jsme vycházeli, je tzv. **transakční analýza**. Zakladatelem transakční analýzy byl Eric Berne (1910-1970). Transakční analýza se zabývá především studiem tří stavů ega, které Berne popsal. Tyto stavy ega nazývá dítě, rodič, dospělý. Transakce pak znamená určitou výměnu mezi lidmi a skládá se z podnětu jedné osoby a reakcí druhé. Dle Berneho je průběh a výsledek transakce závislý na tom, který stav ega je u komunikujících osob právě v činnosti.



Obr. č. 2.

Styl práce

Modul je postaven především na prožitku a sebezkušenosti. Využíváme k tomu různé psychologické hry, sebezkušenostní, zážitkové techniky a samozřejmě i praktický nácvik komunikace.

Nedílnou součástí modulu Nebojme se komunikovat je návštěva Hospice na Svatém Kopečku. Účastníci mají možnost vidět hospic jinýma očima. Cílem této návštěvy je především snaha odtabuizovat téma hospice jako takového.



Obr. č. 3

Kontakty:

Mgr. Zdenek Kubíček
psycholog OKPSY FNOI
I. P. Pavlova 6, Olomouc
zdenekkubicek@seznam.cz

Mgr. Michaela Hradilová
psycholožka OKPSY FNOI
I. P. Pavlova 6, Olomouc
misaryz@seznam.cz

Lékař jako lék aneb umění naslouchat svým pacientům a jak se z toho nezbláznit

PhDr. Karel Koblic, MUDr. Iveta Zedková

Úvod

Během studia medicíny je kladen důraz na osvojování faktů, která mají zajistit budoucímu lékaři především pevnou expertní pozici. Kvalitní vzdělávání v tomto směru je pro budoucí lékaře nezbytné a rozvíjí se adekvátně přibývajícím poznatkům. V akcentu na biologickou stránku léčby však zbývá stále méně prostoru pro stránku psychosociální, pro zabývání se **celým nemocným člověkem**.

V praxi je lékař vystaven situacím, ve kterých „pouze“ odborné vědomosti nedostačují. Je konfrontován s vysokými, často nenaplnitelnými očekáváními pacienta či jeho příbuzných, s požadavky na časové nasazení a osobní zaujetí, s nároky na dovednost komunikovat. Na tyto emočně náročné situace není během svého studia připravován a nezbyvá, než aby se v nich orientoval po svém. Za těchto okolností není divu, že mu často zůstávají skryté důležité aspekty a zákonitosti subjektivní, vztahové a emoční, které bývají shrnovány pod pojem (v analogii k evidence based medicine) **empathy** nebo také **experience based medicine**. Tuto oblast však nelze budoucím lékařům implementovat formou informací, prefabrikovaných návodu či „tvrdých dat“. K osvojení si schopnosti uvažovat v dimenzi vztahové diagnostiky a vědomého používání léčebného potenciálu vztahu lékař – pacient je nutná osobní zkušenost formou zážitku. V tomto duchu jsme vytvořili modul, který možnost takového zážitku nabízí.

Náplň a forma modulu

V modulu jsme propojili metody, o nichž jsme přesvědčeni, že mohou studentům efektivně zprostředkovat subjektivní rovinu medicíny. Rovinu, v níž si lze uvědomovat, že každou nemoc má člověk a léčí člověk, a adekvátně s touto skutečností pracovat.

V modulu jsme kombinovali bloky balintovských skupin s bloky sebezkušenostními v podobě práce s tělem v pohybu.

Balintovské skupiny zkoumají vztah student (lékař) – pacient a zároveň tyto vztahové situace, sportovně řečeno, trénují. Účastníci si osvojují vztahovou diagnostiku a učí se ji reflektovat, čímž se zlepšuje jejich schopnost vytvářet si zdravé hranice a nastavovat si ve vztahu s pacientem vhodnou míru emoční angažovanosti.

Balintovské skupiny nabízejí:

a) Vzájemnou podporu a nácvik tolerance

- k vlastnímu chybování (nikoliv na úrovni expertní, ale vztahové),
- k jinakosti druhých,
- k porozumění trvalému konfliktu profesionální role.

b) Z hlediska pacienta – balintovské skupiny

- znovuobjevují pacienta jako celého člověka,
- nabízejí reflexi empatie,
- hledají možnosti, jak porozumět pacientovi, jeho přáním, příznakům či onemocněním,
- hledají způsoby, jak na tyto nabídky pacienta reagovat,
- mapují i vliv osobnosti pacienta na jeho onemocnění.

c) Z hlediska osobnosti lékaře

- prohlubují sebepoznání,
- nabízejí kultivaci práce s vlastními emocemi a konfrontaci s vlastními slepými místy,
- umožňují „nácvik“ použití sebe sama v roli lékaře („farmakoterapie drogy s názvem lékař“).

d) Z hlediska interakčního

- nabízejí vhled do vztahové dynamiky a emočních interakcí,
- hledají vliv osobnosti lékaře na konkrétní onemocnění konkrétního
- pacienta a jeho vývoj.

Zaměření na vztah vyžaduje kontakt s vlastními emocemi, což je v kontextu racionálně zaměřeného studia zcela odlišný pracovní modus. Pro zprostředkování kontaktu se sebou samými a zejména s vlastními pocity jsme použili **práci s tělem v pohybu**, vycházející z principů **taneční/pohybové terapie**. Tato část umožňuje účastníkům přesměrovat pozornost od rozumového uvažování k prožitku a porozumět vzájemného vztahu těla, emocí a mysli.

V tanečně-pohybové zkušenosti je účastník veden ke zkoumání vědomých a nevědomých představ, metafor a zážitků, které jsou dále rozvíjeny v pohybu a reflektovány ve verbální diskusi, což vede k prohloubení vhledu do jejich osobního významu. To umožňuje jejich využití na třech rovinách.

Taneční/pohybová terapie nabízí:

a) Na rovině sebepoznání

- rozšíření kontaktu se sebou samým, s vlastním tělem a uvědomění si sebe v kontaktu,
- propojení tělového a emočního prožívání – uvědomění a reflexe,
- rozšíření schopnosti uvědomovat si vlastní hranice a respektovat je,
- uvědomit si zdroje sebepodpory,
- uvědomit si možnosti a schopnost čerpání podpory z okolí.

b) Na rovině schopnosti vnímat signály od druhého (od pacienta) jde o

- rozvíjení schopnosti vnímat emoční nastavení druhého,

- rozvíjení schopnosti kinestetického vidění (tělová reakce),
- rozvíjení schopnosti kinestetické empatie (emoční reakce),
- podporu uvědomování si přenosových témat druhého,
- rozšíření schopnosti vnímat potřeby druhého, respektovat je a adekvátně na ně reagovat.

c) Na rovině vztahové nabízí

- rozšíření schopnosti vnímat dopad vlastních kontaktních stylů na druhého a kvalitu kontaktu já – okolí,
- rozvíjení schopnosti rozlišit autentickou a protipřenosovou rovinu kontaktu,
- rozšíření schopnosti zpřístupnit pacientovi jeho tělové a emoční prožívání.

Propojením balintovských skupin a uvedeného typu sebezkušenosti nabízíme studentům vhled do psychosomatického myšlení, což poskytuje základy pro celostní vnímání v medicíně.

Modul je tvořen 16 interaktivními, zážitkovými hodinami rozloženými do jednoho víkendu. K dispozici je studijní a pracovní materiál, přibližující potřebné souvislosti.

Cíle modulu

Maximalistickým cílem modulu je **ohraňčená, ale přesto zásadní změna v osobnosti studenta**, jejímž důsledkem bude spokojenější budoucí lékař, který má realističtější pohled na své potřeby jakožto lékaře, vědomě reguluje své chování, je schopen volit strategie, je schopen sebereflexe a vnímá a respektuje pacienta v jeho potřebách. Na druhé straně je pak cílem spokojenější pacient, jehož aktuální potřeby jsou naplňovány (ať už je to potřeba emočního přijetí anebo možnost takovýto kontakt odmítnout).

Specifické cíle:

I. Z hlediska předkládaných témat

- podpora individuálního vnímání, kreativity
- rozšíření kontaktu s vlastním emočním prožíváním
- vztah těla a mysli – vnímání těla, svého i pacientova, tělové self
- vztah a kontakt – zejména z hlediska přenosu a protipřenosu (prožívání a uvědomování si svých emocí a emocí druhého)
- sebedopora a dopora

Všechna tato témata směřujeme do kontextu práce s pacientem, čímž je vymezen způsob naší práce v rámci modulu proti práci v psychoterapeutické skupině.

II. Z hlediska kompetencí studenta ve vztahu student – pacient:

- rozvíjení schopnosti vytvořit nosný vztah lékař – pacient

- posílení využití psychických a sociálních aspektů ve svém jednání
- reflexe a posílení vlastní schopnosti empatie
- zlepšení vnímání sebe a druhého (pacienta)
- rozvíjení schopnosti zvládat afektivní rezonanci prostřednictvím afektivního učení
- posun studenta od „edukující“ medicíny k „naslouchající“

Zkušenosti z pilotních workshopů

V rámci projektu jsme ověřovali efektivitu modulu ve dvou setkáních se dvěma skupinami studentů.

V průběhu obou setkání se ukázalo, že studenti jsou již v průběhu studia konfrontováni s emočně náročnými situacemi s reálně obtížnými pacienty. Tyto situace studenti přinášeli v rámci balintovských skupin, což bylo výchozím, „živým“ základem pro společnou práci. Tanečně-pohybové bloky byly dle aktuálních potřeb skupiny utvářeny jednak za účelem senzibilizace, jednak za účelem stabilizace či zlepšení podpory (sebe podpory).

U obou skupin studentů bylo během víkendu patrné postupné rozšiřování schopnosti pojmenovávat prožívané emoce, tedy reflektovat vlastní proces. Významný posun nastal ve schopnosti vnímat sebe sama nejen v roli experta, který disponuje příslušnými odbornými znalostmi, ale i jako člověka, který ve své pozici odborníka také vnímá, prožívá a cítí. (Často šlo o konfrontaci s velmi nesnadnými pocity – například bezmocí či zlostí.)

Jako důležité se v obou skupinách ukázalo téma hranic, jehož jsme se při práci dotýkali z mnoha aspektů. Práci jsme směřovali k vědomému vytváření obran ve smyslu nastavování zdravých hranic, které by přispívaly k zachování individualizovaného, emočně angažovaného a přitom nepohlcujícího přístupu k pacientům.

Reflexe studentů na závěr obou víkendů jsme shrnuli do následujících trsů:

- zážitek důvěry, podobnosti prožívaných problémů a zážitek pochopení od skupiny
- podpora osobní stability a bezpečí, identifikace zdrojů vlastní síly a stability
- poznání obtížnosti vnímat vlastní tělo, jeho reakce a změny
- možnost vnímat a prožitky sdělovat i v situacích, které nejsou srozumitelné
- uvědomění si vlastního prostoru
- význam dodržování hranic a pravidel

Závěr

Modul byl studenty vnímán **intenzivně a individuálně odlišně**, což se ukazovalo jak v průběhu modulů, tak i v závěrečné evaluaci. Měli jsme možnost být svědky hlubokých zážitků a vhlédů (vyjádřeno slovy jednoho z účastníků, jakéhosi „odložení klapků z očí“), na druhé straně jsme mohli sledovat distancování se pomocí obranných mechanismů. Důsledkem bylo, že modul byl studenty hodnocen jak velmi pozitivně, tak i zcela odmítnut.

S ohledem na to, že v modulu pracujeme s principem „teď a tady“, s živými, aktuálními tématy v subjektivním prostoru účastníků, lze tyto zpětné vazby vnímat tak, že účastníci měli možnost být ve skupině sami za sebe, což bylo jedním z cílů.

Propojení balintovských skupin a sebezkušenosti založené na práci s tělem v pohybu se ukázalo jako přínosné pro zprostředkování subjektivní, vztahové roviny lékařské profese. Intenzitou, individualizovanou prací a zážitkovou kvalitou však klade vysoké nároky na motivaci a osobní vklad účastníků.

Literatura:

- Balint M.: *Lékař, pacient a jeho nemoc*. Praha: Grada, 1999.
Casement, P.: *Hledání a objevování*. Praha: Lidové noviny, 1999.
Häfner, S.: (Hrsg.) *Die Balintgruppe*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag, 2007.
Hopkins, P.: (ed.) *Patient-centred medicine*. London: Regional Doctor Publications, 1972.
Kepner, J.I.: *Body Process*. New York, London: Gestalt Institute of Cleveland Press, 1987.
Meekums, B.: *Dance Movement Therapy*. London: SAGE Publ, 2002.
Salinsky, J., Sackin, P.: *What are you feeling doctor?* Abingdon: Radcliffe Medical Press, 2000.

Kontakt:

PhDr. Karel Koblic
SPS Břehová, Praha
k.koblic@seznam.cz

MUDr. Iveta Zedková
DPK FN Motol, Praha
zedkova_iveta@yahoo.com

Medici – sebeprevence aneb jak zabránit, aby medicí nepřišli o iluze

MUC. Rodion Procjuk, MUC. Petra Košťálová, MUC. Radim Kovář

Úvod

Co se komu vybaví, když se řekne medicína? Lékařům s mnoholetou praxí nejspíš hned „vyskočí“, že práce jako každá jiná. Ale bylo to tak vždycky?

Nevím jak vy, ale když jsme se na gymnáziu rozhodovali, kam si dát přihlášku na vysokou školu, říkali jsme si, že to musí být práce, kde budeme moci pracovat s lidmi, nezapadneme do šedého stereotypu a budeme moci někomu pomáhat. Vybrali jsme medicínu. Všichni nám říkali, že je to těžké, že to není práce, ale poslání. Ale přesto jsme si přihlášku podali, na školu se dostali a v září plni ideálů začali studovat.

První rok jsme byli ze všeho vyjukaní. Nové město, nový způsob života i učení. Nevěděli jsme, kde co je, na koho se obrátit. Všechno bylo tak jiné, než na co jsme byli zvyklí. Ale rychle jsme se přizpůsobovali. Učili jsme se, jak se naučit nárazově velká kvanta informací, učili jsme se, jak přežít dlouhé pauzy v rozvrhu, bojovali jsme s chemií, fyzikou, biologií a anatomií. Velkou zatěžkávací zkouškou byly pitvy. Mnozí z nás poprvé viděli mrtvé. Druhý ročník běžel v podobných kolejích – anatomie, histologie, fyziologie, biochemie. Ale kde je živý člověk?

S nadějí jsme se upínali ke třetímu ročníku, kde nás čekal první klinický obor – interní propedeutika. Konečně se dostaneme k pacientům! Konečně si budeme připadat, že něco děláme prakticky! Měli jsme spoustu očekávání.

A jaká byla realita? Každý má jiný názor. Jako všude hodně záleželo na vyučujících. Někteří nás dokázali zaujmout, jiní znudit. Záleželo taky na studentech. Někteří byli nadšení, jiní spíše zklamaní. Každý si vybral, co chtěl. K prázdninové praxi z ošetrovatelství proto většina lidí přistupovala skepticky. Byli i tací, kteří zjistili, že blízký kontakt s pacientem není to, co by chtěli dělat po zbytek života. Ale na čem jsme se shodli úplně všichni, bylo to, že největší problém nám na stážích i na prázdninové praxi dělala **komunikace s pacientem**. Na sociálním lékařství nás v rámci etiky sice na komunikaci připravovali, ale my jsme to tehdy nebrali moc vážně, vždyť pacienti jsou lidé jako my, tak v čem je problém. Ale v reálu to trochu problém byl.

Ve čtvrtý ročník jsme hodně doufali. Konečně skončí dlouhé hodiny teorie a začne praktická výuka. Někde nás vyvedli z našeho omylu a zůstalo jen u teorie, ale někde nám ukázali i tu praktickou stránku medicíny. A právě tam jsme zjistili, že nám nechybí jen teoretické znalosti, ale i zkušenosti s jednáním s pacienty. Dostávali jsme se do situací, které bychom si nikdy ani

nepředstavili. Nevěděli jsme, co máme dělat, co máme říkat. Někdy jsme se s nimi vyrovnali lépe, jindy hůře. A proto jsme se zaradovali, když se v nabídce „céčkových“ předmětů objevily psychosociální moduly

- Nebojme se komunikovat
- Jak prožít kvalitní život v roli lékaře/lékařky
- Lékař jako lék – umění naslouchat pacientovi
- Dobré vztahy, šance pro život
- Životní styl jako sebeobrana

Honem, který si vybrat? A jak asi nikoho nepřekvapilo, všechny byly ihned plné.

Naše premiéra proběhla na přelomu února a března, kdy jsme poprvé vyrazili do Sluňákova v Horce nad Moravou. O Sluňákově jsme nikdy předtím neslyšeli. Nevěděli jsme, co máme od kurzu očekávat. Co po nás budou chtít? Jak to bude probíhat? Máme být mírně nervózní nebo úplně v klidu? Jediné, v co jsme doufali, bylo, že objevíme něco nového. Něco, co nám pomůže v příštích letech. A objevili jsme to. Byli jsme nadšení z věcí, které jsme v sobě našli, z lidí, které jsme tam potkali a ze sluňákovského okolí.

Po absolvování tohoto víkendu jsme si řekli, že musíme jet na další kurz. Z kurzů psychosociální prevence se stala taková malá pozitivní závislost. A nebyli jsme v tom jediní. Velmi rádi jsme se tam potkávali. A stejně rádi jsme potkávali i tváře nové. Lépe jsme poznali nejen sebe, ale i své spolužáky. Poznali jsme se v situacích, v jakých by to v teoretických ústavech nebylo možné. Podívali jsme se do hospice. Vyzkoušeli jsme si, jak je těžké vcítit se do někoho jiného. Zjistili jsme, jak složité může být zpracování dlouhé informace. Už víme, že z našich pocitů je důležité se vypovídat nebo vybit při tanci. Budovali jsme nové a lepší vztahy. Ujasnili jsme si náš žebříček hodnot, naši roli v životě. Vytyčili jsme si limity, kam až jsme ochotni zajít. Dozvěděli jsme se, co můžeme všechno udělat pro to, abychom nevyhořeli. Zkusili jsme si toho spoustu a pevně věříme, že své zkušenosti z těchto „céček“ uplatníme i ve svém životě a praxi. Někteří z nás opět našli ideály, se kterými jsme na školu vstupovali, ti šťastnější, kteří je neztratili, se utvrdili v tom, v co věřili.

Z posledního kurzu jsme odjížděli smutní. Věděli jsme, že se do Sluňákova na další víkend už nevrátíme. Ale jak se říká, na každém konci je krásné to, že něco nového začíná. Díky seminářům měl člověk čas se zastavit a podívat se na sebe a na věci a lidi kolem sebe novými očima, zapřemýšlet, uvolnit se a bezpředsudečně na sobě pracovat, věnovat se činností, kterým se už dlouho nevěnoval, protože v každodenním běhu na ně není čas, podívat na situace očima pacienta, mít možnost v sobě objevit či rozvinout to, co každý tajně tuší, ale nevěnuje tomu pozornost nebo na to prostě nezbývá čas. A od uvědomění už zbývá jenom krůček k uskutečnění.

Jsmo vděční všem, kteří se zasloužili o realizaci seminářů, a přejeme následujícím účastníkům, aby se jim semináře líbily tolik, jako nám.

Kontakt:

MUC. Rodion Procjuk
student 4. ročníku LF UP
Novodvorská 3054, Frýdek-Místek 738 01
rodion.p@seznam.cz
+420 721 219 833

MUC. Petra Košťálová
studentka 5. ročníku LF UP
M. Kudeříkové 1163/6, Havířov-Město 736 01
pekostalk@seznam.cz
+420 724 927 865

MUC. Radim Kovář
student 5. ročníku LF UP
Přemyslovka 513, Kostelec na Hané 798 41
radim.kovar@centrum.cz
+420 773 935 111

Zvýšení skutečné úspěšnosti studia a lékařské péče využitím naší inherentní schopnosti generovat klid

MUDr. Lucie Hájková, Ph.D., doc. RNDr. Josef Reischig, CSc.

Úvod

Podnětem tohoto sdělení se stalo dlouhodobé pozorování postojů a chování studentů medicíny, zejména pak prvního ročníku na LF UK v Plzni během výuky biologie a genetiky a následné examinační. Výstupy pozorování byly dále doplněny a potvrzeny přímou komunikací na toto téma s mnohými studenty.

Kvalita práce studentů se jeví jako úměrná stavu jejich mysli v tomto procesu. Ukazuje se, že pracují většinu času pod značným tlakem, který neplyne ani tak z náročnosti studia, jako z doprovodného stresu, z neustálého strachu, že nepodají dostatečný výkon, že selžou, zklamou rodinu, způsobí sobě i druhým trvalou „ostudu“, zkazí si budoucnost atd. Zdá se, že za těmito jevy leží podvědomé úsilí „zasloužit si“ úctu, lásku, možná v jistém smyslu svoji existenci všeobecně. (Čtenář patrně také v hloubi duše cítí, že existenci, lásku ani úctu bychom si neměli muset – a také nemusíme – zasloužit; naše existence je darem, „úcta“, kterou jsme si zasloužili, byla spíše než pravou úctou jen přechodným obdivem, pomíjejícím současně s jeho předmětem, a láska, kterou jsme si zasloužili, není tím pádem bezpodmínečná, a proto při důsledné definici není pravou láskou...)

Zdravá soutěživost?

Studenti také žijí v trvalém srovnávání a (více či méně nevyslovené) kompetici s druhými studenty, čímž rostou jejich pocity vlastní nedostatečnosti (v případě dílčího úspěchu pak vede srovnávání nezřídka k aroganci, která svému nositeli v další fázi neodvratně přináší další porci strachu, a tak krmí bludný kruh).

Motivací studia se pak stává „přežití“, místo aby bylo vědomou pokojnou snahou o zvýšení schopností tak, aby byly prostředkem služby druhým.

Podobně je tomu i po skončení studia, role se sice mění, ale podobné obavy nejenže přetrvávají, nýbrž jsou doplněny dalšími, rafinovanějšími. (Tato problematika byla výborně zpracována týmem PhDr. Králové v projektu týkajícím se psychosociální prevence mediků.) Soutěž „o přežití“, různě definovaná dle aktuální role (v oblasti zdravotnictví např. student, vědec, lékař, zdravotní sestra atd.), jako by byla trvalým podtónem naší činnosti v různých kolektivech a společenstvích.

Existují studie (jejich detaily a citace mají své místo jinde), čerpající materiál z mnoha různých oblastí od přírodních věd až po bankovníctví, které ilustrují skutečnost, že soutěžení vede po krátkém období zvýšené produktivity k vyčerpání různých zdrojů, a tím ke ztrátě produktivity – je tedy ve svém důsledku zásadně kontraproduktivní. Ve zrychlujícím se kole nemáme čas se zastavit, nemůžeme si dovolit zpomalit, abychom nebyli pohlceni či vyloučeni, a tak ztrácíme schopnost rozlišovat, posoudit, poznat, co je správné, a nabrat sílu.

Autorka příspěvku se setkala s konkrétními případy i fyzických následků tohoto procesu v zahraničních laboratořích, a to v podobě četných pracovních poškození z přetížení pohybového aparátu a nevyrovnaného pracovního výkonu u doktorandů, nezdědka vedoucích k dlouhodobé pracovní neschopnosti a trvalým následkům. V renomovaných přírodovědeckých časopisech byly v posledních letech uveřejněny zprávy o sebevraždách studentů a mladých vědeckých pracovníků.

Dnes se však všechno zdá být na soutěži založeno – jako by bez kompetice mělo lidstvo zlenivět a ochabnout, jako by nebylo pro člověka jiné, přirozenější, a tudíž ušlechtilější motivace. Stojím-li právě na straně „s potenciálem“, jako je např. mládí, zdraví, vzdělání, ambicióznost, připravená strategie, jistý časový náskok etc., snadno do mého jednání vstoupí jistá nelítostnost, nemilosrdnost, dravost a arogance. Dříve či později se dostaví strach z toho, že mých možností ubývá či ubývat začne – strach, který je v soutěživém postoji obsažen vlastně již od počátku.

Zdánlivě stimulující „hra“ – soutěž mezi většími celky (tržní hospodářství, soutěž mezi vědeckými týmy atd.) předpokládá současnou spolupráci mezi členy týmu. Nelze ale mít oba postoje současně – boj i spolupráci. Soupeřím-li proti nějakému „cizímu“ celku, budu dříve či později soupeřit i v rámci „vlastního“ týmu, jakmile nastane situace „kdo s koho“.

Zdálo by se snadné to napravit. Naše volby jsou však často činěny v takovém stavu myslí, že si zdánlivě onu optimální volbu také „nemůžeme dovolit“. Musíme „brát to, co je“ a dělat to, co nám umožní „přežít“. Strach nás připravuje o klid, o naše klíčové hodnoty – o trpělivost, velkorysost, toleranci, o čestnost a upřímnost, o schopnost soucitu a řadu dalších potřebných kvalit, které jsou nám vlastní. Tím načas přicházíme i o schopnost účinně spolupracovat.

Nedostatek klidu brání jasnému uvažování a správným rozhodnutím. Příkladem toho může být situace studenta u zkoušky. Pokud je student klidný, je lepší jeho výmluvnost, logika, pohotovost, komunikace i celkový dojem. Že klid prospěje studentovi u zkoušky, je evidentní. Student ve fázi, kdy se snaží vstřebat látku, však často na základě své reálné, leč neúplné zkušenosti podléhá dojmu, že stres je nezbytný pro stimulaci: „Nesmím být klidný – když se nebojím, nic neudělám.“ To je však chybná motivace, plynoucí z dlouhodobého mentálního i duchovního vyčerpání, ze stereotypu, v němž jsme nečinní, dokud „něco nehrozí“. Ona nečinnost je náhražkou skutečného odpočinku duše, a tak zůstáváme nečinní, abychom pak na povel vyrazili do boje a

podávali výkon. Kdo z nás to nezná. Přesto, najdeme-li odvahu k experimentu, shledáme, že ze základny pocitu bezpečí a jistoty podáváme mnohem lepší výkon, počínáme si hospodárněji, účelněji, a navíc jednáme z lásky (motivace) a s láskou (náš vlastní průvodní pocit).

Úspěch

Další zajímavou problematikou je definice úspěchu. Skutečný úspěch nemůže přece znamenat pouze sběr měřitelných parametrů v podobě znalostí, titulů, peněz, publikací nebo obdivu či postavení atd., nýbrž musí být doprovázen spokojeností, jejíž zdroje by měly být stálé a nikoli závislé na kvantitě a kvalitě dosažených trofejí. Není-li „úspěšný člověk“ opravdu spokojený, jde skutečně o úspěch? Je-li „úspěšný student“ nešťastný a neurotický, bude z něj lepší lékař než z momentálně neúspěšného studenta, který nepodlehl tlaku, nýbrž dal přednost zachování rovnováhy v životě?

Správné volby podporují sebeúctu. Spokojenost se sebou samým se projevuje návratem tolerance, klidu, soucitu, laskavosti atd.

V této oblasti lze nalézt i odpověď na otázku, kde vzít ony hodnoty ve zdravotnictví, jichž se dovoláváme. Kvality se z našeho nitra vynoří, jakmile to dovolíme – jakmile jim přestaneme bránit svými škodlivými postoji. Spokojenost, spolu s pocitem bezpečí a vnitřního dostatku, nás automaticky vedou k tomu, abychom dávali, sdíleli a pečovali. A úspěšnost zdravotní péče je, kromě jejích evidentních měřítek, vyjádřena i spokojeností pacientů a zdravotnického personálu. Naše činnost by měla sloužit definovanému cíli – přispět k tomu, čeho je podle nás právě nejvíce třeba, kde vidíme potřebu a možnost. Pro zdravotníky to znamená sloužit, prospívat, pomáhat všem – tedy nejen těm, kdo jsou právě označeni nálepkou pacient, ale i ostatnímu personálu a sobě samým. V tom by měla být a zůstat i přirozená motivace.

Řešení

Podobné myšlenky asi napadají každého z nás. Zdá se, že nadešel čas pokročit od bezmocné deskriptivní společenské kritiky k řešení.

Skutečnost, že řešení existují, a že se jejich různými možnostmi úspěšně zabývá řada lidí, kompetentních profesionálně i duchovně, byla zásadním a přínosným zjištěním této konference.

Jednu z jednoduchých a účinných metod, jíž lze výše zmíněný bludný kruh snadno prolomit, ukazuje následující schéma.

Schéma vychází z toho, že nejsme prázdní a zbyteční, dokud něčeho nenabudeme a něco nedokážeme, nýbrž že jsme hodnotné bytosti a máme k dispozici vnitřní rezervoár kvalit a sil. Nejdůležitější z nich se zdá být klid – univerzální katalyzátor každé pozitivní změny. Chápeme-li, že klid není totéž, co pasivita, že klid je stav mysli, v němž dokážeme jednat neprodleně a optimálně, těžko nalezneme situaci, které by klid neprospěl – od řešení naléhavých stavů až po pacienta, který potřebuje útěchu.

Pokud vás při pohledu na schéma postupu napadá, že se zdá příliš jednoduchý na to, aby byl účinný, vyzkoušejte si jej. Poslouží vám jako protokol, jehož funkčnost si ve své „vnitřní laboratoři“ může ověřit každý, kdo má zájem. Experimentujte, a na základě vlastní zkušenosti budete schopni odlišit pravdu od falše a realitu od iluze.

Považujeme za důležité podotknout, že zmíněné přestávky nejsou desetiminutovými pauzami na kávu či rozptýlení. Naopak. Stačí, řekněme, jednominutová, soustředěná zastavení ve stávající činnosti, naplněná klidem, svobodou a důstojností. Brzy bývají obohacena i navracejícím se pocitem smyslu, vědomím, že všechno má řešení, že není čeho se bát, a zejména, že každý z nás je cenným jedincem, který má plné právo na existenci, úctu a spolupráci pro dobrou věc, a jehož přínos pro lidstvo je unikátní, a tedy nenahraditelný. Není tedy na místě se s nikým srovnávat, stačí pokračovat v tom, co dělám, jak nejlépe dovedu. Pocit jistoty a spokojenosti pak odolá i momentálnímu nezdaru.

Pravidelným praktikováním se zkracuje interval nezbytný pro nabytí rovnováhy, sil a nadhledu. Cílem je schopnost ono pokojné, přirozené vědomí zachovat trvale, paralelně s jakoukoli činností. Než bude cíle dosaženo, je dobré vědět, že najdu-li odvahu zastavit se, kdykoli pocítím nerovnováhu, čas nakonec neztratím, nýbrž získám.

Kontakt:

MUDr. Lucie Hájková, Ph.D.

odborný asistent

Biologický ústav Lékařské fakulty University Karlovy v Plzni

Karlovarská 48, 301 66 Plzeň

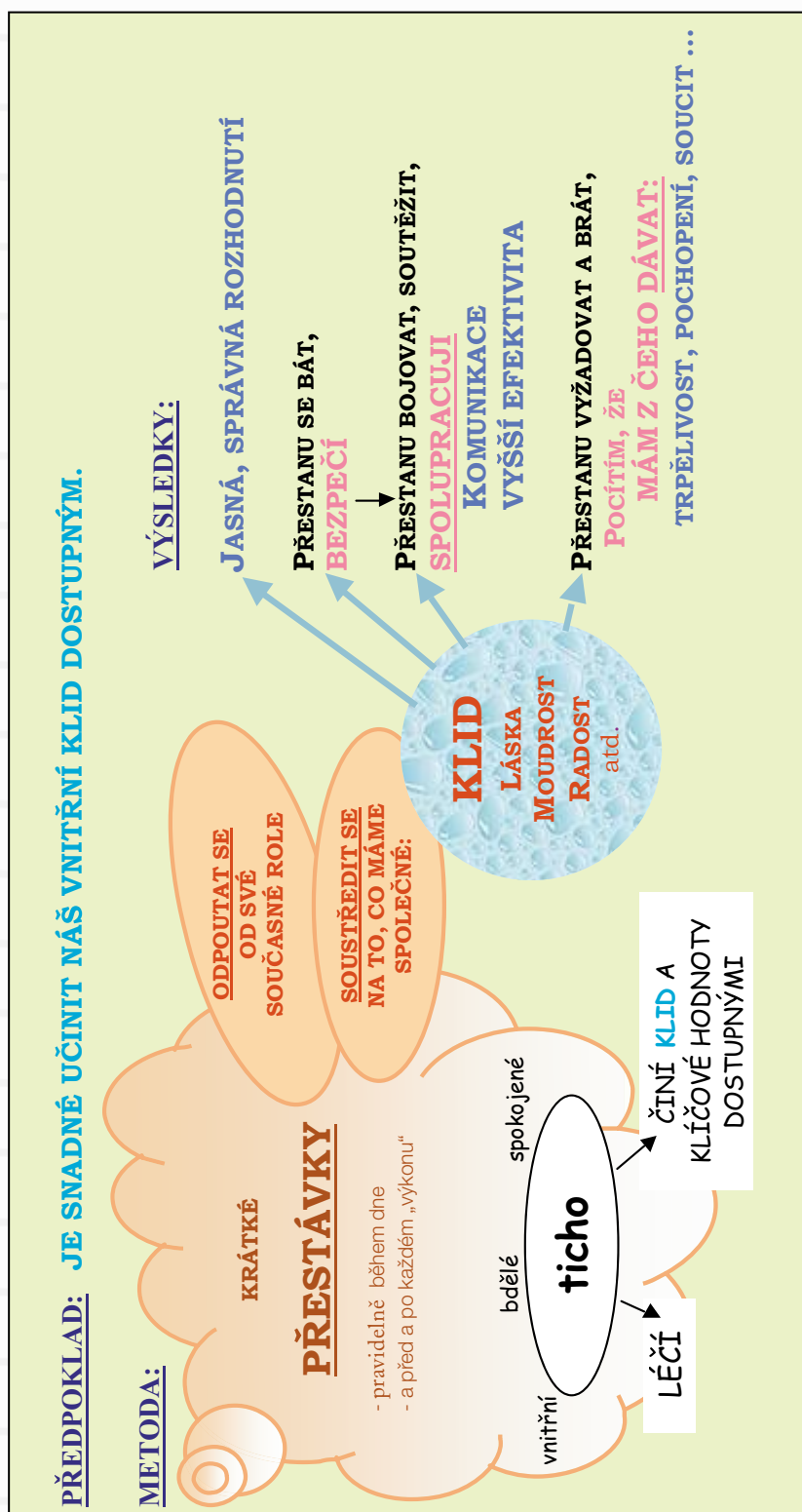
lucie.hajkova@lfp.cuni.cz

+420 777 267 898

ZVÝŠENÍ SKUTEČNÉ ÚSPĚŠNOSTI STUDIA A LÉKAŘSKÉ PÉČE VYUŽITÍM NAŠÍ INHERENTNÍ SCHOPNOSTI GENEROVAT KLID

Praktická metoda stabilizace klidu, bezpečí a důvěry

Lucie Hájková, Josef Reischig, Biologický ústav LF UK Plzeň, lucie.hajkova@lfp.cuni.cz



Trendy vo výučbe zdravotníckeho manažmentu na Lekárskej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave

MUDr. Michaela Kostičová, doc. MUDr. Vojtech Ozorovský, CSc.

Úvod

Vzdelávanie budúcich lekárov sa na Lekárskej fakulte Univerzity Komenského (LF UK) v Bratislave realizuje predovšetkým prostredníctvom výučby odborných predmetov medicínskeho zamerania. Nedostatočná pozornosť je v pregraduálnom aj v postgraduálnom vzdelávaní venovaná rozvoju manažérskych, psychosociálnych a komunikačných kompetencií študentov, ktoré sú nevyhnutným predpokladom ich úspešného a efektívneho fungovanie v odbornej zdravotníckej praxi. V moderných zdravotníckych systémoch sú lekári stratení, a to kvôli nedostatku zručností a vedomostí z oblasti vodcovstva, stratégie, systémového myslenia, vyjednávania, efektívnej tímovej práce, rozvoja organizácie, ekonomiky a financií (Bachárová, Rusnáková, Hlavačka, 2004). Doplnenie týchto znalostí a skúseností by im umožnilo byť efektívnejšími a pripravilo by ich na úspešné zastávanie role lekára – manažéra, lekára – podnikateľa, lekára – riadiaceho pracovníka.

Nedostatočné vzdelanie a nechuť zdravotníckych pracovníkov zaoberať sa otázkami financovania, ekonómie a manažmentu je aj jednou z príčin mimoriadnej obtiažnosti riadenia zdravotníckych zariadení. Je potrebné presadzovať myšlienku, že zdravotnícke zariadenie je integrálnou súčasťou spoločnosti, pre ktorú zabezpečuje zdravotnícke služby, ktoré sú síce špecifické, ale podliehajú rovnakému režimu ako ostatné organizácie poskytujúce služby, a preto je dôležité používať tie nástroje, ktoré sú účinným nástrojom riadenia v nezdravotníckych zariadeniach. Poskytnutie príslušného vzdelania v tejto oblasti budúcim lekárom možno považovať za opatrenie, ktoré by pozdvihlo úroveň riadenia zdravotníckych zariadení (Souček, Burian, 2006). K tomu, aby sa stal lekár dobrým manažérom, však nestačí získať iba vedomosti, ale treba získať aj manažérske zručnosti (Dragula, Kompiš, 2004).

Riadenia sa stáva profesiou a na kvalite riadiacich pracovníkov závisí prosperita riadených celkov. Manažment je proces, ktorý sa skladá zo vzájomne prepojených spoločenských a technických funkcií a činností. Dochádza k nemu v rámci formálnej štruktúry organizácie, za účelom dosiahnutia stanovených cieľov využívaním ľudských a ostatných zdrojov (Ivanová, 2003). Inými slovami, je to proces koordinovania činností skupiny pracovníkov za účelom dosiahnutia určitých výsledkov, ktorých nemožno dosiahnuť individuálnou prácou (Madar, 2004). Pojem manažment by mal vystihovať, že nejde len o realizáciu vyšších príkazov a dohliadanie nad predpismi, ale že jeho kritériom je relatívne slobodná riadiaca činnosť s vyšším cieľom (Ivanová, 2003). Osvojenie si tejto myšlienky budúcimi lekármi v súlade s prezentovanými definíciami manažmentu je aj cieľom výučby zdravotníckeho manažmentu na LF UK v Bratislave.

Výučba zdravotníckeho manažmentu na LF UK v Bratislave – súčasnosť

V súčasnosti sa na LF UK v Bratislave realizuje vzdelávanie medikov v oblasti zdravotníckeho manažmentu prostredníctvom povinne voliteľného predmetu „Úvod do zdravotníckeho manažmentu.“ Výučbu predmetu zabezpečujú pracovníci Ústavu sociálneho lekárstva a lekárskej etiky prostredníctvom seminárov pre študentov 4. a 5. ročníka všeobecného lekárstva v rozsahu 24 h za semester. Výučba paralelne prebieha v slovenskom aj v anglickom jazyku (Ročenka, 2007). Cieľom predmetu je:

- Podporiť rozvoj manažérskych a sociálnych kompetencií u študentov LF UK a tým zvýšiť ich podnikateľské zručností a konkurencieschopnosť na trhu práce.
- Sprístupniť problematiku manažmentu ako prirodzenej a nevyhnutnej súčasti zdravotníckej praxe.
- Prezentovať moderné prístupy k riadeniu organizácií v zdravotníctve, a to prostredníctvom implementovania poznatkov a skúsenosti odborníkov z praxe do vzdelávacieho procesu.
- Sprostredkovať poznanie o metodológii, nástrojoch, modeloch a význame jednotlivých procesov v oblasti zdravotníckeho manažmentu.
- Vybudovať pozitívny postoj a motivovať budúcich lekárov k vzdelávaniu v oblasti zdravotníckeho manažmentu v záujme ich efektívneho fungovania v moderných zdravotníckych systémoch.

Obsahové zameranie predmetu a náplň jednotlivých seminárov vychádza z vedomostí vysokoškolských učiteľov – lekárov a skúsených pedagógov, získaných prostredníctvom ich vedecko-výskumnej činnosti a ďalšieho vzdelávania. Výučba sa orientuje na sprístupnenie informácií a poznatkov najmä z oblasti základov manažmentu so zameraním na históriu, filozofiu manažmentu, riadenie ľudských zdrojov, marketing, strategické plánovanie, pričom manažment v zdravotníctve je sprístupnený formou prezentácie poznatkov z oblasti organizácie zdravotníctva, financovania zdravotníckych služieb, zdravotníckej politiky.

Výučba zdravotníckeho manažmentu na LF UK v Bratislave – trendy

S cieľom inovovať a skvalitniť vzdelávací proces v oblasti zdravotníckeho manažmentu prostredníctvom implementácie moderných manažérskych prístupov nadviazalo pracovisko spoluprácu so skúsenými odborníkmi z praxe. V školských rokoch 2006/2007 a 2007/2008 sa formou externej spolupráce realizovala v rámci výučby povinne voliteľného predmetu „Úvod do zdravotníckeho manažmentu“ séria interaktívnych workshopov spojených s prezentáciou výsledkov, manažérskych a podnikateľských zručností odborníkov z oblasti vzdelávania a manažérského poradenstva v zdravotníctve. Uvedené aktivity prispeli k skvalitneniu výučby a k zvýšenému záujmu o tento predmet zo strany študentov medicíny a pokladáme za prínosné ponúknuť vzdelávací modul podobného charakteru aj doktorandom LF UK. Ukazuje sa potreba

vypracovania novej modernejšej koncepcie transformácie už existujúceho predmetu „Úvod do zdravotníckeho manažmentu“ na predmet „Zdravotnícky manažment“ s využitím konzultácií a poradenstva pri jej príprave ako zo strany odborníkov z praxe tak zo strany skúsených pedagógov, vedecko-výskumných pracovníkov pôsobiacich v oblasti zdravotníckeho manažmentu.

Literatúra:

Bachárová, L., Rusnáková, V., Hlavačka, S.: Lekári a manažéri – dva prístupy riešenia spoločných problémov. In: *Zdravotníctvo a financie*. Roč. 3, 2004, č.2, s. 32–34.

Souček, Z., Burian, J.: *Strategické řízení zdravotnických zařízení*. 1. vyd. Olomouc: Professional Publishing, 2006.

Dragula, M., Kompiš, D.: Potreba systemizácie zdravotníctva na Slovensku. In: *Zdravotníctvo a financie*. Roč. 3, 2004, č.2, s. 2–7.

Ivanová, K.: Role a funkce manažeru zdravotnických institucí. In: Gladkij, I. a kol.: *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press., 2003, s. 157–182.

Madar, J.: *Řízení kvality ve zdravotnickém zařízení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 2004.

Ročenka. Akademický rok 2007/2008. Univerzita Komenského v Bratislave. Lekárska fakulta. Bratislava: Univerzita Komenského, 2007.

Kontakt:

MUDr. Michaela Kostičová
odborný asistent
Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky
Lekárska fakulta UK
Sasinkova 2
813 72 Bratislava
Slovenská republika
michaela.kosticova@fmed.uniba.sk
+421 2 593 57 377

Trendy vo výučbe medicínskej etiky na Lekárskej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave

MUDr. Mária Mojzešová, Ph.D., MUDr. Jana Trizuljaková, Ph.D.

Úvod

Výučbu medicínskej etiky na Lekárskej fakulte Univerzity Komenského (LFUK) v Bratislave v súčasnosti zabezpečuje Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky LFUK.

Prudký rozvoj súčasnej biomedicíny a nových technológií ponúka v modernej medicíne možnosti modifikovať a riadiť život ľudského jedinca od momentu jeho vzniku po biologickú smrť. Dnešná doba prináša vo výraznej miere stagnáciu až retardáciu morálneho vedomia jednotlivcov i spoločnosti. Vynára sa tak množstvo etických otázok aj v tom zmysle, či je a bude toto všetko v prospech človeka, ľudstva a ďalších generácií. V tejto oblasti je dôležité zdôrazniť, že konanie človeka závisí od múdrosti a orientácie jeho svedomia (Mojzešová, 2008).

Lekár má byť v rámci svojej profesie nositeľom dobra nielen pre človeka zdravého, ale najmä pre človeka chorého, trpiaceho, nechceného (napr. prenatálne dieťa), nevyliciteľne chorého i zomierajúceho. Humanizácia lekárskej starostlivosti je potrebná najmä pre najzraniteľnejších a najslabších. Príprava na lekárske povolanie – poslanie a jeho realizácia vyžaduje otvorenosť pre neustálu sebareflexiu, čo lekárom umožní dosiahnuť ich ľudskú i profesionálnu rovnováhu (Mojzešová, 2008).

Etika je praktická časť filozofie, resp. filozofia mravnosti, ktorá skúma mravnú hodnotu ľudských činov. Je to interdisciplinárna a normatívna veda, skúmajúca uplatňovanie mravných zásad v živote človeka. Rieši otázky o podstate a konaní mravného dobra i zla z hľadiska jednotlivého človeka i ľudskej spoločnosti. Cieľom etiky je usporiadanie ľudských činov do určitého poriadku, v ktorom človek nachádza všetky ukazovatele a normy, podľa ktorých môže posúdiť morálnu hodnotu svojho konania. Jednou z profesijných etík je **medicínska etika**, ktorú definujeme ako konanie dobra pre človeka so špecifickým zreteľom na ochranu jeho života a zdravia (Šoltéz, 2001). Základným atribútom medicínskej etiky je úcta lekára k životu každého človeka. Medicínska etika, vychádzajúca z personalistickej filozofie, kladie hlavný dôraz na uznanie dôstojnosti každej ľudskej osoby, najmä však človeka ohrozeného chorobou, človeka bezbranného – život začínajúceho (prenatálne dieťa) alebo odchádzajúceho (zomierajúci). Medicínska etika definuje zásadné etické otázky, ktoré sa vynárajú v kontexte nových vedecko-technických objavov a hľadá odpovede na ne.

História výučby medicínskej etiky

História výučby filozofických a etických aspektov lekárstva sa začala na Lekárskej fakulte Univerzity Komenského (LFUK) v Bratislave vyučovať už v prvých rokoch existencie Lekárskej fakulty a to v roku 1927. V tomto roku bol na LFUK zriadený **Ústav pre lekársku históriu, filozofiu a hodogetiku**, ktorého prednostom bol prof. MUDr. Antonín Spilka. Toto pracovisko LFUK sa pričínilo o výučbu a výchovu vtedajších študentov v kontexte hlboko ľudského prístupu k zvereným pacientom. V období po II. svetovej vojne a nástupe totalitného politického systému výučbový predmet lekárská hodogetika absentoval. Bol nahradený etikou v rámci predmetu marxistická filozofia.

Novodobá história výučby medicínskej etiky sa začala v centrálnej a východnej Európe písať po páde totalitných politických režimov. Tak tomu bolo aj v našej krajine. V bývalej Československej federatívnej republike sa po novembri 1989 vynorili „staré problémy“ a nové výzvy. Otvorený a živý záujem o bioetiku viedol dovtedajšie spoločenstvá intelektuálnej a duchovnej rezistencie voči totalitnému režimu (lekári, psychológovia, teológovia, sociológovia, filozofi a pod.) k potrebe sústrediť sa v diskusiách a debatách na realizáciu aktuálnych výziev.

V roku 1990 bola v rámci vtedajšieho Ministerstva zdravotníctva (MZ SR) ustanovená Centrálna etická komisia MZ SR. V septembri 1991 bola na Inštitúte pre ďalšie vzdelávanie pracovníkov v zdravotníctve (IVZ) v Bratislave založená **Katedra medicínskej etiky IVZ**, ktorej prednostom sa stal prof. MUDr. Ladislav Šoltés, DrSc. Takto bola zabezpečená postgraduálna výučba a výchova medicínskej etiky pre lekárov. V snahe zabezpečiť kontinuálne pregraduálnu i postgraduálnu výučbu medicínskej etiky bol v marci 1992 vytvorený Ústav lekárskej etiky ako spoločné pracovisko IVZ a LFUK, ktorý sa neskôr premenoval na **Ústav medicínskej etiky a bioetiky IVZ a LFUK**. Prednostom sa stal prof. MUDr. Ladislav Šoltés, DrSc. (Mojžešová, 2008).

Výučba povinného výučbového **predmetu medicínska etika** pre poslucháčov LFUK začala v dennej forme štúdia v školskom roku 1992/93 najprv dve hodiny za semester pre študijný program Všeobecné lekárstvo v slovenskom i v anglickom jazyku a to po jednom semestri v prvom a štvrtom ročníku. V prvom ročníku bola výučba a výchova medicínskej etiky koncipovaná s cieľom, aby študenti získali základné poznatky o všeobecnej etike s dôrazom na profesijnú medicínsku etiku. Vo štvrtom ročníku bola prednášaná medicínska etika so zameraním na vybrané klinické medicínske odbory. Postupne sa výučba a výchova medicínskej etiky zaviedla aj v študijnom programe Stomatológia, a to takisto po jednom semestri v prvom a štvrtom ročníku štúdia. Počet výučbových hodín medicínskej etiky bol počas semestra rozvrstvený medzi prednášky (5 hodín) a seminárne cvičenia (12 hodín). Seminárne cvičenia s relatívne malým počtom študentov (jedna až dve študijné skupiny, t.j. 10-20 študentov) sa ukázali ako optimálna forma výučby. V školskom roku 1997/98 sa zaviedla výučba predmetu Medicínska

etika a psychológia pre študentov medziodborového štúdia na Fakulte matematiky, fyziky a informácií Univerzity Komenského v študijnom odbore Fyzika, v špecializácii Biomedicínska fyzika, a rovnako aj na Fakulte telesnej výchovy a športu Univerzity Komenského v študijnom odbore Telesná výchova a šport v špecializácii Regenerácia v dennej forme štúdia v počte 24 hodín prednášok za semester.

V roku 2002 bol Ústav medicínskej etiky a bioetiky ako spoločné pracovisko LFUK a IVZ zrušený. Pregraduálnu výučbu medicínskej etiky naďalej zabezpečoval pedagóg, ktorý sa stal súčasťou Ústavu sociálneho lekárstva LFUK. Na základe rozhodnutia vedenia fakulty došlo od septembra 2002 k zmene názvu ústavu na **Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky LFUK**, ktorý zabezpečoval výučbu medicínskej etiky na LFUK v Bratislave v dennej forme v slovenskom i v anglickom jazyku v študijných odboroch: Všeobecné lekárstvo (počet hodín prednášok/seminárnych cvičení za semester: 5/12), Stomatológia – do akademického roku 2004/2005 (5/12) a Zubné lekárstvo (12/18). Od akademického roku 2007/2008 sa vo výučbe medicínskej etiky pre študijný odbor Všeobecné lekárstvo zvýšil počet výučbových hodín na 12/24.

V rámci zavedenia nelekárskych študijných programov na LFUK v akademickom roku 2004/2005 začal Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky LFUK realizovať aj výučbu povinných výučbových predmetov Základy filozofie a etiky pre študijný odbor Fyziatria a liečebná rehabilitácia (neskôr Fyzioterapia) a Filozofia a etika pre študijný odbor Laboratórne vyšetровacie metódy v zdravotníctve.

Súčasnoscť – cieľ výučby medicínskej etiky

Dnešní študenti medicíny majú šancu do lekárskej starostlivosti nového milénia znovu zaviesť rozmer človečenstva, skutočnú humanizáciu a základné etické princípy. V profile absolventa Lekárskej fakulty UK v Bratislave je jednoznačne formulované, že: „...Študent LFUK musí okrem iného zvládnuť princípy lekárskej etiky, ktorými sa musí riadiť vo svojej odbornej činnosti vo vzťahu k chorému človeku počas celého svojho života...” (Ročenka, 2007). Cieľom výučby predmetu medicínska etika je viesť budúcich lekárov k úcte k ľudskému životu od počatia po prirodzenú smrť, k rešpektovaniu dôstojnosti človeka. Zároveň ich pedagógovia vedú k uvedomovaniu si základných hodnôt a hodnotových súvislostí v klinickej praxi, k správne mu zaobchádzaniu s abstraktnými entitami. Je dôležité pomôcť poslucháčom nadobudnúť schopnosť individuálneho uvažovania, identifikácie etických problémov v zdravotníckej starostlivosti. Neoddeliteľnou súčasťou výučby v rámci vzťahu lekár – pacient, lekár – najbližší príbuzní pacienta a lekár – lekár, resp. iný zdravotnícky pracovník, ako osi vzájomného porozumenia a spolupráce, je výchova k optimálnej komunikácii, aktívnemu načúvaniu, hľadaniu, nachádzaniu a uplatňovaniu logickej argumentácie v diskurze. Poslucháči sa oboznamujú s medzinárodnými a domácimi bioetickými kódexami a dokumentami v kontexte s právnymi normami.

Súčasnosc' – obsah, stratégia a forma výučby medicínskej etiky

Vo výučbe medicínskej etiky kladieme dôraz na výchovu budúcich lekárov k holistickému prístupu k človeku v zdraví i v chorobe. Obsah predmetu medicínska etika tvorí všeobecná a špeciálna časť. Súčasťou všeobecnej časti sú nasledovné kapitoly: Úvod do predmetu a základné pojmy (postavenie etiky ako filozofickej disciplíny, vývoj etického myslenia, história vzniku a vývoja medicínskej etiky, vzťah morálky a práva, ľudské práva, zodpovednosť, svedomie. Metódy morálneho uvažovania, etické rozhodovanie. Práva pacientov. Étos lekára a lekárske stavovské cnosti. Základy komunikačných zručností vo vzťahu lekár – pacient, lekár – najbližší príbuzní pacienta, lekár – lekár alebo iný člen ošetrojúceho tímu. Špeciálna časť sa dotýka etiky v klinickej praxi lekára a jej súčasťou sú tieto kapitoly: Etické dilemy na začiatku ľudského života a v reprodukčnej medicíne. Etika výskumu s účasťou ľudských subjektov. Etické aspekty genetiky a genomiky. Etika v neonatológii a pediatrii. Etika v gerontológii a geriatrii. Etika v psychiatrii. Etika v chirurgii, urgentnej medicíne a v transplantológii. Etické dilemy na konci ľudského života. Vybrané aktuálne bioetické témy.

Stratégia výučby spočíva v bližšom predstavení problematiky, objasnení konkrétnych faktov a informácií. Predovšetkým pracujeme s kazuistikami a prezentujeme modelové situácie. Tie podnecujú študentov k diskusii. Významnú rolu vo výučbe a výchove medicínskej etiky hrá kultivovaný dialóg vo vzájomnej dôvere a rešpekte.

Výučba predmetu medicínska etika prebieha formou prednášok a seminárov. Flexibilne reagujeme na aktuálne spoločenské dianie a podľa potreby obsah výučby modifikujeme.

Aktuálne skúsenosti a trendy vo výučbe

V postojoch mnohých študentov – medikov k etickým problémom v medicíne sa okrem nedostatku vedomostí a aktuálnych informácií rysuje relativizácia základných hodnôt, ktorá je pozorovaná v celej spoločnosti. Kontinuálne formovanie lekárov v oblasti rešpektovania a dôsledného uplatňovania etických princípov v každodennej lekárskej praxi je súčasťou postgraduálnej výchovy. V pregraduálnej výučbe a výchove medicínskej etiky máme skúsenosti, že väčšina študentov LFUK oboch študijných programov (Všeobecné lekárstvo a Zubné lekárstvo) preferuje predovšetkým oblasť interpersonálnej komunikácie, v ktorej v poslednej dobe všetci vnímame závažné nedostatky, vyúsťujúce v starostlivosť o chorého človeka neraz až do depersonalizácie a dehumanizácie vzťahu lekár – pacient, resp. lekár – najbližší príbuzní pacienta. Študenti sú otvorení reálnym kazuistikám a v poslednej dobe, čo nás teší, vzrástol záujem o vypracovávanie diplomových prác na témy z oblasti medicínskej etiky. Pre skvalitnenie interaktívnej výučby dopĺňame náš archív dokumentárnych a odborných filmov na CD a DVD nosičoch. Poslucháči pozitívne hodnotia semináre, ktoré obohacuje prítomnosť „hosta“, pacienta s vlastným príbehom

a osobným konkrétnym etickým rozhodovaním alebo príbuzného pacienta. V tomto trende chceme naďalej pokračovať, čo znamená, že budeme do výučby naďalej prizývať nielen laikov, ale najmä lekárov – klinických špecialistov v odbore gynekológia, transplantológia, genetika, onkológia a pod. Priaznivý ohlas u študentov má inovácia výučby, keď pacient vystupuje v úlohe učiteľa, alebo lekár (pedagóg) v roli pacienta, čo plánujeme využívať aj v budúcnosti. Naše doterajšie skúsenosti nás oprávňujú konštatovať, že smerovanie výučby a výchovy medicínskej etiky bude v prospech nielen mladých ľudí nám počas výučby zverených, ale najmä pre ich budúcich pacientov. Chceme preto zvyšovať záujem študentov oboch medicínskych študijných programov o kvalitne pripravené medicínske kazuistiky s odbornými argumentami a neustále aktualizovať vedecké poznatky pedagógov z bioetiky aktívnou účasťou na zahraničných i domácich vedeckých fórach.

Literatúra:

Mojzešová, M.: Stručná história Ústavu medicínskej etiky a bioetiky v Bratislave. In: *Z histórie a súčasnosti Lekárskej fakulty UK v Bratislave*. Univerzita Komenského Bratislava, 2008, 126 s.

Šoltés, L. a kol.: Vybrané kapitoly z medicínskej etiky. UK Bratislava 2001, 161 s.

Ročenka – akademický rok 2007/2008. UK v Bratislave, Lekárska fakulta, Bratislava 2007, 301 s.

Kontakt:

MUDr. Mária Mojzešová, Ph.D. a MUDr. Jana Trizuljaková, Ph.D.

odborné asistentky

Ústav sociálneho lekárstva a lekárskej etiky Lekárskej fakulty UK

Sasinkova 2

813 72 Bratislava

Slovenská republika

maria.mojzesova@fmed.uniba.sk

jana.trizuljakova@fmed.uniba.sk

Vzdělávání budoucích lékařů v zahraničí

PhDr. Marie Macková, Ph.D., RSW

Při výuce budoucích lékařů se klade čím dál tím větší důraz na rozvoj takzvaných měkkých dovedností. Pod tímto pojmem se rozumí interpersonální a sociální dovednosti při péči, budování vztahu důvěry mezi lékařem a pacientem, komunikační dovednosti a profesní a etická stanoviska. Rozvoj těchto dovedností je propojen s podporou osobnostního a profesního rozvoje studentů lékařství a zároveň s výukou komunikačních dovedností, etiky a humanismu.

Mohou být vyučovány tyto dovednosti? Na tuto otázku neexistuje jednoznačná odpověď. V zahraničí se objevují dva protichůdné názory. Jedni odborníci tvrdí, že s těmito dovednostmi se člověk rodí anebo je získává v rodinném prostředí. K výuce měkkých dovedností se staví skepticky. Druzí se naopak domnívají, že na základě výuky komunikačních dovedností mohou být rozvíjeny i ostatní měkké dovednosti. Na jednom se však shodují zastánci obou názorů. Rozvoj měkkých dovedností je záležitostí dlouhodobou. Nemůže být ohraničen pouze na studium medicíny. Naopak měl by být součástí celoživotního vzdělávání.

Výuka měkkých technik je obvykle v zahraničí zahrnuta do výuky během celého studia. Důraz je kladen na hraní rolí, ale jsou využívány i jiné techniky. S jednou z nich bych chtěla seznámit podrobněji. Jde o techniku, při které se pracuje s videozáznamem. V zahraničí je tato metoda známa pod názvem „Video Home Training“ (VHT) nebo „Video Interaction Guidance“ (VIG), v českých zemích zdomácněl spíše termín „videotréning interakcí“ (VTI). Metoda vznikla na počátku 80. let 20. století v Nizozemsku a je dodnes používána v mnoha zemích Evropy i USA. Původně tato metoda sloužila jako progresivní metoda interakce mezi aktéry komunikace (dítě – rodič, pomáhající – klient, učitel – žák) nebo jako metoda na podporu úspěšné komunikace v různých kontextech pomáhání a profesionálního rozvoje pomáhajících.

Metoda VTI je původně krátkodobou intenzivní formou pomoci v domácím prostředí rodiny. Problém se řeší přímo tam, kde vzniká. VTI vychází z předpokladu, že kontakt s ostatními lidmi je pro vývoj dítěte životně důležitý. VTI je založen na principech dobré komunikace a na podrobné analýze interakčních prvků a vzorců v rodině. Protože se metoda ukázala jako velmi efektivní i při závažných výchovných problémech v rodině, byly její principy využity i při práci s učiteli. Postupem času došlo však ještě k dalšímu rozvoji a využití metody VTI, přesahující rámec rodiny a školy. Je využívána jako velmi efektivní nástroj pro rozvoj komunikačních dovedností pracovníků pomáhajících profesí, manažerů, vedoucích týmů, supervizorů apod. I zde je cílem rozvoj úspěšných interakcí, které vedou k vřelé, tvůrčí a oceňující atmosféře v organizacích, k rozvoji týmové spolupráce i k vzájemnému porozumění v běžném pracovním kontaktu pracovník – klient.

Vyučující natáčí pomocí videokamery běžnou situaci – v nemocnici, ve škole apod. Sám provede rozbor nahrávky (interakční analýzu) a vybírá z ní momenty nebo sekvence, které vytvářejí významný rozdíl oproti původnímu pohledu studenta na komunikaci nebo problém. Při další hodině se tato situace ukazuje a hovoří se o ní společně se studenty. Základní cyklus každé práce pomocí VTI spočívá ve třech vzájemně na sebe navazujících krocích: 1. natáčení, 2. analýza videonahrávky a 3. zpětnovazebný rozhovor. Tento proces se opakuje tak dlouho, jak je to užitečné, a je ukončen tehdy, když je více či méně dosaženo společně stanovených cílů .

VTI je považován za krátkodobou formu výuky. V průběhu trvá 1-6 měsíců, minimální počet setkání je 3–4. Pokud nejsou tyto parametry dodrženy, nejde o metodu VTI, ale o pouhý „videozáznam“.

Metoda VTI klade určité požadavky na vyučujícího. Předpokladem je schopnost pracovat s videozáznamem a schopnost pozitivní zpětné vazby. Vyučující vždy pracuje na principu spolupráce se studenty. Vhodným doplňkem této výukové metody je supervize.

Literatura:

Gordon, J.: Fostering students' personal a professional development in medicine: a new framework for PPD. *Med Educ* 2003; 37: 341–9.

Arnold, L.: Assesing professional behavior: yesterday, today, tomorrow. *Acad Med* 2002, 77: 502–15.

Aspegren, K.: Teaching and learning communication skills in medicine – a review with quality grading of articles. *Medical Teacher* 1999; 21: 563–70.

Kontakt:

PhDr. Marie Macková, Ph.D., RSW
odborný asistent
Katedra ošetrovatelství, LF MU
Kamenice 3
625 00 Brno
mackova@med.muni.cz

Evaluace výuky na Katedře ošetrovatelství z pohledu studentů všeobecného lékařství

Bc. Vladimíra Mikešová DiS.

Katedra ošetrovatelství na Lékařské fakultě v Brně zajišťuje pro studenty všeobecného lékařství výuku předmětu „základy ošetrovatelství“. Tento předmět je zařazen mezi povinné předměty druhého ročníku studia všeobecného lékařství a ročně jej absolvuje několik stovek studentů. Od roku 2004 probíhá průběžná evaluace tohoto předmětu pomocí jednoduchého dotazníkového šetření (Macková, 2007). Tento příspěvek seznamuje s výsledky evaluačního šetření v letech 2005–2007.

Předmět se skládá ze tří na sebe navazujících částí. Studenti absolvují nejdříve první, teoretickou část, na níž jsou seznamováni se základy ošetrovatelství. Jedná se o tři vyučovací hodiny. Poté absolvují cvičení, kdy se snaží teoretické poznatky uplatnit prakticky v odborné učebně. Zde jde o čtyři vyučovací hodiny. Poslední část je praktická a probíhá přímo na klinických pracovištích. Délka této části je stanovena na 8 vyučovacích hodin. Anonymní evaluační dotazník studenti obdrží v úvodní, teoretické hodině a odevzdávají ho po absolvování poslední praktické části na klinickém pracovišti. V evaluačním dotazníku je hodnocena každá část výuky odděleně.

V roce 2005 bylo odevzdáno 305 dotazníků, v roce 2006 pouze 270 dotazníků a v roce 2007 bylo odevzdáno 389 dotazníků. Ne všechny byly vyplněny tak, aby mohli být zahrnuti do šetření. Nečitelné či neúplně vyplněné dotazníky byly vyloučeny. Hodnoceno bylo nakonec 932 evaluačních dotazníků.

K první, teoretické části se studenti vyjadřovali následovně. Počet hodin hodnotilo 67 % studentů jako přiměřený, 33 % jako nedostatečný. Průměrně by přivítali navýšení o 10 hodin. Žádný ze studentů neuvedl, že by tato část měla nadbytečnou hodinovou dotaci. 87 % považovalo výklad za srozumitelný, 8 % za povrchní a 5 % za nesrozumitelný. Výhrady měli zejména k výuce historie ošetrovatelství.

Druhou část, cvičení v odborné učebně hodnotili následovně. Počet hodin byl 93 % hodnocen jako nedostatečný, pouhých 7 % se domnívalo, že je počet hodin přiměřený. V průměru si přáli navýšení hodinové dotace o 4 hodiny. Výuku považovalo 98 % studentů za dostatečně názornou, 2 % se domnívalo, že je výuka příliš povrchní. Nedostatek času uváděli zejména u praktického nácviku odběru krve, aplikace intramuskulárních injekcí a měření krevního tlaku.

Poslední část, praktickou výuku na klinických pracovištích, hodnotili následovně. 100 % studentů se domnívá, že počet hodin je nedostatečný. V průměru by chtěli navýšení hodinové dotace o 18 hodin. Většina studentů vysoce hodnotila u této části možnost seznámení se s nemocničním prostředím a kontakt s pacienty. Rozladění byli z přístupu lékařů, kdy většina uváděla, že buď neměli možnost spolupráce s lékaři nebo lékaři byli k jejich pobytu na pracovišti lhostejní. Naopak přístup sester byl hodnocen převážně pozitivně, oceňovali vstřícnost a trpělivost.

Celkově je předmět hodnocen studenty jako přínosný, velmi často je označován jako první možnost kontaktu s pacienty a nemocničním prostředím. Ukazuje se tak, že v rámci předmětu „základy ošetrovatelství“ studenti získávají nejen základní znalosti ošetrovatelství, ale zároveň dochází i k rozvoji psychosociálních dovedností studentů, což je v souladu s celosvětovým trendem ve výuce budoucích lékařů (Macková, 2008).

Literatura:

[1] Macková, M. Hodnocení účinnosti vzdělávacích seminářů. In *Ošetrovatelstvo, teória, výskum a vzdelávanie*. 2007. vyd. Martin : UK Bratislava, UP Olomouc, 2007. od s. 278-282.

[2] Macková, M. Nové trendy ve výuce komunikace. In *Zborník z II. vedeckej konferencie pedagogických pracovníkov v ošetrovatelstve*. Trenčín : TU, 2008. od str. 126 – 132.

Kontakt:

Bc. Vladimíra Mikešová DiS.
asistent
Katedra ošetrovatelství, LF MU
Kamenice 3
625 00 Brno
vmikes@med.muni.cz

Pregraduální příprava lékařů v zahraničí: podněty i důvody k zamyšlení

prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

ppt prezentace

Pregraduální příprava lékařů v zahraničí: podněty i důvody k zamyšlení

Jiří Mareš

*Univerzita Karlova v Praze
Lékařská fakulta v Hradci Králové*

Snahy o inovaci pregraduální přípravy lékařů *World Federation for Medical Education* – Edinburgh 1988

- Rozšířit spektrum těch prostředí, v nichž se odehrává vzdělávání lékařů
- Rámcem pro vzdělávání lékařů je třeba zvolit zdravotní priority daného státu
- Vést studenty k aktivnímu učení po celý život
- Cílem učení musí být získání profesionálních kompetencí, nejen poznatků
- Vzdělávat a cvičit učitele lékařských fakult v pedagogice a psychologii
- V kurikulu klást důraz na posilování zdraví a prevenci nemocí

Podle čeho zhodnotit účinnost pregraduální přípravy lékařů? (4 úrovně)

1. účast na výuce, zdrženlivá participace na dění
- 2 a) příznivá změna studentova postoje, změna pohledu na problémy
- 2 b) přírůstek studentových znalostí a dovedností
3. příznivá změna studentova chování při vykonávání určitých činností v reálných podmínkách
- 4 a) příznivá změna v organizaci studentovy činnosti jako celku
- 4 b) znalosti, dovednosti, postoje a chování studenta v reálných podmínkách jsou **přínosem pro pacienta**
(Kirpatrick, 1967)

Aktuální celosvětové problémy (Satterfield, Hughes, 2007)

- profesionální lékařská péče klade na **lékaře** stále větší požadavky:
- více pacientů ve stejném čase, stoupající administrativa, dodržování formálních pravidel, ekonomické limity, tlak pojišťoven atd.
- v řadě případů se tak narušuje vztah lékař – pacient
- pacient má pocit, že se mu lékař věnuje jen zběžně, povrchně, že není vstřícný, není pro něj v nemoci oporou, že se nevytvořil terapeutický vztah
- u pacienta vzniká nedůvěra, pacient je naštvaný, vyjadřuje se dehonestujícím způsobem o konkrétním lékaři, ale často i o celé lékařské profesi

Aktuální celosvětové problémy (Satterfield, Hughes, 2007)

- interpersonální napětí, fyzická i psychická únava (někdy může vyústit až v efekt lékařova vyhoření)
- to vše vytváří klima, které zvyšuje pravděpodobnost **neprofesionálního jednání** lékaře
- pokud se objeví, potvrzuje pacientovu nespokojenost, ten ase nevhodně reaguje atd.
- rozběhne se negativní cyklus a nespokojení jsou všichni

Aktuální celosvětové problémy (Satterfield, Hughes, 2007)

- medicína by si tyto souvislosti měla uvědomit,
- a tedy cíleně rozvíjet **všechny profesionální kompetence** lékaře
- týká se to již pregraduální přípravy lékařů:
- nutnost zařadit do kurikula psychosociální témata, avšak nejen ve formě poučování, ale i výcviku
- věnovat se kritickým aspektům profesionálního vývoje lékaře

Vývojové proměny mladého lékaře

- po skončení studia a nástupu do praxe zažívá část mladých lékařů zklamání
- někteří badatelé mluví o **traumatizující ztrátě ideálů** – traumatic de-idealisation (Kay, 1990)
- objevují se tři pohledy na mechanismus změny:
 1. tyto postoje jim předává starší, již zklamaná generace lékařů (Testerman et al., 1996)
 2. tyto postoje si vytvářejí mladí lékaři sami, neboť se nenaplnují jejich profesní sny, ideál být lékařem-hrdinou (Marcus, 2003; Gordon, 2008)
 3. tyto postoje jsou důsledkem selhání profesionální socializace během pregraduální přípravy (Testerman et al., 1996)

Ztráta ideálů, elánu, nadějí

- jde o vážné riziko ve vývoji mladého lékaře
- fenomén ztráty ideálů, elánu, nadšení – *heartsink phenomén* (O'Down, 1988, Gordon, 2008) je krátkodobou záležitostí, je důsledkem „šoku z reality“
 - tím se liší od syndromu lékařova vyhoření (burn-out), který je důsledkem toho, že dlouhodobé snažení nepřináší příznivé výsledky
- ke ztrátě ideálů dílčím způsobem přispívá jednak materiální a sociální prostředí toho zařízení, do kterého se mladý lékař dostává
- hlavně však nezvládání interakce mezi mladým lékařem a jeho pacienty

Problémy v interakci s pacienty

- mladý lékař mívá dojem, že pacienti nespolupracují, jsou nechápaví, vztahovační, neoceňují jeho snahu dosáhnout změny, až ho utahají – *heartsink patients* (O'Down, 1988)
- objevují se však také pacienti, kteří jsou ochotni se svěřit, jsou vstřícní, trpí, zoufají si, jejich prognóza není dobrá; někdy se označují jako *heartbreak patients* (Gordon, 2008)
- dále jsou případy, kdy se pacientovy obtíže nedají medicínsky snadno vysvětlit, kdy jde o medicínsky unexplained symptoms (Butler et al., 2004)
- mladý lékař zažívá pocit bezmocnosti právě v případech, kdy podstatu pacientových obtíží tvoří **problémy psychické**, sociální, spirituální, a on byl připravován řešit problémy na biomedicínské úrovni (Butler et al., 2004)
- někdy mladý lékař ani nerozpozná, že obtíž nemá somatický podklad, protože tímto směrem ani neuvažuje

Preventivní strategie na lékařských fakultách

(Shanafelt et al., 2003)

1. **strategie:** vést mediky systematicky k tomu, aby chápali ostatní lidi jako rozdílné jedince s individuálními potřebami, se svébytnými životními zkušenostmi, specificky reagující
- dodejme: pacient a jeho doprovod nejsou „zprůměrovaní lidé“, u nichž lze vystačit s učebnicovými poznatky, s obecnými návody
 - jednou z doporučených metod je četba vybraných titulů krásné literatury (Gordon, 2008), které ukazují na bohatost lidských povah a osudů
 - druhou z doporučených metod je seznamování mediků s příběhy, které zažili zkušení lékaři – jde o svébytné kazuistiky (Verghese, 2001; Pories et al., 2006), které připravují na překvapení života

Preventivní strategie na lékařských fakultách (Shanafelt et al., 2003)

2. strategie: kultivovat kolegiální pracovní prostředí na fakultě

- rozumí se jak mezi studenty navzájem
- mezi učiteli a studenty
- i mezi učiteli navzájem
- k doporučeným aktivitám v zahraničí patří:
 - výstavy výtvarného umění
 - besedy o kultuře, literatuře
 - zpívání v pěveckém sboru
 - setkání, která brání sociální izolaci např. zahraničních studentů od majority

Preventivní strategie na lékařských fakultách (Shanafelt et al., 2003)

3. strategie: pěstovat a rozvíjet u mediků klíčové hodnoty

- nejde o poučování mediků; medicí musí vidět, že se tyto hodnoty prosazují na fakultě i na klinických pracovištích
- jde např. o neukvapování se, kritické zvážení všech aspektů, nestranné hodnocení
- vzájemný respekt lidí, ochota podělit se s druhými o zdroje a přístroje, otevřenost k odlišným názorům
- snaha podávat co nejlepší výkon, přijímání odpovědnosti za svůj výkon
- ochota k týmové práci, dovednost pracovat v multiprofesním týmu

Preventivní strategie na lékařských fakultách (Shanafelt et al., 2003)

4. strategie: naučit mediky zdravému vyvažování obou základních sfér – výkonu profese a rozvoje osobnosti, osobního života

- kultivujeme profesionála v celé šíři tohoto slova
- Jaké je optimální zastoupení nemedicínských oborů v lékařském kurikulu?
- Které okruhy by měly být zastoupeny, které psychosociální dovednosti mediků by měly být především rozvíjeny?
- na tyto otázky by měly odpovědět dobře koncipované výzkumy
- řada z nich už proběhla a byla publikována; vznikl obor, jehož název se u nás překládá jako medicínská pedagogika (medical education)
- vycházejí specializované časopisy: Academic Medicine (v r. 2008 už 83. ročník), Journal of Dental Education (72. ročník), Medical Education (42. ročník), Medical Teacher (30. ročník), Teaching and Learning in Medicine (20. ročník)

Tematické okruhy, které se v přípravě lékařů stávají naléhavými

- Emoční dovednosti
- Komunikační dovednosti
- Multikulturní kompetence
- Manažerské kompetence

Emoční dovednosti lékařů (Satterfield, Hughes, 2007)

Orientované vůči jiným lidem:

- používat výroky, které vyjadřují empatii
- odečítat emoce druhého člověka z jeho neverbálního projevu
- uklidnit nespokojeného pacienta
- sdělit své emoce druhým lidem
- zmírnit napětí mezi lidmi, které v dané situaci vzniklo
- poskytnout naději druhému člověku
- navodit u pacienta potřebné emoce
- spoluprožívat emoce s druhým člověkem a pomoci mu, aby své emoce zvládl
- „podržet“ kolegu, být mu oporou
- umět odpouštět druhým lidem

Emoční dovednosti lékařů (Satterfield, Hughes, 2007)

Orientované vůči sobě:

- mluvit sám se sebou pozitivně, povzbuzovat se
- uvědomovat si své vnitřní rozpoložení
- používat strategie, které člověka po somatické stránce uklidňují
- uvědomovat si, které aktuální emoce jsou teď ve hře
- mít pod kontrolou své impulzivní tendence
- kognitivně zvládnout emoce a zasadit své „já“ do nových souvislostí
- umět potlačit své emoce
- provádět sebereflexi vlastních emocí
- „podržet“ kolegu, být mu oporou
- umět odpouštět sám sobě

Emoční dovednosti lékařů (Satterfield, Hughes, 2007)

- v databázích bylo od r. 1980 identifikováno 828 článků o emočních dovednostech mediků a lékařů
- jen 26 se týkalo výzkumného ověření účinnosti výcviku u mediků
- čas věnovaný výuce kolísá od 2 do 64 hodin
- metody výuky: diskuse v malých skupinách, hraní rolí, jednání se standardizovaným pacientem, jednání s reálnými pacienty v jejich domácím prostředí
- cílová populace: onkologičtí pacienti, pacienti s HIV, pacienti v paliativní a v terminální péči
- ověřování účinnosti výcviku:
 - studentovo subjektivní hodnocení kursu, spokojenost s výcvikem;
 - kvalitativní přístup: medikovo portfolio na začátku a na konci, analýza medikových záznamů, medikových vyprávění
 - kvantitativní přístup: rozdíl posttest-prettest ze strany standardizovaného pacienta-hodnotitele, hodnocení videozáznamů medikova jednání s pacientem, dokončování prezentovaných situací; srovnání s výsledky kontrolní skupiny mediků (jen 19 % publikovaných výzkumů mělo charakter randomizované kontrolní studie a všechny vyšly příznivě pro výcvik)

Komunikační dovednosti

- stávají se běžnou součástí pregraduální přípravy lékařů i u nás
- nečeká se, až vzniknou jako vedlejší produkt při absolvování klinických oborů
- je jim věnována samostatná výuka
- počínaje obecným poučením, přes analýzu chyb, nácvik jednání v modelových situacích až po komunikaci s reálnými pacienty
- metodické instrumentarium obohacují videozáznamy studentova jednání
- v bohatších zemích se využívá i tzv. standardizovaných pacientů, tj. profesionálů (i herců), kteří se vůči medikovi chovají podle předepsaného scénáře, a medik musí tyto navozené situace řešit

Multikulturní kompetence

- spektrum pacientů se mění, lékaři se setkávají i s příslušníky menšin
- narůstá legální i nelegální mobilita osob
- pacienti z menšin se liší typy onemocnění, s nimiž k lékaři přicházejí, od běžné populace (výskyt zvláštních nemocí, s nimiž pregraduální příprava nemusela počítat)
- liší se kulturní tradicí, náboženstvím, znalostí jazyka majority, způsobem komunikování
- liší se svými názory na zdraví a nemoc, mohou mít svébytné názory na adekvátní postup při léčení, na poskytovatele péče (muslimské ženy)

Multikulturní kompetence (Rapp, 2006)

obecné složky pregraduální přípravy mediků	konkrétní případy
medicínsko-kulturní základ	epidemiologie, terminologie, údaje o zdravotním stavu menšin, lokální situace
sociálně kulturní témata	zvláštnosti komunikace, specifické role mužů a žen v daném společenství, rodinné zvyklosti, sexualita, spiritualita, porod, umírání, pluralismus péče
klinické dovednosti	jazyková bariéra, předsudky, navození terapeutického vztahu, problémy s pojištěním, identifikace socioekonomické situace, brání anamnézy, vyjednávání o léčbě
ověřování medikovy kompetence	didaktické testy, řešení kazuistik, sebehodnocení medika, zjišťování

Přínos problémového učení k sociálním kompetencím lékaře (Koh et al., 2008)

Sociální kompetence	sebehodnocení	objektivně
Dovednost komunikovat	průměrná	velmi dobrá
Interpersonální dovednosti	průměrná	slabá
Dovednost pracovat v týmu	velmi dobrá	slabá
Rozumět sociálním a emočním aspektům péče	velmi dobrá	slabá
Rozumět kulturním aspektům péče	slabá	velmi dobrá
Rozumět právním a etickým aspektům péče	velmi dobrá	velmi dobrá
Preventivní péče a podpora zdraví	slabá	žádná
Vhodné postoje vůči vlastnímu zdraví	velmi dobrá	žádná

Přínos problémového učení k manažerským kompetencím lékaře (Koh et al., 2008)

Manažerská kompetence	sebehodnocení	objektivně
Plánování času a organizační dovednosti	slabá úroveň	slabá
Systematická práce s dokumentací, aktualizování záznamů	žádná	žádná
Zhodnocení sebe sama a vzájemné hodnocení	slabá	velmi dobrá
Hlídaní nákladů na poskytnutou péči	žádná	slabá

Nejde jen o jednotlivá témata, kursy

- systémy pregraduální přípravy lékařů se mohou navzájem lišit
- jedním z těch, který se liší od tradičního systému jednotlivých předmětů, je systém problémového učení (*problem-based learning*)
- jednotkou je zde medicínské téma, komplexní problém a k jeho řešení potřebuje medik integrovat poznatky z více lékařských oborů
- těžiště práce je v malých skupinách a v náročném samostudiu
- přehledová studie (Koh, Khoo, Koh, 2008) prozkoumala 103 článků o přínosu problémového učení pro rozvoj 6 kompetencí lékaře
- vědeckým kritériím vyhovělo 13 výzkumů
- zde se soustředíme na „měkké kompetence“

Americká komise pro akreditace kompetencí v lékařském vzdělávání (2007)

- detailně analyzovala dva systémy:
- učení opírající se o praxi (*practice-based learning*)
- systémy vzdělávání a výcviku založené na praxi (*systems-based practice*)
- vznikla podrobná přehledová studie Moskowitz, Nash (2007)
- studie zmapovala:
 - výchozí teorie, celkové pojetí přípravy
 - postupy používané při učitelově vyučování a studentově učení
 - způsoby zjišťování výsledků přípravy

Celosvětová situace (Baernstein et al., 2008)

- Způsoby **hodnocení účinnosti intervencí** při přípravě mediků v letech 2006/2007
 - pouze objektivní údaje (26 % výzkumů)
 - subjektivní i objektivní údaje (36 % výzkumů)
 - pouze subjektivní údaje typu spokojenost s výukou, změna postoje, sebehodnocení medika (38 % výzkumů)
- Způsoby **objektivního hodnocení účinnosti intervencí**:
 - testování znalostí mediků (29 % výzkumů)
 - objektivní strukturovaná klinická zkouška nebo jednání se standardizovaným pacientem (13 % výzkumů)
 - výkon na fantomu nebo v počítačem modelované situaci (13 %)
 - jednání s reálným pacientem (3 %)
 - jiné objektivní postupy (14 %)

Celosvětová situace (Baernstein et al., 2008)

- kvalita pregraduální výuky – výsledky výzkumů **založené na důkazech** (*evidence-based medical education*):
- v letech 1969–2007 vzniklo 472 výzkumných prací, které vyhovují náročným kritériím
- lze pozorovat **výrazný nárůst** výzkumů: v letech 1969–1995 se ročně publikovalo 1–23 prací, v letech 2004/2005 už 135 prací, v letech 2006/2007 už 147 prací
- pořadí světadílů, kde výzkumy probíhají: USA 263 prací + Kanada 27 prací (61 %), Evropa 101 (21 %), Asie 36 (8 %), Austrálie 23 (5 %)

Širší kontext toho, co se vyučuje na lékařských fakultách (Fjellström, 2008)



Závěry

- celosvětově stoupá zájem o „měkké dovednosti“ lékaře
- tyto „měkké dovednosti“ musí vyučovat velmi dobří, široce vzdělaní a plně kompetentní učitelé
- tematika vstupuje do pregraduální přípravy v různých podobách a v různém rozsahu
- účinnost této přípravy se zatím zjišťuje především pomocí subjektivních názorů studentů
- měří se jen krátkodobé efekty; pouze 5 % výzkumů sleduje dopady intervence déle než 1 rok
- bude třeba zjišťovat dlouhodobé efekty, včetně dopadů na péči o pacienty; je třeba začít s prospektivními studiemi
- celá problematika má širší rámec – změnu pohledu na to, co patří do kompetencí soudobého lékaře

Kontakt:

prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.

Katedra sociálního lékařství

Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Hradci Králové

mares@lfhk.cuni.cz

PhDr. Jaroslava Králová a kol.

Současné trendy ve vzdělávání budoucích lékařů

Sborník z konference

Výkonný redaktor: prof. MUDr. Milan Kolář, Ph.D.

Odpovědný redaktor: Mgr. Jana Kreiselová

Technická a výtvarná redakce: DMD agency, s.r.o. Zlín

Jazykový redaktor: Mgr. Pavla Kubištová

Vydala Univerzita Palackého v Olomouci, Křížkovského 8, 771 47 Olomouc

www.upol.cz/vup | e-mail: vup@upol.cz

Vytisklo Z studio, spol. s r.o.

Olomouc 2008

1. vydání

Ediční řada – Ostatní publikace

ISBN 978-80-244-2198-8

KOORDINÁTOR PROJEKTU:



Řešitel a odborný garant: Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky LF UP v Olomouci
Projektový management a koordinace: Profesně poradenské centrum FF UP v Olomouci

PARTNEŘI PROJEKTU:



lékařská fakulta
univerzita palackého olomouc

TARAPROFESSIONALS



KONTAKT:

Ústav sociálního lékařství a zdravotní politiky
Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci
Hněvotínská 3
775 15 Olomouc
Česká republika

tel.: +420 585 632 702

fax: +420 585 632 716

e-mail přednosty Ústavu: katerina@tunw.upol.cz

e-mail řešitele a odborného garanta projektu: kralov2t@tunw.upol.cz

www.medici-za-sebeprevenci.upol.cz