

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD**

Institut sociologických studií  
Katedra veřejné a sociální politiky

**Pavčina Tvrdá**

**Sdělování onkologické diagnózy z pohledu  
mladých lékařů**

*Bakalářská práce*

Praha 2012

Autor práce: **Pavčina Tvrdá**

Vedoucí práce: **Mgr. Karolína Dobiášová**

Rok obhajoby: 2012

## Bibliografický záznam

TVRDÁ, Pavlína. *Sdělování onkologické diagnózy z pohledu mladých lékařů*. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií, 2012. 79 stran. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Karolína Dobiášová.

## Abstrakt

Bakalářská práce na téma **Sdělování onkologické diagnózy z pohledu mladých lékařů** se snaží zjistit, jaká je připravenost mladých lékařů na sdělování onkologické diagnózy pacientům a identifikovat související problémové oblasti v rámci českého zdravotnického systému. Analyzovány byly teoretické i praktické okolnosti sdělování onkologické diagnózy včetně podmínek pracovního prostředí. Dále byly identifikovány vysoké nároky kladené na lékaře v institucionální zdravotní péči a popsáno související riziko profesního vyhoření. Prozkoumána byla i odborná příprava lékařů v systému pregraduálního a postgraduálního vzdělávání. Primární data byla získána pomocí kvalitativního výzkumu metodou polostrukturovaných rozhovorů s lékaři. Následnou analýzou a komparací se sekundárními zdroji dat vznikly kategorie, které tvoří další část práce. Interpretace kategorií jsou doplněny citacemi z proběhlých rozhovorů. V závěru práce jsou shrnuty odpovědi na výzkumné otázky.

## Abstract

The thesis called **Informed of the Diagnosis to Cancer Patients from the Perspective of Young Doctors** try to figure out what is the preparedness of young physicians to communicate the diagnosis to cancer patients and identify problem areas associated within the Czech health care system. The theoretical and practical considerations are analyzed, including the work environment. There are the high demands placed on physicians in institutional care and the associated risk of professional burnout is described. The training of physicians in undergraduate and postgraduate education was explored. Primary data was gathered using qualitative research method by semistructural interviews with doctors. The next part of the thesis are categories, that were interpreted by analysis and comparison of the secondary

sources of data. Interpretations of categories are replenished by citations. The findings correspond to the main research questions.

## Klíčová slova

Onkologie, medicínská etika, sdělování diagnózy, vzdělávání lékařů, ohrožení zdravotníků, psychohygiéna, syndrom vyhoření.

## Keywords

Oncology, medical ethics, communication diagnosis, education of doctors, health threats, psychohygiene, burnout.

**Rozsah práce:** 119 839 znaků

## Prohlášení

Prohlašuji, že předkládanou práci jsem zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.

Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.

Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 27. července 2012

.....

Pavčina Tvrdá

## Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí práce Mgr. Karolíně Dobiášové za její cenné rady. Dále děkuji všem respondentkám za jejich čas a také svým blízkým za trpělivost a podporu.

# Projekt bakalářské práce

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta sociálních věd

Institut sociologických studií

Předpokládaný název bakalářské práce:

## **Sdělování onkologické diagnózy pacientům**

### **Informed of the Diagnosis to Cancer Patients**

Řešitel: Pavlína Tvrdá

Konzultant: Mgr. Karolína Dobiášová

#### **1. Vymezení předmětu zkoumání**

Neustále narůstající výskyt onkologických onemocnění mě motivoval věnovat se tomuto závažnému tématu i v mé bakalářské práci. Vzhledem k tomu, že pracuji jako sestra na pneumoonkologickém oddělení, jsem denně svědkem dalších záchytů zákeřného onkologického onemocnění. Onkologické onemocnění plic je dle národního onkologického registru třetím nejčastěji diagnostikovaným onkologickým onemocněním v České republice. Možnou léčbou jsou metody chirurgické, radioterapeutické a chemoterapeutické, avšak v případě maligních onemocnění se většinou jedná o velmi agresivní onemocnění s mizivou prognózou. Proto se dá hovořit o terminální diagnóze.

*„Umírání a smrt jsou tabuizovaná témata, o kterých lidé neradi slyší, neradi hovoří, či dokonce jen přemýšlejí. Přitom je smrt samozřejmě přirozená součást našeho života, které se vyhnout nemůže nikdo“* [Haškovcová 2000, s. 12]. Když přihlédnu ke statistickým číslům, každý rok si v ČR vyslechne diagnózu nádorového onemocnění téměř 80 000 lidí [ÚZIS 2011]. Tolika lidem se rázem změní život. A právě proto, že se jedná o zásadní převrat v životě každého z nich, jsem přesvědčená, že by se sdělování takto závažné diagnózy měl věnovat dostatek pozornosti. Na výsledné diagnóze se sice

nic nemění, ale způsob sdělení diagnózy může ovlivnit celou další léčbu a nezbytnou spolupráci pacienta.

Komunikace s pacientem je nedílnou součástí práce každého lékaře. Avšak sdělování špatných zpráv nepatří k oblíbeným činnostem nikoho. Kompetenci ke sdělování diagnózy má dle platných českých zákonů pouze lékař. V těchto chvílích je obzvlášť nezbytné umění taktní komunikace. Schopnost efektivní a zároveň vhodně volené komunikace bývá častým problémem na straně lékařů. Bilancování mezi sdělením kruté pravdy a milosrdnou lží je historicky řešeným etickým dilematem. Lékaři mají obsáhlé znalosti medicíny, ale studium je jen málo připravuje na praktickou komunikaci s pacientem [Rajčanová 2009].

Ve srovnání s minulostí došlo i ve zdravotnické komunikaci k mnoha pokrokům. Během posledních let se situace posunula o kus dál. Lékaři už tak často nelžou. Alespoň pokud jde o diagnostickou pravdu a pojmenování nemoci. Co se týká prognózy, tam se lze stále hodně. Nejmladší generace lékařů je již vychovávána jinak, ale z nedostatku zkušeností se občas dopustí opačného extrému. Nepříjemnou pravdu tvrdě vpálí nemocnému necitlivě a bez přípravy, rovnou mezi oči [Svatošová 2010].

Jak by tedy měl lékař správně přistupovat k obtížnému úkolu sdělení kruté pravdy? Odborník na danou problematiku, onkolog Prof. MUDr. Jiří Vorlíček, Csc. sepsal již před více než deseti lety manuál pravidel pro sdělování onkologické diagnózy, který nazval Desatero zásad sdělování onkologické diagnózy. V tomto desateru jsou zohledněny základní doporučení pro komunikaci s onkologickými pacienty, která by mohla ostatním lékařům sloužit jako vodítko při sdělování nepříznivé diagnózy [Vorlíček 2001]. Je ale jasné, že žádný manuál není všeobecně uplatnitelný, nakonec tedy nejvíce závisí na osobním uvážení a taktu každého lékaře.

Dalším problémem mohou být podmínky, které jsou lékařům nastoleny zaměstnavateli a pracovním prostředím. Jedná se např. o nedostatečné možnosti dalšího vzdělávání, které zaměstnavatelé svým lékařům (ne)nabízejí. Dále jsou to nevyhovující poskytnuté prostory k soukromým rozhovorům s pacienty. Je nemilou pravdou, že stále dochází k rozebírání citlivých soukromých informací o pacientově stavu před zraky ostatních spolupacientů na nemocničním pokoji, což není vždy způsobeno lékařským netaktem, ale na příčině může být právě nevhodné prostorové uspořádání konkrétního oddělení.

Jelikož diagnóza nevyléčitelného onemocnění změní člověku od základu život, věřím, že je nezbytný specifický a individuální přístup ke každému pacientovi. Protože



otevřeně a citlivě podaná informace o diagnóze a prognóze vede k lepšímu vyrovnání se s nemocí, k posílení pocitu autonomie, důvěry v lékaře a k povzbuzení realistických očekávání a plánů<sup>1</sup>.

Jsou toto ale zdravotnická zařízení schopna nabídnout? Jak dochází ke sdělování tohoto nemilosrdného ortelu? Jsou lékaři schopni poskytnout dostatek podpory a informací? Jak vnímají lékaři svoji roli nositele špatných zpráv? Jak jsou při studiu medicíny připravováni na komunikaci s pacientem? Jaké inovace by lékaři uvítali pro zlepšení svých kompetencí? Na tyto a další otázky se pokusím nalézt odpovědi ve svém výzkumu.

## 2. Teoretická a hodnotová východiska

Koncepty, které v práci hodlám využít, vychází převážně z medicínské etiky. Rozporuplné přístupy sdělení kruté pravdy nebo naopak taktika milosrdné lži jsou diskutovaným etickým tématem. Do etických východisek spadá i manuál pravidel pro sdělování onkologické diagnózy Jiřího Vorlíčka nazvaný Desatero zásad sdělování onkologické diagnózy. Důležitým faktorem je také míra a způsob sdělení informace o závažné diagnóze. Právě v takovýchto mezních životních situacích si uvědomíme pravdivost přísloví: „*Rána mečem se hojí vždy, rána způsobená slovem však nikdy*“ [Jankovský 2003, s. 134].

Dalším teoretickým východiskem je teorie psychické odezvy na závažné onemocnění podle Elisabeth Kubler-Rossovové, která již v 80. letech minulého století rozdělila období, kterými nemocný prochází během průběhu onemocnění na 5 základních fází: fáze popření, fáze hněvu, fáze smlouvání, fáze deprese a fáze akceptace [Jankovský 2003, s. 131; Kübler-Ross 1995, s. 15].

Další klíčový pojem je syndrom vyhoření (burn-out syndrom) u zdravotníků pracujících ve vypjatém prostředí [Schmidbauer 2000]. V české literatuře se pro výraz 'vyhoření' používají další synonyma jako vyhaslost, vypálení nebo vyprahlost. Náročné požadavky na pomáhající představují pro některé zdravotníky nepřiměřenou zátěž a je známo, že právě proto jsou tyto profese nejvíce ohroženy vznikem syndromu vyhoření.

Další oblasti možných teorií jsou: psychoonkologie, vzdělávání lékařů, komunikace, teorie zvládání stresových situací, psychohygienu a prevence syndromu vyhoření.

---

<sup>1</sup> Umírání.cz. [online]. © 2011. [cit. 1.6.2011]. Dostupné z: <http://www.umirani.cz/sdelovani-onkologicke-diagnozy.html>].

Toto téma je určitě hodnotově založené. Vzhledem k etické tématice se hodnotám nelze vyhnout. Důležitými východisky celé práce bude zdraví versus nemoc jako determinanty psychického stavu jedince, právo člověka na informace, (ne)rovnocenný vztah mezi lékařem a pacientem, atd.

### **3. Cíle práce**

*Hlavní cíl:*

Prozkoumat a popsat okolnosti při sdělování onkologické diagnózy z pohledu lékařů.

*Vedlejší cíle:*

Prozkoumat odbornou přípravu lékařů na komunikaci s pacientem.

Prozkoumat podmínky a pracovní prostředí, ve kterém lékaři komunikují s pacienty.

Identifikovat související institucionální nedostatky.

### **4. Výzkumné otázky**

Jakým způsobem sdělují lékaři závažnou diagnózu pacientům?

Jak jsou při studiu medicíny připravováni na komunikaci s pacientem?

Jak lékaři vnímají svoji roli nositele špatných zpráv?

Jaké podmínky pro komunikaci s pacienty mají lékaři na svém pracovišti?

Jaké jsou související nedostatky v systému českého zdravotnictví?

### **5. Metodologie**

Vzhledem k tomu, že chci získat detailní informace o procesu sdělování onkologické diagnózy z pohledu lékařů, využiji ve své práci kvalitativní metodologie. Není mým záměrem získat přesná kvantitativní data, proto se zaměřím spíše na subjektivní interpretace respondentů. Hlubší porozumění problému mi umožní využití kvalitativní metodologie [Silverman 2005, s. 20]. Metodou sběru dat budou polostrukturované rozhovory s lékaři (onkology). „*Cílem hloubkového a polostrukturovaného rozhovoru je získat detailní a komplexní informace o studovaném jevu...*“ [Švaříček 2007, s. 13].

Pokusím se dodržet všechny etické náležitosti vedení rozhovoru, včetně informovaného souhlasu. Volba výzkumného vzorku bude nenáhodná. Záměrně cíleným vzorkem budou lékaři, kteří často sdělují nepříznivé diagnózy. Možnou

metodou výběru vzorku bude metoda úsudkem. Jsem si vědoma náročnosti při získávání vhodných informantů. Bude složité přesvědčit zaneprázdněné lékaře, aby mi poskytli rozhovor na relativně citlivé téma. Ráda bych tedy provedla alespoň pět interview. Informace plánuji zaznamenat na diktafon a následně doslovně přepsat. Trochu se obávám časové náročnosti pořizování a přepisů dat.

Po transkripci rozhovorů následuje analýza dat. K sesbíraným primárním datům se přidají sekundární data z již proběhlých výzkumů. Proces kvalitativního výzkumu má 'cirkulární' rámec. „*Jednotlivé fáze se překrývají, jsou realizovány paralelně a co více, výzkumník se neustále vrací k předcházejícím stádiím a modifikuje je*“ [Švaříček 2007, s. 51]. Nevím zatím přesně, jakou strategii výzkumu zvolit, to se bude odvíjet podle průběhu výzkumného šetření. Opakovaným kódováním získaných údajů a jejich následnou kategorizací se pokusím zakotvit platnou teorii, která by napomohla k navrhnutí možných změn. Výstupy budou zřejmě vzhledem k velikosti zkoumaného vzorku jen stěží zobecnitelné a částečně ovlivněné svým vlastním hodnotovým rámcem.

Jsem si vědoma, že osobní zaujetí pro danou tematiku může být problematické, ale myslím, že nezaujatý rozhovor není možný, „*protože badatel si vybírá téma, otázky a účastníky výzkumu podle svého zájmu, cílů výzkumu a možností*“ [Švaříček 2007, s. 161].

Dále budu vycházet z již proběhlých výzkumů, prozkoumám dostupné dokumenty a v neposlední řadě použiji relevantní kvantitativní data vypovídající o daném fenoménu.

„*Plán výzkumu má pružný charakter. To znamená, že plán výzkumu se z daného základu rozvíjí, proměňuje a přizpůsobuje podle okolností a dosud získaných výsledků*“ [Hendl J., s. 63]. Vzhledem k citlivé povaze zkoumaného tématu může dojít k drobným odchylkám od plánovaného záměru.

## **6. Předpokládaná struktura práce**

Úvod a vysvětlení základních pojmů

Teoretická a hodnotová východiska

Metody výzkumu

Deskriptivní část

Analytická část

Závěry

## 7. Základní literatura k tématu

ALAN, Josef. *Etapy života očima sociologie*. 1. vydání. Praha: Panorama, 1989. 440 stran. ISBN 11-071-89 02/37.

ANGENENDT, Gabriel, SHÜTZKE-KREILKAMP, Ursula, TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie v praxi-Psychoedukace, poradenství a terapie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2010. 328 stran. ISBN 978-80-7367-781-7.

HÁJEK, Karel. *Práce s emocemi pro pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Portál, 2006. 120 stran. ISBN 80-7367-107-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Spoutaný život. Kapitoly z psychoonkologie*. Praha: 3. LF UK, 1991. 336 stran.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. 1. vydání. Praha: Galén, 2000. 192 stran. ISBN 80-7262-0347.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3. vydání. Praha: Galén, 2002. 272 stran. ISBN 80-7262-132-7.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. 408 stran. ISBN 80-7367-040-2.

JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Triton, 2003. 224 stran. ISBN 80-7254-329-6.

KAPR, Jaroslav, KOUKOLA, Bohumil. *Pacient: revoluce v poskytování péče*. 1. vydání. Praha: SLON, 1998. 76 stran. ISBN 80-85850-49-4.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. 1. vydání. Turnov: Arica, 1993. 148 stran. ISBN 80-85878-12-7.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání: etický manuál pro mediky, lékaře a sestry*. Rozšířené vydání s příspěvky a komentáři. Praha: H & H, 1995. 293 stran.

PERA, Heinrich, WEINERT, Bernd. *Nemocným nablízku. Jak pomáhat v těžkých chvílích*. 1. vydání. Praha: Vyšehrad, 2000. 200 stran. ISBN 80-7021-152-0.

SCHMIDBAUER, Wolfgang. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. Praha: Portál, 2000. 176 stran. ISBN 80-7178-312-9.

SILVERMAN, David. *Ako robíť kvalitatívny výskum*. Bratislava: Ikar, 2005. 327 stran. ISBN 80-551-0904-4.

STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. 103 stran. ISBN 978-80-247-3553-5.

STRAUSS, Anselm, CORBIN, Juliet. *Základy kvalitativního výzkumu. Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1. vydání. Brno: Sdružení podané ruce, 1999. ISBN 80-85834-60-X.

ŠVARŤÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007. 384 stran. ISBN 978-80-7367-313-0.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Záludnost takzvané milosrdné lži*. In *Sestra*. [online]. 8.6.2010. © 2007-2012. [cit. 2011-12-01]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/zaludnost-takzvane-milosrdne-lzi-452677>.

THE, Anne-Mei. *Paliativní péče a komunikace*. 1. vydání. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-24-4.

Zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu

Zákon č. 220/1991 Sb. o České lékařské komoře

Zákon č. 95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta

### **Další webové zdroje:**

Český statistický úřad (ČSÚ). Dostupné z [www.czso.cz](http://www.czso.cz)

Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS). Dostupné z [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)

Zdravotnické noviny. Dostupné z [www.zdn.cz](http://www.zdn.cz)

Umírání.cz-portál pro pečující, zdravotníky, nemocné a pozůstalé. Dostupné z [www.umirani.cz](http://www.umirani.cz)

Wikipedie-internetová encyklopedie. Dostupné z <http://cs.wikipedia.org/>

Standardy pro onkologické pregraduální vzdělávání. Dostupné z <http://onkostandard.onkokurz.cz/vystupy/>

# OBSAH

BIBLIOGRAFICKÝ ZÁZNAM.....	3
ABSTRAKT .....	3
ABSTRACT.....	3
KLÍČOVÁ SLOVA.....	4
KEYWORDS.....	4
PROHLÁŠENÍ.....	5
PODĚKOVÁNÍ .....	6
PROJEKT BAKALÁŘSKÉ PRÁCE .....	7
OBSAH.....	15
ÚVOD .....	17
<b>1. CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....</b>	<b>20</b>
HLAVNÍ CÍL:.....	20
DÍLČÍ CÍLE: .....	20
VÝZKUMNÉ OTÁZKY: .....	20
<b>2. METODY A ZDROJE DAT .....</b>	<b>20</b>
2.1 STRUKTURA ROZHOVORŮ .....	21
2.2 VÝBĚR RESPONDENTŮ .....	21
2.3 REALIZACE ROZHOVORŮ.....	22
2.4 ETIKA VÝZKUMU .....	23
2.5 PROCES ANALÝZY DAT .....	23
<b>3. TEORETICKÁ A HODNOTOVÁ VÝCHODISKA.....</b>	<b>24</b>
3.1 TEORIE PSYCHICKÉ ODEZVY.....	24
3.1.1 <i>Stadia psychické odezvy podle E. K. Ross</i> .....	24
3.2 MEDICÍNSKÁ ETIKA .....	25
3.2.1 <i>Krutá pravda versus milosrdná lež</i> .....	25
3.3 (NE)ROVNÝ VZTAH MEZI LÉKAŘEM A PACIENTEM.....	26
<b>4. SDĚLOVÁNÍ DIAGNÓZY V ŠIRŠÍCH SOUVISLOSTECH .....</b>	<b>27</b>
4.1 ZÁSADY SDĚLOVÁNÍ DIAGNÓZY PACIENTŮM .....	27
4.1.1 <i>Pozice lékaře při sdělování diagnózy</i> .....	29
4.1.2 <i>Specifika onkologické diagnózy</i> .....	30
4.2 PRÁVO NA INFORMACE .....	31
4.3 PALIATIVNÍ MEDICÍNA A PSYCHOONKOLOGIE .....	32
4.3.1 <i>Postoj ke smrti a umírání</i> .....	33
4.4 MEDICÍNSKÝ POKROK.....	34
4.4.1 <i>Technologizace a dehumanizace medicíny</i> .....	35
4.5 OSOBNOST LÉKAŘE.....	35
4.5.1 <i>Sociální kompetence lékařů</i> .....	36
4.5.2 <i>Vztah lékař-pacient</i> .....	37
4.5.3 <i>Zvládání zátěžových situací</i> .....	38
4.6 VZDĚLÁVÁNÍ LÉKAŘŮ .....	39
4.6.1 <i>Profesní růst lékařů</i> .....	40
4.6.2 <i>Příprava lékařů na řešení eticky složitých situací</i> .....	41
4.6.3 <i>Zvyšování komunikačních dovedností</i> .....	41
4.7 PODMÍNKY PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	43

4.7.1 Ohrožení zdravotníků .....	43
4.7.2 Syndrom vyhoření .....	45
4.7.3 Prevence vyhoření a psychohygienu .....	45
4.7.4 Supervize.....	46
<b>5. ANALÝZA ROZHOVORŮ .....</b>	<b>47</b>
5.1 PREGRADUÁLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ LÉKAŘŮ .....	47
5.1.1 Teoretická příprava na etická dilemata .....	48
5.1.2 Nedostatky pregraduálního vzdělávání .....	48
5.2 POSTGRADUÁLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ .....	49
5.3 DALŠÍ MOŽNOSTI VZDĚLÁVÁNÍ .....	49
5.4 SDĚLOVÁNÍ ONKOLOGICKÉ DIAGNÓZY V PRAXI .....	50
5.4.1 Pacientova práva .....	50
5.4.2 Další okolnosti sdělování diagnózy.....	51
5.5 VZÁJEMNÝ VZTAH .....	52
5.6 MULTIDISCIPLINÁRNÍ PŘÍSTUP .....	52
5.7 UMĚNÍ KOMUNIKACE .....	53
5.7.1 Lékařská omnipotence.....	53
5.7.2 Medicínské hranice .....	54
5.8 KOMUNIKAČNÍ PASTI V MEDICÍNĚ .....	54
5.9 KURZY KOMUNIKACE .....	55
5.9.1 Nezájem o kurzy v praxi .....	55
5.10 LÉKAŘSKÁ DEZILUZE .....	56
5.10.1 Obranné mechanismy lékařů .....	56
5.10.2 Odolní lékaři .....	57
5.10.3 Mladá generace lékařů.....	57
5.11 NEGATIVNÍ PODMÍNKY PRACOVNÍHO PROSTŘEDÍ .....	58
5.12. NUTNOST PSYCHOHYGIENY.....	58
5.12.1 Supervize v praxi.....	59
5.13 ZÁVĚRY ANALÝZY .....	59
<b>6. SUBJEKTIVNÍ REFLEXE VÝZKUMU .....</b>	<b>60</b>
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>63</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>66</b>
<b>POUŽITÁ LITERATURA .....</b>	<b>68</b>
<b>SEZNAM TABULEK .....</b>	<b>76</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>77</b>



## Úvod

Vzhledem k tomu, že pracuji jako sestra na pneumoonkologickém oddělení, jsem denně svědkem dalších záchytů zákeřného nádorového onemocnění. Dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky se četnost zhoubných nádorů ve struktuře příčin úmrtnosti v ČR neustále zvyšuje, na rozdíl od ostatních příčin úmrtí, které mají klesající tendenci. Onkologická onemocnění jsou druhou nejčastější příčinou smrti v ČR. V roce 2010 zemřelo celkem 106 844 občanů ČR, z toho 27 834 osob (26% všech zemřelých) zemřelo na zhoubné nádorové onemocnění (ÚZIS 2011).

Každý rok si v ČR vyslechne onkologickou diagnózu téměř 80 000 lidí (ÚZIS 2011). Tolika lidem se rázem změní život. A právě proto, že se jedná o zásadní převrat v životě každého z nich, jsem přesvědčená, že by se sdělování tak závažné diagnózy měl věnovat dostatek pozornosti. Proto jsem se rozhodla prozkoumat toto téma ve své bakalářské práci. Nechci se zabývat otázkou, zda pravdu sdělit, či nesdělit. Na toto téma už bylo napsáno mnoho literatury a v podstatě nebyl nalezen konsensus, na kterém by se všichni shodli. Příznivci pravdy však převyšují nad těmi, kteří uznávají milosrdné klamání. Existuje i mnoho spisů o reakcích nemocných na nepříznivou diagnózu. Této tématice se budu věnovat pouze okrajově, abych vysvětlila některé podstatné souvislosti. Hlavním bodem mého zájmu však budou okolnosti při sdělování onkologické diagnózy z pohledu lékařů.

Sdělování špatných zpráv nepatří k oblíbeným činnostem nikoho. Kompetenci ke sdělování diagnózy má dle platných českých zákonů pouze lékař. V těchto chvílích je obzvláště nezbytné umění taktní komunikace. Schopnost efektivní a zároveň vhodně volené komunikace bývá častým problémem na straně lékařů. Bilancování mezi sdělením kruté pravdy a milosrdnou lží je historicky řešeným etickým dilematem. Lékaři mají obsáhlé znalosti medicíny, ale studium je jen málo připravuje na praktickou komunikaci s pacientem, takže interakce s nevléčitelně nemocnými se pro mnohé lékaře stává zátěžovou situací.

Protože způsob sdělení diagnózy může ovlivnit celou další léčbu a nezbytnou spolupráci pacienta, chci zjistit, jak lékaři tuto nepříjemnou činnost zvládají a jak jsou připraveni na roli nositele špatných zpráv. Zaměřím se na to, jaká je jejich teoretická i

praktická připravenost a pokusím se identifikovat související problémové oblasti v systému českého zdravotnictví. Tato zjištění chci podložit studiem sekundárních pramenů a vlastním empirickým šetřením provedeným s lékaři na onkologických odděleních.



# 1. Cíle a výzkumné otázky

## ***Hlavní cíl:***

Zjistit, jaká je připravenost mladých lékařů na sdělování onkologické diagnózy pacientům a identifikovat související problémové oblasti v rámci českého zdravotnického systému.

## ***Dílčí cíle:***

Prozkoumat okolnosti sdělování onkologické diagnózy v literatuře a v praxi.

Zjistit, jak probíhá odborná příprava lékařů na interakci s pacientem v systému pregraduálního a postgraduálního vzdělávání.

Prozkoumat podmínky a pracovní prostředí, ve kterém lékaři pracují s onkologickými pacienty.

## ***Výzkumné otázky:***

Jaká je připravenost mladých lékařů na sdělování onkologické diagnózy?

Jaké jsou související problémové oblasti v rámci českého zdravotnického systému?

Jakým způsobem by lékaři měli sdělovat závažnou diagnózu pacientům a jak to probíhá v praxi?

Jak probíhá odborná příprava lékařů na interakci s pacientem v systému pregraduálního a postgraduálního vzdělávání?

Jak jsou nastaveny podmínky pracovního prostředí pro lékaře na onkologických odděleních?

# 2. Metody a zdroje dat

K naplnění stanovených cílů jsem použila metody analýzy dokumentů a dat a vlastního kvalitativního výzkumu v empirické části. K ukotvení tématu jsem využila hlavně sekundární zdroje dat včetně statistických údajů a zákonných norem. Důkladné studium těchto zdrojů mi umožnilo lepší vhled do problematiky a vytvořilo předběžný rámec pro následný empirický výzkum. Kvalitativní výzkum jsem zvolila, protože nekvantifikuje, ale snaží se zachytit podstatu daného fenoménu, čímž umožní hlubší porozumění společenským jevům (Silverman 2005, s. 20).

Kvalitativní metodologie je založena převážně na induktivním usuzování. Indukce je založená na principu opakování. Opakování případů vede k přijetí určitého obecného pravidla nebo zákona. Kvalitativní přístup je tak procesem, který zkoumá jevy a problémy v autentickém prostředí. Cílem je získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem badatele, který provádí kvalitativní výzkum, je rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu (Švaříček 2007, s. 14, 17).

## **2.1 Struktura rozhovorů**

Technikou sběru dat jsou **polostrukturované rozhovory s lékaři**, kteří jsou často nuceni sdělit nepříznivou diagnózu nebo hovořit o blízkosti smrti. „*Cílem hloubkového a polostrukturovaného rozhovoru je získat detailní a komplexní informace o studovaném jevu*“ (Švaříček 2007, s. 13). Rozhovory nejsou standardizované, mají pouze dopředu připravené schéma, které je průběžně upravováno podle individuálních podnětů respondentů v průběhu rozhovoru. „*Plán výzkumu má pružný charakter. To znamená, že plán výzkumu se z daného základu rozvíjí, proměňuje a přizpůsobuje podle okolností a dosud získaných výsledků*“ (Hendl 2005, s. 63).

Předem vytvořený scénář rozhovoru (příloha č. 1) byl přizpůsoben logice problému, aby bylo následné kódování přehlednější. Při přípravě scénáře jsem vycházela z prostudované literatury a jiných zdrojů relevantních k dané problematice. Dle konkrétní situace ale bylo nutné otázky průběžně upravovat a doplňovat.

## **2.2 Výběr respondentů**

Výběr respondentů je nenáhodný. Jedná se o záměrný, **cílený výběr** mladých lékařů pracujících na onkologických pracovištích. Věk lékařů do 35 let bylo kritérium, které mi umožnilo zkoumat jejich čerstvé zkušenosti se systémem pregraduálního i postgraduálního vzdělávání.

Kvůli reprezentativnosti výzkumu jsem měla v úmyslu oslovit lékaře obou pohlaví. Genderovou vyrovnanost se mi nepodařilo nastolit, protože obecně jsem se na zkoumaných pracovištích setkala více se ženami, lékařkami a také byly ženy sdílnější a ochotnější rozhovor poskytnout. Původně jsem oslovila osm adeptů na rozhovor, z toho dva byli muži. Jeden z lékařů rozhovor rovnou odmítl, druhý z mužů zrušil smluvený termín. Třetí oslovená lékařka se omluvila kvůli nedostatku času. Vzhledem k časové

vytíženosti lékařů byl obecně problém získat je k rozhovorům. Často pracují i po oficiální pracovní době, o víkendech a tak ve vzácných chvílích volného času nebyli příliš nakloněni účasti na výzkumu. Nakonec jsem tedy získala 5 respondentek. Tyto respondentky byly seznámeny s cílem mého výzkumu a s pořízením rozhovoru a jeho záznamem souhlasily.

Získané rozhovory byly provedeny s **5 lékařkami ve věku od 30 do 33 let**.

S přihlédnutím k této okolnosti jsem specifikovala objekt výzkumu na „mladé lékaře“.

Tabulka č. 1: Přehled respondentů

Respondentka	Věk	Délka praxe	V současném zaměstnání	Délka rozhovoru
A	32 let	7 let	5 let	50 minut
B	32 let	7 let	1 rok	36 minut
C	33 let	8 let	8 let	33 minut
D	30 let	5 let	2 roky	35 minut
E	30 let	5 let	2 roky	32 minut

(Zdroj: autorka)

### **2.3 Realizace rozhovorů**

Snažila jsem se, aby byly rozhovory nahrány v neutrálním prostředí mimo pracoviště, aby se docílilo co největší naturalnosti svěřených pocitů. Nerušené prostředí a klid jsem vnímala jako nezbytnost pro dobře proběhlé interview. Vzhledem k časové zaneprázdněnosti respondentů jsem však ve dvou případech musela zmírnit svá očekávání na kvalitu prostředí pro rozhovor a vzít za vděk prostředím lékařského pokoje nebo pracovny. Rozhovory se prováděly po předchozím seznámení s účelem výzkumu a nutným souhlasem zúčastněných. Získání souhlasu, navázání důvěrnosti a možnost nahlédnout zpětně do výsledků výzkumu jsou kritéria, kterými jsem se snažila zajistit etickou stránku výzkumu. Zastřením jmen zúčastněných jsem zabezpečila potřebnou anonymitu, která brání případnému narušení soukromí respondentů.

Na počátku každého rozhovoru jsem představila záměr svého výzkumu, ujistila respondenty o jejich anonymitě a vysvětlila, proč je nutné rozhovory nahrávat na diktafon. Pokusila jsem se také vysvětlit, že neexistují jednoznačně správné odpovědi.

Cílenými otázkami jsem se snažila respondenty povzbudit k autentickým odpovědím a verbalizaci jejich pocitů.

## **2.4 Etika výzkumu**

Účelem získaných rozhovorů je získat citlivé osobní údaje o vnímání a pocitech interesovaných osob. Z tohoto důvodu nebylo vždy úplně možné udržet si výzkumný odstup a v některých momentech se i mé emoce promítly do výzkumu. Jako zdravotník a tedy 'domorodec'<sup>2</sup> jsem měla výhodu větší důvěry a otevřenosti respondentů, ale na druhou stranu souběžně hrozilo riziko nedostatečného výzkumnického odstup, které kladlo velké nároky na míru mé sebereflexe. I toto podtrhuje nízkou reliabilitu kvalitativního výzkumu, je velmi pravděpodobné, že jiný badatel by ze stejného výzkumu přinesl odlišné závěry. Podle Švaříčka (2007, s. 161) je nemožné vést neutrální rozhovor, „protože badatel si vybírá téma, otázky a účastníky výzkumu podle svého zájmu, cílů výzkumu a možností.“ Reliabilitu výzkumu je možné zlepšit triangulací (Silverman 2005, s. 190).

Vcítění do situace sice může být přítěží pro objektivitu výzkumu, na druhou stranu ani výzkumník není chladný stroj, který se může zcela odosobnit od svých pocitů. Angažovaností nezískáme jen údaje, ale přináší také emoce a zkušenosti. Naopak profesionální odstup výzkumníka může být při zkoumání takto citlivých témat spíše na obtíž, protože neumožní vytvoření vazby mezi výzkumníkem a zkoumaným a mnoho dat může zůstat zatajeno. Jak říká A. M. Theová: „Když se snažíte udržet objektivní odstup, může se stát, že životy těch, které studujete, vám mohou zůstat uzavřeny“ (The 2007, s. 231, 232).

## **2.5 Proces analýzy dat**

Po realizaci rozhovorů následovala jejich doslovná transkripce a analýza získaných primárních dat. Proces analýzy zahrnoval kódování transkribovaného textu podle tématických okruhů. „Kódování představuje operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a opět složeny novými způsoby“ (Strauss 1999, s. 39).

Při analýze jsem se opírala o informace z již prozkoumaných sekundárních zdrojů dat. Pro zvýšení reliability výzkumu jsem využila metody triangulace. Triangulace znamená kombinaci různých metod, různých výzkumníků nebo

---

<sup>2</sup> 'Domorodec' je specifická role výzkumníka v prostředí, které je mu známé (Švaříček 2007, s. 76, 77).

zkoumaných osob (Hendl 2005, s. 149). Komparací primárních a sekundárních dat jsem doplnila výsledky výzkumu.

### **3. Teoretická a hodnotová východiska**

#### **3.1 Teorie psychické odezvy**

Sdělení závažné diagnózy je pro psychiku člověku nadlimitní zátěž. Jelikož se mnoho nádorových onemocnění dlouhou dobu nijak nemanifestuje, onkologická diagnóza zasáhne člověka nepřipraveného, v plném proudu každodenního života (Janáčková 2008, s. 89). Reakce pacientů na stanovenou onkologickou diagnózu jsou velmi různé, avšak jedno mají společné. Vždy se jedná o radikální zlom v jejich životě, který ovlivní nejen jejich zdravotní stav, ale ve velké míře také zatíží psychiku. Každý člověk je osobnost a jeho reakce jsou velmi individuální, proto nelze odezvy na takto závažné onemocnění nějak skálopevně zobecňovat. Přesto však můžeme vysledovat některé společné reakce, kterými většina pacientů prochází (Jankovský, s. 131). Mnoho pacientů diagnózu „rakoviny“ vnímá jako rozsudek smrti. „*Nic není jisté. A nic už není tak jako dřív... Budu žít? A pokud ano, jak dlouho?*“ (Angenendt, s. 93). To je jen jedna z možných reakcí.

##### **3.1.1 Stadia psychické odezvy podle E. K. Ross**

Kompletněji jsou reakce pacienta na špatnou zprávu shrnuty jako fáze psychické odezvy v teorii Elisabeth Kubler-Rossové. Tato autorka rozděluje pacientovi reakce do několika etap. První je iniciální (počáteční) šok, kdy se dostavuje tíseň a strach ze smrti. Na šok navazuje fáze popření, kdy pacient neguje svůj stav. Třetí stadium je hněv a agrese směřovaná proti blízkým osobám a ošetřujícímu personálu. Po období hněvu nastává fáze smlouvání, pacient začíná upravovat žebříček hodnot a činí velké sliby. Po tomto období přichází fáze deprese jakožto přirozená reakce na prodělanou zátěž. Závěrečnou fází je akceptace pravdy a to buď formou smíření, nebo naopak v podobě rezignace a zoufalství. Úkolem všech pomáhajících je, aby proces vyrovnávání se vyústil právě do fáze smíření a ne rezignace, která je výrazem osobní prohry. Celý průběh nikdy není lineární, každý nemocný prochází jednotlivými fázemi různě dlouho



a ne každý projde všemi vyjmenovanými (Kübler-Ross 1995, s. 15-48; Jankovský 2003, s. 131-134).

## **3.2 Medicínská etika**

Pojem etika vznikl z řeckého slova ethos=mrav a jedná se tedy o vědu zkoumající mravnost. Předmětem etiky je morálka, která hodnotí lidské jednání z hlediska dobra a zla, a to porovnáním s lidským svědomím (Jankovský, s. 21, 22). Etika obecně ustanovuje, co je mravné a co mravné není, přičemž se někdy platné mravní názory přičí názorům správným (Haškovcová 2002, s. 13). V užším pojetí můžeme diferencovat jednotlivé speciální etické disciplíny, mezi které patří i profesní etika. V lékařství se pak jedná o lékařskou neboli medicínskou etiku, která řeší mravní závazky lékařů vůči pacientům, kolegům a veřejnosti. Existenci profesní etiky vyvrací Erich Fromm svým konstatováním: „*Myslím, že nic takového, jako je lékařská etika, ve skutečnosti neexistuje. Je pouze všeobecná lidská etika vztahovaná na určité lidské situace*“ (Fromm in Kübler-Ross, s. 77).

Nejstarším medicínským etickým kodexem je Hippokratova přísaha, která je navzdory svému stáří stále platná a obecně přijímaná. Mezi další etické normativy patří např. etický kodex České lékařské komory, etický kodex Práva nemocných. Lékařská etika řeší mnohé sporné otázky, v posledních letech se vděčným tématem k neustálým diskuzím odborníků i laické veřejnosti stala eutanázie<sup>3</sup>.

### **3.2.1 Krutá pravda versus milosrdná lež**

V minulosti se většina odborníků přiklápěla k tzv. milosrdné lži (=pia fraus nebo také tzv. těšínská jablíčka in Jankovský 2003, s. 135), což obhajovali obavou z možných negativních dopadů sdělení. Méně zmiňovaným důvodem pro volbu milosrdné lži byl také nedostatek komunikačních dovedností lékařů nebo jejich osobní nevyzrálost. Jak uvádí ve své knize H. Haškovcová (1991, s. 48, 49): „*Zlověstné mlčení halené do hávu ospravedlnitelné humanity reprezentuje především naše rozpaky, naše selhání.*“ V současnosti je trend opačný a evidentní je příklon k pravdivé informovanosti. Tento trend lze akceptovat při dodržení souvisejících etických požadavků (Stolínová 2010, s. 207). Jako vhodná se považuje také strategie 'sdělování pravdy po kapkách', tedy

---

<sup>3</sup> Eutanázie=usmrcení na žádost nebo se svolením nemocného, v českém právu je v současnosti eutanázie nepovolená a je posuzována podle trestního zákona jako vražda (Stolínová 2010, s. 46).

pravdivá informace s omezením, která je později doplňována a zpřesňována (Haškovcová 2000, s. 54-56).

Někteří lékaři však stále nesdělují pacientovi celou pravdu o závažné diagnóze v obavě, aby pacient unesl situaci a nepomýšlel třeba na sebevraždu. Tyto obavy jsou reálné, avšak výzkumy nepotvrdily přímou souvislost mezi sebevražedným jednáním a sdělením nepříznivé diagnózy. Nesdělení diagnózy je pro pacienta také významnou informací, která evokuje úvahy o vážnosti stavu a dovoluje předjímat katastrofické scénáře. Navíc zatajování diagnózy může vést k promarnění vzácných chvil v závěru života a bolestnému pocitu zrady (Svatošová 2010).

Pacientům nelze lhát do očí, ale je důležité ponechat nemocnému prostor pro udržení naděje, která může odvrátit myšlenky na temnou budoucnost (Dostálová 1996, s. 223). Míra předkládané naděje by měla být úměrná závažnosti onemocnění a míře možností, které má zdravotník k dispozici (Jankovský 2003, s. 136). „*Čím nepříznivější je situace, v níž svou naději osvědčujeme, tím hlubší tato naděje je. Naděje prostě není optimismus. Není to přesvědčení, že něco dobře dopadne, ale jistota, že má něco smysl-bez ohledu na to jak to dopadne*“ (Václav Havel in Haškovcová 1991, s. 305).

Ke sdělení pravdivé diagnózy se přiklání i vedoucí Centra pro bioetiku na 1. LF UK Doc. MUDr. PhDr. Jan Payne, PhD., který říká, že: „*Za určitých okolností může i špatná zpráva mobilisovat síly a zase bagatelizace ochromit snahu uzdravit se. Kromě toho, pokud pacient zjistí, že byl podveden tím, komu důvěřoval, uzavře se a tato zrada ho může daleko hlouběji uvrhnout do jeho choroby.*“ Z těchto důvodů je nezbytné volit pro každého pacienta zcela individuální přístup a adekvátní sdělení. Protože pravda má vysloveně subjektivní povahu a není tedy možné jí dát všeobecný ráz (Payne 1995, s. 256, 257). S přihlédnutím k obtížné cestě vedoucí k pravdě o nemoci a pravdě života s nemocí, které jsou opředeny mnoha mýty, má každý člověk právo na své subjektivní vidění pravdy. Pravda o existenci závažné nemoci je v mysli pacienta nějakým způsobem přítomna a všichni kolem se pouze rozhodují, zda o ní hovořit či mlčet. Lékař nemusí vždy sdělit úplně vše, ale vše, co řekne, musí být pravda (Haškovcová 1991, s. 1, 44, 58).

### **3.3 (Ne)rovný vztah mezi lékařem a pacientem**

Lékař i pacient jsou si právně i občansky rovni. Odlišuje je lékařova specializovaná vzdělanost a odbornost. Každý, kdo není lékař, je v medicíně laik. Proto by se lékař při informování nemocného měl soustředit na to, co je podstatné a

srozumitelné (Haškovcová 2002, s. 244). Díky všeobecně vzrůstající úrovni vzdělanosti společnosti se ale i rozdíl ve vzdělanostní asymetrii mezi pacientem a lékařem snižuje. Objevuje se nová, více individualizovaná role nemocného, která je ve srovnání s historicky přijímanou autoritativností lékaře a závislostí pacienta, mnohem více rovnocenná. V současné společnosti se vztah mezi lékařem a pacientem stává více partnerský. Je to i díky zvyšující se informovanosti pacientů, kteří mají lepší přehled o zdravotních službách díky snadno dostupným informacím z internetu nebo z médií (Tate 2010, 90).

V demokratickém státě jsou vysoce ceněna lidská práva, pacient má plné právo na dostatek informací, které mu umožní nést zodpovědnost za rozhodnutí o vlastním životě. Proto není nadále možná submisivní role pacienta, ale je kladen důraz na individuální svobodu, vlastní názor a participaci pacienta (Janáčková 2008, s. 65, 66). Upřednostňuje se spolupodílení pacienta na veškerém rozhodování. Upouští se od zakořeněného dominantního postavení lékaře, který předkládal jednoznačná řešení. Pacient má nejen právo, ale dokonce povinnost se zajímat o svůj zdravotní stav a očekává se, že bude autonomně rozhodovat v případech týkajících se jeho zdraví.

I tato plnoprávnost a rovnocenný vztah má ale svá úskalí. Spolupráce a vzájemný dialog je ovlivněn mnoha faktory, mezi které bezpochyby patří osobnostní svéráz obou zúčastněných stran, věk pacienta, úroveň jeho vzdělání nebo psychický stav. Vzájemnou asymetrii podporují také tradiční mýty, díky kterým lékaři jen těžko opouštějí zažitou představu vlastní všemohoucnosti a laici paradoxně nárokují lékaře jako člověka, který se nemůže mýlit, mít pochybnosti a nesmí mít strach (Haškovcová 1991, s. 212).

## **4. Sdělování diagnózy v širších souvislostech**

### **4.1 Zásady sdělování diagnózy pacientům**

Nelze stanovit jednotný návod na to, jak sdělit závažnou diagnózu. Výše jsem poukázala na to, jak psychicky náročné je pro pacienta přijetí nepříjemné pravdy a je tedy nezbytné vždy přihlídnout k mnoha individuálním okolnostem konkrétní situace. Problematiku sdělování pravdy shrnula Haškovcová (2000) do 6 základních okruhů: **„Komu, kdy, jak, co, kde a kdo“**.

Pravda by měla být sdělena každému dospělému člověku, protože na to má podle Listiny základních práv a svobod právo. Méně častý je případ, kdy si pacient

nepřeje slyšet pravdu o svém zdravotním stavu. Ve 3. kapitole Konvence o biomedicině je uvedeno, že každý člověk je oprávněn znát všechny informace o svém zdraví. Pokud si však někdo nepřeje být informován, je třeba to respektovat (Haškovcová 2000, s. 52). V současnosti už bývá každému pacientovi v institucionalizované péči předkládán informovaný souhlas, ve kterém může pacient zvolit, zda si přeje být informován o svém zdravotním stavu, případně může uvést osobu/y, kterým budou tyto informace poskytovány nebo naopak vyslovit zákaz podávání informací kterékoli osobě.

Termín sdělení pravdy by měl být vždy až poté, co je diagnóza definitivně potvrzena. Neúplné a nejisté informace mohou totiž pacienta zbytečně traumatizovat a demotivovat. Vhodné je prvotně navázat určitý vztah důvěry mezi lékařem a pacientem. Ideální je také načasovat si rozhovor na dobu, kdy bude mít lékař pro sdělení diagnózy dostatek času a nebude vyrušován jinými povinnostmi. Odpověď na otázku, kde by se takový rozhovor měl odehrát, je obtížná. Nemocniční prostory jsou všeobecně studené, neútulné a institucionalizované. Najít tak intimní, klidný prostor pro závažný rozhovor je poněkud složité. Ideální je soukromé místo, kde nebude rozhovor rušen ani telefony, ani jinými příchozími.

Jediná jednoznačná odpověď je na otázku, kdo diagnostickou pravdu sděluje. V českém prostředí je to zpravidla ošetřující lékař, protože podle platné právní normy je lékař tím profesionálem, který nese za pacienta plnou právní odpovědnost. Otázku, zda by nebylo vhodné přizvat někoho, kdo umí lépe nakládat s předpokládanými emocemi, si už položilo mnoho autorů a většina se shoduje na určité výhodnosti multidisciplinární péče. Roli prostředníka by mohl skvěle saturovat kněz nebo psycholog, avšak tento přístup není v naší zemi nijak běžný. Přitom není žádným profesním nedostatkem přiznat, že se některý lékař na sdělování pravdy necítí. Musel by tu však být někdo, kdo to udělá za něj, třeba psycholog (Dostálová 1996, s. 222). Z důvodů ekonomických, organizačních a hlavně právních ale zatím nelze tuto službu plně zabezpečit, protože lékař nemá ze zákona právo přenést svoji povinnost informovat pacienta na někoho jiného (Stolínová 2010, s. 197). Zajímavou možností je i přítomnost profesionálního asistenta, který mediuje setkání a následně nabízí psychickou podporu příjemcům nepříznivých zpráv. Tuto službu nabízí ve větších městech zdarma sdružení Gaudia<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Sdružení Gaudia. Asistence při sdělování nepříznivé diagnózy. [online]. © 2009. Dostupné z: <<http://www.gaudiaprotirakovine.cz/sluzby-lekarum-a-sestram/asistence-pri-sdelovani-nepriznive-diagnozy>>.

Co tedy v takových obtížných rozhovorech říkat? Pravdu, polopravdu, pravdu po kapkách, milosrdnou lež nebo neříkat nic? To vždy záleží na konkrétní situaci, osobnosti nemocného a přístupu lékaře. Mladá generace lékařů už je vzdělávána tak, aby pacientům nelhali. Ale někdy se z nedostatku zkušeností stává opačný extrém, totiž že mladý lékař vpálí nemocnému pravdu bez přípravy, neuváženě a necitlivě (Svatošová 2010). Medici by měli být odborně vedeni ke zvládnutí složitých komunikačních situací, ale jelikož neexistuje jediný obecně platný přístup, je nutné, aby si každý lékař našel svůj vlastní osobitý styl (McManus 1993). A hlavně: „*Slova musí mít oporu ve vlastním názoru a nemohou být účinná v případě, že se je jen naučíme*“ (Haškovcová 2010, s. 322).

To, jakým způsobem by mělo ke sdělení diagnózy dojít, není striktně dáno. Existují dobře míněné rady, že by se nepříjemné zprávy měly sdělovat individuálně vhodným způsobem. Hovořit pomalu, srozumitelně, otevřeně, upřímně, citlivě a s nadějí. Rozhovor by měl probíhat v soukromí, ve věcné, ale empatické atmosféře a je vhodné, aby se lékař na takový rozhovor připravil. Informace, které si lékař dopředu shromáždí, mu usnadní následnou komunikaci a umožní vyvarovat se některých zbytečných omylů (Bennett 1996). Je ideální navázat kontakt, dát pacientovi prostor pro dotazy a vyjádření jeho negativních pocitů. Vždy by se mělo jednat o dialog, který upevní následný společný postup.

Také je vhodné odhadnout míru sdělených informací. Totiž kolik informací je pacient schopen vstřebat? Je prokázáno, že v zátěžové situaci lidská mysl funguje zcela jinak než v normálním stavu. V emotivně vypjatém stavu často nemocný slyší, ale nevnímá obsah sdělení. Stává se tak, že i přes dostatečně podané informace, pacient tvrdí, že o ničem neví (Stolínová 2010, s. 193). Kolik vyřčených informací pronikne až k pacientovi je tedy nejisté. Každopádně je pacient zasažen a ořesen a nabíhají tak přirozené obranné reakce, které zajišťují, aby nedošlo k přílišnému narušení psychiky nemocného. Někteří pacienti propadnou panice, jiní úzkosti nebo jsou zmatení a vlastně nerozumí tomu, co jim lékař sděluje (Kübler-Ross 1995, s. 93). I z tohoto důvodu se osvědčuje sdělování pravdy postupně „po kapkách“.

#### **4.1.1 Pozice lékaře při sdělování diagnózy**

Je samozřejmé, že i pro lékaře je sdělování špatných zpráv stresovou situací, z které bude hledat únikovou cestu. Tu si časem může nalézt právě v odosobnění a cynismu, které ho chrání před opakovaně vyčerpávajícími emočními reakcemi, ale na

druhou stranu takový postoj přináší neempatický přístup vůči pacientovi (Tate 2010). Lékaři se musí naučit odbornému profesionálnímu postoji a kriticky hodnotit svůj přístup, aby nesklouzli ani do profesní deformace, ale také si zvládli udržet určitý potřebný odstup (Dostálová 1986, s. 96). Věcně profesionální přístup je na místě, ale nesmí hraničit s chladnou necitelností, která se právě za profesionalitu někdy zaměňuje (Tvrdá 2012, s. 22). O tom, jak dávkovat ten nejprimárnější a zároveň nejdůležitější lék, tedy samotného lékaře, píše Michael Balint ve své knize *Lékař, jeho pacient a nemoc*. Protože pacienta neléčí pouze farmakologické přípravky, lékařské nástroje a technologie, ale v nemalé míře také sama osoba lékaře. „*Lékař coby lék, může být indikován a dávkován dobře i špatně, odborně i laicky.*“ Balint (1999) tak poukazuje na nezanedbatelný léčebný a psychoterapeutický vliv ošetřujícího lékaře na pacienta. Lékaři jsou ve vztahu k pacientům aktivními účastníky vztahu a proto je zapotřebí identifikovat lékařovy pocity a vhodně je při komunikaci využít (Janáčková 2008, s. 58).

#### **4.1.2 Specifika onkologické diagnózy**

Podle Ptáčka (2011, s. 68) je důležité si uvědomit, proč je sdělování nepříznivých zpráv tak obtížné a jaké pocity to u lékaře může vyvolat. Poukazuje na to, že lékař často neví, jak nejlépe informaci sdělit, takže pociťuje nejistotu, strach z emocionální reakce pacienta nebo strach z případné změny vzájemného vztahu. Proto je obzvlášť na onkologických pracovištích vhodné mít zpracovaný standard nebo návod ke sdělování závažných informací, podle kterého budou zaměstnanci postupovat a který umožní určitou ritualizaci informování podle konkrétních možností daného oddělení (Haškovcová 2002, s. 136). I s touto vizí sepsal před více než deseti lety odborník na danou problematiku, onkolog Prof. MUDr. Jiří Vorlíček, Csc., manuál pravidel pro sdělování onkologické diagnózy, který nazval *Desatero zásad sdělování onkologické diagnózy*. V tomto desateru jsou zohledněny základní doporučení pro komunikaci s onkologickými pacienty, která by mohla ostatním lékařům sloužit jako vodítko při sdělování nepříznivé diagnózy (Vorlíček 2001). (Kompletní seznam zásad je uveden v přílohách.) Je ale jasné, že žádný manuál není všeobecně uplatnitelný, nakonec tedy nejvíce závisí na osobním uvážení a taktu každého lékaře.

## 4.2 Právo na informace

Osobnostní a morální požadavky na lékaře jsou v podstatě nevynutitelné, takže jedině, co je dané a tedy platné, jsou normy právní, kterými se lékaři ze zákona řídit musí. Relevantní jsou hlavně dva zákony: zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu a zákon 220/1991 Sb. o České lékařské komoře. České zákony ukládají lékaři povinnost pacienta informovat 'přiměřenou' formou, podle jeho uvážení a svědomí (Zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu). Právě slovo přiměřenost je ale otázkou mnoha sporů. Příhodná je otázka MUDr. Julije Krelina: „*Kde je asi ta zlatá střední cesta mezi informovaností a nevědomostí?*“ (in Haškovcová 1991, s. 11). Lékařova ochota pravdivě informovat může být motivována více obavou z forenzních dopadů nesdělení než z psychických potřeb nemocných. V mnoha případech ale dochází spíše k zatajování některých informací. Paradoxní je stav, kdy pacient o nemoci ví své, lékař ví, že pacient ví, a přesto se mezi nimi neodehrává otevřená komunikace (Haškovcová 2002, s. 135, 136).

Pacient má kromě práva na informace samozřejmě také právo nebýt informován o svém zdravotním stavu, pokud to jinak neodporuje platným zákonům. Tato možnost je zanesena v Konvenci o biomedicíně, která byla v České republice ratifikována v roce 2001. V třetí kapitole, článek 10 je uvedeno, že každý člověk je oprávněn znát všechny informace o svém zdravotním stavu. Pokud si však někdo nepřeje být informován o svém zdraví, je potřeba to respektovat (Haškovcová 2002, s. 107). Protože může být velmi nehumánní uvrhnout pacienta nevhodným podáním informace do beznaděje (Virt 2000, s. 42, 43). Další kodex, který se vyjadřuje k právům nevyléčitelně nemocných, je tzv. Charta umírajících, která byla Radou Evropy uznána v roce 1999. V oddíle B se praví, že je nutné dodržovat mimo jiné i efektivní právo osob nevyléčitelně nemocných a umírajících na pravdivé a kompletní informace o jejich zdravotním stavu, za podmínek předání těchto informací s maximální možnou mírou taktu. Současně je nutné respektovat přání osob, které si takto informovány být nepřejí (Charta umírajících in Haškovcová 2002, s. 220).

Dle Etického kodexu České lékařské komory je lékař povinen informovat nemocného srozumitelným způsobem o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, dále o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které mohou nastat během léčby. Zadržování informací o

nepříznivé diagnóze nebo prognóze je možné v individuálních případech v zájmu nemocného dle úvahy a svědomí lékaře (Jankovský 2003, s. 200).

Vzhledem k náročnosti některých medicínských situací je pochopitelné, že lékař si není vždycky jistý, co se hodí říct a kdy. V onkologii se stává, že lékař i pacient si navzájem nerozumějí. Jakoby každý mluvil jiným jazykem. Pacient zcela odlišně chápe běžné lékařské termíny, o kterých lékař vůbec nepřemýšlí, protože jsou pro něj jednoznačné (Dostálová 1996, s. 220, 221). „Právě při využití odborné terminologie může dojít k mnoha omylům s fatálními následky.“ Proto je vhodnější komunikovat s pacienty běžnou řečí bez užívání složitých latinských výrazů (Vávrová 2012, s. 82). Otevřenost a informovanost je předpokladem následné spolupráce a podmínkou vzájemné důvěry (Haškovcová 1991, s. 6).

### **4.3 Paliativní medicína a psychoonkologie**

Paliativní péče je právě péče o nevléčitelně nemocné. Je typická pro hospicovou terapii, kapacita hospiců<sup>5</sup> však není dostatečná, proto se paliativní péče běžně integruje i do běžných zdravotnických zařízení. A rozhodně to není nějaká podřadná léčba, jak bývá někdy vnímána. Neustále totiž přetrvává mylná představa, že paliativní léčba je méně profesionální, méně nákladná a společensky méně významná. Opak je pravdou, paliativní léčba je poskytována nejméně 75% nemocných s maligním onemocněním (Haškovcová 2000, s. 12). Zahrnuje nejen léčbu bolesti a dalších příznaků, ale i řešení psychologických a sociálních problémů. Jejím cílem je umožnit terminálně nemocným co nejvyšší možnou kvalitu života a důstojný odchod (tamtéž, s. 37).

Lékař v paliativní péči často přijímá roli prostředníka, tlumočnicka, důvěrníka, poradce dodávajícího odvalu, vyjednavče atd. V případě, že někoho chceme doprovázet ke smrti, musíme sami sebe dobře znát a vědět, co od sebe v tak obtížné a zraňující situaci můžeme očekávat. Naše individuální standardy a hodnotové orientace vytvářejí pozadí našeho morálně zodpovědného jednání (Angenendt 2010, s. 197). V případě, že se u pacientů s nádorovým onemocněním přidá nutnost léčby psychických obtíží kvůli zátěži vyplývající z léčebných opatření, můžeme hovořit o psychoonkologii. Jedná se o profesionální empatické doprovázení. Až 40% pacientů s nádorovým onemocněním potřebuje profesionální pomoc ve formě poradenství nebo psychoterapie,

---

<sup>5</sup> Hospic je zařízení, které pečuje o pacienty v terminálním stadiu nemoci. Poskytuje paliativní lékařskou péči.



aby se psychicky a sociálně vyrovnali s nepříznivou diagnózou. Stává se, že je lékař vtažen do náročného životního příběhu a pacient si na něm bude 'odžívat' nepříjemné a bolestivé pocity (Angenendt 2010, s. 43, 196). Zdravotníci tak často musí nalézt kompromis mezi empatií a věcností, aby sami nepodlehli depresím (Virt 2000, s. 48). V takovém případě je na místě pomoc i pro zdravotníka (viz kapitoly o psychohygieně).

K rozvoji paliativní medicíny došlo až v 90. letech 20. století a uznání za samostatný obor se dočkala teprve v roce 2004 Zákonem č. 95/2004. Odbornou postgraduální specializaci v paliativní medicíně mohou lékaři získat absolvováním roční nástavbové specializace a podrobením se atestační zkoušce<sup>6</sup>. Dobrovolné vzdělávání v oblasti péče o nevyлéčitelně nemocné je možné získat např. ve vzdělávacím centru 1. českého Hospice Anežky České v Červeném Kostelci (Haškovcová 2000, s. 60-61), kde je možné zařídít si stáž nebo dobrovolnické místo<sup>7</sup>. Také je možné absolvovat certifikovaný specializační kurz Paliativní medicína pořádaný Institutem paliativní medicíny České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP nebo se zúčastnit některého z mnoha praktických kurzů<sup>8</sup>. Možností je dostatek, většinou se však jedná o finančně i časově nákladné kurzy a závisí tedy na samotném lékaři, případně jeho zaměstnavateli, nakolik bude investovat do dalšího vzdělávání v této oblasti.

#### 4.3.1 Postoj ke smrti a umírání

*„Člověk může mít strach, ale nesmí se bát.“* (E. Hemingway in Haškovcová 1991, s. 9).

Smrt je přirozenou součástí každého života, avšak je pochopitelné, že o ní běžně nepřemýšlíme. Myšlenky spojené s umíráním ve většině z nás vyvolávají negativní pocity, které nejsou žádoucí, proto je přirozeně vytěsňujeme. Situace se mění v případě, kdy se umírání týká nás nebo našich blízkých. Najednou jsme nuceni toto tabuizované téma poodkrýt a začít se jím zabývat. Třeba ve stáří vytěsňujeme smrt tím intenzivněji, čím se smrt skutečně přibližuje. Umírání a smrt můžeme vytěsnit ze svých myslí, ale ne ze svého života (Haškovcová 2010, s. 315-317). Náš vnitřní postoj ke smrti je poznamenán určitou vyhýbavostí, zmateností a neupřímností. Proto smrt chápeme jako

---

<sup>6</sup> IPVZ. Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. [online]. © 2012. Dostupné z: <<http://www.ipvz.cz/lekari/vypis.aspx>>.

<sup>7</sup> HOSPIC ANEŽKY ČESKÉ. Vzdělávání a stáže. [online]. © 2012. Dostupné z: <<http://www.hospic.cz/vzdelavani-a-staze.html>>.

<sup>8</sup> ČSPM. Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. © 2012. Dostupné z: <<http://www.paliativnimedicina.cz/institut-paliativni-mediciny/kurzy-prolekare>>.

zcela osobní a intimní záležitost až ve stáří. Zatímco tedy nemoc vyhrocuje problém žití, stáří vyhrocuje problém umírání (Alan 1989, s. 396).

*„I když se týká každého z nás, doopravdy se jí zabývat začneme až v okamžiku, kdy přijdeme o zdraví. Do té doby je smrt abstraktním pojmem. Děti a mladí lidé jsou svým způsobem nesmrtelní. Teprve s ohrožením zdraví, které do té doby bereme jako garantovanou jistotu, na ni reálně pomyslíme. Smrt je opravdu jedním z posledních tabu naší společnosti,“* říká lékař, profesor Vladimír Beneš (2012) v rozhovoru na téma Smrt, jedno z posledních tabu. Nikdo nemá na smrt příslušné vzdělání, ale každý má nejen právo, ale i morální a lidskou povinnost zaujmout stanovisko ke svému budoucímu umírání a jistě příchodí smrti (Haškovcová 2002, s. 209).

Vážně nemocní nebo umírající vzbuzují ve svém okolí ambivalentní pocity. Nemoc a smrt symbolizují něco negativního, čemu je nutné se vyhnout. Zároveň však nemocní často evokují soucit, protože je onemocnění potkalo většinou bez jejich zavinění. Tyto smíšené postoje odporu a soucitu prožívají většinou laici, kteří tak vytěsňují náhlý pocit ohrožení vlastní existence (Vágnerová 1995, s. 211-217). Obyčejný člověk může nebo nemusí zaujmout ke smrti stanovisko, ale lékař je postaven do situace, kdy to musí udělat každopádně (Haškovcová 2002, s. 203). Profesionálové intenzivně konfrontování s realitou nemoci a smrti nemohou zůstat u vytěsnění, musejí si hledat jiné obranné mechanismy, které umožní zachování duševní rovnováhy v náročných situacích. Pomyslným vrcholem je pak akceptace reality. V souvislosti s přijetím smrtelnosti dochází zákonitě k posunu žebříčku životních hodnot.

#### **4.4 Medicínský pokrok**

Moderní medicína je ale mocná čarodějka. Díky rychlému pokroku je dnes možné zachránit pacienty, které by v dřívějších dobách čekala jistá smrt. Nastolená strategie úspěchu, která se orientuje na vítězný boj s nemocí, nepřipouští prohry. Smrt je vadou na kráse úspěšné medicíny. Lékaři jsou tak mnohdy zaměřeni na jediný cíl-uzdravení nemocného. Jiná možnost je vnímána jako neúspěch. Avšak tváří v tvář nevléčitelně nemocným, má i vítězná medicína své limity. Tyto hranice jsou výrazné hlavně v odvětví geriatric, onkologie nebo thanatologie. Tady je pravděpodobnost vyléčení pacientů velmi nízká a je tedy nutné, aby se v těchto oborech lékaři emočně obrnili a nevnímali smrt pacienta jako osobní prohru.

#### **4.4.1 Technologizace a dehumanizace medicíny**

Během studia medicíny si všichni budoucí lékaři musí osvojit obrovské množství odborných znalostí, naučí se skvěle diagnostikovat, léčit a hlavním cílem se jim stane zachránit nebo prodloužit život nemocného. Oblast komunikace a příprava na dialogy s pacienty je však všeobecně podceňována. Nikdo mediky nenaučí, jak přistupovat v případě, kdy už lékařská věda není schopna pomoci. Výuka lékařů i sester je stále zaměřena především na technologicky pojatou medicínu a využívá komplikované přístrojové vybavení a sofistikované vyšetřovací a terapeutické postupy (Haškovcová 2000, s. 11). V přetechnizované medicíně se přístup k pacientům stává neosobní, bezdotykový. V minulosti zvládali lékaři komunikaci s nemocnými a umírajícími zřejmě lépe i proto, že je těžký život bez zázraků vědy a techniky naučil více moudrosti a empatii.

Vzhledem k tomu, že se od poloviny 19. století výuka filosofie, potažmo i etiky, ve všeobecném vzdělání minimalizovala a stala se tak předmětem samostatně studovaného oboru, nastává zejména po roce 1945 problém nedostatečného všeobecného humanitního vzdělání. Obzvláště v oblasti lékařství se to zpětně jeví jako chyba a důsledkem je začátek dehumanizované superspecializované medicíny, jejímž negativem je ztráta lidské dimenze pomoci. Nárůst profesionality a prakticismu je na úkor přirozeného lidského kontaktu. Z těchto důvodů vyvstala potřeba vrátit na lékařské fakulty zpět výuku filosofie a zavést lékařskou etiku jako samostatnou disciplínu (Haškovcová 2002, s. 21, 22). Současné úspěšné medicíně je vytýkána zvláště nákladnost, samoučelnost, relativizace etických principů, podceňování psychosociálních souvislostí atd. Právě kvůli přílišné specializaci a atomizaci původně univerzální medicíny je nadále třeba zdůrazňovat a podporovat potřebu celostního, bio-psycho-sociálního přístupu ve zdravotnictví (Kapr 1998, s. 65, 66).

#### **4.5 Osobnost lékaře**

*„Lékař je nejen v naší kulturní oblasti, ale všude ve světě tradičně hodnocen vysoce pozitivně“* (Zacharová 2011, s. 157). Už dlouhá léta se profese lékaře umísťuje na předních pozicích ve výsledcích hodnocení prestiže povolání. Dokazují to i výsledky šetření zaměřené na prestiž povolání od Centra pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu AV ČR, které zcela jednoznačně poukázaly na výsadní postavení lékařské profese. Např. v roce 2004 umístilo 41% respondentů povolání lékaře na top pozici a dalších 35% dotázaných mu přiřadilo hodnotu nad 90 (Červenka 2004). V roce

2011 byla situace obdobná a lékařské povolání se opět umístilo na vrcholu žebříčku prestiže (Tuček 2011). Není tedy divu, že mnoho lidí bude k lékaři vzhlížet a s důvěrou se mu svěřit. Široké spektrum povinností lékaře a z nich vyplývající zodpovědnost za lidské zdraví ale klade vysoké požadavky na osobnost, profesionální přípravu, způsob života i psychickou stabilitu.

#### 4.5.1 Sociální kompetence lékařů

Na lékaře jsou po všech stránkách kladeny vysoké nároky v oblasti znalostí, dovedností i kompetencí. O tom, jaký by lékař měl být, už bylo napsáno mnoho. Ale jak takové lékaře vychovat a udělat z nich ty kvalitní erudované odborníky nejen na úrovni znalostní, ale i po stránce lidské, se píše méně. Nelze jasně předpokládat, že dostatečný intelekt pro dostudování lékařské fakulty je zároveň premisou pro to, stát se dobrým komunikačním partnerem pro široké spektrum pacientů.

Lékař a nemocný se většinou setkávají ve zvláštní vyhraněné situaci, kterou pro pacienta jeho onemocnění přináší. Vzájemný kontakt lékaře a nemocného tak vyžaduje kromě odborných znalostí i umění správně jednat s nemocnými, které zahrnuje dovednosti jako je empatie, osobní angažovanost, postřeh a pohotovost atd. (Zacharová 2011, s. 158).

*„Pro rozvoj sociálních kompetencí a následně sociálně inteligentního doprovázení budeme považovat obecnou inteligenci za nezbytný předpoklad, od něhož se odvíjejí další možnosti jedincova rozvoje“* (Vávrová 2012, s. 103). Kvůli měnícímu se pojetí inteligence je těžké ji definovat. Dle Brockerta a Braunové je inteligence: *„schopnost jedince odpovídat na podněty z okolního světa“* (in Vávrová 2012, s. 101). U lékaře se předpokládá dostatečná hodnota IQ vzhledem k dostudování náročné vysoké školy, ale to není jediná složka inteligence, která je nezbytná pro úspěch v životě.

**Emocionální složka inteligence (EQ)** je pojem, který zavedl v roce 1990 psycholog Peter Salovey jako ukazatel, který hodnotí schopnost člověka zacházet s emocemi a spolupracovat se sociálním okolím (Schulze, Roberts 2007, s. 55). Mezi složky EQ patří: znalost a ovládání vlastních emocí, sebmotivace, empatie, umění mezilidských vztahů a přizpůsobení se. Emoční inteligence předčí IQ hlavně v oblastech, kde je intelekt méně důležitý a důležitou roli hraje právě sebeovládání a empatie (Goleman 2011, s. 47, 48). Stejně jako pro měření IQ existují i EQ testy, ale jejich vyhodnocení a celkově výpovědní hodnota je obtížněji měřitelná než u IQ.

Někteří autoři řadí EQ do sociální inteligence, jiní je považují za soupeřící konstrukty.

**Sociální inteligence** (social quotient, SQ) je pojem Edwarda Thorndike, který ji první popsal jako: „*schopnost jednat s lidmi a tvořivě řešit interpersonální vztahy.*“ SQ zahrnuje takt, empatii, citlivost, zběhlost v mezilidské komunikaci, což jsou vlastnosti nezbytné obzvláště pro profesionály ve zdravotnictví (in Vávrová 2012, s. 104). Potřeba sociální inteligence dokládá to, že nestačí být jen chytrý, pro úspěch v životě jsou důležité i schopnosti, které jsou zahrnuty právě v definicích sociální a emoční inteligence. Všichni však určitě známe někoho inteligentního, kdo v interpersonálních vztazích značně pokulhává. Goleman v rozhovoru pro National Public Radio popisuje, že se i přes určité predispozice dají schopnosti sociální inteligence naučit a v průběhu života vylepšovat (Goleman 1996).

Pro osobní růst a rozvoj pracovníků ve zdravotnictví jsou nezbytné všechny výše jmenované složky inteligence, které můžeme souhrnně nazvat **sociální kompetence**. Intelkt a kompetence se vzájemně podmiňují, protože vysoká úroveň inteligence předpokládá úspěšný rozvoj jednotlivých druhů kompetencí u jedince (Vávrová 2012, s. 108).

#### **4.5.2 Vztah lékař-pacient**

Pacient se většinou odevzdává všanc do péče zdravotníků v naději, že ho vyléčí. Proto je nezbytně důležitý kvalitní vztah lékař-pacient. Navozená důvěra v lékaře je důležitá pro další spolupráci při léčbě. Pro vytvoření důvěry mezi lékařem a pacientem je nezbytným nástrojem komunikace. A právě komunikace je dar a zároveň věda, která někomu jde přirozeněji, jinému méně. Zde jistě platí staré přísloví, že rána způsobená mečem se zahojí rychleji než rána způsobená slovy. Ve zdravotnictví se však nebere umění komunikace dostatečně vážně (Coenen 1995, s. 184). Přitom nelze předpokládat u každého lékaře vhodné psychologické schopnosti. Vhodnou volbou je týmová spolupráce lékařů, při níž někteří zajistí vysoce specializované výkony a jiní se zaměří na péči o nemocného včetně té psychologické (Dostálová 1986, s. 85).

Křehký a zranitelný vztah mezi pacienty a zdravotníky je obzvláště závislý na zdravotnickových schopnostech empatie (Goldmann 2004, s. 60). Lékař sám si své pacienty nevybírání, ale musí být k dispozici každému, nehledě na osobní sympatie. Lásky k bližním, která je nezbytná ve všech pomáhajících profesích, by měla být nevlastnická a nevýběrová. Nestačí totiž věřit, že je dobré pomáhat druhým. Je potřeba to tak i cítit a žít tímto přesvědčením (Kopřiva 1995, s. 9, 28, 29). Tak by vypadal

ideální stav, v realitě je ale častěji vztah lékaře a pacienta popisován jako vztah charakteristický vzájemnou neúctou, nepochopením, podezíravostí a obviňováním. To se děje hlavně důsledkem neosobního jednání ze strany lékařů a také nesprávným zevšeobecnováním některých negativních zkušeností pacientů (Štucbartová 1995, s. 220).

Excelující nebo dokonce exhibující lékař nesmí být středobodem medicíny, tím musí nadále zůstat pacient a jeho kvalita života. Tomu by měla odpovídat i míra pacientova podílu na léčení. Pacient jako člověk se svobodnou vůlí má právo na rovný partnerský vztah, ve kterém získá dostatek informací, aby byl schopen samostatné volby. Nesmí však dojít k neoprávněnému přenosu lékařské zodpovědnosti na pacienta, který obvykle není vybaven potřebnými odbornými znalostmi (Kapr 1998, s. 70). Současná medicína upřednostňuje především partnerský vztah, kdy se lékař z autoritativní osobnosti stává koordinátorem činnosti a pacient se angažuje na léčebném procesu (Zacharová 2011, s. 240).

Důležitým aspektem je také společenský význam přikládany komunikaci. Obzvláště v dnešní komunikativní společnosti, kdy je člověk charakterizován jako „homo dialogalis“, tedy člověk formující se v rámci komunikace (Kapr 1998, s. 66), je efektivní dialog nutným nástrojem spolupráce lékaře a pacienta. Každý pacient potřebuje pochopit patologické mechanismy své nemoci na úrovni svého vzdělání a inteligence, proto je nutné, aby tomu lékař přizpůsobil způsob svého projevu. Lékař běžně poskytuje erudovanou péči, ve které je si jistý svojí profesionalitou, ale mnohdy je pro něj těžké podat pomocnou ruku jako člověk. Následkem toho vzniká propast mezi nemocným a lékařem. Přitom vhodně volené slovo může mít cenu rovnající se drahocennému léku (Haškovcová 1991, s. 10, 28).

### **4.5.3 Zvládání zátěžových situací**

Nový pocit 'osobního uvědomění si smrti' může být vnímán buď znepokojivě, nebo jako porozumění vlastní smrtelnosti. Podle D. J. Daviese i lidé, kteří se se smrtí denně setkávají osobně (zdravotníci, pracovníci pohřebních ústavů), uvádějí, že je překvapila intenzita zármutku při smrti někoho blízkého. „*Takovou ztrátu nelze očekávat, nelze ji 'nacvičit' ani se na ni 'připravit'*“ (Davies 2007, s. 21, 22). Každá ztráta je náročnou životní situací, avšak rozhodný význam pro prožívání ztráty má emocionální vazba na zemřelého člověka. Přirozenou reakcí na tuto situaci je smutek projevující se na emocionální i tělesné úrovni (Špatenková 2004, s. 55).

Stejně tak jako pacienti, i rodinní příslušníci a ošetřující personál prochází často stadii odezvy na nevy léčitelnou nemoc podobně jako pacient (kapitola 3.1.1, s. 24). Pouze je to s časovým zpožděním nebo po pacientově smrti. Většinou se to zdravotníkům stává u pacientů, ke kterým si vytvořili nějaký vztah. Zpracování a vyrovnání se se zátěžovými zážitky je celoživotní proces, ale pracovní zkušenosti mohou být také východiskem pro další osobnostní a duševní rozvoj (Angenendt 2010, s. 213). Právě od nemocných a umírajících pacientů se učíme poznávat pravé hodnoty života. „*Kdo jiný by nám mohl být učitelem, nežli ti, kteří sami poznali, co to je stát na konci života a chystat se učinit krok přes práh*“ (Křivohlavý 2002, s. 160). Kdybychom byli schopní už v mládí dosáhnout stádia přijetí smrti, prožili bychom mnohem smysluplnější život. Dokázali bychom se radovat z maličkostí a jistě bychom měli i jiný žebříček hodnot. Lidé, kteří se smíří se svojí smrtelností, jsou pro pomoc umírajícím pacientům mnohem lépe připraveni (Kübler-Ross 1995, s. 35, 44). Druhé můžeme doprovázet do té míry, jak jsme sami vyrovnání s vlastní smrtelností (Grun 1997, s. 18).

Ten, kdo se nedokáže vyrovnat sám se sebou, nemůže dobře pomáhat druhým. Je nutné uvědomit si vlastní strach a zaujmout ke smrti nějaké stanovisko. Moralizování, zevšeobecňování a vyhýbání se těžkým tématům není vhodnou cestou. Nemocní si u zdravotníků cení hlavně opravdovosti, lidskosti, vcítění, ale i důvěryhodnosti a blízkosti. Každý, kdo vchází do interakce s terminálně nemocným, by měl být připraven dávat ze sebe a nechat sám sebe měnit. Není však možné se úplně vydat a investovat veškerou svoji sílu (Pera 2000, s. 46-50, 63, 65).

#### **4.6 Vzdělávání lékařů**

Dlouhá léta byli medicí vzdělávání stylem biomedicínského modelu, kde je nemoc ve středu zájmu a pacient v anonymním pozadí. Dělo se tak v dobré víře, že vědecký přístup má přednost před iracionálními vlivy. Převládala vize, že potřebný psychologický přístup načerpá mladý lékař až v praxi od zkušenějších osobností na pracovišti, což není vždy reálné (Honzák 1995, s. 145). Spolehnout se na inspiraci zkušenějšími kolegy není úplně vhodné. Je totiž přirozené, že s délkou praxe stoupá sebejistota a profesní zakotvení, nepřímou úměrou však klesá míra empatie k pacientům. Stereotypizace a dehumanizace práce je přirozeným rysem dlouhodobé práce ve vypjatém prostředí (Dostálová 1986, s. 187-189).

Z výsledků dotazníkového šetření zaměřeného na kvalitu onkologického vzdělávání na lékařských fakultách, které proběhlo v roce 2009 na 1. LF UK, vyplývá,

že sice 47 z 59 ústavů poskytuje výuku s onkologickým zaměřením, ale sami pedagogové dodávají, že výuka by potřebovala zpřehlednit a lépe koordinovat. Podle většiny respondentů by medik měl získat více poznatků z onkologické problematiky již v době studia na vysoké škole a ne až v rámci další specializace. Výstupem výzkumu jsou návrhy změn v těchto oblastech: zavést praktický nácvik komunikace s pacientem, obzvláště při sdělování diagnózy, sdělování špatných zpráv a osvěta problematiky smrti, začít ve výuce v širším měřítku používat kazuistiky, atd. (Rajčanová 2009).

#### 4.6.1 Profesionální růst lékařů

Lékaři ani po dokončení šestiletého intenzivního studia nejsou způsobilí k samostatné praxi, ale musí navštěvovat odborné stáže, pracovat pod vedením zkušenějších kolegů a nadále se vzdělávat v rámci předatestační přípravy (Stolínová 2010, s. 17). Toto specializační vzdělávání je upraveno zákonem 95/2004 Sb. V paragrafu 5 je uvedeno, že specializovanou způsobilost získává lékař úspěšným složením atestační zkoušky ze specializačního vzdělávání. Tím končí oficiální vzdělávání a další prohlubování znalostí u lékařů už závisí na možnostech zaměstnavatele a nejvíce pak na lékaři samotném, jak moc bude aktivně vyhledávat další formy učení.

Vhodnou metodou pro další profesionální růst lékařů je hlavně zvyšování informovanosti a návštěva různých seminářů, které se tématicky týkají lékařovy specializace. Toto podporuje např. Česká onkologická společnost, která kromě nabídky vzdělávacích kurzů a odborné literatury nabízí také psychologickou pomoc zdravotníkům<sup>9</sup>. Mezi možnostmi dalšího širokospektrého vzdělávání pro lékaře patří např. kurzy Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví<sup>10</sup> nebo projekty z Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost, které zajišťuje Ministerstvo zdravotnictví ČR, a jsou podporovány Evropským sociálním fondem. Nejaktuálnější je projekt Vzdělávání zdravotníků-prohlubování a zvyšování úrovně odborných znalostí se zaměřením na profesionální medicínské vzdělávání a vzdělávání v manažerských dovednostech<sup>11</sup>. Nabídka kurzů a seminářů je poměrně široká, ale jedná-li se o kurzy

---

<sup>9</sup> LINKOS. Česká onkologická společnost. [online]. © 2012. Dostupné z: <<http://www.linkos.cz/pro-odborniky/>>.

<sup>10</sup> IPVZ. Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. [online]. © 2012. Dostupné z: <<http://www.ipvz.cz/>>.

<sup>11</sup> VZDĚLÁVÁNÍ ZDRAVOTNÍKŮ. Prohlubování a zvyšování úrovně odborných znalostí. [online]. © 2012. Dostupné z: <<http://www.vzdelavani-zdravotniku.cz/>>.



pořádané soukromými společnostmi, hradí se v plné výši účastníky. Do popředí se tak často dostává spíše samostudium a získávání zkušeností v praxi formou pokus-omyl.

#### **4.6.2 Příprava lékařů na řešení eticky složitých situací**

Vzhledem k tomu, že se od 50. let 20. století vypustila výuka medicínské etiky na lékařských fakultách a upřednostnila se marxistická filozofie, tak byly do 90. let, kdy se tento „omyl“ začal napravovat, do praxe vyslány minimálně dvě generace lékařů, kterým chybí soudobě přijatelný etický základ (Haškovcová 1991, s. 6). V souvislosti s tímto se dá do roku 1989 hovořit o zpomalené až přerušené kontinuitě s vývojem světové lékařské etiky a tato propast se pak jen pomalu zaplňovala. Za snahu dohnat zameškané by se dalo považovat uznání lékařské etiky jako samostatné disciplíny v roce 1991 (Haškovcová 2002, s. 24, 45).

I přes veškeré snahy se na akademické půdě tématice etiky a komunikace věnuje stále málo pozornosti. Jedinou teoretickou přípravou budoucích lékařů jsou kurzy lékařské psychologie a biomedicínské etiky, které jsou do studia zakomponovány, ale jejich hodinová dotace je vzhledem ke komplexnosti tématu nedostatečná. Velké množství etických témat se jen stěží vměstná do časově vymezeného prostoru a navíc výuka etiky nemůže být prosazována na úkor studia základních oborů (Haškovcová 2002, s. 255).

Předpoklad, že etiku není nutné nebo dokonce není možné vyučovat, protože ji nelze naučit a každý ji má v sobě, je prokazatelným omylem. Navíc je jisté, že někteří lidé jsou pro etická dilemata vnímavější než jiní. Proto je vhodné, aby lékařská etika byla koncipována tak, aby i ti méně citliví byli schopni řešit etické problémy své profese, dokázali je vhodně detekovat, rozuměli jim a hlavně je zvládali řešit (Haškovcová 2002, s. 252). Jak říká Doc. PhDr. Jan Srnec, Csc.: „*Nestačí přednášet o etice. Je třeba vést studenty k samostatnému uvažování, k argumentačně podloženému zaujímání vlastních stanovisek. (...) Cílem je naučit studenty eticky myslet, chápat každý odborný výkon také v jeho etických aspektech*“ (Srnec 1995, s. 249, 250).

#### **4.6.3 Zvyšování komunikačních dovedností**

V krizových situacích, mezi které bezpochyby patří právě sdělování nepříznivé diagnózy, je nezbytně nutné a zároveň nesmírně složité porozumění mezi pacientem a ošetřující osobou. Základem je kvalitní komunikace, při níž je nezbytné, aby se obsah sdělení komunikujících osob alespoň z části překrýval, aby si porozuměli (Jankovský

2003, s. 72). „Mezi základní požadavky zdravotnické komunikace patří vždy vědět, co chceme říci, a vždy se umět rozhodnout, kdy, kde a jak informaci nejlépe podat“ (Janáčková 2008, s. 12). Jelikož slova mají velkou moc, mohou potěšit i ublížit a jednou vyřčené už nejde vzít zpátky, je nutné naučit se používat slova obratně, uváženě a cíleně (Zacharová 2011, s. 205). Vzhledem k tomu, že důležité informace se předávají nejen slovy, ale i výrazem tváře, gesty nebo postojem, je nutné, aby si lékaři kromě komunikačních dovedností osvojili i techniky neverbální komunikace. Tzv. řeč těla by měla být v souladu s tím, co zdravotník říká, protože případný nesoulad je znakem nedůvěryhodnosti a neprofesionality.

Ptáček (2011, s. 59) poznamenává, že se lékaři v hodnocení vlastních komunikačních schopností často výrazně mýlí. Mnozí se domnívají, že komunikaci s pacientem zvládají a nemají tak potřebu se v ní zdokonalovat. Pravdou ale zůstává, že většina patientské nespokojenosti spočívá právě v komunikační neschopnosti lékařů.

Jelikož komunikace mezi lékařem a pacientem má nejen závažné psychologické, ale i právní a etické aspekty, je nezbytné, aby se tomuto 'umění' věnoval dostatek pozornosti (Stolínová 2010, s. 19). Proto je smutným a alarmujícím zjištěním, že průměrná doba komunikace pacienta s ošetřujícím lékařem v nemocnici je 5 minut týdně (Matoušek in Stolínová 2010, s. 192). Odkud ale mají lékaři čerpat znalosti v oblasti komunikačních dovedností? Jak nebýt pouze erudovaným odborníkem, ale také taktickým a důvěryhodným komunikačním partnerem?

Vzhledem k posilující roli pacientů v českém zdravotnickém systému nabývá na významu potřeba dokonalejší přípravy veškerého zdravotnického personálu. Na podkladě těchto nových trendů se v některých nemocnicích rozběhl např. projekt podporovaný Evropským sociálním fondem, který byl nazván Vzděláváním k vyšší kvalitě péče. Jeho hlavním cílem je rozvíjení komunikačních kompetencí zdravotnických pracovníků jako hlavní předpoklad zvyšování kvality péče. Tento projekt je koncipován pro všechny zdravotnické pracovníky, kteří se podílí na přímé kontaktní péči o pacienty. Je realizován formou seminářů s prvky moderních didaktických metod, pod vedením odborných lektorů <sup>12</sup>. Například ve FN v Motole v Praze se těchto seminářů nazvaných Základy proklientské komunikace zúčastnilo během roku 2011 490 zaměstnanců, z toho však pouze 24 byli lékaři (Jirkovský 2012).

---

<sup>12</sup> VZDĚLÁVÁNÍ ZDRAVOTNÍKŮ. Prohlubování a zvyšování úrovně odborných znalostí. [online]. © 2012. Dostupné z: <<http://www.vzdelavani-zdravotniku.cz/>>.

## 4.7 Podmínky práce ve zdravotnictví

„O medicíně se říká, že je 'vědou i uměním'. Je tomu tak proto, že pracuje nejen s pozitivistickou faktografií, ale také s intuicí, empatií, neverbální komunikací, psychoterapií a s 'člověčenstvím'. V tom je její neopakovatelná krása, ale také bída-jak ve smyslu nezdaru a omylů, tak v problémech s hodnotou a ohodnocením lékařovy práce a kvality“ (Kalvach in Kapr 1998, s. 68).

Nejčastěji zmiňovaným problémem zdravotní péče je podle pacientů nedostatek informací o léčbě, dále nesrozumitelnost informací, hrubost, zaneprázdněnost personálu, nedostatek ochoty a zájmu... Lékaři se kritice brání s odkazem na velké množství pacientů a následný nedostatek času. Tyto pochopitelné argumenty ale nemocného člověka většinou nezajímají a očekává profesionální přístup ve všech ohledech. K požadavku kvalifikované léčby se tak přidává i potřeba zvládat umění komunikace (Zacharová 2011, s. 260, 261).

O náročnosti lékařského povolání není pochyb. Ale v případě lékařů pracujících na onkologických odděleních, kde se denně konfrontují s lidmi na sklonku života, se jedná o nadstandardně zátěžové prostředí. Kromě medicínské role je lékař často nucen saturovat i roli psychologa nebo kněze. V rámci objektivit je vhodné zmínit i druhé hledisko práce s těžce nemocnými. I přes mnoho obtížných situací, se kterými jsou zdravotníci konfrontováni, může být práce s onkologicky nemocnými velmi obohacující. To potvrzuje například E. Kübler-Ross, která se profesionálně věnuje práci s umírajícími už dlouhá léta, příspěvkem ve své knize: „Práce s umírajícími pacienty není morbidní a stísnující, nýbrž může být především oblažující zkušeností, a já mám pocit, že v posledních letech žiji intenzivněji“ (Kübler-Ross 1993, s. 15). Uvědomění si vlastní smrtelnosti a finality života může být i pro přihlížejícího člověka přínosem v oblasti duševního rozvoje. Mnohdy dojde k přehodnocení žebříčku hodnot nebo vytěsnění materiálu. Člověk také zodpovědněji přistupuje k času, který mu je dán pro pobyt na tomto světě (Haškovcová 2000, s. 15).

### 4.7.1 Ohrožení zdravotníků

Běžně se očekává, že zdravotník zvládne specializovanou odbornou činnost, práci s moderní technikou, narůstající administrativu, unese fyzickou i psychickou zátěž a vypořádá se s pracovními a rodinnými problémy. K tomu všemu je nutné jednat s pacientem jako s člověkem, nikoli jen jako s případem, proto se každý zdravotník musí neustále bránit fyzické i emoční únavě, profesionální opotřebovanosti a deformaci

vedoucí k otrlosti, které způsobují neúměrně zjednodušený pohled na problémy nemocného (Zacharová 2011, s. 157, 164).

Riziko psychického i fyzického vyčerpání, ztráty chuti k práci a osobní nespokojenosti je v pomáhajících profesích obzvláště vysoké. Právě na pracovníky ve zdravotnictví působí mnoho stresových podnětů (stresorů). Kombinace fyzických stresorů (hluk, hlad), psychických (časová tíseň, emoční vypětí) a sociálních stresorů (konflikty na pracovišti) je spouštěčem stresové reakce (Stock 2010, s. 16). U mnohých zdravotníků dochází vlivem dlouhodobého stresu<sup>13</sup> a psychického vypětí ke ztrátě energie a chuti do práce. Typicky u mladých ambiciózních profesionálů je při delším neuspokojení jejich profesních ideálů na řadě ztráta ambicí a iluzí. Při takovém přetížení není ostuda se obrátit na odborníka a požádat o pomoc. To, že je to v praxi problém a pomáhající jen těžko akceptuje pomoc sám pro sebe, dokazují i slova W. Schmidbauera: „*Zatímco příslušníci pomáhajících profesí se snaží svým klientům zpřístupnit jako hodnověrně to, že přijetí pomoci není ostuda, pro mnohé z nich je velmi těžké, aby sami této maximě uvěřili*“ (Schmidbauer 2000, s. 20). Při dlouhodobějším přetížení ve stresových situacích dochází u mnoha pomáhajících osob k rozvoji chronické krizové reakce tzv. syndromu vyhoření (burn-out syndrom).

Předpoklad, že zdravotníci jsou obrnění vůči stresu a úzkosti je mylný. I zdravotníci vyvíjí obranné mechanismy proti neblahým situacím stejně jako pacienti. Také pocítují zlobu, popírají zraňující realitu nebo unikají od problémů. Po letech praxe se může u lékaře rozvinout profesionální deformace ve smyslu vnitřní prázdnoty. Lékař je vznětlivý, frustrovaný, až agresivní, přitom se ale může cítit všemocný, protože už „*všechno zažil a viděl*“. Vzniká u něj velká psychická bariéra, která může vést až závislostem nebo psychickým chorobám (Dostálová 1986, s. 187-189).

Stupeň zátěže lékaře závisí na mnoha faktorech-na lékařových zkušenostech, délce praxe, osobnostních parametrech, schopnosti odreagování atd. Dostálová ve své knize ale poukazuje na určitou skupinu lékařů a zdravotníků, kteří subjektivně nepocítují emoční zátěž a také si nepřipouštějí, že by měli nežádoucí psychologické reakce ze styku s nemocnými. Do této skupiny „*nezdolných*“ lékařů autorka řadí asi 10-20% dotázaných (Dostálová 1996, s. 211, 212).

---

<sup>13</sup> Stres vzniká dle Křivohlavého ve chvíli, kdy je intenzita stresové situace vyšší, než schopnost daného člověka tuto situaci zvládnout (Křivohlavý 1994).

### 4.7.2 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření, jinak také vyprahlosti, je stav, kdy na podkladě zvyšujících se požadavků dochází k vyčerpanosti, která je příčinou profesního selhávání jedince. Tento syndrom zahrnuje ztrátu zájmu, potěšení, ideálů, smyslu, negativní sebeocenení a negativní postoj k povolání. Je běžné, že se nejdříve projeví v psychice postiženého. Tělesné příznaky se objevují až mnohem později. Syndrom vyhoření nelze brát na lehkou váhu, protože může vést k depresivním poruchám nebo dokonce k sebevražednému jednání (Angenendt 2010, s. 221).

Tento nenápadně se plížící proces je nebezpečím hlavně pro nadšené a motivované pracovníky, kteří jsou plni očekávání. Vlivem opakovaných neúspěchů, které tito lidé vnímají jako osobní prohru, na sebe vyvíjí čím dál vyšší nároky a tím se dostávají do stavu přetížení organismu, které končí právě fází absolutního vyčerpání (Venglářová 2011, s. 23-29). Právě mnoho mladých lékařů, kteří mají představu, že budou zachraňovat životy, zažívá obrovskou deziluzi v případech, kdy i přes maximální snahu, pacient umírá. Mnozí lékaři pak pocítují osobní selhání. Na odděleních, kde jsou pacienti s infaustní prognózou, je naděje na záchranu v podstatě beznadějná. I přesto musí lékař společně s nemocným překonávat bezmoc, která se dostavuje při neúspěšnosti léčby. V této souvislosti mě zaujal citát: „*Co je to s těmi doktory? Proč nechápou, jak důležitá je jejich prostá přítomnost? Proč si nedokážou uvědomit, že právě v okamžiku, kdy už nemají co nabídnout, jsou nejvíc zapotřebí?*“ (in Angenendt 2010, s. 195).

### 4.7.3 Prevence vyhoření a psychohygienu

Častá setkání se smrtí a z toho plynoucí bezútěšnost nezůstávají bez odezvy na psychice pečujících. Proto se v literatuře často skloňuje pojem 'caring for carers' (Pacovský 1995, s. 239). Obzvláště nutná je u psychicky přetížených zdravotníků kvalitní psychohygienu, která jim umožní dlouhodobě pracovat v emočně vyčerpávajícím prostředí. Profesionálové, kteří se při své práci střetávají s fyzickou nebo duševní bolestí druhých, potřebují rozvíjet psychické stavy, jimiž prožitkově překonají konfrontaci s utrpením. Mezi tyto stavy patří např. soucit, sdílená radost a vyrovnanost (Hájek 2006, s. 102).

Pro správnou psychohygienu je nezbytné si uvědomit, že umírající člověk není osobním selháním lékaře, protože smrt patří do života stejně jako zrození (Haškovcová 2000, s. 23). Kdo pracuje převážně s onkologickými pacienty, by měl kromě obecné

psychohygieny vyhledat i odbornou podporu. Řešení nabízí supervize nebo případná individuální konzultace. Nezbytné je také umět dodržovat hranice, být schopni odpoutat se od boje se smrtí a dopřát si dovolenou a volný čas bez jakékoli souvislosti s prací. Humor a radost ze života jsou důležité a sílu dodávající oblasti života každého člověka (Angenendt 2010, s. 212-213).

Na nutnost kvalitní psychohygieny právě pro pracovníky na onkologických odděleních poukazuje v jednom z rozhovorů i předsedkyně Psychoonkologické sekce ČOS Mgr. Libuše Kalvodová (2010): „*Je mi jasné, že právě onkologická oddělení a kliniky se svou extrémní zátěží na psychiku by měla/y dbát na psychohygienu svých pracovníků.*“ Důvody, proč není v českém zdravotnictví běžné scházet se na supervizních schůzkách a sdělovat si osobní prožitky jak z ošetřování pacientů, tak z fungování kolektivu, vysvětluje Kalvodová (2010) tím, že pracovní vytíženost lékařů a sester na onkologii je extrémní, takže se jim nelze divit, že v pracovní době nenajdou chvíli, aby se sešli nad svými problémy. Poukazuje také na fakt, že na onkologických klinikách není stále klinický psycholog vnímán jako nezbytnost. A přitom pokud by někdo měl podpůrné skupiny odborně vést, tak by to měl být právě on.

#### **4.7.4 Supervize**

Supervizi chápeme jako podpůrnou činnost, kdy zvnějšku přichází odborně proškolený nezávislý odborník, aby lidem uvnitř organizace poskytl určitý nadhled. V jednotlivých oblastech se setkáváme se supervizí i pod pojmy „mentoring“ nebo „counselling“ (Bednářová 2010). Supervize je hojně využívána hlavně v sociálních službách, kde má i legislativní ukotvení. Ve zdravotnictví supervize zatím zákonnou oporu nemá, přesto bývá využívána. Supervizi můžeme rozdělit na individuální nebo skupinovou podle počtu zúčastněných osob nebo dle funkce na kontrolní, vzdělávací a podpůrnou (Haškovcová 2010, s. 282).

Nejčastěji je využívána skupinová supervize, kde dochází k interakcím mezi jednotlivými členy pracovního týmu, kteří si vzájemně „nastavují zrcadlo“. Účastníci si vyslechnou, jak situaci vnímají ostatní, konfrontují své názory a důležitá je i zpětná vazba zúčastněným. Hlavním cílem je hledání možných řešení případu. Úloha supervizora je spíše koordinační a povzbuzující. Metodou skupinové supervize jsou např. i balintovské skupiny, které se zaměřují na konkrétní případ. Lékař se rozebráním situace v balintovské skupině učí lépe pochopit vlastní pocity a díky nezaujatému

názoru kolegů může změnit i své postoje a začít tak přistupovat k nemocným psychologicky vhodněji (Dostálová 1986, s. 97).

Nabídka individuální nebo skupinové supervize společně s dobře fungujícím systémem dalšího vzdělávání zdravotníků může být vhodným opatřením v prevenci vyhoření. Dobře nastavené vzdělávání a supervize podporují sebereflexi jednotlivých pracovníků a přispívají tak k možné změně nevyhovujícího chování. Ale vzhledem k předsudkům ze strany pracovníků stále nejsou supervizní techniky v praxi příliš využívány (Vávrová 2012, s. 126-135).

## **5. Analýza rozhovorů**

Ve svém empirickém šetření jsem se zaměřila na mladé lékaře pracující na onkologických odděleních. Mým výzkumným souborem se stalo 5 lékařek ve věku od 30 do 33 let. Všechny z nich prošly v nedávné době (nebo se v současnosti účastní) postgraduální formou vzdělávání, což mi umožnilo získat aktuální, dobrou nezkrácenou informaci o systému vzdělávání ve zdravotnictví. Délka praxe respondentek se pohybuje od 5 do 8 let a jejich současná praxe na onkologicky zaměřeném oddělení je od 1 do 8 let.

Pomocí polostrukturovaných rozhovorů jsem získala cenná primární data, která jsem podrobila další analýze. Kódováním textu a následnou kategorizací jsem vyselektovala několik kategorií, které ozřejmují zkoumané téma. Ke kategoriím jsem připojila obsah a interpretovala je s pomocí dat získaných rozhovory. Citace rozhovorů jsem kvůli autentičnosti ponechala neupravené, bez gramatických úprav.

### **5.1 Pregraduální vzdělávání lékařů**

V rámci pregraduálního vzdělávání se budoucím lékařům dostává spousta odborných informací. Jestli to sami lékaři vnímají jako dostatečné pro praxi, jsem se pokoušela zjistit na svém výzkumném vzorku. Na samotnou teoretickou výuku a množství poskytnutých odborných informací si žádná z respondentek nestěžovala.

### 5.1.1 Teoretická příprava na etická dilemata

K otázce konkrétní teoretické přípravy na komunikaci s pacientem a řešení etických dilemat byly respondentky většinou poněkud skeptické. „*Nemyslím si, že by se to dalo nějak použít ta teorie, spíš vás připraví, že to budete muset řešit, ale stejně to řešíte podle nějakých svých hodnot a svědomí*“ (respondentka C). Jejich zkušenosti s humanitní složkou vzdělávání na fakultách je veskrze negativní: „*Ten jeden semestr psychologie, to nám nic nedalo, ta ženská, co to učila, jsem měla pocit, že nikdy nebyla v kontaktu s pacientem. Do praxe mi to nedalo vůbec nic*“ (respondentka B). Většina si myslí, že škola nemůže mediky připravit na řešení obtížných situací v praxi: „*Protože to se člověk naučí až v praxi, na škole, tam vás to nenaučí, to si musíte sami osahat. Dokud se o toho pacienta nestaráte, dokud ho nemáte ve vlastní péči a nejste za něj zodpovědná, včetně podávání těch informací, tak si nemyslím, že by vás na to mohli nějak líp teoreticky připravit*“ (respondentka C).

### 5.1.2 Nedostatky pregraduálního vzdělávání

Připomínky se objevily k velké **teoretičnosti** pregraduální formy vzdělávání. „*Ale i připravili, ale nikdy vám to nezprostředkují tak, jak to ve skutečnosti potom je. Nikdy nemáte takovej kontakt s tím nemocným jako potom v praxi. Na tý škole je to prostě jiný*“ (respondentka C). „*No, škola ta učí o chorobách, ale ty potíže, co a jak bude vypadat, to už se neřeší*“ (respondentka E). Jako určitou nevýhodu pocítují **nedostatek praxe a kontaktu s pacienty**: „*Já myslím, že ti lidi by měli více chodit na praxi, protože oni chodí na medicínskou praxi, ale dozví se jen, tak to vypadá, když má pacient to a to, takhle vypadá nález, ale aby přišli a někdo jim pověděl třeba, představte se pacientovi a povězte mu to a to, to ne. Jednat s pacientem jako s člověkem. Aby se naučili nahlížet na pacienty jako na lidi, to mám pocit, že nejvíc chybí*“ (respondentka B).

Důležitým aspektem tak je i to, že mladí lékaři přichází do praxe plni teoretických znalostí, ale své postoje a **chování k pacientům si ověřují až v praxi**. „*Já jsem do toho vpadla, asi jako většina*“ (respondentka E). Hlavně u mladých lékařů je častá inspirace zkušenějšími kolegy. „*Je zajímavý pozorovat ty starší kolegy a vzít si z každého vždycky to nejlepší, ale vědět, že člověk má v určitých věcech rezervy a vždycky se dá přiučit*“ (respondentka A).

Respondentka B uvádí jako hlavní nedostatek pregraduálního vzdělávání lékařů medicínský **atomismus** a související **dehumanizaci**: „*Já myslím, že to není dobře*



*koncipované. Není to zaměřené holisticky, toto chybí v naší medicíně, že nemáme ten přístup k pacientům jako k lidem.“* To potvrzují i odborníci. Kapr (1998, s. 65,66) ve své knize poukazuje na to, že přílišná specializace a atomizace medicíny deformuje potřebu celostního, bio-psycho-sociálního přístupu ve zdravotnictví.

## **5.2 Postgraduální vzdělávání**

Postgraduální vzdělávání probíhá během lékařovy praxe na zvoleném oddělení, kde se lékař dále specializuje ve svém oboru. Tato forma vzdělávání směřuje k získání atestace podle zákona 95/2004 Sb., která lékaři umožní pracovat samostatně. S platností od 1.1.2011 je vydáním vyhlášky 361/2010 upraveno a rozšířeno množství základních specializačních oborů. Ve větších nemocnicích je nabídka stáží a rezidenčních míst vyšší než v menších okresních nemocnicích, což poněkud znevýhodňuje lékaře z menších měst a prodlužuje to jejich předatestační období. *„V těch okresních nemocnicích, kde maj nedostatek doktorů, tam prostě doktoři než se dostanou k atestaci, tak jim to trvá hrozně moc let“* (respondentka A). Každý lékař musí v rámci základního dvouletého kmene absolvovat tzv. kolečko, což znamená získat vždy dvouměsíční praxi na třech základních pracovištích.

Zkušenosti respondentů s touto praxí a kurzy v rámci předatestačního vzdělávání jsou různé. *„Ty kolečka jsou problém, ono se to krátí a z měsíce vás pošlou třeba jen na 14 dní“* (respondentka B). *„Člověk se i dostane na různý stáže, ale zase ne všechny jsou pak přínosný pro obor. Jsou i takový, který by člověk dělal rád a v zásadě by na to byl i čas, ale když člověk takhle vypadne, tak tu práci pak přebírají kolegové a jsou tu pak ty třenice“* (respondentka A).

## **5.3 Další možnosti vzdělávání**

Možnosti dalšího vzdělávání zajišťuje hlavně Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ). Pokusila jsem se v praxi ověřit i tyto možnosti zvyšování odborných kompetencí lékařů a z výpovědí vyplývá, že **nabídka možností je dostatečná** a některé respondentky by o kurzy dalšího vzdělávání měly i zájem. Praktickou překážkou se ale ukázaly být pracovní podmínky: *„Člověk by chodil i víc, ale je to časově i finančně náročné, nevím, jestli by mi vyšli vstříc s každým požadavkem, pak je to vždycky další člověk navíc, který chybí na tom oddělení“* (respondentka A).

## 5.4 Sdělování onkologické diagnózy v praxi

Sdělování nepříznivých zpráv patří mezi neoblíbené lékařské povinnosti. Obzvláště sdělování onkologické diagnózy je zátěžovou situací pro pacienta i lékaře. Obava z reakce pacienta může lékaře vést k vyhýbání se této nepříjemné situaci. Vzhledem k informační povinnosti lékaře však takové vyhnutí není možné. Jak lékař k této situaci přistoupí, není pevně stanoveno a ve velké míře závisí na vlastním uvážení a taktu lékaře. Vzhledem ke zvyšující se informovanosti společnosti, není už dnes reálné pacienta se zhoubným onemocněním uchlácholit, ale je nutné ho informovat a nabídnout reálné možnosti dalšího postupu. *„Pacienti nejsou hloupí a pak když dostanou do rukou propouštěcí zprávu, kde si stejně všechno najdou, to jim nejde lhát“* (respondentka A). Kvůli nutnosti další spolupráce a pacientova souhlasu s léčbou není tedy milosrdná lež možná.

Sdělování diagnózy není jen jediný okamžik, **je to proces**, který začíná už přijetím pacienta do péče. Během jednotlivých vyšetřovacích postupů je vhodné pacienta průběžně připravovat na nepříznivý průběh jeho onemocnění *„Řeknu pacientovi, co jsme dělali, co jsme vyšetřovali, na co jsme měli podezření, taky se snažím ho připravit předem, že když tam něco je, že to nemusí dopadnout dobře... Obecně všichni pacienti lépe snášejí, když vědí, co se s nima děje a jaké mají možnosti.“* (respondentka E). Ale následné sdělení onkologické diagnózy je vždy stresová situace, ke které je nutné přistupovat přísně individuálně (Haškovcová 2000).

### 5.4.1 Pacientova práva

Všechny respondentky se **přiklání k pravdivé informovanosti** a to nejen v obavě z právních následků nedostatečné informovanosti, ale zapírání pravdy je v praxi i dost nepraktické. *„Je to i logisticky náročný, stejně napíšete zprávu, stejně jim ji dáte do ruky, stejně si to můžou přečíst, já si fakt myslím, že by to měli vědět“* (respondentka C).

Důležitým aspektem pravdivé informovanosti je **fenomén naděje**. Odborníci se shodují, že předkládaná naděje je důležitá pro pacientovo lepší zpracování nepříznivé situace, ale zároveň dodávají, že předkládaná naděje by měla mít realistický základ (Jankovský 2003, s. 136). *„Pořád se snažím pacientovi připomenout, že ta **naděje je vždy**, protože ta léčebná reakce je různá u různých lidí a ty procenta, co jsou udávány v literatuře, nejsou všechno“* (respondentka D).

Lékaři musí respektovat i to, když si člověk **nepřeje být informován** o svém zdravotním stavu (Haškovcová 2000, s. 52). Na to mají pacienti podle platného právního předpisu právo, stejně jako na volbu, zda si přejí informovat někoho ze svých blízkých, nebo ne. Možnost nebýt informován nebývá v praxi moc využívána, většina lidí si přeje vědět, co se s nimi děje. I z výpovědí respondentů vyplývá, že se nesetkávají s pacienty, kteří by nechtěli být informováni. Obvyklejší je spíš situace, kdy přijdou příbuzní a žádají, aby se jejich nemocnému příbuznému neříkaly špatné zprávy. „*Spíš přijde rodina a říkají, že by to maminka nebo tatínek neunesli, neříkejte jim to*“ (respondentka A). V případě, že je nějaká možnost léčby, musí lékař ale stejně pacienta informovat kvůli následné spolupráci.

#### 5.4.2 Další okolnosti sdělování diagnózy

Pro sdělení nepříznivé diagnózy jsou důležité i okolní podmínky. Důležitou roli hraje čas, prostory, psychický stav pacienta aj. Role **času** je důležitá hlavně ve smyslu vyhradit si dostatek času na pacienta, který bude po sdělení diagnózy v šoku, bude potřebovat některé věci dovysvětlit atd. To potvrzuje i zkušenost respondentky A: „*Někdy je tady člověk v hrozném časovém presu, neví, co dřív, ale tohle si říkám, že je tak závažná věc, že na to si vždycky chci udělat čas. Ono to jednak trvá to pacientovi sdělit a jednak je důležité sdělování toho dalšího, co bude, třeba vysvětlování chemoterapie, takže člověk chce na to mít čas a soukromí, aby se na to taky mohl soustředit.*“

**Místo** pro sdělení diagnózy by mělo splňovat hlavně kritérium soukromí. Takže je vhodné se vyhnout sdělování diagnózy u lůžka nemocného před ostatními pacienty. Právě takové nerušené prostory se ve výzkumu ukázaly jako problematické. Jako reálně využívaná místa se ukázala vyšetřovna, jídelna nebo pracovna, ale ani jedno z těchto míst není ideální. „*Já si pacienta vezmu na jídelnu nebo k sobě na pracovnu, spolu si sedneme, nikdy aby nestál, ale aby seděl u toho, a řeknu, že bohužel jsme vám diagnostikovali nádor...*“ (respondentka D). Když je pacient nějakým způsobem imobilní je vhodné zajistit alespoň částečné **soukromí** na pokoji. „*Poprosím ostatní, aby když tak odešli nebo pokud nemůžou odejít, tak samozřejmě že to sděluju potom i na tom pokoji, ale snažím se tam vytvořit takový prostředí, aby to bylo já a pacient, zatáhnout třeba závěs a mluvit tak, abychom se slyšeli my dva a ne celý pokoj*“ (respondentka E).

Přes dostatečnou informovanost se stává, že pacient tyto informace vytěsni a žádá opakované vysvětlení (Stolínová 2010, s. 193). „*Já se opakovaně setkávám i s tím, že jakoby ty pacienti mají tendenci vytěsnit tu informaci, párkrát se mi stalo, že jsem pacienta informovala a on se přesto ve službě obrátil na mého kolegu s tím, že nic neví a že nemá žádné informace*“ (respondentka A). Proto je vhodné nezatížit pacienta velkým množstvím informací, ale sdělovat pravdu postupně. To potvrzují i zkušenosti dotazovaných lékařek: „*Většinou je to takový vyhrknutí, spousta informací, tak jako věřím, že to trvá dlouho to všechno pobrat. A někdo se ptá, někdo se moc neptá, je to opravdu individuální.*“ (respondentka A). „*Většinou to neřeknu jeden den úplně, protože to třeba sama ještě nevím přesně ten typ nádoru...*“ (respondentka D).

### 5.5 Vzájemný vztah

V průběhu péče vzniká mezi lékařem a pacientem **vztah**, na jehož základě pak oba dál spolupracují. „*S těma pacientama se vždycky nějak domluvíte, prostě máte s nima vytvořenej nějaký vztah*“ (respondentka C). Vztah lékaře a pacienta má křehký charakter a je závislý na mnoha faktorech. Obzvláště důležitá je lékařova empatie a důvěryhodnost (Goldmann 2004, s. 60). Je důležité, aby se sdělení diagnózy ujal lékař, kterého pacient zná, má k němu **důvěru**. Protože: „*nejhroznější je, když pacienta vůbec neznám a jsem pro něj prostě ta, kdo mu řekl tu hroznou věc. Prostě jsme si nestihli vytvořit žádný vztah a já jsem pak ten nositel špatných zpráv*“ (respondentka A).

Nerovnocenný vztah mezi lékařem profesionálem a laikem pacientem nabývá u dlouhodoběji nemocných více na symetričnosti, protože se oba stávají experty na stejnou problematiku. Lékař je odborníkem na medicínskou složku nemoci a pacient je expertem na prožívání nemoci. Obojí představuje specifickou znalost. Důležitý je vzájemný respekt, který umožní další spolupráci (Beran 2010, s. 111). Propagovaná participace pacienta na veškerém dění přispívá k více **rovnocennému partnerskému vztahu**. Osobnostní dispozice obou zúčastněných stran ale způsobují, že žádný lékař není dokonalý pro všechny pacienty. Jak říká respondentka A: „*Člověk může být pro jednoho pacienta úplně skvělý a pro dalšího je špatný. Člověk by se měl chovat ke všem stejně profesionálně, ale vždycky tam nějaký přenos mezi lékařem a pacientem je.*“

### 5.6 Multidisciplinární přístup

Multidisciplinární přístup s **přítomností psychologa** při sdělování onkologických diagnóz není v českém zdravotnictví běžný. Ani jedna z dotazovaných

se s tímto přístupem v praxi nesečkala. Vzhledem k tomu, že právní rámec nařizuje povinnost informovat pacienta lékaři, tak se nedá říct, že by psychologická asistence usnadnila lékařům situaci. „*Myslím si, že psycholog je důležitější ve chvíli, když ti pacient zjistí, že ta léčba nefunguje. U toho sdělování diagnózy ani ne. Protože když přijde cizí člověk a poví jim, máte rakovinu, tak jakkoli mile to řekne, tak asi to nebude úplně ideální*“ (respondentka B). Reálně by byla psychologická pomoc docenitelná v následném období, kdy pacient prochází jednotlivými stadii psychické odezvy (in 3.1.1. Stadia psychické odezvy podle E. K. Ross). Psycholog by mohl napomoci pacientovi dosáhnout smíření s radikální změnou v jeho životě, případně i jeho rodině. „*Protože takhle já supluju toho psychologa velmi často, hlavně těm rodinám*“ (respondentka C). Přijetí psychologa jako běžné součásti lékařského týmu je ale nepravděpodobné, hlavně z hlediska ekonomického a organizačního.

## **5.7 Umění komunikace**

K pracovním nárokům se přidávají psychická úskalí konverzace s terminálně nemocnými pacienty a jejich rodinami. Umění komunikace někdo zvládá přirozeněji lépe, někdo hůř: „*Každý je jiný a někdo to má v sobě a umí s těma lidma mluvit a ten žádný kurzy nepotřebuje. Jsou věci, který se člověk jakoby nenaučí, může slyšet dvacet přednášek a stejně prostě mu to s tím pacientem nepůjde*“ (respondentka A). A proto by měl ten, komu není komunikace přirozená, věnovat více času přípravě na obtížné rozhovory, které mohou hrát důležitou roli v další spolupráci lékaře s pacientem. Přípravenost lékařů na obtížné rozhovory jakými jsou právě nepříznivé zprávy, je různá. Ze svého malého výzkumného vzorku nemohu zobecňovat, ani nejsem schopná objektivně zhodnotit komunikační schopnosti lékařů. Z praxe ve zdravotnictví však mohu konstatovat, že komunikační úroveň lékařů často pokulhává za jejich odbornými znalostmi.

### **5.7.1 Lékařská omnipotence**

Reálně nižší úroveň komunikačních schopností lékařů potvrzuje i Ptáček (2011) ve své knize *Etika a komunikace v medicíně*, kde zmiňuje výstupy proběhlých výzkumů, které dokladují, že většina lékařů mylně věří, že jejich komunikační schopnosti jsou na skvělé úrovni a že ovládají interakci s pacientem. „*Já si myslím, že jsem na to docela dobře stavěná, protože mám spolužáky, které když vidím, jak mluví s pacientem, tak to prostě nejde. Nejsou prostě takoví empatictí, neodhadnou, co si ke*

*komu můžou dovolit. Takže já **myslím, že to mám jako dané***“ (respondentka B). Takováto neskromná mínění jsou výrazem lékařské **omnipotence** (všemocnosti). Lékař, který nadměru věří ve své schopnosti i tam, kde nejsou opodstatněné, působí nedůvěryhodně (Beran 2010, s. 109). „*Lidi, kteří jsou na medicínu, by měli mít tendenci zachraňovat, ne zachraňovat svět, to taky nebude fungovat, ale aspoň nějakou tendenci pomáhat ostatním*“ (respondentka B).

### 5.7.2 Medicínské hranice

Opakem omnipotence je přiznání **omezené všemocnosti** a uvědomění si **medicínských hranic**, které i přes neustálé pokroky neumožňují zachránit vždy všechny. Obzvláště někteří příbuzní onkologicky nemocných mají neadekvátní očekávání a přehnané představy o všemohoucnosti medicíny. Pro lékaře je potom těžké jim vysvětlit, že: „*nejsme všemocní, **nemůžem** vždycky každého zachránit, no a že ty rakoviny maj špatné prognózy...*“ (respondentka E). Otázkou zůstává, do jaké míry je komunikační zdatnost lékařů reálná a kdy je pouze výplodem jejich sebedůvěry a profesní nedotknutelnosti. „*Já myslím, že komunikovat umím, no. Ale nevím, no, to si myslím já. Nevím samozřejmě, jestli nejsem jenom ukolébaná*“ (respondentka C). Vzhledem k mnoha patientským stížnostem, které bývají častěji než k odbornému pochybení namířeny právě na zdravotnickou neschopnost komunikovat s pacienty, je komunikační umění lékařů zřejmě menší, než si myslí. Ve stížnostech pacientů bývá nejčastěji uváděn nedostatek informací, necitlivý přístup k nemocnému, nešetrné vyjadřování a neochota komunikovat (Ptáček 2011, s. 200).

### 5.8 Komunikační pasti v medicíně

To, že je **komunikace** s negativisticky naladěnou **rodinou** mnohdy obtížnější než se samotným pacientem dokazují i slova respondentky C: „*Já to vnímám tak, že je to spíš **těžší s téma rodinama** než s téma pacientama. Třeba přijdou poprvý a často, velmi často přijdou už apriori nastaveni negativisticky.*“

Dalším komunikačním problémem může být bariéra způsobená **odbornou terminologií**, které laická veřejnost ne vždy rozumí. Proto je nezbytné přizpůsobit projev patientským schopnostem a vyjadřovat se jasně a srozumitelně bez užívání pacientům nic neříkajících latinských výrazů (Vávrová 2012, s. 82). „*Mluvím způsobem, aby tomu porozuměl, aby se hned na začátku nevyděsil*“ (respondentka D). Ke špatné interpretaci informací přispívá i nedostatek podaných informací, ze kterých si

pacient vyvodí nepřesné nebo iluzorní závěry. „*Stává se, že si pacienti odvodí sami pro sebe-je to se mnou špatné, je to na pár dnů, týdnů, i když člověk jim nic takového v zásadě neřekl*“ (respondentka A).

Jako ortel smrti působí na mnoho lidí vyřčení diagnózy „**rakovina**“. Proto se mnoho lékařů tomuto výrazu vyhýbá. I respondentky potvrzují, že dávají přednost slovu nádor nebo jiným synonymům, která nepůsobí na pacienty tak fatálně. „*Mluvíím o nádorovém onemocnění, protože rakovina se mi zdá takový **hrozně tvrdý slovo** a ty lidi si pod tím představují to nejhorší a blízkou smrt, takže já osobně slovo rakovina nepoužívám*“ (respondentka A). Pouze jediná z respondentek uvádí, že: „*rovnou použiju buď rakovina nebo nádor, tumor třeba nerozuměj, tak řeknu tohle, aby opravdu věděli, že je to tohle, aby měli jasnou představu, nechci zamlžovat, nějak je chlácholit něčím jiným*“ (respondentka E).

## **5.9 Kurzy komunikace**

Z důvodu odstranění těchto nedostatků by mohlo být vhodným řešením nabídnout lékařům kurzy komunikace. Mohou ale být tyto dovednosti naučeny? Názor, že: „*jsou věci, který se člověk jakoby nenaučí, může slyšet dvacet přednášek a stejně prostě mu to s tím pacientem nepůjde*“ (respondentka A) vyvrací Ptáček (2011, s. 43), který poukazuje na to, že z několika studií vyplývá, že efektivní **komunikaci lze naučit** systematickou a cílenou přípravou. Ta je lékařům nabízena mnoha odborně vedenými kurzy, v současnosti běží např. projekt Vzdělávání k vyšší kvalitě péče financovaný Evropským sociálním fondem, který se formou komunikačních kurzů snaží zvýšit komunikační kompetence zdravotnických pracovníků (in 4.6.3. Zvyšování komunikačních dovedností).

### **5.9.1 Nezájem o kurzy v praxi**

Tento kurz byl oficiálně nabízen i na odděleních, kde jsem prováděla výzkum. Avšak ani jedna z respondentek této **možnosti nevyužila**, přestože respondentky D a E by podle svých výpovědí účast na kurzu komunikace uvítaly: „*Uvítala bych určitě. Myslím si, že možná bych zjistila, že možná existuje nějaká lepší nebo efektivnější nebo pro pacienta vhodnější forma, o které nevím, protože mě ji nikdo nenaučil.*“ Jako důvod neúčasti uvádí: „*Já jsem nikde nic neviděla, nikdo nic neřikal. To by nás musel i ten zaměstnavatel pustit a nejdřív nás o tom informovat*“ (respondentka E). Pochybnosti vidí i v podpoře zaměstnavatele: „*tady je pořád takový provoz, že pochybuju, že mě*

*někdo uvolní“ (respondentka E). „Neumím si ani představit, že mám zvládnout celou práci a ještě někam jít. Ta práce nepočká, nikdo to neudělá za mě“ (respondentka B). Ostatní dotázané nespátřují v podobných kurzech efektivnost. „Nechce se mi tam, já myslím, že komunikovat umím“ (respondentka C). „Dobrovolně bych nešla“ (respondentka B).*

## **5.10 Lékařská deziluze**

Práce na oddělení, kde je perspektiva vyléčení pacientů mizivá a úmrtí pacientů je denní součástí, zanechává bezpochyby následky i na psychice pečujících. V případě pacientů s maligním onkologickým onemocněním má i moderní medicína stále své limity a proto je nutné, aby tato úmrtí lékaři nevnímali jako svoji osobní prohru. Smrt je vnímána jako vada na kráse současné vyspělé medicíny a lékaři nelibě nesou limity svých možností (Haškovcová 2000). Proto se u lékařů ve spojitosti s nevléčitelným onemocněním často objevují negativní pocity. *„Mrzí mě, že medicína mnohdy **neumí pomoci víc**“ (respondentka B). „Když je stadium nemoci pokročilé a nelze už nic udělat, samozřejmě že mě to vnitřně trápí. Nejhorší je, když se jedná o mladšího pacienta. Snažím se od toho distancovat vnitřně, ale jde to těžce... Třeba někdy nad tím doma ještě přemýšlím, **proč mu nemůžu pomoci**“ (respondentka D). To, jak bude zdravotník zvládat emoční vypětí v zátěžových situacích, závisí na mnoha faktorech. Patří sem osobnostní charakteristiky lékaře, zkušenosti, sebevědomí nebo míra jeho citlivosti a zranitelnosti (Tvrdá 2012, s. 25).*

### **5.10.1 Obranné mechanismy lékařů**

Zdravotníci, kteří jsou takto intenzivně konfrontováni s umíráním, většinou mají vytvořené obranné mechanismy proti negativním pocitům, které se projevují např. jako popření, obviňování nebo racionalizace=rozumové zdůvodnění (Křivohlavý 2002, s. 99-106). Příkladem **obran**y **racionalizací** může být výpověď respondentky E: *„Že prostě medicína nemá na všechno a takhle si to nějak logicky řeknu sama sobě, že jsme dělali, co jsme mohli, ale proti přírodě jít nemůžeme. Člověku je to líto, že nemůže pomoci, ale vždycky se snažím udělat maximum, ale ta příroda je někdy silnější. Já si to takhle vysvětlím sama pro sebe.“*



### 5.10.2 Odolní lékaři

Existuje ale i určité procento lékařů, kteří **nevnímají emoční zátěž** a nepocitují negativní psychické reakce z kontaktu s nemocnými a umírajícími. Dostálová (1996, s. 211) uvádí, že takových odolných lékařů je asi 10-20%. Dalo by se říct, že většina účastnic mého výzkumu patří mezi takové „nezdolné“ lékařky a zvyšují tak odhadované procento. Věcně racionální přístup bez pocitu nenaplnění nebo zklamání potvrzují i následující výpovědi: „*Já to vnímám tak, že **to není moje chyba**, že onemocněli a druhá věc je, že se vždy snažím udělat pro pacienty co nejvíc, takže z toho pak nemám pocit viny nebo nenaplnění. Mrzí mě, že medicína mnohdy neumí pomoci víc, ale v rámci toho, co mohu, dělám to nejlepší*“ (respondentka B). „*S tím já **jsem jako smířená**, že umírají, to mi jako u těch onkologických pacientů nevadí. Já si myslím, že na to mají doktoři takovej racionální pohled, prostě tam žádněj osobní vklad není, no, protože jste trošku odosobněná od těch pacientů*“ (respondentka C).

### 5.10.3 Mladá generace lékařů

Věcný přístup respondentek si vysvětlují právě tím, že jsem se zaměřila na mladé lékaře, kteří byli vzděláváni jiným způsobem než předchozí generace lékařů. Od 90. let se do výuky na lékařských fakultách vrátila výuka etiky (Haškovcová 1991, s. 6) a medicí jsou více vedeni k vytváření vlastních kritických názorů a argumentací podložených stanovisek (Srnc 1995, 250). Mladí lékaři už se např. nezmítají v dilematech, jestli říct pravdu nebo raději milosrdně lhát. Nepolemizují, zda sdělit, či nesdělit, ale ptají se, jak to nejlépe podat. Jsou vychováváni k otevřenému, partnerskému přístupu a ctí pacientovo právo na informace (Zacharová 2011, s. 240).

Mezi věcně racionálním a chladným neosobním přístupem je ale tenká hranice, kterou lékař v chování k pacientovi snadno překročí. Zachovat ten správný kompromis, aby se lékař „nerozdal“ a pacient měl pocit individuální osobní péče je celoživotní balancování na úzké hraně (Pera 2000, s. 46-65). To, že jsou mladí lékaři více otevření, neznamená, že vždycky správně vědí, co a jak v danou chvíli říct. Potvrzují to i situace, kdy mladí lékaři s nedostatkem zkušeností vpálí nepříznivou pravdu nemocnému bez přípravy přímo do očí (Svatošová 2010). „*Nechci zamlžovat, nějak je chlácholit něčím jiným, takže se jim to rovnou snažím říct*“ (respondentka E).

## 5.11 Negativní podmínky pracovního prostředí

O tom, že práce na onkologických odděleních patří mezi ty nejnáročnější, není pochyb. Jak tuto náročnost vnímají samy lékařky, jsem se pokusila zjistit přímo mířenou otázkou. Jako **nejnáročnější oblasti práce** respondentky uvádí **psychickou náročnost práce, komunikaci s pacienty, nárůst administrativy a obecně množství práce**. „*Tak jednak určité množství práce a potom ta psychická zátěž, takové to vycucávání od pacientů. Kdyby bylo méně práce, tak vydržím, zvládnou, že jsou tu lidé takoví nároční*“ (respondentka B).

S náročností úzce souvisí i podmínky pracovního prostředí. Negativní podmínky jsou **stresovými podněty**, které mají vliv na kvalitu a efektivitu práce lékařů (Stock 2010, s. 16). Jako hlavní fyzické stresory, které jim znesnadňují práci, označily respondentky **hluk** na společné pracovně, kde sedí dohromady několik lékařů: „*Jsmo tam minimálně 4, do toho tam chodí sestřičky, pacienti, do toho těch pět telefonů, co tam je, takže je to tam jak v židovské škole a myslím si, že to má dost vliv i na efektivitu té práce*“ (respondentka A). Jako psychický stresor cítí **časovou tíseň**, která vzniká na podkladě nárůstu administrativy a počtu pacientů. „*Kdybych nemusela psát čtyři hodiny z celého dne zprávy a žádanky, tak bych mohla být více u pacienta*“ (respondentka D). „*Těch pacientů je neúměrné množství a nebude jich méně, to bude jenom horší*“ (respondentka B). Specifikem onkologických oddělení je navíc časté setkání s **úmrtím pacientů**, které zvyšuje emoční náročnost práce. „*Těch úmrtí je tady hodně, možná i trošičku víc, než dříve na té interně*“ (respondentka E). Dalším zjištěným problémem je **špatná organizace práce** na odděleních. Lékaři mají mnohdy kromě služby na oddělení i ambulanci, do toho konzilia, telefonáty. „*Není to tu dobře zorganizovaný, jsem unavená a myslím, že to se nedá dlouho vydržet takto pracovat v tomto tempu. Musí se něco změnit nebo se to tu bude střídát*“ (respondentka B).

## 5.12. Nutnost psychohygieny

Uvedené stresové podněty a fyzické i psychické nároky, které na lékaře působí, způsobují psychické vypětí, které vyčerpává a při dlouhodobém působení může přerůst až v syndrom vyhoření. Dotazované respondentky potvrzují hlavně psychickou náročnost práce. Aby únava nepřerostla do totálního vyčerpání je nezbytná kvalitní **psychohygienu a odpočinek**. Metody relaxace mohou být různé, důležité je věnovat se něčemu jinému, než v práci. Mezi osvědčené metody se zařadil sport, kultura, kamarádi,

nicnedělání nebo např. studium jiného oboru. „*Dá se říct, že když studuji ekonomii, tak na to úplně zapomenou, že jsem doktor. Já se na to těším, když si můžu přečíst něco z managementu, protože to má daleko od medicíny*“ (respondentka D). Respondentka E doporučuje: „*Takové jednoduché slovo „koníčky“, ale bez toho opravdu nejde, je to nutný, já už jsem to pochopila, že lékař má mít povinně nějaký koníčky, aby dělal úplně něco jiného, než co dělá v nemocnici.*“

### 5.12.1 Supervize v praxi

Vhodnou podporou jsou i profesionální metody psychohygieny. Supervize není ve zdravotnictví často využívána (Vávrová 2012, s. 135). Roli hrají i určité **předsudky** zdravotníků vůči „*kontrole zvnějšku*“ (respondentka D). Jedna z dotazovaných respondentek pojem supervize vůbec neznala, ostatní věděly, o co se jedná, ale v praxi ji nikdy **nezažily**. Názory na supervizi v praxi jsou ale rozporuplné. Pozitivní přístup vystihuje názor respondentky D: „*Já bych byla příznivcem, určitě minimálně to zkusit, neodsuzovat, když jsem to nezkusila, a myslím si, že když to takhle ty svoje problémy a otázky člověk odventiluje a bude slyšet názory kolegů a názory nějakých jiných lidí, třeba psychoterapeuta, tak ho hodně věci napadne a bude třeba přemýšlet, nebude to tak prožívat, najde jinou cestu*“. Naopak respondentka B roli supervize jednoznačně devaluje: „*Kdyby na mě někdo koukal, jako máš to těžké to zaměstnání, pojd', popovídáme si, to by mi nepomohlo*“. V této souvislosti mě potěšilo závěrečné shrnutí společného rozhovoru respondentky E: „*Taky díky, i pro mě to bylo poučné a přínosné. Trochu taková supervize, jak jsme se o tom bavili...*“

### 5.13 Závěry analýzy

Pomocí kvalitativní analýzy získaných dat jsem se pokusila naplnit cíle mého výzkumu a nalézt odpovědi na výzkumné otázky. Hlavním cílem mého bádání bylo zjistit, jaká je připravenost mladých lékařů na sdělování onkologické diagnózy pacientům a identifikovat související problémové oblasti v rámci českého zdravotnického systému. Výsledky svých zjištění jsem rozřadila do jednotlivých provázaných kategorií, které jsou interpretovány výše. Výstupy výzkumu jsou platné pro můj výzkumný vzorek a nelze je tedy zobecnit na celou populaci.

## 6. Subjektivní reflexe výzkumu

Provedený výzkum mi dopomohl nejen k získání cenných dat pro sepsání této práce, ale také mě obohatil v mnoha dalších směrech. Během přípravné fáze, kdy jsem si shromažďovala a třídila informace související s tématem, jsem objevila mnoho informací, které mě překvapily nebo inspirovaly k dalšímu zkoumání. Kvůli vyprovokované zvědavosti jsem často zabředla do témat, která jsem sice v této práci nakonec nevyužila, ale posloužily mi v jiných oblastech mého života. Spoustu získaných vědomostí jsem využila ve svém zaměstnání a teoretické znalosti jsem si tak ověřila v praxi. Čím hlouběji jsem se ale dostávala k jádru tématu, tím širší mi připadalo, a proto bylo obtížné držet se úzce vymezeného rámce, který jsem byla schopná obsáhnout v kapacitě bakalářské práce.

Získání výzkumného souboru bylo pro mě překvapivě obtížnou částí. Předpokládala jsem, že díky mému zdravotnickému povolání budu mít snadnější přístup k respondentům-lékařům. Tento předpoklad se ukázal jako nepřesný. Přestože byli všichni oslovení respondenti slušní a snažili se mi vyjít vstříc, jejich chuť zúčastnit se výzkumu ale byla minimální. Vysvětlují si to jejich časovou vytížeností a pracovními podmínkami, které způsobují, že kromě běžné pracovní doby musí lékař strávit v práci i několik nocí a víkendů. Proto bylo opravdu obtížné domluvit se s těmito vytíženými odborníky na volné chvíli, kterou by byli ochotni mi věnovat. Tyto okolnosti podstatně prodloužily období sběru dat.

Následná zkušenost s pořizováním rozhovorů upevnila mé tazatelské schopnosti a přínosná byla i příležitost vyzkoušet si kompletní roli výzkumníka. V jednotlivých fázích výzkumu jsem narážela na specifické problémy, které mě donutily k hledání dalších informací a řešení. Poměrně obtížné bylo vyvrátit obavy respondentů z nahrávání rozhovorů. I mně totiž bylo zpočátku nepříjemné mluvit do diktafonu. Ale musím dodat, že všichni se po počáteční nejistotě spontánně rozovídali a nahrávání tak, doufám, nebylo na škodu pravdivosti výpovědí. Vzájemnou důvěru s respondenty jsem se pokusila posílit i slíbenou anonymizací údajů, která brání případné identifikaci jednotlivců. Moje výzkumnická nezkušenost v některých případech vedla k zabíhavosti rozhovorů a odklonu od tématu. Ale jinak proběhly všechny rozhovory bez významných obtíží.

Moje profesní příslušnost, která mi na jednu stranu komplikovala výzkumnickou objektivitu, mi na druhé straně umožnila získat i data, která by možná zdravotnickému

laikovi zůstala skryta. Odpadly mi problémy s rozkrýváním zdravotnického slangu a pochopením odborných výrazů. Myslím si, že i pro respondenty bylo příjemnější hovořit s někým z oboru, u koho mohli hledat profesní pochopení ve sporných tématech. Mezi zdravotníky běžně padají zábrany hovořit o věcech, které by laikovi museli složitě vysvětlovat.

Nemohu pominout ani pozitivní přínos rozhovorů pro mě samotnou. Získání nového náhledu na pro mě aktuální profesní problematiku mi usnadnilo pochopení některých lékařských postojů a zlepšilo tak spolupráci s lékaři na pracovišti. Potěšil mě i závěrečný výrok jedné z dotazovaných lékařek, která ocenila přínos společného rozhovoru. Věřím tedy, že provedený výzkum a získané výstupy budou cenné nejen pro tuto práci a pro moji osobu, ale že určité pozastavení a zamyšlení nad řešenými tématy bude mít pozitivní dopad i na zkoumané lékaře. Nad rámec mého očekávání by byl přínos k lepšímu pochopení a náhledu pro další zájemce o zkoumanou problematiku.



## Závěr

Hlavním cílem této práce bylo **zjistit, jaká je připravenost mladých lékařů na sdělování onkologické diagnózy pacientům a identifikovat související problémové oblasti v rámci českého zdravotnického systému**. Tento cíl jsem se pokusila naplnit pomocí analýzy sekundárních dat a vlastního empirického šetření. Interpretací získaných kategorií a hledáním vzájemných vztahů jsem se snažila odpovědět na stanovené výzkumné otázky.

Sdělování diagnózy je náročná situace pro obě zúčastněné strany-pacienta i lékaře. V případě onkologické diagnózy je sdělení i přijetí této nepříznivé zprávy obzvláště složité. Záměrem mojí práce bylo zjistit, jak se k této situaci staví lékaři-onkologové. Zaměřila jsem se na mladé lékaře do 35 let, kteří nedávno prošli vzdělávacím systémem a mají tak čerstvou zkušenost s teoretickou studijní přípravou, kterou jsem ve svém výzkumu také prověřovala.

V rámci pregraduálního vzdělání lékaři získávají mnoho odborných a teoretických znalostí, které jsou nezbytné pro jejich profesní erudici. Humanitní a etické vzdělání však dle subjektivního hodnocení respondentů nedosahuje kvalitní úrovně. Lékaři poukazují na velkou teoretičnost jejich fakultního vzdělávání, kterému vyčítají nedostatek praxe a kontaktu s pacientem. Tento nedostatek lékaři pociťují při nástupu do lékařské praxe, kdy se případným omylům snaží vyhnout díky inspiraci zkušenějšími kolegy. Současná medicína je atomizovaná, chybí jí holistický přístup, kde by byl pacient vnímán jako bio-psycho-sociální celek. V období postgraduálního vzdělávání jsou znevýhodněni lékaři z menších měst a nemocnic, kde je méně příležitostí stáží a cesta k atestaci tak trvá delší dobu. Nabídka dalšího vzdělávání lékařů je poměrně široká, praktickou překážkou pro zvyšování kompetencí jsou spíše nepodporující pracovní podmínky.

Sdělování diagnózy je proces, který začíná již při prvním kontaktu pacienta s lékařem. Sdělování onkologické diagnózy patří v praxi k nejméně oblíbeným interakcím lékaře a pacienta. Příklon k pravdivé informovanosti s sebou lékařům přináší nepříjemnou povinnost stát se nositeli špatných zpráv. V případě, že člověk nechce být o své diagnóze informován, musí to lékař ctít stejnou měrou jako právo na informace. Nezbytné pro další spolupráci a léčbu je udržení pacientovy naděje a důležitý je i vzájemný vztah mezi lékařem a pacientem. Rovnocenně partnerský vztah je základem

pro vytvoření pacientovy důvěry. Na podkladě křehkého vztahu důvěry se pak odvíjí další spolupráce.

Mezi další okolnosti, které ovlivňují sdělování nepříznivých zpráv, patří dostatek času, který si lékař uzpůsobí podle potřeb pacienta a také místo, kde ke sdělení dojde. Požadavek na nerušený soukromý prostor je v nemocniční praxi špatně proveditelný, v reálu dochází ke sdělování nejčastěji na vyšetřovně, pracovně nebo na pokoji pacienta. Stává se, že pacient nepojme množství informací a v šoku vytěsňuje i sdělené, proto se osvědčuje postupné informování. Zajímavou možností je přítomnost psychologa nebo jiné odborné osoby při obtížných rozhovorech. V reálu to však není z ekonomických a organizačních důvodů běžné a ani lékaři o to neprojevují větší zájem.

Jak lékař přistoupí ke sdělení nepříznivé onkologické diagnózy, závisí nejen na jeho osobnostních charakteristikách, ale také na jeho komunikačních schopnostech a připravenosti k řešení etických dilemat. Umění komunikace lékaři obecně podceňují s tím, že to buď umí, nebo ne. A ve stejné míře je naopak přeceňováno sebehodnocení vlastních schopností. Lékařská omnipotence (všemocnost) je opakem uvědomění si medicínských hranic, kdy lékař musí uznat, že jeho možnosti jsou limitovány.

Mezi problémové oblasti komunikace zdravotníků patří užívání příliš odborné terminologie, potíže při komunikaci s rodinou pacienta nebo mlžení ohledně diagnózy a vyhýbání se slovu „rakovina“. Mnoho patientských stížností podmíněných nedostatkem podaných informací poukazuje na neschopnost zdravotníků efektivně komunikovat. Je ale prokázáno, že komunikaci lze cíleně naučit, proto jsou hlavně zdravotníkům, kteří jsou denně v interakci s různými typy lidí, nabízeny komunikační kurzy, které mají za cíl odstranit nebo alespoň zmírnit komunikační bariéry. Tato možnost není lékaři příliš využívána. Zdůvodňují to nedostatkem času a nedostatečnou podporou od zaměstnavatele.

Při opakovaném léčebném neúspěchu, který lékaře provází při setkávání s nevyлéčitelně nemocnými, se objevuje určitá deziluze, zklamání a bezmoc. Proti takovým pocitům si lékaři časem vytvoří obranné mechanismy, které brání přetížení jejich psychiky. Existuje ale množství lékařů, kteří nepocítují negativní dopad práce s nemocnými a umírajícími. Tito odolní lékaři jsou schopni dobře racionalizovat svůj pohled a přijímají roli lékaře i s jejími limity. Jedná se hlavně o mladé lékaře, kteří byli vzděláváni více otevřeným způsobem. Stále však hrozí sklouznutí od věcné profesionality k neosobnímu přístupu.



Kromě běžných pracovních nároků působí na lékaře na onkologických odděleních negativně i další vlivy. Obtížná komunikace s vážně nemocnými pacienty, psychická náročnost a častá setkání s úmrtím, ale i nárůst administrativy a celkově množství práce působí jako stresové faktory. Mezi další zjištěné stresové podněty, které mají vliv na kvalitu a efektivitu práce, patří špatná organizace práce, časová tíseň nebo např. hluk na společných lékařských pracovnách, který znemožňuje soustředění na práci. Všechny tyto negativní pracovní podmínky způsobují u lékařů vyčerpání, které může při dlouhodobém působení přerůst až v chronický stav a syndrom vyhoření. Důležitou prevencí jsou proto kvalitní metody psychohygieny. Jako osvědčené se prokázaly jakékoli činnosti nesouvisející s prací. Např. sportovní aktivity, kultura, odpočinek, záliby nebo studium jiného oboru. Profesionální metody psychohygieny nejsou ve zdravotnictví příliš běžné a mezi lékaři převládá neznalost a značné předsudky vůči těmto technikám, přestože s nimi lékaři nemají zkušenosti. Názory na profesionální supervizi se různí od příznivých až po kritické, které vnímají supervizi jako nežádoucí kontrolu.

## Summary

The main objective of this study was to detect readiness of young physicians to communicate the diagnosis to cancer patients and identify problem areas associated within the Czech health care system. This goal I have attempted to fill through the analysis of secondary data and own empirical research. I've tried to answer the research questions by the interpretation of the categories and the searching their relationships.

Doctors have to study a lot of theory in their undergraduate education. They complain about lack of practice and patient contact. The modern medicine is atomized, it lacks a holistic approach where the patient is perceived as a bio-psycho-social personality.

Communicate a true diagnosis brings unpleasant duty doctors to become bearers of bad news. The right to the information must be accept the same extent as the right to prohibition of inform anybody. The good relationship between doctor and patient and phenomenon of hope are necessary for further cooperation and patient's treatment. The other factors that affect the communication of bad news is enough physician's time and also the place where the communication occurs. The possibility of the presence of a psychologist is not usual in the Czech health care system and there are some economic and organizational problems with it. In addition, doctors do not have much interest in it.

Doctors generally underestimate the art of communication. So it's understandable, that there are a lot of patient's complaints because of it. The communication problems include using of too technical terminology, difficulties in communication with the patient's family and avoidance of the word "cancer". Therefore communication classes for health professional are offered. But the doctors don't use it too.

Some doctors create defense mechanisms against the negative feelings of failure treatment. But there is a number of doctors who don't feel the negative impact of working with sick and dying. The other negative effects of the work environment of physicians are: difficult communication with seriously ill patients, mental demands and frequent encounters with death, poor work organization, but also increase of the administration and quantity of work.

All these negative working conditions cause exhaustion that can develop into the chronic stage and burnout. An important prevention method is good mental hygiene. As best have shown any activity unrelated to work. For example sports, culture, relaxation, hobbies or other field of studies. Professional methods of psychohygiene in health care are burdened with considerable prejudices against these techniques, although doctors have no experience.

Outputs of research are valid for my research sample, and thus can not be generalized to the whole population.

## Použitá literatura

ALAN, Josef. *Etapy života očima sociologie*. 1. vydání. Praha: Panorama, 1989. 440 stran. ISBN 11-071-89 02/37.

ANGENENDT, Gabriel; SHÜTZKE-KREILKAMP; Ursula, TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie v praxi-Psychoedukace, poradenství a terapie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2010. 328 stran. ISBN 978-80-7367-781-7.

BALINT, Michael. *Lékař, jeho pacient a nemoc*. 1. vydání. Praha: Grada, 1999. 336 stran. ISBN 80-7169-734-6.

BEDNÁŘOVÁ, Jana. *Supervize ano, či ne?* In *Sestra*. [online]. © 2007-2012. Zdravotnické noviny, 2010, č. 3, s. 14. [cit. 2012-03-03]. Dostupné z: <<http://www.npr.org/templates/story/story.php?storyId=6368484>>.

BENEŠ, Vladimír. *Smrt, jedno z posledních tabu*. In *Právo*. [online]. 5.4.2012. © 2012. [cit. 2012-04-06]. Dostupné z: <<http://www.novinky.cz/zena/styl/263041-smrt-jedno-z-poslednich-tabu.html>>.

BENNETT, M.; ALISON, D. *Discussing the diagnosis and prognosis with cancer patients*. [online]. 1996. s. 25-29 [cit. 2012-02-05]. Dostupné z: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/supervize-ano-ci-ne-450423>>.

BERAN, Jiří. *Lékařská psychologie v praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. 140 stran. ISBN 978-80-247-1125-6.

COENEN, Robert G. *Nesnadné téma eutanázie*. In KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání: etický manuál pro mediky, lékaře a sestry*. Rozšířené vydání s příspěvky a komentáři. Praha: H & H, 1995. 293 stran.

ČERVENKA, Jan. *Prestiž povolání z pohledu veřejného mínění*. [online]. 2004. [cit. 2012-04-03]. Dostupné z:

<[http://www.cvvm.cas.cz/upl/nase\\_spolecnost/100026s\\_Cervenka-prestiz.pdf](http://www.cvvm.cas.cz/upl/nase_spolecnost/100026s_Cervenka-prestiz.pdf)>.

DOSTÁLOVÁ, Olga. *Psychoterapeutické přístupy k onkologickým nemocným*. 1. vydání. Praha: Avicenum, 1986. 208 stran.

DOSTÁLOVÁ, Olga. *Léčba pokročilých stádií zhoubných nádorů*. 1. vydání. Praha: Dům medicíny, 1996. 248 stran.

GOLDMANN, Radoslav; CICHÁ, Martina. *Etika zdravotní a sociální práce*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. 126 stran. ISBN80-244-0907-0.

GOLEMAN, Daniel. *Is Social Intelligence More Useful than IQ?* In *National Public Radio*, 1996 October 23 . [online]. © 2006. [cit. 2012-04-05]. Dostupné z:

<<http://www.npr.org/templates/story/story.php?storyId=6368484>>.

GOLEMAN, Daniel. *Emoční inteligence*. 2. vydání. Praha: Metafora, 2011. 315 stran. ISBN 978-80-7359-334-6.

GRUN, Anselm. *Smrt v životě člověka*. 1. vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1997. ISBN 80- 7192-221-8.

HÁJEK, Karel. *Práce s emocemi pro pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Portál, 2006. 120 stran. ISBN 80-7367-107-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Spoutaný život. Kapitoly z psychoonkologie*. Praha: 3. LF UK, 1991. 336 stran.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Thanatologie. Nauka o umírání a smrti*. 1. vydání. Praha: Galén, 2000. 192 stran. ISBN 80-7262-0347.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3. vydání. Praha: Galén, 2002. 272 stran. ISBN 80-7262-132-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2. vydání. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. 368 stran. ISBN 978-80-87109-19-9.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. 408 stran. ISBN 80-7367-040-2.

HONZÁK, Radkin. *Úvaha nad českým vydáním*. In KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání: etický manuál pro mediky, lékaře a sestry*. Rozšířené vydání s příspěvkem a komentáři. Praha: H & H, 1995. 293 stran.

JANÁČKOVÁ, Laura; WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vydání. Praha: Portál, 2008. 136 stran. ISBN 978-80-7367-477-9.

JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vydání. Praha: Triton, 2003. 224 stran. ISBN 80-7254-329-6.

JIRKOVSKÝ, Daniel. *Zpráva o dílčí evaluaci seminářů Základy proklientské komunikace*. [online]. Leden 2012. [cit. 2012-04-01]. Dostupné z: <[http://www.fnmotol.cz/\\_sys\\_/FileStorage/download/1/138/evaluace-komunikace-za-rok-2011.pdf](http://www.fnmotol.cz/_sys_/FileStorage/download/1/138/evaluace-komunikace-za-rok-2011.pdf)>.

KALVODOVÁ, Libuše. *Psychologická poradna pro odborníky*. [online]. 3.3.2010. © 2012. [cit. 2012-04-20]. Dostupné z: <[http://www.linkos.cz/psychologicka-poradna-pro-odborniky/vsechny-prispevky-1/#discussion\\_441](http://www.linkos.cz/psychologicka-poradna-pro-odborniky/vsechny-prispevky-1/#discussion_441)>.

KAPR, Jaroslav; KOUKOLA, Bohumil. *Pacient: revoluce v poskytování péče*. 1. vydání. Praha: SLON, 1998. 76 stran. ISBN 80-85850-49-4.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Nadace Hestia, 1995.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Otázky a odpovědi o smrti a umírání*. 1. vydání. Turnov: Arica, 1993. 148 stran. ISBN 80-85878-12-7.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání: etický manuál pro mediky, lékaře a sestry*. Rozšířené vydání s příspěvkem a komentáři. Praha: H & H, 1995. 293 stran.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. 1. vydání. Praha: Grada, 1994, 190 stran. ISBN 80-7169-121-6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vydání. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

McMANUS, I.C.; VINCENT, C.A.; THOM, S.; KIDD, J. *Teaching communication skills to clinical students*. In *BMJ Helping doctors make better decision*. [online]. 1993 May 15, s. 1322–1327. [cit. 2012-02-06]. Dostupné z: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1677733/>>.

PACOVSKÝ, Vladimír. *Umírání a smrt ve stáří*. In KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání: etický manuál pro mediky, lékaře a sestry*. Rozšířené vydání s příspěvkem a komentáři. Praha: H & H, 1995. 293 stran.

PAYNE, Jan. *Osten smrti*. In KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání: etický manuál pro mediky, lékaře a sestry*. Rozšířené vydání s příspěvkem a komentáři. Praha: H & H, 1995. 293 stran.

PERA, Heinrich; WEINERT, Bernd. *Nemocným nablízku. Jak pomáhat v těžkých chvílích*. 1. vydání. Praha: Vyšehrad, 2000. 200 stran. ISBN 80-7021-152-0.

PTÁČEK, Radek; BARTŮNĚK, Petr. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. 528 stran. ISBN 978-80-247-3976-2.

RAJČANOVÁ, Magdaléna. *Standardy pro onkologické pregraduální vzdělávání - shrnutí zprávy o dotazníkovém šetření*. [online]. 2009. [cit. 2011-12-01]. Dostupné z: <<http://onkostandard.onkokurz.cz/ke-stazeni/>>.

SCHMIDBAUER, Wolfgang. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. Praha: Portál, 2000. 176 stran. ISBN 80-7178-312-9.

SCHULZE, Ralf; ROBERTS, Richard D. *Emoční inteligence. Přehled základních přístupů a aplikací*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007. 367 stran. ISBN 978-80-7367-229-4.

SILVERMAN, David. *Ako robiť kvalitatívny výskum*. Bratislava: Ikar, 2005. 327 stran. ISBN 80-551-0904-4.

SRNEC, Jan. *Morálka a etika v pregraduální výchově lékařů a psychologů*. In KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání: etický manuál pro mediky, lékaře a sestry*. Rozšířené vydání s příspěvky a komentáři. Praha: H & H, 1995. 293 stran.

STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. 103 stran. ISBN 978-80-247-3553-5.

STOLÍNOVÁ, Jitka; MACH, Jan. *Právní odpovědnost v medicíně*. 2. vydání. Praha: Galén, 2010. 313 stran. ISBN 978-80-7262-686-1.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1. vydání. Boskovice: Albert, 1999. 196 stran. ISBN 80-85834-60-X.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Krizová intervence pro praxi*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. 197 stran. ISBN 80-247-0586-9.

ŠTUCBARTOVÁ, Milada. *Smrt na porodním sále*. In KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání: etický manuál pro mediky, lékaře a sestry*. Rozšířené vydání s příspěvky a komentáři. Praha: H & H, 1995. 293 stran.



ŠVARŤÍČEK, Roman; ŠEĎOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007. 384 stran. ISBN 978-80-7367-313-0.

SVATOŠOVÁ, Marie. *Záludnost takzvané milosrdné lži*. In *Sestra*. [online]. 8.6.2010. © 2007-2012. [cit. 2011-12-01]. Dostupné z: <<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/zaludnost-takzvane-milosrdne-lzi-452677>>.

TATE, Peter. *The doctor's communication handbook*. 6th ed. Oxford: Radcliffe publishing, 2010. 192 stran. ISBN 978-1-84619-392-7.

THE, Anne-Mei. *Paliativní péče a komunikace*. 1. vydání. Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-24-4.

TUČEK, Milan. *Naše společnost 2011. Prestiž povolání*. [online]. 25.7.2011. [cit. 2012-04-03]. Dostupné z: <<http://www.umirani.cz/sdelovani-onkologicke-diagnozy.html>>.

TVRDÁ, Pavlína. *Umírání a smrt očima zdravotních sester: bakalářská práce*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta pedagogická, Katedra sociální pedagogiky, 2012. 55 stran, 20 stran příloh. Vedoucí diplomové práce Mgr. Martin Stanoev.

ÚZIS ČR. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Zdravotnická ročenka ČR 2010*. [online]. © 2011. [cit. 2011-09-11]. Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>>.

VÁGNEROVÁ, Magda. *Strach ze smrti*. In KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání: etický manuál pro mediky, lékaře a sestry*. Rozšířené vydání s příspěvky a komentáři. Praha: H & H, 1995. 293 stran.

VÁVROVÁ, Soňa. *Doprovázení v pomáhajících profesích*. 1. vydání. Praha: Portál, 2012. 159 stran. ISBN 978-80-262-0087-1.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 184 stran. ISBN 978-80-247-3174-2.

VIRT, Gunter. *Žít až do konce: etika umírání, smrti a eutanazie*. 1. vydání. Praha: Vyšehrad, 2000. 96 stran. ISBN 80-7021-330-2.

VORLÍČEK, J.; SLÁMA, O.; KALVODOVÁ, L. *Desatero zásad sdělování onkologické diagnózy*. 3.2.2001. [online]. © 2012. [cit. 2012-02-02]. Dostupné z: <<http://www.umirani.cz/sdelovani-onkologicke-diagnozy.html>>.

ZACHAROVÁ, Eva; ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 288 stran. ISBN 978-80-247-4062-1

---

#### Použité zákonné normy:

Zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu

Zákon č. 220/1991 Sb. o České lékařské komoře

Zákon č. 95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta

#### Další použité webové zdroje:

ČSPM. Česká společnost paliativní medicíny České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Dostupné z: <<http://www.paliativnimediceina.cz/>>.

LINKOS. Česká onkologická společnost. Dostupné z: <<http://www.linkos.cz/>>.

GAUDIA. Dostupné z: <<http://www.gaudiaprotirakovine.cz/>>.

HOSPIC ANEŽKY ČESKÉ. Dostupné z: <<http://www.hospic.cz/>>.

---

IPVZ. Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. Dostupné z:<<http://www.ipvz.cz>>.

VZDĚLÁVÁNÍ ZDRAVOTNÍKŮ. Dostupné z: <<http://www.vzdelavani-zdravotniku.cz/>>.

---

## **Seznam tabulek**

Tabulka č. 1: Přehled respondentů

## Seznam příloh

**Příloha č. 1:** Scénář rozhovorů

**Příloha č. 2:** Desatero zásad sdělování onkologické diagnózy

---

**Příloha č. 1:** Scénář rozhovorů

Momentálně pracuji na své bakalářské práci, jejíž součástí je výzkum na téma Sdělování onkologické diagnózy pacientům očima mladých lékařů. A protože bych chtěla toto téma blíže prozkoumat, ráda bych Vás požádala o Vaše upřímné názory k této problematice. Nejedná se o žádnou soutěž, tudíž na moje otázky neexistují správné odpovědi. Zajímá mě Váš postoj k dané problematice.

Kvůli dalšímu zpracování jsem nucená rozhovor nahrávat. Mohu však zaručit, že veškeré získané informace budou považovány za důvěrné. Nikde nebude figurovat Vaše jméno, ani jiné údaje sloužící k Vaší identifikaci.

Budu vděčná za Vaši spolupráci a věnovaný čas.

Máte nějaké otázky, potřebujete něco vysvětlit, než začneme? Souhlasíte tedy s nahráváním?

Jak dlouho už pracujete jako lékařka? Jak dlouho pracujete tady? Volila jste toto oddělení záměrně?

Co je pro Vás na práci tady nejnáročnější?

Jaké máte pocity z toho, že ne všem pacientům můžete pomoci? Jak se vyrovnáváte s tím, že pacienti tady často umírají? Objevuje se u vás pocit zklamání?

Myslíte, že Vás studium na lékařské fakultě dostatečně připravilo na tuto práci nejen teoreticky ale i pro praxi? Měli jste na fakultě nějaké kurzy specializované na onkologii nebo práci s terminálně nemocnými?

A jak probíhala Vaše postgraduální specializace? Co myslíte, že by bylo vhodné v tomto ohledu vylepšit?

Když se ohlédnete zpětně, v čem spatřujete mezery Vašeho pregraduálního a postgraduálního vzdělávání? Co myslíte, že by se Vám hodilo pro praxi? Čemu by se mohlo na fakultách věnovat více pozornosti?

Jak přistupujete ke sdělování nepříznivé onkologické diagnózy pacientům? Můžete mi to popsat svými slovy? (Kde, jak, co?)

Uvítali byste multidisciplinárnější přístup a případnou spolupráci třeba s psychologem nebo knězem?

Využíváte při komunikaci s nemocnými spíše akademické znalosti nebo svůj osobní lidský přístup?

Upřednostňujete upřímnou pravdu nebo milosrdné mlčení? Používáte slovo „rakovina“?

Jak postupujete v případě, že pacient nechce znát pravdu o svém zdravotním stavu?

Každý pacient na takovou zprávu reaguje jinak, někdo je v šoku, někdo může být agresivní. Jak se vyrovnáváte s tak emočně náročnými situacemi?

Myslíte, že jsou tady na oddělení nastolené dobré pracovní podmínky, které Vám práci usnadní? Jste spokojen/a s pracovním prostředím?

Máte v práci možnost navštěvovat nějaké kurzy dalšího vzdělávání v oboru? Setkala jste se např. se supervizí? Uvítal/a byste to? (plus např. komunikační kurz.)

Když odcházíte po práci domů, cítíte se unavený/á? Víc fyzicky nebo psychicky? Cítila jste se někdy úplně vyčerpaný/á prací?

Jak se odreagováváte od práce?

Napadá Vás ještě něco k tématu, co byste chtěla dodat? Něco, na co jsem se neptala?

Tak ještě jednou děkuji za Váš čas.

**Příloha č. 2:** Desatero zásad sdělování onkologické diagnózy

- 1) Informace o podstatě nemoci poskytuj všem nemocným s maligním onemocněním, ale diferencovaně co do obsahu a způsobu podání.
- 2) Informaci o diagnóze podává vždy lékař. Pacient si může určit, kdo má být při sdělování diagnózy dále přítomen (např. členové rodiny, přátelé, další lékař, zdravotní sestra, psycholog). Informaci o nemoci a terapii podávej opakovaně, nestačí jednorázový rozhovor.
- 3) Informaci podej nejdříve pacientovi, potom dle jeho přání členům rodiny či jiným určeným lidem. Nemocný sám rozhoduje, koho a do jaké míry informovat.
- 4) S podstatou nemoci, vyšetřovacími a terapeutickými postupy seznam nemocného neprodleně, ještě před aplikací první léčby.
- 5) Zdůrazňuj možnosti léčby, ale neslibuj vyléčení.
- 6) Odpovídej na otázky, obavy a sdílené pocity ze strany pacienta i jeho blízkých. Věnuj čas naznačeným, ale nevyřčeným dotazům.
- 7) Informace o prognóze nemoci z hlediska doby přežití podávej uvážlivě, pouze na přímý pacientův dotaz. Nikdy neříkej konkrétní datum, spíše nastiň určitý časový rámec vycházející ze znalosti obvyklého průběhu daného onemocnění. Zdůrazni možné odchylky oběma směry od obvyklého průběhu.
- 8) Jednotnou informovanost zajisti důsledným předáváním informací mezi personálem navzájem (lékařská a sesterská dokumentace).
- 9) Ujisti pacienta o svém odhodlání vést léčbu v celém průběhu nemoci a komplexně řešit všechny obtíže, které mu onemocnění a jeho léčba přinesou.
- 10) Svým přístupem u nemocného probouzej a udržuj realistické naděje a očekávání (Vorlíček 2001).