

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Marta Celarová

Zvládání komunikačně náročných situací v přímé péči o pacienta

**Coping with communication-demanding situations in direct
patient care**

Praha, 2020

Vedoucí práce: PhDr. Markéta Niederlová, Ph.D.

Poděkování

Děkuji PhDr. Markétě Niederlové, PhD. za příjemné a efektivní vedení celé diplomové práce.

Děkuji svým milým kolegům PhDr. Danu Hodulíkovi, Mgr. Lukáši Rumlenovi a PhDr. Alici Hamplové za spolupráci při tvorbě obsahu mobilní aplikace, a také MUDr. Barboře Szonowské za veškerý čas, který s aplikací strávila – za konzultace a supervizi obsahu i aktivní pomoc při sběru dat.

Děkuji své rodině, a to především Filipovi, za láskyplnou podporu ve všech ohledech.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 8. 4.2020

.....

Marta Celarová

Abstrakt:

Diplomová práce se zabývá komunikací ve zdravotnictví, resp. její úlohou v péči o pacienta, a to ze strany zdravotníků k pacientům, jeho blízkým ale také ke kolegům. V práci je ukázána důležitost způsobu komunikace, resp. komunikačních dovedností, ke všem těmto skupinám v souvislosti s péčí o pacienta (vyšší adherence, celková spokojenost, sociální podpora...), a s tím související komunikačně náročné situace, se kterými se zdravotník v praxi běžně setkává.

Cílem je postihnout nejčastější komunikačně náročné situace z praxe zdravotníků a poskytnout jakýsi „návod“ na jejich úspěšné zvládnutí. Výstupem praktické části je tedy zmapování komunikačně náročných situací českých zdravotníků (lékařů, zdravotních sester a dalších) prostřednictvím dotazníkového šetření, a následně také vytvoření návrhu na mobilní aplikaci, která bude sloužit jako pomůcka pro zdravotníky či mediky v jednotlivých komunikačních situacích s dospělými pacienty, jejich blízkými, ale také mezi kolegy.

Klíčová slova:

Komunikace ve zdravotnictví, komunikačně náročné situace, péče o pacienta, zdravotníci

Abstract:

This thesis focuses on the role of communication from healthcare professionals to patients, their relatives, and colleagues and its impact on patient care outcomes. We demonstrate the importance of appropriate communication style and strong communication skills to these outcomes (i.e. higher adherence, overall satisfaction, and social support). We also illustrate various situations requiring difficult communication that healthcare professionals commonly encounter in practice.

The aim is to capture the most common communication demanding situations from the practice of healthcare professionals and provide a “reference” for their successful completion. The outcome of the practical part of this work is to map the difficult communication situations of Czech healthcare professionals (doctors, nurses and others) through questionnaire survey , and to design a mobile application that will serve as a form of aid for healthcare professionals or medics in individual communication situations with adult patients, their relatives, and colleagues.

Keywords:

Communication in healthcare, communication-demanding situations, patient care, health professionals

Obsah

LITERÁRNĚ-PŘEHLEDOVÁ ČÁST	10
1 Zdravotní péče, kompetence ve zdravotní péči a její specifika	10
1.1 Druhy zdravotní péče v ČR	10
1.2 Kompetence jednotlivých zaměstnanců ve zdravotní péči	11
1.2.1 Kompetence lékařů	11
1.2.2 Kompetence zdravotních sester	12
1.2.3 Kompetence dalšího zdravotnického personálu	13
1.3 Etika ve zdravotnictví	14
1.3.1 Lékařská etika	14
1.3.2 Sesterská etika	16
1.3.3 Etika nelékařského zdravotnického personálu	16
2 Komunikace ve zdravotní péči a její význam.....	17
2.1 Komunikace zdravotníka s pacientem	18
2.1.1 Kvalita vztahu zdravotníka s pacientem	26
2.2 Komunikace zdravotníka s rodinou pacienta	28
2.3 Komunikace s kolegy zdravotníky (v týmu).....	30
2.4 Časté chyby v komunikaci (nejen ve zdravotnictví).....	33
2.5 Aktuální situace a „trendy“ v oblasti komunikace ve zdravotnictví.....	34
3 Komunikačně náročné situace ve zdravotní péči.....	35
3.1 Komunikačně náročné situace ve vztahu k pacientovi	37
3.1.1 Sdělování nepříznivé zprávy	42
3.1.2 Edukace pacienta	46
3.1.3 Umírání a smrt – rozhovor s pacientem v (pre)terminálním stadiu.....	48
3.1.4 Zvládání emočně nabitých rozhovorů (např. s naštvanými, agresivními, plačícími pacienty...)	52
3.1.5 Komunikace s pacientem při zaškolování mediků	55
3.1.6 Telefonická komunikace s pacientem a její specifika	56
3.1.7 Online komunikace s pacientem	58
3.2 Komunikačně náročné situace ve vztahu k rodině pacienta	60
3.3 Komunikačně náročné situace ve vztahu ke kolegovi	64
3.3.1 Zpětná vazba kolegovi	65
3.3.2 Přijetí a odmítnutí kritiky od kolegy	69
3.3.3 Žádost o něco	71
3.3.4 Názorový střet s kolegou	72

4	Příklady možností vzdělávání se v komunikačních dovednostech ve zdravotní péči	73
	PRAKTICKÁ ČÁST	76
5	Cíle výzkumu	76
5.1	Výzkumné otázky	76
6	Design výzkumného projektu	77
7	Výzkumný soubor	78
8	Výzkumné metody	79
8.1	Etika	81
9	Způsob zpracování dat	82
10	Výsledky	83
10.1	Kvantitativní část	83
10.2	Kvalitativní část	90
11	Návrh mobilní aplikace pro zdravotníky	94
11.1	Cíle a další možnosti	96
	Diskuze	97
	Závěr	103
	Seznam použité literatury	104
	Seznam zkratk	117
	Seznam grafů	118
	Seznam obrázků	119
	Seznam příloh	120

Úvod

Tématem této práce je zvládání komunikačně náročných situací pro zdravotnické pracovníky, nejčastěji tedy lékaře a zdravotní sestry. Je to téma, které jsem zvolila vzhledem k tomu, že se jím zabývám už několik let ve své práci i v osobním životě a jsem přesvědčena, že má smysl.

K zamyšlení nad touto problematickou mě přivedly dvě věci. Zprvė ne úplně málo vlastních pobytů v nemocničních zařizováních či jen návštěv v ordinacích. Díky tomu jsem zjistila, jaký na mne má vliv prostředí, jak se mnou komunikuje lékař, jestli mi projevuje respekt, zda mi sděluje informace – jaké a jakým způsobem –, jak o mne pečují sestry, jaké mám „spoluležící“ i to, jakou barvou jsou vymalované stěny okolo mé postele. Přestože mě leccos bolí nebo mi je zle, vždy vnímám, zda se na mne při komunikaci lékař dívá nebo kolem jen proběhne a něco latinsky polohlasem sdělí sestře. Takových situací je bezpočet a patrně je každý více či méně zná.

Důležitým impulsem pro mne bylo několik mých stáží v nemocnicích či jiných zdravotnických zařizováních. Jako klíčové bych chtěla zmínit dvě. Vzpomínám na jednu velmi starou pacientku, která díky rozhovoru s pracovníkem daného pracoviště vyslyšela svou (velmi nepříznivou) prognózu, přijala ji a mohla díky tomu následující noci v klidu (ve spánku) zemřít. Uvědomila jsem si, jak je důležité pacientovi sdělit pravdu, a to citlivým, podporujícím, ale otevřeným způsobem. Naproti tomu se pamatuji, když nás (stážisty) lékař pobízela k tomu, abychom si tipli, kdo z tamějších pacientů nejdříve umře. Když jsme se dozvěděli, že ta nejčilejší paní, s úžasem jsem se přeptala, zda to ta paní ví. Lékař jen zakroutil hlavou, ušklíbl se a řekl: „To jsme asi z psychologického hlediska podcenili, co?“. Medici, kteří podobně jako já nebyli schopni slova, mi později smutně sdělili, že vědí, že to není takto správně, ale že naprosto netuší, jak by to sami pacientce sdělili, jak by s ní pracovali, že je to nikdo ve škole neučí. Právě to mě motivuje k tomu, aby vznikla nějaká – pro všechny dostupná – pomůcka, která by mohla, byť jen málo pomoci těmto lidem, tedy lidem, kteří by rádi své komunikační dovednosti zlepšili nebo se pokusili na situaci dívat ještě jinýma očima.

Cílem celé práce je tedy zmapování náročných komunikačních situací, se kterými se nejčastěji potýkají zdravotničtí pracovníci (převážně lékaři a sestry) v přímé péči, a vytvořit

pomůcku na jejich úspěšné zvládnání (návrh textu pro vytvoření mobilní aplikace, příp. tištěné příručky).

V jednotlivých kapitolách teoretické části se budu zabývat převážně komunikací ve zdravotnictví, jaké má komunikace dopady na péči o pacienta (a to nejen komunikace s pacientem, ale i jeho blízkými či s kolegy), jak působí dobře vytvořený partnerský vztah lékaře s pacientem, co pacient ve své péči potřebuje apod. V dalších kapitolách budou rozebrány jednotlivé komunikačně náročné situace (s pacientem, rodinou pacienta a s kolegy) spolu s doporučeními na jejich zvládnání dle odborníků na komunikaci, lékařů, kteří se komunikací dlouhodobě zabývají, bude zde znát jistá inspirace z paliativní péče apod. Na úplném začátku však ještě vymezím kompetence a etická pravidla u jednotlivých zdravotnických profesích, aby bylo následně srozumitelné to, co se koho týká nebo případně netýká.

Praktická část se skládá z vytvořené dotazníkové metody pro zdravotníky, která zjišťuje nejčastější komunikační obtíže v jejich praxi a její vyhodnocení. Závěrem práce bude (v příloze) prvotní ukázka navržené mobilní aplikace (skript), která by v budoucnu měla sloužit jako pomůcka pro zdravotníky (mediky) pro jejich každodenní či naopak nevšední náročné komunikační situace. Na tvorbě dotazníku a návrhu aplikace jsem spolupracovala s lektory, kteří dlouhodobě školí zdravotníky v tomto tématu ze společnosti Centrum dohody, s.r.o., a s několika lékaři, nejvíce s doktorkou Barborou Szonowskou z Interního oddělení Strahov, VFN v Praze. Aplikace je také inspirována její americkou „předchůdkyní“ VitalTips od VitalTalk, která je však pro české prostředí ne moc dobře použitelná, a to hlavně z důvodu kulturních a jazykových odlišností, ale také z toho důvodu, že se jedná o převážně paliativní mobilní aplikaci. Zároveň je návrh vzniklý na základě této práce o mnoho konkrétnější, propracovanější a je rozdělený právě na tři zmíněné oblasti (*komunikace s pacientem, rodinou pacienta a kolegy*).

Práce je citována podle APA 6. vyd. (2010).

LITERÁRNĚ-PŘEHLEDOVÁ ČÁST

1 Zdravotní péče, kompetence ve zdravotní péči a její specifika

1.1 Druhy zdravotní péče v ČR

Zdravotní péče u nás v České republice je dle MZČR (2014) rozdělena do několika sektorů, druhů. Jednak je zde ambulantní péče, kdy jde o zdravotní péči, kdy není třeba pacienta přijímat na lůžko, resp. hospitalizovat. V případě zdravotních komplikací se tak dospělý pacient obrací nejprve na primárního, tj. praktického lékaře, zubního lékaře či gynekologa.

Dále je zde tzv. lůžková péče. Tu většinou doporučuje či přímo dohodne právě lékař primární péče či ambulantní specialista v případě, že to vyžaduje charakter onemocnění pacienta. Lůžková zdravotní péče může být:

- a) **Akutní lůžková péče standardní:** poskytovaná v případě náhlého onemocnění či akutního zhoršení chronické nemoci, které vážně ohrožuje pacientovo zdraví, avšak nevede bezprostředně k selhávání životních funkcí; v případě potřeby provedení určitých zdravotních úkonů, které není možné provést ambulantně; v případě možné včasné léčebné rehabilitace.
- b) **Akutní lůžková péče intenzivní:** poskytovaná v případě náhlého selhávání či ohrožení základních životních funkcí nebo v situacích, kde se podobný stav přepokládá.
- c) **Následná lůžková péče:** poskytovaná tam, kde byla určena diagnóza a pacient a jeho stav je již stabilizován či výrazně zlepšen, avšak potřebuje další doléčování či rehabilitaci; dále pak pacientovi, který je alespoň částečně závislý na podpoře základních životních funkcí.
- d) **Dlouhodobá lůžková péče:** u pacientů, jejichž stav nelze léčbou zlepšit a zároveň se bez ní neobejde (resp. dojde ke zhoršení); dále pak u pacientů, kteří mají poruchu základních životních funkcí.

Dalším typem je zdravotnická záchranná služba a pohotovostní služba, která v případě potřeby přijíždí k pacientovi a poskytuje mu akutní péči, případně převáží pacienta do zdravotnického zařízení za stálého poskytování neodkladné zdravotní péče.

Kromě toho do těchto kategorií patří pracovně-lékařské služby (preventivní prohlídky za účelem zhodnocení stavu pracovních podmínek a prostředí ve vztahu ke zdraví člověka), dispenzární péče (zde je účelem aktivní a dlouhodobé sledování zdravotního stavu člověka ohroženého či trpícího nějakou nemocí nebo případného zhoršení stavu), lázeňská léčebně rehabilitační péče (někdy nezbytnou součástí dlouhodobé péče, navrhuje praktický či ošetřující lékař), preventivní péče (preventivní prohlídky, očkování apod.) a poskytování léčivých přípravků a zdravotnických prostředků (lékárny vydávající léky na předpis či bez něj).

Tato práce, včetně výsledného návržení mobilní aplikace, se bude orientovat převážně na lůžkovou zdravotní péči. Jednotlivé tipy a doporučení jsou však obecně komunikačně platná, lze je tedy s jistou modifikací v mnoha situacích využít, avšak není na ně v aplikaci konkrétní tip.

1.2 Kompetence jednotlivých zaměstnanců ve zdravotní péči

Na zdravotní péči se v různé míře a kvalitě (tj. typu intervence) podílí kromě lékařů také další zdravotní personál: zdravotní sestry, sanitáři, kliničtí psychologové apod.

1.2.1 Kompetence lékařů

Do kompetencí lékařů spadá mj. rozhodování o přijetí či propuštění pacienta, stanovení diagnózy a léčebného postupu (včetně ukončení léčby v případě vyléčení či naopak nemožnosti pacientovi nadále pomoci z hlediska vyléčení), informování o stavu, diagnóze a prognóze pacientovi či jeho blízkým (se souhlasem pacienta), samotné vedení léčby apod. (Zacharová, Hermanová, & Šrámková, 2007). Na lékaři tedy stojí veškerá odpovědnost za rozhodování o pacientovi z hlediska jeho nemoci a léčby včetně informování a konzultací se samotným pacientem, jeho blízkými a případně se specializovanými kolegy (konzilia, porady, konzultace...). Lékař stanoví průběh léčby a ošetřování, které pak může provádět zdravotní sestra (§ 4 odst. 1 vyhlášky č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků). Je zde samozřejmě řada různých specifíků v kompetencích dle specializace lékaře.

1.2.2 Kompetence zdravotních sester

Zdravotní (všeobecná) sestra poskytuje, příp. zajišťuje, základní a specializovanou ošetrovatelskou péči v souladu s diagnózou určenou lékařem. Zdravotní sestra může – dle § 4 odst. 1 vyhlášky č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků – vyhodnocovat potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevu jejich onemocnění a rizikových faktorů, sledovat a orientačně hodnotit fyziologické funkce za použití zdravotnických prostředků, sledovat, hodnotit a zaznamenávat fyzický a psychický stav pacienta, zajišťovat a provádět vyšetření biologického materiálu, provádět dílčí úkony dle diagnózy a léčebného postupu, zajišťovat vhodné prostředí pro pacienta i lékaře (dezinfekce, ložní prádlo...), zajišťovat činnosti spojené s příjmem, přemístováním i propouštěním pacientů apod.

Dále pak sestra může získávat anamnézu pacienta (osobní, rodinnou, pracovní, sociální), doporučovat vhodné kompenzační pomůcky či prostředky pro péči, orientačně hodnotit sociální situaci pacienta, identifikovat potřebu spolupracovat se sociálním či zdravotně-sociálním pracovníkem a zprostředkovávat pomoc v těchto ohledech, edukovat pacienta (či jiné osoby) v ošetrovatelských postupech a připravovat pro ně informace či materiály s informacemi. Jinými slovy všeobecná sestra má na starosti péči o pacienta, aby bylo zajištěno vše, co v danou chvíli potřebuje, navozuje s ním interpersonální kontakt (většinou více a hlouběji než lékař), avšak na rozdíl od lékaře nemá v kompetenci sdělovat informace týkající se diagnózy či stavu pacienta jemu ani jeho rodině. Diagnózu, prognózu i další postupy v léčbě sděluje výhradně lékař, sestra může pouze vysvětlovat, jakým způsobem se daný úkon bude provádět apod. (§ 4 odst. 1 vyhlášky č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků).

Vzhledem k tomu, že zdravotní sestra nemá oprávnění sdělovat stav či jakékoliv bližší informace o pacientovi jemu ani jeho blízkým, se snadno dostává do svízelných situací, neboť tyto informace povětšinou zná a je tak těžké je záměrně neposkytnout, tedy nechat pacienta či jeho blízké ve stavu nevědění (Zacharová, Hermanová, & Šrámková, 2007). Pro představu uvedu příklad, který je relativně častý například v hospicích či na odděleních se závažnými diagnózami: rodina pacienta přijde navštívit právě zesnulého pacienta, který již není na svém nemocničním pokoji (v lepším případě, v horším tam ještě

je a je „uklizen“). Rodina se ptá sestry, kde jejich příbuzný je. Sestra ví, že pacient zemřel, avšak není oprávněna rodině pacienta tuto informaci sdělit. Rodina na sestru naléhá, aby jim informaci sdělila, nechápe, proč nic neříká – možná kromě toho, že zavolá lékaře, který v danou chvíli nemusí být přítomen – a nechápe, proč na takovou informaci sestra potřebuje lékaře. Jde o nepříjemnou shodu okolností, avšak z praxe je relativně často vyzdvihována jako extrémně zátěžová (Prokopová, Klimeš, & Hanibal, 2019). Často však nemusí jít o takto extrémní situaci. I v případě, že se pacient zdravotní sestry neustále ptá, co mu je, zda se uzdraví apod., může to na zdravotní sestru být velký nápor. Tím spíše, pokud pacient využívá toho, že spolu mají hezky navázaný vztah a může se tak snadno stát, že je takový nápor na hranici nebo za hranicí manipulace.

Zdravotní sestra tedy příbuzným sděluje především informace, které se týkají organizačního zajištění péče o pacienta, chodu oddělení jako jsou návštěvní hodiny, kontakt, kam se může rodina obrátit apod. Zdravotní sestra se nikdy nevyjadřuje směrem k pacientovi ani jeho blízkým o diagnóze pacienta, nálezech, o vážnosti jeho stavu či prognóze. Může však informovat o onemocnění pacienta jako takovém a jeho aktuálním stavu, pokud to není v rozporu s předchozí větou. Kompetence zdravotní sestry jsou tedy především v edukačních činnostech s tím, že závisí na charakteru konkrétního onemocnění a stavu pacienta. Tyto informace nesmí být v rozporu s tím, co poskytuje lékař (i proto je podstatnou součástí komunikace s kolegy, zde konkrétně lékař–sestra; Vévoda, 2013).

1.2.3 Kompetence dalšího zdravotnického personálu

Kromě lékařů a zdravotních sester se ve zdravotnickém zařízení mohou objevovat sanitáři (pomocný zdravotní pracovní vykonávající různé pomocné a ošetrovatelské činnosti potřebné k celkové péči, zpravidla pod dozorem zdravotní sestry), záchranáři (poskytují přednemocní neodkladnou péči a dále pak poskytují péči v rámci akutního příjmu, a to bez odborného dohledu, avšak na základě indikace lékaře; z hlediska komunikace mohou také instruovat a radit po telefonu k poskytnutí první pomoci, komunikovat s pacientem i jeho blízkými; § 18 odst. 3 zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních) a další. Důležitou profesí v rámci této práce je také klinický psycholog, který může bez odborného dohledu provádět psychologickou diagnostiku, psychoterapii, péči v případě akutních psychických krizí a traumat, rehabilitaci, reedukaci a resocializaci psychických funkcí, školení zdravotnických pracovníků v oblasti psychologie zdraví a nemoci,

psychologickou prevenci (pro pacienta i tým), různé typy poradenství a přípravu na náročné zákroky nebo na smrt a pomáhá pacientovi či jeho blízkým přijmout nevyléčitelnou nemoc či (pro pacienta) závažnou diagnózu. Nesdělují však samostatně diagnózu ani léčebný postup, často pak ale na základě těchto informací postupuje, vysvětluje možnosti atp. (§ 22 odst. 5 zákona č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních).

1.3 Etika ve zdravotnictví

Etiku chci v souvislosti s tématem této práce zmínit hlavně pro připomenutí toho, jaké jsou kromě určených kompetencí limity, které by zdravotníci neměli překračovat a stanovuje určité základy pro to, jakým způsobem by se mělo s pacientem zacházet, a to i komunikačně. Jestliže je tedy součástí lékařské etiky například pravidlo chránit a zlepšovat kvalitu pacientova života a ulevovat od bolestí a utrpení, pak jde polemizovat o tom, zda jde pouze o odbornou stránku kvality života, nebo zda lze tuto kvalitu podporovat i jiným (například komunikačním, resp. vztahovým) způsobem.

1.3.1 Lékařská etika

Každé zdravotnické zařízení má vlastní vypracovaný etický kodex. Avšak přesto lze uvést několik základních etických pravidel, která platí univerzálně. Lékaři skládají Hippokratovu přísahu, kterou zde nebudu citovat, nicméně obecně má lékař čtyři základní principy lékařské etiky:

- princip beneficence,
- princip nonmaleficence,
- princip autonomie,
- princip spravedlnosti (Zímová, & Zímová, 2012).

Princip beneficence neboli dobročinnosti, dobrodiní, je součástí již Hippokratovy přísahy, kde se lékař zavazuje vždy a za všech okolností jednat v zájmu pacienta. Princip zahrnuje pravidlo chránit a zlepšovat kvalitu pacientova života a ulevovat od bolestí a utrpení (Zímová, & Zímová, 2012).

Druhým principem je nonmaleficence, tj. neškodit (opět v Hippokratově přísaze). Lékař je zde povinen omezovat a předcházet potenciálním rizikům ve všech léčebných fázích (prevence, diagnostika, terapie, resp. samotná léčba).

Princip respektování autonomie hájí nezávislost, individualitu, samostatnost pacienta a jeho svobodu volby. Jde tedy o to, že by měl lékař vnímat pacienta jako samostatnou bytost, která má právo se rozhodnout o své budoucnosti (dalším postupu léčby). Dnes se tento princip čím dále více protlačuje v oblasti paliativní medicíny, kdy se pacient může rozhodnout nepokračovat v neperspektivní léčbě (Sláma, 2011). Autonomie pacienta je však často do značné míry omezena. Jednak ne všichni lékaři sdělují veškeré informace pacientovi (např. lékař pacientovi s onkologickým nálezem nesdělí, že do roka zemře a léčí ho nadále mj. chemoterapií – pacient s léčbou souhlasí, avšak netuší, že léčba povede maximálně k mírnému prodloužení života s léčbou, nikoliv k uzdravení). Zároveň pacient sám nenavrhuje léčbu, pacient povětšinou přijímá či odmítá. Jsou i situace, kdy se však nějak jedná navzdory pacientova nesouhlasu. Problémem může být také situace, kdy se sice pacientův názor respektuje, tento názor je však nezodpovědný a život ohrožující. Opět zmíněná paliativní medicína v tomto ohledu zachází tak daleko, že pacientovi nabízí tzv. *Dříve vyslovené přání* (DVP) – tedy projev vůle osoby starší 18 let ohledně toho, jakou léčbu si pacient do budoucna přeje či nepřeje v případě, že se již nebude schopen nadále samostatně rozhodovat či vyjadřovat (Matějka, & Zavadová, 2016) – např. souhlas či nesouhlas s resuscitací. Lékař každopádně za pacienta nese plnou právní odpovědnost (Zimová, & Zimová, 2012).

Poslední ze čtyř základních principů lékaře, princip spravedlnosti, pak odkazuje na to, aby lékař dbal na všeobecné blaho všech svých pacientů bez výběru. Onemocní-li tedy jeden pacient infekční chorobou, může mít vzhledem ke svému stavu sklon nedbat na blaho svého okolí, tím spíše, pokud jsou kolem něj lidé, kteří mu nejsou blízcí. Je pak na lékaři, aby zajistil bezpečné prostředí pro, pokud možno, všechny své pacienty, tj. přizpůsobil chování pacienta vzhledem ke svému stavu. Tento princip je však často (negativně) ovlivněn lidskými, geografickými či ekonomickými možnostmi (Zimová, & Zimová, 2012).

1.3.2 Sesterská etika

Etika zdravotní sestry se orientuje na základě Etického kodexu sester vypracovaným Mezinárodní radou sester ICN v roce 1953 (od té doby byl několikrát revidován). Jde o etická pravidla směrem k občanům, společnosti, kolegům, péči v praxi a povolání (ICN, 2012).

Především je zdravotní sestra povinna převzít odpovědnost za péči o zdraví, prevenci nemocí a za zlepšování zdravotního stavu nemocných, včetně zmírňování bolestí a utrpení. Péči poskytuje všem lidem bez rozdílu (věk, pohlaví, národnost, sociální postavení, víra, barva kůže, politické přesvědčení...) a bez vlastních preferencí s tím, že by se měla snažit vytvořit podmínky respektující jednotlivce s ohledem na jeho soukromí a důstojnost. Zdravotní sestra by tak měla poskytovat péči pacientovi, rodině i společnosti, a to ve spolupráci i s jinými obory (ICN, 2012). Zdravotní sestra by se také dle ICN (2012) měla celoživotně vzdělávat, resp. udržovat svou práci na té nejvyšší možné kvalitě a udržovat určitý pečovatelský standard.

Podstatné však je, že by zdravotní sestra měla znát své nejen komunikační kompetence a přes ty nepřekračovat.

1.3.3 Etika nelékařského zdravotnického personálu

Zdravotnický pracovník rovněž zachovává úctu k životu, respektuje lidská práva a důstojnost jednotlivce bez rozdílu (věk, pohlaví apod.), dbá na dodržování Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, na dodržování práv pacientů. Zdravotnický pracovník by měl také ke své práci přistupovat s veškerými schopnostmi, které má a s vědomím profesionální odpovědnosti za podporu zdraví pacienta, včetně prevence nemocí, obnovy zdraví, zmírňování bolestí, resp. utrpení i přispění ke klidnému umírání a smrti. Dále pak nadřazuje zájmy pacienta nad zájmy své a spolupracuje s ostatními profesionály k výše zmíněnému. Zdravotnický personál by měl dodržovat pravidlo mlčenlivosti apod. (Köhlerová, 2009).

2 Komunikace ve zdravotní péči a její význam

Lékaři, zdravotní sestry i další kliničtí pracovníci dělají každodenně nedocenitelnou (a bohužel často nedocenenou) práci. V České republice je kvalita zdravotnictví na velmi vysoké úrovni (Numbeo, 2020), co se odbornosti týče, a nezpochybnitelně je zde velká část zdravotníků, kteří kladou důraz i na komunikační složku péče (z vlastní zkušenosti se ve zdravotnické populaci vyskytuje i velká část lidí, kteří si důležitost komunikace ve své práci uvědomují, avšak nedisponují potřebnými komunikačními dovednostmi).

Zdravotníci mají velmi náročnou práci, tlačí je čas a často i netrpělivost pacientů či jejich rodin, mají hodně administrativní práce, která je ubíjející a zdržuje je od práce, kterou potřebují a chtějí dělat, potřebují také zvládat každodenní spolupráci se svými kolegy. Kromě toho ne vždy je jejich práce oceněna tak, jak by zasluhovala. Na zdravotníky je tak vytvářen velký tlak, který může skončit až syndromem vyhoření. Zdravotníci jsou rizikovými skupinami, neboť jsou velice angažováni, často mají velký pocit smysluplnosti a užitečnosti, a tudíž i potřeby vyhovět všem, pomoci co nejvíce lidem; jsou zpravidla empatičtí, obětaví, odpovědní, zkrátka příslušníci skupiny pomáhající profese, kteří mají problém relaxovat a kteří jsou často plně (ekonomicky i společensky) nedoceny (Hodulík, 2019). Syndrom vyhoření se však následně výrazně projevuje právě v komunikaci k druhým, nejen k pacientovi či jeho rodině, ale i ke kolegům. Tito lidé jsou přecitlivělí v mezilidských vztazích, negativističtí až cyničtí, bez nálady s nižší mírou empatie k druhým a celkově nemají motivaci udržovat dobré vztahy (Hodulík, 2019). To se následně negativně projevuje do celého týmu i do péče o pacienta. Vzhledem k aktuální situaci ve zdravotnictví, kde je nedostatek zdravotníků, kteří mají nekonečné a na sebe navazující služby, to hraje v komunikaci, resp. její kvalitě velkou roli.

Komunikace ale patří do každodenní reality všech zdravotníků. Čím dál více se ukazuje, že to je pro tento typ povolání naprosto klíčovým aspektem, který provází, doplňuje a někdy možná dokonce skoro nahrazuje jeho odbornost – dle Lánského (2012) je zdravotnictví z 80 % o komunikaci, neboť pacienti, se kterými jejich lékaři srozumitelně komunikují, jsou informovanější, a tudíž lépe spolupracující, což zpravidla vede k rychlejšímu uzdravení nebo dodržování lékařských pokynů (adherence). Je tedy zapotřebí, aby se zdravotničtí pracovníci vzdělávali nejen ve své odbornosti, ale také právě v komunikačních dovednostech (WFME, 2017).

Ve zdravotnictví jsou tři hlavní skupiny, mezi kterým dochází k zásadní komunikaci ze strany zdravotníka: s pacienty, s jeho blízkými a s kolegy, ať už s lékaři, sestrami či jakýmkoliv jinými zaměřenými, což může znamenat i komunikaci v týmu jako takovém. Proto zde budou postupně rozebrány tyto interakce.

2.1 Komunikace zdravotníka s pacientem

Komunikace – a obecně lidský přístup k pacientovi – je v přímé péči o pacienta často opomíjenou či upozadovanou stránkou oproti orientaci na onemocnění a léčbu (Borghi et al., 2019). Je přirozené, že se každý lékař (či zdravotní sestra aj.) snaží, aby se pacient uzdravil, aby mu bylo lépe, a pokud možno aby se již s pacientem *nemusel dále potkávat* (tzn. pacient se uzdraví a již nebude potřebovat lékařskou pomoc). To lze bezpochyby považovat za společný cíl pacienta (možná až na výjimky, které ovšem vybočují z rámce normy) i zdravotnického pracovníka, resp. celého týmu podílejícím se na péči o pacienta. Je však otázkou, jak moc pacientovi stačí, aby o něj bylo pečováno „pouze“ z hlediska medicinského, případně zda by jeho uzdravování nemohlo pomoci (urychlit či minimálně zpříjemnit) i něco dalšího. Kromě toho je medicínská komunikace rovněž interpersonální komunikací a jde tedy o to, aby byla co nejefektivnější v tom slova smyslu, aby byla pro pacienta, a potažmo i pro zdravotníka, něčím přínosná (Pagano, 2015).

Výzkumy (např. Narang et al, 2015 nebo Park, & Mattson, 2009) ukazují, že na člověka má výrazný dopad to, v jakém prostředí se vyskytuje – zda je prostor světlý či tmavý (např. osvětlení v nemocnicích může narušovat cirkadiánní cyklus, tedy spánek, náladu i bolest; Bernhofer et. al, 2013), velký či malý, vyvětraný či zatuchlý, teplý či chladný, zda je tam ticho či hluk, jakou barvu mají stěny, případně jaké tam jsou obrázky nebo i květiny – okrasné květiny v pokoji údajně zlepšují zdravotní výsledky pacientů zotavujících se z operace (Park, & Mattson, 2009). Nicméně jakou má souvislost zlepšování stavu pacienta a způsob, jakým se s ním (či dokonce s pacientovou rodinou nebo mezi kolegy) komunikuje nejen ohledně pacientova léčebného postupu či symptomů?

Studie (např. Boissy et al., 2016; Back, Arnold, Baile, Tulskey, & Fryer-Edwards, 2009; Zolnierek, & DiMatteo, 2009) ukázaly, že dobrá komunikace (resp. komunikační dovednosti) zlepšuje pacientovo přizpůsobení se nemoci, zmírňuje bolest a fyzické příznaky,

zvyšuje adherenci k léčbě (tj. míru dodržování léčebných postupů; Cramer et al., 2008) nebo také compliance (tj. spolupráce při léčbě; Motlová, & Holub, 2005) a spokojenost s péčí o něj i celkově. Křivohlavý (2002) to ve své knize rozepisuje podrobněji, kde říká, že pacienta pozitivně ovlivňuje v plnění pokynů lékaře následující:

- když je pacient přesvědčen, že to, co mu lékař radí, doporučuje či předepisuje, mu pomůže,
- přátelský a partnerský dialog lékaře s pacientem (a když se lékař nechová nadřazeně) a kladný emocionální vztah lékaře k pacientovi;
- ochota lékaře pacientovi naslouchat (pozorně a se zájmem vyslechnout vše, co mu pacient chce sdělit);
- celkově dobré komunikační dovednosti lékaře, ale i pacienta;
- sociální podpora pacienta (ze strany rodiny, přátel aj.);
- pokud pacient rozumí tomu, že je jeho nemoc vážná (nebo když se obecně ve společnosti jeho onemocnění nezlehčuje) a celkově pokud rozumí, co se děje a dít bude;
- když je pacient zvyklý poslouchat anebo je z prostředí, kde je lékař vnímán pozitivně (výchova).

Kromě toho, pokud zdravotník s pacientem komunikuje empaticky a poskytuje mu podporu, pak se pacient méně bojí a je ochotnější mluvit se svým lékařem (sestrou, klinickým psychologem) o čemkoliv (Shochet, King, Levine, Clever, & Wright, 2013). Autoři americké studie z devadesátých let přišli s tím, že pacienti si o poznání méně stěžují na lékaře, se kterými mají dobrý vztah: 80 % stížností a 70 % žalob je spojeno s nespokojeností pacienta v oblasti komunikace ze strany lékaře – nedostupnost pro pacienty, devalvace pacientů či jejich blízkých, nedostatečné poskytování informací pacientům a nedostatečné porozumění pohledu pacienta či jeho rodiny (Beckman, Markakis, Suchman, & Frankel, 1994). Podobné výsledky však nejsou ojedinělé, další a novější studie pochází například z Indie, kde se vyzdvihuje komunikace lékaře s pacientem (a v případě dítěte i s jeho rodiči) jako něco, co vybuduje mezi oběma stranami důvěryhodný vztah a určitou míru vřelosti, zdvořilosti, úcty a pocitu zachování důstojnosti (Singh, 2016). Další americká studie říká, že pro pacienta je podstatný partnerský přístup, ale také to, jakým tónem s ním lékař (zdravotník) mluví. Lékaři, kteří na pacienty hovoří (sebe)jistým a

dominantním hlasem, jsou identifikováni jako ti, kteří za sebou mají více pochybení ve svých lékařských úkonech (Ambady et al., 2002).

Obecně lze říci, že vztah lékaře a pacienta hraje významnou roli v léčbě, neboť pokud má pacient v lékaři důvěryhodnou osobu, a má k němu pozitivní vztah, je výrazně ochotnější věřit tomu, co mu lékař říká a doporučuje, a tak ho i spíše uposlechne v jeho pokynech. V případě dobře navázaného – ideálně terapeutického – vztahu pacient obecně více spolupracuje s lékařem ve své léčbě, plní lékařovy požadavky a je spokojenější. Důležitý je zde i počet poskytnutých informací, resp. to, zda má pacient dostatek potřebných informací a ví tedy, co proč má jak dělat a kdy (Motlová, & Holub, 2005). Kromě toho hraje významnou roli i to, v jakém rozpoložení lékař je, resp. jak na druhé vyzařuje. Meta-analýza provedená z 18 studií ukazuje, že existuje významná souvislost mezi pozitivním psychologickým konstruktem (optimismus, dobrá nálada...) lékaře a tím, jak pacient v čase vnímá své fyzické a duševní zdraví (HRQoL; Amonoo et al., 2018).

Jiná studie (Prentice, Bell, Thomas et al., 2020) k tomu ještě dodává podstatnou informaci. V případě negativního zážitku se zdravotnickým prostředím, resp. pochybením, může v člověku přetrvávat roky. Podle autorů otevřená komunikace predikuje nižší potřebu se vyhýbat lékařům a lékařským zařízením poté, co lékař pochybil, a to konkrétně v průběhu 3-6 let od doby, kdy nějaké pochybení pacienti či jejich blízcí zaznamenali. Jinými slovy, v případě, že lékař v péči o pacienta pochybil, a následně to otevřeně komunikoval, má na pacienta nižší emocionální dopad (včetně nižší pravděpodobnosti smutku či deprese nebo pocitu zrazení či opuštění) oproti chybějící komunikaci na téma konkrétního pochybení či nedostatku. Tito pacienti i jejich rodiny pak tudíž nemají zdaleka takovou potřebu se lékaři či danému zdravotnickému zařízení v budoucnu vyhýbat. Nutno dodat, že zmíněná studie však netvrdí, že má následně pacient nezměněnou důvěru v lékařskou péči jako takovou.

Naopak špatné komunikační dovednosti jsou spojovány s větším využíváním neúčinných léčebných postupů, vyšší mírou konfliktů a nižší adherencí. Rovněž se ukázalo, že s tréninkem komunikačních dovedností se zvyšuje adherence pacienta k léčbě (Zolnierek, & DiMatteo, 2009). Tato komunikace může být jak verbální, tak i nonverbální. Existuje tedy určitá souvislost se spokojeností pacienta a tím, jakým způsobem s ním zdravotník nonverbálně interaguje – např. pohyby, postoj apod. (DiMatteo, Taranta, Friedman, & Prince, 1980). Kromě toho dobré komunikační dovednosti působí i na samotné lékařské

pracovníky, a to tím, že jsou méně ve stresu, mají menší riziko syndromu vyhoření a méně stížností na zanedbávání povinností (Back, Arnold, & Tulskey, 2009).

Kolumbijská studie v nemocnici v Caldas (Echeverri, Zuluaga, Hoyos, & Duque, 2004) se zaměřila explicitně na to, jakým způsobem pacient vnímá jednotlivé ošetřovatele – jak s nimi komunikují, jednají –, a jaký typ vztahu s nimi ošetřovatel navozuje. Tato studie vychází z toho, že pacient potřebuje znát mnoho informací, které ale ne vždy dostává nebo jsou pro něj zcela nesrozumitelné (lékařský jazyk, neznámé výrazy a formulace, případně drmolání...). Pacient tak zůstává v pochybnostech, často se bojí zeptat (obava z toho, že opět nebude rozumět, že bude lékař informace podrážděně opakovat nebo jsou zjevně pro lékaře nepříjemné, lékař spěchá a je nevrlý, pacientův pocit, že obtěžuje apod.). Autoři tedy zdůrazňují to, že je třeba aktivní účast u pacienta, lidská komunikace, vřelost – jinými slovy: je třeba se starat nejen o fyzickou stránku, ale i o tu psychickou. Výsledky této studie ale ukazují, že s lékařem se pacient baví především o anamnéze, zdravotním stavu a užívané medikaci (tj. odborná stránka komunikace). Zde hraje velkou roli zmíněná nesrozumitelnost, nejasnost, nedostatek času. Na rozdíl od toho se zdravotními sestrami (ošetřovatelkami, případně i sanitářkami), které jsou s pacientem v denním kontaktu, a to navíc při běžných úkonech (koupel, podávání léků, braní krve...), pacienti navážou bližší a důvěrnější vztah. Díky tomu mohou dialogy obsahovat osobnější témata, která pacienty tíží. Pacienti tak se svými ošetřujícími sdílí své emoce, obavy a strachy.

Jiná studie poukázala na to, že lékařky-ženy s pacienty mluví o 1,2 minuty déle než lékaři-muži a více se věnují emocím a podpoře pacientů. Lékaři-muži oproti tomu jdou rychleji *k věci* a chtějí rychlá řešení a rozhodnutí (Parker, & Hyett, 2009). Avšak čím více času lékaři (muži i ženy) či jiní zdravotničtí pracovníci tráví se svými pacienty, tím jsou pacienti spokojenější. Kratší návštěvy vedou ke slabší analýze toho, co pacienta trápí, jaké má problémy; kratší návštěvy vedou k méně preventivním opatřením či zákrokům (tzn. řeší se spíše urgentní záležitosti); a krátké návštěvy vedou k nižšímu vlivu lékařů na životní styl pacienta a jeho psychosociální stav (Mechanic, McAlpine, & Rosenthal, 2001).

Čas obecně je v praxi lékařů a dalších zdravotníků velmi nedostatkovou, avšak pro pacienta ohromně podstatnou, komoditou. Američtí psychologové zjistili, že pouze 28 % pacientů není přerušeno v prvotním popisu svých obtíží. První otázka, doplnění nebo zkrátka přerušeni přichází ze strany zdravotníka po 23,1 sekundách. To znamená, že drtivá většina

lékařů si často určí příčinu problému pacienta dříve, než si ho plně vyslechne. Přitom často právě v prvotním sdělení pacientů mohou být obsaženy klíčové informace nebo vlastní obavy, které mohou mít zásadní vliv v diagnostice, léčbě, a hlavně vzájemnému vztahu. Pacienti, kterým *bylo dovoleno* dokončit to, s čím přišli, v průměru potřebovali zhruba o šest sekund navíc oproti těm, kteří byli přerušeni (Marvel, Epstein, Flowers, & Beckman, 1999). Kromě toho autoři zjistili, že u pacientů, kteří nemohli dokončit svůj úvodní vstup, je dvakrát větší pravděpodobnost, že ho *dokončí* v závěrečné fázi rozhovoru, tedy při odchodu lékaře. Až 20 % rutinních návštěv obsahuje tzv. *informace mezi dveřmi*, které mohou mít zásadní význam a současně nabourávají strukturu návštěvy (jde například o situaci, kdy pacient v závěru návštěvy jakoby mimochodem pronese, že se mu vytvořila nová piha; Marvel, Epstein, Flowers, & Beckman, 1999).

Předchozí odstavce této kapitoly se zaměřovaly na převážně verbální komunikaci, avšak nejen ve vztahu k pacientovi je klíčová i nonverbální komunikace, která tu verbální doplňuje či dokonce funguje samostatně – pokud není neverbální sdělení v souladu s verbálním sdělením, pak je pravděpodobnost, že uvěříme neverbálnímu signálu pětkrát vyšší (Vymětal, 2008). Běžně se naopak stává, že člověk obsahově říká velice vhodné formulace, avšak natolik zanedbá právě nonverbální složku komunikace, že nejen že obsahová kvalita zapadne, ale navíc z toho můžeme vyjít ještě hůře, než kdybychom obsahově říkali nesmysly za použití vhodné řeči těla. Čísla říkají, že 55 % toho, co pacient vnímá, tvoří řeč těla, 38 % kvalita hlasu a 7 % obsah slov (Čandová et al., 2007; Křivohlavý, 1988). Už jenom při prvotním kontaktu se zdravotníkem je pro pacienta velice podstatným faktorem v utváření prvního dojmu na zdravotníka a toho, jak nadále bude jejich vztah fungovat. Jde o to, jak lékař pacienta přivítá, zda se mu podívá do očí (zda si ho vůbec všimne), zda se usměje nebo vyjádří jinou adekvátní emoci dle situace, zda ho osloví, jak se k němu postaví, nakloní, zda mu například podá ruku a jakým způsobem.

Hovoříme tedy o vhodné gestikulaci, mimice (mimika sděluje emoce, nálady, prožitky, je často výraznější, než si sami myslíme), posturologii (poloha těla nám může říct, jaký má zdravotník ke komunikačnímu partnerovi postoj – souhlasný, obranný, uzavřený...), haptice (pacienti často potřebují dotek a tělesný kontakt, např. držení ruky) a proxemice (vzdálenost mezi komunikačními partnery). Do nonverbální komunikace se řadí také úprava zevnějšku – styl oblékání, účes, doplňky apod. Ze zevnějšku lze o člověku usuzovat mnoho informací, resp. domněnek – například příslušnost k různým skupinám

(náboženským, sociálním...; Křivohlavý, 2009). Vzhled může ukazovat na profesionalitu, hygienu a čistotu, adekvátnost.

V kontaktu (nejen) s pacientem je podstatný oční kontakt, který by měl být přímý a dostatečný. Zdravotník by měl očním kontaktem (i postojem) vyjadřovat sympatii, nebo alespoň ne výraznou antipatii. Oční kontakt by naopak neměl být roztěkaný nebo zastrášující. Ideální je oční kontakt doplnit úsměvem, který dodá pocit vřelosti – měl by ale být upřímný, nenucený, a ne příliš přehnaný (podlézavý, manipulativní). Gesta by měla působit jako jakýsi „zesilovač“ toho, co říkáme, měla by být v souladu s řečeným, a naopak by neměla být přehnaná, teatrální či nepřirozená. Každopádně by ale neměla chybět. Co se týče posturologie, tedy držení těla, měl by být zdravotník otočen k pacientovi, ideálně s lehkým nakloněním směrem k němu, avšak neměl by narušovat komfortní zónu obou z komunikačních partnerů (viz obrázek 1). Postoj by neměl být strnulý, ale přirozený, plynulý. Častou chybou v této oblasti je otočení těla (nebo hlavy) směrem od pacienta (viz obrázek 2). Tento případ se může objevovat mj. například v situaci, kdy lékař zapisuje do karty v počítači, poslouchá pacienta, ale něco si píše nebo zároveň hovoří k zdravotní sestře či medikovi nebo je ve spěchu, a přestože ještě k pacientovi hovoří, jeho posturologie ukazuje, že už by chtěl nebo potřeboval být jinde. Tato situace je obecně problematická, neboť lékaři řeší velkou spoustu byrokracie, musí ihned zapisovat zprávy a mít v pořádku dokumentaci a výpisy do pojišťoven. Avšak v tento moment se lékař opět od pacienta odpojuje svou pozorností (Čandová et al., 2007).



Obrázek 1: Postavení lékaře k pacientce (Čandová et al. 2007)



Obrázek 2: Nevhodné postavení k pacientce (Čandová et al. 2007)

Zdravotník by měl být také klidný, nepříliš rychlý ani útočný, neměl by projevovat nejistotu, zmatek, plachost. Rychlost řeči by měla být přizpůsobena tempu komunikačního partnera, to samé platí i pro sílu a intenzitu hlasu. Příliš rychlé tempo může působit dojmem podlézavosti, nedůvěřivosti, zatímco příliš pomalé dojmem nerozhodnosti a těžkopádnosti. Hlas by měl znít vyrovnaně, příjemně, naopak je třeba se vyvarovat monotónnosti, teatrálnosti a nevhodným změnám v melodii (zvýšení hlasu na konci věty zní jako otázka, druhého to může mást; Čandová et al., 2007; Linhartová, 2007).

Na obrázcích 3 a 4 je vidět právě zmíněný prvotní kontakt (případně naopak závěrečný) lékaře s pacientem. Na obrázku 3 je lékař, který se pacientce dívá do očí, usmívá se, nonverbálně tedy projevuje zájem. Na obrázku 4 lékař pacientce rovněž tiskne ruku a zdraví ji, avšak kromě toho, že telefonuje (což je už poněkud extrémní situace), tak se na ni ne dívá, neusmívá se a zkrátka je svou pozorností odpojený. Ačkoliv to tedy může působit, že alespoň pacientce ruku podává, tak ve výsledku svým „pozdravem“ vysílá naprostý nezájem a nerespekt k druhému. I pro lékaře může být podání ruky pacientovi velmi důležitým signálem (pevnost stisku, naklonění ruky, podání celé ruky či jen prstů apod.), stejně tak jako oční kontakt (udržuje nebo utíká pohledem k podlaze...) nebo postavení těla (sklíčenost nebo sebevědomá vzpřímenost...; Linhartová, 2007).



Obrázek 3: Vhodné podání ruky pacientce (Čandová et al. 2007)



Obrázek 4: Nevhodné podání ruky pacientce (Čandová et al. 2007)

Nonverbální komunikace tak, jak je zde popsána, je platná v komunikaci obecně, a tudíž i pro komunikaci s rodinou pacienta i s kolegy.

Čtyři roviny komunikace

Existují čtyři roviny naslouchání – model čtyř uší – podle von Thuna (2005), které v běžném rozhovoru uplatňujeme. Jedná se o to, co v konkrétním prohlášení slyšíme, resp. kterou „anténou“ nebo uchem informaci přijímáme. V jedné konkrétní větě, můžeme slyšet potřebu druhého znát přesnou odbornou odpověď (jedná se o informační rovinu), potřebu se vyjádřit, být slyšen (rovina sebevyjádření), potřebu vyzvat druhého k akci, ke změně chování (vyzývací rovina), anebo může jít o vztahovou rovinu, kdy se za řečenou větou schovává potřeba utěšit, podpořit, projevit pocit sounáležitosti. Příklad: Jediná věta „*Bojím se dušnosti. Nemyslím, že byste to uměli ošetřit tak, jak říkáte!*“, může tedy ve skutečnosti znamenat:

- *Chci vědět, jak budete postupovat* (informační / obsahová rovina);
- *Já se bojím! Pomozte mi, neopouštějte mě...* (rovina sebevyjádření);
- *Udělejte něco, abych se nebál a neudusil se!* (vyzývací rovina);
- *Nevěřím vám až tak úplně, nevím, co uděláte, když to nebudu mít pod kontrolou* (vztahová rovina).

Náročné na tom je, že člověk předem neví, o kterou rovinu se jedná, resp. co tedy dané sdělení ve skutečnosti znamená. Může se také stát, že ani samotný vysílač daného sdělení neví, kterou rovinu vysílá. Je tedy třeba mít tyto roviny na zřeteli a zkoušet odhadovat, jakou rovinu vysílatel potřebuje naplnit (ideální je být schopen naplnit všechny čtyři roviny potřeb). Variantou je zeptat se vysílatele, co potřebuje slyšet. Zde může záležet na typu člověka (potřebuje spíše faktické informace, vyzvat lékaře k akci nebo uklidnit emoce, či mít pocit, že v tom není sám?). Čtyři roviny komunikace (naslouchání) jsou platné v jakémkoliv rozhovoru (v pracovním i osobním), ale u pacientů, kteří mají obavy, bolesti, cítí se bezmocní apod., to může hrát velkou roli v jejich přístupu k léčbě a vztahu k lékaři, sestře či jinému zdravotnickému pracovníku, se kterým se pacient střetne. Podobně jako nonverbální komunikace, také čtyři roviny naslouchání jsou platné v komunikaci obecně.

2.1.1 Kvalita vztahu zdravotníka s pacientem

Co tedy znamená to, že má pacient dobrý vztah ke svému ošetřujícímu? V první řadě to znamená, že ošetřující zachovává pacientovi důstojnost – projevuje mu úctu a dostatečnou pozornost, zohledňuje jeho soukromí a nepřekračuje hranice, které pacient jako člověk má. Dbá na zachování pacientovy důstojnosti v co nejvyšší míře – nejde jen o samotný způsob komunikace a zacházení s pacientem, zdravotník zasahuje do intimního soukromí pacienta, často dokonce více než většina z pacientových blízkých, pacient je před ošetřujícím (i před ostatními hospitalizovanými pacienty) obnažován, vykonává základní hygienické potřeby přímo na pokoji apod. Jsou obrovské rozdíly v zacházení k pacientům nejen v tomto ohledu a výrazně to ovlivňuje vzájemný vztah pacient a zdravotníka. S tím souvisí vzájemná důvěra a respekt (Zacharová, Hermanová, & Šrámková, 2007).

Dále je pak pro tento vztah podstatné to, že ošetřující komunikuje srozumitelně a jasně tak, aby tomu pacient rozuměl (např. dle jeho úrovně vzdělání), aktivně a pozorně mu naslouchá, vysvětluje mu vše, co pacient potřebuje a na co má právo, aby věděl a trpělivě odpovídá na dotazy pacienta s tím, že v případě potřeby dané informace zopakuje nebo převysvětlí, aby byly pro pacienta lépe pochopitelné. S tím tedy nutně souvisí to, že nechává prostor pro dotazy pacienta. Kromě toho by měl ošetřující dbát na to, aby nechal pacientovi možnost se samostatně rozhodovat (o vlastní léčbě či případně ne-léčbě). Pacient by tak měl mít dostatek potřebných informací, které mu umožní se plnohodnotně rozhodnout a realisticky zvažovat situaci. K dalšímu léčebnému postupu by měl mít možnost dát své svolení (resp. možnost odmítnutí) (Bleich, Özaltın, & Murray, 2009).

Pacient by měl mít možnost být navštěvován svými blízkými, neměl by být tedy v tomto ohledu nijak omezován, pokud ovšem blízcí pacienta nepřijdou v nevhodný čas ve vztahu k samotné léčbě (např. v době důležitého vyšetření). Pacient má také právo na informace zvenčí a není vůbec od věci, když se s pacientem jeho ošetřující ve vhodnou chvíli pobaví nebo s ním alespoň prohodí pár vstřícných vět. Velmi důležité v tomto vztahu je také to, jaký vztah udržuje ošetřující i s rodinou pacienta, resp. s jeho blízkými (Bleich, Özaltın, & Murray, 2009).

Autorky knihy *Zdravotnická psychologie* (Zacharová, Hermanová, & Šrámková, 2007) to shrnují takto: „*Vzájemný vztah mezi zdravotníkem a nemocným vyžaduje od zdravotníka nejen psychologické znalosti, nýbrž i schopnost empatie, osobní angažovanost,*

postřeh a pohotovost, které proměňují psychologické znalosti v umění psychologicky správně jednat s nemocným“ (str. 63). Zároveň dle autorek závisí na tom, jak moc člověk (pacient) pociťuje závažnost svého stavu, tzn. čím víc svůj stav jako závažný pociťuje, tím je psychologicky komplikovanější jeho vztah ke zdravotníkovi. Ještě o něco složitější to oproti lékařům mají, dle zmíněných autorek, zdravotní sestry, které jsou pacienty považovány za součást zdravotnického personálu (tj. v úzké spolupráci s lékařem), ale zároveň je pacienti vnímají individuálně. Sestra je zasvěcena nejen do fyzického stavu pacienta, ale také s ním tráví mnoho času, a tak s ním může sdílet i mnohé psychické stavy a potíže. Měla by tak mít více porozumění, empatie a laskavosti (Zacharová, Hermanová, & Šrámková, 2007). To dokládá již zmíněná studie z Kolumbie (Echeverri, Zuluaga, Hoyos, & Duque, 2004). Studie z roku 2016 to shrnuje mj. takto: dlouhodobý vztah s lékařem primární péče je spojen se sníženou pravděpodobností hospitalizace, návštěvami pohotovosti, nižšími výdaji na zdravotní péči; je také spojen s vyšším dodržováním léčebného postupu (např. užívání medikace) a lepšími zdravotními výsledky (Brown et al., 2016).

Pro pacienta je osobnost lékaře a vztah s ním velice klíčová, a o to více, čím je pacient ve vážnějším stavu. Zvláště pro lidi se závažnými onemocněními nebo pro umírající je potřebné, aby měli lékaře, který jim dokáže vysvětlit výhody a nevýhody jednotlivých variant postupu, realisticky s nimi probrat celou situaci, upřímně zvážit pro a proti a vysvětlit postupy, kterým pacient nerozumí nebo jsou pro něj nové či nepředstavitelné (Vollandes, 2015). Plán péče je něco, na čem by se minimálně 50 % laické populace oslovené na základě STEM/MARK šetření v roce 2015 chtělo podílet spolu s lékařem (čtvrtina populace by nechala plán péče výhradně na lékaři a další čtvrtina naopak pouze na pacientovi). Podle výsledků to je ale aktuálně (resp. tomu tak bylo v roce 2015) tak, že 93 % laické veřejnosti a 96 % lékařů je přesvědčeno, že plán péče provádí výhradně lékař. Právě komunikace ohledně dalšího postupu je z velké části daná vzájemným vztahem (Znojová, & Szonowska, 2019).

Nemožnost navázat kvalitní vztah nebo alespoň funkční komunikaci s pacientem může být ale i právě na straně pacienta – pacient může mít nejrůznější intelektové, fyziologické, emocionální či jazykové nebo praktické (např. tichý hlas) překážky (Kristová, 2004). Může zde hrát roli také neochota se zdravotnickým personálem spolupracovat, komunikovat, to však může také být způsobeno právě emoční překážkou (např. deprese).

2.2 Komunikace zdravotníka s rodinou pacienta

Komunikace ve zdravotnictví se však netýká pouze vztahu lékař – pacient. Důležité je také vhodně komunikovat s rodinou pacienta, resp. jeho blízkými, významnými lidmi bez ohledu na příbuzenskou vazbu – tito lidé hrají důležitou roli v péči o pacienta. Pro řadu ošetřujících znamená komunikace s rodinou pacientů velice obtížnou disciplínu, dokonce často náročnější než komunikaci s pacienty. Stejně jako pro pacienta je i pro rodinu důležité pravidelně informovat nejen o zdravotním stavu nemocného, ale i o dalším postupu, prognóze apod. a tyto informace případně opakovat. Frekvence (potřeby komunikace s rodinou závisí na několika aspektech, kterými je např. zdravotní (i psychický) stav pacienta a charakter jeho onemocnění, potřeba řešení či vyřešení nějakého problému, diskuze o psychických či sociálních potřebách pacienta a potřeba koordinace časové či jiné (Linhartová, 2007).

Avšak proč je podstatné se s blízkými pacienta takto důkladně (komunikačně) zabývat? Studie ukazují, že v případě, že jsou blízcí pacienta v souladu s léčbou, chápou, proč jejich blízký (tj. pacient) podstupuje tu danou léčbu, proč užívá jaké léky a proč mu to způsobuje různé negativní účinky, tím se zároveň zvyšuje adherence samotného pacienta z toho důvodu, že jsou tak pacientovi více oporou a podporují ho, neboť mají větší vhlad do toho, co se s pacientem děje, co potřebuje a co by naopak neměl (dělat, jíst...) a proč (Halámková, Sláma, Krákorová, Demlová, & Kuře, 2019). Z metanalýzy amerických psychologů provedené ze 122 studií mezi lety 1948 až 2001 vyplynula významná korelace mezi adherencí pacienta a praktickou, emocionální a sociální podporou. Tato metaanalýza ukázala, že adherence je 1,74krát vyšší u pacientů z kohezních rodin a 1,53krát nižší u pacientů z konfliktních rodin. Adherence mírně stoupá i s rodinným stavem, tj. pokud pacient žije s partnerem (DiMatteo, 2004).

Vhodná komunikace s rodinou je tedy důležitá z hlediska samotné podpory, resp. dobrého rozpoložení, pacienta. V případě, že blízcí pacienta nejsou vhodně informováni o stavu pacienta, mohou se snadno dostat do paniky, popření nebo agrese vůči zdravotníkům (naštvané reakce způsobené pocity beznaděje). Pokud však lékař vhodně komunikuje s blízkými svých pacientů, může je tak i uklidnit a ti pak mohou být o to větší (nikoliv zátěží) pro samotné pacienty (Singh, 2016). Rodina tedy může výrazným způsobem

napomoci zdravotníkům v práci s pacientem a zároveň tak podpořit pacienty, neboť interpersonální vztahy, tedy, lépe řečeno, dobře fungující interpersonální vztahy pomáhají zlepšit fyzické i emocionální zdraví pacienta (Goleman, 2011).

Druhým podstatným důvodem, proč se věnovat blízkým pacienta a budovat jeho důvěru k zdravotníkovi, je, že se pak rodinný příslušník (či jakýkoliv blízký pacienta) řekněme *připojí na stranu* lékařů a ostatních ošetřujících a spolupracuje s nimi. To může být významným aspektem v léčbě pacienta, jeho pohodě a zotavování. Dobře vybudovaný *vztah* lékaře a blízkého pacienta může pomoci pacientovi připravit se na některé těžší zákroky atp. (Zacharová, Hermanová, & Šrámková, 2007). V zásadě jde o doplnění důvodu v předchozím odstavci. V momentě, kdy by lékař nepracoval s blízkými pacienta, by se tedy mohlo například stát, že takový člověk nepochopí uvažování lékaře o léčebném postupu, nebude mu to dobře a trpělivě vysvětleno, a tudíž může naopak pacientovi tvrdit, že daný postup není správný a jednat v jeho neprospěch. V momentě, kdy nebudou ošetřeny emoce a obavy příbuzného pacienta, bude to zásadním způsobem narušovat léčbu samotnou. Záleží však, o jaké situace jde. Jako přidaná hodnota k tomu je, že pokud lékař vhodně naváže kontakt s rodinou, může tak získat cenné např. anamnestické údaje o pacientovi, které mu pomohou pochopit celkovou situaci zdravotního stavu pacienta (Zacharová, Hermanová, & Šrámková, 2007).

Kromě toho pacient potřebuje, aby měl dostatečný přístup ke svým blízkým (resp. oni k němu), neboť pro pacienta je vzhledem k zotavování podstatné, aby byl co nejvíce (resp. dle jeho potřeb) v kontaktu se svými milovanými. Pacient změnu zdravotního stavu a s ním spojenou hospitalizaci prožívá podstatně hůře, pokud nemá dostatek informací z domova nebo alespoň pravidelný telefonický kontakt. Podpora a projevy pochopení a pozitivní ujištění o aktuální situaci v rodině či v domácnosti jsou pro pacientem velkým přínosem. Toto vše mu může zvednout náladu a tím i zlepšit zdravotní stav (Zacharová, Hermanová, & Šrámková, 2007). Je tedy důležitou rolí zdravotnického personálu, aby to rodině či jiným blízkým umožnila.

Zde je opět zajímavé se podívat na paliativní podpůrné týmy, které nezřídka pořádají tzv. rodinnou konferenci. Té se povětšinou účastní pacient, jeho blízcí a někteří členové paliativního týmu (např. sestra). Přínosem takových konferencí je možnost identifikovat problémy, které pacienta trápí a možnost všech vyjádřit své obavy, potřeby, pocity. Členové

týmu se tohoto sdílení účastní, korigují ho, a zároveň získávají informace o rodině, co si přeje, jaké tam panují vztahy, případně konflikty, jak se blízcí vyrovnávají s blízcími se smrtí pacienta a mapují, zda někdo z přítomných nepotřebuje další péči (např. psychologickou). Pacient může a nemusí být přítomen (Aranda, & Connor, 2005).

Zdravotníci se v praxi také potýkají s tím, že si rodinní příslušníci nepřejí, aby lékař či kdokoliv jiný z personálu informoval pacienta o jeho zdravotním stavu, nebo alespoň v plné šíři (například aby nepříznivá prognóza pacientovi neudělala huře po psychické stránce). V některých případech se ale ve výsledku může stát, že všichni vědí a pacient neví nebo ví i pacient (vnímá svůj stav a zhoršování) a cítí se být zrazen z toho, že mu nikdo nic neříká (Girma et al., 2020).

2.3 Komunikace s kolegy zdravotníky (v týmu)

Často opomíjenou součástí komunikace ve zdravotnickém prostředí je komunikace mezi samotnými profesionály. Zdravotnické zařízení (obzvláště např. větší nemocnice) je většinou relativně složitá síť a je třeba se v ní nejen orientovat, ale i jednat mezi sebou, a to, pokud možno, efektivně. Komunikace zde probíhá tedy nejen mezi lékaři či sestrami s pacienty a jejich blízkými, ale i mezi lékaři mezi sebou, mezi lékaři staršími a mladšími, zkušenějšími a méně zkušenými, mezi lékaři a zdravotními sestrami, mezi sestrami mezi sebou, dále pak se sanitáři, sanitkami, s psychology, kaplany, dalšími specializacemi (jinými obory) atp. Zároveň zde platí určitá hierarchická komunikace (nejen lékař – zdravotní sestra či zdravotní sestra vrchní nebo staniční sestra, ale i lékař – primář či ředitel nemocnice...). Celá tato síť je potřeba nejen zkoordinovat a uvést do plynulého chodu, ale v ideálním případě také zařídit její fungování tak, aby bylo co nejefektivnější směrem k péči jako takové s tím, že všichni zúčastnění by měli mít společný cíl: spokojenost a ideálně zdraví pacienta. Efektivní komunikace mezi jednotlivými zdravotníky má zásadní efekt na péči poskytovanou pacientům (South East Clinical Senate, 2017).

Jako příklad z praxe zde uvedu situaci, kdy se lékaři mezi sebou neshodnou na léčebném postupu pacienta (např. z důvodu neschopnosti se dohodnout nebo toho, že se předtím třeba nepohodli, nepochopili nebo nechtěli dohodnout či pochopit), který tak dostává odlišnou léčbu podle toho, kdo z lékařů zrovna slouží. Tato péče se tak stává

naprosto neefektivní a možná občas i kontraproduktivní. A to nejen kvůli samotnému nejednotnému léčebnému postupu, ale i proto, že všichni aktéři dané péče jsou zmatení, naštvaní na lékaře, nevědí, kterého z nich mají poslouchat a atmosféra týmu tím může být zásadním způsobem poškozena spolu s kvalitní péčí o pacienta a následně i o další pacienty.

Studie napříč zeměmi ukázaly, že selhání v komunikaci, resp. nefunkční komunikace, zejména mezi lékaři a zdravotními sestrami, bylo spojeno s četnými chybami, včetně zbytečných hospitalizací. Kromě toho tyto studie ukazují, že zdravotníci kvůli nedobré komunikaci mezi sebou pociťují nižší spokojenost oproti těm, kteří komunikují kvalitně (Hailu, Chanyalew, & Mirkuzie, 2016; Renz, & Carrington, 2016).

V týmech tohoto typu je ale také ještě další důležitý aspekt. Je třeba si navzájem důvěřovat (v případě, že lékař zdravotní sestře zadá, aby do kapačky vložila určitý lék, pak předpokládá, že to sestra opravdu udělá nejen správně co se týče názvu léku, ale i ve vhodný čas a ve správném množství), musí zde panovat určitá úcta a respektování názorů druhých – což např. nebylo splněno ve výše zmíněném příkladu. Kromě toho se předpokládá určitá míra vstřícnosti a ochoty (Glasa et al., 1998) – čemuž napovídá už jen daný obor a oblast pomáhající profese.

Zde je popsán ideální stav (skupinová koheze, soudržnost, je do jisté míry ovlivňována typem pracoviště, seskupením lidí v týmu včetně vůdčí osobnosti, pracovní pozicí, velikostí týmu, společným cílem a schopností si navzájem naslouchat, sdílet výsledky a dávat si zpětnou vazbu), nicméně v praxi jsou zdravotníci samozřejmě také *jen lidé*, a proto tento ideál není vždy zcela naplněn všemi zúčastněnými. Kromě toho zde mohou hrát velkou roli faktory typu únava, hlad, přepracování, osobní antipatie, syndrom vyhoření aj.

Google v letech 2013-2015 provedl studii (re:Work, 2018), ve které autoři zapojili 180 týmů a zjišťovali, co je klíčem k jejich efektivnímu fungování (dle hodnocení výkonu, hodnocení vedoucího, hodnocení člena týmu, ad.). Výzkumníci této studie zjistili, že není zas tak podstatné, kdo přesně je členem týmu, ale spíše jak je tým schopen spolupracovat, což v praxi ukazuje na pět faktorů úspěšného týmu:

- **Psychologické bezpečí** – tým je bezpečné prostředí, kde se členové týmu nebojí projevovat před ostatními své názory, postoje, nálady, ale ani přiznávat vlastní

pochybení. Je tedy nasnadě přiznávat své limity a vlastní chybovost, zajistit, aby hlas žádného člena týmu nezapadl a byl slyšet, podporovat zvědavost – pokládat inspirativní otázky, na které druzí budou chtít najít odpověď, naslouchat druhým, projevovat o ně zájem, (upřímně) chválit a oceňovat druhé, děkovat (podpora pozitivní atmosféry i pocitu bezpečí), projevovat si navzájem to, že si práce druhého vážíme – bez ohledu na odbornosti, podporovat humor a případně i smích (boří bariéry, utužuje pozitivní, neformální, přirozenou a uvolněnou atmosféru, (společně) budovat příjemné prostředí a pravidelně hovořit o týmové spolupráci a komunikaci. Konzultanti ze společnosti Centrum dohody, s.r.o. (nejen zdravotnickým) týmům doporučují, aby si jednotliví členové jednou za čas (např. jednou za rok) společně odpovídali na následující otázky:

- *Co mě v práci motivuje?*
 - *Co mi v práci bere a dává energii?*
 - *Čím může být práce se mnou náročná a jak druhým doporučuji, aby se se mnou pracovalo?*
 - *Co mi v práci nejde a potřebuji s tím pomoci?*
 - *Jaký způsob komunikace preferuji?* (Hodulík, & Szonowská, 2019, str. 302).
- **Spolehlivost** – členové plní práci v dobré kvalitě a včas. K posílení spolehlivosti napomůže vyjasnit si vzájemná očekávání, že mé „ano“ znamená, že to opravdu udělám, že mám možnost říkat „ne“, a když něco nezvládám udělat (včas), tak to řeknu s předstihem, případně si jsem schopen říct o pomoc.
 - **Struktura a jasnost** – každý člen ví, co se od něho očekává a rozumí tomu, jak má co dělat; má svou jasnou roli v týmu, je nastaven plán a cíle jednotlivých úkolů – zde hrají významnou roli efektivně vedené porady (týmy aj.);
 - **Smysl práce** – členové týmu si uvědomují smysl své práce, jejich práce je pro ně samotné důležitá (smysl práce může být pro každého jiná, i když ve zdravotnických týmech to bude patrně specifitější než například v bankovním prostředí);
 - **Dopad práce** – členové týmu jsou přesvědčeni, že na nich a na jejich práci záleží, jsou součástí procesu a mohou se podílet i na změnách (re:Work, 2018).

2.4 Časté chyby v komunikaci (nejen ve zdravotnictví)

V rozhovoru obecně je velice snadné udělat několik velice nepříjemných tzv. komunikačních faulů, kterých se nejen zdravotník může dopustit, a které mu mohou znesnadnit cíl, kterého s druhým potřebuje docílit, nebo významně narušit vztah obou komunikačních partnerů.

Takovými komunikačními fauly mohou být například nevhodné povely a úsečná nařizování typu *musíte...* či naopak *nesmíte..., dělejte, rozhodněte se* apod. Vhodnou formou je zaměřit se na potřeby druhého, a na základě nich argumentovat a přesvědčit o správném postupu, na kterém se oba komunikační partneři dohodnou (např. *Sejdeme se znovu za dva týdny a řekneme si, kam se to u vás posunulo. Co vy na to?*). Podobně je tomu u napominání a moralizování (např. *Kdybyste bral léky tak, jak jsem vám řekl, tak byste teď neměl problémy!*). Opět je důležité se zaměřit na to, co je cílem a na základě toho s druhým mluvit (např. *Vysvětlím vám, jak vaše současné potíže souvisí s nepravidelným bráním léků*). Obecně různé formy kritizování, obviňování (požádat o změnu chování), zbytečné výhrůžky nebo varování nepovedou k pozitivnímu závazku na druhé straně, a tudíž v případě pacienta k vyšší adherenci (Zolnierek, & DiMatteo, 2009). Místo toho lze druhému sdělit, co potřebuji a proč, požádat o změnu chování, nebo vysvětlit. Dále jsou pak komunikačními fauly bagatelizace, zlehčování problému, se kterým druhý přichází nebo jeho slov (např. *Tohle přece nemůže být tak těžké...* versus: *Řekněte mi, co vám nejde abychom našli společné řešení*) nebo dokonce nevhodné vtipy či ironie. Častým faulem je také situace, kdy zdravotník, jakožto ošetřující pacienta, řeší vlastní problémy nebo emoce namísto pacientových či jeho rodiny (např. *Co vám mám říkat, mě z toho také není nejlépe, když tady s vámi takové věci probírám*) – natož když emoce nejsou v souladu s řečeným –, příliš dlouhé monology, mnohomluvnost a nedostatek otázek na druhého, nedostatečné naslouchání nebo ukvapené závěry. Zdravotník by také neměl sklouznout do obrany vlastní osoby a protiútoky (např. *Nekřičte tu na mě, dělám, co můžu!*) v případě, že druhý reaguje jinak, než zdravotník očekává (například když pacient projevuje naštvání po sdělení nepříjemné zprávy; Čandová et al., 2007).

2.5 Aktuální situace a „trendy“ v oblasti komunikace ve zdravotnictví

Vzhledem ke stávající situaci na trhu práce v České republice, ale i v dalších zemích v Evropě, např. v Německu (Musil, 2020), že ve zdravotnických zařízeních je zoufalý nedostatek (nejen) lékařů, je patrně právě zmíněný problém patrně prohlubován. Lékaři mají nelidsky dlouhé služby, navíc často navazující jedna za druhou. Nemají tak často čas na sebe, na svůj odpočinek, na jídlo, na základní hygienické potřeby. Mají přeplněné čekárny více či spíše méně trpělivých pacientů (či jejich blízkých), kteří na ně v různé míře apelují, aby na ně (či jejich blízké) již přišla řada. Tyto apely navíc často „odskáčou“ zdravotní sestry, protože jsou to ony, koho pacienti (či jejich blízcí) nejčastěji potkávají – ať už ve zmíněných čekárnách či nemocničních pokojích). Pacienti jsou nevrlí (je jim špatně, něco je bolí, musí čekat, nudí se...) a tak patrně převažují negativní zpětné vazby směrem ke svým ošetřujícím. Není tedy divu, že se pak lékaři a zdravotní sestry případně chovají netrpělivě, neurvale nebo třeba sarkasticky směrem ke svým pacientům či kolegům. Navíc stále panuje přesvědčení, že hlavní a jediné *opravdu* důležité je samotná odbornost.

Na druhou stranu se téma vhodné komunikace a komunikačních dovedností ve zdravotnictví čím dál více probouzí do povědomí těchto profesionálů. Již se objevují náznaky předmětů na vysokých lékařských školách, resp. lékařských fakultách. Již není akcent pouze na lékařskou odbornost, ale více se zdůrazňuje holistické pojetí pacienta – nejen jeho tělesný stav, ale i jeho stav psychický, resp. jak se cítí, co prožívá, co potřebuje, zda zná všechny informace, které chce nebo potřebuje.

Kromě toho čím dál více rozvíjí obor paliativní medicíny (paliativní péče). Ve skutečnosti se spíše obnovuje přirozený model toho, jak lidé pečovali o své blízké a snažili se zmírnit jejich utrpení (Marková, 2010). Paliativní medicína se zabývá komplexní péčí o fyzickou, psychickou a spirituální dimenzi člověka v život ohrožujících stavech. Soustředí se na zvyšování kvality života pacientů a jejich rodin v situaci, kdy čelí závažné nemoci (WHO, 2018). Cílem paliativní péče tedy není léčit, ale mírnit bolesti, trápení jak tělesné, tak psychické, a zachovávat důstojnost pacienta (Sláma, 2011). Paliativní týmy tvoří povětšinou, kromě lékařů a zdravotních sester, také psychologové (psychoterapeuti), duchovní a sociální pracovníci. Společně se zaměřují na jednotlivé pacienty a případně jejich rodiny, a to výhradně za jejich spoluúčasti (Centra paliativní péče, 2020). Bohužel právě z toho důvodu, že paliativní týmy vyzdvihují jiné aspekty péče o pacienta než samotné

fyzické uzdravení, kladou důraz na kvalitní komunikaci, tak se také potýkají s nezájmem či dokonce nepřijetím ze strany té odborné obce, která naopak vyzdvihuje právě kurativní léčbu. Kromě toho se paliativní týmy tím, že často doprovází pacienty a jejich rodiny ke smrti pacientů, pohybují na tabuizovaném území, tedy smrti a umírání, které většina nejen odborné populace ne zcela snadno přijímá (Childers, & Arnold, 2019; Křivohlavý, 2002). Paliativní péče je u pacientů a jejich rodin zpravidla hodnocena velice pozitivně, ale přesto mají v České republice paliativní týmy často problémy se, alespoň v nemocničním zařízení, prosadit se a stát se plně akceptovanou a podporovanou částí nemocnice či jiného zdravotnického zařízení (Peřina, 2016).

Bohužel však lékaři a další nadále „válčí“ s dokumentací, psaním zpráv, výkazů apod., které je od jejich hlavní činnosti odpoutává. Vše je třeba zapisovat, stále nefunguje zcela dobře funkční systém, který by propojoval zprávu o pacientově zdraví napříč zařízeními apod. V USA už v devadesátých letech například fungovaly jakési zapisovatelky, které pouze psaly to, co jim lékař sdělil a sám pak nemusel psát nic (Sharma, 2010). Je otázka, jak by tato služba (bez ohledu na finanční možnosti) mohla fungovat dnes v České republice. Další možností by mohl být tzv. manažer péče (the healthcare manager), který má na starosti plán a řízení péče, koordinaci odborníků (včetně různých specializací) a oddělení mezi sebou, harmonogram, objednávání (toto by mohlo pomoci s přeplněnými čekárnami), domácí péče tak, aby byla efektivní a funkční apod. (Clavel, Pomey, & Ghadiri, 2019). I to by mohlo výrazně napomoci zdravotníkům v jejich náročné práci, na kterou by se tak mohli více soustředit, neboť by pacienti mohli s dotazy a potřebami chodit za manažery péče, a nikoliv za lékaři, věděli by potřebné informace, možná by méně čekali v čekárnách apod.

3 Komunikačně náročné situace ve zdravotní péči

S komunikačně náročnými situacemi se běžný zdravotník ve své praxi setkává logicky dnes a denně. Vzhledem k povaze jeho povolání nejde pouze o perfektní zvládnutí své profese, tedy medicíny jako takové. Lékaři a sestry a další ošetřující musí rovněž vyjít a efektivně komunikovat se svými kolegy, umět pracovat v týmu (týmově) i jednotlivě na dobré úrovni (v ideálním případě) komunikovat s klienty (pacienty). Kromě toho zdravotník denně přichází do kontaktu také s rodinnými příslušníky pacientů, což celé situaci přidává

další rozměr. Z velké části komunikačních situací se jedná o ne zcela snadné konverzace. Často jde o sdělování těžkých diagnóz a nepříznivých prognóz, zvládnání naštvaných či nespolupracujících pacientů i jejich příbuzných atp. Na zdravotníky jsou tak kladeny velké nároky ze strany všech zúčastněných a je otázka, jak je chce, resp. je schopen zvládnout.

Vzhledem k časové a někdy taktéž energetické tísní lékařských zaměstnanců, se pacienti nezdárá stávají více předmětem, který je třeba opravit než lidskou bytostí, která má své pocity, obavy, reálné bolesti. Tito zdravotníci pak možná „zapomínají“ na lidskou důstojnost k člověku jako takovému, neboť se snaží zkrátka dělat svou práci, jak nejlépe umí v odborném (kurativním) slova smyslu. Jejich práce je však o uzdravení člověka, nikoliv opravení stroje. Mnohokrát tedy lékaři (sestry či jiný zdravotnický personál) zapomínají na ty nejjednodušší a nejzákladnější úkony, jako je podání ruky, úsměv, oční kontakt, pozornost, snaha o zachování důstojnosti v té nejvyšší možné míře (Pagano, 2015).

Z mnohaleté zkušenosti autorů knihy *Mastering Communication with Seriously Ill Patients* (Back, Arnold, & Tulskey, 2009) učení a školení studentů, kolegů apod. vyplývá, že povětšinou zdravotníci ve své praxi neviděli dobře vedenou náročnou komunikační situaci nebo nebyli schopni identifikovat to, co dané situaci bylo dobré, funkční. Je to z části i proto, že důraz na komunikační (tj. nejen profesní, medicínský) aspekt, resp. na pacienta zaměřený, partnerský (tj. pacient je lékařem brán při léčbě jako partner) přístup je v medicíně relativní novinkou (Grando, Rozenblum, & Bates, 2015), většina lékařů v České republice nadále setrvává v paternalistické roli a pacienta jako partnera v léčbě nepřijímá (Motlová, & Holub, 2005; Znojová, & Szonowská, 2019). Ti zdravotníci, kteří se zúčastnili kurzů komunikačních dovedností u zmíněných autorů, následně pozitivně hodnotí změnu ve svém přístupu k pacientům, v tom, jak jsou schopni zvládat emocionálně náročné okamžiky a celkově v tom, jak se cítí ve vztahu ke své práci (Back, Arnold, & Tulskey, 2009) a, dle autorů studie Doylea, Copelanda, Bushe, Steina a Thomsona (2011), komunikační kurz (pro zdravotní sestry) napomohl k jejich self-efficacy. Lékařka Szonowská spolu s klinickou psychologou Znojovou (2019) se shodují na tom, že péče v nejlepším zájmu o pacienta je taková, která je „zaměřená na pacienta, je založená na sdíleném rozhodování o léčebných postupech a zdůrazňuje autonomii pacienta“ (str. 94). To znamená, že pacient bude mít dostatek pravdivých informací včetně PRO a PROTI, bude fungovat důvěryhodný vztah s lékařem s dobrou komunikací, kterému pacient může sdělovat své obavy, nápady, očekávání (Muthalagappan, Johansson, Kong, & Brown, 2013). Český paliatr Ondřej Sláma

(2012) ji definuje jako péči, která vede k dosažení cílů, které jsou pro pacienta relevantní za cenu, která je pro pacienta přijatelná.

Zmínění autoři spolu s dalšími odborníky specializujícími se v oblasti vzdělávání zdravotníků v oblasti měkkých dovedností, zpravidla rozdělují komunikačně náročné situace pro zdravotníka do skupin: **komunikace s pacientem, komunikace s rodinou pacienta a komunikace s kolegou**. Jednotlivé komunikačně náročné situace budou postupně rozebrány.

3.1 Komunikačně náročné situace ve vztahu k pacientovi

Obecně v komunikaci, a tím spíše u pacientů – vzhledem k jejich fyzickému či psychickému stavu –, figurují dvojí data: kognitivní a emoční. Kognitivní data pacienta nám říkají např. to, co pacient racionálně ví o své nemoci – jak ji rozumí, jaké zná informace apod. Zatímco emoční data nám říkají, jak tyto informace vnímá, co to pro něho konkrétně znamená (Back, Arnold, & Tulsy, 2009). V praxi je však velice obtížné tyto dva aspekty rozlišit a rozklíčovat. Stává se pak, že lékaři reagují na to, co slyší, a ne na to, co za tím je (podobně jako von Thunovy 4 uši naslouchání, 2005). Jako příklad může být agresivní pacient, který lékaři nadává. Ve skutečnosti však nadává na svou nemoc, na svou bolest a utrpení, na svou osamělost či cokoliv, co ho v daný moment trápí. Není zde však zrovna nikdo jiný, na koho by to pacient tzv. *hodil*, a tak se hromosvodem stane zdravotník.

Lékaři jsou tak často frustrovaní, iritovaní či zahlceni tím, jak pacienti reagují, jaké emoce projevují nebo se je snaží ignorovat. Odmítají emoci jako lidskou slabost a domnívají se, že má menší váhu než kognice. Opak je však pravdou, emoce zásadním způsobem ovlivňují to, jak se rozhodujeme o tom, co je hodnotné či užitečné. V případě, že má pacient např. vážnou či smrtelnou nemoc, je zcela zásadní, co je pro něj hodnotné. I z toho důvodu je zapotřebí mít dobré komunikační dovednosti, které rozkryjí a zvládnou i emoční vrstvu pacienta, případně příbuzného pacienta (Back, Arnold, & Tulsy, 2009).

Podstatnými faktory, které přímo ovlivňují komunikaci a sdílení informací ve velké části interakcí mezi poskytovatelem péče a pacientem, jsou ve zdravotnickém prostředí emoce a obavy (Pagano, 2015). Jelikož k většině interakcím dochází v případě, že je pacient nemocný, zraněný a má bolesti, nebo se má něčemu podobnému zamezit, hrají v komunikaci

velkou roli právě bolesti, obavy, popření či jiné emoce nebo jevy, které mohou vytvářet určitou bariéru či „mlhu“. Jde například o situaci, kdy člověka bolí u srdce a nechce to poskytovateli péče sdělit, protože se obává, že by mohlo jít o infarkt. Podobně pak může pečovatel (zdravotník) vzdát svou snahu podporovat, edukovat a motivovat pacienta v léčbě v případě, že pacient opakovaně odmítá užívat medikaci dle předpisu či držet potřebnou dietu. Z toho důvodu je třeba, aby profesionálové byli schopni rozeznat, jak emoce, nemoc a zranění mohou negativně ovlivnit výměnu informací, vzájemnou spolupráci a dosahování cílů (Pagano, 2015).

Avšak i zdravotníci mají své emoce, které v rozhovorech mohou výrazně ovlivňovat směr a dynamiku, respektive celý dojem a výsledek rozhovoru. Málokterému zdravotníkovi se v životě nestane, že by někdy před pacientem neměl problém s vlastními emocemi, respektive s jejich zvládnutím. Pacienti nebo jejich osudy ve zdravotnických profesionálech mohou vyvolat smutek, pocit nespravedlnosti, soucit a lítost, zlost, nebo frustraci například z toho, že léčba nepostupuje tak, jak má, obavy o pacienta či vlastní zdraví, témata pacientů se mohou bolestně trefit do tématu zdravotníků. Mohou být z něčeho nervózní anebo být ve stresu – klidně i z jiného důvodu, avšak s projevem před pacientem (Raphael-Grimm, & Zuccarini, 2015). Kvalitativní studie z Německa popisuje, že prožívané i očekávané litování (něčeho) ovlivňuje rozhodování lékařů a diagnostická pochybení, což může mít dopad na pacienty i lékaře (Müller et al., 2020). Patrně se také leckterému zdravotníkovi někdy stalo, že se mu vkrádaly slzy do očí. Může se ale také stát, že jim bude připadat nějaká situace s pacientem komická, vtipná, roztomilá nebo mohou pociťovat radost a uspokojení z úspěšné léčby nebo pacientovy spokojenosti. Spektrum emocí a pocitů, které zdravotník může zažívat v rozhovorech s pacienty je celá řada. Na druhé straně ale může existovat i opačný pól, kdy jsou vyhořelí lékaři či zdravotní sestry už natolik emočně oploštění, otupělí, že naopak nemusí pociťovat vůbec nic, což však také není ideál, neboť pak na pacienta působí ledově, nepřítomně a pacienti tak mohou mít pocit, že jim na nich nezáleží (Linhartová, 2007, Ptáček, 2011). Obecně lze říci, že čím více emocí pacientovi projevíte, tím více informací bude vědět (VitalTalk, 2019). Další studie k tomu přidává konkrétní čísla: čtyřicetisekundový projev empatie, sounáležitosti ze strany lékaře v sedmnáctiminutovém rozhovoru (což je zároveň průměrná délka návštěvy pacienta u lékaře; Mechanic, McAlpine, & Rosenthal, 2001) může výrazně snížit úzkost pacienta, zvýšit jeho

spokojenost a vyvolat pocit, že je tam lékař pro něj (Fogarty, Curbow, Wingard, McDonell, & Somerfield, 1999)

Přesto emoce profesionálů nejsou, resp. neměly by být starostí pacienta. Pacient má starostí dost – je v nemocnici, aby se léčil se svými potížemi, a nepotřebuje utěšovat nebo klidnit svého lékaře. Je tedy povinností zdravotníka, aby se o své emoce postaral sám, resp. za pomoci svých technik na zklidnění, svých kolegů a kamarádů, rodiny apod. To ale neznamená, že by měl zdravotník zůstat zcela emočně plochý a nezaujatý, což působí právě dojmem lhostejnosti směrem k pacientovi. Je tedy potřeba zachovat vlastní autenticitu, pracovat s empatií, nicméně nezatěžovat tím pacienta (Childers, & Arnold, 2019). Záleží také na jednotlivých emocích a projevech.

Zdravotník se například může obávat toho, že něco nepůjde tak, jak má, není si jistý, že zákrok dopadne dobře, že se něco pokazí nebo že i přes úspěšný postup nebude výsledný stav fungovat. Je to také těžké v tom, že o celé situaci je s pacientem náročné hovořit. V ten moment není dobré svůj strach sdělovat, ale na rovinu pacientovi říct, jak se věci mají (sdělit například procento úspěšnosti daného zákroku) s tím, že se zaručí, že pro to bude uděláno maximum (Brooks, Ellis, Morrow, Kimminau, & Thrasher, 2018). Jinými slovy: s pacientem je v pořádku mluvit na rovinu, avšak není třeba ho zbytečně strašit.

Pokud je lékař frustrován, nervózní nebo našťvaný z toho, že léčba nepokračuje tak, jak předpokládal a jak by měla, nebo mu něco nejde (například správně nabrat lumbální mok) je to něco, čím by pacient v tu chvíli neměl být zatěžován. Příklad s lumbální punkcí: pacient předem podepsal dokument, kde se uvazuje k tomu, že souhlasí s lumbální punkcí i za předpokladu, že existuje určitá pravděpodobnost, že se lumbální punkce nemusí povést, a tudíž že bude možná ochrnutý na zbytek života. Všichni ho ubezpečují, že lékař, který zákrok provede to dělá denně mnohokrát. Následně se tedy pacient předklání do pozice, ve které se lumbální punkce provádí a čeká na vpich a odebrání lumbálního moku. Lékař vpichuje, vyndává jehlu, vpichuje podruhé a pak ještě několikrát, vždy se slovy: „*Sakra, já to vůbec nemůžu nabrat, to se mi nikdy nestává!*“. V tento moment pacient znervózní, dost možná ztuhne, čímž může změnit svou polohu – to však odběru lumbálního moku mnoho nepomůže. Je zcela pochopitelné, že je to pro lékaře i pro všechny zúčastněné velice nepříjemná situace, avšak v tuto chvíli je třeba, aby se někdo (např. sestra) věnoval

pacientovi a klidným hlasem s ním hovořil, byl tam s ním a sdílel celou situaci společně s pacientem (Křivohlavý, 2002; Szonowská, 2019).

Na druhou stranu, pokud se zdravotníka pacientova situace dotkne, je mu ho opravdu líto a je mu z toho smutno, není od věci lítost projevit formou empatie a projevením pochopením pro jeho situaci (např. vyjádřit lítost nad tím, že se pacient trápí). Pokud se v očích zdravotníka vyskytnou slzy, i to je v pořádku. I zdravotničtí profesionálové jsou pořád jen lidi a pacienti to tak mohou poznat a budou vědět, že zdravotníkovi na nich opravdu záleží. Na místě však rozhodně není plané utěšování (Back, Arnold, Baile, Edwards, & Tulsky, 2010).

Naproti tomu radost či uspokojení z úspěšné léčby, pokroku nebo dobře provedeného zákroku před pacientem je v pořádku, ne však tak, aby měl pocit, že to je něco unikátního, a tady že příště už to vyjít tak dobře nemusí (Back, Arnold, Baile, Edwards, & Tulsky, 2010). Jde například o situaci, kdy pacient přijde s lepší hladinou cukru v těle. Praxe říká, že je efektivnější pochválit pacienta, že držel dietu a díky tomu se mu zlepšila hladina cukru v těle než pacienta pochválit za to, že má lepší hladinu cukru v těle. Zde hraje i velká hra se slovy, např. chci vás pochválit versus musím vás pochválit apod.

Kromě práce s vlastními emocemi v rozhovorech s pacienty, vplynuly z literatury, z vlastní praxe i z praxe odborníků a profesionálů-zdravotníků i externích trenérů měkkých dovedností následují náročné situace v komunikaci s pacientem:

- Sdělování náročné nebo nepříznivé zprávy (diagnóza, prognóza...)
- Edukace – taková, aby ji pacient pochopil a na základě toho nadále jednal (jak edukovat tak, aby zdravotník docílil co nejvyšší adherence / compliance)
- Rozhovory s pacienty v (pre)terminálním stadiu – téma umírání a smrt
- Zvládání situací s našťvanými nebo dokonce agresivními pacienty
- Zvládání situací jinak emočně nabitých rozhovorů (např. s plačícími pacienty)
- Omluva pacientovi
- Komunikace s pacientem při zaškolování mediků
- Efektivní komunikace s pacientem přes telefon – jaká jsou její specifika
- Online komunikace – relativně nové trendy, pro zdravotníky často náročné rozeznat hranice

Většina autorů, kteří jsou v práci zmiňováni, se zabývají komunikačními dovednostmi v praxi zdravotníků obecně. Málokdy jednotlivé situace takto explicitně rozlišují. Doktor Pagano (2015) ve své knize vyzdvihuje jako podstatné nechat pacienta převyprávět svůj příběh (proč přišel, co mu je) a nepřerušovat ho otázkami, aby bylo *rychle hotovo*. Někdy pacient svými slovy řekne něco, co by nás možná nenapadlo se zeptat nebo něco, co je pro danou situaci právě to podstatné. Dále pak autor zdůrazňuje využívání nonverbální komunikace – přiměřený pozdrav, podání ruky, udržování očního kontaktu, vhodné postavení (např. sednout si k pacientovi, nestát nad ním nebo se oba posadit). Právě toto může pomoci k snížení pocitu nerovnosti mezi oběma stranami, povzbudit pacientovu ochotu spolupracovat a posílit oboustranný vztah. Kromě toho autor doporučuje se v závěru (případně v průběhu) přeptat na porozumění druhého, zopakovat (opakovat) to, co je podstatné a sledovat reakci (verbální, ale i nonverbální) druhého na řečené – zda je srozuměn či zmaten. V případě, že necháme druhého, aby nám zopakoval klíčové informace, zjistíme, co si z řečeného zapamatoval, jak tomu porozuměl, jak to pochopil a zda případně ví, co má dělat.

Dále pak doktoři Back, Arnold a Tulsy hned v úvodní kapitole své knihy *Mastering Communication with Seriously Ill Patients* (2009) nabízejí **základní principy** pro úspěšné zvládnutí náročné komunikační situace:

- 1) Začněte s **agendou pacienta**. To neznamená, že neotevřete téma, se kterým přicházíte vy, jen je potřeba zmapovat to, kde se zrovna „nachází“ pacient.
- 2) Sledujte **emoční i kognitivní informace** a signály ze strany pacienta.
- 3) Setrvejte **na úrovni pacienta**, veďte konverzaci v jeho tempu, postupujte postupně, nikdy nebuďte o krok dál než pacient.
- 4) Výslovně vyjadřujte **empatii** – vytváříte bezpečné prostředí pro pacienta.
- 5) Mluvte o tom, co **můžete** udělat, a ne o tom, co udělat nemůžete.
- 6) **Začněte s vizí** vašeho cíle předtím, než začnete navrhnout jednotlivé intervence. Ujistěte se, že **vaše cíle se shodují s cíli pacienta** předtím, než mu začnete předkládat detaily ohledně jednotlivých intervencí.
- 7) Věnujte pacientovi alespoň **chvíli plné pozornosti** (když vám pacient sdělí něco důležitého, odložte tužku, přestaňte psát na počítači a ukažte mu, že ho posloucháte).

Tyto principy jsou opravdu velice základní, avšak o to více důležitá. Postupně se zde budou objevovat další tipy a doporučení na zvládání konkrétních (výše zmíněných) komunikačních situací. Jednotlivé postupy jsou sepsány na základě různých zdrojů z literatury a na základě mnohaleté praxe lékařů a lidí zabývajících se měkkými dovednostmi (včetně praxe mé), a to převážně komunikací, nejen ve zdravotnictví.

3.1.1 Sdělování nepříznivé zprávy

Důležitým úkolem lékaře v oblasti komunikace je sdělovat pacientům (případně jejich blízkým) nepříznivé zprávy. Nepříznivá zpráva dle klinické psycholožky Marcely Znojové a lékařky Barbory Szonowské (2019) zpravidla (zásadním způsobem) změní pacientův pohled na vlastní budoucnost a může vést ke ztrátě životní perspektivy. Způsob, jakým lékař zprávu sdělí má zásadní vliv na to, jak pacient své nemoci porozumí, jak pochopí celou svou situaci a jak se na ni zvládne adaptovat a nadále fungovat.

Pacienti (a jejich rodiny) si často pamatují tyto situace *jako by se staly včera* – pamatují si, co jim doktor řekl, většinou slovo od slova, pamatují si, jestli jim lékař sděloval nepříznivou zprávu upřímně, laskavě a s ohledem pro tu danou situaci, nebo zda bylo sdělení protkáno trapným tichem či lékařským žargonem. Pamatují si, zda z této situace odcházeli s pocitem naděje či zmatku (Back, Arnold, & Tulsy, 2009). Takováto náročná konverzace může vytvořit, upevnit či absolutně zničit vztah pacient – lékař. Vhodně sdělená nepříznivá zpráva může mít obrovský dopad na to, jak ji pacient přijme, jak bude nadále spolupracovat s profesionály, jak se vůbec postaví ke svému dalšímu osudu, jakou bude mít motivaci se pustit do léčby (a následně ji plnit, tedy je zde v otázce míra adherence pacienta ke své léčbě) nebo naopak klinickou léčbu definitivně ukončit a začít péči paliativní nebo žádnou (Back, Arnold, & Tulsy, 2009).

Při sdělování nepříznivé zprávy je velice podstatné se na situaci připravit, a tím je míněno nejen co se obsahu sdělení týče, ale i, a možná hlavně, mentálně (VitalTalk, 2019). V případě, že do místnosti, kde čeká pacient, přijde zklidněný lékař, který nikam příliš nechvátá (nebo to alespoň nedává najevo), má jasně srovnané myšlenky a předem si uvědomil a urovnal své negativní emoce, bude tak na pacienta působit mnohem více zklidňujícím dojmem, než kdyby lékař například přiběhl z porady a následně spěchal za

dalším pacientem. Negativní emoce často lékaře provází nejen z toho, že pacientovi nesou nepříznivou zprávu, ale mnohdy z pocitu, že svým způsobem selhali, když mu takovou zprávu musí sdělovat, mohou být naštvaní na nemoc, z potřeby pacienta zachránit, z pocitu bezmoci nebo dokonce i ze strachu z vlastní smrtelnosti, což může zásadním způsobem ovlivnit chování a jednání lékaře i jeho poskytovanou péči. Tyto emoce jsou normální a je v pořádku je pociťovat, není však možné si je „vybíjet“ na pacientovi (Meier, Back, & Morrison, 2001), Přestože je lékař ve spěchu, je vhodné si dát alespoň pár vteřin, minut před vstupem do pacientova pokoje a pokusit se zklidnit. Pokud má lékař jen omezený čas na konkrétního pacienta, je dobré mu to předem sdělit, aby se pak lékař náhle nezvedl s tím, že už musí jít, ale aby s tím pacient alespoň zhruba počítal (VitalTalk, 2019; Prokopová, Klimeš, & Hanibal, 2019). Kromě toho je velice důležité prostředí. Kanadský lékař Robert Buckman, který přišel s celosvětově užívaným modelem – průvodcem pro sdělováním nepříznivé zprávy – SPIKES (*setting, perception, invitation, knowledge, empathy, strategize & summarize*), dokonce vyzdvihuje prostředí jako stejně podstatné jako je samotná zpráva. Je tedy důležité zajistit vhodné nerušené prostředí, vypnout mobilní telefon a ideálně si k pacientovi sednout (nestát nad ním) – v jeho modelu SPIKES je tato fáze označena jako S – setting (prostředí; Baile, 2000).

Hned v počátku rozhovoru je dle lékařů z instituce VitalTalk (2019) vhodné, aby lékař rovnou pacienta připravil na to, že nepřichází s příznivou zprávou. Pokud pacient už podstoupil nějaká vyšetření, je dobré si ověřit, co pacient už ví (pacienti často zapomínají nebo si nechtějí pamatovat některé informace nebo jim nerozumí, je tedy třeba na to nespoléhat; Sudore, & Schillinger, 2009). Tuto fázi popisuje doktor Buckman jako fázi P – perception (vnímání situace). Buckman s kolegy dokonce doporučuje začít otázkou o povědomí pacienta o jeho stavu a hned poté následuje fáze I – invitation (výzva), kdy lékař mapuje, jak moc si pacient přeje být informován. Autor doporučuje zeptat se napřímo (např. *Jak moc chcete být informován o svém stavu?*). Buckman dělí pacienty na ty, co chtějí vědět a na ty, co se informacím vyhýbají. Více pacientů chce znát informace a podrobnosti o diagnóze, ne však už tolik o prognóze. Rozhodnutí pacienta je třeba akceptovat a respektovat (Baile, 2000). Autoři americké studie (Morris et al., 2012) zabývající se závažnými onemocněními, nabízí další variantu, jak se na podobnou informaci ptát. Doktorka Morrisová a její tým přišla s tím, že když se lékař pacienta zeptá otevřenou otázkou typu *Jak chápete své onemocnění? (What is your understanding of your illness?)*,

pacient lékaři častěji sděluje důležité informace, a umožní mu vhléd do vnímání vlastní nemoci i v neakutním stadiu. Identifikovaná témata mohou sloužit jednak jako podhoubí pro další rozhovor, dále jako důležitý vhléd lékaře do pacientova vnímání, a také jako vodítko k tomu, jak moc pacient nahlíží na svou vlastní nemoc – co o ní ví, co vyzdvihuje, čím se zaobírá, co naopak potlačuje, čemu se vyhýbá (pacienti s rakovinou častěji zahrnovali do svých reakcí specifické diagnostické podrobnosti a prognózu, zatímco pacienti s jiným, než nádorovým onemocněním odkazovali na příznaky a kauzalitu).

Po pacientově vstřebání informace o tom, že bude následovat nepříznivá zpráva, je dle modelu *SPIKES*, ve fázi K (knowledge / poznání) vhodné začít tzv. empatickou větou (např. *Raději bych pro vás měl lepší zprávu.*). Následuje jasné sdělení nepříznivé zprávy, nedoporučuje se tak zvaně chodit kolem horké kaše a napřímo, srozumitelně (česky, ne-medicínsky) říct diagnózu a také to, co to pro pacienta znamená (VitalTalk, 2019). V tento moment je opět vhodné nechat pacienta zprávu zcela zaznamenat, vstřebat, rozdýchat. I přesto, že to pacient mohl očekávat, tak pro něj může být taková informace v jistém slova smyslu šokem. Jednou z hlavních úloh sdělovatele je být nyní pacientovi oporou, vyjádřit empatii (projev lítosti nad tím, čím si pacient prochází) a nechat pacientovi dostatek času (autoři i praxe zdůrazňují schopnost pracovat s vhodným typem ticha, tj. soucitným; např. Back, Bauer-Wu, Rushton, Halifax, & 2009). Tato fáze může trvat relativně dlouho a následně se do ní pacient může několikrát vrátit (VitalTalk, 2019), v modelu *SPIKES* je to fáze E – empathy (empatie).

Pacient může reagovat velice různě, menší část pacientů reaguje na sdělení nepříznivé zprávy bouřlivými emocemi. V takovém případě rozhodně nepomůže pacienta uklidňovat slovy „uklidněte se“ apod., neboť se ukazuje, že čím je emoce bouřlivější, tím rychleji odezní. Nejčastější reakcí na takovou zprávu je šok, zmrazení. Vyskytuje se i verbální agrese, kdy pacient lékaři vyčítá, obviňuje ho, nebo dokonce vyhrožuje (Szonowska et al., 2019). Právě emocionální reakce je často tím důvodem k tomu, že se *disciplíně* náročných rozhovorů lékaři raději vyhýbají, neboť nevědí, jak na reakci, která je často doplněna o slzy, zlost či zmíněnou verbální agresi, reagovat. Je ale třeba v tuto chvíli projevit pochopení jak pro slzy, tak pro zlost a nebrat si to osobně (Baile, 2000).

Po rozdýchání „šoku“ následuje více informací ze strany lékaře – jak se daná situace bude dále vyvíjet, jak to bude vypadat, co to v praxi znamená pro pacienta nebo i jeho

blízké, co všechno s tím souvisí, co všechno bude pacient či jeho blízcí potřebovat, co je třeba udělat, jaká vyšetření podstoupit atp. Zde je ale velmi podstatné pacienta nezahlit informacemi, které v tu chvíli nejsou zcela nezbytné – pacient před momentem zjistil nepříjemnou zprávu, nejspíš prožívá různé emoce, a navíc mu možná není dobře, a tak je jeho vnímání zúžené a může potřebovat více času na všechny informace a jejich vstřebání (Sudore, & Schillinger, 2009). V této fázi je také prostor k nastolení možných alternativ a možností, které pacient v daný moment má. Je dobré, aby pacient opravdu znal vše, co v daný moment potřebuje a na co má právo, i když to nemusí být pro lékaře nebo i pacienta na první pohled příjemné (Znojová, & Szonowská, 2019). Je však důležité na pacienta netlačit, nechat mu čas na rozhodnutí – klidně i do příštího setkání, společně domluvit, jaký bude v tomto ohledu postup (např. možnost situaci probrat se svými blízkými, případně i s lékařem; Szonowská, 2019). V takovém případě je zde koncept sdíleného rozhodování, který pacientovi pomáhá, aby se rozhodl na základě informací podaných lékařem, ale hlavně dle svých preferencí, přání a potřeb – tedy vyvážení autonomie pacienta, paternalismu s dodržením principu beneficence (Muthalagappan, Johansson, Kong, & Brown, 2013). Pro pacienta je důležité, že je zahrnut do plánu péče, ví, co se s ním děje (je průběžně informován) a může se účastnit rozhodování o svém osudu alespoň v takové míře, co je to možné. Na Interním oddělení VFN Strahov bylo v roce 2017 až 2018 prováděno dotazníkové šetření, které zjišťovalo, zda mají dialyzovaní pacienti zájem se společně s lékařem aktivně spolupodílet na rozhodování o léčebných postupech. Z celkových 82 pacientů odpovědělo na tuto otázku kladně 68 pacientů. Průběžné informování o svém stavu si přálo být 69 z 82 pacientů, tedy většina (Znojová, & Szonowská, 2019).

V závěru je dobré pacientovi zopakovat podstatné informace, které nyní potřebuje znát, ověřit, zda pacient pochopil, co pro něj daná situace znamená, resp. co má dělat (tzn. vyvarovat se toho, že lékař odchází od pacienta, který zprávu pochopil jinak, než ji lékař mínil). Vzhledem k tomu, že si pacient ze setkání bude pamatovat jen několik málo informací, je třeba vybrat ty nejpodstatnější, což je zpravidla spíše to, co má pacient dále dělat, nikoliv to, co všechno ví (Sudore, & Schillinger, 2009). Autoři uvádějí jako vhodnou formulaci něco ve smyslu: „*Co řeknete svým blízkým, až je uvidíte?*“, neboť si tak lékař ověří, zda pacient pochopil obsah zprávy, že ví, jak ji dále komunikovat a případně lékař může zavnímat případnou potřebu pacientovi s komunikací s blízkými napomoct (Sudore, & Schillinger, 2009). Kromě toho je vhodné pacientovi připomenout, že se budou dále

setkávat, vyjádřit sounáležitost – ubezpečit pacienta, že udělá vše, co je v jeho možnostech, a že mu bude nadále k dispozici. Pokud to lze a pokud to situace žádá, není od věci s pacientem ještě chvíli setrvat, případně zavolat sestru či psychologa, aby byli pacientovi oporou (Szonovská, 2019). Tuto fázi Buckman s kolegy nazývá S – strategize, summarize (strategie, shrnutí; Baile, 2000).

Po sdělení nepříznivé diagnózy se může stát, že se pacient nebude chtít bavit o prognóze. To lékaři Back s Arnoldem (2006) doporučují oslovit větou typu „*Rád bych porozuměl tomu, proč byste raději nemluvil o vaší prognóze, pomůže mi to v tom, abych v budoucnu věděl, jak diskutovat o jiných závažných otázkách*“. V tomto případě je možné, že se pacient nepřenesl přes fázi, ve které zpracovával informaci, neměl dostatečně dlouhou dobu na vstřebání nebo zkrátka neví, jak s právě získanou informací pracovat, a tak ji potlačuje. Mohou se také objevit obavy ze smrti a z vlastní smrtelnosti. Vše samozřejmě záleží na závažnosti zprávy, na každém člověku a jeho osobnostním nastavení (jak pracuje s negativními informacemi, vlastními zdroji apod.), a v neposlední řadě na vztahu pacienta k lékaři, na komunikačních dovednostech lékaře a na tom, jak danou situaci lékař komunikačně zvládl.

3.1.2 Edukace pacienta

Vhodné edukování pacienta je velice klíčovým prostředkem k tomu, aby byla léčba efektivní, funkční. Může se jednat o nejrůznější typy edukace od vysvětlování užívání antibiotik po systém fungování hemodialýzy. Přesto i u těch zdánlivě banálních úkonů je důležité, aby edukace proběhla dobře, tj. aby pacient plnil požadavky, které si léčba žádá k tomu, aby zafungovala tak, jak má, a jak si je konec konců přeje i samotný pacient. Právě poslední část předchozí věty je z hlediska adherence pacienta podstatná: pokud se pacient ztotožní s léčbou (tzn. neplní léčbu jen proto, že mu to řekla vnější autorita – lékař), pak léčebný postup dodržuje 75 % pacientů oproti 50 % pacientů, kteří to měli naopak (Křivohlavý, 2002).

Pokud pacientovi řekneme, že musí brát v daných intervalech jednu pilulku, ale neřekneme mu, proč to má dělat (např. že pak se účinnost ATB výrazně snižuje), pak je výrazně nižší pravděpodobnost, že bude brát léky opravdu tak, jak je třeba (Cramer et al.,

2008). Podobně jako tomu je u sdělování nepříznivé zprávy, doktor Pagano klade důraz na vymezení si časového prostoru pro pacienta, abychom mu nesdělovali, jak má co užívat ve spěchu, abychom měli dostatek prostoru zodpovědět dotazy, které pacient bude mít, ověřit jeho pochopení. Čas je ale přesně něco, co zdravotničtí pracovníci nemají. Proto je vhodné, aby lékař (sestra) pacientovi sdělil, kolik času na něj má vyhrazený a v případě potřeby nabídl další časový prostor v budoucnu. Často se totiž stává, že pacient s pocitem, že lékaře zdržuje, odkývá, že dané věci rozumí. Proto je třeba si s pacientem ověřit, resp. ideálně v průběhu ověřovat, že ví přesně, co má kdy jak a proč dělat, nechat ho podstatné informace zrekapitulovat. Pacient si nemusí důležité informace hned zapamatovat, rychle je vstřebat nebo jim jednoduše nerozumí, neboť lékař hovoří moc rychle nebo nesrozumitelně (např. latinsky, medicínsky; Sudore, & Schillinger, 2009) – zde zkratka platí podobná doporučení jako u sdělování nepříznivé zprávy. V určitých situacích k tomu je vhodná i určitá vizualizace – napsat pacientovi podstatné informace (nechat pacienta si napsat), případně nakreslit, pokud je dané věc složitější (Sudore, & Schillinger, 2009).

Ideální je, když má lékař či jiný zdravotnický pracovník, který provádí edukaci, možnost pacientovi nabídnout další čas, resp. možnost se zeptat na cokoliv, co pacient potřebuje ohledně edukace či celé léčby (samozřejmě pokud je to v kompetenci daného zdravotníka). Vhodné je také vyjádřit důvěru v to, že léčba (zmírnění bolesti) bude účinná, tím je možné zvýšit důvěru i samotného pacienta. Na místě naopak nejsou plané naděje (Juřeniková, 2010).

U edukace je klíčová rekapitulace samotným pacientem. V případě, že někomu zopakujeme postup my, může to nepochopit, přeslechnout důležité detaily nebo se plně nesoustředit. Tím, že důležité informace pacient sám zopakuje, bude zdravotník vědět, zda pacientovi něco neuniklo nebo jestli celou věc dobře pochopil. V tomto případě tedy nestačí ověřovací otázka typu: „*Je vám to jasné?*“. Pacientovi může pomoci, když bude mít základní informace i napsané (samostatně nebo lékařem).

V některých případech se objevuje pojem *osoba řízená na dálku*. To je situace, kdy je edukace samotného pacienta nedostatečná, neboť na něj má příliš silný vliv ještě jiná osoba. Jako příklad může nastat situace, kdy má pacient držet určitou dietu, ale domácnost vede manželka, která mu vaří a zatvrzele mu i do nemocnice přináší pestrou stravu, která

však jejím muži přihoršuje. V takovém případě je klíčové edukovat také manželku tohoto pacienta (Lindelöw, 2004).

3.1.3 Umírání a smrt – rozhovor s pacientem v (pre)terminálním stadiu

Téma o umírání a smrti je pro člověka jedním z nejnáročnějších nejen pro jeho komunikaci (sdělování), ale i pro samotné vypořádání se s ním. Podle šetření STEM/MARK z roku 2015 vyšlo, že více než polovině ze zúčastněných zdravotníků je nepříjemné mluvit o smrti. Kromě toho lékaři nemají k rozhovorům tohoto typu dostatečnou průpravu ani vzory, od kterých by se tomu naučili (Znojová, & Szonowská, 2019; Gawande, 2016), a to nejen v České republice. Dle STEM/MARK z roku 2013 chce ale 87 % pacientů znát pravdu o svém zdravotním stavu bez ohledu na závažnost, to samé si ale myslí jen 20 % zdravotníků. Dlouholetí paliatři se shodují na tom, že dobře zvládnutý rozhovor na téma umírání s pacientem nejen že není frustrující, ale naopak že je až velice uspokojující (Back, Arnold, & Tulskey, 2009).

Přesto, že se terminální fáze, tedy samotné umírání, vymezuje na poslední hodiny či dny života, kdy dochází k nevratnému selhávání lidského organismu (Szonowská, & Lindišová-Kozmová, 2019), se bude tato kapitola zabývat tím, jak téma umírání a smrti komunikovat i dříve než v posledních momentech, tedy ideálně hned od okamžiku, kdy lékař ví, že pacienta nelze vyléčit. Z praxe vyplývá, že mnoho lékařů se tohoto tématu bojí, neví, jak o něm s pacienty mluvit a často do poslední chvíle toto téma s pacientem neotevrou (stává se tak, že pacient pozná, že umírá, ale lékař mu to nadále nesděljuje). To znamená, že pacient je léčen kurativní léčbou do posledního momentu. V povědomí mnoha lékařů i sester je zafixováno, že ukončení kurativní léčby (a případně započatí paliativní medicíny), tedy léčby, která nepovede k vyléčení pacienta, je v jistém slova smyslu téměř srovnatelná s euthanasií (Finlay, 2018).

Stanovení diagnózy umírání však vytváří nový kontext péče – již nemá být cílem pacienta vyléčit, ale umožnit a zajistit mu co nejdůstojnější a nejklidnější smrt. Někdy není snadné rozpoznat, že pacient umírá (resp. kolik času mu zbývá), ale v těch případech, kdy to určit lze, je na lékaři, aby s pacientem toto téma otevřel. Většina pacientů i jejich blízkých má zájem téma konce života se svým lékařem otevřít, resp. chtějí, aby ho s nimi lékař

otevřel. Dobrá a včasná komunikace může zmírnit úzkost, strach, a dokonce zmírnit symptomy (bolesti) a další utrpení. Umožňuje předpoklad kýženého klidného a důstojného umírání, tedy něčeho, co je pro pacienty i jejich blízké velmi podstatné. V případě, že lékař toto téma s pacientem neotevře, neví, jaká jsou pacientova přání, jaké má preference a hodnoty, kterým by chtěl v konci života dostat (Szonowská, & Lindišová-Kozmová, 2019). Pacient se nachází v situaci, kdy je šance na uzdravení téměř nulová, potřebuje tedy vědět, že v tom není sám, že je v tom lékař a celý zdravotnický personál s ním, že ho podporuje a že ho v průběhu konce jeho života neopustí; naopak, že se postará o zvládnutí bolesti a dalších problémů s tím spojených. Pacienti se totiž v této fázi zpravidla nejvíce obávají právě izolace od své rodiny i ošetřujícího týmu, bojí se neznámého procesu umírání a smrti, mají strach z tělesných komplikací a ztráty tělesných funkcí, bolesti apod. Jejich strach může být velice intenzivní, mohou upadat do depresí. Je tedy třeba dodat pacientovi oporu a sounáležitost (Tschuchke, 2004).

Celkově shrnuto, umírání má několik zásad, které, pokud jsou splněny, umožní pacientovi kvalitnější konec života, umírání. Pacient má právo na zachování důstojnosti a soukromí – to by se dalo považovat za absolutní základ. Pacient by měl dopředu vědět, že umírá a rozumět tomu, co může očekávat (symptomy, způsob umírání, přítomnost bolesti apod.). Člověk potřebuje mít kontrolu nad tím, co se děje, čehož nikdy nelze docílit plnohodnotně, avšak alespoň v té míře, která je možná. Jde například o vědomí toho, že pokud bude trpět bolestmi, tak mu bude pomoheno ze strany personálu, jak to celé bude probíhat, a kdo bude s pacientem umírání sdílet a kdo bude v případě potřeby rozhodovat v jeho zájmu. Měl by tedy mít dostatek informací ze strany personálu a možnost kontaktu s lékařem v případě potřeby. Ideální je, když se obě strany předem domluví na tom, jak jejich spolupráce bude fungovat, aby pacient věděl, kdy a jak se na lékaře může obrátit (Szonowská, & Lindišová-Kozmová, 2019).

Umírání není jen patofyziologický proces, jde také o konečnou fázi jedinečného života (Sláma, 2011). To znamená, že se nejedná pouze o tělesnou schránku, nýbrž také celkově o psychologickou, sociální a spirituální rovinu. Péče v závěru života by tedy měla být velice aktivní péčí, která se zabývá všemi zmíněnými dimenzemi: kromě zmírňování bolesti a utrpení, také zmírňováním psychických obtíží, psychologickou a spirituální podporou pacienta, ošetrovatelskou péčí a psychologickou podporou rodiny, blízkých (Szonowská et al., 2019). Dále se v hodnocení průběhu umírání bere v potaz to, zda si pacient měl možnost

zvolit místo, kde bude umírat (úmrtí doma, hospic, nemocnice...), zda je sepsáno a respektováno dříve vyslovené přání. A v neposlední řadě je podstatné pacientovo utrpení neprodlužovat, nechat ho odejít v momentě, kdy přijde čas. Pacient by se měl stihnout rozloučit se svými blízkými nebo zkrátka s těmi, se kterými potřebuje (Age UK, 2018).

Podle Singera (2000) má pacient v závěru života následující potřeby, které je třeba mít na mysli, když se lékař připravuje na rozhovor na téma umírání a smrti:

- adekvátně kontrolovat bolest a další symptomy;
- neprodlužovat zbytečné utrpení;
- mít pocit kontroly nad tím, co se s ním děje;
- ulehčit břemeno blízkým;
- posílit vztahy s blízkými.

V případě, že se tento náročný úkol (komunikace na téma umírání a smrti i dostání slíbených požadavků) lékaři podaří, může to i jemu samotnému přinést pocit smysluplnosti, nebo i satisfakce. Samotné sdělování toho, že pacient umírá a jaký bude další postup, by mělo být prezentováno otevřeně a pravdivě, avšak starostlivě s dávkou empatie a s tím, aby pacientovi nebyla vzata veškerá naděje. Podstatné je podobně jako v ostatních komunikačně náročných situacích hovořit srozumitelně, jasně (česky, nemedicínsky s ohledem na stav a odbornost pacienta). Ze strany lékaře je dobré dát najevo, že mu pacient a celé toto téma není jedno, ale že to břímě ponese spolu s pacientem. Kromě toho se samotné sdělení v podstatě rovná sdělení nepříznivé zprávy tak, jak je uvedeno v kapitole 3.1.1.

Po sdělení nepříznivé zprávy (v tomto případě tedy že pacient umírá) je vhodné se pacienta ptát na jeho přání a potřeby – většina pacientů má v úplném závěru života podobné cíle: být co nejvíce se svými blízkými (rodina a přátelé), vyhnout se hospitalizacím a zbytečným procedurám, zachovat si funkční stav a minimalizovat bolest a jiné nepříjemné a náročné příznaky (např. Křivohlavý, 2002). Je však nasnadě nechat pacientovi prostor pro jeho vlastní vyjádření a jeho přání respektovat (např. *Když se pacienti dostávají do tohoto bodu, někteří chtějí bojovat za každou cenu, tedy i za cenu utrpení, jiní si přejí, aby byli ponecháni v klidu bez dalších intervencí. Jak to vnímáte nyní vy?*). V situaci, kdy ale lékař už ví, že kurativní léčba nepovede k vyléčení, avšak ještě pacientovi dává určitý čas, je vhodná komunikace tohoto tématu v dostatečném předstihu. Pacient je samostatná bytost a

má právo nejen na informace o svém zdravotním stavu, ale také na to se o svém dalším působení (tj. způsobu péče) rozhodovat. Lékař by mu tedy měl tuto možnost umožnit (např. *Jako váš lékař bych si přál vědět, a chtěl bych si být jistý, že vždy děláme to, co si přejete a nikoliv věci, které byste si nepřál. Proto potřebuji vědět, co je pro vás důležité. Jak si přejete strávit čas, který je před vámi?*). Následně je vhodné vytvořit samotný plán péče, kterým by měl být lékař průvodcem, avšak nikoliv hlavním aktérem. Lékař by měl pacientovi vysvětlit, jak bude vypadat další průběh, co pacienta čeká i jaká jsou rizika. Měl by zjistit co si pacient přeje v různých situacích (např. zda si přeje být resuscitován, udržován na plicní ventilaci apod.). V ideálním případě tedy zajistit včasnou paliativní péči a zajistit, aby se pacientovi dostalo v jeho přáních a dodržely se zásady dobré smrti (viz začátek této kapitoly). Důležité je pacientovi naslouchat, vnímat jeho potřeby ale i obavy, parafrázovat a ověřovat vlastní pochopení, a v případě, že pacient hovoří nejasně, se doptat a upřesnit (*Je úplně pochopitelné, že se bojíte – chcete mi povědět, z čeho máte obavy, abychom je mohli, pokud možno, co nejlépe zvládnout*; Back, Arnold, & Tulskey, 2009).

Pacient, který se právě dozvěděl, že umírá a všechny s tím spojené informace, může být v určitém šoku, možná nebude hned znát odpovědi na všechny otázky, může být zmatený. Je třeba mít trpělivost, ochotně mu vysvětlovat podstatné informace, kterým nerozumí nebo kde neví, jak se má rozhodnout. Může mu pomoci podrobně popsat průběh toho, co pacienta potenciálně čeká, rozebrat možnosti, mezi kterými se rozhoduje a společně se o nich pobavit. Pokud je příliš v emocích, neví, jak se o čem rozhodnout nebo chce celé téma probrat s některým ze svým blízkých (např. s manželkou apod.), je vhodné mu nechat čas na rozmyšlenou, nabídnout další časový prostor a možnost téma probrat jindy (*Nemusíme dospět k závěrům dnes. Promyslete si to, můžete to probrat s manželkou a vrátíme se k tomu příště*).

V momentě, kdy lékař s pacientem projedná vše potřebné, je třeba vše komunikovat i ostatním z týmu, a pečlivě zaznamenat do dokumentace (např. DVP), aby se opravdu dostalo naplnění potřeb a přání pacienta. Je důležité, aby tým po celou dobu jednal konzistentně a v souladu s potřebou pacienta. Péče o umírajícího pacienta je obtížná pro celý tým, je tedy třeba, aby v týmu panovala otevřená komunikace, aby v něm vládlo psychologické bezpečí a jednotliví členové tak mohli ventilovat své frustrace, obavy, názory či nejasnosti. Důležitá je včasná koordinace a průběžná komunikace a sdělování si informací (např. s externími lékaři apod.), včetně vysvětlování podstatných informací i zdravotním sestřám, aby rozuměly

tomu, proč se například postupuje jinak, než jsou zvyklé a aby jednaly v souladu s lékaři (Szonowska et al., 2019).

3.1.4 Zvládání emočně nabitých rozhovorů

(např. s našťvanými, agresivními, plačícími pacienty...)

Situací, kdy se lékař nebo jiný zdravotnický pracovník setká s celou řadou emočně rozladěných pacientů, je bezesporu v jejich celoživotní praxi nespočet. Obecně každé onemocnění nebo dlouhodobější či akutnější bolesti způsobují u člověka stavy náladovosti, mrzutosti, plačivosti, poruchy spánku nebo neklid (Čechová, Mellanová, & Rozsypalová, 1995). Dle Linhartové (2007) *„dlouhodobé a neztížitelné bolesti, tedy chronické, bolesti pacienta sociálně izolují, vyvolávají poruchy spánku, ale i psychické změny, deprese, pocity osamělosti, tendence uzavírat se do sebe, poruchy osobnosti“* (str. 50).

Různé emoční reakce ze strany pacientů mohou tedy mít hned několik možných příčin. Pacient má bolesti, trápení, právě zjistil nepříznivou zprávu nebo léčba nejde tak, jak očekával nebo jak mu lékař „sliboval“. Hraje zde roli osobnost pacienta, jeho postoj ke své nemoci a průběhu, naplňování jeho potřeb, které se s nemocí nemění, ale je těžší je naplnit (potřeba vzduchu, spánku, výživy, vyprazdňování, pocit bezpečí a pohodlí), potřeb, které se s nemocí modifikují či dokonce deformují a které jsou často zároveň velmi individuální a variabilní (potřeba aktivity, potřeba informovanosti...), a potřeb, které vznikly spolu či v následku onemocnění, a které závisí na osobnosti, charakteru, stupni závažnosti a průběhu nemoci, informovanosti, předchozích zkušenostech, vztahu a chování pacientova okolí – zdravotníci, rodina. To je například potřeba se uzdravit, tlumení nebo zbavení se nemoci, udržení nebo obnovení funkcí či potřeba připravit se na nové funkce, které před nástupem nemoci pacient neznal. Při práci s pacientem je tedy třeba myslet na to, že pracujeme s živým člověkem, jehož nálada, chování a prožívání jsou kromě samotného onemocnění a obav spojených s vlastním zdravotním i psychickým stavem výrazně ovlivňovány mírou uspokojování jejich základních biologických, psychických i sociálních potřeb (Zacharová, Hermanová, & Šrámková, 2007). Autoři Childers a Arnold (2019) dodávají, že důvodem nespokojenosti pacienta (či jeho blízkého) může být také sám zdravotník, resp. jeho způsob interakce s pacientem. Pacient od zdravotníka očekává, že mu bude naslouchat, avšak velká část zdravotníků pacienta poslouchá, nikoliv naslouchá, a nevěnuje mu plnou pozornost –

následně pacientovi pokládá otázky na věci, které má pacient pocit, že už řekl – to v pacientovi může vyvolat pocit frustrace a následně i agrese. Pacientovi přitom často stačí jen několik málo okamžiků plné pozornosti zdravotníka, který vede k posílení důvěry a potažmo i lepší spolupráce (Liu, Yu, Li, & Han, 2020). Pacienta také může potažmo naštvat, když má zdravotník předpoklady o tom, co pacient potřebuje nebo chce říct (daleko účinnější je se ptát na pocity pacienta) nebo když jeho situaci, slova, problémy, pocity či potřeby devaluje nebo bagatelizuje (problém pacienta může být jakýkoliv a pokud to tak cítí, je zbytečné, resp. spíše na škodu, mu to vyvracet nebo to zlehčovat – naopak, zdravotník by se měl o tyto problémy zajímat a projevovat pochopení). Dalším „rudým hadrem“ může být nedostatek zachování důstojnosti, respektu k osobnosti pacienta (péče má být poskytována pacientovi, nikoliv jeho nemoci), informací (i ohledně maličností, třeba co mu zrovna sestra dává do kapaček) či nedostatku empatie a lidskosti, nebo když zdravotník nemluví s pacientem na úrovni a používá dráždivé formulace (dle typu pacienta, např. žargon, zdobněliny). Pacient také může reagovat podle toho, z jakého oboru pochází nebo na základě svého vzdělání, profesního zaměření (Grimaldi, 2013).

Způsoby, jakými reaguje na nejrůznější situace jsou různé, avšak velice častou se jeví naštvání, agrese, smutek, pláč atp. Důvodů naštvání tedy může být celá řada (neuspokojení základních potřeb, nedostatek sociálního kontaktu, pocit osamělosti, pocit nedostatku zachované důstojnosti, ztráty krátkodobé i dlouhodobé vize, nuda, pocit nedostatku bezpečí a jistoty atp.), avšak hromosvodem pacientových emocí je v těchto případech často právě zdravotník, jehož komunikace výrazně určuje to, jak moc se situace vyhrotí do konfliktu (Zacharová, Hermanová, & Šrámková, 2007).

To bývá pro zdravotníka velmi nepříjemná situace, neboť nejenom že je jeho pacient nespokojený, případně zdravotníkovi nadává, tak zdravotník ještě pocítuje frustraci a pocit nespravedlnosti, že dělá, co může, a stejně to pak od pacienta tak zvaně „sčytá“. Pro zdravotníky je tedy často velmi obtížné, aby si pacientovu nespokojenost, nebo dokonce jeho osobní útoky, nebrali osobně. Prvním, avšak zcela klíčovým, doporučením je tedy nebrat si osobně emocionální vybití a reakce a soustředit se na pacienta, nikoliv sebe. To neznamena, že v dané situaci rozhodně nepomůže jakkoliv se bránit nebo verbální útok pacientovi vracet. Nepřistoupit na pacientův způsob komunikace může druhou stranu rozhodit více než vlastní obrana nebo protiútok, neboť to je právě to, co pacient očekává (Hertz, 2015).

Existuje několik dalších tipů, které v takové situaci mohou pomoci. Je dobré pacientovi vstoupit do jeho monologu, oslovit ho jménem a dát mu plnou pozornost, avšak nikoliv v podobně emočně nabitým tónu. Naopak, v takovém případě pomáhá hovořit klidným, pomalým, spíše nízkým hlasem. Pokud to situace umožňuje, může pomoci změnit polohu pacienta, nabídnout mu vodu a narušit tak jeho scénář (Pagano, 2015). To znamená, že pokud pacient stojí, může pomoci ho usadit a snížit ho na úroveň zdravotníka. Tím pacienta lze alespoň částečně „uzemnit“. V ideálním případě vzít pacienta někam, kde bude na rozhovor soukromí, nenechat ho nadávat před dalšími lidmi. Důležité je se zaměřit na to, aby byl pacient vyslyšen, a pokud možno s ním bylo souzněno. Přestože pacient bude říkat velké množství informací, se kterými se nebude možno ztotožnit, je užitečné s pacientem souhlasit v tom, v čem se dá (např. *Ano, ta bolest je vyčerpávající.*), říkat, co udělat lze a ne to, co nelze (resp. co já jako zdravotník můžu, a ne co nemůžu) a projevit empatii s jeho situací. To ho může rovněž pomoci zklidnit a zároveň to není stvrzení toho, že je jeho aktuální jednání v pořádku. Dobré je také pacienta ubezpečit, že společně situaci vyřeší, zvládnou, že o pacienta bude ze strany lékaře a personálu postaráno (Szonowska, 2019; Gerhart, Burns, & Sanchez Varela, 2017).

V případě, že se jedná o smutného či plačícího pacienta, je třeba opět – stejně jako u našťvaného pacienta – nebrat si celou věc příliš osobně. Mnoho lidí bere pláč jako projev slabosti, avšak pláč je ozdravný a je tak dobré pacienta nechat vyplakat, sdělit mu, že plakat je v pořádku a nabídnout mu papírový kapesník. Plačícímu pacientovi není potřeba neustále něco říkat ani ho utěšovat, ticho je v pořádku, důležité je s ním být, projevit sounáležitost, empatii (Leira, 2013). U smutného pacienta je zapotřebí sledovat, zda se neschyluje k tendenci k depresi, kterou je pak zapotřebí konzultovat s psychologem, který může s pacientem nadále pracovat.

Může se ale stát, že nás pacient překvapí tím, že naopak nereaguje nijak, resp. tak, jak bychom možná v dané situaci očekávali – například naprostým klidem. Je však možné, nebo dokonce pravděpodobné, že pacientův klid je jen zdánlivý, je v šoku či dané informaci zřetelně neporozuměl. Zde je tedy vhodné se urychleně nespokojit s tím, že je situace vyřešená a zkusit se přeptat nebo situaci nadále mapovat (Zacharová, Hermanová, & Šrámková, 2007).

Samozřejmě se čas od času stává, že je pacient emočně rozladěn i kvůli tomu, že lékař či sestra v něčem pochybí – ve své odborné práci, nebo i v nezvládnuté komunikaci. Vědci zjistili, že lidé, kteří věří, že se člověk a jeho osobnost může měnit, se s větší pravděpodobností omlouvají za činy, které způsobili (Schumann, Zaki, & Dweck, 2014). Obecně vzato, čím dříve se člověk omluví, tím snáze se obě zúčastněné strany se situací vyrovnají. Omluva by měla být upřímná, a to nejen slovy, ale i emocemi – tedy autentická s dávkou lítosti, pochopením pro to, co to druhému způsobilo. Často se lidem po omluvě stává, že navážou spojkou „ale“, která celou omluvu shodí (např. *Omlouvám se, ale jinak to nešlo*). Na omluvu je vhodné, aby navazoval závazek toho, co příště daný člověk udělá jinak, aby se situace neopakovala, avšak v rámci svých mezí. Člověk by také neměl sklouznout do obviňování, vyhýbání se slova „já“ (*já se omlouvám versus je mi líto, že...*), omlouvat se několikrát po sobě (omluva, pokud je dobře sdělena, stačí jedna) nebo se sebeobhajovat (proč to nešlo jinak). Po omluvě je třeba být trpělivý, nechtít hned po druhém, aby byl s celou záležitostí vyrovnán a je uklidněn. Ve zdravotnických zařízeních se také může stávat, že je třeba se omluvit za kolegu. V takovém případě je třeba se vyvarovat vysvětlování situace, svalování chyby na druhého, nebo kolegu naopak obhajovat – zkrátka se pacientovi či jeho rodině omluvit (Ford, 2014). Efektivní omluva je platná nejen pro komunikaci s pacienty, ale i s rodinou pacienta či kolegy.

3.1.5 Komunikace s pacientem při zaškolování mediků

Zajímavým příkladem je práce se studenty medicíny, resp. práce s pacienty v přítomnosti těchto studentů. Je velmi přínosné, že se lékař zabývá studenty, snaží se jim předat své schopnosti a dovednosti, avšak občas se pak stává, že zapomene na samotného pacienta, resp. to, jak celou situaci vnímá on. Je to pochopitelné, neboť lékař má mnoho práce, má na starosti nespočet pacientů a do toho vzdělávat studenty. Je to tedy komunikačně také obtížná situace.

Představme si situaci, kdy přijde pacientka s gynekologickým (či jakýmkoliv jiným) onemocněním do ordinace, kde kromě lékaře a zdravotní sestry sedí či stojí dalších x mediků (klidně třeba 15!). Už jen to je pro pacienta velmi zátěžové a nepříjemné, dehonestující. Kromě toho může být taková situace nepříjemná i pro samotné mediky.

Podobná situace může nastat například jen u jednoduchého braní krve, kdy lékař komunikuje se studentem ve smyslu, jestli už někdy bral krev, pokud ne, tak že mu to vysvětlí atp. Nechá ho rovnou dělat úkony, které nedělal, a nevnímá, jak na to pacient reaguje. Hovoří k medikovi rychle a pro pacienta nesrozumitelně (lékařský slovník, popis postupu, latinská slova, odborné názvy apod.), a tudíž pacient většinou nerozumí, co se s ním děje a proč je u něj více lidí, což může zvyšovat pacientovu úzkost. Až do té doby, kdy medik jehlu vsune nevhodným způsobem, pacienta to zabolí a student se začne ptát, jak to má vlastně dělat, resp. jak pozná, že do žíly jehlu vsunul správně. Je to jedna ze situací, která, byť jde o záslušnou činnost, může poškodit vztah lékař-pacient a nechotu pacienta nadále participovat na možnosti mediků se prakticky vzdělávat (Pagano, 2015).

Lepším postupem je dle Pagana (2015) hned v úvodu představit sebe jako lékaře a následně i mediky, dovolit si u pacienta, že mohou být přítomni – jejich odpověď následně respektovat. Hlavním klíčem je, aby lékař po celou dobu komunikoval hlavně s pacientem, nikoliv s mediky. Interpersonální komunikace vyžaduje důvěru a sdílení informací. Díky tomu, že bude tento vztah udržen, bude lékař více vnímat, co si s pacientem může dovolit (např. mu pacient sdělí, že má strach z jehel).

Doktor Pagano také poukazuje na to, že pokud má medik nějaké otázky (např. jak pozná, kde hledat žílu na vsun jehly), často stačí nadále udržovat kontakt s pacientem a vést s ním rozhovor tak, aby medik pochopil to, co má (instruuje pacienta, aby zatnul pěst a pohyboval předloktím, aby se zvýraznila žíla) a následně mu to ukáže v praxi, student si může sáhnout, což patrně pacientovi nebude vadit.

3.1.6 Telefonická komunikace s pacientem a její specifika

Ke zdravotní péči dnes neodmyslitelně patří i telefonická komunikace nejen s pacienty. Tato kapitola zní možná banálně, avšak z praxe se ukazuje, že právě telefonická komunikace činí zdravotníkům problémy, stěžují si na neefektivitu hovorů a neschopnost telefonát zvládnout tak, jak by si sami představovali. Při telefonickém rozhovoru totiž pacient zdravotníka nevidí, což je kupodivu zcela zásadní, neboť v takovém případě pacientovi zbývá jen sluch (hmat, čich ani chuť asi nemá cenu zmiňovat, nicméně ani tyto smysly pacient zohlednit nemůže), a tak se tento smysl plně soustředí a vnímá citlivé nuance

a vše, co zazní je přes telefon mnohem výraznější než při osobním kontaktu (Petrus et al., 2014). Pacient v hlase rozpozná, když je zdravotník ve spěchu, když ho pacient vyrušuje nebo otravuje, když nechce něco říci na rovinu apod. Poznává ale také i pozitivní naladění, a proto se doporučuje na pacienta skutečně se usmívat, a to i přesto, že pacient samotný úsměv nevidí, „pouze“ ho slyší v tónu hlasu. Je tedy třeba věnovat hovoru plnou pozornost (časté námitky zdravotníků jsou, že na něco takového v praxi prostě není čas, avšak jiná praxe říká, že pokud se na hovor opravdu soustředí, pak bude ve výsledku rychlejší a celkově efektivnější, Křivohlavý, 2010) a ideálně se usmát (pokud není rozebíráno smutné nebo jinak nevhodné téma pro úsměv) nebo jakkoliv projevit emoční zájem o volajícího (Dexcomm, 2017).

Praxe také ukazuje, že mnoho lékařů, sester nebo jiných lidí, kteří například objednávali pacienty na vyšetření, se do telefonu nepředstaví a občas ani neřeknou, z jakého pracoviště jsou (ať už volají oni nebo pacient volá jim). Pro pacienta je však důležité, aby hovořil opravdu s živou osobou, což podpoří i fakt, když volající na straně zdravotnického zařízení pacienta oslovuje jménem, případně titulem (Vymětal, 2008). Dalším doporučením (od konzultantů ze společnosti Centrum dohody, s.r.o.) je vzít si tužku, papír a dělat si v některých situacích poznámky (např. jméno pacienta, otázky...).

Už vzhledem k tomu, co bylo zmíněno, tedy že pacient druhou stranu nevidí, je třeba mu signalizovat veškeré potřebné informace srozumitelně, nahlas, pomalu. V takové chvíli je často zapotřebí klid a trpělivost a nechat pacienta doříct, co potřebuje, nepředvídat, co má pacient na srdci a nezkoušet rovnou odpovědět, což je v praxi také velmi častým fenoménem. Důležité je tedy pokud možno pacienta nepřerušovat a naslouchat jeho potřebám (podobně jako on, i zdravotník může naslouchat barvě, tónu, intenzitě hlasového projevu). S tím souvisí ověřování pochopení svého i pacientova. Někdy je však třeba volajícího přeci jen přerušit – v takovém případě ideálně v momentě, kdy se druhý nadechuje, slušně ale rozhodně vstoupit do hovoru, omluvit se za přerušování a sdělit podstatnou informaci (např. Promiňte, že vás přerušuji, teď je pro vás důležité...). Někdy se volající může začít opakovat – v takovém případě pomáhá shrnout podstatu jeho sdělení, ověřit porozumění a pokračovat dále v rozhovoru. Pokud naopak volající přerušuje nás, je v pořádku mu slušně říct, že nejprve dopovíme to, co potřebujeme sdělit, následně se pacient může na cokoli zeptat (Vymětal, 2008).

Velmi podstatnou složkou telefonického rozhovoru je hlasité naslouchání – při telefonickém rozhovoru nestačí přikyvovat nebo něco podobného (pacient může snadno nabýt dojmu, že ho nikdo neposlouchá), stačí však alespoň citoslovce typu „hmm“, či „ano“ nebo „rozumím“. S hlasitým nasloucháním souvisí i parafrázování, shrnování a ověřování pochopení. Opět je to ještě podstatnější než u běžného rozhovoru, kde nám vizuální složka napoví o mnoho více (Vymětal, 2008). Na závěr je dobré klíčové informace shrnout, resp. ideálně je nechat shrnout pacienta. Pokud je možné zajistit, aby si potřebné informace (pokud je k tomu vhodná situace) pacient zapsal, tím lépe (Dexcomm, 2017) – Vymětal ve své knize *Průvodce úspěšnou komunikací* (2008) zdůrazňuje, že si člověk, se kterým hovoříme po telefonu, zapamatuje maximálně 85 % sdělovaných informací. Tím spíše, pokud jde o pacienta, který je starý, zmatený, má bolesti nebo mu je špatně.

3.1.7 Online komunikace s pacientem

Pacienti si čím dál více zvykají na online komunikaci se svými lékaři. Podle údajů společnosti CompuGroup Medical ČR, která je mezinárodní softwarovou společností zaměřenou na oblast zdravotnictví, je Česká republika v online komunikaci pacientů s lékaři druhá ze zemí, kde se toto šetření provádělo. V tomto případě jde konkrétně o online objednání, konzultace, zaslání výsledku vyšetření nebo e-receptu, přičemž pacienti nejčastěji využívají právě objednání na konkrétní hodinu. Nicméně nejen tyto online služby provází pacienti a jejich lékaře či sestry každodenním životem v čím dál větším měřítku. Pacienti i jejich ošetřující se vyskytují na sociálních sítích, píší si na internetu a je otázkou, jak se zdravotníci s touto komunikační platformou vypořádají.

Nicméně, než se zaměřím na možná rizika v kyberprostoru, pokusím se nastínit několik pozitiv, které online komunikace poskytuje. Online komunikace představuje rychlost a pohodlnost pro obě strany. Kromě online konzultací, objednávání a e-receptů, může pacient například využít online služeb (např. e-mail, online poradna) k tomu, aby se lékaře doptal na otázky, které ho na místě nemusely napadnout, více si danou problematiku rozmyslí a ptá se cíleněji a možná konkrétněji, strukturovaněji. Lékař oproti tomu může odpovídat v čase, který je pro něj pohodný (nikoliv když spěchá za dalších pacientem nebo má plnou čekárnu). Kromě toho se patrně pacienti mohou ptát na podobný typ otázek, lze mít tedy jakousi šablonu, kterou jen poupraví či doplní pro daného pacienta. Další variantou

je, že lékař může mít svou stránku (webovou, facebookovou), kde už předem může mít připravené tzv. FAQs (často kladené dotazy) s odpověďmi, a tak mohou pacienti ještě, než se zeptají, najít své odpovědi. Pacientům tento způsob může také ukázat informace, které by je samotné nemusely ani napadnout (ACP, 2013).

Každopádně je ale vhodné s pacientem předem nastavit způsob, pravidla, vzdálené komunikace – kdy je třeba přijít, kdy stačí zavolat, a jak lze komunikovat jinak (e-mail, webová stránka, Facebook...) – a tato pravidla dodržovat. E-mailová korespondence má několik úskalí, se kterými se lékaři převážně potýkají. Jedna z obav je, aby jim nezapadl nějaký důležitý e-mail do spousty jiných zpráv. Toto úskalí může z velké části zažehnat zřízení si separátní e-mailové adresy, která bude sloužit výhradně na zprávy od pacientů (a jejich blízkých). Tuto schránku pak lékař bude kontrolovat zvlášť (může to dělat pravidelně, pokud mu to bude vyhovovat); je v ní zároveň možnost označovat e-maily dle důležitosti pomocí značek nebo v lepším případě rovnou odpovídat (obecně platí pravidlo, že e-mail vyřešitelný do dvou minut je vhodné vyřídit hned, neboť to zabere kratší dobu než e-mail zavřít, následně znovu najít, otevřít, znovu přečíst a následně odpovídat), pokud je e-mailová schránka kontrolována ve vhodný čas k tomu určený (Allen, 2008). To však nemusí být zcela snadné v případě, že lékař obdrží několikastránkový e-mail od pacienta nebo jeho blízkého. V takovém případě je na zvážení využití jiného média – pokud není možné v blízké budoucnosti osobní setkání, pak si ideálně s pacientem zavolat a tuto nabídku mu odeslat. Pacienti také mohou psát velice emočně náročné zprávy. Taková zpráva může pacientovi pomoci – vypíše se ze svých obav, strastí apod. Emoce je však v psané formě velice náročné číst a je zde vhodnější také osobní či alespoň telefonický kontakt (Holanová, 2018). Vše řečené se může odehrávat v dnešní době nejen na e-mailu, ale i na jiných platformách, jako např. na Facebooku.

Právě Facebook je “místo“, které mnoha lidem dělá problém v křížení osobního a pracovního prostoru. Facebook by však měl zůstat výhradně osobním, a tudíž lze využít již zmíněnou Facebookovou stránku lékaře (ACP, 2013). Ostatní sociální sítě (např. Instagram, Twitter apod.) jsou ještě mnohem otevřenější. Je tedy na každém, jak bude s tímto kyberprostorem zacházet – zda ho má plně otevřený všem nebo naopak zamčený veřejnosti. Odborníci však doporučují udržovat si co nejvíce soukromí, resp. vytvořit si případně profil, který bude k veřejnosti určený – čím méně na něho druzí vědí, tím méně mohou lékaře jakkoliv poškodit (ACP, 2013). Naopak alespoň nějaké veřejné informace mohou lékaři

pomoci působit věrohodněji a lidštěji. Toto je však na každém lékaři, co mu vyhovuje a jak je to v souladu s jeho hodnotami i pracovními potřebami (toto rozhodně neplatí pro všechny specializace stejně).

Lékaři si v dnešní internetové době často stěžují, že si pacienti najdou velké množství nejrozličnějších – často zavádějících či nepřesných – informací souvisejících (více či méně) s jejich zdravotním stavem a konfrontují s nimi lékaře nebo na základě toho změny pokyny léčby. Je to něco, co může lékaře velmi dráždit, neboť pacienti či jejich příbuzní v podstatě zpochybňují odbornost lékaře (Plyue, Grad, & Barlow, 2017). V takovém případě je však funkčním řešením spíše ocenit pacientovu iniciativu a nabídnout další rozebrání informací, resp. jejich vysvětlení a upřesnění pacientova pohledu na situaci (např. *Jsem moc rád, že se informujete. Můžeme si o tom popovídat na Vaší příští návštěvě? Vzal byste s sebou nalezené informace?*) namísto obrany a potřeby si obhájit vlastní odbornost, co je přirozenou reakcí člověka – to také pacient spíše očekává; opačná reakce ho může rozhodit, resp. zklidnit. S pacientem se nemá cenu přetahovat o to, kdo má pravdu – jeho potřeba nalézat potřebné informace je přirozený projev úzkosti či obav z toho, co ho čeká, jaké projevy může očekávat, co smí a co nesmí apod. Zpravidla to tedy není osobní útok na lékaře a jeho odbornost či zpochybňování roky praxe, i když to tak může často působit.

Tato problematika se patrně bude velice lišit od jednotlivých profesních zaměření. Například praktičtí lékaři budou mnohem více času trávit s odepisováním či řešením emailové korespondence než kardiochirurg v nemocnici.

3.2 Komunikačně náročné situace ve vztahu k rodině pacienta

Náročné komunikační situace s blízkými pacienta jsou do velké míry podobné či někdy téměř shodné s těmi, které byly uvedeny v kapitole 3.1 – tedy kapitole zabývající se komunikačně náročnými situacemi s pacientem. Rozdíl je v tom, že někdy se lékař baví s blízkým sám, někdy lékař hovoří zároveň k pacientovi a společně i k jeho blízkým – taková situace někdy může být extrémně zátěžová, a to převážně v situaci, kdy pacient chce jednu variantu a rodinný příslušník ji neschvaluje, resp. pacientovi nedovoluje (o to patrně více v případě, pokud jde například o ukončení klinické léčby a nástup do péče paliativní). Vždy je ale podstatné přání pacienta, jen je třeba to vhodně komunikovat (na pacientovi je i

to, zda se konverzace s lékařem – např. probírání prognózy a dalšího léčebného postupu – budou jeho blízcí účastnit a v jakém složení, počtu, resp. na pacientovi obecně je, co všechno kdo může vědět o jeho zdravotním stavu (MZČR, 2008).

Užitečným „nástrojem“ jsou zde nejen v tomto případě takzvané rodinné konference. Rodinné konference se zpravidla pořádají v případě, že jde o závažnou diagnózu a je třeba s rodinou komunikovat další postup, který by byl ideálně v souladu s pacientovým přáním nebo potřebami s ohledem na jeho zdravotní stav. Pro rodinu je těžké přijímat nepříznivé zprávy, ať už jsou jakkoliv závažné – chce, aby byl jejich blízký zdravý a vrátil se do „normálního“ života. Léčba, resp. nejlepší cesta pro pacienta, však nemusí být vždy tou nejsnazší nebo je pacient ve stavu, kdy už uzdravení není možné a jde tedy „pouze“ o zmírnění jeho utrpení (může jít o informování o ukončení kurativní léčby). To je však něco, co je třeba, aby rodina pochopila a hlavně přijala. Cestou k tomu je, aby se cítila zapojena do procesu, aby byly vyslyšeny jejich obavy a pocity. Důležité proto je, aby dříve, než se lékařský tým setká s rodinou, provedla interní schůzi, kde danou situaci (pacienta, jeho stav i celou rodinnou situaci) proberou a shodnou se na klíčových bodech postupu, aby byl tým jednotný. Samotné uvedení do situace rodině by mělo v ideálním případě proběhnout, někde v soukromí (prázdné místnosti). Lékař by měl hovořit s ohledem na jejich úhel pohledu – navazovat na to, co už vědí, jak celou situaci vnímají. Při samotném sdělování zprávy je třeba vybírat informace, které jsou v danou chvíli pro blízké pacienta podstatné a které jim pomohou nastínit to, jaký je aktuální stav, co se s pacientem zhruba děje a co pacient potřebuje (z hlediska zdravotnické služby, ale i od svých blízkých, např. podporu). Odborníci doporučují zakončit zprávu z tzv. *big picture*, tedy obecně celou situaci shrnout (např. *Celkově se zdravotní stav vašeho manžela zhoršuje*) – tato fáze je důležitá, aby všichni přítomní jasně a srozumitelně slyšeli celkový „verdikt“ a nedělali si z předchozích detailnějších informací zkreslené plané naděje (Back, Arnold, & Tulskey, 2009). Kromě toho rodina pacienta nemusí vždy zcela dobře rozumět tomu, co zdravotníci říkají (Parkes, Relf, & Couldrick). V tento moment je třeba nechat chvíli na vydýchání šoku, zpracování právě sdělených informací a adekvátní empatická vyjádření ze strany zdravotnického personálu. Po této fázi, které je třeba nechat dostatek času, se lze bavit o tom, co je pro pacienta důležité, jak se bude nadále postupovat. Odborníci z VitalTalk také doporučují se zeptat rodiny, co si myslí, že by v tu chvíli na to řekl samotný pacient, co by si v tuto chvíli přál. Na základě toho poté dohodnout další postup, plán péče. Stává se, že rodina nemusí zcela

dobře vědět, jak se rozhodnout (jakou z variant vybrat), a tak je dobré navrhnout doporučení ze strany lékaře, i když bez tlaku na přijetí „jeho“ varianty. Může se stát (a v praxi se to děje), že se rodina zeptá, jak by lékař postupoval, kdyby to byl jeho příbuzný. V tuto chvíli nemá cenu se podobným otázkám vyhýbat a, pokud to je v rámci hranic lékaře či jiného zdravotníka, upřímně na ně odpovědět (VitalTalk, 2019).

Po takovémto společném rozhovoru by následně měli rodinní příslušníci cítit, že byli vyslyšeni, že se mohli vyjádřit s tím, že je někdo nejen poslouchal, ale i slyšel, cítí, že zdravotníci rozumí tomu, čím si rodina prochází a že jim zkrátka nejsou lhostejní. Na druhé straně lékař může mít dobrý pocit z toho, že pacient dostane péči, která je ve shodě s jeho hodnotami a potřebami. Lékaři nejen z VitalTalk také zdůrazňují to, že čím více náročných komunikačních situací lékař či jiný zdravotník podstoupí, tím jistěji se v nich cítí a tím to pro něj může být snazší přesto, že ne vždy se ke shodě a vzájemné dohodě dospěje (VitalTalk, 2019).

Rodinné konference se často týkají i tématu umírání pacienta. Pro pacienta je klíčové, aby ho rodina ve vhodný čas *nechala* zemřít, aby jednala v souladu s potřebami pacienta a s tím, co sám chce, co je pro něj v danou chvíli podstatné. Proto je potřebné toto téma s rodinou otevřít (Carter, 2017). Pro lékaře, a konec konců i pro rodinu samotnou, je dobré, aby byli členové rodiny lékařem i dalším personálem přizváni ke spoluúčasti na pacientově péči – mohou sdělovat případné změny, které na pacientovi pozorují, zda nemá obtíže, co potřebuje apod. K tomu je ale zapotřebí, aby rodina o situaci věděla, přijala ji a byla v souladu s tím, co je přáním pacienta. Není už třeba zmiňovat, že základem komunikace (nejen s rodinou) je zde empatická a otevřená komunikace. Mnohdy se stává, že je blízký člověk u komunikace tématu umírání a smrti přítomen spolu s pacientem. Pokud tomu tak však není, je vhodné si jej vzít někam do soukromé místnosti, pokud je to alespoň trochu možné, tak jako v případě rodinných konferencí. Tam je možné diskutovat nejen toto téma, ale i jakékoliv jiné závažnější téma nebo téma, na které chceme, aby měl blízký pacienta klid a soukromí (Szonovská et al. 2019). Nejen pacient, ale i jeho rodina *chce* zpravidla vědět, když jejich blízký umírá, kolik zhruba času mají na rozloučení a jak to bude vypadat. S blízkým pacienta je tedy třeba probrat to, jak pravděpodobně bude probíhat závěrečná fáze pacientova života. Důležité pro rodinu umírajícího je vědět, že jejich blízký nebude trpět, že nebude mít velké bolesti, co mají členové rodiny dělat v případě, že ho bude něco bolet, jaká je jejich role v celém konci života svého blízkého. Klíčové je rodinu

připravit na způsob umírání pacienta (např. že se nebude dusit), zmírnit jejich nevyřčené obavy a také to, co personál konkrétně udělá pro to, aby pacient opravdu co nejméně trpěl (Haškovcová, 2007).

V některých případech musí rodina rozhodovat o dalším postupu či dokonce o konci života za samotného pacienta. V takové situaci odborníci říkají, že je dobré se ptát na to, co si rodina myslí, že by si pacient v tuto chvíli přál. Díky tomu totiž rodina přestane v takové míře myslet na to, že chce za každou cenu pacienta „zachránit“, tedy možná spíše na sebe a své obavy a naděje v uzdravení, a zamyslí se nad tím, jak by to chtěl ten, o kterém má rozhodnout (Back, Arnold, & Tulskey, 2009). Ti samí autoři dále poukazují na důležitost toho, aby se rodina nejprve rozhodla, jak se bude rozhodovat. Stává se také, že rodina nechce, aby byl pacient o své nepříznivé diagnóze či prognóze informován. V takovém případě Back s kolegy doporučují otázku typu „*Jaké jsou vaše obavy?*“ namísto „*Musíme mu to říct...*“ – tím lékař projeví zájem o rodinu, jejich pocity, obavy. Může vyjít najevo, že pacient výslovně rodině řekl, aby nebyl v takovém případě informován nebo mají negativní zkušenosti z minulosti. V takovém případě je dobré nadále dialog rozvíjet a pobavit se o rizicích toho, že se pacientovi bude zamlčovat jeho stav.

Poté, co rodina ví, co ji a jejich blízkého čeká, je vhodné s ní probrat to, jakým způsobem chtějí doprovázet pacienta, zda chtějí být u toho, když bude pacient umírat, zda chtějí být zavoláni v případě komplikací a kdy (v noci nebo až ráno?), zda se chtějí přijít rozloučit (pokud to umožňuje provoz zdravotnického zařízení). Přestože jsou to velice citlivá témata a nepříjemné otázky, je potřebné je citlivě, avšak důsledně (ideálně osobně) probrat. Významnou pomocí zde může být oběma zúčastněným (lékaři i rodině) klinický psycholog (Szonowská et al. 2019). Pokud nejsou blízcí pacienta na místě v momentě úmrtí, je třeba jim zprávu zavolat a informovat je, což je jedna z velice náročných disciplín. Jde o sdělování nepříznivé zprávy (kapitola 3.1.1) po telefonu (kapitola 3.1.6). Lékař tedy jasně a srozumitelně, avšak citlivě s projevem velké dávky empatie sdělí rodinnému příslušníkovi, že jeho blízký zemřel. Po pauze na reakci druhého lze příbuznému pacienta nabídnout možnost se přijít rozloučit (pokud lze), vzít si věci a případně se zeptat na, co bude potřeba.

Se smrtí blízkého nutně souvisí truchlení, které ve velké míře závisí i na tom, jak rodina přijme smrt i samotné umírání pacienta – zda je ochotna ho „pustit“ zemřít (Znojová, 2019). Dle kvalitativní studie Heberta a jeho kolegů (2009) blízcí pacienta v terminálním

stadiu v přípravě na smrt a truchlení zpravidla prožívají psychosociální, medicínskou, praktickou i spirituální nejistotu, kterou lze zmírňovat převážně komunikací založené na důvěrném vztahu s lékařem. Pro blízké je důležité slyšet, že jsou či byli pacientovi důležitou podporou v závěru jeho života (Hebert, Schulz, Copeland, & Arnold, 2009). Lékař či kdokoliv z personálu tedy může po smrti svého pacienta autenticky zavzpomínat s rodinou, může vyzdvihnout jeho dobré stránky a jeho vztah k pacientovi, blízkému pozůstalých. Také sdílení bývá pro pozůstalé úlevou, je užitečné mít připravené kontakty na krizové centrum či linku důvěry nebo na instituci, která pracuje i s pozůstalými pacientů (např. hospic Cesta domů). Není od věci pacientovi nabídnout v případě potíží (např. nespavost či jen akutní návaly smutku) něco na uklidnění, smrt blízkého je jedna z nejnáročnějších životních zkoušek, je tedy v pořádku nabídnout odbornou pomoc (Znojová, 2019), a to nejen co se týče psychiky, ale i praktických záležitostí, problémů (ztráta společného bydlení...) – je tedy dobré mít připravený i kontakt na sociální služby (Back, Arnold, & Tulskey, 2009). Pozůstalí mohou mít zájem i o duchovního. Klinická psycholožka Marcela Znojová doporučuje mít všechny potřebné kontakty připravené na jedné kartičce, kterou lékař (popř. psycholog) předá pozůstalému, aby je mohl v případě potřeby využít (Znojová, 2019).

Kromě právě uvedené rodinné konference a tématu umírání a smrti, zde nebudou podrobně rozepsány jednotlivé komunikačně náročné situace s rodinou vzhledem k podstatné podobnosti se situacemi směrem k pacientovi. Jednotlivé situace (sdělování nepříznivé zprávy, edukace příbuzného pacienta, zvládání našťvaného, netrpělivého, agresivního, plačícího či jinak emočně naladěného příbuzného pacienta a efektivní zvládnutí telefonické a online komunikace a téma umírání a smrt pacienta) budou podrobněji uvedeny v Příloze XII – XX).

3.3 Komunikačně náročné situace ve vztahu ke kolegovi

Jak již bylo zmíněno, s komunikačně náročnými situacemi se zdravotník neseťkává pouze ve vztahu k pacientovi a jeho blízkým. Komunikace s kolegy, resp. komunikace v týmu je nedílnou součástí zdravotnické profese.

Základními komunikačně náročnými situacemi jsou dle lékařů z praxe a dle lidí pracujících nejen se zdravotnickými týmy v této kapitole následující:

- Zpětná vazba kolegovi včetně ocenění kolegy
- Žádost o něco
- Názorový střet s kolegou
- Přijetí a odmítnutí kritiky od kolegy.

3.3.1 Zpětná vazba kolegovi

Zpětná vazba obecně je velice obecné téma. Druhů zpětné vazby máme celou řadu od pozitivních a negativních po další různé dělení. Pokusím se v této práci zaměřit pouze na ty druhy, které považuji z hlediska tématu za relevantní.

Konzultanti z Centra dohody dělí zpětnou vazbu mj. na ventilační, vyjasňovací, změnovou a posilovací. Ventilační zpětná vazba je taková, která mi umožní si ulevit nebo někoho „potrestat“. Tímto typem zpětné vazby nedocílím kýžené změny chování druhého ani zlepšení vztahu – jde pouze o jakousi úlevu, ventilaci emocí, frustrace. Zpětnou vazbu vyjasňovací použiju v případě, že si chci vyjasnit vzniklou situaci, kterou mám v sobě neuzavřenou. Pečuji při ní o vzájemný vztah, nepodléhám domněnkám či zbytečnému nedorozumění. Změnová zpětná vazba je taková, skrze kterou žádám druhého o změnu chování či postoje. Předcházím nežádoucím projevům chování druhého v budoucnu a rozvíjím ho – alespoň v ideálním případě. Čtvrtý typ zpětné vazby, posilovací, je taková, kterou posiluji silné stránky druhého nebo prostě to, co se mi na druhém líbí způsobem ocenění. V každém případě záleží, jaká je naše aktuální motivace, čeho chceme docílit. Je v pořádku využívat všechny typy zpětné vazby, avšak v případě, že se budeme například neustále jen ulevovat formou ventilační zpětné vazby, pak zaprvé nic nezměníme, a za druhé nás možná nikdo nebude mít brzy rád, resp. s námi nebude chtít spolupracovat.

Před samotným zpětnovazebným rozhovorem se pomůže zeptat sebe sama na následující otázky (samozřejmě vždy záleží na dané situaci):

- *Co mi vadí / co chci, aby se změnilo? (definice problému)*
- *Jaké to má objektivní důsledky?*
- *Proč mi to osobně, subjektivně vadí?*
- *Proč to asi (ne)dělá? (moje hypotézy)*

- *Proč by to mohl/a chtít změnit? (možná motivace ke změně)*
- *Moje představa o optimálním stavu (definice očekávaného výsledku)*
- *Můj návrh postupu změny*
- *Chce druhý vůbec zpětnou vazbu slyšet? (Ossenberg, Henderson, & Mitchell, 2019).*

Efektivní zpětná vazba, kterou chceme zachovat vztah s druhým a zároveň dojít k (dlouhodobé) změně, by tedy měla být pravdivá, konkrétní a neměla by být nevyžádaná. To znamená zpětnou vazbu zakládat na konkrétních a ověřených faktech, nejlépe vycházejících z přímého pozorování toho, kdo zpětnou vazbu poskytuje, nebo dokonce z více zdrojů (Ossenberg, Henderson, & Mitchell, 2019). Dobrá zpětná vazba by měla sloužit jako jakési zrcadlo tomu, komu ji dáváme – pokud nemáme relevantní informace, pak zrcadlo deformuje svůj obraz. Jinými slovy: Jít k věci, nemlžit, být co nejpřesnější a nejjasnější. Zpětná vazba by také měla být poskytnuta klidně a neútočně (doporučuje se chvíli se zpětnou vazbou počkat a rozdýchat prvotní emoce). Pokud je člověk v afektu, může jeho zpětná vazba působit nedůvěryhodně, vyhroceně a druhý se více soustředí na formu (zvýšený hlas, prudká gestikulace, útočnost, obviňování) než na samotný obsah (talkdesk, 2020).

Velmi podstatným aspektem efektivně poskytnuté zpětné vazby je to, že by se měla týkat popisu chování a dopadů, které v souvislosti s tím vytanuly, nikoliv hodnocení člověka jako takového, které je zpravidla subjektivní. Spolu s podloženými popisnými fakty tato zpětná vazba předkládá i možná opatření do budoucna (navrhuje možnosti na zlepšení), která však má příjemce v moci změnit. Je třeba se vyvarovat nálepkování a hodnocení (talkdesk, 2020; Dweck, 2015). Dobrá zpětná vazba by měla poskytnout prostor k dialogu – po samotné zpětné vazbě dát prostor se vyjádřit a druhého poslouchat, na to následně reagovat (nedržet se vlastní pravdy). I v rámci negativní zpětné vazby se doporučuje mluvit pozitivním jazykem, pokusit se hovořit povzbudivě s ohledem na motivaci ke změně. Přestože někomu dáváme negativní zpětnou vazbu, ještě to nutně neznamená, že odejde skleslý s pocitem selhání či zkritizování. Po celém rozhovoru není od věci poděkovat za vyslyšení a za podnětnou diskuzi (pokud proběhla) nebo ocenit cokoliv, co v daném rozhovoru ocenit lze, aby druhý neodcházel s pocitem, že zpětná vazba musí být nutné zlo. Vyvarovat se manipulativním vyjádřením i tónu, vyhrožování, přehnané přísnosti (Goldsmith, 2005).

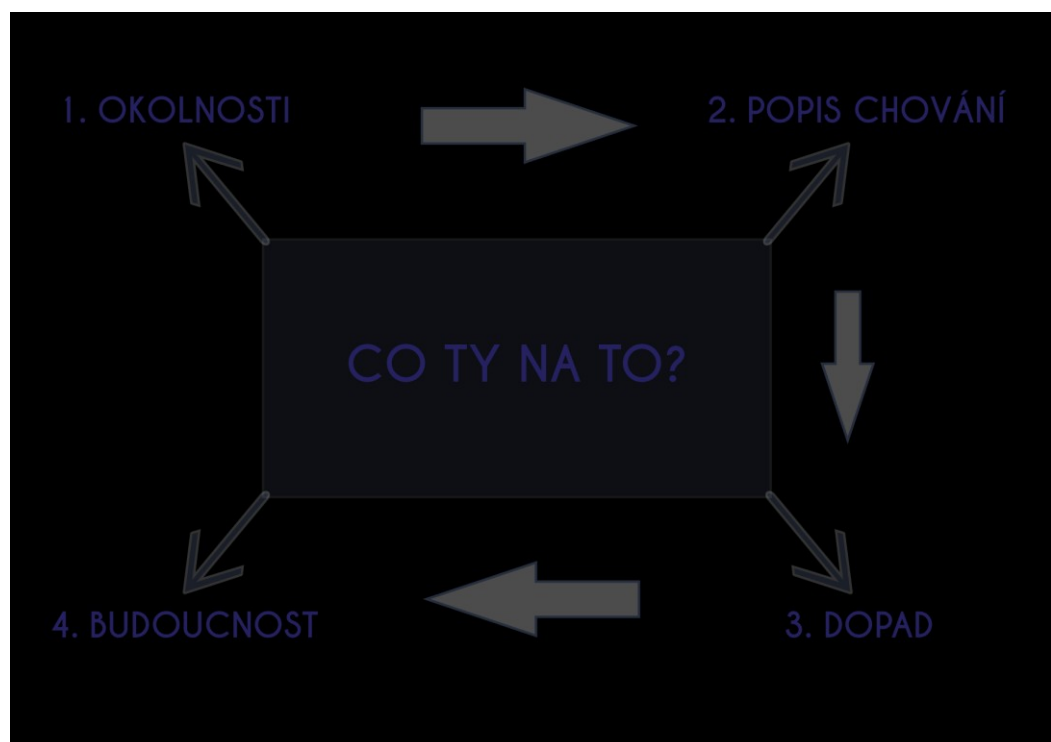
Zpětná vazba by měla být poskytována „JÁ“ jazykem (*Já si myslím..., Zdá se mi...*) – druhý tak zpětnou vazbu může brát méně útočně a jako poučování, ideálně mezi čtyřma očima (v případě potřeby vyzdvihnout téma na poradě, zachovat neadresnost) a co nejbezprostředněji po daném jednání, na které zpětnou vazbu dáváme (po uklidnění emocí, avšak není vhodné tzv. vytahovat staré kostlivce ze skříně; Zacharová, 2016). Někdy je také vhodné nenařít na druhého vše najednou, respektive formulovat to nejpodstatnější a nevyvstat hned se všemi detaily, které možná nejsou až tak klíčové (Luthans, 1992). Užitečné je užívání otevřených otázek, vynechávání slova „ale“, které se často vkládá za pochvalu, a tudíž pak člověk automaticky po pochvle očekává nějaké negativum. Doporučuje se sdělovat zpětnou vazbu v soukromí, nikoliv před ostatními apod. (Slováčková, Horáková, & Rendoš, 2014).

Obecně lze říct, že při sdělování zpětné vazby bychom nejprve měli vymezit cíl rozhovoru – o čem to bude, co chci druhému sdělit (agenda). Ideálně cíl vymezit pozitivně či alespoň neutrálně, aby druhý vnímal sdělení jako přínosné (např. *Chci s tebou řešit, jak bychom mohli zefektivnit léčbu*). Naopak negativní či útočný jazyk může vyvolat negativní reakci (např. *Mám tady takový problém, který už nemůžeme dál ignorovat*).

Dalším krokem by bylo nehodnotícím jazykem pospat chování druhého, na které mu dáváme zpětnou vazbu a které chceme změnit (např. *Dohodli jsme se, že budeme pacienta léčit způsobem typu X, včera jste ale použil typ Y*). Naopak vhodné není odsuzovat dané chování, natož samotného člověka. Jde pouze o popis daného chování a následně jeho dopadů na nás jakožto sdělovatele zpětné vazby a na ostatní (pacienta, kolegy apod., např. *Pacientova reakce na to, že by měl být operován je taková, že teď už půl dne pláče, nic nejlí a nechce s nikým mluvit*). V tento moment je velice snadné spadnout do manipulace či útoku, což vhodné není (např. *Nechápu, jak tak inteligentní člověk jako ty, se může takhle chovat...*; Goldsmith, 2005).

Po samotném sdělení toho, co se stalo a jaké to mělo dopady, by měla následovat konkrétní prosba či přání ohledně toho, co přesně by se mělo změnit (např. *Mohl bys prosím v takovém případě příště...*). Rizikem je zde poučování, ukazování to, že to vím lépe a sklouzávání do ironie (např. *Jistě to při své inteligenci zvládneš pochopit...*). Zde by v ideálním případě měl být prostor pro diskuzi, aby se k budoucnosti a tomu celému mohl vyjádřit i komunikační partner – tomu naslouchat a zajímat se o jeho pohled na situaci (*Jak*

to vidíš ty?; Justworks, 2019). Častou chybou dle zkušenosti je, že sdělíme zpětnou vazbu, máme pocit, že vše bylo řečeno a že jsme vymysleli, jak to bude příště lepší, ale neověříme si, zda to druhý přijal, jak na to pohlíží a zda je motivovaný své chování v budoucnu změnit (*Tak doufám, že je ti to jasné a už se o tom nemusíme dál bavit*). Po celkovém vyjasnění v ideálním případě následuje tzv. pozitivní ukončení, kdy je vhodné druhému poděkovat za možnost otevřeně danou věc probrat, a pokud možno ocenit to – nikoliv však, jak mnoho populárně naučných zdrojů doporučuje, zakončovat komplimenty (druhý pak může mít dojem, že je vlastně vše v pořádku). Obecně lze sdělování zpětné vazby ukázat na obrázku č 5.



Obrázek 5: Zjednodušený model zpětné vazby (Centrum dohody, s.r.o. – interní materiály)

Ocenění kolegy

Studie (Fredrickson, & Losada, 2005 a Fredrickson, 2013) říkají, že v pracovním prostředí člověk potřebuje 3:1 pozitivních versus negativních zpětných vazeb (*critical positivity ratio*), tj. jakýchkoliv interakcí (může se jednat o pochvalu, pohlazení či hádku, naštvaný pohled apod.). Ačkoliv jsou podobná číselná zjednodušování velmi zavádějící

(podobně jako například hodnota IQ), praxe ukazuje, že je tento poměr často spíše opačně. Dobře řečená pochvala může ale druhému přinést pozitivní emoce i motivaci kolegy a příjemnou atmosféru do celého týmu. Dobře provedená pochvala může posílit důvěru vzájemný vztah s kolegou. Ve výsledku to může být přínosné z hlediska emoční odezvy pro obě strany, a v konečném důsledku i na péči o pacienta (Campbell, 2020).

Pochvala by k tomu, aby splnila svůj účel v plné míře, měla být osobní. To znamená, že hovoří v první osobě a sděluje svůj vlastní pocit (např. *Libilo se mi, že..., Potěšilo mě, že...*). Dále by ocenění mělo být co nejvíce konkrétní, aby bylo druhému jasné, co přesně chválím (např. *...že jsi strávil čas s panem Novákem, tím starým pacientem...*). Důležitým aspektem pochvaly je to, aby byla skutečně upřímně míněná. To v praxi znamená, že pokud chceme někoho pochválit, je třeba opravdu vyzdvihnout to, co pochválit můžeme. Začtvrté by ocenění mělo být opravdu oceňující, to znamená, že druhému v podstatě poděkujeme za přínos, který nám svým jednáním, chováním, slovem či něčím jiným, přinesl (např. *Děkuji, pane kolego, moc mi pomohlo, jak jste to udělal rychle*). Ideální také je, když je ocenění druhému poskytnuto bezprostředně či co nejdříve to jde (Justworks, 2019; Šraibová, 2020). S tím v důsledku souvisí to, že by pochvala či ocenění nemělo druhým přicházet i příliš často, to totiž může působit neautenticky, křivě (např. pochvala trička, když se nám ve skutečnosti vlastně moc nelíbí) a může být ve výsledku manipulativní. Kromě toho pak druhý může cítit, že je pod neustálým dohledem a hodnocením (Ossenberg, Henderson, & Mitchell, 2019).

Obecně vzato, by pochvala, která opravdu cílí na růst druhého, neměla hodnotit talent a vlastnosti druhého člověka, nýbrž kromě výsledku se zaměřuje na úsilí, kterou do dané věci druhý vložil, zvolenou strategii, reakce druhého na všelijaké překážky či změny, jeho vytrvalost, inovativnost, spolupráci s druhými a učení se, a to i z (vlastních) chyb (Dweck, 2015). V mnoha situacích lze brát pochvalu jako pozitivní zpětnou vazbu, není to však nutné.

3.3.2 Přijetí a odmítnutí kritiky od kolegy

V praxi zdravotníků se může kritika objevovat podobně jako v jiných zaměstnáních, avšak zároveň se zde jedná o prostředí, které k sobě přitahuje řadu velice nepříjemných a život ohrožujících situací. Vzhledem k časové vytíženosti, nedostatku personálu a fyzicky i

psychicky náročné práci, se může kritika objevovat ve velké a náročné míře. Často ale může jít i o banality. Je však třeba rozlišovat mezi samoučelnou kritikou (taková kritika je často pouze vyjádřením emocí) a konstruktivní kritikou, zpětnou vazbou (zpětná vazba by nás měla rozvíjet) – neznámá to tedy, že by kritika jako taková byla vždy špatná – záleží, co si z daného sdělení, které nám druhý podává, můžeme odnést – něco změnit, opravit, napravit, omluvit se... (Linden, 2008).

Je na každém, jak se k dané kritice postaví, tedy zda ji přijme nebo odmítne (a také ve velké míře závisí na tom, jakým způsobem kritiku druhý poskytuje). V každém případě je třeba nejprve zvážit, zda se jedná o konstruktivní kritiku nebo ne (Linden, 2008), a následně zde hrají úlohu tři aspekty: naše pocity, úmysl a rozhodnutí. To v praxi znamená, že je nejprve vhodné při přijetí nebo odmítnutí kritiky popsat své pocity, následně sdělit svůj úmysl, a nakonec druhému projevit, jaké učiním rozhodnutí (např. Čandová et al., 2007; Expert Academy, 2020).

V případě přijetí kritiky tedy ve fázi sdělování pocitů projeví své uvědomění či lítost nad svým pochybením, nevhodným chováním nebo nedodržením domluvy. V podstatě zde jde mluvit o omluvě (např. *Máš pravdu, tu zprávu jsem napsala dost narychlo a mám tam nějaké chyby*). Zároveň je zde možné se doptat na potřebné informace k tomu, jak daná situace podrobněji vypadala, aby se pochybení neopakovalo nebo pro hlubší pochopení (např. *Můžeš mi prosím říct, jaké chyby jsi tam našel?*). Ve fázi sdělování úmyslu lze projevit například chuť to příště udělat jinak (např. *Chtěla bych se na to víc zaměřit a věnovat tomu více času*). Ve fázi rozhodnutí pak druhému sdělím, jakým způsobem toho docílím (např. *Zkusím ty zprávy psát pořádně, začnu hned zítra*), ideálně sdělit konkrétní kroky, které k tomu povedou (Čandová et al., 2007).

V případě odmítnutí kritiky se postupuje také zmíněnými třemi fázemi. V rámci fáze pocitu druhému jasně sděluji, jak danou situaci vnímám ze své strany (např. *Překvapuje mě, že to říkáte, považuji tu zprávu za dobře napsanou*), ve fázi úmyslu pak, vzhledem k tomu, že jde o odmítnutí, neprojeví ochotu to příště měnit, ale asertivně sdělím, proč by se něco měnit nemělo (např. *Nerozumím tomu, co bych měl měnit a proč, neuvedl jsi ani jednu konkrétní chybu*). Ve fázi rozhodnutí zkrátka sdělím, jaký bude další postup (např. *Proto prosím počítej s tím, že zprávy budu psát jako doposud*, Čandová et al., 2007).

Důležité v mezilidské komunikaci z praxe je také to, jak přijetí či odmítnutí kritiky doplníme nonverbální složkou komunikace. V případě přijetí je důležité, aby druhý skutečně cítil, že to myslím vážně, neberu celou věc na lehkou váhu, nebagatelizuji problém, že to za pár minut nezapomenu a bude mi to jedno. V odmítnutí je oproti tomu podstatné, aby byl člověk sice asertivní, ale neagresivní, neurážlivý a aby konstruktivně zvážil, zda jde o relevantní kritiku či nikoliv. Je v pořádku kritiku odmítnout v případě, že relevantní není (Linden, 2008).

3.3.3 Žádost o něco

Další z komunikačních situací, se kterými se zdravotník v praxi setkává je, když druhého potřebuje o něco požádat tak, aby mu, pokud možno, vyhověl. V takovém případě se doporučuje nejprve si připravit argumenty k tomu, proč by mi měl druhý vyhovět – co chci, co z toho bude mít druhý, co jsem ochoten pro to obětovat nebo dát nazpět apod. Pro samotnou žádost je důležité zvolit vhodnou dobu, aby měl dostatek času každý z obou komunikačních partnerů, aby druhý zrovna nebyl příliš unavený (například po náročné službě...), nevyspalý nebo hladový, a aby předem věděl, že se bude něco probírat, a tudíž s tím počítal (Čandová et al, 2007).

Na začátku žádosti je vhodné druhému stručně, jasně a narovinu sdělit, o co půjde (např. *Chci s tebou mluvit na téma...*) a následně žádost formulovat (např. *Potřebuji od tebe, abys ode mne vzal zítra službu*) spolu s odůvodněním (např. *Jde o rodinné důvody, manželka je nemocná, sotva vstane z postele...*). Je však důležité druhého nezahltit nepodstatnými detaily, což mj. může působit neautenticky či manipulativně (Borg, 2013). Samozřejmě je třeba očekávat, že ne vždy z žádosti bude druhý nadšený (i proto je tato situace zařazena v kapitole zabývající se náročnými komunikačními situacemi). K tomu může pomoci se na věc zkoušet dívat optikou druhého, projevit pochopení nad tím, že to pro něj může být například větší zátěž a navrhnout, co by zase mohlo pomoci jemu (např. *Chápu, že už je to pro tebe další služba tento týden. Příště rád ulehčím zas já tobě. Nechám ti alespoň poslat něco dobrého*). A tak jako v každém jiném rozhovoru, ve kterém se něco domlouvalo a dohodlo, se i zde doporučuje shrnout dohodu (např. *Dobře, takže jsme domluveni, že první dvě hodiny vezmu ještě já a pak to za mě vezmeš a máš to u mě pro příště! OK?*) a poděkovat (Goleman, 2006).

3.3.4 Názorový střet s kolegou

Názorový střet s kolegou (tj. hádka, konflikt, vyostřenější diskuze apod.) může být ve zdravotnictví často i na relativně závažná témata. To však neznamená, že se zdravotníci nikdy nepohodnou ohledně maličností stejně jako všichni ostatní lidé (ředitelé firem tráví v průměru 15 % svého času řešením konfliktů svých lidí na pracovišti; Park, 2017). Obecně mají konflikty na pracovišti negativní dopad na efektivitu, resp. výkon, produktivitu či kreativitu pracovníků (Brown, 1998), což ve zdravotnictví může mít logicky dopad na péči o pacienta. Jak bude ukázáno v praktické části této diplomové práce, je právě názorový střet s kolegou respondenty považován za nejčastější komunikačně náročnou situaci v kategorii komunikace s kolegy.

Ať jde o jakýkoliv problém, důležité je si zprvu ujasnit, co za ním je skutečně je a co je cílem. Zda jde o to dokázat svou pravdu, potopit druhého před druhými, argumentačně ho převálcovat nebo si vyjasnit společný problém a najít řešení. Poslední varianta je odborníky na komunikaci logicky doporučována jako ta efektivní s tím, že nejprve je třeba si vyjasnit problém, a až poté hledat schůdné řešení (např. Heathfield, 2020). To znamená na začátku sdělit, s čím přicházím, a nechat ten samý prostor druhému, aby se rovněž vyjádřil – neskákat mu do řeči, v klidu vyslechnout. Občas se může stát, že nám druhý sdělí něco, co jsme nevěděli a co může leccos v našem úsudku změnit, anebo si naopak ověříme, že je to tak, jak jsme předpokládali. To, co nám druhý říká bychom neměli hodnotit, natož jeho osobu (viz Zpětná vazba kolegovi). Odborníci na komunikaci (např. Heathfield, 2020 nebo Blazek, 2014) se kromě výše zmíněného dále shodují na následujících doporučeních:

- popisovat vlastní pocity (např. *Ted' mám pocit, že se cítíš nekomfortně*), nikoliv domněnky (vlastní přesvědčení o tom, jak to má ten druhý (např. *Se tady vztekáš jak malé dítě!*));
- ptát se – zjišťovat, co druhému jde (to pomůže si nevytvářet právě zmíněné domněnky) – proč asi říká to, co říká? Co ho trápí? Jaké jsou jeho potřeby?
- analyzovat situaci, společně hledat sdílené plochy zájmu (např. *Pojďme si říct, kde se shodujeme a kde máme rozpor*);
- pokud se v konfliktu jedná o pacienta, je vhodné se zaměřit na něj a jeho potřeby;
- jasně formulovat to, co potřebuji a o co žádám (viz kapitola *Žádost o něco*)

- vyjadřovat druhému respekt – to, že s ním nesouhlasím ještě neznamená, že to je horší člověk nebo že jeho názor je nerelevantní. Naopak, čím víc budu v konfliktu vyjadřovat respekt (k jeho osobě, k jeho názoru), tím spíše se druhý nenaštve a bude ochotný spolupracovat;
- při shodě na konkrétním řešení si dohodnout (odsouhlasit si) i kritéria plnění (např. *Pojďme si říct, jak budeme postupovat, když jeden z nás nastaví léčebný postup a ten druhý z nás s tím zásadním způsobem nebude souhlasit*);
- podstatné při hledání řešení je, aby oba hledali řešení na základě toho, co dává smysl (na základě kritérií) a ne podle toho, kdo to řešení navrhl, včetně vnější autority (např. *Když zvážím pro a proti, vychází mi z toho následující řešení.... Jak to vnímáš ty?* versus: *Takhle to říkal pan profesor, že to máme dělat, tak to tak udělejte*);
- v závěru udělat jasnou shodu obou (všech), ověřit shodu i u druhého; neukončit dohodu slovy „*Takže jsme dohodnuti*“ a odejít.
- Důležitým doporučením je nebrat si celý konflikt osobně – jde o vyřešení konkrétního problému, nikoliv útok na jedince. To, že druhý se mnou nesdílí názor a nesouhlasí neznamená, že mě nemá rád (i když to tak samozřejmě být může).

4 Příklady možností vzdělávání se v komunikačních dovednostech ve zdravotní péči

S ohledem na cíl této diplomové práce zde uvádím vybrané možnosti, jak se v tématu komunikace a komunikačních dovedností vzdělávat, rozvíjet. V první řadě je zde dostupná literatura. Jako klíčové bych uvedla několik příkladů z výše citovaných, a to konkrétně: *Mastering Communication with Seriously Ill Patients: Balancing Honesty with Empathy and Hope* či *Communication Case Studies for Health Care Professionals, Second Edition: An Applied Approach*.

Mastering Communication with Seriously Ill Patients: Balancing Honesty with Empathy and Hope (2009) od autorů Anthonyho Backa, Roberta Arnolda a Jamese Tulsyho, kteří jsou mimochodem považováni za komunikační guru, a od kterých se převážně učí a inspirují lékaři a jiní zdravotníci či odborníci v této oblasti. Anthony Back,

onkolog a paliatr, celosvětově uznávaný expert v komunikaci ve zdravotnictví, je spolu se svým týmem velice aktivní v pořádání komunikačních kurzů, psaní článků a knih (nejen výše zmíněné), vystupování na mezinárodních konferencích, edukačních videí i mobilních aplikací.

Kniha *Communication Case Studies for Health Care Professionals, Second Edition: An Applied Approach* (2015) od Michaela M. Pagana obsahuje řadu rolových scénářů, které si mohou zájemci přehrát nebo si jen samostatně analyzovat – co v dané situaci bylo dobré, funkční a co naopak ne a proč. Následně jsou zde uvedena vysvětlení pro každou situaci a konkrétní doporučení. Celá kniha je psána tímto způsobem, slouží tedy jako jakýsi pracovní sešit, resp. pracovní kniha.

Třetí knihou, která je určena pro nácvik komunikace lékaře či medika s pacientem je *Field Guide to the Difficult Patient Interview* od autorů Frederica Platta a Geoffreyho Gordona (2010). Kniha obsahuje 48 kapitol, které se zaměřují na různé běžné komunikačně náročné situace s pacienty. Autoři uvádějí zásady pro řešení situace, postupy... Dále zmiňují úskalí, kterým je třeba se v rozhovorech s pacienty vyhýbat a každá situace je zakončena jedním konkrétním tipem („moudrostí“), který si má čtenář odnést jako hlavní myšlenku. Tato publikace obsahuje i ilustrační fotografie obsahující gesta či polohy aktérů pro snazší představu a lepší vhléd. Dále by šla zmínit kniha *Skills for Communicating with Patients* od autorů Silvermana, Kurtze a Drapera (2005), která obsahuje obecné doporučení pro komunikaci ve zdravotnictví. Podobných knih existuje patrně celá řada, avšak většina jich je zahraničních.

Z české literatury může být užitečná např. kniha od Věry Linhartové (2007) *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*, která rovněž pomáhá čtenáři v základních komunikačních dovednostech ve zdravotnickém prostředí. Podobných knih je celá řada (viz použitá literatura a patrně mnoho dalších), avšak většina zahrnuje jen částečné (nebo velmi obecné) tematické celky.

Spolu s literaturou existují také další možnosti, jako jsou nejrůznější webové stránky, jako např. <https://www.vitaltalk.org>, která se specializuje na komunikaci zdravotníků a její zkvalitňování. Za touto stránkou, resp. za organizací VitalTalk, stojí – dle svých slov – šampioni komunikačních dovedností, tedy zdravotničtí profesionálové, kteří se dlouhodobě zabývají zkvalitňováním komunikace ve zdravotní péči. V čele tohoto projektu stojí opět

doktor Back spolu se svým týmem. Tato stránka obsahuje řadu ukázkových a edukačních videí, kde lze najít nejrůznější aspekty z komunikačních situací ve zdravotní péči (např. rozpoznání emocí, a jak na ně reagovat apod.). Kromě toho tento tým vytvořil mobilní aplikaci VitalTips, která poskytuje základní tipy a doporučení pro zvládání komunikačně náročných situací, a to převážně s pacienty v terminálním stadiu života. Tato mobilní aplikace mě inspirovala k vytvoření české verze, která však bude použitelná pro větší spektrum komunikačních situací a pro obecnější použití. Původní verze je kromě toho velice stručná, a především kulturně nepřenositelná z amerického do českého prostředí. Užíváme zde oproti Američanům jiný způsob komunikace (jiné formulace, jiné reakce na určitá sdělení, jinak citově zbarvená slova, jinou dikci a intonaci). Řada věcí zde funguje zkrátka jinak, což potvrzují i autoři dalších pomůcek na zvládnutí komunikačně náročných situací (Platt, & Gordon, 2004).

Kromě výše zmíněných pomůcek lze samozřejmě absolvovat řadu komunikačních kurzů, workshopů a školení pořádaných buď externími dodavateli, kteří se komunikací profesně zabývají, nebo samotnými zdravotnickými profesionály, které leta praxe a zkušeností (spolu s výše zmíněnými pomůckami včetně komunikačních kurzů) naučila, jak co komunikovat – co funguje, co nefunguje, čemu se s určitostí vyvarovat atp. V tomto ohledu se nejen v České republice hodně angažují opět paliativní elity a paliativní iniciativy (Centrum paliativní péče, vedoucí některých paliativních týmů, hospice...), které komunikaci kladou na vysokou úroveň důležitosti. Z českých externích dodavatelů budu jmenovat již několikrát zmíněnou společnost Centrum dohody, s.r.o. Tato společnost se kromě jiného zabývá školením a vzděláváním zdravotníků (celkem tato firma proškolila za téměř 24 let své existence více než 7 000 zdravotnických pracovníků, a věnuje se i individuálním a týmovým koučinkům zdravotníků (Centrum dohody, 2020). Právě ve spolupráci s konzultanty této firmy – a s ní spolupracujícími lékaři, nejvíce s doktorkou Szonowskou z Interního oddělení Strahov, VFN v Praze, – vznikla navrhovaná mobilní aplikace, a proto je v této práci nejvíce zmiňovaná. Avšak i ostatní společnosti, které jsou v práci citované (a mnoho dalších, např. bfz nebo Institut biostatistiky a analýz, s.r.o.) lze využít k rozvoji komunikace ve zdravotnictví.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 Cíle výzkumu

Literárně–přehledová část se věnovala komunikaci ve zdravotnictví obecně a představila nejrůznější komunikačně náročné situace, jejich podoby, způsoby, jak se s nimi vypořádávat. Praktická část je věnována zmapování konkrétních komunikačně náročných situací u českých zdravotníků (převážně pražských lékařů a sester). Sběr dat byl proveden dotazníkovým šetřením vytvořeným k tomuto účelu. Kromě samotného zmapování situace, je výsledným cílem navrzení mobilní aplikace pro zdravotníky či mediky, která v budoucnu může posloužit jako jejich „pomocník“ v náročných komunikačních situacích.

5.1 Výzkumné otázky

Vzhledem k několikaleté praxi mé a mých kolegů, ve které se věnujeme mj. vzdělávání zdravotníků v oblasti měkkých dovedností a ve které zdravotníci sdílejí situace a problémy v tomto odvětví z praxe, jsem si v rámci sběru dat kladla následující výzkumné otázky:

- Se kterými typy lidí je pro respondenty nejnáročnější komunikovat?
- Mezi jakými skupinami podle respondentů nejčastěji dochází ke komunikačním problémům / konfliktům / neshodám / nedorozuměním?
- Jaké konfliktní situace s pacienty / s příbuznými pacientů respondenti nejčastěji řeší?
- Jaké konfliktní situace s kolegy respondenti nejčastěji řeší?
- Které komunikační situace respondenti ve své profesní praxi považují za náročné a přivítali by na ně nějaká praktická doporučení / tipy?
- Co by dle respondentů pomohlo ke zlepšení mezi zdravotníky v jejich týmu / nemocnici?

6 Design výzkumného projektu

Témata, která jsou obsažena v dotazníku, pocházejí z několikaleté zkušenosti lektorů a koučů z konzultační společnosti Centrum dohody, s.r.o, kde pracuji, a která se dlouhodobě věnuje nejen businessové sféře, ale právě také rozvojem měkkých dovedností v oblasti zdravotnictví. Tyto zkušenosti jsme čerpali a čerpáme na kurzech (školeních, workshopech či týmových koučincích) pro lékaře, sestry a další zdravotnické pracovníky. Na těchto kurzech zdravotníci obvykle sdílejí obtížné komunikační situace ze své praxe, se kterými se dennodenně potýkají, nebo je naopak ještě pořádně nezažili a obávají se jich. Jsou to také situace, které zažili a zcela se jim nepovedlo jejich úspěšné zvládnutí (mají z toho špatný pocit či negativní výsledek / zpětnou vazbu). Postupně jsme odkryli určité vzorce, které zdravotníky nejčastěji trápí a na základě toho jsem sestrojila dotazník, který má za úkol potvrdit, zda námi praxí zmapované komunikačně náročné situace, jsou opravdu ty klíčové a také zjistit, zda nejsou problematické ještě nějaké další, popř. jaké.

Jedná se tedy o mapující – převážně kvantitativní, ale částečně i kvalitativní – dotazník, na jehož základě byla následně navržena zmíněná pomůcka (mobilní aplikace). Za pomoci této dotazníkové metody byly zjišťovány informace, otázky (viz Výzkumné otázky).

Dotazník byl v lednu tohoto roku administrován vybraným zdravotnickým zařízením v České republice (převážně v Praze), které k tomu daly svolení vedení či zodpovědné osoby. Nutno uvést, že výběr nebyl zcela náhodný. Dotazník byl zadán tam, kde jsem k tomu dostala svolení, kterému musela předcházet prvotní reakce ze zdravotnického zařízení. To v tomto případě ve výsledku znamenalo, že dotazník vyplnila ta zdravotnická zařízení, kde jsem někoho znala (já či někdo z mého okolí), kdo zprostředkoval sběr dat ze své domovské kliniky, oddělení nebo dle svých možností.

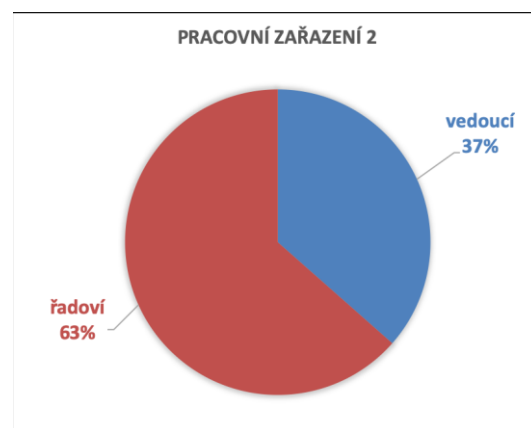
Čas potřebný pro celkovou administraci dotazníku se pohyboval v průměru kolem 10 minut, šlo tedy o velmi rychlé vyplnění. Vzhledem k omezeným možnostem jsem dotazník osobně administrovala převážně pouze zodpovědné osobě v konkrétních zařízeních, která následně rozdala dotazníky svým kolegům. Jednou jsem se sama účastnila tohoto zadávání, nicméně vzhledem k jednoduchosti dotazníku, nebyl žádný problém s porozuměním či potřebou vysvětlovat záměr příliš do hloubky. Dotazník byl administrován formou tužka-papír.

7 Výzkumný soubor

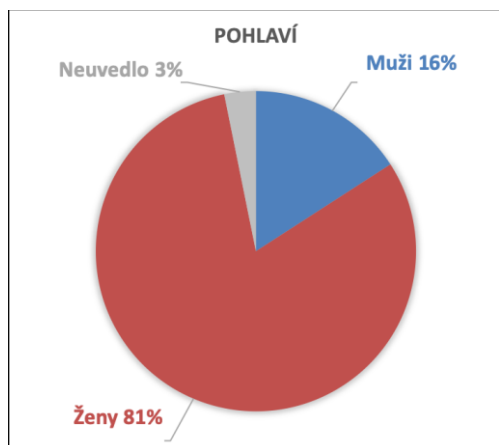
Výzkumný soubor se skládal ze 43 lékařů (z toho 14 vedoucích a 29 řadových), 19 zdravotních sester (z toho 10 vrchních / staničních) a jedné klinické psycholožky – celkem tedy 63 respondentů. Velkou většinu respondentů tvořily ženy (51), mužů bylo pouze 10 (2 lidé nevyplnili své pohlaví). Společným jmenovatelem byla práce převážně na lůžkových odděleních s dospělými pacienty.



Graf 1: Rozložení respondentů dle pracovního zařazení (lékař / zdravotní sestra /jiní)



Graf 2: Rozložení respondentů dle pozice (vedoucí lékaři, sestry/řadoví lékaři, sestry či jiní)



Graf 3: Rozložení respondentů dle pohlaví

Respondenti byli z velké části lékaři z různých nemocnic v Praze a v České republice (23 respondentů), nejvíce pak z Interního oddělení Strahov, VFN (24 respondentů) – z těchto dvou skupin převažovala nefrologická specializace 28 respondentů). Další větší skupinou byli onkologové (10 respondentů) a radiační onkologové (6 respondentů). Dále se pak objevovali všeobecní lékaři a sestry (4 respondenti – někteří v pretestační přípravě), paliatři (5 respondentů), internisti (5 respondentů), endokrinolog (1 respondent), ORL (1 respondent) a sestry z intenzivní péče (3 respondentky). Nutno dodat, že někteří z výše zmíněných, mají dvojitou specializaci (např. ARIP, nefrologie apod.) a někteří naopak svou specializaci neuvedli (2 respondenti – sestry), což může znamenat neochotu danou položku vyplnit, nepochopení, co se po nich požaduje či nevyhraněnost ve specializaci (např. všeobecné sestry apod.), což osobně považuji za nejvíce pravděpodobné.

Data byla získána, kromě již z výše zmíněného Interního oddělení Strahov, na zdravotnické konferenci, které se účastnili lékaři a sestry z různých nemocnic i míst v republice (např. Prostějov, Nymburk, FNKV, Kladno, Litoměřice, Mariánské Lázně, České Budějovice, Karlovy Vary, Jilemnice, Chrudim, Havlíčkův Brod, Ústí n. Labem apod.). Dále byl dotazník administrován na Radioterapeutické a onkologické klinice, FNKV.

Kromě výše zmíněných základních údajů, jsem zjišťovala dobu, jakou respondenti již pracují ve zdravotnictví. Šlo mi o pokrytí různé doby praxe, co která skupina potřebuje a s čím případně směřovat na mladé doktory a mediky. Respondenti jsou v praxi v rozmezí 0,3 až 45 let, průměrně pak 20 let (aritmetický průměr i medián 20 let; modus 30 let), to znamená že je pokrytá relativně velká škála různé velké praxe (nejde tedy jen o nováčky nebo jen o velice zkušené lékaře a sestry).

8 Výzkumné metody

Data byla sbírána v průběhu ledna 2020 dotazníkem v písemné podobě (tužka-papír), který byl vytvořen právě k tomuto účelu. Byl sestaven tak, aby nepřesahoval tři strany, a tudíž nebyl na respondenty příliš dlouhý a nebránil tak svou délkou k jeho vyplnění zaneprázdněných lékařům a sestrám. Dotazník jsem nejprve administrovala několika zdravotníkům, díky kterým jsem zjistila přibližný čas vyplnění (cca 10 minut), jasnost a

srozumitelnost i několik nedostatků, které jsem díky tomu následně upravila (šlo v podstatě o několik překlepů).

Celkem má dotazník jedenáct otázek. První čtyři otázky se týkají demografických údajů – pracovní zařazení (řadový lékař, vedoucí lékař, zdravotní sestra, vedoucí sestra), specializace, pohlaví a počet let ve zdravotnické praxi. Jde o upřesnění toho, kdo zhruba dotazníky vyplňoval, zda šlo spíše o zdravotní sestry či lékaře apod., zda jsou ve zdravotnictví dlouho nebo relativně krátce apod. Přestože bude mobilní aplikace (alespoň v její prvotní verzi) co nejvíce obecná, zaměřila jsem se na respondenty pracující převážně s dospělými pacienty (spíše somaticky než psychiatricky nemocnými – tzn. nejedná se o psychiatrická oddělení). Dále jde pak o respondenty pracující převážně na lůžkových odděleních (resp. nejde o praktiky nebo čistě ambulantní zdravotníky).

Další otázky se už týkají jednotlivých problematických oblastí. Nejprve jsou v dotazníku obecně zjišťovány skupiny, mezi kterými jsou nejčastěji problémy a snaha tyto skupiny co nejvíce konkretizovat. Respondenti tedy mohou zaškrtnout všechny možnosti, které považují ze své zkušenosti jako aktuální (u každé z kategorií byla možnost *Jiní...*, kde mohli respondenti uvést další problematické skupiny):

- ***kolegové:*** lékaři, sestry, vedoucí pracovníci...;
- ***pacienti:*** agresivní, nespokojení, smutní, depresivní, psychiatričtí, staří...;
- ***příbuzní pacienta:*** agresivní a nespokojení, neakceptující nemoc pacienta či požadavky na pacienta.

Dále byly zjišťovány konkrétní komunikační situace. Zároveň je vždy možnost doplnit další situace, které nejsou v seznamu. Otázky byly stavěny otevřenou otázkou (*Jaké konfliktní situace s pacienty/jejich příbuznými nejčastěji řešíte?*), avšak s možnostmi výběru na pětibodové škále, jak často se s podobnou situací respondenti setkávají ve své praxi od *nikdy*, přes *výjimečně*, *občas*, *často*, až po *neustále*. Konkrétní situace náročných či konfliktních situací s pacienty či jejich příbuznými vypadají v dotazníku např. takto: *Pacient/příbuzný si stěžuje na neúčinný léčebný postup*, *Pacient/příbuzný si stěžuje na dlouhé čekání*. To samé pak platí v situacích s kolegy, kde jsou situace typu: *Neshody v léčebném/ošetrovatelském postupu*, *Meziprofesní neshody* apod. Více viz. Příloha I.

V poslední převážně kvantitativní části mají respondenti zaškrtnout všechny komunikačně náročné situace, které ve své profesní praxi považují za náročné a přivítali by nějaká praktická doporučení či zajímavé tipy. Následuje výčet všech situací, které z naší praxe lékaři nejčastěji řeší. Objevují se zde možnosti typu: *Jak sdělovat negativní zprávu pacientovi (příbuznému pacienta), Jak mluvit s pacienty (příbuznými pacienta) o umírání a smrti, Jak efektivně komunikovat s pacientem či jeho příbuzným po telefonu, Jak sdělit kritiku kolegovi tak, aby ji přijal.* Tento seznam obsahuje 18 položek plus závěrečnou možnost „*Jiné:*“.

Kromě zmíněných převážně zaškrťovacích otázek je do testu začleněno několik otevřených otázek, které mají kvalitativní charakter. Nejprve se respondentů dotazují, mezi jakými skupinami podle nich dochází nejčastěji ke komunikačním problémům, konfliktům, neshodám či nedorozuměním (např. mladý lékař – zkušená sestra apod.). Tato položka však ve výsledku může být také relativně dobře kvantifikována.

Poslední dvě otázky dotazníku vyzývají respondenty popsat komunikačně náročnou situaci ze své praxe, která nedopadla dle jejich očekávání, a dále pak co by jejich týmu/nemocnici pomohlo ke zlepšení komunikace mezi zdravotníky. Zde šlo o zmapování toho, co oni sami vnímají jako důležité a jestli se v informacích neobjeví něco nad rámec toho, co mohli v dotazníku zaškrtnout. Celý dotazník v Příloze I.

8.1 Etika

Veškeré hlavní etické zásady by měly být v práci ošetřeny. Zásada nonmaleficence byla dodržena tím, že respondenti vyplnili dotazník dobrovolně. Všichni byli plnoletí a svéprávní. Respondenti měli možnost dotazník nevyplnit či neodevzdat. Zároveň byli respondenti zodpovědnými osobami informováni o tom, co a proč vyplňují a jak budou data následně zpracována (tzn. anonymně, neadresně) a za jakým účelem (zmapování komunikačně náročných situací za účelem vytvoření mobilní aplikace/skript). Respondentům nebylo nic předsouváno ani prozrazováno nic, co by mělo mít vliv na jejich výpovědi a tudíž výsledky, alespoň co jsem schopná nahlédnout a jak znám zodpovědné osoby, které dotazník zadávaly bez mé účasti. Minimálně těm byly všechny tyto informace sděleny.

Zásada beneficence byla nebo bude dodržena tím, že výsledky byly nebo budou dodány na místa pracovišť, a dokonce na jejich základě některá zdravotnická pracoviště popřála komunikační kurzy pro své zaměstnance, aby měli možnost prakticky zkoušet náročné komunikační situace, které znají ze svých praxí. Rovněž, až to bude aktuální, budou mít možnost si stáhnout mobilní aplikaci, která pro ně může být každodenní pomůckou nebo něčím, kam se mohou podívat pro inspiraci. To ale nebylo splněno v rámci realizace této práce, jejímž cílem je pouze navržení této aplikace. Všichni zúčastnění však dostali informaci, že se mobilní aplikace plánuje, a že až bude vytvořena, dostanou na ni odkaz ke stažení.

Etickým problémem může být situace, kdy se zdravotníci budou obávat, že se výsledky od-anonymizují, a budou tak čelit jakémusi pocitu prozrazení, budou si připadat, že ve své práci selhávají, když mají uvádět situace, ve kterých si neví rady apod. Nicméně vzhledem k možnosti dotazník nevyplnit / či ho odevzdat téměř prázdný (což minimálně jeden respondent využil), bych tuto možnost nepovažovala za příliš eticky závadnou. V práci také bylo použito minimum demografických údajů (nepožadovala jsem například věk, místo pracoviště, konkrétní zdravotnické zařízení, ve kterém pracují apod.).

9 Způsob zpracování dat

Po ukončení sběru dat došlo ke zpracování získaných informací. Způsob zpracování dat této práce vychází z cílů výzkumu – tedy zmapovat nejčastější náročné komunikační situace zdravotníků s pacienty, jejich rodinami a s kolegy mezi sebou, a tudíž na základě toho postavit mobilní aplikaci. Data byla kódována v programu Microsoft Excel a následně převedena částečně i do Jamovi, i když ve výsledku byl Excel pro tyto účely dostačující.

Vzhledem k tomu, že jde o mapující výzkum, byly použity převážně jednoduché sloupcové či koláčové grafy a dále pak kvalitativní vyhodnocení tomu odpovídajících otázek.

10 Výsledky

Výsledky ukazují na to, že dotazník postihl základní komunikační obtíže respondentů, liší se pouze míra závažnosti mezi jednotlivými situacemi. Výsledky jsem rozdělila na kvantitativní a spíše kvalitativní část s tím, že minimálně jednu otázku z kvalitativní části lze částečně rovněž kvantifikovat. V následujících řádcích je tedy rozebrána každá jednotlivá otázka a její výsledky.

10.1 Kvantitativní část

1) Typy lidí, se kterými je v praxi respondentů náročné komunikovat

V první otázce netýkající se demografických údajů měli respondenti uvést všechny skupiny (typy) lidí, se kterými se jim nejčastěji náročně komunikuje.

Kolegové

Celkově respondenti na tuto položku odpovídali následovně: *Kolegové: lékaři* 29 %, *Kolegové: sestry* 35 %, *Kolegové: vedoucí pracovníci* (27 %). V kategorii *Kolegové: jiní* (10 %) se objevovaly odpovědi: *Nezdravotníci pracující ve zdravotnictví*, a dále pak *inženýři*, případně *magistři*.

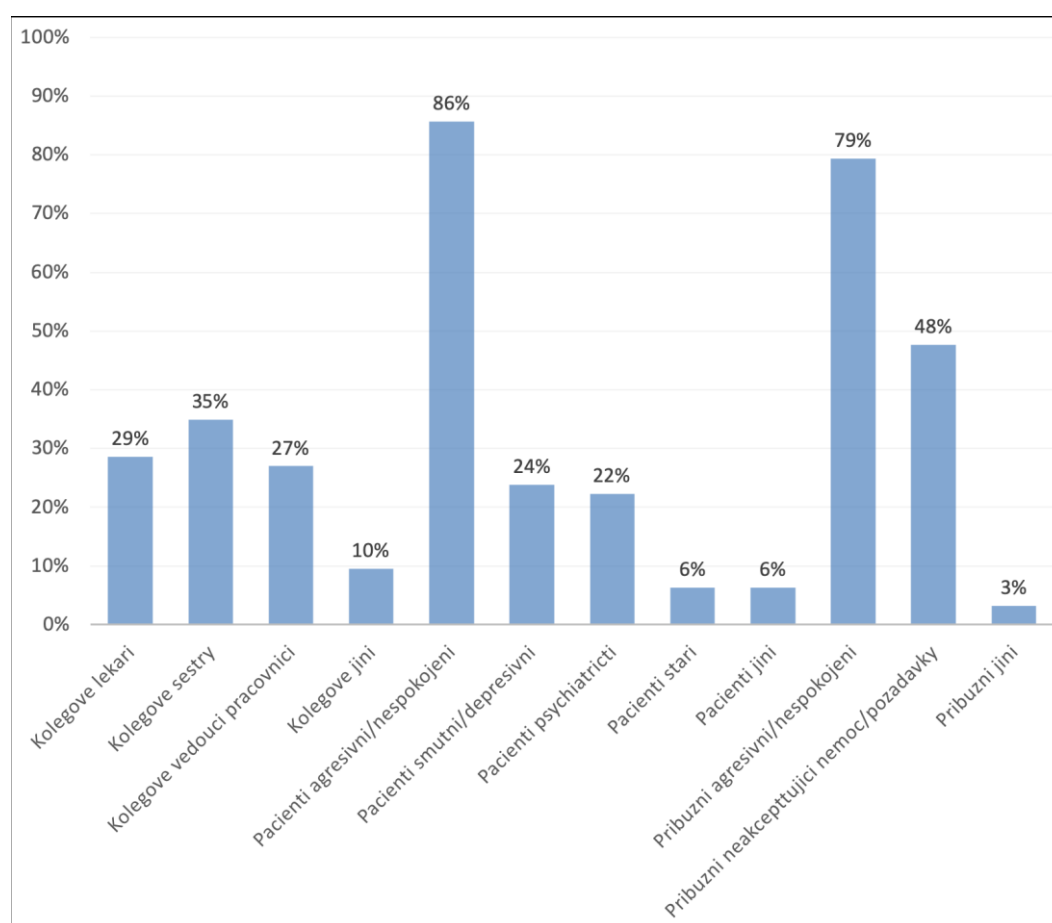
Zajímavým faktem je porovnání skupin respondentů dle profese (lékař/sestra) mezi sebou. Například sestry mají komunikační potíže zhruba stejně se všemi typy kolegů (lékaři, sestry, vedoucí pracovníci), zatímco lékaři uvádějí větší komunikační potíže se sestrami než s kolegy lékaři či vedoucími pracovníky. Vzhledem k tomu, že v kvalitativní části mnozí respondenti uváděli, že k nejčastějším komunikačním problémům či nedorozuměním dochází mezi mladými lékaři a zkušenými sestrami (tuto odpověď napsalo 30 % respondentů), může tato informace pramenit právě z tohoto faktu (28 % lékařů ze všech lékařů v praxi pracuje 5 a méně let, zatímco pouze jedna sestra, tedy 5 % z celkového počtu sester, kde je doba praxe v průměru o mnoho vyšší).

Pacienti

Oproti tomu ve skupině *Pacienti*, zaškrtnla velká většina respondentů *Pacienti: agresivní / nespokojení* (celkem 86 % lidí bez většího rozdílu mezi sestrami a lékaři). S velkým odstupem pak pokračovala položka *Pacienti: smutní / depresivní* (24 %) a *Pacienti: psychiatrickí* (22 %). Nejméně pak „dělají potíže“ *Pacienti: staří* (6 %) a *Pacienti: jiní* (rovněž 6 %), kde se vyskytly odpovědi: *pacienti úzkostní, bezdomovci, pasivně agresivní a se vším nespokojení*. Poslední dvě odpovědi by se však teoreticky daly zařadit do odpovědi *Pacienti: agresivní a nespokojení*.

Rodina pacienta

Ve skupině *Příbuzní pacientů*, opět rezonovala položka *Příbuzní pacienta: agresivní, nespokojení* (79 %) a dále pak *Příbuzní pacienta: neakceptující nemoc či požadavky na pacienta* (48 %). Kategorie *Příbuzní pacienta: jiní* zde zaujala tři procenta (*Nechápající, že zdravotnictví nedokáže vše vyřešit*). Zde se opět nevyskytují významné rozdíly mezi odpověďmi sester a lékařů.



Graf 4: Typy lidí, se kterými je pro zdravotníky nejčastěji náročné komunikovat (možnost zaškrtnout více variant)

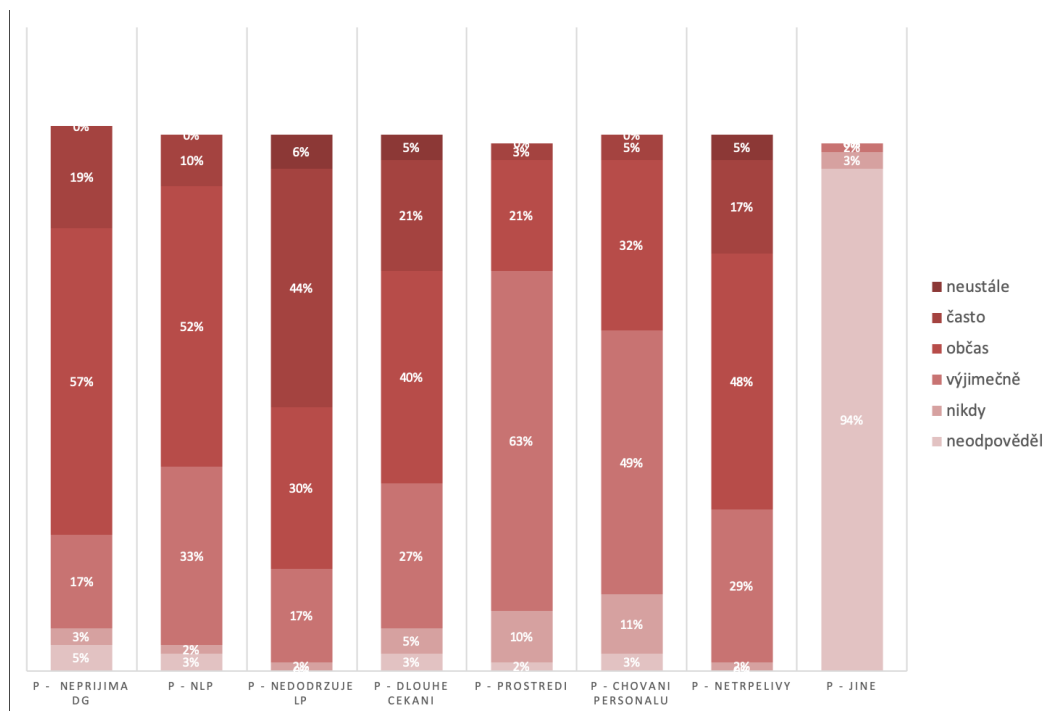
2) Nejčastější konfliktní situace s pacienty/jejich příbuznými a kolegy

Další otázka v rámci dotazníku zněla: *Jaké konfliktní situace s pacienty, jejich příbuznými a dále pak s kolegy nejčastěji řešíte?* Na výběr byla pětibodová škála v rozmezí *Nikdy až Neustále*. Pro vlastní posouzení, jsem se převážně zaměřovala na ty položky, kde respondenti nejvíce odpovídali *Občas*, *Často* a *Neustále* v poměru oproti odpovědím *Výjimečně* a *Nikdy*.

Pacient a rodina pacienta

V kategorii *Pacient* a *Příbuzný pacienta* u položky *Pacient nedodrží léčebný postup* odpovědělo 81 % respondentů na škále *Občas*, *Často* až *Neustále*, z toho *Neustále* odpovědělo 6,4 % respondentů (což je ze všech položek nejvíce), 44 % odpovědělo *Často*, zatímco nikdo neodpověděl, že s tím nemá problém *Nikdy*.

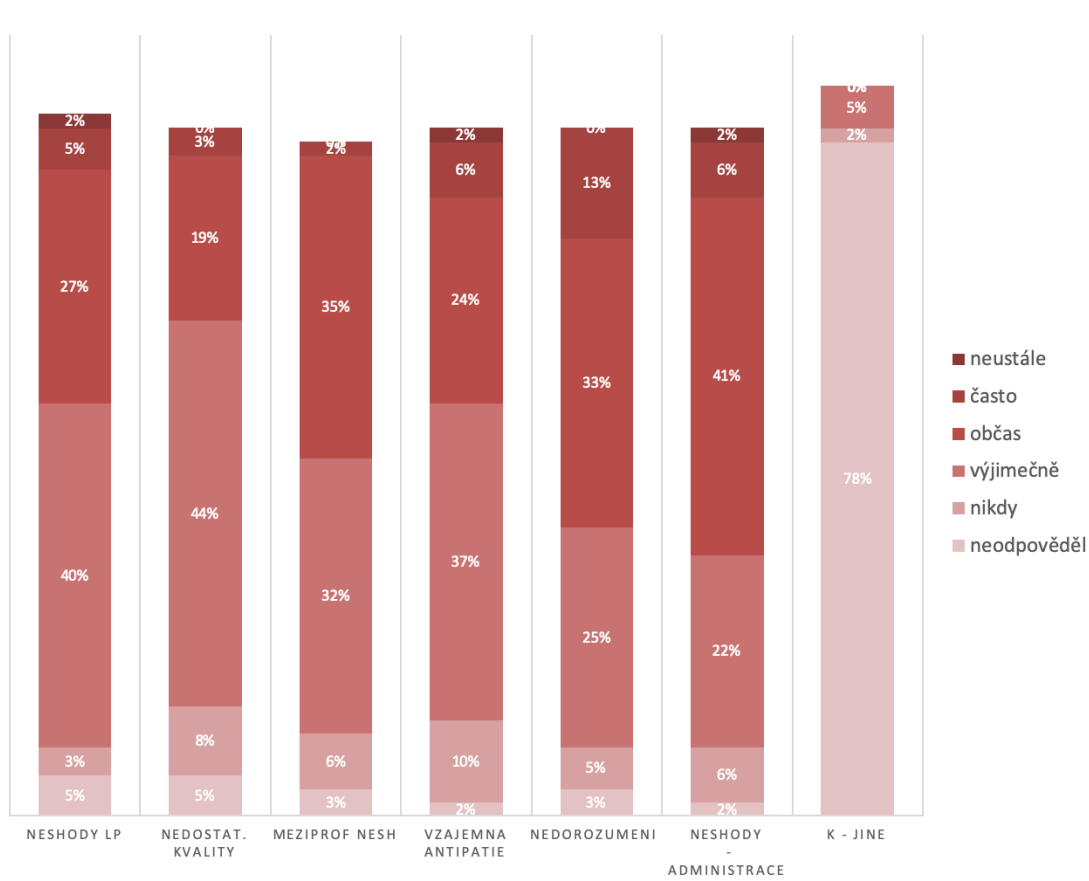
Dalšími položkami, které dosáhly relativně vysokého procenta (76 %) ve třech horních bodech škály, byla odpověď *Pacient nepřijímá diagnózu*, dále pak *Pacient/příbuzný je netrpělivý, naléhá na vás* (70 %), *Pacient si stěžuje na dlouhé čekání* (65 %) a *Pacient si stěžuje na neúčinný léčebný postup* (60 %). S větším odstupem se pak pohybuje odpověď *Pacient si stěžuje na nevhodné chování ze strany personálu* (33 %) a *Pacient si stěžuje na prostředí* (24 %), kde logicky naopak převažuje počet respondentů, kteří tuto položku označili *Výjimečně až Nikdy* (76 %). V grafu 5 (pacient) je vidět podrobnější procentuální rozložení mezi odpověďmi.



Graf 5: Nejčastější konfliktní situace s pacienty / příbuznými pacientů

Kolegové

Ve stejné otázce, avšak se zaměřením na kolegy, byly horní tři body pětibodové škály časté už podstatně méně. Nejvíce se jako problematické jeví *Nedorozumění, špatná nebo nedostatečná komunikace* (63 %) – což je do jisté míry logické vzhledem k obecnosti této položky – a *Neshody v administrativní práci a dokumentaci klienta* (62 %), dále pak *Meziprofesní neshody* (54 %) a *Neshody v léčebném/ošetrovatelském postupu či jeho nedodržování* (48 %). Čtyřicet jedna procent respondentů označila *Občas až Neustále* položku *Vzájemná antipatie* a 27 % respondentů pak *Nedostatky v kvalitě péče*. Jednotlivé výsledky v grafu 6 (kolegové).



Graf 6: Nejčastější konfliktní situace s kolegy

3) Komunikačně náročné situace – praktická doporučení / zajímavé tipy

Po vyhodnocení poslední (avšak z hlediska cíle této práce jedné z nepodstatnějších) kvantitativní otázky dotazníku, vyzývající respondenty k *zaškrtnutí všech komunikačních situací, které ve své praxi považují za náročné a přivítali by nějaká praktická doporučení či zajímavé tipy*, vzešly níže uvedené výsledky.

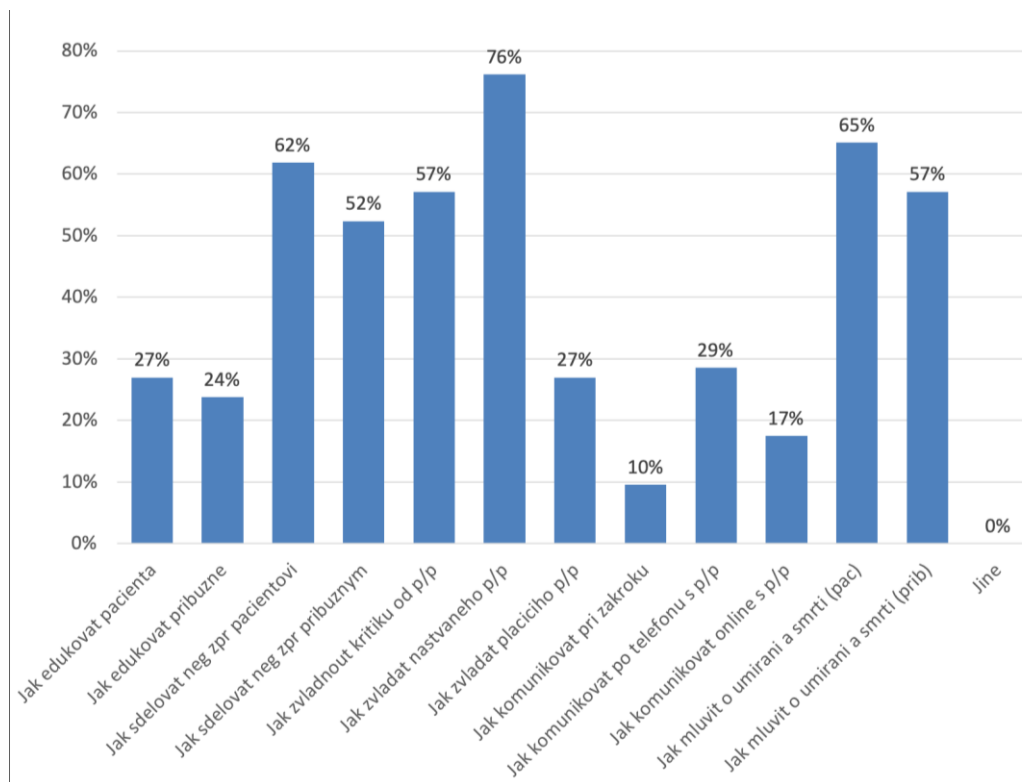
Výsledky ukazují, že by respondenti více či méně přivítali nějakou formu pomůcky či tipy ve všech dotazníkem nabízených situacích. V níže uvedených grafech lze vidět procentuální zastoupení nejvíce i nejméně problematických situací nejprve u pacientů a příbuzných pacientů a dále pak v rámci týmu (kolegové). Nikdo z respondentů nenastolil žádnou další náročnou komunikační situaci v možnosti „*Jiné: ...*“. Lze tedy s jistými rezervami předpokládat, že dotazník pokrývá hlavní komunikačně náročné situace, které se ve zdravotnické praxi vyskytují nejčastěji.

Přes 72 % respondentů zaškrtnulo v této otázce výrok *Jak zvládat naštvaného pacienta/příbuzné pacienta*. (To mimo jiné odkazuje i na otázku *Se kterými typy lidí je pro vás nejčastěji náročné komunikovat*, neboť 86 % respondentů zaškrtnulo položku *Nespokojení/agresivní pacienti* a 79 % respondentů *Nespokojení/agresivní příbuzní pacienta*, tedy jednoznačně nejčastější odpovědi – viz graf 4.)

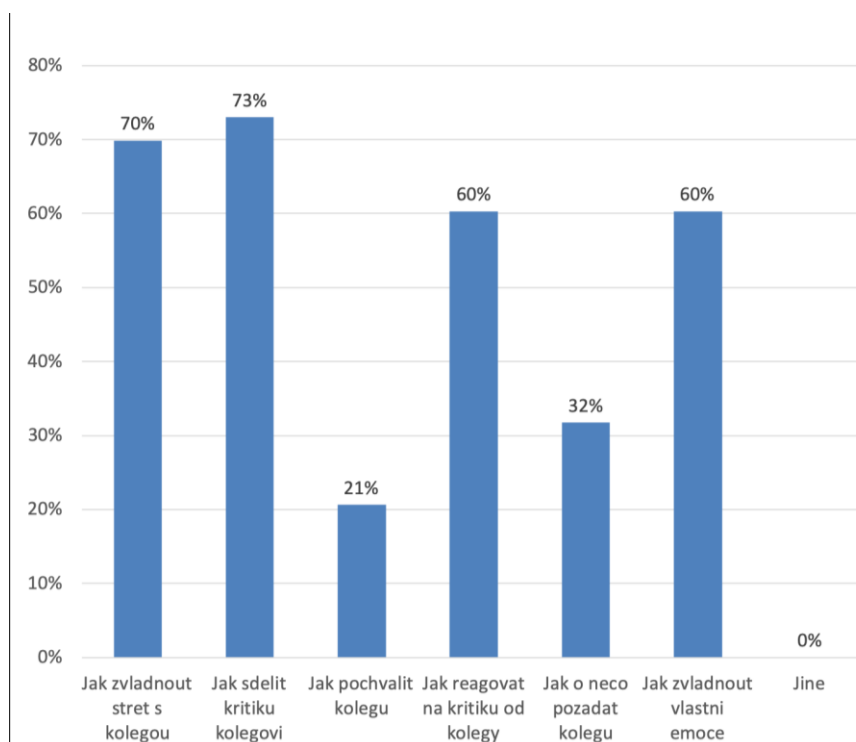
Celkově shrnuto lze z výsledků dotazníku říci, že největší či nejčastější komunikační obtíží je interakce s naštvaným, nespokojeným či agresivním člověkem – ať už pacientem či jeho příbuznými. Rovněž u kategorie Kolegové byly nejčastěji zaškrtnuty položky *Jak sdělit kritiku kolegovi tak, aby ji přijal* (73 %) a *Jak zvládnout názorový střet s kolegou* (70 %), což může, a nemusí, souviset s výše zmíněným, avšak opět se může jednat o interakci s ne zcela pozitivně naladěným člověkem. Nepovažuji to však jako nutný fakt, pouze jako možnou hypotézu.

Nejméně respondenti označovali položku *Jak s pacientem komunikovat při zákroku*. To může být mimo jiné i proto, že je pacient po většinu větších zákroků uspán. Dále to může být tím, že si pod tímto výrokem respondenti nejvíce představí právě tyto větší zákroky. Nebo jsou to naopak zákroky, které jsou naopak velmi rutinní. Nicméně i přesto tento výrok zaškrtnulo téměř 10 % respondentů.

V grafu 7 je vidět procentuální dosažení jednotlivých odpovědí v kategorii pacient / příbuzní pacienta a dále pak v grafu 8 v kategorii kolegové.



Graf 7: Komunikační situace, které ve své praxi respondenti považují za náročné a přivítali by praktická doporučení/tipy – **pacienti a příbuzní pacienta**



Graf 8: Komunikační situace, které ve své praxi zdravotníci považují za náročné a přivítali by praktická doporučení/tipy – **kolegové**

10.2 Kvalitativní část

V této podkapitole rozeberu výsledky z otevřených otázek dotazníku, kde měli respondenti:

- 1) Vypsat skupiny, mezi kterými podle respondentů nejčastěji dochází ke komunikačním problémům / konfliktům / neshodám / nedorozuměním (tato otázka byla i částečně kvantifikována)
- 2) Popsat komunikačně náročnou situaci z praxe, která nedopadla dle očekávání respondenta
- 3) Co by v jejich týmu / nemocnici pomohlo ke zlepšení komunikace mezi zdravotníky.

1) Skupiny, u kterých dle respondentů nejčastěji dochází ke komunikačním problémům, konfliktům, neshodám či nedorozuměním

Mladý lékař – zkušená sestra

V první z těchto otázek výrazně rezonovala skupina odpovědí se společným jmenovatelem *mladý lékař – zkušená sestra*, kterou uvedlo 30 % respondentů s tím, že dalších několik procent uvedlo *(mladý) lékař – (zkušená) sestra* či *mladý lékař – (zkušená) sestra*. Obecně se velmi objevovala skupina mladých doktorů s dalšími kolegy. Mladí lékaři mají dle respondentů komunikační problémy / konflikty / neshody / nedorozumění kromě sester a zkušených sester také se zkušenými či staršími, případně přetíženými lékaři či atestovanými lékaři, kteří nechtějí poradit. Někteří respondenti uvedli jako problematickou i komunikaci s rodinou pacienta (3 %). Nutno dodat, že tyto skupiny vyplňovali velmi často samotní mladí lékaři, tedy lékaři, kteří jsou v praxi v řádu několika let.

Lékař – sestra

Jako další skupinu odpovědí bych označila obecně *lékař – sestra*, kterou v různých podobách napsalo 25 % respondentů. Kromě výše zmíněných mladých lékařů se objevovaly odpovědi *lékař (přetížený, zkušený, přesvědčený o své pravdě) – sestra (zkušená,*

ambiciózní, vyhořelá, přetížená, mladá...) a obecně u lékařů a sester, kteří jsou podobně staří a mezi kterými není partnerský vztah).

Sanitáři, sanitky

Třetí skupinou odpovědí z řad kolegů se objevili sanitáři, kterou uvedlo 8 % respondentů, z toho většina v interakci se sestrami (*sestra – sanitář*), z toho 5 % těchto respondentů uvedlo, že pracují jako zdravotní sestry. Pouze jeden respondent (lékař) uvedl *lékař – sanitář*. Někteří lékaři oproti tomu označili jako problematickou skupinu *lékař/sestra – sanitka*.

Další kolegové mezi sebou

Respondenti uváděli také jako problematické lékaře mezi sebou – *lékaři z řadových oddělení, podobně staří, lékaři s rozdílným názorem na léčebný postup* apod. Odpověď *sestra – sestra* uvedlo pouze 3 % respondentů a *řadový lékař – vedení* uvedl pouze jeden respondent, tedy 2 % z celkového počtu respondentů. Do této kategorie bych trochu uměle zařadila i odpověď („kolegové“) *pacienti mezi sebou navzájem*.

Personál – pacienti

Co se týče kategorie *personál – pacienti* se objevovaly následující odpovědi: *lékař/sestra (přetížení, zkušené, vyhořelí, nezajímající se...)* – *pacient (netrpělivý, agresivní, náročný, konfliktní, psychiatrický, psychopatický, invalidní, důchodci, s titulem Ing. a ti, co se čerstvě dozvěděli diagnózu závažného onemocnění...)*. Dále byla uvedena odpověď *Neochota a nezáměr ze strany lékařů směrem k pacientům*. Nejčastěji se objevovala skupina *lékař/sestra – netrpělivý či agresivní pacient* (22 %). Tyto odpovědi mohou být i v kategorii *personál – rodina pacienta*.

Personál – rodina pacienta

Obdobně je tomu s příbuznými pacientů, kde se rovněž objevovaly podobné odpovědi jako u kategorie *personál – pacient*, tj. *lékař/sestra (přetížení) – rodina pacienta (náročná, konfliktní, nesmířená, nespokojená, mající nerealistická očekávání a požadavky, bez nadhledu na závažné onemocnění příbuzného...)*. Respondenti uvedli i situaci, kdy více rodinných příslušníků chodí na opakované konzultace.

Další odpovědi

Dále se objevovaly obecnější odpovědi typu *mezi jakýmikoliv, kteří spolu nekomunikují; tam, kde se lidé vzájemně nechtějí vyslechnout, jsou netrpěliví a agresivní; mezi lidmi, kteří nechtějí naslouchat druhým a nechtějí změnit svůj názor; komunikace ve stresových situacích napříč různými skupinami svůj názor; přetížený personál; nedorozumění* apod. Tyto odpovědi by mohly spadat do všech tří kategorií.

2) Komunikačně náročné situace z praxe respondentů, která nedopadla dle očekávání

V druhé otevřené otázce odpovědělo zhruba polovina respondentů. Odpovědi se týkali všech tří kategorií (*Pacient, Rodina pacienta, Kolegové*).

Pacienti

V kategorii *Pacient* šlo o situace typu sdělování náročné zprávy (např. *diagnózy či léčebného postupu/ukončení léčby v případě infaustního onemocnění*) a její vysvětlení (např. *rozdíl mezi eutanazií a ukončením dialýzy, plán dříve vysloveného přání se netýká aktuální situace* apod.), neakceptace léčebného postupu ze strany pacienta.

Dále se odpovědi týkali toho, když pacienti nepřijímají léčbu či léčebný postup nebo mají nerealistická očekávání (*potřeba vysvětlit reálný stav, aktuální medicínské možnosti...*), načež následně případně vyhrožují např. sebevraždou. Respondenti uvádějí situace, kdy pacienti nepřijímají léčebné postupy, dožadují se nerealistických či zbytečných procedur, nemají schopnost sebenáhledu, je složité jim něco vysvětlit (např. *že problémy jsou spíše psychického původu, nikoliv somatického*). Dále jde o situace s agresivními pacienty, s pacienty, kteří si stěžují na personál poté, co pacientovi poskytl pomoc, nebo pacient, který si bez dovolení vzal ze sesterny to, co potřeboval a po upozornění ze strany sester se naštvál a podepsal negativní revers. Dále se objevovaly situace typu: *vysvětlit pacientovi sběr moči, vysvětlit něco pacientce s demencí* apod.

Rodina pacienta

V kategorii *Rodina pacientů* se objevovalo o něco méně odpovědí. Šlo převážně o (opakované) zpochybnění léčebného postupu, nesouhlasu s rozhodnutím pacienta či

neshodám v rámci rodiny ohledně léčby jejich příbuzným. Objevily se i situace, kdy se jeden z příbuzných urazil a už odmítal být nadále kontaktován. Několikrát se objevilo téma telefonátů s rodinnými příslušníky, při kterých se ony situace děly (tzn. náročnost daných situací i z důvodu specifik telefonické komunikace). Dále respondenti uváděli situace, kdy se rodinní příslušníci před pacientem ptají na nevhodné otázky (např. jak dlouho pacient ještě bude žít), nebo případy, kdy rodina odmítá ochranný oděv při vstupu na infekční pokoj.

Kolegové

V kategorii *Kolegové* respondenti nejčastěji psali situace týkající se neshod (které mj. vedly k rozporuplné informaci směrem k pacientům), rozporu či neakceptování léčebného postupu (a vzhledem k relativně vysokému počtu respondentů zabývajících se paliativní péčí se tyto rozpory týkaly také situací, kdy se rozhodovalo, zda nadále léčit či zahájit paliativní péči). Situace týkající se těchto rozporů či argumentací ohledně dalších postupů se objevovaly nejčastěji.

Kromě toho se objevovaly situace, kdy byl respondent nucen rozhodovat se o marné léčbě, snášet poznámky sester o rozhodnutích ohledně léčebného postupu či situace týkající se bezprostředně kolegů: kritika kolegů (a jejich reakce – agresivní, výhrůžky...), vlastní argumentace léčebného postupu, motivace kolegů ke sdělování závažných diagnóz, rozdělení práce s kolegyní, nedostatečné či nedobře komunikované mezi lékaři i odděleními, komunikace se starším kolegou, který je profesně níže či „*arogantní atestovaný lékař, který odmítá převzít pacienta na JIP, načež po prodlevě pacient umírá*“. V neposlední řadě pak upřednostnění administrativní činnosti před pacienty.

3) Co by dle respondentů pomohlo jejich týmu / nemocnici ke zlepšení komunikace mezi zdravotníky

V poslední otázce respondenti odpovídali na otázku, co by v jejich týmu / nemocnici pomohlo ke zlepšení komunikace mezi zdravotníky. Odpovědi jsem rozdělila do několika podskupin.

Vzájemné chování mezi sebou

První skupina se týká vzájemného chování vůči sobě navzájem – vzájemný respekt, pochopení (že jsme každý jiný, že za vším nejsou zlé úmysly...), tolerance, otevřenost, upřímnost, informovanost (i mezi obory); více komunikovat – předávat informace nejen v rámci služby, ale i mezi službami. Chovat se k sobě pěkně, více se usmívat (ke klientům i k sobě navzájem).

Okolnosti (prostředí, čas, administrativa...)

Druhá skupina se týká spíše okolností. Častou odpovědí bylo více časového prostoru (i na předávání již zmíněných informací či projednávání problémů) a méně administrativních činností. Dále pak scházet se více v rámci týmu, netrvat na historicky zavedených činnostech a mít dostatek kvalifikovaných lékařů.

Intervence do týmu

Třetí skupina, patrně nejvíce související s cílem této práce, se týká jakési intervence do týmu. Nejvíce se objevovaly následující odpovědi: supervize, komunikační školení, workshopy a kurzy (např. 1x za měsíc), koučinky, teambuildingy a společné sportovní či kulturní zážitky, výlety či dokonce pobyty v komplikovaných podmínkách (Afrika, Asie...). Objevila se také odpověď, ve které by respondent ocenil jakýsi *komunikační kodex, resp. „seznam“ věcí, kterým se v komunikaci s kolegou vyhnout, případně mít vhodného kolegu (důvěryhodnou osobu), na kterého se bude moci v případě komunikačních nesnází či neshod obrátit.*

11 Návrh mobilní aplikace pro zdravotníky

Na základě výše uvedených výstupů z dotazníkového šetření, dostupné literatury, několikaleté praxe a ve spolupráci s lékaři a konzultanty v oblasti soft skills, kteří se dlouhodobě zabývají vzděláváním nejen zdravotníků v komunikaci, jsem navrhla mobilní aplikaci, která, věřím, bude sloužit jako komunikační pomůcka pro zdravotnické pracovníky v přímé péči, a to v komunikaci s pacienty, s rodinou pacientů a s kolegy mezi sebou. Aplikace je inspirována americkou verzí VitalTips, která však slouží primárně pro paliativní zdravotníky, kteří pracují s pacienty v terminálním stadiu nemoci a je velice stručná (tato

aplikace je mj. v České republice, dle mého názoru, ne příliš dobře použitelná z důvodu zcela odlišné kultury a jazykových zvyklostí a norem).

Témata, která jsou zahrnuta v rámci navrhované aplikace jsou zároveň i jejími kapitolami. V kategorii *Pacient a Rodina pacienta* (tyto kapitoly jsou v podstatě totožné; částečně se liší jejich obsah, příklady přímých řečí apod.) to jsou následující témata (kapitoly):

- Edukace
- Sdělování nepříznivé zprávy
- Umírání a smrt – rozhovor s pacientem / příbuzným pacienta v (pre)terminálním stadiu,
- Zvládání naštvaného pacienta / příbuzného pacienta,
- Zvládání plačícího pacienta / příbuzného pacienta,
- Efektivně po telefonu,
- Online komunikace,
- Časté chyby v rozhovoru
- Práce s vlastními emocemi.

V kategorii *Kolegové* jsou tato témata (kapitoly):

- Zpětná vazba kolegovi,
- Žádost o něco...,
- Názorový střet s kolegou,
- Ocenění kolegy,
- Přijetí / odmítnutí kritiky.

Každá kapitola je rozpracována tak, aby na začátku byla vždy jakási osnova toho, co dané téma obsahuje. Postupným posouváním prstem doleva bude uživatel postupovat skrz jednotlivé body v rámci daného tématu. Každý takový bod bude obsahovat krátké vysvětlení, a pokud to je možné, tak i příklad obsahující přímou řeč. Tyto příklady jsou navrženy tak, aby byly co nejobecnější nebo aby je byly tak srozumitelné, že by se daly

převést i na jiné pole působnosti dle potřeby a specializace daného uživatele. U některých bodů bude také možnost *obrátit list*, kde se uživatel dozví buď více informací, příkladů, nebo zde nalezne odkaz na video s ukázkou toho, jak je například v dané situaci možné postupovat či odkazy na různé studie související s tématem či konkrétním bodem. Prvotní podoba navržené aplikace viz *Příloha II – XXV*.

11.1 Cíle a další možnosti

Cílem této práce bylo navržení obsahu (včetně grafické podoby) této aplikace, nikoliv samotné provedení (naprogramování) – to však bude provedeno bezprostředně poté. Aplikace tedy s největší pravděpodobností bude bezplatně nabízena na App Store a podobných službách nabízejících aplikace pro chytré telefony, a následně je v možnostech navržení výukového materiálu (skript) pro mediky a začínající lékaře. V rámci samotné aplikace pak vzhledem k možnostem rozšiřování obsahu počítám s postupným vylepšováním a doplňováním např. edukačních videí či aktualizací uváděných studií (pod každým okénkem aplikace bude možnost tzv. *přetočit obrazovku*, de budou odkazy na studie týkající se konkrétního tématu nebo zmíněná videa, resp. odkazy na videa apod.).

Jak již bylo zmíněno, původní inspirací pro vznik této aplikace byla americká mobilní aplikace VitalTips, která v aktuální koronavirové pandemii přidala sekci, která se věnuje právě této situaci. V budoucnu je tedy také možné reagovat na aktuální situaci a uzpůsobovat obsah mobilní aplikace tomu, co je v té době aktuální. Podobná rozšíření však beru jako velkou odpovědnost, kterou nevím, zda budu, společně s kolegy, schopna naplnit v potřebném čase.

Diskuze

Jsem si vědoma toho, jak rozsáhlé téma této diplomové práce je. Už jen to, že v práci cituji několik zdrojů, které byly publikovány už v roce 2020 (nebo v roce 2019), ukazuje, že v podstatě není možné plně obsáhnout veškerou dostupnou literaturu související s tématem, která by se ve větší či menší míře do této práce hodila a bylo by vhodné ji vzít v potaz. Kromě toho i samotných témat a možných situací, které se ve zdravotnictví mohou vyskytnout, a na které lze dohledat či z praxe vytáhnout nějaké tipy, je v podstatě nekonečné množství. Proto jsem se pokusila téma vzít spíše obecněji, avšak s výčtem základních komunikačně náročných situací a s praktickými tipy, které budou následně použity i pro vytvoření mobilní aplikace pro zdravotníky. Velká část informací pochází z mé vlastní praxe nebo praxe mých kolegů, ve které se věnujeme práci se zdravotníky z hlediska komunikace.

Takovými situacemi, které čtenáři této práce (či budoucímu uživateli mobilní aplikace) mohou chybět, může být například: vyhrožování sebevraždou pacienta, požadování toho, aby lékař ukončil pacientův život za něj, jak pracovat s tím, že chce každý rodinný příslušník něco jiného (např. způsob pacientovy léčby), dále pak když někdo vyhrožuje lékaři, že ho zažaluje, práce s rodinou v době truchlení, práce s pacienty i rodinami pacientů v době zákazu návštěv, efektivní porady týmu, celkově týmová (spolu)práce apod. Přestože se v textu (ani v navrhované mobilní aplikaci) tato témata doslovně nevyskytují, lze v nabízených tématech nalézt určité tipy, které se v některých situacích dají využít. I to je však podnět k případné další práci, a tedy i k rozšíření aplikace. Některé situace jsou zahrnuty v této diplomové práci, a nejsou zahrnuty v mobilní aplikaci. Z literatury (i z vlastní zkušenosti nebo zkušeností i lidí-“laiků“ z mého okolí) například vyplynulo důležité téma mediků a jejich zapojení v přítomnosti pacienta. Jde však o specifitější skupinu zdravotnických zařízení (fakultní nemocnice), a proto jsem se rozhodla tuto situaci pro základní variantu mobilní aplikace (i dotazníkového šetření) nezahrnout. Mimo to je to možná více téma pacientů (jejich vnímání mediků a lékařů v přítomnosti mediků) než samotných lékařů, kteří si nemusí uvědomovat, co způsobuje jaké chování. Tomuto tématu se tedy zběžně věnuji v první části této práce (autoři řady literatury ji ve svých pracích již zahrnují), ale nikoliv v praktické části. Naopak jsem do mobilní aplikace zahrnula kapitulu Časté chyby v rozhovoru (s pacientem i s příbuzným), neboť jde o jakýsi přehled nejčastějších pochybení ze všech možných situací. Nejde tedy o situaci jako takovou, ale přehled chyb a jak s nimi pracovat. Kromě toho mi v průběhu vytanula ještě

kapitola *Jak se omluvit (pacientovi / rodinnému příslušníkovi)*, kterou jsem částečně zahrnula do literárně-přehledové části, a dokonce ji vytvořila i v mobilní aplikaci, avšak vzhledem k metodologickému postupu jsem ji v této práci prozatím nepoužila. Předpokládám, že podobných komunikačních situací může v budoucnu nastat více, a postupně aplikaci rozšíříme, pokud to nebude na úkor uživatelské přehlednosti a funkčnosti.

Co se týče specificky druhé, tedy praktické, části práce, mohou být jako limity vnímány následující skutečnosti. Mapující dotazník byl vytvořen čistě k účelům této diplomové práce, a tudíž nebyl inspirován jiným, již osvědčeným dotazníkem. Nutno však dodat, že tento dotazník byl poskládán na základě zkušeností a informací nejen samotných lékařů, ale i vysoce erudovaných lidí, kteří se dlouhodobě potýkají se zdravotníky a jejich komunikačními potížemi v praxi.

Dalším, a z mého úhlu pohledu relativně zásadním, úskalím samotného dotazníku je neobratně formulovaná jedna z otázek, ve které jsem se ptala: *Jaké konfliktní situace s pacient/jejich příbuznými nejčastěji řešíte?*. Tam měli respondenti na škále od *Nikdy po Neustále* zaškrtnout, jak často se potýkají s uvedenou situací, avšak u většiny z těchto výroků jsem neuvedla „/příbuzný pacienta“. To znamená, že se tyto položky ptají pouze na pacienta, a nikoliv na příbuzné pacientů („/příbuzný pacienta“ se tak vyskytuje pouze ve zmíněné otázce, nikoliv u jednotlivých výroků). Opomenutý dodatek jsem uvedla pouze u posledního z výroků. Je tedy možné, a patrně velmi pravděpodobné, že tato chyba ovlivnila četnost odpovědí u jednotlivých položek (předpokládám, že by se respondenti s konkrétními situacemi potýkali častěji, kdyby brali v ohled pacienta i jeho příbuzné). Navzdory tomu jsou výsledky dotazníku relativně jasné i s touto nejasností a jde tedy jen o otázku míry, nikoliv tendence.

Co se týče vzorku lidí, kteří vyplnili dotazník, vnímám určité nevyváženosti. Jednou takovou nevyvážeností je poměr mužů a žen, neboť velká většina respondentů jsou ženy. Samozřejmě lze brát v úvahu to, že jde o pomáhající profesi a to, že byly zahrnuty sestry, které jsou v sebraném vzorku pouze ženy. Nicméně i v tomto vnímám jistý nepoměr, neboť právě sester je menšina oproti lékařům. V budoucnu by to bylo se na to více zaměřit. Dalším nepoměrem v kategorii sestry je to, že např. z Radioterapeutické a onkologické kliniky, FNKV nemám žádné respondentky – sestry, ale pouze lékaře, což mj. také výrazně zvýšilo

rozdíl mezi počtem lékařů a sester, a navíc nemám ucelené informace ze všech sebraných pracovišť.

Kromě sester a lékařů vyplnil dotazník jeden klinický psycholog. Chvilí jsem zvažovala, zda ho jako jediného zdravotníka, který není lékař ani sestra, ze vzorku vyřadit, nicméně nakonec jsem se rozhodla ho tam ponechat, a to jednoduše vzhledem k tématu, cíli i názvu diplomové práce. Nevidím důvod, proč takto relevantního člověka nezahrnout do práce, a naopak to dle mého názoru poskytlo zajímavou informaci, a to že jde *pouze* o jednoho takového respondenta. To samozřejmě nemusí v praxi znamenat, že se na jiných klinikách psychologové nevyskytují, jen možná nejsou takto spjatí s týmem či nejsou na pracovišti tak často, aby dotazník vyplnili, nebo jednoduše nechtěli. Nicméně považuji za zajímavé to sem uvést.

Jako určitý nedostatek výzkumného souboru vnímám fakt, že respondenti byli z relativně velké části paliatři (či kombinovaní paliatři) nebo zdravotníci, kteří s paliatry částečně spolupracují. To v praxi s velkou pravděpodobností znamená, že už z definice této specializace se tito respondenti věnují tomu, aby pacient dožil ve vysoké kvalitě života až do smrti, ošetřují nejen jeho tělesnou stránku, ale psychickou, sociální a spirituální, a to mj. díky multidisciplinárnímu týmu, který musí fungovat i komunikačně. Řeší nejen pacienta, ale i jeho rodinu. Neznaменá to, že paliatři musí být nutně komunikačně již zdatnější než jiné specializace, ale rozhodně se o to častěji a intenzivněji zajímají a mají potřebu se v této oblasti rozvíjet. To mimo jiné dokládá fakt, že část respondentů vyplnilo dotazník v rámci vzdělávacího workshopu pro paliatry a nefrology, na kterém byl součástí i krátký vstup o komunikačních dovednostech.

Jak už bylo zmíněno v rámci práce, i samotný výběr respondentů nebyl zcela náhodný. Jde o kliniky (resp. osoby, které zajistily respondenty v rámci kliniky či konkrétní akce), kde jsem již měla nějaký kontakt, a to nejčastěji ze stáží v rámci studia nebo na základě pracovních kontaktů. Z jiných („cizích“) klinik jsem nedostala žádnou reakci. I to však může mít potenciálně nějaký vliv na získané výsledky.

Vytvořený dotazník a celá práce se zabývá zdravotníky pečujícími převážně s dospělými pacienty na lůžkových odděleních, a to na somaticky zaměřených pracovištích. V budoucnu by se tedy šlo zaměřit také na komunikaci s dětskými pacienty a jejich rodinami. Kromě toho by se šlo dále specializovat do více ambulantního prostředí, tedy

komunikace např. praktických lékařů, dále pak zdravotníků pečujících o různé věkové skupiny (např. staří pacienti apod.) nebo se podrobněji věnovat jednotlivým oborům – např. již zmíněných paliatrům, nefrologům, onkologům, ale i jakýmkoliv dalším, včetně psychiatrům, kde ale vidím největší nejasnosti v praktickém provedení vzhledem k různorodosti možných onemocnění a jejich projevům, resp. způsobům komunikace, ale i myšlení apod. Vzhledem k tomu, že navrhovaná aplikace obsahuje relativně základní komunikačně náročné situace, lze velká část tipů a doporučení převést na většinu těchto skupin a specializací a lze si z nich něco odnést do vlastní praxe. To však nemělní nic na tom, že by v budoucnu šlo zmapovat komunikačně náročné situace u různých druhů oborů a specializací zvlášť.

Co se týče jednotlivých výsledků dotazníku vzhledem k mobilní aplikaci, vnímám zásadní otázku v tom, jak získané výsledky přesně interpretovat. Co už je považováno za takový počet respondentů, abych výsledek zohlednila v navrhované aplikaci? Je jeden či dva respondenti z celkových 63 relevantní pro to, abych téma brala jako, byť minoritně, podstatné pro zdravotnickou praxi, a tedy s ním dále pracovala? V této otázce jsem se nakonec přiklonila ke kombinaci s již známými informacemi z literatury, z praxe mé, mých kolegů či spolupracujících lékařů, a to z toho důvodu, že přestože možná téma není relevantní pro většinu zdravotníků, tak pokud by měla jen minoritní části zdravotníků pomoci, tak to nevnímám jako zbytečnou práci. Variantu nezahrnout konkrétní situaci do práce i aplikace bych zvažovala jen v případě, že by nějaké téma neoslovilo v dotazníkové šetření opravdu nikoho – taková položka (tedy položka, kterou nikdo z respondentů nezatřhl), byla pouze odpověď „*Jiné: ...*“ (jinak bylo minimum 6 %, a to i tak pouze jednou).

Negativem, avšak zároveň i velkým a důležitým kladem, navržené aplikace je tedy její obecnost ve smyslu zaměření na odbornost uživatelů (tzn.: neměl by být zcela zásadní rozdíl, jestli mobilní aplikaci užívá např. onkolog nebo internista). Nelze v takovéto zkratce a jednoduchosti poskytnout konkrétní tipy všem specializacím zvlášť, a už vůbec ne vzhledem k nekonečně velkému množství možných situací, s kterými se běžný zdravotník v praxi setká. Navrhovaná mobilní aplikace tedy nabízí co nejkonkrétnější tipy tak, aby byly co nejplatnější a nejpoužitelnější pro co nejvíce specializací a situací. Je však potřeba brát dané tipy s nadhledem a s vědomím toho, že ne vždy lze použít vše nabízené doslova tak, jak jsou v aplikaci napsané – tipy slouží jako jakási inspirace k tomu, jak se v určitých

situacích lze zachovat, na co nezapomenout, a čeho se případně vyvarovat. Mobilní aplikace nenabízí jednotný návod pro všechny situace, se kterými se zdravotník setká, a zároveň zdravotníkovi nestačí pouze to, aby si přečetl návod, jak danou situaci zvládnout bez toho, aby v ní byl stále sám za sebe a individuálně o ní přemýšlel a zkoušel ve své praxi. Nutno také dodat, že pokud zdravotník nechce (nemá vůli) se komunikačně zdokonalovat, pak mu mobilní aplikace rozhodně nepomůže. Aplikace je tedy převážně pro ty, kteří své komunikační dovednosti pilovat chtějí, nevědí si v daných situacích rady, nemají ve svém okolí vzor dobře vládnutých komunikačně náročných situací anebo jsou například čerstvě po škole.

Potenciálním limitem může být také přílišné zaměření zdravotníka na aplikaci a nevzetí v úvahu i další proměnné. Toho se však v praxi nebojím. Spíše vidím jako riziko to, že v případě, že typy jednou nezafungují (ať už z jakéhokoliv důvodu), bude aplikace nadále brána jako nefunkční. Je bohužel více než pravděpodobné, že i když zdravotník udělá vše nejlépe, jak umí a jak to možná jde, tak situace nemusí dopadnout dle jeho představ. To už jsem však trochu v jiném tématu.

Návrh mobilní aplikace je v tuto chvíli připraven v té nejzákladnější verzi (vybrané komunikačně náročné situace, jednoduchý vizuál, stručnost...), nicméně v budoucnu by měla aplikace obsahovat odkazy na studie, ze kterých vychází (to je v tuto chvíli připravené, avšak pro přehlednost to v tuto chvíli není na snímcích zobrazeno, neboť by jich bylo téměř dvakrát tolik a jsou obsaženy v literárně-přehledové části a použité literatuře) a také edukační vzorová videa v co nejširším spektru. Ta budou ukazovat jednotlivé situace nejprve tak, jak by vypadat neměly (tzn. s nejčastějšími komunikačními chybami, které zdravotníci v praxi dělají) a vedle toho tak, jak by situace ideálně vypadat měla. V tuto chvíli jsou napsané scénáře k několika z nich, pár jich je i natočených, nicméně v budoucnu bychom chtěli s kolegy tuto „knihovnu“ rozšířit a zakomponovat do aplikace, aby měli zdravotníci možnost vidět „dobrý vzor“, který často v praxi postrádají. Kromě toho uživatelé uvidí, co jednotlivé komunikační „fauly“ způsobí za reakce na straně pacienta, resp. jak jednoduchý komunikační prvek může dělat někdy až zázraky.

Téměř celá mobilní aplikace je zkontrolována lékařkou, která se kromě své práce zabývá právě komunikací ve zdravotní péči. Bohužel vzhledem k situaci v době odevzdání této diplomové práce nebylo zcela vhodné lékařku kontaktovat ohledně poslední dokončené

kapitoly s tématem umírání a smrt (převážně v sekci Rodina). Přestože doktorka Szonowská toto téma sama rozpracovala, neviděla v době odevzdání této práce jeho finální verzi. Je tedy možné, že se (nejen) tato kapitola bude ještě v nějaké míře upravovat. Myslím ale, že mobilní aplikace bude celkově procházet obnovami a úpravami.

Jako poslední bod diskuze bych ráda uvedla, že z dotazníkového šetření také vzešlo, že častým problémem jsou neshody v administrativní práci a dokumentaci pacienta. Je to něco, co jsem předpokládala, že bude častým problémem, a tudíž, že by patrně respondentům v dotazníku chyběl. V aplikaci však není, neboť to považuji jako něco mimo dosah vlastních možností a odkazuji tím na jiné kapitoly, které se mohou týkat komunikace, nikoliv samotné administrativy (např. *Názorový střet s kolegy*).

Závěr

Cílem této diplomové práce bylo zmapovat nejčastější komunikačně náročné situace pro zdravotníky v přímé péči a na základě toho navrhnout mobilní aplikaci jako pomůcku pro jejich úspěšné zvládnutí.

V jednotlivých kapitolách literárně-přehledové části jsem se věnovala převážně komunikaci ve zdravotnictví, a to směrem k pacientovi, jeho rodině a ke svým kolegům. Zabývala jsem se důležitostmi s pacientem i jeho rodinou komunikovat otevřeně, s respektem, partnersky, zapojit ho do diskuze, vytvořit s ním vztah, který napomůže co nejefektivnější péči a zvýší adherenci pacienta v léčbě. Následně jsem rozebrala hlavní komunikačně náročné situace, se kterými se zdravotník ve své praxi setkává.

V praktické části jsem se pak na základě zdrojů z literatury a dlouholeté praxe mé i mých kolegů v oblasti rozvoje zdravotníků v komunikaci pokusila zmapovat, s jakými komunikačně náročnými situacemi se v praxi nejčastěji potýkají čeští zdravotníci pečující o dospělé populaci ve zdravotnických zařízeních. Výsledky ukázaly, že se všemi v dotazníku obsaženými náročnými situacemi se respondenti v praxi ve větší či menší míře setkávají. Jako nejnáročnější situace respondenti považují komunikaci s naštvaným či agresivním člověkem (pacientem / příbuzným pacienta, případně kolegou – názorový střet s kolegou, jak sdělit / přijímat kritiku). Velké téma je také umírání a smrt – jak na toto téma mluvit s pacienty či jejich příbuznými. Výsledky tak nenaznačují, že by bylo ještě nějaké zásadní téma, které by nebylo v dotazníku – a tedy i v navrhované aplikaci – obsaženo.

Navrhovaná mobilní aplikace tedy vychází převážně z výsledků dotazníkového šetření. Je rozdělena do tří velkých kapitol – *Pacient*, *Rodina pacienta* a *Kolegové*. Každá tato kapitola obsahuje řadu podkapitol (témat), které se vztahují k základním komunikačně náročným situacím, a které obsahují tipy pro jejich úspěšné zvládnutí.

Seznam použité literatury

Age UK (2018). Why we should all be encouraged to talk about death and dying. Dostupné z webových stránek <https://www.ageuk.org.uk>.

Allen, D. (2008). Getting email under control. *Getting Things Done*. Dostupné z <https://gettingthingsdone.com/wp-content/uploads/2014/10/GettingEmail.pdf>

Ambady, N., LaPlante, D., Nguyen, T., Rosenthal, R., Chaumeton, N., & Levinson, W. (2002). Surgeons' tone of voice: A clue to malpractice history. *Surgery*, 132(1), 5–9.

American College of Physicians (2013, 11. březen). *New recommendations offer physicians ethical guidance for preserving trust in patient-physician relationships and the profession when using social media*. [2020-4-14]. Dostupné z <https://www.acponline.org/acp-newsroom/new-recommendations-offer-physicians-ethical-guidance-for-preserving-trust-in-patient-physician>

American Psychological Association, APA (2010), 6. vyd.

Amonoo, H. L., Barclay, M. E., El-Jawahri, A., Traeger, L. N., Lee, S. J., & Huffman, J. C. (2018). Positive Psychological Constructs and Health Outcomes in Hematopoietic Stem Cell Transplantation Patients: A Systematic Review. *American Society for Transplantation and Cellular Therapy*, 25(1), 5-6.

Aranda, S., & Connor, O' M. (2005). *Paliativní péče pro sestry všech oborů*. Praha: Grada.

Back, A.L., & R.M. Arnold (2006). Discussing Prognosis: “How Much Do You Want to Know?” Talking to Patients Who Do Not Want Information or Who Are Ambivalent. *Journal of Clinical Oncology* 24(25), 4214-4217.

Back, A. L., Arnold, R. M., & Tulsky, J. A. (2009). *Mastering Communication with Seriously Ill Patients: Balancing Honesty with Empathy and Hope*. Cambridge: Cambridge University Press.

Back, A. L., Arnold, R. M., Baile, W. B., Tulsky, J. A., & Fryer-Edwards, K. (2009). Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA Cancer Journal for Clinicians*, 55(3), 164-77.

- Back, A. L., Arnold, R., M., Baile, W. F., Edwards, K. A., & Tulsky, J. A. (2010). When praise is worth considering in a difficult conversation. *The Art of Medicine*, 376(9744), 866–867.
- Back, A. L., Bauer-Wu, S. M., Rushton, C. H., & Halifax, J. (2009). Compassionate silence in the patient-clinician encounter: a complementary approach. *Journal of Palliative Medicine*, 12(12), 1113-7.
- Beckman, H. B., Markakis, K. M., Suchman, A. L., & Frankel, R. M. (1994). The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. *Archives of Internal Medicine*, 154(12), 1365-70.
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A. & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*, 5(4), 302-11.
- Bernhofer, E., Higgins, P. A., Daly, B. J., Burant, C. J. & Hornick, T. R. (2013). Hospital lighting and its association with sleep, mood, and pain in medical inpatients. *Journal of Advanced Nursing*, 70(5), 1164-73.
- Blazek, N. (2014). Take a patient-centered approach to resolve work conflicts. Clinical Advisor. [2020-4-24]. Dostupné z <https://www.clinicaladvisor.com/home/meeting-coverage/aapa-2014-annual-meeting/take-a-patient-centered-approach-to-resolve-work-conflicts/>
- Bleich, S., Özaltın, E., & Murray, C. J. L. (2009). How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bulletin of the World Health Organization*, 87(4), 245–324.
- Boissy, A., Windover, A. K., Bokar, D., Karafa, M., Neuendorf, K., Frankel, R. M., Merlino, J., & Rothberg, M. B. (2016). Communication Skills Training for Physicians Improves Patient Satisfaction. *Journal Of General Internal Medicine*, 31(7), 755–761.
- Borg, J. (2013). *Umění přesvědčivé komunikace*, 3. vyd. Praha: Grada

- Borghi, L., Leone, D., Poli, S., et al. (2019). Patient-centered communication, patient satisfaction, and retention in care in assisted reproductive technology visits. *J Assist Reprod Genet* 36, 1135–1142.
- Brooks, J. V., Ellis, S. D., Morrow, E., Kimminau, K. S., & Thrasher, J. B. (2018). Patient Factors That Influence How Physicians Discuss Active Surveillance With Low-Risk Prostate Cancer Patients: A Qualitative Study. *American Journal of Mens Health*, 12(5), 1719–1727.
- Brown, B. L (1998). Conflict Management: Trends and Issues Alerts. ERIC Clearinghouse on Adult, Career, and Vocational Education, Columbus, OH.
- Campbell, J. (2020). Situational leadership theory. *Salem Press Encyclopedia*.
- Carter, L. (2017). *Let's Talk About Death & Dying*. Age UK.
- Centrum dohody, s.r.o. (2020). [2020-4-22]. Dostupné z <https://www.centrumdohody.com>.
- Centrum paliativní péče [online]. *Paliativní péče*. [2020-4-16] Dostupné z <https://paliativnicentrum.cz/paliativni-pece#q21>
- Childers, J., & Arnold, B. (2019). The Inner Lives of Doctors: Physician Emotion in the Care of the Seriously Ill. *American Journal of Bioethics*, 19(12), 29–34.
- Clavel, N., Pomey, M.-P., & Ghadiri, D. P. (S). (2019). Partnering with patients in quality improvement: towards renewed practices for healthcare organization managers? *BMC Health Services Research*, 19(1), 2-12.
- CompuGroup Media Česká republika [online]. *Čeští pacienti už si zvykají na online komunikaci se svým lékařem*. [2020-4-18]. Dostupné z <http://ezdrav.cz/cesti-pacienti-uz-si-zvykaji-na-online-komunikaci-se-svym-lekarem/>
- Cramer J. A., Roy A., Burrell A. et al. (2008). Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value Health*; 11(1): 44–47.
- Čandová, K. et al. (2007). *Program rozvoje dalšího vzdělávání zdravotních sester: Management zaměřený na pacienta*. Neformálně publikovaný rukopis, SestraVede, Praha: Centrum dohody, s.r.o.

Čechová, V., Mellanová, A., & Rozsypalová, M. (1995). *Speciální psychologie*. Brno: IDV ZP

ČESKO. § 4 odst. 1 vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2020

ČESKO. § 18 odst. 3 zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2020

ČESKO. § 22 odst. 5 zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2020

Dexcomm (2017, 22. březen). Effective Telephone Communication Skills That Improve Customer Service. [2020-4-16]. Dostupné z <https://www.dexcomm.com/blog/effective-telephone-communication-skills-improve-customer-service>

Di Matteo, M. R. (2004). Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta-Analysis. *Health Psychology, 23*(2), 207–218.

Di Matteo, M. R., Taranta, A., Friedman, H. S., & Prince, L. M. (1980). Predicting Patient Satisfaction from Physicians' Nonverbal Communication Skills. *Medical Care, 18*(4), 376.

Doyle, D., Copeland, H. L., Bush, D., Stein, L., & Thompson, S. (2011). A course for nurses to handle difficult communication situations. A randomized controlled trial of impact on self-efficacy and performance. *Patient Education and Counseling, 82*(1), 100–109.

Dweck, C. (2015). *Změna nastavení mysli*. Příbram: Jan Melvin Publishing

Echeverri, L. G. J., Zuluaga, C. A. P., Hoyos, M. I. D., & Duque, L., G. (2004). Percepción del paciente y su relación comunicativa con el personal de la salud en el servicio de agudos del Hospital de Caldas. Manizales (Colombia) Perception of the patient and its

communicative relation with the personnel of the health in the service of sharp of the Hospital of Caldas, Manizales, Colombia. *Index de Enfermería*, 13(46), 29-33.

Expert Academy (2020). *Conflict Management* [video]. [vid. 2020-4-3]. Dostupné z: <https://www.expertacademy.be/en/educations/1269/personal-development/conflict-management>

Finlay, I. (2018). End-of-life care means exactly what it says: palliative care is about care at the end of life, not about ending life. *Future Health Care Journal*, 5(1), 35-36.

Fogarty, L. A., Curbow, B. A., Wingard, J. R., McDonell, K., & Somerfield, M.R. (1999). Can 40 seconds of compassion reduce patient anxiety? *Journal of Clinical Oncology*, 17(1), 371–379.

Ford, S. (2014). It's "OK" to apologise to patients with valid complaints, says RCN. *Nursing Times*, 110(47), 5-5.

Fredrickson, B. L. (2013). Updated thinking on positivity ratios. *American Psychologist*, 68(9), 814–822.

Fredrickson, B. L., & Losada, M. F. (2005). Positive Affect and the Complex Dynamics of Human Flourishing. *American Psychologist*, 60(7), 678–686.

Gawande, A. (2016). *Nežijeme věčně*. Praha: Dokořán

Gerhart, J. I., Burns, J. W., & Sanchez Varela, V. (2017). Brief Training on Patient Anger Increases Oncology Providers' Self-Efficacy in Communicating With Angry Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(3), 355–360.

Glasa, J., Šoltés, L. et al. (1998). *Ošetrovatel'ská etika. 1. Učebnice prestrednezdravotnicke školy. 1. vyd.* Martin: Osveta.

Goldsmith, B. (2005). Ten Tips for Delivering (Constructive) Criticism. *Successful Meetings*, 54(9), 26.

Goleman, D. (2006). *Social Intelligence: The New Science of Human Relationships*. New York: Bantam Books.

Goleman, D. (2011). *Emoční inteligence: Proč může být emoční inteligence důležitější než IQ*. Praha: Grada.

Google re:Work (2018). *Uderstand Team Effectiveness*. [2020-4-28]. Dostupné z <https://rework.withgoogle.com>

Grando, M., Rozenblum, R., & Bates, D. W. (2015). *Information technology for patient empowerment in healthcare*. Boston: Walter de Gruyter Inc.

Grimaldi, N. (2013). *Nelidskost*. Praha: Academia.

Hailu, F. B., Chanyalew, W. K., & Mirkuzie, W. K. (2016). Perceived Nurse—Physician communication in patient care and associated factors in public hospitals of jimma zone, south west ethiopia: Cross sectional study. *PLoS One*, *11*(9).

Halámková, J., Sláma, O., Krákorová, D. A., Demlová, R., & Kuře, J. (2019). Komunikace s onkologickým pacientem. *Vnitřní lékařství*, *65*(5), 359.

Haškovcová, H. (2007). *Thanatologie: Nauka o umírání a smrti (2. přepracované vydání)*. Praha: Galén.

Heathfield, S. M. (2020, 30. leden). 15 Tips for Successful Disagreement at Work: Your Opinions Matter at Work When Presented Effectively. *The Balance Careers*. [2020-4-22]. Dostupné z <https://www.thebalancecareers.com/my-15-best-tips-for-successful-disagreement-1917874>

Hebert, R. S., Schulz, R., Copeland, V. C., & Arnold, R. M. (2009). Preparing family caregivers for death and bereavement. Insights from caregivers of terminally ill patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, *37*(1):3-12

Hertz, B. T. (2015). Managing conflict with patients. Effective communication is vital to managing disagreements with patients to resolve tension and prevent negative outcomes. *Medical Economics*, *92*(7), 32, 35–37.

Hodulík, D. (2019). Péče o psychohygienu členů multidisciplinárního týmu, prevence syndromu vyhoření. In: Szonowska, B. (Ed.), *Paliativa v nefrologii. Podpůrná a paliativní péče u pacientů s onemocněním ledvin*. Praha: Maxford

- Hodulík, D., & Szonowská, B. (2019). Specifika vytvoření a vedení multidisciplinárního paliativního týmu. In: Szonowská, B. (Ed.), *Paliativa v nefrologii. Podpůrná a paliativní péče u pacientů s onemocněním ledvin*. Praha: Maxford
- Holanová, R. (2018). E-mailová komunikace pacientů s lékaři aneb Kortáky se mažou na noc. *Naše řeč*, 101(1), 28-37.
- International Council of Nurses (2012). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Switzerland.
- Juřeniková, P. (2010). *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. 1. vyd.* Praha: Grada.
- Justworks (2019, 6. červen). How to Give Better Constructive Feedback to Your Colleagues [online]. [2020-4-22]. Dostupné z <https://justworks.com/blog/how-to-give-effective-feedback-your-colleagues>.
- Kebede, B. G., Abraha, A., Andersson, R., Munthe, C., Linderholm, M., Linderholm, B., & Berbyuk Lindström, N. (2020). Communicative challenges among physicians, patients, and family caregivers in cancer care: An exploratory qualitative study in Ethiopia. *PLoS ONE*, 15(3), 1–16
- Köhlerová, I. (2009). Etický kodex nelékařských zdravotnických profesí.
- Kristová, J. (2004). *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta
- Křivohlavý, J. (1988). *Jak si navzájem lépe porozumíme. 1. vyd.* Praha: Svoboda
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Portál
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál
- Křivohlavý, J. (2010). *Povídej, naslouchám*. Praha: Karmelitánské nakladatelství
- Leira, T. (2013). Silence and communication: nonverbal dialogue and therapeutic action. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 18(1), 41-56.
- Lindelöw, M. (2004). Health care decisions as a family matter – intra-household education externalities and the utilization of health services. *World Bank Policy Research Working Paper*, 3324(6), 1-29.

Linden, A. (2008). *Boundaries in Human Relationships: How to Be Separate and Connected*. Carmarthen: Crown House Publishing

Linhartová, V. (2007). *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál (1. vyd.)*. Praha: Grada.

Liu, J., Yu, C., Li, C., & Han, J. (2020). Cooperation or Conflict in Doctor-Patient Relationship? An Analysis From the Perspective of Evolutionary Game. *IEEE Access, Access, IEEE, 8(3)*, 42898–42908.

Luthans, F. (1992). *Organizational Behaviour*. New York: McGraw-Hill

Marková, A. (2010). *Sestra a pacient v paliativní péči; 1. vyd.* Praha: Grada.

Marvel, M. K., Epstein, R. M., Flowers, K., & Beckman, H. B. (1999). Soliciting the Patient's Agenda: Have We Improved? *The Journal of the American Medical Association, 281(3)*, 283-287.

Matějtek, J., & Zavadová, I. (2016). *Dříve vyslovené přání: Manul pro lékaře, 3. vydání*. Praha: Cesta domů,

Mechanic, D., McAlpine, D. D., & Rosenthal, M. (2001). Are patients' office visits with physicians getting shorter? *The New England Journal of Medicine, 344(3)*, 198–204.

Meier, D. E., Back, A. L., & Morrison, R.S. (2001). The Inner life of physicians and care of the seriously ill. *Journal of the American Medical Association, 286(23)*, 3007-14.

Morris, D. A., Johnson, K. S., Ammarell, N., Arnold, R. M., Tulskey, J. A., & Steinhauer, K. E. (2012). What is Your Understanding of Your Illness? A Communication Tool to Explore Patients' Perspectives of Living with Advanced Illness. *Journal of General Internal Medicine, 27(11)*, 1460-1466.

Motlová, L., & Holub, D. (2005). Compliance a adherence: spolupráce při léčbě. *Remedia, 15(6)*, 514–516.

Muthalagappan, S., Johansson, L., Kong, W. M., & Brown, E. A. (2013). Dialysis or conservative care for frail older patients: ethics of shared decision-making. *Nephrology Dialysis Transplantation, 28(11)*; 2717-22.

- Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2008). *Práva pacienta* [online]. [2020-4-28]. Dostupné z https://www.mzcr.cz/kvalitaabezpeci/obsah/prava-pacienta_2401_18.html
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2014). *Druhy zdravotní péče* [online]. [2020-4-28]. Dostupné z https://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/druhy-zdravotni-pece_2627_22.html
- Müller, B. S., Donner-Banzhoff, N., Beyer, M., Haasenritter, J., Müller, A., & Seifart, C. (2020). Regret among primary care physicians: a survey of diagnostic decisions. *BMC Family Practice*, *21*(1), 1-7.
- Narang, R., Polsa, P., Soneye, A., & Fuxiang, W. (2015). Impact of hospital atmosphere on perceived health care outcome. *International Journal Of Health Care Quality Assurance*, *28*(2), 129–140.
- Nejnovější data o postojích veřejnosti a zdravotníků k umírání a smrti. Dostupné z: <https://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-ovne-ylecitelne-nemocne-2015.pdf>
- Numbeo (2020). [2020-4-1]. Dostupné z https://www.numbeo.com/health-care/rankings_by_country.jsp?title=2020&displayColumn=0
- Ossenberg, C., Henderson, A., & Mitchell, M. (2019). What attributes guide best practice for effective feedback? A scoping review. *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice*, *24*(2), 383-401.
- Pagano, M. P. (2015). *Communication Case Studies for Health Care Professionals, Second Edition: An Applied Approach*: Vol. Second edition. Springer Publishing Company.
- Park, M. (2017). Clash Of The Coworkers: CFOs Spend Nearly One Day a Week Resolving Staff Conflicts. Robert Half, s.r.o.
- Park, S.-H., & Mattson, R. H. (2009). Ornamental indoor plants in hospital rooms enhanced health outcomes of patients recovering from surgery. *Journal Of Alternative And Complementary Medicine (New York, N.Y.)*, *15*(9), 975–980.

- Parker, G. B., & Hyett, M. P. (2009). Management of depression by general practitioner: impact of physician gender. *The Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(4), 355–359.
- Parkes, C. M., Relf, M., & Couldrick, A. (2007). *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé. 1. vydání*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu.
- Petrus, E., Isaias, A., Jones, A. P., Li, D., Wang, H., Lee, H-K., & Kanold, P. O. (2014). Crossmodal Induction of Thalamocortical Potentiation Leads to Enhanced Information Processing in the Auditory Cortex. *Neuron*, 81(3), 664-673.
- Platt, F.W., & Gordon, G. H. (2004). *Field Guide to the Difficult Patient Interview*. Field Guide Series. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Plyue, P., Grad, R., & Barlow, J. (2017). *Look It Up!: What Patients, Doctors, Nurses, and Pharmacists Need to Know about the Internet and Primary Health Care*. Montreal: McGill-Queen's University Press.
- Prentice, J. C., Bell, S. K., Thomas, E. J. et al. (2020). Association of open communication and the emotional and behavioural impact of medical error on patients and families: state-wide cross-sectional survey. *BMJ Quality & Safety*, 0, 1–12.
- Prokopová, J., Klimeš, P., & Hanibal, O. (2019, listopad). Komunikační workshop. *Příspěvek přednesený na workshopu*, Praha, Cesta domů
- Raphael-Grimm, T., & Zuccarini, M. (2015). *The Art of Communication in Nursing and Health Care: An Interdisciplinary Approach*. Springer Publishing Company.
- Renz, S. M., & J. M. Carrington (2016). Nurse–Physician Communication in Long-Term Care: Literature Review. *Journal of Gerontological Nursing*, 42(9), 30-37
- Sharma, S. (2010). How to Become a Competent Medical Writer? *Perspectives in Clinical Research*, 1(1), 33-37.
- Shochet, R., King, J., Levine, R., Clever, S., & Wright, S. (2013). 'Thinking on my feet': an improvisation course to enhance students' confidence and responsiveness in the medical interview. *Education for Primary Care*, 24(2), 119-24.

Schumann, K., Zaki, J., & Dweck, C. S. (2014). Addressing the Empathy Deficit: Beliefs About the Malleability of Empathy Predict Effortful Responses When Empathy Is Challenging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 107(3), 475-493

Silverman, J., Kurtz, S. M., & Draper, I. (2005). *Skills for Communicating with Patients*. Radcliffe Medical Press, Oxford.

Singh, M. (2016). Communication as a Bridge to Build a Sound Doctor-Patient/Parent Relationship. *The Indian Journal of Pediatrics*, 83(1), 33.

Sláma, O. Kabelka, L., Vorlíček, J. et al. (2011). *Paliativní medicína pro praxi*; 2. vyd. Praha: Galén.

Sláma, O. (2012). Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR. *Paliativní medicína a léčba nemoci*, 5(1), 10–12.

Slováčková, Z., Horáková, P., & Rendoš, D. (2014). Průvodce personální psychologií. [2020-4-28]. Dostupné z https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/ff/js14/pers_psych/web/pages/08-zpetna-vazba.html

South East Clinical Senate (2017). *Improving Clinical Communications Between Primary and Secondary Care Clinicians: A review and recommendations for the Sussex and East Surrey STP*. Dostupné z http://www.secsenate.nhs.uk/files/8315/1559/3599/Improving_clinical_communications_between_primary_and_secondary_care_clinicians_SE_Clinical_Senate__Dec_2017.pdf

STEM/MARK (2013). *Umírání a péče o nevléčitelně nemocné II*. Dostupné z <https://www.umirani.cz/sites/default/files/custom-files/cesta-domu-zprava-umirani-a-pece-o-nevylecitelne-nemocne-2013.pdf>

Sudore, R. L., & Schillinger, D. (2009). Interventions to Improve Care for Patients with Limited Health Literacy. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 16(1): 20–29.

Szonowska, B., & Znojová, M. (2019). Komunikace s pacienty a jejich blízkými. In: Szonowska, B. (Ed.), *Paliativa v nefrologii. Podpůrná a paliativní péče u pacientů s onemocněním ledvin*. Praha: Maxford

Szonowská, B., & Lindišová-Kozmová, K. (2019). Umírání a management posledních dnů pacienta. In: Szonowská, B. (Ed.), *Paliativa v nefrologii. Podpůrná a paliativní péče u pacientů s onemocněním ledvin*. Praha: Maxford

Šraibová, N. (2020). *Síla pochvaly a ocenění*. [2020-4-22]. Dostupné z webové stránky Psychologie.cz <https://psychologie.cz/sila-pochvaly-oceneni/>

Talkdesk (2020). *21 Components of Effective Feedback* [online]. [2020-4-19]. Dostupné z <https://www.talkdesk.com/resources/infographics/21-components-of-effective-feedback/>.

Tschuchke, V. (2004). *Psychoonkologie*. Praha: Portál.

Peřina, J. (2016, 4. listopad). [2020-4-24]. Dostupné z webové stránky Umírání <https://www.umirani.cz/clanky/historie-a-soucasnost-paliativni-pece-v-cesku>.

Vévoda, J. (2013). *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví. 1. vyd.* Praha: Grada.

VitalTalk (2019). Dostupné z webových stránek <https://www.vitaltalk.org>.

Volandes, A. E. (2015). *Umění rozhovoru o konci života*. Praha: Cesta domů

von Thun, F. S. (2005). *Jak spolu komunikujeme? Překonávání nesnází při dorozumívání. 1. vyd.* Praha: Grada.

Vymětal, J. (2008). *Průvodce úspěšnou komunikací: Efektivní komunikace v praxi*. Praha: Grada.

World Federation for Medical Education (2017). *Continuing Professionals Development od Medical Doctors: WFME Global Standards for Quality Improvement*. WFME Office: Denmark

World Health Organization (2018, 19. únor). Paliative Care [online]. [2020-4-26]. Dostupné z <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Zacharová, E. (2016). *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada.

Zacharová, E., Hermanová, M., & Šrámková, J. (2007). *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada.

Zimová, P., & Zimová, J. (2012). Principy lékařské etiky (1. část). *Časopis zdravotnického práva a bioetiky*, 2(1), 1–16.

Zolnierek, K. B. H., & DiMatteo, M. R. (2009). Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-Analysis. *Medical Care*, 47(8), 826–834.

Musil, P. (2020, 29. únor). [2020-4-26]. Dostupné z webových stránek Zdravotnického deníku https://www.zdravotnickydenik.cz/2020/02/nedostatek-personalu-ve-zdravotnictvi-pecovatelskych-sluzbach-se-nemecku-stupnuje/?fbclid=IwAR0sTFXCOTDXNd8_JnetKJIME-w8Tf2HddEoiuTpkvGfLQo%20DkwFjRU5gmFs

Znojová, M. (2019). Péče o blízkého a fáze truchlení. In: Szonowská, B. (Ed.), *Paliativa v nefrologii. Podpůrná a paliativní péče u pacientů s onemocněním ledvin*. Praha: Maxford

Znojová, M., & Szonowská, B. (2019). Komunikace s pacienty a jejich blízkými. In: Szonowská, B. (Ed.), *Paliativa v nefrologii. Podpůrná a paliativní péče u pacientů s onemocněním ledvin*. Praha: Maxford

Seznam zkratek

MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
DVP	Dříve vyslovené přání
ICN	International Council of Nurse
WFME	World Federation For Medical Education
HRQoL	Healt-Related Quality of Life
ATB	Antibiotika
WHO	World Health Organization
ACP	American College of Physicians

Seznam grafů

Graf 1: Rozložení respondentů dle pracovního zařazení (lékař / zdravotní sestra /jiní).....	78
Graf 2: Rozložení respondentů dle pozice (vedoucí lékaři, sestry/řadoví lékaři, sestry či jiní)	78
Graf 3: Rozložení respondentů dle pohlaví	78
Graf 4: Typy lidí, se kterými je pro zdravotníky nejčastěji náročné komunikovat (možnost zaškrtnout více variant).....	84
Graf 5: Nejčastější konfliktní situace s pacienty / příbuznými pacientů	86
Graf 6: Nejčastější konfliktní situace s kolegy	87
Graf 7: Komunikační situace, které ve své praxi respondenti považují za náročné	89
Graf 8: Komunikační situace, které ve své praxi zdravotníci považují za náročné	89

Seznam obrázků

Obrázek 1: Postavení lékaře k pacientce (Čandová et al. 2007).....	23
Obrázek 2: Nevhodné postavení k pacientce (Čandová et al. 2007)	23
Obrázek 3: Vhodné podání ruky pacientce (Čandová et al. 2007)	24
Obrázek 4: Nevhodné podání ruky pacientce (Čandová et al. 2007)	24
Obrázek 5: Zjednodušený model zpětné vazby (Centrum dohody, s.r.o. – interní materiály) .	68

Seznam příloh

Příloha I: Dotazník komunikačně náročných situací pro zdravotníky	i
Příloha II: MENU navrhované mobilní aplikace pro zdravotníky	iv
Příloha III: Edukace pacienta	v
Příloha IV: Sdělování nepříznivé zprávy pacientovi	vi
Příloha V: Umírání a smrt – rozhovor s pacientem v (pre)terminálním stadiu života	vii
Příloha VI: Zvládání našťvaného pacienta	viii
Příloha VII: Zvládání plačícího pacienta	ix
Příloha VIII: Práce s vlastními emocemi	x
Příloha IX: Efektivně po telefonu	xi
Příloha X: Online komunikace	xii
Příloha XI: Časté chyby v rozhovoru s pacientem	xiii
Příloha XII: Edukace rodiny pacienta	xiv
Příloha XIII: Sdělování nepříznivé zprávy rodině pacienta	xv
Příloha XIV: Umírání a smrt – rozhovor s rodinou	xvi
Příloha XV: Zvládání našťvaného příbuzného pacienta	xvii
Příloha XVI: Zvládání plačícího příbuzného pacienta	xviii
Příloha XVII: Práce s vlastními emocemi (rodina)	xix
Příloha XVIII: Efektivně po telefonu (rodina)	xx
Příloha XIX: Online komunikace (rodina)	xxi
Příloha XX: Časté chyby v komunikaci (rodina)	xxii
Příloha XXI: Zpětná vazba kolegovi	xxiii
Příloha XXII: Žádost o něco... (kolegové)	xxiv
Příloha XXIII: Názorový střet s kolegou	xxv
Příloha XXIV: Ocenění kolegy	xxvi
Příloha XXV: Přijetí a odmítnutí kritiky	xxvii

Dotazník komunikačně náročných situací pro zdravotnické pracovníky

Jaké je vaše pracovní zařazení?

- Řadový lékař
- Vedoucí lékař
- Zdravotní sestra
- Vedoucí sestra
- Jiné:

Jaká je vaše specializace?

.....

Pohlaví:

- Žena
- Muž

Kolik let pracujete ve zdravotnictví (jako lékař/sestra/...)? let

**Se kterými typy lidí je pro vás nejčastěji náročné komunikovat
(můžete zaškrtnout více variant):**

Kolegové:

- Lékaři
- Sestry
- Vedoucí pracovníci
- Jiní:

Pacienti:

- Agresivní / nespokojení
- Smutní /depresivní
- Psychiatři
- Staří
- Jiní:

Příbuzní pacienta:

- Agresivní, nespokojení
- Neakceptující nemoc pacienta či požadavky na pacienta
- Jiní:

**Mezi jakými skupinami podle vás dochází nejčastěji ke komunikačním problémům
/ konfliktům / neshodám / nedorozuměním?**

(např. největší potíže vidím mezi sestrami a sanitáři, mladšími lékaři a zkušenějšími sestrami, přetížený lékař-netrpělivý pacient apod.):

.....
.....
.....

Jaké konfliktní situace s pacienty/jejich příbuznými nejčastěji řešíte?

Zaškrtněte na škále jak často se s daným typem konfliktu setkáváte:

<input type="radio"/>	nikdy	<input type="radio"/>	výjimečně	<input type="radio"/>	občas	<input type="radio"/>	často	<input type="radio"/>	neustále	Pacient nepřijímá diagnózu
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		Pacient si stěžuje na neúčinný léčebný postup
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		Pacient nedodrží léčebný postup
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		Pacient si stěžuje na dlouhé čekání
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		Pacient si stěžuje na prostředí
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		Pacient si stěžuje na nevhodné chování ze strany personálu
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		Pacient/příbuzný je netrpělivý, naléhá na vás
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		Jiné:
nikdy		výjimečně		občas		často		neustále		

Jaké konfliktní situace s kolegy nejčastěji řešíte?

Zaškrtněte na škále jak často se s daným typem konfliktu setkáváte:

<input type="radio"/>	nikdy	<input type="radio"/>	výjimečně	<input type="radio"/>	občas	<input type="radio"/>	často	<input type="radio"/>	neustále	Neshody v léčebném/ošetrovatelském postupu či jeho nedodržování
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		Nedostatky v kvalitě péče
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		Meziprofesní neshody
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		Vzájemné antipatie
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		Nedorozumění, špatná nebo nedostatečná komunikace
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		Neshody v administrativní práci a dokumentaci klienta
<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		Jiné:
nikdy		výjimečně		občas		často		neustále		

Popište komunikačně náročnou situaci z vaší praxe, která nedopadla dle vašeho očekávání:

.....
.....
.....

Zaškrtněte prosím všechny komunikační situace, které ve své profesní praxi považujete za náročné a přivítali byste nějaká praktická doporučení/zajímavé tipy:

- Jak edukovat pacienta tak, aby se zvýšila jeho adherence k léčbě
- Jak edukovat příbuzné pacienta tak, abychom je motivovali k podpoře léčby pacienta
- Jak sdělovat negativní zprávu pacientovi
- Jak sdělovat negativní zprávu příbuzným pacienta
- Jak zvládat kritiku od pacienta/příbuzných pacienta
- Jak zvládat našťvaného pacienta/příbuzné pacienta
- Jak zvládat plačícího pacienta/příbuzné pacienta
- Jak komunikovat s pacientem při zákroku s ohledem na jeho potřeby
- Jak efektivně komunikovat s pacientem po telefonu (či jeho příbuznými)
- Jak efektivně komunikovat s pacientem online (či jeho příbuznými)
- Jak mluvit s pacienty o umírání a smrti
- Jak mluvit s příbuznými o umírání a smrti pacienta
- Jak úspěšně zvládnout názorový střet s kolegou
- Jak sdělit kritiku kolegovi tak, aby ji přijal
- Jak motivujícím způsobem pochválit kolegu
- Jak vhodně reagovat na nepříjemnou kritiku od kolegy/nadřízeného
- Jak o něco požádat kolegu tak, aby mi pokud možno vyhověl
- Jak zvládat vlastní emoce v náročných rozhovorech a stresových situacích
- Jiné:

Co by ve vašem týmu/nemocnici pomohlo ke zlepšení komunikace mezi zdravotníky?

.....
.....
.....

Děkuji.

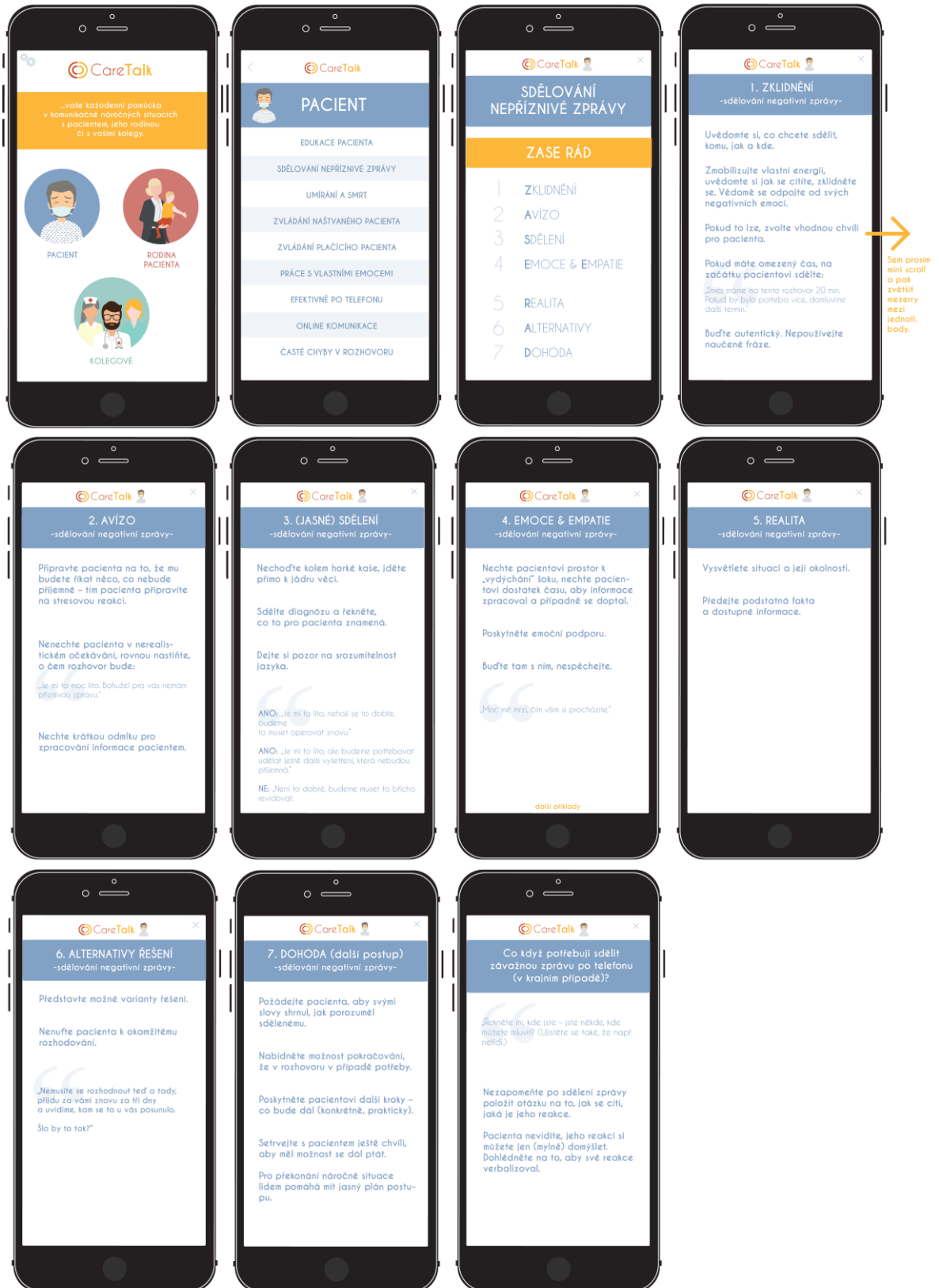
Příloha II: MENU navrhované mobilní aplikace pro zdravotníky



Příloha III: Edukace pacienta



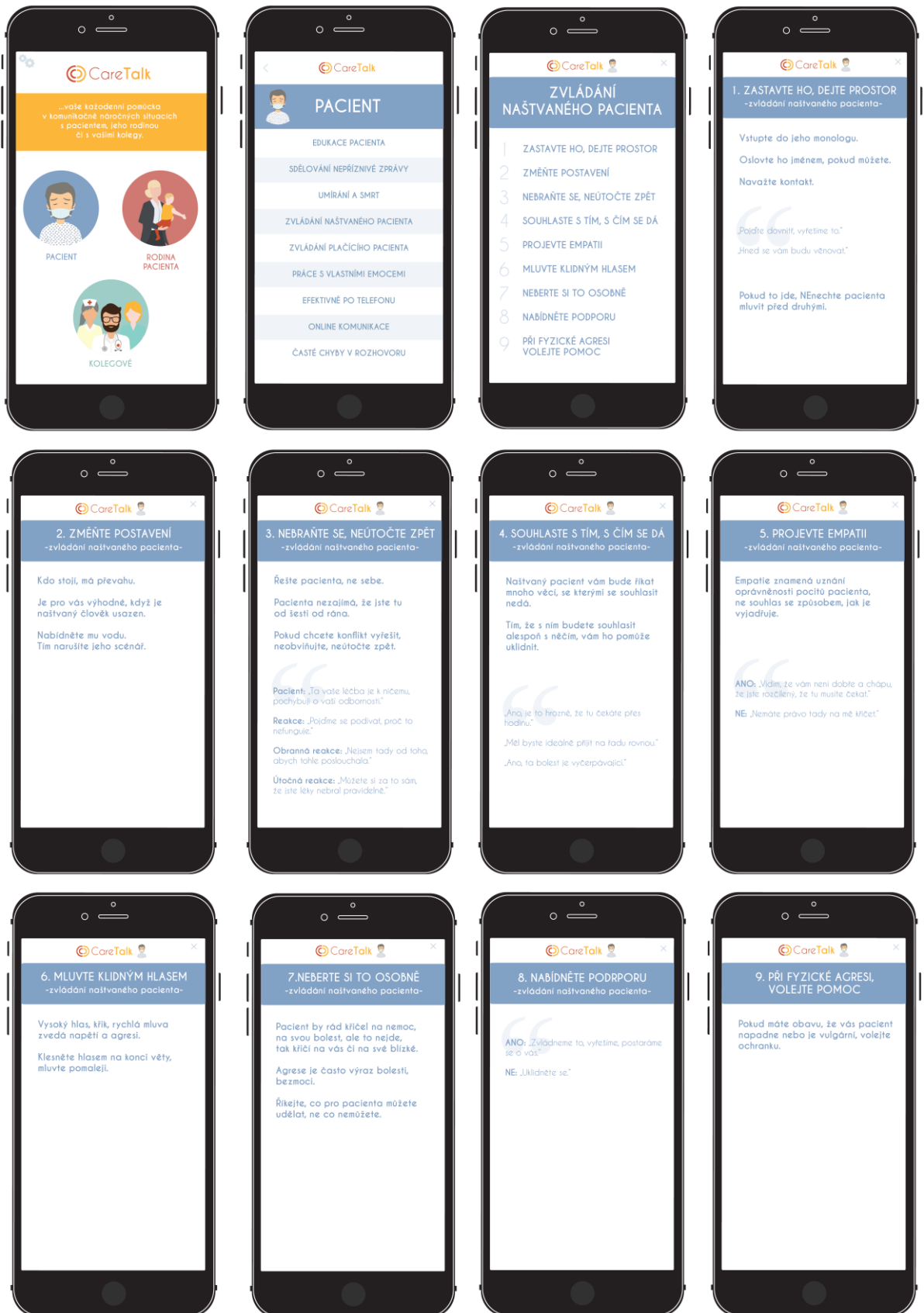
Příloha IV: Sdělování nepříznivé zprávy pacientovi



Příloha V: Umírání a smrt – rozhovor s pacientem v (pre)terminálním stadiu života



Příloha VI: Zvládání naštvaného pacienta



Příloha VII: Zvládání plačícího pacienta

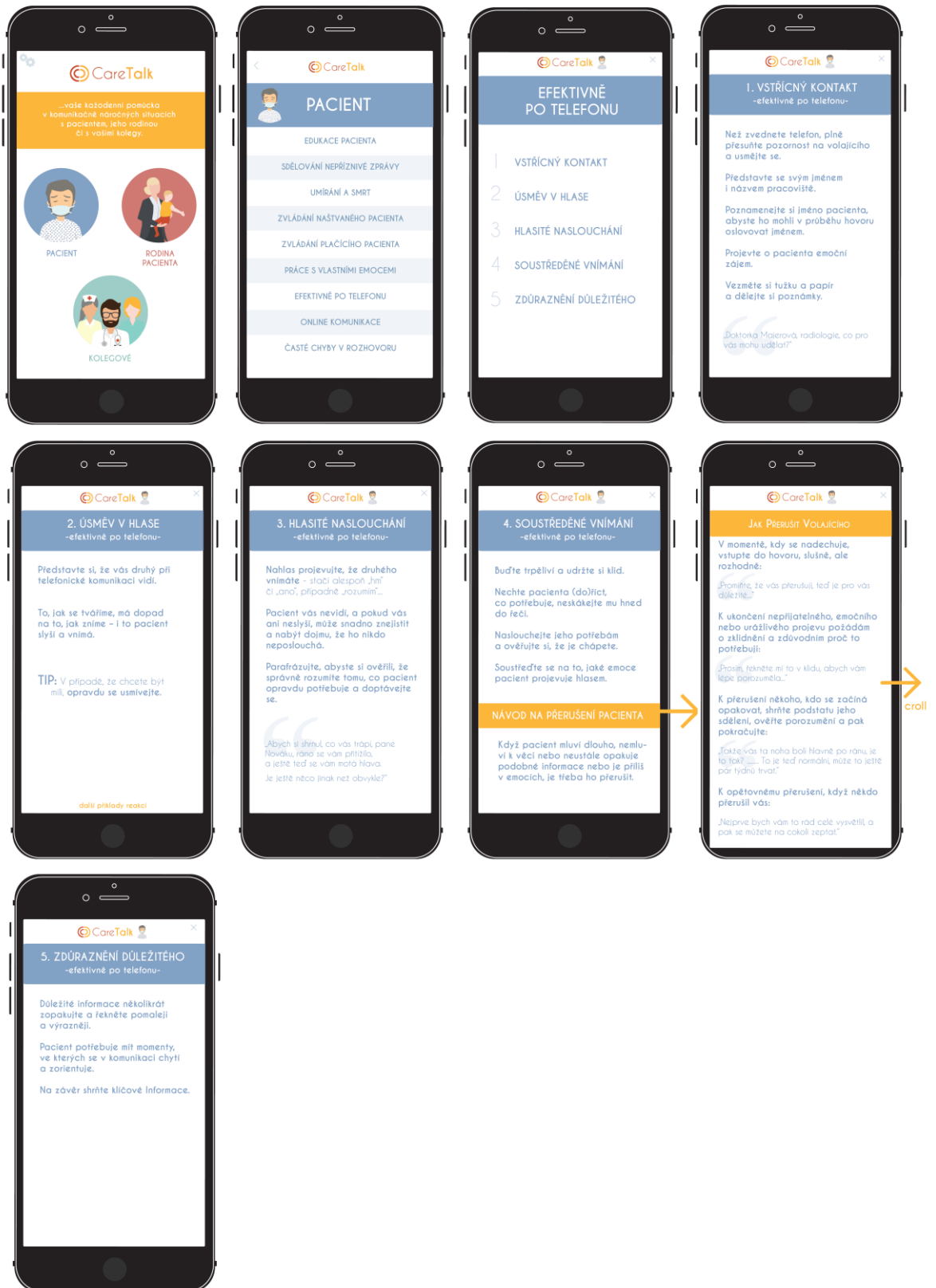


Příloha VIII: Práce s vlastními emocemi



reacel

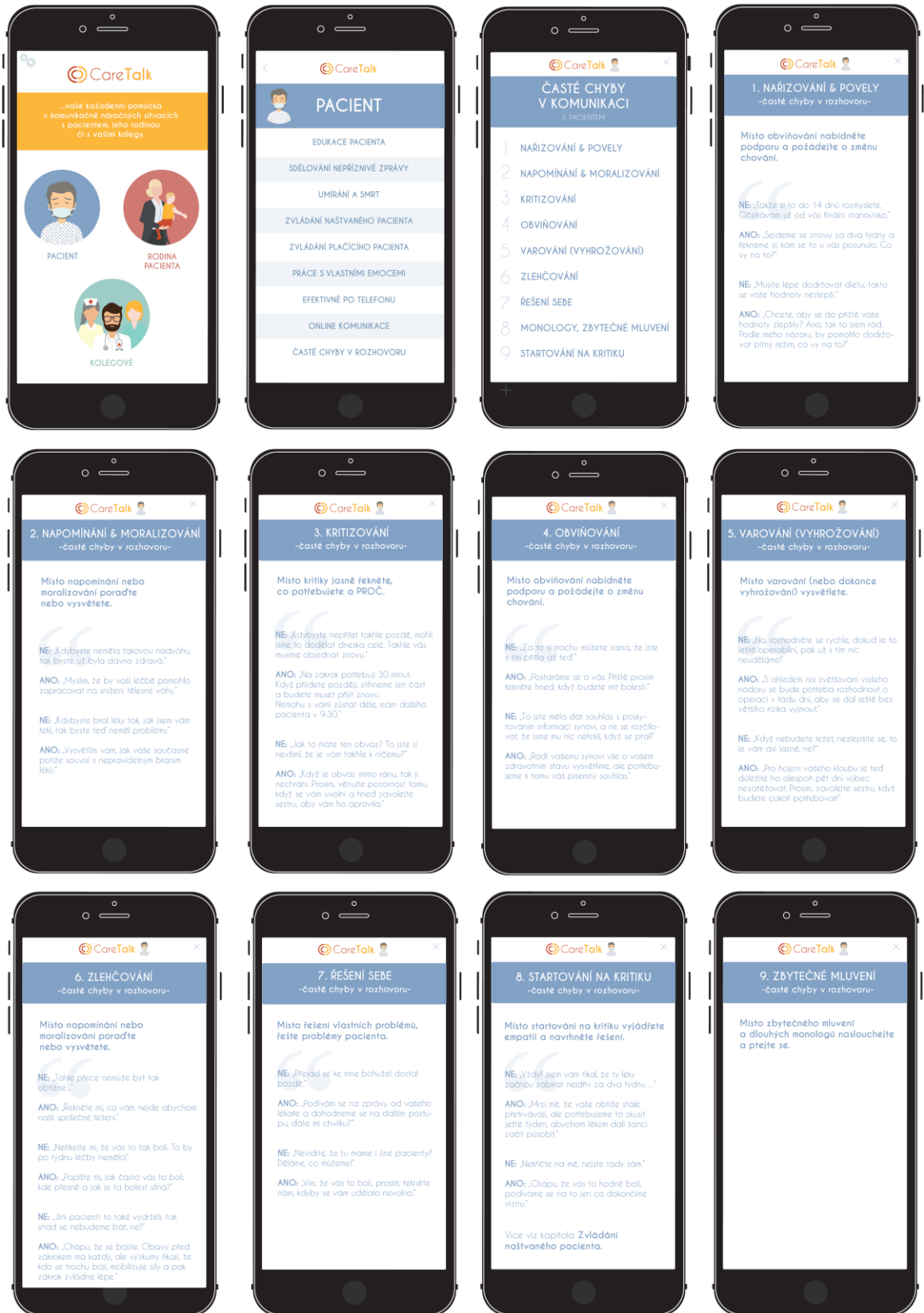
Příloha IX: Efektivně po telefonu



Příloha X: Online komunikace



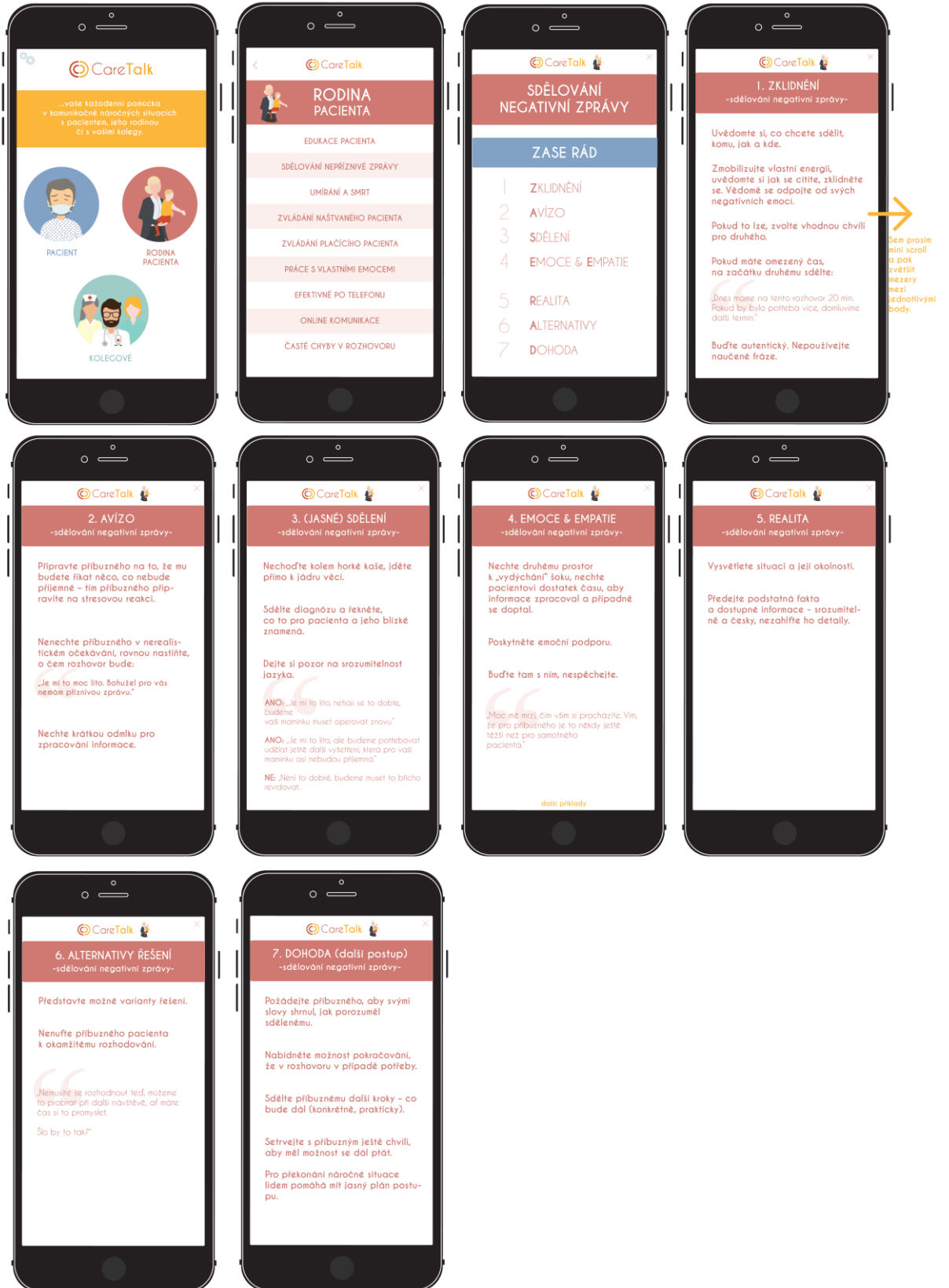
Příloha XI: Časté chyby v rozhovoru s pacientem



Příloha XII: Edukace rodiny pacienta



Příloha XIII: Sdělování nepříznivé zprávy rodině pacienta



Sam prosím
míni scroll
a pak
zvětšit
mezery
mezi
jednotlivými
body.

Příloha XIV: Umirání a smrt – rozhovor s rodinou



Příloha XV: Zvládání naštvaného příbuzného pacienta



Příloha XVI: Zvládání plačícího příbuzného pacienta



Příloha XVII: Práce s vlastními emocemi (rodina)



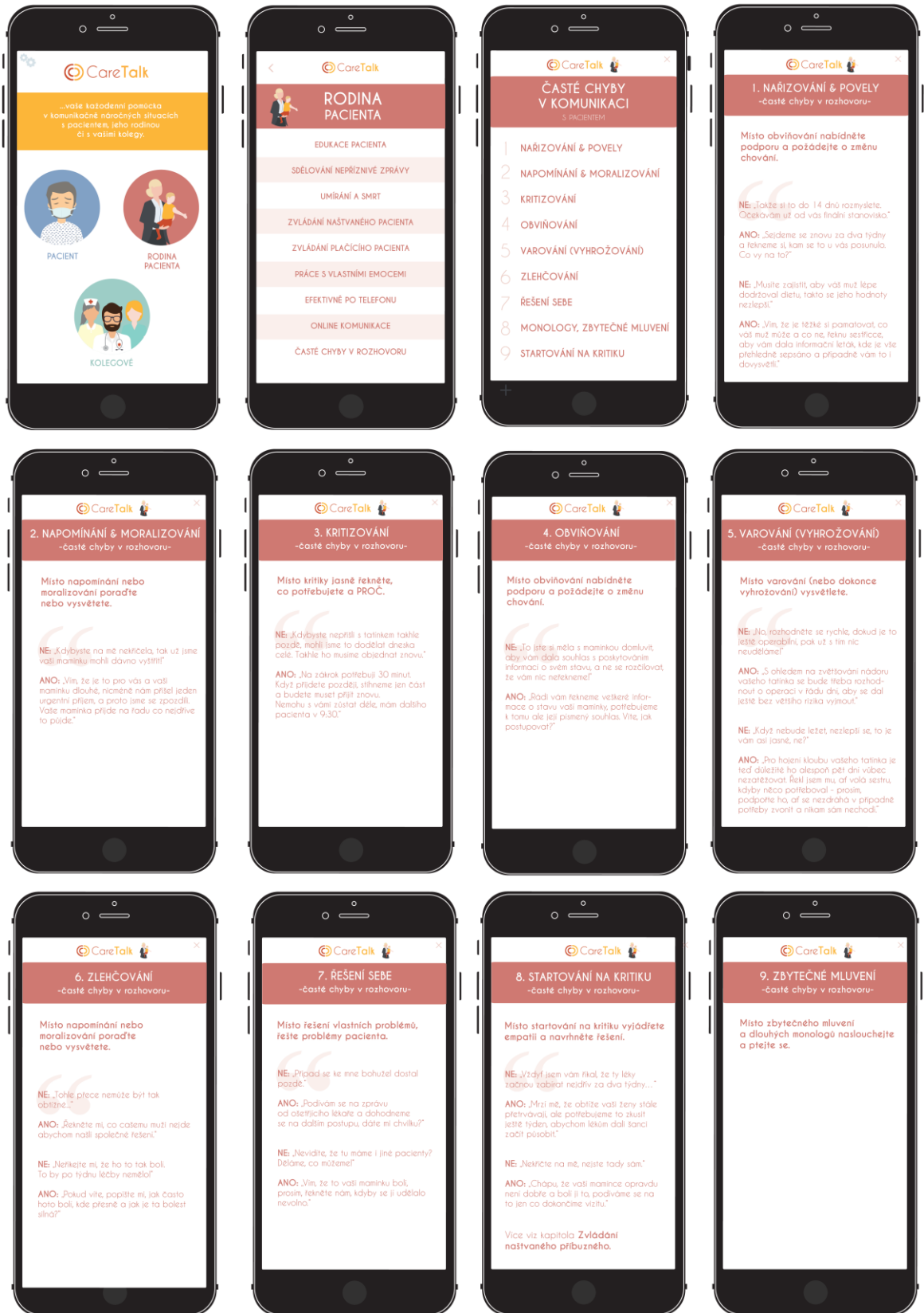
Příloha XVIII: Efektivně po telefonu (rodina)



Příloha XIX: Online komunikace (rodina)



Příloha XX: Časté chyby v komunikaci (rodina)



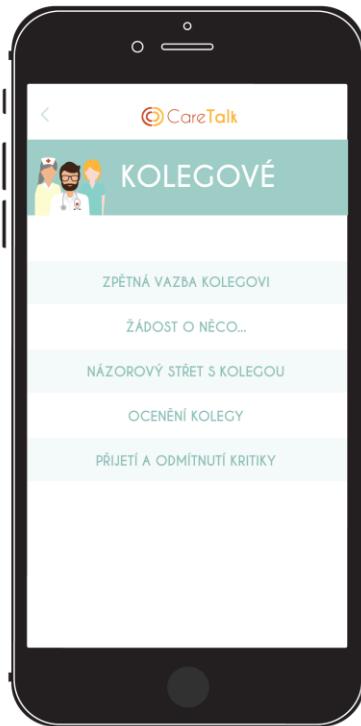
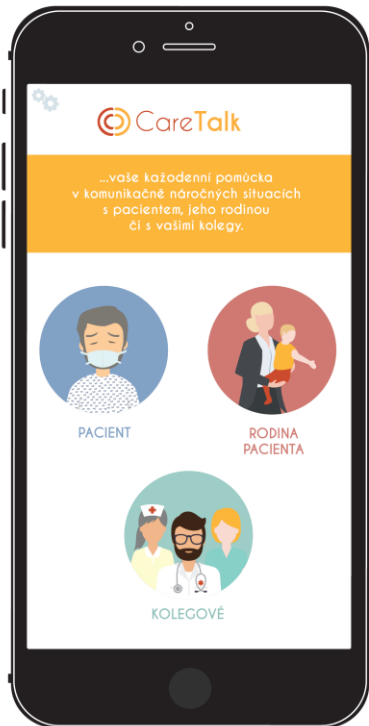


Příloha XXII: Žádost o něco... (kolegové)



Příloha XXIII: Názorový střet s kolegou





Příloha XXV: Přijetí a odmítnutí kritiky

