

**Univerzita Karlova**

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Karolína Honsová**

**Pozitiva a bariéry v komunikaci zdravotníka a pacienta**

Positives and barriers of communication healthcare staff with patient

Vedoucí práce: PhDr. Iva Štětovská, Ph.D.

Praha 2017      Konzultant: RNDr. MUDr. Monika Červinková, Ph.D.

## **Poděkování**

*Tímto děkuji PhDr. Ivě Štětovské, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a laskavý podporující přístup, na který jsem se mohla spolehnout v jakýchkoliv chvílích nejistoty. Dále děkuji za nesmírnou inspiraci z oblasti propojující zdravotnictví a psychologii RNDr. MUDr. Monice Červinkové, Ph.D. Děkuji svému milujícímu partnerovi Milanovi za jeho důvěru a láskyplnou podporu a péči o mé duševní zdraví. A v neposlední řadě děkuji své rodině za víru v mé schopnosti.*

## **Prohlášení**

*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 2.5.2017*

.....

Honsová Karolína

## **Abstrakt:**

Tato bakalářská práce se zabývá tématem pozitivních aspektů a bariér v komunikaci zdravotníka s pacientem. Literárně-přehledová část shrnuje poznatky o pozitivním působení vedoucím ke zlepšení pacientova fyzického i psychického stavu. Zvláštní důraz je kladen na empatii zdravotníka, komunikaci zaměřenou na pacienta, naslouchání a sdílené rozhodování, což jsou faktory zlepšující nejen reflexi pacienta, ale též klinické výsledky. Následně jsou mapována témata naděje a kompliance, které taktéž působí na léčebný proces. Dále jsou mapovány bariéry rušící efektivní komunikaci. Práce se rovněž zaměřuje na metody usnadňující překonávání bariér a posilování působení pozitivních aspektů v komunikaci. V dnešní době je poskytováno několik metod, kterými jsou tréninky komunikačních dovedností, specializační kurzy a bálintovské skupiny. V empirické části je předložen návrh výzkumného designu, který vychází z poznatků literárně-přehledové části. Návrh se zaměřuje na aplikaci komunikačního tréninku a jeho možné pozitivní působení na fyzický i psychický stav pacientů.

## **Klíčová slova:**

Zdravotník, pacient, komunikace, komunikace zaměřená na pacienta, pozitivní aspekty, bariéry, komunikační trénink

**Abstract:**

This bachelor's thesis deals with the topic of the positive aspects and the barriers in communication of a healthcare staff with a patient. The theoretical part of the thesis gives an overview of the findings in a positive act leading to an improvement of a patient's both physical and a psychological state. The special emphasis is put on an empathy of a healthcare staff with the patient, a patient-centered communication, listening to the patient and a shared decision making, which are all the factors improving not only the reflexion of the patient but the clinical results as well. Consequently the topics of hope and compliance, which also affect the healing process, are surveyed. Furthermore the barriers hindering an effective communication are surveyed. The thesis also focuses on the methods that help to overcome the barriers and intensify the influence of positive aspects in the communication. Currently the several methods are offered – the training of communication skills, the specialised courses and the balint societies. The practical part of the theses offers a concept of the research design, which derives from the findings in the theoretical part. The concept focuses on an application of the training in the communication and its possible positive effect on both, a physical and psychological state of the patient.

**Key words:**

Healthcare staff, patient, communication, patient-centered communication, positive aspects, barriers, training in communication

# OBSAH

Úvod.....	7
<b>1. Vymezení pojmů zdravotník a pacient.....</b>	<b>9</b>
<b>2. Interpersonální komunikace ve zdravotnictví.....</b>	<b>11</b>
2.1 Charakteristika komunikace ve zdravotnictví .....	11
2.2 Faktory na straně komunikujících – zdravotníka a pacienta .....	12
<b>3. Pozitivní aspekty komunikace zdravotníka a pacienta .....</b>	<b>14</b>
3.1 Empatie v komunikaci s pacientem .....	14
3.2 Naslouchání v komunikaci s pacientem .....	17
3.3 Na pacienta zaměřená komunikace .....	18
3.4 Sdílené rozhodování .....	20
3.5 Kompliance a adherence v komunikaci s pacienty.....	24
3.6 Aspekt naděje v komunikaci s pacientem.....	25
<b>4. Bariéry v komunikaci zdravotníka a pacienta .....</b>	<b>27</b>
4.1 Dělení bariér .....	27
4.2 Konkrétní bariéry v komunikaci zdravotníka a pacienta.....	28
4.3 Metody překonávání komunikačních bariér .....	32
<b>5. Návrh výzkumného projektu .....</b>	<b>35</b>
5.1 Cíle výzkumu.....	35
5.1.1 Formulace výzkumných hypotéz .....	36
5.2 Metody .....	37
5.2.1 Parametry výzkumného souboru .....	38
5.2.2 Realizace výzkumu.....	40
5.2.3 Analýza dat.....	43
<b>6. Diskuze .....</b>	<b>44</b>
<b>Závěr.....</b>	<b>48</b>
<b>Literatura.....</b>	<b>49</b>
<b>Přílohy .....</b>	<b>59</b>

# Úvod

Role pacienta se nezdá být rolí zcela přirozenou, ale v očích druhých ani bezpečnou. Přestože se člověk může stát pacientem jen na krátkou dobu, může se cítit ohrožený. Být pacientem vždy neznamená být v nebezpečí, ohrožení života nebo léčit nemoc a symptomy. Ve skutečnosti lidé využívají služeb zdravotnictví i v případě prevence, rehabilitace, konzultace či edukace. Ve všech případech však lidé komunikují se zdravotníky, ať už s lékaři anebo s jinými zdravotnickými pracovníky. Komunikace doprovází celý proces návštěvy, kontroly či hospitalizace pacienta. Díky interakci zdravotníka a pacienta jsou vyjadřovány doporučení, rady, příkazy, interpretace symptomů i znění diagnóz. To, jakým způsobem interakce probíhá, může mít nemalý význam pro další vývoj pacientova stavu.

V teoretické části práce je kardinální problematikou identifikace pozitivních aspektů v komunikaci zdravotníka s pacientem s ohledem na nejnovější výzkumy o tomto tématu pojednávající. Za **pozitiva** komunikace, technik, ale též aspektů, která s sebou komunikace přináší a může je podporovat a povzbuzovat, jsou považovány takové, které povedou ke zlepšení aktuálního stavu pacienta. Jsou to tedy takové, které mohou mít účinek na pozitivnější reflexi pacientova psychického ale i fyzického stavu. Vnímaná změna k pozitivnějšímu kontinuu by se tak mohla týkat např. redukce bolesti, zmírňujících se symptomů, stabilizace krevního tlaku i hladiny glukózy v krvi (Stewart et al., 1999). Z tohoto důvodu je v práci vždy objasněna základní charakteristika daného pozitivního aspektu a dále následují možné pozitivní účinky a dopady. Jednotlivé aspekty, u nichž je možné předpokládat pozitivní působení, jsou analyzovány díky výzkumům a literatuře věnující se tomuto tématu s respektem k trendům 21. století, přičemž významnými tématy jsou nyní hlavně na pacienta zaměřená komunikace a spolurozhodování. Vzhledem k problematice pacienta a jeho potřeb jsou též mapovány taková témata, která sice nejsou komunikační strategií či komunikační dovedností zdravotníka, ale jsou to aspekty na straně pacienta, jež by mohly pacientův stav i situaci ulehčit. Proto jsou součástí práce např. kapitoly o komplianci, adherenci, ale též naději v komunikaci zdravotníka a pacienta. Postupně bude mapován jejich možný pozitivní účinek.

Na pozitivní aspekty navazuje část mapující aspekty, které mohou komunikaci mezi pacientem a zdravotnickým personálem narušovat. Jedná se o možné proměnné jak ze strany pacienta, tak ze strany lékaře. V práci pak bude brán ohled na možné bariéry v oblasti znevýhodnění pacienta, což může být smyslový handicap anebo emocionální stav. Pojem

**bariéra** tak bude označovat faktor, který blokuje efektivní komunikaci zdravotníka a pacienta (Quill, 1989). V této části práce budou též zvažovány strategie k překonávání bariér.

V empirické části práce je formou návrhu výzkumného designu usilováno o využití tréninku komunikačních dovedností pro zdravotníky, jakožto jedné z metod překonávání bariér. Význam komunikačního tréninku spočívá ve zdokonalování komunikace na základě pozitivních aspektů za využití metod překonávání bariér. Zkoumány tak budou možné pozitivní dopady na léčbu pacienta, jež budou hodnoceny na základě klinických výsledků, sebeuplatnění (self-efficacy) pacientů, subjektivně vnímaného zdraví pacienta a spokojenosti se zdravotníky a poskytovanými službami.

Jako autorka bakalářské práce jsem silně vnitřně motivována. Sama mám osobní dlouhodobé zkušenosti s rolí pacienta a interakcí se zdravotníky. Přestože v bakalářské práci vycházím z výzkumných poznatků a další odborné literatury, vnímám komunikaci jako významný aspekt ovlivňující vlastní zdravotní stav, přístup k léčbě a důvěru v lékaře. Totéž se týká zkušeností s komunikací příbuzných v roli pacienta, kde jsem jako rodinný příslušník danou problematiku vnímala ještě mnohem citlivěji.



# 1. Vymezení pojmů zdravotník a pacient

Zdravotník a pacient jsou pojmy, jež jsou užívány jako označení profesní pozice, ale též jsou pojmenováním sloužícím pro orientaci ve zdravotnickém prostředí prakticky i teoreticky. Tato označení a rozlišování role zdravotníka a pacienta užívají jak odborníci, tak laici a uživatelé zdravotnických služeb. Abychom mohli tyto pojmy dále využívat a hovořit o nich, je proto na počátku nezbytné jejich obsah náležitě vymezit.

Užití pojmu **zdravotník** může být vyloženo dle výkladu Ministerstva práce a sociálních věcí. Zdravotní pracovník je zde považován za odborníka a zaměstnance, jehož pracovní kompetence se vztahují k práci ve zdravotnických zařízeních. Tato odborná způsobilost je v případě zdravotnického povolání v oblasti sociální péče považována za akceptovatelnou tehdy, pokud byla získána na příslušných školách, což jsou školy zdravotnické, ale také jsou to fakulty lékařské a farmaceutické. V tomto případě hovoříme o profesích lékaře, zdravotních sester, ošetřovatelů a sanitářů. Výjimku pak tvoří pracovníci, jež nesmí vykonávat zdravotnické úkony, což jsou pečovatelky a okrskové sestry (Myšička, 2001). Zdravotní pracovníci mohou být následně rozlišováni dle své specializace na lékařské a nelékařské profese dle obsahu a rozsahu jejich kompetencí. Mezi lékařské profese patří právě lékaři, ale též zubní lékaři a farmaceuti. V tomto kontextu nesmí být opomenut také termín pracovník ve zdravotnictví, což je pojmenování i pro zcela jiné profese, avšak též se vztahující na oblast zdravotnictví. Jedná se o všechny pracovníky nemocničních zařízení, tudíž sem můžeme zařazovat také např. technické odborníky a specialisty (Brůha & Prošková, 2011). Pracovník ve zdravotnictví tak není pojímán jako zdravotník čili zdravotnický pracovník. Je to odlišný pojem, který není v tomto případě považován za synonymum, přestože užití slov může znít podobně a být tudíž zavádějící.

Na druhé straně jako **pacienta** chápeme fyzickou osobu, které jsou poskytovány zdravotní služby, což je vymezení podle § 3, odstavce 1 Zákona o zdravotních službách ve znění pozdějších předpisů. Důležité je též vymezení dle Praktického slovníku medicíny, v němž je za pacienta považována osoba, jež je v lékařské péči jakožto léčený nemocný člověk (Vokurka & Hugo, 2004). Přestože pacient může být pojímán samozřejmě též jako klient, a to především pro zdůraznění vztahu léčícího a léčené osoby, která se na léčbě i rozhodování o ní podílí. Pojem klient je také využíván při vytčení vztahu obchodního, který je ve zdravotnictví také podstatný. Užitím termínu pacient je zde proto zdůrazněno využívání lékařských služeb, léčící se osoba, ale také narušení zdraví. Narušení zdraví se nedotýká jen roviny biologické, ale též psychologické a sociální. Oslabení v jakékoli této rovině může být

stejně nepříjemné (Zacharová, Hermanová, & Šrámková, 2007). Všechny tyto úrovně tak musí být v péči s pacientem uvědomovány a akceptovány, proto se zdůrazňují ještě další úrovně významné pro fungování jedince, a to je např. spirituální úroveň (Raudenská & Javůrková, 2011).

## 2. Interpersonální komunikace ve zdravotnictví

Komunikace mezi lidmi je interakcí, jež je doprovázena záměrem, systémem znaků a systémem verbálních symbolů. Dalšími charakteristikami jsou též artikulace, syntax, fonologie, sémantika a pragmatika (Rosengren, 1999). Komunikace je však velmi komplexní a velmi rozsáhlý jev, který je dále rozdělován do několika kategorií, z nichž zcela nejzákladnější dělení je na intrapersonální a interpersonální komunikaci.

Intrapersonální komunikace označuje vnitřní komunikaci se sebou samým. **Interpersonální komunikace** pak znamená komunikaci mezi limitovaným počtem osob (De Mooij, 2013). Základní charakteristikou, díky níž je interpersonální komunikace popisována, je komunikace mezi dvěma lidmi. Také se někdy vystihuje jako druh komunikace probíhající tzv. tváří v tvář (Hartley, 2002). Není to však pokaždé dostačující charakteristika, jelikož pod tímto termínem je také obsažen význam komunikace mezi malou skupinou osob. Tento proces představuje vzájemné působení komunikujících osob, které se tímto navzájem poznávají, ale zároveň touto cestou mohou poznávat i sama sebe. Právě interpersonální komunikací se utváří osobní vztahy a stejně jako se obohacuje právě ona komunikace, mění se a obohacují se také vztahy s druhými, ať už se jedná o neznámé či známé osoby a formální či neformální setkání (DeVito, 2001). Interpersonální komunikace se ale také dále rozděluje, jelikož může být charakteru verbálního, při němž se užívá jazyk a řeč a dále neverbálního, do níž je zahrnutý postoj těla, oční kontakt, gestikulace, mimika apod. Ve skutečnosti je ještě dále dělena dle působení přímého a nepřímého. Vzájemná interakce osob totiž může probíhat v reálném čase, ale také s odstupem a nemusí být tak přímo tváří v tvář, v tomto případě hovoříme o zprostředkované formě komunikace. Lidé tak mohou komunikovat orálně, ale také za pomoci různých symbolů či znaků. Zvláštním druhem, který je na pomezí mezi těmito dvěma možnostmi, je online komunikace (De Mooij, 2013).

### 2.1 Charakteristika komunikace ve zdravotnictví

Základní požadavky a cíle komunikace ve zdravotnictví vymezuje americký program Healthy People 2020:

- Podporující sdílené rozhodování mezi pacientem a poskytovatelem.
- Zajišťující individuální sebeřídící nástroje (self-management tools) a zdroje.
- Přinášející přesné, dostupné a praktické informace o daném zdravotním stavu.
- Umožňující využití smysluplných zdravotnických informačních technologií a výměnu informací s dalšími odborníky ve zdravotnické péči.

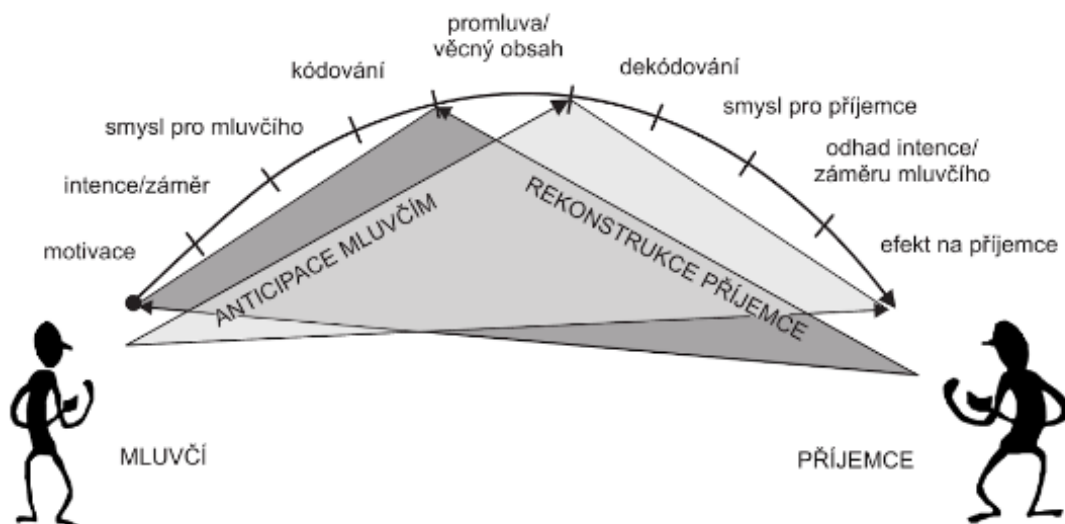
- Umožňující rychlé a informované kroky při prevenci zdravotních rizik a ohrožení veřejného zdraví.
- Zvyšující gramotnost v péči o zdraví.
- Poskytnutí nových příležitostí a zásad při navrhování programů a zásahů, které by měly vést ke zdravějšímu chování pro kulturně rozmanitě populace.
- Zvyšující schopnosti při využívání internetu (s účelem péče o zdraví).

Tento program zdůrazňuje prostor a nutnost zaměření se na zlepšování kvality a efektivity zdravotnické péče. Také je však cílem zlepšit informační zdroje (v elektronické podobě) veřejného zdraví. Dalším důležitým bodem programu je zlepšování schopností, dovedností a znalostí samotných pacientů a to jak teoretických, tak praktických (US Department of Health and Human Services, and Healthy People 2020, 2013).

Pokud hovoříme o subjektech interakce, tak ve zdravotnictví je charakteristická především komunikace mezi **lékařským** či **nelékařským pracovníkem** a **pacientem** (ale samozřejmě též i personál mezi sebou). Přestože je komunikace s pacientem velmi obecným pojmem a zahrnuje mnohá specifika týkající se nejenom kontextuálního rámce, individuality jedinců a druhu a zaměření odborného pracoviště včetně personálu, má společný nejdůležitější cíl, a to podněcovat a podporovat pacienty při osvojování a udržování zdravého chování a léčby s tím spojené (Schiavo, 2013).

## 2.2 Faktory na straně komunikujících – zdravotníka a pacienta

Komunikační proces je charakterizován dvěma základními postavami, a to **mluvčím** a **příjemcem**. Jak můžeme vidět na obrázku č. 1, tak je v komunikaci významné, jakou má mluvčí motivaci, záměr a co pro něj samotného dané sdělení znamená. Aby však mohl předat informaci, musí jí kódovat, což je obvykle prováděno promluvou, tedy převedením do řeči. Na příjemci je pak informaci dekódovat, což vede k reflexi smyslu a odhadování záměru mluvčího (proč něco sděluje). To vše následně vede k tomu, jaké má sdělení na mluvčího konečný efekt. V tomto pořadí je pak právě promluva tím, co lze pozorovat, jelikož ostatní komponenty jsou prožívány na straně mluvčího a následně po promluvě anticipovány na straně příjemce (Janoušek, 2007).



Obrázek č. 1 - Komunikační proces (Janoušek, 2007, s. 51)

Kromě faktorů prostředí v komunikaci zdravotník-pacient působí hned několik faktorů na straně zdravotníka a pacienta, které doprovázejí a ovlivňují celý komunikační proces. Na straně lékaře jsou to **znalosti a zkušenosti**, které se netýkají pouze vzdělání, **kompetence**, délky profesní **praxe**, což jsou samozřejmě též velmi podstatné faktory. Ve skutečnosti jsou to též i **znalosti o pacientově aktuální kondici** a situaci. Dalším faktorem je **jazyk a terminologie**, které zdravotník použije k diskuzi a ke sdělení informací. A v neposlední řadě je to schopnost **identifikovat bariéry** zasahující verbální i neverbální komunikaci. Na straně pacienta je pak významným faktorem kromě zdravotního stavu samotného také **kognice, jazykové dovednosti, znalosti týkající se zdraví** (health literacy) a s tím vším související možnost **porozumění**. Na straně pacienta jsou ale také faktory ovlivňující jeho **komfort a důvěru**. Kromě toho, že i na straně samotného pacienta mohou existovat **bariéry** nejrůznějšího druhu, je pacientova komunikace ovlivněna ještě jeho **očekáváním** a **emočním prožíváním** (Noll, Ginsberg, Elahi, & Cavalieri, 2016).

### 3. Pozitivní aspekty komunikace zdravotníka a pacienta

Komunikace je nedílnou součástí práce zdravotníka. Celý den jsou v kontaktu s pacienty a musí s nimi hovořit. Výjimkou jsou anesteziologové, ale i ti za pacienty dochází a informují je o plánování anestezie a nadále by měli pacienty podporovat těsně před zákroky. V komunikaci jsou nejdůležitějšími faktory ze strany zdravotníka projev zájmu o pacienta, flexibilita ke změnám, empatie, autenticita, schopnost komunikaci vést, ale též dobře naslouchat a umožnit tak reciprocitu komunikace. Tyto aspekty komunikace však nejsou jen etickým principem pro práci s pacienty, ale v praxi mohou mít význam pro průběh pacientovy léčby a jeho prožívání (Raudenská & Javůrková, 2011). S tímto souvisí **efektivní komunikace**, která ve zdravotnictví označuje udržování spokojenosti pacienta s léčbou, pochopení, ale taktéž působí na účinnost realizované léčby (Ptáček & Bartůněk, 2014). Z výzkumů vyplývá, že využívání efektivní komunikace vede ke zdokonalenému rozlišování a porozumění symptomům, k práci s vlastní bolestí, k lepšímu well-beingu, ale též lepším fyziologickým výsledkům (Teutsch, 2003).

#### 3.1 Empatie v komunikaci s pacientem

Empatie je považována jako esenciální aspekt medicíny, který si zaslouží nemalou pozornost. Ve zdravotnictví je tímto pojmem vymezována nejen čistě emocionální složka, ale ve vztahu zdravotník-pacient je empatie vnímána též jako kognitivní schopnost umožňující porozumění vnitřní zkušenosti a hledisku pacienta a s tím související dovednost komunikovat na základě onoho porozumění (Hojat et al., 2002). Vzhledem k tomu, že je empatie na základě mnohých studií uváděna jako významný faktor v souvislosti s pozitivním působením na úspěšnost léčby, je tak možno užívat dokonce i termínu evidence based empatie (Ptáček, Bartůněk, 2014).

David Thomas Stern (2005), který se aktivně se podílí na vzdělávání ve zdravotnictví, se domnívá, že to, co charakterizuje zdravotníka, není neomylnost. Podle něj je tím charakteristickým prvkem profesionální závazek usilování o dokonalost, humanismus, odpovědnost a altruismus. **Dokonalostí** pak myslí excelentní znalosti a dovednosti a závazek překračovat běžné standardy. **Humanismus** představuje principy respektu, soucitu, empatie, cti a poctivosti. **Odpovědnost** odráží akci lékařů odpovídající potřebám pacientů, systému zdravotní péče, komunity a samotné profese. **Altruismus** požaduje, aby to, co vede zdravotníka, nebyl zájem a potřeba zdravotníka, ale hlavně zájem a potřeba samotného pacienta. To, co určuje profesionalitu zdravotníka, shrnují výzkumníci z oboru

zdravotnického vzdělávání Mohammadreza Hojat a Jon Veloski (2006) do tří dle nich reprezentativních elementů, kterými jsou **empatie, týmová práce a celoživotní vzdělávání**.

## **Pozitivní působení empatie v interakci zdravotník – pacient**

Ve výzkumech cílených na empatii ve zdravotnickém prostředí se využívá například Jefferson Scale of Physician Empathy (JSE), která byla vyvinuta výzkumným týmem Jeffersonovy lékařské univerzity ve Filadelfii v Pensylvánii (Veloski & Hojat, 2006). Výzkumníci z Jeffersonovy univerzity se roku 2002 za pomoci zmiňované škály zaměřili na lékaře (N = 704), kteří sebereflexivně zaznamenávali svoji míru souhlasu či nesouhlasu na sedmibodové Likertově škále, a to konkrétně na 20 tvrzeních. Nástroj byl přeložen do češtiny Jiřím Koženým a Lýdií Tišanskou ve dvou verzích, a to pro lékaře (JSPE-HP) a pro studenty medicíny (JSPE-S) (Kožený & Tišanská, 2013).

Výzkumníci zjistili, že empatii ve zdravotnictví sytí tři významné faktory. Jedním z nich bylo **pochopení perspektivy pacienta**, tedy lékařův náhled z pacientova pohledu – perspektivy a s tím souvisel i třetí uváděný faktor tzv. standing in the patients shoes, což je anglický idiom doslovně přeložitelný jako stát v botách pacienta, ale znamenající **vcítění se do druhého**. Konečně tím prostředním, druhým, faktorem byla **soucitná péče** o pacienta podporující emocionální rovnováhu a sympatie ve vztahu lékař-pacient, jelikož v tomto případě lékař bere v potaz i pacientovy obavy v dané situaci. Co se týče signifikantních rozdílů mezi respondenty (N = 704), jimiž byli lékaři, z výsledků vyplývá, že ženy skórovaly výše nežli muži. Dále vyšších skóre dosahovali psychiatři v porovnání s lékaři se specializací v anesteziologii, ortopedii, neurochirurgii, radiologii, kardiovaskulární chirurgii, porodnictví a gynekologii a všeobecné chirurgii (Hojat et al., 2002). V americkém výzkumu z roku 2011 zaměřeného na studenty bakalářského studia oboru Všeobecné sestry (N=265) bylo opět za pomoci Jeffersonovy škály signifikantně prokázáno, že ženy dosahovaly vyššího skóre empatie a stejně tak starší studenti dosahovali vyššího skóre nežli mladší studenti. Naopak žádný signifikantní vztah nebyl prokázán u náboženství nebo etnicity (Fields et al., 2011).

Pacienti přicházejí do kontaktu se zdravotníky s nejrůznějšími požadavky, problémy i symptomy. Existuje tak řada oblastí, v nichž by se daly zkoumat pozitivní aspekty. Empatické jednání zdravotníka a jeho význam pro pacienta byly zkoumány například u diabetických pacientů. Otázkou bylo právě to, zda má empatie skutečně pozitivní klinické výsledky, k čemuž byli vybráni diabetičtí pacienti (N = 891) a jejich rodinní lékaři (family physicians) (N = 29). Skóre empatie u každého lékaře bylo vyhodnoceno na základě JSE. U pacientů,

kteří navštěvovali lékaře s dosaženým vyšším skóre empatie, byla naměřena signifikantně významně lepší hladina hemoglobinu A1c, nežli u pacientů, kteří navštěvovali lékaře s dosaženým nižším skóre empatie. Další zkoumanou proměnnou byla hladina tzv. špatného cholesterolu LDL-C, jehož naměřené hodnoty byly signifikantně lepší u pacientů, kteří navštěvovali lékaře s vyšším skóre empatie. Předpokládá se tak, že empatie lékaře je důležitým faktorem pro pacientovy klinické výsledky (Hojat et al., 2011). Předchozí výzkum byl uskutečněn ve Spojených Státech Amerických, avšak tímto tématem a podobnou výzkumnou otázkou se zabývali též v Itálii. Otázkou tedy bylo, zda bude skór získaný pomocí JSE korelovat s klinickými výsledky pacientů, u nichž je diagnostikován diabetes mellitus (N = 20 961). U pacientů se výzkumníci tentokrát zaměřili na metabolické komplikace, kterými byly hyperosmolární stav, diabetická ketoacidóza a kóma. Vzhledem k tomu, že pacienti navštěvující lékaře s vyšším skóre empatie vykazovali méně metabolických komplikací, je empatie výzkumníky považována za významnou součást klinických kompetencí (Del Canale et al., 2012).

Kromě JSE je hojně užívaným nástrojem v měření empatie ve zdravotnictví Consultation and Relational Empathy (CARE). Zatímco s JSE jsou data sbírána tak, že respondenti, zdravotníci, sami sebe hodnotí ve dvaceti položkách na sedmibodové Likertově škále, tak CARE má deset položek s pětibodovou Likertovou škálou, ale hlavním rozdílem je, že respondentem je zde pacient hodnotící zdravotníka (Howell, 2016). Inventář CARE vyvinul Stewart Mercer ve spolupráci s kolegy z Glasgow University a Edinburgh University. Odpovědi tu nejsou sebereflexivní, ale reflektují zdravotnickou péči na škále od jedné, znamenající poor, do 5, označující excellent (Attar & Chandramani, 2012). Cílem tohoto nástroje je vyhodnocení reflexe empatie vyšetřující osoby pacientem bez ohledu na jeho socio-ekonomické zázemí (Mercer, Maxwell, Heaney, & Watt, 2004).

S využitím inventáře CARE bylo odhaleno pozitivní působení empatie v případě pacientů, u nichž byla diagnostikována migréna (N = 63). Nejen, že v prvních třech měsících byl u pacientů reflektujících vyšší míru empatie zaznamenán pokles příznaků migrény, ale také se prokázal signifikantně pozitivní vztah mezi vnímanou empatií a dodržováním diety, cvičením, modifikací spánkového režimu a medikací. S lepšími klinickými výsledky pozitivně korelovala i compliance, tedy ochota spolupracovat (Attar & Chandramani, 2012).

Empatie v interakci praktického lékaře a pacienta byla zkoumána v oblasti známého a častého onemocnění, jakým je klasické nachlazení (common cold). Sběr dat se uskutečnil ve dvou klinikách, a to od 350 dvanáctiletých a starších pacientů. U těch, kteří v inventáři CARE



získali vyšší skóre, byla zaznamenána doba nachlazení signifikantně kratší a samotné nachlazení bylo dle laboratorních výsledků méně závažné (Rakel et al., 2009).

Existují ale také natolik vážné diagnózy, u nichž je náročné zlepšovat výsledky i tou nejmodernější a nejnáročnější léčbou. I tak ale empatický přístup zdravotníka přináší pozitiva doprovázející léčbu. Pacienti léčící se s HIV navštěvující lékaře s vyšší empatií prozrazovali více psychosociálních i biomedicínských informací. Také u nich byla zjištěna vyšší self-efficacy (Flickinger et al., 2016).

### 3.2 Naslouchání v komunikaci s pacientem

Naslouchání je komplexní a zásadní rys klinické praxe pro lékaře (Jagosh, Boudreau, Steinert, MacDonald, & Ingram, 2011). Jen samotné poslouchání však nestačí, protože skutečně efektivní (někdy též nazýváno aktivní) naslouchání vyžaduje plnou pozornost a koncentraci na zdroj zvuku. Při převedení do interakce ve zdravotnictví je tak efektivní naslouchání **schopností přijímat (slyšet), interpretovat a uchopit (pochopit) zprávu**, kterou odesílatel předal příjemci pomocí slov, ale též pomocí paralingvistických projevů, což jsou neverbální aspekty zvuku. Při naslouchání je významné, aby bylo doprovázeno též **pozorováním**, ale také nesmí být opomenuta ještě jedna z nejdůležitějších dovedností v této oblasti, a to **dát pacientovi najevo, že je poslouchán a vyslyšen** (Hugman, 2009).

Dovednosti efektivního naslouchání zahrnují tedy nejen příjem zprávy pomocí sluchu, ale též spolupráci celého těla včetně psychických funkcí. Kathryn Roberstonová (2005) dělí tyto dovednosti do tří kategorií. První kategorií je pozorná **řeč těla** (attentive body language), při níž je významné, aby držení těla prezentovalo zájem. Dalšími faktory spadajícími do řeči těla jsou také odpovídající oční kontakt, pohyby těla a mimika v obličeji. Doktorka Roberstonová do této kategorie řadí i nerozptylující prostředí. Druhá kategorie jsou **doprovázející dovednosti** (following skills). V tomto případě se jedná o ponechání prostoru klientovi pro jeho sdělení. Naslouchající by tak měl disponovat uměním práce s otázkami i mlčením a nenarušováním hovoru druhého. A konečnou třetí kategorií jsou **reflektivní dovednosti** (reflecting skills), kde je od naslouchajícího očekáváno parafrázování a ověřování porozumění dané problematice a dále zpětná vazba k obsahu i pocitům a také shrnutí jádra sdělení.

V kanadském výzkumu z roku 2011 (N = 58) výzkumníci pomocí polostrukturovaných rozhovorů zjistili, co je pro pacienty v naslouchání lékaře nejdůležitější. Jako shrnující výsledek tak výzkumníci představili tři funkce, které by mělo naslouchání dle respondentů splňovat. První funkcí je **shromažďování klinických údajů, diagnostika a**

**volba léčebných nástrojů.** Mnoho účastníků tak zmínilo, že se sami ve svém těle vyznají a sami nejlépe vědí, jak reaguje, a proto je pro ně tak důležité, aby zdravotník naslouchal, sbíral klinické údaje a pracoval s nimi při stanovení diagnózy a její léčby. Pár účastníků v této souvislosti zmínilo, že nastávají situace, kdy si o nich lékař čte informace od dalších odborníků, ale pacienti také očekávají, že lékaři velkou váhu dají především informacím získaných od nich samotných. Druhá funkce definuje poslech **jako léčebný a terapeutický činitel.** Respondenti často zmiňovali, že na ně naslouchání může mít léčebný účinek především ve formě úlevy od stresu z aktuálního stavu (případně nemoci). Naopak nedostatek uctivého vnímání na ně měl škodlivý vliv, což se projevovalo například ve zvýšení stresu či obav z nemoci. Třetí fází je pak naslouchání jako prostředek k **podpoře a posílení vztahu lékař-pacient.** Respondenti tuto funkci vystihovali v adekvátním věnování se pacientovi pro ten okamžik, ve který se jim věnovat skutečně má, stejně tak ale v této chvíli očekávali projevování zájmu a empatie (Jagosh, Boudreau, Steinert, MacDonald, & Ingram, 2011).

Bandura (1998) upozornil na skutečnost, že pokud lidé nevěří, že jejich jednání může dosáhnout požadovaného účinku, je tak motivace mnohem nižší nežli u lidí, kteří věří, že jejich jednání může vyvolat požadované změny. Právě v souvislosti s teorií sociálního učení není spojováno jen self-efficacy u pacientů, ale také jejich proaktivní chování. Vzájemná souvislost byla nalezena ve výzkumu cíleném na muže s diagnostikovanou hemofilií (N = 181). Výsledkem studie bylo zjištění, že poskytování informací, související s jejich vzájemným sdílením mezi zdravotníkem a pacientem, má pozitivní efekt na self-efficacy pacienta. Dále výsledek studie tvoří fakt, že pozorné naslouchání podporuje proaktivní chování pacienta, které je dále podněcováno právě i jeho self-efficacy. A konečně hlavním závěrem je, že poskytování informací a pozorné naslouchání může determinovat pocit sdíleného rozhodování v léčbě i v případě tohoto chronického onemocnění (Río-Lanza, Suárez-Álvarez, Suárez-Vázquez, & Vázquez-Casielles, 2016).

### **3.3 Na pacienta zaměřená komunikace**

Podle centrování komunikace můžeme hovořit hlavně o dvou základních vymezeních, a to o komunikaci **zaměřené na pacienta (patient-centered)** anebo o komunikaci **zaměřené na lékaře (doctor-centred).** V komunikaci centrované na doktora je lékař tím, který řídí diskuzi, stanovuje téma diskuze a pacientům poskytuje poměrně malé množství informací. Neznamená to, že v komunikaci zaměřené na pacienta je lékař pasivní nebo submisivní, ale naopak pacientům pomáhá osvětlovat náplň jejich vzájemné komunikace a důvod jejich návštěvy, podporuje pacienty ve spolupráci a ověřuje si zpětnou vazbou porozumění ze strany

pacienta. Třetím specifickým komunikačním stylem pak může být ještě **zaměřenost na nemoc (disease-centered)**, přičemž ale zaměřenost na pacienta tkví nejen v bádání po správné diagnóze. Ve skutečnosti jsou obsahem diskuze také témata jako pacientův životní styl, psychosociální problematika a očekávání od léčby. Někdy se tak namísto patient-centered care (namísto care lze užívat též communication či style) můžeme setkat s názvem **relationship-centered care**, tedy péče zaměřená na **vztah**, a to pro zdůraznění vzájemné spolupráce, kde není kladen důraz na poskytovatele péče, ani na pacienta, nýbrž spíše na jednotku složenou ze dvou lidí spolupracujících v tom nejlepším zájmu (Christensen, Martin, & Smyth, 2014).

Efektivita zaměření na pacienta je spatřována ve vylepšování jak fyzického tak psychického stavu (Cohen, McChargue, & Collins, 2003). Klíčem na pacienta zaměřené komunikace (dále KZP) je spatřovat pacienta jako lidskou bytost. Jako člověka s emocemi, psychickým stavem, specifickými životními podmínkami a souvislostmi, nikoliv jako orgánový systém nebo soubor symptomů (Friedman, 2011). Dnes, tedy ve 21. století, je mnohými odborníky zdůrazňováno, aby se medicína zaměřovala na člověka nikoliv na samotné nálezy, a to by měl v sobě termín **patient-centered medicine** zahrnovat (Ptáček & Bartůněk, 2014).

### **Pozitivní význam využití na pacienta zaměřené komunikace**

Dlouhodobá, komplexní a na kvalitu života orientovaná péče je především principem paliativní péče. Zaměření na komunikaci a její efektivitu je proto považováno za užitečné, jelikož právě komunikace se stává nedílnou součástí léčebného procesu, a to nejen s pacienty, ale také jejich rodinnými příslušníky. Ze 184 studií, které využívaly hned 122 různých přístupů KZP a dohromady shrnují výsledky od 70 466 pacientů využívající paliativní péče (většinu tvořili onkologičtí pacienti), vyplývá jasný signifikantní důkaz pro efektivitu KZP. Mezi významné pozitivní dopady reflektované pacienty patří vylepšené rozpoznávání symptomů, větší zájem o kvalitu života a kvalitněji vnímanou komunikaci a celkovou kongruenci mezi zdravotníkem a pacientem. Dopady KZP se projevují hlavně v psychologické a emocionální rovině pacienta, a to zejména v pozitivním kontinuu jejího působení. Efekt naopak nalezen nebyl u hodnocení celkové kvality života a namáhavosti symptomů (Etkind et al., 2015).

Využívání KZP však nemusí být efektivní jen pro oblast paliativní a dlouhodobé péče. Ve skutečnosti je význam jejího využití nalézán též v praxi praktických lékařů. KZP koreluje s percepcí lepšího zotavování, a to jak fyzického nepohodlí, tak psychického. Dále koreluje

s redukcí návštěv lékaře a použitých diagnostických testů, a taktéž se zlepšeným duševním zdravím v době dvou měsíců po návštěvě ordinace (Stewart et al., 2000). Zajímavé je, že KZP pravděpodobně zlepšuje vnímanou důvěru v lékaře, ale také důvěru v doporučení lékaře a jejich dodržování (Saha & Beach, 2011). Pacienti (N = 98) po odhalení rakoviny prsu prožívali vyšší míru úzkosti a negativních emocí. Ti, jejichž onkologem byl lékař využívající komunikaci zaměřenou na pacienta, vykazovali signifikantně menší úzkosti, ale též větší důvěru v daného lékaře (Zwingmann, Baile, Schmier, Bernhard, & Keller, 2017).

### 3.4 Sdílené rozhodování

Na pacienta zaměřená komunikace není jednotným postupem, podle něhož se mohou zdravotníci řídit. Ve skutečnosti je KZP souhrnem několika možných přístupů, které jsou využívány v závislosti na klinickém stavu a preferencích pacienta (Elwyn et al., 2014). Jeden z těchto přístupů je sdílené rozhodování neboli **spolurozhodování** (shared decision making, SDM). Přesně jak název napovídá, jedná se o přístup, jehož základní strategií je zahrnutí pacienta do rozhodování o léčbě. Nejen, že u pacienta vzrůstá pocit **odpovědnosti**, ale také **aktivita** a **angažovanost** v léčebném postupu. Staví se tak proti paternalistickému přístupu lékaře, který uvádí pacienta do pasivní pozice. V somatické medicíně je tato strategie považována za prospěšnou i z toho důvodu, že výzkum podporuje výsledky o pozitivním působení SDM na spokojenost pacienta, ale také prognózu nemoci. V případě pacientů s psychickými problémy je vzhledem k reflexi sdílené odpovědnosti nutné zvážit též kognitivní dysfunkci (Češková, 2015).

Mírný pozitivní efekt SDM intervence je podpořen metaanalýzou, jejímž konečným závěrem je, že spolurozhodování zvýšilo znalosti pacientů, self-efficacy, participaci na sdíleném rozhodování a jeho preferenci a snížilo konflikt v rozhodování mezi možnostmi a volbami. Ty nejúčinnější SDM intervence byly přizpůsobené potřebám určitých znevýhodněných skupin, např. s ohledem na gramotnost, vzdělání a socio-ekonomický status (Durand et al., 2014).

Glyn Elwyn (2012) spolu s kolektivem odborníků, vytvořili **model SDM pro klinickou praxi**. Významnost a užitečnost tohoto modelu opírali o fakt, že SDM byla již v té době podpořena důkazy z 86 randomizovaných studií, v nichž bylo zjištěno, že užíváním SDM disponují pacienti větší důvěrou v učiněná rozhodnutí, volí taková rozhodnutí, která odpovídají jejich preferencím a aktivněji se zapojují a zajímají o další možnosti léčby (Stacey et al., 2011).

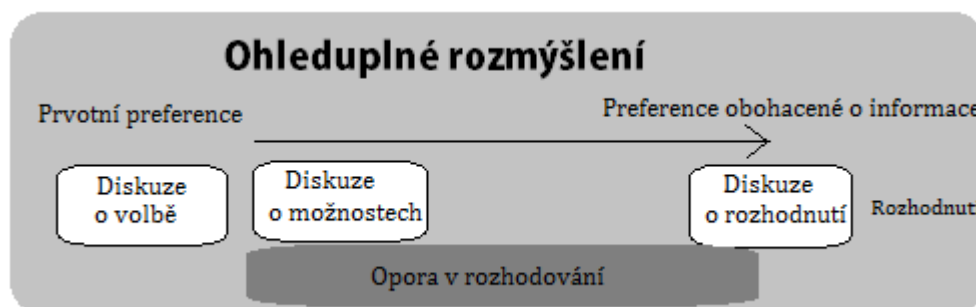
Pozitivní působení SDM je výzkumy podepřeno v mnohých oblastech, a to nejen u dospělých pacientů. Děti od 11 do 18 let (N = 203) po chirurgickém zákroku rozštěpu obličejů a jiných faciálních chirurgických zákrocích podstoupily léčbu doprovázející SDM komunikace. Signifikantní korelace u těchto mladých pacientů byly nalezeny mezi SDM a pozitivního přístupu k poslední operaci, pozitivními důsledky, self-esteem a adaptivními copingovými strategiemi. SDM je tak zařazen jako jeden z možných faktorů determinujících pozitivní chirurgické výsledky u dětí a mládeže, ale také jejich resilienci (Kapp-Simon et al., 2015).

U mnohých **psychických onemocnění** by SDM mohlo být nápomocnou strategií, pokud se cíleně zaměří na konkrétní specifickou skupinu osob. Příkladem zavedení SDM strategie do léčby je randomizovaná kontrolní studie, kde respondenty byli hospitalizovaní pacienti (N = 107) s diagnostikovanou schizofrenií dle ICD 10 a pacienti, u nichž byly přítomny symptomy schizofrenie (F20/F23). Studie vycházela z výsledků porovnání intervenční a kontrolní skupiny, přičemž kontrolní skupina byla léčena dosavadním obvyklým způsobem bez jakéhokoliv poučení lékařů i zdravotních sester. Vyloučení byli ti pacienti, u nichž byla diagnostikována mentální retardace, neuměli plyně německy anebo odmítli informovaný souhlas. Pro účel SDM programu byla za spolupráce několika psychiatrů, sester i pacientů vytvořena speciální šestnáctistránková brožura zaměřená na rozhodování pacienta o léčbě. Obsahem byly informace o antipsychotikách, psychoedukaci a typu terapeutické intervence. Brožura byla pacientovi předána vrchní sestrou, která podstoupila trénink asistence při práci s brožurou. Sestry byly instruovány, aby se doptávaly na možné vzniklé otázky ohledně brožury a měly za úkol pacienty podporovat i ve vyslovení názorů, které by mohly být v rozporu s doporučenou léčbou lékařem. Pacienti byli vyzváni, aby do brožury napsali předešlé zkušenosti s antipsychotiky, ale také byli informováni, že mohou ke každému tématu vyjádřit svůj názor i písemně a zaznamenat ho tak do brožury. Tato práce s brožurou trvala zpravidla 30-60 minut. Schůzka s lékařem byla uskutečněna 24 hodin po poskytnutí brožury a pacient s lékařem plánovali léčbu na základě preferencí a dotazů, jež byly vzneseny při studování brožury. Přestože by se mohlo zdát, že proces je časově náročný, výsledky ukazují, že lékařům netrval déle nežli běžný postup. Významný fakt plynoucí z výsledků je ten, že pro většinu pacientů byl SDM program realizovatelný i navzdory vážnému duševnímu onemocnění. Pacienti v intervenční skupině navíc vykazovali větší znalosti vlastní diagnózy a vyšší angažovanost v lékařských rozhodnutích. Dále pacienti z intervenční skupiny signifikantně častěji přijímali psychoedukaci a účastnili terapeutických intervencí (Hamann et al., 2006).

U pacientů se schizofrenií však není SDM model natolik efektivní, což naznačují i výzkumy zaměřené na jinou cílovou skupinu. Tak například veteráni léčící se z důvodu přítomné psychiatrické symptomatiky (N = 239) preferovali dotazování zdravotníků na jejich názory ohledně poskytnutých možností léčby, i když od poskytovatele péče očekávali finální rozhodnutí o postupu. Nejlepší výsledky v participaci SDM strategie vykazovali v tomto případě afroameričtí respondenti, zaměstnaní respondenti a účastníci s vyšším vzděláním oproti respondentům s diagnostikovanou schizofrenií a těm, kteří uvedli horší vztah s terapeutem (Park et al., 2014). Přestože jsou psychické poruchy velmi specifické a vyžadují specifický přístup, pacienti oceňují, pokud je jim nabízena v rámci komunikace a rozhodování o léčbě aktivní role namísto pasivní, preferují SDM i v případě péče o duševní zdraví (Adams, Drake, & Wolford, 2007).

### Model sdíleného rozhodování pro klinickou praxi

Model pro klinickou praxi sestává ze tří klíčových kroků, přičemž podmínkou je přítomnost dvou základních aspektů, a to **poskytování informací** a **ohleduplné rozmyšlení** s respektem k preferencím a reakcím pacienta. Jednotlivé kroky jsou vyobrazeny na obrázku č. 2 a podrobně popsány dále:



Obrázek č. 2: Schéma modelu SDM<sup>1</sup>

- 1) **Diskuze o volbě** (choice talk), kde je pacient informován o různých uskutečnitelných možnostech léčebného postupu. V tomto případě není nutné se setkávat se zdravotníkem tváří v tvář, ale možnosti se pacient může dozvědět např. telefonicky či emailem. Diskuze o možnostech je plánování dalších kroků a její postup je popisován pomocí pěti komponent.

<sup>1</sup> Obrázek je vytvořený autorkou na základě Elwynova (2012) originálního obrázku, jehož původní znění bylo autorkou přeloženo do češtiny.

- a) **Krok zpět** je identifikace a rekapitulace problému a následné seznámení s existencí potenciálních řešení.
- b) **Nabídka volby** doprovázená profesionální jistotou, kompetencemi a zkušenostmi poskytovatele.
- c) **Zdůvodnění volby** obsahuje též zdůraznění možných individuálních odlišností a rozličného působení včetně nežádoucích účinků. V rámci zaměřování se na volbu je nutné respektovat preference pacienta.
- d) **Kontrola reakcí** je ujištěním se o možnosti pokračování v diskuzi. Zdravotník se ujistí, zda pacient vše chápe a je schopen postupovat dále.
- e) **Pozdržení ukončení** zdravotník používá, když pacient vyjádří nejistotu. V tomto případě je vhodné zopakovat informace, než se postoupí k prezentaci konkrétních možností léčby.

2) **Diskuze o možnostech** (option talk) ještě detailněji rozebírá konkrétní postupy.

- a) Nejdříve si zdravotník musí **ověřit znalosti posluchače**.
- b) Až bude pacient vědět, o čem je řeč, vytvoří se **seznam možností**.
- c) Pomocí seznamu se jednotlivé možnosti **porovnávají, popisují a vysvětlují**. V tomto kroku se popíše jak **benefity**, tak možná **rizika** postupu.
- d) Aby se pacient mohl dobře rozhodnout, poskytuje se mu **podpora v rozhodování** za pomoci nabídnuté osobní podpory, ale též informačních materiálů a zdrojů.
- e) **Rekapitulace** tvoří stručnou rekapitulaci diskuze.

3) **Diskuze o rozhodnutí** (decision talk) směřuje ke konečnému rozhodnutí, co je pro pacienta nejlepší, a to právě na základě jeho preferencí.

- a) Prvním krokem je **zaměření na preference** a na to, co je pro pacienta v tuto chvíli nejdůležitější.
- b) **Zjistit** konkrétní **preference** s ponecháním dostatečného prostoru pacientovi.
- c) **Směřování k rozhodnutí** se již zaměřuje na to, zda pacient potřebuje ještě čas, nebo je jeho rozhodnutí konečné.
- d) Přestože se pacient se zdravotníkem shodnou na rozhodnutí, je vhodné pacienta seznámit s možností **dalšího přezkoumání**.

(Podle Elwyn et al., 2012)

Mohlo by se zdát, že dodržování SDM je náročné, avšak ve skutečnosti usnadňuje volbu pacienta a posiluje víru v jeho rozhodnutí, a dokonce samotní lékaři též pocítují, že se jim možnosti s pacienty diskutují snadněji (Elwyn et al., 2013).

### 3.5 Kompliance a adherence v komunikaci s pacienty

Kompliance (compliance) je termínem označujícím ochotu vyhovět žádosti druhého včetně s tím spojené poddajnosti vůči vůli druhého a vzniku určité harmonie mezi vůlí vyhovujícího a žádajícího. Adherence pojmenovává oddanost, respekt, pevné dodržování a lpění na příkazech druhého. V praxi poté tyto termíny označují chování pacientů ve smyslu dodržování příkazů a rad zdravotníků (Křivohlavý, 2002). Pacient je aktivním subjektem, nicméně jeho spolupráci nelze považovat za automatickou součást léčby či rehabilitace. Motivaci ke spolupráci se doporučuje zvyšovat např. frekvencí lékařských kontrol (Vymětal, 2003).

V komunikaci se compliance a adherence dají zlepšovat, a to ve dvou rovinách. **Edukační** rovina zahrnuje dostatečné poskytování informací, ale také zaměření se na takovou edukaci, která může u nonkompliantního pacienta zvýšit emoční arousal ve smyslu tzv. postrašení a ukázání možných rizik a nebezpečí, aby se stal kompliantním. **Behaviorální** rovina zahrnuje poradenství s různými poskytovateli zdravotnické péče, poskytnutí psaných instrukcí a poskytnutí názorných ukázek potřebných k dostatečnému porozumění pacienta (Brannon, Feist, & Updegraff, 2013). V případě compliance s užíváním léků je doporučováno vést s pacienty rozhovor i na témata možných **nežádoucích účinků, jejich zvládnutí**, zaměřit se na **obavy pacientů** a společně **vyhodnotit rizika a přínosy léčby**. Pro posilování compliance a adherence pacientů užívajících statiny je pak považována za nejužitečnější strategie **spolurozhodování** (Maningat, Gordon, & Breslow, 2013). Pro dlouhodobou komplianci je jedním z ideálních principů přístup k nemoci jako k výzvě a s tím orientování se na pozitiva, jež s sebou nemoc přináší např. štíhlost a dodržování zdravé stravy u pacientů s diabetem mellitu 1. typu (Hrachovinová, 2007).

#### Pozitivní působení compliance a adherence na pacienta

Významnost adherence se projevuje i v klinických výsledcích pacientů. U pacientů užívajících statinovou medikací (N = 115 290) s vyšším skóre adherence bylo **riziko ischemické choroby srdeční nižší o 18 %** (Perreault et al., 2009). Signifikantně se též u



pacientů s touto medikací (N = 10 312) prokázalo, že **méně navštěvují pohotovost** v případě vyšší úrovně naměřené adherence (Zhao, Zabriski, & Bertram, 2014).

**Úspěšnost, bezpečnost léčby a zdraví pacienta** může být zvýšena právě efektivní komunikací a vysokou adherencí u pacientů, jejichž léčba spočívá v užívání životně důležitého léku. V tomto případě je příkladem antikoagulační léčba, která je v České republice nejčastěji řešena užíváním Warfarinu, který ředí krev a interaguje s vitamínem K obsaženým v potravě i tekutinách, ale též interaguje s dalšími léky, jež mohou ovlivnit účinek Warfarinu a způsobit vážné komplikace (hlavně krvácení). Výsledky výzkumu, jehož účastníci byli čeští pacienti (N = 108), prokazují, že 98 % pacientů uvedlo, že dodržují doporučené pravidelné dávkování lékařem a nikdy si nevzali jinou nežli doporučenou dávku. 96 % pacientů docházelo na pravidelné prohlídky. Co se týče informovanosti, 80 % pacientů si bylo vědomo možných interakcí potravin a Warfarinu a 75 % pacientů si uvědomovalo právě fakt, že tím hlavním aspektem je vitamín K. O interakci s dalšími léky nevědělo 39 % dotázaných pacientů. Veškeré tyto informace jsou významné pro znázornění zajištění bezpečného průběhu léčby pacienta, přičemž nedostatečná adherence a compliance by v tomto případě byly velmi rizikovým aspektem (Teperová & Sikorová, 2012).

U pacientů s onemocněním úrazového charakteru byla vždy o 10 % zvýšená hodnota compliance s doporučenou péčí spojena s o 14 % nižším rizikem úmrtí (na dané onemocnění). Pacienti, kteří získali veškerou doporučenou péči, měli celkem o 58 % **nižší pravděpodobnost smrti**, než ti, kteří tuto péči nezískali, či jí nevyužili (Shafi et al., 2014).

### **3.6 Aspekt naděje v komunikaci s pacientem**

Naděje je rozsáhlým tématem, jež může také pozitivně působit, v případě, že je komunikačním procesem podporována. Naděje je popisována jako libá emoce, jejíž uspokojení přichází z budoucnosti. V praxi s pacienty to znamená, že pacienti **věří ve zlepšení zdravotního stavu, v účinek léčby, prodloužení života** nebo **bezbolestnou smrt**. Podporování pacientovy naděje se nikdy neuskutečňuje za pomoci iluzí a nereálných možností. To znamená, že v případě nevyléčitelných pacientů se zdravotníci nezaměřují na vyléčení, ale na léčbu. Právě léčitelnost se na rozdíl od vyléčení slíbit může. Význam naděje je tak zdůrazňován v paliativní péči, ale jinak samozřejmě v komunikaci napříč zdravotnickými službami (Vorlíček, Adam, & Pospíšilová, 2004).

Naděje je také popisována jako lidská potřeba. Při práci s pacienty je třeba uvědomit si, co pacient v danou chvíli potřebuje. Může to být například naděje **v přítomnost druhých**

osob ve zdravotních nesnázích, naděje, že **pacient za sebou zanechá nějakou stopu**, v níž budou pokračovat i jeho děti. Pro věřící pacienty je velmi významná naděje na **věčný život**. Se zaměřením na specifika potřeb pacienta je poté naděje **posilována, podporována** a samotná potřeba naděje by měla být **akceptována**. V praxi se tak může zdát podpora naděje jako náročný aspekt hodný psychoterapeuta, nicméně se ukazuje, že pro pacienty je velmi povzbuzující, pokud mohou například napsat dopis svým dětem. I tato zdánlivě jednoduchá činnost podpořená zdravotnickým okolím může na pacienta povzbudivě a pozitivně působit. V tomto případě mohou být velmi nápomocné zdravotní sestry (Marková, 2010). Naděje může být aktivním procesem, který umožní žít i s nemocí limitující délkou života (Kristiansen et al., 2014). U pacientů s diagnostikovanou rakovinou (N = 200) se díky vícenásobné lineární regresi zjistilo, že ti, kteří byli mladšího věku, vnímali dostatečnou rodinou oporu, věřili, že jejich diagnóza je léčitelná a měli vyšší hodnoty naděje, celkově pozitivněji přijímali vlastní prognózu (Seyedrasooli et al., 2014).

## 4. Bariéry v komunikaci zdravotníka a pacienta

Komunikační bariéry jsou rušivé faktory, které nějakým způsobem deformují a zkreslují význam zprávy, anebo vedou k tomu, že zpráva nebyla vůbec předána (Muller, Bezuidenhout, Jooste, 2011). Nezisková americká organizace Joint Commission označila komunikační omyly za primární příčinu mimořádných událostí napříč všemi kategoriemi. Kromě toho, zlepšení efektivity komunikace mezi poskytovateli zdravotní péče je jedním z cílů pro národní bezpečnost pacientů (Krautscheid, 2008).

### 4.1 Dělení bariér

Vzhledem k početnému množství bariér níže uvádím dělení obecných bariér ve zdravotnictví:

- 1) **Fyzikální bariéry** jsou rušivé faktory z fyzikálního okolí, mezi něž můžeme řadit hluk, ale dle způsobu komunikování to může být také nezřetelná telefonní linka, špatné internetové spojení anebo nedostačující obraz na obrazovce.
  - 2) **Fyziologické bariéry** jsou rušivé faktory, jejichž nositelem je lidské tělo. Nepřichází tedy z prostředí, ale naopak jsou výsledkem nějakého fyziologického nedostatku, který však může být ve skutečnosti vyvolán právě faktory prostředí. Takovou interakcí může být například vysoká teplota v místnosti a její dopady na stav organismu. Dále sem patří zkreslení komunikace smyslovým vnímáním, jako zhoršené slyšení, vidění apod., ale též např. hlasivkový handicap.
  - 3) **Psychologické bariéry** se týkají psychického stavu komunikujících a jejich emocionálního prožívání, jež se nadále projevují i v chování. Jsou to např. strach, nedůvěra, vztek či deprese.
  - 4) **Percepční bariéry** zahrnují interpretaci, chování a jednání s lidmi v souvislosti s percepcí rozdílů mezi lidmi, jako je např. přístup ke genderovým, věkovým, etnickým, náboženským, vzdělanostním a dalším rozdílům.
  - 5) **Jazykové bariéry** spadají do oblasti jazyka a jeho užívání, včetně charakteristik, kterými jsou odborná terminologie, slang, akcent nebo žargon.
- (Dle Muller, Bezuidenhout, & Jooste, 2011)

V komunikaci zdravotníka a pacienta je pak důležité dělení bariér z oblasti efektivní komunikace, kterými jsou:

- 1) **Filtrování** je taková manipulace se zprávou, že ji příjemce vnímá např. více příznivě.
- 2) **Selektivní percepce** ovlivňuje zkreslení zprávy příjemcem díky jeho osobnímu úhlu pohledu. Selektivní percepce vychází z příjemcových potřeb, motivace, zkušeností, kontextuálních (prostředí a výchova) a osobnostních charakteristik. Stejně tak se na dekodování významu podílí též příjemcovo očekávání.
- 3) **Emoce** a tedy emoční stav, v jakém se komunikující osoby nacházejí, ovlivňuje celou komunikaci. Komunikovat budou jinak lidé rozzlobení a jinak klidní.
- 4) **Jazyk a sémantika**
- 5) **Falešné domněnky** jsou předpoklady nepodložené důkazy. Komunikace se zhoršuje, když se komunikující osoby domnívají, že např. bude směřovat ke konfliktu.
- 6) **Zkreslení, zaujatost a tendence** myslet nějakým způsobem v sobě zahrnují odsuzování různých témat, ale také hodnoty a hodnocení na tzv. dobré a špatné. V těchto případech může dojít k desinterpretaci informací a významů na základě již předem zaujatých postojů.
- 7) **Spěch** vede k nedostatečnému věnování se druhému a k možnému zmatení informací.
- 8) **Vágní zpráva** způsobuje nejistotu příjemce v orientaci a hledání jádra sděleného významu. Tato bariéra v komunikaci může nastat i v případě nadměrného mluvení (tzv. upovídání).
- 9) **Hluk a ruchy z okolí** zhoršují koncentraci na komunikační proces všem zúčastněným.

(Dle Muller, Bezuidenhout, & Jooste, 2011)

## 4.2 Konkrétní bariéry v komunikaci zdravotníka a pacienta

Přestože by se mohlo zdát, že tím hlavním, na co se zaměřit v případě pacienta, je jen léčba samotná, tak i komunikační bariéry mezi zdravotníkem a pacientem mohou vést k nesprávné intervenci nebo neuskutečnění nějaké akce, když jí bylo potřeba. Z těchto bariér je zdůrazňováno **nedorozumění ve zdravotní péči**, které narušuje porozumění léčebnému plánu, poskytnutí informovaného souhlasu a posouzení pacientovy kondice (Iyer, Levin, & Shea, 2006). Neadekvátní komunikace může způsobit velký stres pacientům a jejich rodinám, kteří často očekávají více informací, než ve skutečnosti získají. Mnoho pacientů opouští konzultace, aniž by si byli jisti svojí diagnózou a prognózou (Fallowfield & Jenkins, 1999).

Někdy je nutné zvážit i zdánlivé maličkosti a tudíž nutnost jejich přítomnosti. Příkladem jsou obličejové masky omezující šíření infekčních onemocnění, jelikož vytváří bariéru zasahující především neverbální komunikaci mezi pacientem a zdravotníkem (Noll, Ginsberg, Elahi, & Cavalieri, 2016). Problém však také nastává, když se v komunikaci a **doporučení zdravotníků projevuje inkonzistence**, to pak způsobuje komunikační bariéru v interakci s pacientem i rodinnými příslušníky. Lékaři předpokládají, že zdravotní sestry již znají postup, který jim předem nebyl vysvětlen. Nicméně vzhledem k neobeznámení s dalšími kroky zdravotní sestry očekávání nemusí splnit (Wittenberg-Lyles, Goldsmith, & Ferrell, 2013).

Problémem v komunikaci s pacientem nemusí být jen **nedostatek informací**, ale také rušivé faktory **aktivního naslouchání**, jako jsou příkazy, hrozby, moralizování, přílišné neadekvátní dotazování a nevyžádané rady. Právě poslední faktor pro lékaře i další zdravotnické pracovníky však není ve skutečnosti jednoduše zvladatelný, jelikož jsou pacientem mnohdy očekávány odpovědi, řešení, léčba a vedení (Roberston, 2005). Ukazuje se však, že čím vážnější je onemocnění a čím je pacient starší, tím pacienti více preferují, aby sám lékař rozhodl o léčbě. Nicméně pacienti nejsou mnohdy dostatečně zapojeni do léčby a informování o možných interakcích léků, které užívají a ani o možných komplikacích vyplývajících z jejich zdravotního stavu (Mira, Guilabert, Pérez-Jover, & Lorenzo, 2014). Také **časová náročnost** a **délka** onemocnění směřuje k různému prožívání nemoci. U diabetu se mnohdy popisuje hned několik fází a přirovnávají se k fázím dle Kübler- Rossové. Nicméně bariérou se nestává jen samotná dlouhodobost a vyvstávající zdravotní komplikace, ale také doprovázející různorodé emoční reakce, v nichž pacient prožívá **pocity viny**, ale **obviňuje** i zdravotníky (Hrachovinová, 2007).

V čínském výzkumu u respondentů (N = 317), kterými byli ambulantní pacienti, vyvstaly tři významné bariéry pro komunikaci zaměřenou na pacienta. Jelikož téměř všichni účastníci si stěžovali na nedostatečný čas pro komunikaci během návštěv lékaře, je hned první a nejvýznamnější bariérou **nedostatek času věnovaného pacientovi**. Druhou bariérou byly nejrozličnější komunikační problémy, které mnohdy vyvstávaly z nižšího vzdělání pacienta. Tito pacienti se zdráhali přijmout sdílení moci, spolurozhodování a odpovědnosti, jelikož nevěděli, jak klást otázky a **vysvětlení lékaře chápali s obtížemi**. Třetí reflektovanou bariérou bylo **nadměrné předepisování testů a procedur**. Samotní pacienti preferují komunikaci zaměřenou na pacienta a s tímto očekávají empatický přístup, komunikační dovednosti, dostatečný čas a sdílení informací. Vysoce vzdělaní pacienti nadto vyžadují oproti paternalistickému přístupu sdílení moci (Ting, Yong, Yin, & Mi, 2016).

Na druhé straně zdravotníci (N = 1256) pečující o vážně nemocné hospitalizované pacienty hlavní bariéry shledávají ve **složitosti přijmout pacientem a rodinnými příslušníky nepříjemnou diagnózu** a také složitosti přijmout **limity a omezení**, jež léčbu doprovázejí. Jako další významné bariéry v léčbě pak zdravotníci reflektují **nesoulad v cílech léčby mezi rodinnými příslušníky a neschopnost pacientů udělat rozhodnutí o záměru léčby**. Vlastní dovednosti zdravotníci považovali za méně důležité (You et al., 2015).

Výčet negativních faktorů ze strany pacienta, které **negativně ovlivňují dodržování rad, ale i příkazů zdravotníků**, vytvořil Jaro Křivohlavý (2002). Je třeba upozornit, že se jedná o seznam, v němž je významná reflexe pacienta a pro každého může mít týž faktor jiný význam. Mezi tento druh bariér jsou zařazeny následující: adolescence; vyhýbání se nemoci; pocit nepřítomnosti nemoci, přestože se jedná jen o doznívající stádium; kulturní a etnický kontext, v němž lékařovy rady nemají dostatečnou významnost; zdlouhavé hledání lékařské péče; zdlouhavé čekání v čekárně; příliš dlouhá léčba; nadměrná komplikovanost léčby; velké množství doporučené medikace; nelibá příchut' léku; medikace narušující časový harmonogram a denní režim; nepochopení smyslu medikace v léčbě; neporozumění příbalovému letáku léku; zhoršující stav navzdory investovaného úsilí k vyléčení se; rady znamenající přílišnou nebo nepohodlnou změnu zasahující do života pocit nezranitelnosti a falešný optimismus (optimistic bias).

### **Specifičnost ze strany pacienta jako možná bariéra**

**Sluchové znevýhodnění pacienta** vyžaduje specifickou komunikaci. Neslyšící pacienti (N = 16) vyjadřují vysokou důvěru v rozhodnutí zdravotníků a nedoptávají se na další informace. Stává se však, že i přes projevy souhlasu z konzultací odcházejí s nejasnou představou o medikaci i diagnóze. Další bariérou je hyperprotektivita rodičů, kteří se s lékaři mnohdy dohodnou na léčbě a medikaci a komunikaci tak vedou za své potomky (Kritzinger, Schneider, Swartz, & Braathen, 2014). V komunikaci s neslyšícím je ideální možností přizvat tlumočníka a i v případě jiných znevýhodnění sluchu pacienta je nezbytné zřetelně artikulovat a dívat se pacientovi do očí nikoliv do dokumentace. Zdravotník by měl mluvit pomalu, být trpělivý a využívat neverbální signály v souladu s obsahem sdělení. Aby bylo jasné, že pacient nejen rozumí, ale též souhlasí, je třeba se pacienta doptávat na jeho názory (Honzák, 1999).

**Nevidomý pacient** může přijít s doprovodem i bez něj. I tak je však důležité vždy hovořit přímo k pacientovi, nikoliv k doprovodu. V komunikaci se znevýhodněnými pacienty platí stejná pravidla jako s ostatními pacienty (představení se apod.), ale aby se zrakové

znevýhodnění nestalo bariérou, je potřeba dodržovat základní pravidla, kterými jsou ohleduplnost, sdělování možných překážek v místnosti a snížení hluku (např. rádio). Bariérou také ale může vytvořit nadměrná péče o pacienta, čímž se snižuje jeho soběstačnost (Kelnarová, 2009).

**Tělesné postižení** zahrnuje velké množství možných znevýhodnění. To, co však může zapříčinit bariéru v komunikaci je zaměřování se na neobvyklé projevy pacienta (např. záškuby, hypersalivace) a podle nich následné odvozování inteligence. Je nutné předpokládat (primárně bez deficitů) inteligenci hlavně na základě již dostupné dokumentace nebo právě komunikace s pacientem. Další bariérou může být postoj, který by neměl vyjadřovat rovnocennost, např. k pacientovi na vozíčku by se měl zdravotník usadit. Vzhledem ke konkrétnímu znevýhodnění je třeba uzpůsobit prostředí a omezit překážky (Honzák, 1999).

Pro omezení bariér v komunikaci zdravotníka s pacientem se zdravotním postižením je možné využít **Desatera pro komunikaci s OZP** (osoba se zdravotním postižením), v nichž jsou sumarizovány zásady pro komunikaci s pacienty s pohybovým, sluchovým a zrakovým postižením včetně okolností s využitím doprovodu a asistenčních psů. Dále zde však zdravotníci naleznou i komunikační desatero pro komunikaci s geriatrickými pacienty, s diagnózou demence, s poruchou autistického spektra a po poranění mozku (Národní rada pro osoby se zdravotním postižením v ČR, 2006).

Další skupinou pacientů jsou tzv. problémoví pacienti. V tomto případě se jedná o pacienty **agresivní, kverulující, seduktivní** (svádějící), **narcistické, úzkostné a depresivní**. Zdravotník musí vždy zachovat profesionální přístup a mnohdy je velmi nápomocná empatie spolu s vedením (úzkost a deprese) a jindy schopnost udržet si pevné profesionální hranice v roli zdravotníka (seduktivní pacient) (Honzák, 1999). V každém případě je nezbytné, aby zdravotník pacienta nekritizoval a nehodnotil, nýbrž projevil zájem o řešení pacientova problému. Možné negativní prožitky se u zdravotníka samozřejmě objevit mohou, ale rozhodně je nutno v komunikaci zlobu minimalizovat a nahradit ji vysvětlením (Kamarádová, Látalová, & Hajda, 2016).

Emoce pacienta však nemusí být nepřiměřené. Dokonce i agrese může být nějakým způsobem odůvodněná (např. dlouhé čekání a nejistota) a úzkost může být vyústěním pochopitelných obav ze zdravotního stavu a dalších okolností. **Strach** u pacientů není neobvyklým jevem. V případě plánované anestezie pacienti (N = 400) vnímali strach a předoperační úzkosti. V tomto případě je nejvhodnější mapovat, čeho se pacienti obávají a empaticky objasnit okolnosti, aby se tak strach nestal znehodnocujícím faktorem komunikace. V případě anestezie se pacienti nejvíce obávali pooperačních bolestí, nemožnosti se probudit,

nevolností, zvracení, drenáže a jehel, přičemž ženy obecně vykazovaly větší obavy. O svých obavách 63 % respondentů hovořilo s příbuznými a celkem 95,5 % respondentů preferovalo možnost se setkat přímo s anesteziologem (Mavridou, Dimitriou, Manataki, Arnaoutoglou, & Papadopoulos, 2013).

V komunikaci s **dětským pacientem** mohou způsobovat bariéry v případě využití příliš direktivního přístupu, kárání, lhaní, znehodnocení emocí (především strachu) a pláče. Také je potřeba komunikovat s dětskými pacienty s ohledem na věk (Zacharová, 2008).

### **4.3 Metody překonávání komunikačních bariér**

Komunikace s pacienty je považována za jednu ze základních klinických dovedností. Efektivní komunikace však není determinována jen zkušenostmi a osobnostními dispozicemi, nýbrž je možné ji cíleně a systematicky zdokonalovat (Ptáček & Bartůněk, 2014). S přihlédnutím k dělení obecných bariér v kapitole 4.1 uvádím níže základní principy jejich překonávání:

- 1) Faktory přicházející z okolí jsou lépe překonávány ujištěním, že je všem komunikujícím dáвана dostatečná pozornost. To znamená, že mluvčí je koncentrován na posluchače a posluchač na mluvčího. Kromě pozornosti také pomáhá věnovat adekvátní množství času.
- 2) Přestože se zdravotník a pacient nacházejí v rovině poskytování služeb, i tak je vhodné užívat strategii volného průběhu komunikace, tedy nevázat se tolik pevnou strukturou vět a sdělení.
- 3) Redukce vnímané pozice (stupeň hierarchie) snižuje možnost zkreslení obsahu sdělení. V praxi to znamená nevystupovat nadbytečně dominantně k pacientovi a nezdůrazňovat svoji pozici vzhledem k ostatním zdravotníkům.
- 4) Bariéru vznikající statusem či mocí je možné redukovat použitím takových slov, které činí sdělení srozumitelným. Neverbální komunikace signifikantně zlepšuje komunikaci napříč úrovněmi v hierarchii pozic.
- 5) Použitím několika možností sdělení (verbálně, telefonicky, pomocí různých nástrojů apod.) zvyšuje schopnost předání zprávy v její komplexitě a snižuje pravděpodobnost nepochopení.
- 6) Personální faktory (osobnostní bariéry, emoce, hodnoty,...) lze ovlivnit dostatečným množstvím empatie a projevením zájmu o emoce, postoje a názory druhého. V tomto



případě je důležitá snaha o pochopení druhého a umění na situaci nahlížet i z jeho úhlu pohledu.

(Dle: Borkowski, 2005; Longest, Rakich, Darr, 2000)

### **Trénink komunikačních dovedností**

U lékařů, kteří podstoupili trénink komunikačních dovedností, bývá zaznamenáno hned několik zlepšení. Dokáží lépe vyjadřovat emocionální podporu, vytvořit příznivé prostředí a kvalitněji poskytovat srozumitelné informace. Tato zlepšení však nejsou výhodou jen pro lékaře, ale samotní pacienti lékařů, kteří absolvovali komunikační trénink, vykazují menší depresivitu (Fujimori et al., 2014). Zdravotní sestry po tréninku reflektovaly menší pracovní stres a komunikační obsah s pacienty nabýval větší úrovně positivity (Sprangers, Dijkstra, & Romijn-Luijten, 2015). Dle zaměření tréninku se také může zdokonalit využívání komunikace zaměřené na pacienta. Navíc se zdravotníci po tréninku více věnují i jiným nežli somatickým projevům, ale též se zajímají o duševní zdraví (Douglas et al., 2016).

V případě zlepšování týmové komunikace mezi zdravotníky navzájem je též zdůrazňováno zlepšování efektivní komunikace, ale také společné trénování a absolvování simulací. Každý z týmu je hodnotný a významný, proto by si zdravotníci měli uvědomovat jednotlivé kompetence, nikoliv zdůrazňovat vlastní pozici v hierarchii pozic dané instituce. Správná týmová spolupráce může zlepšit bezpečnost pacienta, míru komplikací i úmrtnost (Weller, Boyd, & Cumin, 2014).

Při tréninku komunikačních dovedností může být využito několik technik. Simulační centrum (SICE) v České republice organizuje tzv. simulační tréninky, při nichž účastníci absolvují simulované situace. Tyto tréninky jsou určeny přímo pro zdravotnický personál a hlavním trenérem je psycholog, přičemž zaměřením tréninku může být i komunikace s příbuznými nebo specifickými klienty, např. gerontologickými či dětskými (SICE, n.d.). Kromě simulačních technik se využívá též videotrénink, jež byl využíván např. ve Fakultní nemocnici Motol v rámci projektu Zdravá nemocnice, kde se využívalo přímo nahrávek při práci s pacientem na oddělení Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN). Metoda umožňuje propojení teoretických znalostí a praktických dovedností (Jechová, 2004).

### **Specializační kurzy**

Specializační kurzy jsou většinou jednorázové a trvají několik hodin. Institut postgraduálního vzdělávání organizuje každoroční kurzy cílené na konkrétní problematiku, přičemž se může jednat o specializační kurz v komunikaci vycházející z lékařské psychologie

nebo efektivní komunikaci jako takovou. Ve skutečnosti se ale specializační kurzy zaměřují na různorodou problematiku a jsou určeny různým zdravotnickým profesím.

V rámci nemocnic se pořádají kurzy pro zaměstnance, kde je příkladem Ústřední vojenská nemocnice, jejichž kurzy jsou odborně vedeny právě oddělením psychologie. V případě tréninku pro zdravotní sestry je lektorem psycholog, ale též vrchní sestra jako edukační specialista v oblasti psychologie (Uvn, 2017).

Kurzy jsou kromě nemocnic a institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví také organizovány specializovanými vzdělávacími centry a společnostmi (např. Gaudia, Mek-In, Medical Care Psychology či IPVZ).

### **Bálintovská skupina**

Na vztah pacienta a lékaře se zaměřují Bálintovské skupiny, jejichž původní záměr byla supervize pro praktické lékaře. V této skupině se lékař učí, jak pracovat se vztahem lékař-pacient, a směřuje k reflexi tohoto vztahu z více úhlů pohledu. Ve skupině lékaři sdílí jednotlivé případy, které chtějí se skupinou řešit a diskutovat. Skupina se po sdělení případu konkrétního lékaře dále dotazuje a vyjadřuje své názory v podobě fantazií k danému zadání. Na závěr by mělo vždy proběhnout shrnutí a reflexe pocitů lékaře, který se s případem skupině svěřil. Bálintovská skupina tak umožňuje zodpovědět nezodpovězené otázky a získat náhled dalších osob (Raudenská & Javůrková, 2011). Bálintovská skupina je dnes supervizní metodou využitelnou u více profesí (např. pro pedagogy), nicméně význam zůstává pořád stejný, a to aby odborník v dané situaci nezůstával sám a získal kolegiální zpětnou vazbu. Bálintovská skupina pomáhá snižovat úzkost a nejistotu a kromě negativ a pochybností se hledají pozitivní a podpůrné aspekty (Štětovská, 2007).

Nejen pacienti potřebují podporu, ale též zdravotníci. Podporu mohou získat z nabídky poskytovaných služeb (kurzy, tréninky a bálintovské skupiny), což rozšiřuje znalosti z oboru lékařské psychologie, jež je v kompetenci zdravotníka. Taktéž ale mohou využívat podpory oboru klinické psychologie, která je v kompetenci psychologa. Zdravotníci dnes mohou využívat služeb **klinického psychologa** v péči o duševní zdraví a emocionální stav pacienta přímo při výkonu své práce, například při sdělování vážných diagnóz nebo při přípravě na vyšetření a operace (Křivohlavý, 2002; Vymětal, 2003).

## 5. Návrh výzkumného projektu

Návrh výzkumného projektu vychází z poznatků literárně-přehledové části bakalářské práce. Jak výzkumy ukazují, komunikace zdravotníka s pacientem může působit hned na několik faktorů léčby, jako např. na vývoj klinických výsledků pacientů, sebeuplatnění, posílení resilience, důvěru v učiněná rozhodnutí, vyšší zájem o spolupráci a udržování compliance, jež mimo jiné může znamenat i bezpečnější průběh léčby (Durand et al., 2014; Flickinger et al., 2016; Hojat et al., 2011; Kapp-Simon et al., 2015; Maningat, Gordon, & Breslow, 2013; Río-Lanza, Suárez-Álvarez, Suárez-Vázquez, & Vázquez-Casielles, 2016; Stacey et al., 2011; Teperová & Sikorová, 2012).

Doposud realizované výzkumy ukazují, že užitek z tréninku komunikačních dovedností nevnímají pouze pacienti, kteří jsou s lékaři absolvujícími trénink spokojenější, ale taktéž zdravotníci, kteří vykazují po absolvování tréninku v komunikačních dovednostech zlepšení empatie a prevence syndromu vyhoření (Boissy et al., 2016).

V České republice se potřebami pacientů zabývá projekt Kvalita očima pacientů (dále KOP). Vznikl jako reakce na projekt Světové zdravotnické organizace (WHO) Zdraví 21, jehož základním požadavkem je rozvíjet kvalitu poskytované zdravotní péče v zemích Evropské unie. Na KOP je významné, že cílem je hodnocení kvality poskytované péče z pohledu pacientů: sami pacienti tak sdíleli s výzkumníky své vlastní zkušenosti a reflexi spokojenosti s poskytováním služeb v nemocnicích. Projekt vychází z dat získaných od pacientů z lůžkové a ambulantní péče (Sršeň, 2010). Tento výzkum byl započat roku 2009 s počtem respondentů vyšším nežli 26 tisíc, přičemž hospitalizovaných dospělých pacientů téhož roku bylo přes 40 tisíc. Ministerstvo zdravotnictví od počátku projekt podporovalo, což zvýšilo efektivitu průběhu výzkumu. Metodika je standardizovaná a je uskutečňována dotazníkem (Raiter, 2010). Samotný dotazník (viz příloha č.2) slouží také jako nástroj k vylepšování komunikace a přináší tak nemocnicím další podněty ke zlepšení. (Pokorná & Holá, 2016).

### 5.1 Cíle výzkumu

Výzkumným zájmem by bylo zdokonalit poskytovanou péči ve zdravotnictví v oblasti komunikačních dovedností. Jednalo by se o jedno konkrétní oddělení, pro jehož zdravotníky by se naplánoval program tréninku komunikace za účelem zlepšení celkové komunikace s pacientem, pochopení pacienta a zlepšení dovedností komunikace zaměřené na pacienta a využití přístupu spolurozhodování.

Cílem výzkumu je zjistit, zda se trénink komunikačních dovedností projeví jako pozitivní aspekt pacientovy léčby. Budou nás tedy zajímat klinické výsledky a jejich vývoj v čase, dále sebeuplatnění<sup>2</sup> pacientů, subjektivně vnímané zdraví pacienta, spokojenost se zdravotníky a poskytovanými službami.

Hlavní výzkumná otázka zní:

- **Dosahují pacienti po zavedení tréninku komunikačních dovedností pro zdravotníky lepších výsledků, nežli je to u pacientů podstupujících standardní péči?**

### 5.1.1 Formulace výzkumných hypotéz

Dle stanoveného výzkumného cíle byly stanoveny následující hypotézy:

**H<sub>01</sub>:** Pacienti experimentální skupiny zdravotníků se v míře vnímané spokojenosti s kvalitou poskytované péče ve zdravotnickém zařízení neliší od kontrolní skupiny pacientů.

**H<sub>A1</sub>:** Pacienti experimentální skupiny zdravotníků vykazují vyšší míru spokojenosti s kvalitou poskytované péče ve zdravotnickém zařízení v porovnání s kontrolní skupinou pacientů.

**H<sub>02</sub>:** Pacienti experimentální skupiny zdravotníků se v míře sebeuplatnění neliší od kontrolní skupiny pacientů.

**H<sub>A2</sub>:** Pacienti experimentální skupiny zdravotníků vykazují vyšší míru sebeuplatnění v porovnání s kontrolní skupinou pacientů.

**H<sub>03</sub>:** Pacienti experimentální skupiny zdravotníků se v úrovni subjektivně vnímaného zdraví neliší od kontrolní skupiny pacientů.

**H<sub>A3</sub>:** Pacienti experimentální skupiny zdravotníků vykazují vyšší úroveň subjektivně vnímaného zdraví v porovnání s kontrolní skupinou pacientů.

**H<sub>04</sub>:** Pacienti experimentální skupiny zdravotníků se v klinických výsledcích v průběhu času neliší od kontrolní skupiny pacientů.

---

<sup>2</sup> Termín sebeuplatnění je překladem původního znění (self-efficacy) podle Jaromíra Janouška (Janoušek, 1992).

**H<sub>A4</sub>**: Pacienti experimentální skupiny zdravotníků mají lepší klinické výsledky v průběhu času v porovnání s kontrolní skupinou pacientů.

## 5.2 Metody

Závislé proměnné, které budou sledovány, jsou sebeuplatnění, vnímaná kvalita zdravotnické péče a subjektivně vnímané zdraví. Pro všechny tyto zvolené proměnné jsou vybrány příslušné standardizované dotazníky, které budou respondenty vyplněny v den propouštění z hospitalizace ještě v nemocnici. Výzkumníci budou do nemocnice docházet pravidelně. Další proměnnou jsou klinické výsledky, jež budou zhodnocovány na základě škály pro hodnocení funkčnosti svalů a kloubů v oblasti chirurgického zásahu.

K měření sebeuplatnění bude využíván dotazník Schwarzera a Jerusalema General Self-Efficacy Scale v českém znění od J. Křivohlavého s názvem **Dotazník obecné vlastní efektivity** (Křivohlavý, Schwarzer, & Jerusalem, 1993). Dotazník (viz příloha č.4) obsahuje celkem 10 položek a respondenti odpovídají na čtyřbodové stupnici, přičemž čím je skóre vyšší, tím to značí vyšší míru sebeuplatnění (Šolcová, & Kebza, 2006). Zaškrťovaná odpověď se pohybuje na škále: naprosto nesouhlasí (1), spíše nesouhlasí (2), spíše souhlasí (3), naprosto souhlasí (4) (Hoskovcová, 2006).

Vnímanou kvalitu poskytované zdravotnické péče budeme měřit dotazníkem **Kvalita očima pacientů** (viz příloha č. 2), přičemž o používání bude informován vedoucí projektu Tomáš Raiter a ministerstvo zdravotnictví. Dotazník je rozdělen do několika částí: Přijetí nebo převoz, Přijetí (první kontakt), Pobyť v nemocnici, Ošetřující lékař, Lékaři obecně, Zdravotní sestry, Zdravotní péče a léčba, Propuštění a Obecné hodnocení. V každé části jsou otázky, na které respondent odpovídá dle vlastního pocitu. Při administraci dotazníku bude postupováno dle metodického návodu<sup>3</sup> a na základě domluvy s vedoucím projektu bude projednána archivace dotazníků či vzájemná spolupráce se zpracováním dat.

K měření subjektivně vnímaného zdraví bude využit dotazník **SF-36** (viz příloha č. 3). Tento dotazník obsahuje 36 položek rozdělených do osmi podkategorií (cílených hlavně do oblastí: bolest, vitalita, vliv duševního zdraví, fyzické funkce, sociální vlivy) spadajících do dvou hlavních kategorií, a to vlivu psychické a fyzické složky (Němec, Chaloupka, Krbec, & Messner, 2009). Kromě hodnocení celkového zdraví a položky dotazující se na hodnocení aktuálního zdravotního stavu ve srovnání se zdravotním stavem před rokem obsahuje dotazník položky, v nichž respondent označuje míru souhlasu na příslušných škálách.

---

<sup>3</sup> Metodický návod je nyní aktualizovaný pro rok 2015 a dostupný online: [http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/download/METODICKY\\_NAVOD\\_Vestnik.pdf](http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/download/METODICKY_NAVOD_Vestnik.pdf)

K hodnocení funkčnosti chirurgem ošetřených částí těla budou lékařem či zdravotní sestrou vyplňovány škály (viz příloha č. 1) inspirované funkčním testem podle Jandy (viz obr. č. 3), původně využívaným pro hodnocení funkčnosti svalů. První tato škála bude vyplněna v den propuštění z hospitalizace, další při každé kontrole. Každému pacientovi bude přiřazen kód: číslo, dle něhož budou škály archivovány. Celkem budou škály vyplňovány při každé kontrole, u každého pacienta po dobu 6 měsíců. Po tréninku budou do výzkumu přibíráni pacienti po dobu 6 měsíců, přičemž poslední se stane součástí skupiny respondentů na konci šestého měsíce a budou tak u něj ještě sbírány klinické výsledky, tj. po dobu následujících 6 měsíců. Celkově tak budou data sbírána 12 měsíců. V tomto případě bude využita pro případ zjištění základního hybného rozsahu a stavu celé operované oblasti (lze i více oblastí, s využitím příslušného množství škál), např. loketní, kolenní kloub apod.

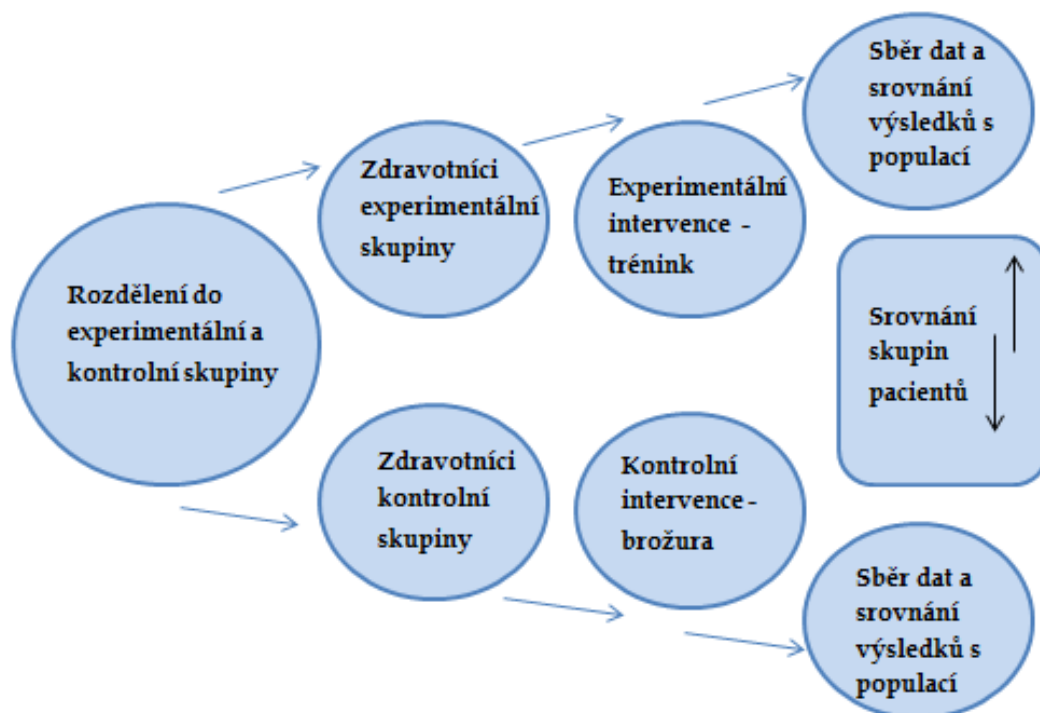
stupeň	popis
5 normální	odpovídá normálnímu svalu, respektive svalu s velmi dobrou funkcí; sval je schopen překonat při plném rozsahu pohybu značný vnější odpor; odpovídá tedy 100 % normálu, nicméně to neznamená, že takový sval je zcela normální ve všech funkcích, např. v unavitelnosti
4 dobrý	odpovídá přibližně 75 % síly normálního svalu; znamená to, že testovaný sval provede lehce pohyb v plném rozsahu a dokáže překonat středně velký vnější odpor
3 slabý	vyjadřuje asi 50 % síly normálního svalu; tuto hodnotu má sval tehdy, když dokáže vykonat pohyb v celém rozsahu s překonáním zemské tíže, tedy proti váze testované části těla; při zjišťování tohoto stupně neklademe vnější odpor
2 velmi slabý	určuje asi 25 % síly normálního svalu; sval této síly je sice schopen vykonat pohyb v celém rozsahu, ale nedovede překonat ani tak malý odpor, jako je váha testované části těla, poloha nemocného musí být proto upravena tak, aby se při pohybu maximálně vyloučila zemská tíže
1 záškub	vyjadřuje zachování přibližně 10 % svalové síly; sval se sice při pokusu o pohyb smrští, ale jeho síla nestačí k pohybu testované části
0 nula	při pokusu o pohyb sval nejeví nejmenší známky stahu

Obrázek č.3 - Funkční svalový test podle Jandy (Krivošíková, 2011, s. 175)

### 5.2.1 Parametry výzkumného souboru

Výzkumu se budou účastnit dvě hlavní skupiny respondentů, a to zdravotníci a pacienti (viz obr. č. 4). Zvoleným oddělením je oddělení traumatologie a ortopedie z důvodu jasnějších klinických výsledků a konkrétnějších diagnóz (např. oproti interním oddělením) a také z důvodu menšího zájmu o posilování komunikace na těchto odděleních (ve srovnání např. s onkologickými odděleními). Na toto oddělení a na sekretariát vedení nemocnice bude

zaslán **e-mail s nabídkou účasti na výzkumu** spočívajícím ve zlepšování komunikačních dovedností zdravotníka a pacienta. Informovat budeme o aplikování několika metod efektivní interakce s pacientem. E-mail bude obsahovat formulář a kontaktní údaje na výzkumníky sloužící k zaregistrování oddělení do daného výzkumu, případě odmítnutí účasti, která je pro všechny zcela dobrovolná. V případě, že se dané oddělení do čtrnácti dnů neozve, zašleme další výzvu **dopisem** spolu s formulářem. Pokud opět po čtrnácti dnech nebude zaregistrována žádná odezva, výzkumníci uskuteční **telefonický hovor** s vedoucím lékařem oddělení za účelem ověření si informace, zda se oddělení bude, případně nebude účastnit výzkumu. Výzkumník nebude uvádět hypotézy, abychom zamezili snaze zdravotníků kladně vyhovět výsledkům výzkumu i informování pacientů. Nicméně z etických důvodů uvedeme hlavní záměr výzkumu, a to snaha o zkvalitnění komunikace zdravotníka s pacientem s cílem podpořit jak zdravotníka, tak i pacienta v procesu léčby. Časový plán včetně plánu měření pacientů bude již součástí informace v e-mailu, v dopisu i v telefonickém hovoru.



Obr. č. 4 – Stručné schéma výzkumného designu

Náhodným výběrem ze seznamu registrovaných oddělení traumatologie a ortopedie v České republice bude vybráno jedno oddělení. Protože nebudeme vybírat jednotlivce, ale celá oddělení čili skupinu elementů (cluster), bude se jednat o skupinový výběr (Ferjenčík, 2000). Vzhledem k možnému rozdílu s ohledem na velikost oddělení, počet pracovníků či potenciální nadstandardní služby, bude zvolena metoda párování, která zajistí, že dvě vybraná

oddělení nebudou natolik odlišná. K prvnímu náhodně vybranému oddělení pak následně náhodně vybereme jedno z možných oddělení, jež byla metodou párování k tomuto oddělení vybrána. Následně náhodně proběhne losem výběr toho, které oddělení podstoupí experimentální intervenci a kontrolní intervenci. Zdravotníci, kteří absolvují trénink, budou lékaři a zdravotní sestry, neboť ti jsou v nejbližším kontaktu s pacienty. Podmínkou účasti na výzkumu bude informovaný souhlas všech účastníků výzkumu (sester a lékařů včetně vedoucího managementu).

Sledování budou pacienti obou oddělení, jež budou hospitalizováni na standardním lůžkovém oddělení dospělé traumatologie a ortopedie. Respondenti budou zkoumáni po vykonání chirurgického výkonu v průběhu hospitalizace i po ní, přičemž charakteristikou respondentů bude též kognitivní a fyzická schopnost účasti a dále bude nutností psaný informovaný souhlas. Vzhledem k tomu, že je zvoleno dospělé oddělení, naši respondenti z řad pacientů budou ve věku 18 let a více. Výzkum bude realizován po dobu jednoho roku a počet respondentů bude očekáván s ohledem na vybraná oddělení.

Minimální požadovaný počet respondentů při velikosti účinku 0,5 a síle testu 0,8 vychází 128, tedy 64 respondentů do každé skupiny. V tomto případě očekáváme minimálně 64 pacientů na každém oddělení.

## **5.2.2 Realizace výzkumu**

Jako metoda výzkumu je zvolena randomizovaná kontrolní studie porovnávací experimentální skupinu, v níž lékaři a zdravotní sestry podstoupili trénink komunikačních dovedností a kontrolní skupinu, které bude poskytnuta kontrolní intervence ve formě brožury o rozsahu 6 stran s teoretickými informacemi o pozitivních aspektech empatie, naslouchání, komunikace zaměřené na pacienta a spolurozhodování.

### **Plán tréninku**

Základní charakteristiky tréninku včetně metod, jež budou během tréninku využity, jsou vypsány v níže uvedených bodech:

### **Rozsah a kapacita tréninku**

Trénink bude sestávat ze tří setkání po šesti hodinách. Každé následné setkání se uskuteční po čtrnácti dnech, což znamená, že každých 14 dní zdravotníci absolvují 6 hodin výcviku a po konečném měsíci a půl absolvují 18 hodin celkového výcviku.



## Východiska tréninku

Trénink bude navržen pro českou populaci pacientů, proto bude vycházet především z potřeb českých pacientů. Tematické okruhy tréninku budou vycházet z osmi dimenzí kvality KOP pro lůžkovou péči, jež jsou spolu s dalšími informacemi dostupné na stránkách <http://www.hodnoceni-nemocnic.cz>. Indikátory je možné si prohlédnout v následující tabulce:

Lůžková péče
1. Přijetí pacienta do zařízení
2. Respekt, ohled, úcta k pacientovi
3. Koordinace a integrace péče
4. Informace a komunikace
5. Tělesné pohodlí
6. Citová opora
7. Zapojení rodiny a blízkých do léčby
8. Propuštění pacienta ze zařízení

Tabulka č.1: Dimenze podle KOP (Raiter, 2010, Sršeň, 2010)

Pilířem teoretické i praktické části budou právě dimenze lůžkové péče v souladu se zásadami komunikace zaměřené na pacienta a strategií spolurozhodování dle Elwynova modelu pro klinickou praxi včetně empatického přístupu se zahrnutím prožívání pacienta do komunikace (Elwyn et al., 2012; Friedman, 2011).

## Cíle tréninku

Cílem tréninku komunikačních dovedností pro zdravotníky bude vylepšení dosavadních komunikačních dovedností, které by mohlo vést k efektivnější komunikaci a navázání kvalitnějšího vztahu s pacientem. Dalším významným cílem je zvýšení schopností překonávání komunikačních bariér a jejich možné prevence. Hlavním cílem tréninku je využívání komunikace zaměřené na pacienta se zaměřením na pacienta jako na lidskou bytost, kterou zdravotník doprovází léčebným procesem nejen prakticky za pomoci léčebných postupů a doporučení, ale též svým porozuměním.

## Témata tréninku

Jednotlivé teoretické části a metody využití v tréninku budou tvořeny na základě tří hlavních témat, kterými budou **na pacienta zaměřená komunikace**, **sdílené rozhodování** a

**dimenze lůžkové péče KOP.** Další součástí budou též **bariéry** znesnadňující využívání na pacienta zaměřené komunikace a sdíleného rozhodování. Témata budou jednotlivě představena a propojena, přičemž budou součástí nácviků.

### **Metody užívané v tréninku**

V tréninku bude využito několika metod, přičemž trénink bude koncipován tak, aby vždy po teoretické části následovala část praktická, jejíž hlavním kritériem je interaktivita účastníků navzájem a účastníků se školiteli, kterými budou psychologové a odborníci (již vyškolení lékaři a lektoři komunikačních dovedností).

Jednou z metod bude využívání **kazuistik** pacientů od školících psychologů či literatury zaměřené na lékařské prostředí vnímané negativně i pozitivně. V tomto případě se všem účastníkům přečte kazuistika s maximálním rozsahem 1,5 normostrany. Zúčastněným se odevzdají i vytištěné verze a následovat bude rozdělení do skupin o 4 osobách. Skupiny budou po dobu patnácti minut společně řešit, jaké možné aspekty komunikace vyvolaly dané vnímání pacienta. Cílem skupin bude identifikovat pozitiva komunikace a vymýšlet jiné způsoby vedení komunikace, které by vedly ke zlepšení pacientova vnímání interakce se zdravotníkem. Závěry ze skupin budou prezentovány ve velké skupině se shrnutím a poznámkami přítomného odborníka.

**Simulační technika** zahrnuje využívání scénářů. Tato technika je podobná simulacím užívaných ve výcviku krizové intervence. Aktérem ztvárňujícím roli pacienta může být psycholog anebo profesionální herec. Zdravotník se bude podílet na situaci interakce zdravotník-pacient svojí účastí. Při simulacích budou účastníci rozdělení do skupin po třech, kdy jeden bude vždy v roli zdravotníka a jeden pozorovatele (třetí osoba je psycholog/herce). Herec zůstane stejný, ale role zdravotníka a pozorovatele si účastníci vymění. Jedna krátká simulace bude trvat vždy přibližně 5-10 minut a 5 minut bude probíhat zpětná vazba. Poté se účastníci vymění za stejných časových podmínek. Ve velké skupině poté mohou sdílet své nejdůležitější prožitky a informace. Cílem je v simulacích odhalit své silné stránky, nikoliv kritizovat.

Využití **videotréninku interakcí** (dále VTI) může být přímo v terénu, ale v tomto případě se bude jednat o nadstandardní simulační techniku. K dispozici bude záznamová a promítací technika. V této simulaci bude kromě nahrávání ještě rozdílem, že pacienta nebude hrát psycholog ani jiný z trenérů, ale sami zdravotníci. Ve skupinách po třech bude vždy jeden nahrávat, druhý hrát roli zdravotníka a třetí pacienta. VTI bude probíhat na základě předaného scénáře vycházejícího z kazuistiky (která nebyla dosud součástí tréninku) a aktéři

budou mít za úkol během 5-10 minut sehrát daný scénář. Následně bude probíhat společné promítání a týmový debriefing nad jednotlivými nahrávkami.

### 5.2.3 Analýza dat

První část analýzy dat bude tvořit **srovnávání míry sebeuplatnění, vnímané kvality zdravotnické péče a subjektivně vnímaného zdraví s normami v běžné populaci** nepárovým t-testem.

Druhou částí měření se bude porovnávat měření **klinických výsledků v čase**. Tato část měření bude uskutečněna prostřednictvím testu ANOVA s opakovaným měřením (Anova repeated measures).

Ve třetím měření budou kontrolní a experimentální **skupiny mezi sebou porovnávány** nepárovým t-testem a rozptyl v obou skupinách analyzujeme lineární regresí. Tato část je velmi významná pro hodnocení efektivity tréninkového programu.

Veškeré zmíněné statistické výpočty budou vyhodnocovány ve statistickém a analytickém softwaru SPSS. Hladinu významnosti u všech měření určíme 0,05. Cohenovo  $d$  při velikosti 0,8 a vyšší by značilo velký reálný efekt (effect size).

## 6. Diskuze

V diskuzi nastíním možné limity a přednosti výzkumu. Dále bude projednávána rovněž literárně-přehledová část, a to s podobným záměrem, tedy diskutováním o úskalích i přednostech teoretických poznatků.

**Návrh výzkumného projektu** v této bakalářské práci není jednoduchým výzkumným designem, nýbrž náročnější verzí aplikace tréninkového programu a zkoumání jeho účinku. Výzkumníci by museli ve výzkumu setrvat a věnovat se mu delší dobu, jelikož by výběr respondentů, organizace tréninku a následné měření dat trvalo delší časový úsek, a to přibližně rok. Fluktuace výzkumníků by se mohla stát rušivým faktorem, a to především ve fázi účasti zdravotníků v tréninkovém programu.

Přestože budou kontaktována všechna oddělení traumatologie a ortopedie v České republice, bude záležet hlavně na zaměstnancích, zda se do výzkumu budou chtít zapojit, až následně budou z přihlášených oddělení náhodně vybrána dvě, jež budou srovnávána. Nežádoucí proměnnou tak může být již právě ona ochota, zájem a aktivita zaměstnanců, jež se budou chtít zúčastnit, v tomto případě tak nemůžeme hovořit o úplném náhodném výběru, ale o samovýběru (Ferjenčík, 2000). Otázkou by bylo, z jakých důvodů některá oddělení trénink odmítla, jelikož by se dalo předpokládat, že přihlášená oddělení budou projevovat větší zájem o rozvoj komunikačních dovedností a psychologickou problematiku. Vystává tak otázka, zda ve výzkumu nebudou chybět jedinci, kteří mají s komunikací či s pacienty problém.

Taktéž budou muset být zohledněny věkové charakteristiky výzkumného souboru pacientů a zajímavé by též mohlo být i srovnání výsledků dle věkových charakteristik ordinujících lékařů s ohledem na historický vývoj od paternalistického přístupu k přístupu zaměřenému na pacienta a jeho autonomii.

Negativní ovlivnění interní validity může být zapříčiněno regresí k průměru, která vysvětluje, že zjištěné výsledky jsou ovlivněny tendencí vracet se zpět k průměru (Gemignani, Gemignani, Galentino, & Schuermann, 2015; Hendl, 2006). Především klinické výsledky tak mohou mít tendenci se měnit v důsledku regrese k průměru a stejně tak komunikační dovednosti zdravotníků.

Při srovnávání může dojít ke zkreslení, jelikož i po kontrolní intervenci se mohou zdravotníci snažit vyhovět očekávání výzkumníka, což může ovlivnit změnu komunikace s pacienty. V případě zdravotníků absolvujících komunikační trénink se též může projevit snaha vyhovět výzkumníkovi. Snaha o eliminaci této nežádoucí proměnné tak bude

realizována především v dlouhodobém, nikoliv nárazovém, sběru dat. Taktéž se však může projevit Hawthornský efekt, jež by značil jisté proměny a změny, ale navozené právě vědomím, že probíhá výzkum. Zdravotníci budou samozřejmě obeznámeni, že jsou jejich pacienti monitorováni, což zdravotníky může ovlivnit.

Zdravotníci, kteří absolvují kurz komunikačních dovedností, mohou ve své pacienty více věřit a více věřit v jejich schopnosti, schopnosti lepší léčby či hojení. Z tohoto důvodu je nutno zmínit též Pygmalion efekt.

Další nežádoucí proměnné se samozřejmě mohou projevit i ze strany pacientů, a to tím, že odhalí výzkumníkův záměr. Jednalo by se o ovlivnění charakteristikami požadavku (demand characteristics).

Pro další možná zjištění by mohlo být také provedeno ještě čtvrté měření, a to korelování jednotlivých proměnných. Přestože toto měření není primárním cílem výzkumu, může přinést zajímavá zjištění.

V neposlední řadě by mohla výsledky ovlivnit týmová atmosféra mezi zdravotníky. Je možné se domnívat, že zdravotníci mají dobrou atmosféru na oddělení, když se do výzkumu přihlásili a byli ochotni do výcviku společně vstoupit. Toto může být také rušivým faktorem, nicméně cílem tréninku bude hlavně posílení pozitivních kolegiálních vztahů, nikoliv posílení autority a dominance (např. lékaře vůči sestřám). Taktéž by bylo zajímavé se zaměřit i na pracovníky ve zdravotnictví, jež s pacienty také komunikovali. Mohou to být uklízečky (případně uklízeči), pečovatelé nebo jiná pomocná síla.

Standardní poskytovanou péčí je v bakalářské práci rozuměna doposud poskytovaná zdravotnická péče, i ta se však může v rámci pracovišť lišit.

S tím taktéž souvisí finanční zajištění celého výzkumného projektu. Projekt vyžaduje především vytvoření brožur, organizaci komunikačního tréninku, finanční ohodnocení trenérů a dále zajištění materiálů využívaných ke sběru i vyhodnocení dat. Řešením finančního zabezpečení celého výzkumu by mohla být grantová podpora od grantové komise Filozofické fakulty Univerzity Karlovy anebo Programu grantové podpory Ministerstva zdravotnictví České republiky. Dalším zdrojem financí by se mohli stát případní sponzoři, jež by výzkumný projekt podpořili sponzorskými dary. Vzhledem k nutnosti zaznamenávání klinických výsledků bude potřeba motivovat zdravotní setry či lékaře, aby výsledky vyplňovaly a archivovali (výzkumník je bude pravidelně odebírat). V tomto případě pak bude vzhledem k finančnímu zajištění zvažována odpovídající odměna (např. kancelářské potřeby, vybavení, či finanční poukázky), aby se zajistila návratnost dotazníků.

Předností výzkumného projektu může být zvýšený zájem o pacienty, jejich prožívání a správné komunikování. Stejně tak se může zlepšit atmosféra a přátelské vztahy, přičemž na prevenci konfliktů během tréninku bude vždy dohlížet přítomný trenér.

Taktéž by bylo zajímavé, kdyby byly využity další metody se zaměřením na jiné aspekty (např. na empatii lékaře po tréninku).

Další proměnné a limity budou nejspíše identifikovány přímo během realizace výzkumného projektu a v tomto případě tak budou obsaženy v závěrečné diskuzi.

V **Literárně-přehledové části** byly představeny pozitivní aspekty a bariéry v komunikaci zdravotníka s pacientem spolu s metodami jejich překonávání. Na základě výzkumů se ukazuje, že přístup zdravotníka a jeho empatie mohou mít souvislost s průběhem léčby, angažovanosti a aktivitě pacienta, důvěrou pacienta ve zdravotníka i zlepšení klinických výsledků či přítomnost komplikací. Vzhledem k velkému množství bariér však není možné vytvořit jediný ideální postup vhodný pro všechny zdravotníky. Pacienti přichází do zdravotnického zařízení za různým účelem, ale také s různými problémy, a to vše vždy s různým kontextuálním pozadím.

V komunikaci by se mohlo mapovat mnohem podrobněji a prozkoumat tak detailnější pozitiva i bariéry v komunikaci s pacientem. Též by bylo vhodné se zaměřovat na jednotlivé profese spolu s nároky na ně kladenými a kompetencemi od nich očekávanými. Vzhledem ke konkrétnímu a užšímu zaměření na komunikaci se zdravotníkem nebyly projednávány jednotlivé aspekty komunikace jako fenoménu, přičemž by v této souvislosti mohly být identifikovány faktory prostředí, postoje (včetně mimiky a gestikulace), ale též týmové spolupráce.

Zajímavé by taktéž bylo mapování rozdílů mezi nemocnicemi a vedením, přičemž v některých nemocnicích je větší spolupráce s psychology a zdravotníky z různých oddělení a jinde je tato spolupráce omezená či minimální. Taktéž vedení pracoviště může mít příliš vysoké nároky na zdravotníky, což se může projevat i v komunikaci s pacientem. Stejně tak by se mohla mapovat i souvislost platového ohodnocení a adekvátnosti vybavení (např. moderní vs. zastaralé).

V souvislosti s bariérami by též mohly být vymezeny kompetence zdravotníků, jelikož pacienti mnohdy od zdravotníků očekávají více, nežli jim zdravotníci mohou poskytnout. Ve skutečnosti zdravotníci mohou využít doporučení na další odborníky a sami mohou problematiku konzultovat s odborníky z jiných profesí. Projednána tak mohla být role psychologa v nemocnici a úloha lékařské psychologie, jakožto podpůrného teoretického i praktického rámce, z něhož mohou zdravotníci čerpat pro zkvalitnění své praxe.

Více by také bylo možné se zabývat pacienty s psychickým onemocněním, kde je komunikace též specifická, ale neznamená to, že by neměla být zkvalitňována, ale naopak by neměl být opomíjen její význam a dopad.

Co se týče modelu paternalistického versus zaměřeného na pacienta (patient-centered), je nutné vzít v úvahu historický kontext. Dříve byl pacient považován především za pasivního příjemce, ale s historickým vývojem a přechodu k demokratickému režimu se nyní zdůrazňuje autonomie pacienta a jeho aktivní podílení se na poskytované péči (Halmo, 2015).

## Závěr

Stát se pacientem obnáší mnoho změn ve srovnání s běžným životním režimem. Pacient se nachází ve zdravotnickém prostředí a jeho zdravotní stav není hodnocen jen jím samotným, ale také zdravotníkem. Mnohá rozhodnutí, ať už se to týká typu očkování, rehabilitace, medikace anebo chirurgického zákroku, závisí na tom, co pacientovi sdělí lékař a jak je jeho zdravotní stav vyhodnocen. Přestože se dbá o autonomii pacienta a jeho spolupráci v péči o vlastní zdraví, není možné, aby tato péče probíhala bez spolupráce se zdravotníkem.

To, jakým způsobem s pacienty zdravotník komunikuje, může ovlivnit další pacientovy kroky v péči o vlastní zdraví. V bakalářské práci tak bylo záměrem především upozornit na smysluplnost vzájemné komunikace, a to nejen po obsahové stránce, nýbrž taktéž o způsob využití komunikace a její schopnost podpořit pacienta a tím i jeho léčbu. Pochopení, porozumění, empatie, sdílené rozhodování a posilování naděje či compliance aj. tak mohou být těmi aspekty, které pacientovi dokážou ulehčit již tak tíživou situaci nebo rozhodnutí, ke kterému se musí odhodlat. Zajímavé je, že přístup zdravotníka může také ovlivňovat míru depresivity, úzkosti nebo klinických výsledků pacienta (např. hladina cholesterolu). V tomto případě se komunikace zaměřená na pacienta a další pozitivní aspekty nestávají jen sympatickou součástí komunikace, ale dokonce podpůrným aspektem v léčbě fyzického i mentálního zdraví pacienta.

Pro zdravotníky nemusí být vždy jednoduché dodržovat pozitivní aspekty komunikace. Setkávají se s mnoha bariérami a sami jsou lidé, kteří mají své prožitky, sympatie a fyzické limity (únava, vyčerpání, hlad, apod.). Práce neměla poukázat na chyby zdravotníků, nýbrž na pozitiva, která efektivní komunikace může obnášet. A dále na bariéry, kterým je možné se vyhýbat a pracovat s nimi. Všechny tyto aspekty jsou uváděny především za cílem usnadnění práce zdravotníků a zkvalitnění péče o pacienty, která vede k pozitivním důsledkům, jež reflektují pacienti sami anebo jsou zaznamenány ve výzkumech. V empirické části se vyhází z části literárně-přehledové. V plánovaném výzkumném projektu se zdravotníci ze dvou oddělení účastní komunikačního tréninku, přičemž bude zkoumána efektivita tréninku na základě výsledků a reflexi pacientů. Tento návrh vede k lepšímu porozumění pacientům a jejich potřebám včetně prevence selhání komunikace z důvodu komunikačních bariér. Rovněž je předpokládán pozitivní dopad na pacientovo zdraví a reflexi poskytované péče a dále sebeuplatnění a subjektivně vnímané zdraví pacienta.

Tato bakalářská práce by měla být podnětem k zamyšlení či dalšímu zkoumání pozitivního efektu komunikace na pacienta i zdravotníka.



## Literatura

- Adams, J. R., Drake, R. E., & Wolford, G. L. (2007). Shared decision-making preferences of people with severe mental illness. *Psychiatric Services, 58*(9), 1219-1221.
- Attar, H. S., & Chandramani, S. (2012). Impact of physician empathy on migraine disability and migraineur compliance. *Annals of Indian Academy of Neurology, 15*(5), 89.
- Bandura, A. (1998). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. *Psychology and health, 13*(4), 623-649.
- Borkowski, N. (2005). *Organizational Behavior in Health Care*. Boston: Jones & Bartlett Publishers.
- Boissy, A., Windover, A. K., Bokar, D., Karafa, M., Neuendorf, K., Frankel, R. M., ... & Rothberg, M. B. (2016). Communication skills training for physicians improves patient satisfaction. *Journal of general internal medicine, 31*(7), 755-761.
- Brannon, L., Feist, J., & Updegraff, J. A. (2013). *Health psychology: An introduction to behavior and health*. Belmont: Wadsworth Cengage Learning.
- Brůha, D., & Prošková, E. (2011). *Zdravotnická povolání*. Praha: Wolters Kluwer
- Cohen, L., D. McChargue, and F. Collins. (2003). *The Health Psychology Handbook: Practical Issues for the Behavioral Medicine Specialist*. London: Sage Publications.
- Češková, E. (2015). Společné rozhodování o léčbě. *Psychiatrie pro praxi, 16* (2): 49–50.
- De Mooij, M. (2013). *Human and mediated communication around the world: A comprehensive review and analysis*. Cham, Heidelberg, New York, Dordrecht & London: Springer Science & Business Media.
- Del Canale, S., Louis, D. Z., Maio, V., Wang, X., Rossi, G., Hojat, M., & Gonnella, J. S. (2012). The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Academic Medicine, 87*(9), 1243-1249.
- DeVito, J. A. (2001). *Základy mezilidské komunikace*. Praha: Grada.

- Douglas, S. R., de Andrade, A. R. V., Boyd, S., Leslie, M., Webb, L., Davis, L., ... & Bickman, L. (2016). Communication training improves patient-centered provider behavior and screening for soldiers' mental health concerns. *Patient education and counseling, 99*(7), 1203-1212.
- Durand, M. A., Carpenter, L., Dolan, H., Bravo, P., Mann, M., Bunn, F., & Elwyn, G. (2014). Do interventions designed to support shared decision-making reduce health inequalities? A systematic review and meta-analysis. *PloS one, 9*(4), e94670.
- Elwyn, G., Dehlendorf, C., Epstein, R. M., Marrin, K., White, J., & Frosch, D. L. (2014). Shared decision making and motivational interviewing: achieving patient-centered care across the spectrum of health care problems. *The Annals of Family Medicine, 12*(3), 270-275.
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., ... & Edwards, A. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of general internal medicine, 27*(10), 1361-1367.
- Elwyn, G., Lloyd, A., Joseph-Williams, N., Cording, E., Thomson, R., Durand, M. A., & Edwards, A. (2013). Option Grids: shared decision making made easier. *Patient education and counseling, 90*(2), 207-212.
- Etkind, S. N., Daveson, B. A., Kwok, W., Witt, J., Bausewein, C., Higginson, I. J., & Murtagh, F. E. (2015). Capture, transfer, and feedback of patient-centered outcomes data in palliative care populations: does it make a difference? A systematic review. *Journal of pain and symptom management, 49*(3), 611-624.
- Fallowfield, L., & Jenkins, V. (1999). Effective communication skills are the key to good cancer care. *European Journal of Cancer, 35*(11), 1592-1597.
- Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
- Fields, S. K., Mahan, P., Tillman, P., Harris, J., Maxwell, K., & Hojat, M. (2011). Measuring empathy in healthcare profession students using the Jefferson Scale of Physician Empathy: health provider–student version. *Journal of interprofessional care, 25*(4), 287-293.

- Flickinger, T. E., Saha, S., Roter, D., Korthuis, P. T., Sharp, V., Cohn, J., ... & Beach, M. C. (2016). Clinician empathy is associated with differences in patient–clinician communication behaviors and higher medication self-efficacy in HIV care. *Patient education and counseling*, 99(2), 220-226.
- Friedman, H. S. (2011). *Oxford Handbook of Health Psychology*. New York: Oxford University Press.
- Fujimori, M., Shirai, Y., Asai, M., Kubota, K., Katsumata, N., & Uchitomi, Y. (2014). Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized controlled trial. *Journal of clinical oncology*, 32(20), 2166-2172.
- Gemignani, Z., Gemignani, Ch., Galentino, R., & Schuermann, P. (2015). *Efektivní analýza a využití dat*. Brno: Computer Press
- Halmo, R. (2015). *Sebepéče v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada
- Hamann, J., Langer, B., Winkler, V., Busch, R., Cohen, R., Leucht, S., & Kissling, W. (2006). Shared decision making for in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(4), 265-273.
- Hartley, P. (2002). *Interpersonal communication*. London: Routledge.
- Hendl, J. (2006). *Přehled statistických metod zpracování dat*. Praha: Portál.
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Vergare, M., & Magee, M. (2002). Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *American Journal of Psychiatry*, 159(9), 1563-1569.
- Hojat, M., Louis, D. Z., Markham, F. W., Wender, R., Rabinowitz, C., & Gonnella, J. S. (2011). Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. *Academic Medicine*, 86(3), 359-364.
- Honzák, R. (1999). *Komunikační pasti v medicíně: Praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. Praha: Galén.
- Hoskovcová, S. (2006). *Psychická odolnost předškolního dítěte*. Praha: Grada Publishing as.
- Howell, S. J. (2016). Empathy & Its Role in Quality Care. *Exam Schedule*, 8(4), 20.

- Hrachovinová, T. (2007). Psychologie péče o pacienty s diabetem. *Medicína po promoci*, 8(2), 60-68.
- Hugman, B. (2009). *Healthcare communication*. London: Pharmaceutical Press.
- Christensen, A. J., Martin, R., & Smyth, J. (2014). *Encyclopedia of health psychology*. New York: Kluwer Academic Press.
- Iyer, P. W., Levin, B. J., & Shea, M. A. (2006). *Medical legal aspects of medical records*. USA: Lawyers & Judges Publishing Company.
- Jagosh, J., Boudreau, J. D., Steinert, Y., MacDonald, M. E., & Ingram, L. (2011). The importance of physician listening from the patients' perspective: Enhancing diagnosis, healing, and the doctor-patient relationship. *Patient education and counseling*, 85(3), 369-374.
- Janoušek, J. (1992). Sociálně kognitivní teorie Alberta Bandury. *Československá psychologie*, 36(5), 385-398.
- Janoušek, J. (2007). *Verbální komunikace a lidská psychika*. Praha: Grada
- Jechová, K. (2004). VTI jako součást projektu „Zdravá nemocnice“ ve FN Motol. In Beaufortová, K., Wels, P. M. A., Starostová, O., Koběrská, P., Jechová, K., & Kohoutová, A. (Eds.), *Video jako nástroj pomoci: Sborník II. národní konference o videotréninku interakcí* (22-25).
- Kamarádová, D., Látalová, K., & Hajda, M. (2016). „Problémový“ pacient v ambulanci urologa. *Urologie pro praxi*, 17(4), 180-182.
- Kapp-Simon, K. A., Edwards, T., Ruta, C., Bellucci, C. C., Aspinnall, C. L., Strauss, R. P., ... & Patrick, D. L. (2015). Shared Surgical Decision-Making and Youth Resilience: Correlates of Satisfaction with Clinical Outcomes. *The Journal of craniofacial surgery*, 26(5), 1574.
- Kelnarová, J. (2009). *Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty 4. ročník*. Grada Publishing as.
- Kožený, J., & Tišanská, L. (2013). The structure of the Jefferson Scale of Physician Empathy in Czech physicians. *Československá Psychologie*, 57(6), 521-532.

- Krautscheid, L. C. (2008). Improving communication among healthcare providers: Preparing student nurses for practice. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 5(1), 1-13.
- Kristiansen, M., Irshad, T., Worth, A., Bhopal, R., Lawton, J., & Sheikh, A. (2014). The practice of hope: a longitudinal, multi-perspective qualitative study among South Asian Sikhs and Muslims with life-limiting illness in Scotland. *Ethnicity & health*, 19(1), 1-19.
- Kritzinger, J., Schneider, M., Swartz, L., & Braathen, S. H. (2014). "I just answer 'yes' to everything they say": Access to health care for deaf people in Worcester, South Africa and the politics of exclusion. *Patient education and counseling*, 94(3), 379-383.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J., Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1993). *Userpage.fu-berlin.de*: Dotazník obecné vlastní efektivity. Retrieved, January 14, 2014 from <http://userpage.fu-berlin.de/~health/czec.htm>
- Krivošíková M. (2011). *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada
- Longest, B. B., Rakich, J. S., Darr, K. (2000). *Managing health services organizations and systems*. Baltimore: Health Professions Press.
- Maningat, P., Gordon, B. R., & Breslow, J. L. (2013). How do we improve patient compliance and adherence to long-term statin therapy?. *Current atherosclerosis reports*, 15(1), 291.
- Marková, M. (2010). *Sestra a pacient v paliativní péči*. Praha: Grada.
- Mavridou, P., Dimitriou, V., Manataki, A., Arnaoutoglou, E., & Papadopoulos, G. (2013). Patient's anxiety and fear of anesthesia: effect of gender, age, education, and previous experience of anesthesia. A survey of 400 patients. *Journal of anesthesia*, 27(1), 104-108.
- Mercer, S. W., Maxwell, M., Heaney, D., & Watt, G. C. (2004). The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and

reliability of an empathy-based consultation process measure. *Family practice*, 21(6), 699-705.

- Mira, J. J., Guilabert, M., Pérez-Jover, V., & Lorenzo, S. (2014). Barriers for an effective communication around clinical decision making: an analysis of the gaps between doctors' and patients' point of view. *Health Expectations*, 17(6), 826-839.
- Muller M., Bezuidenhout M. & Jooste K. (2011) *Health Care Service Management*. Cape Town: Juta.
- Myšička, B. (2001). *Kdo je zdravotník – výklad MPSV*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ekonomický odbor. Retrieved May 1, 2016, from [http://osz-stare.cmkos.cz/CZ/Z\\_tisku/Bulletin/02\\_2001/kdo\\_je\\_zdr\\_MPSV.html](http://osz-stare.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/02_2001/kdo_je_zdr_MPSV.html)
- Národní rada pro osoby se zdravotním postižením v ČR (2006). *Nrzp.cz: Desatero pro komunikaci s OZP*. Retrieved March 16, 2017 from <http://www.nrzp.cz/poradenstvi-sluzby/desatero-pro-komunikaci-s-ozp.html>
- Němec, F., Chaloupka, R., Krbec, M., & Messner, P. (2009). Hodnocení kvality života pacientů s degenerativním onemocněním bederní páteře. *Acta Chir. orthop. Traum. čech*, 76, 20-24.
- Noll, D. R., Ginsberg, T., Elahi, A., & Cavalieri, T. A. (2016). Effective Patient-Physician Communication Based on Osteopathic Philosophy in Caring for Elderly Patients. *The Journal of the American Osteopathic Association*, 116(1), 42-47.
- Park, S. G., Derman, M., Dixon, L. B., Brown, C. H., Klingaman, E. A., Fang, L. J., ... & Kreyenbuhl, J. (2014). Factors associated with shared decision-making preferences among veterans with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 65(12), 1409-1413.
- Perreault, S., Dragomir, A., Blais, L., Bérard, A., Lalonde, L., White, M., & Pilon, D. (2009). Impact of better adherence to statin agents in the primary prevention of coronary artery disease. *European journal of clinical pharmacology*, 65(10), 1013-1024.
- Pokorná, B., & Holá, J. (2016). *Dspace.upce.cz: Hodnocení kvality spokojeností pacientů*. Retrieved April 8, 2016 from [http://dspace.upce.cz/bitstream/handle/10195/64746/PokornaB\\_HodnoceniKvality\\_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://dspace.upce.cz/bitstream/handle/10195/64746/PokornaB_HodnoceniKvality_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Ptáček, R., & Bartůněk, P. (2014). *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha: Grada.
- Quill, T. E. (1989). Recognizing and adjusting to barriers in doctor-patient communication. *Annals of Internal Medicine*, 111(1), 51-57.
- Raiter, T. (2010). Stručný výtah z výsledků výzkumu KOP v přímo řízených organizacích MZ. In: T. Raiter, D. Jurásková, M. Šnajdr, M. Hellerová, P. Vepřek & J. Kunová (Eds.), *Sborník konference Kvalita očima pacientů 2010* (pp. 4-7). Retrieved from [http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/download/sbornik\\_KOP\\_A5\\_interaktivni.pdf](http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/download/sbornik_KOP_A5_interaktivni.pdf)
- Rakel, D. P., Hoeft, T. J., Barrett, B. P., Chewing, B. A., Craig, B. M., & Niu, M. (2009). Practitioner empathy and the duration of the common cold. *Family medicine*, 41(7), 494.
- Raudenská, J., & Javůrková, A. (2011). *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada.
- Río-Lanza, A. B., Suárez-Álvarez, L., Suárez-Vázquez, A., & Vázquez-Casielles, R. (2016). Information provision and attentive listening as determinants of patient perceptions of shared decision-making around chronic illnesses. *SpringerPlus*, 5(1), 1386.
- Roberston, K. (2005). Active listening: more than just paying attention. *Australian family physician*, 34(12), 1053.
- Rosengren, K. E. (1999). *Communication: an introduction*. London: Sage.
- Saha, S., & Beach, M. C. (2011). The impact of patient-centered communication on patients' decision making and evaluations of physicians: a randomized study using video vignettes. *Patient education and counseling*, 84(3), 386-392.
- Seyedrasooli, A., Rahmani, A., Howard, F., Zamanzadeh, V., Mohammadpoorasl, A., Aliashrafi, R., & Pakpour, V. (2014). Iranian cancer patient perceptions of prognosis and the relationship to hope. *Asian Pac J Cancer Prev*, 15(15), 6205-10.
- Shafi, S., Barnes, S. A., Rayan, N., Kudyakov, R., Foreman, M., Cryer, H. G., ... & Holcomb, J. (2014). Compliance with recommended care at trauma centers: association with patient outcomes. *Journal of the American College of Surgeons*, 219(2), 189-198.
- Schiavo, R. (2013). *Health Communication: From Theory to Practice*. Somerset: Jossey-Bass.

- SICE: *Simulační trénink komunikace* (n.d.). Retrieved February 12, 2017 from <http://www.sice.cz/trenink-komunikacnich-dovednosti/>
- Sprangers, S., Dijkstra, K., & Romijn-Luijten, A. (2015). Communication skills training in a nursing home: effects of a brief intervention on residents and nursing aides. *Clinical interventions in aging, 10*, 311-319.
- Sršeň, V. (2010). *Zdravotnická zařízení přímo řízená ministerstvem zdravotnictví budou certifikována v oblasti kvality péče o pacienty*. Tisková zpráva. Retrieved January 3, 2017 from [http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/media/Tiskova\\_zprava\\_Kvalita\\_ocima\\_pacientu\\_2009](http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/media/Tiskova_zprava_Kvalita_ocima_pacientu_2009)
- Stacey, D., Bennett, C. L., Barry, M. J., Col, N. F., Eden, K. B., Holmes-Rovner, M., ... & Thomson, R. (2011). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev, 10*(10).
- Stern, D. T. (2005). *Measuring Medical Professionalism*. New York: Oxford University Press.
- Stewart, M., Brown, J. B., Donner, A., McWhinney, I. R., Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *Journal of Family Practice, 49*: 796-804.
- Štětovská, I. (2007). Bálintovská skupina – bezpečná supervize pro učitele. *Rodina a škola, 54* (4), 28-29.
- Teperová, M. & Sikorová, L. (2012). Adherence k terapii u pacientů léčených warfarinem. *Ošetřovatelství a porodní asistence, 3*(2), 398-403.
- Teutsch, C. (2003). Patient–doctor communication. *Medical Clinics of North America, 87*(5), 1115-1145.
- Ting, X., Yong, B., Yin, L., & Mi, T. (2016). Patient perception and the barriers to practicing patient-centered communication: A survey and in-depth interview of Chinese patients and physicians. *Patient education and counseling, 99*(3), 364-369.
- US Department of Health and Human Services, and Healthy People 2020 (2013) *Health Communication and Health Information Technology*. Retrieved October 13, 2017



from <http://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/health-communication-and-health-information-technology>.

Uvn: *Speciální práce s pacientem - krize a krizové situace v životě* (2017). Retrieved April 29, 2017 from [https://www.uvn.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4999:specialni-prace-s-pacientem-syndrom-vyhoeni-1-unora-2017&catid=62&lang=cs&Itemid=955](https://www.uvn.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=4999:specialni-prace-s-pacientem-syndrom-vyhoeni-1-unora-2017&catid=62&lang=cs&Itemid=955)

Veloski, J., & Hojat, M. (2006). Measuring specific elements of professionalism: Empathy, teamwork, and lifelong learning. In D.T. Stern, *Measuring Medical Professionalism* (pp. 117–145). New York: Oxford University Press.

Vokurka, M., & Hugo, J. (2004) *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf

Vorlíček, J., Adam, Z., & Pospíšilová, Y. (2004). *Paliativní medicína*. Praha: Grada.

Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.

Weller, J., Boyd, M., & Cumin, D. (2014). Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgraduate medical journal*, 90(1061), 149-154.

Wittenberg-Lyles, E., Goldsmith, J., & Ferrell, B. (2013). Oncology nurse communication barriers to patient-centered care. *Clinical journal of oncology nursing*, 17(2), 152-158.

You, J. J., Downar, J., Fowler, R. A., Lamontagne, F., Ma, I. W., Jayaraman, D., ... & Neary, J. (2015). Barriers to goals of care discussions with seriously ill hospitalized patients and their families: a multicenter survey of clinicians. *JAMA internal medicine*, 175(4), 549-556.

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

Zacharová, E. (2008). Úloha sociální komunikace v dětském lékařství. *Pediatric pro praxi*, 9(1), 56-57.

Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Retrieved March 28, 2016 from [http://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby\\_6102\\_1786\\_11.html](http://www.mzcr.cz/legislativa/dokumenty/zdravotni-sluzby_6102_1786_11.html)

- Zhao, Y., Zabriski, S., & Bertram, C. (2014). Associations between statin adherence level, health care costs, and utilization. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 20(7), 703-713.
- Zwingmann, J., Baile, W. F., Schmier, J. W., Bernhard, J., & Keller, M. (2017). Effects of patient-centered communication on anxiety, negative affect, and trust in the physician in delivering a cancer diagnosis: A randomized, experimental study. *Cancer*.

## **Přílohy**

**Příloha č. 1: Škála pro zhodnocení stavu pacienta po zákroku**

**Příloha č. 2: Dotazník Kvalita očima pacientů**

**Příloha č. 3: Dotazník SF-36 o zdravotním stavu**

**Příloha č. 4: Dotazník obecné vlastní efektivity**

## Příloha č.1

### Škála pro zhodnocení stavu pacienta po zákroku

Pacient č. \_\_\_\_\_

Hodnocení se týká A) propouštěcího dne z hospitalizace B) kontroly po hospitalizaci

Datum: \_\_\_\_\_

Hodnocení se týká stavu (např. loketního kloubu, ...): \_\_\_\_\_

Níže zakroužkujte číslo příslušného stupně pro příslušnou operovanou oblast:

Stupeň	Popis
<b>5</b> <b>(normální)</b>	Normální stav s velmi dobrou funkcí. Pohyb a funkce může být prováděna v plném rozsahu a odpovídá 100% normálu. Nemusí odpovídat normálu ve všech funkcích, nýbrž ve většině.
<b>4</b> <b>(dobrý)</b>	Stav odpovídající 75% normálu. Pohyb může být vykonáván v plném rozsahu, ale jen přes středně velký odpor.
<b>3</b> <b>(slabý)</b>	Stav odpovídá 50% normálu. Pohyb může být vykonáván v plném rozsahu, ale dokáže překonat jen odpor odpovídající tíži hodnocené (testované) části těla.
<b>2</b> <b>(velmi slabý)</b>	Stav odpovídá 25% normálu. Pohyb může být vykonán v plném rozsahu, ale nedokáže překonat ani lehký odpor odpovídající testované části těla.
<b>1</b> <b>(nedostačivý)</b>	Stav odpovídá 10% normálu. Pohyb je jen velmi omezený. Namísto plného pohybu se objevují záškuby.
<b>0 (nula)</b>	Neprojevuje se pohyb ani zachované funkce.

## Příloha č.2

### Dotazník: Kvalita očima pacientů



KVALITA OČIMA PACIENTŮ  
www.hodnoceni-nemocnic.cz

## KVALITA OČIMA PACIENTŮ HODNOCENÍ LŮŽKOVÉ PÉČE

**H-02**

Název zdravotnického zařízení: .....

Kód oddělení 1 – lůžko

--	--	--	--	--

(Kód odd. 2 – oš. lékař)

--	--	--	--	--

Kodér

--	--

Děrovač 1

--	--

Děrovač 2

--	--

**Dotazník by měl pacient vyplnit sám. Pokud potřebuje při vyplňování pomoc, měly by odpovědi vyjadřovat jeho názory, nikoliv názory pomáhající osoby. Pomáhající osobou nesmí být personál zdravotnického zařízení, ale může jí být kdokoliv další, komu pacient důvěřuje. Dotazník prosím vyplňte, zalepte do přiložené obálky a při odchodu ze zdravotnického zařízení vhodte do sběrné schránky, která je k tomuto účelu zřízena na oddělení. Dotazník je anonymní, se všemi uvedenými údaji bude zacházeno jako s důvěrnými a budou použity výhradně ke zlepšování kvality péče o pacienty. Zdravotnický personál jednotlivých oddělení nemá k vyplněným dotazníkům přístup.**

Vážená paní, vážený pane,

Zvyšování kvality zdravotní péče je jednou z priorit tohoto zdravotnického zařízení. Vaše odpovědi nám umožní zjistit, jaké jsou potřeby pacientů a co je třeba v lůžkové zdravotní péči zlepšit.

Obracíme se proto na Vás s dotazníkem, který se týká spokojenosti s průběhem Vaší současné hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Cílem výzkumu je podpora trvalého zvyšování kvality zdravotní péče a zavedení standardní metodiky používané ve vyspělých zemích Evropské unie.

Prosíme Vás, abyste věnoval/a přibližně dvacet minut pečlivému vyplnění tohoto dotazníku. Nejde o nic složitého, na stejné otázky odpovídají v této době tisíce pacientů po celé republice.

Dotazník je sestaven do přehledných kapitol, které se vždy týkají určité oblasti péče o pacienty. U každé otázky označte, prosím, zakřížkováním do příslušného okénka tu odpověď, která nejvíce odpovídá Vaší současné zkušenosti. Rádi bychom získali maximální možný počet odpovědí na položené otázky, proto Vás žádáme o trpělivost při vyplňování dotazníku. Vaše odpovědi na položené otázky by měly co nejdříve popsat Vaši zkušenost s touto Vaší hospitalizací. Nebojte se proto kritiky u těch oblastí, se kterými jste zde nebyl/a spokojen/a, a naopak kladného hodnocení v případě, že jste spokojen/a byl/a. Pokud na některou otázku nedokážete z nějakého důvodu odpovědět, zaznamenejte čitelně tuto skutečnost u dané otázky. Pokud se při vyplňování zmýlíte, stačí chybnou odpověď zřetelně přeškrtnout a vyplnit správné okénko.

V případě dotazů, nejasností či žádostí o vysvětlení se můžete obrátit na personál nebo vedení zdravotnického zařízení, případně na řešitele projektu.

**Děkujeme Vám za spolupráci a za čas, který věnujete vyplnění dotazníku. Velmi si Vaší ochoty vážíme.**

RNDr. Tomáš Raiter  
autor projektu Kvalita Očima Pacientů  
e-mail: info@hodnoceni-nemocnic.cz

**Upozornění: Prosím, nezapomeňte, že tento dotazník se týká pouze Vaší současné návštěvy ve zdravotnickém zařízení a posledního oddělení, ze kterého budete nyní propuštěn/a.**

**1. Byl/a jste v tomto zařízení, kde právě ležíte, hospitalizován/a plánovaně nebo jako akutní případ?**

- 1 Neplánovaně, jako akutní případ
- 2 Plánovaně, byl/a jsem objednan/a předem
- 3 Byl/a jsem převezen/a odjinud

### **PLÁNOVANÉ PŘIJETÍ / PŘEVOZ DO ZAŘÍZENÍ**

*Tuto část dotazníku vyplňte pouze pokud bylo Vaše přijetí či prevoz do tohoto zařízení předem plánováno. Netýká-li se Vás tato část, přejděte k otázce číslo 6 („Jak na Vás působil první kontakt se zařízením“).*

**2. Jak dlouho jste čekal/a na přijetí do zařízení?**

- 1 Nečekal/a jsem
- 2 2-3 dny
- 3 Do jednoho týdne
- 4 Do jednoho měsíce
- 5 Do půl roku
- 6 Do roka
- 7 Do dvou let
- 8 Více než dva roky
- 9 Nevím

**3. Byl termín Vašeho přijetí zdravotnickým zařízením změněn?**

- 1 Ne
- 2 Ano, jednou
- 3 Ano, 2-3 ×
- 4 Ano, 4 × nebo vícekrát
- 5 Nevím

**4. Zdála se Vám doba čekání na přijetí do zařízení vzhledem k Vašemu zdravotnímu stavu:**

- 1 Příliš dlouhá
- 2 Tak akorát
- 3 Byl/a jsem přijat/a dříve, než jsem předpokládal/a
- 4 Nevím

**5. Zhoršily se Vaše zdravotní potíže během čekání na přijetí do zařízení?**

- 1 Ano
- 2 Ne

### **JAK PROBÍHALO VLASTNÍ PŘIJETÍ DO ZAŘÍZENÍ**

**6. Jak na Vás působil první kontakt se zařízením (na pohotovosti, na příjmu apod.)? Zapůsobil na mně:**

- 1 Velmi dobře a profesionálně
- 2 Průměrně
- 3 Velmi špatně
- 4 Nevzpomínám si

**7. Dostal/a jste během přijetí dostatek informací o svém zdravotním stavu a dalším průběhu Vaší léčby?**

- 1 Ano
- 2 Ano, v omezené míře
- 3 Ne, ačkoliv jsem je žádal/a
- 4 Ne, nežádal/a jsem informace

**8. Jak dlouho jste při příjmu do zařízení čekal/a na uložení na lůžko?**

- 1 Do 15 minut
- 2 Méně než jednu hodinu
- 3 Alespoň jednu, ale méně než dvě hodiny
- 4 Dvě a více hodin
- 5 Nepamatuji se

**9. Zakroužkujte, jak byste oznámkoval/a organizaci a plynulost Vašeho přijetí do zařízení.**

(1 = nejlepší známka, 5 = nejhorší známka)

1.....2.....3.....4.....5

## POBYT V ZAŘÍZENÍ

**10. Rušil Vás v noci hluk?**

- 1  Ne
- 2  Ano, hluk ostatních pacientů
- 3  Ano, hluk zaměstnanců zařízení
- 4  Ano, hluk zvenčí

**11. Jak jste byl/a spokojen/a s čistotou pokojů?**

- 1  Velmi spokojen/a
- 2  Spíše spokojen/a
- 3  Spíše nespokojen/a
- 4  Zcela nespokojen/a

**12. Jak jste byl/a spokojen/a s čistotou toalet a sprch?**

- 1  Velmi spokojen/a
- 2  Spíše spokojen/a
- 3  Spíše nespokojen/a
- 4  Zcela nespokojen/a
- 5  Toalety/sprchy jsem nepoužíval/a

**13. Vyhovovala Vám teplota ve Vašem pokoji?**

- 1  Ano
- 2  Spíše ano
- 3  Spíše ne
- 4  Ne
- 5  Nevím

**14. Vyhovovala Vám doba ranního buzení?**

- 1  Ano
- 2  Spíše ano
- 3  Spíše ne
- 4  Ne
- 5  Nevím

**15. Vyhovovala Vám doba návštěv?**

- 1  Ano
- 2  Spíše ano
- 3  Spíše ne
- 4  Ne
- 5  Nevím

**16. Jak byste ohodnotil/a kvalitu jídla?**

- 1  Velmi dobrá
- 2  Spíše dobrá
- 3  Spíše špatná
- 4  Velmi špatná
- 5  Nemocniční stravu jsem nejedl/a

**17. Měl/a jste dietu?**

- 1  Ano
- 2  Ne
- 3  Nevím

**18. Jaké množství jídla jste dostával/a?**

- 1  Příliš mnoho
- 2  Přiměřeně
- 3  Příliš málo
- 4  Nemocniční stravu jsem nejedl/a

**19. Vyhovovala Vám doba podávání jídel?**

- 1  Ano
- 2  Ne
- 3  Nemocniční stravu jsem nejedl/a

**20. Byl/a jste celkově spokojen/a s takovými službami zařízení, jako je např. možnost telefonovat, sledovat TV, zakoupit si noviny atd.?**

- 1  Velmi spokojen/a
- 2  Spíše spokojen/a
- 3  Spíše nespokojen/a
- 4  Zcela nespokojen/a
- 5  Nevím

21. Stalo se Vám někdy, že jste spadl/a z lůžka?

- 1  Ano
- 2  Ne
- 3  Nevím

### OŠETŘUJÍCÍ LÉKAŘ

22. Znal/a jste svého ošetřujícího lékaře?

- 1  Ano, znal/a jsem ho jménem
- 2  Ano, ale neznal/a jsem ho jménem
- 3  Ne, nevím kdo byl můj ošetřující lékař

23. Vyhovovalo Vám, jak často Vás ošetřující lékař navštěvoval?

- 1  Ano
- 2  Ne

24. Jak byste hodnotil/a Váš vztah k ošetřujícímu lékaři z hlediska důvěry? Můžete říci, že Váš vztah byl:

- 1  Velmi dobrý
- 2  Dobrý
- 3  Nepříliš dobrý
- 4  Špatný

### LÉKAŘI OBECNĚ

25. Když jste položil/a lékaři důležitou otázku, dostal/a jste odpověď, které jste rozuměl/a?

- 1  Vždy
- 2  Většinou
- 3  Občas
- 4  Nikdy
- 5  Neptal/a jsem se

26. Pokud jste měl/a strach nebo obavy ze svého stavu nebo léčby, byl lékař ochotný si s Vámi promluvit?

- 1  Vždy
- 2  Většinou
- 3  Občas
- 4  Nikdy
- 5  Neměl/a jsem strach ani obavy

27. Hovořil před Vámi lékař tak, jako byste nebyl/a přítomen/a?

- 1  Často
- 2  Občas
- 3  Nikdy

28. Hovořil s Vámi lékař každý den?

- 1  Ano
- 2  Ne

### ZDRAVOTNÍ SESTRY

29. Když jste položil/a zdravotní sestře důležitou otázku, dostal/a jste odpověď, které jste rozuměl/a?

- 1  Vždy
- 2  Většinou
- 3  Občas
- 4  Nikdy
- 5  Neptal/a jsem se

30. Pokud jste měl/a strach nebo obavy ze svého stavu nebo léčby, byla zdravotní sestra ochotna si s Vámi promluvit?

- 1  Vždy
- 2  Většinou
- 3  Občas
- 4  Nikdy
- 5  Neměl/a jsem strach ani obavy

31. Hovořila před Vámi zdravotní sestra tak, jako byste nebyl/a přítomen/a?

- 1  Často
- 2  Občas
- 3  Nikdy



**32. Měl/a jste důvěru ke zdravotním sestřám, které Vás ošetřovaly?**

- 1  Určitě ano
- 2  Většinou ano
- 3  Většinou ne
- 4  Vůbec ne

**ZDRAVOTNÍ PÉČE / LÉČBA**

**33. Stalo se Vám, že jste dostal/a během pobytu v zařízení od zdravotnického personálu (lékařů, sester) protichůdné informace?**

- 1  Často
- 2  Občas
- 3  Nikdy

**34. Vyhovovala Vám dosažitelnost zdravotnického personálu v zařízení?**

- 1  Určitě ano
- 2  Spíše ano
- 3  Spíše ne
- 4  Určitě ne
- 5  Nevím

**35. Chtěl/a jste být více zapojen/a do rozhodování o své léčbě, než Vám bylo umožněno?**

- 1  Ano
- 2  Ne
- 3  Nevím

**36. Měli Vaši blízcí dostatek příležitostí hovořit s lékařem?**

- 1  Ano
- 2  Ne
- 3  Nevím

**37. Měl/a jste dostatek soukromí, když s Vámi lékař probíral Váš zdravotní stav nebo léčbu?**

- 1  Vždy
- 2  Občas
- 3  Nikdy
- 4  Lékař se mnou nehovořil

**38. Měl/a jste dostatek soukromí během vyšetření nebo léčby?**

- 1  Vždy
- 2  Občas
- 3  Nikdy

**39. Jak jste byl/a celkově spokojen/a s rychlostí, s jakou Vám personál poskytl pomoc, když jste ji potřeboval/a?**

- 1  Velmi spokojen/a
- 2  Spíše spokojen/a
- 3  Spíše nespokojen/a
- 4  Zcela nespokojen/a
- 5  Nepotřeboval/a jsem pomoc

**40. Byl/a jste seznámen/a s právy nemocného?**

- 1  Ano
- 2  Ne
- 3  Nevím

**41. Pokud jste byl/a předem informován/a o vyšetření či zákroku, který jste měl/a podstoupit, stalo se, že jeho termín nebyl dodržen?**

- 1  Často se stalo, že termín nebyl dodržen
- 2  Občas se stalo, že termín nebyl dodržen
- 3  Jen výjimečně se stalo, že termín nebyl dodržen
- 4  Termíny byly vždy dodrženy
- 5  Žádná vyšetření či zákroky jsem nepodstoupil/a
- 6  O vyšetřeních či zákrocích jsem nebyl/a předem informován/a

**42. Vezmete-li v úvahu množství léků, které jste dostával/a na utišení bolesti, myslíte si, že jste:**

- 1  Dostával/a více léků než bylo třeba
- 2  Dostával/a optimální množství léků
- 3  Dostával/a méně léků než bylo třeba
- 4  Léky na bolest jsem nepotřeboval/a
- 5  Nevím

## PROPUŠTĚNÍ ZE ZAŘÍZENÍ

*Tato část dotazníku se týká propouštěcí procedury, proto ji vyplňte až těsně před opuštěním zdravotnického zařízení.*

**43. Vyskytly se nějaké problémy, které způsobily odklad Vašeho propuštění ze zařízení?**

- 1  Ne
- 2  Ano, měl/a jsem zdravotní komplikace
- 3  Ano, čekal/a jsem na léky
- 4  Ano, čekal/a jsem na prohlídku u lékaře
- 5  Ano, čekal/a jsem na sanitku
- 6  Ano, z jiného důvodu

**44. Vysvětlili Vám zdravotníci, jak o sebe máte pečovat a jak užívat léky po propuštění ze zařízení?**

- 1  Jasně a srozumitelně
- 2  Málo srozumitelně
- 3  Nesrozumitelně
- 4  Nevysvětlili vůbec

**45. Řekl Vám někdo, jaké nebezpečné příznaky Vašeho zdravotního stavu máte po propuštění ze zařízení sledovat?**

- 1  Jasně a srozumitelně
- 2  Málo srozumitelně
- 3  Nesrozumitelně
- 4  Neřekl vůbec

**46. Vysvětlili lékaři nebo zdravotní sestry Vaším blízkým, jakou pomoc potřebujete při zotavování?**

- 1  Jasně a srozumitelně
- 2  Málo srozumitelně
- 3  Nesrozumitelně
- 4  Nevysvětlili vůbec
- 5  Moji blízcí nebyli přítomni při mém propuštění ze zařízení

**47. Nabídlí Vám zdravotníci pomoc při zajišťování domácí péče po propuštění ze zařízení (např. pečovatelská služba, sociální pracovník apod.)?**

- 1  Ano
- 2  Ne
- 3  Můj zdravotní stav to nevyžadoval

## OBECNÉ HODNOCENÍ ZAŘÍZENÍ

**48. Cítíte celkově, že jste byl/a léčen/a s úctou a respektem?**

- 1  Určitě ano
- 2  Spíše ano
- 3  Spíše ne
- 4  Určitě ne

**49. Jak hodnotíte postoj celého personálu tohoto zařízení? Řekl/a byste, že postoj byl soucitný a uklidňující a jeho schopnost vzbudit ve Vás dobré pocity byla:**

- 1  Výjimečně velká
- 2  Velká
- 3  Malá
- 4  Nedostatečná

**50. Jak jste byl/a spokojen/a s tím, jak personál zařízení zajistil Vaše citové a duchovní potřeby?**

- 1  Velmi spokojen/a
- 2  Spíše spokojen/a
- 3  Spíše nespokojen/a
- 4  Zcela nespokojen/a

**51. Jak byste celkově ohodnotil/a péči, která Vám zde byla poskytnuta?**

- 1  Výborná
- 2  Velmi dobrá
- 3  Dobrá
- 4  Dostatečná
- 5  Nedostatečná

52. Jak byste hodnotil/a Váš zdravotní stav při propuštění:

- 1  Lepší  
2  Stejný  
3  Horší

53. Doporučil/a byste toto zdravotnické zařízení rodině nebo přátelům?

- 1  Určitě ano  
2  Spíše ano  
3  Spíše ne  
4  Určitě ne

#### SOCIO-DEMOGRAFICKÉ CHARAKTERISTIKY

S1. Jste muž nebo žena?

- 1  Muž  
2  Žena

S2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- 1  Základní bez vyučení  
2  Vyučení bez maturity  
3  Maturita  
4  Vysokoškolské

S3. Rok narození (prosím dopište):

19		
----	--	--

S4. Vyplnil jste tento dotazník samostatně?

- 1  Ano, zcela samostatně.  
2  Ano, potřeboval/a jsem jen vysvětlit některé otázky, ale při vyplňování odpovědi mi nikdo nepomáhal.  
3  Ne, při vyplňování odpovědi jsem potřeboval/a pomoc další osoby, nebyl to ale nikdo z personálu zařízení.  
4  Ne, při vyplňování odpovědi mi pomáhala sestra nebo někdo jiný z personálu zařízení.

S5. Zapište, prosím, dnešní datum:

Den:	Měsíc:	Rok:								
<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td></td></tr></table>	2	0	1	
2	0	1								

#### OSTATNÍ PŘIPOMÍNKY

*Jestliže chcete zmínit ještě nějaké další zkušenosti z Vašeho pobytu v tomto zařízení, napište je, prosím, do následujícího rámečku (případně na zadní stranu tohoto dotazníku):*



Děkujeme Vám za čas, který jste vyplnění tohoto dotazníku věnoval/a.

Zkontrolujte, prosím, zda jste zodpověděl/a všechny otázky, které se Vás týkaly.

Vyplněný dotazník zalepte do obálky a tu, prosím, vhod'te do schránky umístěné na Vašem oddělení.

## Příloha č. 3

### Dotazník SF-36 o zdravotním stavu

#### DOTAZNÍK SF-36 O ZDRAVOTNÍM STAVU

Příjmení .....  
Jméno .....  
RČ ...../.....  
Datum vyplnění(DDMMRR) .....

*NÁVOD: V tomto dotazníku jsou otázky týkající se Vašeho zdraví. Vaše odpovědi pomohou určit jak se cítíte a jak dobře se Vám daří zvládat obvyklé činnosti.*

*Odpovězte na jednu z otázek tím, že vyznačíte příslušnou odpověď. Nejste-li si jisti jak odpovědět, odpovzte jak nejlépe umíte.*

1. Řekl(a) byste, že Vaše zdraví je celkově: (zakroužkujte jedno číslo)
- |                    |   |
|--------------------|---|
| Výtečné .....      | 1 |
| Velmi dobré .....  | 2 |
| Dobré .....        | 3 |
| Docela dobré ..... | 4 |
| Špatné .....       | 5 |
2. Jak byste hodnotil(a) své zdraví dnes ve srovnání se stavem před rokem? (zakroužkujte jedno číslo)
- |  |   |
|--|---|
| Mnohem lepší než před rokem .....      | 1 |
| Poněkud lepší než před rokem .....     | 2 |
| Přibližně stejné jako před rokem ..... | 3 |
| Poněkud horší než před rokem .....     | 4 |
| Mnohem horší než před rokem .....      | 5 |

## DOTAZNÍK SF-36 O ZDRAVOTNÍM STAVU

3. Následující otázky se týkají činností, které někdy děláte během svého typického dne. Omezuje Vaše zdraví nyní tyto činnosti? Jestliže ano, do jaké míry?

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

<u>ČINNOSTI</u>	<b>Ano, omezuje hodně</b>	<b>Ano, omezuje trochu</b>	<b>Ne, vůbec neomezuje</b>
a. <b>Usilovné činnosti</b> jako je běh, zvedání těžkých předmětů, provozování náročných sportů	1	2	3
b. <b>Středně namáhavé činnosti</b> jako posunování stolu, luxování, hraní kuželek, jízda na kole	1	2	3
c. Zvedání nebo nošení běžného nákupu	1	2	3
d. Vyjít po schodech <b>několik</b> pater	1	2	3
e. Vyjít po schodech <b>jedno</b> patro	1	2	3
f. Předklon, shýbání, poklek	1	2	3
g. Chůze <b>asi jeden kilometr</b>	1	2	3
h. Chůze po ulici <b>sto metrů</b>	1	2	3
i. Chůze po ulici <b>několik desítek metrů</b>	1	2	3
j. Koupání doma nebo oblékání bez cizí pomoci	1	2	3

#### DOTAZNÍK SF-36 O ZDRAVOTNÍM STAVU

4. Trpěl jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli zdravotním potížím?

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	ANO	NE
a. <b>Zkrátil se čas</b> , který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
b. <b>Udělal(a) jste méně</b> než jste chtěl(a)?	1	2
c. Byl(a) jste omezen(a) v <b>druhu</b> práce nebo jiných činnosti?	1	2
e. Měl(a) jste <b>potíže</b> při práci nebo jiných činnostech (např.) jste musel(a) vynaložit zvláštní úsilí)?	1	2

5. Trpěl(a) jste některým z dále uvedených problémů při práci nebo při běžné denní činnosti v posledních 4 týdnech kvůli nějakým emocionálním potížím (například pocit deprese nebo úzkosti)?

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	ANO	NE
a. <b>Zkrátil se čas</b> , který jste věnoval(a) práci nebo jiné činnosti?	1	2
b. <b>Udělal(a) jste méně</b> než jste chtěl(a)?	1	2
c. Byl(a) jste při práci nebo jiných činnostech méně <b>pozorný(á)</b> než obvykle?	1	2

6. Uveďte do jaké míry bránily Vaše zdravotní nebo emocionální potíže Vašemu

---

Příloha č X:

## DOTAZNÍK SF-36 O ZDRAVOTNÍM STAVU

normálnímu společenskému životu v rodině, mezi přáteli, sousedy nebo v širší společnosti v posledních 4 týdnech.

(zakroužkujte jedno číslo)

- Vůbec ne ..... 1  
Trochu ..... 2  
Mírně ..... 3  
Poměrně dost ..... 4  
Velmi silně ..... 5

7. Jak velké bolesti jste měl(a) v posledních 4 týdnech?

(zakroužkujte jedno číslo)

- Žádné ..... 1  
Velmi mírné ..... 2  
Mírné ..... 3  
Střední ..... 4  
Silné ..... 5  
Velmi silné ..... 6

8. Do jaké míry Vám bolesti bránily v práci (v zaměstnání i doma) v posledních 4 týdnech?

(zakroužkujte jedno číslo)

- Vůbec ne ..... 1  
Trochu ..... 2  
Mírně ..... 3  
Poměrně dost ..... 4  
Velmi silně ..... 5

## DOTAZNÍK SF-36 O ZDRAVOTNÍM STAVU

9. Následující otázky se týkají Vašich pocitů a toho jak se Vám v posledních 4 týdnech dařilo. U každé otázky označte prosím takovou odpověď, která nejlépe vystihuje jak jste se cítil(a).

Jak často v posledních 4 týdnech

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	Pořád	Většinou	Dost často	Občas	Málokdy	Nikdy
a. jste se cítil(a) pln(a) elánu?	1	2	3	4	5	6
b. jste byl(a) velmi nervózní?	1	2	3	4	5	6
c. jste měl(a) takovou depresi, že Vás nic nemohlo rozveselit?	1	2	3	4	5	6
d. jste pocíťoval(a) klid a pohodu?	1	2	3	4	5	6
e. jste byl(a) pln(a) energie?	1	2	3	4	5	6
f. jste pocíťoval(a) pesimismus a smutek?	1	2	3	4	5	6
g. jste se cítil(a) vyčerpán(a)?	1	2	3	4	5	6
h. jste byl(a) šťastný(a)?	1	2	3	4	5	6
i. jste se cítil(a) unaven(a)?	1	2	3	4	5	6

10. Uveďte, jak často v posledních 4 týdnech bránily Vaše zdravotní nebo emocionální obtíže Vašemu společenskému životu (jako např. návštěvy přátel, příbuzných atd.)?

Příloha č X:



## DOTAZNÍK SF-36 O ZDRAVOTNÍM STAVU

(zakroužkujte jedno číslo)

- Pořád ..... 1  
Většinu času ..... 2  
Občas ..... 3  
Málokdy ..... 4  
Nikdy ..... 5

11. Zvolte, prosím, takovou odpověď, která nejlépe vystihuje do jaké míry pro Vás platí každé z následujících prohlášení?

(zakroužkujte jedno číslo na každé řádce)

	<b>Určitě ano</b>	<b>Většinou ano</b>	<b>Nejsem si jist</b>	<b>Většinou ne</b>	<b>Určitě ne</b>
a. Zdá se, že onemocním (jakoukoliv nemocí) poněkud snadněji než jiní lidé	1	2	3	4	5
b. Jsem stejně zdrav(a) jako kdokoliv jiný	1	2	3	4	5
c. Očekávám, že se mé zdraví zhorší	1	2	3	4	5
d. Mé zdraví je perfektní	1	2	3	4	5

## Příloha č.4

### Dotazník obecné vlastní efektivity

#### Dotazník obecné vlastní efektivity

*J. Křivohlavý, R. Schwarzer & M. Jerusalem*

Míra optimistického sebepojetí, účinnosti vlastního působení a vnímané schopnosti zvládat problémy.

1. Když se o to opravdu usilovně snažím, pak mohu vždy zvládat nesnadné problémy.
2. Když se někdo postaví proti mně, mohu nalézt způsob, jak dosáhnout toho, čeho dosáhnout chci.
3. Pro mne je poměrně snadné držet se svých předsevzetí a dosáhnout cílů, které si postavím.
4. Díky svým zkušenostem a možnostem vím, jak zvládat neočekávané situace.
5. Důvěřuji si plně, že mohu efektivně zvládat neočekávané situace.
6. Vynaložím-li na to potřebné úsilí, pak mohu nalézt řešení pro téměř každý problém.
7. Když se dostanu do obtíží, pak umím zůstat klidný, protože se mohu plně spolehnout na svou schopnost zvládat těžkosti.
8. Když stojím před určitým problémem, pak mne napadá hned několik způsobů, jak se s ním vypořádat.
9. Když se dostanu do tísnivé situace, podaří se mi obvykle vymyslet něco, co by se dalo dělat.
10. Bez ohledu na to, co se děje, jsem obvykle schopen vypořádat se s tím.