

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

# VYBRANÉ ASPEKTY KOMUNIKACE MEZI LÉKAŘEM A PACIENTEM

SELECTED ASPECTS OF DOCTOR-PATIENT  
COMMUNICATION



Magisterská diplomová práce

Autor: **MUDr. Bc. Jaroslava Jurenová**

Vedoucí práce: **MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.**

Olomouc

2024

## **Poděkování**

Velmi ráda bych poděkovala MUDr. PhDr. Miroslavu Orlovi, Ph.D. za jeho odborné vedení této magisterské diplomové práce, vstřícný přístup, cenné rady a připomínky. Dále děkuji všem zúčastněným lékařům za to, že umožnili vzniku této práce. A v neposlední řadě velké poděkování patří mojí rodině, která mi byla po celou dobu studia velkou oporou.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Efektivní komunikace jako základ kvality zdravotní péče“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 28.3.2024

Podpis .....



# OBSAH

ÚVOD.....	7
TEORETICKÁ ČÁST.....	8
<b>1 KOMUNIKACE MEZI LÉKAŘEM A PACIENTEM .....</b>	<b>9</b>
1.1 Základní vymezení a složky komunikace.....	9
1.1.1 Verbální komunikace .....	10
1.1.2 Neverbální komunikace.....	12
1.1.3 Paralingvistická komunikace.....	14
1.2 Etické aspekty komunikace s pacientem .....	15
1.2.1 Etický kodex České lékařské komory .....	16
1.2.2 Lékařské stavovské ctnosti.....	18
1.3 Právní aspekty komunikace s pacientem.....	18
1.3.1 Povinnost postupovat <i>lege artis</i> .....	19
1.3.2 Povinná mlčenlivost lékařů .....	20
1.3.3 Práva pacientů .....	21
1.4 Rozhovor s pacientem .....	24
1.4.1 Fáze rozhovoru .....	24
1.4.2 Druhy rozhovorů .....	25
1.4.3 Anamnestický rozhovor .....	26
<b>2 FAKTORY KOMUNIKACE MEZI LÉKAŘEM A PACIENTEM .....</b>	<b>30</b>
2.1 Lékař.....	30
2.1.1 Osobnost lékaře .....	31
2.1.2 Komunikační dovednosti lékařů.....	32
2.2 Pacient .....	37
2.2.1 Potřeby pacienta .....	38
2.2.2 Osobnost pacienta.....	40
2.2.3 Obranné mechanismy .....	40
2.2.4 Emocionální reakce pacientů na nemoc .....	41
2.3 Vztah lékař–pacient .....	42
2.3.1 Modely vztahu lékař–pacient .....	43
2.3.2 Přenos a protipřenos .....	44
2.3.3 Vzájemná očekávání ve vztahu lékař – pacient.....	45
2.4 Zevní podmínky komunikace ve zdravotnictví .....	46
2.4.1 Vliv prostředí na komunikaci .....	47
2.4.2 Vliv časových možností na komunikaci.....	47
<b>3 SPECIFICKÁ TÉMATA KOMUNIKACE MEZI LÉKAŘEM A PACIENTEM .....</b>	<b>50</b>
3.1 Sdělování závažných informací.....	50
3.1.1 Model Kübler-Rossové.....	51

3.1.2	Komunikační pravidla při sdělení závažných zpráv.....	53
3.2	Konflikt mezi lékařem a pacientem.....	57
3.2.1	Teorie řešení konfliktů .....	57
3.2.2	Komunikační modely při zvládnání konfliktů lékař–pacient .....	58
3.3	Význam komunikace mezi lékařem a pacientem .....	61
3.3.1	Přesnost stanovení diagnózy .....	61
3.3.2	Spolupráce pacienta.....	62
3.3.3	Úspěšnost léčby .....	63
3.3.4	Náklady na léčbu .....	64
3.3.5	Spokojenost pacienta.....	65
3.3.6	Medicínsko-právní spory.....	65
	<b>VÝZKUMNÁ ČÁST .....</b>	<b>67</b>
<b>4</b>	<b>VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....</b>	<b>68</b>
<b>5</b>	<b>METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU .....</b>	<b>69</b>
5.1	Metodologický přístup, typ výzkumu.....	69
5.2	Metoda výběru a charakteristika výzkumného souboru.....	70
5.3	Metody získávání dat.....	71
5.4	Etické aspekty výzkumu.....	73
<b>6</b>	<b>METODY ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZY DAT .....</b>	<b>75</b>
<b>7</b>	<b>VÝSLEDKY ANALÝZY DAT .....</b>	<b>78</b>
7.1	Výsledky otevřeného kódování .....	78
7.1.1	Kategorie 1: Lékař.....	78
7.1.2	Kategorie č. 2: Pacient.....	83
7.1.3	Kategorie č. 3: Vztah mezi lékařem a pacientem .....	86
7.1.4	Kategorie č. 4: Lékařská profese .....	89
7.1.5	Kategorie č. 5: Další faktory komunikace.....	92
7.1.6	Kategorie č. 6: Strategie komunikace lékaře s pacientem.....	93
7.1.7	Kategorie č. 7: Důsledky komunikace mezi lékařem a pacientem... 96	
7.2	Výsledky axiálního kódování .....	101
7.2.1	Hlavní kategorie č. 1: Komunikace L–P .....	102
7.2.2	Hlavní kategorie č. 2: Hlavní faktory komunikace L–P.....	103
7.2.3	Hlavní kategorie č. 3: Vedlejší faktory komunikace L–P .....	105
7.2.4	Hlavní kategorie č. 4: Reakce na komunikaci L–P .....	106
7.3	Výsledky selektivního kódování .....	107
<b>8</b>	<b>DISKUZE.....</b>	<b>112</b>
8.1	Silné a slabé stránky výzkumu .....	112
8.2	Interpretace a srovnání výsledků s literárními zdroji .....	114
8.3	Přínos studie a další výhled .....	118

<b>9</b>	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>120</b>
<b>10</b>	<b>SOUHRN.....</b>	<b>123</b>
	<b>LITERATURA.....</b>	<b>126</b>
	<b>POUŽITÉ ZKRATKY .....</b>	<b>139</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>140</b>

# ÚVOD

Téma komunikace mezi lékařem a pacientem se v posledních letech dostává pomalu do popředí zájmu lékařské odbornosti. Ačkoliv na toto téma existuje mnoho cizojazyčné literatury a byla provedena celá řada zahraničních výzkumů, v českém prostředí je zatím nedostatečně vědecky prozkoumáno.

Při volbě tématu magisterské diplomové práce, Vybrané aspekty komunikace mezi lékařem a pacientem, jsem vycházela z vlastního zájmu o tuto problematiku. Na základě zkušeností v průběhu své lékařské praxe jsem byla několikrát svědkem neblahých důsledků nevhodné komunikace mezi lékařem a pacientem. Myslím si, že komunikace v českém zdravotnictví je velmi podceňovaná. Všeobecně je známo, že většina stížností pacientů vzniká v důsledku špatné komunikace. Z tohoto pohledu vidím velkou potřebu ke změně k lepšímu. Neboť dle mého názoru, české zdravotnictví je na vysoké odborné úrovni a je škoda si tuto přednost podkopávat nedostatky v oblasti komunikačních dovedností lékařů.

Teoretická část diplomové práce předkládá obecné ukotvení komunikace mezi lékařem a pacientem, zabývá se jednotlivými faktory majícími vliv na komunikaci, a blíže specifikuje některá vybraná témata a význam komunikace pro praxi.

V empirické části práce, která využívá kvalitativního rámce výzkumu, se zaměřuji na analýzu polostrukturovaných rozhovorů vedených s lékaři. Hlavním cílem je zmapovat názory, postoje a zkušenosti lékařů ve vztahu ke komunikaci s pacientem. Zajímala jsem se o jejich pohled na správnou komunikaci a vztah mezi lékařem a pacientem. Zjišťovala jsem, jaké překážky vidí v komunikaci a jaké strategie používají zúčastnění lékaři při komunikaci s vybranými typy pacientů. K analýze dat jsem použila metodu zakotvené teorie.

Osobně věřím, že prostřednictvím této výzkumné práce přispějí alespoň krůček k tomu, aby komunikace mezi lékařem a pacientem byla na poli českého zdravotnictví blíže k vytvořenému modelu efektivní komunikace.

# TEORETICKÁ ČÁST



# 1 KOMUNIKACE MEZI LÉKAŘEM A PACIENTEM

Vzhledem ke zvolenému tématu diplomové práce je vhodné vymezit základní rámec komunikace mezi lékařem a pacientem.

Mnozí lidé zastávají názor, že **umění komunikace** je dar, avšak pravdou je, že komunikaci je třeba se učit. Komunikace není osobnostní vlastnost, kterou buď máme nebo nemáme, ale je to celá řada dovedností, které je třeba se učit a naučit (Ptáček & Bartůněk, 2011).

V této kapitole se nejprve budeme zabývat mezilidskou komunikací obecně. Pozastavíme se nad eticko-právní problematikou komunikace v medicíně. A závěr této kapitoly bude věnován speciálně rozhovoru mezi lékařem a pacientem.

## 1.1 Základní vymezení a složky komunikace

Lidská komunikace je velmi složitý a **mnohvrstevný proces**, který je závislý na individuální psychice, inteligenci, na vzdělání i na sociálních zkušenostech (Linhartová, 2007). Komunikace je v obecné rovině definována jako **sdělování informací** prostřednictvím signálů a prostředků: ústně, písemně, gesty, mimikou a dalšími neverbálními projevy (Janáčková & Weiss, 2008).

Komunikace mezi lékařem a pacientem (L–P), stejně jako každý jiný rozhovor mezi dvěma lidmi probíhá **ve dvou rovinách** – v rovině kognitivní a emoční. Obě roviny spolu těsně souvisí, takže smysl sdělení je dán jeho kognitivní i emoční složkou. Do kognitivní roviny patří konkrétní obsah sdělení. Emoční rovina dodává konkrétním faktům význam prostřednictvím intonace, mimiky, gest a držení těla apod (Beran, 2010).

Komunikace je nejčastěji rozdělována na komunikaci:

- **verbální**
- **neverbální (nonverbální)** a
- **paraligvistickou.**

Obecně lze verbální i neverbální komunikaci rozdělit na komunikaci **záměrnou** a **nezáměrnou**, jež nepředstavují dvě vzájemně se vylučující alternativy, ale spíše krajní

polohy celého spektra možností (Výrost & Slaměník, 2008). Dominantní hemisféra lépe rozumí verbálním sdělením. Nedominantní hemisféra je zase více specializovaná na porozumění nonverbálním podnětům, emocím, vznikají v ní představy, které doprovázejí čtený text (Beran, 2010).

### 1.1.1 Verbální komunikace

Verbální komunikace je specificky lidský **proces spojení** mezi lidmi, a to prostřednictvím předávání a přijímání verbálních významů, jednak prostřednictvím jejich sdílení či nesdílení. Verbální komunikace je individuální i sociální, mluvená i psaná, formální i obsahová, spontánní i dodržující normy (Janoušek, 2015).

V komunikačním aktu lze rozlišit (Janoušek, 2007):

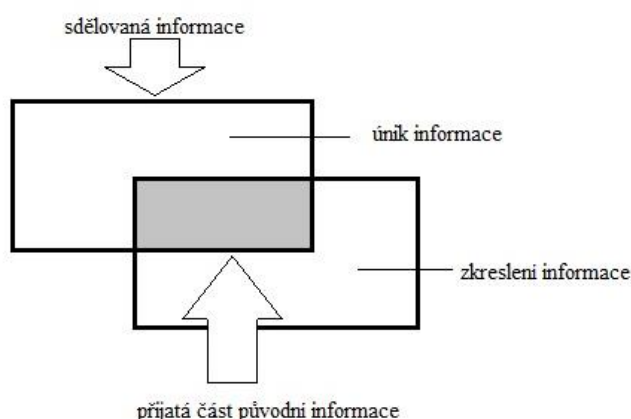
- motivaci mluvčího,
- záměr mluvčího,
- smysl sdělení pro mluvčího,
- kódování mluvčím,
- promluvu s věcným obsahem sdělení,
- dekodování příjemcem,
- smysl sdělení pro příjemce,
- odhad záměru mluvčího příjemcem a
- efekt sdělení na příjemce.

Tento výčet v sobě zahrnuje aktivitu mluvčího i aktivitu příjemce a zároveň poukazuje na body, ve kterých může být komunikace zkreslena.

Honzák (1999) uvádí, že i při nezávažné zdravotní situaci odchází od průměrně dobrého lékaře průměrně inteligentní pacient s tím, že třetinu podstatných informací nestačil zaznamenat, respektive zapamatovat si.

Schematický model úniku informací je znázorněn na obrázku č. 1.

**Obrázek č. 1:** Schématický model úniku informací



Zdroj: Honzák, 1999, s. 39, upraveno

Bylo zjištěno, že pouze 50–60 % informací si pacienti zapamatují a z toho mnohým zapamatovaným informacím však nerozumí (Kurtz et al., 1998). Z těchto důvodů je nutné si uvědomit, že „není podstatné, co lékař řekl, ale co pacient pochopil“ (Bednařík & Andrášiová, 2020, s. 63).

Je dobré si uvědomit, že jaká slova lékař používá při rozhovoru, takové myšlenky a pocity může vyvolat u pacienta. S tím souvisí termín **programování pacientů**, naladění nebo nasměrování. Základní myšlenka naladění pacienta spočívá v tom, že způsob komunikace a slova mají svůj význam a vliv na pacienta. Používání slov funguje podobně jako softwarový program, který svými instrukcemi ovlivňuje prožívání. Toho lze využít v pacientův prospěch nebo naopak nechtěně zhoršit pacientovo prožívání (Bednařík & Andrášiová, 2020).

V tabulce č.1 jsou uvedeny významy některých nevhodně použitých výroků.

**Tabulka č. 1:** Významy určitých lékařových výroků

výrok	význam
<i>bohužel...</i>	je nám líto, ale nemáme nad tím žádnou moc
<i>dopadlo to špatně...</i>	je to špatná situace a nemáme nad tím kontrolu
<i>nemějte strach...</i>	je na místě mít strach, ale raději ho neprožívejte
<i>bylo už hůř...</i>	toto je zlá situace, ale jsou přece i horší
<i>nevzdávejte se...</i>	vidím, že se vzdáváte

Zdroj: Bednařík & Andrášiová, 2020, s. 137, upraveno

## 1.1.2 Neverbální komunikace

Neverbální komunikace je druh sdělení, při kterém si předáváme informace beze slov, např. výrazem obličeje, oddálením či přiblížením, postojem, dotekem, gesty, pohyby, pohledy, úpravou zevnějšku apod. (Janáčková & Weiss, 2008).

Linhartová (2007) uvádí, že očima si každého přečteme dříve než stačí otevřít ústa. Ale nesmíme zapomenout na to, že také každý si přečte nás. Tento interaktivní proces je neuvědomělý. Kouzlo prvního dojmu trvá nejdéle čtyři minuty prvního setkání a obtížně se napravuje. Během takto krátké doby jsou vyhodnoceny všechny získané neverbální informace – zrakem, sluchem, hmatem i čichem.

Dá se říci, že neverbální komunikace je všudypřítomná, neboť doplňuje každý komunikační akt (Boukalová et al., 2023). Zahrnuje řadu atributů, z nichž v následujícím textu si přiblížíme pouze ty, které považujeme v rámci komunikace mezi lékařem a pacientem za stěžejní – oční kontakt, pozice těla, podání rukou, vzájemná vzdálenost, dotyky a úprava zevnějšku.

**Oční kontakt** je bezpochyby jedním z nejsilnějších nástrojů, kterým může člověk v rámci komunikace disponovat. S tím se pojí známá fráze „oko je okno do duše člověka“. Oční kontakt je důležitý jak k navázání potřebného vztahu, tak i jako důležitý diagnostický nástroj (Linhartová, 2007).

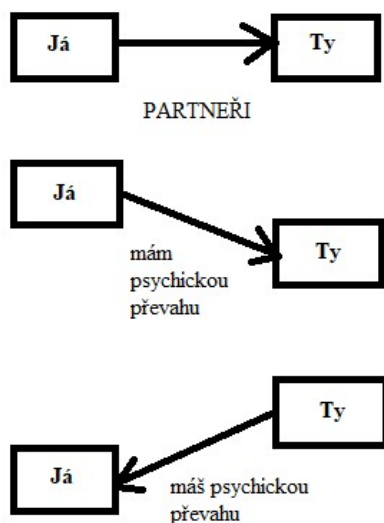
Dle studie Deladisma et al. (2007) bylo zjištěno, že v rámci neverbálního chování nejvíce koreloval s empatií lékaře právě oční kontakt. Ve studii s onkologickými pacienty Hillen et al. (2015) bylo zjištěno, že důsledný oční kontakt pozitivně ovlivňuje důvěru pacientů v lékaře.

Dle doporučení Linhartové (2007) bychom se měli na pacienta dívat přímo a neměli by být mezi mluvčími fyzické překážky. Je nevhodné dívat se na pacienta přes počítač.

Dle výzkumu Borga (2012), činí průměrná délka pohledu 2,95 sekundy a průměrná délka vzájemného zrakového kontaktu „z očí do očí“ trvá 1,18 sekundy. Pokud zrakový kontakt nedosáhne kulturně uznávané délky, lidé mohou mít dojem, že komunikační partner nemá o ně zájem. Když naopak pohled překročí přiměřenou délku, může to být vnímáno jako nevhodný projev zájmu (DeVito, 2008).

Lékaři by si měli dávat pozor také na úroveň očí, k nimž hovoří. Základní postavení očí je schematicky znázorněno na obrázku č. 2. Postavení očí JÁ–TY ve stejné výškové úrovni je partnerské, postavení JÁ nahoře a TY dole naznačuje dominanci, postavení JÁ dole a TY nahoře je submisivní (Linhartová, 2007).

**Obrázek č. 2:** Postavení očí při rozhovoru



Zdroj: Linhartová, 2007, s. 20, upraveno

Proto by měl lékař, pokud to situace dovoluje, myslet vždy na to, že pro nastolení lepší spolupráce je vhodné, aby rozhovor s pacientem probíhal v téže horizontální rovině. Dojde-li k tomu, že jsou oči jednoho výše než oči druhého, vytváří se vliv nadřazenosti a podřazenosti.

**Pozice těla** je dalším důležitým atributem při rozhovoru mezi lékařem a pacientem. Je ideální, aby pacient seděl přes roh stolu, při němž jsou frontální roviny účastníků v úhlu 90 stupňů. Tato pozice zajišťuje nejlepší podmínky ze dvou základních hledisek. Za prvé je zachována horizontální podmínka výšky očí obou aktérů a za druhé je eliminován přímý pohled z očí do očí. Neboť oba účastníci na sebe mohou pohlédnout, ale mají i možnost pohledu jiným směrem (Beran, 2010). Pozice u stolu naproti sobě se nedoporučuje, protože může vyvolávat u pacienta obranné a bojové postavení a zvyšuje neklid (Janáčková & Weiss, 2008).

**Vzájemná vzdálenost** mezi lékařem a pacientem při vyšetření je specifická narušením diskrétní intimní zóny pacienta. Takovéto narušení by mělo být jen v situacích z profesního hlediska nezbytných a vždy s informovaností pacienta (Venglářová & Mahrová, 2006).

Nutnou aktivitou při vyšetřování pacientů je současně s narušením intimní zóny i **dotýkání** pacientů. Tyto dotyky jsou specifické a ryze profesionální, ale nemusejí být vždy tak chápány. Pacienti lépe snášejí zákroky, pokud se jim předem sdělí, co je čeká (Venglářová & Mahrová, 2006).

Z profesní zkušenosti mohu potvrdit, že v medicínské praxi existují vyhraněné emoční situace, kdy je účelné využití dotyků k vyjádření soucitu či psychické podpory pacienta nebo jeho rodiny. Vhodnou formou může být soucitné podržení za ruce či povzbuzující poplácání po ramenou.

Důležité je, na což upozorňuje i Honzák (1999), že nezbytné narušení osobní intimity by se mělo odehrávat v atmosféře bezpečí a jistoty. Mělo by být vnímáno jako součást profesionálního postupu bez pocitů pokoření, studu, ztráty důstojnosti či nevhodné manipulace.

**Podání ruky** je nejčastější formou dotyku v běžné komunikaci a je také důležitým sběračem informací o povaze a zdravotním stavu pacienta. Lidská ruka prozrazuje naše myšlenky a pocity, které právě prožíváme, „zviditelňuje náš mozek“. Dle doporučení by délka stisku měla trvat asi do pěti vteřin s 1–2 potřeseními a s očním kontaktem, s odstupem na pokrčené lokty, stisk by měl být přiměřeně pevný, stisknuté ruce ve vertikální poloze, tělo by mělo být mírně nakloněné k příchozímu (Linhartová, 2007).

V rámci neverbální komunikace hraje důležitou roli **outfit lékaře**. Zahrnujeme do něj nejen oblečení, ale i úpravu zevnějšku a celkovou vizáž. Bílý plášť byl odjakživa typizačním znakem lékaře, ale dnes už se od toho mnohde ve zdravotnickém zařízení upouští. Ať už je dress code jakýkoliv, vždy by měl být čistý. Je lepší oděv vyměnit i při nepatrném znečištění než vzbudit v pacientovi dojem nedbalosti (Špaček, 2021).

Je dobré si uvědomit, že v neverbální komunikaci není vhodné hodnotit pouze jednotlivosti, ale měl by se posuzovat vždy určitý soubor čitelných znaků v konkrétním kontextu (Linhartová, 2007).

### 1.1.3 Paralingvistická komunikace

Na pomyslném pomezí mezi verbální a nonverbální komunikací se nachází **paralingvistická komunikace**. Je to soubor zvukových projevů, které doprovázejí řeč. Jedná se například o intonaci hlasu, pauzy v řeči, rychlost a hlasitost řeči, ale také smích, pláč, vzdychání, sténání apod. (Boukalová et al., 2023).

Význam této komunikace je především emocionální (Zacharová & Šimíčková-Čížková, 2011). Dle studie Zolnierek & DiMatteo (2009) existuje jasná korelace mezi příjemným hlasem lékaře a spokojeností pacientů.

## 1.2 Etické aspekty komunikace s pacientem

Tato podkapitola se věnuje etickým aspektům lékařské profese. Nejprve uvedeme pár pojmů, které vymezí základní rámec tématu (Raudenská & Javůrková, 2011):

- **etika** (*ethika*, řec. *ethos* – mrav) je nauka o mravnosti;
- **bioetika** (*bios* – život, *etika* – mravnost) je širší pojem, který je nadřazen pojmu lékařská etika, a rozumí se jím prozkoumávání etických problémů nejen v praktickém výkonu lékařské praxe, ale též ve výzkumu;
- **lékařská etika** je pojem, který označuje etické problémy v lékařství.

Podle Haškovcové (2015) je třeba v lékařské praxi a výzkumu respektovat základní pravidla bioetiky:

- samostatnost (*autonomy*);
- nepoškozovat (*non maleficence*);
- směřování k dobru (*beneficence*) a
- spravedlnost (*justice*).

Základem etického rozhodování v lékařství jsou etické kodexy, pravidla a normy, které přímo regulují a taxativně řeší etické otázky, či naznačují směr řešení (Haškovcová, 2015). Každá etická norma je do jisté míry normou právní. Je velmi obtížné přesně pojem etické normy vymezit či odlišit od právních norem, které v sobě etický prvek obsahují. Právní norma je většinou chápána jako určité pravidlo, kterým je třeba se řídit bez ohledu na jakékoliv osobní ztotožnění se správností tohoto pravidla. Naopak smyslem norem etických, jako součástí právních předpisů etických kodexů, nebývá prvotně stanovení povinností, které člověk musí dodržovat bez ohledu na jeho vnitřní přesvědčení, ale především zakotvení takových pravidel, které by měly být samozřejmostí a součástí vlastního svědomí (Ptáček & Bartůněk, 2011).

V současné době existují moderní etické kodexy, které zavazují lékaře k určitému chování. Než zmíníme jeden z nich, nelze začít jinak než uvedením toho nejstaršího a nejcitovanějšího kodexu, totiž **Hippokratovou přísahou**, jejíž plné znění je uvedeno v příloze č. 3.

Hippokratova přísaha vznikla z pera několika autorů a byla napsána v pátém století před naším letopočtem (Haškovcová, 2015). Byla obecně přijímaným základem lékařské etiky. V důsledku kulturního a vědeckého rozvoje se povinnosti lékaře a také složitost

etického rozhodování rozvíjely a základní zásady Hippokratovy přísahy byly rozšiřovány o jiné oblasti a otázky, které vždy zůstávají v souladu s původními myšlenkami přísahy (Munzarová, 2005). Jinými slovy lze říci, že Hippokratova přísaha zakládá mravní kontinuitu všech později formulovaných etických kodexů (Haškovcová, 2015).

### 1.2.1 Etický kodex České lékařské komory

Etický kodex České lékařské komory (ČLK) je rozdělen do pěti základních kapitol, které upravují jednotlivé oblasti výkonu povolání lékaře (Stavovský předpis ČLK č. 10 - Etický kodex České lékařské komory, 1991):

- **obecné zásady;**
- **lékař a povolání lékaře;**
- **lékař a nemocný;**
- **vztahy mezi lékaři a**
- **lékař a nelékař.**

V následujícím textu si dovolíme blíže specifikovat jednotlivé oblasti výkonu povolání lékaře, které jsou upraveny Stavovským předpisem ČLK č.10 (1991), z něhož budeme v následujícím textu vycházet:

- **Obecné zásady.** *Stavovskou povinností lékaře je péče o zdraví jednotlivce i celé společnosti v souladu se zásadami lidskosti s úctou ke každému lidskému životu od jeho počátku až do jeho konce s ohledem na důstojnost jedince. Úkolem lékaře je chránit zdraví a život, mírnit utrpení bez ohledu na národnost, rasu, barvu pleti, náboženské vyznání, politickou příslušnost, sociální postavení, sexuální orientaci, věk, rozumovou úroveň, pověst pacienta či osobní pocity lékaře. Lékař má znát zákony a závazné předpisy platné pro výkon povolání lékaře a také je dodržovat. S vědomím osobního rizika se nemusí cítit být jimi vázán, pokud obsahem nebo ve svých důsledcích narušují lékařskou etiku nebo ohrožují základní lidská práva. Lékař je povinen být za všech okolností ve svých profesionálních rozhodnutích odpovědný a nezávislý. Lékař uznává právo každého jednotlivce na svobodnou volbu lékaře.*
- **Lékař a výkon povolání.** *Lékař v rámci své odborné způsobilosti a kompetence volí svobodně a provádí preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a které považuje pro nemocného za nejvhodnější. Každý lékař je povinen v případě ohrožení života nebo bezprostředního vážného ohrožení zdraví neodkladně poskytnout lékařskou pomoc. Lékař musí plnit své*



povinnosti v situacích veřejného ohrožení a při katastrofách přírodní i jiné povahy. Lékař má právo odmítnout péči o nemocného z odborných důvodů nebo je-li pracovně přetížen nebo také je-li přesvědčen, že se nevytvořil potřebný vztah důvěry mezi ním a pacientem. Avšak je povinen doporučit a v případě souhlasu zajistit vhodný postup v pokračování léčby. Lékař nemůže být donucen k takovému lékařskému výkonu, který odporuje jeho svědomí. Lékař nesmí předepisovat léky, na něž vzniká závislost k jiným než léčebným účelům. U nevyлéčitelných a umírajících účinně tiší bolest, šetří lidskou důstojnost a mírní utrpení. Vůči bezprostředně očekávané a neodvratitelné smrti nemá prodlužovat život za každou cenu. Eutanazie a asistované suicidium přípustné nejsou. Lékař důsledně zachovává lékařské tajemství, vyjma případů, kdy je této povinnosti zbaven souhlasem pacienta nebo když je to stanoveno zákonem. Lékař je povinen se vzdělávat, dále uchovávat řádnou dokumentaci písemnou nebo jinou formou s nutností ochrany před zničením a zneužitím. Lékař nesmí vykonávat své povolání formou potulné praxe nebo ordinovat neúčelné léčebné, diagnostické a jiné úkony ze zjištěných motivů. Nesmí se řídit komerčními hledisky, ale výhradně svým svědomím. Lékař se musí zdržet všech nedůstojných aktivit, které znamenají propagaci jeho osoby a lékařské praxe a ve svých důsledcích jsou činností na rozšíření klientely. Lékař si má být vědom svého občanského vlivu na okolí.

- **Lékař a nemocný.** Lékař plní vůči každému nemocnému své profesní povinnosti. Lékař se k nemocnému chová korektně, s trpělivostí a pochopením a nesníží se k hrubému nebo nemravnému jednání s ohledem na práva nemocného. Lékař se má vzdát paternalitních pozic v postojích vůči nemocnému a respektovat ho jako rovnocenného partnera s občanskými povinnostmi a právy. Lékař je povinen srozumitelným způsobem odpovědně informovat nemocného nebo jeho zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o prognóze a o dalších okolnostech, které během léčení mohou nastat. Lékař nesmí zneužít důvěry nemocného a závislost jakýmkoliv způsobem.
- **Vztah mezi lékaři.** Základem vztahů mezi lékaři je vzájemně čestné, slušné a společensky korektní jednání. Lékař nesmí podceňovat a znevažovat profesionální dovednosti, znalosti i poskytované služby jiných lékařů. Lékař kolegiálně spolupracuje s těmi lékaři, kteří současně nebo následně vyšetřují nebo léčí stejného pacienta. Lékař je povinen požádat dalšího lékaře o konzilium, pokud si to vyžádají okolnosti a nemocný souhlasí. Lékař svou praxi musí vykonávat zásadně osobně.

- **Lékař a nelékař.** *Pověří-li lékař zdravotní pracovníky diagnostickými nebo léčebnými úkoly, musí se přesvědčit, zda jsou odborně, zkušenostmi i zodpovědností způsobilí úkony vykonávat. Lékaři není dovoleno vyšetřovat nebo léčit s osobou, která nepatří k zdravotnímu personálu. Výjimkou jsou osoby, které se u lékaře vzdělávají, nebo pracují v lékařských oborech nebo s jejichž přítomností pacient souhlasí.*

Etický kodex lékaře je však stále spíše nepsaným a vnímaným souborem pravidel než právně formulovaným pravidlem, k němuž motivačně i výchovou spějí adepti medicíny vědomě i podvědomě a který spíše intuitivně předpokládají laici, tedy skuteční nebo potenciální pacienti (Ptáček & Bartůněk, 2014).

### 1.2.2 Lékařské stavovské ctnosti

V souvislosti s pojetím lékařské etiky, považujeme za nutné zmínit termín ctnost. **Ctnost** je získaná mravní vlastnost, která kvalifikuje k určitým hodnotovým způsobům činnosti. Ctnosti dodávají našemu jednání orientaci, zlepšují komunikaci mezi lidmi a usnadňují překonávání potíží. Ctnost je stabilní, trvalý postoj, který vede k uskutečňování dobra (Munzarová, 2005).

Lékařské stavovské ctnosti jsou koncepčním propojením povinností, pravidel i zvažovaných důsledků. Mezi **základní lékařské stavovské ctnosti** patří: láska k nemocnému, odpovědnost, pokora, trpělivost, obětavost, vlídnost, sociální cítění, nezištnost, velkorysost, taktnost, ohleduplnost, diskrétnost, poctivost, spolehlivost, ochota, optimismus, sebeovládání, tvořivost, soustředěnost, otužilost, disciplinovanost a moudrost. Lékař vybavený těmito lékařskými stavovskými ctnostmi bude v praxi snadněji aplikovat uznávané principy lékařské etiky (Ptáček & Bartůněk, 2015).

## 1.3 Právní aspekty komunikace s pacientem

Zdravotnicko-právní problematika je velmi obsáhlá a není naším cílem podat informace o všech povinnostech zdravotnických pracovníků, ale pouze dotknout se právní problematiky související s komunikací mezi lékařem a pacientem.

Povinnosti a práva zdravotnických pracovníků jsou upravena ve Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 96/2001 Sb., Úmluva o lidských právech a biomedicíně a v Zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

### 1.3.1 Povinnost postupovat *lege artis*

Základní povinností lékařů je postupovat tzv. *lege artis*. Tento pojem znamená, že lékař provádí zdravotní výkon, který je v souladu s medicínskými poznatky, je správně proveden odborně připraveným zdravotnickým pracovníkem, který respektuje konkrétní okolnosti případu (Vokurka & Hugo, 2002).

Pojem *lege artis* je ve zdravotnické praxi dlouhodobě používán a běžně se s ním setkáváme jak v komunikaci mezi zdravotníky, tak při posuzování správnosti odborného postupu zdravotníků, bez ohledu na to, zda přezkum provádí orgány justiční, správní nebo jiné (Prudil, 2017).

Za porušení požadavku poskytovat péči *lege artis* lze považovat (Stolínová & Mach, 2010):

- nedostatečnou odbornost;
- přecenění vlastních schopností;
- další chyby při uplatnění odbornosti;
- technické chyby, selhání dovednosti, přehlédnutí;
- odborné chyby mající původ v nedostatečné kontrole;
- nevhodné, nešetrné jednání s pacienty – nedostatečné poučení, nešetrné sdělení diagnózy, nevhodná diskuze před pacientem apod.;
- nepořádné vedení zdravotnické dokumentace a
- nedostatky v organizaci práce.

Ačkoliv je pojem *lege artis* běžně používán, v právních předpisech se s ním přímo nesetkáváme (Prudil, 2017). Ale jednotlivé jeho atributy jsou právně definovány a budeme se jim blíže věnovat v následujícím textu.

V článku 4 ve Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 96/2001 Sb. je stanoveno, že jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví je nutno provádět v souladu s příslušnými **profesními povinnostmi a standardy**.

Při posuzování toho, co je a není standardní, je třeba vycházet z obecně závazných právních předpisů, pokud jsou pro jednotlivé odbornosti či výkony standardy definovány, a dále pak z odborné literatury a doporučení (*guidelines*), která jsou vydávána odbornými společnostmi (Prudil, 2017).

Dle Zákona č. 372/2011 Sb. je zdravotnický pracovník povinen poskytovat zdravotní služby, ke kterým získal odbornou a specializovanou způsobilost, na náležité odborné úrovni a je povinen se řídit etickými principy. **Náležitá odborná úroveň** je zde popisována jako

poskytování zdravotních služeb podle pravidel současné vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti.

### 1.3.2 Povinná mlčenlivost lékařů

Podle Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 96/2001 Sb. je obecně stanoveno, že každý jedinec má **právo na ochranu soukromí** ve vztahu k informacím o svém zdravotním stavu (diagnóza, prognóza, zdravotní výkony, způsob léčby, atd).

Dle Zákonem č. 372/2011 Sb. je zdravotnický pracovník povinen **zachovávat mlčenlivost** o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (př. informace o rodinných a sociálních poměrech pacienta apod.). V současné době existují **výjimky** z povinné mlčenlivosti zdravotníků. Mlčenlivost může být prolomena, pokud jsou předávány informace nezbytné pro zajištění návaznosti poskytovaných služeb.

Podle Zákona č. 372/2011 Sb. za porušení povinné mlčenlivosti se nepovažuje sdělování informací, je-li poskytovatel zdravotních služeb zproštěn mlčenlivostí pacientem a sděluje-li údaje v rozsahu zproštění. Pokud to zdravotní stav nebo povaha onemocnění pacienta vyžadují, je poskytovatel oprávněn sdělit nezbytné informace (k zajištění péče nebo pro ochranu zdraví) osobám, které budou o pacienta pečovat. Dále se za porušení povinné mlčenlivosti nepovažuje sdělování údajů či skutečností poskytovatelem v nezbytném rozsahu pro ochranu vlastních práv v trestním řízení, občanskoprávním řízení, rozhodčím řízení a ve správním řízení nebo sdělování informací soudu nebo jinému orgánu, je-li předmětem řízení před soudem spor mezi poskytovatel a pacientem v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb

Dle ustanoveních § 367 a § 368 Zákona č. 40/2009 Sb., Zákon trestní zákoník jsou upraveny zákonné výjimky ze zachovávání povinné mlčenlivosti. V těchto ustanoveních jsou formulovány skutkové podstaty trestných činů, nepřekažení trestného činu a neoznámení trestného činu. V případě, že se zdravotnický pracovník věrohodným způsobem dozví o přípravě nebo páčání trestného činu nebo spáchání trestného činu, nemůže se odvolávat na povinnost zachovávat mlčenlivost, ale musí konat způsobem popsáním v těchto ustanoveních.

### 1.3.3 Práva pacientů

Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví formulovala a schválila dne 25.2.1992 definitivní verzi Práv pacientů. Jedná se o etický kodex, který je formulován tak, že je komplementární k etickému kodexu lékařů a není v rozporu s platnou legislativou. Práva pacientů jsou tudíž závazná morálně, nikoliv právně (Haškovcová, 2015).

Pro přehlednost uvádíme úplné znění Etického kodexu Práva pacientů (1992, citováno v Haškovcová, 2015, s. 67):

1. *Pacient má právo na **ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči** prováděnou **s porozuměním** kvalifikovanými pracovníky.*
2. *Pacient má právo znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo **žádat soukromí** a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat se členy své rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu (tzv. kontinuálních) návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.*
3. *Pacient má právo **získat od svého lékaře údaje potřebné** k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.*
4. *Pacient má v rozsahu, který povoluje zákon, **právo odmítnout léčbu** a má být současně **informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí**.*
5. *V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo na to, aby byly v souvislosti s programem léčby **brány maximální ohledy na jeho soukromí a stud**. Rozbory jeho případu, konzultace a léčba jsou věci důvěrnou a musí být provedena diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních zařízeních, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.*
6. *Pacient má právo očekávat, že veškeré zprávy a **záznamy** týkající se jeho léčby jsou **považovány za důvěrné**. Ochrana informací o nemocném musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.*
7. *Pacient má právo očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, případně tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění a informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které při tom*

*existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.*

8. *Pacient má právo očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři, v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.*
9. *Pacient má **právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení** v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení ne terapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.*
10. *Nemocný v závěru života má **právo na citlivou péči všech zdravotníků**, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.*
11. *Pacient má právo a povinnost znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.*

V souvislosti s problematikou komunikace lékaře s pacientem bychom vyzvedli, podobně jako Prudil (2017), že pacient má **právo** především na **úctu, ohleduplnost, důstojné zacházení a respektování soukromí** při poskytování zdravotních služeb.

V následujícím textu bychom blíže popsali legislativní ukotvení pacientova práva na informace a informovaný souhlas pacienta.

## **PRÁVO NA INFORMACE O ZDRAVOTNÍM STAVU**

Dle Zákona č. 372/2011 Sb. je poskytovatel zdravotní péče povinen zajistit, aby byl pacient srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu **informován o svém zdravotním stavu**. Pacient se může vzdát podání informace o svém zdravotním stavu, může určit osobu, které má být informace podána.

Jde-li o pacienta, který nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav **určit osoby**, které mají právo na informace o jeho zdravotním stavu, ale ani nezakázal informace podávat, pak podle Zákona č. 372/2011 Sb. mohou být informace sdělovány tzv. osobám pacientovi blízkým. Podle § 22 Zákona č. 89/2012 Sb., (Zákon občanský zákoník), se za osoby blízké považují příbuzní v pokolení přímém (od prapradědeček až po prapravnoučata), manžel/ka, sourozenec a další osoby v poměru rodinném či obdobném, které by újmu pacienta právem pociťovali stejně jako vlastní újmu.

Dle ustanovení §23 odst. 1 Zákona č. 20/1966 Sb., (o péči o zdraví lidu), je zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu příslušného zdravotnického povolání

povinen poučit pacienta o povaze onemocnění a o potřebných výkonech tak, aby se mohli stát aktivními spolupracovníky při poskytování léčebně preventivní péče.

Jde-li o lékařskou péči a lékařské výkony, je povinnost informovat pacienta dána lékaři. Lékař nemá právo přenést tuto povinnost na jiného zdravotnického pracovníka (Stolínová & Mach, 2010).

Informace je třeba poskytovat pacientovi **vhodným způsobem** se zřetelem na povahu onemocnění, jeho zdravotní stav a rozumovou vyspělost (Klener, 2009).

Zákon č. 372/2011 Sb. zakotvuje i právo zadržet informaci o nepříznivé diagnóze nebo prognóze zdravotního stavu pacient v nezbytně nutném rozsahu a po nezbytně nutnou dobu, lze-li důvodně předpokládat, že by její podání mohlo pacientovi způsobit závažnou újmu na zdraví.

## **INFORMOVANÝ SOUHLAS**

Ve Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 96/2001 Sb., které se věcně vztahuje k problematice medicínského práva, je zakotveno právo, aby jakýkoliv zákrok v oblasti péče o zdraví byl prováděn pouze za podmínky, kdy k němu dotyčná osoba poskytla svobodný a **informovaný souhlas**. Tato osoba musí být předem řádně informována – o účelu, povaze, důsledcích a rizicích zákroku. Dotčená osoba může kdykoliv svobodně svůj souhlas odvolat.

Souhlas pacienta **není vyžadován pouze ve stanovených případech**, mezi něž patří především poskytnutí neodkladné péče. Dále se výjimka vztahuje na specifitější situace, jako je například soudem uložené ochranné léčení či nařízená izolace. V neposlední řadě lze zmínit případy, kdy pacient ohrožuje sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy nebo se nachází pod vlivem návykové látky (KMVS, advokátní kancelář, s. r. o., 2023).

Zákrok na osobě, která není schopna dát souhlas, lze provést zákrok, pouze je-li to k jejímu přímému prospěchu. Pokud nezletilá osoba není podle zákona způsobilá k udělení souhlasu se zákrokem, nemůže být zákrok proveden bez svolení jejího zákonného zástupce nebo orgánu, který je k tomu zmocněn. Osoba s vážnou duševní poruchou může být podrobena zákroku bez jejího souhlasu, je-li zákrok zaměřen na léčbu její duševní poruchy, pouze v případě, že by bez této léčby došlo k závažnému poškození jejího zdraví. V situacích, kdy nelze získat příslušný souhlas, lze jakýkoliv nutný lékařský zákrok provést okamžitě, pokud je nezbytný pro prospěch zdraví dotyčné osoby (Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 96/2001 Sb.).

V případě, že pacient i přes náležité vysvětlení odmítá potřebnou péči, vyžádá si o tom lékař písemné prohlášení – **informovaný nesouhlas (negativní revers)**. Z negativního

reversu musí být patrné, že lékař pacientovi jeho zdravotní stav řádně a srozumitelně vysvětlil a zároveň byl pacient upozorněn na rizika spojená s odmítáním péče. Toto prohlášení musí být opatřeno datumem a podpisem. Pokud pacient odmítne revers podepsat, je třeba tuto skutečnost uvést v dokumentaci a nahradit podpisem svědka (Klener, 2009).

## 1.4 Rozhovor s pacientem

Rozhovor mezi lékařem a pacientem představuje odbornou činnost, kterou je nutné se naučit stejně jako třeba postup fyzikálního vyšetření pacienta (Beran, 2010).

V další části této kapitoly si uvedeme jednotlivé fáze rozhovoru, druhy rozhovorů a v závěru kapitoly se blíže podíváme na anamnestický rozhovor.

### 1.4.1 Fáze rozhovoru

Dobře vedený rozhovor má svůj cíl a jednotlivé kroky by měly na sebe logicky navazovat. Strukturu rozhovoru by měl mít lékař předem připravenou a měl by s ní obeznámit i pacienta.

Bednařík & Andrášiová (2020) popisují **doporučený postup** struktury rozhovoru lékaře s pacientem:

1. přivítání se s pacientem – oční kontakt a podání ruky;
2. rozpoznání potřeby pacienta a přizpůsobení postupu rozhovoru;
3. definice cíle setkání;
4. popis struktury rozhovoru pacientovi;
5. popis role lékaře a jeho očekávání od pacienta;
6. průběžné pojmenovávání, kde se v rozhovoru nacházejí a
7. shrnutí důležitého a plán dalšího postupu.

Kurtz et al. (1998) popisují **Calgary-Cambridgeho model lékařské konzultace**, který se skládá z pěti základních fází rozhovoru:

1. začátek rozhovoru;
2. fáze shromažďování informací;
3. vyšetření pacienta;
4. vysvětlení a plánování a
5. uzavření.

Úvod rozhovoru slouží k vytvoření vzájemné důvěry, zarámování rozhovoru v čase a naladění na další fázi shromažďování informací, při němž lékař prozkoumává pacientovi



potíže a snaží se mu porozumět. Na základě získaných informací přistupuje lékař k vyšetření pacienta. Ve fázi vysvětlení a plánování se lékař ujistí, zda správně porozuměl pacientovi a jestli má pacient nějaké dotazy. Poté společně naplánují další postup. Na závěr rozhovoru lékař shrne potřebné informace a následný plán (Kurtz et al., 1998).

## 1.4.2 Druhy rozhovorů

Podle Praška (2010) se v lékařské praxi, v rámci psychologického vedení nebo psychoterapeutického vedení pacienta, setkáváme s rozhovorem:

- diagnostickým (anamnestický);
- informačním a
- terapeutickým.

Vymětal (2003) uvádí tři **hlavní účely komunikace** lékaře s pacientem podle jednotlivých druhů rozhovoru:

- získání informací;
- poskytnutí informací a
- navození psychického stavu nebo chování pacienta.

**Anamnestický rozhovor** je hlavním zdrojem informací o pacientovi. Podle Vymětala (2003) v něm zjišťujeme tři základní typy informací:

- anamnestická data související s biologickou stránkou nemoci ve vývoji od dětství po současnost;
- informace o psychologických faktorech, které mohou hrát roli v onemocnění a jeho léčbě a
- sociální faktory, které souvisejí s místem pacienta, sociálním prostředím.

Anamnestickému rozhovoru bude věnována podkapitola 1.5.3, v níž se budeme uvedenému tématu blíže věnovat.

**Informační rozhovor** slouží ke sdělení informací. Jeho cílem je probrat s pacientem to, co jej zatěžuje a dodat mu chybějící informace. Vysvětlení by mělo být přizpůsobeno úrovni intelektu a vzdělání pacienta, ale také aktuálnímu zdravotnímu stavu (Praško, 2010). Poskytování informací probíhá především v rozhovoru závěrečném nebo v rozhovoru s příbuznými a při lékařské vizitě (Vymětal, 2003).

**Terapeutický rozhovor** se zaměřuje na postupné navozování pozitivní změny psychického nemocného. Rozhovor může být veden různými způsoby, které vycházejí z různých teoretických psychoterapeutických škol (Praško, 2010). Podle Vymětala (2003)

jde zejména o nedirektivní empatický rozhovor, interpretující rozhovor, podpůrný a uklidňující rozhovor nebo o přesvědčující rozhovor.

Bednařík & Andrášiová (2020) dělí rozhovor s pacientem podle toho jaký přístup lékař v komunikaci s pacientem využívá:

- rozhovor orientovaný na lékaře a
- rozhovor orientovaný na pacienta.

V **rozhovoru orientovaném na lékaře** jde především o to, co pokládá za důležité lékař (co si myslí, co radí, co nedoporučuje), jde spíše o monolog než dialog s pacientem a může komplikovat spolupráci a vytvářet bariéru mezi lékařem a pacientem (Bednařík & Andrášiová, 2020).

V **rozhovoru orientovaném na pacienta** lékař vede rozhovor s ohledem na prožívání a reakce pacienta, dává pacientovi prostor na dotazy. Studie Pecka (2011) potvrdila, že pacienti při setkáních zaměřených na pacienta hlásili vyšší úroveň spokojenosti s lékařem.

Na tomto místě zmíníme základní principy nedirektivního empatického rozhovoru, který vychází ze zásad na klienta orientované psychoterapie Carla Rogerse (1998):

- **autenticita** – být upřímný, jednat na rovinu;
- **otevřenost**, uvolněnost a vstřícnost;
- **akceptace**, respekt, tolerance jiných lidí bez hodnocení;
- **emoční blízkost** – lékař dává najevo zájem o životní situaci nemocného;
- **empatie** (schopnost vcítění + náhled a odstup ve svém myšlení, tj. ponořování se do jeho představ a vědomí a vynořování) a
- **nedirektivnost** – lékař neprosazuje své názory ani nenabízí svá řešení.

Dle Fritzsche et al. (2020) je úspěšná komunikace mezi lékařem a pacientem charakterizována rovnováhou mezi technikami rozhovoru zaměřeného na pacienta a na lékaře.

### 1.4.3 Anamnestický rozhovor

Pod rostoucím časovým tlakem se lékaři při diagnostice mnohdy spoléhají více na technologie než na osobní sběr dat. V důsledku toho je pro ně náročnější pochopit kontext nemoci a plně vnímat potřeby pacientů (Drossman et al., 2021).

Anamnestický rozhovor je strukturovaný rozhovor, při kterém lékař zjišťuje subjektivní obtíže pacienta. Slovo anamnéza pochází z řeckého *anamnesis*, což znamená rozpomínání se (Chrobák, 2003). Anamnéza zahrnuje údaje o zdravotním stavu pacienta

od jeho narození až po současnost. Tento typ rozhovoru je více v rukou lékaře, který vede rozhovor kladenými otázkami. Za svou klinickou praxi odebere lékař průměrně 200 tisíc anamnéz, jejich počet se liší dle specializace (Oates et al., 2000).

Podle Maastrichtského anamnestického a poradenského postupu má lékař umět objasnit důvod návštěvy, shromáždit anamnestické údaje, navrhnout řešení, strukturovat rozhovor, zvládnout dovednosti mezilidského vztahu a zvládnout komunikaci (Klener, 2009).

Anamnestický rozhovor by měl podle Chrobáka (2003) obsahovat následující informace:

- osobní data pacienta;
- současné obtíže;
- osobní anamnézu: onemocnění a předchorobí;
- rodinnou anamnézu;
- farmakologickou anamnézu;
- gynekologickou anamnézu u žen;
- alergologickou anamnézu a
- pracovní a sociální anamnézu.

**Osobní data pacienta** musejí obsahovat jméno, příjmení, rodné číslo, bydliště, zdravotní pojišťovnu a zaměstnání. **Současné potíže** vedoucí pacienta k vyšetření jsou zjišťovány v úvodu rozhovoru, neboť jsou důvodem, proč pacient vyhledal lékaře. **Osobní anamnéza** zahrnuje podrobný popis prodělaných nemocí. V průběhu rozhovoru se postupuje chronologicky od objevení se prvních příznaků onemocnění až do současnosti. Následně v chronologickém sledu se zaznamenávají všechna onemocnění od narození do současnosti. Po skončení osobní anamnézy zjišťuje lékař doplňující informace ohledně jednotlivých orgánových systémů. **Rodinná anamnéza** obsahuje informace o zdravotním stavu rodičů, sourozenců, dětí, případně širšího příbuzenstva při podezření na dědičné onemocnění. Při **pracovní a sociální anamnéze** se snaží lékař zmapovat sociální postavení pacienta. Lékař zjišťuje, jakým způsobem tráví pacient volný čas, jakou má životosprávu, kdo je mu sociální oporou a další důležité informace (Chrobák, 2003; Klener, 2009).

Zápis získaných informací z anamnestického rozhovoru se může realizovat podle schématu Klenera (2009), který je znázorněn v tabulce č. 2.

**Tabulka č. 2:** Schéma anamnézy

podtypy	podrobnosti
Osobní data	Jméno, příjmení, event. titul, rodné číslo, zdravotní pojišťovna, bydliště
NO	hlavní příznaky současného onemocnění, délka trvání, časová posloupnost, charakter příznaků
AA	všechny noxy, které vyvolaly alergickou reakci, popsat tuto reakci (svědění, vyrážka, dechové potíže)
FA	pravidelná medikace: léky, dávkování, délka užívání
Abusus	kouření (počet cigaret, kolik let, popř. jiné druhy tabáku), alkohol (množství, dávka), černá káva, čaj, drogy, stravovací návyky (jednostranná strava, typ diety, frekvence jídla)
SA	rodinný stav, kvalita bydlení, sociální status
PA	vzdělání, vyučení, zaměstnání, nepříznivé profesní vlivy
RA	onemocnění dědičná, s genetickou predispozicí u rodičů, prarodičů, sourozenců a dětí; zejména zjišťujeme kardiovaskulární onemocnění, diabetes mellitus, poruchy lipidového metabolismu, tuberkulózu, nádorová onemocnění, obezitu
GA	menses od kolika let, charakter, porody, potraty a jejich event. komplikace, hormonální antikoncepce, menopauza
OA	chronologické zaznamenání všech onemocnění od narození do současnosti
FF	stolice (pravidelnost, charakter), chuť k jídlu, váhová stabilita, potíže s močením, dušnost, bolesti, spánek apod.

Použité zkratky: NO = nynější onemocnění, AA = alergická anamnéza, FA = farmakologická anamnéza, SA = sociální anamnéza, PA = pracovní anamnéza, RA = rodinná anamnéza, GA = gynekologická anamnéza, OA = osobní anamnéza, FF = fyziologické funkce.

Zdroj: Klener, 2009, s. 54, upraveno

Lékař si během anamnestického rozhovoru ujasňuje, co by prezentované symptomy mohly znamenat, formuluje si otázky, které pacientovi následně položí, skládá si dohromady údaje od pacienta a následně si vytváří hypotézy o pacientově onemocnění (Raudenská & Javůrková, 2011).

Podle (Raudenská & Javůrková, 2011) může lékař využít při anamnestickém rozhovoru několik typů otázek:

- **otevřené** – pokud potřebuje lékař zjistit co nejvíce informací (př. „*Co Vás trápí?*“);

- **uzavřené** – pokud potřebuje lékař být stručný při časovém omezení nebo v akutní medicíně (př. „*Bolí vás hlava?*“);
- **alternativní** – dávají pacientovi na výběr více možností (př. „*Kdy můžete přijít na kontrolu ve čtvrtek nebo v pátek?*“);
- **kontrolní** – ověřují, zda pacient porozuměl tomu, co mu lékař řekl (př. „*Vypadá to, že vás bolí hlava vždy po ránu?*“) a
- **rétorické** – pokládá lékař sám sobě a sám si také odpovídá, umožňují podnítit zájem pacienta (př. „*Asi Vás zajímá, jaké jsou možnosti léčby?*“).

Otevřené otázky se dají, podle Bednaříka & Andrášiové (2020), rozdělit na tři základní typy:

- **mapující** – povzbuzující tázaného, aby více popsal načaté téma („*Můžete mi více říci o svých bolestech?*“);
- **analytické** – pomáhají podrobněji zanalyzovat, co tím tázaný myslel („*Řekl jste, že už se o sebe ani nedokážete sám postarat. Co tím myslíte?*“);
- **objasňující** – vyžadující základní vysvětlení toho, co se děje, co si myslí, co prožívá („*Vidím, že pláчете. Můžete mi říct, co se děje?*“).

Rozhovor lékaře s pacientem by neměl být podceňován. Pacienti, kteří jsou povzbuzováni k tomu, aby popsali dopad nemoci na svůj každodenní život, se cítí oceňováni a je pravděpodobnější, že budou lékaře vnímat jako empatického partnera. To buduje důvěru, která pozitivně koreluje s dodržováním léčby a účinností péče (Drossman & Ruddy, 2020).

Pacienti, kterým je umožněno v bezpečném prostředí sdílet svůj příběh nemoci, se cítí být vyslyšeni a poskytují neocenitelné informace o svých zkušenostech s nemocí (Hall et al., 2011). Výzkumy Zak et al. (2004) a Riess (2011) ukazují, že při poslechu pacientova příběhu dochází u lékaře k měřitelnému zvýšení plazmatických hladin kortizolu (vliv na zvýšení pozornosti), dopaminu (vliv na zlepšení paměti a potěšení) a oxytocinu (vliv na prosociální, empatické chování). Z těchto důvodů je pro klinickou praxi zásadní umožnit pacientům vyprávět svůj příběh nemoci (Drossman et al., 2021).

Důležitost správně vedeného anamnestického rozhovoru vystihuje následující citát: „*Umění dobré anamnézy se lékař učí celý život. Surčitou nadsázkou je možné říci, že zvládnutí umění anamnézy dělí lékaře na dobré a špatné, ale i schopné a neschopné dospět k správné diagnóze*“ (Klener, 2009, s. 53).

## 2 FAKTORY KOMUNIKACE MEZI LÉKAŘEM A PACIENTEM

Do komunikace mezi lékařem a pacientem vstupuje řada faktorů a proměnných. Jedná se o faktory působící na straně lékaře, na straně pacienta a faktory související s okolním kontextem komunikace. V této kapitole jednotlivé faktory blíže popíšeme a nastíníme vztah mezi lékařem a pacientem, jakožto důležitý předpoklad komunikace.

### 2.1 Lékař

Lékařské povolání je vykonáváno v rámci Zákona č. 95/2004 Sb., (Zákon o lékařských povoláních), kde jsou popsány podmínky získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře:

- **odborná způsobilost** k výkonu povolání lékaře se získává absolvováním nejméně šestiletého prezenčního studia, které obsahuje teoretickou a praktickou výuku v akreditovaném zdravotnickém magisterském studijním programu všeobecné lékařství;
- **specializovaná způsobilost** lékaře se získává úspěšným ukončením specializačního vzdělávání atestační zkouškou.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2023) zveřejnil celkový počet lékařů na území České republiky v roce 2022, který činil **44 602 lékařů**, z toho:

- 23 153 lékařů zajišťovalo akutní lůžkovou péči;
- 1 330 lékařů zajišťovalo ostatní lůžkovou péči a
- 20 119 lékařů zajišťovalo nelůžkovou péči.

Z celkového počtu lékařů bylo v roce 2023 okolo 29 tisíc lékařek, což odpovídá početnímu poměru mezi ženami a muži 3:2 (Česko v datech, 2024).

Ministerstvo práce a sociálních věcí (2017a) uvádí následující **kompetenční požadavky** na povolání lékaře se specializovanou způsobilostí:

- odborné dovednosti;
- odborné znalosti;

- obecné dovednosti (počítačová způsobilost, numerická způsobilost, ekonomické povědomí, právní povědomí, jazyková způsobilost v češtině, v angličtině a v dalším cizím jazyce);
- měkké kompetence (kompetence k: efektivní komunikaci, kooperaci, výkonnosti, samostatnosti, řešení problémů, celoživotnímu vzdělávání, zvládání zátěže, objevování a orientaci v informacích) a
- zdravotní podmínky.

V příloze č. 4 je podrobně uveden obsah **kompetence k efektivní komunikaci** a její požadovaná úroveň.

### 2.1.1 Osobnost lékaře

Podle Cakirpaloglu (2012) lze obecně osobnost popsat jako souhrn či propojení charakteru, temperamentu, schopností a konstitučních vlastností člověka

Na osobnost lékaře se lze dívat z různých úhlů pohledu. Vzhledem ke zvolenému tématu diplomové práce jsme vybrali následující dělení osobnosti lékaře podle komunikačního (kognitivního) stylu.

(Čakrt, 2017) se věnoval jednotlivým kognitivním stylům, tedy kombinacím dvou dominujících funkcí, podle toho, jak se uplatňují v lékařské profesi. Písmenko (**S** – smyslové nebo **N** – intuitivní vnímání), které je v této dvojici jako první v pořadí, vyjadřuje preferovaný způsob získávání informací. Druhé písmenko (**T** – myšlení nebo **F** – cítění) určuje způsob, jak informace zpracujeme.

Jejich propojením vznikají 4 kognitivní (komunikační) styly lékařů (Čakrt, 2017):

- **systematici (ST)** – smyslový s převahou myšlení: mají rádi pořádek, kontrolu a jistotu, jsou spolehliví, objektivní, předvídatelní a nad věcí, avšak mívají sklony být méně vnímaví vůči mezilidským vztahům, často se soustředí na technicko-medicínské stránky práce na úkor lidskosti vůči druhým, nejčastěji je najdeme v chirurgických oborech, patologii, dermatologii, radiologii;
- **procesuální (SF)** – smyslový s převahou cítění: rádi vycházejí z konkrétních dat a faktů, avšak je hodnotí na základě názorů a preferencí jak svých, tak pacientových., jejich silnou stránkou je přesvědčování a vyjednávání a mají talent přimět pacienty ke spolupráci, nejčastěji bývají praktickými lékaři nebo pediatry s vlastní soukromou praxí;

- **katalytiční (NF)** – intuitivní s převahou cítění: je pro ně typické jejich charisma a velká pozornost a péče o pacienty, mají vysokou míru empatie, nejvíce NF lékařů je mezi psychiatry, praktickými lékaři a dětskými onkology, obecně jsou úspěšnější v oborech s dlouhodobou spoluprací s pacientem, potřebují přijetí svých kolegů a také pozitivní odezvy pacientů;
- **spekulativní (NT)** – intuitivní s převahou myšlení: jejichž zástupci jsou často inovátoři a tvůrci nových myšlenek a nebaví je rutina, od pacientů si často udržují kritický odstup kvůli nestrannosti a objektivitě, zaměřují se především na nemoc jako takovou, proto jsou vnímáni jako chladní a neosobní, neumějí přijímat ani dávat pochvalu, jsou často v manažerských funkcích.

V rámci komunikace s pacientem mohou hrát roli i mnohé další osobnostní vlastnosti lékaře. Např. podle Honzáka (2017) **perfekcionistické tendence** vedou lékaře ke sledování nepodstatných detailů, přičemž jim uniká celek. Práce lékaře stíženého perfekcionalismem se může soustředit více na dosažené laboratorní výsledky než na pacienta. **Narcistické tendence** lékaře, jakožto majitele jediné pravdy, jsou následovány rozčarovaným nespolupracujícím pacientem. Zraněný narcismus může mít podobu vzteku ve smyslu nepřátelských postojů k pacientovi. **Doplňkové závislé falešné altruistické postoje** jsou charakterizovány ochotou se v zájmu pacienta obětovat. Takový lékař nabízí více péče, času a marně čeká lepší výsledky. Je to však destruktivní postup často končící syndromem vyhoření.

## 2.1.2 Komunikační dovednosti lékařů

Komunikace není pouze osobní dispozice, ale je to série dovedností, které se dají naučit (Ptáček & Bartůněk, 2011). Vliv tréninku na komunikační dovednosti prokázala i metaanalytická studie Zolnierek & DiMatteo (2009), zkoumající 106 korelačních a 21 experimentálních studií.

Podle Bednaříka a Andrášiové (2020) je pro efektivní komunikaci s pacientem důležité, aby lékař uměl:

- rozumět sám sobě a svým komunikačním projevům;
- řídit interakci mezi sebou a pacientem;
- zachytit komunikační projevy pacienta a rozumět jim a
- vhodně reagovat na pacientovy projevy.



Podle Berana (2010) můžeme komunikační dovednosti z hlediska klinické praxe rozdělit do dvou skupin:

- verbální povahy – uplatňují se při formulaci sdělení určených pacientovi (výklad, objasňování, souhrny, otázky a výzvy) a
- nonverbální povahy – mají význam pro poznávání pacienta (pozorování, naslouchání, empatie, projev zájmu a respekt).

Studie zabývající se souvislostí **pohlaví lékařské profese** s komunikačními dovednostmi zjistily následující skutečnosti. Podle Street et al. (2005) mají **lékařky** tendenci vyjadřovat v rozhovoru s pacientem větší podporu než lékaři a konzultace lékařek trvají průměrně o dvě minuty déle než konzultace lékařů. Podle Roter & Hall (2004) mají lékařky větší tendenci k partnerskému přístupu vedení konzultace, vyjadřují podporu, zaměřují se více na psychosociální oblasti a prožívání pacienta.

Pro **lékaře**, muže, je typičtější kontrolující přístup charakterizovaný dominancí během konverzace, přerušováním pacienta, používáním uzavřených otázek. S pacienty lékař tráví méně času než lékařky a méně používá nonverbální prvky komunikace, jako je přikyvování a úsměv (Aruguete & Roberts, 2000).

V následujícím textu se budeme zabývat základními komunikačními dovednostmi, které považujeme pro komunikaci s pacientem za stěžejní. Jedná se především o následující dovednosti: **aktivní naslouchání, empatické chování a dovednost poskytování informací.**

## **AKTIVNÍ NASLOUCHÁNÍ**

Aktivní naslouchání je komplexní vnímání pacienta a zároveň způsob, jakým mu dokážeme projevit zájem, respekt a pochopení. Naslouchající je plně soustředěný na poslech druhého jedince s cílem porozumět a projevit porozumění (Bednařík & Andrášiová, 2020).

Aktivně naslouchat znamená aktivně vnímat nejen co pacient říká, ale také jak to říká a v jakých souvislostech. O naslouchání se hovoří jako o „**poslouchání třetím uchem**“, aby se rozpoznalo to, co je v pacientově sdělení skryto za přímým sdělením (Beran, 2010).

Na základě výčtu jednotlivých technik aktivního naslouchání, dle Praška (2010) a Berana (2010), můžeme vyvodit následujících 6 pravidel aktivního naslouchání:

- **dávat pozor a nepřerušovat hovor** – být přítomný a soustředěný na projev pacienta;
- **zdržet se soudů** – nehodnotit a nedávat rady;

- **projevovat zájem a reflektovat vyřčené** – odrážet informace a emoce druhých: parafrázováním, neverbálními projevy (empatický výraz tváře, oční kontakt, mimika, přikývnutí hlavou, gestikulace, aj.), zdůrazněním výroků;
- **vyjasňovat nepochopené** – pokládat objasňující otevřené otázky;
- **sumarizovat fakta** – shrnout klíčová témata;
- **sdílet informace** – zmínění podobné situace, kterou lékař zažil, rozvést některé myšlenky.

Ptáček a Bartůněk (2011) upozorňují na rizika plynoucí z přerušení spontánního pacienta hovoru. Jestliže lékař pod časovým tlakem přebere iniciativu rozhovoru a začne klást otázky, pacient tím přijímá pasivní pozici a nesdělí podstatné informace, protože potom už nemá příležitost se k důležitým tématům vrátit.

Bednařík a Andrášiová (2020) uvádí, že pokud chce lékař aktivně naslouchat, tak by neměl hodnotit, radit či dávat doporučení. Měl by se vyhnout chlácholení a bagatelizování.

Studie Jagosh et al. (2011) se zabývala aspekty, proč je pro pacienty důležité aktivní naslouchání lékařů. Tato zjištění byla uspořádána do tří témat:

- naslouchání jako základní součást shromažďování a diagnostiky klinických dat;
- naslouchání jako léčebný a terapeutický prostředek;
- naslouchání jako prostředek podpory a posílení vztahu mezi lékařem a pacientem.

Prostřednictvím aktivního naslouchání dává lékař pacientovi najevo, že respektuje jeho prožívání, což většinou vede k uklidnění pacienta. Neboť pacient cítí, že není se svými pocity a přesvědčeními sám, dává mu pocit bezpečí. Výsledkem aktivního naslouchání může být i zvýšení porozumění. Pokud lékař umí citlivě a přesně pojmenovat, co pacient prožívá, pacientovi to pomáhá lépe orientovat se v sobě samém (Bednařík & Andrášiová, 2020).

## **EMPATIE A EMPATICKÉ CHOVÁNÍ**

Beran (2010) uvádí, že empatie znamená vcítění se do duševního stavu druhého jedince. O empatii se často hovoří jako o „**porozumění vcítěním**“ (Vymětal, 2003).

Bartůněk a Ptáček (2023) rozlišují dvě složky empatie:

- **afektivní složka** – subjektivní schopnost sdílet psychické pocity druhého, při níž pozorovatel přebírá tyto pocity;
- **kognitivní složka** – schopnost porozumět a vnímat pocity druhého, ale i myšlenky a názory jiné osoby, ale bez vlastní emocionální reakce.

Existují dvě neurologické teorie empatie – teorie zrcadlení a teorie mysli. V **teorii zrcadlení** hrají hlavní roli zrcadlové neurony a pojí se s kognitivní složkou. Zrcadlové neurony přivádějí informace o motorických aktivitách druhých jedinců do našeho motorického systému. Proto činy jiných lidí můžeme simulovat v našem motorickém systému a tímto způsobem prožít situaci, ve které se jiní nacházejí. V teorii zrcadlení hrají roli matrice bolesti a pojí se s afektivní složkou. Podle této teorie se aktivuje anteriorní insula a cingulární korová oblast při prožívání bolesti, jak vlastní, tak sledování bolesti jiných (Kilroy & Aziz-Zadeh, 2017; Valencia & Froese, 2020; Vistoli et al., 2017).

Druhá teorie – **teorie mysli** ukazuje na schopnost pochopení duševního stavu jiné člověka. Při této aktivitě se v mozku aktivují určité oblasti. Kognitivní empatie je spojená s aktivací ventrální části mediálního prefrontálního kortexu a souvisí s pochopením perspektivy jiné osoby. S afektivní složkou je spojen ventrální střední čelní lalok (Kilroy & Aziz-Zadeh, 2017).

V lékařské praxi je výstižnější užívat místo termínu empatie lépe pojmu **empatické chování** jako specifická forma komunikace. Vyjadřuje usměrňovaný psychický stav mluvčího a současné jednání, jehož prostřednictvím jednak zpracovává získané informace, jednak usiluje o naplnění psychických potřeb pacienta (Ptáček & Bartůněk, 2011).

Existuje velké množství nástrojů k měření empatie. Na tomto místě uvedeme pouze dva dotazníky. Jeffersonova škála lékařské empatie (**JSPE – Jefferson Scale of Physician Empathy**) je určena pro měření empatického chování v kontextu zdravotní péče. Jedná se o sebe-posuzovací škálu s 20 otázkami, na které lékař odpovídá na sedmibodové Likertově škále (Hojat, 2007). Další metodou měření aspektů klinického setkání souvisejících s empatií je dotazník **CARE – The Consultation and Relational Empathy**, který posuzuje empatii z pohledu pacienta. CARE hodnotí 10 položek na pětistupňové škále, tj. maximální hodnota skóre je 50 bodů (Rakel et al., 2009).

Empatické chování je jednou z nejdůležitějších složek, které mají vliv na kvalitu vztahu mezi lékařem a pacientem a celkovou spokojenost s lékařovou péčí (Wu et al., 2022).

Dosavadní studie uvádějí pozitivní vliv lékařské empatie na tělesný i psychický stav pacientů. Studie Rakel et al. (2009) zjistila, že u pacientů s maximální hodnotou skóre (50 bodů) v dotazníku CARE, byla doba trvání nachlazení o 0,91 dne kratší oproti průměrné době. Také recentní čínská studie Wu et al. (2020) zkoumala vztah mezi lékařskou empatií a psychickým a somatickým stavem pacientů. Pacienti s astmatem, kteří byli hospitalizováni a byli tři měsíce v interakci s lékaři skórujícími vysoko v dotazníku JPSE, vykazovali

signifikantně nižší míru úzkosti, kvalitnější spánek a vyšší sebeúčinnost. Měli také nižší hladinu zánětlivého faktoru interleukinu 6.

Na základě velké přehledové studie Neumann et al. (2011), která analyzovala 18 výzkumů zabývajících se lékařskou empatií, byl zjištěn signifikantní pokles empatie u studentů v průběhu studia medicíny v době, kdy začali být v kontaktu s pacienty.

V souvislosti s pojmem empatie považujeme za vhodné odlišit termín soucit. **Soucit** (*compassion*), je odvozen z latinských slov *com* (dohromady) a *pati* (trpět). Soucit je, podle McNally et al. (2019), definován jako schopnost aktivně si představit stav trpící člověka, sdílet jeho trápení a snažit se zmírnit jeho obtíže. Fairchild (2021) spatřuje tuto proaktivní snahu pomoci jako prvek, který odlišuje soucit od pouhé empatie.

Soucit v medicíně je často kontroverzním tématem. Jonsen (2000) píše, že soucit by měl být základem pro medicínskou etiku proto, aby mohla být medicína skutečně vnímaná jako péče zaměřená na pacienta.

Beauchamp & Childress (2012) se kriticky vyjadřují k soucitu, protože podle nich soucítění s druhými může zaslepit rozum a zabránit nestrannému uvažování. Další kritika soucitu je spatřována v tom, že je náchylný k tomu, že se při něm mohou projevovat citové předsudky. Prinz (2011) tvrdí, že soucit cítíme spíše s osobami, které jsou nám sympatické. Z tohoto důvodu by soucit mohl vést k diskriminaci. Podobně uvádí Bloom (2016), že soucit brání nestrannosti a spravedlivému přístupu k medicíně. Preferuje spíše objektivní posuzování bez osobního zaujetí a zachování emocionálního odstupu od pacienta, který dle něho pomáhá lépe řešit medicínské problémy a nevede k možnému syndromu vyhoření.

## **DOVEDNOST POSKYTOVÁNÍ INFORMACÍ**

Při předávání informací pacientům by se lékaři měli řídit určitými zásadami. Měli by formulovat odborné informace jazykem, který bude pacientům srozumitelný. Informace by měl lékař dávkovat postupně, po částech, s pauzami na kontrolování reakcí pacienta. Klíčové informace by měl lékař vždy shrnout a opakovat. Lékař by měl pacienta pobízet, aby se ptal. Dále by měl lékař sledovat pacientovu pozornost a vnímavost a měl by si ověřovat pacientovo porozumění otevřenými otázkami (Bednařík & Andrášiová, 2020).

Křivohlavý (1985) zdůrazňuje, že lékař by měl mluvit krátce (neříkat toho moc najednou), pomalu a nahlas.

Jednotlivé komunikační zásady při poskytování informací pacientům přehledně shrnuje Patidar (2012) do struktury **pěti C**:

- **complete** – schopnost kompletního podání informace;
- **clarity** – jasnost, přesnost, vhodná volba slov, vyhýbání se nejednoznačnosti slov;
- **correctness** – dodržování správnosti vyjadřování, tedy komunikace bez odborných výrazů;
- **concise** – stručnost, odstranění zbytečných, zavádějících slovních obrátů, komplikovaných souvětí a
- **consideration** – ohled na pacienta, akceptovat jeho úroveň vzdělání, názorové postoje, předsudky.

S ohledem na faktory ovlivňující komunikaci ze strany lékaře, bylo na základě systematické rešerše (n = 73 studií) a kvalitativního výzkumu vytvořeno pět doporučení, která mají potenciál zvýšit efektivitu komunikace mezi lékařem a pacientem (Zulman et al., 2020):

- příprava na rozhovor – příprava a soustředění před přivítáním pacienta;
- aktivní naslouchání – pozorně poslouchání bez přerušování;
- stanovení společných priorit – zjistit na čem pacientovi záleží a začlenit tyto priority do programu návštěvy;
- propojení s příběhem pacienta – zvážit životní okolnosti, které ovlivňují pacientovo zdraví, ocenit úsilí;
- emocionální podpora – všimnout si, pojmenovat a potvrdit pacientovi emoce.

Dřívější, ale zajímavý výzkum Kindelan & Kent (1987) zjistil, že pacienti a lékaři se neshodují s relativní důležitostí sdělování lékařských informací. Neboť pacienti na první místo kladli informace o prognóze, diagnóze a příčinách potíží, zatímco lékaři dávali nepřiměřenou váhu informacím o léčbě.

## 2.2 Pacient

Stejně jako u lékaře, hraje v komunikaci velkou roli i u pacienta celá řada faktorů, které ji mohou ovlivňovat. Podle Ptáčka a Bartůňka (2011) podstatnou roli hraje: závažnost nemoci, dosavadní zkušenosti, osobnostní zvláštnosti, hodnotový systém, emoční nastavení, vzdělání, sociální postavení, rodinné zázemí a očekávání pacienta. V následujícím textu se pozastavíme nad některými z nich.

## 2.2.1 Potřeby pacienta

Potřeby pacientů v době, kdy se upouští od paternalistického modelu péče ve prospěch uznání práva pacientů s aktivní účastí na rozhodovacím procesu, se stále více dostávají do popředí (Asadi-Lari et al., 2003).

Život člověka je charakterizován neustálým uspokojováním různých potřeb. Potřeba se vymezuje jako stav nedostatku nebo nadbytku něčeho, jež odchyluje jedince od jeho životního optima. Uspokojování potřeb je dynamickým procesem, který ovlivňují obecné faktory (výchova, rodinný stav, vzdělání), patologické faktory (bolest, horečka aj.) a společenské faktory (Zacharová, 2017).

Obecně je známo, že každý jedinec má tendence jednat tak, aby dosáhl uspokojení svých potřeb nebo se vyhnul jejich ohrožení. Maslow (2014) vytvořil model lidských potřeb, který postupně doplňoval a vypracoval na model pyramidy, který dělí lidské potřeby na jednotlivé vrstvy:

- **biologické potřeby** – souvisejí s narušením vnitřní homeostázy organismu (potřeba tekutin, potravy, kyslíku, spánku, sexu, aj.);
- **potřeba bezpečí a existenční jistoty** – souvisí s pocitem fyzického a psychického bezpečí;
- **potřeba lásky a spolupatříčnosti** – člověk jako sociální tvor potřebuje být a cítit se členem sociální skupiny (nebýt sám), mít dobré vztahy;
- **potřeba uznání a úcty** – potřeba být respektován a cítit se důležitý;
- **potřeba osobního rozvoje (seberealizace)** – projevuje se ve snaze dosáhnout uspokojení překonáním překážek, ve snaze uplatnit své dovednosti, zájmy či osobní vlastnosti.

Maslowova hierarchie potřeb může poskytnout rámec pro pochopení, posouzení a řešení potřeb pacientů na všech úrovních. Například při poskytování akutní zdravotní péče je prioritou uspokojit biologické potřeby pacienta – podání analgetik pro úlevu od bolesti. Neméně důležité je také pokrytí bezpečnostních potřeb – prevence pádu nebo zranění. Následně také naplnění potřeby lásky, uznání aj. (Taylor et al., 2002).

Potřeby pacientů mají svoji specifickou podobu, která je závislá především na charakteru nemoci, současně však na pacientovi samotném a na sociálních poměrech, ve kterých žije (Zacharová, 2017). Vymětal (2003) dělí potřeby pacientů obecně na potřeby tělesné, psychické a sociální.

Bártlová (2005) doporučuje členit **potřeby v době nemoci** do následujících třech skupin:

- potřeby, které se nemocí nemění;
- potřeby, které se nemocí modifikovaly a
- potřeby, které s nemocí vznikly.

**Potřeby, které se s nemocí nemění** – patří sem zejména potřeba spánku, vzduchu, odpočinku, výživy, vyprazdňování, pocit pohodlí a bezpečí. V průběhu nemoci si pacient může tyto potřeby dokonce uvědomovat intenzivněji než v plném zdraví (Bártlová, 2005).

**Potřeby, které se nemocí modifikovaly** – jsou velmi variabilní a individuální. Jsou ovlivněny onemocněním samotným, jeho závažností a fází. Pozornost je třeba věnovat modifikovaným potřebám sociálním, jejichž základní tendencí v průběhu nemoci by šlo zjednodušeně charakterizovat tak, že se u nemocného nejprve redukuje a postupně opět vrací (Bártlová, 2005).

**Potřeby, které s nemocí vznikly** – můžeme rozdělit do třech rovin podle Bártlové (2005):

- potřeba navrácení zdraví;
- potřeba zbavit se nebo zmenšit bolesti;
- potřeba obnovení schopnosti plnit dřívější sociální funkce nebo připravit se na nové.

Zacharová (2017) popisuje základní **potřeby hospitalizovaných pacientů**, které mohou být při pobytu v nemocnici nejvíce ohroženy:

- potřeba sociálního kontaktu, porozumění, pochopení a pomoci;
- potřeba bezpečí a jistoty;
- potřeba podnětů a činností;
- potřeba životní perspektivy a
- potřeba výkonu.

Míra a kvalita uspokojování tělesných, psychických a sociálních potřeb pacienta vytváří kvalitu života pacienta, na kterou je nutno myslet a dbát (Vymětal, 2003).

Bez ohledu na potřeby pacientů dané nemocí samotnou vyžaduje poskytování vysoce kvalitní péče zvážení všech dimenzí, které tvoří celek pacienta – intelektuální, emocionální, sociální, kulturní a enviromentální. Tyto dimenze spolu vzájemně souvisejí a ovlivňují se a zároveň ovlivňují potřeby pacientů v různé míře (Taylor et al., 2002; Polikandrioti & Koutelekos, 2013).

## 2.2.2 Osobnost pacienta

Existuje více osobnostních typologií pacientů, pro přehlednost uvedeme alespoň dělení podle Honzáka a Čakrta.

Honzák (2017) popisuje základní typy pacientů:

- **úzkostný/hypersenzitivní** – motivační silou těchto pacientů je permanentní úzkost, pro kterou vyžadují opakované ujišťování, uklidňování a pozornost;
- **hněvivý/narcistický** – špatně snáší nepohodu spojenou s onemocněním a léčbou, vymáhá zvýšenou pozornost a snaží se léčení řídit;
- **pasivně agresivní** – zůstává nemocný navzdory nejlepší péči, předstírá, že spolupracuje, a přitom léčbu bojkotuje;
- **hraniční osobnost** – odmítá všechny snahy po účinné pomoci, čímž vyvolává u lékaře pocit bezmoci, zmaru a frustrace.

Čakrt (2017) popisuje profesní kontakt lékař–pacient pomocí kognitivních stylů, které jsme si popsali již v kapitole 2.1.1. Avšak opačnou interakci, pacient–lékař popisuje skrze následující temperamenty pacientů a jejich charakteristiky:

- **hráči** – nedůslední, nedochvilní, málo svědomití, netrpěliví, potíže s plánováním, vyhýbají se odpovědností;
- **strážci** – potřebují jasná fakta, rádi znají časový plán, nesnášejí nejistotu, potřebují vidět ve všem smysl, pátrají po podrobnostech, jsou rigidní, jsou starostliví o druhé, poučují ostatní;
- **racionálové** – dokáží se od nemoci odpoutat a vidět v ní i příležitost, potlačují emoce, dokáží riskovat, mohou být cynickými stěžovateli, vyžadují respekt, preferují samostatnost a logický postup;
- **idealisté** – dívají se na věc ze širšího kontextu, schopnost vidět pozitiva, mají vizi, rádi vybírají z více možností a zvažuje pro a proti, potřebují soucítí lékaře, potřebují chválu, mohou být i náladoví.

## 2.2.3 Obranné mechanismy

Během vyrovnávání se s onemocněním a náročnou léčbou nemusí adaptace pacienta probíhat hladce a mohou se v jeho psychice aktivovat obranné mechanismy, které napomáhají zvládat krizové situace a chránit integritu psychiky.

Nejčastější obranné mechanismy pacientů jsou, podle Bednařika a Andrášiové (2020):

- **popření** – pacient odmítá realitu onemocnění;



- **vytěsnění** – pacient jako by neslyšel nebo zapomněl informace ohledně nemoci;
- **izolace afektů** – oddělí emoce od uvědomování si události;
- **racionalizace** – snaha nalézat logické vysvětlení;
- **somatizace** – pociťování tělesných příznaků;
- **bagatelizace** – pacient vnímá situaci jako méně vážnou, než ve skutečnosti je;
- **projekce** – pacient promítá vlastní pocity, které by pro něho byly ohrožující na ošetřující personál.

Je dobré si uvědomit, že obranné mechanismy pacientů mohou narušovat spolupráci a komunikaci s lékařem. Pacient je užívá nevědomě a v emočně náročných situacích může reagovat neadekvátně (Vymětal, 2003).

## 2.2.4 Emocionální reakce pacientů na nemoc

Dle profesních zkušeností autorky se často u pacientů vyskytují různé emocionální reakce, které jsou povětšinou doprovodnými odpověďmi na nemoc samotnou nebo na situace vyskytující se v souvislosti s nemocí.

Janáčková & Weiss (2008) popisují oblasti emocionální zátěže související s nemocí. Nemoc stojí v cestě schopnosti efektivně fungovat a pacienti pociťují **obavu ze závislosti na okolí**. Nemoc může přivést také **obavy z izolace, strach ze ztráty soběstačnosti, obavu ze ztráty tělesných funkcí**. Pacienti se obecně bojí bolesti a v důsledku pociťují **strach ze smrti**.

Všechny výše popsané emocionální zátěže vedou u pacientů k různým emocionálním reakcím. Častým jevem u nemoci je **úzkost**, která může nabýt mnoha forem a její intenzita se v průběhu každé nemoci může měnit. Úzkost je často doprovázena tělesnými projevy a může ovlivnit průběh konkrétního onemocnění (Cohen-Cole, 1991).

Křivohlavý (2002) upozorňuje na vliv úzkosti a strachu z rozhovoru s lékařem. Díky nim může totiž docházet těžkostem v pacientově projevu – např. nesouvislost sdělení, zabíhání k nepodstatným informacím nebo naopak zamlčení podstatných příznaků a informací.

Další emocionální reakcí může být **hněv**. Nemocní se při pochopení významu své nemoci někdy hněvají na sebe, na zlý osud, na Boha nebo právě typickými terči bývají zdravotničtí pracovníci a rodinní příslušníci. **Smutek** se považuje za nejběžnější emocionální reakcí na nemoc (Cohen-Cole, 1991).

## 2.3 Vztah lékař–pacient

Dle názoru autorky, vztah lékaře a pacienta prošel za uplynulá období velkou proměnou. V době dřívější panoval paternalistický vztah lékaře a pacienta, kdy byl lékař vládcem pacientova zdraví, bylo rozhodnutí o léčbě pouze v rukou lékaře. Pacient mohl získat potřebné informace o své nemoci jen od svého lékaře, neboť jiné informační zdroje nebyly ještě dostupné. Pacient neznal výsledky vyšetření, dokonce ani svoji diagnózu. A už vůbec nebylo zvykem pacientovi sdělovat nepříznivou diagnózu. Proměna doby zapříčinila i změnu vzájemného vztahu mezi lékařem a jeho pacientem.

Navzdory změně vztahu lékaře a pacienta od paternalistického k partnerskému zůstává princip dominance lékaře a submisivity pacienta stále platný. Toto postavení je dáno především **vzdělanostní asymetrií**. Ne všichni lékaři si uvědomují, jak úzce souvisí jejich úspěch léčby s tím, jak pacient vnímá své submisivní postavení, své obavy, pocity v kontaktu s dominantním lékařem (Špaček, 2021).

Z výše uvedeného vyplývá, že lékař by se měl snažit citlivým přístupem zbavit pacienta úzkostných pocitů a měl by získat pacientovu důvěru a navázat s ním dobrý vztah. Neboť, dle názoru autorky, je kvalitní vztah i přes všechny pokroky v oblasti medicíny velmi důležitý.

Bezesporu základním předpokladem vzájemného vztahu mezi lékařem a pacientem je **důvěra**. Důvěra pacienta je očekávání pacienta, že mu lékař poskytne prospěšnou péči a pravdivé informace, bez ohledu na schopnost kontrolovat lékaře (Hall et al., 2002). Rozvoj důvěry je závislý na kvalitě komunikace. V tomto vztahu je důležité, aby důvěra byla vzájemná. Na vytváření důvěry mezi lékařem pacientem mají vliv i faktory vzájemné podobnosti – etnický původ, kultura, hodnoty, spiritualita (Petrocchi et al., 2019). Dle studie Birkhäuser et al. (2017) má důvěra vliv na pacientovu celkovou spokojenost se zdravotní péčí a dodržování léčby.

**Délka vztahu mezi lékařem a pacientem** je jedním z faktorů, které ovlivňují kvalitu komunikace mezi lékařem a pacientem. V oblasti primární péče je dlouhodobý vztah mezi lékařem a pacientem klíčovým. Předností dlouhodobého vztahu je lékařova znalost psychosociálního zázemí pacienta (Starfield, 1998). Empiricky je potvrzeno, že pacienti, kteří mají dlouhodobý vztah se svým praktickým lékařem, více lékaři důvěřují než ti, kteří mají s praktickým lékařem vztah kratší dobu (Kao et al., 1998).

Na základě vzájemné vazby mezi pacientem a lékařem může vzniknout **terapeutický vztah**, který se vytváří v procesu léčby. Základem tohoto vztahu je pocit bezpečí pro

pacienta. Tento vztah se tvoří už od prvního setkání a je významným činitelem léčebného procesu bez ohledu na druh použité léčby (Praško, 2010).

Toto pomyslné „kouzlo“, které vztahu mezi lékařem a pacientem, „propůjčuje léčivé schopnosti“ minimálně z psychologického pohledu, spočívá ve formě přijetí toho druhého, schopnosti naslouchání a porozumění, vyjadřování vřelosti, upřímnosti, otevřenosti a opravdovosti – vlastní **autenticity** (Pospíchal & Šporcová, 2020).

### 2.3.1 Modely vztahu lékař–pacient

Podle možnosti řízení vztahu a podílu pacienta na rozhodování o diagnostice a léčbě rozlišuje Raudenská & Javůrková (2011) tři modely vztahu mezi lékařem a pacientem:

- **paternalistický model;**
- **na pacienta orientovaný model** (informovaná volba) a
- **kooperativní model.**

V praxi se jednotlivé modely často mísí a jejich vyhraněná podoba se vyskytuje se pouze teoreticky. V tabulce č. 3 je znázorněna ukázka komunikace v jednotlivých modelech vztahu.

**Tabulka č. 3:** Ukázka komunikace v jednotlivých modelech vztahu mezi L a P

Atributy komunikace	Paternalistický	Informovaná volba	Kooperativní
<b>Informace</b>	L sděluje (formou instruování a výčet informací), P přijímá	P hledá informace, L dává informace	výměna informací/diskuze
<b>Rozhodování</b>	L bez P rozhoduje o diagnostice a léčbě	P se rozhoduje sám	společné rozhodování
<b>Odpovědnost</b>	přebírá L	P	sdílená odpovědnost
<b>Etiketa</b>	autoritativní	liberální	rozhovorová
<b>Vztah</b>	řízení, poslušnost	neosobní, anonymní	partnerský

Zdroj: Raudenská, & Javůrková, 2011, s. 85, upraveno

**Paternalistický model**, na lékaře orientovaný model, zde má lékař direktivní postavení, usiluje o věcný a racionální přístup. Při komunikaci tohoto typu lékař informuje, radí, dává příkazy. Lékař usiluje o věcný přístup bez osobního zaujetí. Většinou se zajímá o nemoc, méně o pacienta jako člověka (Janáčková & Weiss, 2008).

Opačným modelem k paternalistickému je **na pacienta orientovaný model** (informovaná volba), kde pacient vyhledává lékaře jako službu (Raudenská & Javůrková, 2011).

Třetím uvedeným modelem je **kooperativní model**, založený na spolupráci a využívající vyjednávání. Lékař se kromě objektivních medicínských vyšetřovacích postupů zajímá o prožívání pacienta. Tento model předpokládá hlubší užití psychologického přístupu a komunikačních dovedností lékaře (Janáčková & Pavlát, 2007).

Haškovcová (2007) doporučuje, aby lékař přizpůsobil svůj komunikační styl pacientovi, neboť někteří pacienti mohou preferovat, oproti všeobecně doporučenému na pacienta zaměřenému stylu, tradiční paternalistický přístup.

### 2.3.2 Přenos a protipřenos

Podle Janáčková & Weiss (2008) vztah mezi lékařem (L) a pacientem (P) v sobě nese „otisk“ minulých vztahů obou zúčastněných.

**Přenos** je termín, který označuje situaci, kdy si pacient přenáší své minulé vztahové zkušenosti na druhého člověka – na lékaře (Janáčková & Weiss, 2008). Přenosu se nelze vyhnout. Při přenosu pacient nereaguje na reálnou osobu lékaře nebo na jeho skutečné chování, ale na to, co si do této osoby lékaře promítá ze svých vztahů a zkušeností z minulosti (Raudenská & Javůrková, 2011).

**Protipřenos**, je název pro opačný případ, tedy přenos ze strany lékaře na pacienta. Obecně se jedná o iracionální, neuvědomělé motivy, které ovlivňují naše chování (Janáčková & Weiss, 2008).

Vymětal (2003) rozlišuje základní tři typy přenosu a protipřenosu:

- **pozitivní;**
- **negativní a**
- **ambivalentní.**

Pozitivní přenos znamená sympatie, pozitivní city, ochotnější podrobení se léčení, může mít i sexuální zabarvení. V negativním přenosu se objevuje skryté nepřátelství

a rezervovanost. U ambivalentního přenosu se střídají obě varianty (Raudenská & Javůrková, 2011).

Praško (2010) podrobněji uvádí druhy přenosu a protipřenosu. Mezi **základní druhy přenosu** řadí – mírný pozitivní, obdivující–ne/závislý, erotický, bojácný–nedůvěřivý, útočný, vztahovačný, soupeřivý, pohrdavý, žárlivý a majetnický. Mezi **základní druhy protipřenosu** uvádí – mírný pozitivní, obdivující, overprotektivní, erotický, bojácný, útočný, nedůvěřivý, soupeřivý, a pohrdavý. A poukazuje na to, že je dobré umět rozpoznat jednotlivé druhy přenosu a umět se vyvarovat komplementárního chování (např. odmítavě reagovat na pacientovu zlost, nutit ho k odvaze, když se bojí, planě utěšovat, když pláče, apod.).

Ve vztahu lékař–pacient je možné přenos a protipřenos využít tak, aby se jejich dynamika transformovala do zdravého a adaptivního jednání. Pro zlepšení vztahu si může lékař najít způsob, jak lépe porozumět sám sobě. Uvědomit si, jaké city prožívá, zkoumat své pocity vůči pacientům a dokázat rozlišovat mezi zdravým a nezdravým protipřenosem (Dryden, 2008).

### 2.3.3 Vzájemná očekávání ve vztahu lékař – pacient

Vztah mezi lékařem a pacientem je dán mírou naplnění vzájemných očekávání. Není pochyb o tom, že nenaplněná očekávání lékařů i pacientů jsou zdrojem mnoha vzájemných komunikačních a postojových nedorozumění.

Podle Křečkové Tůmové (2003) je očekávání na straně lékaře a pacienta výsledkem složitých procesů, například:

- předdefinovanými sociálními rolemi a jejich přijetím;
- předchozí zkušeností lékaře a pacienta ze společného setkání, ze setkání s jinými lékaři/pacienty;
- pacientovou zkušeností s nemocí;
- lékařovou zkušeností s diagnózou;
- zkušeností pacientových přátel ze setkání s lékařem;
- cílem, kterého chce pacient dosáhnout a
- zkušeností z dětství.

Janáčková & Weiss (2008) popisují, že **pacient od lékaře očekává** zvýšený zájem o pacienta s cílem odstranění nebo zmírnění symptomů nemoci. Pacient očekává, že bude

lékař respektovat lékařské tajemství, proto je ochoten se svěřit o všem, co by mohlo souviset s nemocí.

Dle Vymětala (2003) pacient očekává podporu ze strany lékaře a plnou informovanost s profesionálním a lidským přístupem. Podle Křivohlavého (2002) pacient očekává, že se o něj bude lékař zajímat a že ho přijme jako člověka sobě rovného. Chronicky nemocný pacient čeká kromě somatického vyšetření také povzbuzení, posílení naděje a slovo útěchy.

Čakrt (2017) uvádí, že 9 % pacientů odchází z návštěvy u lékaře a niž by se dostali ke sdělení, jaká očekávání vlastně mají.

Podle Janáčkové a Weisse (2008) **lékař od pacienta očekává** podřízenost, vděčnost a spolupráci. Dále lékař očekává zlepšení pacientova zdravotního stavu. Proto v případě neúspěšné terapie bývá lékař frustrován a může mít neuvědomovanou tendenci hledat chybu v malé spolupráci pacienta. (Vymětal, 2003) uvádí, že lékař očekává od pacienta pravdivé sdělení informací, včetně informací důvěrného rázu.

## 2.4 Zevní podmínky komunikace ve zdravotnictví

Komunikace existuje v kontextu s fyzickým, kulturním, sociálně-psychologickým a časovým prostředím, který určuje význam každého sdělení. Tyto čtyři kontexty se vzájemně ovlivňují (DeVito, 2008):

- **fyzický kontext** – představuje konkrétní prostředí, ve kterém komunikace probíhá;
- **kulturní kontext** – zahrnuje pravidla, která v rámci určité skupiny lidí stanovují, co je v ní považováno za správné a co ne (spadají sem určité způsoby chování, hodnoty, přesvědčení apod.);
- **sociálně-psychologický kontext** – souvisí s postavením mluvčích, normami sociální skupiny, formálností situace a vztahy mezi mluvčími;
- **časový kontext** – jedná se o pozici sdělení v posloupnosti určitých událostí.

Je třeba si uvědomit, že v kontextu zdravotní péče, lékař a pacient mohou pocházet z odlišného prostředí, mohou mít jiné postoje, zastávat jiné kulturní hodnoty, a to vše může ovlivňovat kvalitu jejich vzájemné komunikace (Křivohlavý, 2002).

S ohledem na zevní podmínky komunikace, považujeme za vhodné se pozastavit alespoň nad dvěma následujícími tématy – vliv prostředí na komunikaci a vliv časových možností na komunikaci.

### 2.4.1 Vliv prostředí na komunikaci

Bezpochyby na komunikaci má nemalý vliv právě prostředí, ve kterém rozhovor probíhá. Z vlastní zkušenosti vím, že komunikace lékaře s pacientem probíhá obvykle v ordinaci, vyšetřovně či v nemocničním pokoji, tedy v prostorech pro lékaře dobře známé, zatímco pro pacienta je to prostředí cizí. A ne vždy je to prostředí přívětivé. Například nemocniční chodby s nápisy na dveřích „*Neklepejte!*“, „*Pořadí pacientů určuje lékař!*“, „*Vypněte si telefon!*“ a další a další množství výroků ve formě rozkazu či zákazu mohou vyvolávat v pacientech nepříjemné emoční pocity. Naproti tomu slůvka: „*laskavě prosíme*“, „*děkujeme*“, „*vážíme si toho*“ a podobné výroky vyjadřují totéž jako rozkazy s mnoha vykřičníky, s tím rozdílem, že vyvolávají příjemnější pocity i reakce u pacientů.

Škrla (2008) upozorňuje na to, že nemocniční prostředí může významným způsobem podporovat proces uzdravování. Pod pojmem prostředí se řadí nejen fyzické prostředí (hluk, pach, estetický dojem, aj.), ale i psychicko-duchovní prostředí (vztahy v týmu oddělení, postoje a chování zdravotníků a empatický přístup k pacientům).

Honzák (1999) poukazuje na to, že nemocniční prostředí je poměrně stresující prostředí, ve kterém je často nedostatek místa na klidný rozhovor, což má za následek **nedostatek soukromí**. Tento fakt může být velkou překážkou k vytvoření důvěry mezi lékařem a pacientem a následně limitem k získávání potřebných informací.

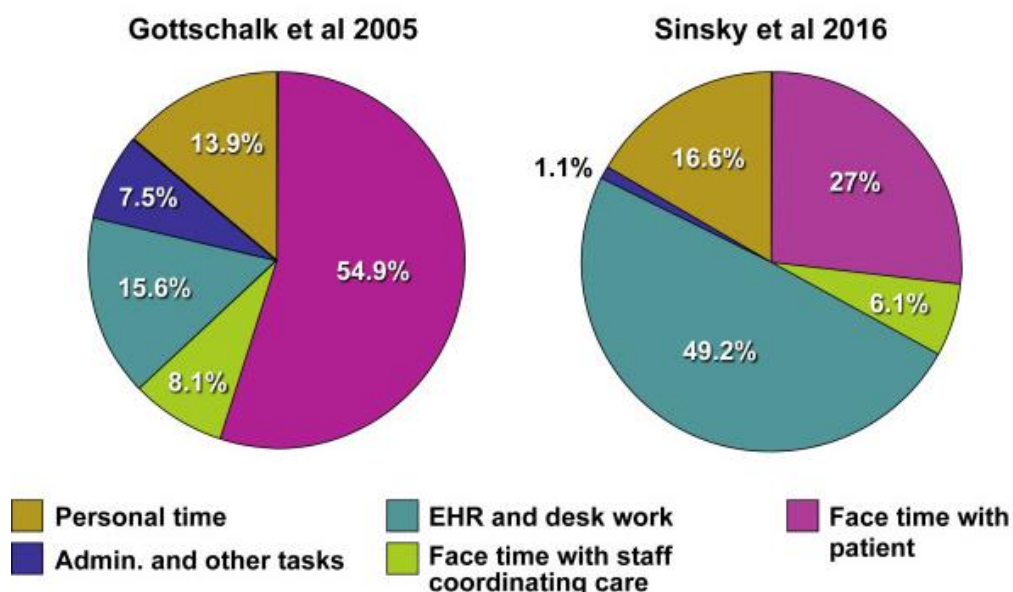
### 2.4.2 Vliv časových možností na komunikaci

Z vlastní zkušenosti mohu konstatovat, že čas určený na vyšetření pacienta je omezený a je nutné s ním nakládat efektivně.

Dostatek času trávený s pacientem je nezbytný pro kvalitní lékařskou péči. Přesto je patrné, že lékaři tráví stále více času prací s elektronickými zdravotnickými záznamy (EHR – electronic health record) a kancelářskou činností na úkor přímé práce s pacientem (Drossman et al., 2021).

Drossman et al. (2021) provedl komparaci výzkumných studií (Gottschalk & Flocke, 2005; Sinsky et al., 2016), kde srovnává čas strávený tváří v tvář s pacientem v roce 2005 a 2016. Grafické znázornění výchozích studií uvádíme na obrázku č. 3, kde je patrný pokles osobního kontaktu mezi pacientem a lékařem, o více než polovinu (z 54,9 % na 27 %). To bylo spojeno s více než trojnásobným nárůstem času vyhrazeného práci s elektronickým zdravotním systémem a kancelářskou prací, který se ztrojnásobil na přibližně 49,2 %.

**Obrázek č. 3:** Srovnání časové dotace poskytovatele zdravotních služeb v ordináčnách hodinách



Zdroj: Drossman et al., 2021, s. 1674

Podobných zjištění dospěl Toscano et al. (2020), kteří zjistili, že lékaři tráví 45 % svého času práci se zadáváním údajů do počítače. Přitom tato činnost je lékaři popisována jako dráždivý element a hlavní příčina syndromu vyhoření lékařů (Collier, 2017; Downing et al., 2018).

Zajímavých výsledků dospěla výzkumná studie Marvel et al. (1999), kde bylo zjištěno, že pacient má v průměru jen 23 sekund na své úvodní prohlášení a poté je lékař přeruší. Tento styl komunikace je pravděpodobně založen na předpokladu, že pacient překazí časový rozvrh, pokud mu bude umožněno mluvit tak dlouho, jak si přeje. Tento předpoklad je však mylný, neboť bylo zjištěno, že průměrná spontánní doba hovoru je pouze 92 sekund a 78 % pacientů dokončilo svou úvodní výpověď do dvou minut (Langewitz et al., 2002).

Podobných výsledků získala novější studie (Imran et al., 2019) zkoumající dobu úvodní řeči 100 pacientů s chronickou bolestí, kde průměrná doba spontánního hovoru trvala 89 sekund.

Levinson et al. (1997) zjistili, že lékaři, kteří s pacienty lépe komunikují, s nimi stráví o něco více času, a to v průměru o 3 minuty. Naproti tomu autoři studie Elmore et al. (2016) nenalezli žádnou souvislost mezi celkovou délkou konzultace a spokojeností s komunikací s lékaři. Větší vliv připisovali kvalitě komunikace. Výzkumy nám tedy zatím nedávají



jednoznačnou odpověď na to, zda efektivní komunikace znamená více, či méně času stráveného s pacientem.

Autorka práce se přiklání k názoru Vymětala (2003, s. 183), který uvádí: „*Přidejte minuty, ušetříte hodiny, ať již sobě nebo kolegům*“. Pravděpodobně tím chce Vymětal poukázat na to, že přidané minuty mohou mít cenu jak diagnostickou, tak i psychoterapeutickou. Protože čas, který lékař věnuje pacientovu prožívání a tomu, co si o onemocnění myslí a jak to ovlivňuje jeho život, zajisté vede k subjektivní úlevě a pocitu, že se lékař o něj skutečně zajímá.

## 3 SPECIFICKÁ TÉMATA KOMUNIKACE MEZI LÉKAŘEM A PACIENTEM

V poslední kapitole teoretické části práce se budeme věnovat vybraným tématům souvisejícím s komunikací, která považujeme za nutné uvést. V následujícím textu se budeme blíže zabývat sdělováním nepříznivé zprávy. Uvedeme téma konflikt mezi lékařem a pacientem z pohledu efektivního řešení. A v závěru kapitoly shrneme význam a důsledky komunikace mezi lékařem a pacientem.

### 3.1 Sdělování závažných informací

Sdělování nepříznivých zpráv je nevyhnutelnou součástí některých oborů lékařské profese, a to i přes pokroky, které medicína v oblasti léčby dosáhla (Pospíchal & Šporcrová, 2020).

Z vlastní zkušenosti si troufám tvrdit, že sdělování závažných zpráv bezesporu patří mezi nejnáročnější situace v lékařské praxi. Je to náročná situace jak pro pacienty, tak pro jejich lékaře.

**Závažná (nepříznivá) zpráva** je taková informace, která zásadně mění pacientovo nahlížení na budoucnost a vede k významné kognitivní, emocionální a behaviorální odpovědi (Buckman, 1984). Závažnou zprávou nemusí být pouze život ohrožující onemocnění, ale také nově diagnostikované chronické onemocnění nebo akutní zranění, která vedou k výraznému narušení dosavadního způsobu života pacienta (Berkey et al., 2018).

Průzkumy mezi zdravou populací, ale také mezi onkologickými pacienty v západní Evropě a Americe ukazují, že velká většina lidí si přeje být informována jak o diagnóze, tak o možnostech léčby, o výsledcích a také o prognóze onemocnění (Fallowfield et al., 1995; Meredith et al., 1996).

Vorlíček se svými kolegy (2001) jsou přesvědčeni, že i v českých podmínkách platí, že otevřeně a zároveň citlivě podaná informace o diagnóze a prognóze vede k lepšímu vyrovnání s nemocí ze strany pacienta i jeho rodiny, k posílení autonomie a důvěry v lékaře a povzbuzení realistických očekávání. Otevřená komunikace o diagnóze vytváří předpoklad

k tomu, aby mohla být vážná nemoc prožívána pacientem a jeho blízkými jako příležitost k osobnímu zrání (Byock, 1996).

Studie (Fallowfield & Jenkins, 2004) zabývající se výše uvedeným tématem, uvádí, že sdělování závažných zpráv pacientovi je pro lékaře stresující zážitek. Někteří z lékařů zde uvádějí, že k úkolu přistupují s obavami, strachem a úzkostí. Ve výzkumu Shaw et al. (2013) projevila třetina z dotazovaných lékařů fyziologickou stresovou reakci podle získaných měření tepové frekvence a kožního odporu.

Lékaři si vytvářejí určité strategie a obrany, aby se vyhnuli pocitům úzkosti. Častou únikovou strategií lékařů je vyhýbání se otevřené komunikaci o špatné prognóze (Millar et al., 2013). Další reálnou obranou lékařů je utlumení vůči svým i pacientovým emocím (Opatrná, 2022). Příčiny těchto obran a strategií mohou pramenit mimo jiné z očekávané pacientovi úzkosti a emočních reakcí, dále z neschopnosti odpovědět na pacientovy dotazy aj. (Ptáček & Bartůněk, 2011).

### 3.1.1 Model Kübler-Rossové

V souvislosti se sdělováním závažných zpráv, jejichž součástí může být diagnostika onemocnění smrtelnou nemocí, považujeme za nutné uvést model Kübler-Rossové, známý jako pět fází smutku. Kübler-Ross (1992) popisuje jednotlivé fáze v rámci procesu, při kterém se lidé vyrovnávají se smutkem, v případě diagnózy nevyléčitelného onemocnění. Jednotlivé fáze smutku, známé pod zkratkou **DABDA**, jsou:

1. **D** (denial) – **popírání**;
2. **A** (anger) – **hněv/agrese**;
3. **B** (bargaining) – **smlouvání**;
4. **D** (depression) – **deprese** a
5. **A** (acceptance) – **smíření**.

**Popírání** je pro nemocného pouze přechodnou obranou. Jedná se o šokovou situaci, při níž se nechce dotýčný s nastalou situací smířit. Jakmile se jedinec posune do druhé fáze (**hněv/agrese**), uvědomí si, že popírání už nemůže pokračovat. V této fázi nemocný prožívá vztek a je velmi těžké s ním spolupracovat a komunikovat. Třetí fáze, **smlouvání**, zahrnuje naději, že lze nějakým způsobem oddálit smrt. Nemocný se může obracet k vyšší moci, hledá zázračný lék či využívá alternativní metody. Během čtvrté fáze, **deprese**, si jedinec začíná uvědomovat blížící se smrt. Proto může být uzavřený, může prožívat strach, úzkost a beznaděj. Jedná se o důležité období, které by mělo proběhnout. V poslední fázi, **smíření**,

se dotyčný začíná se svou smrtí vyrovnávat. Nyní dochází k psychickému uvolnění a pacient je schopný rozumně spolupracovat (Kübler-Ross, 1992; Kabelka, 2020).

Podle Kübler-Rossové (1992) se jedná o proces, jímž každý prochází svým tempem. Častá je dlouhodobá oscilace mezi přijetím a popřením. Podle ní nemusejí výše uvedené fáze nezbytně nastávat v uvedeném pořadí a nemusejí být prožity úplně všechny. Přesto je důležité o nich vědět, aby mohl lékař rozumět pacientovým emocím a reakcím jako projevu vyrovnávání se (Kabelka, 2020).

V následujícím textu si ukážeme, jak by mohl lékař přistupovat k pacientovi v jednotlivých fázích:

**Komunikace ve fázi šoku a popření.** V tomto období charakterizovaném nadlimitní životní zátěží, kdy dochází k aktualizaci strachů, je vyžadována maximální psychická podpora ze strany lékaře. Opakované, klidné a jasné vysvětlování a podávání srozumitelných informací napomáhá snížit úzkost a mobilizovat organismus k adaptaci. Pocit, že nejsou v situaci, sami snižuje napětí (Janáčková & Weiss, 2008). V této fázi by lékař měl pacientovi dopřát čas na vzpomínání (Křivohlavý & Kaczmarczyk, 1995).

**Komunikace ve fázi zloby, vzteku a hněvu.** Základní komunikace v této fázi vychází z porozumění, podpory a ze zásadního uvědomění si faktu, že pacientova agresivita není namířena vůči lékaři osobě, ale proti zlé nemoci (Janáčková & Weiss, 2008). V této fázi doporučuje Křivohlavý (1995) umožnit pacientovi odreagovat emoce, nenapomínat ho a nementorovat.

**Komunikace ve fázi smlouvání.** Komunikace s pacientem v tomto období spočívá hlavně v podpoře a pochopení jeho potřeb, i nereálných přání (Janáčková & Weiss, 2008). Důležité je trpělivě pacienta motivovat k racionální navržené terapii a zároveň mu poskytovat psychickou oporu (Křivohlavý, 1995).

**Komunikace ve fázi deprese.** Profesionální komunikace spočívá v podpůrných psychologických rozhovorech s cílem zmírnění pocitů bezmocnosti, beznaděje a pocitu opuštěnosti druhými. Lidská podpora a porozumění vyjádřená neverbálně jsou tou nejcennější pomocí. Právě v této fázi je důležitá nabídka psychologické péče (Janáčková & Weiss, 2008). Velkou roli zde hraje schopnost aktivního naslouchání, spolupráce s rodinou, duchovní útěcha a hledání společného řešení (Křivohlavý & Kaczmarczyk, 1995).

**Komunikace ve fázi smíření.** Komunikace v této poslední fázi spočívá především v poskytování sebe jako člověka, nikoli profesionála. Krátké rozhovory a fyzický kontakt ve formě doteků, pohlazení přinášejí dotyčnému pacientovi útěchu a zmírňují pocity

osamocení (Janáčková & Weiss, 2008). Pokud si pacient žádá je potřeba poskytnout všechny druhy útěchy včetně spirituální (Křivohlavý & Kaczmarczyk, 1995).

### 3.1.2 Komunikační pravidla při sdělení závažných zpráv

Pro usnadnění sdělování závažných zpráv vznikla mnohá komunikační pravidla, komunikační pomůcky, zásady či modely.

Lékaři z Interní hematoonkologické kliniky Fakultní nemocnice Brno opakovaně publikovali **Desatero zásad sdělování onkologické diagnózy**. V příloze č. 5 předkládáme poslední modifikovanou verzi (Vorlíček et al., 2001), která zobecňuje zkušenosti z onkologické praxe při sdělování onkologické diagnózy.

V následujícím textu si přiblížíme alespoň dva komunikační modely uplatňované při sdělování závažných zpráv. Konkrétně se podíváme na komunikační model SPIKES, popíšeme si pomůcku „POCIT DO PLOCHY“.

#### KOMUNIKAČNÍ MODEL SPIKES

Název je tvořen akronymem sestavených z písmen jednotlivých bodů, které by měli mít lékaři na paměti při sdělování nepříznivých informací pacientovi (Buckman, 1984):

- **S – setting;**
- **P – perception;**
- **I – invitation;**
- **K – knowledge;**
- **E – empatie a**
- **S – strategy and summary.**

Podívejme se na jednotlivé položky daného modelu.

**S – Situace a soukromí.** Prvním krokem je nastavení prostředí komunikace „**setting**“. Před sdělením závažných informací pacientovi je žádoucí především důkladná příprava související s nastudováním výsledků dosavadních vyšetření a přesných informací o aktuálním zdravotním stavu pacienta. Neméně důležitý je výběr adekvátního prostředí, který umožňuje dostatečný prostor a soukromí. Důležité je vyhradit si na rozhovor čas, s nímž bude dopředu srozuměn lékař i pacient (Mechúrová, 2021).

**P – Pohled pacienta na situaci.** Druhý krokem je vnímání „**perception**“, předchází samotnému sdělení informace. V úvodu rozhovoru by se měl lékař ujistit, co pacient o svém zdravotním stavu již ví a jakým způsobem vnímá svůj zdravotní stav (Kabelka, 2020). Je nutné si všimnout, jaké nejistoty, obavy a očekávání pacient verbalizuje (Mechúrová, 2021).

**I – Individuální potřeba rozsahu informací.** Třetí bod, pozvání „**invitation**“, je vlastně zjištěním, jak moc chce být pacient informován o svém zdravotním stavu. Neboť schopnost přijímat špatné zprávy se jednotlivých jedinců liší. Pacient by se měl svobodně rozhodnout, kolik podrobností o své diagnóze chce znát (Buckman, 1984).

**K – konkrétní nepříznivé informace.** Dalším bodem je znalost konkrétní nepříznivé informace „**knowledge**“. Lékař by měl pacienta připravit na sdělení informace. Může stavět na informacích, které již pacient o svém onemocnění má. Je vhodné používat pacientův slovník a vyhýbat se odborné terminologii (Buckman, 1984). Konkrétní nepříznivou informaci by měl lékař sdělit v jedné, maximálně dvou krátkých a jasných větách. Neboť čím jasněji a konkrétněji je informace vyjádřena, tím je větší pravděpodobnost, že ji pacient porozumí. Poté by měl být dán prostor na pacientovu reakci. Jakékoliv další informace je potřebné předávat po jasných a stručných částech, aby měl pacient prostor na jejich zpracování. Je důležité se v průběhu rozhovoru ujistit, otevřenými otázkami, že pacient sdělení skutečně porozuměl (Mechúrová, 2021).

**E – empatie.** Předposledním krokem je projevení empatie „**empathy**“. Lékař nemá slibovat nic, co nemůže splnit. Je dobré se připravit na velmi emotivní reakce pacientů a snažit se na ně reagovat klidně, zároveň dávat najevo, že jsou namístě a není se třeba za ně stydět (Kabelka, 2020). Někteří pacienti mohou reagovat mlčením, jiní pláčem, další se mohou zlobit, jiní informaci popírají. Je nutné pacienty vyslyšet. Ať je odpověď pacienta jakákoliv, měl by být lékař připraven se bezprostředním pocitům pacienta věnovat (Mechúrová, 2021). Poskytnutí dostatečné emoční podpory a reflektování pacientových emocí by mělo být samozřejmostí při sdělování závažné zprávy.

**S – strategie a shrnutí.** V závěru rozhovoru, v části „**strategy and summary**“, lékař informuje pacienta o dalším postupu, nechá pacientovi prostor pro rozhodnutí o preferované metodě léčby, případně stanoví konkrétní plán. Pacient má zde prostor pro další své dotazy. Na závěr společně shrnou, o čem v průběhu rozhovoru mluvili a na čem se společně domluvili (Buckman, 1984).

V následující tabulce č. 4 jsou názorně rozděleny jednotlivé kroky modelu SPIKES s klíčovými body a příklady konkrétních frází.

**Tabulka č. 4:** Komunikace podle modelu SPIKES

Protokol SPIKES	Klíčové body	Příklady frází
<b>Setting</b> (příprava situace a zajištění soukromí)	pečlivá příprava na rozhovor; výběr vhodného prostředí; dostatečný čas a prostor; klid a soukromí; papírové kapesníky; vypnutý mobilní telefon; přivítání přátel nebo rodiny	
<b>Perception</b> (zjištění pacientova pohledu na situaci)	zjištění doposud obdržených informací; naslouchání slovníku pacienta; naslouchání nejistotám, obavám a očekáváním pacienta	„Co všechno již víte o svém současném zdravotním stavu?“ „Jaké informace o vaší nemoci vám sdělili ostatní lékaři?“ „Jaké informace vám chybí k tomu, abyste věděl vše, co potřebujete?“
<b>Invitation</b> (zjištění individuální potřeby rozsahu informací)	zjištění preferovaného rozsahu informací; zjištění hloubky informací a množství detailů, které chce pacient obdržet	„Někteří lidé jsou raději, když se informace o své diagnóze dozvídají sami, jiní u sebe chtějí mít někoho ze svých blízkých. Jak byste si to přál vy?“ „V případě, že by se vaše onemocnění ukázalo být vážnější, přál byste si znát podrobnosti o vašem zdravotním stavu?“
<b>Knowledge</b> (sdělení konkrétní nepříznivé informace)	krátké varování; sdělení konkrétní nepříznivé informace; vyhýbání se odborné terminologii; krátké, stručné a jasné věty; poskytnutí času na zpracování informace; ujištění se o porozumění; používání ilustrativních pomůcek (tužka a papír, informační brožura apod.)	<b>Varování:</b> „Obávám se, že pro vás nemám dobré zprávy.“ „Zdá se, že vaše onemocnění je vážnější, než se původně zdálo.“; <b>Sdělení:</b> „Zobrazovací vyšetření ukázala, že máte v mozku zhoubný nádor.“; <b>Ujištění:</b> „Jak rozumíte tomu, o čem jsme do této chvíle mluvili?“ „Mohl byste mi prosím zopakovat, o čem jsme prozatím mluvili, abych měl jistotu, že jsem se vyjádřil dostatečně jasně, abyste mi mohl porozumět?“
<b>Emotions</b> (reflexe emocí pacienta)	očekávání emoční reakce; připravenost věnovat se silným emocím; reflektivní naslouchání; zrcadlení a parafrázování; vyhýbání se argumentům a odklánění emocí; práce s tichem	„Vidím, že máte slzy v očích.“ „Přál bych si, abych měl pro vás lepší zprávy. Musí být hodně těžké dozvědět se takovou zprávu.“ „Rozumím tomu, že jste z výsledků zklamáný/rozzlobený/smutný.“ „Vidím, že mlčíte. Mohu se vás zeptat, jak se právě teď cítíte a co vám běží hlavou?“
<b>Strategy and summary</b> (shrnutí řečeného a návrh dalšího postupu)	získávání svolení k pokračování v rozhovoru; informování o možnostech léčby; stanovení léčebného plánu; návrh termínu příštího setkání; shrnutí rozhovoru; plán po odchodu z ordinace	„Chápu, že je pro vás těžké zpracovat takovou informaci, rád bych se vás proto zeptal. Zda byste chtěl ještě dnes mluvit o možnostech léčby, nebo byste preferoval setkat se ještě jednou, až si trochu odpočinete?“ <b>Shrnutí:</b> „Vím, že byl náš rozhovor hodně intenzivní a dozvěděl jste se mnoho informací. Mohl byste mi prosím zopakovat, co jste so zapamatoval, abych měl jistotu, že se mi podařilo předat vám vše důležité?“

Zdroj: Mechúrová, 2021, s. 67

Rozhovor, jehož součástí je sdělení závažné zprávy pacientovi, je pro lékaře velmi náročnou situací. Proto by měl po každém takovém dialogu chvíli odpočinout a sám v sobě zpracovat vlastní pocity, aby byl schopen se následně efektivně věnovat dalším pacientům.

### KOMUNIKAČNÍ POMŮCKA „POCIT DO PLOCHY“

Praktickou komunikační pomůckou pro sdělování nepříznivé zprávy od autorů Pospíchala a Šporcrové (2020) je „POCIT DO PLOCHY“, jež je zkráceným vyjádřením následujících účelných zásad:

- **PO**zornost – schopnost pozorovat;
- **CIT**livost – citlivě reagovat na to, co vidíme;
- **DO**tazy – klást účelné a podpůrné dotazy;
- **PL**án – sestavit aktuální plán na pár hodin, dnů či týdnů a
- dostatek **OCHotY** – srozumitelně vyjadřovat ochotu, do jaké míry jsme k dispozici.

V následujícím textu okomentujeme jednotlivé body.

Schopnost dobře **pozorovat** je míněna schopnost vnímat, co lékař v dané situaci na straně pacienta vnímá. Dobré pozorování s jistou dávkou empatie umožňuje následně **citlivě reagovat** – nahlas s určitou jemností říci, že vnímáme, co se s pacientem děje. Pokud lékař osloví pacientovy prožívané emoce, vyjadřuje tím fakt, že mu rozumí. Je výhodou, pokud za citlivou reakcí lékaře následuje krátký prostor pro **dotazy a plán**. K tomu, co se s výše popsaným prolíná ve všech bodech, je lékařova **ochota** být pacientovi k dispozici (Pospíchal & Šporcrová, 2020).

Janáčková a Weiss (2008) poukazují na to, že skutečný lidský kontakt spojený s opravdovým porozuměním na základě nepředstíraného lidského vztahu nemůže nahradit žádná naučená psychologická technika. To, co opravdu pomáhá, je pouze a jedině opravdovost a blízkost s druhým člověkem.

Zajisté je jedním z nejproblematičtějších momentů v komunikaci lékaře s pacientem nejen samotné sdělování nepříznivé zprávy, ale především její prognózy. To proto, že budoucnost konkrétního pacienta nikdo z nás nezná. Proto v této souvislosti považujeme za zásadní nikdy **nebrat** pacientovi **naději**, i když se jedná o nevléčitelné onemocnění.

Naději lze pacientovi vyjádřit, jak uvádí Kabelka (2020, s. 65) například těmito slovy: *„Nemoc se dá porazit jen v hlavě. Tak, že jí nedovolíme společně sebrat vám ani minutu života, který můžete dobře prožít, byť s nemocí. Prožít společně, bilancovat, co se vám v dosavadním životě podařilo, dokončovat, co je pro vás důležité.“*



Mimo jiné, součástí každého rozhovoru o prognóze by mělo být ujištění, že se o pacienta i v případě nepříznivého vývoje nemoci lékař postará (Vorlíček et al., 2001).

Vhodná komunikace s ohledem na individualitu pacienta, bezesporu hraje důležitou roli v tom, jak pacient svou diagnózu přijme a jak se k ní postaví.

## 3.2 Konflikt mezi lékařem a pacientem

Konflikty jsou přirozenou součástí života. Obvykle vznikají s úmyslem dosáhnout uspokojení svých přirozených potřeb. Lidé mají rozdílné cíle a potřeby. Pokud se setkají různé potřeby a cíle lidí, mohou se vzájemně dostat do rozporu, což je základem mnoha konfliktů (Výrost & Slaměník, 2008).

Podle Bednaříka a Andrášiové (2020) může mezi lékařem a pacientem vzniknout konflikt, když:

- pacient má nějaké potřeby, které jsou závislé na lékaři a lékař si jich nevšímá nebo s nimi nesouhlasí;
- lékař má nějakou potřebu a pacient s lékařem nespolupracuje tak, jak by lékař chtěl;
- lékař i pacient mají potřeby, které jsou vzájemně neslučitelné či protichůdné.

Evolučně se vyvinuly tři základní reakce na konflikt: **útok**, **útěk** a **ustrnutí** (Výrost & Slaměník, 2008). Čtvrtým, racionálním, stylem reagování na vznikající konflikt je **hledání společného řešení**. Odpovědnost za konstruktivní řešení konfliktu je zejména v rukou lékaře. Aby lékař mohl vzniklý konflikt efektivně řešit potřebuje k tomu určité komunikační dovednosti (Bednařík & Andrášiová, 2020).

### 3.2.1 Teorie řešení konfliktů

Prvním důležitým krokem konstruktivního řešení konfliktu je **identifikovat** začátek konfliktu a umět **pojmenovat** jeho podstatu. S tím souvisí zjišťování pacientových potřeb, které způsobují jeho odpor a nesouhlas (Bednařík & Andrášiová, 2020).

Kabelka (2020) zdůrazňuje, že zdravotník má být citlivý k emocím, jako je hněv, frustrace, rezignace, má sledovat neverbální projevy pacienta v rozhovoru. Neboť pokud lékař dokáže pracovat s vlastními emocemi a zvládat tak v sobě i emoce druhých, dokáže většině konfliktů předejít.

Podstatným krokem při řešení konfliktu je umět **pochopit** pacienta a **projevit** mu **porozumění** a respekt. Stejně tak je důležité, aby pacient porozuměl potřebám lékaře –

profesním (potřeba začít s léčbou včas), lidským (časová tíseň). Neboť pacient snadněji vyjde vstříc, pokud porozumí potřebám lékaře a když sám cítí porozumění od lékaře. Při hledání společného řešení je nutné **definovat** společné zájmy a **hledat** alternativní řešení uspokojující obě strany. Po celou dobu konfliktu je nutné při komunikaci s pacientem **ovládat** emoce (Bednařík & Andrášiová, 2020).

Back et al. (2009) adaptovali do zdravotnického prostředí systém ke zvládnání konfliktních situací, v němž shrnují přístup do jednotlivých bodů:

- rozpoznání konfliktní situace či potenciál jejího vzniku;
- připravit rozhovor – prostředí, osoby, čas;
- objektivní způsob zahájení rozhovoru;
- aktivní naslouchání a empatie;
- popsat strukturovaně konfliktní situaci, její důvody a společné cíle;
- popsat možná řešení;
- shrnutí se strategií.

### 3.2.2 Komunikační modely při zvládnání konfliktů lékař–pacient

V této kapitole popíšeme komunikační postupy nezbytné pro zvládnutí nedorozumění či konfliktů mezi lékařem a pacientem. Zaměříme se na to, jak konfliktům rozumět a jak jim, pokud možno předejít nebo jak na ně reagovat.

Komunikačních modelů je jistě celá řada. V kontextu tématu, Zvládnání konfliktů mezi lékařem a pacientem, se jeví jako účelný Rosenbergův Model nenásilné komunikace a Komunikační model CALM.

#### NENÁSILNÁ KOMUNIKACE (NONVIOLENT COMMUNICATION – NVC)

Tento komunikační model, emocionálně kognitivní koncepci, vypracoval Rogersův žák Rosenberg (2016). Proces nenásilné komunikace dělí do čtyřech základních kroků (**4 P**):

- **p**ozorování;
- **p**ocity;
- **p**otřeby a
- **p**rosba.

Prvním krokem nenásilné komunikace je **pozorování**, co se v určité situaci děje. Je žádoucí oddělit pozorování od hodnocení. Místo toho se v NVC snažíme činit pozorování charakteristická pro daný kontext. Druhou nezbytnou složkou je **vyjádření pocitů**, jasné

a konkrétní rozpoznání a pojmenování vlastních emocí. NVC odlišuje vyjádření skutečných pocitů od formulací, které vyjadřují pouze domněnky, dohady či interpretace. Třetí složkou je uvědomění si **potřeb**, které se skrývají za našimi pocity. Čtvrtá složka se zaměřuje na otázku, o co bychom chtěli druhého **požádat**, abychom naplnili své potřeby. Je dobré vyhnout se nepřesným, obecným nebo víceznačným výrazům. Měli bychom mluvit pozitivně a vyjadřovat to, co chceme od druhého, nikoli to, co nechceme (Rosenberg, 2016).

Na základě metodiky nenásilné komunikace stanovili Ptáček a Bartůněk (2011) čtyři kroky **empatického chování**:

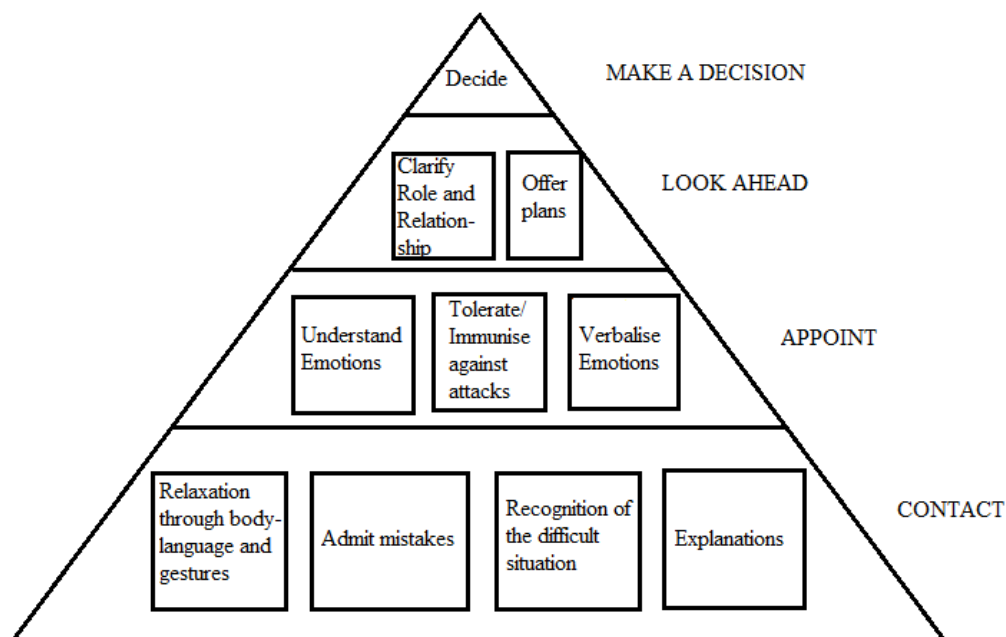
- pozorování pacienta – rozpoznání momentálního duševního stavu pacienta;
- uvědomění si jeho pocitů (prožívání strachu, úzkosti, studu, aj.);
- uvědomění si, co by pacient potřeboval;
- formulace uspokojení potřeby (co může lékař pro pacienta udělat, aby uspokojil jeho potřebu).

Pro zdravotníky je nenásilná komunikace prostředím, ve kterém mají možnost poznat skutečné potřeby pacientů (Kabelka, 2020).

## **KOMUNIKAČNÍ MODEL CALM**

CALM model, znázorněný na obrázku č. 4, je odstupňovaný model používaný k deeskalaci rozhovorů náchylných ke konfliktům. Obecně platí, že etapy by měly probíhat ve vzestupném pořadí. Nižší fáze slouží k posilování vztahu pacient-lékař, zatímco vyšší fáze představují dohody o kompromisu. Pokud jsou tyto fáze provedeny dovedně, je možno dojít k vrcholu pyramidy (Fritzsche et al., 2020).

**Obrázek č. 4: CALM model**



Zdroj: Fritzsche et al., 2020, s. 44

V **první fázi** je nutné udržovat kontakt s pacientem navzdory jeho agresivnímu chování. Přitom je nutné zůstat klidný a objektivní. Je užitečné přijmout fakt, že se pacient nachází v obtížné situaci, jinak by se tak nechoval a že obavy pacienta jsou pochopeny. Tyto postupy obvykle stačí k uklidnění situace (MAD Office Hero, 2021).

Účelem **druhé fáze** je přímo pojmenovat pozorovanou emoci – hněv, frustrace, zklamání, aj. Přímé pojmenování emocí často způsobí jejich dočasné zhoršení, to by měl lékař ale ignorovat. Míra emocionality pak rychle značně klesne. Toto je čas, kdy jde o zaměření na pacientovo sebeodhalení a řešení emocí, které jsou zodpovědné za agresivní chování. Neboť hněv je většinou důsledkem nějakého strachu či obav a pokud se na ně lékař zaměří, může kvalita diskuze změnit (Fritzsche et al., 2020).

Ve **třetí fázi** jde o vyjasnění, jak by spolupráce měla probíhat. Je nutné zaujmout promyšlený přístup a uvést konkrétní příklady dopadu konfliktu (MAD Office Hero, 2021). V této fázi by si měl pacient uvědomit společný cíl a měla by se vytvořit nabídka, kterou pacient přijme (Next Turn Consulting, 2023).

Během **čtvrté fáze** je pacientovi předložen návrh řešení a rozhodnutí má pacient ve svých rukou. Je užitečné nabídnout pacientovi čas na rozmyšlenou (Fritzsche et al., 2020).

### 3.3 Význam komunikace mezi lékařem a pacientem

Komunikace mezi lékařem a pacientem má pro medicínu klíčový význam, neboť dle následujících výzkumných zjištění, může zásadním způsobem ovlivnit mnohé aspekty léčebného procesu.

Na základě řady moderních studií lze konstatovat, že komunikace je ve zdravotní klinické praxi klíčová. Efektivní komunikace v medicíně významně zlepšuje či alespoň ovlivňuje následující aspekty (Ptáček & Bartůněk, 2011; Drossman et al., 2021):

- přesnost stanovení diagnózy,
- spolupráce pacienta;
- úspěšnost léčby;
- náklady na léčbu;
- spokojenost pacienta a
- medicínsko-právní spory.

V následujícím textu se budeme jednotlivým tématům blíže zabývat.

#### 3.3.1 Přesnost stanovení diagnózy

Pro stanovení diagnózy má zásadní význam dobře vedený anamnestický rozhovor. Neboť od dobře odebrané anamnézy je jen krůček k diagnóze. Soudí se, že diagnózu lze stanovit v 55 % na podkladě anamnézy, ve 20 % na podkladě fyzikálního vyšetření a ve 20 % na podkladě laboratorních a zobrazovacích metod. Zbýlých 5 % diagnóz zůstává neobjasněno (Chrobák, 2003).

Podle Raudenské a Javůrkové (2011) se lékař opírá při stanovení diagnózy kromě tělesného a laboratorního vyšetření také o interpretaci slov pacienta, ale také jeho chování, kognitivní úroveň a emoci pacienta. Honzák (1999) považuje jako zásadní předpoklad pro stanovení správné diagnózy lékařovu schopnost naslouchat pacientovi.

Dřívější studie Beckman & Frankel (1984) uvádějí, že lékaři, kteří prošli praktickým tréninkem komunikačních dovedností, vykazují statisticky významně menší procento chybných diagnóz než lékaři bez tohoto výcviku. Také upozorňují na to, že lékaři, kteří přeruší pacienta v rozhovoru brzy poté, co začne mluvit otevřeně, způsobí nevyslovení některých důležitých informací, což vede k chybné diagnóze.

### 3.3.2 Spolupráce pacienta

Ochota pacienta ke spolupráci na léčebných či preventivních opatřeních a postupech je klíčová pro výsledky lékařské péče. Uvádí, že až 50 % pacientů nedodrží dostatečným způsobem léčebný režim (Ptáček et al., 2017).

Vzhledem k tomuto tématu se objevují dva termíny – *compliance* a *adherence*, které se někdy užívají jako synonyma. Termín *compliance* se překládá jako ochota pacienta spolupracovat na terapii (Raudenská & Javůrková, 2011).

De Geest & Sabaté (2016) definuje termín *adherence* jako míru, do jaké chování pacientů odpovídá schváleným doporučením poskytovatele zdravotní péče.

*Adherence* se více dává do souvislosti s aktivním chováním ze strany pacienta, zatímco *compliance* je vnímána spíše jako pasivní chování spočívající v dodržování příkazů lékaře bez vlastního rozmyšlení (Jochmannová & Kimplová, 2021).

Na základě metaanalytické studie Jin et al. (2008) bylo zjištěno, že terapeutickou non-compliance ovlivňují faktory, které lze rozdělit do několika kategorií, které jsou přehledně uvedeny v tabulce č. 5.

**Tabulka č. 5: Faktory ovlivňující terapeutickou compliance**

Kategorie	Faktory
Faktory zaměřená na pacienta	demografické faktory: věk, etnický původ, pohlaví, vzdělání, rodinný stav psychosociální faktory: přesvědčení, motivace, postoj vztah mezi pacientem a předepisujícím lékařem zdravotní gramotnost znalosti pacienta fyzické obtíže kouření, konzumace alkoholu zapomnětlivost
Faktory systému zdravotní péče	nedostatečná přístupnost dlouhá čekací doba potíže s vyplňováním receptů
Sociální a ekonomické faktory	neschopnost vzít si volno v práci náklady a výnosy sociální podpora
Faktory nemoci	příznaky nemoci závažnost onemocnění

Zdroj: Jin et al., 2008, s. 274, upraveno

Studie (Lawson et al., 2005; Moore et al., 2004) zjistily, že dobrou compliance mají pacienti, pokud je lékaři emocionálně podporují, respektují a jednají s nimi jako s rovnocennými partnery.

Podle Ptáčka a Bartůňka (2011) je pro dodržování léčby pacientem zásadní průběžné podávání informací a zdůvodňování léčby.

Ve studii Stavropoulou (2011) se výzkumníci snažili zjistit, co vede pacienty k dodržování, resp. nedodržování doporučené farmakologické léčby. Zjistili, že základním faktorem je důvěra k lékaři. Pacienti zahrnutí pacienta do procesu rozhodování, chování se k pacientům jako k rovnocennému partnerovi a adekvátní reakce na jejich obavy spojené s onemocněním.

Ptáček et al. (2017) poukazují na to, že dostatečná spolupráce pacienta je v lékařské péči klíčová, a to minimálně ze tří důvodů:

- nízká adherence představuje značnou finanční zátěž pro zdravotní systém;
- odpovídající adherence je klíčovým prediktorem úspěšnosti léčebně preventivního postupu a
- nedostatečná adherence může mít kritický dopad na závěry klinických studií.

Z těchto tří důvodů je evidentní, že spolupráce pacienta má zásadní vliv na celé zdravotnictví.

### **3.3.3 Úspěšnost léčby**

Téma, týkající se vlivu komunikace mezi lékařem a pacientem na úspěšnost léčby, je zajímavé a bezesporu závislé na obou výše uvedených aspektech (tj. na rozlišení příznaků i na spolupráci pacienta), ale také na mnoha dalších faktorech.

Kousalíková (2007) uvádí, že dlouhodobé projekty amerických a evropských univerzit prokázaly, že řízená klinicko-pacientská komunikace je jedním z klíčových nástrojů pro zvyšování úspěšnosti moderních léčebných postupů. Neboť efektivní komunikace lékaře výrazně podporuje nárůst diagnostické přesnosti, zvyšuje pacientskou spoluzodpovědnost v rozhodovacích procesech a úspěšnost dodržování léčebných režimů.

Ve studii Stewart et al. (2000) bylo zjištěno, že komunikace zaměřená na pacienta má souvislost s rychlejším zotavením, lepším emocionálním stavem, menším množstvím diagnostických testů a následných kontrol.

Gittell et al. (2000) zabývající se pacienty po totální náhradě kloubu, ukazují, že dobré komunikační dovednosti lékařů souvisejí se zkrácením doby hospitalizace, zvýšením vnímané kvality péče, zmírnění pooperační bolesti a zlepšení pooperační hybnosti.

### 3.3.4 Náklady na léčbu

Dle výsledků Českého statistického úřadu (2023) **celkové náklady** na zdravotní péči v České republice činily v roce 2021 – **579,6 miliard Kč**. Celkové výdaje na zdravotní péči v přepočtu na jednoho obyvatele činily v roce 2021 55,2 tisíc Kč. Největší položkou byla nemocniční lůžková péče, kam směřovalo 39,2 % výdajů. Za léky a zdravotnické prostředky bylo vynaloženo 16 % z celkových výdajů na zdravotní péči.

Z klinických zkušeností autorky DP je zřejmé, že lékař může ke snížení nákladů na zdravotní péči přispět svými komunikačními schopnostmi hned několika způsoby. V rámci prevence může vhodnou edukací pacientů předejít vzniku nemoci. Dále poctivě odebranou anamnézou, založenou především na aktivním nasloucháním, může včasné diagnostikovat či správně nasměrovat další diagnostický postup. A bezesporu obecně efektivní komunikace lékaře, která je postavena na emocionální podpoře, respektu a informovanosti pacienta, vede pacienta prostřednictvím důvěry v lékaře, k dobré spolupráci a adherenci a tím k dobrým výsledkům léčby bez využití nadbytečných diagnostických či terapeutických metod.

Podobně uvádí Hamplová (2020), že v rámci prevence, by měla být komunikace s pacientem založena na vhodné **edukaci** vedoucí k individuální výchově ke zdraví, která se významně uplatňuje v časně diagnostice a nefarmakologické léčbě poruch zdraví, je důležitou součástí léčebných postupů, zvyšuje efektivitu léčby, a především **snižuje náklady** na léčbu.

Haškovcová (2007) uvádí, že v kontextu nákladů na léčbu je důležitá, již zmiňovaná **důvěra** v lékaře. A to nejen v souvislosti k adherenci k léčbě, ale také důvěra ve smyslu akceptace diagnostického závěru. Neboť pokud pacient svému lékaři nevěří, může mít tendence vyhledávat jiného lékaře se žádostí o podrobnější vyšetření. A výsledkem jsou další ekonomické náklady na diagnostiku.

Studie zabývající se náklady na zdravotní péči v kontextu komunikace mezi lékařem a pacientem se kryjí s výše uvedenými tématy (rozlišení příznaků, spolupráce pacienta a úspěšnost léčby), z těchto důvodů je zde nebudeme znovu uvádět. Uvedeme alespoň studii Ahrens et al. (2003) z oblasti lůžkové péče, která patří k finančně nejnáročnější složce



zdravotní péče. Tato studie zjistila, že v případě přítomnosti zdravotnického personálu zaměřeného na zlepšení komunikace s pacienty a jejich rodinami, došlo ke **zkrácení délky hospitalizace** až o několik dní, což vedlo ke značnému snížení nákladů na léčbu.

### 3.3.5 Spokojenost pacienta

Podle lékařského slovníku Vokurky a Huga (2002) je spokojenost pacientů se zdravotní péčí stav, ve kterém pacient hodnotí **přiměřenost, účinnost a přijatelnost poskytovaných služeb** ve srovnání s jeho představami, zkušenostmi a očekáváním.

Dle Ramos-Vera et al. (2022) je kvalita komunikace zaměřené na pacienta klíčovým faktorem spokojenosti pacientů s lékařskou péčí. Ve studii Senarath et al. (2006) vyjádřili pacienti vyšší míru spokojenosti s lékařem, pokud se lékař choval laskavě, respektoval soukromí pacienta a poskytoval srozumitelné informace.

Zásadním předpokladem spokojenosti pacienta je důvěra v lékaře (Akthar et al., 2023). V další studii Griffith et al. (2003) bylo zjištěno, že také neverbální komunikační dovednosti lékařů jsou spojeny s významně větší spokojeností pacientů.

Bell et al. (2002) uvádějí, že nenaplněná očekávání pacientů souvisí s nižší spokojeností s lékaři.

### 3.3.6 Medicínsko-právní spory

Problematika medicínsko-právních sporů úzce souvisí s **nespokojeností pacientů** s lékařem. Právnícké odhady uvádějí, že **70 % až 80 % lékařských právních sporů** se týká nespokojenosti, která pramení z nedostatečné a špatné komunikace lékaře (Lussier & Richard, 2005).

Honzák a Červenková (2018) s nadsázkou tvrdí, stejně jako podle „kupeckého pravidla“, i v medicíně platí, že pacient neřekne o své spokojenosti nikomu, zato s nespokojeností se podělí s jedenácti dalšími.

Lussier & Richard (2005) uvádějí, že **hlavní příčiny nespokojenosti pacientů** se ukazují především nedostatečná příprava na setkání s pacienty, nedostatek čas tráveného s pacientem, dále podcenění závažnosti fyzických pacientových symptomů a nerespektování názorů pacienta nebo jeho rodiny.

Levinson et al. (1997) na základě přímého pozorování lékařů zjišťovali souvislost komunikačních strategií lékařů s důvodem žalob za zanedbávání péče. V této studii byly

zjištěny některé **komunikační odlišnosti obžalovaných lékařů** v porovnání s lékaři, kteří obžalováni nebyli. Jednalo se o následující charakteristiky obžalovaných lékařů:

- vedli kratší rozhovory (15 minut vs 18,3 minut);
- uváděli méně informací o struktuře rozhovoru;
- méně povzbuzovali pacienty, aby rozvedli své myšlenky nebo nabídli jejich názor;
- méně si ověřovali, zda pacienti porozuměli informacím a
- při rozhovorech používali méně humor a smích.

Z uvedených zdrojů i klinické praxe autorky vyplývá, že efektivní lékařská komunikace je jedním z klíčových faktorů pro zvyšování úspěšnosti terapeutických procesů. Z výše uvedeného vyplývá jednoznačný význam komunikace lékaře, který nese aspekty nejen medicínské a psychologické, ale i ekonomické a právní.

# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Při definování výzkumného problému jsem čerpala, jak doporučuje Strauss a Corbinová (1999), ze tří zdrojů. Jednak z odborné literatury a dosavadních výzkumných zjištění, ale také z vlastní profesní a osobní zkušenosti. Během svého života jsem měla možnost pozorovat, ať už z pozice lékaře, ale i v roli pacienta, rozličné projevy komunikace v kontextu vztahu mezi lékařem a pacientem.

Z těchto důvodů jsem se rozhodla blíže prozkoumat aspekty, které mají vliv na průběh komunikace mezi lékařem a pacientem. Proto **výzkumným problémem** této magisterské diplomové práce jsou vybrané aspekty komunikace mezi lékařem a pacientem.

V souladu s výzkumným problémem je **hlavním cílem** prezentovaného výzkumu zjistit postoje, názory, ale také zkušenosti lékařů vztahující se ke komunikaci s pacientem.

Cílem empirické části práce je popsat aspekty, které jsou podle zkoumaných lékařů klíčové v komunikaci mezi lékařem a pacientem. Cílem práce je mimo jiného, zjistit jaké strategie lékaři používají s komunikačně náročným pacientem.

**Vyšším cílem** je, na základě shrnutí zjištěných poznatků, formulovat doporučení pro efektivní komunikaci lékaře s pacientem.

Vzhledem k cílům výzkumné části byly stanoveny tři výzkumné otázky:

- **Výzkumná otázka 1:** Jak si lékaři představují správnou komunikaci s pacientem?
- **Výzkumná otázka 2:** Jakou roli pro lékaře hraje v komunikaci vztah mezi lékařem a pacientem?
- **Výzkumná otázka 3:** Jaké překážky vnímají lékaři v komunikaci s pacientem?

# 5 METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU

V následujících kapitolách se zaměřím na popis realizace výzkumu této diplomové práce. Nejprve zmíním metodologický přístup a typ výzkumu. Následně vymezím způsob výběru participantů zařazených do výzkumu a metody získávání dat. Za důležité považuji doplnit tyto kapitoly o etiku výzkumu. V závěru kapitoly bude popsána metoda zpracování a analýzy dat.

## 5.1 Metodologický přístup, typ výzkumu

Z povahy cílů výzkumu a z nich odvozených výzkumných otázek jsem zvolila **kvalitativní metodologický přístup**. Neboť podle Strausse a Corbinové (1999) se pro kvalitativní přístup hodí především některé zkoumané oblasti, v nichž se výzkumník snaží odhalit podstatu něčí zkušenosti s určitým jevem a získat o jevu detailní informace.

Podobně Miovský (2006, s. 18) uvádí: „*Kvalitativní přístup je v psychologických vědách přístupem využívající principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání.*“

Z tohoto hlediska je kvalitativní přístup pro tento výzkum vhodný, neboť umožňuje zmapovat zkoumanou oblast, komunikaci mezi lékařem a pacientem, v celé její šíři a se snahou získaná data prozkoumat co nejvíce do hloubky a ve vzájemných souvislostech, a tím vytvořit ucelený obraz o této problematice.

Typem výzkumu této magisterské práce je **případová studie** jednotlivých lékařů.

## 5.2 Metoda výběru a charakteristika výzkumného souboru

Pro získání výzkumného souboru byla použita **nepravděpodobnostní metoda výběru**. Jednalo se o **záměrný výběr**, který umožňuje na základě stanoveného kritéria vyhledávat cíleně pouze ty jedince, kteří toto kritérium splňují a současně souhlasí s účastí ve výzkumu, což odpovídá doporučení podle Miovského (2006).

V případě tohoto výzkumu bylo **hlavním kritériem** pro výběr respondentů vykonávání lékařského povolání v České republice a splnění dvou podmínek dle Zákona č. 95/2004 Sb.:

- odborné způsobilosti k výkonu povolání lékaře a
- specializované způsobilosti k výkonu povolání lékaře.

Tato kritéria byla zvolena z důvodu zajištění minimální pětileté lékařské praxe, tudíž pětileté zkušenosti v kontextu komunikace s pacientem.

Osloveno bylo celkem 11 lékařů **různých specializací**, z nichž 2 lékaři účast na výzkumu odmítli z důvodu pracovní a časové vytíženosti. Jednotliví **účastníci byli osloveni** osobně nebo telefonicky a byli **seznámeni** s cílem výzkumu a požádáni o účast na výzkumném šetření.

Výzkumu se zúčastnilo 9 respondentů, z nichž bylo 6 žen a 3 muži. Délka lékařské praxe byla 6 až 51 let a průměrná délka lékařské praxe činila 23 let se směrodatnou odchylkou 15,5 let. Pro přehlednost jsou základní údaje o respondentech shrnuty v tabulce č. 6.

**Tabulka č. 6: Obecná charakteristika výzkumného souboru**

<b>ID</b>	<b>pohlaví</b>	<b>délka praxe</b>	<b>specializace</b>	<b>sektor</b>
ID01	žena	51	gynekolog	privátní ambulance
ID02	žena	8	praktický lékař	privátní ambulance
ID03	žena	15	neurolog; anesteziolog	okresní nemocnice
ID04	žena	13	pediatr	okresní nemocnice
ID05	muž	26	alergolog	privátní ambulance
ID06	muž	19	chirurg; praktický lékař	privátní ambulance
ID07	žena	6	onkolog	okresní nemocnice
ID08	muž	49	psychiatr	privátní ambulance
ID09	žena	21	oftalmolog	privátní ambulance

Pozn.: ID – označení participanta

### **5.3 Metody získávání dat**

Pro účel výzkumu byla data získávána pomocí **polostrukturovaného rozhovoru**, prostřednictvím kterého bylo možné výpovědi zachytit v jejich přirozené podobě.

Podle Miovskeho (2006) spočívá výhoda polostrukturovaného rozhovoru v tom, že umožňuje upravovat pořadí otázek v průběhu dotazování a klást doplňující otázky s cílem maximalizovat výtěžnost rozhovoru. Předností polostrukturovaného rozhovoru je užití otevřených otázek, které dovolují účastníkovi výzkumu volit vlastní směr odpovědi.

V souladu s doporučením byl vytvořen okruh témat vztahujících se k výzkumným otázkám, které vycházely z teoretických znalostí o zkoumané problematice.

Náplní použitého polostrukturovaného rozhovoru byly **tři tematické okruhy** a ke každému okruhu bylo vytvořeno minimum otázek, které měly být v rámci rozhovoru probrány.

- **Tematický okruh 1: Správná komunikace mezi lékařem a pacientem**
  - 1.1 Jaké osobnostní vlastnosti, cnosti či dovednosti by měl mít, podle Vás, správný lékař?
  - 1.2 Jak by se měl, dle vašeho názoru, chovat pacient k lékaři? Jaká máte konkrétní očekávání od pacienta?
  - 1.3 Jaké máte zkušenosti se sdělováním nepříznivých zpráv?
  - 1.4 Jaká byste dal/a doporučení mladým lékařům k podpoře efektivní komunikace s pacientem?
- **Tematický okruh 2: Vztah mezi lékařem a pacientem**
  - 2.1 Z jakých hledisek je, pro Vás, důležitý vztah mezi lékařem a pacientem?
  - 2.2 S jakými typy pacientů neradi komunikujete?
  - 2.3 S jakými typy emocionálních reakcí pacientů se nejčastěji setkáváte a v jaké souvislosti? A jak na ně reagujete?
- **Tematický okruh 3: Překážky v komunikaci mezi lékařem a pacientem**
  - 3.1 Jaké překážky v komunikaci s pacientem vnímáte?
  - 3.2 Jaké situace jsou pro vás při komunikaci s pacientem nepříjemné? Jak s nimi nakládáte?
  - 3.3 Jaké chování se Vám u vašich kolegů lékařů nelíbí?
  - 3.4 Doplnující otázka: Dodal/a byste ještě něco, co v našem rozhovoru nezaznělo a co byste chtěl/a zmínit?

Polostrukturované rozhovory byly vedeny s jednotlivými participanty zvlášť. Nejkratší rozhovor trval 18 minut a nejdelší 1 hod 1 minutu. Průměrná délka rozhovoru byla 34 minut 41 sekund. V následující tabulce č. 7 je uvedena charakteristika realizovaných rozhovorů.



**Tabulka č. 7: Rozhovory s participanty**

<b>ID</b>	<b>datum rozhovoru</b>	<b>délka rozhovoru</b>
ID01	12.12.2023	1:01:32
ID02	18.12.2023	0:21:52
ID03	03.01.2024	0:27:53
ID04	10.01.2024	0:31:28
ID05	08.02.2024	0:54:01
ID06	09.02.2024	0:31:18
ID07	15.02.2024	0:43:45
ID08	16.02.2024	0:18:05
ID09	16.02.2024	0:22:15

Pozn.: ID – označení participanta

**Sběr dat** probíhal v časovém úseku od prosince 2023 do února 2024. Rozhovory probíhaly po vzájemné dohodě na domluveném místě. V pěti případech rozhovor probíhal přímo v ordinaci lékařů. V ostatních čtyřech případech byl rozhovor realizován v kavárně.

Samotnému procesu sběru dat předcházelo objasnění týkající se samotného výzkumu, při němž byli všichni účastníci stejným způsobem informováni o průběhu a účelu výzkumu, o dobrovolnosti účasti a o možnosti z výzkumu kdykoliv odstoupit. Participantovi byla zaručena ochrana dat před možným zneužitím a anonymita osobních údajů. Účastníci výzkumu byli následně požádáni o podepsání informovaného souhlasu se svou účastí ve výzkumu. Formulář **informovaného souhlasu** je uveden v příloze č. 6.

Po podepsání informovaného souhlasu byl proveden polostrukturovaný rozhovor, který byl zaznamenáván pomocí diktafonu, čímž vznikl **audio záznam rozhovoru**.

## **5.4 Etické aspekty výzkumu**

Důležitou součástí všech výzkumů jsou etické aspekty. Nejsem si vědoma žádného etického pochybení. Etická doporučení byla důsledně dodržena.

Všichni participanti do výzkumu vstupovali **dobrovolně** a měli možnost z něj **kdykoliv odstoupit**. Participanti byli seznámeni s průběhem výzkumu a byl jim vysvětlen důvod **nahrávání audio záznamu** rozhovoru, který sloužil pro doslovný přepis a následnou

analýzu textu. Účastníci byli ujistěni o **anonymitě** přepisu a o skutečnosti, že poskytnuté informace z rozhovorů budou sloužit jen k účelům daného výzkumu nebo případně k vědeckým účelům spjatých s tímto výzkumem. Respondenti měli prostor pro jakékoliv dotazy. Žádný ze zúčastněných respondentů nevyjádřil pochybnosti ani přání od výzkumu odstoupit.

S účastníky výzkumu jsem se snažila komunikovat s úctou, respektem a s neutrálním postojem ke zjištěným skutečnostem, bez hodnocení. Výzkum nepředstavoval **žádná rizika** pro participanty ani pro mne. Po realizaci rozhovorů jsem jednotlivé účastníky symbolicky odměnila dárkovým balíčkem.

## 6 METODY ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZY DAT

Tato kapitola se věnuje metodám zpracování a analýzy kvalitativních dat. Kvalitativní data byla získána realizací polostrukturovaných rozhovorů a jejich fixací do podoby zvukového záznamu.

**Doslovná transkripce** jednotlivých rozhovorů, tedy přepis mluveného slova do písemné podoby, byla realizována bezprostředně po uskutečněním rozhovoru. Při transkripci rozhovorů jsem kladla důraz na zachování autenticity. Provedla jsem tedy doslovný přepis bez jazykových úprav, abych případným vynecháním určitých částí nepřišla o cenné informace. Pro názornost jsem do textu přiložila své poznámky z pozorování jednotlivých participantů, pro lepší představu při opakované práci s daty.

Následujícím krokem byla **redukce dat**, při níž jsem z textu cíleně odstraňovala nepodstatné informace – opakující se slova nebo informace nesouvisející s tématem.

**Analýza dat** je u kvalitativního výzkumu, podle Miovského (2006), považována za nejobtížnější fázi realizace studie. Předmětem analýzy této diplomové práce jsou subjektivní výpovědi jednotlivých respondentů. Záměrem této práce není nalézt obecné závěry, ale popsat názory, postoje a zkušenosti lékařů různých odborností s komunikací s pacienty.

Pro analýzu dat jsem zvolila **metodu zakotvené teorie**, jejímž cílem je vytvořit teorii, která co nejlépe dovede objasnit výzkumnou oblast (Strauss & Corbin, 1999). Metoda zakotvené teorie není pouze metoda analýzy dat, ale jedná se o komplexní přístup zahrnující proces od hledání výzkumné otázky až po výslednou teorii (Řiháček et al., 2013).

V průběhu realizace výzkumu, existují jednotlivé postupy v rámci zakotvené teorie, které lze rozdělit na tři stádia vzájemně se překrývající (Švaříček & Šedřová, 2014):

- sběr dat – vedoucí k teoretické nasycenosti kódů;
- kódování materiálů – vytvoření základních kategorií (proměnných budoucí teorie);
- konstruování výsledné teorie – tvrzení o vztazích mezi kategoriemi.

Důležitým aspektem zakotvené teorie je **teoretická citlivost**, tedy tvořivá schopnost rozpoznat, co je v získaných údajích důležité a umět v nich nacházet smysl (Strauss & Corbin, 1999).

Podstatou zakotvené teorie je **kódování**, což je analytická operace, jejíž pomocí jsou údaje konceptualizovány a znovu složeny novým způsobem. Jedná se o základní proces tvorby teorie z údajů. Analýza v zakotvené teorii se skládá ze tří typů kódování (Strauss & Corbin, 1999):

- **otevřené kódování;**
- **axiální kódování a**
- **selektivní kódování.**

Jednotlivé typy kódování budou krátce popsány v následujícím textu. Pro usnadnění práce s daty jsem využila při analýze počítačový program **Atlas.ti 9**.

## **OTEVŘENÉ KÓDOVÁNÍ**

Otevřené kódování je první fází analýzy dat, jejímž cílem je vytvořit **pojmy** a **kategorizovat data**. Jedná se o analytický proces, během kterého jsou kladeny otázky, zjišťovány podobnosti a rozdíly porovnáváním jednotlivých případů, událostí a výskytu zkoumaného jevu mezi sebou. Podobné případy jsou označeny a seskupeny do kategorií, u nichž jsou propracovávány **vlastnosti a dimenze** (Strauss & Corbin, 1999).

Vytvořené pojmy mají abstraktní povahu, neboť vyjadřují myšlenku, zkušenost nebo princip, který je platný napříč různými událostmi (Řiháček et al., 2013).

Pročítáním jednotlivých rozhovorů jsem vyhledala, označila a stručně pojmenovala jednotlivé **významové jednotky**. Na počátku výzkumu jsem postupovala při analýze rozhovorů pečlivým zkoumáním **jednotlivých větných úseků**, případně **slov**. Tímto způsobem jsem vytvořila velké množství pojmů. V průběhu další analýzy, získáním určitých zkušeností, jsem kódovala text **po větách a odstavcích** a pojmenovávala jsem krátce jejich hlavní myšlenku. A následně jsem provedla důkladnější analýzu tohoto vytvořeného pojmu. Analýzou všech přepsaných rozhovorů jsem získala celkem **579 kódů**. Podrobnosti k analýze jsou uvedeny v kapitole, která se věnuje výsledkům výzkumu.

## **AXIÁLNÍ KÓDOVÁNÍ**

Podle Strausse a Corbinové (1999) je axiální kódování proces, pomocí něhož jsou údaje z otevřeného kódování uspořádány novým způsobem a jsou vytvářena spojení mezi kategoriemi podle **paradigmatického modelu**. Tento model zahrnuje:

- **příčinné vlivy** – události, případy, dění, které vede k určitému jevu;

- **jev** – ústřední myšlenka, událost, případ, na něž se zaměřuje soubor zvládajících jednání;
- **kontext** – konkrétní soubor vlastností, které jevu náleží a zároveň souborem podmínek, za nichž jsou uplatňovány strategie zvládání;
- **intervenující podmínky** – usnadňují nebo znesnadňují podmínky, které jsou použity v určitém kontextu;
- **strategie jednání nebo interakce** – strategie vyvinuté ke zvládání, ovládní, vykonávání nebo reagování na jev a
- **následky** – výsledky jednání nebo interakce.

Při analýze prvního rozhovoru jsem provedla nejprve otevřené kódování celého rozhovoru a následně jsem text podrobila axiálnímu kódování. Avšak při analýze ostatních rozhovorů jsem prováděla otevřené a axiální kódování souběžně, respektive jsem se neustále pohybovala mezi oběma typy kódování.

V souladu s principy zakotvené teorie byl v předkládaném výzkumu v etapě axiálního kódování sestaven paradigmatický model, vytvářený spojením mezi jednotlivými kategoriemi.

## SELEKTIVNÍ KÓDOVÁNÍ

Selektivní kódování je vyvrcholením celého výzkumu, při němž dochází ke stanovení centrální kategorie, která je klíčovým jevem, který můžeme propojit s ostatními kategoriemi. V selektivním kódování se jednotlivé vztahy a kategorie doplňují, ověřují a zpřesňují, a tím vzniká kostra příběhu (Strauss & Corbin, 1999).

V této závěrečné fázi jsem postupovala podle výše uvedeného a stanovila jsem centrální kategorii, kterou jsem uvedla do vztahu s ostatními kategoriemi podle paradigmatického modelu.

# 7 VÝSLEDKY ANALÝZY DAT

Tato kapitola se věnuje výzkumným zjištěním s ohledem ke stanoveným výzkumným otázkám. V úvodu kapitoly budou předloženy výsledky analýzy dat z otevřeného, axiálního a selektivního kódování. Kapitola bude uzavřena zodpovězením výzkumných otázek.

## 7.1 Výsledky otevřeného kódování

V procesu otevřeného kódování dat jsme identifikovali **7 hlavních kategorií**, u kterých byly propracovány jejich vlastnosti a dimenze:

- **Lékař;**
- **Pacient;**
- **Vztah mezi lékařem a pacientem;**
- **Lékařská profese;**
- **Další faktory komunikace;**
- **Strategie komunikace mezi lékařem a pacientem a**
- **Důsledky komunikace mezi lékařem a pacientem.**

Jednotlivé kategorie budou v následujícím textu blíže specifikovány. Pro přehlednost přikládáme konkrétní výpovědi participantů. Z důvodu zachování autenticity budou uvedeny úryvky výpovědí respondentů v doslovném přepisu.

Vzhledem k tomu, že kvalitativní výzkum pracuje s omezeným rozsahem výběrového souboru, nemohou být získané výsledky zobecněny na celou populaci lékařů.

### 7.1.1 Kategorie 1: Lékař

Kategorie **Lékař** uvádí jednotlivé atributy lékaře mající vliv na komunikaci mezi lékařem a pacientem. Pro lepší přehlednost jsou uvedeny vlastnosti a dimenze této kategorie v tabulce č. 8.

**Tabulka č. 8: Členění kategorie Lékař**

Kategorie	Vlastnosti	Dimenze
LÉKAŘ	osobnostní vlastnosti	pozitivní – negativní
	emoce	pozitivní – negativní
	odborné předpoklady	dobré – špatné
	komunikační dovednosti	dobré – špatné

V následující části jednotlivé vlastnosti a dimenze strukturovaně popíši.

### OSOBNOSTNÍ VLASTNOSTI LÉKAŘE

Osobnostní vlastnosti lékaře jsou vymezeny v dimenzi pozitivní – negativní.

Podle oslovených participantů patří mezi pozitivní osobnostní vlastnosti lékaře jednak charakteristiky osobnosti vztahující se k přístupu k druhým lidem, které popisovali následujícími adjektivy: **příjemný, klidný, pokorný, slušný a autentický**. A druhou skupinu tvořily osobnostní charakteristiky vztahující se k pracovním povinnostem: **rozhodnost, všímavost, pečlivost, trpělivost a spolehlivost**.

V následujících úryvcích považuje lékařka ID 07 slušnost za ústřední vlastnost lékaře a lékař ID 05 všímavost za důležitý aspekt v komunikaci.

- Lékařka ID 07: „*To je základ. Tak jak řeknu: ‚Dobrý den!‘, tak je, že se chovám slušně a s těma lidma komunikuju slušně.*“
- Lékař ID 05: „*Lékař by měl být určitým způsobem bystrý a všímavý. Aby ho to cíleně navedlo – jakoby ten rozhovor vést tam, kam potřebuje.*“

S ohledem na negativní osobnostní vlastnosti lékaře, se kterými měli lékaři osobní zkušenost, byly popsány pouze dvě charakteristiky: **ledabylost a ješitnost**.

Pro názornost uvedeme jak lékaři ID 05 a ID 06 charakterizují své kolegy.

- Lékař ID 06: „*Ve 12 už je doma, nic neudělá, každého pošle se žádankou pryč, ať to má z krku.*“
- Lékař ID 05: „*A co jim škodí, to je ta arogance, která většinou pramení z jejich pýchy a ješitnosti.*“

## EMOCE LÉKAŘE

Na základě analýzy polostrukturovaných rozhovorů jsou emoce vymezeny v dimenzi pozitivní – negativní.

Participanti popisují následující pozitivní emoce, které jsou podle nich žádoucí v kontextu dobré komunikace: **radost, zvědavost, důvěra a empatie**.

Téměř všichni zúčastnění lékaři se shodli v tom, že ústřední pozitivní vyšší emocí dobrého lékaře je empatie.

- Lékařka ID 01: „*To musíš mít tu empatii, prostě. Musíš se vcítit do té pacientky, jinak to nejde.*“
- Lékařka ID 02: „*Představím si sebe na té pozici toho pacienta.*“

Jako nevhodné emoce v souvislosti s komunikací s pacienty popisovali dotázaní účastníci následující negativní emoce: **hněv, lítost, nedůvěra a soucit**.

- Lékařka ID 04: „*Je mi těch nemocných dětí tak líto, a to mě vyčerpává.*“
- Lékařka ID 03: „*Když budu s pacientem soucítit, tak musím do toho být citově zaangażovaná a myslím si, že je to špatně, to by vedlo k tomu, že člověk by po určité době nebyl schopen provozu.*“

## ODBORNÉ PŘEDPOKLADY LÉKAŘE

Dobré odborné předpoklady byly popisovány jako důležitá součást lékařské profese. V této souvislosti byly dotazovanými lékaři zmiňovány: **odborné znalosti, zkušenosti, dovednosti a inteligence**.

V následujících úryvcích Lékař ID 05 popisuje odborné předpoklady a lékařka ID 01 sděluje, že je důležité mít vedle sebe určitý **profesní vzor**, který s ochotou mladšího lékaře naučí odborným dovednostem.

- Lékař ID 05: „*Nejdřív člověk postupuje podle učebnic a doporučených postupů a tím víc, jak má člověk víc zkušeností, tak postupuje víc podle sebe a svých zkušeností.*“
- Lékařka ID 01: „*A ta mňa vtáhla do toho oboru – šéfka porodního sálu: „Já Ťa naučím.“ Říkám, já jsem měla štěstí na lidi.*“

Špatné odborné předpoklady lékaře popisuje lékařka ID 01 v souvislosti s krátkou zkušeností lékaře.

- Lékařka ID 01: „*Pošlou tam, toho nejmladšího, který ještě nic neví, nezná a neumí.*“



## KOMUNIKAČNÍ DOVEDNOSTI LÉKAŘE

Komunikační dovednosti byly uváděny ve dvou dimenzích: dobré a špatné komunikační předpoklady.

Mezi dobré komunikační dovednosti lékaře byly na základě výpovědí respondentů zařazeny tyto tři základní dovednosti – naslouchání pacientovi, poskytování informací a dovednost vedení rozhovoru. V souvislosti s komunikačními dovednostmi poukazovali zapojení účastníci na důležitost vhodného užití nonverbálních projevů.

**Naslouchání pacientovi.** Jedním z atributů této dovednosti je zkoumanými lékaři uváděna **akceptace pacienta** takového, jaký je. Někteří dotazovaní lékaři považovali za důležitou součást aktivního naslouchání **projevování zájmu** o pacienta jako o člověka s individuálním přístupem se zaměřením na celý kontext nemoci. A neméně podstatným aspektem naslouchání je uváděno **nepřerušování spontánní promluvy** pacienta.

Následující úryvky popisují jednotlivé atributy aktivního naslouchání.

- Lékař ID 08: „*Vzhledem k tomu, že lékař má dvě uši a jen jeden jazyk, měl by dvojnásobně poslouchat než hovořit.*“
- Lékařka ID 02: „*Já je chvíli nechám a překvapivě hodně pacientů jsou schopni ti hodně říct sami.*“
- Lékařka ID 09: „*Myslím si, že by měl lékař vyslechnout toho pacienta, neměl by ho přerušovat v průběhu rozhovoru, když mu chce něco sdělit.*“

**Dovednost poskytování informací.** Vhodným způsobem poskytnout pacientovi informace a umět mu vysvětlit nejasnosti jsou, podle zkoumaných lékařů, důležité dovednosti. Lékařka ID 03 považuje za podstatné mít k pacientovi **individuální přístup** a umět přizpůsobit svou promluvu konkrétnímu pacientovi. Někteří zúčastnění lékaři zdůrazňují pravidlo **nepoužívat odbornou terminologii** a považují za stěžejní při sdělování informací **ověřit si porozumění** pacienta a raději **opakovaně vysvětlit** informaci.

- Lékařka ID 03: „*V podstatě podle reakcí pacienta se to snažím nějak přizpůsobit.*“
- Lékařka ID 09: „*Aby se nějak člověk naučil, že nemůže používat latinské názvy.*“
- Lékař ID 06: „*Já, když vidím, že to třeba nepochopí, tak se to snažím zopakovat. Radši 2x někdy i 3x.*“

**Dovednost vedení rozhovoru.** Podle oslovených respondentů se tato dovednost zakládá na dovednosti **navazovat konverzaci**, dovednost **získávat podstatné informace** a dovednost rozhovor **ukončit** či vhodně **usměrnit**.

- Lékařka ID 09: „Zeptám se ho na potíže, nechám ho vykládat a pak v případě, že se rozvykládá, tak se nějakým způsobem se vrátím k tématu.“
- Lékař ID 05: „Musíš vhodným dotazem tu komunikaci umět otevřít i u těch málomluvných pacientů.“
- Lékařka ID 02: „Po určité části, když už zabíhají jinam, musíš toho člověka trošku useknout.“

V souvislosti s komunikační dovedností poskytování informací byla zkoumanými účastníky často zmiňována konkrétní situace, a tou je sdělování nepříznivé zprávy. Z těchto důvodů blíže popíšeme tuto problematiku v následujícím textu.

**Sdělování nepříznivé zprávy.** Vybraní lékaři, kteří měli rutinní zkušenost s poskytováním informací, jejichž obsahem bylo sdělování nepříznivé zprávy, tvrdili, že si v průběhu praxe vytvořili určitá **pravidla**, která se snaží respektovat. Informace o nepříznivé diagnóze podávají zásadně **osobně**. Na rozhovor si vyhradí **dostatečný čas** a vhodný prostor, aby bylo respektováno **soukromí** pacienta. Informace podávají **pravdivě**, **citlivě** a **výstižně** bez zbytečných nesouvisejících informací. Za podstatné považují **neslibovat nemožné**, ale také naopak nikdy **nebrat naději**. Pro ilustraci uvedeme některá tvrzení:

- Lékař ID 05: „Člověk by měl tyto zprávy sdělovat zásadně osobně. Ne po telefonu.“ „Vyhradit si na to ten čas.“
- Lékař ID 05: „Takže říct tu zprávu zásadně popravdě, tak jak si to myslím. Protože oni to stejně vytuší nebo se to dozví někde jinde.“
- Lékařka ID 04: „Nemazat jim med okolo pusy, a naopak nikdy těm lidem nevzít naději, i když to teda vypadá jako sebehůř. To znamená najít vždycky něco pozitivního.“

Z uskutečněných rozhovorů lze vystopovat určitý **postup** při sdělování nepříznivé zprávy, kterého se dotazovaní lékaři drží. Prvním důležitým bodem, je podle zúčastněných lékařů, orientace v **pohledu pacienta** – jak to vnímá, co si o nemoci myslí a odhadnutí, kolik informací unese. Druhým bodem je **sdělení nepříznivé zprávy** podle výše popsaných zásad. Třetím bodem je **nechat proběhnout emoce** a emočně pacienta podpořit. Načasování čtvrtého bodu – **plánování dalšího postupu**, závisí na dostatečném zpracování přijaté informace. Ukázky jednotlivých bodů uvedeme zde:

- Lékařka ID 03: „Když zjistím, že má pacient v ten moment nenáhled, tak tu informaci přizpůsobím.“

- Lékařka ID 03: „Většina lidí je takzvaně ‚zaražené vidle v hnoji‘.“
- Lékařka ID 07: „Někteří pláčou, což je takový pochopitelný.“
- Lékař ID 05: „Tady je ta zásada, že tu emoci oni neovlivní a buď tady je nebo není. A je dobré, když nějakým způsobem proběhne.“
- Lékařka ID 07: „Informace, že je to zhoubné, tak to jediná informace, kterou si ten člověk odnáší a nemá smysl se bavit o něčem dalším“
- Lékařka ID 04: „A pak teprve postupovat dál. Sdílet mu, co bude následovat, jaká bude léčba.“

Špatné komunikační dovednosti lékaře byly zkoumanými participanty charakterizovány jako nedostatky v oblasti výše popsaných dovednostech. Toto chování bylo spojené s nevhodnými nonverbálními a paraverbálními projevy. Zúčastnění lékaři popisovali své zkušenosti z pozice pacienta nebo zkušenosti svých pacientů, kteří se zúčastněným lékařům svěřovali. Konkrétně se jednalo o **nevyslechnutí** ze strany lékaře, **přerušování promluvy**, vyšetřování pacienta **bez předchozího informování** nebo **bagatelizace, moralizování a urážení** pacienta.

- Lékařka ID 02: „Já jsem přišla tam a začala jsem mluvit a on mě hnedka stopnul a zase jsem začala větu a zas...“
- Lékařka ID 04: „Začal šahat na děcko, aniž by s ním mluvil, aniž by mluvil se mnou.“
- Lékař ID 06: „Lékař XY jí řekl: ‚Tak co byste chtěla, vy jste tlustá a stará a to už lepší nebude‘.“
- Lékař ID 05: „Přišel rychlým důležitým krokem a řekl hlasitě: ‚Servus, co má toto znamenat?‘ Sedl si na stůl, dal si ruce křížem – jakoby na hrudi.“

### 7.1.2 Kategorie č. 2: Pacient

Ačkoliv pacienti nebyli přítomni rozhovorům, byli to právě oni, kteří patřili mezi hlavní kategorie výzkumu. Kategorie **Pacient** uvádí jednotlivé atributy pacienta mající dle zúčastněných respondentů vliv na komunikaci mezi lékařem a pacientem.

Pro lepší přehlednost jsou uvedeny vlastnosti a dimenze této kategorie v tabulce č. 9.

**Tabulka č. 9: Členění kategorie Pacient**

<b>Kategorie</b>	<b>Vlastnosti</b>	<b>Dimenze</b>
PACIENT	osobnostní vlastnosti	pozitivní – negativní
	emoce	pozitivní – negativní
	kognitivní úroveň	dobrá – špatná
	chování	vhodné – nevhodné

### **OSOBNOSTNÍ VLASTNOSTI PACIENTA**

Osobnostní vlastnosti pacienta jsou vymezeny v dimenzi pozitivní – negativní.

Pozitivní osobnostní vlastnosti pacienta byly popisovány těmito základními charakteristikami: **slušný, upřímný, pečlivý a tolerantní**. Pro představu uvedeme následující úryvky:

- Lékařka ID 07: „*Očekávám bazální slušnost nějakou.*“
- Lékař ID 05: „*Já bych si přál, aby byl upřímný.*“
- Lékařka ID 02: „*Pravdivost a pořádkumilovnost v těch věcech. Zprávy a podobně.*“

Negativní osobnostní vlastnosti pacienta jsou popisovány zúčastněnými lékaři následujícími adjektivy: **netrpělivý, nedůsledný, neslušný a neotevřený**.

### **EMOCE PACIENTA**

Emoce pacientů jsou vymezeny v dimenzi pozitivní – negativní. Participanti popisují následující pozitivní emoce u svých pacientů: **vděčnost, radost, důvěra**. Mezi negativní emoce řadí: **úzkost, smutek, hněv a nedůvěra**.

### **KOGNITIVNÍ ÚROVEŇ PACIENTA**

Další vlastností, která hraje roli v komunikaci pacienta je, dle zúčastněných lékařů, intelektuální úroveň pacienta.

Dobrou kognitivní úroveň pacienta popisují zúčastnění lékaři jako vhodný předpoklad pro dobrou komunikaci. Naopak špatná kognitivní úroveň může, dle zúčastněných participantů, bránit komunikaci.

- Lékař ID 08: „*Obtížná komunikace je s pacienty s demencí a s inferiorním intelektem.*“
- Lékařka ID 03: „*Jinak budu mluvit tady s panem bezdomovcem, který má ukončenou základní školu a jinak prostě si můžu dovolit s vysokoškolským profesorem.*“
- Lékařka ID 04: „*S tím malým dítětem je to horší, protože než pochopí určité věci, tak to úplně nejde.*“

## CHOVÁNÍ PACIENTA

Na základě zkušeností zúčastněných lékařů s komunikací s pacienty, byly stanoveny dvě dimenze chování pacienta. Participantů popisovali zkušenosti s nevhodným chováním pacientů, které bránilo dobré komunikaci. A definovali požadované vhodné chování pacientů jako předpoklad pro dobrou komunikaci.

Vhodné chování pacientů je popisováno jako: **spolupracující chování pacienta**, které se slušným chováním a respektováním lékařových doporučení. Pro ilustraci uvedeme následující ukázky:

- Lékařka ID 03: „*Ocením to, pokud se snaží se nějak zasahovat do svého léčebného nebo diagnostického procesu v rámci mezí.*“

Nevhodné chování pacientů je možné rozdělit do následujících subkategorií – agresivní chování, nerespекtující chování, negativistické chování a pasivní chování.

**Agresivní chování pacienta.** Zkušenost s agresivním pacientem uvedla většina dotazovaných lékařů. Jednalo se o prvky **verbální a fyzické agrese**. V této souvislosti bylo spojováno agresivní chování pacientů s nenaplněním jejich konkrétních očekávání a nevyhovění jejím specifickým nereálným požadavkům. Pro názornou ilustraci jsou uvedeny následující úryvky.

- Lékař ID 06: „*Arogantní pacienti, kteří dojdou a začnou nadávat a křičet: ‚A to se tady na to můžu vy...‘, bouchl dveřma dvojíma, co tam jsou a odešel.*“
- Lékařka ID 03: „*Většinou tam hrálo roli nereálné očekávání pacientů, které vedlo k té agresi slovní nebo k tomu arogantnímu chování.*“
- Lékařka ID 07: „*Oni dochází dopředu s tím, že to mně nezabere, protože já potřebuju to a to.*“

**Negativistické chování pacienta.** Toto chování pacienta je zúčastněnými lékaři popisováno jako chování pacienta spojené **projevováním negativních emocí**, nadměrným **vyjadřováním subjektivních stesků** nebo také projevování nespokojenosti formou **kritiky zdravotnického personálu**. Velká část dotazovaných lékařů uváděla negativistické chování pacientů jako projev psychiatrické diagnózy.

- Lékař ID 06: „*To jsou typy, které se neusmějou, To už poznáš, že ta komunikace je úplně jiná než s někým jiným.*“
- Lékař ID 05: „*Vždycky něco je hlavní, třeba bolí záda nebo je hrozná ta alergie.*“  
„*A zároveň je to spojené s kritikou ostatních lékařů.*“

**Nespolupracující chování pacienta.** V těchto výpovědích je popisováno chování, kdy pacienti **nerespektují doporučení lékařů** – neužívají léky, nechodí na kontroly, lžou apod.

- Lékařka ID 04: „*Nechtějí respektovat to, co jim ten doktor říká nebo jenom něco.*“
- Lékařka ID 02: „*Jsou to nedisciplinovaní pacienti. Ti, co nechodí na kontroly nebo chodí, až když se něco děje, neužívají léky.*“
- Lékař ID 08: „*Zubnímu lékaři nebo kožaři lidé vždy říkají pravdu. Psychologovi a psychiatrovi často lžou. Účelově.*“

**Pasivní chování.** Někteří z respondentů popisují pasivní jednání některých svých pacientů, které je typické tím, že se pacient **nezajímá o informace** ohledně svého zdravotního stavu, je **neotevřený** v rozhovoru s lékařem nebo se **odmítá aktivně zapojit** do diagnosticko-terapeutického procesu. Lékařka ID 07 popisuje své zkušenosti v následujících úryvcích:

- Lékařka ID 07: „*Došla mladá ženská, která řekla, že nechce vědět, co tam je, kde to je, že prostě ona nic nechce vědět. Ať s ní něco uděláme.*“
- *Nebo jsou to ti pacienti, co chodí s těma manželka a zásadně mluví jen manželka a ten chlap řekne jen: ‚Dobrý den.‘ a ‚Nashledanou.‘*“

### 7.1.3 Kategorie č. 3: Vztah mezi lékařem a pacientem

Kategorie **Vztah mezi lékařem a pacientem** má, podle zúčastněných respondentů, rozhodující vliv na komunikaci. Jednotlivé vlastnosti a jejich dimenze jsou přehledně uvedeny v tabulce č. 10.

**Tabulka č. 10: Členění kategorie Vztah mezi lékařem a pacientem**

<b>Kategorie</b>	<b>Vlastnosti</b>	<b>Dimenze</b>
VZTAH LÉKAŘ–PACIENT	model	symetrický – asymetrický
	délka	krátkodobý – dlouhodobý
	polarita	pozitivní – negativní
	intenzita	silný – slabý

### **MODEL VZTAHU MEZI LÉKAŘEM A PACIENTEM**

Na základě popisovaných zkušeností a sdělovaných názorů jednotlivých dotazovaných lékařů, lze vztah mezi lékařem a pacientem rozdělit na jednotlivé modely podle převahy postavení aktérů.

Asymetrický model vztahu mezi lékařem a pacientem je charakteristický převahou jednoho z aktérů, proto může mít dvě varianty: model vztahu s převahou lékaře a model vztahu s převahou pacienta.

**Model vztahu s převahou lékaře.** V této souvislosti uváděli zúčastnění lékaři neosobní **autoritativní přístup lékaře** a **submisivní postavení pacienta**. Komunikaci tohoto typu popisují jednotliví zúčastnění lékaři následující výroky.

- Lékař ID 05: „*Ten vztah L-P je jakoby nesouměrný. Lékař má daleko více informací, zkušeností než ten pacient.*“
- Lékařka ID 01: „*Oni sů jak stroje. Nezajímají se o lidi. Vidí jen diagnózy.*“
- Lékařka ID 04: „*Aniž by mně něco vysvětlil, tak jen řekl: ‚Operace termín ten a ten‘.*“

**Model vztahu s převahou pacienta.** Tento model vztahu, dle zúčastněných participantů, je typický tím, že **pacienti přicházejí s konkrétními požadavky** a **lékař** je pouze jako **zprostředkovatel služby**.

- Lékařka ID 04: „*Přijdou k doktorovi a řeknou, že toto chci a toto nechci a chci to tak a tak. Mně to přijde jako samoobsluha.*“
- Lékařka ID 02: „*Oni třeba přijdou a chtějí, ať napíšeš lázně.*“

Symetrický model vztahu mezi lékařem a pacientem byl dotazovanými lékaři nejvíce preferovaný, jedná se o spolupracující model.

**Spolupracující model vztahu.** Tento model je, dle zúčastněných participantů, založený na spolupráci, při níž lékař adekvátně **informuje** pacienta z lékařského pohledu, **zajímá se** o prožívání a názor pacienta a na základě **společné** diskuze provádí **rozhodnutí**.

- Lékař ID 06: „*Takže, já mu to vysvětlím, řeknu mu, jak to je podle medicínských znalostí.*“
- Lékařka ID 07: „*Zajímat se o to, co preferuje. Ten jeho názor je hrozně důležitý.*“

## DÉLKA VZTAHU

Délka vzájemného vztahu mezi lékařem a pacientem, byla uváděna ve dvou dimenzích: krátkodobý a dlouhodobý.

Krátkodobý vztah mezi lékařem a pacientem popisovali oslovení lékaři z chirurgického a anesteziologického oboru.

- Lékařka ID 03: „*Vztah mezi lékařem a pacientem je tady v krátkodobějším horizontu.*“
- Lékař ID 06: „*Na chirurgii prostě toho člověka ošetřím, ale pak už ho většinou nepotkáš.*“

Dlouhodobý vztah lékaře a pacienta popisovali praktičtí lékaři a onkolog.

- Lékařka ID 02: „*Ten praktický lékař má vztah s pacientem celoživotní.*“
- Lékařka ID 07: „*Už máme ten vztah několikaměsíční, několikaletý.*“

## POLARITA VZTAHU MEZI LÉKAŘEM A PACIENTEM

Pozitivní vztah mezi lékařem a pacientem je, podle oslovených účastníků, založen na vzájemném **respektu**, **sympatii** a na vzájemné **důvěře**. V následujícím úryvku je hezky popsaná **vzájemná důvěra**.

- Lékařka ID 04: „*Já musím věřit té mamince, když jí něco řeknu, tak že to opravdu udělá a že to, co mi říkají, že je pravda. A naopak ona musí věřit mně, že to, co dělám já, je to nejlepší, co můžu udělat pro její dítě.*“

Negativní vztah mezi lékařem a pacientem popisují participanté, jako negativní vazbu mezi lékařem a pacientem, která nese prvky **nedůvěry** a **nesympatie**. Výroky jednotlivých zúčastněných lékařů uvádíme níže.

- Lékařka ID 07: „*Občas se stane, že nám to jakoby nesedí s tím člověkem. Třeba už se vidíte potřetí a je to takový nic moc.*“



- Lékař ID 06: „*Někteří lidi, vyjmenoval bych ti jich minimálně 3, které bych si vzpomněl. Vidiš, že tu sedí a vidiš, že ti nevěří.*“

## INTENZITA VZTAHU MEZI LÉKAŘEM A PACIENTEM

Intenzita vztahu je popisována ve dvou dimenzích: silný vztah a slabý vztah.

Silný vztah mezi lékařem a pacientem je popisován následujícími úryvky.

- Lékařka ID 01: „*Prostě, to je to pouto, které nás váže.*“
- Lékařka ID 07: „*Máme hodně blízký vztah s těma lidma.*“

Slabý vztah mezi lékařem a pacientem popisuje zúčastněný lékař ID 06 v rámci provozu na chirurgické ambulanci.

- Lékař ID 06: „*Ten vztah tu není osobní.*“

### 7.1.4 Kategorie č. 4: Lékařská profese

Do kategorie **Lékařská profese** jsou zařazeny faktory, které ovlivňují komunikaci mezi lékařem a pacientem. Jednotlivé vlastnosti a jejich dimenze jsou uvedeny v tabulce č. 11.

**Tabulka č. 11: Členění kategorie Lékařská profese**

Kategorie	Vlastnosti	Dimenze
LÉKAŘSKÁ PROFESE	pracovní podmínky	vyhovující – nevyhovující
	pracovní vztahy	přátelské – nepřátelské
	vzdělávání	dostatečné – nedostatečné

### PRACOVNÍ PODMÍNKY

Pracovní podmínky lékařské profese jsou uvedeny ve dvou dimenzích: vyhovující a nevyhovující.

Mezi vyhovující pracovní podmínky byly, zúčastněnými lékaři, řazeny následující aspekty: adekvátním množstvím času na pacienta, vhodné prostředí s ohledem na soukromí pacienta a vymezená pracovní doba.

**Adekvátní množství času na pacienta.** Většina zúčastněných respondentů uvádí, že je vhodné mít dostatečné množství času na pacienta. Lékař ID 05 sděluje, že někteří pacienti potřebují časově náročnější komunikaci.

- Lékař ID 05: „*Třeba někdo přijde a má větší problém, tak s ním strávím i těch 40 minut místo 10.*“

**Vhodné prostředí.** Prostředí s ohledem na **soukromí pacienta** považují dotazovaní lékaři za žádoucí podmínky pro komunikaci s pacientem.

- Lékařka ID07: „*Potřebovala bych trochu organizačně jinak ten prostor. Aby tam bylo jakoby trochu soukromí.*“
- Lékařka ID 04: „*Nemůžu se ptát vedle děcka, které jako je tam s něčím jiným a nemůžu očekávat, že se ji otevře a sdělí mi.*“

**Vymezená pracovní doba.** Jasně vymezená pracovní doba lékaře je dalším atributem, který se snaží dotazovaní lékaři dodržovat.

- Lékař ID 05: „*A přestože mám tu ambulanci ve vlastním domě, tak mám tam jasně vymezenou pracovní dobu.*“

Mezi nevyhovující pracovní podmínky lékařské profese lze, podle zúčastněných lékařů, zařadit: velké množství pracovních požadavků, nedostatek času na pacienty, nevyhovující pracovní prostředí a nevyhovující pracovní provoz.

**Velké množství požadavků.** Dotazovaní lékaři popisují velkou pracovní vytiženost pramenící jednak z vyšetřování velkého množství pacientů, ale také další přidruženou administrativní činností. Důvodem **velkého množství pacientů** je to, že kromě předem objednaných pacientů, přijdou i pacienti, kteří mají akutní potíže. **Administrativní činnost** patří mezi méně oblíbené činnosti, které je nutné dělat v průběhu pracovní doby.

- Lékař ID 06: „*Tak ono je to opravdu těžké se usmívat. Když víš, že je plná čekárna.*“
- Lékařka ID 02: „*Máme hodně těch neschopenek. Já dělám defacto sekretářku.*“

**Nedostatek času na pacienty.** Dalším velkým steskem dotazovaných lékařů bylo málo času na pacienta.

- Lékařka ID 03: „*Mně to dělá vyloženě zle, že nemůžu těm lidem dát ten čas, který oni potřebují.*“

**Nevyhovující pracovní prostředí.** Dotazovaní lékaři v této souvislosti zmiňovali, nevhodné podmínky prostředí, které často narušováno **přítomností jiných osob** nebo

vlivem **rušivých elementů** z okolí. Toto nevyhovující prostředí vede k **nedostatku soukromí** pro rozhovor a vyšetření pacienta, jak poukazují následující výpovědi:

- Lékařka ID 04: „*My nemáme vůbec žádný prostor, kam bych si toho pacienta mohla vzít a být sami dva v klidu.*“
- Lékařka ID 02: „*Nikde člověk nebyl sám. Vždycky tam někdo byl.*“
- Lékař ID 06: „*Tady furt zvonil telefon. Když jsem to vzal, tak tím přerušíš ten rozhovor s pacientem a pak už ani nevíš, kde navázat.*“

**Nevyhovující pracovní provoz.** V souvislosti s nevyhovujícím pracovním provozem popisovali zapojení účastníci např.: **směnný provoz, přesčasové služby a nedodržování pracovní doby.** Někdy se zúčastněným lékařům stává, že pacienti za nimi chodí i mimo pracovní dobu. Uvedeme několik úryvků pro ilustraci.

- Lékařka ID 04: „*Je to vyčerpávající. Strašně moc hodin strávených v práci, bez odpočinku čtyřicetadvacítka.*“
- Lékař ID 05: „*Zcela výjimečně někdo zazvoní úplně cizí. Párkrát se to taky stalo.*“

## VZTAHY NA PRACOVIŠTI

Vztahy na pracovišti, vztahy s ostatním lékařským i nelékařským zdravotním personálem byly popisovány ve dvou dimenzích: přátelské a nepřátelské.

Přátelské vztahy na pracovišti byly skloňovány často ve spojení se slovy: **vzájemná důvěra, spolupráce, humor** a podobně, jak popisuje následující úryvek.

- Lékařka ID 03: „*Záleží hodně i na náladě na tom oddělení. V podstatě se to sekundárně přenáší na ty pacienty.*“

Nepřátelské vztahy na pracovišti, respektive nevhodné klima mezi zdravotnickým personálem, jsou uváděny jako jeden z nevhodných faktorů lékařské profese. Pro ilustraci uvádíme následující úryvek rozhovoru:

- Lékařka ID 02: „*To mi vždycky vadilo a vadí, že ti někteří doktoři se nerespektují, shazují před pacientama a podobně.*“

## VZDĚLÁVÁNÍ V LÉKAŘSKÉ PROFESI

Vzdělávání v lékařské profesi považují zapojení lékaři za stěžejní atribut, který se odráží v komunikaci s pacientem. Vzdelávání v lékařské profesi lze rozdělit na dvě dimenze: dostatečné a nedostatečné.

Dostatečné vzdělávání v lékařské profesi, a to nejenom **ve svém oboru**, ale také i v **oblasti komunikace**, považují zúčastnění lékaři, za nutný **celoživotní proces**. V této souvislosti považují, zúčastnění lékaři, za prospěšné **absolvování kurzu komunikace**.

- Lékař ID 05: „*Snažím udržovat kontakt s vývojem toho našeho oboru. Řekl bych, že dost učím i od pacientů.*“
- Lékařka ID 02: „*Člověk nesmí ustrnout, musí se nějak dál vzdělávat.*“

Nedostatečné vzdělávání v lékařské profesi dávají níže uvedení lékaři do souvislosti s **nedostatečnou pregraduální přípravou lékařů**. Lékařka ID 04 uvádí, že **podpora ve vzdělávání** ze strany vedení nemocnice je **nedostačující**.

- Lékařka ID 03: „*Největší chyba je, že v průběhu školy jsme se vůbec nenaučili nějaké sebejistotě vyjadřování.*“
- Lékařka ID 04: „*Problém je v tom, že se doktoři vůbec neučí komunikovat. Ani náš zaměstnavatel neměl jakoby snahu ani pro toho, kdo chce absolvovat ten kurz.*“

### 7.1.5 Kategorie č. 5: Další faktory komunikace

Do této kategorie **Další faktory komunikace** jsou zařazeny aspekty, které nepřímo ovlivňují komunikaci mezi lékařem a pacientem. Lze je rozdělit na dvě dimenze – pozitivní a negativní další faktory komunikace.

Mezi pozitivní další faktory komunikace řadí zúčastnění lékaři humor.

**Humor.** Někteří dotazovaní lékaři používají humor k **odstranění negativních emocí** u svých pacientů a k celkovému **odlehčení situace**.

- Lékařka ID 03: „*Pomůže situaci odlehčit nějakým vtipem, nebo je nějak zabavit.*“
- Lékařka ID 01: „*To musíš velmi rafinovaně. Já si to převrátím a udělám si z nich srandu, ale dávám si pozor, abych jim neublížila.*“

Negativní další faktory komunikace jsou aspekty, mezi něž, oslovení lékaři, řadí: sociální média, návykové látky a jazyková bariéra.

**Sociální média.** Zúčastnění lékaři popisují v následujících úryvcích své zkušenosti s pacienty, kteří k nim přicházejí s mnohdy dosti **zkreslenými informacemi**, které získaly z dostupných mediálních prostředků.

- Lékař ID 08: „*Bohužel současní pacienti vyzbrojeni informacemi od doktora Googela 'vědí' více, než starý praktik.*“

- Lékařka ID 03: „Mají to výborně načtené, to je sice bezva. Ale bohužel nijak nezapojené do nějakých souvislostí.“

**Návykové látky.** Velká část zúčastněných lékařů uvádí negativní zkušenosti v rámci komunikace s intoxikovanými pacienty.

- Lékařka ID 04: „Přivezli kluka rychlou, který byl zfetovaný a křičel tam na všechny a s ním se člověk nedomluví.“

**Jazyková bariéra.** Někteří ze zúčastněných respondentů popisovali, že v rámci komunikace s pacientem vliv jazykové bariéry způsobené např. řečovou poruchou nebo cizí mluvou pacientů.

- Lékařka ID 03: „Ta komunikace s pacienty po cévní mozkové, kteří mají poruchu řeči, je komplikovaná.“
- Lékař ID 08: „Vlivem přistěhovalců tam hraje roli i jazyková bariéra.“

### 7.1.6 Kategorie č. 6: Strategie komunikace lékaře s pacientem

Strategie komunikace lékaře s pacientem je úzce provázána s předchozími kategoriemi, neboť je reakcí na jejich jednotlivé vlastnosti.

Strategie lze rozdělit podle předmětu jejich zaměření na:

- Strategie zaměřená na lékaře;
- Strategie zaměřená na pacienta;
- Strategie zaměřená na vztah L–P a
- Strategie zaměřená na zevní podmínky komunikace.

#### STRATEGIE ZAMĚŘENÁ NA LÉKAŘE

Kategorii Strategie zaměřená na lékaře lze rozdělit na dvě skupiny podle cíle jejího zaměření – Strategie k podpoře emočního naladění lékaře a Strategie ke zdokonalení komunikačních dovedností lékaře.

**Strategie k podpoře pozitivního emočního naladění lékaře.** Do této skupiny patří ty činnosti či způsoby vnímání, které podle zúčastněných lékařů, jim pomohou odstranit negativní emoce nebo profesní starosti. Patří mezi ně např.: **dobré osobní vztahy, vhodná volnočasová aktivita, humor a spiritualita.** Jako prevenci emočního vyčerpání při kontaktu s nevléčitelně nemocnými používají někteří z respondentů strategii **emočního odstupu** od pacienta.

V následujících úryvcích jsou uvedeny konkrétní taktiky, které jim pomáhají odventilovat stres vzniklý v souvislosti s komunikací s pacientem.

- Lékař ID 05: „S manželkou si povídáme. Člověk může ty anonymní příběhy sdílet.“
- Lékařka ID 04: „Potřebuju občas jít ven do přírody, kde je ticho a je tam příroda.“
- Lékař ID 05: „To je výhoda té mojí víry, že člověk věří, že všechno není jen na něm, ale že to odevzdává nahoru svému stvořiteli.“

**Strategie ke zdokonalení komunikačních dovedností lékaře.** Ke zdokonalení komunikačních dovedností lékařů popisují zúčastnění participanti konkrétní návrhy řešení, např. pravidelná **výuka komunikace** na lékařských fakultách a v rámci celoživotního vzdělávání lékařů, jak uvádějí následující výroky.

- Lékař ID 04: „Co bych změnila je to, že aby byla na fakultě pravidelná výuka komunikace.“
- Lékař ID 08: „Doporučuju občas absolvovat kurz komunikace a učit se od starých a zkušených kolegů.“

## STRATEGIE ZAMĚŘENÉ NA PACIENTA

V rámci strategií zaměřených na pacienta jsou popisována jednání lékaře vedoucí k eliminaci nevhodného chování pacienta. Lze je rozdělit na: strategie komunikace s nespokojeným, negativistickým a nespolupracujícím pacientem.

**Strategie komunikace s nespokojeným pacientem.** Někteří ze zúčastněných lékařů poukazují na to, že je vhodné pojmenovat problém a objasnit příčinu. Dotazovaní participanti se shodují v tom, že je důležité **neprojevit negativní emoce** navenek, ale vhodně **popsat své pocity**. Lékařka ID 04 sděluje, že je žádoucí v některých případech, se **umět omluvit a projevit porozumění**. V rámci prevence následných právních sporů pramenících z nespokojenosti pacienta je vhodné okolnosti komunikace pečlivě zaznamenat do lékařské dokumentace. Konkrétní výpovědi uvedeme níže.

- Lékařka ID 04: „Já se omlouvám, že jste museli tady čekat, mrzí mě to. Vím, že je to nepříjemné. Ale sami vidíte, že je tu spousta lidí a ještě došla i rychlá.“
- Lékařka ID 03: „Obecně se snažím udržet jako klidný a věcný tón.“
- Lékař ID 08: „Prevence je jednoduchá, všechno písemně dokumentovat a na všechno mít svědka.“

**Strategie komunikace s negativistickým pacientem.** Jednotliví lékaři uvádějí své taktiky komunikace s negativistickým pacientem. Ne všichni se shodují na stejném postupu. Někteří participanti v situacích, kdy jsou pacienti smutní a rozpláčou se, uvádějí, že je vhodné pacientovi **aktivně naslouchat** a **vyjádřit mu emoční podporu**. Jeden

z respondentů naopak používá taktiku **odpoutání myšlenek** jiným směrem. Někteří dotazovaní lékaři uvádějí, že svým pacientům dávají **doporučení**, jakým způsobem mají negativním emocím předcházet.

- Lékařka ID 01 „*Musíš ji vyslechnout. Musíš jí pomoci, trošku ju vyzvednou.*“
- Lékař ID 06: „*Když člověk vyšetřuje něco jiného, tak přejít tu myšlenku někam jinam.*“
- Lékař ID 06: „*Navrhnu i nějaké řešení, co by bylo dobré. Já nevím, třeba od pohybu, cvičení, zdravé výživy, komunikace s lidma atd.*“

**Strategie komunikace s nespolupracujícím pacientem.** V níže uvedených výpovědích zúčastněných lékařů jsou popsány taktiky komunikace s pacientem, který nespolupracuje. Většina dotazovaných lékařů považuje za podstatné důkladně **informovat pacienta** o diagnóze, léčbě a důsledcích nespolupráce. Někteří ze zúčastněných respondentů popisují, že je důležité pacienta **nenutit** ke spolupráci, ale spíše ho motivovat ke změně a **delegovat** na něj **zodpovědnost** za své **zdraví**.

- Lékařka ID 04: „*Je potřeba pacienta informovat o tom, co je za problém, jak se to dá řešit a co pro to musí udělat on. Musí vědět také jaké jsou důsledky, pokud nebude dodržovat léčbu.*“
- Lékař ID 05: „*Já to zbytečně nerozmazávám, ale to jen tak nařuknu a naznačím: ‚Vy víte, co ještě můžete vylepšit!‘ a naznačím gesty třeba jako cigaretu. A co si z toho vezme nebo co z toho bude dělat, tak to už na každém.*“
- Lékař ID 06: „*Je to vaše zdraví a vy už si s tím naložte, jak chcete.*“

## STRATEGIE ZAMĚŘENÉ NA VZTAH L–P

V rámci strategie zaměřené na vztah mezi lékařem a pacientem se jedná o činnosti vedoucí k ukončení špatného vztahu. Několik zúčastněných lékařů popisuje možnost **změny ošetřujícího lékaře** jako řešení při špatném vztahu mezi lékařem a pacientem. Dvě z oslovených lékařek uváděly jako jedno z možných řešení, vhodný **výběr či změna lékařského oboru**, pokud lékaři nevyhovuje komunikace s některými typy pacientů, kteří se vyskytují v rámci konkrétního lékařského oboru.

- Lékařka ID 07: „*Dá se přehrát po domluvě na někoho jiného. Je tam i tato úniková cesta, když mně přijde, že mně to nepasuje nebo tomu pacientovi.*“

- Lékařka D 02: „*A když jsem si představila, že budu dělat na soukromu a 80 % budou tady ti vertebropati, tak jsem si řekla, že to bych nezvládla, tak jsem změnila obor.*“
- Lékař ID 05: „*Chtěl jsem být psychiatr, ale jsem rád, že mě nevzali, protože ten náraz s realitou psychicky nemocných bych nezvládl.*“

## **STRATEGIE ZAMĚŘENÁ NA ZEVNÍ PODMÍNKY**

Strategie zaměřená na zevní podmínky je zúčastněnými participanty popisována takové jednání, které vede k vytvoření vhodných podmínek k rozhovoru s pacientem. Jedná se konkrétně o vytvoření **vhodného prostředí a odstranění rušivých elementů** z okolí. Další popisovanou strategií je popisováno **vhodné rozvržení času**. Uvedeme některé z úryvků pro názornou představu.

- Lékařka ID 04: „*Uvítala bych, kdybychom měli malinkou místnůstku s dvěma křeslama, kde byla možná klidná rozmluva s pacientem.*“
- Lékařka ID 03: „*Vždycky se snažím si je vzít zvlášť a domluvit se s ostatním personálem: ‚Teď tady nám nechodte, teď prostě potřebujeme být spolu.‘*“
- Lékař ID 06: „*A to bylo první, co jsem odboural. Dal jsem telefon na sesternu.*“
- Lékařka ID 07: „*I ten čas se snažím nějak rozložit, aby fakt na ty lidi byl ten čas.*“

### **7.1.7 Kategorie č. 7: Důsledky komunikace mezi lékařem a pacientem**

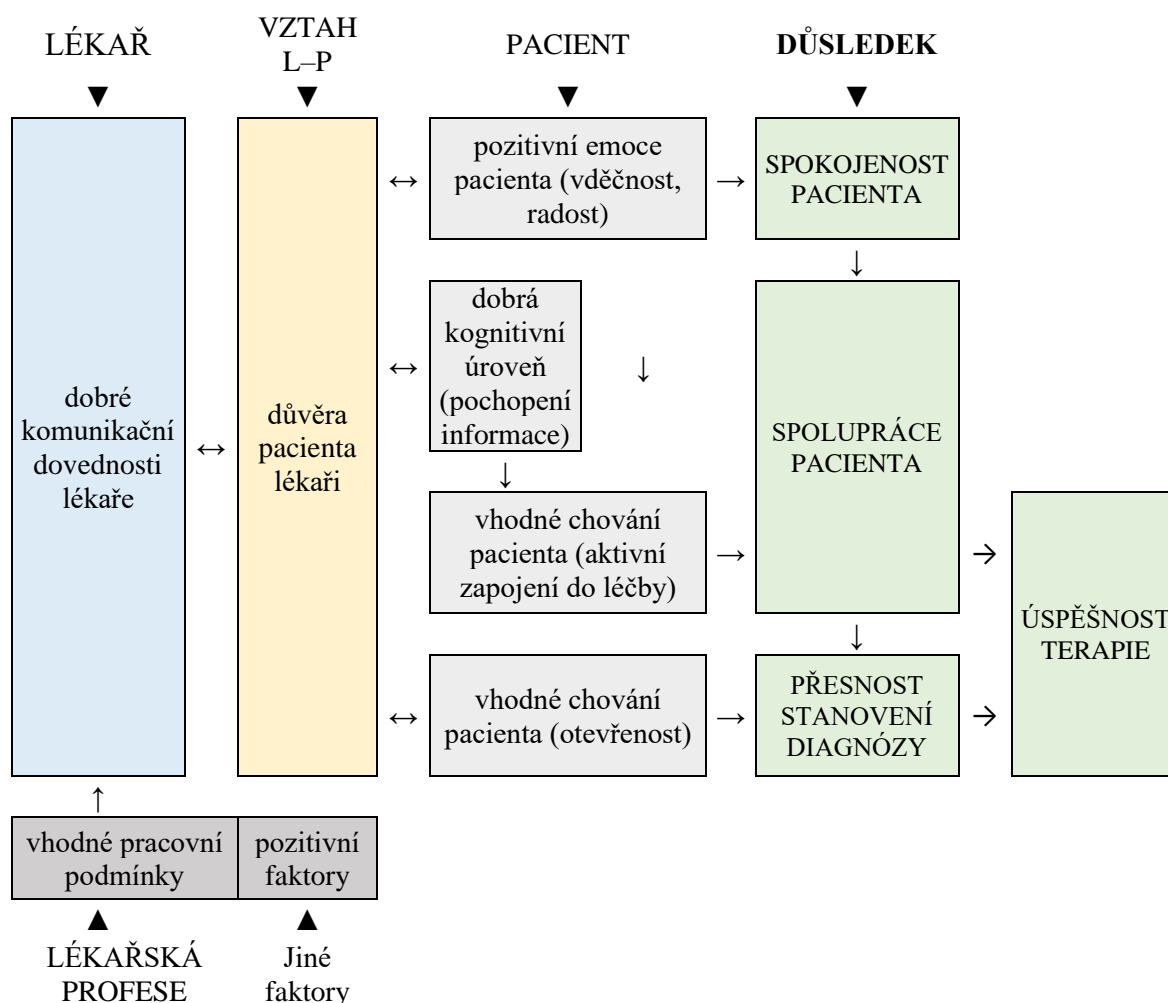
Kategorie **Důsledky komunikace mezi lékařem a pacientem** odráží vliv komunikace na jednotlivé aktéry komunikace a na výsledek diagnosticko-terapeutického procesu.

Důsledky komunikace mezi lékařem a pacientem lze rozdělit podle polarit na: pozitivní a negativní.

Pozitivní důsledky komunikace mezi lékařem a pacientem jsou, podle zúčastněných lékařů: spokojenost pacienta, spolupráce pacienta, stanovení diagnózy a úspěšnost terapie. Tyto pozitivní důsledky komunikace jsou dány vlivem interakcí dobrých komunikačních dovedností lékaře, pozitivního vztahu L–P a vhodného chování pacienta. Pro přehlednost jsou tyto interakce znázorněny na obrázku č. 5.



**Obrázek č. 5: Pozitivní důsledky komunikace lékaře a pacientem**



V následujícím textu si pozitivní důsledky komunikace popíšeme jednotlivě s uvedením názorných výpovědí participantů.

**Spokojenost pacienta s lékařem.** Podle zúčastněných lékařů dobré komunikační dovednosti, především aktivní naslouchání, vedou k důvěře a následně ke spokojenosti pacienta. V následujícím úryvku popisuje lékařka ID 01 pacientčinu spokojenost s její péčí. A lékař ID 05 popisuje okolnosti spokojenosti pacientů.

- Lékařka ID 01: „Paní doktorko, Vás neměním. Protože vy jste vy a já za váma budu jezdit furt, dokud budete dělat.“
- Lékař ID 05: „V rámci toho vyšetření, by se měl cítit pacient bezpečně. Měl by mít pocit, že ten lékař je tady pro něj, že ho poslouchá.“

**Spolupráce pacienta.** Spolupráce pacienta závisí, podle zúčastněných lékařů, na správném poskytování informací lékařem, na důvěře pacienta lékaři a správném pochopení podaných informací.

- Lékařka ID 04: „*Je důležité navázat s tím pacientem nějaký vztah, a aby chápali tu léčbu. Aby ta léčba probíhala, tak jak má.*“
- Lékařka ID 07: „*Mám tendence těm lidem vysvětlovat, protože já mám asi v hlavě, že když oni chápou, proč se to děje, že se nám bude lépe spolupracovat.*“

**Přesnost stanovení diagnózy.** Výpovědi zúčastněných participantů poukazují na to, že přesnost stanovení diagnózy je závislá na správně vedeném anamnestickém rozhovoru lékařem a na důvěře pacienta, která vede k lepší otevřenosti a sdílnosti pacienta.

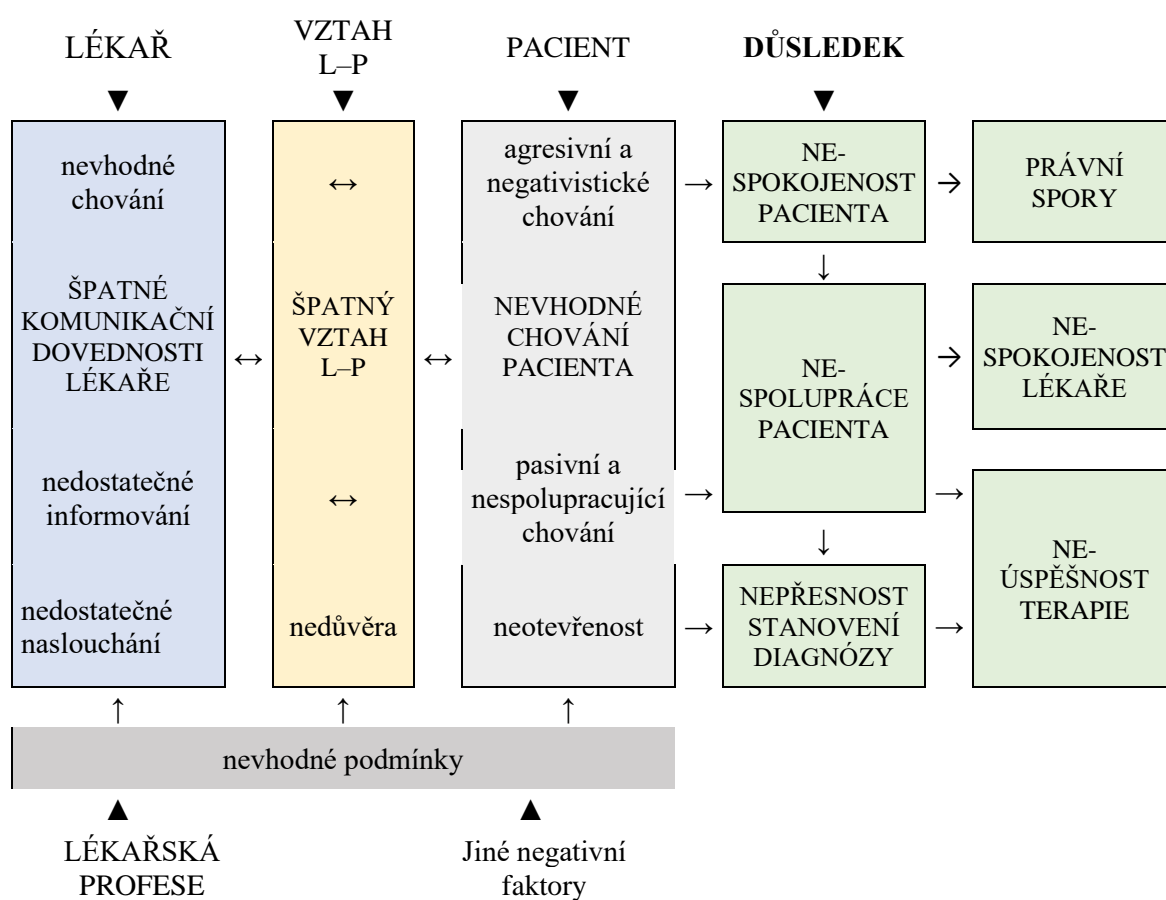
- Lékařka ID 07: „*Gró je anamnéza.*“
- Lékařka ID 07: „*To by bylo fakt dobrý, kdybychom měli nějakou důvěru a ten vztah takový měli. Protože je hrozně důležité, abychom si říkali všechno, protože tam na tom hrozně záleží.*“

**Úspěšnost terapie.** Zúčastnění lékaři popisují, že úspěšnost terapie je závislá na všech výše uvedených attributech, na spokojenosti a spolupráci pacienta, ale i na přesnosti stanovení diagnózy. V následujících úryvcích uvedeme názory zúčastněných lékařů vyjadřující se k úspěšnosti terapie.

- Lékařka ID 04: „*To je 90 % úspěchu, ta komunikace. Abych navázala s tím pacientem nějaký vztah a aby chápal tu léčbu.*“
- Lékař ID 05: „*Lékař, ke kterému přijdeš, který tě poslouchá, který k tobě není arogantní, který tě přijímá i třeba s nějakými tvými emocemi a slabostmi a ty mu věříš, že ti může pomoci, tak to je podstatná součást toho léčení.*“

Negativní důsledky komunikace mezi lékařem a pacientem jsou dány, podle zapojených lékařů, přítomností špatných komunikačních dovedností lékaře, špatného vztahu L–P nebo nevhodného chování pacienta, jak je uvedeno na obrázku č. 6.

**Obrázek č. 6: Negativní důsledky komunikace lékaře a pacientem**



Mezi negativní důsledky komunikace mezi lékařem a pacientem patří, podle zúčastněných lékařů: nespokojenost pacienta, nespolutpráce pacienta, nespokojenost lékaře, nepřesné stanovení diagnózy, neúspěšnost terapie a právní spory.

**Nespokojenost pacienta s lékařem.** Nespokojenost pacienta je, podle zúčastněných lékařů, způsobena v důsledku rozporu mezi potřebami lékaře a pacienta. Může se projevat agresivním nebo negativistickým chováním pacienta, jak je uvedeno v následujících výpovědích respondentů.

- Lékařka ID 07: „Asi po hodině a půl začal hrozně křičet, že si ho tam nikdo nevšímá a jak je to možný a co je to za bordel!“
- Lékařka ID 02: „Třeba přijdou a chtějí, ať napíšeš třeba lázně. Ty je odkážeš ke specialistům. A oni tam začnou křičet nebo se rozkřikovat, že už toho mají dost.“

**Nespolutpráce pacienta.** Nespolutpráce pacienta je, podle některých zúčastněných participantů, důsledkem nedostatečných komunikačních dovedností lékaře. Lékařka ID 04 vidí příčinu v nedostatečném informování pacienta lékařem.

- Lékařka ID: „Že ty lidi třeba neví, proč to mají dělat. Proto je tam non-compliance. Myslím, že všechno je dáno tím, že je lékaři dostatečně neinformují.“

**Nepřesné stanovení diagnózy.** Dalším důsledkem špatné komunikace mezi lékařem a pacientem je nepřesné stanovení diagnózy, jak blíže popisují lékařky v následujícím textu.

- Lékařka ID 03: „Spoustu krát velkou část diagnózy udělal ten rozhovor, a když na něj nemá čas, tak je to průser.“
- Lékařka ID 07: „Protože, když mi něco zatají nebo neříkají, pak to vede kolikrát k různým chybám – k chybným rozhodnutím.“

**Neúspěšná terapie.** Neúspěšná terapie vzniká, podle názoru některých respondentů, důsledkem nespolupráce pacienta, ale i vlivem nepřesného stanovení diagnózy.

- Lékař ID 05: „Pacientka si vyzvedla léčbu, kterou by měla brát trvale, jen na jeden měsíc v roce. A přitom si pořád stěžovala, že má nějaké příznaky, potíže, že mívá dušnosti, kašle atd.“

**Nespokojenost/negativní emoce lékaře.** Podle dotazovaných respondentů je jedním z kořenů nespokojenosti lékaře nespolupráce pacienta, na což poukazuje následující úryvek.

- Lékařka ID 03: „Myslím, že nejsem sama, že mě rozčiluje, když pacient prostě nespolupracuje a není schopen sám pro sebe něco udělat.“

Komunikace s pacientem může v krajním případě vést, dle dotazovaných lékařů, k emočnímu vyčerpání lékaře, na což poukazují následující úryvky.

- Lékařka ID 09: „Nepříjemné je, když musím někomu sdělit špatnou diagnózu.“
- Lékařka ID 01: „Je to pro mě dycky jako stres a nejhorší je to, když to je kolegyně doktorka, kamarádka.“

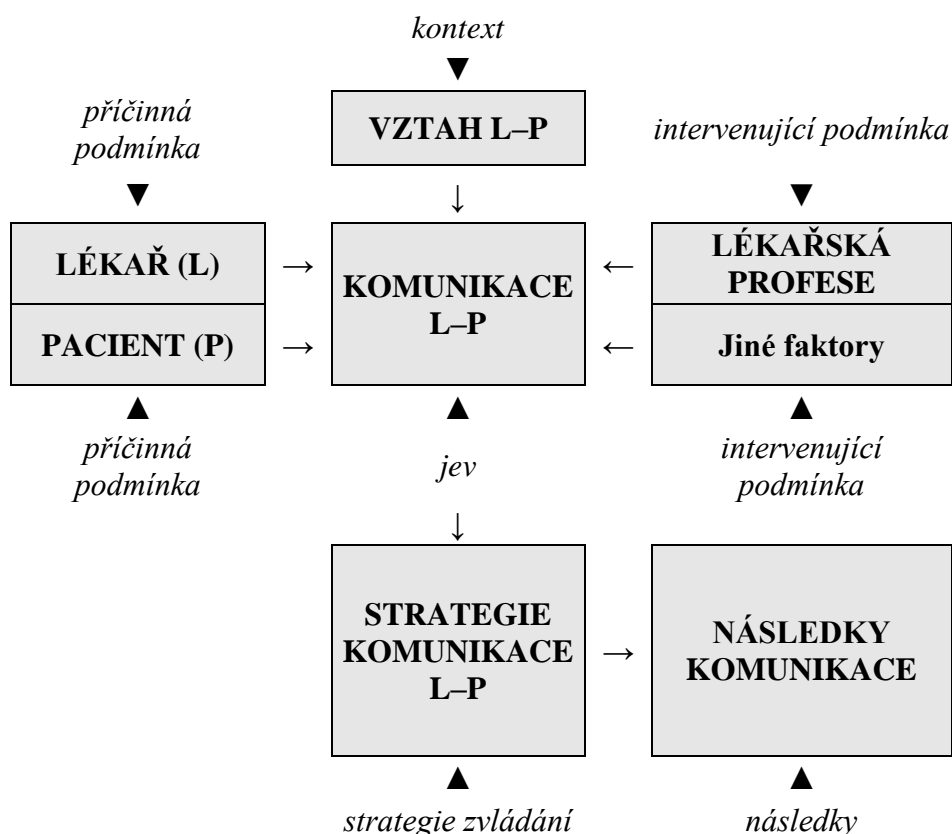
**Právní spory.** Krajním negativním důsledkem nespokojenosti pacientů, dle dotazovaných lékařů, jsou právní spory. Pro příklad uvedeme dva úryvky rozhovorů.

- Lékařka ID 04: „Co vidím v té praxi, tak veškeré stížnosti, pokud jsou, tak jsou díky špatné komunikaci.“
- Lékař ID 08: „Je dneska módou žalovat lékaře za chybný postup léčení a nekvalitní jednání.“

## 7.2 Výsledky axiálního kódování

Ve fázi axiálního kódování jsme hledali vztahy a souvislosti mezi jednotlivými kategoriemi vzešlymi z otevřeného kódování. Výstupem tohoto axiálního kódování je **paradigmatický model**, který spojuje jednotlivé kategorie a subkategorie do vzájemných vztahů a interakcí, jak je uvedeno na obrázku č. 7.

Obrázek č. 7: Paradigmatický model vytvořený podle axiálního kódování



Zjednodušeně lze tento model popsat následovně: *Příčinné podmínky* (kategorie **Lékař (L)** a **Pacient (P)**) vedou k *jevu* (kategorie **Komunikace L-P**), který probíhá v rámci *kontextu* (kategorie **Vztah L-P**). *Intervenující podmínky* (kategorie **Lékařská profese** a **Jiné faktory**) usnadňují či znesnadňují použití *strategií zvládnání* (kategorie **Strategie komunikace L-P**), které jsou vyvinuté ke zvládnání *jevu*. *Následky* (kategorie **Důsledky komunikace L-P**) jsou reakcemi na *jev* a *strategie zvládnání*.

Z důvodu lepší přehlednosti v získaných datech jsme jednotlivé vlastnosti a dimenze uvedených kategorií uspořádali novým způsobem, při němž jsme některé kategorie sloučili a následně uspořádali podle jejich polarity.

Tímto způsobem vznikly čtyři hlavní kategorie:

- **Komunikace mezi lékařem a pacientem (L–P);**
- **Hlavní faktory komunikace mezi lékařem a pacientem;**
- **Vedlejší faktory komunikace mezi lékařem a pacientem a**
- **Reakce na komunikaci mezi lékařem a pacientem.**

Uvedené kategorie přiblížíme v další části. Pro zvýšení přehlednosti členíme do samostatných podkapitol.

### 7.2.1 Hlavní kategorie č. 1: Komunikace L–P

Hlavní kategorie **Komunikace mezi lékařem a pacientem**, vznikla interakcí subkategorií Komunikační dovednosti lékaře a Chování pacienta.

Podle kombinací jejich jednotlivých dimenzí vznikly čtyři druhy interakcí v rámci kategorie Komunikace mezi lékařem a pacientem. Její názorné členění je uvedeno v tabulce č. 12.

**Tabulka č. 12: Členění hlavní kategorie Komunikace mezi lékařem a pacientem**

LÉKAŘ		PACIENT	
komunikační dovednosti		chování	
		vhodné	nevhodné
dobré	EFEKTIVNÍ KOMUNIKACE L–P	EKL/NKP	
špatné	NKL/EKP	NEEFEKTIVNÍ KOMUNIKACE L–P	

**Pozn.:** EKL –efektivní komunikace lékaře; NKP –neefektivní komunikace pacienta; NKL – neefektivní komunikace lékaře; EKP – efektivní komunikace pacienta

Tyto čtyři interakce následně blíže popíšeme. **Efektivní komunikace mezi lékařem a pacientem** vzniká na podkladě interakce subkategorií Dobré komunikační dovednosti lékaře a kategorie Vhodné chování pacienta. **Efektivní komunikace lékaře a neefektivní komunikace pacienta** vzniká na podkladě interakce subkategorií Dobré komunikační dovednosti lékaře a Nevhodné chování pacienta. **Efektivní komunikace pacienta a neefektivní komunikace lékaře** vzniká na podkladě interakce subkategorií Špatné

komunikačních dovedností lékaře a Vhodné chování pacienta. A **Neefektivní komunikace mezi lékařem a pacientem** vzniká na podkladě interakce kategorií Špatné komunikační vlastnosti lékaře a Nevhodné chování pacienta.

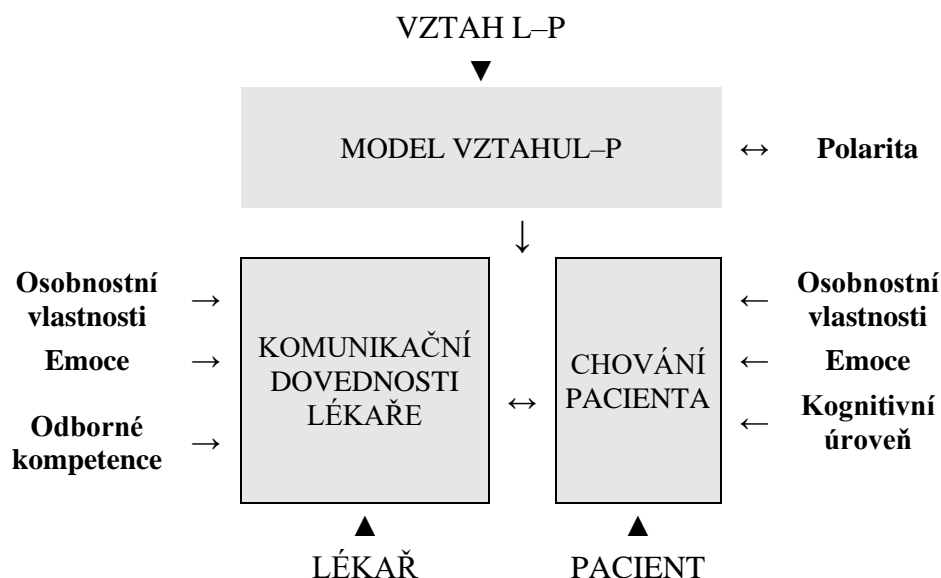
V následujících úryvcích uvedeme alespoň příklady neefektivní komunikace mezi lékařem a pacientem, kdy nevhodný způsob komunikace jednoho aktéra je asociován s nevhodným způsobem chování druhého aktéra komunikace.

- Lékař ID 06: „Když se začneme hádat a on začne být ještě víc agresivní. To vyeskaluje tu situaci.“
- Lékař ID 05: „K někomu se lidé bojí chodit, bojí se něco říct, právě protože ten lékař je povýšený a má pocit, že všechno ví.“

## 7.2.2 Hlavní kategorie č. 2: Hlavní faktory komunikace L–P

Hlavní kategorie **Hlavní faktory komunikace mezi lékařem a pacientem** vznikají sloučením některých subkategorií – Lékař, Pacient a Vztah L–P, jak je uvedeno na obrázku č. 8.

Obrázek č. 8: Hlavní faktory komunikace mezi lékařem a pacientem



Do kategorie Hlavní faktory komunikace lze zařadit **osobnostní vlastnosti, emoce a odborné kompetence lékaře**. Dále do této kategorie patří **osobnostní vlastnosti, emoce a kognitivní úroveň pacienta**. A z kategorie vztahu L–P jsme se zařadili – **polarita a intenzita vztahu L–P**.

Pro lepší přehlednost jsme kategorii Hlavní faktory komunikace rozdělili na dvě podkategorie: Předpoklady efektivní komunikace mezi lékařem a pacientem a Hlavní překážky komunikace mezi lékařem a pacientem.

V následujícím textu se jednotlivým podkategoriím budeme jednotlivě blíže věnovat.

## **PŘEDPOKLADY EFEKTIVNÍ KOMUNIKACE MEZI LÉKAŘEM A PACIENTEM**

Předpoklady efektivní komunikace mezi lékařem a pacientem lze rozdělit na tři druhy: předpoklady na straně lékaře, pacienta a vztahu L–P.

**Předpoklady na straně lékaře.** Předpoklady dobrých komunikačních dovedností lékaře jsou následující:

- pozitivní osobnostní vlastnosti lékaře – **příjemnost, klidnost, pokora, slušnost, rozhodnost, všímavost, pečlivost, trpělivost a spolehlivost;**
- pozitivní emoce lékaře – **radost, zvědavost, důvěra a empatie;**
- dobré odborné předpoklady lékaře – **odborné znalosti, zkušenosti, dovednosti a inteligence.**

**Předpoklady na straně pacienta.** Předpoklady vhodné komunikace pacienta jsou:

- pozitivní osobnostní vlastnosti pacienta – **slušnost, upřímnost, pečlivost;**
- pozitivní emoce pacienta – **vděčnost, radost, důvěra a**
- **dobrá kognitivní úroveň pacienta.**

Do kategorie Předpoklady dobré komunikace je zařazen i **pozitivní vztah** mezi lékařem a pacientem založený na vzájemné důvěře.

## **HLAVNÍ PŘEKÁŽKY KOMUNIKACE MEZI LÉKAŘEM A PACIENTEM**

Do této kategorie Hlavní překážky komunikace L–P patří: překážky na straně lékaře, pacienta a vztahu L–P.

**Překážky na straně lékaře.** Do této podkategorie jsou zařazeny následující aspekty:

- negativní osobnostní vlastnosti lékaře – **ledabylost a ješitnost;**
- negativní emoce lékaře – **hněv, lítost, nedůvěra a soucit**
- **špatné odborné znalosti, nedostatečné odborné dovednosti a krátké zkušenosti lékaře.**



**Překážky na straně pacienta.** Mezi překážky na straně pacienta byly zařazeny:

- negativní osobnostní vlastnosti pacienta – **netrpělivost, nedůslednost, neslušnost a neotevřenost;**
- negativní emoce pacienta – **úzkost, smutek, nedůvěra, hněv** a
- **špatná kognitivní úroveň** pacienta.

Do kategorie Překážky komunikace mezi lékařem a pacientem je zařazen i **negativní vztah** mezi lékařem a pacientem.

### **7.2.3 Hlavní kategorie č. 3: Vedlejší faktory komunikace L–P**

Kategorie **Vedlejší faktory komunikace mezi lékařem a pacientem** vznikla sloučením kategorie Lékařská profese, Další faktory komunikace a podkategorie Model a Délka vztahu L–P.

Pro lepší přehlednost jsme data rozdělili podle jejich vlivu na komunikaci na dvě kategorie, které jsme nazvali: Faktory usnadňující komunikaci L–P a Faktory znesnadňující komunikaci L–P.

#### **FAKTORY USNADŇUJÍCÍ KOMUNIKACI L–P**

Do této kategorie Faktory usnadňující komunikaci L–P jsou zařazeny následující faktory:

- vyhovující pracovní podmínky lékařů – **adekvátní množství času** na pacienta, **vhodné prostředí** s ohledem na soukromí pacienta a **vymezená pracovní doba;**
- **přátelské pracovní vztahy** lékaře;
- **dostatečné vzdělávání v lékařské profesi;**
- **humor** a
- **dlouhodobý a symetrický vztah** L–P.

#### **ZEVNÍ PŘEKÁŽKY KOMUNIKACE L–P**

Do této kategorie Zevní překážky komunikace L–P jsou zařazeny následující aspekty:

- nevhovující pracovní podmínky lékařské profese – **velké množství pracovních požadavků, nedostatek času na pacienty, nevhovující pracovní prostředí, nevhovující pracovní provoz;**
- **nepřátelské pracovní vztahy** lékaře;
- **nedostatečné vzdělávání v lékařském oboru;**

- **sociální média;**
- **návykové látky a**
- **jazyková bariéra – řečové poruchy a cizí mluva pacientů.**
- **krátkodobý a asymetrický vztah L–P.**

V následujících úryvcích uvedeme příklady negativních vlivů nevhodných pracovních podmínek na komunikaci mezi lékařem a pacientem.

- Lékařka ID 03: *„Účelně komunikovat prostě v brutálně osekáném čase, kdy se nestihneš ani představit, tak to opravdu nejde.“*
- Lékařka ID 02: *„To prostě. To, že je to na pokoji s ostatními pacienty. Prostě je vidět, že nejsou ve své kůži“*

V nadcházejícím úryvku je uveden negativní vliv sociálních médií na chování pacienta.

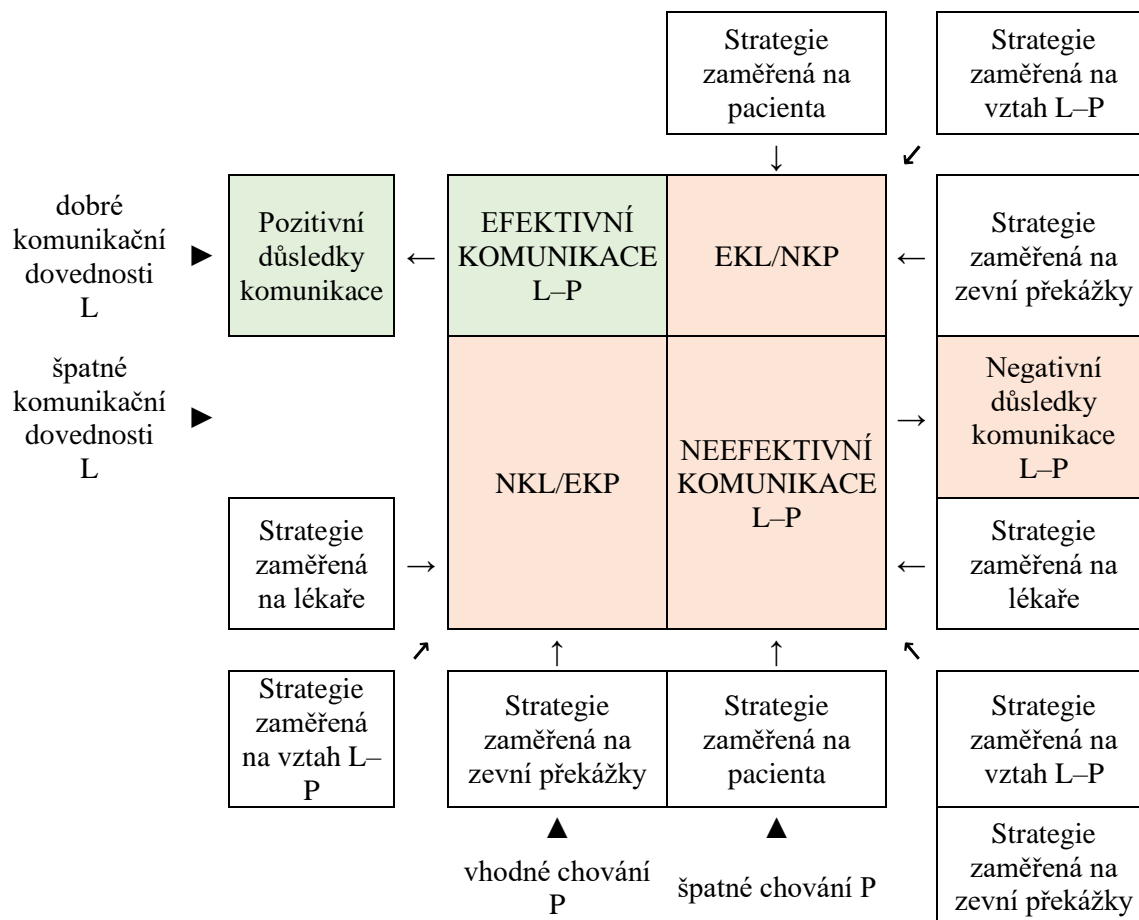
- Lékař ID 02: *„Oni prostě přijdou s tím, jak by se to mělo vyvíjet u toho doktora – kam bys ho měl poslat, jak ho vyšetřit.“*

#### **7.2.4 Hlavní kategorie č. 4: Reakce na komunikaci L–P**

Hlavní kategorie **Reakce na komunikaci mezi lékařem a pacientem** vzniká sloučením kategorií Strategie komunikace mezi lékařem a pacientem a kategorie Důsledky komunikace mezi lékařem a pacientem.

Přehledná ilustrace jednotlivých reakcí na komunikaci mezi lékařem a pacientem je uvedena na obrázku č. 9.

**Obrázek č. 9: Členění hlavní kategorie Reakce na komunikaci mezi lékařem a pacientem**

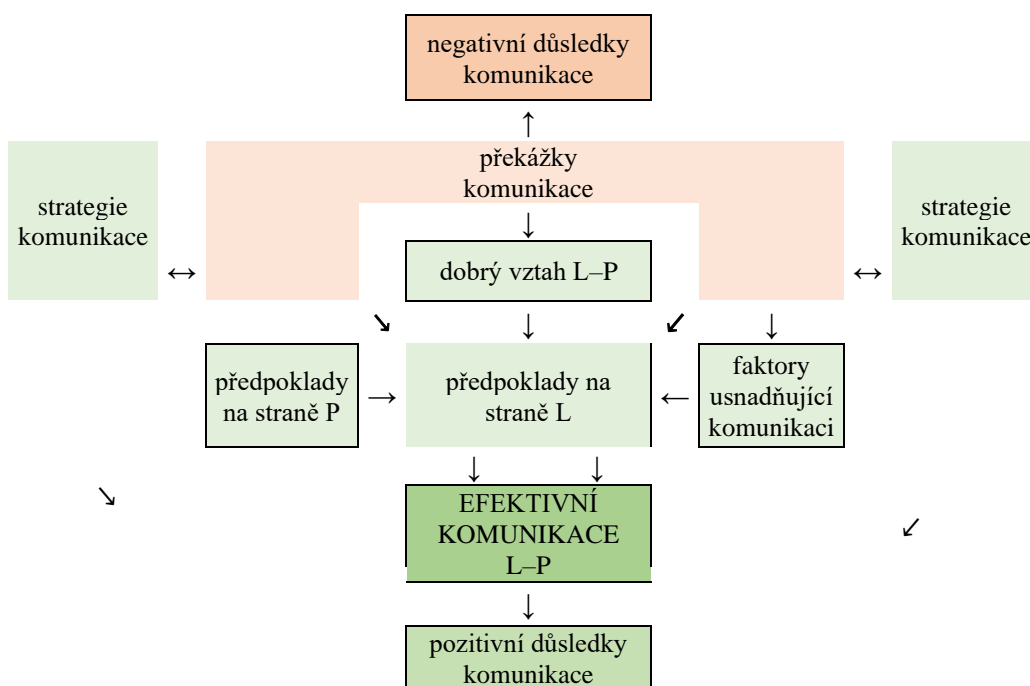


Obrázek č. 9 popisuje model reakcí na komunikaci L-P v závislosti na charakteru této komunikace. Efektivní komunikace L-P vede k pozitivním důsledkům komunikace. Pokud komunikace mezi lékařem a pacientem vzniká interakcí, kde se vyskytuje neefektivní komunikace alespoň jednoho z aktérů dyády L-P, tak mohou být použity konkrétní strategie nebo komunikace vede k negativním důsledkům.

### 7.3 Výsledky selektivního kódování

Cílem selektivního kódování bylo vytvořit centrální kategorii, kolem které budou integrovány ostatní kategorie vzešlé z axiálního kódování. Centrální kategorii paradigmatického modelu jsme nazvali **Efektivní komunikace lékaře s pacientem**. Schematické znázornění paradigmatického modelu vytvořeného podle selektivního kódování je uvedeno na obrázku č. 10.

**Obrázek č. 10: Paradigmatický model vytvořený podle axiálního kódování**



Na základě získaných dat, s ohledem na nejvíce sycené kategorie, jsme byli schopni odvodit výslednou teorii, která předpokládá, že **efektivní komunikace lékaře s pacientem** vzniká za předpokladu **dobrych komunikačních dovedností lékaře**. Komunikace lékaře je usnadňována v podmínkách **dobrého vztahu** mezi lékařem a pacientem, za přítomnosti **vhodného chování pacienta** a nepřímo přítomností **faktorů usnadňujících komunikaci**. Na komunikaci lékaře s pacientem mohou mít negativní vliv určité **překážky komunikace**. Tyto překážky mohou vést k **negativním důsledkům komunikace**. Pokud jsou však použity vhodné **strategie komunikace** nebo pokud komunikace není ovlivňována žádnými překážkami, tak komunikace lékaře vede zpravidla k **pozitivním důsledkům komunikace**.

#### **METODA VALIDIZACE DAT**

Pro zvýšení validity získaných dat byla použita **metoda validizace participantem**, při níž byl zapojen vybraný účastník (ID 05), který projevoval hlubší znalosti a porozumění zkoumanému fenoménu, do procesu ověřování a interpretace výsledků.

Tento účastník výzkumu písemnou formou poskytl zpětnou vazbu na to, zda výsledky výzkumu odpovídají jeho vlastní zkušenosti a perspektivě.

V následujícím textu uvedeme celé znění interpretace výsledků participanta ID 05:

- Lékař ID 05: „*Myslím si, že je to vyčerpávající, všechno je srozumitelně shrnuto. Do negativních faktorů ze strany lékaře bych určitě zahrnul i syndrom vyhoření. Dále si myslím, že v případě komunikace s nespokojeným pacientem bych to nenazval slovy "v ideálním případě mít na všechno svědka", ale nějak mírněji - "v případě potřeby" nebo " v případě hrozících právních důsledků mít k dispozici svědka."*

V následujícím textu výslednou teorii detailněji popíšeme a zohledníme zpětnou vazbu respondenta ID 05.

## SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ SELEKTIVNÍHO KÓDOVÁNÍ

Efektivní komunikace lékaře s pacientem *vzniká*, podle názorů zúčastněných lékařů, na základě přítomnosti dobrých komunikačních dovedností lékaře, mezi ně patří především dovednost naslouchání pacientovi, dovednosti poskytování informací a dovednosti vedení rozhovoru.

**Naslouchání pacientovi** spočívá v empatickém přijímání informací spojeném s akceptací pacienta a projevováním zájmu. Podstata **poskytování informací pacientovi** je založena na přesném, pravdivém a srozumitelném informování pacienta s ohledem na jeho individualitu. **Dovednost vedení rozhovoru** se zakládá na dovednosti **navazovat konverzaci**, dovednost **získávat podstatné informace** a dovednost rozhovor **ukončit** či vhodně **usměrnit**.

Předpoklady dobrých komunikačních dovedností lékaře tvoří **pozitivní osobnostní vlastnosti lékaře** (slušnost, pokora, trpělivost, pečlivost, všímavost), **pozitivní emoce lékaře** (radost, zvědavost, důvěra a empatie). Dalšími předpoklady dobrých komunikačních dovedností lékaře jsou jeho **dobré odborné znalosti, dovednosti a zkušenosti**.

Komunikace lékaře je *usnadňována* v podmínkách **dobrého vztahu** mezi lékařem a pacientem. Dále komunikaci lékaře usnadňuje vhodné chování pacienta, které je charakterizováno slušným chováním spojeným s respektováním lékařových doporučení. Předpoklady vhodné komunikace pacienta jsou **pozitivní osobnostní vlastnosti pacienta** (slušnost, upřímnost a pečlivost), **pozitivní emoce pacienta** (radost, vděčnost a důvěra) a **dobrá kognitivní úroveň pacienta**.

Na lékařovu komunikaci mohou působit určité faktory, které ji *nepřímým způsobem usnadňují*. Mezi tyto faktory usnadňující komunikaci patří – **vyhovující pracovní podmínky lékařů** (adekvátní množství času na pacienta, vhodné prostředí s ohledem na soukromí pacienta), dále **přátelské pracovní vztahy lékaře, dostatečné vzdělávání v lékařské profesi**. Dlouhodobý a symetrický vztah mezi lékařem a pacientem je dáván do souvislosti s pozitivní polaritou vztahu.

Efektivní komunikaci *mohou negativně ovlivňovat* určité překážky, které mohou být na straně pacienta, na straně lékaře, na straně vztahu mezi lékařem a pacientem nebo na straně zevních faktorů.

Překážky komunikace, které mohou být na straně lékaře, jsou **negativní osobnostní vlastnosti lékaře** (ledabylost a ješitnost), **negativní emoce lékaře** (hněv, nedůvěra), **špatné odborné znalosti, nedostatečné odborné dovednosti, krátké zkušenosti lékaře** nebo **syndrom vyhoření**.

Mezi překážky komunikace, které mohou být na straně pacienta, patří **negativní osobnostní vlastnosti pacienta** (netrpělivost, nedůslednost, neslušnost a neotevřenost), **negativní emoce** (úzkost, smutek, hněv a nedůvěra) a **špatná kognitivní úroveň**.

Krátkodobý a asymetrický vztah mezi lékařem a pacientem může negativně působit na polaritu vztahu.

Mezi zevní faktory komunikace, které *mohou nepřímo negativně ovlivňovat* komunikaci lékaře s pacientem, patří **nevyhovující pracovní podmínky lékařské profese** (velké množství pracovních požadavků, nedostatek času na pacienty, nevyhovující pracovní prostředí a nevyhovující pracovní provoz), **nepřátelské pracovní vztahy lékaře, nedostatečné vzdělávání v lékařském oboru, sociální média, intoxikace pacientů návykovými látkami a jazyková bariéra** – řečové poruchy a cizí mluva pacientů.

S cílem odstranění nevyhovujících překážek komunikace lékaře mohou být použity určité strategie komunikace vedoucí ke zvýšení efektu komunikace lékaře.

Podstatou použitých strategií je zvýšení komunikačních dovedností lékaře, eliminace nevhodného chování pacienta, vytvoření dobrého vztahu mezi lékařem a pacientem a vhodných zevních podmínek ke komunikaci.

Vhodnou strategií vedoucí ke zvýšení komunikačních dovedností lékaře je pravidelné **vzdělávání lékařů v oblasti komunikace** již pregraduálně na lékařských fakultách a také postgraduálně v rámci celoživotního vzdělávání lékařů. K navození pozitivního emočního naladění či k odventilování negativních emocí mohou využít lékaři strategie prostřednictvím **humoru, spirituality, vhodných volnočasových aktivit a sociální podpory lékaře**

pozitivními osobními a profesními vztahy. K prevenci emočního vyčerpání lékaře je popisována strategie – **emoční odstup lékaře** od pacienta.

V rámci eliminace nevhodného chování pacienta mohou být použity strategie jednání lékaře s ohledem na charakter chování pacienta. Patří mezi ně strategie komunikace lékaře s nespokojeným, negativistickým nebo nespolupracujícím pacientem.

V rámci strategie komunikace lékaře s nespokojeným pacientem je uváděn následující postup – **pojmenovat problém, objasnit příčinu, popsat pocity, potlačit explicitní projev negativních emocí**, v případě potřeby **umět se omluvit**, vše důkladně **zaznamenat** do lékařské dokumentace a v případě hrozících právních důsledků mít k dispozici **svědka**.

Strategie komunikace lékaře s negativistickým pacientem je založena na attributech – **naladění se na pacienta, aktivním nasloucháním, emoční podpoře** a případně dát pacientovi vhodné doporučení vedoucí k eliminaci negativních emocí.

Strategie komunikace lékaře s nespolupracujícím pacientem spočívá v **důkladném informování pacienta** o diagnóze a důležitosti spolupráce a možných důsledcích nespolupráce. Podstatné je nenutit pacienta ke změně, ale **delegovat na něj zodpovědnost** za své zdraví.

Strategie komunikace lékaře zaměřená na eliminaci špatného vztahu mezi lékařem a pacientem je uskutečňována prostřednictvím navrnutí využití **možnosti volby lékaře** pacientem. Nebo v případě nevhodného vztahu lékaře s některými typy pacientů, kteří se vyskytují v rámci konkrétního lékařského oboru, je jedním z možných řešení, vhodný **výběr** či **změna lékařského oboru**.

Strategie zaměřené na vytvoření vhodných zevních podmínek ke komunikaci jsou určitá jednání lékaře vedoucí k **odstranění rušivých elementů, technické organizaci prostředí** a **vhodnému časovému rozvržení**.

Důsledek komunikace lékaře s pacientem závisí na přítomnosti zmiňovaných překážek komunikace, využití jednotlivých strategií lékaře a na účinnosti použitých strategií. V případě nepřítomnosti komunikačních překážek či účinným použitím vhodných strategií lékaře je důsledkem komunikace lékaře zpravidla **spokojenost** a **spolupráce pacienta, úspěšné stanovení diagnózy** a **úspěšnost terapie** pacienta.

Nevyužití nebo selhání vhodných strategií vede k negativním důsledkům komunikace lékaře, jimiž jsou **nespokojenost pacienta, nespolupráce pacienta, nespokojenost lékaře, nepřesné stanovení diagnózy, neúspěšnost terapie** a v krajních případech **právní spory**.

## 8 DISKUZE

Výzkumná část práce zaměřuje pozornost na vybrané aspekty komunikace mezi lékařem a pacientem. Před stanovením závěrů výzkumu je nutné se zamyslet nad některými stěžejními body, které realizaci či samotné výsledky výzkumu mohly ovlivnit. Dále se zaměříme na srovnání výsledků se zdroji, pozornost bude věnována také přínosům práce a doporučením pro další směřování výzkumu.

### 8.1 Silné a slabé stránky výzkumu

V teoretické části práce jsme se věnovali tématu komunikace mezi lékařem a pacientem s ohledem na současné vědecké poznání. Téma našeho výběru je velmi široké a komplexní a není možné jej v rámci diplomové práce pokrýt v celé šíři. Z tohoto důvodu jsme vybrali jen některé oblasti, které jsme považovali za důležité s ohledem na zaměření výzkumné části. I přes snahu zúžit úhel pohledu na zvolené téma, se neustále objevovaly další a další poznatky, které bylo nutné zmínit. Z těchto důvodů teoretická část práce je obsáhlejší. Je vhodné uvést některé limity, které s sebou nesou zahraniční výzkumy věnující se komunikaci uvedené v teoretické části. Jelikož je potřeba zvážit aplikovatelnost těchto výzkumů do našeho kulturního prostředí.

#### VÝZKUMNÝ SOUBOR

V empirické části práce, s ohledem na zaměření a cíle výzkumu byl dle mého názoru kvalitativní metodologický přístup vhodný, jelikož umožňuje zkoumanou oblast zmapovat v širším kontextu a prozkoumat ve vzájemných souvislostech.

Výzkumný soubor tvořilo 9 lékařů, z toho 6 žen a 3 muži. Tento neúmyslný nepoměr v zastoupení jednotlivých pohlaví ve výzkumném souboru koresponduje s faktem, který udává poměr počtu lékařek k počtu lékařů v roce 2023 taktéž 3:2, jak je uvedeno na webu Česko v datech (2024).

Vzhledem k malému rozsahu výzkumného souboru jsou výsledky studie cenné a relevantní, ale nelze je generalizovat a zobecňovat na celou populaci lékařů.

Hlavní kritérium pro výběr výzkumného souboru, splnění odborné a specializované způsobilosti, byl zvolen z důvodu zajištění alespoň pětileté respondentovy zkušenosti v oblasti komunikace s pacientem.



Jistým limitem výzkumu by se mohl zdát počet lékařů zařazených do výzkumu. Ačkoliv původní plánovaný počet participantů byl vyšší, dva lékaři se z časových důvodů omluvili. Při analýze dat se postupně začaly objevovat určité společné znaky a opakující se vzorce v tématu, z důvodu předpokládané saturace dat, se další navyšování počtu probandů nerealizovalo.

Výsledky výzkumu mohly být ovlivněny i nevyváženým zastoupením lékařů chirurgického a interního oboru ve výzkumném souboru v neprospěch chirurgického oboru.

Finální výzkumný vzorek byl složen z lékařů v rámci jednoho okresu Jihomoravského kraje, nelze tedy vyloučit i zkreslení v rámci kulturního prostředí.

## **POUŽITÉ METODY**

Jsem si vědoma určitých omezení souvisejících s **metodou výběru** účastníků do výzkumu. Způsob výběru účastníků byl nenáhodný. Lékaři se výzkumu zúčastnili na základě mého oslovení. Jelikož mou profesí je lékařské povolání, měla jsem výběr respondentů usnadněn z důvodu dostupnosti populace, ze které byli respondenti vybíráni. Z tohoto aspektu byla moje role v pozici výzkumníka jednodušší, neboť zúčastnění lékaři mě vnímali jako svého kolegu. Dle mého názoru i tento fakt přispěl k větší otevřenosti a ochotě odpovídat na dotazy.

Určitým limitem výzkumu může být i fakt, že se všemi zúčastněnými lékaři jsem se někdy v minulosti profesně setkala, a tudíž jsem měla již vytvořenou představu jejich komunikace s pacientem, která podle mého názoru byla adekvátní. Z tohoto důvodu jsem oslovila ještě další dva respondenty, kteří však z časových důvodů rozhovor nerealizovali.

**Metodou sběru dat** byly polostrukturované rozhovory, při nichž zúčastnění lékaři poskytlí mnoho zajímavých výpovědí, které bych jiným způsobem obtížně získávala. Zvolená metoda sběru dat mi umožnila hlouběji proniknout do tématu komunikace a následně se doptávat na další zajímavosti, které se vynořovaly v průběhu rozhovoru.

Za konkrétní problém je možné považovat nekonstantní podmínky rozhovoru pro všechny respondenty. Jelikož rozhovor s pěti lékaři probíhal přímo v jejich ordinacích v nerušeném prostředí, s ostatními čtyřmi respondenty byl rozhovor uskutečněn v prostředí kavárny. Tento fakt nekonstantnosti podmínek mohl mít vliv na charakter výpovědí zúčastněných jedinců.

Metoda zakotvené teorie byla, podle mého názoru, vhodně zvolená **metoda analýzy dat**. Pomocí kódování dat jsem byla schopná z velkého množství údajů vybrat ty nejdůležitější a popsat jejich vzájemné vztahy. Při analýze dat v rámci prvních čtyř

rozhovorů jsem si uvědomila, na jaká témata by bylo dobré se více zaměřit, což jsem v dalších rozhovorech realizovala. Pozitivem metody zakotvené teorie je tvorba a zobrazení struktury celistvé teorie. Souhlasím s Řiháčkem et al. (2013), že kvalitativní analýza a následné sestavení výsledkové zprávy jsou velmi časově náročné aktivity. Proto si myslím, že konkrétně zaujetí výzkumníka pro problematiku výzkumu je podmínkou úspěšného dokončení výzkumného plánu.

Pro zvýšení validity výsledků by bylo dobré provést **triangulaci**, která umožňuje vidět výzkumný problém z jiného pohledu. Jak uvádí Dostál a Dominik (2022) existuje několik metod triangulace. Metodu triangulace výzkumníků, tzn. přizvat dalšího výzkumníka, jsem nemohla použít vzhledem k tomu, že se jedná o diplomovou práci. Velmi přínosné by bylo uskutečnit metodologickou triangulaci, při níž bychom získali data vícero technikami, např. pozorování interakce lékaře s pacientem. Tato forma by byla z technických a etických důvodů těžko proveditelná. Připadalo v úvahu provést datovou triangulaci, kdy bychom výzkumný soubor doplnili ještě několika participanty ze skupiny pacientů.

Avšak po důkladném zvážení jsem zvolila **metodu validizace participantem**, při níž jsem zapojila vybraného účastníka výzkumu do procesu ověřování a interpretace výsledků. Vybraný účastník výzkumu ID 05, který projevoval hlubší znalosti a porozumění zkoumanému fenoménu, se písemnou formou vyjádřil k výsledkům studie a poskytl cennou zpětnou vazbu na to, zda výsledky výzkumu odpovídají jeho vlastní zkušenosti a perspektivě, což přispělo k větší věrohodnosti a relevantnosti výzkumných zjištění.

## 8.2 Interpretace a srovnání výsledků s literárními zdroji

V následujícím textu jsou shrnuty výsledky výzkumu v kontextu teoretických poznatků.

Dle výsledků studie je komunikace mezi lékařem a pacientem mezilidskou interakcí založenou na vzájemném vztahu, který ovlivňuje podobu komunikačního projevu. Podle zúčastněných lékařů, právě vztah mezi lékařem a pacientem hraje zásadní roli v komunikaci. Zjištěné výsledky práce se shodují se dosavadními zjištěními Pospíchal & Šporcrová (2020) a Birkhäuer et al. (2017), které uvádějí, že vztah založený na vzájemné důvěře vede k větší otevřenosti a spokojenosti obou zúčastněných. Základem tohoto vztahu je pocit bezpečí pro pacienta, jak uvádí Praško (2010) ve shodě s jedním zúčastněným participantem.

Empiricky je potvrzeno, že pacienti, kteří mají dlouhodobý vztah se svým praktickým lékařem, více lékaři důvěřují než ti, kteří mají s praktickým lékařem vztah kratší dobu (Kao et al., 1998). Toto zjištění je v souladu s výsledky z naší studie.

Raudenská a Javůrková (2011) rozlišují tři modely vztahu mezi lékařem a pacientem – paternalistický model, na pacienta orientovaný model (informovaná volba) a kooperativní model, což popisem odpovídá třem modelům této výzkumné studie. Paternalistický model odpovídá modelu s převahou lékaře, který je charakteristický neosobním autoritativním přístupem lékaře. Lékař se většinou zajímá jen o nemoc, méně o pacienta jako člověka, což koresponduje s tvrzením Janáčkové a Weissa (2008). Jeden z respondentů sděluje, že dominantní postavení lékaře je způsobeno především vzdělanostní převahou lékaře, na což poukazuje i Špaček (2021).

Na pacienta orientovaný model se popisem shoduje s modelem vztah s převahou pacienta, který je připodobňován k samoobsluze, kdy pacient vyhledává lékaře jen jako službu. Třetí model vztahu kooperativní model je ve shodě s našim spolupracujícím modelem vztahu, při němž lékař adekvátně informuje pacienta, zajímá se jeho prožívání a aktivně ho zapojuje do rozhodování v rámci diagnosticko-léčebného procesu, což odpovídá sdělení Janáčkové a Pavláta (2007). Všichni zúčastnění respondenti preferovali partnerský přístup a odmítavě se stavěli ke zbylým dvěma.

Výsledky naší studie došly v závěru ke shodě s autory Ptáčka a Bartůňka (2011), Berana (2010), Bednaříka a Andrášiové (2020), že efektivní komunikace lékaře je závislá na komunikačních dovednostech lékaře. Respondenti uvádějí, že předpokladem dobrých komunikačních dovedností je mimo jiné empatie, která prostřednictvím vcítění se do duševního stavu pacienta vede k lepšímu porozumění pacientovi, což je ve shodě s tvrzením Vymětala (2003).

Jedna zúčastněná lékařka poukazuje na důležitost empatie, ale zároveň uvádí, že soucit je nevhodným aspektem v komunikaci lékaře, neboť může vést k emočnímu vyčerpání lékaře a následně k syndromu vyhoření. Podobně uvádí i Bloom (2016), který preferuje objektivní posuzování bez osobního zaujetí a zachování emocionálního odstupu od pacienta. Toto je v rozporu s tvrzením Jonsena (2000), který píše, že soucit by měl být základem pro medicínskou etiku, aby mohla být medicína vnímaná jako péče zaměřená na pacienta.

Z výsledků naší studie je evidentní, že mezi základní komunikační dovednosti patří, ve shodě s Praškem (2010) a Beranem (2010), aktivní naslouchání pacientovi, při němž je důležité pozorně poslouchat pacienta se zájmem a akceptací. Dvě respondentky upozorňují na rizika plynoucí z přerušování spontánního projevu pacienta, která mohou vést

k tomu, že pacient nesdělí podstatné informace, protože většinou nemá další příležitost se k důležitým tématům vrátit. Na tento fakt upozorňuje i Ptáček a Bartůnek (2011), kteří poukazují na to, že pokud lékař přebere iniciativu rozhovoru a začne brzo klást otázky, pacient tím přijímá pasivní pozici. Zúčastnění lékaři spatřují důležitost aktivního naslouchání jako součást shromažďování informací, ale také jako prostředek psychické podpory pacienta. Tato informace se shoduje s výsledky zahraniční studie Jagosh et al. (2011).

Na důležitost správně vedeného rozhovoru upozorňuje většina dotazovaných lékařů. V tomto smyslu mluví o dovednosti navazovat konverzaci, získávat podstatné informace a dovednosti rozhovor usměrnit a v pravý čas ukončit. Podobně uvádí i Klener (2009), že zvládnutí umění anamnézy dělí lékaře na dobré a špatné.

Podle zúčastněných participantů další významnou komunikační dovedností lékaře je dovednost poskytování informací pacientovi, jehož podstatou je přesné, pravdivé a srozumitelné informování pacienta s ohledem na jeho individualitu. Tato zjištění jsou v souladu se zásadami poskytování informací pacientovi dle Patidar (2012).

Specifickou situací při poskytování informací pacientovi je mnohými zúčastněnými lékaři popisováno sdělování nepříznivé zprávy. Téměř všichni dotazovaní lékaři popisovali ve shodě se studií Fallowfield & Jenkins (2004), že sdělování závažných zpráv pacientovi je pro ně stresující zážitek, který má negativní vliv na jejich prožívání. Tomuto tvrzení odporuje výrok jedné zúčastněné lékařky, která neprožívá sdělování nepříznivé zprávy negativně, neboť to považuje za důležitou činnost, a snaží se k pacientovi přistupovat bez většího citového zaangažování. Tento mechanismus obrany lékaře, utlumení vůči svým i pacientovým emocím, popisuje i Opatrná (2022).

V rámci rozhovorů popisovali někteří ze zúčastněných lékařů určitá pravidla, kterých se drží při sdělování nepříznivých zpráv. V této souvislosti popisovali zúčastnění respondenti, že nepříznivé informace podávají zásadně osobně, pravdivě, citlivě, stručně, s ohledem na dostatečný čas, soukromí a individualitu pacienta. Tato popisovaná pravidla odpovídají zjištěním Vorlíčka et al. (2001), Buckmana (1984), Mechúrové (2021) a Kabelky (2020), kteří popisují i jednotlivé chronologické body při sdělování nepříznivé zprávy. Podobné kroky se daly vystopovat i ve výpovědích zúčastněných lékařů. Jedním z prvních kroků, který udávali zúčastnění lékaři, byla orientace v pohledu pacienta a odhad toho, kolik informací unese. Dalším krokem je sdělení konkrétní nepříznivé zprávy a následně je vhodné dát prostor pro pacientovu emoční reakci. A až po zpracování emocí nastupuje další fáze plánování následujícího postupu. Na potřebu času na vzpamatování poukazuje i Krívohlavý

a Kaczmarczyk (1995). Někteří zúčastnění lékaři považovali za podstatné nebrat pacientům naději, i v případě, že se jedná o nevléčitelné onemocnění. To je ve shodě s Kabelkou (2020).

Bednařík a Andrášiová (2020) popisují situaci, kdy má pacient nějaké potřeby, které jsou závislé na lékaři a lékař si jich nevšímá nebo s nimi nesouhlasí, je podstatou vzniku konfliktu. Také zúčastnění lékaři popisují v této souvislosti agresivní chování pacientů, které je způsobeno nenaplněním jejich konkrétních očekávání a nevyhovění jejich specifickým nereálným požadavkům. Výčet konkrétních strategií jednotlivých lékařů odpovídá teorii řešení konfliktů podle Bednaříka a Andrášiové (2020), kteří uvádějí, že důležitým krokem konstruktivního řešení konfliktu je pojmenovat problém, projevit porozumění, popsat pocity, ale nevyjadřovat negativní pocity navenek.

Honzák (1999) poukazuje na to, že nemocniční prostředí je poměrně stresující prostředí, ve kterém je často nedostatek místa na klidný rozhovor, což má za následek nedostatek soukromí. Tento fakt může být velkou překážkou k vytvoření důvěry mezi lékařem a pacientem a následně limitem k získávání potřebných informací, na což poukazují i výsledky naší studie.

Výsledky této studie se zabývají jednotlivými strategiemi, jejichž cílem je vytvoření vhodných zevních podmínek pro komunikaci. Respondenti považují za výhodné mít adekvátní množství času na pacienta, vhodné prostředí s ohledem na soukromí pacienta. Tento fakt odpovídá tvrzení Mechúrové (2021) a Honzáka (1999).

podle Akthar et al. (2023) existuje pozitivní korelace mezi komunikací lékaře a spokojeností pacienta, která je postavena na důvěře v lékaře. Na tuto skutečnost poukazuje i výsledek našeho výzkumu.

Důvěra pacienta v lékaře, je dle naší studie, ve shodě se studií Stavropoulou (2011), který uvádí, že důvěra je předpokladem dobré spolupráce a dodržování terapeutického postupu pacientem a následně úspěšnosti terapie (Drossman & Ruddy, 2020).

Pro dodržování léčby pacientem má, podle Ptáčka a Bartůňka (2011), zásadní roli také adekvátní podávání informací a zdůvodňování léčby, na což poukazují také tři zúčastněné lékařky.

Ve shodě s poznatky Kousalíkové (2007) a Chrobáka (2003) souhlasí zúčastnění respondenti s tím, že efektivní komunikace lékaře výrazně podporuje nárůst diagnostické přesnosti, neboť zásadní roli zde hraje dobře vedený anamnestický rozhovor.

Negativními důsledky komunikace z důvodu nespokojenosti pacientů jsou uváděny v krajním případě i právní spory, na což poukazují i právníkové odhady Lussier & Richard

(2005), které uvádějí, že 70 % až 80 % lékařských právních sporů se týká nespokojenosti, která pramení z nedostatečné a špatné komunikace lékaře

Z uvedených zdrojů i z výsledků naší studie vyplývá stěžejní význam efektivní komunikace lékaře s ohledem na pozitivní důsledky komunikace. Zúčastnění lékaři popisovali nedostatečné podmínky v rámci vzdělávání v průběhu jejich studia na medicíně. Vzhledem k tomu, že průměrná délka praxe respondentů je 23 let, výuka komunikace dnešních studentů medicíny může být na lepší úrovni. S potěšením však mohu konstatovat, že v posledních letech je k dispozici stále více kurzů na téma efektivní komunikace v rámci celoživotního vzdělávání lékařů. Bohužel však z vlastní zkušenosti mohu také potvrdit, že těchto kurzů se z drtivé většiny zúčastní pouze lékaři starší věkové kategorie či přímo lékaři důchodového věku. Proto je otázkou, zda jsou zájemci těchto kurzů právě ti lékaři, kteří edukaci v oblasti komunikace s pacientem potřebují?

### 8.3 Přínos studie a další výhled

Myslím si, že realizací výzkumné studie byly naplněny cíle výzkumu a tím byl umožněn komplexní pohled na komunikaci mezi lékařem a pacientem. Výzkum ukázal možné překážky komunikace s pacienty, ale popsal i jednotlivé komunikační dovednosti a některé faktory a strategie, které komunikaci mohou usnadňovat.

Pro mě osobně byla diplomová práce velkým přínosem především proto, že jsem měla možnost odkrýt některá zákoutí komunikace mezi lékařem a pacientem, která mi byla dříve neznámá. V průběhu zpracovávání této práce jsem si uvědomila, že komunikovat s pacientem neznamena jen mluvit, ale důležité je jakým způsobem a kdy a kde informaci sdělit, mluvit srozumitelně a jasně, brát v potaz pacientovy pocity a zkontrolovat, zda informaci pochopil správně.

Na základě shrnutí výzkumných zjištění této práce lze sestavit konkrétní doporučení pro efektivní komunikaci lékaře, které možno využít v praxi.

Předkládaná výzkumná práce je určitou sondou do problematiky komunikace mezi lékařem a pacientem a poukazuje na určitá zajímavá témata, která by mohla být předmětem **budoucích výzkumů**. Podle mého názoru by bylo zajímavé a vhodné se zaměřit na strategie lékařů, které používají k motivaci pacientů ke spolupráci. Případně se blíže zaměřit na strategie, které používají lékaři s jednotlivými typy problémových pacientů. V rámci dalšího výzkumu by bylo dobré zmapovat komunikaci mezi lékařem a pacientem

z pacientova úhlu pohledu, aby bylo možno utvořit ucelený obraz a porovnat jejich vzájemná očekávání.

## 9 ZÁVĚR

Cílem empirické části bylo popsat aspekty, které jsou podle zkoumaných lékařů klíčové v komunikaci mezi lékařem a pacientem. Za tímto účelem byly formulovány tři výzkumné otázky. V následujícím textu uvedeme jejich závěry.

Vzhledem k cílům výzkumné části byly stanoveny tři výzkumné otázky:

- **Závěr výzkumné otázky č. 1: Jak si lékaři představují správnou komunikaci s pacientem?**

Zúčastnění lékaři si správnou komunikaci lékaře s pacientem představují jako mezilidskou interakci lékaře a pacienta, která se uskutečňuje za následujících předpokladů:

- dobré komunikační dovednosti lékaře (dovednost empatického naslouchání, dovednost správného poskytování informací, dovednost správného vedení rozhovoru);
  - vhodné chování pacienta (slušné chování spojené s respektováním lékařových doporučení);
  - dobrý vztah mezi lékařem a pacientem (pozitivní vzájemný vztah, který je založen na vzájemné důvěře a respektu) a
  - vyhovující okolní podmínky komunikace (adekvátní množství času na rozhovor a vhodné prostředí s ohledem na soukromí lékaře).
- **Závěr výzkumné otázky č. 2: Jakou roli, pro lékaře, hraje v komunikaci vztah mezi lékařem a pacientem?**

Pro zúčastněné lékaře hraje vztah mezi lékařem a pacientem zásadní roli v jejich komunikaci. Dotazovaní lékaři uvádějí jednotlivé charakteristiky a důsledky dobrého vztahu:

- předpokladem dobré komunikace je pozitivní symetrický vztah, při němž jsou do diagnosticko-terapeutického procesu zapojeni oba aktéři vztahu;
- základními atributy dobrého vztahu mezi lékařem a pacientem jsou vzájemný respekt, sympatie a důvěra;
- stěžejní postavení ve vztahu mezi lékařem a pacientem má vzájemná důvěra;



- důvěra lékaře pacientovi vede k větší věrohodnosti přijatých informací od pacienta;
  - důvěra pacienta lékaři vede nejen k větší otevřenosti a sdělení kompletních informací lékaři, ale také k lepšímu respektování lékařových doporučení a
  - důsledkem vzájemné důvěry může být oboustranná spokojenost, přesnější stanovení diagnózy, lepší spolupráce a potažmo lepší efekt terapie.
- **Závěr výzkumné otázky č. 3: Jaké překážky vnímají lékaři v komunikaci s pacientem?**

Zúčastnění lékaři uvádějí následující hlavní překážky, které mají negativní vliv na komunikaci:

- ledabylost, ješitnost, hněv, nedůvěra, špatné odborné znalosti, nedostatečné odborné dovednosti, krátké zkušenosti nebo syndrom vyhoření lékaře;
- netrpělivost, nedůslednost, neslušnost, úzkost, smutek, hněv, nedůvěra a špatná kognitivní úroveň pacienta;
- asymetrický vztah mezi lékařem a pacientem s dominancí jednoho z aktérů vztahu;
- velké množství pracovních požadavků lékaře, nedostatek času na pacienty, nevyhovující prostředí, nepřátelské klima zdravotního zařízení a další.

Cílem této práce bylo mimo jiného zjistit **jaké strategie používají zúčastnění lékaři s komunikačně náročným pacientem**, tedy s nespokojeným, negativistickým nebo nespolupracujícím pacientem. Zúčastnění lékaři uváděli následující postup:

- Při komunikaci s nespokojeným pacientem by lékař měl pojmenovat problém, objasnit příčinu, popsat pocity, potlačit explicitní projev negativních emocí, umět se omluvit, vše zaznamenat do lékařské dokumentace.
- Při komunikaci s negativistickým pacientem by lékař měl umět především aktivně naslouchat, emočně pacienta podpořit a případně dát pacientovi vhodné doporučení vedoucí k eliminaci jeho negativních emocí.
- Při komunikaci s nespolupracujícím pacientem by měl lékař důkladně informovat pacienta a delegovat na něj zodpovědnost za své zdraví.

Získané výsledky jsou cenné, avšak vzhledem k malému rozsahu výzkumného souboru je nelze generalizovat na celou populaci lékařů.

Vyšším cílem bylo na základě výzkumných zjištění formulovat **doporučení pro efektivní komunikaci lékaře s pacientem**, kterou uvádíme v následujícím textu.

## **DESATERO RAD PRO EFEKTIVNÍ KOMUNIKACI LÉKAŘE S PACIENTEM**

**vyplývající z realizovaného výzkumu:**

1. Ke každému pacientovi přistupujte jako k rovnocennému partnerovi s individuálním ohledem na jeho psychosociální kontext.
2. Pozorně a empaticky naslouchejte pacienta a vyhněte se zbytečnému přerušování hovoru.
3. Vnímejte a vhodně reagujte na emoční projevy pacienta. Jeho negativní emoce neberte osobně.
4. Informace sděľujte pacientovi osobně, pokud možno pravdivě, srozumitelně, stručně. A pobízejte ho k dotazům.
5. Nikdy pacientovi neberte naději, ale také mu neslibujte nemožné.
6. Aktivně zapojte pacienta do diagnosticko-léčebného procesu.
7. Věnujte rozhovorům s pacientem adekvátní čas a místo s ohledem na jeho soukromí.
8. V závěru rozhovoru shrňte klíčová fakta a společně sestavený následující plán.
9. Pečujte o svou psychohygienu.
10. Pravidelně se vzdělávejte nejen v odborných znalostech, ale i komunikačních dovednostech.

## 10 SOUHRN

Tématem předkládané magisterské diplomové práce byla komunikace mezi lékařem a pacientem v kontextu faktorů, které ji ovlivňují.

Cílem **teoretické části** práce bylo přinést základní poznatky o komunikaci mezi lékařem a pacientem. Pro tyto účely byla práce rozdělena do třech kapitol.

Lidská komunikace je velmi složitý a mnohvrstevný proces, který je závislý na individuální psychice, inteligenci, vzdělání i na sociálních zkušenostech (Linhartová, 2007). Komunikace mezi lékařem a pacientem probíhá ve dvou rovinách – kognitivní a emoční. Do kognitivní roviny patří verbální obsah sdělení. Emoční rovina dodává konkrétním faktům význam prostřednictvím neverbálních projevů (Beran, 2010).

V lékařské praxi je třeba respektovat základní pravidla bioetiky. Základem etického rozhodování v lékařství jsou etické kodexy, normy a pravidla, které přímo regulují a taxativně řeší etické otázky (Haškovcová, 2015). Podle Zákona č. 372/2011 Sb. je zdravotnický pracovník povinen zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. Avšak existují určité výjimky z povinné mlčenlivosti zdravotníků. Podle Prudila (2017) má pacient právo na úctu, ohleduplnost, důstojné zacházení a respektování soukromí.

V lékařské praxi se setkáváme s rozhovorem diagnostickým, informačním a terapeutickým (Praško, 2010). Podle Vymětala (2003) je hlavním účelem komunikace lékaře s pacientem: získání informací, poskytnutí informací a navození psychického stavu nebo chování pacienta.

Do komunikace mezi lékařem a pacientem vstupuje celá řada faktorů a proměnných. Tyto faktory mohou být na straně lékaře, pacienta a okolí. Podle Ptáčka a Bartůňka (2011) podstatnou roli v komunikaci mezi lékařem a pacientem hrají, jak na straně lékaře, tak i pacienta: závažnost nemoci, dosavadní zkušenosti, osobnostní zvláštnosti, hodnotový systém, emoční nastavení, sociokulturní zázemí a očekávání.

Důležitým předpokladem dobré komunikace je vztah mezi lékařem a pacientem, který je založen na vzájemné důvěře (Hall et al., 2002; Petrocchi et al., 2019; Birkhäuser et al., 2017). Na základě vzájemné vazby mezi lékařem a pacientem může vzniknout terapeutický vztah, který je významným činitelem léčebného procesu bez ohledu na druh použité léčby (Praško, 2010). Podle Pospíchala a Šporcové (2020) tento terapeutický vztah spočívá

v přijetí pacienta, lékařově schopnosti naslouchání a porozumění, vyjadřování vřelosti, upřímnosti a otevřenosti.

Specifickým tématem v kontextu lékařské komunikace je sdělování nepříznivých zpráv pacientovi. Podle Pospíchala a Šporcové (2020) je sdělování nepříznivých zpráv nevyhnutelnou součástí některých oborů lékařské profese. Průzkumy Fallowfield et al. (1995) ukazují, že většina lidí si přeje být informována jak o diagnóze, tak o možnostech léčby a prognóze. Vorlíček et al. (2001) poukazují na to, že citlivě a pravdivě podaná informace o diagnóze a prognóze vede k lepšímu vyrovnání se s nemocí ze strany pacienta, k posílení autonomie a důvěry v lékaře, ale také povzbuzení realistických očekávání. Podle Byocka (1996) otevřená komunikace vytváří předpoklad k tomu, aby mohla být vážná nemoc prožívána jako příležitost k osobnímu zrání.

Podle Ptáček, Bartůňka (2011) a Drossman et al. (2021) efektivní komunikace v medicíně pozitivně ovlivňuje jak spolupráci a spokojenost pacienta, tak i přesnost stanovení diagnózy a úspěšnost léčby. Z čehož vyplývá jednoznačný význam komunikace mezi lékařem a pacientem, který nese aspekty nejen medicínské a psychologické, ale i ekonomické.

Cílem **empirické části** práce bylo popsat některé aspekty, které jsou podle zkoumaných lékařů klíčové v komunikaci mezi lékařem a pacientem. Stanovené výzkumné otázky se zaměřují na to, jak si dotazovaní lékaři představují správnou komunikaci s pacientem, jakou roli hraje v tomto kontextu vztah mezi lékařem a pacientem a jaké vnímají překážky v komunikaci s pacientem.

Z povahy cílů výzkumu byl zvolen kvalitativní metodologický přístup. Jednalo se konkrétně o případové studie jednotlivých lékařů. Výběr respondentů proběhl metodou záměrného výběru. Osloveno bylo 11 lékařů a výzkumu se zúčastnilo 9 z nich. K získávání dat byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru.

Data byla zpracována metodou zakotvené teorie prostřednictvím programu Atlas.ti9. Data byla podrobena otevřenému, axiálnímu a selektivnímu kódování. V rámci otevřeného kódování byly vymezeny klíčové kategorie – Lékař, Pacient, Vztah mezi lékařem a pacientem, Lékařská profese, Další faktory komunikace, Strategie komunikace a Důsledky komunikace mezi lékařem a pacientem – jejich vlastnosti a dimenze.

Kategorie a jejich subkategorie byly uvedeny do vzájemných vztahů podle paradigmatu zakotvené teorie (Strauss & Corbinová, 1999): příčinné podmínky (Lékař; Pacient) – jev (Komunikace mezi lékařem a pacientem) – kontext (Vztah mezi lékařem a pacientem) – intervenující podmínky (Lékařská profese, Další faktory komunikace) –

strategie zvládání (Strategie komunikace mezi lékařem a pacientem) – následky (Následky komunikace).

Selektivní kódování odkrylo centrální kategorii, kterou jsme nazvali – Efektivní komunikace lékaře s pacientem, na níž se staví výsledná teorie. Tato teorie předpokládá, že efektivní komunikace lékaře s pacientem vzniká za předpokladu dobrých komunikačních dovedností lékaře, kam patří dovednost naslouchání, poskytování informací a vedení rozhovoru.

Komunikace lékaře je usnadňována v podmínkách dobrého vztahu mezi lékařem a pacientem založeném na vzájemné důvěře, za přítomnosti slušného chování pacienta respektujícího doporučení lékaře anebo může být nepřímo usnadňována působením konkrétních faktorů, např. vyhovující zevní podmínky jako adekvátní množství času a vhodné prostředí s ohledem na soukromí pacienta a další.

Na komunikaci lékaře s pacientem mohou mít negativní vliv určité překážky komunikace. Ze strany lékaře nebo pacienta mohou negativně ovlivňovat komunikaci jejich negativní osobnostní vlastnosti či emoce. Dalším nepříznivým faktorem může být asymetrický vztah s převahou lékaře nebo pacienta. A v neposlední řadě mohou mít negativní vliv okolní faktory. Tyto překážky mohou vést k negativním důsledkům komunikace. Pokud jsou však použity vhodné strategie komunikace nebo pokud komunikace není ovlivňována žádnými překážkami, tak komunikace lékaře vede zpravidla k pozitivním důsledkům komunikace jako je spokojenost a spolupráce pacienta, přesné stanovení diagnózy a úspěšnost terapie.

Výzkumná zjištění mohou směřovat k praktickému využití, neboť na základě shrnutí výsledků studie došlo ke stanovení doporučení pro efektivní komunikaci lékaře s pacientem.

Cíl budoucích výzkumů by bylo vhodné zaměřit na téma motivace pacientů ke spolupráci v diagnosticko-terapeutickém procesu. Případně se blíže zaměřit na strategie, které používají lékaři při komunikaci s jednotlivými typy problémových pacientů. V rámci dalšího výzkumu by bylo dobré zmapovat komunikaci mezi lékařem a pacientem z pacientova úhlu pohledu.

# LITERATURA

- Ahrens, T., Yancey, V., & Kollef, M. (2003). Improving Family Communications at the End of Life: Implications for Length of Stay in the Intensive Care Unit and Resource Use. *American Journal of Critical Care*, 12(4), 317-324. <https://doi.org/10.4037/ajcc2003.12.4.317>
- Akthar, N., Nayak, S., & Pai P, Y. (2023). Determinants of patient satisfaction in Asia: Evidence from systematic review of literature. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 23, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2023.101393>
- Aruguete, M., & Roberts, C. (2000). Gender, Affiliation, and Control in Physician–Patient Encounters. *Sex Roles*, 42(12), 107-118. <https://doi.org/10.1023/A:1007036412480>
- Asadi-Lari, M., Packham, C., & Gray, D. (2003). Need for redefining needs. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(1), 1-5. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-34>
- Back, A., Arnold, R., & Tulsky, J. (2009). *Mastering Communication with Seriously Ill Patients*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511576454>
- Bártlová, S. (2005). *Sociologie medicíny a zdravotnictví* (6. vydání). Grada.
- Bartůněk, P., Ptáček, R. (ed.). (2023). *Soucit v medicíně* (1. vydání). Grada.
- Beauchamp, T., & Childress, J. (2012). *Principles of Biomedical Ethics* (7.vydání). Oxford University Press.
- Beckman, H., & Frankel, R. (1984). The effect of physician behavior on the collection of data. *Annals of Internal Medicine*, 101(5), 692-696. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-101-5-692>
- Bednařík, A., & Andrášiová, M. (2020). *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací* (1. vydání). Grada Publishing.
- Bell, R., Kravitz, R., Thom, D., Krupat, E., & Azari, R. (2002). Unmet expectations for care and the patient-physician relationship. *Journal of General Internal Medicine*, 17(11), 817-824. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2002.10319.x>
- Beran, J. (2010). *Lékařská psychologie v praxi* (1. vydání). Grada.
- Berkey, F., Wiedemer, J., & Vithalani, N. (2018). Delivering bad or life-altering news. *American family physician*, 98(2), 99-104.

- Birkhäuser, J., Gaab, J., Kossowsky, J., Hasler, S., Krummenacher, P., Werner, C., Gerger, H., & Nater, U. (2017). Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis. *PLOS ONE*, *12*(2), 5-7. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170988>
- Bloom, P. (2016). Are empathy and concern psychologically distinct?. *Emotion*, *16*(8), 1107–1116. <https://doi.org/10.1037/emo0000228>
- Borg, J. (2012). *Řeč těla: jak poznat, co kdo doopravdy říká* (1. vydání). Grada.
- Boukalová, H., Cerha, O., Sedláček, M., & Šírová, E. (2023). *Psychologie komunikace* (1. vydání). Grada.
- Buckman, R. (1984). Breaking bad news: why is it still so difficult?. *BMJ*, *288*(6430), 1597-1599. <https://doi.org/10.1136/bmj.288.6430.1597>
- Byock, I. (1996). The Nature of Suffering and the Nature of Opportunity at the End of Life. *Clinics in Geriatric Medicine*, *12*(2), 237-252. [https://doi.org/10.1016/S0749-0690\(18\)30224-6](https://doi.org/10.1016/S0749-0690(18)30224-6)
- Cakirpaloglu, P. (2012). *Úvod do psychologie osobnosti* (1. vydání). Grada.
- Cohen-Cole, S. (1991). *The Medial Interview* (1. vydání). Mosby-Year Book.
- Collier, R. (2017). Electronic health records contributing to physician burnout. *Canadian Medical Association Journal*, *189*(45), E1405-E1406. <https://doi.org/10.1503/cmaj.109-5522>
- Čakrt, M. (2017). *Typologie osobnosti v medicíně: lékaři, sestry, pacienti* (1. vydání). Management Press.
- Česko v datech. (2024). *Ženy ve zdravotnictví*. Získáno 14. března 2024 z <https://ceskovdatech.cz/clanek/178-zeny-ve-zdravotnictvi/>
- Český statistický úřad. (2023). *Výsledky zdravotnických účtů ČR v letech 2010-2021*. Získáno 12. února 2024 z <https://www.czso.cz/documents/10180/221394546/26000523.pdf>
- Deladisma, A., Cohen, M., Stevens, A., Wagner, P., Lok, B., Bernard, T., Oxendine, C., Schumacher, L., Johnsen, K., Dickerson, R., Raij, A., Wells, R., Duerson, M., Harper, J., & Lind, D. (2007). Do medical students respond empathetically to a virtual patient?. *The American Journal of Surgery*, *193*(6), 756-760. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2007.01.021>

- DeVito, J. (2008). *Základy mezilidské komunikace* (6. vydání). Grada.
- Downing, N., Bates, D., & Longhurst, C. (2018). Physician Burnout in the Electronic Health Record Era: Are We Ignoring the Real Cause?. *Annals of Internal Medicine*, *169*(1), 50-51. <https://doi.org/10.7326/M18-0139>
- Drossman, D., Chang, L., Deutsch, J., Ford, A., Halpert, A., Kroenke, K., Nurko, S., Ruddy, J., Snyder, J., & Sperber, A. (2021). A Review of the Evidence and Recommendations on Communication Skills and the Patient–Provider Relationship: A Rome Foundation Working Team Report. *Gastroenterology*, *161*(5), 1670-1688.e7. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2021.07.037>
- Drossman, D., & Ruddy, J. (2020). Improving Patient-Provider Relationships to Improve Health Care. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, *18*(7), 1417-1426. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2019.12.007>
- Dryden, W. (2008). *Poradenství* (1. vydání). Portál.
- Elmore, N., Burt, J., Abel, G., Maratos, F., Montague, J., Campbell, J., & Roland, M. (2016). Investigating the relationship between consultation length and patient experience: a cross-sectional study in primary care. *British Journal of General Practice*, *66*(653), e896-e903. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X687733>
- Fairchild, A. (2021). The role of compassion in ethical frameworks and medical practice. *Clinical Ethics*, *16*(4), 302-306. <https://doi.org/10.1177/1477750920983572>
- Fallowfield, L., Ford, S., & Lewis, S. (1995). No news is not good news: Information preferences of patients with cancer. *Psycho-Oncology*, *4*(3), 197-202. <https://doi.org/10.1002/pon.2960040305>
- Fallowfield, L., & Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *The Lancet*, *363*(9405), 312-319. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)15392-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)15392-5)
- Fritzsche, K., Schweickhardt, A., Monsalve, S. D., Zanjani, H. A., Goli, F., & Dobos, C. M. (2020). Doctor-patient communication. *Psychosomatic Medicine: An International Guide for the Primary Care Setting*, 45-69. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-27080-3\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-030-27080-3_5)



- Gittel, J., Fairfield, K., Bierbaum, B., Head, W., Jackson, R., Kelly, M., Laskin, R., Lipson, S., Siliski, J., Thornhill, T., & Zuckerman, J. (2000). Impact of Relational Coordination on Quality of Care, Postoperative Pain and Functioning, and Length of Stay: A Nine-Hospital Study of Surgical Patients. *Medical Care*, 38(8), 807–819. Získáno 20. prosince 2023 z <http://www.jstor.org/stable/3766961>
- De Geest, S., & Sabaté, E. (2016). Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2(4), 323-323. [https://doi.org/10.1016/S1474-5151\(03\)00091-4](https://doi.org/10.1016/S1474-5151(03)00091-4)
- Gottschalk, A., & Flocke, S. (2005). Time Spent in Face-to-Face Patient Care and Work Outside the Examination Room. *The Annals of Family Medicine*, 3(6), 488-493. <https://doi.org/10.1370/afm.404>
- Griffith, C., Wilson, J., Langer, S., & Haist, S. (2003). House staff nonverbal communication skills and standardized patient satisfaction. *Journal of General Internal Medicine*, 18(3), 170-174. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.10506.x>
- Hall, M., Zheng, B., Dugan, E., Camacho, F., Kidd, K., Mishra, A., & Balkrishnan, R. (2002). Measuring Patients' Trust in their Primary Care Providers. *Medical Care Research and Review*, 59(3), 293-318. <https://doi.org/10.1177/1077558702059003004>
- Hall, S., Goddard, C., Opio, D., Speck, P., Martin, P., & Higginson, I. (2011). A novel approach to enhancing hope in patients with advanced cancer: a randomised phase II trial of dignity therapy. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 1(3), 315-321. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2011-000054>
- Haškovcová, H. (2007). *Informovaný souhlas: proč a jak?* (1. vydání). Galén.
- Haškovcová, H. (2015). *Lékařská etika* (4. aktualizované a rozšířené vydání). Galén.
- Hillen, M., de Haes, H., van Tienhoven, G., Bijker, N., van Laarhoven, H., Vermeulen, D., & Smets, E. (2015). All eyes on the patient: the influence of oncologists' nonverbal communication on breast cancer patients' trust. *Breast Cancer Research and Treatment*, 153(1), 161-171. <https://doi.org/10.1007/s10549-015-3486-0>
- Hojat, M. (2007). *Empathy in Patient Care: Antecedents, Development, Measurement, and Outcomes*. Springer.
- Honzák, R. (1999). *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem* (2. doplněné vydání). Galén.

- Honzák, R. (2017). *Psychosomatická prvouka* (1. vydání). Vyšehrad.
- Honzák, R., & Červenková, R. (2018). *Všichni žijem v blázinci: současnost očima psychiatra* (2. vydání druhé, ilustroval Miroslav Barták). Vyšehrad.
- Chrobák, L. (2003). *Propedeutika vnitřního lékařství* (1. vydání). Grada Publishing.
- Imran, A., Doltani, D., Saunders, J., & Harmon, D. (2019). Duration of opening statement of patients attending a chronic pain clinic consultation. *Irish Journal of Medical Science (1971 -)*, *188*(1), 273-275. <https://doi.org/10.1007/s11845-018-1834-x>
- Jagosh, J., Donald Boudreau, J., Steinert, Y., MacDonald, M., & 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. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.01.028>
- Janáčková, L., & Pavlát, J. (2007). *Psychologické aspekty zdravotnické komunikace* (1. vydání). Masarykova univerzita.
- Janáčková, L., & Weiss, P. (2008). *Komunikace ve zdravotnické péči* (1. vydání). Portál.
- Janoušek, J. (2007). *Verbální komunikace a lidská psychika* (1. vydání). Grada.
- Janoušek, J. (2015). *Psychologické základy verbální komunikace: projevy psychických funkcí ve verbální komunikaci, významová dynamika a struktura komunikačního aktu, komunikace písemná, ženská, mužská, virtuální, vnitřní kooperace a vnitřní řeč ve verbální komunikaci* (1. vydání). Grada.
- Jin, J., Sklar, G., Oh, V., & Li, S. (2008). Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, *4*(1), 269-286. <https://doi.org/10.2147/TCRM.S1458>
- Jochmannová, L., & Kimplová, T. (eds.). (2021). *Psychologie zdraví: biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty* (1. vydání). Grada.
- Jonsen, A. (2000). *A short history of medical ethics*. Oxford University Press.
- Kabelka, L. (2020). *Nemocné rozhovory: komunikace a narativní terapie s nevléčitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými*. Grada Publishing.
- Kao, A., Green, D., Davis, N., Koplan, J., & Cleary, P. (1998). Patients' trust in their physicians. *Journal of General Internal Medicine*, *13*(10), 681-686. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1998.00204.x>

- Kilroy, E., & Aziz-Zadeh, L. (2017). Neuroimaging Research on Empathy and Shared Neural Networks. In M. Kondo (ed.), M. Kondo, *Empathy - An Evidence-based Interdisciplinary Perspective* (pp. 25-41). InTech. <https://doi.org/10.5772/intechopen.70134>
- Kindelan, K., & Kent, G. (1987). Concordance between patients' information preferences and general practitioners' perceptions. *Psychology & Health, 1*(4), 399-409. <https://doi.org/10.1080/08870448708400339>
- Klener, P. (2009). *Propedeutika ve vnitřním lékařství* (3., přeprac. vyd). Galén.
- KMVS, advokátní kancelář, s. r. o. (2023). *Jak má vypadat souhlas pacienta?*. EUNI neuro special. Získáno 7. listopadu 2023 z <https://neuro.euni.cz/clanek/8289-jak-ma-vypadat-souhlas-pacienta?bid=3&search=1>
- Kousalíková, M. (2007). Čeští zdravotníci se učí komunikovat. In *Medical Tribune*. Získáno 14. listopadu 2023 z <https://www.tribune.cz/archiv/cesti-zdravotnici-se-uci-komunikovat/>
- Křečková Tůmová, N. (2003). *Vztah lékaře a pacienta v primární zdravotní péči*. Institut zdravotní politiky a ekonomiky.
- Křivohlavý, J. (1985). *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených: jak zlepšovat psychický stav nemocných* (1. vyd). Avicenum.
- Křivohlavý, J. (1995). *Rozhovor lékaře s pacientem* (2. přeprac. vyd). Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Grada.
- Křivohlavý, J., & Kaczmarczyk, S. (1995). *Poslední úsek cesty* (1. vydání). Návrat domů.
- Kübler-Ross, E. (1992). *Hovory s umírajícími* (1. vyd, přeložil Bohumil Dvořáček, ilustrovala Eva Burešová). Signum unitatis.
- Kurtz, S., Silverman, J., Draper, J., & Silverman, J. (1998). *Teaching and learning communication skills in medicine* (1.). Radcliffe Medical Press.
- Langewitz, W., Denz, M., Keller, A., Kiss, A., Rütimann, S., & Wössmer, B. (2002). Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. *BMJ, 325*(7366), 682-683. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7366.682>

- Lawson, V., Lyne, P., Harvey, J., & Bundy, C. (2005). Understanding Why People with Type 1 Diabetes Do Not Attend for Specialist Advice: A Qualitative Analysis of the Views of People with Insulin-dependent Diabetes Who Do Not Attend Diabetes Clinic. *Journal of Health Psychology, 10*(3), 409-423. <https://doi.org/10.1177/1359105305051426>
- Levinson, W., Roter, D., & Mullooly, J. (1997). Physician-Patient Communications subtitle The Relationship With Malpractice Claims Among Primary Care Physicians and Surgeons/subtitle. *JAMA: The Journal of the American Medical Association, 277*(7), 553-559. <https://doi.org/10.1001/jama.1997.03540310051034>
- Linhartová, V. (2007). *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál* (1. vydání). Grada.
- Lussier, M., & Richard, C. (2005). Complaints and legal actions: role of doctor-patient communication. *Canadian family physician, 51*(1), 37. Získáno 12. listopadu 2023 z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1479583/>
- MAD Office Hero. (2021). *How to be "calm" and resolve conflict*. Získáno 20. listopadu 2023 z <https://www.madofficehero.com/conflict-strategies/calm/>
- Marvel, M., Epstein, R., Flowers, K., & Beckman, H. (1999). Soliciting the Patient's Agenda. *JAMA, 281*(3), 283-287. <https://doi.org/10.1001/jama.281.3.283>
- Maslow, A. (2014). *O psychologii bytí* (1. vyd, přeložil Hana ANTONÍNOVÁ). Portál.
- McNally, P., Charlton, R., Ratnapalan, M., & Dambha-Miller, H. (2019). Empathy, transference and compassion. *Journal of the Royal Society of Medicine, 112*(10), 420-423. <https://doi.org/10.1177/0141076819875112>
- Mechúrová, B. (2021). Sdělování závažných zpráv: jedna z nejnáročnějších situací v medicínské praxi. *Svět praktické medicíny, 2*(1), 65-68. Získáno 21. listopadu 2023 z <https://www.prolekare.cz/casopisy/svet-prakticke-mediciny/2021-1-4/sdelovani-zavaznych-zprav-jedna-z-nejnarocnejsich-situaci-v-medicinske-praxi-126165>
- Meredith, C., Symonds, P., Webster, L., Lamont, D., Pyper, E., Gillis, C., & Fallowfield, L. (1996). Information needs of cancer patients in west Scotland: cross sectional survey of patients' views. *BMJ, 313*(7059), 724-726. <https://doi.org/10.1136/bmj.313.7059.724>

- Millar, C., Reid, J., & Porter, S. (2013). Refractory cachexia and truth-telling about terminal prognosis: a qualitative study. *European Journal of Cancer Care*, 22(3), 326-333. <https://doi.org/10.1111/ecc.12032>
- Ministerstvo práce a sociálních věcí. (2017a). *Lékař se specializovanou způsobilostí*. Národní soustava povolání. Získáno 27. ledna 2024 z <https://nsp.cz/jednotka-prace/lekar-se-specializovanou->
- Ministerstvo práce a sociálních věcí. (2017b). *Příloha č. 9: Měkké kompetence - popis obsahu a úrovně*. Národní soustava povolání. Získáno 27. ledna 2024 z [https://nsp.cz/downloads/Priloha\\_c9\\_manualu.pdf](https://nsp.cz/downloads/Priloha_c9_manualu.pdf)
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu* (1. vydání). Grada.
- Moore, P., Sickel, A., Malat, J., Williams, D., Jackson, J., & Adler, N. (2004). Psychosocial Factors in Medical and Psychological Treatment Avoidance: The Role of the Doctor–Patient Relationship. *Journal of Health Psychology*, 9(3), 421-433. <https://doi.org/10.1177/1359105304042351>
- Munzarová, M. (2000). *Vybrané kapitoly z lékařské etiky (3, Kodexy lékařské etiky a jiná etická doporučení)* (1. vydání). Masarykova univerzita.
- Munzarová, M. (2005). *Zdravotnická etika od A do Z*. Grada.
- Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M., Wirtz, M., Woopen, C., Haramati, A., & Scheffer, C. (2011). Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents. *Academic Medicine*, 86(8), 996-1009. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318221e615>
- Next Turn Consulting. (2023). *CALM in conflict*. Získáno 20. března 2024 z <https://nextturnconsulting.com/2013/04/calm-in-conflict/#:~:text=CALM%20in%20Conflict%201%20CLARIFY%20Clarifying%20with%205,underused%29%20communication%20skills.%20...%204%20MOVE%20FORWARD%20>
- Oates, J., Weston, W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *Fam Pract*, 49(9), 796-804.
- Opatrná, M. (2022). *Etické problémy v onkologii* (3. vydání). Maxdorf Jessenius.

- Patidar, B. (2012). *Communication and Nursing Education* (1.). Pearson Education India.
- Peck, B. (2011). Age-Related Differences in Doctor-Patient Interaction and Patient Satisfaction. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 2011, 1-10. <https://doi.org/10.1155/2011/137492>
- Petrocchi, S., Iannello, P., Lecciso, F., Levante, A., Antonietti, A., & Schulz, P. (2019). Interpersonal trust in doctor-patient relation: Evidence from dyadic analysis and association with quality of dyadic communication. *Social Science & Medicine*, 235(8), 112391-112391. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112391>
- Polikandrioti, M., & Koutelekos, J. (2013). Patients' needs. *Perioperative Nursing-Quarterly scientific, online official journal of GORNA*, 2(2-2013), 73-83. Získáno 14. října 2023 z <https://www.spnj.gr/en/patients-needs-p54.html>
- Pospíchal, M., & Šporcrová, I. (2020). Communicating bad news to cancer patients and demanding communications in practice. *Onkologie*, 14(), 39-42. <https://doi.org/10.36290/xon.2020.055>
- Praško, J. (2010). *Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie* (1. vyd.). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Prinz, J. (2011). Against empathy. *The Southern Journal of Philosophy*, 49(1), 214-233. <https://doi.org/10.1111/j.2041-6962.2011.00069.x>
- Prudil, L. (2017). *Právo pro zdravotnické pracovníky* (2., doplněné a upravené vydání). Wolters Kluwer.
- Ptáček, R., Raboch, J., Domkářová, L., & Bencko, V. (2017). Motivace pacienta k léčbě a preventivním opatřením. *General Practitioner / Praktický Lékař*, 97(1), 17-22. Získáno 14. listopadu 2023 z <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2017-1-15/motivace-pacienta-k-lecbe-a-preventivnim-opatrenim-60391>
- Ptáček, R., & Bartůněk, P. (2011). *Etika a komunikace v medicíně*. Grada.
- Ptáček, R., & Bartůněk, P. (2014). *Etické problémy medicíny na prahu 21. století* (1. vydání). Grada.
- Ptáček, R., & Bartůněk, P. (2015). *Lékař a pacient v moderní medicíně: etické, právní, psychologické a klinické aspekty* (1. vydání). Grada Publishing.

- Rakel, D., Hoeft, T., Barrett, B., Chewing, B., Craig, B., & Niu, M. (2009). Practitioner empathy and the duration of the common cold. *Family medicine*, 41(7), 494.
- Ramos-Vera, C., Saintila, J., Calizaya-Milla, Y., Acosta Enríquez, M., & Serpa Barrientos, A. (2022). Relationship Between Satisfaction With Medical Care, Physical Health, and Emotional Well-Being in Adult Men: Mediating Role of Communication. *Journal of Primary Care & Community Health*, 13, 1-8. <https://doi.org/10.1177/21501319221114850>
- Raudenská, J., & Javůrková, A. (2011). *Lékařská psychologie ve zdravotnictví* (1. vydání). Grada.
- Riess, H. (2011). Biomarkers in the Psychotherapeutic Relationship: The Role of Physiology, Neurobiology, and Biological Correlates of E.M.P.A.T.H.Y. *Harvard Review of Psychiatry*, 19(3), 162-174. <https://doi.org/10.3109/08941939.2011.581915>
- Rogers, C. (1998). *Způsob bytí: klíčová témata humanistické psychologie z pohledu jejího zakladatele* (1. vydání, přeložil Jiří Krejčí). Portál.
- Rosenberg, M. (2016). *Nenásilná komunikace* (4. vydání, přeložila Norma Garciová). Portál.
- Roter, D., & Hall, J. (2004). Physician Gender and Patient-Centered Communication: A Critical Review of Empirical Research. *Annual Review of Public Health*, 25(1), 497-519. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123134>
- Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy* (1. vyd). Masarykova univerzita.
- Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 96/2001 Sb. , Úmluva o lidských právech a biomedicíně. Česká republika.
- Senarath, U., Fernando, D., & Rodrigo, I. (2006). Factors determining client satisfaction with hospital-based perinatal care in Sri Lanka. *Tropical Medicine & International Health*, 11(9), 1442-1451. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2006.01698.x>
- Shaw, J., Brown, R., Heinrich, P., & Dunn, S. (2013). Doctors' experience of stress during simulated bad news consultations. *Patient Education and Counseling*, 93(2), 203-208. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.06.009>

- Sinsky, C., Colligan, L., Li, L., Prgomet, M., Reynolds, S., Goeders, L., Westbrook, J., Tutty, M., & Blike, G. (2016). Allocation of Physician Time in Ambulatory Practice: A Time and Motion Study in 4 Specialties. *Annals of Internal Medicine*, 165(11), 753-760. <https://doi.org/10.7326/M16-0961>
- Starfield, B. (1998). *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. Oxford University Press.
- Stavovský předpis České lékařské komory č. 10: Etický kodex České lékařské komory (1991). Česká republika.
- Stavropoulou, C. (2011). Non-adherence to medication and doctor–patient relationship: Evidence from a European survey. *Patient Education and Counseling*, 83(1), 7-13. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.04.039>
- Stewart, M., Brown, J., Donner, A., McWhinney, I., Oates, J., Weston, W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *The journal of family practice*, 49(9), 796-804. Získáno 4. listopadu 2023 z [https://www.researchgate.net/profile/Wayne-Weston/publication/12292586\\_The\\_Impact\\_of\\_Patient-Centered\\_Care\\_on\\_Outcomes/links/004635260327e8a432000000/The-Impact-of-Patient-Centered-Care-on-Outcomes.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Wayne-Weston/publication/12292586_The_Impact_of_Patient-Centered_Care_on_Outcomes/links/004635260327e8a432000000/The-Impact-of-Patient-Centered-Care-on-Outcomes.pdf)
- Stolínová, J., & Mach, J. (2010). *Právní odpovědnost v medicíně* (2., dopl. a přeprac. vyd). Galén.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie* (Vyd. 1). Sdružení Podané ruce.
- Street, R., Gordon, H., Ward, M., Krupat, E., & Kravitz, R. (2005). Patient Participation in Medical Consultations. *Medical Care*, 43(10), 960-969. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000178172.40344.70>
- Škrla, P. (2008). *Transformace nemocničního prostředí - globální trend*. Zdraví.euro.cz. Získáno 9. prosince 2023 z <https://zdravi.euro.cz/clanky/transformace-nemocnicniho-prostredi-globalni-trend/>
- Špaček, L. (2021). *Etiketa pro lékaře, zdravotníky a pomáhající profese* (1. vydání). EEZY Publishing, s.r.o.



- Švaříček, R., & Šedřová, K. (2014). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách* (2. vyd). Portál.
- Taylor, C., Lillis, C., & LeMone, P. (2002). *Basic Principles of Nursing: The Science and Art of Nursing Care* (1.). Paschalidis Medical Publications.
- Toscano, F., O'Donnell, E., Broderick, J., May, M., Tucker, P., Unruh, M., Messina, G., & Casalino, L. (2020). How Physicians Spend Their Work Time: an Ecological Momentary Assessment. *Journal of General Internal Medicine*, 35(11), 3166-3172. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06087-4>
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2023). *Zdravotnictví ČR: Personální kapacita a odměňování 2022*. Získáno 20. února 2024 z <https://www.uzis.cz/res/f/008443/nzis-rep-2023-e04-personalni-kapacity-odmenovani-2022.pdf>
- Valencia, A., & Froese, T. (2020). What binds us? Inter-brain neural synchronization and its implications for theories of human consciousness. *Neuroscience of Consciousness*, 2020(1), 1-9. <https://doi.org/10.1093/nc/niaa010>
- Venglářová, M., & Mahrová, G. (2006). *Komunikace pro zdravotní sestry*. Grada.
- Vistoli, D., Lavoie, M., Sutliff, S., Jackson, P., & Achim, A. (2017). Functional MRI examination of empathy for pain in people with schizophrenia reveals abnormal activation related to cognitive perspective-taking but typical activation linked to affective sharing. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 42(4), 262-272. <https://doi.org/10.1503/jpn.160136>
- Vorlíček, J., Sláma, O., & Kalvodová, L. (2001, 3.února). *Sdělování onkologické diagnózy*. [Ústní příspěvek]. XVII. Vanýskovy dny, Brno, Česká republika.
- Vokurka, M., & Hugo, J. (2002). *Velký lékařský slovník* (2. rev. vyd). Maxdorf.
- Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie* (Vyd. 3., V nakladatelství Portál 1). Portál.
- Výrost, J., & Slaměník, I. (eds.). (2008). *Sociální psychologie* (2., přeprac. a rozš. vyd). Grada Publishing.

- Wu, H., Zhang, Y., Li, S., Liu, Q., & Yang, N. (2020). pCare Is the Doctor's Best Prescription: The Impact of Doctor-Patient Empathy on the Physical and Mental Health of Asthmatic Patients in China/p. *Psychology Research and Behavior Management, 13*, 141-150. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S226706>
- Wu, Q., Jin, Z., & Wang, P. (2022). The Relationship Between the Physician-Patient Relationship, Physician Empathy, and Patient Trust. *Journal of General Internal Medicine, 37*(6), 1388-1393. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-07008-9>
- Zacharová, E. (2017). *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení* (2., aktualizované a doplněné vydání). Grada Publishing.
- Zacharová, E., & Šimíčková-Čížková, J. (2011). *Základy psychologie pro zdravotnické obory* (1. vyd). Grada.
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Česká republika.
- Zákon č. 40/2009 Sb. , Zákon trestní zákoník. Česká republika.
- Zákon č. 89/2012 Sb., Zákon občanský zákoník. Česká republika.
- Zákon č. 95/2004 Sb., Zákon o lékařských povoláních. Česká republika.
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Česká republika.
- Zak, P., Kurzban, R., & Matzner, W. (2004). The Neurobiology of Trust. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1032*(1), 224-227. <https://doi.org/10.1196/annals.1314.025>
- Zolnierek, K., & DiMatteo, M. (2009). Physician Communication and Patient Adherence to Treatment. *Medical Care, 47*(8), 826-834. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819a5acc>
- Zulman, D., Haverfield, M., Shaw, J., Brown-Johnson, C., Schwartz, R., Tierney, A., Zions, D., Safaeinili, N., Fischer, M., Thadaney Israni, S., Asch, S., & Verghese, A. (2020). Practices to Foster Physician Presence and Connection With Patients in the Clinical Encounter. *JAMA, 323*(1), 70-81. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.19003>

# POUŽITÉ ZKRATKY

AA	alergická anamnéza
CARE	<i>The Consultation and Relation Empathy</i>
ČLK	Česká lékařská komora
EHR	<i>electronic healt record</i>
FA	farmakologická anamnéza
FF	fyziologické funkce
GA	gynekologická anamnéza
ID	označení participanta
JSPE	<i>Jefferson Scale of Physician Empathy</i>
L	lékař
L–P	mezi lékařem a pacientem
NO	nynější onemocnění
NVC	<i>nonviolent communication</i>
OA	osobní anamnéza
P	pacient
PA	pracovní anamnéza
RA	rodinná anamnéza
SA	sociální anamnéza

# SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1: Abstrakt diplomové práce
- Příloha č. 2: Abstract of the Master's thesis
- Příloha č. 3: Hippokratova přísaha
- Příloha č. 4: Kompetence k efektivní komunikaci
- Příloha č. 5: Desatero zásad sdělování onkologické diagnózy
- Příloha č. 6: Informovaný souhlas

## **Příloha č. 1: Abstrakt magisterské diplomové práce**

### **ABSTRAKT MAGISTERSKÉ DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Název práce:** Vybrané aspekty komunikace mezi lékařem a pacientem

**Autorka práce:** MUDr. Bc. Jaroslava Jurenová

**Vedoucí práce:** MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

**Počet stran a znaků:** 140; 253 355

**Počet příloh:** 6

**Počet titulů použité literatury:** 151

#### **Abstrakt:**

Cílem této práce je prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů zjistit názory, postoje a zkušenosti zúčastněných lékařů ve vztahu ke komunikaci s pacientem. V teoretické části práce je vymezen základní rámec a eticko-právní problematika komunikace s pacientem. Popsány jsou některé faktory mající vliv na komunikaci mezi lékařem a pacientem. Prostor je věnován i vybraným tématům, např. sdělování nepříznivé zprávy. Výzkum má kvalitativní charakter, jedná se o případové studie 9 lékařů, kteří byli do studie vybráni záměrným výběrem. Výzkumné otázky zjišťují respondentův pohled na komunikaci a vztah s pacientem a jejich překážky. Data jsou zpracována metodou zakotvené teorie. Ze studie vyplývá, že zúčastnění lékaři považují správnou komunikaci s pacientem za stěžejní bod v průběhu diagnosticko-terapeutického procesu. Efektivní komunikaci popisují jako vhodnou aplikaci komunikačních dovedností lékaře, která je usnadňována slušným chováním pacienta vhodně se zapojujícího do diagnosticko-terapeutického procesu. Podle respondentů mohou na komunikaci negativně působit některé faktory, např. negativní emoce a osobnostní vlastnosti lékaře či pacienta, nevyhovující prostředí a nedostatek času. V rámci eliminace nevhodného chování pacienta používají zúčastnění lékaři strategie jednání s nespokojeným, negativistickým nebo nespolupracujícím pacientem.

**Klíčová slova:** efektivní komunikace, vztah lékař–pacient, komunikační dovednosti

## **Příloha 2: Abstract of the Master's thesis**

### **ABSTRACT OF THE MASTER'S THESIS**

**Thesis title:** Selected aspects of doctor-patient communication

**Thesis author:** MUDr. Bc. Jaroslava Jurenová

**Thesis supervisor:** MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

**Number of pages and characters:** 140; 253 355

**Number of appendices:** 6

**Number of titles of literature cited:** 151

#### **Abstract:**

The aim of this thesis is to learn about the opinions, attitudes and overall experience of the participating doctors in relation to communication with the patient through semi-structured interviews. The theoretical part of the thesis defines both the basic framework and ethical and legal aspects of communication with the patient, and also describes some factors and variables affecting doctor-patient communication. It also deals with some selected topics, for example, the communication of negative news. The research is of a qualitative nature encompassing case studies of 9 doctors who were deliberately selected. The research questions examine the participating doctors' perspectives on communication with the patients and their obstacles. The data is processed using the grounded theory method. The research study revealed that the participating doctors consider proper doctor-patient communication to be a crucial point during the diagnostic and therapeutic process. They describe effective communication as the appropriate application of their communication skills facilitated by the appropriate behavior of the patient engaging in the diagnostic and therapeutic process. According to the respondents, communication can be negatively affected by some factors, such as negative emotions and personality traits of the doctor or the patient, an unsuitable environment, and a lack of time. In order to eliminate inappropriate patient behaviour, participating doctors use strategies to deal with a dissatisfied, negative or uncooperative patient.

**Keywords:** effective communication, doctor-patient relationship, communication skills

### **Příloha č. 3: Hippokratova přísaha**

*Přísahám při lékaři Apollonu, při Hygiei a Panacei, volám za svědky všechny bohy a bohyně, že ze všech sil a s plným svědomím budu plnit tento slib:*

*Budu si vážit svého mistra v tomto umění jako svých vlastních rodičů, budu se s ním dělit o svůj příjem, budu mu dávat to, čeho bude mít nedostatek; budu pokládati jeho děti a své bratry pokrevné a ze své strany vyučím je v tomto umění bez odměny a bez závazků.*

*Umožním účast na vědění a naukách tohoto oboru především svým synům, dále synům svého mistra a potom těm, kdo zápisem a přísahou se prohlásí za mé žáky, ale nikomu jinému.*

*Aby nemocní opět nabyli zdraví, nařídím opatření podle svého nejlepšího vědění a posouzení a budu od nich vzdalovat všechno zlé a škodlivé.*

*Nehodlám se pohnouti od nikoho, ať je to kdokoli, abych mu podal jedu nebo abych mu dal za podobným účelem radu.*

*Nedám žádné ženě vložku do pochvy s tím úmyslem, abych zabránil oplodnění nebo přerušil vývoj plodu.*

*Svůj život i své umění budu cenit jako posvátné; nebudu dělati operace kamene, a vstoupím-li do domu, vejdu tam pro blaho nemocných, zdržím se všeho počínání nešlechtného, neposkvřím se chlípným dotekem s ženami, muži, se svobodnými ani s otroky.*

*O všem, co uvidím a uslyším při léčení samém, nebo v souvislosti s ním, zachovám mlčení a podržím to jako tajemství, nebude-li mi dáno svolení k tomu, abych to řekl.*

*Udržím-li pevně a dokonale věrnost této přísaze, buď mi za to dán šťastný život a budoucí zdar ve výkonu povolání, aby má pověst došla chvály pro všechny časy; kdybych však se proti této přísaze prohřešil, ať mě postihne pravý opak.*

Zdroj: Munzarová, 2000, s. 19

## **Příloha č. 4: Kompetence k efektivní komunikaci**

Schopnost aktivně komunikovat, včetně schopnosti dobře prezentovat a také schopnosti dobře naslouchat a argumentovat.

### Díličí kompetence:

- reflektovat reakce okolí – schopnost porozumět verbálním i neverbálním sdělení);
- překonávat bariéry v komunikaci;
- přijímat a pracovat s argumenty jiných osob;
- srozumitelně sdělovat ostatním;
- písemné vyjádření;
- asertivní jednání - tj. vyjádřit i nesouhlas;
- sebereflexe;
- přizpůsobit sdělení;
- zaujmout posluchače;
- předvídání reakcí a
- prezentační dovednosti.

### Úroveň 4:

- formulování myšlenek v písemné i ústní podobě je na velmi dobré úrovni;
- aktivně naslouchá ostatním;
- zdravé a přiměřené sebeprosazování je pro něj přirozené;
- dokáže prezentovat před skupinou;
- dokáže komunikaci otevřít;
- vytváří prostředí, aby komunicovali i druzí;
- vítá a rozvíjí názory ostatních;
- dokáže vyvolat konstruktivní konflikt a
- vyžaduje zpětnou vazbu.

Zdroj: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2017b



## **Příloha č. 5: Desatero zásad sdělování onkologické diagnózy**

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

Zdroj: Vorlíček et al., 2001

## **Příloha č. 6: Informovaný souhlas**

Katedra psychologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci

---

### **Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu v rámci diplomové práce**

Název práce: Vybrané aspekty komunikace mezi lékařem a pacientem

Autorka práce: MUDr. Bc. Jaroslava Jurenová

Vedoucí práce: MUDr. PhDr. Miroslav Orel, PhD.

Termín realizace: prosinec 2023–únor 2024

*Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami účasti na výzkumu „Vybrané aspekty komunikace lékaře s pacientem“ a souhlasím s jeho účastí.*

*Byl/a jsem poučen/a, o tom že získané údaje budou anonymně prezentovány v rámci diplomové práce, případně použity k vědeckým výstupům spjatých s výzkumem.*

*Jsem si vědom/a toho, že rozhovor bude nahrán na audiozáznam, který bude zpracován v anonymizované podobě bez uvedení mého jména či kontaktních údajů.*

*Beru na vědomí, že mohu svoji účast ve výzkumu kdykoliv přerušit či z něj odstoupit, a to i bez udání důvodu.*

*Byly mi zodpovězeny dotazy a nejasnosti. Moje připomínky:*

.....  
.....

*Svůj souhlas stvrzuji vlastnoručním podpisem.*

Jméno:.....Podpis:.....

Podpis realizátora:.....

V.....Dne.....