

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

KOMUNIKACE LÉKAŘE S PACIENTEM A PACIENTŮV SOCIOEKONOMICKÝ STATUS



Magisterská diplomová práce

Autor: Bc. et Bc. Daniela Sedmihradská
Vedoucí práce: doc. PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.

Olomouc
2020

Poděkování

Děkuji doc. PhDr. Radkovi Obereignerů, Ph.D. za odborné vedení práce, vstřícný přístup a inspirující konzultace prodchnuté nadšením a zvědavostí. Dále děkuji lékařkám, které se do výzkumu zapojily, za jejich čas a ochotu. Děkuji také respondentům a respondentkám za sdílení svých zkušeností.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Komunikace lékaře s pacientem a pacientův socioekonomický status“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V

dne

Podpis

OBSAH

Úvod	5
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	6
1 Praktický lékař v systému zdravotní péče	7
1.1 Charakteristika zdravotnického systému ČR a sítě zdravotnických služeb	7
1.2 Všeobecní praktičtí lékaři	8
1.3 Výuka komunikačních dovedností praktických lékařů	9
2 Povinnosti a legislativa	12
2.1 Informovaný souhlas.....	13
3 Komunikace v lékařské praxi.....	17
3.1 Některé aspekty komunikace	17
3.2 Rozhovor lékaře s pacientem	19
3.3 Základní prvky Komunikace lékaře s pacientem.....	21
4 Výzkumy o komunikaci lékaře s pacientem	23
4.1 Efekty lékařské komunikace	23
4.2 Co ovlivňuje komunikaci lékaře a pacienta.....	27
4.3 Odborný zájem v České republice.....	39
5 Dotazníky týkající se komunikace lékaře s pacientem.....	42
5.1 Pacientské dotazníky týkající se komunikaci lékaře s pacientem	42
5.2 Communication Assessment Tool (CAT).....	47
5.3 Využití Communication Assessment Tool.....	49
5.4 Překlady a lokalizace CAT.....	55
5.5 Experimentální převod CAT	57
II. PRAKTICKÁ ČÁST	61
6 Předmět výzkumu, cíle a hypotézy	62

6.1	Cíle výzkumu.....	62
6.2	Hypotézy a otázky	63
7	Aplikovaná metodika.....	64
7.1	Sběr dat	64
7.2	Výzkumné metody	65
7.3	Zpracování a analýza dat	67
7.4	Etické otázky a způsob jejich řešení.....	67
8	Výzkumný soubor	69
8.1	Výzkumný soubor A	69
8.2	Výzkumný soubor B	72
8.3	Soubory a populace	75
9	Výsledky	76
9.1	Výsledky šetření A	76
9.2	Výsledky šetření B	79
9.3	Výsledky testování hypotéz	81
9.4	Proveditelnost použití CAT	88
9.5	K platnosti hypotéz	88
10	Diskuze	92
11	Závěry.....	96
	Souhrn	97
	Seznam použitých zdrojů a literatury	101

Abstrakt diplomové práce

Abstract of Thesis

Seznam příloh

Příloha č. 1: Originální znění Communication Assessment Tool

Příloha č. 2: Experimentální převod CAT do českého jazyka

Příloha č. 3: Pacientské dotazníky týkající se komunikace lékaře

ÚVOD

Komunikace lékaře s pacientem je klíčová z hlediska dosahování léčebných efektů, ale i standardů kvality péče. Po lepší komunikaci lékaře s pacienty volají patientská sdružení, na rezervy v této oblasti upozorňují i mnozí odborníci. Přesto v České republice prakticky chybí výzkumná podpora této oblasti – a pokud nějaké výzkumy nacházíme, jde o výzkumy kvalitativní, kde není možné širší zobecnění.

Domníváme se, že je to způsobeno také absencí vhodných výzkumných nástrojů. Zatímco v zahraničí existuje celá řada metod, které umožňují komunikaci lékaře s pacientem výzkumně uchopit, v České republice nám není znám jediný validní nástroj.

Pokud se podíváme na již existující metody, dělí se do dvou hlavních skupin: Komunikační dovednosti lékařů je možné hodnotit dle objektivních hledisek, nebo pomocí patientských dotazníků. První varianta je vhodná zejména ve výuce a výzkumu, pro širší využití v praxi jsou tyto metody složité a náročné na provedení, jsou vhodné zejména k hloubkovému pochopení problému. Jsme toho názoru, že tohoto lze dobře dosáhnout i již zmíněným kvalitativním přístupem.

Pro zaplnění této mezery jsme hledali takový nástroj, který by byl dobře prakticky využitelný pro hodnocení komunikačních dovedností lékařů. Zejména kvůli kvalitním metodologickým podkladům a transparentnímu vývoji jsme zvolili Communication Assessment Tool kolektivu autorů Makoul et al. (2007), který jsme převedli do českého jazyka. Na příkladu socioekonomických charakteristik pacienta a dalších proměnných bychom chtěli ukázat jeho možné použití ve výzkumu i praxi.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PRAKTICKÝ LÉKAŘ V SYSTÉMU ZDRAVOTNÍ PÉČE

V této kapitole krátce popíšeme zdravotnický systém České republiky a charakterizujeme obor praktického lékařství. Pozornost věnujeme výuce komunikačních dovedností na lékařských fakultách i v postgraduálním studiu.

1.1 CHARAKTERISTIKA ZDRAVOTNICKÉHO SYSTÉMU ČR A SÍŤ ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽEB

Poskytovatele zdravotní péče je možné rozlišovat podle různých kritérií, zejména podle posloupnosti kontaktů, naléhavosti, místa poskytování a činnosti instituce (Gladkij et al., 2003). Podle naléhavosti je možné rozlišovat zdravotnické služby urgentní, akutní, následné a chronické. Podle místa poskytování můžeme rozlišovat instituce pro léčbu v domácnosti, ambulance, nemocnice a ústavy. Podle činnosti zařízení můžeme rozlišovat instituce preventivní, diagnosticko-léčebné, podpůrné a pomocné, řídicí a správní (Gladkij et al., 2003). Podle posloupnosti kontaktů neboli podle okolností poptávky služby, můžeme rozlišovat služby primární, sekundární a terciární (Janečková & Hnilicová, 2009).

O primárních zdravotnických službách hovoříme u služeb prvního kontaktu (první linie). V České republice se sem řadí zejména praktičtí lékaři pro dospělé a praktičtí lékaři pro děti a dorost, gynekologové a stomatologové. U sekundární péče jde o specializovaná pracoviště obvykle s přístupem na doporučení lékaře primární péče, např. kardiologie, chirurgie, interna. Vysoce specializovaná a komplexní péče spadá do oblasti terciárních zdravotních služeb. Sem pacienti přicházejí ze sekundárních pracovišť po vyčerpání jejich možností. Typickým příkladem poskytovatele terciárních zdravotních je Institut Klinické a Experimentální Medicíny (IKEM).

Zdravotní péče je v ČR zajišťována těmito poskytovateli (ÚZIS, 2019):

- nemocnice,
- odborné léčebné ústavy (např. léčebny pro dlouhodobě nemocné, rehabilitační ústavy apod.),

- lázně,
- samostatná ambulantní zařízení (např. ordinace praktického lékaře, ordinace specialistů apod.),
- zvláštní zdravotnická zařízení (např. kojenecké ústavy, záchranná zdravotnická služba apod.),
- zařízení lékárenské péče a
- orgány ochrany veřejného zdraví.

Ordinace praktického lékaře pro dospělé patří mezi samostatná ambulantní zařízení. V roce 2018 jich na území ČR fungovalo 13 416.

Podle Sdružení všeobecných lékařů České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (SVL ČLS JEP, 2020) vycházející z údajů OECD je praktických lékařů (včetně těch pro děti a dorost) v ČR z celkového počtu lékařů pouhých 19 %, což je nepřiměřeně málo ve srovnání s dalšími státy EU, např. v Rakousku 33 %, nebo ve Francii 47 %. Takováto struktura potlačující primární péči je dle SVL neefektivní a neekonomická.

1.2 VŠEOBECNÍ PRAKTIČTÍ LÉKAŘI

Podle SVL ČLS JEP (2020) vychází koncepce oboru z pojetí praktického lékařství a primární péče jako základního léčebně-preventivního oboru, který je „páteří“ medicíny a zdravotnických systémů. Praktický lékař se věnuje všem kategoriím problémů, které souvisejí se zdravím, se zřetelem na sociálně ekonomické faktory a prostředí ve kterém člověk žije a pracuje. Je nejbliže pacientům ve smyslu místní, časové, ekonomické i kulturní dostupnosti.

Všeobecné praktické lékařství zajišťuje zejména základní léčebnou a preventivní péči populace. Ordinace praktických lékařů spadají do primární péče, jsou pro pacienty nejdostupnější místně, časově, ekonomicky i kulturně. Praktičtí lékaři se věnují akutní, následné a chronické péči, z činností se uplatňují postupy preventivní, diagnostické, léčebné, rehabilitační i posudkové. Charakteristickým rysem je zejména dlouhodobá a soustavná péče o pacienta, kdy praktický lékař ve spolupráci s ostatními lékařskými obory

shromažďuje zdravotní údaje pacienta a často rozhoduje o plánech léčby. (Košta, 2013; SVL ČLS JEP, 2020).

Praktický lékař je vzdělaný, samostatně pracující, schopný postavit se každému pacientem předloženému problému, nejen v oblasti prevence, diagnostiky a terapie, ale také v problematice psychosociální a kontinuální péče, která je specifickým rysem oboru a určuje jeho svébytnost. Specializační vzdělávání probíhá standardně 3 roky a zahrnuje praktickou výuku na akreditovaných pracovištích různých oborů v délce 24 měsíců, povinnou praxi v oboru praktického lékařství v délce 12 měsíců a účast na vzdělávacích aktivitách v řádech dnů. Po ukončení výcviku na školicím pracovišti má lékař zvládnout mj. psychoterapeutický přístup k nemocnému a základní komunikační dovednosti praktického lékaře a zvládnout správný psychologický přístup k pacientovi (MZČR, nedat.)

O rozvoj oboru a odbornou stránku se v ČR stará Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, která vydává doporučené postupy, aktualizuje koncepci oboru, hájí zájmy praktických lékařů a zajišťuje vzdělávání v systému celoživotního vzdělávání SVL ČLS JEP (2020). Kromě této společnosti se lékaři ještě mohou stát členy Sdružení praktických lékařů ČR, které se zasazuje o rozvoj oboru jako základního článku zdravotního systému, zlepšování podmínek i kvality činnosti praktických lékařů, o hájení jejich zájmů, podporu a pomoc při výkonu jejich povolání (SPL ČR, 2016).

V současné době se obor praktického lékařství potýká s výrazným stárnutím praktických lékařů a s velmi nízkým zastoupením lékařů v mladších věkových kategoriích (Šídlo, Novák, Štych & Burcin, 2017). Upozorňují, že ve více než třech čtvrtinách čtvrtiny regionů není zastoupení lékaře mladšího 40 let, což se týká 39 % obyvatelstva. Ve třetině spádových regionů ordinují lékaři ve věku 65 a více let a u téměř 9 % spádových regionů tvoří tito lékaři-senioři více než 90 % veškeré kapacity.

1.3 VÝUKA KOMUNIKAČNÍCH DOVEDNOSTÍ PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ

Mnoho autorů apeluje, aby se komunikační dovednosti vyučovaly se stejnou pozorností jako všechny ostatní medicínské znalosti (Beran, 1997; Haškovcová, 2001; Linhartová, 2007; Vymětal, 2003). Haškovcová (2001) zdůrazňuje potřebu takové metodiky,

která by respektovala dobré zahraniční zkušenosti i specifika české praxe. V nedostatku výcviku v komunikaci v pregraduálním i postgraduálním vzdělávání vidí někteří autoři příčinu nedostatečné komunikace s pacienty. Podle Beleje (2016) se lékaři v praxi musí učit tzv. za pochodu a zejména na vlastních chybách.

Přestože mnoho lékařů považuje tuto oblast spíše za otázku schopností, většina odborné literatury upozorňuje, že jde o dovednost, kterou si lze osvojit (Beran, 1997; Honzák, 1999; Janáčková & Weiss, 2008; Křivohlavý, 2002; Vymětal, 2003). Hovoří pro to i kladný vliv výuky komunikačních dovedností (Ptáček, 2011b). Linhartová (2007) shrnuje, že je třeba osvojit si především požadované modely chování, a je-li to třeba, i schémata rozhovorů.

V současné době již studenti všeobecného lékařství prochází výukou komunikačních dovedností např. na Lékařské fakultě UP (nedat.). Mezi povinnými předměty najdeme Etické základy komunikace pro odbornou praxi (15 hodin), Komunikace s pacientem v praxi (7 hodin), mezi povinně volitelnými předmět Komunikace s handicapovanými pacienty (6 hodin) a mezi volitelnými předmět Komunikace s osobami se sluchovým postižením (6 hodin). Tématu se jistě také dotýkají předměty Lékařská psychologie, Psychologické aspekty v péči o pacienta. Na 1. Lékařské fakultě UK (nedat.a) ve studijním plánu předměty věnované přímo komunikaci s pacientem nenajdeme. Několik hodin je věnováno nácviku komunikačních dovedností v rámci předmětu Psychologie a psychoterapie. Tyto hodiny se zaměřují na nácvik naslouchání a vyjádření porozumění; dále se věnují explorativnímu, diagnostickému a anamnestickému rozhovoru. Jako volitelný předmět lze zapsat Zásady komunikace lékaře s nemocným s dotací 8 vyučovacími hodin, nebo Etika a komunikace v intenzivní péči v rozsahu 16 hodin (Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, nedat.b). Na lékařské fakultě Masarykovy univerzity se komunikační dovednosti také vyučují pouze v rámci Lékařské psychologie a psychosomatiky (nedat.a; nedat.b)

Někteří autoři dokonce upozorňují, že komunikační dovednosti se u studentů medicíny zhoršují během jejich studia (Beran, 1997; Helfer, 1970). Může to být způsobeno samotným procesem lékařského vzdělávání, přijetím stávajícího modelu a myšlenkových procesů starších kolegů.

Křivohlavý také upozorňuje na důležitost učení se komunikačním dovednostem od zkušených lékařů v praxi. Podle autora je, „*hlavním momentem ve výcviku sociální*

komunikace lékaře s pacientem vzor chování a jednání toho, kdo je lékaři nadřízeným - např. primáře, asistenta, docenta, profesora“ (Křivohlavý, 2002, 79). Autor také dodává, že studiem a rozhovory s druhými lékaři se mladý lékař naučí výborně komunikovat právě se svými kolegy, pro rozhovor s pacientem to ale může znamenat znevýhodnění. Belej (2016) upozorňuje, že v praxi adekvátní vzory chování chybí.

V rámci specializačního vzdělávání praktických lékařů je povinný seminář věnující se základům lékařské etiky, komunikace, managementu a legislativy v praxi všeobecného praktického lékaře v délce trvání min. 2 dny, v rámci kterého jsou min. 4 hodiny vyhrazeny pro téma komunikace s problémovým pacientem. Dále je povinnou součástí kurz psychoterapie v min délce trvání 3 dny, který je zaměřen zejména na využití psychoterapie v praxi praktického lékaře, komunikačním dovednostem jsou věnovány min. 2 hodiny (MZČR, nedat.).

2 POVINNOSTI A LEGISLATIVA

Komunikace lékaře s pacientem není jen záležitostí dobrých mravů, vychází i z platné legislativy. Pacient má právo být informován a lékař má povinnost mu informace poskytnout. V současné době můžeme pozorovat ústup od původního paternalistického paradigmatu péče (kde lékař rozhodoval o tom, jaké informace bude poskytovat a komu) směrem k paradigmatu partnerského vztahu lékaře a pacienta. Povinnost informovat upravuje jednak Etický kodex České lékařské komory, ze zákonů pak zákon o zdravotních službách a nový občanský zákoník.

Etický kodex České lékařské komory je v platnosti od roku 1995. Jeho dodržování je pro lékaře závazné (Haškovcová, 2007). Ustanovuje, že *„Lékař je povinen nemocného srozumitelným způsobem odpovědně informovat jeho nebo jeho zákonného zástupce o charakteru onemocnění, zamýšlených diagnostických a léčebných postupech včetně rizik, o uvažované prognóze a o dalších důležitých okolnostech, které během léčení mohou nastat“* (ČLK, 22. června 2007).

Podle Fialy a Mayera (2014) je legislativně povinnost informovat pacienta ukotvena zejména v zákoně o zdravotních službách (zákon č. 372/2011 Sb.), který je účinný od dubna 2012. Problematiku zásahů do integrity fyzické osoby upravuje též nový občanský zákoník (zákon č. 89/2012 Sb.), který vstoupil v účinnost v lednu 2014. Zákonodárce vychází z Úmluvy o biomedicíně, kde je problematice informovanosti věnována pozornost v kapitole III, článku 10: *„Každý má právo na ochranu soukromí ve vztahu k informacím o svém zdraví. Každý je oprávněn znát veškeré informace shromažďované o jeho zdravotním vztahu. Nicméně přání každého nebýt takto informován je nutno respektovat.“* (Úmluva o biomedicíně, in Haškovcová, 2007, 23)

Zákon o zdravotních službách a občanský zákoník nejsou vzájemně sladěny, některá jejich ustanovení spolu neharmonují. Zákon o zdravotních službách je sice k novému občanskému

zákoníku v poměru speciality¹, ale vzhledem k faktu, že některé oblasti upravuje podrobněji NOZ, je třeba specialitu hodnotit u jednotlivých ustanovení. Aplikační přednost má tedy zákon o zdravotních službách a nový občanský zákoník se uplatňuje tam, kde není příslušná problematika výslovně řešena zákonem o zdravotních službách a neuvádí jiná, případně podrobnější, pravidla (Mach, 2013).

2.1 INFORMOVANÝ SOUHLAS

Podle zákona o zdravotních službách § 28 odst. 1 lze poskytovat zdravotní služby pouze s pacientovým svobodným a informovaným souhlasem (Fiala & Mayer, 2014). Podobně i nový občanský zákoník v § 93 odst. 1 uvádí, že mimo případy stanovené zákonem nesmí nikdo zasáhnout do integrity jiného člověka bez jeho souhlasu uděleného s vědomím o povaze zásahu a o jeho možných následcích (zákon č. 89/2012 Sb.). Dále v § 2642 odst. 1 nového občanského zákoníku je stanoveno, že ke každému úkonu v rámci péče o zdraví se vyžaduje souhlas ošetřovaného, ledaže zákon stanoví, že souhlasu není třeba. Tak je tomu například u neodkladné péče.

Na informovaný souhlas pacienta s poskytováním zdravotních služeb je třeba nahlížet jako na právní jednání pacienta. Pacient uděluje konkrétnímu poskytovateli zdravotních služeb souhlas k tomu, aby mu byly poskytnuty konkrétní zdravotní služby a případně, aby byl proveden konkrétní související zásah do jeho tělesné integrity (Fiala & Mayer, 2014).

FORMA INFORMOVANÉHO SOUHLASU

Forma informovaného souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb je stanovena v zákonu o zdravotních službách v § 34 odst. 2 (dle Fialy & Mayera, 2014):

- písemná forma souhlasu se vyžaduje v případě, že tak stanoví jiný zákon;

¹ Princip fungování práva, který říká, že před obecnou právní normou má přednost úprava zvláštní, upravující konkrétní oblast.

- v ostatních případech umožňuje zákon o zdravotních službách poskytovateli zdravotních služeb, aby si sám určil, u kterých výkonů či vyšetření bude vyžadovat po pacientovi písemný informovaný souhlas;
- pro souhlas s hospitalizací je stanovena obligatorní písemná forma.

Pokud poskytovatel zdravotní péče nepožaduje písemný informovaný souhlas, pak pacient může vyjádřit souhlas s poskytnutím zdravotních služeb ústně nebo i konkludentně, a to zejména u jednoduchých úkonů. Příkladem konkludentního souhlasu může být nastavení ruky při odběru krve. (Fiala & Mayer, 2014).

Pro platnost souhlasu pacienta je dle zákona o zdravotních službách § 34 odst. 1 nutné, aby byly splněny následující podmínky (zákon č. 372/2011 Sb.):

- souhlas musí být dán bez jakéhokoliv nátlaku, tj. je svobodný
- pacientovi byly poskytnuty informace o zdravotním stavu dle § 31 (nebo se dle § 32 podání informace vzdal).

Kromě poskytnutí základních informací musí lékař dle § 31 odst. 1 zákona o zdravotních službách (zákon č. 372/2011 Sb.) umožnit klást doplňující otázky vztahující se k jeho zdravotnímu stavu a navrhovaným zdravotním službám. Pacientovy otázky musí být srozumitelně zodpovězeny. Z tohoto vyplývá, že pouhé poskytnutí písemných informací není dostatečné. Vždy musí proběhnout rozhovor s lékařem (nebo jiným způsobilým zdravotnickým pracovníkem). Obdobně se vyjadřuje i občanský zákoník (zákon č. 89/2012 Sb.) v § 2639 odst. 1: *„Vysvětlení je řádně podáno, lze-li rozumně předpokládat, že ošetřovaný pochopil svůj zdravotní stav, způsob, účel a nezbytnost péče o zdraví včetně očekávaných následků i možných nebezpečí pro své zdraví, jakož i to, zda přichází v úvahu i případný jiný způsob péče o zdraví.“* Nejen s ohledem na zákon je vhodné, aby se lékař ujistil, zda pacient rozumí podávaným informacím.

Přestože zákon připouští ústní formu informovaného souhlasu, doporučuje se zvláště u komplikovanějších zákroků jeho písemná forma. Je to poskytovatel zdravotních služeb, kdo musí v případě potřeby prokázat, že informovaný souhlas byl udělen. Kromě toho nový občanský zákoník stanoví v § 2638 odst. 1, že pokud ošetřovaný požádá o vysvětlení v písemné formě, poskytovatel zdravotní péče mu je musí podat (Fiala & Mayer, 2014).

OBSAH INFORMOVANÉHO SOUHLASU

Obsah informovaného souhlasu je specifikován v zákoně o zdravotních službách § 31 (zákon č. 372/2011 Sb.). Kromě příčiny a původu nemoci je třeba pacienta informovat o účelu, povaze a předpokládaném přínosu, možných důsledcích a rizicích navrhovaných zdravotních služeb a výkonů. Také je třeba podat informace o alternativách, další potřebné léčbě a omezeních a doporučeních ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav. Vedle lékařovy povinnosti informovat existuje právo pacienta vzdát se podání informace. Kromě toho musí být pacient informován o možnosti určení osob, které budou o pacientově zdravotním stavu informovány nebo naopak, že má možnost určit osoby, kterým informace o svém zdravotním stavu podávat zakazuje. Informace o zdravotním stavu musí být pacientovy poskytnuty při přijetí do péče a dále vždy, je-li to účelné.

ZVLÁŠTNÍ SKUPINY PACIENTŮ

Pokud zdravotní stav pacienta nedovoluje samotné vyjádření souhlasu, odvolání souhlasu, vyslovení nesouhlasu s poskytnutím zdravotních služeb požadovaným způsobem, pak zákon o zdravotních službách § 34 odst. 6 (zákon č. 372/2011) stanoví, že zdravotnický pracovník zaznamená nepochybný projev vůle pacienta do zdravotnické dokumentace o něm vedené, uvede způsob, jakým pacient svou vůli projevil. Zároveň uvede zdravotní důvody bránící pacientovi ve vyjádření standardně požadovaným způsobem. Záznam podepíše zdravotnický pracovník a svědek.

U nezletilých je dle zákona o zdravotních službách § 35 odst. 1 (zákon č. 372/2011) „*třeba zjistit názor na poskytnutí zamýšlených zdravotních služeb, jestliže je to přiměřené rozumové a volní vyspělosti jeho věku. Tento názor musí být zohledněn jako faktor, jehož závažnost narůstá úměrně s věkem a stupněm rozumové a volní vyspělosti nezletilého pacienta.*“ Zdravotnický pracovník může podat informace nejen nezletilému pacientovi, ale i jeho zákonnému zástupci.

KDO POSKYTUJE INFORMACE

Dříve zákon stanovil, že informace podává lékař. V současné době má informace o zdravotním stavu dle §31 odst. 3 zákona o zdravotních službách (zákon č. 372/2011 Sb.) podávat ošetřující zdravotnický pracovník způsobilý k poskytování zdravotních služeb, kterých se podání informace týká. Je tedy třeba rozlišovat kompetentní osobu, do jejíž způsobilosti ta která informace spadá.

O lékařských výkonech, diagnóze, prognóze, alternativách léčby, důsledcích a rizicích, jde-li o lékařskou péči, musí podávat informace vždy jedině lékař. Zdravotnický personál (např. klinický psycholog, logoped, fyzioterapeut, zdravotní sestra) podává informace samostatně v rámci a v rozsahu své odbornosti. Zdravotní sestra tedy rozhodně nepodává informace příslušející pouze lékaři a to ani tehdy, když od ní pacient tyto informace požaduje. Mach a Prošková (2011) doporučují, aby v takové situaci požádala o poskytnutí informací lékaře. Podle Šustka a Holčapka (2007) není vyloučeno, aby lékař poskytoval informace i o zákrocích, které mohou provádět zdravotní sestry.

PORUŠENÍ POVINNOSTI INFORMOVAT

Pokud poskytovatel poskytne zdravotní služby pacientovi bez informovaného souhlasu, bez ohledu na to, zda byl pacient ošetřen lege artis, či nikoli, či zda pacientovi vůbec vznikla škoda na zdraví, má pacient podle § 81 a následujících občanského zákoníku (zákon č. 89/2012 Sb.) právo domáhat se toho, aby bylo od neoprávněného zásahu upuštěno nebo aby byl odstraněn jeho následek. V návaznosti na ustanovení § 2956 občanského zákoníku je pacient také oprávněn požadovat náhradu škody i nemajetkové újmy, která mu byla způsobena. Přitom není důležité, zda informovaný souhlas nebyl pacientovi poskytnut vůbec, nebo byl poskytnut v nedostatečné formě, nebo na základě nepravdivých nebo nedostatečných informací (Fiala & Mayer, 2014).

3 KOMUNIKACE V LÉKAŘSKÉ PRAXI

Abychom porozuměli specifikům lékařské komunikace, je třeba upřesnit, co komunikací myslíme. Definice komunikace je mnoho, uvádíme jen některé.

Podle Vymětala (2003, 120) „komunikace, čili výměna informací znamená, že mezi lidmi dochází k předávání významových obsahů prostřednictvím řeči a současně je tato situace sdílena.“ Honzák (1999, 9) uvádí, že „komunikace je v obecné rovině definována jako sdělování informace prostřednictvím nejrůznějších signálů a prostředků: ústně, písemně, mimikou, gesty a dalším neverbálním chováním, a to především přímo mezi dvěma či více lidmi, dále pak pomocí tisku, rozhlasu či dalších médií.“

Vybíral (2009) nabízí několik možných definic pojmu komunikace – od velmi zúžených, které se zaměřují na předávání informací, až po široká pojetí, která zdůrazňují vzájemný kontakt. Upozorňuje, že lze na komunikaci pohlížet z více úhlů pohledu. Je možné na ni pohlížet jako na přenos signálu nebo prostě jen spojení mezi dvěma přístroji. Nebo bychom mohli mít na mysli komunikaci jako sociální proces a sociální instituci (Moscovici, 2000, in Vybíral, 2009). Na komunikaci lze také pohlížet jako na proces vytváření významu mezi dvěma nebo více lidmi (Tubbs, 1991, in Vybíral, 2009).

Watzlawick, Beavin Bavelasová a Jackson (2010, 24) uvádějí, že „lidská komunikace je médiem pozorovatelných manifestací lidských vztahů“. Toto pojetí umožňuje považovat za komunikaci jakékoli chování v interakční situaci dvou a více lidí. Oproti definici Vymětala obsáhne pojetí Watzlawicka et al. i výměnu obsahů jinými kanály, než řečí. Honzáková definice sice pamatuje i na neverbální část komunikace, ovšem zdůrazňuje komunikaci jako sdělování informací a pomíjí vztahovou složku komunikace. Proto se v dalším textu přikláníme k pojetí Watzlawicka.

3.1 NĚKTERÉ ASPEKTY KOMUNIKACE

Watzlawick et al. rozlišují v lidské komunikaci tři aspekty: syntax, sémantiku a pragmatiku. Syntax se zabývá problémy předávání zpráv – jak, kdy, kanály, kapacitou, rychlostí, redundancí

a dalšími statistickými vlastnostmi jazyka. Sémantika se zabývá významem použitých symbolů. (Vysílající a příjemce musí mít dohodu o tom, jaký význam mají jednotlivé symboly. Bez ní by sdělení postrádalo smysl.) Pragmatický aspekt komunikace se zabývá tím, jak komunikace ovlivňuje chování všech zúčastněných. Pragmatika se zabývá analýzou vztahu mezi produktem a příjemcem v konkrétním kontextu, porozuměním záměru a rozbořením fenoménů jako jsou ovlivňování, přesvědčování, potvrzování, přijímání a odmítání komunikovaného sebepojetí druhého (Vybíral 2009).

Pragmatickým aspektem komunikace se intenzivně zabýval výzkumný tým na Mental Research Institute v Palo Alto. Jeho členové vycházeli především z myšlenek Gregory Batesona (Watzlawick et al., 2010). Za zmínku stojí zejména pět komunikačních axiomů, které říkají, že:

- Není možné nekomunikovat.
- Komunikace má vztahovou a obsahovou rovinu.
- Fázození komunikačních sledů mezi komunikujícími má vliv na vztah.
- Komunikace je digitální a analogová.
- Komunikační výměny jsou symetrické nebo komplementární.

Protože veškeré chování v interakční situaci má význam sdělení a je komunikací, není možné nekomunikovat (Watzlawick et al., 2010). Lékař píše do počítače, který nevzhledne k pacientovi, komunikuje svému pacientovi jiné informace, než lékař, který po vstupu pacienta pozdraví a požádá ho o strpení. Podobná implicitní sdělení (a neverbální komunikace) mají především vztahový aspekt, Watzlawick et al. (2010) je označují za metakomunikaci. Schopnost přiměřeně metakomunikovat je nezbytnou podmínkou úspěšné komunikace, obzvláště pro profesionály jde o nezbytnou dovednost (Honzák, 1999).

Vztah lékaře a pacienta je z podstaty věci asymetrický – lékař je ten, kdo disponuje vědomostmi, prostředky a pacient je ten, kdo je znevýhodněný nemocí (Deppermann, 2007). V takovém vztahu je přirozené, že většina komunikační výměny se odehrává na komplementární rovině, kdy lékař je v pozici nadřazené a pacient v pozici podřízené. Nejde o hodnocení pozic ve smyslu dobrý – špatný nebo silný – slabý. V sociálním kontextu

může jít o komunikace mezi matkou a dítětem. Ve zdravém vztahu se komplementární komunikace střídá s komunikací symetrickou, nebo střídají pozice (Vybíral, 2009; Watzlawick et al., 2010). Podle Honzáka (1999) může být vhodné, aby se lékař snažil o vyvážení rozhovoru např. tím, že úvodní část rozhovoru proběhne na symetrické úrovni, nebo může chvilkově zaujmout nějakou poznámkou pořízenou pozici a tím napomoci partnerskému vyznění rozhovoru. Haškovcová (2007) se domnívá, že partnerství mezi lékařem a pacientem nemůže být plné, ale výhradně profesionální.

3.2 ROZHOVOR LÉKAŘE S PACIENTEM

Podle Vymětal (2003) je rozhovor nejsilnějším a zároveň nejcitlivějším nástrojem lékaře. Proto by jej měl každý lékař dokonale ovládat. Rozhovorem lékař vytváří vztah s pacientem, pacienta ovlivňuje a vyměňuje si s ním potřebné informace. Podle Linhartové (2007) záleží nejen na obsahu rozhovoru, ale i na jeho formě.

Hlavním účelem rozhovoru lékaře s pacientem je získání nebo poskytnutí informací a navození žádoucího psychického stavu nebo chování pacienta (Vymětal, 2003).

Lékař získává informace zejména při rozhovoru anamnestickém, diagnostickém a explorativním. Podle Honzáka (1999) je třeba do sbírání anamnézy zakomponovat podstatné souvislosti z psychosociální oblasti. K poskytování informací patří především dávání pokynů a doporučení k dodržování léčebného režimu, případně informování o zdravotním stavu a alternativách léčby (Vymětal, 2003). Navození změny psychického stavu nebo chování je cílem především psychoterapeutických rozhovorů. Patří sem zejména nedirektivní empatický rozhovor, interpretující rozhovor, podpůrný a uklidňující rozhovor, přesvědčující rozhovor (Vymětal, 2003).

O komunikaci s pacientem můžeme uvažovat dvojím způsobem - buď jako prostředku k dosažení cílů, anebo jako o jevu, který má pro obě strany hodnotu sám o sobě. Podle některých autorů je rozhovor mezi lékařem a pacientem podřízen jasně stanovenému účelu: výsledkem má být diagnóza a rozhodnutí o léčbě, a pokud je tohoto dosaženo, byla komunikace úspěšná (Deppermann, 2007). Jiní autoři se domnívají, že je etickou povinností lékaře jednat s pacientem tak, aby šlo o autentickou mezilidskou komunikaci,

kteřá pacientovi dodá sílu, naději a pomůže mu zvládnout složitou zdravotní situaci (Mareš & Býma, 2011; Honzák, 1999). Podle Obereignerů (2009) přichází zejména do ordinací praktických lékařů mnoho pacientů, kteří mají marginální somatické potíže, ale nezměrnou potřebu „popovídat si“, u kterých jsou somatické stesky projevem duševního strádání. Lékař by měl být schopen tyto případy rozeznat a přizpůsobit jim svou péči.

DOPORUČENÍ PRO VEDENÍ ROZHOVORU

Doporučení pro optimální vedení rozhovoru lékaře s pacientem rozvádí z českých autorů např. Honzák (1999), Beran (1997), Janáčková a Weiss (2008), Linhartová (2007), Obereignerů (2009), Plaňava (2005) a Vymětal (2003).

Optimálním vedením rozhovoru lékaře s pacientem se v zahraničí zabývají autoři většinou ve spojitosti s tréninkem komunikačních dovedností a hodnocením těchto dovedností, např. Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides (Kurtz & Silverman, 1996), holandský přístup MAAS-Global (van Thiel, Ram & van Dalen, 2000), přístup zaměřený na pacienta – Patient Centered Communication (např. King & Hoppe, 2013), nebo přístup Four Habits (Krupat et al., 2006). V rámci těchto přístupů jsou dostupné materiály s teoretickými východisky a hodnotící nástroje s manuály, které podrobně popisují vhodné komunikační chování.

Zajímavé shrnutí výzkumných zjištění a z nich vyplývajících doporučení pro komunikaci nejen se staršími a zranitelnými pacienty nabízí Williams, Haskard & DiMatteo (2007). Zdůrazňují, že zejména pacientům sociálně izolovaným, emocionálně zranitelným a ekonomicky znevýhodněným je třeba poskytnout náležitou sociální, emocionální a praktickou podporu v citlivém lékařském rozhovoru. Na základě obsáhlé rešerše uvádí Williams et al. (2007) doporučení vyplývající z výzkumných zjištění:

- Lékař by měl zjistit a zdokumentovat, jaký má starší pacient pohled na své budoucí cíle a jak podle něj vypadá kvalitní život.
- Lékař by měl poskytnout možnosti a pobízet pacienta, aby se aktivně zapojil do konzultace, otevřeně hovořil o svém zdravotním stavu, obtížích i obavách, měl by mu umožnit být asertivním partnerem.

- Lékař by měl pravidelně evaluovat svou komunikační kompetenci za použití dotazníků pro pacienty administrovaných po skončení konzultace. Dále může být využita zpětná vazba pomocí interview vedené sestrou, které může dodat další details, na které se nedostalo při lékařské konzultaci.
- Lékař by měl usilovat o řádné rozpoznání deprese zejména u starších pacientů a zahájit co nejdříve její léčbu.
- Také je vhodné, aby lékař citlivě pracoval s kulturními a etnickými rozdíly. Kromě tréninků komunikačních dovedností zaměřených na tyto otázky autoři doporučují zaměstnat kulturně rozmanitý personál, který může se zvládním kulturních odlišností nebo jazykových bariér pomoci.

3.3 ZÁKLADNÍ PRVKY KOMUNIKACE LÉKAŘE S PACIENTEM

V roce 1999 se konala v Kalamazoo konference zaměřená na komunikaci lékaře s pacientem, kam byli pozváni přední odborníci na problematiku z hlavních medicínsko-vzdělávacích a profesních organizací. Účastníci se soustředili na vytvoření koherentní sady základních elementů komunikace mezi lékařem a pacientem tak, aby byl umožněn vývoj, implementace a evaluace výukových modulů s komunikační tematikou v rámci vzdělávání lékařů; a zároveň aby byly položeny základy standardům v této oblasti (Makoul, 2001).

Výsledkem bylo stanovení sedmi základních komunikačních prvků (Essential Elements), které upřednostňují pohled na komunikaci lékaře s pacientem jako na dílčí úkoly, které je potřeba splnit. Jakým způsobem dílčích cílů lékař dosahuje, je ponecháno na jeho osobním komunikačním stylu a preferencích. Komunikační cíle dávají prostor pro přizpůsobování komunikace pacientovým preferencím. Základní komunikační cíle obsahují následující doporučené kroky (Makoul, 2001):

OTEVŘÍT DISKUZI

- Dovolit pacientovy dokončit své úvodní prohlášení
- Zjistit všechny pacientovy obavy
- Vytvořit a udržet osobní spojení

ZÍSKAT INFORMACE

- Používat vhodně otevřené a uzavřené otázky
- Strukturovat, vyjasňovat a shrnovat informace
- Aktivně naslouchat za použití neverbálních (např. oční kontakt) a verbálních (např. slova podpory) technik

POROZUMĚT PACIENTOVĚ PERSPEKTIVĚ

- Prozkoumat kontextuální faktory (např. rodina, kultura, pohlaví, věk, socio-ekonomický status, spiritualita)
- Prozkoumat přesvědčení, obavy a očekávání ohledně zdraví a nemoci
- Uznat a reagovat na pacientovy názory, pocity a hodnoty

SDÍLET INFORMACE

- Používat výrazy, kterým pacient rozumí
- Ověřit pacientovo porozumění
- Povzbuzovat pacienta k pokládání dotazů

DOSÁHNOUT SHODY OHLEDNĚ PROBLÉMŮ A PLÁNŮ

- Povzbuzovat pacienta k participaci na rozhodnutích do takové míry, jakou si přeje
- Ověřit pacientovu svolnost a schopnost dodržovat léčebný plán
- Identifikovat a využít zdroje a podporu

ZAJISTIT UKONČENÍ

- Zeptat se, jestli má pacient další témata nebo obavy
- Shrnout a potvrdit shodu ohledně plánu léčby
- Prodiskutovat následnou péči (např. příští návštěvu, plán pro neočekávané výsledky)

Základní komunikační úkoly podle konference v Kalamazoo byly použity při vývoji hodnotícího nástroje Communication Assessment Tool (Makoul et al., 2007).

4 VÝZKUMY O KOMUNIKACI LÉKAŘE S PACIENTEM

Výzkumy o komunikaci lékaře s pacientem lze rozdělit na dvě skupiny – výzkumy, které se zabývají efekty lékařské komunikace a skupinu výzkumů věnující se faktorům, které lékařskou komunikaci ovlivňují. Jde o dělení poněkud umělé, protože často není zřejmý směr působení a vztahy mezi jednotlivými faktory jsou cirkulární, nicméně se tohoto dělení pro přehlednost podržíme.

4.1 EFEKTY LÉKAŘSKÉ KOMUNIKACE

Efekt lékařské komunikace lze pozorovat zejména v těchto oblastech: rozlišení příznaků a stanovení diagnózy, účinnost léčby, spokojenost pacienta, dodržování léčby pacientem, náklady na léčbu, medicínsko-právní spory. Nyní tyto oblasti blíže upřesníme.

ROZLIŠENÍ PŘÍZNAKŮ A STANOVENÍ DIAGNÓZY

Správně odebraná anamnéza tvoří základ správné diagnózy. Odebrání kvalitní anamnézy je nemyslitelné bez profesionálně vedené komunikace a tvoří základ pro účinnou léčbu (Mareš a Býma, 2011). Podle Ptáčka (2011b) jsou sdělení pacientů důležitá více než objektivní vyšetření zejména pro rozlišení příznaků chronické bolesti hlavy. Pokud lékař pacienta přerušit příliš brzy, může to vést k nevyslovení důležitých symptomů a chybné diagnóze.

Kromě biologických faktorů se při léčbě uplatňují také faktory psychologické a sociální. Lékař by ve svých úvahách o diagnóze neměl vycházet pouze z nálezů patologických změn na orgánu, ale na vzniku a vývoji orgánové patologie hledat podíl těchto psychologických a sociálních faktorů. Podle autora je toto důležité zejména u neuróz, psychosomatických onemocnění nebo nádorových onemocnění.

Honzák (1999) považuje pro stanovení správné diagnózy především lékařovu schopnost naslouchat pacientovi.

ÚČINNOST LÉČBY

Podle Mareše a Býmy (2011) může mít správně volené slovo lékaře ve správný čas terapeutický efekt samo o sobě. Správně vedená komunikace může zvyšovat účinnost léčby. Podle Ptáčka (2011b) je důležitá zejména možnost pacienta diskutovat o svých zdravotních obtížích a pacientův pocit kontroly nad způsobem léčby, stejně jako možnost pokládat dostatek otázek. Autor uvádí vliv kvalitní komunikace na zlepšení zdravotního stavu, rychlejší uzdravu, sníženou spotřebu analgetik nebo snížení úzkosti a deprese.

Oates, Weston a Jordan (2000) došli k závěru, že účinnost léčby se zvyšuje, když se pacient cítí spolutvůrcem léčby a cítí kontrolu nad svým životem.

DODRŽOVÁNÍ LÉČBY PACIENTEM

Mimo ordinaci záleží především na pacientovi, zda a jak se léčí. V odborné literatuře se v souvislosti s dodržováním léčebných pokynů zmiňuje pojem compliance. Je jím myšlena ochota pacienta spolupracovat při léčbě, snaha dodržovat léčebný režim. Janáčková a Weiss (2008) ji považují za výsledek vzájemného vztahu a komunikace. Také Mareš a Býma (2011) a Křivohlavý (2002) se domnívají, že prostředkem, jímž se buduje pacientova compliance i důvěra v lékaře, je především komunikace.

Souvislost mezi komunikací lékaře a pacientovým dodržováním léčby uvádí např. metaanalýza 106 korelačních a 21 experimentálních studií (Zolnierek & DiMatteo, 2009).

Kimmick et al. (2015) uvádějí, že pro dodržování léčby pacientem je zásadní podat pacientovi detailní informace o vedlejších účincích a poskytnout odpovědi na jeho otázky. Podle autorů nelze spoléhat na tištěné zdroje informací, pozitivní efekt má především osobní rozhovor.

SPOKOJENOST S PÉČÍ

Pacient obvykle nedokáže posoudit odbornou stránku péče. Jeho spokojenost s péčí se tedy často zakládá na hodnocení toho, jak k němu lékař přistupoval. Vliv komunikačního chování lékaře na spokojenost pacienta s péčí našli např. Clever, Jin, Levinson a Meltzer (2008).

Haškovcová (2007) zmiňuje anketu, která zjišťovala spokojenost pacientů s péčí. Největší počet námitek se týkal nedostatečné nebo nesprávné komunikace. Nejvyšší podíl stížností na lékaře u České lékařské komory je také zapříčiněných nedostatečnou komunikací, spíše než odborným pochybením (Mach, 2010). K podobným výsledkům průběžně dochází i hodnocení spokojenosti pacientů v rámci projektu Kvalita očima pacientů, kde kvalita komunikace bývá pacienty hodnocena ve srovnání s ostatními ukazateli stále ještě nízko (Jankovská, 2016).

Hall, Roter & Katz (1988) provedly metaanalýzu 41 nezávislých studií obsahujících objektivně měřené chování poskytovatele v lékařských setkáních. Komunikační chování bylo a priori seskupeno do kategorií podávání informací, otázky, kompetence, budování partnerství a socioemocionální chování. Nejčastěji se studie zabývaly spokojeností, vybavením informací, kompliancí a dále pacientovým pohlavím, věkem a sociální třídou. Výsledky ukázaly signifikantní vztahy mezi těmito proměnnými a téměř všemi komunikačními kategoriemi. S množstvím poskytnutých informací souvisela pozitivně zejména vyšší spokojenost pacienta s péčí; množství vybavených informací po konzultaci; kompliance s ním souvisela slaběji. S množstvím poskytnutých informací také pozitivně souvisela pacientova sociální třída - příjem nebo vzdělání. Více informací dostávaly ženy než pacienti mužského pohlaví a pacienti starší. Kladení otázek pacientem mělo nesignifikantní pozitivní souvislost se spokojeností s péčí; dále souviselo negativně s kompliancí a s množstvím vybavených informací. Větší technická kompetence byla spojena s vyšší spokojeností s péčí. Práce na navázání partnerského vztahu byla spojena s vyšší pacientovou spokojeností, kompliancí a vybavením informací. Mezi socioemocionální chování autorky zahrnuly i neverbální projevy a souvislosti byly složitější, např. pacientky dostávaly více neverbální pozornosti, stejně tak jako upravení pacienti; nebo bližší vzdálenost mezi lékařem a pacientem během konzultace byla spojena s lepší výbavností

informací po konzultaci. Zařazení společenské konverzace do konzultace mělo pozitivní vliv na spokojenost s péčí. Autorky dále věnovaly pozornost množství komunikace a uvádí, že více komunikace je spojeno s větší spokojeností, větší výbavností. Lékaři více komunikovali s pacientkami než s pacienty a množství komunikace stoupalo s pacientovým věkem. Autorky shrnují, že ze všech proměnných je komunikační chování (zejména množství podaných informací) spojeno s pacientovou spokojeností s péčí.

October et al. (2016) spokojenost s lékařovou komunikací souvisí s výskytem komunikace zaměřené na pacienta, v symetrickém vztahu se tedy pacienti zdají být spokojenější.

MEDICÍNSKO-PRÁVNÍ SPORY

Se spokojeností pacienta těsně souvisí i oblast medicínsko-právních sporů. Podle Mareše a Býmy (2011) se většina stížností na lékaře týká nedostatků v jednání s lidmi. Stížnosti uvádějí necitlivý přístup k nemocnému, nešetrné vyjadřování, nezájem o problémy nemocného a neochotu mu naslouchat.

Lékařská komunikace (nebo postoje lékařů) je primárním důvodem pro 70 % žalob na zanedbání povinné péče (Ptáček, 2011b). Nejen v České republice, ale i v dalších evropských zemích, dochází k nárůstu žalob na porušení právní povinnosti zdravotnického zařízení informovat. Pokud se prokáže, že pacient neobdržel informace o rizicích a možných alternativách a dojde k poškození zdraví, bývají tyto žaloby podle Macha a Proškové (2011) zpravidla úspěšné. Také proto, že dokazování je jednodušší než v případě žalob na odborně chybný postup.

U velké části stížností stojí na počátku nedostatečná nebo nesprávná komunikace lékaře s pacientem (Mach a Prošková, 2011). Vhodněji vedená vlídná komunikace s pacientem může zabránit mnoha konfliktům, podání trestních oznámení, žalob a stížností (Mach, 2010). Podle odhadu České lékařské komory může jít až o 80 % případů podání stížnosti, žaloby či trestního oznámení proti lékaři či zdravotnickému zařízení, a to dokonce i kdyby měly být oprávněné (Šustek & Holčapek, 2007).

Moore, Adler & Robertson (2000) se zabývali souvislostí mezi vztahem lékaře a pacienta a pacientovým záměrem podat žalobu pro zanedbání péče. Autoři se dotazovali

104 pacientek porodnického oddělení, které byly po porodu. Výsledky ukázaly, že pozitivní komunikační chování lékaře souviselo s lepším pacientčíným vnímáním lékařovy kompetence a zároveň s méně častým a méně rozhodným záměrem podat žalobu pro zanedbání péče na lékaře a nemocnici.

NÁKLADY NA LÉČBU

Efektivní komunikace má v konečném důsledku vliv i na výši nákladů na péči. Ptáček (2011b) uvádí především přímý vliv na zkracování pobytu v nemocnici. Psychoterapeuticky vedený rozhovor může působit prospěšně na pacientovu psychiku a tak urychlovat a usnadňovat léčebný proces (Beran, 1997). Křivohlavý (2002) zmiňuje, že důležité je zajistit pacientovu spokojenost, protože spokojený pacient je z finančního hlediska méně náročný než pacient nespokojený.

Pokud pacient svému lékaři nedůvěřuje a neakceptuje jeho diagnostický závěr, může mít tendenci vyhledat jiného lékaře se žádostí o jeho prošetření. V současnosti nejsou stanovena pravidla pro způsob dožádání druhého názoru. Pacienti dle svého vlastního uvážení mohou navštívit neomezený počet lékařů, dokud nenaleznou toho, kterému důvěřují. Výsledkem je značná ekonomická náročnost (Haškovcová, 2007).

4.2 CO OVLIVŇUJE KOMUNIKACI LÉKAŘE A PACIENTA

Komunikace lékaře s pacientem obsahuje celou řadu proměnných, které ji dotvářejí, zabarvují a někdy i podstatně určují (Vymětal, 2003). Některé faktory vstupující přímo či nepřímo do této interakční situace - jakým způsobem ji ovlivňují, se pokusíme nastínit v této kapitole.

Vztah lékaře a pacienta není určován jen faktory psychologickými, ale i složitostí medicíny v celém biopsychosociálním pohledu, emocemi a osobností lékaře (Irmíš, 2012). Mareš a Býma (2011) uvádějí, že úspěch komunikace záleží na typu pacienta, na typu lékaře, na kvalitě jejich vzájemného vztahu a na systému zdravotní péče. V souladu s tím rozdělují faktory ovlivňující komunikaci lékaře s pacientem do čtyř skupin: faktory související

s pacientem, faktory související s lékařem, faktory vztahu lékař – pacient, faktory související se zdravotnickým systémem.

FAKTORY SOUVISEJÍCÍ S LÉKAŘEM

Mareš a Býma (2011) mezi faktory související s lékařem počítají jeho klinické zkušenosti, míru ochoty riskovat, osobnostní zvláštnosti lékaře, znalosti pacientovy osobnosti a vztah k péči orientované na pacienta. Vymětal (2003) dále uvádí ještě obor specializace lékaře. Ptáček (2011b) dodává absolvovaný trénink komunikačních dovedností.

Záležit může i na pohlaví lékaře. Podle Streeta (2005) mají lékařky větší tendenci vyjadřovat v hovoru s pacientem podporu, než lékaři. Konzultace lékařek trvají v průměru o dvě minuty déle než konzultace lékařů. Lékařky vykazují více takové chování, které se řadí k přístupu zaměřeného na pacienta (Roter & Hall, 2004). Lékařky mají podle autorek větší tendenci k partnerskému způsobu vedení konzultace, vyjadřují podporu, poskytují psychologické poradenství, zaměřují se více na psychosociální oblasti a prožívání pacienta. Obrácený vzorec lze pozorovat u gynekologů, kde větší zaměření na prožívání pacientek vykazují lékaři.

Ptáček (2011b) upozorňuje, že délka praxe u lékařů a zdravotníků nesouvisí s kvalitou komunikace, protože lékaři mají tendenci využívat stále stejné, neměnicí se styly konzultací, které aplikují na všechny pacienty. Vztah k délce praxe nebo odbornosti lékaře podle autora není. Takové výsledky publikovali např. Epstein et al. (1985). Laidlaw et al. (2001) ukázali, že lékaři s delší praxí hodnotí své vlastní komunikační dovednosti výrazně lépe, objektivně ale rozdíl mezi nimi a lékaři na počátku praxe není. Zachariae et al. (2003) uvádí, že lékařova nízká úroveň empatie a schopnosti porozumění souvisela se sníženou schopností posoudit pacientovu spokojenost.

Pokud pouhá zkušenost k osvojení komunikačních dovedností nestačí, lze si komunikační dovednosti osvojit systematickou a cílenou přípravou. Komunikace je dovednost a jako takové je možné si ji osvojit a zdokonalovat se v ní (Beran, 1997; Honzák, 1999; Ptáček, 2011b). Dovednosti získané tréninkem přetrvávají během další profesní kariéry. Tvzení, že komunikační schopnosti mohou být naučeny, podporuje např. Aspegren (1999)

v systematické metaanalýze 180 studií zaměřených na komunikační dovednosti v medicíně. Vliv tréninku na komunikační dovednosti a v důsledku toho i na compliance pacienta prokázala také novější metaanalýza 106 korelačních a 21 experimentálních studií (Zolnierek & DiMatteo, 2009).

Trénink by se měl zaměřovat na jednotlivé komunikační dovednosti. Maguire a Rutter (1976) zjišťovali úroveň schopnosti získávat a podávat informace u dvou skupin mladých lékařů. Lékaři z první skupiny absolvovali o pět let dříve komplexní komunikační trénink zaměřený na naslouchání pacientům, lékaři z druhé skupiny nikdy neabsolvovali žádný výcvik v komunikačních dovednostech. Byly zaznamenány mezi skupinami výrazné rozdíly ve schopnosti získávat informace. Ve schopnostech informace podávat rozdíl nalezen nebyl. Zajímavé je zjištění Irmíše (2012) v českých podmínkách. Zabýval se zkušenostmi lékařů s pozicí pacienta se závažnou nemocí. Po prodělané vážné nemoci získá lékař kritičtější pohled na medicínu a získá empatičtější, širší a chápavější přístup k pacientovi.

FAKTORY VZTAHU LÉKAŘ – PACIENT

Mezi faktory vztahu lékař – pacient lze podle Mareše a Býmy (2011) řadit: délku vztahu, míru vzájemné důvěry, míru souladu mezi hodnotami, míru souladu sociálního, kulturního a etnického původu.

Pacient musí mít k lékaři především vztah důvěry, aby byla komunikace úspěšná. Jestli je pacient připraven sdělovat osobní a intimní informace, je zásadní hned v úvodu pro sběr anamnézy. Důvěra je také základním kamenem compliance (Deppermann, 2007; Janáčková & Weiss, 2008; Křivohlavý, 2002; Vymětal, 2003). Zároveň se důvěra velkou měrou utváří právě v procesu komunikace.

Epstein, Taylor a Seage (1985) uvádějí, že komunikace mezi pacientem a lékařem byla méně efektivní, když byl pacientův socioekonomický status nižší než lékařův. Toto potvrdili i Willems, Maesschalck, Deveugele, Derese a Maeseneer (2005) ve své metaanalýze.

Někteří pacienti mohou při tlaku na rozhodnutí zažívat emoční stres. Tito pacienti si nemusejí přát být plně informováni o svém zdravotním stavu, nebo o něm rozhodovat (Kiesler & Auerbach, 2006). Haškovcová (2007) doporučuje, aby lékař přizpůsobil svůj

komunikační styl pacientovi. Někteří mohou oproti všeobecně doporučovanému na pacienta zaměřenému stylu preferovat tradiční paternalistický přístup.

Sandhu et al. (2009) ve svém přehledovém článku sledují, jakou podobu má komunikace v různých genderových dvojicích. Výsledky jsou podle autorů nepříliš signifikantní a málo zobecnitelné – např. konzultace, které proběhly v dvojici typu pacientka – lékařka, byly nejvíce propacientsky orientované, trvaly nejdelší dobu a obsahovaly nejvíce slov. Zároveň ovšem obsahovaly také nejvíce biomedicínských sdělení.

Jaký vliv může mít na vztah lékaře s pacientem skutečnost, že pacient vnáší do konzultace informace získané z internetu, zjišťovali Murray et al (2003). Provedli šetření mezi 3209 respondenty, ze kterých 31 % hledalo na internetu zdravotní informace v průběhu uplynulých 12 měsíců a pouze 8 % z celkového počtu přineslo tyto informace do konzultace se svým lékařem. Většina (71 %) pacientů tak učinila z důvodu, že chtěli znát lékařův názor. Vliv dotazování lékaře ohledně zdravotních informací z internetu na vztah lékař – pacient nebyl významný v případě, že lékař disponoval adekvátními komunikačními dovednostmi a nepůsobil na pacienta, jako kdyby jeho otázky byly výzvou.

FAKTORY SOUVISEJÍCÍ SE ZDRAVOTNICKÝM SYSTÉMEM

Faktory souvisejícími se zdravotnickým systémem jsou podle Mareše a Býmy (2011) myšleny především: dostupnost péče, možnost volby lékaře, vybavenost ordinace, kvalifikovanost a chování personálu a čekací doba.

Bylo by možné zařadit sem i atmosféru, jak ji chápe Křivohlavý (2002), a sice emocionální postoj personálu k sobě navzájem. I ta může ovlivňovat komunikaci s pacientem.

Deppermann (2007) hovoří v této souvislosti o institucionálních rámcových podmínkách. Řadí mezi ně především: právní aspekty, kterým musí lékař dostát – např. informovat o rizicích a organizačně - pracovní aspekty, zejména daný časový rámec nebo povinnost vést písemnou dokumentaci.

Podle Slámy (2011) by se lékař při poskytování péče neměl nechat ovlivnit ekonomickými vlivy, jeho chování by mělo být motivované pouze snahou pomoci pacientovi v jeho zdravotních potížích. Přesto je vliv ekonomiky na chování zdravotníků a jejich vztahu

k pacientovi nesporný. Příkladem může být nedostatek času a tlak na výkon, kterými lékaři zdůvodňují, proč nemohou s pacientem více hovořit (Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2003).

Sláma (2011) uvádí, že k rozdílnému chování ve vztahu k pacientům mohou vést rozdílné formy financování péče. Podle autora se různými způsoby úhrad mění ekonomická motivace poskytovatelů zdravotní péče a tím i přístup k pacientům. Rozdíly mohou být v kontextu různých modelů financování zdravotnictví.

Nebo se mohou vyskytnout odlišnosti mezi lékaři - zaměstnanci a lékaři samostatně působícími. Zatímco na lékaře v zaměstnaneckém poměru bude doléhat ekonomický tlak především v podobě minimalizace nákladů, samostatně působící lékaři půjdou spíše cestou maximalizace příjmů (Maaytová, 2012).

Lékaři věnující se pacientům podle potřeby za to dle Linhartové (2007) platí nedostatkem času a ocitají se pod tlakem. Pojišťovna stanoví na rozhovor s pacientem 10 - 15 min, čas věnovaný pacientovi nad tuto míru není lékaři proplacen. *„Edukační rozhovory o prevenci, životním stylu, popřípadě rozhovor s jeho rodinou, je hrazen pouze v případech zvláště definovaných a specifikovaných zákonem. Lékař je k rozhovorům nad normu motivován jen svou lékařskou ctí, vztahem k nemocnému a odpovědností k povolání“.*

Situaci neprospívá ani skutečnost, že pacienti musí na setkání s lékařem čekat. Studie zaměřená na spokojenost pacienta a lékaře s konzultací ukázala, že pacientova spokojenost s konzultací ve velké míře souvisela se spokojeností s čekací dobou (Shilling, Jenkins & Fallowfield, 2003).

V šetření mezi onkologickými zdravotními sestrami zjistili Zamanzadeh et al. (2014), že negativně ovlivňuje kvalitu i kvantitu jejich komunikace s pacientem nadbytek pracovních povinností a nedostatek času, vynucené povinnosti (nařízené směny navíc, povinná školení) a nedostatek dohledu a důrazu na komunikaci s pacientem.

Street et al. (2014) upozorňují také na negativní vliv využití výpočetní techniky během konzultace. Ta je nezbytnou součástí praxe, pokud ovšem lékař tráví více času hledáním na monitor a vznikají kvůli tomu delší úseky mlčení, pak to má negativní dopad na hodnocení lékařových komunikačních dovedností pacientem.

FAKTORY SOUVISEJÍCÍ S PACIENTEM

Mezi faktory související s pacientem podle Mareše a Býmy (2011) patří: závažnost nemoci, dosavadní zkušenosti, osobnostní zvláštnosti, hodnotový systém, emoční distres, vzdělání, sociální postavení, rodinné zázemí a očekávání pacienta. Vymětal (2003) uvádí ještě věkovou kategorii a typ onemocnění. Podle Křivohlavého (2002) svoji roli hraje ještě psychický stav pacienta (např. strach a úzkost), jeho intelektuální vyspělost, zkušenost a obeznámenost pacienta se zdravotním problémem.

Vymětal (2003) uvádí některé komunikační bariéry na straně pacienta, které znesnadňují komunikaci s ním. Souvisí především s věkem pacienta (malé děti, senioři), smyslovými nebo mentálními defekty, s duševní poruchou nebo neznalostí jazyka.

Vliv emocionálního stavu pacienta na komunikaci uvádí např. Křivohlavý (2002) nebo Van Bruinessen et al. (2013). Schenker, Stewart, Na a Whooley (2009) ve studii mezi pacienty s kardiovaskulárním onemocněním prokázali souvislost komunikačních deficitů s depresivními symptomy pacienta, zatímco vážnost onemocnění a komorbidity tuto souvislost neměly. To by ukazovalo na souvislost pouze s psychickým (ne fyzickým) stavem pacienta. K podobným výsledkům dospěli i Calo, Ortiz, Colon-Lopez, Krasny a Tortolero-Luna (2014) a Rutten, Augustson a Wanke (2006). Křivohlavý (2002) upozorňuje na vliv úzkosti, strachu z rozhovoru s lékařem. Kvůli nim může docházet k těžkostem v pacientově projevu, jako je nesouvislost sdělení, zabíhání k nepodstatnému, zamlčení podstatných příznaků a poznatků.

Calo et al. (2014) mimoto uvádějí, že pacientem vnímaná kvalita komunikace byla nižší u pacientů nedůvěřivých a u pacientů nezaměstnaných. Pacienti, kteří chodili k lékaři častěji, mu důvěřovali více.

Pomocí 41 videonahrávek zkoumal lékařské konzultace praktických lékařů Street (1991). Podle jeho zjištění podávání informací ohledně diagnózy a zdravotního stavu souviselo zejména s pacientovou úzkostí, vzděláním a pokládáním dotazů. Podávání informací ohledně léčby souviselo zejména s pacientovými dotazy a vyjadřování starostí. Projevy asertivity u pacienta byly silně ovlivněny lékařovými výroky podporujícími partnerství.

K podobným výsledkům dospěl i při následující analýze nahrávek 115 pediatrických konzultací Street (1992).

Také Street., Gordon & Haidet (2007) našli rozdíly v komunikaci lékaře s pacientem v souvislosti s pacientovými charakteristikami, když analyzovali audionahrávky konzultací 29 lékařů s 207 pacienty. Lékaři v této studii se ve svém chování orientovali na pacienta více s takovými pacienty, které vnímali jako lepší komunikátory, jako více spokojené a více spolupracující. Lékaři dále projevovali více pacientky orientované komunikace orientované na pacienta a vnímali příznivěji ty pacienty, kteří dávali najevo pozitivní emoce, byli více angažovaní a méně konfrontující. Lékaři se chovali více konfrontujícím způsobem k pacientům černé pleti, které zároveň vnímali jako méně efektivní komunikátory a méně spokojené. Lékaři, kteří sami sebe popisovali jako lékaře s patientsky orientovaným přístupem, skutečně také více propacientsky komunikovali. Autoři shrnují, že silný vliv na interakce mezi lékařem a pacientem mají reciprocita a vzájemné působení, které se může násobit v obou směrech.

Street (1991) zjistil, že množství informací, které pacient od lékaře obdrží, je závislé na některých jeho charakteristikách a také na jeho komunikačním stylu. Komunikačně více aktivní pacienti dostávají od lékaře více informací a dostává se jim od lékaře více podpory (Street et al., 2005). Aktivními pacienty bývají podle jejich zjištění pacienti s vyšším vzděláním a pacienti bílé rasy. Cegala a Post (2009) uvádějí, že aktivní pacienti více podněcují lékaře ke komunikačnímu stylu orientovanému na pacienta.

Zejména pro onkologicky léčené pacienty by mohl být výhodný nácvik komunikačních dovedností (Cegala, 2003). Nejlepší efekt pro zlepšení komunikačních dovedností pacienta má nácvik s lektorem, což je ale značně nákladné. Proto autor doporučuje využívání tréninkových cd, případně využití online instruktážních programů, které mohou kromě obrazového materiálu využívat i interakční složku a zapojit pacienta do praktických cvičení. Efekt tréninku pro pacienty zaměřeného na pokládání otázek během lékařské konzultace zkoumala Roterová (1977). Pacienti, kteří tuto výuku absolvovali, kladli více přímých otázek během hovoru s lékařem, než pacienti z kontrolní skupiny. Zároveň ale došlo k výraznému posunu atmosféry lékařské konzultace. U edukovaných pacientů byla situace proscena

negativními emocemi, byla úzkostná a zlostná, zatímco u kontrolní skupiny byla popisována jako vzájemně účastná.

Přestože pacient je velmi důležitým článkem, nelze na něj u zlepšování kvality komunikace příliš zaměřovat pozornost. Lékař musí poskytnout péči všem, nejen těm pacientům, se kterými se pracuje dobře. Křivohlavý (2002) doporučuje, aby lékaři vyzývali své pacienty, aby si před vstupem do ordinace napsali na lístek tři věci, na které by chtěli lékaře upozornit. Podle Thompson, Nanni a Schwankowski (1990) byli takto vedení pacienti významně spokojenější s rozhovorem s lékařem, než pacienti z kontrolní skupiny. K napsání poznámek pacienty může vyzvat cedulka na nástěnce nebo zdravotní sestra.

Ne všichni pacienti si však přejí být aktivní. U lékaře mohou preferovat paternalistický styl komunikace. Preference komunikačního stylu může být ovlivněna úrovní pacientova vzdělání. Aelbrecht et al. (2015) uvádějí, že pacienti s nižším vzděláním mají tendenci upřednostňovat expertní názor lékaře, než pacienti se středním a vyšším vzděláním.

Podobná zjištění uvádí Roterová (1997) a Kaplanová (1995) a McKinstry (2000). Roterová (1997) provedla analýzu audionahrávek lékařských konzultací 127 lékařů a 537 pacientů v primární péči pomocí Roter Interaction Analysis System. Identifikovala přitom 5 rozdílných komunikačních vzorců: úzký biomedicínský (uzavřené otázky, biomedicínské zaměření, 32 % konzultací); rozšířený biomedicínský (s občasným výskytem psychosociálních témat; 33 % konzultací); biopsychosociální (vyvážené zastoupení biomedicínských a psychosociálních témat, 20 % konzultací); psychosociální (převažuje psychosociální témata, 8 % konzultací); konzumentský (převažují pacientovy otázky a podávání informací lékařem, 8 % konzultací). Biomedicínský komunikační vzorec byl použit častěji u více nemocných, starších pacientů s nižšími příjmy. Lékařova spokojenost s konzultací byla nejnižší u biomedicínského modelu a nejvyšší u konzumentského modelu. Pacienti byli nejspokojenější s psychosociálním způsobem vedení konzultace.

Kaplan et al (1995) sledovala zapojování pacienta do rozhodování na vzorku 8316 pacientů od 344 lékařů. Uvádí, že pacienti nad 75 let, mladí dospělí mladší než 30 let, pacienti se středním vzděláním a nižším, pacienti z minorit a mužští pacienti se podíleli na rozhodování o léčbě nejméně. Pacienti mužského pohlaví byli zapojováni do rozhodování o léčbě méně často v případech, kdy byl lékařem muž, oproti konzultacím

vedených lékařkou nebo ve srovnání s konzultacemi, ve kterých byla pacientkou žena, ať už byla konzultace vedená lékařem nebo lékařkou. Zapojování pacientů do rozhodování také pozitivně souviselo s dobou trvání lékařské konzultace a dobou trvání vztahu lékař-pacient.

Pacienti se liší ve svých preferencích, do jaké míry chtějí být zapojeni do rozhodování o své léčbě. McKinstry, B. (2000) na základě výzkumu mezi 410 pacienty z pěti skotských ordinací uvádí, že tyto preference souvisí s prezentovaným problémem (fyzické potíže byly spojeny s direktivním přístupem); pacientovým věkem (pacienti nad 61 let většinou preferovali direktivní přístup); sociální skupinou (vyšší společenské třídy preferovaly spíše sdílené rozhodování). Preference nesouvisely s pohlavím, frekvencí návštěv u lékaře nebo vnímaným zdravotním stavem.

Ve finském Health 2011 Survey se zaměřili pomocí dotazníků a rozhovorů na vzorku 5806 dospělých na podávání informací o zdravotním stavu, vyslechnutí pacienta a projevení porozumění u zubního lékaře během poslední návštěvy (Raittio, Lahti & Suominen, 2019). Většina dotazovaných 85 % - 90 % dotazovaných uváděla, že dostali dostatečné informace. Jako deficitní vnímali komunikaci především pacienti, kteří vnímali své orální zdraví jako nedostatečné, k zubaři chodili nepravidelně, nebo byli v obtížné ekonomické situaci.

Na pacientovy charakteristiky ovlivňující interakci mezi lékařem a pacientem se zaměřila Stewartová (1984). Pomocí Bales Interaction Process Analysis hodnotila 140 audionahrávek z lékařských konzultací akutních i chronických potíží. Zjistila, že u starších pacientů lékaři více zjišťovali dodržování medikace, ale projevovali méně pozitivního raportu. Starší pacienti také častěji vyjadřovali antagonistické pocity. Patientky častěji popisovaly své pocity, zatímco pacienti se soustředili na prezentování faktů. Lékaři toto aktivně podporovali tím, že se sami otevřeněji vyjadřovali a patientky k projevům pocitů vybízeli. Pokud byli pacienti vysokoškolsky vzdělaní, měli lékaři tendenci více oslovovat jejich intelekt, zatímco emocionální podporu nabízeli spíše pacientům s nízkým vzděláním.

Pendleton & Bochner (1980) na základě analýzy 79 videozáznamů lékařských konzultací ve Velké Británii zjistili, že rozdíly v množství podávání informací lékařem záleželo na pohlaví pacientů. Ženy dostávaly více informací, pokud se zeptaly. Množství

vysvětlujících informací dobrovolně podané lékařem záviselo na sociální třídě pacient – ti z vyšších tříd dostávali automaticky více informací.

Souvislost socioekonomického statusu zjišťovaného podle dosaženého vzdělání a chování lékaře při konzultaci zkoumali Fiscella et al. (2002) přímým pozorováním, auditem a dotazováním pacientů mezi 138 lékaři více oborů primární péče při 2538 konzultacích. V konzultacích s pacienty se středním a nižším vzděláním než středním strávili lékaři více času fyzickou prohlídkou, edukací o stravování a méně času pacientovými dotazy, zjišťováním pacientových zdravotních znalostí, vyjednáváním nebo edukací o cvičení. Podle autorů toto indikuje, že s pacienty nižšího socioekonomického statusu lékaři používají direktivnější komunikační styl než se vzdělanými pacienty. Zároveň bylo zjištěno, že méně vzdělaní pacienti byli celkově méně spokojeni s průběhem konzultací, přestože lékař častěji vyhověl jejich očekávání. Efekt vzdělání byl relativně malý, přesto může být podle autorů pro poskytování primární péče významný.

Zajímavý vhled do názorů pacientů na lékařskou komunikaci poskytla studie Gulliver, která proběhla v Belgii, Nizozemí, Velké Británii a Itálii (Moretti et al., 2012; Aelbrecht et al., 2015). Cílem bylo prozkoumat, jak laici hodnotí lékařovy komunikační dovednosti. Skupinám laiků prezentovali videonahrávky (dvě z celkem čtyř) lékařských konzultací (které vedli medic). Celkem se studie zúčastnilo 259 participant. Každý panel obsahoval 6 - 9 účastníků. Po zhlédnutí videa byli účastníci požádáni, aby hodnotili lékařův výkon. Pro vyhodnocení byly využity kvalitativní i kvantitativní metody. Účastníci s nižším vzděláním nejčastěji hodnotili pozitivně komunikační aspekty spojené s emoční oblastí konzultace následované aspekty zaměřené na problém. Účastníci se středním a vyšším vzděláním pozitivně hodnotili nejvíce aspekty zaměřené na problém. Účastníci s nižším vzděláním také méně často projevovali svůj pohled na věc. Výsledky podle autorů (Aelbrecht et al., 2015) naznačují, že méně vzdělaní účastníci se k lékařovu expertnímu postoji v konzultaci přiklánějí spíše než více vzdělaní účastníci. Kompetence lékaře byla kategorií shodně důležitou pro všechny vzdělanostní kategorie účastníků.

Vlivu socioekonomického statusu pacienta na lékařovy postoje vůči pacientům se věnovali Van Ryn & Burke (2000). Šetření proběhlo mezi 193 lékaři, kteří poskytli data k 618 postangiografickým konzultacím. Lékaři měli tendenci vnímat více negativně

Afroameričany ve srovnání s bílými pacienty a také pacienty z nižších socioekonomických skupin. Lékaři spojovali s rasou pacientovu inteligenci, své vlastní přátelské pocity a přesvědčení o pacientově tendenci k riskantnímu chování a adherenci. Podle pacientova socioekonomického statusu lékaři uváděli rozdílné vnímání pacientovy osobnosti, schopností, behaviorálních tendencí a požadavky na roli.

Souvislosti mezi pacientovými charakteristikami a komunikačními vzorci se věnovali Siminoff, Graham & Gordon (2006). Ve studii provedené ve 14 ordinacích s 58 onkology a 405 nově diagnostikovanými pacientkami s rakovinou prsu. Byly analyzovány audionahrávky z konzultací a pacientky a lékaři byli dotazováni ihned po skončení konzultace. Rozdíly byly nalezeny mezi všemi demografickými charakteristikami. Mladší pacientky a pacientky se vzděláním vyšším než středním a stejně tak pokud patřily k vyšší nebo střední příjmové třídě pokládaly více otázek a projevovaly více proaktivního chování.

O souvislosti socioekonomického statusu a komunikaci s lékařem Smith, Wolf & Wagner (2010) na základě šetření mezi 7674 pacienty uvádí, že 37,4 % pacientů nemá dostatečnou důvěru ve svou schopnost porozumět zdravotním statistikám a při sdělování rizik preferují slovní ohodnocení, než sdělování pravděpodobnosti čísel. Také uvádí, že starší pacienti, pacienti s nízkým příjmem, vzděláním nebo z etnických minorit častěji vnímali interakci s lékařem jako špatnou.

Také Blanquicett et al. (2007) uvádějí, že komunikace lékaře a pacienta je méně efektivní, pokud je pacient nižšího socioekonomického statusu určeného vzděláním, příjmem nebo povoláním. (Sběr dat proběhl přes telefon na stratifikovaném randomizovaném vzorku 400 obyvatel Alabamy.) K podobným výsledkům došel i Epstein et al., (1985).

Arpey, Gaglioti & Rosenbaum (2017) pacienti uvádí, že pacientův socioekonomický status má vliv na jejich interakce s lékařem.

Pantell et al. (1982) *rozdíly v komunikaci v závislosti na socioekonomickém statusu nenašel.*

Burt et al. (2016) analyzovali data z English GP Patient Survey 2012– 2014, zahrnující 1 599 801 respondentů. Zaměřili se na zkušenosti s komunikací praktického lékaře a zjistili rozdíly podle pohlaví, etnicity a věku, kdy pacienti starší, ženy a Asiaté hodnotili nejhůře.

Tyto výsledky jsou konzistentní se starším šetřením Campbell et al. (2001) pomocí General Practice Assessment Survey (GPAS) v 55 Londýnských ordinacích, kde vyhodnotili

7692 dotazníků. Podle jejich zjištění existovaly rozdíly v hodnocení lékařovy komunikace zejména u věku (starší hodnotili lépe), socioekonomického statusu (s vyšším hodnotili lépe) a etnického statusu (Asiaté a černoši hodnotili hůře). Autoři nezjistili rozdíly podle pohlaví. V Rakousku zkoumali Angerer, Waibel & Stummer (2019) souvislost vzdělání a dostupnost péče. Požádali 1200 rakouských lékařů o konzultaci, přičemž variovali pacientovu úroveň vzdělání. Výsledky ukazují, že pacienti s vysokoškolským vzděláním dostávají termín ve více případech, než lidé s nižším vzděláním. Pokud termín domlouval lékař (oproti dalšímu personálu), pak pacient s vysokoškolským titulem obdržel termín také významně rychleji, než pacient bez vzdělání.

Ve studii provedené Aelbrechtem et al. (2019) množství negativních interakcí souviselo seznalostí jazyka a úrovní vzdělání, ale nebyl zjištěn žádný vliv etnicity.

Podle Coats et al. (2018) souvisí hodnocení komunikačních dovedností lékaře s etnicitou (minority hodnotí lépe), příjmem (s nižším příjmem hodnotí lépe), a religiozitou (s vysokou hodnotí komunikaci lépe). Podle autorů může být intervenující proměnnou důvěra v lékaře, která pozitivně koreluje s hodnocením komunikace a zároveň s uvedenými socioekonomickými charakteristikami pacienta.

Street & Haidet (2011) ukázali pomocí studie se smíšeným designem s 207 pacienty, že lékaři neodhadují příliš dobře přesvědčení pacientů o jejich zdraví, zejména pak, pokud byli pacienti jiné rasy než lékař. Lékaři měli tendenci připisovat pacientům svá vlastní přesvědčení o jejich zdravotním stavu.

Metaanalýza článků vydaných v letech 1965 – 2011 (zařazeno bylo 20 článků) o souvislosti sociálního gradientu a komunikace lékaře s pacientem ukázala, že pacienti z nižších ekonomických skupin dostávají od lékařů méně socioemocionální podpory. Lékaři s nimi jednájí více direktivně a méně je nechávají se podílet na rozhodnutích. Zároveň jim poskytují méně informací jak diagnostických, tak informací o léčbě. Lékaři dávají více informací, více vysvětlují a více emocionálně podporují pacienty s vyšším socioekonomickým statusem a zároveň je i více zapojují do rozhodování (Verlinde et al., 2012). Přehledový článek o souvislostech rasy, etnicity, jazykových dovedností a vztahu lékaře s pacientem publikovali Ferguson & Candib (2002). Uvádí, že našli konzistentní důkazy o tom, že rasa, etnicita a jazykové dovednosti podstatně ovlivňují kvalitu vztahu

lékaře s pacientem Pacienti z minorit, zvláště ti, kteří nemluví dobře anglicky, dostávali od svých lékařů méně projevů empatie, byl mezi nimi ustanoven slabší raport, dostávají méně informací a bývají méně pobízeni k podílení se na medicínském rozhodování.

Willems et al. (2005) provedli metaanalýzu 12 výzkumných sdělení a článků s metaanalýzami, ve které se zaměřili na otázku, jestli pacientův socioekonomický status ovlivňuje komunikaci lékaře s pacientem. Podle autorů výsledky ukazují, že pacienti z nižších společenských tříd dostávají od svých lékařů méně pozitivních socioemocionálních výroků a lékaři s nimi zauímají více direktivní a méně participativní konzultační styl, který je charakteristický podáváním menšího počtu informací, pokynů a výroků, které budují partnerský vztah. Lékařův komunikační styl je přitom zároveň ovlivněn způsobem, jakým komunikují pacienti – ti z vyšších sociálních tříd komunikují aktivněji a projevují více afektů, čímž získávají více informací od svého lékaře. Pacienti z nižších sociálních vrstev jsou častěji znevýhodněni, protože lékař nesprávně vnímá jejich touhu a potřebu po informacích a jejich schopnost podílet se na procesu léčby. Autoři doporučují, aby i pacienti zaujali během konzultací více proaktivní a asertivní komunikační styl.

Ahmadi, Machuca & Sabbah (2019) analyzovali data z průzkumu provedenému ve Velké Británii. Zjistili, že zubní lékaři poskytují méně doporučení pacientům, kteří vykazují špatné orální zdraví, tedy těm, kteří by je potřebovali nejvíce.

4.3 ODBORNÝ ZÁJEM V ČESKÉ REPUBLICCE

V České republice neměla před rokem 1989 etická a komunikační témata příliš velkou tradici. Podle Haškovcové (2007) se dilematické situace prakticky nevyskytovaly, o poskytování informací rozhodoval výhradně lékař. Centrální etická komise při vědecké radě Ministerstva zdravotnictví ČR začala pracovat v roce 1990 a první verze etického kodexu Práva pacientů byla vyhlášena v roce 1992.

Od té doby došlo k celé řadě změn. Změnila se legislativa, došlo ke změnám v České lékařské komoře, vnikla celá řada patientských sdružení. Na vysokých školách probíhá výuka komunikačních témat a existuje také nabídka kurzů v rámci postgraduálního

vzdělávání. Nabízeny jsou kurzy s rozmanitým zaměřením s různou časovou dotací, od půldenních kurzů po komplexní roční kurz s dotací 100 hodin (Kunertová, 2015).

Opakovaně je poukazováno na nespokojenost pacientů s lékařskou komunikací, nedostatek času, personálu a prostředků ve zdravotnictví, na organizační slabiny i na stále nedostatečnou výuku.

Nevýhodou pro komunikaci je také, že se na léčbě podílí mnoho odborníků z několika různých pracovišť (Medical Tribune, 2016). Pacient je fragmentován na soubor výsledků vyšetření, dochází k dehumanizaci pacienta (Irmiš, 2016). Podle Zacharové (2014) jsou lékaři pravidelně konfrontováni s pacienty, kteří přicházejí s nedůvěrou a potřebují psychologický přístup, který jim lékaři nejsou schopni poskytnout. Místo toho zažívají při komunikaci s lékařem stres (Irmiš, 2012).

V současné době se tématu komunikace s pacienty dostává v odborných kruzích značné pozornosti. Například Česká lékařská komora pořádá pravidelnou konferenci Etika a komunikace v medicíně, v minulém roce proběhla již popáté (Medical Tribune, 2016). Přednášejícími bývají přední odborníci, kteří se vyjadřují k jednotlivým aspektům tematiky a jejich příspěvky bývají následně vydávány knižně.

V odborných lékařských časopisech se opakovaně objevují články, které apelují na zlepšení statu quo - např. Irmiš (2016), Šeblová (2016) a Zacharová (2014). Některé dávají přímo návod, jakým způsobem lépe s pacienty komunikovat - např. Honzák (2016), Kamarádová, Látalová a Hajda (2016), Linhartová (2012) a Pičman (2014). Objevují se i kazuistiky – např. Rozhovor somatického lékaře s pacientkou (2015).

Hrešanová (2014) provedla kvalitativní výzkum mezi 8 pacientkami porodnic zaměřené na jejich zkušenosti s péčí okolo porodu. Mimo jiné zjistila, že ženy nejvíce kritizovaly nedostatek komunikace ze strany personálu, zejména při zasahování do intimní sféry pacientek a poskytování informací o jejich zdravotním stavu, nebo o průběhu péče. Zároveň respondentky uváděly, že neobdržely ani základní edukaci o způsobu péče o dítě nebo o kojení.

Glajchová (2016) si všímá změny rolí mezi lékaři a pacienty a vlivu informací z internetu na jejich vztah. V kvalitativním šetření mezi 12 lékaři (praktickými a chirurgy) zjistila, že lékaři se stále častěji setkávají s pacienty, kteří čerpají medicínské informace

z internetových zdrojů. Lékaři tuto skutečnost hodnotí negativně a získané informace považují za mylné a povrchní. Zároveň lékaři mají pocit, že pacienti důvěřují více těmto informacím z internetu, než jim samotným a cítí se zpochybněni ve své autoritě zejména jako primárního zdroje informací. Zároveň vnášení získaných poznatků z internetu považují za problematizaci komunikace.

Lze konstatovat, že odborná veřejnost uznává potřebu zlepšení přístupu k pacientovi v českých zdravotnických zařízeních a že snahy o zlepšení komunikace s pacienty probíhají. Je otázkou, jak se tyto snahy projevují v praxi a jakým způsobem lékaři sami ke zlepšování komunikace s pacienty přistupují.

5 DOTAZNÍKY TÝKAJÍCÍ SE KOMUNIKACE LÉKAŘE S PACIENTEM

Nástroje pro měření komunikace mezi lékařem a pacientem lze rozdělit do čtyř kategorií (Street & Mazor, 2017):

- nástroje měřící komunikační chování (využívající kódování komunikačního chování nezávislým posuzovatelem);
- míry výbavnosti (hodnotící míru zapamatování určitých komunikačních prvků);
- hodnotící nástroje (využívající hodnocení přímých účastníků komunikace nebo nezávislých pozorovatelů);
- multifacetové nástroje (kombinující behaviorální a hodnotící nástroje).

Hodnotící nástroje využívající hodnocení pacientů mohou lékaři používat ve své praxi snadno buď jako zpětnou vazbu od svých pacientů, je možné je využít pro posouzení efektu tréninku komunikačních dovedností, nebo pro srovnávání komunikačních dovedností lékařů nebo skupin lékařů, např. podle oboru (Street & Mazor, 2017).

V následujícím textu jsou zohledněny zejména metody využívající hodnocení ze strany pacienta se zvláštním zřetelem k dotazníkům. Tento způsob považujeme za prakticky dobře proveditelný v běžném provozu zdravotnického zařízení a dobře dostačující záměrům studie. Přímý způsob je výhodný zejména u těch výzkumů, kde je předmětem komunikace samotná (Schirmer et al., 2005).

5.1 PACIENTSKÉ DOTAZNÍKY TÝKAJÍCÍ SE KOMUNIKACI LÉKAŘE S PACIENTEM

Následující tabulka dává přehled patientských dotazníků zaměřených na komunikaci. Jsou zařazeny i nástroje, které jsou primárně zaměřeny jiným směrem, ale zohledňují alespoň některé aspekty komunikace. Seznam neobsahuje nástroje zaměřené na hodnocení úrovně sdíleného rozhodování (Shared Decision Making). Tento koncept s komunikací úzce souvisí, nicméně jde o konkrétní aplikaci nesouvisející se záměry naší studie. Stejně tak

nejsou zařazeny nástroje věnující se primárně přístupu zaměřenému na pacienta - jejich přehled podávají Brouwers et al. (2017).

Dále podáváme přehled nám známých patientských dotazníků zaměřených na hodnocení komunikace lékaře s pacientem. Podrobnější popis uvádíme v příloze č. 3.

Tabulka 1

Přehled dotazníků pro pacienty týkající se komunikace lékaře s pacientem

Název (Zkratka)	Reference	Zaměření nástroje	Popis
Ambulatory Care Experiences Survey (ACES)	Keating et al., 2002	Kvalita primární péče	Dotazník pro pacienty obsahuje položky k zájmu lékaře o pacienta a důvěře.
ABIM Patient Assessment for Continuous Professional Development	Lipner, Blank, Leas & Fortna, 2002	Celoživotní vzdělávání – obnovení certifikace lékařů	Hodnotící modul obsahuje dotazník pro pacienty s deseti položkami zaměřenými na komunikaci lékaře.
Arizona Clinical Interview Rating Scale	Stillman, Brown, Redfield & Sabers, 1977	Průběh rozhovoru	Dotazník o 16 položkách ze šesti oblastí včetně např. organizace. Obsahuje oblast dotazovacích dovedností a raport.
CARE measure	Mercer, Maxwell, Heaney & Watt, 2004	Empatie lékaře	Dotazník obsahuje 10 položek k chování lékaře, kterým projevuje empatii vůči pacientovi.
Communication Assessment Tool (CAT)	Makoul et al., 2007	Komunikace lékaře s pacientem	Pacientem vyplňovaný dotazník o 15 položkách, 14 zaměřených na komunikaci lékaře, 1 doplňková se týká komunikace lékařova personálu.
Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS)	Davies et al., 2008	Kvalita primární péče	Dotazník pro pacienty obsahuje 11 položek týkajících se komunikace a interpersonální péče.

Název (Zkratka)	Reference	Zaměření nástroje	Popis
Control Preference Scale	Degner, Sloan Venkatesh, 1997	Sdílené rozhodování (Shared Decision Making)	Úzce zaměřený nástroj s obrázkovými kartami zjišťuje preference pacienta ohledně zapojení do rozhodování o léčbě.
Doctor – patient communication questionnaire (DPCQ)	Sustersic et al., 2018	Komunikace lékaře v urgentní medicíně	Dotazník o 13 položkách s čtyřbodovou Likertovou škálou pro využití v urgentní medicíně.
Doctors' Interpersonal Skills Questionnaire (DISQ)	Greco, Francis, Buckley, Brownlea & McGovern, 1998	Komunikace lékaře	Dotazník o 12 položkách s pětistupňovou Likertovou škálou.
Four Habits Coding Scheme (4 Habits)	Krupat, Frankel, Stein & Irish, 2006	Komunikační chování lékaře	Kódovací schéma zaměřené na hodnocení konzultace objektivním pozorovatelem. Protokol obsahuje také dotazník pro pacienta.
General Practice Assessment Survey (GPAS)	Ramsay et al., 2000	Kvalita v primární péči	Pacientem vyplňovaný dotazník o 32 položkách zjišťujících 9 klíčových oblastí primární péče – jedním z nich je komunikace.
General Practitioner Therapeutic Communication Skills (TCom-skill GP)	Baumann, Baumann, Le Bihan & Chau, 2008	Komunikace praktického lékaře	Originální dotazník francouzské provenience o 15 položkách zaměřených na komunikaci a vztah lékaře s pacientem.
GP patient survey	Croker et al., 2013	Pacientova důvěra, interpersonální aspekty konzultace	V rámci rozsáhlého dotazníkového šetření se sedm položek týkalo interpersonálních aspektů lékařské konzultace.
Instrument for measuring patient-reported psychosocial care by physicians	Pfaff, 2001	Kvalita v akutní nemocniční psychosociální péči	Dotazník obsahuje položky zaměřené na empatii, podporující chování, poskytování informací a důvěru.

Název (Zkratka)	Reference	Zaměření nástroje	Popis
Interview Satisfaction Questionnaire (ISQ)	Grayson et al., 2016	Spokojenost s konzultací	Dotazník o 12 položkách s pětibodovou Likertovou škálou obsahuje 4 faktory, z nichž dva se týkají komunikace – příležitost vyjádřit obavy a lékařova empatie.
Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy	Kane, Gotto, West, Hojat & Mangione, 2007	Empatie lékaře	Úzce zaměřený dotazník zjišťující jeden faktor o pěti položkách.
Matched-pair instrument	Campbell, Lokyer, Laidlaw & MacLeod, 2007	Komunikační dovednosti lékaře	Verze dotazníku pro pacienty a verze dotazníku pro lékaře. Paralelní verze o 19 položkách hodnotící jednu konzultaci.
Modified Perceived Involvement in Care Scale (M-PICS)	Smith, Winkel, Egert, Diaz-Wionczek & DuHamel, 2006	Komunikace lékaře s pacienty s chronickou bolestí	Dotazník o 20 položkách s pětistupňovou Likertovou škálou týkající se 4 faktorů.
Patient Assessment of Chronic Illness Care	Glasgow et al., 2005	Kvalita v péči o chronicky nemocné	Některé položky se týkají zapojení pacienta do rozhodování o léčbě a podpory pacienta lékařem.
Patient Doctor Depth of Relationship Scale	Ridd, Lewis, Peters & Salisbury, 2011	Hloubka vztahu lékaře s pacientem	Úzce zaměřený dotazník o 8 položkách s pětibodovou Likertovou škálou.
Patient Feedback Questionnaire on consultation skills (PFC)	Reinders, Blankenstein, Knol, de Vet & van Marwijk, 2009	Konzultační dovednosti lékaře, orientace na pacienta	Vychází z dotazníku PPPC, ke kterému přidává položky zaměřené na komunikační dovednosti. Obsahuje celkem 16 položek se čtyřstupňovou Likertovou škálou.
Patient Perception of Patient Centeredness (PPPC)	Oates, Weston & Jordan, 2000	Orientace lékaře na pacienta	Dotazník obsahuje 14 otázek s hodnocením pomocí čtyřbodové Likertovy škály.

Název (Zkratka)	Reference	Zaměření nástroje	Popis
Patient perception of Quality	Haddad, Potvin, Rneault & Remondin, 2000	Kvalita v primární péči	Dotazník obsahuje mj. hodnocení interpersonálních dovedností lékaře o pěti položkách s osmi-bodovou Likertovou škálou.
Patient Perceptions of Care (PPOC)	Borowsky et al., 2002	Kvalita v ambulantní péči	Obsahuje položky týkající se emoční podpory pacienta lékařem.
Physician-Patient Communication Behaviors Scale (PPCBS)	Wachira, Middlestadt, Reece, Peng & Braitstein, 2013	Komunikace lékaře	Dotazník o 13 položkách s pětibodovou Likertovou škálou.
Physician-Patient Concordance	Kerse et al., 2004	Vztah lékaře s pacientem	Obsahuje 6 položek ke zjištění souladu ve vztahu lékař – pacient.
Primary Care Assessment Survey (PCAS)	Safran et al., 1998	Kvalita v primární péči	Pacientem vyplňovaný dotazník o 51 položkách zjišťujících 11 faktorů – jedním z nich je klinická interakce.
Primary Care Assessment Tool (PCAT)	Shi, Starfield & Xu, 2001	Kvalita v primární péči	Obsahuje položky týkající se vztahu lékař – pacient z longitudinálního hlediska.
Quality of End-of-life Communication (QOC)	Engelberg, Downey & Curtis, 2006	Kvalita komunikace v paliativní péči	Dotazník o 13 položkách a dvou subškálách – obecné komunikační dovednosti a komunikace o paliativní péči.
Questionnaire on the Quality of Physician–Patient Interaction (QQPPI)	Bieber et al., 2010	Kvalita interakce lékaře a pacienta	Dotazník o 14 položkách s pětibodovou Likertovou škálou pro hodnocení kvality interakce mezi lékařem a pacientem určený pro použití v ambulantní péči
The Human Connection Scale (THC)	Mack et al., 2009	Terapeutická aliance lékaře s pacientem	Dotazník k použití v kontextu paliativní péče o 16 položkách s čtyřbodovou Likertovou škálou.
Trust in Physician Scale	Anderson & Dedrick, 1990	Důvěra pacienta v lékaře	Dotazník zaměřený na důvěru pacienta v lékaře o 11 položkách s pětibodovou Likertovou škálou.

5.2 COMMUNICATION ASSESSMENT TOOL (CAT)

Communication Assessment Tool (Makoul et al., 2007) byl vyvinut na základě základních komunikačních prvků, které byly výsledkem konference v Kalamazoo. Tyto základní komunikační prvky říkají, jakých dílčích komunikačních cílů má být dosaženo. Hlavní výhodou použití těchto dílčích cílů při hodnocení komunikace je jeho nezávislost na teoretickém paradigmatu. Model základních prvků neřeší, jakým způsobem konkrétně se má lékař chovat, jestli má pacientovi podat ruku, nebo jaké preference má pacient. Z pohledu tohoto modelu je irelevantní, jakým konkrétním způsobem se přivítání odehraje. Důležitý je výsledek – přivítání vyvolalo v pacientovi příjemný pocit.

V originálním znění (viz příloha č. 1) CAT obsahuje 15 položek – 14 se týká komunikace lékaře a jedna doplňková se týká komunikace lékaře a personálu (Makoul et al., 2007). Pacient hodnotí bezprostředně proběhlou konzultaci v jednotlivých položkách na škále od 1 (slabě) po 5 (výborně). Možné je paralelní hodnocení konzultace i lékařem dle stejných položek, rozdíly mohou být cennou zpětnou vazbou. Dotazník byl vytvořen pro administraci na webu nebo pomocí telefonního automatu, autoři připouští i formu tužka - papír.

Celkový skóre CAT je tvořen průměrným skórem všech 14 položek týkajících se lékaře. Vzhledem k tomu, že výsledky jsou šikmé směrem k hodnocení „výborně“, doporučují autoři (Makoul et al., 2007) k zjišťování rozdílů mezi jednotlivými položkami nebo ke zjišťování rozdílů v úrovni komunikačních dovedností mezi jednotlivými lékaři využít ještě procentuální podíl hodnocení „výborně“, který je lépe uchopitelný.

Proces tvorby dotazníku CAT je popsán v podrobné zprávě (Makoul et al., 2007). Prvotní generace položek proběhla na základě již existujících dotazníků a komunikačních modelů s cílem určit hlavní komunikační úkoly, obzvláště s přihlédnutím k výsledkům konference v Kalamazoo. Autoři přihlíželi k faktu, že lékaři mají jedinečné komunikační styly a přizpůsobují je svým pacientům, položky byly tedy formulovány dostatečně obecně tak, aby výsledný dotazník zjišťoval, jak dobře lékař komunikační úkol splnil spíše než, jakým způsobem toho dosáhl. Výsledkem vyhodnocení přehledu literatury bylo 30 komunikačních úkolů.

Následně proběhly diskuze ve čtyřech ohniskových skupinách s průměrným počtem 8 pacientů. 15 položek bylo vyhodnoceno jako redundantní nebo příliš úzké, zbylých 15 položek bylo přeformulováno. Zároveň proběhla diskuze o podobě hodnotící škály, přičemž účastníci projevovali preferenci pětibodové Likertovy škály a dichotomní škály.

Těchto 15 položek bylo připojeno k národnímu průzkumu University of Wisconsin Survey Center s randomizovaným výběrem respondentů, který probíhal telefonicky a zodpovědělo ho 1011 respondentů. Ti hodnotili jednotlivé položky a čtyřbodové škále podle toho, jak ji považovali za důležitou. Pro další vývoj dotazníku CAT byly ponechány jen ty položky, které získaly hodnocení „velmi důležitý“ alespoň v 70 % případů.

Následně byly 3 položky přidány, protože v nástroji se objevily mezery v relevantních oblastech, jak vzešly z diskuzí v ohniskových skupinách.

Následně byly položky podrobeny analýze čtivosti. Cílem autorů bylo, aby dovednosti ve čtení odpovídaly nejvýše osmé třídě školní docházky. Analýza nicméně ukázala, že dotazník je na úrovni čtvrté třídy.

Následně bylo provedeno první pilotní testování, aby bylo možné určit, která z diskutovaných škál možných odpovědí bude nejvhodnější. Výsledky ukázaly vhodnost použití Likertovy škály o pěti bodech se stupnicí od „nedostatečně“ po „výborně“. Druhý pilotní test byl proveden s Likertovou škálou o pěti bodech na 600 respondentech u 20 lékařů různých specializací a potvrdil vysokou reliabilitu (Cronbachovo $\alpha = 0,98$), použitelnost rozdílnými skupinami pacientů podle pohlaví, etnicity, vzdělanosti, zdravotního stavu a předchozích návštěv u lékaře. Pro testování validity bylo využito rutinní dotazování spokojenosti pacientů Colorado Permanente Medical Group, kde CAT prokázal dobrou rozlišovací schopnost mezi třemi lékaři s nejhoršími výsledky ve spokojenosti pacientů a třemi lékaři s výsledky nejlepšími.

Nakonec bylo provedeno testování nástroje v praxi, aby bylo možné zjistit potíže, které se mohou objevit při administraci v méně kontrolovaném prostředí. Za tímto účelem požádala American Board of Medical Specialties své členy o dobrovolnou účast. Testování tak proběhlo u 38 lékařů různých specializací. Cílem bylo také zjištění, zda jde CAT dobře používat bez účasti asistenta výzkumu. Celkem dotazník zodpovědělo 950 pacientů, nejvíce zastoupenou věkovou kategorií byli pacienti věku 45 – 54 let, kteří tvořili 23 % všech

respondentů, 59 % respondentů byly ženy, 85 % bílé rasy a 70 % respondentů navštívila lékaře více než jednou v minulosti. V rámci této studie měli pacienti možnost vyplnit dotazník nejdéle jeden den po uskutečnění návštěvy a to online (44 %) nebo přes telefonní automat (56 %). Zároveň lékaři vyplnili paralelní verzi dotazníku, kde hodnotili své vlastní komunikační dovednosti.

Faktorovou analýzou bylo zjištěno, že všech 14 položek sytí jeden faktor. Výsledky je tedy možné shrnout jako celkový průměrný skór. Výsledky byly jasně šikmé směrem k hodnocení „výborně“. Pokud šlo o hodnocení lékařů sebe sama, jejich celkový skór byl nižší, než hodnocení od pacientů. Dále byly dotazníky vyhodnoceny podle procentuálního zastoupení odpovědi „výborně“. Tento způsob dokázal lépe rozlišovat mezi jednotlivými lékaři, nicméně i způsob s celkovým skórem dodával signifikantní výsledky.

Průměrný celkový skór byl v tomto šetření 4,68 (SD = 0,54), přičemž nejhorší lékař dosáhl skóru 3,97 (SD = 1,04) a nejlepší lékař skóru 4,95 (SD = 0,16). Průměrný podíl hodnocení „výborně“ byl 76,3 % s rozmezím 45,7 % - 95,1 %.

Autoři (Makoul et al., 2007) doporučují pro dosažení relevantních výsledků sběr alespoň 20 – 30 dotazníků od jednoho lékaře. Dále doporučují prezentaci výsledků spíše jako procentuální podíl odpovědí „výborně“, protože tato čísla mohou být pro lékaře více motivující, než strmě šikmé výsledky směrem k hodnocení „výborně“. Dále doporučují pro využití CAT ve výuce (předatestační přípravě) využít CAT-14, který zůstává ve stejném znění jako původní dotazník, pouze neobsahuje položku týkající se lékařova personálu.

5.3 VYUŽITÍ COMMUNICATION ASSESSMENT TOOL

Od svého vydání je CAT hojně využíván pro hodnocení komunikačních dovedností lékařů v nejrůznějších oborech, ve vzdělávání i ve výzkumu.

CAT-14 A PŘEDATESTAČNÍ PŘÍPRAVA

Myerholtz et al. (2010) se zaměřili na možnost využití CAT při hodnocení komunikace lékařů v předatestační přípravě. Vyhodnotili data od 1880 pacientů od 127 lékařů v předatestační

přípravě. Pokud pacient vyplnil méně než 12 položek CAT, byl tento dotazník z dalšího zpracování vyřazen. Sběr dat probíhal formou tužka – papír. Průměrný počet hodnocení „výborně“ bylo 69,7 % (SD = 40,4) a průměrný celkový skóre byl 4,59 (SD = 0,63). Nejlépe hodnocené položky byly č. 5 „věnoval pozornost“ (73,6 % a č. 2 „respekt“ (72,8 %) a č. 13 „starost o pacienta“ (72,6 %). Položky hodnocené nejméně často „výborně“ byly č. 10 „vybízel k otázkám“ (63,2 %) a č. 11 „zapojení do rozhodování“ (64,9 %). Také v tomto průzkumu se ukázalo, že při využití průměrného skóre jsou údaje výrazně šikmé směrem k hodnocení „výborně“ a rozlišení mezi jednotlivými položkami u jednoho lékaře nebo mezi výkony jednotlivých lékařů jsou sice statisticky signifikantní, nicméně pro člověka těžko uchopitelné. Výsledky zachycené pomocí procentuálního podílu odpovědí „výborně“ lépe ukazuje rozdíly a jsou tak lépe prezentovatelné. Např. pro položku č. 1 (pozdrav) byl průměrný skóre 4,6 (SD = 0,69) a podíl odpovědí „výborně“ 67,4 %, pro položku č. 2 (respekt) byl průměrný skóre 4,7 (SD = 0,63) a podíl odpovědí „výborně“ 72,8 %. Při prezentování výsledků pomocí průměrného skóre se tedy může zdát, že lékař má výborné výsledky ve všech položkách i ve srovnání s ostatními lékaři, zatímco prezentování pomocí procentuálního podílu je názornější.

Později Myerholtz (2014) publikovala podrobné standardy CAT-14 založené na šetření mezi 1703 pacienty a 120 praktickými lékaři v předatestační přípravě. Ve své zprávě používá místo celkového skóre CAT procentuální podíl odpovědí „výborně“ a údaje uvádí pro jednotlivé položky dotazníku. Průměrný počet hodnocení „výborně“ byl 73 % (SD = 39,6). Nejlépe hodnocenými položkami byly č. 5 „věnoval pozornost“ (75,4 %), č. 2 „respekt“ a 8 „srozumitelné výrazy“ (obě 75,1 %). Nejhůře hodnocenými položkami byly č. 10 „povzbuzoval k otázkám“ (67,8 %), č. 1 „pozdravil příjemně“ (70 %) a č. 11 „zapojil do rozhodování“ (71,2 %). Mezi pacienty byly rozdíly v hodnocení lékařů u pohlaví (ženy hodnotily častěji „výborně“), u anglicky rodilých mluvčích (ti byli častěji hodnoceni „výborně“). Rozdíly nebyly zjištěny mezi lékaři rozdělenými podle roku předatestační přípravy, na rozdíl od předchozí studie provedené Myerholtz et al. v roce 2010, kde pacienti významně lépe hodnotili lékaře v prvním roce předatestační přípravy (77 % hodnocení „výborně“), s dalšími roky přípravy podíl hodnocení „výborně“ klesal (ve druhém roce to bylo 69,5 % a ve třetím 68,1 %).

Stausmire et al. (2015) použili CAT v kontextu předatestační přípravy v oboru chirurgie, kde 448 pacientů hodnotilo 17 lékařů v pěti rozdílných letech předatestační přípravy. Průměrný počet hodnocení „výborně“ byl 70 % (SD = 42). Nejlepších výsledků lékaři dosahovali v položkách 5 (věnoval pozornost) s průměrem 73,4 % a 6 (nepřerušoval) s průměrem 72,3 %. Nejhorších výsledků dosahovali v položkách 10 (vybízel k otázkám) s průměrem 66,6 % a položce 1 (příjemně pozdravil) s průměrem 67,2 %. Tato studie podobně jako předchozí (Ferranti et al., 2010; Meyerholtz et al., 2010) neukázala signifikantní rozdíl mezi hodnocením lékařů-mužů a lékařek. Na výsledky také nemělo vliv, zda pacient lékaře viděl poprvé, nebo u něho již v minulosti byl vícekrát.

CAT A TRÉNINK KOMUNIKAČNÍCH DOVEDNOSTÍ

DeBlasio et al. (2019) využili CAT pro sledování komunikačních dovedností u lékařů v předatestační přípravě na pediatrické ambulantní klinice v průběhu jednoho roku. Do studie byli zařazeni všichni lékaři v předatestační přípravě (n = 68), přitom 38 z nich do skupiny s výukou komunikačních dovedností a průběžným monitorováním komunikačních dovedností pomocí CAT Ostatních 30 lékařů bylo zařazeno do kontrolní skupiny, ve které nepodstupovali žádný specializovaný komunikační trénink a jejich komunikační dovednosti byly hodnoceny pouze na začátku a konci roku. Zlepšení v intervenční skupině bylo z původních 60,9 % na 73,8 %, v kontrolní skupině z původních 61,1 % na 69,8 %, p = 0,38. Výuka komunikačních dovedností s průběžnou zpětnou vazbou od rodičů dětských pacientů tedy nevedla k signifikantně významnému zlepšení v komunikačních dovednostech oproti kontrolní skupině.

Trickey et al. (2016) využili CAT (resp. modifikaci CAT-SP) při hodnocení komunikačních dovedností lékařů v předatestační přípravě při tréninku předávání špatných zpráv v simulovaném prostředí se standardizovanými pacienty. Ti měli pro své hodnocení k dispozici verbální popis s behaviorálními vodítky pro krajní a prostřední bod Likertovy škály. Např. u první položky „pozdravil mě takovým způsobem, že jsem se cítil příjemně“ to byla tato vodítka. :

- 1 – Setkání s tímto lékařem byla trapná zkušenost.

- 3 – Cítil jsem, že se lékař choval profesionálně a s respektem
- 5 – Cítil jsem se velmi příjemně v lékařově přítomnosti okamžitě, jakmile jsem se s ním setkal.

Průměr celkového skóru byl 45,6 s mediánem 43, podíl odpovědí „výborně“ byl 5 %. Pouze 24 % lékařů obdrželo alespoň jedno hodnocení „výborně“. Nejlépe hodnocené byly položky „věnoval pozornost“ (průměr 3,62) a „nepřerušoval“ (průměr 3,57). Nejhůře hodnocené byly položky „povzbuzoval k otázkám“ (průměr 2,95) a „porozuměl obavám“ (průměr 2,9). Nebyly zjištěny rozdíly v hodnocení lékařů a lékařek. Vyšší skóre CAT-SP korelovaly s pozitivním komunikačním chováním hodnoceným nezávislymi pozorovateli a skórem TEIQ zjišťujícím úroveň emoční inteligence.

Stejný tým později provedl pomocí CAT-14 šetření mezi 353 pacienty 27 chirurgů v předoperační přípravě (Newcomb et al., 2018). Cílem bylo identifikovat pokrok v komunikačních dovednostech v průběhu vzdělávání, sledování komunikačních dovedností trvalo 17 měsíců. Průměrný podíl hodnocení „výborně“ byl v tomto případě 84 % a autoři zjistili významné zlepšování komunikačních dovedností po každém výukovém modulu, průměrně o 1 % za měsíc. Rozdíly v hodnocení se vyskytly zejména u druhu konzultací – předoperační konzultace byly hodnoceny v průměru 87 % „výborně“, zatímco příjmové konzultace 67 %. Statisticky rozdílné bylo také hodnocení podle pohlaví pacientů – pacientky hodnotily v průměru výše (86 %) než muži (82 %); rozdíly podle pohlaví lékařů nebyly zjištěny. Nejlépe byly hodnoceny položky „respekt“ (90 %), „pozornost“ (89 %) a „nepřerušoval“ (88 %), nejhůře hodnocené položky byly „probral plán léčby“ (80 %), „zapojil do rozhodování“ (80 %) a „povzbuzoval k dotazům“ (75 %).

CAT A LŮŽKOVÁ PÉČE

CAT lze použít i v kontextu lůžkové péče, jak ukázali Ferranti et al. (2010). Studii provedli v nemocnici s 873 lůžky. Hodnoceno bylo 35 lékařů a vyhodnoceno bylo 700 dotazníků. Podíl hodnocení „výborně“ se pohyboval od 38,5 % do 73,5 % s průměrem 59,1 % (SD = 9,5). Nejlepší hodnocení dosahovali lékaři v položkách č. 2 „jednal s respektem“ (66,3 %), č. 6 „nepřerušoval“ (66,3 %) a č. 8 „používal srozumitelné výrazy“ (64,2 %).

Nejhůře byli lékaři hodnoceni v položkách č. 11 „zapojování do rozhodnutí o léčbě“ (52,9 %), č. 10 „vybízeli k otázkám“ (53,2 %) a č. 1 „příjemně pozdravil“ (54,9 %). V této studii nekorelovaly pacientův věk, národnost nebo pohlaví s výsledky CAT. Stejně tak lékařův věk, národnost, pohlaví nebo léta zkušeností nesouvisely s rozdíly v hodnocení. Nicméně pacienti, kteří byli stejné národnosti jako lékař, hodnotili jeho komunikaci významně lépe (průměr 64,9 %; SD = 39,1) než pacienti jiné národnosti, než lékař (průměr 64,9 %; SD = 40,3). Soulad v pohlaví s výsledky CAT nesouvisel.

CAT A ZUBNÍ MEDICÍNA

Waylen Makoul & Albeyatti (2015) použili CAT k hodnocení komunikačních dovedností 20 zubařů. Byla vyhodnocena data od 95 pacientů. Průměrný celkový skóre byl 4,6 (SD = 0,56) a v průměru pacienti uváděli hodnocení „výborně“ u 73 % položek. Nejméně byli spokojeni s položkami „povzbuzoval k otázkám“ (62,1 %), „zapojil do rozhodování“ (64,2 %) a „zajímal se o můj pohled“ (67,4 %). Nejčastěji jako výborně pacienti hodnotili položky „projevil péči“ (77,9 %), „používal srozumitelné výrazy“ (77,9 %) a „věnoval pozornost“ (76,8 %). Výsledky ukázaly absolutní rozdíly mezi skóre dosaženými lékaři (69,3 %) a lékařkami (74,8 %), rozdíl nebyl statisticky významný.

CAT A VÝZKUM KOMUNIKACE

Flower et al. (2017) použili CAT pro zjišťování rozdílů v hodnocení komunikace mezi anglicky (127) nebo španělsky (303) mluvícími Hispánci a nehispánskými rodiči (432) ošetřených dětí. Mezi skupinou anglicky mluvících Hispánců a skupinou jiné etnicity nebyly zjištěny rozdíly, nicméně významný rozdíl byl pozorován mezi skupinou španělsky mluvících Hispánců a dalšími skupinami. Souvislost lze tedy pozorovat na základě jazykových znalostí, ale ne na základě etnicity. Během této studie byl zjišťován i socioekonomický status pacientů, nicméně zde nebyl zjištěn významný vliv.

White et al. (2016) použili CAT na vzorku 410 pacientů s diabetem, u kterých zjišťovali souvislost mezi lékařskou komunikací, demografickými údaji, zdravotní gramotností,

důvěrou v lékaře, depresivitou a kontrolou glykemie. Mj. zjistili, že pacienti, u kterých byla pozorována vysoká míra nedůvěry, měli větší tendenci hodnotit hůře v CAT.

Pomocí CAT byla zjištěna souvislost mezi komunikací a fyzickou bolestí. Ruben, Meterko & Bokhour (2018) provedli šetření mezi 1027 veterány a zjistili, že pozitivní hodnocení komunikace s lékařem bylo spojeno s nižší úrovní a nižší rušivostí vnímané bolesti. Autoři vyvozují, že zajištění komunikace zaměřené na pacienta může ovlivnit vnímání intenzity i rušivosti bolesti.

V kontextu pediatrické jednotky intenzivní péče byl CAT využit pro hodnocení 27 rodinných konzultací, jejichž hlavním cílem bylo plánování léčebné péče u velmi těžkých případů. Průměrný celkový skóre byl 4,62; jako výborně bylo průměrně hodnoceno 73,02 % položek. Nejhorše hodnocené byly položky „zapojil do rozhodování“ a „srozumitelné výrazy“, „správné množství informací“ (Michelson et al., 2017).

V Bejrútu použili CAT Shaarani, Taleb & Antoun (2017) pro zkoumání souvislosti mezi komunikací lékaře a používáním počítače během lékařské konzultace na vzorku 382 pacientů. Autoři uvádí, že pacienti hodnotili lékařovu komunikaci lépe, pokud byli jeho pravidelnými pacienty, lékař používal extenzivně během konzultace počítač a to především k dohledání podrobností o pacientovu zdravotním stavu nebo pro edukaci pacienta. Studie je nicméně metodologicky nejasná – autoři uvádí, že 44 % pacientů navštívilo v rámci studie svého vlastního praktického lékaře a jednu třetinu vzorku tvořili pravidelní pacienti kliniky. Ve zprávě především není uvedeno, kolik a jakých lékařů pacienti hodnotili.

MODIFIKOVANÉ VERZE CAT

Kromě zkrácené verze pro použití v předatestační přípravě CAT-14 (Myerholtz, 2014) a CAT-SP (Trickey et al., 2016) pro využití se standardizovanými pacienty (viz výše) existuje ještě verze pro hodnocení komunikace lékařských týmů CAT-T (Mercer et al., 2008), která vznikla v kontextu urgentní medicíny. Od CAT se CAT-T liší minoritními změnami v instrukci a znění položek tak, aby se pacient místo na hodnocení jednoho lékaře zaměřil na hodnocení celého týmu. Místo označení doktor bylo použito „zdravotnický

tým“ a u poslední položky zaměřující se na lékařský personál bylo použito „personál u přepážky“.

Mercer et al. (2008) modifikovali CAT pro použití v urgentní medicíně, kdy pacienti hodnotili místo jednoho lékaře celý zdravotnický tým. Byla vyhodnocena data od 81 pacientů. Nejvyšší podíl hodnocení „výborně“ dosáhly položky „respekt“, „věnoval pozornost“ a „projevil péči“, všechny se skórem 69 %. Nejnižší podíl hodnocení „výborně“ se ukázal u položek „pozdrav“ a „povzbuzoval k otázkám“ (53 %) a položek „zapojil do rozhodování“ a „zájem o názor“ (53 %).

McCarthy et al. (2013) použil CAT-T při šetření na pohotovostním oddělení, kde dotazník administrovali 346 pacientům, z nichž vyhodnotili 226. Podíl hodnocení „výborně“ byl nejvyšší u položek „nepřerušoval“ (76.1 %), „používal srozumitelné výrazy“ (75.2 %) a „respekt“ (74.3 %). Nejméně často hodnotili pacienti jako výborně položky „povzbuzoval k otázkám“ (50.0 %) a „příjemně pozdravil“ (54 %).

Modifikovanou verzi CAT použili Soares et al. (2019) v radiologii. Z dostupných zdrojů není jasné, jaké konkrétní úpravy byly provedeny.

5.4 PŘEKLADY A LOKALIZACE CAT

V současné době je CAT přeložen a standardizován v Itálii (Scala et al., 2016), Saudské Arabii (Alsaad et al., 2016), Rwandě (Cubaka et al., 2018), Etiopii (Goba et al., 2019), Dánsku a Norsku (Iversen et al., 2019) a Peru (Quispe et al., 2019).

EVROPA

Dánská a Norská verze se liší od originálního znění zejména v použité škále, kde ke stávajícím pěti stupňům byla zařazena možnost „nevztahuje se“ (Iversen et al., 2019). Validizace proběhla na vzorku 44 pacientů v Norsku a 396 pacientů v Dánsku. Průměrný podíl hodnocení „výborně“ byl v Norsku 55,5 % a v Dánsku 50,3 %. Nejlépe hodnocené položky byly v Norsku „respekt“ (69,8 %), „příjemně pozdravil“ (63,6 %) a „nepřerušoval“ (63,6 %), nejhůře položky „přesvědčil se o porozumění“ (31,3%),

„povzbuzoval k dotazům“ (45,2 %) a „zapojil do rozhodování“ (47,5 %). V Dánsku byly nejlépe hodnocené položky „respekt“ (57.4 %), „plán léčby“ (54.4 %) a „srozumitelné výrazy“ (53.8 %), nejhůře položky „vybízeli k dotazům“ (33.7 %), „zapojil do rozhodování“ (44.9 %) a „pochoopil obavy“ (47.5 %). Pacienti pod 45 let a s nejnižším vzděláním uváděli v Norsku nejvyšší hodnocení, zatímco v Dánsku to byli respondenti nad 65 let se středním vzděláním.

U italské verze nejsou výsledky šetření známy, dostupný materiál se zaměřuje na překlad a převod (Scala et al., 2016).

AFRIKA

Alsaad, Alshammari & Almogbel (2016) použili CAT v Saúdské Arábii k hodnocení komunikačních dovedností 23 praktických lékařů v předatestační přípravě. Dotazník vyplnilo 35 pacientů; průměrné hodnocení „výborně“ bylo 71 % (SD = 29); celkový průměrný skóre byl 4,6 (SD = 0,4). Lékaři byli hodnoceni „výborně“ významně častěji (72,8 %) než ženy (67,8 %). Nejčastěji „výborně“ hodnocené byly položky „respekt“ (82.3 %), „věnoval pozornost“ (77.1 %) a „nepřerušoval“ (76.6 %). Nejméně často „výborně“ hodnocené položky byly „povzbuzoval k otázkám“ (64.9 %), „zapojil do rozhodování“ (64.3 %) a „vysvětlil plán léčby“ (65.7 %).

Ve Rwandě byl použit CAT v šetření mezi 291 pacienty 11 poskytovatelů zdravotní péče - zdravotních sester (Cubaka et al., 2018). Průměrný podíl hodnocení „výborně“ byl 15,7 % (SD = 24,7), průměrný celkový skóre byl 3,6 (SD neuváděna).

V Severní Etiopii proběhla validizace přeložené verze na vzorku 1024 pacientů a lékařů v předatestační přípravě šesti různých oborů. Autoři zachovali původních 15 položek. Průměrný celkový skóre byl 3,09, průměrný podíl hodnocení „výborně“ byl 54 % (Goba et al, 2019). Nejvyšší podíl hodnocení „výborně“ dosáhly položky „nepřerušoval“ (8 %), nejnižší shodně u dvou položek „povzbuzoval k otázkám“ a „příjemně pozdravil“.

JIŽNÍ AMERIKA

V Peru (Quispe et al., 2019) bylo na vzorku 300 pacientů zjištěno, že komunikaci lékaře hodnotí lépe pacienti nejmladší věkové kategorie 18 – 29 a pacienti s vyšším než středním vzděláním. Rozdíly spojené s etnicitou, pohlavím pacientů nebo lékařů zjištěny nebyly. Průměrný celkový skóre a průměrný podíl hodnocení „výborně“ autoři neuvádějí, nicméně jsou dostupné údaje pro jednotlivé položky. Pacienti v této studii nejčastěji výborně hodnotili položku „přivítal příjemně“ (23 %), „respekt“ (23 %) a „nepřerušoval“ (17 %), nejméně často pak položky „můj pohled na zdravotní stav“ (5 %), „plány léčby“ (6 %), „srozumitelné výrazy“ (6 %) a „dostatek času“ (6 %).

5.5 EXPERIMENTÁLNÍ PŘEVOD CAT

Převod CAT z původní verze v anglickém jazyce do českého jazyka byl proveden v souladu s doporučeným postupem International Society of Pharmacoeconomics and Outcome Research (Wild et al., 2005) s přihlédnutím k doporučením World Health Organization (WHO, 2014). Převod probíhal v těchto fázích:

- přípravná fáze;
- překlad do českého jazyka;
- vyladění českého překladu;
- zpětný překlad;
- posouzení zpětného překladu a harmonizace;
- pretest a debriefing;
- vyhodnocení pretestu a finalizace;
- korektura.

Samostatná závěrečná zpráva tak, jak ji doporučuje ISPOR a WHO vypracována nebyla – jde o experimentální překlad pro účely studie a postup je v hlavních rysech popsán zde.

PŘÍPRAVNÁ FÁZE

V rámci přípravné fáze byla provedena rešerše dostupných českých nástrojů k hodnocení komunikace lékaře s pacientem a zvážení vhodnosti převodu CAT. Byl osloven autor originálního nástroje za účelem získání souhlasu s převodem do českého jazyka.

PŘEKLAD DO ČESKÉHO JAZYKA

CAT byl přeložen do českého jazyka pěti nezávislými překladateli. Tři z nich byli lékaři s dobrou znalostí anglického jazyka, dva překlady byly provedeny profesionálními překladateli s náležitým vzděláním. Všichni překládající byli instruováni, že při překladu záleží spíše na smyslu a převedení základních konceptů, spíše než na doslovném převodu.

VYLADĚNÍ ČESKÉHO PŘEKladU

Na sladění primárních verzí spolupracovali autoři s lékaři, kteří dotazník překládali, a s nezávislým posuzovatelem se vzděláním se zaměřením na českou literaturu. Výsledkem byla první verze Hodnocení komunikace lékaře (HKL).

ZPĚTNÝ PŘEKLAD

První verze HKL byla přeložena zpět do anglického jazyka jedním rodilým mluvčím bez znalosti tematiky a jedním lékařem se znalostmi anglického jazyka na úrovni C2. Oba překladatelé se do této chvíle vytváření české verze CAT neúčastnili a originální verzi neznali.

POSOUZENÍ ZPĚTNÉHO PŘEKladU A HARMONIZACE

Zpětné překlady byly porovnány s originální verzí CAT. Zjištěné rozdíly byly rozděleny do tří skupin rozdíly na úrovni ekvivalentních frází nebo synonym; rozdíly ve významu; rozdíly související s terminologií.

Zařazení do těchto skupin nebylo vždy jednoznačné, diskuze rozdílů a následná harmonizace byla provedena ve spolupráci s lékařem, který zpětný překlad prováděl. U rozdílů, kde šlo o rozdíly na úrovni ekvivalentních frází nebo synonym a tam, kde rozdílný překlad profesionálního překladatele mohl vyplývat z neznalosti terminologie, byla bez výjimky ponechána předchozí česká verze. Toto rozhodnutí se zakládá na preferenci odpovídajícího významu před doslovností překladu. Tam, kde došlo v překladech k posunutí významu, byly znovu konzultovány možnosti vhodnějšího převodu do českého jazyka s přihlédnutím ke všem variantám, které se již v procesu překladu objevily. Přitom také byly vyhledávány možnosti nové.

PRETEST A DEBRIEFING

Pretest a debriefing byl proveden s deseti laiky bez znalosti zdravotnické problematiky různých věkových skupin, výběr byl proveden záměrně mezi pacienty jedné z ordinací, která se následně účastnila výzkumu. Respondenti k pretestu byli vybráni podle ochoty podílet se na debriefingu.

V pretestu se ukázalo, že respondenti nepříliš dobře akceptují škálu, kde hodnocení „výborně“ bylo označeno číslem 5 a nejhorší hodnocení číslem 1. Zároveň z debriefingu vyplynulo, že respondentům není příliš zřejmé, že mají hodnotit pouze jednu konzultaci – totiž tu právě proběhlou. Pretest probíhal formou tužka-papír, formátování bylo zachováno jako v originálním zdroji (Makoul et al., 2007). Ukázalo se, že zejména pro starší respondenty bylo obtížné udržet řádek a měli tendenci odpovědi označovat křížkem spíše než kolečkem.

VYHODNOCENÍ PRETESTU A FINALIZACE

V originále použité hodnocení 1 – poor až 5 – excellent bylo při pilotním testování shledáno jako matoucí, proto došlo k rozhodnutí využít škálu jako ve škole: 1 - výborně, 2 - velmi dobře, 3 - dobře, 4 - dostatečně, 5 - nedostatečně. Také bylo zvoleno jiné formátování. Úvodní instrukce byla pozměněna s ohledem na výsledky pretestu:

Originální znění (Makoul et al., 2007): „*Please use this scale to rate the way the doctor communicated with you. Circle your answer below.*“

Finální česká verze: „*Prosím ohodnoťte jako ve škole způsob, jakým s vámi lékař během konzultace komunikoval. Soustředte se pouze na vaši poslední návštěvu. Vaši odpověď označte křížkem.*“

KOREKTURA

Korektura byla provedena nezávislým korektorem a odhalila menší překlepy, které byly opraveny.

Tímto krokem byl experimentální převod CAT završen a finální česká verze Hodnocení komunikace lékaře byla připravena pro použití v dotazníku formy tužka – papír stejně jako ve webové verzi.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 PŘEDMĚT VÝZKUMU, CÍLE A HYPOTÉZY

Komunikace lékaře s pacientem má neoddiskutovatelný vliv nejen na jeho spokojenost s péčí (Hall, Roter & Katz, 1988; Haškovcová, 2007; Clever, Jin, Levinson a Meltzer, 2008; Mach, 2010; Ptáček, 2011b; Jankovská, 2016; October et al., 2016), ale i na průběh a efekt léčby (Hall, Roter & Katz, 1988; Oates, Weston a Jordan, 2000; Zolnierek & DiMatteo, 2009; Kimmick et al., 2015).

Na způsob komunikace lékaře s pacientem může mít vliv řada faktorů, mj. způsob komunikace lékaře s pacientem ovlivňují i charakteristiky pacienta, zejména jeho věk, pohlaví, etnicita nebo socioekonomický status (např. Willems et al., 2005; Verlinde et al., 2012). Pokud ze zahraničních výzkumů víme, že existují rozdíly ve způsobu, jakým lékaři komunikují s různými skupinami pacientů, pak může být užitečné tyto skupiny identifikovat. V současné době není v České republice dostupný validní nástroj, kterým by bylo možné hodnotit komunikační dovednosti lékaře, výzkum této oblasti prakticky neexistuje. Několik položek týkajících se lékařské komunikace používá projekt Kvalita očima pacientů, zařazené položky jsou nicméně nejasného metodologického původu, neznámé validity a reliability.

6.1 CÍLE VÝZKUMU

Předkládaný výzkum si klade jeden hlavní a dva doplňkové cíle:

1. Ověřit souvislost mezi pacientovým hodnocením lékařovy komunikace a pacientovým socioekonomickým statusem.
2. Ověřit souvislost mezi pacientovým hodnocením lékařovy komunikace a dalšími charakteristikami pacienta, resp. lékaře.
3. Ověřit použitelnost českého experimentálního převodu Communication Assessment Tool (Makoul et al., 2007).

6.2 HYPOTÉZY A OTÁZKY

K prvnímu cíli se vztahují hypotézy:

- H1: Existuje statisticky významný rozdíl ve skóru CAT mezi skupinami danými pacientovým dosaženým stupněm vzdělání.
- H2: Existuje statisticky významný rozdíl ve skóru CAT mezi skupinami danými ekonomickou aktivitou pacienta.
- H3: Existuje statisticky významná korelace mezi skórem CAT a příjmy pacienta.

K druhému cíli se vztahují hypotézy:

- H4: Existuje statisticky významná korelace mezi skórem CAT a věkem pacienta.
- H5: Existuje statisticky významný rozdíl ve skóru CAT mezi skupinami danými pohlavím pacienta.
- H6: Existuje statisticky významná korelace mezi skórem CAT a věkem lékaře.
- H7: Existuje statisticky významný rozdíl ve skóru CAT mezi skupinami danými pohlavím lékaře.

Ke třetímu cíli se vztahují hypotézy:

- H8: Existuje statisticky významný rozdíl ve skóru CAT mezi jednotlivými lékaři.
- H9: Existuje statisticky významný rozdíl ve skóru CAT mezi skupinami danými způsobem administrace tištěného dotazníku.

Ke třetímu cíli se vztahují výzkumné otázky:

- O1: Jakým způsobem je dotazník CAT vhodné administrovat?
- O2: Jaké obtíže měli respondenti s vyplňováním?

7 APLIKOVANÁ METODIKA

Pro dosažení výzkumných cílů jsme zvolili design jednorázového průřezového šetření. Pro dosažení populace pacientů jsme zvolili dotazníkové šetření přímo mezi pacienty praktických lékařů (šetření A). Protože nebylo v našich silách zajistit dostatečně rozsáhlý vzorek, zejména co se počtu zapojených lékařů týká, provedli jsme druhé – doplňkové šetření na internetu (šetření B).

7.1 SBĚR DAT

V rámci výzkumu jsme se chtěli co nejvíce přiblížit populaci pacientů praktických lékařů. Proto bylo primárně zvoleno šetření mezi pacienty v ordinacích, nicméně z kapacitních důvodů bylo možné zapojení pouze čtyř ordinací praktických lékařek. Výsledky tedy nelze zobecnit na všechny pacienty praktických lékařů v ČR. Abychom vyvážili nedostatečné zastoupení praktických lékařů s rozmanitějšími charakteristikami, provedli jsme ještě jedno nezávislé šetření na internetu.

Sběr dat tedy proběhl dvěma různými způsoby, které vygenerovaly dva nesouvisející vzorky, které byly analyzovány každý zvlášť.

ŠETŘENÍ A – SBĚR DAT V ORDINACÍCH

Šetření A probíhalo formou tužka-papír přímo mezi pacienty praktických lékařů. Výběr respondentů byl proveden na základě dostupnosti v průběhu 14 dní, kdy sběr dat probíhal, byla účast na výzkumu nabízena všem pacientům. Při sběru dat byly menší rozdíly v administraci, kdy ve dvou ordinacích sestry žádali každého pacienta o účast po skončení konzultace. Ve dvou ordinacích byl dotazník volně k vyplnění na stolku v čekárně, lékařky a sestry o jeho vyplnění nežádaly. Sběr dat probíhal v lednu - únoru 2020, v každé ordinaci 14 dní.

ŠETŘENÍ B – SBĚR DAT NA INTERNETU

Druhé kolo sběru dat proběhlo na internetu přes aplikaci vyplnto.cz. Výběr proběhl na základě dobrovolnosti, informace o výzkumu byly volně dostupné na webu www.vyplnto.cz a na sociální síti www.facebook.com byla žádost o vyplnění dotazníku vložena do několika skupin s patientskou tematikou. Respondenti byli v tomto šetření požádáni, aby hodnotili svého praktického lékaře, respektive svou poslední návštěvu u něj, pokud proběhla během posledních tří měsíců. Sběr dat probíhal v únoru 2020. Dotazník byl dostupný k vyplnění celkem 3 týdny.

7.2 VÝZKUMNÉ METODY

Street & Mazor (2017) upozorňují, že v současné době neexistuje teoreticky koherentní sada měřících nástrojů zaměřených na komunikaci s pacientem a doporučují proto vybrat nástroj tak, aby co nejlépe odpovídal záměrům studie a možnému settingu. V českém prostředí v současné době není k dispozici standardizovaný nástroj, kterým by bylo možné zjišťovat úroveň komunikačních dovedností lékařů. Proto jsme se rozhodli využít experimentální překlad zahraničního nástroje. Subjektivní prožitek pacienta považujeme za relevantní vzhledem k léčebným cílům, hledali jsme dotazník pracující s hodnocením na straně pacientů. Mnoho patientských dotazníků má nejasný metodologický podklad, míchají komunikační aspekty a spokojenost s péčí, často obsahují zdvojené otázky, nebo se vztahují k dlouhému časovému úseku. Hledali jsme takový způsob hodnocení komunikace lékaře, který má jasný metodologický podklad, není zastaralý a v praxi je jednoduše použitelný. Tato kritéria dobře splňuje Communication Assessment Tool (Makoul et al, 2007), jehož experimentální překlad jsme použili.

Pro hodnocení úrovně komunikace v proběhlé konzultaci jsme využili experimentální převod Communication Assessment Tool (Makoul et al., 2007). Jde o dotazník pro pacienty o 15 položkách s pětibodovou Likertovou škálou, kdy 14 položek se týká komunikace lékaře a 1 položka se týká lékařova personálu. Tato položka není podstatná pro cíle výzkumu, nicméně může být relevantní pro zúčastněné lékaře, proto jsme její zařazení zachovali.

Všechny položky CAT sytí jeden faktor a jeho výsledek lze uvádět jako celkový skóre – což je průměrný skóre všech 14 položek, které se týkají komunikace lékaře. Celkový skóre je vhodné použít pro statistickou analýzu, nicméně pro prezentaci dat je vhodnější použít procentuální podíl položek hodnocených „výborně“ (Makoul et al., 2007, Myerholtz et al, 1010). Výsledky mají výrazně šikmou distribuci směrem k hodnocení „výborně“. Rozdíly byt statisticky významné, nejsou při tomto způsobu prezentace dobře uchopitelné – ať už jde o rozdíly v hodnocení mezi jednotlivými položkami, nebo v hodnocení jednotlivých lékařů, či opakované hodnocení jednoho lékaře v různých časových obdobích. Klinickou hodnotu mají zejména rozdíly v hodnocení jednotlivých položek, kde lze identifikovat lékařovy silné/slabé stránky.

V české verzi byla oproti originální verzi použita obrácená škála pro hodnocení, kde 1 odpovídá „výborně“ a 5 „nedostatečně“. Více o tomto nástroji viz samostatná kapitola 5.2 Communication Assessment Tool.

Demografické a socioekonomické ukazatele byly operacionalizovány s přihlédnutím k metodologii Českého statistického úřadu (nedat.). Zejména u ekonomické aktivity jsme se rozhodli odchýlit od této metodologie v tom smyslu, že ženy na mateřské dovolené jsme zařadili do jedné skupiny s lidmi na rodičovské dovolené. ČSÚ zahrnuje ženy na mateřské dovolené mezi pracující zejména proto, že příspěvek v mateřství spadá pod Úřad práce, zatímco rodičovské dovolené jsou v gesci Správy sociálního zabezpečení. Pro účely naší studie není toto podstatné. Naopak v souladu s metodikou ČSÚ jsme do kategorie pracujících řadili i pracující důchodce a pracující studenty. Respondenti měli možnost v dotazníku u této otázky uvést více odpovědí, kategorizace proběhla při prvotním zpracování.

Při šetření A jsme kromě hodnocení CAT zjišťovali věk, pohlaví, vzdělání, ekonomickou aktivitu, počet lidí v domácnosti a čistý příjem domácnosti respondenta spolu s otázkou, zda již u hodnoceného lékaře byli někdy v minulosti. V následném šetření B jsme kromě těchto charakteristik zařadili ještě otázky týkající se praktického lékaře respondenta: věk a pohlaví. U těchto údajů jde o odhady - nelze předpokládat, že pacienti znají věk svého lékaře.

7.3 ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZA DAT

Dle doporučení autorů originálního CAT (Makoul et al., 2007) byly z analýzy vyřazeny dotazníky, u kterých bylo vyplněno méně než 12 položek. Předpokládá se, že u nevyplněných dotazníků se vyskytly neidentifikované překážky, které by mohly zkreslovat celkové výsledky.

Zpracování dat proběhlo pomocí programu Tibco Statistica v.13.4. Pro využití ve výzkumu autoři CAT doporučují využití průměrného celkového skóru (Makoul et al, 2007; Myerholtz et al., 2010). Protože jeho rozdělení není normální, bylo nutno použít neparametrické testy. U proměnných vzdělání, počet návštěv v minulosti, ekonomická aktivita a porovnání výsledků mezi jednotlivými lékaři vzorku A jsme použili Kruskal-Wallisův test. Mann-Whitneyův test byl použit pro testování hypotéz o skupinách podle pohlaví a ověření rozdílu při odlišné administraci. Tam, kde to bylo možné – u příjmů, věku pacienta a lékaře – jsme použili Spearmanovu korelaci.

7.4 ETICKÉ OTÁZKY A ZPŮSOB JEJICH ŘEŠENÍ

Při plánování výzkumu jsme pečlivě zvážili etická hlediska na straně výzkumníka i respondentů, lékařů a sester tak, aby nebyla žádná zanedbána. Důsledně jsme dodržovali obecné etické zásady. Provedený výzkum považujeme z etického hlediska za málo rizikový. Za klíčovou považujeme především otázku ochrany soukromí účastníků výzkumu.

Během realizace výzkumu jsme tedy přísně dbali především na anonymitu respondentů. Pro šetření A, které probíhalo v ordinacích, byly do ordinací poskytnuty zapečetěné boxy pro sběr vyplněných dotazníků, k vyplněným dotazníkům tedy nikdo nepovolaný neměl přístup. Zároveň jsme se v dotaznících nedotazovali na žádné osobní údaje, které by umožnili identifikaci konkrétního pacienta. Během šetření B, které probíhalo na internetu, byla anonymita zajištěna a priori metodou sběru dat. Osobní údaje, které by mohly sloužit k identifikaci respondentů, jsme nezjišťovali. K sebraným datům měl přístup pouze řešitel projektu. Respondenti byli o těchto opatřeních informováni.

Respondentům byla nabídnuta možnost vznést jakékoli dotazy ohledně výzkumu přes emailovou adresu vyzkum.komunikace@email.cz.

Tam, kde o vyplnění dotazníku žádala pacienty sestra, zároveň uváděla, že vyplnění dotazníku je dobrovolné. Při sběru dat na internetu vyplývá dobrovolnost z podstaty věci.

Není nám známo, že by se během šetření vyskytly etické problémy či rizikové situace.

8 VÝZKUMNÝ SOUBOR

V této studii zpracováváme dva nezávislé vzorky vzešlé ze dvou nezávislých šetření (viz výše). Dále uvádíme vždy zvlášť údaje pro šetření A a šetření B.

8.1 VÝZKUMNÝ SOUBOR A

V rámci šetření A bylo do ordinací poskytnuto celkem 480 dotazníků, vyplněných se navrátilo 313, s celkovou návratností 65,2 %. Z dalšího zpracování byly vyloučeny dotazníky, kde bylo vyplněno méně než 12 položek CAT a týká se tedy celkem 293 dotazníků.

Tabulka 2

Soubor A: Počty sebraných a platných dotazníků, návratnost

Ordinace č.	Poskytnuté dotazníky	Sebrané dotazníky	Návratnost	Platné dotazníky
1	120	109	90,8 %	97
2	120	49	40,8 %	45
3	120	37	30,8 %	37
4	120	118	98,3 %	114
Celkem	480	313	65,2 %	293

Návratnost v jednotlivých ordinacích se zásadně liší, domníváme se, že toto souvisí se způsobem administrace. V ordinaci č. 2 a 3 byly dotazníky pro pacienty volně dostupné v čekárně na stolečku s cedulkou informující o možnosti vyplnění, kterou vytvořili samy lékařky. V ordinacích č. 1 a 4 pacienty žádaly sestry nebo lékařky o vyplnění a dotazníky jim podávaly při odchodu z ordinace jednotlivě do ruky.

ORDINACE

Pro zapojení do studie bylo osloveno 6 praktických lékařů střeďočeského kraje – 3 muži a 3 ženy. Všechny oslovené lékařky s účastí souhlasily, 2 lékaři nesouhlasili a 1 účast přislíbil, nicméně místo něj se šetření účastnila jeho manželka, taktéž praktická lékařka s vlastní ordinací.

Tabulka 3

Soubor A: Charakteristika ordinací / lékařů

Ordinace č.	Pohlaví lékaře	Věk lékaře
1	žena	46
2	žena	36
3	žena	63
4	žena	59

RESPONDENTI

Dotazníky, kde bylo vyplněno 12 a více položek CAT, jsme se rozhodli zařadit do dalšího zpracování i v případě, že některé demografické údaje nebyly vyplněny. Nejvíce nevyplněných položek bylo u otázky na příjem, kterou zodpovědělo pouze 167 respondentů. Šetření se zúčastnilo 31,8 % mužů a 68,2 % žen, s průměrným věkem 45,9 let. Nejmladšímu respondentovi bylo 18 let a nejstaršímu 89 let. Téměř dvě třetiny respondentů patřily mezi stálé pacienty, jedna třetina uvedla, že byli u hodnoceného lékaře poprvé, 5,4 % respondentů bylo na druhé návštěvě. Pouze 3,1 % respondentů bylo jiné národnosti než české (slovenská, ukrajinská, běloruská, vietnamská, romská). Skupiny respondentů se středním vzděláním bez maturity nebo s maturitou byly zastoupeny 31,8 %, resp. 36,7 %. Podrobné údaje viz tabulka č. 4 a 5 na další straně. Dvě třetiny pacientů u hodnocené lékařky byly v minulosti již vícekrát. Zaměstnaných bylo ze vzorku 61 %, pětina (20,6 %) byla starobních důchodců, 6,4 % samostatně výdělečných a 5 % invalidních důchodců.

Tabulka 4

Soubor A (n=293): Demografické charakteristiky

Proměnná	%	n	Proměnná	%	n
Pohlaví		258	Ekonomická aktivita		267
Muž	31,8 %	82	Zaměstnaní	61,0 %	163
Žena	68,2 %	176	Nezaměstnaní	2,6 %	7
Věk		253	Samostatně výdělečný	6,4 %	17
24 nebo mladší	9,5 %	24	Student	2,2 %	6
25 - 44	41,1 %	104	Na mateřské nebo	2,2 %	6
45 - 64	33,6 %	85	rodičovské dovolené		
65 - 84	14,2 %	36	Invalidní důchodce	4,9 %	13
85 nebo starší	1,6 %	4	Starobní důchodce	20,6 %	55
Národnost		255	Počet osob v domácnosti		250
Česká	96,9 %	247	1	15,6 %	39
Jiná	3,1 %	8	2	39,6 %	99
Vzdělání		264	3	19,2 %	48
Základní včetně	12,5 %	33	4	21,6 %	54
neukončeného			5 a více	4,0 %	10
Střední bez maturity	31,8 %	84	Příjem na osobu		167
Střední s maturitou	36,7 %	97	méně než 9.999	16,8 %	28
Vysokoškolské	18,9 %	50	10.000 - 19.999	51,5 %	86
Návštívili jste tohoto lékaře		257	20.000 - 29.999	20,4 %	34
v minulosti?			30.000 - 39.999	6,6 %	11
Ne	33,1 %	85	více než 40.000	4,8 %	8
Ano, jednou	5,4 %	14			
Ano, víckrát	61,5 %	158			

Tabulka 5

Soubor A (n=293): Demografické charakteristiky - pokračování

Proměnná	n	Průměr	SD	Medián
Věk	253	45,9	16,6	44
Příjem na osobu	167	18.333	16.090	15.000

8.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR B

V druhé části šetření byl na internet umístěn dotazník ekvivalentní s dotazníkem administrovaným v ordinacích lékařů, který byl doplněn o otázky vztahující se k hodnocenému lékaři (tím byl praktický lékař respondenta). Dotazník během 3 týdnů vyplnilo 221 respondentů a kvůli chybějícím položkám CAT nemusel být z dalšího zpracování vyřazen žádný z nich. Z tohoto počtu byli pouze 3 muži, proto jsme se rozhodli o jejich vyřazení z vzorku. Dále předběžná analýza ukázala, že pouze 5 respondentek bylo starších 44 let. Tyto dotazníky jsme z dalšího zpracování také vyřadili. Tím jsme dosáhli homogenní populace respondentů.

RESPONDENTI

Výzkumný soubor byl tvořen 213 ženami ve věku 20 – 44 let (průměr 31 let, SD = 4,8) převážně české národnosti (95,8 %). Jinou národnost uvedlo 4,2 % respondentek (moravská, slovenská). Více než polovina (54,6 %) byla vysokoškolského vzdělání, třetina středoškolského s maturitou (33,3 %). Dvě třetiny respondentek byly na mateřské nebo rodičovské dovolené (65,4 %), 24 % bylo zaměstnaných a 8,5 % samostatně výdělečných. Studující ženy a starobní důchodkyně ve vzorku nebyly. Shodně 43 % respondentek uvedlo příjem domácnosti na osobu v nejnižších dvou kategoriích pod 10 000 Kč a od 10 000 Kč do 20 000 Kč (průměr 14.100 Kč, SD = 10.540). Nejčastěji šlo o ženy v domácnostech se 4 členy (40,3 %) a 3 členy (35,5 %). Pravidelně k hodnocenému lékaři chodilo 86,3 % z nich, na první návštěvě bylo 7,1 %. Podrobnější údaje nabízí tabulky č. 6 a 7 na další straně.

Tabulka 6

Soubor B (n=213): Demografické charakteristiky

Proměnná	%	n	Proměnná	%	n
Pohlaví		213	Ekonomická aktivita		211
Žena	100 %	213	Zaměstnaní	24,6 %	52
Věk		213	Nezaměstnaní	0,9 %	2
20 - 24	8,9 %	19	Samostatně výdělečný	8,5 %	18
25 - 44	91,1 %	194	Student	0 %	0
Národnost		212	Na mateřské nebo rodičovské dovolené	65,4 %	138
Česká	95,8 %	203	Invalidní důchodce	0,5 %	1
Jiná	4,2 %	9	Starobní důchodce	0 %	0
Vzdělání		207	Počet osob v domácnosti		186
Základní včetně neukončeného	2,4 %	5	1	2,2 %	4
Střední bez maturity	9,7 %	20	2	9,7 %	18
Střední s maturitou	33,3 %	69	3	35,5 %	66
Vysokoškolské	54,6 %	113	4	40,3 %	75
Návštívili jste tohoto lékaře v minulosti?		212	5 a více	12,4 %	23
Ne	7,1 %	15	Příjem na osobu		93
Ano, jednou	6,6 %	14	méně než 9.999	43,0 %	40
Ano, víckrát	86,3 %	183	10.000 - 19.999	43,0 %	40
			20.000 - 29.999	5,4 %	5
			30.000 - 39.999	4,3 %	4
			více než 40.000	4,3 %	4

Tabulka 7

Soubor B (n=213): Demografické charakteristiky - pokračování

Proměnná	n	Průměr	SD	Medián
Věk	213	31,0	4,8	31,0
Příjem na osobu	93	14.119	10.540	11.667

LÉKAŘI

Během šetření B jsme neměli kontrolu nad hodnocenými lékaři. Respondenti hodnotili praktického lékaře, kterého navštívili naposledy a hodnotili poslední proběhlou konzultaci. Údaje jsou pacientovým odhadem. Předpokladem uvedeným v instrukcích pro respondenty bylo uvedeno, že musí jít o konzultaci proběhlou nejdéle 3 měsíce od sběru dat a respondent si ji musí dobře pamatovat.

Mezi hodnocenými praktickými lékaři bylo 69,5 % žen a 30,5 % mužů, většina (58 %) ve věku 45 – 64 let, následované skupinou lékařů ve věku 25 – 44 let (33 %). Valná většina (97,2 %) lékařů bylo dle odhadu respondentů české národnosti, jinou národnost uvedli respondenti u 2,8 % lékařů (moravská, ukrajinská, slovenská).

Tabulka 8

Soubor B (n=213): Charakteristiky hodnocených lékařů

Proměnná	%	n
Pohlaví		213
Muž	30,5 %	65
Žena	69,5 %	148
Věk		210
25 - 44	33 %	70
45 – 64	58 %	122
65 - 85	9 %	18
Národnost		212
Česká	97,2 %	207
Jiná	2,8 %	6

Tabulka 9

Soubor B (n=213): Charakteristiky hodnocených lékařů - pokračování

Proměnná	n	Průměr	SD	Medián
Věk	210	48,6	10,2	49

8.3 SOUBORY A POPULACE

V šetření A jsme se pokusili přiblížit populaci pacientů praktických lékařů, nicméně výsledky šetření z takto malého vzorku, kdy sběr dat proběhl pouze v ordinacích 4 lékařek středočeského kraje, nelze na zamýšlenou populaci zobecnit. Následně jsme se pokusili patientské populaci přiblížit šetřením B na internetu, které ovšem vygenerovalo velmi specifický vzorek dospělých žen ve věku 20 – 44 let. Zobecnitelnost na širší populaci pacientů není možná, populace odpovídá pouze výzkumným souborům. V případě šetření A jde o pacienty čtyř ordinací praktických lékařek středočeského kraje, u šetření B jde o dospělé ženy ve věku do 44 let a jejich praktické lékaře.

9 VÝSLEDKY

V rámci výzkumu proběhla dvě nezávislá šetření (v ordinacích praktických lékařů a na internetu). Výsledky uvádíme zvláště pro šetření A a pro šetření B u popisu výzkumných souborů, v další části se věnujeme hypotézám rozděleným podle výzkumných cílů. Některé hypotézy byly testovány na obou vzorcích, jiné pouze na jednom (např. rozdíly mezi ordinacemi šlo sledovat pouze u vzorku A).

9.1 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ A

Šetření A probíhalo v ordinacích 4 praktických lékařek, kde pacienti vyplňovali dotazník formou tužka-papír přímo po skončení konzultace. O vyplnění byli požádáni personálem, nebo dotazníky byly volně k dispozici v čekárně. Výsledky staví na souboru 293 pacientů. Z analýzy byly vyřazeny pouze dotazníky obsahující méně než 12 vyplněných položek CAT, ostatní byly do zpracování zařazeny i v případě, že některé údaje pacient nevyplnil.

Průměrný celkový skóre byl 1,36 (SD = 0,64; medián 1,07). Průměrný podíl hodnocení „výborně“ byl 77,8 %. Nejlépe hodnocenými položkami byly položky č. 1 – „pozdravil příjemně“ (84 %), č. 12 – „plán léčby“ a č. 13 – „projevil zájem“ (83 %). Nejhorší hodnocenými položkami byly č. 10 – „povzbuzoval k otázkám“ (60 %), č. 11 – „zapojil do rozhodování“ (69 %) a č. 8 – „srozumitelné výrazy“ (74 %).

Tabulka 10

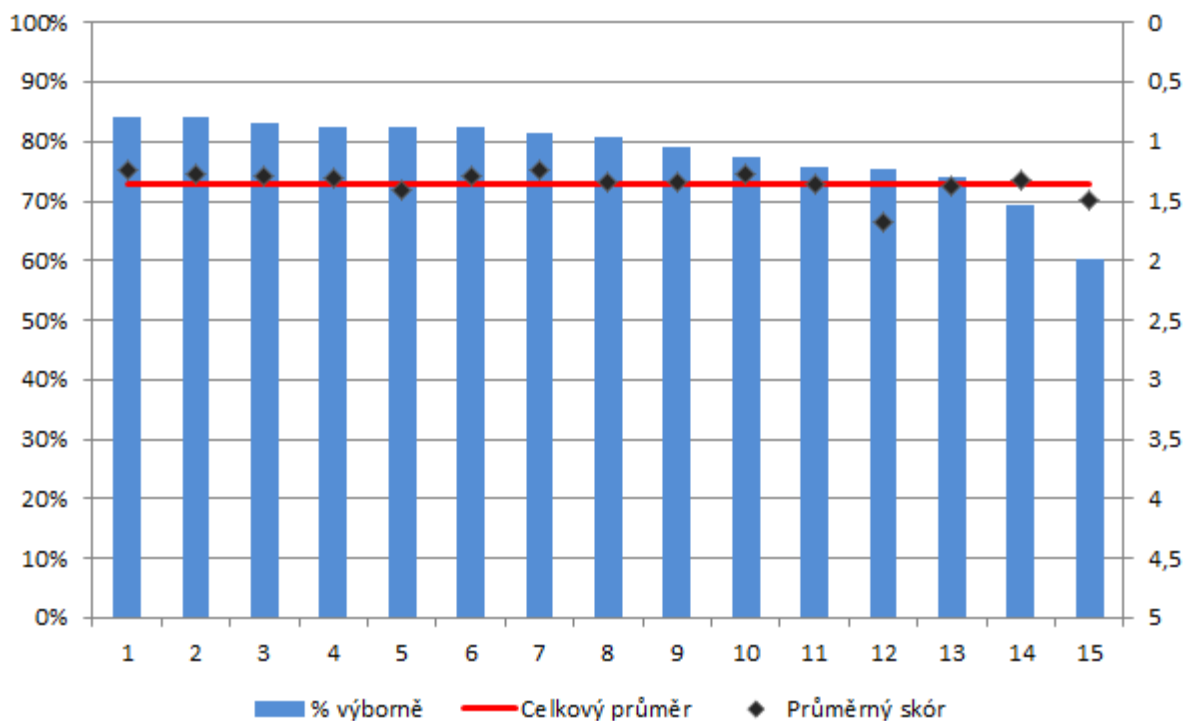
Soubor A (n=293): Průměrný skóre CAT a procenta hodnocení „výborně“

Proměnná	Průměr	SD	% „výborně“
1. Pozdravil(a) mě způsobem, který ve mně vzbudil příjemný pocit	1,27	0,66	84,0 %
2. Jednal(a) se mnou s respektem.	1,41	0,86	82,3 %
3. Zajímal(a) se, co si myslím o svém zdravotním stavu.	1,35	0,79	75,8 %
4. Pochopil(a) mé hlavní obavy o zdraví.	1,28	0,71	77,5 %

Proměnná	Průměr	SD	% „výborně“
5. Věnoval(a) mi pozornost / díval(a) se na mě, pozorně mě poslouchal(a)/.	1,29	0,70	82,3 %
6. Nechal(a) mě mluvit bez přerušování.	1,34	0,79	80,9 %
7. Poskytl(a) mi tolik informací, kolik jsem chtěl(a).	1,34	0,68	79,2 %
8. Používal(a) výrazy, kterým jsem rozuměl(a).	1,38	0,83	74,1 %
9. Ujistil(a) se, jestli jsem všemu rozuměl(a).	1,67	1,03	75,4 %
10. Povzbuzoval(a) mě, abych kladl(a) otázky.	1,49	0,90	60,4 %
11. Zapojil(a) mě do rozhodování v takové míře, jakou jsem si přál(a).	1,32	0,78	69,3 %
12. Probral(a) se mnou další kroky včetně následné léčby.	1,30	0,78	82,6 %
13. Projevil(a) zájem a péči.	1,29	0,71	83,3 %
14. Strávil(a) se mnou přiměřené množství času.	1,23	0,66	81,6 %
15. Lékařský personál se mnou jednal s respektem.	1,24	0,61	84,3 %

Obrázek 1

Soubor A (n=293): Průměrný skór CAT a podíl hodnocení výborně



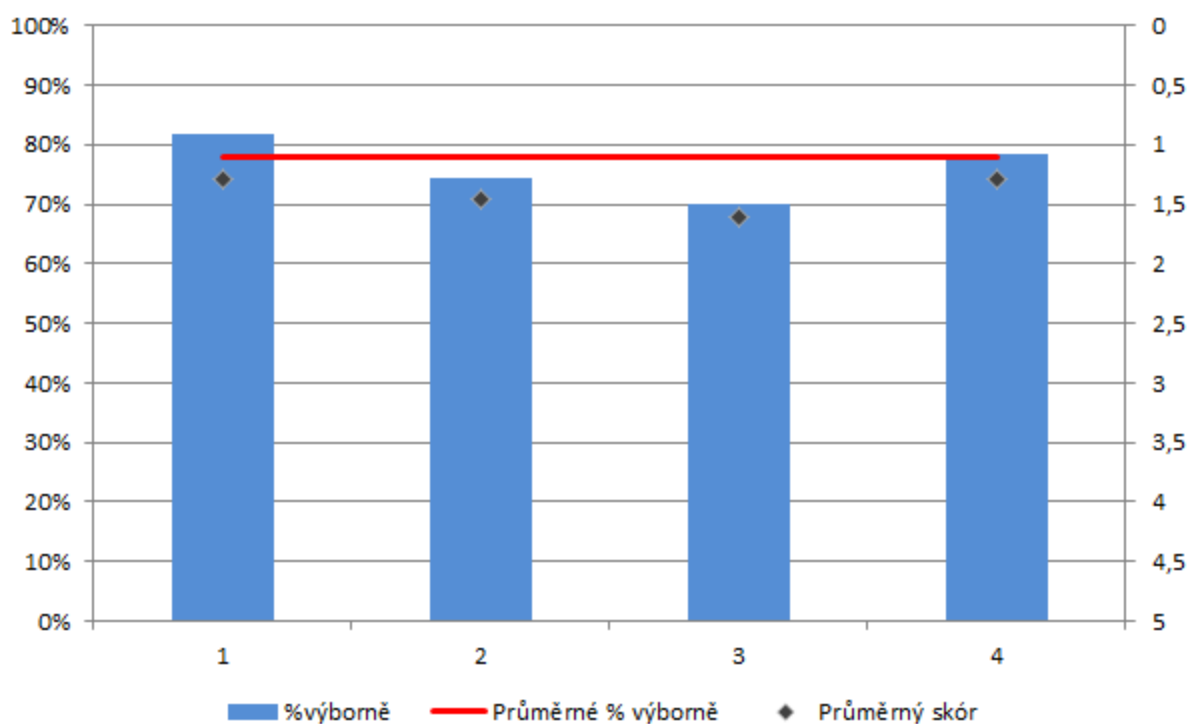
Tabulka 11

Soubor A (n=293): Průměrný skór CAT a podíl hodnocení „výborně“ v jednotlivých ordinacích

Ordinace č.	n	Průměr	SD	% „výborně“
1	97	1,29	0,59	82 %
2	45	1,46	0,82	74 %
3	37	1,60	0,91	70 %
4	114	1,29	0,47	78 %

Obrázek 2

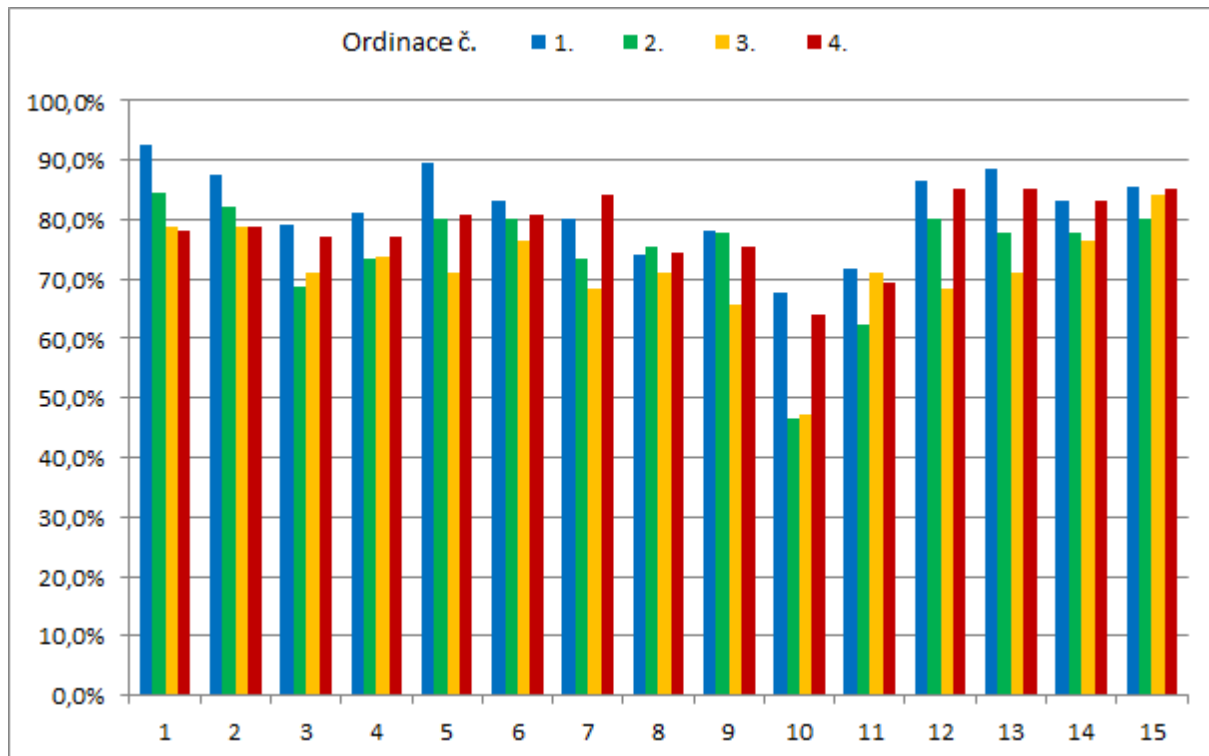
Soubor A (n=293): Průměrný skór CAT a podíl hodnocení výborně v jednotlivých ordinacích



Nejlépe pacienti hodnotili lékařku v ordinaci č. 1 (82 % „výborně“) a nejhůře v ordinaci č. 3 (70 % „výborně“).

Obrázek 3

Soubor A (n=293): Podíl hodnocení „výborně“ CAT v % - srovnání položek v jednotlivých ordinacích



9.2 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ B

Šetření B probíhalo na internetu, respondenti se do výzkumu zapojovali dobrovolně zejména na základě výzev ze sociálních sítí s patientskou tematikou. Výsledky staví na souboru 213 pacientů, z analýzy byly vyloučeny dotazníky obsahující méně než 12 vyplněných položek CAT a tři dotazníky vyplněné respondenty mužského pohlaví. Ostatní dotazníky byly do zpracování zařazeny i v případě, že některé údaje pacient nevyplnil.

Průměrný celkový skóre byl 2,07 (SD = 1,07; medián 1,57), průměrný podíl hodnocení „výborně“ byl 50,1 %. Nejlépe hodnocenými položkami byly položky č. 8 – „srozumitelné výrazy“ (67 %), č. 2 – „jednal s respektem“ (61 %) a č. 14 – „množství času“ (61 %). Nejhůře hodnocenými položkami byly č. 10 – „povzbuzoval k otázkám“ (20 %), č. 11 – „zapojil

do rozhodování“ (39 %), č. 3 – „názory na zdravotní stav“ (40 %) a č. 9 – „ověřil porozumění“ (40 %).

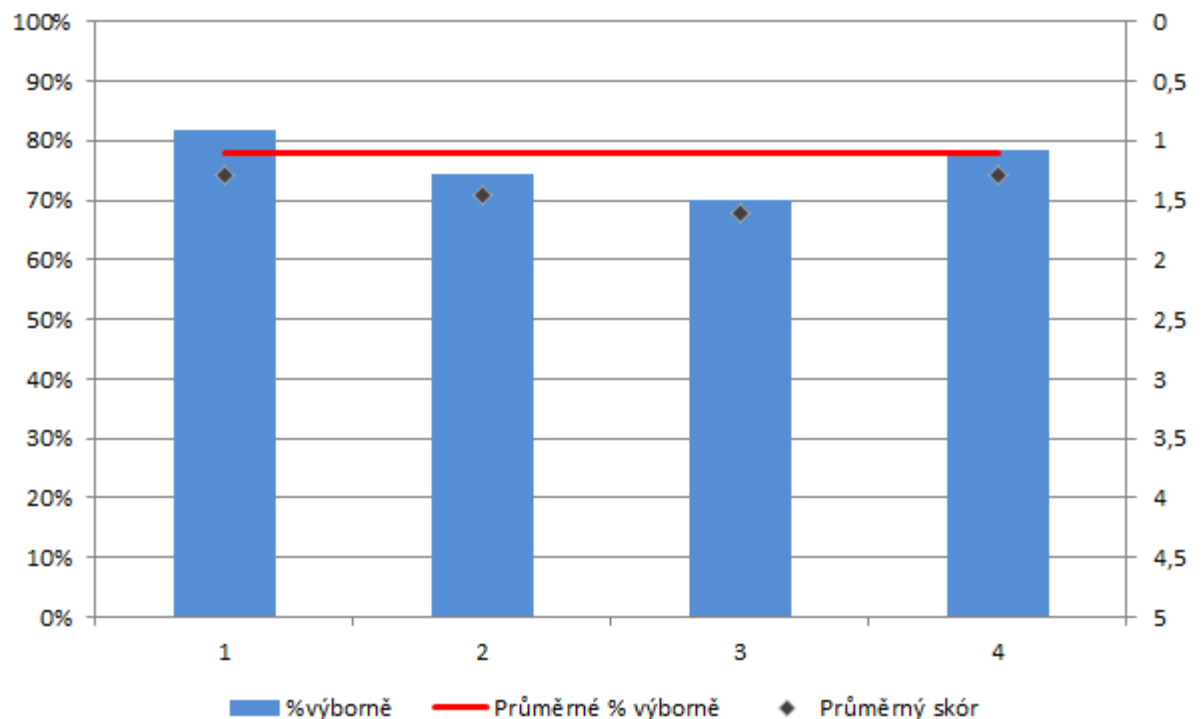
Tabulka 12

Soubor B (n=213): Průměrný skór CAT a procenta hodnocení „výborně“

Proměnná	Průměr	SD	% „výborně“
1. Pozdravil(a) mě způsobem, který ve mně vzbudil příjemný pocit	1,80	1,14	59,2 %
2. Jednal(a) se mnou s respektem.	1,77	1,14	61,0 %
3. Zajímal(a) se, co si myslím o mém zdravotním stavu.	2,33	1,44	39,9 %
4. Pochopil(a) mé hlavní obavy o zdraví.	2,13	1,38	48,8 %
5. Věnoval(a) mi pozornost / díval(a) se na mě, pozorně mě poslouchal(a)/.	1,92	1,27	55,9 %
6. Nechal(a) mě mluvit bez přerušování.	1,79	1,11	56,8 %
7. Poskytl(a) mi tolik informací, kolik jsem chtěl(a).	2,16	1,30	45,1 %
8. Používal(a) výrazy, kterým jsem rozuměl(a).	1,50	0,87	66,7 %
9. Ujistil(a) se, jestli jsem všemu rozuměl(a).	2,24	1,34	40,4 %
10. Povzbuzoval(a) mě, abych kladl(a) otázky.	3,07	1,43	19,7 %
11. Zapojil(a) mě do rozhodování v takové míře, jakou jsem si přál(a).	2,42	1,45	39,4 %
12. Probral(a) se mnou další kroky včetně následné léčby.	2,04	1,34	53,1 %
13. Projevil(a) zájem a péči.	2,01	1,30	52,6 %
14. Strávil(a) se mnou přiměřené množství času.	1,81	1,20	60,6 %
15. Lékařský personál se mnou jednal s respektem.	1,71	1,12	62,4 %

Obrázek 4

Soubor B (n=213): Průměrný skór CAT a podíl hodnocení „výborně“



9.3 VÝSLEDKY TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ

Některé hypotézy bylo možné testovat jen na souboru A (např. rozdíly mezi ordinacemi) a některé jen na souboru B (např. souvislost s věkem lékaře), nicméně valnou většinu hypotéz jsme testovali na obou vzorcích. Všechny hypotézy jsme testovali na hladině významnosti $\alpha=0,05$.

SOCIOEKONOMICKÝ STATUS

U socioekonomického statusu pacienta jsme sledovali úroveň vzdělání, ekonomickou aktivitu a příjmy domácnosti na osobu. Rozdíly mezi skupinami ani souvislost s příjmy pacienta se nepotvrdily ani u vzorku A, ani u vzorku B. Ve skupině pacientů v invalidním důchodu byl pouze jeden respondent a ve skupině nezaměstnaných pouze dva – ti byli z analýzy vyloučeni.

Tabulka 13

Výsledky Kruskal-Wallisova testu pro hypotézy o rozdílu mezi skupinami pacientů – vzdělání, ekonomická aktivita

Proměnná	n	Testová statistika H	p
Vzdělání			
Soubor A	264	7,78	0,10
Soubor B	207	0,49	0,92
Ekonomická aktivita			
Soubor A	267	4,03	0,67
Soubor B	208	1,10	0,78

Tabulka 14

Výsledky testu Spearmanova korelačního kvocientu pro hypotézy o souvislosti CAT a příjmu pacienta

Proměnná	n	Spearmanovo r	p
Příjem (domácnosti na osobu)			
Soubor A	167	-0,03	0,72
Soubor B	93	0,03	0,74

DALŠÍ CHARAKTERISTIKY PACIENTA

Dalšími charakteristikami pacientů, u kterých jsme sledovali souvislost s průměrným skórem CAT, byly pohlaví a věk. Vliv pacientova pohlaví jsme mohli sledovat pouze na vzorku A, protože soubor B byl tvořen pouze ženami. Rozdíly mezi skupinami se ani u pohlaví nepotvrdily.

Tabulka 15

Výsledky Mann-Whitneyova U-testu pro hypotézy o rozdílu mezi skupinami pacientů – pohlaví

Proměnná	n skupina 1	n skupina 2	Testová statistika U	p
Pohlaví				
Soubor A	82	176	6928	0,61

Hypotézu o souvislosti skóru CAT a věku jsme testovali pomocí Spearmanova korelačního kvocientu. V souboru A jsme našli signifikantní velmi slabou negativní korelaci ($r = -0,26$, $p = 0,000041$) mezi skórem CAT a věkem pacienta. U souboru B se souvislost neprokázala.

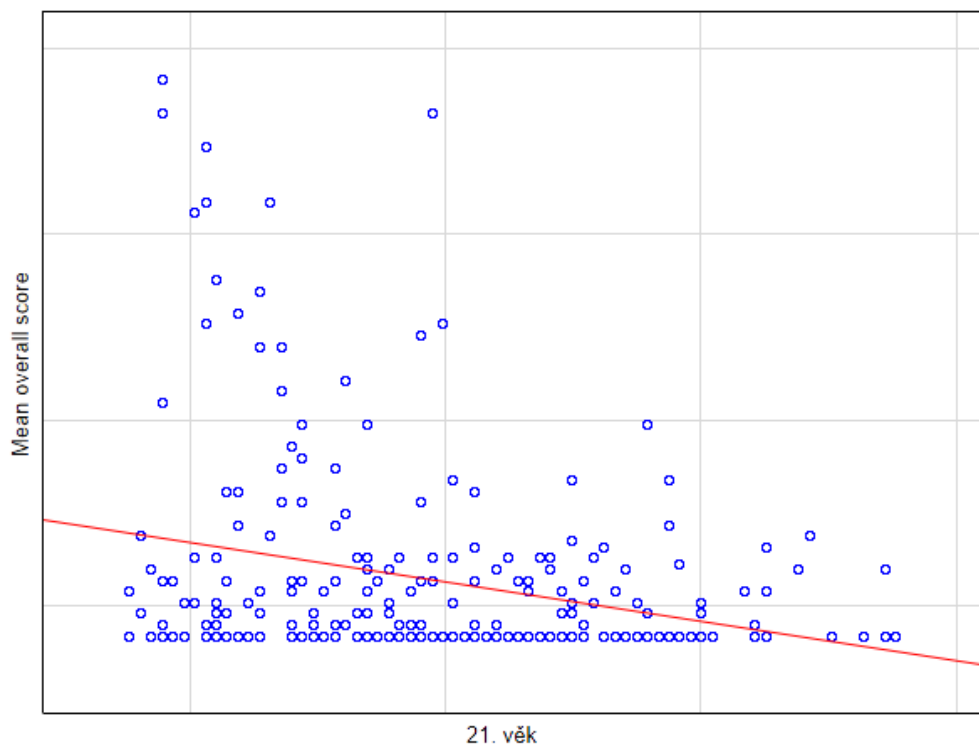
Tabulka 16

Výsledky testu Spearmanova korelačního kvocientu pro hypotézy o souvislosti CAT a věku pacienta

Proměnná	n	Spearmanovo r	p
Věk			
Soubor A	253	-0,26	0,000041
Soubor B	213	-0,08	0,25

Obrázek 3

Věk pacienta a průměrný skór CAT- soubor A



U respondentů jsme dále sledovali, jestli u hodnoceného lékaře byli někdy v minulosti – možné odpovědi byly „ne“, „ano-jednou“, „ano - víckrát“. Rozdíly mezi skupinami pacientů podle této charakteristiky se nepotvrdily ani u jednoho souboru.

Tabulka 17

Výsledky Kruskal-Wallisova testu pro hypotézy o rozdílu mezi skupinami pacientů podle počtu konzultací v minulosti

Proměnná	n	Testová statistika H	p
Konzultace v minulosti			
Soubor A	257	2,30	0,32
Soubor B	212	0,67	0,72

CHARAKTERISTIKY LÉKAŘE

Hypotézy o charakteristikách lékaře jsme testovali pouze na datech souboru B. V šetření A šlo o homogenní vzorek čtyř praktických lékařek, nešlo je pro tento účel využít. V šetření B jsme se zaměřili na homogenním vzorku respondentů na heterogenní (a nekontrolovanou) skupinu praktických lékařů. Respondenti uváděli svůj odhad věku a pohlaví hodnoceného lékaře.

Ve vzorku jsme evidovali 148 lékařek a 65 lékařů. Rozdíly v hodnocení CAT se mezi skupinami nepotvrdily.

Tabulka 18

Výsledky Mann-Whitneyova U-testu pro hypotézy o rozdílu mezi skupinami hodnocených lékařů podle pohlaví

Proměnná	n skupina 1	n skupina 2	Testová statistika U	p
Pohlaví lékaře				
Soubor B	148	65	4468	0,41

Tabulka 19

Výsledky testu Spearmanova korelačního kvocientu pro hypotézu o souvislosti CAT a věku lékaře

Proměnná	n	Spearmanovo r	p
Věk lékaře			
Soubor B	210	0,12	0,09

ROZDÍLY MEZI JEDNOTLIVÝMI LÉKAŘI

Rozdíly v komunikačních dovednostech mezi jednotlivými lékaři jsme sledovali na datech šetření A, kterého se účastnily 4 lékařky. Na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ se rozdíl neprokázal.

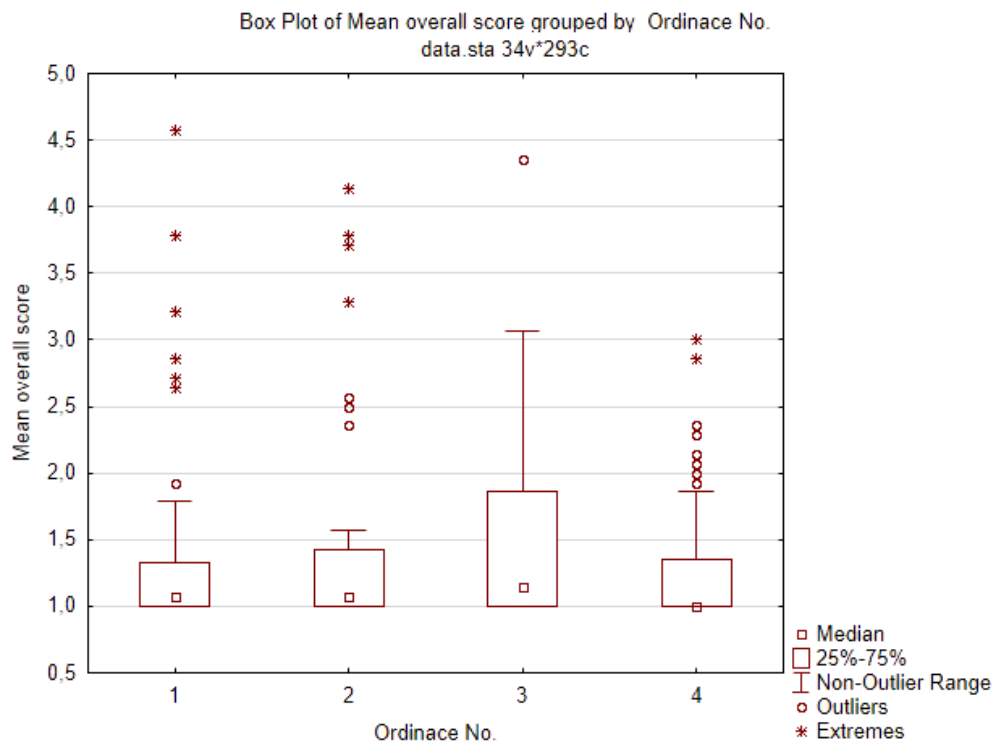
Tabulka 20

Výsledky Kruskal-Wallisova testu pro hypotézy o rozdílu v průměrném skóru CAT mezi jednotlivými lékaři (šetření A)

Proměnná	n	Testová statistika H	p
Lékař ordinace č.			
Soubor A	293	3,89	0,27

Obrázek 4

Průměrný skór CAT podle ordinace- soubor A



VLIV ADMINISTRACE

Přestože to nebylo záměrem studie, administrace dotazníků proběhla dvěma rozdílnými způsoby. Ve dvou ordinacích (1 a 4) po skončení konzultace vyzývaly lékařky a sestry pacienty k účasti na studii a podaly jim do ruky dotazník na tvrdé podložce a tužku. Ve dvou dalších ordinacích (2 a 3) byly dotazníky volně položené na stolku v čekárně, pacienty

explicitně o účast ve výzkumu nikdo nežádal. Ad hoc jsme se rozhodli pro analýzu těchto dvou skupin, rozdíl není prokazatelný.

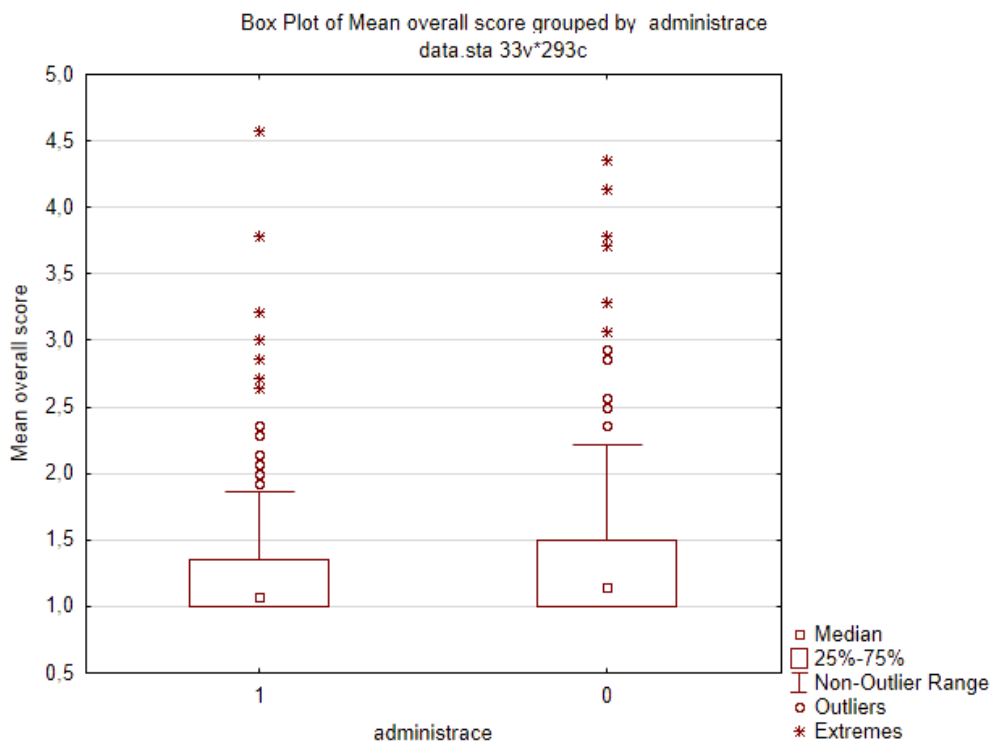
Tabulka 21

Výsledky Mann-Whitneyova U-testu pro hypotézy o rozdílu ve výsledcích CAT podle způsobu administrace

Proměnná	n skupina1	n skupina 2	Testová statistika U	p
Způsob administrace				
Soubor A	211	82	7528	0,085

Obrázek 5

Průměrný skór CAT a způsob administrace- soubor A



9.4 PROVEDITELNOST POUŽITÍ CAT

Použitelnost CAT jsme již předběžně v rámci převodu do českého jazyka pilotně testovali. Finální verze se v praxi ukázala jako dobře použitelná. Dle sdělení lékařek a sester ze šetření A se větší problémy nevyskytly. Dotazník vyplňovali respondenti bez asistence, čímž byla minimalizována zátěž zdravotnického personálu. Nicméně další použití CAT ve vlastní praxi neplánují.

Pacienti instrukce dobře chápali a s dotazníkem neměli potíže ani starší nebo méně vzdělaní respondenti. Připomínky, které měli možnost uvádět v rámci dotazníku, se týkaly lékařů a jejich ordinací. V šetření B jedna respondentka uvedla, že není zřejmé hodnocené časové období.

Součástí dotazníku byla doplňková otázka: „Už jste byl u hodnoceného lékaře někdy v minulosti?“ s možností odpovědí „ne“, „ano – jednou“, „ano – vícekrát“. Při konzultaci výsledků se jedna z lékařek se podivovala, kolik pacientů zaškrtnulo možnosti „ne“ nebo „ano – jednou“. Dle jejího sdělení jde o chybné vyplnění, protože „*Všichni, komu jsem to dávala, ke mně chodí pravidelně, až na pár pracovních prohlídek*“. Při formulaci jsme vycházeli z otázky použité Makoulem et al. (2007) a Myerholtzovou (2010 a 2014). Pro další použití by bylo vhodné zvážit přeformulování, respektive ověřit, jestli tato otázka může být pacienty chybně interpretována.

9.5 K PLATNOSTI HYPOTÉZ

V rámci výzkumu proběhla dvě nezávislá šetření. Šetření A proběhlo mezi pacienty čtyř praktických lékařek, šetření B mezi dospělými ženami na internetu. V šetření A jsme dosáhli heterogenních vlastností respondentů od malého počtu lékařů, zatímco u šetření B byl použit homogenní vzorek dospělých žen, které hodnotily heterogenní skupinu lékařů. Proto bylo možné některé hypotézy testovat na obou vzorcích, některé pouze na jednom z nich.

H1: EXISTUJE STATISTICKY VÝZNAMNÝ ROZDÍL VE SKÓRU CAT MEZI SKUPINAMI DANÝMI PACIENTOVÝM DOSAŽENÝM STUPNĚM VZDĚLÁNÍ

Hypotézu H1 pomocí Kruskal-Wallisova testu nelze přijmout na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ (soubor A: $H = 7,78$, $p = 0,10$; soubor B: $H = 0,49$, $p = 0,92$). Nebyl nalezen statisticky významný rozdíl ve skóru CAT mezi skupinami rozdělenými podle stupně dosaženého vzdělání pacienta.

H2: EXISTUJE STATISTICKY VÝZNAMNÝ ROZDÍL VE SKÓRU CAT MEZI SKUPINAMI DANÝMI EKONOMICKOU AKTIVITOU PACIENTA

Hypotézu H2 pomocí Kruskal-Wallisova testu nelze přijmout na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ (soubor A: $H = 4,03$, $p = 0,67$; soubor B: $H = 1,10$, $p = 0,78$). Nebyl nalezen statisticky významný rozdíl ve skóru CAT mezi skupinami rozdělenými podle druhu ekonomické aktivity pacienta.

H3: EXISTUJE STATISTICKY VÝZNAMNÁ KORELACE MEZI SKÓREM CAT A PŘÍJMY PACIENTA

Korelační koeficient mezi skórem CAT a příjmy pacienta se neukázal jako statisticky signifikantní na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ (soubor A: $r = -0,03$, $p = 0,72$; soubor B: $r = 0,03$, $p = 0,74$). Hypotézu H3 nelze přijmout.

H4: EXISTUJE STATISTICKY VÝZNAMNÁ KORELACE MEZI SKÓREM CAT A VĚKEM PACIENTA

Ve vzorku A se korelační koeficient mezi skórem CAT a věkem pacienta ukázal jako statisticky signifikantní na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ (soubor A: $r = -0,26$, $p = 0,000041$). Hypotézu H4 na vzorku A přijímáme.

Ve vzorku B se korelační koeficient mezi skórem CAT a věkem pacienta neukázal jako statisticky signifikantní na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ (soubor B: $r = -0,08$, $p = 0,25$). Hypotézu H4 na vzorku B nelze přijmout.

H5: EXISTUJE STATISTICKY VÝZNAMNÝ ROZDÍL VE SKÓRU CAT MEZI SKUPINAMI DANÝMI POHLAVÍM PACIENTA

Hypotézu H5 pomocí Mann-Whitneyova testu nelze přijmout na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ (soubor A: $U = 6928$, $p = 0,61$). Nebyl nalezen statisticky významný rozdíl ve skóru CAT mezi skupinami rozdělenými podle pohlaví.

H6: EXISTUJE STATISTICKY VÝZNAMNÁ KORELACE MEZI SKÓREM CAT A VĚKEM LÉKAŘE

Korelační koeficient mezi skórem CAT a věkem lékaře se neukázal jako statisticky signifikantní na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ (soubor B: $r = 0,12$, $p = 0,09$). Hypotézu H6 nelze přijmout.

H7: EXISTUJE STATISTICKY VÝZNAMNÝ ROZDÍL VE SKÓRU CAT MEZI SKUPINAMI DANÝMI POHLAVÍM LÉKAŘE

Hypotézu H7 pomocí Mann-Whitneyova testu nelze přijmout na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ (soubor B: $U = 4468$, $p = 0,41$). Nebyl nalezen statisticky významný rozdíl ve skóru CAT mezi skupinami rozdělenými podle pohlaví lékaře.

H8: EXISTUJE STATISTICKY VÝZNAMNÝ ROZDÍL VE SKÓRU CAT MEZI JEDNOTLIVÝMI LÉKAŘI

Hypotézu H8 pomocí Kruskal-Wallisova testu nelze přijmout na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ (soubor A: $H = 3,89$, $p = 0,27$). Nebyl nalezen statisticky významný rozdíl ve skóru CAT mezi jednotlivými lékaři.

H9: EXISTUJE STATISTICKY VÝZNAMNÝ ROZDÍL VE SKÓRU CAT MEZI SKUPINAMI DANÝMI ZPŮSOBEM ADMINISTRACE TIŠTĚNÉHO DOTAZNÍKU

Hypotézu H9 pomocí Mann-Whitneyova testu nelze přijmout na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ (soubor A: $U = 7528$, $p = 0,085$). Nebyl nalezen statisticky významný rozdíl ve skóru CAT mezi skupinami rozdělenými podle způsobu administrace tištěného dotazníku.

9.6 K VÝZKUMNÝM OTÁZKÁM

Doplňkovým cílem bylo ověření použitelnosti experimentálního převodu CAT v českém prostředí. Na potíže při administraci jsme se dotazovali lékařek a sester, respondenti měli možnost se vyjádřit v rámci dotazníku.

O1: JAKÝM ZPŮSOBEM JE DOTAZNÍK CAT VHODNÉ ADMINISTROVAT?

Dotazník CAT je možné administrovat v podobě tužka – papír nebo na internetu. V podobě tužka – papír je možné dotazníky nechat volně položené v čekárně na stolečku, nebo je možné pacienty o jejich vyplnění aktivně žádat.

O2: JAKÉ OBTÍŽE MĚLI RESPONDENTI S VYPLŇOVÁNÍM?

Pacienti nemají potíže se samostatným vyplňováním dotazníku.

10 DISKUZE

Do češtiny jsme převedli dotazník pro pacienty Communication Assessment Tool, který pracuje s hodnocením lékařových komunikačních dovedností během jedné konzultace. Nejde tedy o objektivní hodnocení jako u některých škál, které využívají externího hodnotitele. Výhodou oproti tomuto postupu je u CAT jeho použitelnost v praxi, a pokud je řádně validizován a standardizován, lze za jeho pomoci porovnávat komunikační dovednosti lékaře oproti normě, případně změnu dovedností v čase, nebo porovnání mezi několika lékaři.

V předkládaném výzkumu jsme provedli experimentální převod CAT, s jehož pomocí jsme na dvou rozdílných vzorcích sledovali souvislost mezi hodnocením komunikace lékaře a socioekonomickým statusem pacienta, respektive několika dalšími charakteristikami pacienta a lékaře. Zároveň jsme sledovali proveditelnost výzkumu s tímto nástrojem a využitelnost dotazníku v praxi. Šetření A se zúčastnilo 293 pacientů čtyř praktických lékařek, šetření B probíhalo na internetu a respondenty bylo 213 dospělých žen.

Při porovnávání výsledků s výsledky jiných výzkumů musíme mít na paměti, že u české verze byla použita škála v obráceném pořadí – hodnocení „výborně“ je v české verzi značeno hodnotou 1, zatímco v zahraničních verzích hodnotou 5. Stejně jako u originálního dotazníku i česká verze je výrazně šikmá směrem k hodnocení „výborně“ s průměrným celkovým skórem 1,36 u souboru A a 2,07 u souboru B. Také u zahraničních výzkumů je obvyklý průměrný celkový skóre v rozmezí 4,59 – 4,7 (Makoul et al, 2007; Myerholtz et al, 2010; Myerholtz, 2014), u šetření A byl průměrný podíl hodnocení „výborně“ 77,8 %, u šetření B 50,1 %. V originálním znění u praktických lékařů byl tento ukazatel v rozmezí 69 % – 76 % (Makoul et al, 2007; Myerholtz et al., 2010; Myerholtz; 2014).

V hodnocení jednotlivých položek nelze vysledovat významnější trend, jen snad položka č. 10 – „povzbuzoval k otázkám“ se velmi často vyskytuje mezi nejhůře hodnocenými v zahraničních výzkumech (Myerholz et al., 2010; Myerholtz, 2014) stejně, jako v našich šetřeních.

SOCIOEKONOMICKÝ STATUS PACIENTA

Hypotézy o souvislosti mezi socioekonomickým statusem pacienta (vzdělání, ekonomická aktivita, příjem) a komunikací lékaře se nepotvrdily ani v jednom výzkumném souboru, přestože z dostupné literatury vyplývá, že zde souvislost být může, a to taková, že lékaři komunikují lépe s pacienty s vyšším vzděláním a hůře s pacienty z nižších sociálních tříd (např. Street, 1991; Willems, 2005; Ferguson & Candib, 2002; Verlinde et al., 2012). Tato zjištění se většinou opírají o analýzu konzultací externím hodnotitelem – je tedy možné, že lékaři s těmito skupinami pacientů komunikují objektivně jinak, z pacientova subjektivního hlediska ovšem přiměřeně. Pokud výzkumy ukazují, že méně vzdělané pacienty zapojují lékaři do rozhodování méně než ty vzdělané (Verlinde et al., 2012), může toto chování lékařů reagovat na přání těchto pacientů nebýt do rozhodování zapojení příliš (McKinstry, 2000), protože toto jim může způsobovat emoční stres (Kiesler & Auerbach, 2006). Naše zjištění není v rozporu se zjištěními na základě objektivních hodnocení, ale odrážejí fakt, že CAT je konstruován na základě komunikačních cílů.² Pokud tedy lékaři skórují podobně napříč všemi socioekonomickými skupinami, pak se lze domnívat, že svoji komunikaci umí přizpůsobit na míru potřebám svých pacientů.

DALŠÍ CHARAKTERISTIKY PACIENTA

Souvislost mezi komunikací lékaře a dalšími charakteristikami pacienta (pohlaví) se nepotvrdila, resp. u věku byla na souboru A zjištěna slabá záporná korelace s věkem pacienta – rostoucí věk by souvisel s lepším hodnocením. Podobně jako u socioekonomického statusu, i zde ukazují výzkumy pracující s objektivním hodnocením souvislost mezi komunikačním chováním lékařů a věkem nebo pohlavím pacienta (např. Hall, Roter & Katz, 1988; McKinstry, 2000), přestože souvislost zde není tak přímočará. Většina zjištění poukazuje, že nejmladší a nejstarší věkové kategorie preferují

² Např. položka týkající se rozhodování zní: „Lékař mě zapojil do rozhodování v takové míře, jakou jsem si přál“.

direktivní komunikační přístup. Pantell et al. (1982) a Burt et al. (2016) našli souvislost mezi patientským hodnocením komunikace a věkem v tom smyslu, že starší měli tendenci hodnotit komunikaci hůře – tedy opačně, než by ukazovala zjištěná slabá korelace u našeho vzorku A.

Ze zahraničních zjištění pomocí objektivních hodnotících metod se opět zdá, že lékaři komunikují jinak s muži a ženami. Obvykle je uváděno, že s ženami lékaři hovoří více, déle a projevují více emoční podpory (např. Pendleton & Bochner, 1980; Hall, Roter & Katz; 1988), jiní autoři souvislost nenacházejí (např. McKinstry, 2000; Campbell et al., 2001). Burt et al. (2016) v průzkumu založeném na patientském hodnocení uvádí, že ženy hodnotily lékaře hůře než muži.

CHARAKTERISTIKY LÉKAŘE

Podle našich zjištění nesouvisí komunikační dovednosti ani se sledovanými charakteristikami lékařů ve vzorku B (pohlaví, věk). Např. Street (2005) nebo Roterová a Hallová (2004) rozdíl v komunikaci lékařů a lékařek nacházejí, Kaplanová et al. (1995) si všimla rozdílů u komunikačních dyád. Tato zjištění nejsou příliš konzistentní, někteří autoři rozdíl nenacházejí (McKinstry, 2000). Protože nemáme k dispozici přesné údaje o lékařích, ale vycházíme z odhadů pacientek, jsou naše zjištění zejména u věku diskutabilní.

ROZDÍLY MEZI LÉKAŘI

Hypotéza o rozdílu v úrovni komunikačních dovedností zúčastněných lékařek se nepotvrdila. Důvodem mohou být metodologické nedostatky, kde ve dvou ordinacích byly sebrány dotazníky od výrazně méně respondentů, než v dalších dvou ordinacích. Autoři CAT (Makoul et al., 2007) doporučují u každého lékaře sebrat dotazníky alespoň od 30 pacientů a tato podmínka byla dodržena, rozdíly by mělo být možné identifikovat i v našem případě. Možností zůstává, že lékařky si byly ve svých komunikačních dovednostech podobné, jelikož i jejich demografické charakteristiky byly dosti homogenní. Podobnosti jsme našli také na úrovni hodnocení jednotlivých položek CAT – tři ze čtyř

lékařek byly nejlépe hodnoceny u položky 1 – „příjemně pozdravila“, nejhůře hodnoceny byly u otázky 10 – „povzbuzovala k otázkám“.

ADMINISTRACE

Ve dvou ordinacích byl dotazník volně ložený na stolku v čekárně, ve dvou ordinacích lékařky nebo jejich sestry účast ve výzkumu aktivně nabízely. Z dostupné literatury nám není známo, jak přesně by měl být pacient k vyplnění dotazníku vyzván, respektive zda je přípustná varianta s volným přístupem k dotazníkům. Rozdíly v administraci se projevily v množství sebraných dotazníků – u osobní administrace byla návratnost 94,6 %, v případě volného přístupu k dotazníkům pouze 35,8 %. Nicméně se zdá, že rozdíly ve způsobu administrace nemají vliv na výsledky CAT. V tomto ohledu jsou nejspíš ekvivalentní a v praxi lze použít oba způsoby pro získání relevantních výsledků.

LIMITY STUDIE

Za významná omezení předkládaného výzkumu považujeme jednak malý rozsah výzkumného souboru v šetření A (pouze 4 lékařky), u výzkumného souboru B fakt, že byli hodnoceni neznámí lékaři byť homogenním vzorkem respondentů. Zároveň přes veškerou péči věnovanou převodu CAT do českého jazyka není jasné, zda je tento převod validní a reliabilní. Pro zjištění jeho psychometrických kvalit by bylo třeba provést validizační studii na výrazně větším vzorku – autoři originálního dotazníku (Makoul et al., 2007) za tímto účelem provedli šetření mezi 40 lékaři a 950 pacienty. Také je otázkou, nakolik nástroj vycházející z amerických reálií vyhovuje české praxi. Je možné, že pacienti v ČR mají jiné preference a považují za hodnotné jiné oblasti komunikace lékaře s pacientem – např. originální francouzský dotazník TCom-skill GP (Bauman et al., 2008) obsahuje položku o čitelnosti písma na receptu. Pro získání kulturně relevantního nástroje by bylo vhodné prodiskutovat relevanci položek v sérii patientských ohniskových skupin.

11 ZÁVĚRY

Výsledky neprokázaly souvislost mezi hodnocením lékařovy komunikace a pacientovým socioekonomickým statusem (vzdělání, příjem, ekonomická aktivita), ani dalšími charakteristikami pacienta (věk, pohlaví), nebo lékaře (věk).

Experimentální převod Communication Assessment Tool se ukázal jako snadno použitelný v praxi, kdy pacienti mohou vyplňovat dotazník sami a neruší chod ordinace, potíže s vyplňováním se nevyskytly. Rozdíly v komunikačních dovednostech mezi lékaři se neukázaly.

V současné době nám není znám žádný původní český patientský dotazník pro hodnocení komunikace lékaře, který by stál na zdravém metodologickém základu, ani žádný validizovaný nebo alespoň experimentální překlad takového nástroje. Tato studie dává k dispozici experimentální převod patientského dotazníku CAT a ukazuje, jakým způsobem lze s českou verzí pracovat a jakým způsobem je možné ji použít.

SOUHRN

Komunikace lékaře s pacientem je klíčem k úspěšné léčbě a spokojenosti pacienta. Odborný zájem se v České republice zatím ubíral cestou kvalitativní metodologie, možná také proto, že v ČR chybí nástroje umožňující komunikační dovednosti lékaře kvantifikovat. Záměrem bylo převést do českého jazyka vhodnou metodu, na jednoduchém výzkumném plánu ukázat její užití v praxi a zároveň ověřit praktickou proveditelnost. Zvolen byl patientský dotazník Communication Assessment Tool (Makoul et al., 2007), který jsme využili k ověření hypotéz o souvislosti lékařovy komunikace se socioekonomickým statusem pacienta a některými dalšími charakteristikami pacienta a lékaře.

Zaměřili jsme se na praktické lékaře pro dospělé, kteří jsou nejpočetnější skupinou lékařů primární péče. Jako lékaři první linie musí být schopni vyslechnout pacienta s jakýmkoli problémem. V současné době je výuce komunikačních dovedností věnováno určité minimum v pregraduálním i postgraduálním vzdělávání.

Lékař by měl komunikaci s pacientem zvládat i kvůli zákonným povinnostem, zejména informovanému souhlasu. Ten může být udělen i ústně nebo implicitně, vždy ale musí proběhnout rozhovor lékaře s pacientem tak, aby pacient mohl klást otázky.

Krátce uvádíme několik základních doporučení pro vedení rozhovoru s pacientem. Z konference v Kalamazoo vyplynulo sedm základních komunikačních úkolů, kterých by měl lékař v rozhovoru dosahova – např. získat informace nebo porozumět pacientově perspektivě.

Komunikace lékaře s pacientem může mít vliv na rozlišení příznaků a diagnózy, na účinnost léčby, kompliance, spokojenost s péčí, množství právních sporů nebo náklady na léčbu. Faktory ovlivňující charakter komunikace lékaře s pacientem mohou být na straně pacienta, lékaře, mohou souviset s jejich vztahem nebo se zdravotnickým systémem. Na straně pacienta jde zejména o jeho socioekonomický status, věk a pohlaví.

Komunikaci mezi lékařem a pacientem je možné posuzovat nezávislým hodnotitelem, nebo využít patientské hodnocení. Uvádíme přehled 32 patientských dotazníků. Podrobně popisujeme Communication Assessment Tool, který vychází z komunikačních úkolů podle

konference v Kalamazoo. Jde o jednofaktorový dotazník o 15 položkách, lékařské komunikace se týká 14 z nich, jedna doplňková personálu. Pacienti hodnotí na pětibodové Likertově škále od 1 „slabě“ po 5 „výborně“. Výsledky je možné uvádět jako průměrný celkový skór, nebo procentuální podíl hodnocení „výborně“, které se doporučuje především pro prezentaci výsledků. Převod CAT do českého jazyka byl proveden v souladu s doporučeným postupem ISPOR s přihlédnutím k doporučením WHO v těchto fázích: přípravná fáze; překlad do českého jazyka; vyladění českého překladu; zpětný překlad; posouzení zpětného překladu a harmonizace; pretest a debriefing; vyhodnocení pretestu a finalizace; korektura. U českého překladu byla oproti originálu obrácena hodnotící škála – od 1 „výborně“ po 5 „nedostatečně“.

Výzkum měl tyto cíle: ověřit souvislost mezi pacientovým hodnocením lékařovy komunikace a pacientovým socioekonomickým statusem, dalšími charakteristikami pacienta a lékaře a ověřit použitelnost české verze CAT. Za tímto účelem bylo provedeno jednorázové šetření, respektive dvě nezávislá šetření. V šetření A proběhl sběr dat formou tužka-papír mezi pacienty 4 praktických lékařek středočeského kraje. Šetření B proběhlo na internetu, respondenti byli rekrutováni na sociálních sítích ve skupinách s patientskou tematikou.

Z vyhodnocení byly vyřazeny dotazníky, u kterých bylo vyplněno méně než 12 položek CAT. Data byla zpracována v programu Statistica. Hypotézy jsme testovali pomocí Kruskal-Wallisova testu, Mann-Whitneyova testu a Spearmanovy korelace.

Šetření A se zúčastnilo 293 pacientů – 31,8 % mužů a 68,2 % žen, s průměrným věkem 45,9 let (SD = 16,6). Vzděláním bylo 36,7 % respondentů střední s maturitou, 31,8 % střední bez maturity, 18,9 % vysokoškolské a 12,5 % základní. 61,5 % pacientů byly u hodnocené lékařky v minulosti již vícekrát. Zaměstnaných bylo ze vzorku 61 %, 20,6 % starobních důchodců, 6,4 % samostatně výdělečných a 5 % invalidních důchodců. Medián příjmu na osobu v domácnosti byl 15 000 Kč.

Soubor B tvoří 213 žen ve věku 20 – 44 let (průměr 31, SD = 4,8). Přes polovinu (54 %) respondentek uvedlo vysokoškolské vzdělání, 33,3 % střední s maturitou, 9,7 % střední bez maturity a 2,4 % základní. 86,3 % respondentek hodnotilo lékaře, kterého navštívily v minulosti vícekrát. Většina respondentek (65,4 %) byla na mateřské nebo rodičovské

dovolené, 24,6 % zaměstnaných, 8,5 % samostatně výdělečných. Medián příjmu na osobu v domácnosti byl 11 667 Kč.

U šetření A byl průměrný celkový skóre 1,36 (SD = 0,64; medián 1,07), průměrný podíl hodnocení „výborně“ byl 77,8 %. Nejlépe hodnocenými položkami byly položky č. 1 „pozdravil příjemně“ (84 %), č. 12 „plán léčby“ a č. 13 „projevil zájem“ (83 %). Nejhůře hodnocenými položkami byly č. 10 „povzbuzoval k otázkám“ (60 %), č. 11 „zapojil do rozhodování“ (69 %) a č. 8 „srozumitelné výrazy“ (74 %).

V šetření B byl průměrný celkový skóre 2,07 (SD = 1,07; medián 1,57), průměrný podíl hodnocení „výborně“ byl 50,1 %. Nejlépe hodnocenými položkami byly položky č. 8 „srozumitelné výrazy“ (67 %), č. 2 „jednal s respektem“ (61 %) a č. 14 „množství času“ (61 %). Nejhůře hodnocenými položkami byly č. 10 „povzbuzoval k otázkám“ (20 %), č. 11 „zapojil do rozhodování“ (39 %), č. 3 „názory na zdravotní stav“ (40 %) a č. 9 „ověřil porozumění“ (40%).

Souvislost mezi sledovaným socioekonomickým statutem pacienta (vzdělání, ekonomická aktivita a příjmy) se nepotvrdily. Z dalších charakteristik pacienta jsme sledovali pohlaví a věk. Souvislost s pohlavím se neprokázala ani v jednom ze vzorků a u věku vyšla slabá ($r = -0,26$) záporná korelace u vzorku A. Hypotézy se dle našeho názoru nepotvrdily proto, že CAT využívá hodnocení pomocí komunikačních cílů namísto objektivních charakteristik. Pokud lékař dobře přizpůsobuje svou komunikaci potřebám různých skupin pacientů, objektivně jiné chování se v CAT nezrcadí. Pokud například dostupná literatura ukazuje, že méně vzdělané pacienty zapojují lékaři do rozhodování méně, než ty vzdělané, může toto chování lékařů reagovat na přání těchto pacientů nebýt do rozhodování zapojeni příliš. Souvislost s věkem ani pohlavím lékaře se nepotvrdily. Rozdíly mezi jednotlivými lékaři vzorku A nebyly statisticky významné. Jejich komunikační dovednosti mohou být na podobné úrovni, šlo o velmi homogenní skupinu. U vlivu administrace se také mezi skupinami neprojevíly statisticky významné rozdíly, což by ukazovalo, že rozdílný způsob administrace se sice odrazí na počtu vyplněných dotazníků, jejich výsledky jsou ale ekvivalentní.

Experimentální převod CAT se ukázal jako snadno použitelný v praxi, kdy pacienti mohou vyplňovat dotazník sami a neruší chod ordinace. V současné době nám není znám žádný

český patientský dotazník pro hodnocení komunikace lékaře, který by stál na zdravém metodologickém základu, ani žádný validizovaný nebo alespoň experimentální překlad takového nástroje. Tato studie i přes své nedostatky ukazuje, jakým způsobem lze s českou verzí CAT pracovat a jakým způsobem je možné ji použít.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

- Aelbrecht, K., Hanssens, L., Detollenaere, J., Willems, S., Deveugele, M., & Pype, P. (2019). Determinants of physician–patient communication: The role of language, education and ethnicity. *Patient education and counseling*, *102*(4), 776-781.
- Aelbrecht, K., Rimondini, M., Bensing, J., Moretti, F., Willems, S., Mazzi, M., & ... Deveugele, M. (2015). Quality of doctor–patient communication through the eyes of the patient: Variation according to the patient’s educational level. *Advances In Health Sciences Education*, *20*(4), 873-884. doi:10.1007/s10459-014-9569-6
- Ahmadi, O., Machuca, C., & Sabbah, W. (2019). Socioeconomic inequality in the provision of health advice in dental setting in England, Wales and Northern Ireland. *Patient education and counseling*, *102*(11), 2068-2072.
- Alsaad, S. M., Alshammari, S. A., & Almogbel, T. A. (2016). Appraisal of the communication skills of residents in the Family Medicine Program in Central Saudi Arabia. *Saudi medical journal*, *37*(7), 804.
- Anderson, L. A., & Dedrick, R. F. (1990). Development of the Trust in Physician scale: a measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships. *Psychological reports*, *67*(3_suppl), 1091-1100.
- Angerer, S., Waibel, C., & Stummer, H. (2019). Discrimination in Health Care: A Field Experiment on the Impact of Patients’ Socioeconomic Status on Access to Care. *American Journal of Health Economics*, *5*(4), 407-427.
- Arpey, N. C., Gaglioti, A. H., & Rosenbaum, M. E. (2017). How socioeconomic status affects patient perceptions of health care: a qualitative study. *Journal of primary care & community health*, *8*(3), 169-175.
- Aspegren, K. (1999). BEME Guide No. 2: Teaching and learning communication skills in medicine-a review with quality grading of articles. *Medical teacher*, *21*(6), 563-570.
- Baumann, M., Baumann, C., Le Bihan, E., & Chau, N. (2008). How patients perceive the therapeutic communications skills of their general practitioners, and how that

- perception affects adherence: use of the TCom-skill GP scale in a specific geographical area. *BMC health services research*, 8(1), 244.
- Belej, K. (2016). Komentář ke článku: Kamarádová D. a kol., „Problémový“ pacient v ambulanci urologa. *Urologie Pro Praxi*, 17(4), 182. Retrieved from <http://www.urologiepropraxi.cz/archiv.php>
- Beran, J. (1997). *Základy komunikace s nemocným*. Praha: Karolinum.
- Bieber, C., Mueller, K. G., Nicolai, J., Hartmann, M., & Eich, W. (2010). How does your doctor talk with you? Preliminary validation of a brief patient self-report questionnaire on the quality of physician-patient interaction. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17(2), 125-136.
- Blanquicett, C., Amsbary, J., Mills, C., & Powell, L. (2007). Examining the perceptions of doctor-patient communication. *Human Communication*, 10(4), 421-436.
- Borowsky, S. J., Nelson, D. B., Fortney, J. C., Hedeem, A. N., Bradley, J. L., & Chapko, M. K. (2002). VA community-based outpatient clinics: performance measures based on patient perceptions of care. *Medical care*, 578-586.
- Brouwers, M., Rasenberg, E., van Weel, C., Laan, R., & van Weel-Baumgarten, E. (2017). Assessing patient-centred communication in teaching: a systematic review of instruments. *Medical education*, 51(11), 1103-1117.
- Burt, J., Lloyd, C., Campbell, J., Roland, M., & Abel, G. (2016). Variations in GP-patient communication by ethnicity, age, and gender: evidence from a national primary care patient survey. *Br J Gen Pract*, 66(642), e47-e52.
- Calo, W. A., Ortiz, A. P., Colon-Lopez, V., Krasny, S., & Tortolero-Luna, G. (2014). Factors associated with perceived patient-provider communication quality among Puerto Ricans. *Journal Of Health Care For The Poor And Underserved*, 25(2), 491-502. doi:10.1353/hpu.2014.0074
- Campbell, C., Lockyer, J., Laidlaw, T., & MacLeod, H. (2007). Assessment of a matched-pair instrument to examine doctor-patient communication skills in practising doctors. *Medical education*, 41(2), 123-129.

- Campbell, J. L., Ramsay, J., & Green, J. (2001). Age, gender, socioeconomic, and ethnic differences in patients' assessments of primary health care. *BMJ Quality & Safety, 10*(2), 90-95.
- Cegala, D. J. (2003). Patient communication skills training: a review with implications for cancer patients. *Patient education and counseling, 50*(1), 91-94.
- Cegala, D. J., & Post, D. M. (2009). The impact of patients' participation on physicians' patient-centered communication. *Patient Education And Counseling, 77*(2), 202-208. doi:10.1016/j.pec.2009.03.025
- Clever, S. L., Jin, L., Levinson, W., & Meltzer, D. O. (2008). Does doctor-patient communication affect patient satisfaction with hospital care? Results of an analysis with a novel instrumental variable. *Health services research, 43*(5p1), 1505-1519.
- Coats, H., Downey, L., Sharma, R. K., Curtis, J. R., & Engelberg, R. A. (2018). Quality of communication and trust in patients with serious illness: an exploratory study of the relationships of race/ethnicity, socioeconomic status, and religiosity. *Journal of pain and symptom management, 56*(4), 530-540.
- Crocker, J. E., Swancutt, D. R., Roberts, M. J., Abel, G. A., Roland, M., & Campbell, J. L. (2013). Factors affecting patients' trust and confidence in GPs: evidence from the English national GP patient survey. *BMJ open, 3*(5), e002762.
- Cubaka, V. K., Schriver, M., Vedsted, P., Makoul, G., & Kallestrup, P. (2018). Measuring patient-provider communication skills in Rwanda: Selection, adaptation and assessment of psychometric properties of the Communication Assessment Tool. *Patient education and counseling, 101*(9), 1601-1610.
- Česká lékařská komora ČLK (22. června 2007). Stavovský předpis č. 10 České lékařské komory – Etický kodex České lékařské komory. Získáno z www.lkcr.cz/
- Český statistický úřad - ČSÚ (nedat.). *Databáze metainformací*. Získáno z https://www.czso.cz/csu/czso/databaze_metainformaci
- Davies, E., Shaller, D., Edgman-Levitan, S., Safran, D. G., Oftedahl, G., Sakowski, J., & Cleary, P. D. (2008). Evaluating the use of a modified CAHPS® survey to support improvements in patient-centred care: lessons from a quality improvement collaborative. *Health Expectations, 11*(2), 160-176.

- DeBlasio, D., Real, F. J., Ollberding, N. J., & Klein, M. D. (2019). Provision of Parent Feedback via the Communication Assessment Tool: Does It Improve Resident Communication Skills?. *Academic pediatrics, 19*(2), 152-156.
- Degner, L. F., Sloan, J. A., & Venkatesh, P. (1997). The control preferences scale. *Canadian Journal of Nursing Research Archive, 29*(3).
- Deppermann, A. (2007). Forschungen zur Arzt-Patient-Kommunikation im deutschen Sprachraum. *Health Communication (The Official Journal of Korean Academy on Communication in Healthcare), 2*(1), 51-63.
- Engelberg, R., Downey, L., & Curtis, J. R. (2006). Psychometric characteristics of a quality of communication questionnaire assessing communication about end-of-life care. *Journal of palliative medicine, 9*(5), 1086-1098.
- Epstein, A. M., Taylor, W. C., & Seage III, G. R. (1985). Effects of patients' socioeconomic status and physicians' training and practice on patient-doctor communication. *The American journal of medicine, 78*(1), 101-106.
- Ferguson, W. J., & Candib, L. M. (2002). Culture, language, and the doctor-patient relationship. *FMCH Publications and Presentations, 61*.
- Ferranti, D. E., Makoul, G., Forth, V. E., Rauworth, J., Lee, J., & Williams, M. V. (2010). Assessing patient perceptions of hospitalist communication skills using the Communication Assessment Tool (CAT). *Journal of hospital medicine, 5*(9), 522-527.
- Fiala, P. & Mayer, J. (2014). Informovaný souhlas pacienta s poskytováním zdravotních služeb. *Epravo.cz - Sbírka zákonů, judikatura, právo*. Získáno z <http://www.epravo.cz/>
- Fiscella, K., Franks, P., Srinivasan, M., Kravitz, R. L., & Epstein, R. (2007). Ratings of physician communication by real and standardized patients. *The Annals of Family Medicine, 5*(2), 151-158.
- Fiscella, K., Goodwin, M. A., & Stange, K. C. (2002). Does patient educational level affect office visits to family physicians?. *Journal of the National Medical Association, 94*(3), 157.

- Flower, K. B., Skinner, A. C., Yin, H. S., Rothman, R. L., Sanders, L. M., Delamater, A., & Perrin, E. M. (2017). Satisfaction with communication in primary care for Spanish-speaking and English-speaking parents. *Academic pediatrics, 17*(4), 416-423.
- Frankel, R. M., & Stein, T. (1999). Getting the most out of the clinical encounter: the four habits model. *Perm J, 3*(3), 79-88.
- Gladkij, I., Ivanová, K., Koldová, Z., Respondent 9ová, J., Strnad, L. & Zlámal, J. (2003). *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press
- Glajchová, A. (2016). Zranitelnost lékařské profese jako důsledek rostoucí autonomie pacientů. *Lidé města, 18*(1), 3-27.
- Glasgow, R. E., Wagner, E. H., Schaefer, J., Mahoney, L. D., Reid, R. J., & Greene, S. M. (2005). Development and validation of the patient assessment of chronic illness care (PACIC). *Medical care, 43*6-444.
- Goba, G. K., George, J., Alemayehu, M., Amdeslasie, F., Divelbess, K., Makoul, G., ... & Stephenson, M. D. (2019). Translation, Adaptation, and Assessment of the Communication Assessment Tool in Tigray, Northern Ethiopia. *Journal of graduate medical education, 11*(4s), 141-145.
- Grayson-Sneed, K. A., Dwamena, F. C., Smith, S., Laird-Fick, H. S., Freilich, L., & Smith, R. C. (2016). A questionnaire identifying four key components of patient satisfaction with physician communication. *Patient education and counseling, 99*(6), 1054-1061.
- Greco, M., Francis, W., Buckley, J., Brownlea, A., & McGovern, J. (1998). Real-patient evaluation of communication skills teaching for GP registrars. *Family Practice, 15*, 51–57. doi:10.1093/fampra/15.1.51
- Haddad, S., Potvin, L., Roberge, D., Pineault, R., & Remondin, M. (2000). Patient perception of quality following a visit to a doctor in a primary care unit. *Family practice, 17*(1), 21-29.
- Hall, J. A., Roter, D. L., & Katz, N. R. (1988). Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical Care, 26*(7), 657–675. <https://doi.org/10.1097/00005650-198807000-00002>
- Haškovcová, H. (2001). *Jak učit a jak se naučit lékařskou etiku*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.

- Haškovcová, H. (2007). *Informovaný souhlas: Proč a jak?*. Praha: Galén.
- Helfer, R. E. (1970). An objective comparison of the pediatric interviewing skills of freshman and senior medical students. *Pediatrics*, 45(4), 623-627.
- Honzák, R. (1999). *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. (2. vyd.) Praha: Galén
- Honzák, R. (2016). Problémový pacient. *Zn Plus*, 65(4), 11-13.
- Hrešanová, E. (2014). 'Nobody in a maternity hospital really talks to you': socialist legacies and consumerism in Czech women's childbirth narratives. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, 50(06), 961-985.
- Institut zdravotní politiky a ekonomiky (2003). *Vztah lékaře a pacienta v primární zdravotní péči*. Kostelec nad Respondent 3mi lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky. Získáno z <https://www.ipvz.cz/>
- Irmiš, F. (2012). Stresové situace lékaře jako pacienta: komunikace, vyšetření, zkušenost, etika. *General Practitioner / Prakticky Lekar*, 92(2), 101-104.
- Irmiš, F. (2016). Stres pacienta v nemocnici, dispozice, empatie. *General Practitioner / Prakticky Lekar*, 96(1), 5-8.
- Iversen, E. D., Steinsbekk, A., Falbe Vind, B., Bangsgaard, A., Cold, S., & Ammentorp, J. (2019). Translation and cultural adaptation of the Communication Assessment Tool (CAT), developing a Danish and Norwegian version. *International Journal for Quality in Health Care*.
- Janáčková, L. & Weiss, P. (2008). *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál.
- Janečková, H. & Hnilicová, H. (2009). *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál.
- Jankovská, M. (2016). Pacienti hodnotili nemocnici: lepší, až na komunikaci lékařů. *Příbramský deník*. Získáno z <http://pibramsky.denik.cz/>
- Kamarádová, D., Látalová, K., & Hajda, M. (2016). "Problémový" pacient v ambulanci urologa. *Urologie Pro Praxi*, 17(4), 180-182.
- Kane, G. C., Gotto, J. L., West, S., Hojat, M., & Mangione, S. (2007). Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy: preliminary psychometric data. *Croatian medical journal*, 48(1), 81-86.

- Kaplan, S. H., Gandek, B., Greenfield, S., Rogers, W., & Ware, J. E. (1995). Patient and visit characteristics related to physicians' participatory decision-making style: Results from the Medical Outcomes Study. *Medical care*, 1176-1187.
- Keating, N. L., Green, D. C., Kao, A. C., Gazmararian, J. A., Wu, V. Y., & Cleary, P. D. (2002). How are patients' specific ambulatory care experiences related to trust, satisfaction, and considering changing physicians?. *Journal of general internal medicine*, 17(1), 29-39.
- Kerse, N., Buetow, S., Mainous, A. G., Young, G., Coster, G., & Arroll, B. (2004). Physician-patient relationship and medication compliance: a primary care investigation. *The Annals of Family Medicine*, 2(5), 455-461.
- Kiesler, D. J., & Auerbach, S. M. (2006). Optimal matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behavior: Evidence, models and interventions. *Patient Education And Counseling*, 61(3), 319-341. doi:10.1016/j.pec.2005.08.002
- Kimmick, G., Edmond, S. N., Bosworth, H. B., Peppercorn, J., Marcom, P. K., Blackwell, K., ... & Shelby, R. A. (2015). Medication taking behaviors among breast cancer patients on adjuvant endocrine therapy. *The Breast*, 24(5), 630-636.
- King, A., & Hoppe, R. B. (2013). "Best practice" for patient-centered communication: a narrative review. *Journal of graduate medical education*, 5(3), 385-393.
- Košta, O. (2013). *Management úspěšné ordinace praktického lékaře*. Praha: Grada Publishing.
- Krupat, E., Frankel, R., Stein, T., & Irish, J. (2006). The Four Habits Coding Scheme: validation of an instrument to assess clinicians' communication behavior. *Patient education and counseling*, 62(1), 38-45.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing.
- Kunertová, O. (2015). O komunikaci mezi lékaři, sestrami a pacienty. *Zdravotnictví A Medicína. Sestra*, 2015(4), 21
- Kurtz, S. M., & Silverman, J. D. (1996). The Calgary—Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Medical education*, 30(2), 83-89.

- Laidlaw, T. S., Kaufman, D. M., Macleod, H., Sargeant, J., & Langille, D. B. (2001). Patients' satisfaction with their family physicians' communication skills: a Nova Scotia survey. *Academic Medicine*, 76(10), S77-S79.
- Lékařská fakulta Masarykovy univerzity. (nedat.a). *Prohlídka katalogu předmětů*. Získáno z <https://is.muni.cz/predmety/katalog>
- Lékařská fakulta Masarykovy univerzity. (nedat.b). *Průchod studijním plánem – Všeobecné lékařství*. Získáno z https://is.muni.cz/predmety/studijni_plan?plan_id=23437
- Lékařská fakulta UP. (nedat.). *Všeobecné lékařství - Studijní plán, verze 2018*. Získáno z <https://www.lf.upol.cz/studenti/magisterskyprogram/studijni-plany-sylaby/vseobecne-lekarstvi-verze-2018/>
- Lerman, C. E., Brody, D. S., Caputo, G. C., Smith, D. G., Lazaro, C. G., & Wolfson, H. G. (1990). Patients' perceived involvement in care scale. *Journal of General Internal Medicine*, 5(1), 29-33.
- Linhartová, V. (2007). *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing.
- Linhartová, V. (2012). Komunikace na onkologických pracovištích - slovo úvodem. *Onkologie*, 6(6), 293.
- Lipner, R. S., Blank, L. L., Leas, B. F., & Fortna, G. S. (2002). The value of patient and peer ratings in recertification. *Academic Medicine*, 77(10), S64-S66.
- Maaytová, A. (2012). *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivity*. Praha: Wolters Kluwer ČR.
- Mack, J. W., Block, S. D., Nilsson, M., Wright, A., Trice, E., Friedlander, R., ... & Prigerson, H. G. (2009). Measuring therapeutic alliance between oncologists and patients with advanced cancer: the Human Connection Scale. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 115(14), 3302-3311.
- Maguire, G. P., & Rutter, D. R. (1976). History-taking for medical students: I—Deficiencies in performance. *The Lancet*, 308(7985), 556-558.
- Mach, J. & Prošková, E. (2011). Právní aspekty komunikace v lékařské praxi. In R. Ptáček & P. Bartůněk (Eds.), *Etika a komunikace v medicíně* (447-470). Praha: Grada Publishing.
- Mach, J. (2010). *Lékař a právo – Praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. Praha: Grada Publishing.

- Mach, J. (2013). Nový občanský zákoník a zdravotnictví. *Tempus medicorum – časopis české lékařské komory*, 22(11), 20-25.
- Makoul, G. (2001). Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Academic medicine*, 76(4), 390-393.
- Makoul, G., Krupat, E., & Chang, C. (2007). Measuring patient views of physician communication skills: Development and testing of the Communication Assessment Tool. *Patient Education And Counseling*, 67(3), 333-342. doi:10.1016/j.pec.2007.05.005
- Mareš, J. & Býma, S. (2011). Komunikace ve všeobecném praktickém lékařství. In R. Ptáček & P. Bartůněk (Eds.), *Etika a komunikace v medicíně* (199-208). Praha: Grada Publishing.
- McCarthy, D. M., Ellison, E. P., Venkatesh, A. K., Engel, K. G., Cameron, K. A., Makoul, G., & Adams, J. G. (2013). Emergency department team communication with the patient: the patient's perspective. *The Journal of emergency medicine*, 45(2), 262-270.
- McKinstry, B. (2000). Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. *Bmj*, 321(7265), 867-871.
- Medical Tribune (2016). Etika a komunikace v medicíně popáté. *Medical Tribune*, 12(4).
- Mercer, L. M., Tanabe, P., Pang, P. S., Gisondi, M. A., Courtney, D. M., Engel, K. G., ... & Makoul, G. (2008). Patient perspectives on communication with the medical team: Pilot study using the communication assessment tool-team (CAT-T). *Patient education and counseling*, 73(2), 220-223.
- Mercer, S. W., Maxwell, M., Heaney, D., & Watt, G. (2004). The consultation and relational empathy (CARE) measure: development and preliminary validation and reliability of an empathy-based consultation process measure. *Family practice*, 21(6), 699-705.
- Michelson, K., Clayman, M. L., Ryan, C., Emanuel, L., & Frader, J. (2017). Communication during pediatric intensive care unit family conferences: a pilot study of content, communication, and parent perceptions. *Health communication*, 32(10), 1225-1232.

- Ministerstvo zdravotnictví České republiky - MZČR (nedat.). *Vzdelávací program v oboru všeobecné praktické lékařství*. Získáno z <https://www.mzcr.cz/>
- Moore, P. J., Adler, N. E., & Robertson, P. A. (2000). Medical malpractice: the effect of doctor-patient relations on medical patient perceptions and malpractice intentions. *Western Journal of Medicine*, 173(4), 244.
- Moretti, F., Fletcher, I., Mazzi, M. A., DeVeugle, M., Rimondini, M., Geurts, C., ... & Bensing, J. (2012). GULIVER—travelling into the heart of good doctor–patient communication from a patient perspective: study protocol of an international multicentre study. *The European Journal of Public Health*, 22(4), 464-469.
- Murray, E., Lo, B., Pollack, L., Donelan, K., Catania, J., White, M., ... & Turner, R. (2003). The impact of health information on the internet on the physician-patient relationship: patient perceptions. *Archives of internal medicine*, 163(14), 1727-1734.
- Myerholtz, L. (2014). Assessing family medicine Residents' communication skills from the Patient's perspective: evaluating the communication assessment tool. *Journal of graduate medical education*, 6(3), 495-500.
- Myerholtz, L., Simons, L., Felix, S., Nguyen, T., Brennan, J., Rivera-Tovar, A., Martin, P., Hepworth, J., & Makoul, G. (2010). Using the communication assessment tool in family medicine residency programs. *Family Medicine*, 42(8), 567–573.
- Newcomb, A. B., Liu, C., Trickey, A. W., Lita, E., & Dort, J. (2018). Patient Perspectives of Surgical Residents' Communication: Do Skills Improve Over Time With a Communication Curriculum?. *Journal of surgical education*, 75(6), e142-e149.
- Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *Fam Pract*, 49, 796-804.
- Obereignerů, R. (2009). *Komunikační dovednosti ve službách medicíny*. Břeclav: Adamira.
- October, T. W., Hinds, P. S., Wang, J., Dizon, Z. B., Cheng, Y. I., & Roter, D. L. (2016). Parent satisfaction with communication is associated with physician patient-centered communication patterns during family conferences. *Pediatric critical care medicine: a journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies*, 17(6), 490.

- Ommen, O., Wirtz, M., Janssen, C., Neumann, M., Ernstmann, N., & Pfaff, H. (2010). Validation of a theory-based instrument measuring patient-reported psychosocial care by physicians using a multiple indicators and multiple causes model. *Patient education and counseling*, 80(1), 100-106.
- Pantell, R. H., Stewart, T. J., Dias, J. K., Wells, P., & Ross, A. W. (1982). Physician communication with children and parents. *Pediatrics*, 70(3), 396-402.
- Pendleton, D. A., & Bochner, S. (1980). The communication of medical information in general practice consultations as a function of patients' social class. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 14(6), 669-673.
- Pfaff, H. (Ed.). (2001). *Der Kölner Patientenfragebogen (KPF): Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Erfassung der Einbindung des Patienten als Kotherapeuten*. Abt. Med. Soziologie des Inst. für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Sozialhygiene.
- Pičman, J. (2014). Komunikace s pacienty se zdravotním postižením v ordinaci aneb abychom se nemíjeli. *Vox Paediatricae*, 14(7), 16-17
- Plaňava, I. (2005). *Průvodce mezilidskou komunikací: přístupy, dovednosti, poruchy*. Praha: Grada Publishing.
- Ptáček, R. (2011a). Komunikační dovednosti v medicíně. In R. Ptáček & P. Bartůněk (Eds.), *Etika a komunikace v medicíně* (59-70). Praha: Grada Publishing.
- Ptáček, R. (2011b). Význam komunikace v medicíně. In R. Ptáček & P. Bartůněk (Eds.), *Etika a komunikace v medicíně* (37-50). Praha: Grada Publishing.
- Quispe, R. C., Muñoz, E. M., Cadillo, A. V., & Ticse, R. (2019). Perception of medical communication skills during the clinical interview in a Peruvian teaching hospital: validation and application of an assessment tool. *Medwave*, 19(9), e7705-e7705.
- Raittio, E., Lahti, S., & Suominen, A. L. (2019). Adult Finns' perceptions about communication with the dentist during their latest visit. *Community dentistry and oral epidemiology*, 47(2), 112-118.
- Ramsay, J., Campbell, J. L., Schroter, S., Green, J., & Roland, M. (2000). The General Practice Assessment Survey (GPAS): tests of data quality and measurement properties. *Family Practice*, 17(5), 372-379.

- Reinders, M. E., Blankenstein, A. H., Knol, D. L., de Vet, H. C., & van Marwijk, H. W. (2009). Validity aspects of the patient feedback questionnaire on consultation skills (PFC), a promising learning instrument in medical education. *Patient education and counseling*, 76(2), 202-206.
- Ridd, M. J., Lewis, G., Peters, T. J., & Salisbury, C. (2011). Patient-doctor depth-of-relationship scale: development and validation. *The Annals of Family Medicine*, 9(6), 538-545.
- Roter, D. L. & Hall, J. A. (2004). Physician Gender and Patient-Centered Communication: A Critical Review of Empirical Research. *Annual Review of Public Health*, 25, 497-519. doi:10.1146/annurev.publhealth.25.101802.123134
- Roter, D. L. (1977). Patient participation in the patient-provider interaction: the effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance. *Health education monographs*, 5(4), 281-315.
- Roter, D. L., Stewart, M., Putnam, S. M., Lipkin, M., Stiles, W., & Inui, T. S. (1997). Communication patterns of primary care physicians. *Jama*, 277(4), 350-356.
- Rozhovor somatického lékaře s pacientkou. (2015). *Psychosom*, 13(1), 30-33.
- Ruben, M. A., Meterko, M., & Bokhour, B. G. (2018). Do patient perceptions of provider communication relate to experiences of physical pain?. *Patient education and counseling*, 101(2), 209-213.
- Rutten, L. F., Augustson, E., & Wanke, K. (2006). Factors Associated with Patients' Perceptions of Health Care Providers' Communication Behavior. *Journal Of Health Communication*, 11(Suppl1), 135-146. doi:10.1080/10810730600639596.
- Safran, D. G., Kosinski, M., Tarlov, A. R., Rogers, W. H., Taira, D. A., Lieberman, N., & Ware, J. E. (1998). The Primary Care Assessment Survey: tests of data quality and measurement performance. *Medical care*, 728-739.
- Scala, D., Menditto, E., Armellino, M. F., Manguso, F., Monetti, V. M., Orlando, V., ... & De Palma, M. (2016). Italian translation and cultural adaptation of the communication assessment tool in an outpatient surgical clinic. *BMC health services research*, 16(1), 163.

- Shaarani, I., Taleb, R., & Antoun, J. (2017). Effect of computer use on physician-patient communication using a validated instrument: patient perspective. *International journal of medical informatics*, *108*, 152-157.
- Shi, L., Starfield, B., & Jiahong Xu. (2001). Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *Journal of Family Practice*, *50*(2), 161.
- Shilling, V., Jenkins, V., & Fallowfield, L. (2003). Factors affecting patient and clinician satisfaction with the clinical consultation: can communication skills training for clinicians improve satisfaction?. *Psycho-Oncology*, *12*(6), 599-611.
- Scheibler, F., Kasper, J., Turjalei, A., Moisl, D., Ommen, O., Janßen, C., & Pfaff, H. (2011). Entwicklung und Validierung der Skala „Vertrauen in den Arzt“ im Kölner Patientenfragebogen (KPF). *Klinische Diagnostik und Evaluation*, *4*, 63-77.
- Schenker, Y., Stewart, A., Na, B., & Whooley, M. A. (2009). Depressive Symptoms and Perceived Doctor-Patient Communication in the Heart and Soul Study. *Journal of General Internal Medicine*, *24*(5), 550–556. <http://doi.org/10.1007/s11606-009-0937-5>.
- Schirmer, J. M., Mauksch, L., Lang, F., Marvel, M. K., Zoppi, K., Epstein, R. M., ... & Pryzbylski, M. (2005). Assessing communication competence: a review of current tools. *Fam Med*, *37*(3), 184-92.
- Siminoff, L. A., Graham, G. C., & Gordon, N. H. (2006). Cancer communication patterns and the influence of patient characteristics: disparities in information-giving and affective behaviors. *Patient education and counseling*, *62*(3), 355-360.
- Sláma, P. (2011). Etika versus ekonomika. In R. Ptáček & P. Bartůněk (Eds.), *Etika a komunikace v medicíně* (419-426). Praha: Grada Publishing.
- Smith, M. Y., Winkel, G., Egert, J., Diaz-Wionczek, M., & DuHamel, K. N. (2006). Patient-physician communication in the context of persistent pain: Validation of a modified version of the patients' perceived involvement in care scale. *Journal of pain and symptom management*, *32*(1), 71-81.
- Smith, S. G., Wolf, M. S., & Wagner, C. V. (2010). Socioeconomic status, statistical confidence, and patient-provider communication: An analysis of the Health

- Information National Trends Survey (HINTS 2007). *Journal of health Communication*, 15(sup3), 169-185.
- Soares, L., Ribeiro, L., Abrantes, A., Ribeiro, A., Almeida, R., Lesyuk, O., & Silva, C. (2019). Patient perceptions of radiographer communication skills in general radiology. European Congress of Radiology 2019.
- SPL ČR (2016). *Sdružení praktických lékařů ČR*. Získáno z <https://splcr.cz/>
- Stausmire, J. M., Cashen, C. P., Myerholtz, L., & Buderer, N. (2015). Measuring general surgery residents' communication skills from the patient's perspective using the Communication Assessment Tool (CAT). *Journal of Surgical Education*, 72(1), 108-116.
- Stewart, M. (1984). Patient characteristics which are related to the doctor-patient interaction. *Family Practice*, 1(1), 30-36.
- Stillman, P. L., Brown, D. R., Redfield, D. L., & Sabers, D. L. (1977). Construct validation of the Arizona clinical interview rating scale. *Educational and Psychological Measurement*, 37(4), 1031-1038.
- Street, R. J., Gordon, H. S., Ward, M. M., Krupat, E., & Kravitz, R. L. (2005). Patient Participation in Medical Consultations: Why Some Patients are More Involved Than Others. *Medical Care*, 43(10), 960-969. doi:10.1097/01.mlr.0000178172.40344.70
- Street, R. L. (1991). Information-giving in medical consultations: The influence of patients' communicative styles and personal characteristics. *Social Science & Medicine*, 32(5), 541-548. doi:10.1016/0277-9536(91)90288-N
- Street, R. L. (1992). Communicative styles and adaptations in physician-parent consultations. *Social science & medicine*, 34(10), 1155-1163.
- Street, R. L., & Haidet, P. (2011). How well do doctors know their patients? Factors affecting physician understanding of patients' health beliefs. *Journal of general internal medicine*, 26(1), 21-27.
- Street, R. L., & Mazor, K. M. (2017). Clinician–patient communication measures: drilling down into assumptions, approaches, and analyses. *Patient education and counseling*, 100(8), 1612-1618.

- Street, R. L., Gordon, H., & Haidet, P. (2007). Physicians' communication and perceptions of patients: is it how they look, how they talk, or is it just the doctor?. *Social science & medicine*, 65(3), 586-598.
- Street, R. L., Liu, L., Farber, N. J., Chen, Y., Calvitti, A., Zuest, D., & ... Agha, Z. (2014). Provider interaction with the electronic health record: The effects on patient-centered communication in medical encounters. *Patient Education And Counseling*, 96(3), 315-319. doi:10.1016/j.pec.2014.05.004
- Sustersic, M., Gauchet, A., Kernou, A., Gibert, C., Foote, A., Vermorel, C., & Bosson, J. L. (2018). A scale assessing doctor-patient communication in a context of acute conditions based on a systematic review. *PloS one*, 13(2).
- SVL ČLS JEP (2020). *Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP*. Získáno z <https://www.svl.cz/>
- Šeblová, J. (2016). Medicína alibistická, nebo medicína lidská? Komentář. *Medical Tribune*, 12(11).
- Šídlo, L., Novák, M., Štych, P., & Burcin, B. (2017). *Hodnocení dostupnosti primární zdravotní péče – dostupnost všeobecného praktického lékařství*. Praha: Nakladatelství P3K.
- Šustek, P. & Holčapek, T. (2007) *Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. Praha: ASPI.
- Thompson, S. C., Nanni, C., & Schwankovsky, L. (1990). Patient-oriented interventions to improve communication in a medical office visit. *Health Psychology*, 9(4), 390.
- Trickey, A. W., Newcomb, A. B., Porrey, M., Wright, J., Bayless, J., Piscitani, F., ... & Dort, J. (2016). Assessment of surgery residents' interpersonal communication skills: validation evidence for the Communication Assessment Tool in a simulation environment. *Journal of surgical education*, 73(6), e19-e27.
- Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta (nedat.a). *Studijní plány – magisterské studium všeobecné lékařství*. Získáno z <https://www.lf1.cuni.cz/magisterske-studium-vseobecne-lekarstvi-v-akademickem-roce-20162017>
- Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta (nedat.b). *Sylaby předmětů pro obor Všeobecné lékařství*. Získáno z <https://is.cuni.cz/>
- ÚZIS (2019). *Zdravotnická ročenka České republiky 2018*. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Získáno z <http://www.uzis.cz/>

- van Bruinessen, I. R., van Weel-Baumgarten, E. M., Gouw, H., Zijlstra, J. M., Albada, A., & van Dulmen, S. (2013). Barriers and facilitators to effective communication experienced by patients with malignant lymphoma at all stages after diagnosis. *Psycho-Oncology*, 22(12), 2807-2814. doi:10.1002/pon.3352
- Van Ryn, M., & Burke, J. (2000). The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients. *Social science & medicine*, 50(6), 813-828.
- van Thiel, J., Ram, P., & van Dalen, J. (2000). MAAS-global manual. *Maastricht: Maastricht University*, 4-5.
- Verlinde, E., De Laender, N., De Maesschalck, S., Deveugele, M., & Willems, S. (2012). The social gradient in doctor-patient communication. *International journal for equity in health*, 11(1), 12.
- Vybíral, Z. (2009). *Psychologie komunikace* (2. vyd.). Praha: Portál.
- Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie* (3. vyd.). Praha: Portál.
- Wachira, J., Middlestadt, S., Reece, M., Peng, C. Y. J., & Braitstein, P. (2013). Psychometric assessment of a physician-patient communication behaviors scale: the perspective of adult HIV patients in Kenya. *AIDS research and treatment*, 2013.
- Watzlawick, P., Beavin Bavelas, J. & Jackson, D. D. (2011). *Pragmatika lidské komunikace* (2. vyd.). Brno: Newton Books.
- Waylen, A., Makoul, G., & Albeyatti, Y. (2015). Patient-clinician communication in a dental setting: a pilot study. *British dental journal*, 218(10), 585.
- White, R. O., Chakkalakal, R. J., Presley, C. A., Bian, A., Schildcrout, J. S., Wallston, K. A., ... & Rothman, R. (2016). Perceptions of provider communication among vulnerable patients with diabetes: influences of medical mistrust and health literacy. *Journal of health communication*, 21(sup2), 127-134.
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., & Erikson, P. (2005). Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in health*, 8(2), 94-104.
- Willems, S., De Maesschalck, S., Deveugele, M., Derese, A., & De Maeseneer, J. (2005). Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: Does it

make a difference?. *Patient Education And Counseling*, 56(2), 139-146.
doi:10.1016/j.pec.2004.02.011

Williams, S. L., Haskard, K. B., & DiMatteo, M. R. (2007). The therapeutic effects of the physician-older patient relationship: effective communication with vulnerable older patients. *Clinical interventions in aging*, 2(3), 453.

World Health Organization. (2014). WHO - Process of translation and adaptation of instruments. WHO website.

Zachariae, R., Pedersen, C. G., Jensen, A. B., Ehrnrooth, E., Rossen, P. B., & von der Maase, H. (2003). Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy, and perceived control over the disease. *British journal of cancer*, 88(5), 658-665.

Zacharová, E. (2014). Specifika psychosociálního přístupu v porodnictví. *Zdravotnictví A Medicína. Sestra*, 2014(19).

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). Dostupné z <https://portal.gov.cz>

Zákon č. 89/2012 Sb., *občanský zákoník*. Dostupné z <https://portal.gov.cz>

Zamanzadeh, V., Rassouli, M., Abbaszadeh, A., Nikanfar, A., Alavi-Majd H & Ghahramanian, A. (2014). Factors Influencing communication between the patients with cancer and their nurses in oncology wards. *Indian Journal Of Palliative Care*, 20, 12-20.
Dostupné z <http://www.jpalliativecare.com/>

Zolnierek, K. B. H., & DiMatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical care*, 47(8), 826.

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Komunikace lékaře s pacientem a pacientův socioekonomický status

Autor práce: Bc. et Bc. Daniela Sedmihradská

Vedoucí práce: doc. PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.

Počet stran a znaků: 191 816; 117

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 180

Abstrakt (800–1200 zn.): Komunikační dovednosti jsou klíčovou kompetencí lékařů, která se promítá do celého léčebného procesu. Do českého jazyka jsme pro hodnocení komunikačních dovedností lékařů převedli původní patientský dotazník Communication Assessment Tool (CAT). S jeho použitím jsme ověřovali hypotézy o souvislosti hodnocení komunikačních dovedností lékaře a socioekonomického statusu pacienta (vzdělání, ekonomická aktivita, příjem) a některých jeho dalších charakteristik (pohlaví, věk) a některých charakteristik lékaře (pohlaví, věk). Zároveň jsme sledovali praktickou použitelnost CAT.

Provedli jsme dvě nezávislá průřezová šetření: šetření A se ve čtyřech ordinacích praktických lékařů zúčastnilo 293 pacientů. Šetření B se zúčastnilo 213 žen věku 20 – 44 let rekrutovaných na internetu, které hodnotily své praktické lékaře. Souvislost mezi skóry CAT a sledovanými proměnnými se neprokázala. Způsob administrace (aktivní nabízení účasti vs. volně přístupné dotazníky) měl vliv na návratnost, ale neměl vliv na skóry CAT. Dotazník je snadno prakticky použitelný k hodnocení komunikačních dovedností lékařů jako zpětná vazba nebo při dalším vzdělávání.

Klíčová slova: lékařská komunikace, komunikace s pacientem, hodnocení, Communication Assessment Tool

ABSTRACT OF THESIS

Title: Physician–patient communication and socio-economic status of the patient

Author: Bc. et Bc. Daniela Sedmihradská

Supervisor: doc. PhDr. Radko Obereignerů, Ph.D.

Number of pages and characters: 191 816; 117

Number of appendices: 3

Number of references: 180

Abstract (800–1200 characters):

Communication skills represent a core physician competency. Current research suggests, that there is a link between communication in medical consultations and patients' socioeconomic status. The aim of this study was to examine whether patients' socio-economic status (education, economic activity, income) and other patient and physician characteristics (gender, age) influence doctor–patient communication. In order to assess physicians' communication skills, we translated the original Communication Assessment Tool (CAT) into Czech with respect to ISPOR and WHO guidelines. Additional objective was to assess feasibility of the CAT-CZ version.

We conducted two independent cross-sectional studies: 293 patients of four general practitioners participated in study A. Web based survey B involved 213 women aged 20–44 who evaluated their own GP's. Association between CAT scores and observed variables could not be confirmed. Although this pilot study has several methodological limitations, it demonstrates that CAT-CZ is feasible, easy to use and provides valuable feedback about interpersonal and communication skills.

Key words: physician communication, patient communication, assessment, communication skills

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Originální znění Communication Assessment Tool (Makoul et al, 2007)

Příloha č. 2: Experimentální převod CAT do českého jazyka

Příloha č. 3: Pacientské dotazníky týkající se komunikace lékaře

PŘÍLOHA Č. 1: ORIGINÁLNÍ ZNĚNÍ COMMUNICATION ASSESSMENT TOOL

1	2	3	4	5
poor	fair	good	very good	excellent

**Please use this scale to rate the way the doctor communicated with you.
Circle your answer for each item below.**

<u>The doctor</u>	<u>poor</u>				<u>excellent</u>
1. Greeted me in a way that made me feel comfortable	1	2	3	4	5
2. Treated me with respect	1	2	3	4	5
3. Showed interest in my ideas about my health	1	2	3	4	5
4. Understood my main health concerns	1	2	3	4	5
5. Paid attention to me (looked at me, listened carefully)	1	2	3	4	5
6. Let me talk without interruptions	1	2	3	4	5
7. Gave me as much information as I wanted	1	2	3	4	5
8. Talked in terms I could understand	1	2	3	4	5
9. Checked to be sure I understood everything	1	2	3	4	5
10. Encouraged me to ask questions	1	2	3	4	5
11. Involved me in decisions as much as I wanted	1	2	3	4	5
12. Discussed next steps, including any follow-up plans	1	2	3	4	5
13. Showed care and concern	1	2	3	4	5
14. Spent the right amount of time with me	1	2	3	4	5
<u>The doctor's staff</u>	<u>poor</u>				<u>excellent</u>
15. Treated me with respect	1	2	3	4	5

PŘÍLOHA Č. 2: EXPERIMENTÁLNÍ PŘEVOD CAT DO ČESKÉHO JAZYKA

Prosím ohodnoťte jako ve škole způsob, jakým s vámi lékař během konzultace komunikoval. Soustředte se pouze na vaši poslední návštěvu. Vaši odpověď označte křížkem.

1 = výborně 2 = velmi dobře 3 = dobře 4 = dostatečně 5 = nedostatečně

	Lékař(ka) ...	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1.	mě pozdravil(a) způsobem, který ve mně vzbudil příjemný pocit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	se mnou jednal(a) s respektem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	se zajímal(a), co si myslím o svém zdravotním stavu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	pochopil(a) mé hlavní obavy o zdraví.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	mi věnoval(a) pozornost /díval(a) se na mě, pozorně mě poslouchal(a)/.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	mě nechal(a) mluvit bez přerušování.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	mi poskytl(a) tolik informací, kolik jsem chtěl(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	používal(a) výrazy, kterým jsem rozuměl(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	se ujistil(a), jestli jsem všemu rozuměl(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	mě povzbuzoval(a), abych kladl(a) otázky.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	mě zapojil(a) do rozhodování v takové míře, jakou jsem si přál(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	se mnou probral(a) další kroky včetně následné léčby.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	projevil(a) zájem a péči.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	se mnou strávil(a) přiměřené množství času.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lékařský personál ...	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15.	se mnou jednal s respektem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PŘÍLOHA Č. 3: PACIENTSKÉ DOTAZNÍKY TÝKAJÍCÍ SE KOMUNIKACE LÉKAŘE

V této příloze uvádíme podrobnější popis patientských dotazníků týkajících se komunikace lékaře s pacientem z páté kapitoly.

AMBULATORY CARE EXPERIENCES SURVEY (ACES)

V průzkumu zkušenosti s ambulantní péčí z r. 1997 bylo zařazeno 6 otázek se čtyřbodovou Likertovou škálou týkající se komunikace lékaře a pacienta, tyto byly jednotlivě dávány do souvislosti s pociťovanou důvěrou vůči lékaři zjišťované na Trust-in-Physician Scale. Otázky zjišťovaly pacientovu spokojenost s lékařem za posledních 12 měsíců (Keating et al., 2002).

AMERICAN BOARD OF INTERNAL MEDICINE PATIENT ASSESSMENT FOR CONTINUOUS PROFESSIONAL DEVELOPMENT

American Board of Internal Medicine (ABIM) zajišťuje celoživotní vzdělávání interních lékařů, které je nezbytné pro udržování platnosti certifikace. Za účelem dosažení vysoké kvality a profesionality také v oblasti komunikace byl zařazen dobrovolný modul kolegiálního a patientského hodnocení (Lipner et al., 2002). Hodnocení pacienty obsahuje deset položek s pětibodovou škálou, bohužel některé otázky jsou dvojité (např. položka „Jaký byl doktor v diskutování možností a dotazování se na váš názor?“) a jejich původ není zřejmý.

ARIZONA CLINICAL INTERVIEW RATING SCALE

Dotazník ACIR vznikl na University of Arizona College of Medicine za účelem sledování výkonů studentů při výuce rozhovorů s pacienty (Stillman et al., 1977). Tato výuka probíhala za pomoci „trénovaných matek“, které se naučily anamnézu a zdravotní potíže modelového dítěte a po proběhnutí rozhovoru s medikem hodnotily jeho dovednosti vedení rozhovoru. Dotazník sleduje 16 komunikačních dovedností na pětibodové škále, kde prostřední bod

a koncové body mají slovní vyjádření. Položky se týkají šesti oblastí: organizace, časová linka, přechod mezi tématy, tázací dovednosti, dokumentace dat a raport.

CARE MEASURE

Tento nástroj se zaměřuje na empatii jako důležitou složku ovlivňující kvalitu vztahu mezi lékařem a pacientem. Autoři ji definují jako schopnost pochopit pacientovu situaci, perspektivu a pocity, schopnost komunikovat toto porozumění a ověřit si jeho přesnost a schopnost použít toto porozumění užitečným nebo terapeutickým způsobem (Mercer et al., 2004). Nástroj obsahuje 10 položek s pětistupňovou škálou a doplňkovou možností „netýká se“. Přestože je zaměřený na empatii, dotazník obsahuje otázky, které se překrývají s dalšími dotazníky zaměřenými na komunikaci – dotýkají se mj. léčebného plánu nebo předání informací.

COMMUNICATION ASSESSMENT TOOL

Dotazník CAT (Makoul et al., 2007) jsme využili v předkládané studii, proto je mu věnována vlastní kapitola.

CONSUMER ASSESSMENT OF HEALTHCARE PROVIDERS AND SYSTEMS

Dotazník ke sledování kvality péče CAHPS (Davies et al., 2008) sleduje mj. také oblast komunikace a interpersonální péče, ke které se vztahuje 11 otázek. Ty se vztahují částečně na poslední proběhlou konzultaci a částečně k uplynulému období 6 měsíců. Z dostupných zdrojů není zřejmé, jaké možnosti odpovědí má pacient, zcela zřejmě ale nejde o jednotné Likertovy škály. Otázky také nejsou určeny k volnému použití, CAHPS je placený nástroj.

THE CONTROL PREFERENCES SCALE

Tato škála vznikla v kontextu péče o pacienty s infaustní diagnózou a zaměřuje se na míru, do jaké se člověk chce podílet na rozhodnutích průběhu své léčby (Degner et al., 1997).

CPS se skládá z pěti obrázkových karet, které zobrazují role pacienta s různou mírou zapojení do rozhodování. V klinickém prostředí lze využít variantu, kdy si pacient volí jednu z karet, která se mu zdá nejlépe vyhovující, nebo lze využít počítačovou verzi, kde jsou karty prezentovány vždy dvě vedle sebe a pacient volí tu vyhovující, dokud se nevytvoří celkové pořadí.

DOCTOR – PATIENT COMMUNICATION QUESTIONNAIRE

Dotazník o 13 položkách s Likertovou čtyřbodovou stupnicí byl vytvořen za účelem využití v urgentní medicíně na základě již dostupných dotazníků (Sustersic et al., 2018). Jeho vyplnění trvá pacientovi ca. 3 min, jeho vyplnění je snadné a rychlé. Oproti CAT obsahuje některé položky navíc (např. „Máte v lékaře důvěru?“), nicméně vzhledem k použití v urgentní péči nezohledňuje např. množství času, které lékař s pacientem strávil.

DOCTORS' INTERPERSONAL SKILLS QUESTIONNAIRE

Tento dotazník byl vyvinut pro hodnocení komunikačních dovedností praktických lékařů v předatestační přípravě, kteří prochází výukovým modulem pro zlepšení interpersonálních dovedností (Greco et al., 1998). Jde o nástroj o 12 položkách s pětibodovou Likertovou škálou.

FOUR HABITS CODING SCHEME

Model „čtyři zvyky“ rozpracovává průběh lékařského rozhovoru a navrhuje 4 oblasti, kterým má lékař věnovat zvýšenou pozornost (Frankel & Stein, 1999). Pro hodnocení získaných komunikačních dovedností dle tohoto modelu bylo vyvinuto hodnotící schéma pro evaluaci lékařských rozhovorů nezávislým hodnotitelem, které zahrnuje i dotazník pro pacienty (Krupat et al., 2006). Tento dotazník obsahuje 15 položek s šestibodovou Likertovou škálou. Hodnotící schéma není volně dostupné, stejně jako obsažený dotazník.

GENERAL PRACTICE ASSESSMENT SURVEY (GPAS)

GPAS byl vyvinut ve Velké Británii v National Primary Care Research and Development Centre a vychází z amerického Primary Care Assessment Survey, přičemž byl pozměněn tak, aby odpovídal britským realitám. Týká se klíčových oblastí primární péče – např. dostupnosti, znalosti pacienta, kontinuity péče a také důvěry v lékaře (Ramsay et al., 2000). Lékařově komunikaci se věnuje jedna škála o 4 položkách.

GP PATIENT SURVEY

Průzkum se týkal souvislostí mezi demografickými charakteristikami pacienta, jeho důvěrou v lékaře a interpersonálními aspekty konzultace (Croker et al., 2013). Sedm otázek se týkalo komunikačních aspektů poslední proběhlé lékařské konzultace – např. zda lékař poskytl dostatek času, naslouchání, zapojení pacienta do rozhodování, přikládání váhy pacientovým problémům.

INTERVIEW SATISFACTION QUESTIONNAIRE (ISQ)

ISQ je dotazník pro hodnocení spokojenosti s lékařskou konzultací o 12 položkách s pětibodovou Likertovou škálou, které pokrývají 4 faktory: příležitost vyjádřit obavy; lékařova empatie; důvěra v lékařovy schopnosti; obecná spokojenost (Grayson et al., 2016).

INSTRUMENT FOR MEASURING PATIENT-REPORTED PSYCHOSOCIAL CARE BY PHYSICIANS

Tento dotazník vznikl na Kolínské univerzitě pod názvem Der Kölner Fragebogen (Pfaff, 2001). Obsahuje celkem 234 položek, většina z nich s čtyřbodovou Likertovou škálou, které tvoří 32 škál, mj. obětavost lékaře, podpora, informace, spolupodílení pacienta na léčbě a důvěra v lékaře (Ommen et al., 2010). Jednotlivé škály prošly po vydání validizací ve dvou vlnách sběru dat (Scheibler et al., 2011). Dotazník není volně k dispozici.

JEFFERSON SCALE OF PATIENT'S PERCEPTIONS OF PHYSICIAN EMPATHY

Jde o dotazník, který zjišťuje pacientův názor na lékařovu empatickou angažovanost (Kane et al., 2007). Obsahuje 5 položek s pětistupňovou Likertovou škálou zaměřené na projevy empatie u lékaře – např. porozumění pocitům a starostem, schopnost pohledu na potíže z pacientovy perspektivy.

MATCHED-PAIR INSTRUMENT

Matched-pair instrument obsahuje dva dotazníky – jeden pro lékaře a jeden pro pacienta a porovnává jejich pohledy na proběhlou konzultaci (Campbell et al., 2007). Dotazníky mají ekvivalentní obsah o 19 položkách s pětistupňovou Likertovou škálou. Dotazníky se zaměřují na průběh konzultace i její obsah, např. otázky ohledně naslouchání nebo délce trvání konzultace.

MODIFIED PERCEIVED INVOLVEMENT IN CARE SCALE

Původní verze Perceived Involvement in Care Scale byla vyvinuta koncem osmdesátých let v kontextu primární péče (Lerman et al., 1990). PICS se týká facilitace pacientova zapojení, úrovně výměny informací a pacientově pohledu na rozhodování. Modifikovaná verze byla rozšířena z původních 13 položek o 9 dalších týkajících se podávání informací a 3 týkajících se bolesti (Smith et al., 2006). Původní verze pracovala s dichotomickými položkami ano/ne, modifikovaná verze používá pětistupňovou Likertovu škálu.

PATIENT ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS CARE (PACIC)

Nástroj je zaměřený na hodnocení kvality péče o chronicky nemocné, dotýká se oblastí aktivace pacienta, podpora rozhodování, stanovení cílů, řešení problémů a koordinace. Pacienti hodnotí péči v průběhu posledních šesti měsíců pomocí 20 položek na pětistupňové Likertově škále (Glasgow et al., 2005).

PATIENT DOCTOR DEPTH OF RELATIONSHIP SCALE

Dotazník se věnuje hloubce vztahu pacienta a lékaře. Obsahuje 8 položek s pětistupňovou Likertovou škálou a týkají se např. akceptace pacienta lékařem, pocitů uvolnění pacienta u lékaře, nebo jak dobře lékař pacienta zná. Vhodný může být zejména při použití v longitudinálních studiích, kde s jeho pomocí lze sledovat vývoj aktuálního vztahu (Ridd et al., 2011).

PATIENT FEEDBACK QUESTIONNAIRE ON CONSULTATION SKILLS (PFC)

Dotazník PFC byl vyvinut v kontextu předatestační přípravy praktických lékařů a zjišťuje úroveň lékařova přístupu zaměřeného na pacienta. Vychází z dotazníku Patient Perception of Patient-Centeredness (z přepracované zkrácené verze), ke kterému přidává 7 položek věnovaných komunikačním kompetencím lékaře týkajících se např. důvěry, strukturovanosti rozhovoru, podávání informací a prostoru pro dotazy. PFC celkem obsahuje 16 položek s čtyřbodovou Likertovou škálou (Reinders et al., 2009).

PATIENT PERCEPTION OF PATIENT CENTEREDNESS (PPPC)

Dotazník PPPC je zaměřený na lékařovu propacientskou orientaci. Původní verze (Oates, Weston & Jordan, 2000) obsahuje 14 položek s čtyřbodovou Likertovou škálou, které se věnují dvěma hlavním oblastem – porozumění pacientovi v jeho celistvosti a zaměření na nemoc (pacientovy pocity ohledně nemoci, symptomů apod.) Později byla vyvinuta zkrácená verze o 9 položkách (Fiscella et al., 2007). Kromě dotazníku pro pacienta existuje i paralelní verze pro lékaře.

PATIENT PERCEPTION OF QUALITY

Nástroj je určený ke zjišťování kvality v primární péči a dotýká se tří oblastí – interpersonálních aspektů, technických aspektů a výsledků péče. Celkem obsahuje

22 položek zaměřených na poslední konzultaci s osmistupňovou Likertovou škálou. Pět položek se týká interpersonálních aspektů konzultace, např. projevovaný respekt, zájem lékaře o pacienta nebo uklidnění pacienta (Haddad et al., 2000).

PATIENT PERCEPTIONS OF CARE (PPOC)

PPOC je jednou z osmi škál použitých při průzkumu spokojenosti pacientů provedených v roce 1998. Dotýká se sedmi oblastí, mj. také podávání informací, zdvořilost a emoční podpory. Většina položek v tomto dotazníku má možnost odpovědí ano – ne – něco mezi, ale škály nejsou jednotné, také není zřejmý jejich původ (Borowsky et al., 2002).

PHYSICIAN-PATIENT COMMUNICATION BEHAVIORS SCALE (PPCB)

PPCB byl vyvinut z Matched Pair Instrument v kontextu péče o HIV pozitivní pacienty v Keni. Autoři vycházeli z položek MPI zaměřených na verbální a behaviorální komunikační projevy lékaře. Provedená validizační studie ukázala dvě položky z původních 19 jako nerelevantní, PPCB tedy obsahuje 17 položek s pětistupňovou Likertovou škálou (Wachira et al., 2013).

PHYSICIAN-PATIENT CONCORDANCE

Tento novozélandský nástroj ke zjištění souladu mezi lékařem a pacientem obsahuje 6 položek se čtyřbodovou Likertovou škálou. Otázky se týkají např. porozumění pacientovi, shody o zdravotním problému nebo shody o odpovědnosti za léčbu (Kerse et al., 2004).

PRIMARY CARE ASSESSMENT SURVEY (PCAS)

PCAS je dotazník pro pacienty zaměřený na hodnocení primární péče. Skládá se z 11 škál, tři z nich se věnují komunikačním aspektům: škála interpersonální péče (5 položek), škála důvěry (8 položek) a škála klinické interakce (6 položek, je zaměřená na komunikace lékaře s pacientem a důkladnost prohlídky). Dotazník pracuje s hodnocením na pětistupňové Likertově škále (Safran et al., 1998).

PRIMARY CARE ASSESSMENT TOOL (PCAT)

PCAT je nástroj k hodnocení kvality v primární péči pacienty. Nástroj se skládá z devíti škál, mj. longitudinální interpersonální vztahy, zaměření na rodinu, zaměření na komunitu a kulturní kompetence. Dotazník má celkem 74 položek a pracuje se čtyřbodovou Likertovou škálou (Shi, Starfield & Xu, 2001). Přesné znění není volně dostupné. Dotazník byl přepracován do několika dalších verzí a lokalizován pro použití ve více státech.

QUALITY OF END-OF-LIFE COMMUNICATION (QOC)

Engelberg, Downey, & Curtis (2006) vytvořili dotazník pro pacienty k hodnocení komunikace na sklonku života v kontextu paliativní péče. Nástroj sestává z 13 položek s desetibodovou Likertovou škálou a rozpadá se na dva faktory – obecné komunikační dovednosti (6 položek) a komunikace o paliativní péči (7 položek).

QUESTIONNAIRE ON THE QUALITY OF PHYSICIAN–PATIENT INTERACTION (QQPPI)

Pro rutinní použití v ambulantním prostředí vyvinuli Bieber et al. (2010) patientský dotazník QQPPI. Dotazník obsahuje 14 položek s pětibodovou Likertovou škálou pro hodnocení kvality interakce mezi lékařem a pacientem, dotazník se vztahuje k interakci lékaře s pacientem jako jedinému faktoru. Položky byly vytvořeny na základě hloubkových rozhovorů s 20 pacienty a týkají se např. podávání informací, rozhodování o léčbě, času konzultace nebo respektu k pacientovým názorům.

GENERAL PRACTITIONER THERAPEUTIC COMMUNICATION SKILLS (TCOM-SKILL GP)

Jde o dotazník francouzského původu k hodnocení kvality vztahu mezi lékařem a pacientem a terapeutické komunikace, vyvinutý v kontextu praktického lékařství. Obsahuje 15 položek s devítistupňovou Likertovou škálou (Baumann et al., 2008). Ve srovnání s dalšími dotazníky zaměřenými na komunikaci je zajímavé např. zařazení položek „lékař dělá dojem, že rozumí

své práci“ nebo „lékař napsal recept čitelně“. Položky byly vygenerovány skupinovými diskuzemi laiků i odborníků ze severu Francie a mohou odrážet kulturní rozdíly.

THE HUMAN CONNECTION SCALE (THC)

Tato metoda byla vyvinuta za účelem zjišťování terapeutické aliance mezi lékaři a pacienty v pokročilém stádiu rakoviny. Pacienti hodnotí, do jaké míry pociťují vzájemné porozumění, starostlivost a důvěru. Dotazník obsahuje 16 položek s čtyřbodovou Likertovou škálou, kde jsou kategorie odlišné pro jednotlivé položky – např. položka „jak často si lékař vezme čas, aby naslouchal vašim starostem“ nabízí možné odpovědi „nikdy“, „při některých návštěvách“, „při většině návštěv“, „při každé návštěvě“ (Mack et al., 2009).

TRUST IN PHYSICIAN SCALE

Škála důvěry v lékaře obsahuje 11 položek s pětibodovou Likertovou škálou. Vychází z pojetí důvěry jako přesvědčení, že lékařova slova a činy jsou důvěryhodné a je možné se na ně spolehnout. Položky byly vygenerovány z přehledu literatury a diskuzí se skupinami pacientů, validizační studie byla provedena v ambulantním prostředí. Některé položky v dotazníku se dotýkají stejného tématu s obrácenou polaritou odpovědí – např. „Pokud mi lékař řekne, že něco nějak je, pak to musí být pravda“ a „Občas nedůvěřuji názoru svého lékaře a chtěl bych slyšet ještě další názor“ (Anderson & Dedrick, 1990).