

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2011 - 2013

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Magdaléna Galušková

Komunikace a její specifika ve zdravotnictví

Praha 2013

Vedoucí diplomové práce:

Ing. Mgr. Leona Hozová

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER COMBINED (PART TIME) STUDIES

2011 - 2013

DIPLOMA THESIS

Magdaléna Galušková

Communication and its specifics in health care

Prague 2013

The Diploma Thesis Work Supervisor:

Ing. Mgr. Leona Hozová

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Plzni dne 29. 3. 2013

Magdaléna Galušková

.....

Poděkování

Chtěla bych poděkovat Ing. Mgr. Leoně Hozové za odborné vedení diplomové práce a za vstřícný přístup.

Anotace

Diplomová práce se zabývá komunikací a jejími specifiky ve zdravotnictví. V teoretické části zmiňuje základní informace o komunikaci, popisuje komunikaci a její specifika ve zdravotnictví, věnuje se současným přístupům ke studiu komunikace. Ohlíží se do historie a mapuje vývoj komunikace lékaře s pacientem, objasňuje důvody vzniku a vývoje etických norem uplatňovaných ve zdravotnictví. Práce je doplněna o pohled andragoga. V praktické části na základě znalosti teorie je analyzována úroveň komunikace ve zdravotnictví z pohledu pacienta.

Klíčové pojmy

Komunikace, neverbální komunikace, přístupy ke studiu komunikace, specifika komunikace ve zdravotnictví, verbální komunikace, vývoj komunikace.

Annotation

The thesis deals with communication and its specifics in health care. The theoretical part introduces basic information about communication, describes communication and its specifics in health care, and addresses current approaches to communication studies. It looks back to history and maps the development of the communication between doctors and patients; it also clarifies the reasons for creation and development of ethical standards used in health care. The thesis involves an adult education specialist's point of view. In the practical part, the level of communication in health care from the patient's point of view is analysed on the basis of theoretical knowledge.

Key words

Approaches to communication studies, communication, communication development, non-verbal communication, specifics of communication in health care, verbal communication.

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 KOMUNIKACE	11
1.1 Verbální komunikace.....	12
1.2 Neverbální komunikace.....	13
1.2.1 Signály těla	13
1.2.2 Mimické a zrakové signály	14
1.2.3 Prostorová a teritoriální komunikace	15
1.2.4 Komunikace prostřednictvím předmětů.....	16
1.2.5 Čichová komunikace.....	18
1.2.6 Dotyková komunikace	18
1.2.7 Paralingvistika	19
1.2.8 Časová komunikace	19
2 KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ	20
2.1 Pozorování ve zdravotnictví	20
2.1.1 Způsoby pozorování	21
2.1.2 Plán pozorování	21
2.2 Verbální komunikace ve zdravotnictví.....	22
2.2.1 Rozhovor – základ psychosociální komunikace.....	24
2.2.2 Typy rozhovoru v klinické praxi	27
2.3 Neverbální komunikace ve zdravotnictví.....	28
2.3.1 Proxemika	29
2.3.2 Haptika.....	29
2.3.3 Posturologie	30
2.3.4 Kinetika.....	30
2.3.5 Mimika.....	30
2.3.6 Gestika	30
2.3.7 Paralingvistka.....	31
2.4 Komunikace se sebou	31
2.5 Komunikace s kolegy	31
3 STUDIUM KOMUNIKACE	33

3.1	Lékařský přístup	33
3.1.1	Choroba.....	33
3.1.2	Diagnóza	34
3.2	Sociologický přístup	35
3.3	Antropologický přístup.....	35
3.4	Přístup transakční analýzy	36
3.5	Balintův přístup	38
3.6	Sociálně psychologický přístup.....	38
3.6.1	Verbální chování.....	40
3.6.2	Neverbální chování	41
4	VÝVOJ KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	43
5	ETICKÉ NORMY	46
6	POHLED ANDRAGOGA	52
	PRAKTICKÁ ČÁST	54
7	VÝZKUM	54
7.1	Cíl výzkumu	54
7.2	Hypotézy.....	54
7.3	Výzkumný vzorek	54
7.4	Výzkumná metodika.....	55
7.5	Grafické znázornění jednotlivých odpovědí v dotazníku a jejich popis..	55
7.6	Interpretace a diskuse výsledků.....	69
7.7	Vyhodnocení výzkumu.....	70
	ZÁVĚR	73
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	75
	SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ a TABULEK	77
	SEZNAM PŘÍLOH.....	78

ÚVOD

Tématem práce je komunikace a její specifika ve zdravotnictví.

Komunikace je součástí našeho běžného života, je prakticky základem našich vztahů s ostatními, stále se setkáváme s lidmi, se kterými se chceme nebo musíme domluvit. V souvislosti s komunikací hovoříme o výměně informací mezi lidmi, o sociální interakci. V běžném životě se komunikace řídí normami, etiketou, má svá pravidla.

Všechny formy komunikace mezi lidmi jsou základem pro navázání kontaktu, vzájemnou spolupráci a také porozumění.

Komunikace ve zdravotnictví má svá specifika. Pro zdravotnictví dvojnásob platí, že správná komunikace mezi lidmi je základem porozumění a spolupráce. To jsou nutné předpoklady pro kvalitní péči o pacienta v komplexním pojetí, dobrá úroveň zdravotnické komunikace je nutná pro dobrou spolupráci s klientem zdravotnického zařízení. Zdravotnictví prochází změnami, za poslední dobu prošlo velkým vývojem, co se týká přístrojového vybavení, nových možností léčby, byly vynalezeny nové léky, úroveň medicíny stoupá, je možné léčit i pacienty, s jejichž onemocněním by to dříve bylo nemyslitelné. S rozvojem techniky a vědy a poskytováním vysoce odborné péče se může zdát rozhovor s pacientem mnohdy obtížný, také náročný na čas, které ho máme všichni málo. Nedostatečná komunikace pak může být základem nepochopení s následnými stížnostmi. I ta nejkvalitivnější odborná léčba se může míjet účinkem, pokud není doprovázená úsměvem, porozuměním, pochopením a také informacemi, které pacient žádá. Naopak správná komunikace může pomoci pacientovi i tam, kde odborná léčba či spíše vyléčení není možné. Pokud si pacient stěžuje na zdravotnictví, většinou to není na úroveň odborné péče, ale na nedostatečnou komunikaci s lékařem nebo sestrou – právě na tomto základě je postavena většina stížností ve zdravotnictví.

Profese lékaře a zdravotníka je jediná, se kterou se během života setkává každý z nás, ve většině případů má komunikaci v rukou právě zdravotnický personál.

Pro úvod do problematiky se práce zabývá verbální a neverbální komunikací v běžném životě. Na základě těchto poznatků zmiňuje specifika komunikace ve zdravotnictví, z verbální komunikace se podrobněji věnuje rozhovoru zdravotníka s pacientem, pozorování jako specifickému nástroji ve zdravotnictví a zabývá se též

neverbální komunikací ve zdravotnictví. Popisuje současně vyznávané přístupy ke studiu komunikace, aspekty vývoje komunikace lékaře s pacientem a odkazuje na některé etické normy. Práce se věnuje dospělým účastníkům komunikace ve zdravotnictví, je doplněna i o pohled andragoga.

Praktická část se na základě teoretických poznatků snaží pomocí metody dotazníkového šetření zjistit úroveň komunikace ve zdravotnictví tak, jak ji vnímá pacient, zjišťuje důvody nedostatečné informovanosti i to, kde pacient získává doplňující informace, jak vnímá svého lékaře. Práce bude sloužit jako pomůcka pro zdravotnický personál, který se účastní komunikace s klienty zdravotnického zařízení při poskytování péče, a zároveň jako zdroj informací pro zvědavé pacienty.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KOMUNIKACE

„Komunikace je v obecné rovině definována jako sdělování informací prostřednictvím signálů a prostředků: ústně, písemně, mimikou, gesty a dalším neverbálním chováním. Probíhá mezi dvěma a více lidmi, dále pak pomocí tisku, rozhlasu a jiných médií.“¹

Komunikovat znamená sdílet a vyměňovat si informace a myšlenky a vyjadřovat se tak, aby si účastníci (aktéři) komunikace navzájem porozuměli.

Zjednodušeně je chápána jako přenos informací mezi dvěma nebo více komunikujícími subjekty. Jde nejen o přenos informací, ale i dalších výsledků lidské aktivity, jako jsou zboží, umělecká díla, také formy chování, apod. Součástí tohoto procesu je:

- Komunikátor, vysílač (ten, kdo sděluje myšlenky, informace, důvod komunikace)
- Kódování (systematické převedení myšlenek komunikátora do souboru symbolů přes jazyk nebo neverbální signály)
- Zpráva, sdělení (výsledek procesu kódování)
- Komunikační kanál (nositel zprávy, cesty způsobu přenosu informací, např. mluvené či psané slovo, dotek)
- Dekódující příjemce, přijímač, komunikant (ten, komu je sdělení určeno, dekóduje zprávu na základě obsahu zprávy a vlastních zkušeností)
- Zpětná vazba, feedback (přijímač se stává vysílačem, reaguje na sdělení)
- Kontext prostředí (různé faktory měnící význam a pochopení zprávy, ta samá zpráva může mít v různém kontextu jiný význam)²

Na uvedených úrovních komunikačního procesu může docházet k poškození, poruše, nedokonalosti, komunikační bariéře s objektivními či subjektivními příčinami.

¹ HONZÁK, Radkin. *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. 2. dopl. vyd. Praha: Galén, 1999. 165 s. ISBN 80-7262-032-0. s. 99.

² PALÁN, Zdeněk a LANGER, Tomáš. *Základy andragogiky*. 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008. 184 s. ISBN 978-80-86723-58-7.

Minimálně dva subjekty komunikace společně subjektivně reagují na objektivní situaci. Objektem komunikace je společná reakce a řešení vzniklé situace. Osoby zapojené v tomto procesu mohou fungovat současně jako mluvčí i posluchači.^{3,4}

„Není možné nekomunikovat. I tím, když se na někoho ani nepodíváme, něco mu tím sdělujeme. Když se někomu vyhneme, když mu nevěnujeme pozornost, když ho nenavštívíme, něco mu tím sdělujeme. Když to udělá on, rozumíme obvykle lépe, že nám tím něco říká.“⁵

1.1 Verbální komunikace

Verbální komunikace je zprostředkování informací pomocí slov, složených do řeči. Vyjádření myšlenek konkrétním jazykem artikulovanou řečí definujeme jako mluvení. Lidská řeč se vyvíjí od narození - přes broukání a nápodobu, od jednoslovných vět bez skloňování až po tvorbu souvětí. Na přelomu třetího a čtvrtého roku vyjadřuje dítě své myšlenky přesně obsahově i formálně, další vývoj řeči se týká její kvantitativní stránky. Schopnost dorozumívat se určitým jazykem v rámci určitého společenství, tedy řeči, patří k nejdůležitějším formám sociální komunikace. Řeč je složená ze slov, která odpovídají konkrétním významům. Různá slova mohou odpovídat více významům. V osobním styku používáme jeden ze dvou druhů řeči, jazyk logiky nebo jazyk poezie.

Jazykem logiky popisujeme přesné skutečnosti, jasně definované pojmy. Používáme jej v technice, chemii, fyzice, vědě, kde sdělujeme fakta, údaje a data. Oproti tomu jazykem poezie vyjadřujeme pojmy, nálady, emoce a i přes jeho nelogičnost si rozumíme a jsme pochopeni.⁶

³ POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.

⁴ ŠPATENKOVÁ, Naděžda a KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

⁵ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Rozhovor lékaře s pacientem: určeno pro SZP, učitele SZŠ a lékaře*. 2. přeprac. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995. 155 s. ISBN 80-7013-187-X. s. 40.

⁶ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak si navzájem lépe porozumíme: kapitoly z psychologie sociální komunikace*. Praha: Svoboda, 1988. 235 s.

1.2 Neverbální komunikace

Komunikace beze slov se nazývá neverbální komunikace. Zahrnuje to, že se usmíváme, gestikulujeme, rozšíří se nám zorničky, nosíme šperky, dotýkáme se někoho. Naše sdělení musí někdo přijímat. Pokud gestikulujeme o samotě, nejde dle názoru teoretiků o komunikaci. To platí i o verbálním projevu. Vysoce přesvědčiví lidé jsou kvalifikovaní v neverbální komunikaci, mohou dobře pomáhat druhým, ale i podvádět a klamat.

Kanály neverbální komunikace jsou tělo, obličej a oči, prostor, předměty, dotyky, mimojazykové projevy, mlčení a čas.⁷

1.2.1 Signály těla

Tělo komunikuje pomocí pohybů a gest, i svým celým vzhledem. Mezi pohyby těla řadíme gesta, která představují symboly, jež používáme pro vyjádření slov, frází; příkladem může být gesto OK (palec a ukazováček spojené do písmene O – značí, že je vše v pořádku), vztyčený palec (dobrý výkon), prstový symbol „V“, který označuje vítězství. Používáme je záměrně a vědomě ke sdělení shodných významů pro příslušná slova nebo slovní spojení. Gesta jsou specifická pro určitou kulturu, jejich používání v rámci různých kultur může být zavádějící. Níže je uvedena ukázka rozdílnosti několika gest, která se běžně používají, z hlediska různých kultur.

Ve Spojených státech se při pozdravu obvykle používá mávání celou paží ze strany na stranu, ve většině Evropy však toto gesto znamená „ne“. V Řecku by ale mohlo být považované za urážlivé pro osobu, na kterou máváte.

Písmeno „V“ utvořené prsty je gesto běžně používané ve většině zemí světa pro vítězství. V okamžiku, kdy přitom ale obrátíte dlaň směrem ke své tváři, bude toto gesto pro Angličany stejně urážlivé jako vztyčený prostředníček ve Spojených státech.

Sevřená pěst se vztyčeným ukazováčkem a malíčkem v Texasu symbolizuje texaského dlouhorohého býka, je považována za pozitivní signál podpory. V Itálii je to urážka, která znamená „paroháč“. V určitých částech jižní Afriky znamená gesto odhánějící zlo, v jiných částech Afriky naopak symbolizuje kletbu „měj se špatně“.

⁷ DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*. 6. vyd. Praha: Grada, 2008. 502 s. ISBN 978-80-247-2018-0.

Objetí je mezi Latinoameričany a Jihoevropany běžně pozdravné gesto, jehož vynechání může signalizovat nepřátelství, ve Spojených státech a ve většině Asie se známí objímají jen zřídka.⁸

V souvislosti se signály těla využíváme též ilustrátory, které zesilují verbální sdělení, např. když hovoříme o něčem nalevo, otáčíme se a ukazujeme tím směrem. Další složkou jsou afektivní projevy – mimické projevy, mračení nebo úsměv, také gesta rukou a pohyby těla. Používáme je k doplnění slov, ale také jako náhradu slov. Pokud jsme rádi, že někoho vidíme, při sdělení se usmíváme. Nebo se jen usmíváme beze slov. Dalším nástrojem, který při komunikaci běžně používáme, jsou regulátory – koordinujeme jimi řeč druhého, např. přikývnutí jako souhlas v pokračování mluvení druhého. Adaptéry neboli gesta, která uspokojují naši tělesnou potřebu, např. poškrábání, odhrnutí vlasů z očí, ale také třeba tření nosu nebo bezmyšlenkovité kreslení jsou také běžnou součástí komunikace.

Komunikuje i vzhled našeho těla, například výška postavy. Vysocí kandidáti dle odborníků mají větší úspěch nebo také větší životní úspěchy a sebeúctu. Tělo také prozrazuje barvu pleti, napoví naši národnost. Naše celková přitažlivost zahrnuje vizuální vzhled i celkovou přitažlivost osobnosti. Atraktivní člověk je většinou považován za atraktivního napříč kulturami a má výhodu ve většině aktivit.⁹

1.2.2 Mimické a zrakové signály

Asi největším zdrojem neverbálních signálů je lidský obličej. Mimika intenzivně vyjadřuje míru pocitu sympatie, souhlasu, potěšení. Odborníci tvrdí, že mimika dokáže vyjádřit nejméně osm pocitů: štěstí, překvapení, odpor, hněv, smutek, opovržení a zájem. S cílem skrýt některé emoce nebo zdůraznit jiné používáme mimické techniky, které nám pomáhají projevat emoce společensky přijatelnými způsoby. Mezi nejčastější metody používané k ovládnutí patří:

- Přehnané zesílení projevu nějakého pocitu, například projevu překvapení, když chceme udělat příteli radost.

⁸ DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*. 6. vyd. Praha: Grada, 2008. 502 s. ISBN 978-80-247-2018-0.

⁹ DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*. 6. vyd. Praha: Grada, 2008. 502 s. ISBN 978-80-247-2018-0.

- Zeslabení projevu pocitu, například když přítel nedostal dobrou zprávu, skryjeme potěšení nad vlastní dobrou zprávou.
- Snaha o neutrální projev, který má skrýt nějaký pocit, například když jsme smutní a nechceme tím deprimovat ostatní.
- Maskování projevu jednoho pocitu jiným, nebo předstírání pocitu, který nemáme.

Signály sdělené očima se liší v závislosti na délce, směru a charakteru pohledu. Nepsaná pravidla délky vhodného zrakového kontaktu má každá kultura. Průměrná délka zrakového kontaktu ze studie v Anglii byla 1,18 vteřiny. Pokud je zrakový projev kratší než uznávaná vhodná délka v dané společnosti, lidé mohou mít dojem, že se komunikační partner stydí nebo je duchem nepřítomný.

Také směrem pohledu komunikujeme. Doporučuje se střídat pohledy během konverzace do obličeje partnera a mimo něj. Při sděleních pro větší počet osob se doporučuje, aby se řečník díval rovnoměrně po celém obecnstvu.

Zrakový kontakt dokáže také měnit psychologický odstup mezi lidmi. V davu, i když fyzická vzdálenost mezi osobami může být relativně velká, pokud zachytíme něčí pohled, stáváme se vzájemně psychicky bližšími. Pokud se zrakovému kontaktu s druhým, i v případě značné fyzické blízkosti, vyhýbáme, zvyšujeme tím vzájemný duševní odstup. Pokud odvrátíme pohled nebo se vyhneme zrakovému kontaktu, pomáháme udržet soukromí.¹⁰

1.2.3 Prostorová a teritoriální komunikace

Prostorová komunikace se nazývá proxemika. Z široké oblasti, kterou se zabývá, se budeme věnovat prostorové vzdálenosti a teritorialitě. Odlíšujeme čtyři typy vzdálenosti, které definují typ vztahu mezi lidmi, ve kterých komunikujeme specifická sdělení.

Intimní vzdálenost představuje odstup 45 cm a menší. Většinou jí nepovažujeme vhodnou na veřejnost, slyšíme a cítíme dech druhého. Lidé jsou v ní při milování, ochraně, uklidňování.

¹⁰ DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*. 6. vyd. Praha: Grada, 2008. 502 s. ISBN 978-80-247-2018-0.

Osobní vzdálenost je rozmezí od 45 cm do 120 cm. Tato vzdálenost definuje naši ochranou „bublínu“, kterou se snažíme udržet nenarušenou před vniknutím někoho dalšího. Do naší „bubliny“ dovolujeme vstoupit jen vybraným lidem, většinou těm, které známe.

Společenská vzdálenost je rozmezí od 1,2 do 3,7 metrů. V této vzdálenosti ztrácíme pohled na detaily, které máme ve vzdálenosti osobní. V této vzdálenosti společensky komunikujeme a řešíme neosobní záležitosti. Čím větší odstup si udržujeme, tím formálněji pak komunikace vypadá.

Veřejná vzdálenost je odstup větší než 3,7 metrů. Např. v dopravním prostředku se budeme tuto vzdálenost snažit udržet od opilého člověka.¹¹

Teritorialita

Jedná se o vlastnickou reakci na území nebo předměty. Odlišujeme tři typy teritorií - primární teritoria, tedy zóny, které jsou výhradně naším vlastnictvím, například pokoj, stůl, kancelář. Sekundární teritoria představují zóny, které nám nepatří, ale obsadili jsme je, může to být stůl v kavárně, místo ve školní třídě. Veřejná teritoria prezentují zóny otevřené všem lidem – kino, park, restaurace.¹²

1.2.4 Komunikace prostřednictvím předmětů

Jedná se o sdělení vyjádřená barvami, šperky a dokonce i vůní. Barvy kolem nás mají vliv na naši fyziologii. Například při červeném světle zrychleně dýcháme, dech se zpomaluje při modrém. I naše reakce na ostatní závisí na barvách jejich oděvu. Významy připisované barvám se v jednotlivých kulturách liší.

Červená barva v Číně je znakem prosperity a znovuzrození a používá se při slavnostních a radostných příležitostech. Ve Velké Británii a Francii je symbolem mužnosti. V Japonsku symbolizuje hněv a nebezpečí. V mnoha afrických státech znamená rouhání a smrt.

¹¹ DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*. 6. vyd. Praha: Grada, 2008. 502 s. ISBN 978-80-247-2018-0.

¹² DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*. 6. vyd. Praha: Grada, 2008. 502 s. ISBN 978-80-247-2018-0.

Zelená barva ve Spojených státech znamená kapitalismus a závist. Je znakem patriotismu v Irsku, pro Egyptany symbolizuje sílu a úrodnost, pro Japonce je symbolem mládí a energie a pro muslimské kultury je vyjádřením svatosti.

Černá je pro Evropany a také Američany symbolem smrti a pro obyvatele části Malajsie symbolem odvahy.

Bílá barva je pro většinu zemí symbolem čistoty míru a čistoty, naopak pro Japonce a jiné asijské státy symbolem smrti a smutku.¹³

Další významnou oblastí je komunikace prostřednictvím oblečení, ozdob a vůní. Podle toho, jak se oblékáme, nás mohou ostatní lidé posuzovat bez ohledu na to, jak jsou tyto dedukce správné či nikoli. Přednášející, který je oblečen neformálně, je považován za přátelského a přizpůsobivého a týž přednášející je v obleku považován za inteligentního a připraveného. V podnikatelském světě tím, co si oblékáme, komunikujeme svoji pozici v hierarchii. Někdy oblékáním můžeme komunikovat svoji profesionalitu, proto některé organizace vyžadují od svých zaměstnanců oblečení dle předpisu, tzv. dress code.

Také šperky komunikují určitá sdělení, např. ve formě snubních a zásnubních prstenů. Pokud muž nosí náušnice, je posuzován jinak než ten, který je nemá. Pokud se žena zdobí drahými kameny nebo muž nákladnými hodinkami, budou považováni za bohaté.

Také způsob účesu komunikuje. Vyjadřuje úsilí udržet krok s módou nebo naopak nezájem o vlastní zevnějšek. Muži s vlasy jsou hodnoceni jako mladší a výkonnější než ti bez vlasů.

I piercing a tetování o lidech něco vypovídá. Náušnice v nose či jazyku, oproti přání jejich nositelů vysílat pozitivní signály, působí na příjemce dojmem, že jde o neochotu přizpůsobit se společenským normám.¹⁴

¹³ DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*. 6. vyd. Praha: Grada, 2008. 502 s. ISBN 978-80-247-2018-0.

¹⁴ DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*. 6. vyd. Praha: Grada, 2008. 502 s. ISBN 978-80-247-2018-0.

1.2.5 Čichová komunikace

Čichová komunikace má velmi důležitou úlohu v různých situacích. Obor olfaktorika, který se vůním věnuje, je považován za „velký byznys“. Různé vůně mohou navozovat různé nálady a pocity a tato zjištění vedla ke vzniku a rozvoji aromaterapie.

Samice mnoha živočišných druhů vydávají pachové signály, aby tak přilákaly samce a zachovaly druh. Za určitou podobnost lze považovat používání vůní, pudrů, mastí, vod po holení a podobných přípravků i u lidí. Vůně je také používána k vytvoření celkového dojmu nebo identity nějakého výrobku. Existují také určité důkazy o tom, že člověk dokáže identifikovat čichem určité jedince svého druhu, například malé děti identifikují oblečení sourozence nebo svoje podle čichu.¹⁵

1.2.6 Dotyková komunikace

Pravděpodobně nejprimitivnější formou neverbální komunikace je dotyková, taktilní komunikace. Hmat se rozvíjí dříve než ostatní smysly. Dokonce již dítě v děloze vnímá hmatové podněty a hned po narození zažívá dítě mazlení a kontakt s matkou. Rychle se také učí prostřednictvím dotyků sdělovat mnoho signálů

Dotyk může vyjádřit pozitivní emoce, hravost, náklonnost, agresivitu, ale také může být součástí různých rituálů, jako je podání ruky při pozdravu, či položení ruky na rameno druhého. Funkční dotyky mají jasný úkol, např. odstranit smítko z obleku partnera. Vzájemné dotyky a jejich využívání se u různých kultur liší.

Dotyky se také liší v závislosti na fázi vztahu. Na počátku vztahu se dotýkáme méně, ve střední fázi rozvoje vztahu je frekvence dotyků větší a ve fázi zhoršeného nebo stabilního vztahu se opět dotýkáme méně.¹⁶

¹⁵ DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*. 6. vyd. Praha: Grada, 2008. 502 s. ISBN 978-80-247-2018-0.

¹⁶ DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*. 6. vyd. Praha: Grada, 2008. 502 s. ISBN 978-80-247-2018-0.

1.2.7 Paralingvistika

Jedná se o mimojazykový projev, tzv. vokální (ale přitom neverbální) dimenzi řeči. Při takovém projevu nezáleží na tom, co říkáte, ale jakým způsobem to říkáte. Mlčení znamená pouze absenci zvuku, nikoli komunikace. Obsah je důležitý, ale způsob, kterým danou informaci předáte, rozhoduje o úspěchu přijetí u protějšku. Též může posílit účastníkův zájem či naopak jej odradit. K paralingvistice patří přízvuk a slovosled, tempo, hlasitost a rytmus řeči. Dále sem patří vokalizace, to jsou zvuky, které doprovází pláč, sténání, šeptání, říhání a podobně.

Stejně tak jako forma řeči může na lidi působit i mlčení. Mlčením mnohdy poskytuje mluvčímu čas na přemýšlení, na formulaci verbální projevu, ale někdy jej používají lidé jako „zbraň“ v případě nějakého konfliktu či jím mohou zabránit vyslovení určitých sdělení, kterých by případně v budoucnu mohli litovat. Mlčení je někdy reakcí na základě úzkosti. Když se stydíme nebo ostýcháme mezi mnoha lidmi, které neznáme, raději mlčíme.¹⁷

1.2.8 Časová komunikace

Věda o časové komunikaci je nazývána chronemika. Dimenze času v komunikaci se týká využívání času – jak jej organizujeme, jak na něj reagujeme a jaká sdělení vyjadřujeme. V interpersonální komunikaci se rozlišují dva časy – kulturní a psychologický. Kulturní dále rozlišujeme na formální (sekundy, minuty, hodiny, dny a roky) a neformální čas, pro nějž platí obecné termíny (ihned, brzy, rovnou, co nejdříve). Tyto termíny mají pro různé lidi různé významy, určení neformálního času tak může v komunikaci působit problémy.

Různé kultury často vštěpují svým příslušníkům velmi rozdílné přístupy o úloze času, odlišné časové perspektivy mohou být podstatou mnoha mezikulturních nedorozumění.¹⁸

¹⁷ DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*. 6. vyd. Praha: Grada, 2008. 502 s. ISBN 978-80-247-2018-0.

¹⁸ DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*. 6. vyd. Praha: Grada, 2008. 502 s. ISBN 978-80-247-2018-0.

2 KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Komunikace v rámci profese zdravotnického pracovníka vyžaduje zvláštní dovednosti, které si lékař či sestra osvojují již během profesionální přípravy. K úspěšnému diagnosticko-terapeutickému postupu patří pozorování a rozhovor. Jejich úspěšné propojení vede ke zkvalitnění celého procesu vyšetření a léčby.

2.1 Pozorování ve zdravotnictví

Správné jednání ve zdravotnické profesi vyžaduje pružnost a pohotovost. Od zdravotnického pracovníka je vyžadován individuální přístup ke všem klientům, ale také profesionálnost ve vztazích mezi kolegy. Nejrozšířenější metodou je pozorování a rozhovor, dále je možné využívat například anamnestické metody nebo posuzování výsledků činnosti.¹⁹

„Pozorování je metoda, při níž z toho, co je navenek viditelné, usuzujeme na vnitřní stav člověka. Ve zdravotnictví se tato metoda využívá pravidelně, aniž si nemocný něčeho všimne. Je však pouze na pozorovateli, zda skutečnost správně posoudí a vyvodí z ní odpovídající závěry. To, co člověk v dané situaci vnímá, ukazuje na jeho zaměření, postoje, důležité motivy. Psychické procesy a vlastnosti toho, kdo vnímá, se podílejí na tom, co vidí.“²⁰

Výsledky pozorování tak mohou být různými lidmi různě hodnoceny. Nemoc má pro člověka většinou negativní hodnotu. Na základě reakce nemocného na nemoc a postoj ke zdravotnímu stavu můžeme usuzovat na průběh diagnosticko-terapeutického procesu. Je nutné brát v úvahu:

- Stupeň celkové citlivosti (jak se nemocný staví ke svým potížím)
- Citovou reaktivitu (podle celkového chování nemocného)
- Úroveň adaptability (jak rychle se nemocný vyrovnává se zdravotními problémy)

¹⁹ ZACHAROVÁ, Eva, ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka a LITTVA, Vladimír. *Aplikovaná psychologie ve zdravotnické praxi: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, 2010. 224 s. ISBN 978-80-7368-703-8.

²⁰ ZACHAROVÁ, Eva, ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka a LITTVA, Vladimír. *Aplikovaná psychologie ve zdravotnické praxi: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, 2010. 224 s. ISBN 978-80-7368-703-8. s. 187.

Na základě pozorování může zdravotník správně reagovat na potřeby nemocného, korigovat jeho vztah k nemoci, k sobě i k prostředí.

2.1.1 Způsoby pozorování

Je nutné brát v úvahu cíl, hledisko zaměřenosti, podmínky a množství osob, které chceme sledovat, v neposlední řadě pak množství charakteristik, které pozorování ovlivňují. Pozorování ve zdravotnictví dělíme na krátkodobé, například v prostředí čekárny či na příjmu, a na dlouhodobé, které nastává při hospitalizaci pacienta. Dále rozlišujeme přirozené neboli volné pozorování – pozorovatel sleduje události v běžném prostředí a má možnost sledovat aktuální situaci, opakem je pozorování navozené neboli řízené, které probíhá v podmínkách nebo v situaci, která byla uměle vytvořena. Odborné publikace dále člení pozorování na náhodné (bezděčné), jež je vyvoláno nápadným podnětem, pozorování soustavné, které probíhá dle připraveného plánu nebo programu, a celkové, kdy sledujeme všechny faktory a kvality jedné zkoumané osobnosti nebo kolektivu. V praxi se uplatňuje též částečné pozorování, kdy se pozorovatel zaměří pouze na jednu vymezenou oblast, případně individuální, kdy se v centru dění nachází jedna konkrétní osoba. V prostředí, kde je uplatňována týmová spolupráce, se aplikuje pozorování skupinové, které se odvíjí od počtu pozorovaných osob. Známe také kategorii interakčního pozorování, kdy sledujeme vzájemné vztahy mezi určitou skupinou. Zvláštní životní situace umožňují pozorovat neobvyklé jednání, neboť provokují významné rysy osobnosti.²¹

2.1.2 Plán pozorování

Plán pozorování zpřesňuje operace, kterými se pozorování uskutečňuje. Hovoříme o fázích pozorování, kam patří vytyčení úkolu pozorování, vlastní zjišťování konkrétního jevu, analýza zkoumaného jevu a výklad jevu. Je nutné dodržet následující zásady:

²¹ ZACHAROVÁ, Eva, ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka a LITTVÁ, Vladimír. *Aplikovaná psychologie ve zdravotnické praxi: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, 2010. 224 s. ISBN 978-80-7368-703-8.

1. Plán pozorování je základem úspěšného výsledku pozorování a jeho zhodnocení.
2. Objektivnost, která souvisí se stavem pozorovatele, jeho vědomostmi, dovednostmi, motivací, zájmem, ale také například s únavou či zdravotním stavem pozorovatele.
3. Pravdivost navazuje na objektivnost. I u zkušených zdravotnických pracovníků může docházet k chybám, např. k tomu, že pozorovatel zaujme stanovisko dříve, než dojde k vlastnímu pozorování.
4. Seznámení se s dokumentací o zkoumané osobě pomáhá při stanovení základního cíle, podmínky by měly být stejné, i když v proměnlivosti situací je tento úkol těžce splnitelný.
5. Nenápadnost může být problémem - sledovaný člověk, pokud si pozorování uvědomí, má tendenci své chování měnit, upravovat.
6. Správnost závěrů se odvíjí od pravdivosti, zaznamenávání a hodnocení dosažených výsledků.

Pozorování pomáhá zdravotnickým pracovníkům při kvalitní péči o nemocného. Hlavní úlohu zde však hraje lidský faktor - jak zdravotník, tak nemocný, oba jsou ovlivněni celou řadou faktorů, vnějších podnětů a vnitřních konfliktů, které mají vliv na výsledek procesu. Oblast pozorování se odvíjí ve dvou rovinách - ze strany zdravotnického pracovníka k nemocnému, a zároveň nemocný sleduje a posuzuje jednání a chování zdravotníka.²²

2.2 Verbální komunikace ve zdravotnictví

Verbální komunikace je jedním z nástrojů profesionální péče ve zdravotnictví. Je nutné, aby měl každý zdravotník osvojené schopnosti účelné komunikace. Při vzájemné komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem je potřebné navodit prostředí důvěry, které pacienta zbaví obav a strachu. Pro kvalitní vzájemnou komunikaci je potřeba respektovat některé známé požadavky.

²² ZACHAROVÁ, Eva, ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka a LITVA, Vladimír. *Aplikovaná psychologie ve zdravotnické praxi: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, 2010. 224 s. ISBN 978-80-7368-703-8.

Individuální přístup je základním předpokladem úspěšné komunikace. Jde o uzpůsobení našeho jednání potřebám a zvláštnostem pacienta. Je potřeba zdůraznit potřebu citlivého a taktního přístupu.

Úcta k pacientovi znamená jej respektovat jako člověka, jako osobnost, a ponechat mu jistou autonomii.

Pozitivní vztah se vyvíjí v průběhu vzájemné interakce. To, co je učiněno, i to, co uděláno není, má vliv na pacienta. V obecné rovině je možné konstatovat, že zdravotník odráží verbálně i neverbálně postoj k pacientovi, i když by jej chtěl skrýt.

Empatie je schopnost vcítění se do toho, co pacient právě prožívá, jak hodnotí svět a sebe v něm, jaký má vztah k nemoci.²³

„Empatii řadíme mezi základní předpoklady efektivní komunikace ve zdravotnictví. Proces změny pacienta (léčba) má být v průběhu terapie navozen prostřednictvím empatie, emoční vřelosti a opravdovosti. Znamená to umět rozpoznat, v jakém duševním stavu je druhý člověk, jakou má náladu, co prožívá. Znamená schopnost být s pacientem ve stejném emočním rozpoložení a pak schopnost o něm přemýšlet.“²⁴

Empatii rozlišujeme od sympatie - soucitu. Jsme-li empatičtí, víme, co druhý prožívá, sami ale stejné pocity a prožitky nemáme. K rozvíjení empatie je potřeba plně se věnovat tomu, co nám pacient sděluje, sledovat své vlastní pocity během rozhovoru, být k pacientovi tolerantní, akceptovat jej, ale zároveň pacienta nehodnotit.²⁵

Prostřednictvím slov zdravotník získává, přesvědčuje, motivuje pacienta nebo jej informuje o účelnosti odborných postupů při podpoře, obnovování a udržování zdraví. Je nutné se slovy pracovat uvědoměle, uváženě, cíleně. Po jejich vyřčení je nelze vzít zpět.

Na úspěšném rozhovoru se podílí např. rychlost řeči, která může zakrývat nejistotu nebo která pramení z obavy, aby pacient mohl domluvit. Hlasitost bude rozdílná podle obsahu sdělení, při obavách nebo nejistotě, hovorů na intimní téma nemocný ztiší hlas. Pomlčkami nebo mlčením je dán prostor pro přemýšlení či odpověď. Výška hlasu

²³ ZACHAROVÁ, Eva, ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka a LITVA, Vladimír. *Aplikovaná psychologie ve zdravotnické praxi: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, 2010. 224 s. ISBN 978-80-7368-703-8.

²⁴ BERAN, Jiří. *Základy komunikace s nemocným*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 72 s. ISBN 80-7184-390-3. s. 21.

²⁵ BERAN, Jiří. *Základy komunikace s nemocným*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 72 s. ISBN 80-7184-390-3.

je odrazem emocí, radost nebo stres se projeví na výšce hlasu. Délka projevu je určena prostorem, který mají komunikující k dispozici. Je důležité, aby pacientovi byla vyhrazena potřebná délka projevu, pokud o to stojí. Intonace podtrhuje význam sdělení, v některých případech mění význam sdělovaného.

Je nutné, aby si zdravotník uvědomil, jakým způsobem s pacientem komunikuje. Je potřebné hledat odpovědi na otázky, zda pacient rozuměl, jak informace pochopil a zpracoval. Používání krátkých, stručných vět, přispívá k jednoduchosti řečeného projevu. V závěru je potřeba si ověřit, zda nemocný sdělenému skutečně rozuměl. Projev by měl mít logický sled podpořený návazností a přehledností informací. Stručnost působí profesionálně. Neochota nebo strohost by neměla být zaměňována za stručnost, na úkor stručnosti by neměla chybět srozumitelnost. Je nutné si dávat pozor na dvojsmyslná sdělení, např. odchod – úmrtí, nebo osobní názory, např. to vám bude chutnat. Zvláště závažná témata zasluhují vhodné načasování, podmínkou je také dostatek času, nerušený prostor a soukromí. Důvěryhodnost je závislá na spolehlivosti informací. Aby byl zdravotník důvěryhodný, musí být dobře obeznámen s problémem a mít přesné informace. Nezbytným prvkem řečového projevu je adaptabilita. Přizpůsobivost je schopnost podávat informace podle toho, jak pacient reaguje. Zdravotník by se měl vyhýbat rutinnímu a automatickému projevu a měl by sledovat odpovědi nemocného v doprovodu neverbálních projevů. Mezi významná kritéria úspěšné komunikace patří oboustrannost, kdy by se cyklicky měla měnit role hovořícího a poslouchajícího. Jen tak lze vzájemnou komunikaci považovat za účinnou a vztah mezi zdravotníkem a pacientem plnohodnotný.²⁶

2.2.1 Rozhovor – základ psychosociální komunikace

„Termínem rozhovor označujeme rozmluvu či rozmlouvání dvou nebo více osob. Na rozdíl od monologu, kdy jeden mluví a druhý či všichni ostatní naslouchají, je rozhovor verbální i neverbální činností, které se aktivně účastní všichni přítomní.“²⁷

²⁶ ZACHAROVÁ, Eva, ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka a LITVA, Vladimír. *Aplikovaná psychologie ve zdravotnické praxi: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, 2010. 224 s. ISBN 978-80-7368-703-8.

²⁷ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Rozhovor lékaře s pacientem: určeno pro SZP, učitele SZŠ a lékaře*. 2. přeprac. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995. 155 s. ISBN 80-7013-187-X. s. 82.

Rozhovor je základní psychologickou metodou působení na pacienta. Každý rozhovor má stránku věcnou a sociálně emoční. Věcnou stránkou se rozumí, že informace dodáváme a získáváme, a stránka emoční je dána postojem zdravotníka k pacientovi, např. otevřenost, transparence, a mírou jeho direktivity a schopností vcítění. Zvláště při vedení rozhovoru s nemocným člověkem postupujeme obezřetně a taktně, tedy empaticky a nedirektivně. Obrazně lze vyjádřit, že v rozhovoru jdeme pouze tam, kam nás druhý „pustí“ na základě pocitu důvěry a sympatie, jež k nám chová. Sdílnost a spolupráce je otázkou vztahu zdravotníka a pacienta. Někdy může být překážkou i neschopnost či nezvyk hovořit o svých prožitcích. Dobře připravený a vedený rozhovor má svoji strukturu.²⁸

Přípravná a plánovací fáze

Stěžejní fází rozhovoru je fáze přípravná a plánovací. Rozhovor je dobré si připravit, měl by mít ráz přirozeného dialogu, což pomáhá při realizaci terapeuticko-diagnostického procesu. Měli bychom si zodpovědět klíčové otázky:

- S kým? Se kterým pacientem bude rozhovor realizován.
- Proč? Jaký je cíl rozhovoru, co chceme a potřebujeme o pacientovi vědět.
- Co? Označuje obsah rozhovoru.
- Jak? Je dáno volenou formulací otázek.
- Kdy? Znamená správné načasování rozhovoru, dobu, kdy bude vhodné s pacientem hovořit.
- Kde? Určí prostor, kde bude probíhat rozhovor, s tím souvisí vhodná místnost, soukromí, klid.²⁹

V úvodní fázi rozhovoru je vhodné se nemocnému představit a správně jej oslovit. Nepřípustná jsou familiární oslovení. Jako vhodný lze označit dotaz na to, jak si pacient přeje být oslovován. Je důležité, aby se pacientovi představil i zdravotník. Významnou

²⁸ ZACHAROVÁ, Eva, ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka a LITTVA, Vladimír. *Aplikovaná psychologie ve zdravotnické praxi: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, 2010. 224 s. ISBN 978-80-7368-703-8.

²⁹ ŠPATENKOVÁ, Naděžda a KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

roli v komunikaci představuje lidský faktor, je tedy zásadní, jak se cítí zdravotník, ale i nemocný, který svoji situaci prožívá jako náročnou. Atmosféru dotváří i okolní prostředí, např. úprava čekárny či ordinace, v nemocnici počet pacientů na pokoji. Úprava zevnějšku a oblečení zdravotníka je symbolem profesionality a prezentace určité sociální role, kterou zdravotník zastává. Neméně důležité je, aby úroveň komunikace odpovídala úrovni pacientů. Jinak bude zdravotník hovořit s laikem, jinak se zdravotníkem, odlišně se starým člověkem.³⁰

Zahájení rozhovoru

Kontakt navazujeme pozdravem, správným oslovením a přivítáním. Vhodné je nastínit délku trvání rozhovoru a jeho důvod. Ten, kdo vede rozhovor, by neměl ztrácet kontrolu.

Průběh rozhovoru

Někdy je tato fáze označována termínem jádro rozhovoru. Bývá to nejdelší fáze rozhovoru, pacient hovoří o tom, jak se cítí, co jej trápí. Pro úspěšný rozhovor jsou důležité použité otázky:

- Úvodní – zahajují rozhovor
- Otevřené – předpokládají volnou odpověď
- Uzavřené – předpokládají odpověď ano-ne
- Polouzavřené – umožňují širší odpověď
- Přímé – jsou zaměřené na podstatu věci
- Nepřímé – vyhýbavé otázky
- Hlavní – jejich cílem je začít nové téma
- Podněcující – pomáhají pacienta stimulovat k poskytování odpovědí
- Sugestivní – ovlivňují odpověď; sugestivní otázky by měly být v rozhovoru s pacientem používány co nejméně
- Alternativní – umožňují vybrat z více možností
- Motivující – povzbuzující
- Kontrolní – mají za úkol ověřit, zda pacient našemu sdělení rozuměl

³⁰ ŠPATENKOVÁ, Naděžda a KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

Jednou z nejdůležitějších komunikačních dovedností je umění naslouchat. Aktivní naslouchání spoluvytváří podmínky pro rozvoj rozhovoru. Aktivní naslouchání je podporováno mlčením i neverbálními prostředky. Jde nejen o slova, ale i o jejich význam.

Mlčení také patří do verbální komunikace, a jak již bylo zmíněno, v tichu můžeme přemýšlet, utřídit si myšlenky, jak v rozhovoru dále pokračovat. Je potřeba citlivě rozlišovat, kdy si nemocný potřebuje rozmyslet, co chce říci, a kdy se například ostýchá dále v rozhovoru pokračovat. Součástí každého rozhovoru jsou pauzy, mlčení, ticho, které by mělo být respektováno.

Ukončení rozhovoru

Na závěr rozhovoru je vhodné stručně shrnout, o čem se hovořilo, zopakovat, co považujeme za důležité z hlediska pacienta. Je nutné pacienta upozornit, že získané informace jsou důvěrné a ubezpečit jej, že nedojde k jejich zneužití. Za rozhovor by měl zdravotník poděkovat a případně je vhodné si domluvit příští setkání.

Záznam rozhovoru

Při rozhovoru si zdravotník dělá poznámky jen výjimečně, po skončení rozhovoru je však žádoucí, aby byl obsah stručně zaznamenán.³¹

2.2.2 Typy rozhovoru v klinické praxi

Typy rozhovoru jsou závislé na cíli, který je sledován, např. rozhovor informační, motivační, hodnotící. Podle počtu zúčastněných odlišujeme rozhovor individuální nebo skupinový, dále rozhovor diagnostický, terapeutický, informační a edukační.

Diagnostický rozhovor je ve zdravotnictví běžně využíván, pomáhá shromáždit informace o pacientovi.

Terapeutický rozhovor je založený na teorii, že již dobré slovo léčí. Naslouchání tomu, co pacient cítí - je důležité vyslechnout, a to jak na verbální, tak neverbální úrovni.

³¹ ŠPATENKOVÁ, Naděžda a KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

Informační rozhovor se používá ke sdělování informací, zajišťuje poučení pacienta. Je potřeba si uvědomit, že nejde o monolog, je žádoucí, aby se pacient zapojil, závěrem je potřeba si ověřit, že pacient rozuměl.

Edukační rozhovor klade důraz na předané teoretické informace, které jsou doplněné o informace praktické, které zdravotník pacientovi předává.

Nedirektivní empatický rozhovor

V nedirektivním empatickém rozhovoru je obsažené mnoho z toho, co označujeme za psychologický přístup k nemocnému. Snahou je vytvořit přátelskou atmosféru, která zvyšuje důvěru a sdílnost pacienta. Iniciativu přenecháváme spíše na pacientovi, akceptujeme to, co říká. Zdravotník nabízí přítomnost a sdílnost, ale neprosazuje své názory. Profesionální zdravotník se snaží o empatické a aktivní vystupování.³²

2.3 Neverbální komunikace ve zdravotnictví

Neverbální projevy v práci zdravotníka mají svůj význam. Pomáhají ovlivňovat komunikaci potřebným směrem, kontrolovat a usměrňovat vlastní chování, překonávat komunikační překážky, lépe porozumět pacientům, kteří nemohou komunikovat slovy a jsou odkázáni na řeč těla. Zdravotník by měl neverbální signály nejen vnímat, ale i rozlišovat vzhledem k situačním faktorům typu a temperamentu osobnosti i aktuálnímu prožívání.³³

V prvních momentech setkání se neverbální komunikace uplatňuje takto:

- 55 % informací z řeči těla - obličejová mimika, tělesná pozice, vzdálenost objektů, barva pokožky, apod.
- 38 % informací z hlasu - síla, zbarvení, rytmus a tempo řeči, zadržávání
- 7 % informací z obsahu řeči - co mluvčí říká, o čem chce přesvědčit

³² ZACHAROVÁ, Eva, ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka a LITTVA, Vladimír. *Aplikovaná psychologie ve zdravotnické praxi: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, 2010. 224 s. ISBN 978-80-7368-703-8.

³³ ZACHAROVÁ, Eva, ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka a LITTVA, Vladimír. *Aplikovaná psychologie ve zdravotnické praxi: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, 2010. 224 s. ISBN 978-80-7368-703-8.

Ne vše, co vnímáme, lze považovat za realitu. Pacient, který neverbálně nesignalizuje bolest, nemusí být bez bolesti. Naopak pacient, který verbálně projevuje žal, nemusí jej skutečně prožívat.³⁴

2.3.1 Proxemika

Jak již bylo zmíněno, jedná se o prostorovou vzdálenost člověka ke člověku, v našem případě zdravotnického pracovníka k pacientovi. Horizontální rovina je vzdálenost komunikujících od sebe, např. zdravotník, který se od pacienta vzdaluje, nemá zájem pokračovat v komunikaci. Vertikální rovina vyjadřuje výškovou úroveň vztahu k jinému člověku. Lze jí vyjádřit pohledem očí při komunikaci. Zdravotník, který je výše, např. při vyšetřování či ošetřování pacienty na lůžku, má psychologickou převahu, ležící pacient si může připadat poníženy.

Rozlišujeme čtyři zónové oblasti: intimní, osobní, společenskou a veřejnou. Čím důvěrnější je komunikace, tím jsou aktéři blíže. I když do intimní zóny běžně necháváme vstupovat pouze osoby blízké, běžně je tato zóna zdravotníkem porušována při vyšetření či ošetření pacienta. Je nutné mít na paměti, že pro pacienta toto běžné není, je to narušení jeho intimní zóny a příjemné mu to být nemusí.³⁵

2.3.2 Haptika

Jedná se o komunikaci dotyky. Dotyková komunikace vyžaduje od zdravotníka schopnost empatie. Již podání ruky poskytuje informace, důležité je vnímat sílu stisku, jeho trvání, popřípadě jen podání prstu. Pro zdravotníka to může být signálem nedůvěry, nejistoty pacienta. Ve zdravotnické praxi můžeme využít i doteky, které mají široký význam, jako pohlazení, podržení za ruku. Někdy je pacientovi potřeba vysvětlit účel doteku, předejít nedorozumění.

³⁴ POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.

³⁵ ŠPATENKOVÁ, Naděžda a KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

2.3.3 Posturologie

Je řečí našich fyzických postojů, držení těla. Tělesná poloha naznačuje, co se s pacientem děje nyní, ale i co se stalo před chvílí.

2.3.4 Kinetika

Zabývá se pohyby těla a jeho částí. Ve zdravotnické péči se pohyby využívají v rehabilitační péči a znakové řeči. Kategorii kinetiky je rytmika, označující určitý rytmus pohybu těla.

2.3.5 Mimika

Zabývá se výrazem tváře. Jak již bylo zmíněno, mimikou vyjádříme radost, smutek, překvapení i rozčilení. Nedostatek či spíše nemožnost vhodného výrazu obličeje je součástí symptomatologie některých onemocnění, např. Parkinsonovy choroby. I některé psychiatrické poruchy mohou způsobit oploštění afektu a minimální výraz obličeje. Neméně výraznou komunikaci zprostředkovává řeč očí a pohledů. Je dobré mít na paměti, že co je přijatelné v naší kultuře, nemusí být tolerováno v jiné. Například při ošetřování pacienta Asiata je sklopený zrak výrazem úcty.

Úsměv je nejúčinnější prostředek komunikace, naznačuje přátelství. Pacient je na něj velmi citlivý, úsměv zdravotníka je vnímán jako posilující a povzbuzující. Významným prostředkem neverbální komunikace je i pláč.³⁶

2.3.6 Gestika

Gesta mohou nahrazovat slova. Zdravotník se ve své práci setkává s velkým množstvím gest, díky empatii by měl být schopen je analyzovat, a tak vniknout do prožívání pacienta. Na druhou stranu by se měl naučit ovládat své citové reakce tak, aby nepoškozoval pacienta.

³⁶ ŠPATENKOVÁ, Naděžda a KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

2.3.7 Paralingvistika

Paralingvistika představuje přechod od neverbální komunikace k verbální. Pacient, který prochází různými etapami nemoci, také mění paralingvistické aspekty verbálního projevu. Je třeba opatrnosti při dekódování neverbálních signálů, ne vždy se dají interpretovat jednoznačně. Při komunikaci s pacientem je třeba vycházet z kontextu dané situace a posuzovat společně neverbální i verbální sdělení.^{37, 38}

2.4 Komunikace se sebou

Aby měl pacient důvěru ke zdravotníkovi, je třeba, aby ji měl i zdravotník sám k sobě, aby si sebe vážil. Záleží obvykle jen na každém z nás, zda budeme okolo sebe šířit dobrou náladu, či naopak. Je třeba si uvědomit, že budoucnost je nejistá, minulost ztracená, je důležité se orientovat na přítomnost. Je potřeba zaměřit se na své silné stránky a zastavit devalvací vlastního já. Je nutné pracovat na svém dalším rozvoji, nevymlouvat se, nesvalovat vinu na druhé a také se pochválit. Můžeme změnit pouze to, co změnit lze a co změnit chceme, pokud něco nelze změnit, je nutné k tomu změnit postoj. Člověk potřebuje být milován, je dobré mít rád sám sebe. Je důležité rozvíjet pozitivní přístup sám k sobě, k pacientům, ke kolegům.³⁹

2.5 Komunikace s kolegy

„Sestra a lékař používají profesní komunikaci ve spolupráci při péči o pacienta a také společenskou či sociální komunikaci při spolupráci na administrativě, organizačních a provozních úkolech. Spolupráce je jedním z typů komunikace činem.

³⁷ ŠPATENKOVÁ, Naděžda a KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

³⁸ ZACHAROVÁ, Eva, ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka a LITVA, Vladimír. *Aplikovaná psychologie ve zdravotnické praxi: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, 2010. 224 s. ISBN 978-80-7368-703-8.

³⁹ ŠPATENKOVÁ, Naděžda a KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

Proto, aby se komunikace nesla spíše v pozitivním duchu, je vhodné znát a umět použít komunikační dovednosti jako vhodné nástroje správným způsobem v pravý čas.“⁴⁰

Stejně jako s ostatními lidmi může být komunikace s kolegy někdy složitá. Dobré vztahy s kolegy se odvíjejí od vlastních dobrých komunikačních dovedností. Základem solidních profesních vztahů je respekt, férové jednání, pozitivní zpětná vazba, schopnost spolupráce, kompromisu.

Přes veškerou snahu se však na pracovišti mohou objevit konflikty. K tomu přispívá stres a velké pracovní vypětí ve zdravotnickém provozu, často situace na hranici života a smrti. Konflikt je přirozený v lidském světě, zdravotnické pracoviště nevyjímaje. Konflikt je sice nepříjemný, jeho pozitivem je však příležitost ke změně. Mezi zdravotníky dochází k intenzivní konfrontaci názorů, postojů, přání, cílů. Problémem je zvládnutí konfliktů. Nejběžnější je interpersonální konflikt, mezi spolupracovníky i mezi zdravotníkem a pacientem. Interpersonální konflikty je potřeba řešit efektivně, aby nebyly překážkou další komunikace. Řešení konfliktů vyžaduje komunikaci mezi zúčastněnými aktéry, pokud není řešen, neodezní sám.⁴¹

⁴⁰ BÁRTLOVÁ, Sylva, CHLOUBOVÁ, Ivana a TREŠLOVÁ, Marie. *Vztah sestra - lékař*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. 127 s. ISBN 978-80-7013-526-6. s. 82.

⁴¹ ŠPATENKOVÁ, Naděžda a KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

3 STUDIUM KOMUNIKACE

Komunikace ve zdravotnictví má zásadní význam pro medicínu. Ve zdravotnické praxi se setkáváme s nemocným, ne s nemocí. V současné době rozeznáváme šest přístupů ke studiu komunikace:

1. Lékařský přístup – zabývá se chorobami a diagnózou
2. Sociologický přístup
3. Antropologický přístup
4. Přístup transakční analýzy (sociologie, antropologie a transakční analýza se zabývají rolí lékaře a pacienta)
5. Balintův přístup – zdůrazňuje dynamiku konzultace
6. Sociálně psychologický přístup – zabývá se chováním lékaře a pacienta⁴²

3.1 Lékařský přístup

„Praxe moderní medicíny je založena na dvou základních pojmech: choroba a diagnóza.“⁴³

3.1.1 Choroba

Lidé se od dávných dob pokoušejí studovat strukturu a funkce těla a snaží se pochopit změny, ke kterým při nemoci dochází. Přesvědčení, že každé onemocnění je způsobené chorobou, která má vnější definovanou příčinu, často nestačí. Alternativa vědeckého přístupu, která proto vznikla, má název „holistická“. Podle tohoto přístupu je každý problém definován na základě jeho fyzikálních, psychologických a sociálních komponent. Příčina problému a následný způsob postupu je závislý na pochopení situace pacientem a na jeho emocionální reakci na tento vývoj. Neopomenutelné jsou i osobní vztahy pacienta a dopad problému na ně. Všechny tyto vztahy tvoří základní

⁴² JANÁČKOVÁ, Laura a WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9.

⁴³ JANÁČKOVÁ, Laura a PAVLÁT, Josef. *Psychologické aspekty zdravotnické komunikace*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2007. 111 s. ISBN 978-80-210-4230-8. s. 5.

část původní definice problému. Holistický přístup uznává úzkou provázanost nemoci a osobnosti pacienta, a že člověku nelze porozumět, pokud jej izolujeme od jeho prostředí. Holistický názor uznává odlišnosti každé nemoci a i to, že lékař je důležitým aspektem uzdravovacího procesu.⁴⁴

3.1.2 Diagnóza

Určení přesné diagnózy je považováno za základní krok v léčbě pacienta. Bez diagnózy nemůže lékař plánovat léčbu ani předpovědět průběh onemocnění. Tradiční lékařská diagnóza zahrnovala definici příčiny pacientových obtíží, to bylo podmínkou racionální léčby na základě příčiny. Jak již bylo zmíněno, stanovení příčiny pacientových obtíží musí zahrnovat další příčiny: sociální, fyzické a psychologické, a také vliv životního prostředí. Problémem je absence adekvátní definice, terminologie a klasifikace související s těmito faktory. Odborníci formulovali taxonomii sociálních faktorů choroby pomocí sedmi kategorií: ztráta, konflikt, změna, nepřizpůsobení, stres, izolace a neúspěch. Za pomoci termínů formální psychiatrie jsou často definovány psychické stavy jako hysterie nebo deprese. Tyto termíny však mohou být zavádějící. Klasický diagnostický proces sestává z provedení anamnézy, tělesného a laboratorního vyšetření. Nejdříve probíhá anamnestický sběr dat a tělesné vyšetření, diagnóza je stanovena na závěr vyšetření. Odborníci upozorňují na nepřesnost klasického lékařského modelu, protože nezkoumá takové oblasti, jako jsou pacientovy názory, využití neverbální komunikace a vysvětlování.⁴⁵

⁴⁴ JANÁČKOVÁ, Laura a WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9.

⁴⁵ JANÁČKOVÁ, Laura a WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9.

3.2 Sociologický přístup

„Sociologický přístup se snaží pochopit chování mezi lékaři a pacienty i identifikovat sociální faktory, které je ovlivňují a předurčují.“⁴⁶

Sociální faktory jsou významnými prvky v chování a přesvědčení, které mají členové skupin lékařů a skupin pacientů společné. Hodnoty a normy jsou dva významné prvky, které údajně řídí sociální chování. Hodnoty jsou pojímány na abstraktní úrovni, vztahující se ke společným přesvědčením, normy jsou více konkrétní způsoby myšlení a jednání odrážející soubor různých přesvědčení. Normám a hodnotám se člověk učí od ostatních členů sociální skupiny, jsou udržovány procesem sociální kontroly. Lékař i pacient se pravděpodobně budou chovat podle pravidel, které jsou dány jejich rolmi. Sociologii lze kritizovat jako vědu založenou na generalizacích o skupinách lidí, takže lze tvrdit, že informace jí poskytované jen málo napomohou v pochopení chování konkrétního jedince. Většina pravděpodobnostních konstatování v jiných lékařských vědách se v tomto ohledu neliší. Pacient, který je léčen pro vysoký krevní tlak, má vyšší riziko postižení cévní mozkovou příhodou, ale nevíme s určitostí, že u něj tato příhoda nastane. Lékař by měl identifikovat, prozkoumat a využít různé sociální faktory při konzultaci i práci s pacientem.⁴⁷

3.3 Antropologický přístup

„Studium chování při nemoci v různých kulturách přineslo několik důležitých poznatků. Jak v primitivních, tak ve vyspělých společnostech mají nemocní a ranění zvláštní postavení. Obdobně lze v obou typech společností nalézt léčitele, kteří mají zvláštní autoritu.“⁴⁸

Kmenový šaman i dnešní praktický lékař mají společnou autoritu, kterou na ně společnost vložila. Pojem autority zahrnuje tři součásti. První součástí je moudrá

⁴⁶ JANÁČKOVÁ, Laura a WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9. s. 51.

⁴⁷ JANÁČKOVÁ, Laura a WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9.

⁴⁸ JANÁČKOVÁ, Laura a WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9. s. 52.

autorita, ta má právo rozhodnout na základě znalostí či odbornosti. Mravní autorita je odvozená od lékařova hippokratovského motivu konání dobra pro pacienty a poslední, charismatická autorita pramení z původní jednoty lékařství a náboženství. Dotýká se smrtelnosti a velikosti problémů, jimiž se lékař zabývá. Je jedním z důvodů spirituální role, touhou doplnit moudrou autoritu specifickým faktorem, který by udržoval naději i v beznadějně situaci.

Antropologové pomohli upozornit na rozdíl mezi chorobou a nemocí (v anglicky psané literatuře rozlišované jako „disease“ oproti „illness“). O chorobě hovoří jako o patologické entitě identifikované lékařem. Nemoc označuje širší pojem. Nemoc je definována z hlediska pacienta, patří k ní reakce pacienty na problémy, to, jak problém ovlivňuje chování a vztahy pacienta. Je uváděna touha pacienta znát odpověď na šest otázek, které se vztahují ke konkrétnímu problému:

1. Co se stalo?
2. Proč se to stalo?
3. Proč mně?
4. Proč nyní?
5. Co by se stalo, kdybych s tím nic nedělal?
6. Co bych s tím měl dělat, s kým bych se měl poradit o pomoci?

Pacient, který přichází k lékaři již většinou teorií o tom, co se mu stalo, má. Pochopení lékaře musí zahrnovat jak hodnocení pacientova chápání, tak určit správnost tohoto názoru.⁴⁹

3.4 Přístup transakční analýzy

„Tento přístup považuje komunikaci za řadu transakcí mezi lékařem a pacientem. V kterémkoli okamžiku můžeme o každém z nich tvrdit, že projevuje pocity a chování, které jsou charakteristické pro jeden ze tří stavů mysli, našeho já.“⁵⁰

⁴⁹ JANÁČKOVÁ, Laura a PAVLÁT, Josef. *Psychologické aspekty zdravotnické komunikace*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2007. 111 s. ISBN 978-80-210-4230-8.

⁵⁰ JANÁČKOVÁ, Laura a WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9. s. 54.

Zakladatel transakční analýzy Eric Berne tyto svébytné stavy, které se v jednotlivých rolích mohou uplatňovat, nazval: RODIČ, DOSPĚLÝ, DÍTĚ.⁵¹

1. Rodič, který automaticky přikazuje, řídí, ovládá a vychovává, protože se to tak dělá.
2. Dospělý, který pracuje logicky.
3. Dítě, které projevuje tvořivost a intuici, má radosti a spontánní pudy.

Tři stavy ega představují údajně osobnost každého z nás. V praxi se můžeme naučit rozlišovat pomocí použitých slov, tóny hlasu a tělesného jazyka jeden stav od druhého. Lidé obvykle reagují na nabídky nebo podněty od jiných lidí přiměřeně. Dospělý stimul pravděpodobně vyvolá dospělou reakci, reakce dítěte bude odpovědí na rodičovský stimul. Pacient v ordinaci lékaře je většinou v roli dítěte. Ve zdravotnickém personálu obvykle vyvolává reakci rodiče, který má tendenci k dominantní roli, přikazuje, domlouvá, radí. To může v pacientovi evokovat jednání dítěte se snahou o podvedení lékaře. Ve zdravotnické praxi by byl ideální přístup dospělý - dospělý. Některé transakce jsou předvídatelné a lze je označit za transakční hry, např. když se pacient stylizuje do role dítěte a vyžaduje pečující přístup svého okolí.

Hodnota tohoto procesu spočívá v analýze důvodů, proč se někdy komunikace přeruší a ve schopnosti toto pochopení konstruktivně využít.⁵²

⁵¹ Berne In: HONZÁK, Radkin. *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. 2. dopl. vyd. Praha: Galén, 1999. 165 s. ISBN 80-7262-032-0.

⁵² JANÁČKOVÁ, Laura a PAVLÁT, Josef. *Psychologické aspekty zdravotnické komunikace*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2007. 111 s. ISBN 978-80-210-4230-8.

3.5 Balintův přístup

„Balintův přístup vychází ze tří hlavních témat:

- 1. Psychické problémy se často projevují fyzicky, a dokonce i fyzická choroba má své psychické důsledky, které si vyžadují zvláštní pozornost.*
- 2. Lékaři mají své pocity a tyto pocity mají při komunikaci svou funkci.*
- 3. Existuje potřeba specifického výcviku, jehož cílem je změna v lékařově osobnosti, aby mohl být citlivější k tomu, co se děje v pacientově mysli ve chvíli, kdy jsou spolu.“⁵³*

Balint dal širší význam myšlence psychosomatické choroby. Poukázal na možnost léčit zároveň tělo i mysl a na důležitost nejen diagnostikovat psychologické poruchy, ale vyhodnotit i možné psychické faktory, které se pojí k nemoci. K přednostem tohoto přístupu patří uznání jak pacientových, tak lékařových pocitů. Lékař sám je vlastně prvním lékem, který poskytuje pacientovi.⁵⁴

3.6 Sociálně psychologický přístup

„Psychologové provedli rozsáhlé výzkumy osobnosti a chování lékaře a pacienta. Termínem osobnost označujeme trvalejší aspekty osoby, které motivují či charakterizují její chování. Komunikace závisí na slučitelnosti osobností lékaře a pacienta. Bylo prokázáno, že alespoň jeden aspekt lékařovy osobnosti má vztah ke správnému určení diagnózy.“⁵⁵

Většinou popisované aspekty pacientovy osobnosti, např. introverze nebo extroverze, nemá vztah k výsledkům, mimo jediné výjimky: někteří lidé vysvětlují to, co se jim stalo, svými činy, mají „vnitřní těžiště kontroly“, zatímco druhá skupina to vnímá tak, že je stěží mohla ovlivnit, mají „vnější těžiště“ kontroly. Pacienti s vnitřní kontrolou se o sebe obvykle lépe starají, snaží se získat informace, spolupracují

⁵³ Balint In: JANÁČKOVÁ, Laura a WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9. s. 57.

⁵⁴ JANÁČKOVÁ, Laura a WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9.

⁵⁵ JANÁČKOVÁ, Laura a WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9. s. 58.

na terapii. Pacientovu disciplínu a prevenci recidivy onemocnění ovlivňují jeho názory na zdraví:

1. „Zdravotní motivace“ je celkový zájem pacienta o zdraví a snaha o ně pečovat.
2. „Vnímaná zranitelnost“ je odlišnost pacientů v názoru, s jakou pravděpodobností je může konkrétní problém postihnout. U pacientů, které už problém postihl, chápeme tento faktor jako „víru v diagnózu“. Pacient může zastávat chybný názor na zdraví, a pokud jej lékař neodhalí a nevyrovná se s ním, může být efektivita návštěvy snížena.
3. Termín „vnímaná závažnost“ vyjadřuje odlišnost v pacientových názorech na vážnost důsledků konkrétní nemoci.
4. „Vnímané náklady a přínosy“, kdy pacient hodnotí výhody a nevýhody konkrétního kroku. Nejde jen o náklady finanční, mohou být fyzické (utrpení a bolest), psychologické (strach, úzkost), sociální (snížený sociální kontakt, stigmatizace prostředím). Finanční, fyzické, psychologické i sociální mohou být i přínosy.
5. Přesvědčení pacienta není v hotové formě pro všechny typy situací. Jsou podmíněny a vyvolány řadou „podnětů k jednání“, jako je návštěva u lékaře, film či článek v časopise.⁵⁶

Názory na zdraví a jejich interpretaci, jimiž pacient vysvětluje, co se mu stalo, lze změnit. Lékař by se měl aktivně zajímat o názory pacienta a jejich interpretaci, protože ovlivňují pacientovo chování.

1. Lékař může od konzultace očekávat něco jiného než pacient. Pacient, který navštíví lékaře s bolestí v krku, ale má pocit, že více než krku se lékař věnuje prohlídce uší, si nechá další informace vztahující se k potížím pro sebe, bude si myslet, že již nejsou důležité pro jednání lékaře.
2. Účinek špatné zprávy o zdravotním stavu. Pacient, který se cítí zdravý, je vyzván, aby se dostavil na preventivní prohlídku k vyhledávání onemocnění vysokým krevním tlakem. Tato osoba se náhle dozví, že trpí zdravotním problémem a je možné, že bude diagnózu ignorovat nebo jí odmítne.

⁵⁶ JANÁČKOVÁ, Laura a PAVLÁT, Josef. *Psychologické aspekty zdravotnické komunikace*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2007. 111 s. ISBN 978-80-210-4230-8.

3. Lékaři se nemusí shodovat v názoru na pacientovu chorobu, pacient dá přednost tomu názoru, který pro něj má méně znepokojivou zprávu.

Bylo studováno mnoho aspektů chování při konzultaci, verbální a neverbální jednání chování lékaře a také klinický obsah dialogu.⁵⁷

3.6.1 Verbální chování

Existují opakující se rysy chování lékařů, které jsou součástí jejich stylu zacházení s pacienty:

- Styl založený pouze na lékařových znalostech (těžištěm je lékař).
- Styl zahrnující pacientovu zkušenost (těžištěm je pacient).

Tyto styly se uplatňují při definici problému i při návrhu léčby. Bylo stanoveno šest standardních fází návštěvy u lékaře:

1. Lékař vytváří vztah s pacientem.
2. Lékař se pokouší objasnit důvody pacientovy návštěvy.
3. Lékař provádí somatické vyšetření.
4. Lékař uvažuje o pacientově stavu.
5. Lékař probere možnosti léčby.
6. Lékař ukončí návštěvu.

Dominantní stranou je tedy obvykle lékař.

Přestože pacienti z nižších společenských tříd o svém zdraví vědí nejméně, zdá se, že je jim, co se týká verbálního chování, poskytováno méně informací a vysvětlení.

Tématem verbálního chování a faktory, které určují pacientovu spokojenost s konzultacemi, se zabývá řada odborníků.

Pacienti jsou obvykle spokojenější, pokud:

- Lékař objeví jejich starosti a neděje.
- Lékař se o ně zajímá.
- Lékař je vřelý, má starost a zájem o pacienta.
- Lékař je ochotný k poskytování informací.
- Lékař vysvětlí situaci tak, aby ji pacient chápal.

⁵⁷ JANÁČKOVÁ, Laura a PAVLÁT, Josef. *Psychologické aspekty zdravotnické komunikace*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2007. 111 s. ISBN 978-80-210-4230-8.

Verbální komunikace se vztahuje hlavně na jazykové dorozumívání a výměnu informací, které mají obsah, tedy obsahový aspekt. To, co jazyk vypovídá, tzn. doslovné znění je manifestní (otevřený) obsah informace. Latentní (nepřímý) obsah informace je to, co je řečeno mezi řádky. Latentní informace chápeme ze situačního kontextu, ze sociálního vztahu mezi účastníky komunikace a z neverbálního chování.⁵⁸

3.6.2 Neverbální chování

Lékař a pacient si vyměňují mnoho informací beze slov. Jak již bylo zmíněno, verbální chování či komunikace zahrnuje: gestikulaci, mimiku, paralingvistiku, proxemiku, atd.

S verbální komunikací zprostředkovává neverbální chování emocionálně expresivní obsahy, tedy ty informace, které hodnotí afektivní vztah mezi partnery komunikace, vztahový aspekt. Při komunikaci se mohou obsahový a vztahový aspekt vzájemně podporovat. Neverbální aspekt může obsah měnit. Jinak neutrálnímu sdělení může ironický podtón dodat jiný význam. Neverbálně se projevují také postoje: prestiž, podřízenost, také psychické stavy: nejistota, agresivita. Jak již bylo zmíněno, k neverbálnímu chování patří i řeč těla, způsob jeho držení a pohybu.

Lékaři neverbální komunikace využívají při utváření názoru na to, jak se pacient cítí a co se mu přihodilo. Gesta mohou být v popisu pacientových příznaků přesnější než slova. Pacient často nezná umístění a velikost orgánů v těle, takže mnohdy slova a označení, která používá, nemusí odpovídat skutečnosti. Neverbálně je komunikována i kvalita zkušenosti. O intenzitě bolesti často jasnější obraz poskytne pozorování, než slova, která pacient užije k popisu. Obdobně pacient reflektuje neverbální chování lékaře. Například rozpor mezi lékařovým slovním a neverbálním vyjádřením o tom, že je vše v pořádku, když má lékař pochybnosti o pacientově stavu.

Na základě sociálně psychologického přístupu lékař může rozvinout chápání nemoci pacientem a tím ovlivnit zdravotní chování pacienta. Aby toho bylo dosaženo, měl by lékař:

⁵⁸ JANÁČKOVÁ, Laura a WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9.

1. Zjistit názory a obavy pacienta.
2. Podělit se s pacientem o své pochopení způsobem, který pacient přijme.
3. Podělit se s pacientem o rozhodování.
4. Vést pacienta k převzetí přiměřené odpovědnosti za své zdraví.

Návštěva u lékaře může být efektivní pouze v případě, že lékař určil důvody, proč pacient přichází do ordinace a při splnění těchto čtyř bodů.⁵⁹

Pro rozhovor lékaře s pacientem odborníci uvádějí následující zásady:

1. Pokud jste o to požádáni, nikdy neodmítejte podívat se na pacienta a hovořit s ním.
2. Jednejte důstojně, přátelsky.
3. Buďte citliví k obavám a potížím pacienta.
4. Mějte na paměti, že informace od pacienta jsou nadmíru osobní a důvěrné.
5. Mluvte s vážností a autoritou, která vychází z vašich znalostí a zkušeností.
6. Neobávejte se přiznat neznalost, ale doporučte pacientovi někoho, kdo mu může poradit.
7. Dejte pacientovi jasně najevo, že máte přesná pravidla chování a etický kodex.
8. Mluvte jasně, trpělivě a zřetelně. Lékař i sestra musí ozřejmit, to míní, pacient nerozumí lékařským termínům, jejich nepochopení může vést k nesprávnému výkladu.
9. Odpovídejte pravdivě na otázky pacienta. Být pravdivý neznamena být netaktní.
10. Pacient se musí na něco těšit, nemůže být ponechán bez naděje, i kdyby mu zbývaly poslední dny.
11. Pokud je pacient na základě terminálního onemocnění spavý, je laskavější ho vzbudit i k výměně několika slov. Ponechání ve spánku je pro jeho pocit, že je odepsán, škodlivější než probuzení.

Tělesný kontakt, položení ruky na rameno či paži je důležité. Pro staré, opuštěné nebo těžce nemocné je tento kontakt důležitější než slovo.⁶⁰

⁵⁹ JANÁČKOVÁ, Laura a PAVLÁT, Josef. *Psychologické aspekty zdravotnické komunikace*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2007. 111 s. ISBN 978-80-210-4230-8.

⁶⁰ JANÁČKOVÁ, Laura a WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9.

4 VÝVOJ KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Komunikovat s druhými je dovednost, kterou považujeme za samozřejmou, neboť si jí osvojujeme již od dětství. Tuto samozřejmost korigujeme na základě nedorozumění nejrůznějšího druhu, která nás provázejí životem. To, že „správná komunikace“ není samozřejmostí, zatěžuje vzájemné vztahy jak laiků, tak příslušníků různých profesí. Zřejmě na základě vysoce odborně ceněného a prestižního vzdělání vznikl mýtus, že správná komunikace vůči pacientům je lékařům vlastní. Odborníci se shodují, že je nezbytné osvojit si naukovou část vázanou k profesní komunikaci, v návaznosti na specifické potřeby určité skupiny nemocných. Teprve tyto osvojené znalosti a dovednosti umožňují individuální přístup k jednotlivým pacientům a tím zvyšují lékařskou profesi na umění svého druhu, tedy přístup *lege artis* (z latinského podle pravidel umění, později přenesený význam podle zákona).

Je zmiňována teze, že v minulosti lékaři se svými pacienty hovořili více a samozřejmě, komunikaci nebylo potřeba věnovat zvláštní pozornost. Dnes je medicína více charakterizována jako „mlčící“, s komplikovanou komunikací mezi pacienty a zdravotníky.

Dlouhá staletí se vytvářel tzv. paternalistický (rodičovský, otcovský) model vztahu mezi lékařem a pacientem. Možnosti lékaře byly omezené, lze předpokládat, že vlídné slovo a emotivní podpora nemocného i jeho příbuzných byla často používaným, účinným a někdy i jediným nástrojem. Na základě významné vzdělanostní asymetrie určoval vztah a základní rámec komunikace vždy lékař a v souladu s po staletí převažujícím odborným názorem v případě závažného onemocnění pacienta volil milosrdnou lež. Tím také omezil rizika komunikace pro pacienta, tak i svou úzkost. Je prezentován názor, že rozvolnění tradičního paternalistického vztahu mezi lékařem a pacientem změnilo průběh tohoto stavu a vzájemná komunikace je komplikována řadou problémů.

Důsledkem rozvolnění a dnes již možná i zániku paternalistického vztahu je vznik tzv. partnerského vztahu, který má zatím tak krátké fungování, že je zatím lékaři, pacienty a jejich příbuznými využíván spíše na racionální než praktické úrovni.⁶¹

⁶¹ PTÁČEK, Radek a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

K zániku paternalistického přístupu přispěly změny po 2. světové válce nejen na politické scéně, ale i v medicíně. Jedním z hlavních důvodů byla zvýšená pozornost věnovaná lidským právům a svobodám v reakci na jejich pošlapávání za války. Významný byl též dynamický rozvoj diagnostických a léčebných metod, které si vynutily týmovou práci lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků.

Dopad měl pozvolný, ale dramatický nárůst chronicky nemocných a jejich nároky na vyšší informovanost se stále stupňovaly, docházelo k rozvolňování vztahu jeden lékař - jeden pacient a na léčebných postupech vážných nemocí se zpravidla podílel celý tým zdravotnických pracovníků. Důvodem byla též narůstající vzdělanost a informovanost pacientů, dostupnost validních lékařských informací, tisk a v poslední době hlavně internet, který umožňuje zvědavým (hlavně mladším) pacientům získávat odborné informace o nemoci, která je postihla. Význam lze přisuzovat též nárůstu dilematických situací (nejednoznačně rozhodnutelné) a respektu k autonomii (právo na sebeurčení) každého člověka ve všech oblastech života, tedy i v nemoci.⁶²

Je nutné vzpomenout, že v této době se také do komunikace mezi zdravotníky a pacientem „vložíly“ přístroje. Zdravotničtí pracovníci byly nadšení tím, že díky novým technologiím je možné léčit a uzdravit i pacienty, kteří byli dříve neléčitelní. I laici ocenili nesmírné úspěchy moderní, technické a specializované medicíny. Na konci sedmdesátých let 20. století však nadšení z rozvoje především akutní medicíny vystřídal rozčarování, lékaři byli nuceni uznat limity své profese a postupně rozvíjet nové koncepty léčby chronického onemocnění. Pacienti s chronickým dlouhodobým onemocněním pak náhle začali vyžadovat potřebné informace i tradiční účast lékařů a zdravotníků. Té se jim však náhle nedostávalo, a tak byl koncept práv pacientů přiměřenou reakcí na výrazné omezení nebo úplnou absenci komunikace. Lékaři „zmlkli“ v době, kdy svou pozornost upřeli k přístrojům, praktickým důsledkem dehumanizace medicíny se stala medicína mlčení.⁶³

Mlčení lékařů můžeme datovat asi do roku 2001. Pokud tehdy lékaři s nemocným mluvili, tak v paternalistickém konceptu vztahu, určovali sami komu, co, kdy, kde a jak

⁶² HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas: proč a jak?*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 104 s. ISBN 978-80-7262-497-3.

⁶³ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3. rozš. vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.

řící. Dle tehdy platných zákonů byl lékař povinen informovat pacienta o jeho zdravotním vztahu, ovšem v rozsahu, který určil on sám. Malá ochota ke sdělování informací o nepříznivém či vážném zdravotním stavu je dodnes lidsky pochopitelná, každý z nás raději sděluje dobré zprávy. Týmová práce lékařů navíc umožňovala spoléhat se na to, že poslem špatných zpráv a informací byli ostatní kolegové zdravotnického týmu. Výsledkem byl často naprosto neinformovaný pacient, který si mohl jen domýšlet. Na počátku sedmdesátých let 20. století se začalo hovořit o konceptu psychologizace medicíny, s podstatou, která spočívala v tom, že každý lékař by měl brát v úvahu psychickou fázi prožívání nemoci konkrétním pacientem a přizpůsobit jí svojí komunikaci. V té době se také odlišovala tzv. běžná a výjimečná komunikace. Běžnou komunikací se rozumělo věcné, pravdivé a uvážlivé sdělování informací, instrukcí a rad pacientům, které postihla léčitelná a časově omezená nemoc. U těch nemocných, kteří se nacházeli v závažném zdravotním a následně i vypjatém psychickém stavu, byla aplikována výjimečná komunikace. Běžná komunikace je dosud vizitkou zdravotnictví a ovlivňuje hodnocení pacientů i laické veřejnosti. Často v ní však dochází k mnoha chybám. Zdravotníci považují pacientovu nemoc za přechodný stav a běžná komunikace se zdá v tomto kontextu nezajímavá. Výjimečná komunikace té doby byla chybami ovlivněna méně, s ohledem na vážnost zdravotního stavu pacienta byla mnohem pečlivěji volena slova.⁶⁴

⁶⁴ HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3. rozš. vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.

5 ETICKÉ NORMY

S postupujícím časem vzrůstala ve zdravotnictví nutnost systémové změny. Jak již bylo zmíněno, docházelo k nárůstu tzv. dilematických situací. V řadě konkrétních případů existovalo více terapeutických možností. Nebylo jasné, kdo měl rozhodnout o jednom z nich. V teoretické úrovni se hovořilo o tom, že je potřeba „subjekt vrátit do medicíny“, tedy umožnit pacientovi účastnit se rozhodování o dalším postupu. Tento názor koreloval s nezpochybnitelným právem každého člověka, stejně jako ve zdraví, tak i v nemoci, podílet se na rozhodování o svém osudu.

Uvedené důvody tak postupně vedly ke změně strategie a k budování partnerského vztahu. To je značně komplikovaný a neukončený proces dosud. Zdržení tohoto procesu u nás oproti vyspělým západním zemím představuje časový úsek 1970 - 1989, který se politicky kryje s tzv. normalizací. V roce 1970 vznikl první kodex práv pacientů na světě a následně spatřily světlo světa další kodexy, s ohledem na opodstatněná specifická přání určitých skupin nemocných. I když je vytvářeli nelékaři, brali je lékaři západních zemí naprosto vážně a začali požadavky pacientů postupně uplatňovat ve zdravotnické praxi a tím byl učiněn významný krok ke strategii partnerství. Ve stejné době u nás byl zakonzervován paternalismus a aktivity nelékařů či patientských sdružení byla politicky nemyslitelná. V souvislosti s dramatickými změnami po roce 1989 nejen ve společnosti, ale i ve zdravotnictví a s ohledem na nutnost změny komunikace lékařů s pacienty byl v roce 1992 formulován a zveřejněn první kodex Práv pacientů i u nás.⁶⁵

*„Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena...“.*⁶⁶

V návaznosti na uvedená formulovaná opatření se komunikace ve zdravotnictví zlepšovala, lišila se však jak mezi zdravotníky jednoho týmu, tak v různých

⁶⁵ PTÁČEK, Radek a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

⁶⁶ *Práva pacientů ČR*. [online] 2005 [cit. 2013-03-02]. Dostupné na www: <<http://www.mpsv.cz/cs/840>>

zdravotnických zařízeních. Ustanovený etický kodex nebyl nijak právně vymahatelný, bylo tedy na každém lékaři, nakolik bude otevřeně komunikovat. Pro některé lékaře to byl důvod setrvat v „medicině mlčení“. V roce 2001 Parlament České republiky ratifikoval mezinárodní smlouvu s názvem Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, která je stručně označována Úmluva o biomedicině. Od té doby je úmluva nejvyšším zdravotnickým zákonem země a má aplikační přednost před platnými českými zákony, které by byly v rozporu. Úmluva o biomedicině je obsáhlá, věnuje se však i potřebám komunikace pacienta s lékařem. Je nutné zdůraznit skutečnost, že to, co bylo v etických kodexech Práv pacientů opodstatněným přáním nemocného, se v Úmluvě o biomedicině stalo závaznou a tudíž i vymahatelnou normou.⁶⁷

V kapitole III., čl. 10 Úmluvy o biomedicině je napsáno, že „každý je oprávněn znát veškeré informace shromažďované o jeho zdravotním stavu. Nicméně přání každého nebýt takto informován je nutné respektovat. Ve výjimečných případech mohou být práva uvedená v předchozím bodu omezena, je-li to v zájmu pacienta“.⁶⁸

Uvedené ustanovení je zcela revoluční, protože o tom, zda bude pacient informován, nerozhoduje poprvé v dějinách medicíny pacient, ale lékař. Lékař je vždy povinen vyhovět přání nemocného být informován a jiný prostředek než komunikace není znám. Přeje-li si to pacient, je lékař povinen mu sdělit vše, i když některé skutečnosti by sám raději, i důvodně, omezil či zamlčel. Důležitost komunikace je zcela mimořádná, protože je to informovaný pacient, který na základě své svobodné vůle projeví souhlas s navrhovaným diagnostickým či terapeutickým postupem, či nikoli. Z právního hlediska je možné dodat, že tam, kde není souhlas, není možná ani léčba. S výjimkou, kterou Úmluva o biomedicině stanovuje, a která se týká nemocných ve stavu, kdy souhlas není možné udělit. V takových případech je však tento souhlas předpokládán.

Od chvíle platnosti Úmluvy o biomedicině je prostředkem náležité a uskutečněné komunikace mezi lékařem a nemocným tzv. informovaný souhlas. Má tři formy: ústní,

⁶⁷ PTÁČEK, Radek a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

⁶⁸ *Úmluva na ochranu lidských práv: Úmluva o biomedicině*. [online] 2013 [cit. 2013-03-02].

Dostupné na [www](http://www.zdravotnickepravo.info/?s=%C3%9Amluva+o+biomedic%C3%ADn%C4%9B&submit.x=4&submit.y=10):

<<http://zdravotnickepravo.info/?s=%C3%9Amluva+o+biomedic%C3%ADn%C4%9B&submit.x=4&submit.y=10>>

konkludentní (vyplývající z okolností) a písemnou. Písemná forma informovaného souhlasu není povinná, není stanoveno, kdy a za jakých okolností má lékař volit jednu z forem. Bylo by správné, aby v ambulantní sféře dominovala ústní, případně konkludentní forma souhlasu. Písemný souhlas by měl být vyhrazen pro náročné invazivní vyšetřovací a léčebné metody. Písemný ani konkludentní souhlas není možné zpětně prokázat, což je důvodem pro stále se rozšiřující písemnou formu informovaného souhlasu, který má být konkrétnímu pacientovi tzv. „šitý na míru“, čímž jsou lékaři neúměrně zatěžováni administrativou. V každém případě, pokud se neuskuteční ústní rozmluva lékaře s pacientem nad informovaným souhlasem, je takto získaný podpis pouze formálním aktem, který lékaři nezajišťuje ochranu. Zvyšuje se počet případů, kdy je následně takový informovaný souhlas pacientem zpochybněn. Pokud lékař zamlčí rizika plánovaného výkonu v ústní rozmluvě, pak v písemné již tuto možnost nemá. Uvedený rozpor pak u pacienta vyvolává úzkost a důsledkem může být otřesená důvěra jak k informujícímu lékaři, tak k lékařům obecně. Problém je povinně uváděná věta, že „pacient měl možnost ptát se na všechno, co ho v souvislosti s jeho zdravotním stavem zajímá“. Nemocní často na toto rezignují, přibývá však pacientů, především z řad mladších věkových kategorií, kteří se aktivně vptávají, a časová náročnost takového rozhovoru nutně narůstá. Lze předpokládat, že takto zvědavých pacientů bude v budoucnu přibývat. Informovaný souhlas byl vytvořen především pro zajištění informací pro pacienta, aby se jako svobodná bytost mohl kvalifikovaně rozhodnout, zda jistý zákrok podstoupí či nikoli, případně které nabízené alternativě dá přednost. Neměl by se však stát neměnným nástrojem, který formální stránkou zastíní či vytlačí lidský faktor a o důvěru se opírající vztah lékaře a pacienta. Přes všechny možné problémy se může zdát, že se existencí Úmluvy o biomedicíně ulevilo lékařům i pacientům. Lékaři už nemusí zvažovat co, kdy a komu sdělí, pacienti už nemusí spoléhat na tzv. zprostředkovaná sdělení a mohou získat informace o svém zdravotním stavu bez překonávání lékařova mlčení. Opak je však pravdou. Některé problémy „medicíny mlčení“ byly odstraněny, nové vznikly.⁶⁹

⁶⁹ PTÁČEK, Radek a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

V souvislosti s komunikací jsou to tyto:

1. Informovaný souhlas je často používán nevhodným nebo nesprávným způsobem a slouží především jako právní ochrana lékaře před soudními spory. Převažuje jeho písemná forma a není tajemstvím, že jej lze podpisem pacienta opatřit i bez náležité komunikace mezi lékařem a pacientem, často po předložení sestrou či jiným zdravotnickým pracovníkem. Je nutné zdůraznit, že informovaným souhlasem pacient potvrzuje, že byl poučen předem a řádně o účelu a povaze zákroku i o možných rizicích.
2. Někteří nemocní nejsou schopni se rozhodnout a uvítali by doporučení lékaře. Někteří lékaři se zdráhají takováto doporučení poskytnout s odkazem na svobodnou volbu pacienta. Partnerství, které je ve vztahu lékař - pacient upřednostňováno, však nevyklučuje poskytování rad váhajícímu pacientovi. I při této formě je žádoucí, aby lékař se svojí odbornou převahou pacientovi poradil.
3. Informovaný pacient neznamena to samé, co poučený pacient. Často je pacient zahlcen množstvím informací, kterým však nemůže rozumět. I když pacient použije tzv. „lidský slovník“, tedy bez odborných, často latinských výrazů, pacient je pak nucen podepsat informovaný souhlas, který je psán odbornou terminologií. Pacient často v souvislosti s psychickým stavem, který se k nemoci váže, nebere na vědomí ani důležité souvislosti, je schopen si zapamatovat dvě nebo tři informace.
4. Někteří nemocní se ostýchají zeptat na to, čemu nerozumí. Mladá generace běžně pracuje s internetem a na sociálních sítích sdílí své obavy a poznatky o nemoci. Tento virtuální svět může v budoucnosti zkomplikovat rozhovory s lékaři, řada nehierarchizovaných internetových informací může pacienty zúzkostnit, ale stejně tak může digitální svět využít prostor pro neformální komunikaci a laickou emocionální podporu. Nelze odhadnout konkrétní dopady tohoto jevu na vztahy mezi zdravotníky a pacienty, určitě však v budoucnosti nabude na významu. Je potřeba uvést, že hledání informací vzrůstá tam, kde chybí poučení ze strany zdravotníků.
5. Velmi podrobné informace o případných rizicích, které jsou součástí písemného informovaného souhlasu, často pacienty děsí. Ohleduplnost v této

souvislosti mizí, informace jsou podávány, i když je možné zvažovat iatrogenní poškození pacienta.⁷⁰

Iatropatogenie je preventivní, diagnostický nebo terapeutický postup lékaře, ale patří sem i slovní projev, který má za následek poškození pacienta. Můžeme zkráceně použít i výrazu iatrogenie. Rozlišujeme somatickou iatrogenii, kdy je pacient poškozen léky nebo nesprávně provedeným odborným výkonem. Psychickou iatrogenii, tedy že nemocný je poškozen nevhodným sdělením, nesprávnou informací - hovoříme také o tzv. negativní psychoterapii. Sociální iatrogenii, kdy nemocný přeneše rozhodovací povinnost na profesionálního odborníka. Nejčastějším důsledkem poškození bývají neurózy, které mohou vyústit až v sebevražedné úmysly a pokusy.⁷¹

6. Pokud existuje více variant, je iluzí si myslet, že si pacient bez odborného vyšetření vybere tu nejlepší, zátěž rozhodovacího procesu je pro pacienta mimořádně vysoká.
7. Odmítnutí léčby nebo její části je extrémní variantou. Zákon pacientovi takovou volbu umožňuje. Podpis negativního reversu, který chrání lékaře, není konečným řešením. Protože nemoc postupuje, pacient dříve nebo později vyhledá lékařskou pomoc. Lékař pak musí léčit nemocného v mnohem horším stavu a kromě rozladění i pochopitelného vzteku uvažuje i o tom, zda vhodnou komunikací a možná i přemlouváním nešlo komplikované situaci předejít. Ekonomický tlak, kdy na jedné straně pomyslných vah je svobodná vůle pacienta takto se rozhodnout a na straně druhé neúměrně navýšené náklady této komplikované pozdní léčby, se jistě promítne i do řešení takovéto palčivé situace.
8. Reminiscence na paternalistický model vztahu ožívají jak v řadách některých lékařů, tak i v řadách pacientů. Především nemocní senioři, pokud se najednou mají rozhodovat sami v tak závažných věcech, jsou nejistí. Zejména, pokud to

⁷⁰ PTÁČEK, Radek a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

⁷¹ MAREŠ, Jiří a kol. *Iatropatogenie a sororigenie aneb Jak lze poškozovat člověka*. 2. vyd. Praha: Vysoká škola J. A. Komenského, 2002. 59 s. ISBN 80-86723-00-3.

dříve dělal lékař podle svého nejlepšího vědomí a svědomí. Lze předpokládat, že v minulosti již stonali a vyhovoval jim paternalistický model.⁷²

Etický problém, který se promítá do vztahu lékaře a pacienta je pojetí partnerství. Pokud jej chápeme jako skutečné partnerství, je nutné počítat s vyjmenovanými problémy. Skutečné partnerství je prověřené dobou a utužené životními situacemi. To je v případě pacienta a lékaře jiné. Nemocný si svou nemoc nevybral, a i když si může vybrat lékaře, je to volba z nutnosti. Odborníci jsou přesvědčeni, že partnerství mezi lékařem a pacientem nemůže být skutečné, vždy výhradně profesionální. Asymetrie ve vzdělání mezi lékařem a pacientem trvá a omylem si představujeme, že vztah pacienta s lékařem představuje skutečné partnerství, což zesiluje klientské pojetí zdravotnických služeb. Je třeba rozlišovat, kde je možná zákaznická služba a kde lékařská péče. Vyjasnění limitů výhod i nevýhod, určení základní strategie partnerství, je předpokladem komunikace lékaře s pacientem bez problémů. Má-li být hlavním cílem poučení a rozhodnutí schopný pacient, je potřebné informace hierarchizovat, zároveň však jimi neplýtvat. Není správné, pokud pacienti nemají potřebné informace, zároveň však není správné, pokud jich mají nadbytek a na závažná rozhodnutí jsou sami. I v běžném životě se před závažnými rozhodnutími radíme s lidmi, ke kterým máme, proč bychom to v nemoci nemohli činit s lékařem. I když není snahou vrátit se do dějin, je možné připustit diskusi o vhodnosti snahy vrátit přístup spočívající v úsilí, jak vhodnou komunikací získat pacienta pro svůj plán.⁷³

⁷² PTÁČEK, Radek a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

⁷³ PTÁČEK, Radek a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

6 POHLED ANDRAGOGA

Je dobré se zamyslet nad tím, proč jsou ve zdravotnictví stále řešena témata nedostatečné komunikace, ať již mezi zdravotníky a pacienty, nebo i mezi kolegy. Je samozřejmé, že od zdravotníků se očekává určitý odstup, jinak by svou práci nemohli vykonávat. Nutné je však zvážit míru odstupů, vysoká míra odstupů může být způsobena více důvody. Na situace spojené s výkonem povolání ohledně komunikace zdravotníky nikdo nepřipravuje. Při studiu se žádný předmět nevěnuje praktické komunikaci, součástí psychologie, etiky nebo sociologie je studium komunikace v teoretické rovině. Zdravotník není vzděláván simulacemi typu: „jedněte s pacientkou, která jde na operaci prsu“. V praxi jsou takové situace obvykle řešeny služebně staršími kolegy, takže mladší lékař nebo zdravotník se nemá toto jak naučit. Pacienti jsou obvykle laiky. Nejzásadnější dojem z komunikace se zdravotníkem získávají ve svízelných životních situacích. Takový člověk má problém se soustředit. Je důležité jej informovat patřičnou formou a pochopení sděleného si ověřit. Zdravotník nedostatky v komunikaci směrem k pacientovi může zakrývat odbornou mluvou (latinskými názvy), arogancí, rychlou a překotnou řečí, aby už měl sdělení za sebou. Neměl kde si takové sdělení nacvičit, např. před kamerou, aby měl posléze možnost sám sebe vidět, jak reaguje verbálně i neverbálně. Zda umí naslouchat a potom o svých slovech, reakcích, mimice pohovořit s lektorem, jak je tomu běžné u návštěvníků kurzů, kteří se vzdělávají v oblasti tzv. měkkých dovedností (komunikace, manažerské dovednosti, prezentační dovednosti, typologie osobnosti, atp.). Z praxe je zřejmé, že stejně jako si lékař musí nacvičit operaci, vyšetření, měl by mít nacvičené i různé reakce typu „jak reagovat“. Jistě není možné, připravit se na všechny situace, zároveň však není na škodu dozvědět se více o vlastních reakcích na stres. Slovem i gestem se dá hodně ublížit. Tréninky v oblasti měkkých dovedností jsou obvyklé v různých manažerských a obchodních pozicích, firma, které svoje pracovníky na taková školení odesílá, si je vědoma nutnosti zdokonalování jejich komunikace. Ve zdravotnictví je komunikace sledována ve všech pádech, pouze však v teoretické rovině. S tím, jak se vyvíjí medicína, je nutné měnit i přístup k pacientům, vzhledem k jejich větší informovanosti. Lékaři, kteří pracují v zahraničí, poukazují na srovnatelnou, ne-li vyšší úroveň odborné péče, úroveň komunikace však často museli přehodnotit. Pacient má nárok na

příjemného zdravotníka, lékaře, který s pacientem bude lidsky komunikovat. Bez ohledu na časté stesky financování zdravotnictví, úsměv a empatie jsou zdarma.⁷⁴

Vzdělávání pacientů

Na druhé straně, vstřícný krok je nutné vyžadovat i od pacientů. Především vzdělávání v oblasti sociální gramotnosti. Je běžné, že pacient je přesvědčen, že na základě platby pojištění mu zdravotník musí ve všem vyjít vstříc, nebude čekat, lékař je povinen mu vyhovět, on si to platí. Tak tomu není, nelze používat tento zjednodušený výklad. Je však pravdou, že v prostředí financování zdravotní péče se díky neprůhlednému a nepřehlednému systému financování nevyzná často ani lékař, těžko pak toto může být požadováno po pacientovi. Často se také zdravotníci setkávají s tím, že pacient neumí odpovídat lékaři na otázky související s jeho zdravotním stavem, lékař se tak musí pouze domnívat z nepřímých odpovědí. Nedorozuměním ze strany lékaře je možné se vyhnout přípravou toho, co chce pacient lékaři sdělit, starší pacienti si mohou své dotazy připravit písemně. Často také nedorozumění či negativní pohled na zdravotníky nebo jejich práci vytváří média. Bohužel u nás bývá zvykem se věnovat především tomu, co se nepovedlo, než chválit to, co si pochvalu zaslouží.

Snahou pro zlepšení situace je podporovat vzdělávání zdravotnických pracovníků v tzv. měkkých dovednostech a organizace pacientů v edukaci pacientů. Prostřednictvím nadačního projektu „Mluv se mnou“ je také snaha uvést v život roli sestry konzultantky.⁷⁵

⁷⁴ ANDRYSEK, Oskar et al. *Mluv se mnou: kniha o vzájemné komunikaci pacientů, jejich blízkých, lékařů a sester*. Praha: Maxdorf, 2011. 147 s. ISBN 978-80-7345-257-5.

⁷⁵ ANDRYSEK, Oskar et al. *Mluv se mnou: kniha o vzájemné komunikaci pacientů, jejich blízkých, lékařů a sester*. Praha: Maxdorf, 2011. 147 s. ISBN 978-80-7345-257-5.

PRAKTICKÁ ČÁST

7 VÝZKUM

Většina odborníků z řad lékařů i zdravotnického personálu se shoduje na nutnosti vzájemné komunikace s pacientem. Komunikace ve zdravotnictví a informace při ní získané jsou předpokladem pro psychoterapeutický přístup k pacientovi v nejobecnějším slova smyslu, úspěšný průběh diagnosticko-terapeutického procesu a v nejlepším případě uzdravení pacienta.

7.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu této diplomové práce bylo pomocí dotazníku analyzovat úroveň komunikace ve zdravotnictví z pohledu pacienta v Plzni.

7.2 Hypotézy

Výzkum má potvrdit, či vyvrátit následující hypotézy:

- Předpokládá se, že většina pacientů vnímá komunikaci s lékařem jako nedostatečnou.
- Předpokládá se, že většina pacientů, pokud nerozuměla informacím od lékaře, má obavu se znovu zeptat.
- Předpokládá se, že si většina pacientů hledá doplňující informace na internetu.

7.3 Výzkumný vzorek

V průběhu měsíce ledna a února v roce 2013 bylo na čtyřech poliklinikách v Plzni osloveno 100 respondentů náhodným výběrem tak, že o vyplnění dotazníku byli požádáni vždy dva poslední pacienti (v pořadí, ve kterém přišli) čekající na návštěvu u ambulantního lékaře v prostorách společných čekáren. Dotazníkového šetření se účastnilo 42 mužů a 58 žen.

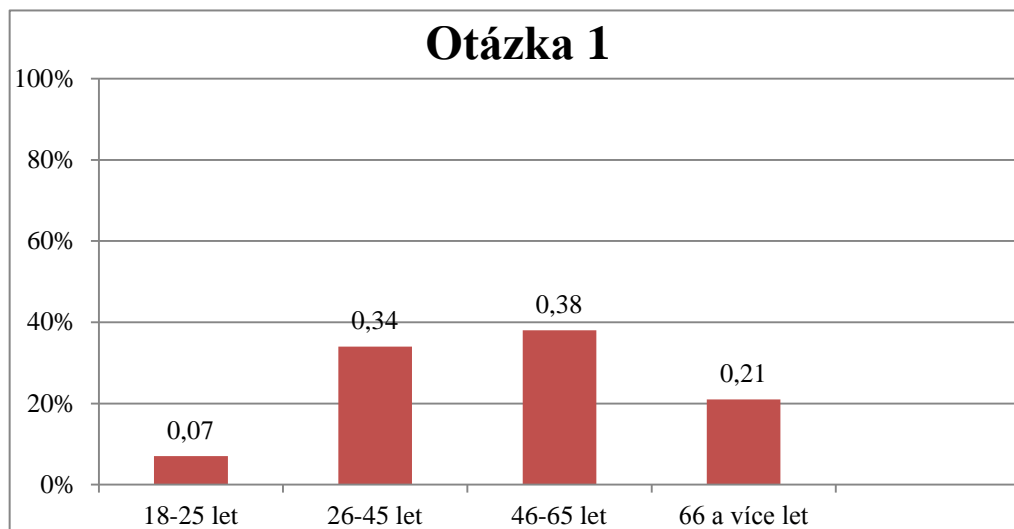
7.4 Výzkumná metodika

Byla použita kvantitativní výzkumná metoda pomocí techniky dotazníkového šetření. Dotazník (viz Příloha A) obsahoval 14 otázek s výběrem odpovědí. Vzhledem k počtu respondentů lze tento výzkum považovat za pilotní.

7.5 Grafické znázornění jednotlivých odpovědí v dotazníku a jejich popis

Vyhodnocení dotazníkového šetření je provedeno jednotným způsobem. Získané výsledky jsou přehledně zaznamenány v grafech, kdy titulek vždy obsahuje přesnou formulaci otázky, přímo v grafu je uvedeno, v jakém pořadí byla daná otázka respondentům kladena a legenda je přehledně uvedena pod jednotlivými sloupci. Na svislé ose jsou uvedeny procentuální hodnoty, neboť v grafu jsou zaneseny relativní hodnoty.

Graf 1: Uved'te prosím svůj věk.



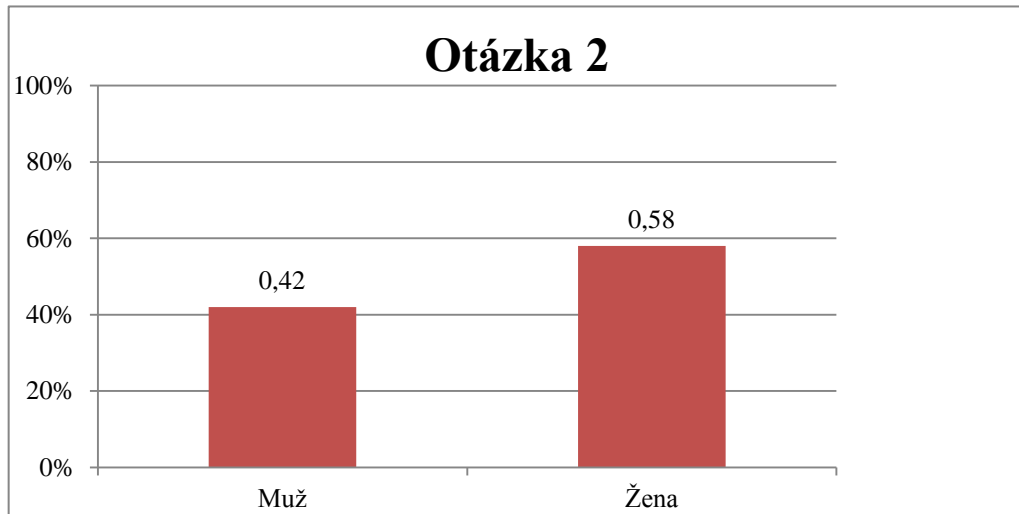
Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Ze 100 ks vyhodnocených dotazníků vyplynulo, že ve zkoumaném počtu pacientů je nejvíce zastoupena věková skupina 46 – 65 let.

Budou-li pro potřeby srovnání tato čísla vyjádřena v jednotkách, vypadá srovnání takto:

18 – 25 let	7 osob
26 – 45 let	34 osob
46 – 65 let	38 osob
66 a více let.....	21 osob

Graf 2: Jaké je vaše pohlaví?



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

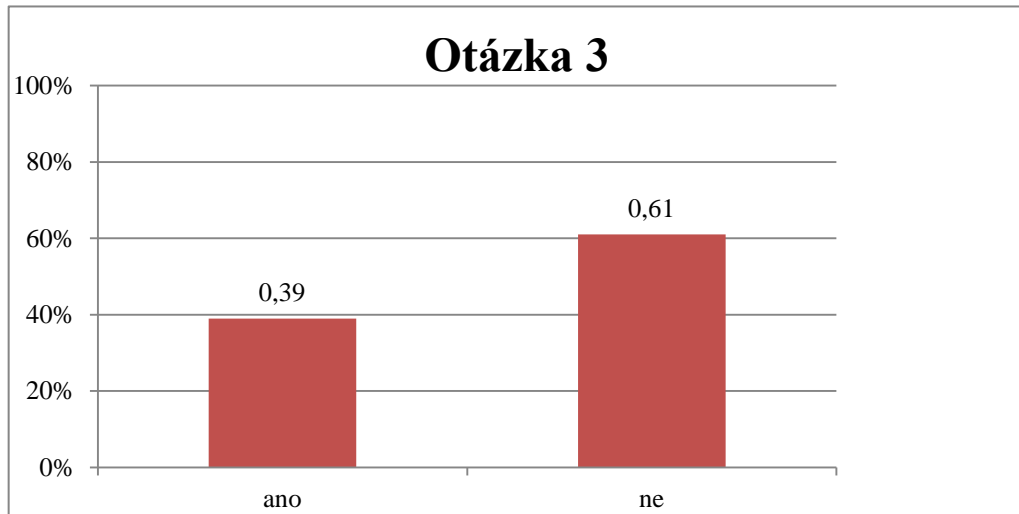
Ze 100 ks vyhodnocených dotazníků vyplynulo, že ve zkoumaném počtu pacientů jsou ze 42 % zastoupeni muži a z 58 % ženy.

Budou-li pro potřeby srovnání tato čísla vyjádřena v jednotkách, vypadá srovnání takto:

Muž.....42 osob

Žena58 osob

Graf 3: Býváte obvykle s kvalitou a rozsahem informací od lékaře spokojen/a?



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

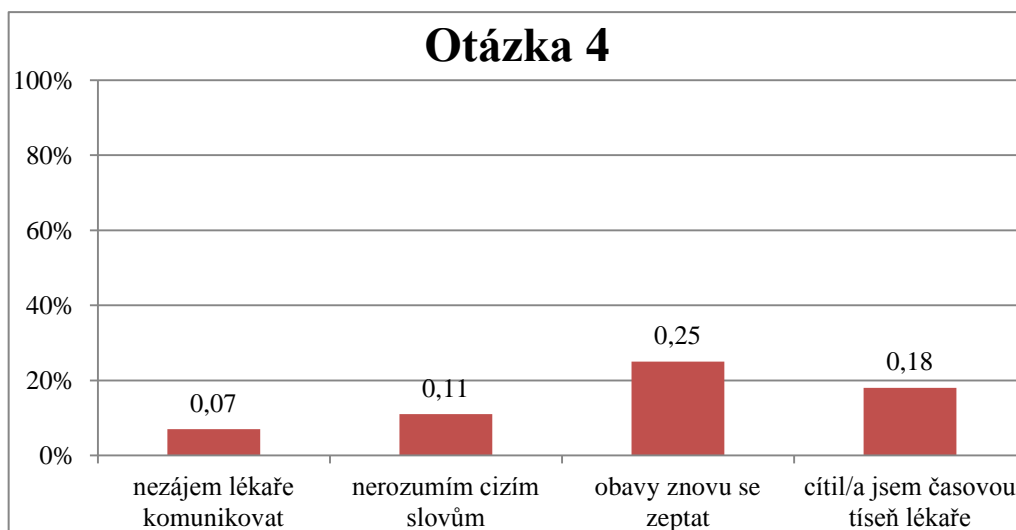
Ze 100 ks vyhodnocených dotazníků vyplynulo, že ve zkoumaném počtu pacientů je obvykle s kvalitou a rozsahem informací spokojeno 39 % pacientů a 61 % pacientů obvykle s kvalitou a rozsahem informací spokojeno není.

Budou-li pro potřeby srovnání tato čísla vyjádřena v jednotkách, vypadá srovnání takto:

ano.....39 osob

ne.....61 osob

Graf 3: Pokud nejste s kvalitou a rozsahem informací spokojen/a důvodem je:



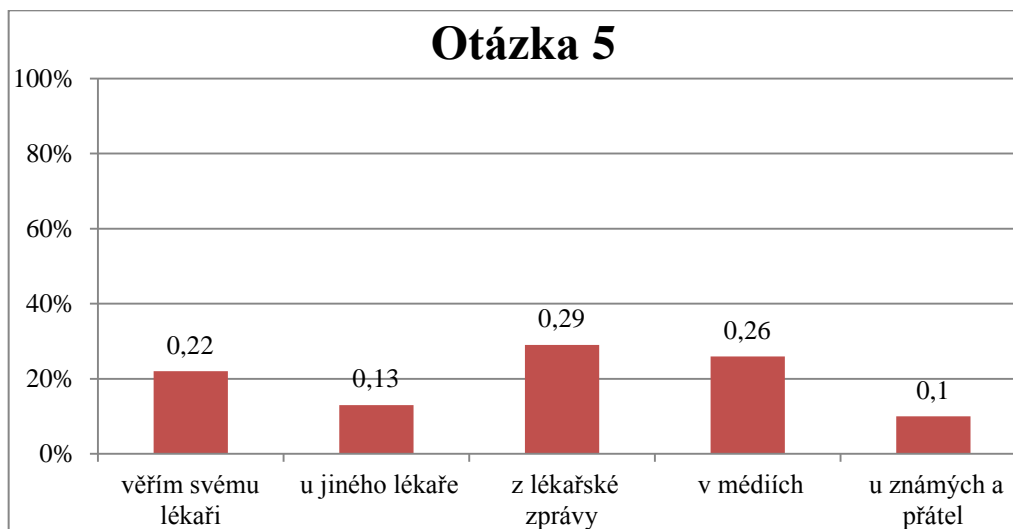
Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Ze 61 ks dotazníků od pacientů, kteří nejsou obvykle s kvalitou a rozsahem informací od lékaře spokojeni, je hlavním důvodem obava znovu se zeptat, nebo se zeptat na doplňující informace.

Budou-li pro potřeby srovnání tato čísla vyjádřena v jednotkách, vypadá srovnání takto:

nezájem lékaře se mnou komunikovat	7 osob
nerozumím cizím slovům	11 osob
mám obavy se znovu zeptat, nebo se zeptat na doplňující informace.....	25 osob
cítil/a jsem časovou tíseň lékaře, nechtěl/a jsem zdržovat	18 osob

Graf 4: Ověřujete si informace o svém zdravotním stavu mimo konzultace u vašeho lékaře? Vyberte jednu hlavní možnost.



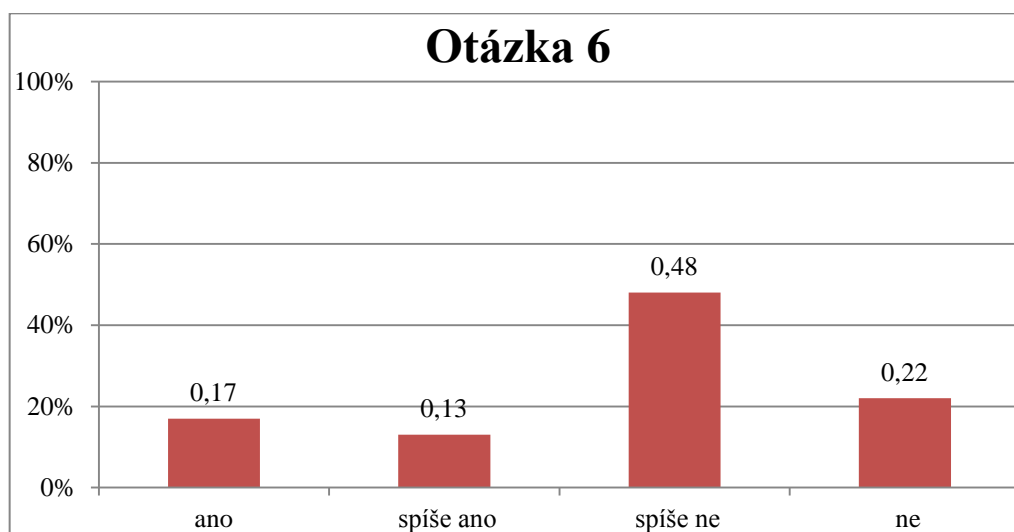
Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Ze 100 vyhodnocených dotazníků vyplývá, že nejvíce pacientů si ověřuje informace získané od svého lékaře z lékařské zprávy, je to 29 % dotázaných pacientů.

Budou-li pro potřeby srovnání tato čísla vyjádřena v jednotkách, vypadá srovnání takto:

věřím svému lékaři 22 osob
 u jiného lékaře..... 13 osob
 z lékařské zprávy 29 osob
 v médiích (internet, literatura) 26 osob
 u známých a přátel 10 osob

Graf 5: Vítá vás váš lékař či zdravotní sestra vašeho lékaře s úsměvem či podáním ruky?



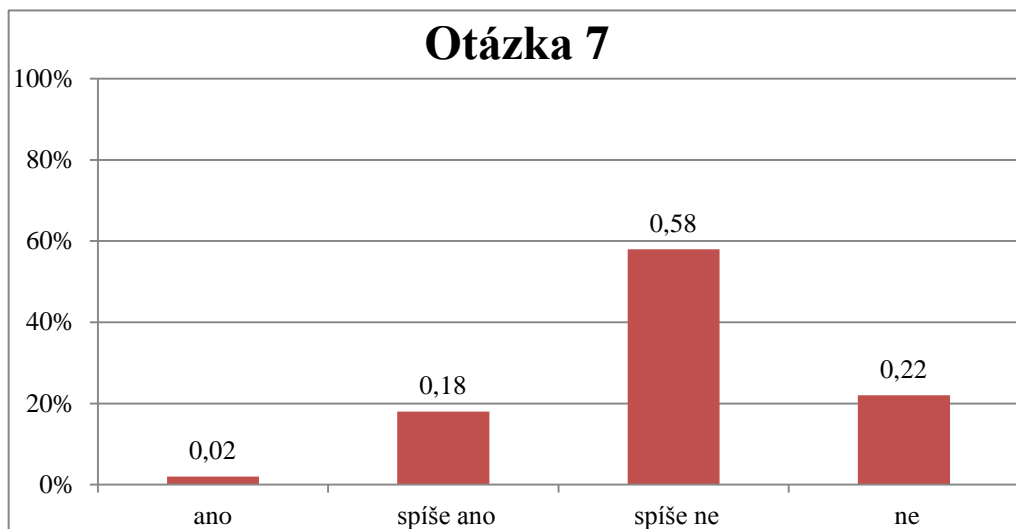
Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Ze 100 ks vyhodnocených dotazníků vyplynulo, že ve zkoumaném vzorku pacientů 17 % odpovědělo ano, 13 % odpovědělo spíše ano, 48 % odpovědělo spíše ne, 22 % odpovědělo ne na otázku, zda je lékař či sestra vítají úsměvem či podáním ruky.

Budou-li pro potřeby srovnání tato čísla vyjádřena v jednotkách, vypadá srovnání takto:

ano.....	17 osob
spíše ano.....	13 osob
spíše ne.....	48 osob
ne.....	22 osob

Graf 6: Zajímá se aktivně váš ošetřující lékař i o vaše názory, pocity, obavy?



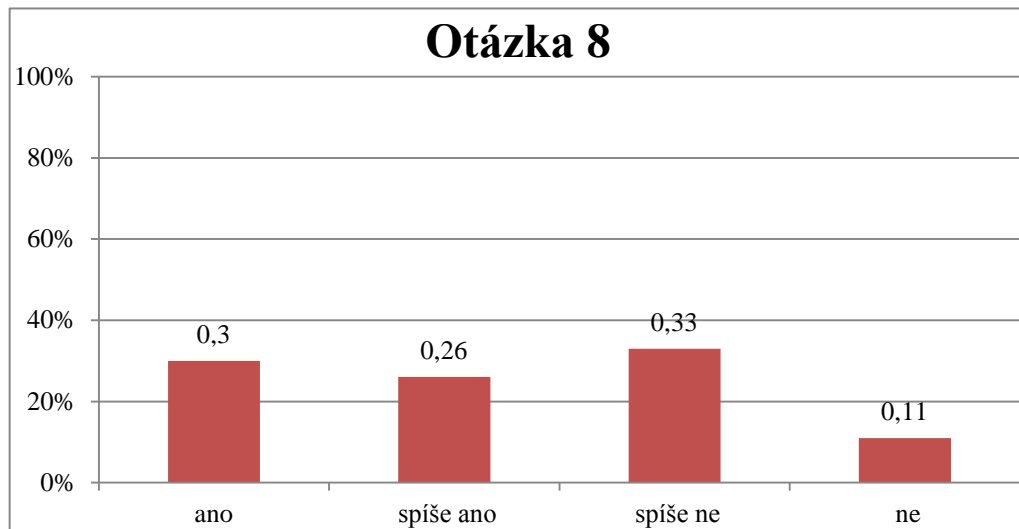
Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Ze 100 ks vyhodnocených dotazníků vyplynulo, že ve zkoumaném vzorku pacientů 2 % odpovědělo ano, 18 % odpovědělo spíše ano, 58 % spíše ne a 22 % ne na otázku, zda se ošetřující lékař zajímá aktivně o názory, pocity a obavy pacientů.

Budou-li pro potřeby srovnání tato čísla vyjádřena v jednotkách, vypadá srovnání takto:

ano.....2 osob
spíše ano..... 18 osob
spíše ne.....58 osob
ne.....22 osob

Graf 7: Mluví s vámi lékař se zájmem, úctou, respektem?



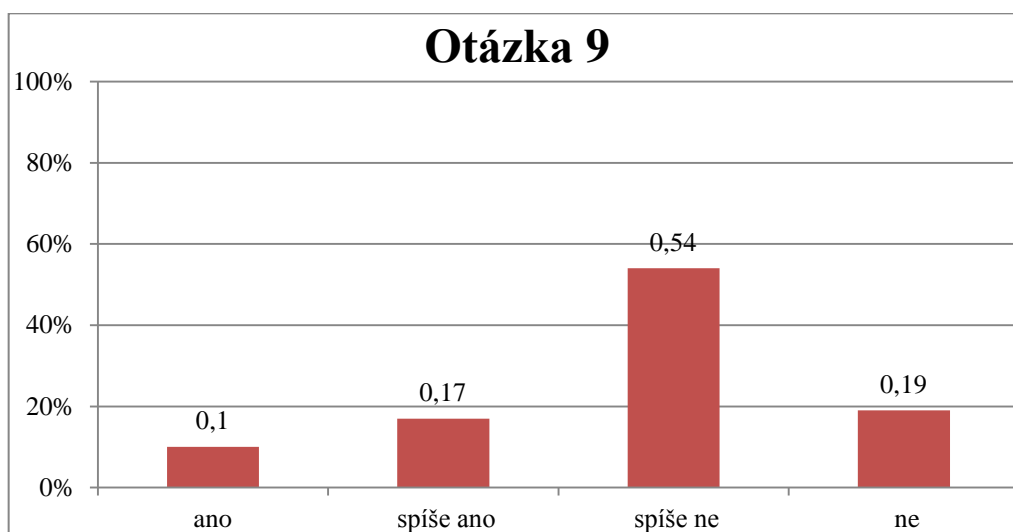
Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Ze 100 ks vyhodnocených dotazníků vyplynulo, že ve zkoumaném vzorku pacientů 30 % odpovědělo ano, 26 % odpovědělo spíše ano, 33 % odpovědělo spíše ne, 11 % odpovědělo ne na otázku, zda s nimi lékař mluví se zájmem, úctou a respektem.

Budou-li pro potřeby srovnání tato čísla vyjádřena v jednotkách, vypadá srovnání takto:

ano.....30 osob
spíše ano.....26 osob
spíše ne.....33 osob
ne.....11 osob

Graf 8: Ověřuje si lékař, že jste porozuměl/a informacím, které vám při rozhovoru poskytl? A zda nepotřebujete cokoli znovu vysvětlit?



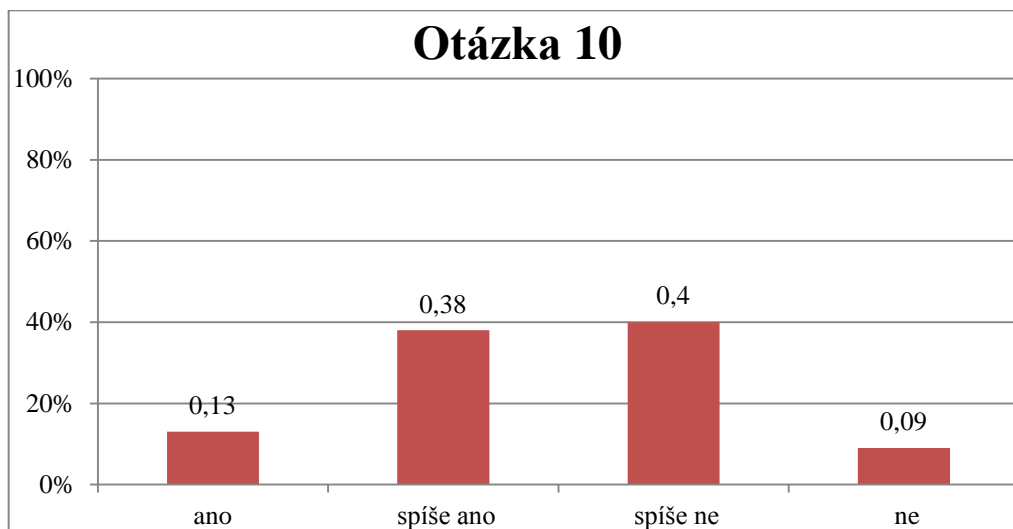
Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Ze 100 ks vyhodnocených dotazníků vyplynulo, že ve zkoumaném vzorku pacientů jich 10 % odpovědělo ano, 17 % odpovědělo spíše ano, 54 % odpovědělo spíše ne, 19 % odpovědělo ne na otázku, zda si jejich lékař ověřuje, zda pacient během rozhovoru porozuměl informacím a zda nepotřebuje cokoli znovu vysvětlit.

Budou-li pro potřeby srovnání tato čísla vyjádřena v jednotkách, vypadá srovnání takto:

ano 10 osob
spíše ano 17 osob
spíše ne 54 osob
ne 19 osob

Graf 9: Přes to, že lékař má výsledky z laboratoře a zná fakta, ptá se vás jak se cítíte a jak svoje zdravotní problémy vnímáte?



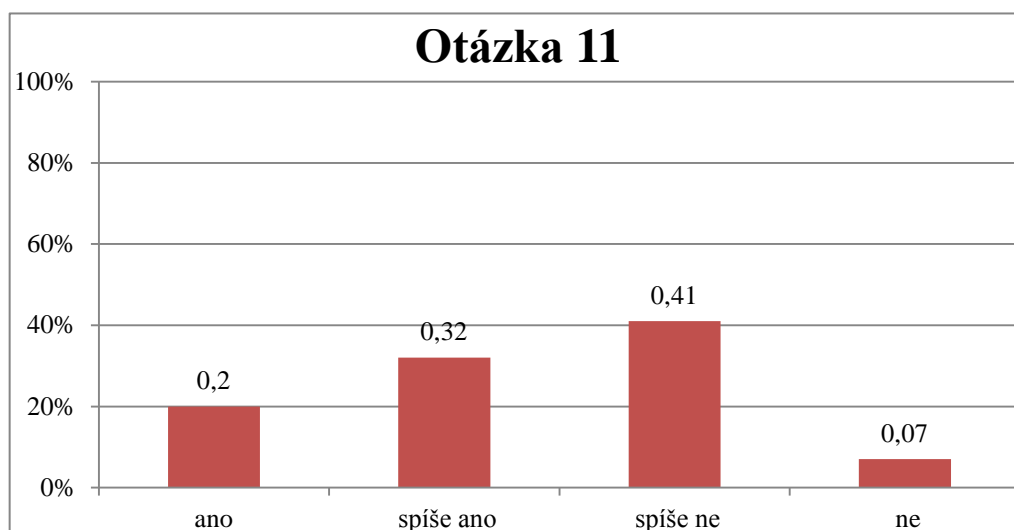
Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Ze 100 ks vyhodnocených dotazníků vyplynulo, že ve zkoumaném vzorku pacientů odpovědělo 13 % ano, 38 % odpovědělo spíše ano, 40 % odpovědělo spíše ne, 9 % odpovědělo ne na otázku, zda se jich lékař ptá, jak se cítí, jak vnímají svoje zdravotní problémy nebo se řídí jen tělesnou stránkou, výsledky z laboratoře a fakty.

Budou-li pro potřeby srovnání tato čísla vyjádřena v jednotkách, vypadá srovnání takto:

ano..... 13 osob
 spíše ano.....38 osob
 spíše ne.....40 osob
 ne..... 9 osob

Graf 11: Zajímá se lékař jen a pouze o zdravotní problém, se kterým jste přišel?



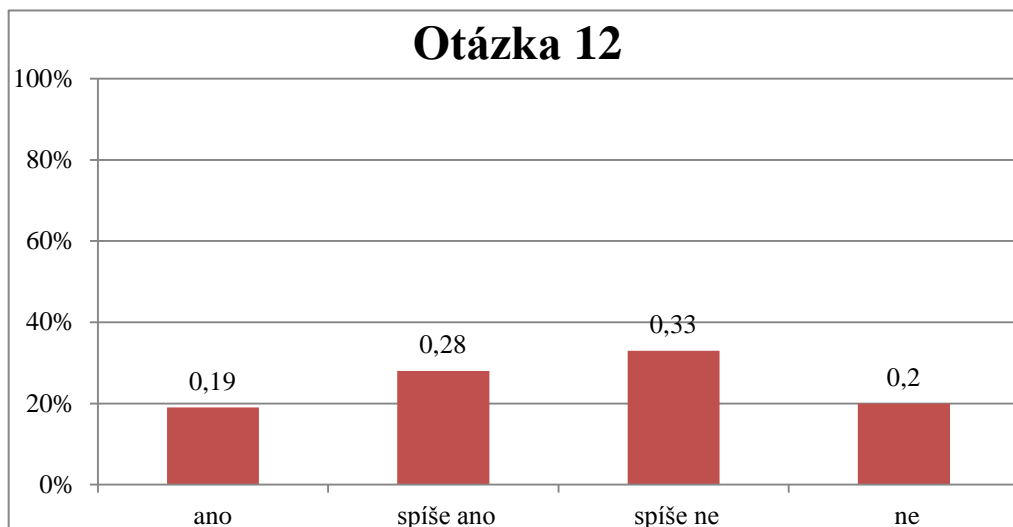
Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Ze 100 ks vyhodnocených dotazníků vyplynulo, že ve zkoumaném vzorku pacientů 20 % odpovědělo ano, 32 % odpovědělo spíše ano, 41 % odpovědělo spíše ne, 7 % odpovědělo ne na otázku, zda se lékař zajímá jen a pouze o zdravotní problém, se kterým pacient přišel.

Budou-li pro potřeby srovnání tato čísla vyjádřena v jednotkách, vypadá srovnání takto:

ano.....20 osob
spíše ano.....32 osob
spíše ne.....41 osob
ne.....7 osob

Graf 12: Vnímáte svého lékaře jako autoritu, která nepřipouští diskusi?



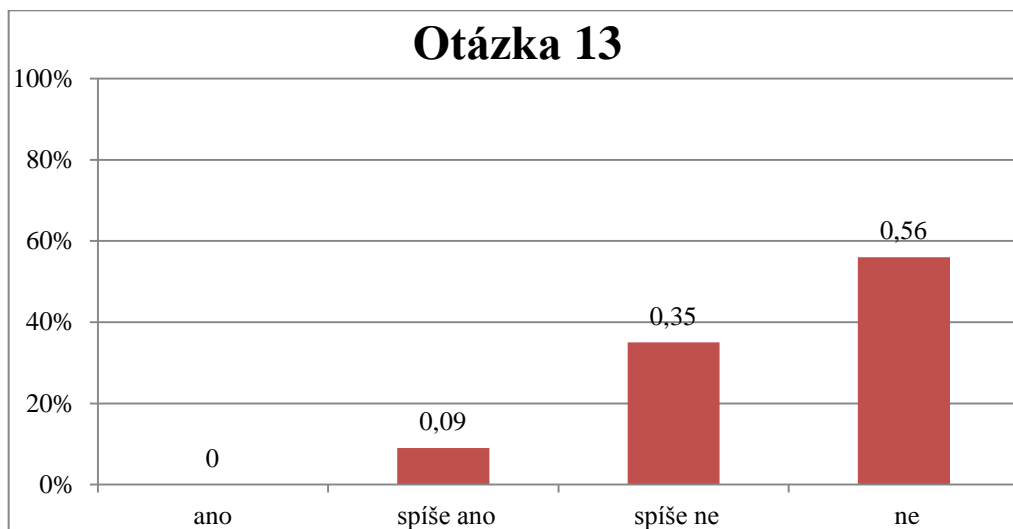
Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Ze 100 ks vyhodnocených dotazníků vyplynulo, že ve zkoumaném vzorku pacientů 19 % odpovědělo ano, 28 % odpovědělo spíše ano, 33 % odpovědělo spíše ne, 20 % odpovědělo ne na otázku, zda tito pacienti vnímají svého lékaře jakou autoritu, která nepřipouští diskusi.

Budou-li pro potřeby srovnání tato čísla vyjádřena v jednotkách, vypadá srovnání takto:

ano 19 osob
spíše ano 28 osob
spíše ne 33 osob
ne 20 osob

Graf 13: Konzultuje s vámi lékař při řešení vašeho zdravotního problému vaše názory, požadavky, přání?



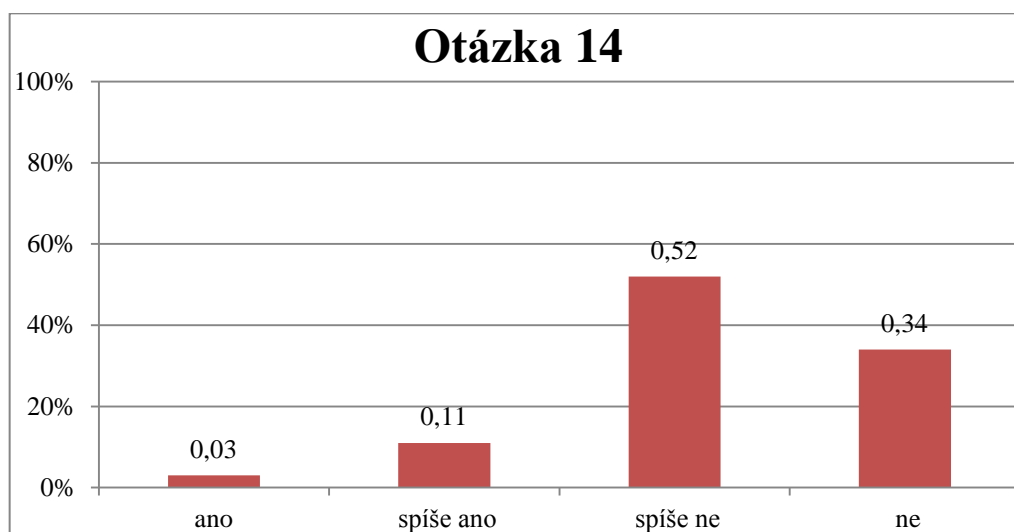
Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Ze 100 ks vyhodnocených dotazníků vyplynulo, že ve zkoumaném vzorku pacientů nikdo neodpověděl ano, 9 % odpovědělo spíše ano, 35 % odpovědělo spíše ne, 56 % odpovědělo ne na otázku, zda s pacienty lékař konzultuje při řešení jejich zdravotních problémů jejich názory, požadavky a přání.

Budou-li pro potřeby srovnání tato čísla vyjádřena v jednotkách, vypadá srovnání takto:

ano.....0 osob
 spíše ano.....9 osob
 spíše ne.....35 osob
 ne.....56 osob

Graf 14: Pokud vám váš lékař doporučil nějaký léčebný postup či vyšetření, informuje vás proč tak činí a proč zvolil právě tento postup?



Zdroj: autor práce (vlastní šetření)

Ze 100 ks vyhodnocených dotazníků vyplynulo, že ve zkoumaném vzorku pacientů 3 % odpověděla ano, 11 % odpovědělo spíše ano, 52 % odpovědělo spíše ne, 34 % odpovědělo ne na otázku pokud lékař doporučí nějaký léčebný postup či vyšetření, zda informuje proč tak činí a proč zvolil právě tento postup.

Budou-li pro potřeby srovnání tato čísla vyjádřena v jednotkách, vypadá srovnání takto:

ano 3 osoby
 spíše ano 11 osob
 spíše ne 52 osob
 ne 34 osob

7.6 Interpretace a diskuse výsledků

První hypotéza - potvrzení dané vyhodnocením výzkumu

Předpokládá se, že většina pacientů vnímá komunikaci s lékařem jako nedostatečnou.

První za stanovených hypotéz této diplomové práce byla potvrzena, neboť ze 100 dotázaných 61 % (tj. 61 pacientů) uvedlo, že obvykle s kvalitou a rozsahem informací od lékaře spokojeno není.

Druhá hypotéza - nepotvrzení dané vyhodnocením výzkumu

Předpokládá se, že většina pacientů, pokud nerozuměla informacím od lékaře, má obavu se znovu zeptat.

Druhá ze stanovených hypotéz této diplomové práce nebyla potvrzena, neboť z 61 % (tj. 61 pacientů), kteří nebyli spokojeni s rozsahem a kvalitou informací od lékaře, má pouze 25 % (tj. 25 pacientů) obavy se znovu zeptat nebo se zeptat na doplňující informace, což nepředstavuje požadovanou většinou.

Třetí hypotéza - nepotvrzení dané vyhodnocením výzkumu

Předpokládá se, že si většina pacientů hledá doplňující informace na internetu.

Třetí ze stanovených hypotéz této diplomové práce nebyla potvrzena, neboť pouze 26 % dotázaných si ověřuje informace pomocí internetu, nejvíce, tedy 29 % (tj. 29 pacientů) informace získané od svého lékaře ověřuje z lékařské zprávy.

7.7 Vyhodnocení výzkumu

Ze 100 ks vyhodnocených dotazníků vyplynulo, že ve zkoumaném počtu respondentů, kteří vyplnili dotazník, je nejvíce zastoupená věková skupina 46 - 65 let. To by odpovídalo poznatkům, že s vyšším věkem přibývá onemocnění.

Dotazník vyplnilo 42 mužů a 58 žen.

18 % pacientů uvedlo, že při návštěvě u svého lékaře vnímají jeho časovou tíseň a nedovolí si jej obtěžovat dotazy a zdržovat. Toto zjištění odporuje doporučením, která byla uvedena v teoretické části práce, že pro správnou komunikaci zdravotníka s pacientem je důležitý dostatek času, který umožní pacientovi vybudovat si důvěru k lékaři.

29 % respondentů uvádí, že si informace získané od lékaře ověřuje v lékařské zprávě. Strohé informace zaznamenané latinsky však při jejich nepochopení nebo nesprávné interpretaci mohou u pacienta spíše vyvolat obavy, než ozřejmit to, co mělo být komunikováno lékařem. Pouze 26 % respondentů uvádí, že si informace ke svému onemocnění zjišťuje na internetu. V této souvislosti je nutné zdůraznit, že to, co předpokládáme jako obvyklé u mladších pacientů, logicky nemusí korelovat s respondenty staršího věku, jejichž odpovědi byly v dotazníkovém šetření většinou zastoupeny.

Úsměv je považován za nejúčinnější prostředek komunikace. Je škoda, že jej více zdravotníků nevyužívá pro svoji komunikaci s pacienty. Z výzkumu vyplývá, že úsměv nebo podání ruky na uvítanou sestra ani lékař spíše nevyužívají – tuto variantu zvolilo 48 % respondentů, 22 % respondentů uvádí, že je lékař nebo sestra nevitají úsměvem či podáním ruky vůbec. I když jsme v poslední době upozorňováni na stále sílící ekonomický tlak ve zdravotnictví, úsměv ani empatie nic nestojí a každý pacient má nárok na příjemného a usměvavého ošetřujícího lékaře či sestru.

Lékař se spíše nezajímá o názory, pocity, obavy u 58 % respondentů, zcela se nezajímá o názory, pocity, obavy u 22 % respondentů. To může být zdrojem dalších problémů v komunikaci, protože pokud má pacient pocit, že jeho pocity a obavy lékaře nezajímají, může si podstatné informace o svém zdravotním stavu nechávat pro sebe, což může být překážkou správného diagnosticko-terapeutického postupu.

Vzájemná úcta a respekt je podmínkou efektivní komunikace, je zneklidňující, že 33 % respondentů odpovědělo, že jednání ze strany lékaře nevnímají jako uctivé, se zájmem a respektem.

Informovaný pacient ještě neznamená poučený pacient. Je výhodou, pokud je správné pochopení informací pacientem ověřeno, např. výzvou pacienta k vlastní interpretaci získaných informací. 54 % respondentů uvedlo, že si lékař pochopení jeho informací spíše neověřuje, 19 % respondentů uvedlo, že si lékař jejich pochopení neověřuje vůbec.

38 % respondentů uvedlo, že se lékař jejich pocity spíše zabývá, 40 % pacientů uvedlo, že se vnímáním jejich zdravotních problémů spíše nezabývá.

Pacient by měl být vnímán jako osoba, bytost, kterou trápí nějaký problém. Lékař by neměl soustředit svou pozornost pouze na onemocnění jako takové, se kterým pacient přichází. Zdravotník by měl pátrat po příčinách a vzniku potíží. 41 % respondentů uvedlo, že se lékař zajímá pouze o problém, se kterým přišli.

28 % respondentů uvedlo, že spíše svého lékaře vnímá jako autoritu, která nepřipouští diskusi. 33 % respondentů uvedlo, že spíše nevnímá lékaře jako autoritu. To by odpovídalo současnému pojetí medicíny, jejíž snahou je aplikace spíše partnerského vztahu mezi lékařem a pacientem. S uvedenými odpověďmi však nekorelovaly odpovědi na otázku č. 13, kdy 35 % respondentů uvedlo, že s nimi lékař spíše nekonzultuje jejich názory, požadavky, přání. 56 % respondentů uvedlo, že s nimi lékař

jejich názory, požadavky, přání, nekonzultuje vůbec. Výhradní souhlas s konzultací problémů neuvedl žádný respondent.

52 % respondentů uvedlo, že lékař pacientovi nevysvětluje doporučení léčebného postupu. Z této odpovědi je možné odvozovat, že i když pacient může subjektivně vnímat lékaře jako partnera, z různých důvodů se lékař uchyluje v komunikaci s pacientem k paternalistickému přístupu, jak je také uvedeno v teoretické části práce.

ZÁVĚR

Komunikace ve zdravotnictví má svá specifika. Zatímco komunikace v běžném životě podléhá sociální kontrole, chováme se podle toho, co se smí a nesmí a obzvláště některá témata jsou v běžné komunikaci tabu. V případě návštěvy zdravotnického zařízení jsou tyto nastavené hranice stírány. V ordinaci jsme vyzýváni ke svlečení od často naprosto cizích lidí, jsou nám pokládány důvěrné a někdy i nepříjemné dotazy, lékař nebo sestra se mohou dotýkat našich intimních míst. Jsme často vystaveni dyskomfortu, máme nějaký zdravotní problém, některé úkony ze strany zdravotníka jsou bolestivé. To, co je v běžné komunikaci nepřipustné, je ve zdravotnictví tolerováno, ba přímo vyžadováno. Pro zvládnutí těchto nástrah je důležité vytvořit atmosféru, kde se pacient bude cítit bezpečně a bude možné jej tak získat pro spolupráci při léčbě. Pro vytvoření takého prostředí je nutné umět s pacientem komunikovat. Ve většině případů má nástroj dobré komunikace ve svých rukou zdravotník.

Obvykle si myslíme, že komunikovat umíme, že dar správné komunikace máme vrozený, že není potřeba se komunikaci učit, že to nějak zvládneme. O opaku se obvykle přesvědčíme až při nějakém problému, který nám život přináší. Komunikace je dovednost, kterou se lze naučit, můžeme ji trénovat, zdokonalovat, je to proces celoživotního učení. Ve vypjatých chvílích se spíše uplatní nacvičená dovednost než improvizace.

Snahou lékaře, sestry, prakticky každého zdravotníka by mělo být usilování o správnou komunikaci ve zdravotnictví tak, aby se dokázali přizpůsobit zvláštnostem jednotlivého pacienta. Zdravotník je klíčovou osobou účelné komunikace ve zdravotnictví, je vhodné, aby usiloval o zdokonalování komunikačních dovedností.

I když si to nepřipouštíme, každý z nás se může ocitnout v roli pacienta. Je proto vhodné, aby se i pacient orientoval ve správné komunikaci, uměl se vyjadřovat, specifikovat svá přání a požadavky, zajímal se o prevenci i své onemocnění.

Rozvíjejme své komunikační dovednosti, jak na straně zdravotníka, tak na straně pacienta. Dobrá komunikace je základem spokojenosti, je nutné co nejvíce o komunikaci vědět a s tím i jednat.

Diplomová práce se snaží shrnout dostupné informace z odborné literatury především z poslední doby. V teoretické části se zabývá specifiky komunikace ve

zdravotnictví s dospělým klientem. Teoretická část práce je na závěr doplněna o pohled andragoga, s nímž se autorka práce převážně ztotožňuje. Zároveň v navržených doporučeních spatřuje svojí další příležitost v pozici andragoga.

Cílem praktické části bylo na základě teoretických poznatků analyzovat úroveň komunikace ve zdravotnictví tak, jak jí vnímá pacient. Z dotazníkového šetření na základě potvrzené hypotézy vyplynulo, že většina pacientů vnímá úroveň komunikace jako nedostatečnou a oproti snaze z posledních let, aby se zdravotník stal partnerem pacienta, je lékař pacienty stále vnímán jako autorita, se kterou není možné diskutovat. Autorka se domnívá, že v budoucnu by bylo vhodné zopakovat šetření s větším počtem respondentů, například i s ohledem na vývoj komunikace ve zdravotnictví v budoucnosti. Autorka diplomové práce na základě zjištění z dotazníkového šetření navrhla možnou podobu doporučení pro lékaře a zdravotníky týkající se komunikace s pacienty, tedy „Pravidla“ komunikace pro lékaře a zdravotníky. Pro komunikaci pacientů se zdravotníky navrhla možnou podobu doporučení „Tipy pro pacienty při získávání informací“. Práce může být přínosem jak pro pracovníky ve zdravotnictví, tak i pro laiky, pacienty, kteří se chtějí dozvědět, jak v případě potřeby lépe komunikovat se svým lékařem či zdravotnickým pracovníkem.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Tištěné zdroje

ANDRYSEK, Oskar et al. *Mluv se mnou: kniha o vzájemné komunikaci pacientů, jejich blízkých, lékařů a sester*. Praha: Maxdorf, 2011. 147 s. ISBN 978-80-7345-257-5.

BÁRTLOVÁ, Sylva, CHLOUBOVÁ, Ivana a TREŠLOVÁ, Marie. *Vztah sestra - lékař*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2010. 127 s. ISBN 978-80-7013-526-6.

BERAN, Jiří. *Základy komunikace s nemocným*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 72 s. ISBN 80-7184-390-3.

DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*. 6. vyd. Praha: Grada, 2008. 502 s. ISBN 978-80-247-2018-0.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Lékařská etika*. 3. rozš. vyd. Praha: Galén, 2002. 272 s. ISBN 80-7262-132-7.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Informovaný souhlas: proč a jak?*. 1. vyd. Praha: Galén, 2007. 104 s. ISBN 978-80-7262-497-3.

HONZÁK, Radkin. *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. 2. dopl. vyd. Praha: Galén, 1999. 165 s. ISBN 80-7262-032-0.

JANÁČKOVÁ, Laura a PAVLÁT, Josef. *Psychologické aspekty zdravotnické komunikace*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2007. 111 s. ISBN 978-80-210-4230-8.

JANÁČKOVÁ, Laura a WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 134 s. ISBN 978-80-7367-477-9.

JULÍNEK, Tomáš. *Průvodce unaveného pacienta českým zdravotnictvím, aneb, Jak na to*. Brno: Studio VIDI, 2004. 69 s. ISBN 80-86151-99-9.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak si navzájem lépe porozumíme: kapitoly z psychologie sociální komunikace*. Praha: Svoboda, 1988. 235 s.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Rozhovor lékaře s pacientem: určeno pro SZP, učitele SZŠ a lékaře*. 2. přeprac. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1995. 155 s. ISBN 80-7013-187-X.

MAREŠ, Jiří a kol. *Iatropatogenie a sororigenie aneb Jak lze poškozovat člověka*. 2. vyd. Praha: Vysoká škola J. A. Komenského, 2002. 59 s. ISBN 80-86723-00-3.

PALÁN, Zdeněk a LANGER, Tomáš. *Základy andragogiky*. 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008. 184 s. ISBN 978-80-86723-58-7.

POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. 2. přeprac. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008. 100 s. ISBN 978-80-7013-466-5.

PTÁČEK, Radek a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. 1. vyd. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-7262-599-4.

ZACHAROVÁ, Eva, ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka a LITTVÁ, Vladimír. *Aplikovaná psychologie ve zdravotnické praxi: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, 2010. 224 s. ISBN 978-80-7368-703-8.

Elektronické zdroje

Práva pacientů ČR. [online] 2005 [cit. 2013-03-02]. Dostupné na www:

<<http://www.mpsv.cz/cs/840>>

Úmluva na ochranu lidských práv: Úmluva o biomedicíně. [online] 2013 [cit. 2013-03-02]. Dostupné na www:

<<http://zdravotnickepravo.info/?s=%C3%9Amluva+o+biomedic%C3%ADn%C4%9B&submit.x=4&submit.y=10>>

SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK

Seznam grafů

Graf 1: Uved'te prosím svůj věk.	56
Graf 2: Jaké je vaše pohlaví?	57
Graf 4: Pokud nejste s kvalitou a rozsahem informací spokojen/a důvodem je:	59
Graf 5: Ověřujete si informace o svém zdravotním stavu mimo konzultace u vašeho lékaře? Vyberte jednu hlavní možnost.	60
Graf 6: Vítá vás váš lékař či zdravotní sestra vašeho lékaře s úsměvem či podáním ruky?	61
Graf 7: Zajímá se aktivně váš ošetřující lékař i o vaše názory, pocity, obavy?.....	62
Graf 8: Mluví s vámi lékař se zájmem, úctou, respektem?.....	63
Graf 9: Ověřuje si lékař, že jste porozuměl/a informacím, které vám při rozhovoru poskytl? A zda nepotřebujete cokoli znovu vysvětlit?	64
Graf 10: Přes to, že lékař má výsledky z laboratoře a zná fakta, ptá se vás jak se cítíte a jak svoje zdravotní problémy vnímáte?	65

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Dotazník	I
Příloha B - Pravidla komunikace pro zdravotníky.....	III
Příloha C - Tipy pro pacienty	VI

PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník

DOTAZNÍK ZAMĚŘENÝ NA KOMUNIKACI VE ZDRAVOTNICVÍ

1. **Uved'te prosím svůj věk.**
 - a) 18 – 25 let
 - b) 26 – 45 let
 - c) 46 – 65 let
 - d) 66 a více let
2. **Jaké je vaše pohlaví?**
 - a) Muž
 - b) Žena
3. **Býváte obvykle s kvalitou a rozsahem informací od lékaře spokojen/a?**
 - a) ano (přeskočím na ot. č. 5)
 - b) ne (následuje ot. č. 4)
4. **Pokud nejste s kvalitou a rozsahem informací spokojen/a důvodem je:**
 - a) nezáměr lékaře se mnou komunikovat
 - b) nerozumím cizím slovům
 - c) mám obavy se znovu zeptat, nebo se zeptat na doplňující informace
 - d) cítil/a jsem časovou tíseň lékaře, nechtěl/a jsem zdražovat
5. **Ověřujete si informace o svém zdravotním stavu mimo konzultace u vašeho lékaře? (Vyberte jednu hlavní možnost)**
 - a) věřím svému lékaři
 - b) u jiného lékaře
 - c) z lékařské zprávy
 - d) v médiích (internet, literatura)
 - e) u známých a přátel
6. **Vítá vás váš lékař či zdravotní sestra vašeho lékaře s úsměvem či podáním ruky?**
 - a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
7. **Zajímá se aktivně váš ošetřující lékař i o vaše názory, pocity, obavy?**
 - a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne

- 8. Mluví s vámi lékař se zájmem, úctou, respektem?**
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
- 9. Ověřuje si lékař, že jste porozuměl/a informacím, které vám při rozhovoru poskytl? A zda nepotřebujete cokoli znovu vysvětlit?**
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
- 10. Přestože lékař má výsledky z laboratoře a zná fakta, ptá se vás, jak se cítíte a jak svoje zdravotní problémy vnímáte?**
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
- 11. Zajímá se lékař jen a pouze o zdravotní problém, se kterým jste přišel?**
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
- 12. Vnímáte svého lékaře jen jako autoritu, která nepřipouští diskusi?**
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
- 13. Konzultuje s vámi lékař při řešení vašeho zdravotního problému vaše názory, požadavky, přání?**
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
- 14. Pokud vám váš lékař doporučil nějaký léčebný postup či vyšetření, informuje vás proč tak činí a proč zvolil právě tento postup?**
- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne

Příloha B – Pravidla komunikace pro zdravotníky

Doporučení pro lékaře a zdravotníky

„Pravidla“ komunikace

1. Poslouchejte pacienta vždy pozorně.
2. Vysvětlete vše vždy jasně a srozumitelně. Vytvořte si zpětnou vazbu a ověřte, že vám pacient rozuměl.
3. Hovořte s pacientem o prevenci.
4. Jednejte s pacientem poctivě a čestně.
5. Vyptejte se pacienta na vše, co by mohlo vaši spolupráci ztěžovat (obavy, nechuť, vliv druhé osoby).
6. Zachovejte vždy důvěrnost sdělených informací.
7. Respektujte přání pacienta.
8. Nekritizujte veřejně pacienta.
9. Respektujte pacientovo soukromí.
10. Udržujte během rozhovoru oční kontakt.
11. Dejte pacientovi najevo svou podporu.
12. Stanovte jasnou diagnózu a seznamte s ní pacienta způsobem, který je pro něj přijatelný.
13. Váš upravený oděv je nezbytnou samozřejmostí.
14. Vystupujte před pacienty vždy v nejlepším světle.
15. Nepožadujte od pacientů finanční podporu.⁷⁶

⁷⁶ HONZÁK, Radkin. *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem*. 2. dopl. vyd. Praha: Galén, 1999. 165 s. ISBN 80-7262-032-0. s. 7.

Příloha C – Tipy pro pacienty

Tipy pro pacienty při získávání informací

Smyslem tipů nebo návodných řešení není poskytnout univerzální vysvětlení diagnózy, ale navést, jak a kde se správně ptát.

Při sdělení diagnózy je pacient vystaven značnému šoku, především pokud se jedná o závažnou diagnózu či diagnózu chronického onemocnění. Pokud má možnost bezprostředně klást otázky a je mu na ně odpovězeno, většinou si z tohoto rozhovoru zapamatuje pouze útržkovité informace. V takové chvíli je nejlepší si v klidu, s chladnou hlavou sednout a přemýšlet o otázkách, které pacienta zajímají:

- Jak probíhá moje nemoc?
- Jak probíhá její léčba?
- Je časově náročná?
- Jsou nějaké alternativy léčby?
- Musím do nemocnice?
- Budu moci během léčby pracovat?
- Kde se mohu o své nemoci něco dozvědět? (internet, tištěné zdroje)
- S jakými výdaji mám počítat? Léky, doplatky, zdravotní pomůcky...
- Mám nárok na nemocenskou?

Je vhodné otázky sepsat na papír.

Zdroje odpovědí bývají obvykle následující:

1. Lékař
2. Zdravotní sestry - nutriční terapeuti a ostatní zdravotnický personál
3. Pacientské organizace – specializují se na konkrétní onemocnění. Nabízejí pomoc, kontaktní telefonní linky, semináře, setkání s odborníkem nebo setkání se stejně postiženými pacienty s podobnou zkušeností.
4. Státní i nestátní instituce, které řeší danou problematiku – zdravotní pojišťovna. Svojí situaci si může pacient usnadnit prostřednictvím informační a někdy i finanční podpory ze strany těchto institucí.
5. Tištěné brožury, letáky a knihy, které se věnují dané problematice,
6. Internet - zde se informace hledají přes vyhledavače, je důležité zkoumat zdroj takto vyhledaných informací. Je možné doporučit weby, které jsou psané

odbornými lékaři či jinými erudovanými odborníky z praxe. Nebo weby patientských a neziskových informací.

Rozhovor s lékařem

Základem úspěchu je příprava. Je nutné vzít v úvahu lékařovu zaneprázdněnost. Je doporučen následující postup:

1. Domluvte si s lékařem schůzku předem, předešlete, že máte připravené otázky, aby počítal s delší časovou rezervou na vaši návštěvu u něj.
2. Zkonkretizujte otázky a redukujte je na ty, které přísluší lékaři.
3. Otázky si sepište, nebojte se během rozhovoru si psát poznámky.
4. Pokud chcete, vezměte si na konzultaci doprovodnou osobu.
5. Nebojte se ptát. Pokud nedostanete odpověď, ptejte se znovu. Fyzické onemocnění úzce souvisí s psychickým stavem, lékaři pomůže během vaší léčby, pokud budete spolupracovat.^{77, 78}

⁷⁷ ANDRYSEK, Oskar et al. *Mluv se mnou: kniha o vzájemné komunikaci pacientů, jejich blízkých, lékařů a sester*. Praha: Maxdorf, 2011. 147 s. ISBN 978-80-7345-257-5.

⁷⁸ JULÍNEK, Tomáš. *Průvodce unaveného pacienta českým zdravotnictvím, aneb, Jak na to*. Brno: Studio VIDI, 2004. 69 s. ISBN 80-86151-99-9.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Magdaléna Galušková

Obor: Andragogika

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Komunikace a její specifika ve zdravotnictví

Rok: 2013

Počet stran textu bez příloh: 65

Celkový počet stran příloh: 5

Počet titulů českých použitých zdrojů: 18

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 2

Počet ostatních zdrojů: 0

Vedoucí práce: Ing. Mgr. Leona Hozová