

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Kompetence lékařů ke sdělování závažné diagnózy

Practitioners' Skills to Break Bad News



Magisterská diplomová práce

Autor: Bc. Elisabeta Drimlová

Vedoucí: Mgr. Martin Kupka, PhD.

Olomouc

2018

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma „*Kompetence lékařů ke sdělování závažné diagnózy*“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V dne Podpis

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Mgr. Martinovi Kupkovi, PhD. za jeho cenné rady a zodpovědné a odborné vedení, což mi velmi pomohlo při psaní diplomové práce. Dále děkuji respondentům, kteří byli ochotní se studie účastnit.

Poslední poděkování tímto věnuji svému manželovi a rodině za jejich oporu a podporu, kterou mi projevíli.

Obsah

Úvod.....	5
I. Teoretická část	6
1. Změny v medicíně, aneb malý exkurs do historie	7
1.1. S nástupem partnerství změna v komunikaci?.....	8
1.2. Tabuizace smrti.....	11
2. Komunikace mezi lékařem a pacientem	13
2.1. Iatropatogenie	15
2.2. Eticky správné sdělení závažné diagnózy.....	16
2.3. Empatické chování.....	18
2.4. Komunikační modely.....	20
2.4.1. Protokol BREAKS (V. Narayanan, B. Bista & C. Koshy, 2010).....	20
2.4.2. Strategie S-P-I-K-E-S (Buckman, 2005)	22
2.5. Komunikace se starými lidmi	24
2.6. Jak se naučit eticky správně sdělovat závažné diagnózy?	24
3. Psychologické aspekty sdělování nepříznivých zpráv z pohledu pacienta.....	28
4. Psychologické aspekty sdělování nepříznivých zpráv z pohledu lékaře	30
4.1. Syndrom vyhoření.....	31
5. Vědecké zkoumání tématu a jeho současný stav	33
II. Praktická část.....	35
6. Design	36
6.1. Cíl.....	37
6.2. Výzkumné otázky	37
6.3. Populace.....	38
6.4. Výběr vzorku	38
6.5. Vzorek.....	40
6.6. Metody získávání dat.....	41
6.7. Zpracování dat	43
6.8. Vyhodnocení dat	44
6.9. Etické aspekty a možná rizika	45
7. Výsledky	46
7.1. Jak v praxi vypadá sdělování závažných diagnóz?.....	46

7.2.	Vnímají se lékaři před atestací jako kompetentní ke sdělování závažných diagnóz?	49
7.3.	Jaké pocity prožívají lékaři před atestací při sdělování závažných diagnóz?	49
7.4.	Jaké obavy prožívají lékaři před atestací při sdělování závažných diagnóz?	50
7.5.	Jak lékaři před atestací hodnotí přípravu na informování pacienta o infaustní prognóze?	51
7.6.	Jak lékaři před atestací přistupují ke vzdělávání v oblasti sdělování závažných diagnóz?	53
7.7.	Co by lékařům pomohlo, aby se cítili být jistější?.....	54
8.	Diskuse.....	56
9.	Závěr	60
10.	Souhrn	62
11.	Zdroje	65
	Seznam příloh	72

Úvod

Diplomová práce s názvem „*Kompetence lékařů ke sdělování závažné diagnózy*“ pojednává o tématu sdělování nepříznivých zpráv z pohledu lékaře. Toto téma je pro mne osobně velice přitažlivé a dlouhá léta ve mně budilo rozhořčení. Zlost, kterou ve mně budila vlastní zkušenost, jsem postupně přetavila ve zvědavost. Jaké to je ve skutečnosti pro lékaře s podobnou zkušeností? Za ještě zajímavější jsem považovala zjistit, jak je to u čerstvých lékařů, skoro mých vrstevníků.

Obecným cílem celé práce je popsat, jak vypadá informování pacienta o nevléčitelné nemoci a především, jak tuto skutečnost vnímají a prožívají samotní lékaři. Další zájem je soustředěn na to, zda je tento moment pro doktory stresující a co případný stres ovlivňuje. Důležitou součástí je také evaluace prodělané přípravy na univerzitách k tomuto úkolu a zmapování potřeb lékařů vzdělávat se v komunikaci s pacientem o terminálních onemocněních postgraduálně. Teoretická část poskytuje čtenáři celistvý obraz o tématu. Čtenář se dočte o eticky správné komunikaci, navrhovaných postupech a o psychologických aspektech z pohledu pacienta i lékaře. Přejít k praktické části tvoří nedávné výzkumy, s cílem poskytnout objektivní přehled současného poznání. Praktická část podrobně popisuje zvolený design. Jádro pak tvoří získané výsledky a diskuse.

Osobně doufám, že díky své práci pomohu upozornit na nedostatky, kterými je třeba se zabývat, aby se zvýšil a sjednotil standard sdělování závažných diagnóz. Jsem si jistá, že tato práce nepoukazuje jen na nedostatky, ale oceňuje i mnoho aspektů, které ve zdravotnické praxi fungují velmi dobře.

I. Teoretická část

1. Změny v medicíně, aneb malý exkurs do historie

Medicína se zajisté velmi vyvíjí. Díky rostoucím poznatkům přírodních věd je možné léčit nemoci dříve nevléčitelné. Nástup techniky činí medicínu efektivní, neboť různé diagnostické přístroje pomáhají odhalit mnohé poruchy zavčas. Nicméně úkol lékařů a medicíny zůstává po celou dobu stejný: „*Lékař byl, je a vždy bude především útěchou duše a těla.*“ (Hořejší, 2015, 40). To si žádá podpůrnou a citlivou péči, poskytování přiměřených informací a podporování naděje.

Značný vývoj medicína prodělala během minulého století. Po celá léta u lékařů převládal tzv. paternalismus. Toto označení vychází ze slova „pater“, které znamená otec. Otec většinou představuje zkušenější autoritu, která zajišťuje péči. V této roli se lékař nacházel. Byl odborníkem, autoritou, která rozhoduje, a která je respektována (Vácha, 2015; Elger & Harding, 2002). Ke zvýšení autority lékaře určitě přispěly i rozmanité a složité technické přístroje. Laikovi se tyto přístroje mohou zdát jako nějaké čarovné bedýnky, se kterými komunikují jen zasvěcené osoby podobné šamanům. Jistě, lékař není šaman, ale laik medicíně mnohdy rozumí snad podobně asi jako kouzlům. O to více vzrůstá nárok na informace a na komunikaci mezi pacientem a lékařem. Lékař by se neměl nechat pohltnout prací na úžasném přístroji, zapomenout na pacienta a podceňovat význam psychologických faktorů (Praško & Sigmundová, 2010).

Mezi šedesátými a sedmdesátými léty minulého století dochází ke změně. Tou dobou se ve Spojených státech a severní Evropě mění postavení pacienta. Může to souviset i s příklonem k bio-psycho-sociálnímu modelu nemoci, který nemoc chápe jako multifaktoriálně podmíněný zásah do celého organismu. Lékař by neměl opomíjet psychologické aspekty. Nemocnému může pomoci svým nasloucháním a zájmem (Beran, et al., 2010). Rodí se tzv. partnerský přístup, kdy vzrůstá pacientova autonomie i požadavek respektu pacienta. Hlavní myšlenku partnerského přístupu velmi pěkně vystihuje Opatrná (2017, 79): „*K lékařskému umění patří především jednat tak, že ten druhý, pacient, se cítí být akceptován jako plnohodnotný člověk, rovnoprávný partner lékaře....*“. Pacient není již ve zcela podřízené pozici. Jeho práva jsou maximalizována. Je respektována jeho autonomie. Je informován o svém zdravotním stavu a o možnostech léčby. Má právo na informace a právo volby jak lékaře, tak terapie. Postupně se začíná klást důraz na schopnost komunikace s nemocným jako na jednu z nejdůležitějších schopností bez ohledu na lékařský obor (Layat Burn, et al., 2014; Praško & Sigmundová,

2010). Tento přístup zvyšuje odpovědnost pacienta a snižuje míru jeho přehlížení. Výsledkem tohoto přístupu je možnost i léčbu odmítnout (Vácha, 2015; Raudenská & Javůrková, 2011; Sokol, 2006).

Oba přístupy, jak bylo výše zmíněno, přináší klady a zápory. Nelze říct, že by byl jeden lepší než druhý univerzálně. Situace i pacient jsou jedineční, a tak je potřeba hledat a kombinovat správnou míru prvního nebo druhého přístupu. Např. paternalismus je nutný u akutních případů nebo tam, kde pacient spolurozhodovat nemůže. Navíc, jak upozorňuje Vácha (2015), postavení pacienta a lékaře nebude nikdy rovnocenné. Lékař vychází z většího množství znalostí a zkušeností a pacient je vždy oslaben svou nemocí.

1.1. S nástupem partnerství změna v komunikaci?

Změna v komunikaci lékaře a pacienta nastala poměrně nedávno a je žhavou novinkou, pokud se vezme v úvahu dlouhá předešlá historie. V podstatě od dob Hippokrata bylo považováno za správné velmi špatné prognózy pacientovi neříkat. Platón připouští i lhaní pacientovi, pokud to bude ku prospěchu jeho zdraví (Sokol, 2006). Tzv. zbožná lež, „pia fraus“, znamená podání informace s ohledem na pacienta, aby nedošlo k jeho traumatizování úplnou informací (Beran, et al., 2010). Až do konce 18. století byl tento názor obecně přijímán a ještě v roce 1847 Americká lékařská asociace tento názor podpořila ve svém prvním etickém kodexu. Lékaři mohli sdělit negativní zprávu pacientovi, pouze pokud to bylo nezbytně nutné. Informace byly především poskytovány rodině. Jakýmsi ospravedlněním takových praktik bylo, že lékaři neměli v té době účinné léky a samozřejmě také dlouhá tradice paternalismu (Layat Burn, et al., 2014). Léčba byla hodně založená na placebo efektu, a bylo potřeba, aby pacient z lékaře cítil naději a entuziasmus. Ovšem objevil se i protichůdný názor: zatajovat pacientovi pravdu nebo mu přímo lhát ničemu neposlouží, neboť pacient většinou cítí, jaká je skutečnost. Až ve 20. století došlo ke změně pohledu. Nejen lékaři si uvědomili, že lež možná může pomoci v přítomnosti, ale jistě ne v budoucnosti. Důraz začal být kladen na pravdivé informace. Tato změna začíná být patrná až s nástupem 60. let, s nástupem partnerského přístupu k pacientovi. S lepšími léčebnými možnostmi přestala diagnóza rakoviny znamenat jistou smrt. Lékaři před pacienty přestávali tajit takové diagnózy. Ovšem s podáním pravdivé prognózy to nebylo podobné. Ze stejných důvodů (ze strachu emocionální reakce pacienta a jejího negativního působení na zdravotní stav) byla prognóza zamlčována (Sokol, 2006).

S pokroky ve vědě, vyšší vzdělaností lékařů, nárůstem počtu chronicky nemocných a ústupem paternalismu vzrůstá nárok na komunikaci mezi lékařem a pacientem. Ti, kteří byli zachráněni špičkovou medicínou, ale ne zcela uzdraveni, potřebují informace a tradiční lidskou účast (Ptáček, et al., 2011). Dnes lékař není již důvěrníkem a přítelem, je to specialista, který svou pozornost soustředí na nemoc, ne na osobnost. Úkol lékaře se však nezměnil: „*Vyléčit – někdy. Zmírnit utrpení – často. Utěšit – vždy.*“ (Hořejší, 2015, 40). Může být informování pacienta zmírněním jeho utrpení? Má vůbec pacient vědět, jak je na tom se svým zdravím? Odpovědi na tyto otázky se měnily především v průběhu 60. let. Do té doby lékaři onkologickým pacientům nebyli ochotní sdělovat jejich diagnózu. Měli za to, že vědomí tak závažné diagnózy je škodlivé. S příklonem k partnerskému přístupu a v důsledku pozitivních dopadů pacientovy znalosti diagnózy na jeho spolupráci při léčbě i komunikaci a jeho lepší vyrovnávání se se skutečností, začínali lékaři své pacienty více informovat (Little & Bolick, 2014; Beran, et al., 2010). Názor, že zjištění špatné prognózy nemusí být škodlivé, podporuje i nedávný taiwanský výzkum. Při něm studenti medicíny hodnotili míru stresu u pacientů s rakovinou na stupnici 0 – 10, kde 0 znamenala žádný stres a 10 extrémní stresovou zátěž. Uváděli, že ti pacienti s rakovinou, jimž byly sděleny nepříznivé zprávy, prožívali střední míru stresu (průměrně 5.9 +/- 2.2) (Tang, Fang, Fang, & Fujimori, 2013). Avšak i v zemích, kde je pacientova autonomie vysoce považována, je lékaři neinformují o velmi špatné prognóze, neboť to považují za iatropatogenní. Tuto skutečnost podporují i výsledky výzkumu, kdy studenti medicíny v Ženevě (na rozdíl od studentů práv) jsou při volbě ne/sdělit špatnou diagnózu nebo prognózu více ovlivněni svým přesvědčením o tom, co je lepší pro pacientovo blaho než zákonnou povinností sdělit pacientovi celou pravdu. V důsledku toho by 67 % dotázaných ženevských mediků pacientovi nesdělilo závažnou diagnózu rakoviny, když si pacient přeje ji nevědět. Pokud jde ale o sdělení závažné prognózy, tak 80 % mediků by respektovalo pacientovo právo nebyť informován. Přesvědčení, že znalost negativní prognózy zhoršuje zdravotní stav, ovlivnilo 26 % budoucích ženevských lékařů. Nesdělili by špatnou prognózu ani, když by se jich pacient zeptal (Elger & Harding, 2002). K podobným závěrům došel i jiný výzkum, který zkoumal komunikaci o smrti zdravotních sester paliativní péče s terminálně nemocnými. Zdravotnický personál přiznal, že se snaží chránit pacienty od „ohrožujících“ informací. Údajně je nechtějí rozzlobit a domnívají se, že informace o nepříznivé prognóze pacientům mohou uškodit v emoční rovině a zvýšit jejich utrpení. Podobný názor a přístup preferují i samotní členové rodiny. Samy rodiny

žádaly zdravotnický personál, aby s pacientem nemluvili o podrobnostech jejich onemocnění (Ayers, Vydelingum & Arber, 2017).

Dřívější názor, že informace o nepříznivé diagnóze je pro pacienta škodlivá, ovlivnil i legislativu různých zemí. Na příklad, v roce 1978 mohli italští lékaři takovou zprávu před pacientem zamlčovat. S rostoucím poznáním, že vědomí velmi špatné diagnózy nemusí být iatropatogenní, se měnila i komunikační praxe. V roce 1988, opět v Itálii, mohli lékaři „zmírnit“ velmi špatnou zprávu za výjimečných okolností. V tom případě zprávu měli sdělit spíše rodině (Surbone, Ritossa & Spagnolo, 2004). Podobná praxe funguje třeba na Taiwanu, kde lékaři preferují sdělit informace i v terminálním stadiu rakoviny prvně rodině a poté pacientovi (Sheu, Huang, Tang, & Huang, 2006). Na názoru, zda informaci říci prvně pacientovi nebo rodině, se také neshodli lékaři a zdravotní sestry z Íránu, 58 % lékařů (n = 50) se domnívalo, že pacient by měl být informován jako první. Zatímco zdravotní sestry by preferovaly informovat jako první rodinu (Arbabi, et al., 2010). Později Arbabi s kolegy (2014) zjišťovali názory samotných pacientů a zjistili, že polovina teheránských pacientů (n = 200) by preferovala informování o svém onkologickém onemocnění v přítomnosti rodiny, zbylá polovina pacientů by informaci raději slyšela sama.

Jak je tomu v České republice? Zákon 20/1966 sbírky říká pouze, že lékař musí dát informace o zdravotním stavu v rozsahu, který určí sám. Úmluva o biomedicině z roku 2001 říká: „*Každý je oprávněn znát veškeré informace shromažďované o jeho zdravotním stavu. Nicméně přání každého nebýt informován je nutné respektovat.*“ (in Ptáček, et al., 2011, 31). Je patrné, že legislativa se v této oblasti celkem rychle vyvíjela, otázkou je, zda na tak velké změny byli připraveni i samotní lékaři a zda s nimi souhlasí. Ještě v roce 2000 uvedla třetina dotázaných italských lékařů (n = 675), že podle nich pacient nikdy nechce vědět pravdu. Průzkumy ale ukazují, že až 76 % lidí by chtělo vědět znát svou diagnózu (Grassi, Giraldi & Messina, 2000, in Surbone, et al., 2004). Na druhou stranu nelze takové zjištění generalizovat. Pacient by měl mít vždy možnost vyjádřit se, zda o svém zdravotním stavu a prognóze chce nebo nechce vědět. Alarmující je zjištění íránské studie, 66 % pacientů nakažených virem HIV nedostalo možnost říct, zda svou diagnózu znát chtějí nebo nechtějí před jejím sdělením (Koochak, et al., 2016).

Komunikace o závažném zdravotním stavu je vždy spojena s hovorem o prognóze. Bývá výjimečná a emočně vypjatá. Ani vysoké vzdělání však nezaručuje správnou a etickou komunikaci (Ptáček, et al., 2011; Beran, et al., 2010; Liénard, et al., 2010;

Buckman, 2005). Je pochopitelné, že ochota sdělit závažnou diagnózu a nepříznivou prognózu je nízká. Možná právě toto vysvětluje zjištění Grassiho, et al. (2000, in Surbone, et al., 2004), že 45 % dotázaných lékařů ze 675 si myslí, že pacient by měl být vždy informován o diagnóze rakoviny, ale jen 25 % dotázaných to opravdu dělá. Podobným tématem se zabýval i výzkum z Íránu. Ten přináší poněkud příznivější zprávy o postojích lékařů a zdravotních sester: 86 % dotázaných lékařů souhlasilo s tím, že pacient by měl znát svou diagnózu, a to i tu závažnou. Naopak 8 % lékařů přiznalo, že se učili, jak pacientovi zatajit, neříct informace o jeho zdravotním stavu. Rozdíly byly nalezeny jak u proměnné pohlaví, tak u proměnné délka praxe. Muži byli ochotnější sdělit závažnou diagnózu, než ženy. Stejně tak ti s delší dobou praxe spíše informovali pacienta o jeho zdravotním stavu, než ti s kratší praxí. Pokud jde o sdělení prognózy, tak pouze 14 % lékařů by chtělo informovat svého pacienta o jeho špatných vyhlídkách. Právě prognóza byla pro lékaře nejvlivnějším faktorem při rozhodování se, zda pacientovi sdělit nebo nesdělit špatnou zprávu v plném rozsahu. Autoři poukazují na výrazný posun ve snaze sdělit závažnou diagnózu oproti minulým létům. Zároveň dochází k závěru, že nedostatečné trénování komunikačních dovedností a schopností zacházet s pacientovými emocemi výrazně snižuje jejich ochotu sdělit informaci úplně, tedy i s prognózou (Arbabi, et al., 2010).

1.2. Tabuizace smrti

Jak již bylo uvedeno o pár řádků výše, sdělení nepříznivé diagnózy a prognózy se pojí s otázkami a představami o smrti. Jistě, myšlenky na smrt nejsou příjemné snad nikomu. O to víc se člověk může obávat smrti v dnešní společnosti, kdy je smrt ve velké míře chápána jako konec všeho. Smrt je dnes většinou prožívána, pojímána spíše negativně, obzvláště protože ve většině sekularizovaných společností vyspělých zemí vládne kult mládí, síly a zdraví. Nabízí se, že podobná tabuizace smrti rozhodně neulehčuje přijetí vlastní smrtelnosti.

Přístupy ke smrti jsou v zásadě trojího typu. Za prvé, neosobní přístup lze definovat jako obrana typu: „smrt se mě netýká“. Zkušenosti se smrtí blízké osoby většinou způsobí posun od neosobního přístupu k mezilidskému. A třetí typ je osobní. Nutno podotknout, že tento vlastní strach ze smrti je vyšší právě u osob se zdravotnickým povoláním. Očekávání vlastní smrti je obávaná zkušenost pro pacienta i lékaře. A strach ze smrti je nejvíce viditelný právě u pacientů s terminálním stupněm onemocnění. Někdy se mluví o strachu

ze smrti a jindy o úzkosti ze smrti. Zjednodušeně lze říci, že strach ze smrti je strach z něčeho konkrétního. Úzkost ze smrti je pak obava z něčeho neznámého, co se smrtí souvisí. Pro pacienta je úzkost tíživější. A tak by i lékař měl vést pacienta k porozumění svým emocím a tím mu pomoci přetavit úzkost v (snad) snesitelnější strach. To zároveň umožní lepší strategie zvládnání. Komplikace může nastat, pokud se lékař sám obává své nebo pacientovy smrti. Toto je nelehký úkol pro lékaře: neustále musí strachu ze smrti čelit. Strach ze smrti lze zmírňovat „*sebeujištěním o vazbě k životu v jakékoliv fázi života a opětováním lásky druhých*“ (207). Často se bojíme, že ztratíme tělo. Právě tento vlastnický modus v první řadě by měl lékař (nebo psycholog) snižovat (Raudenská & Javůrková, 2011).

2. Komunikace mezi lékařem a pacientem

Komunikace mezi lékařem a pacientem je nedílnou součástí terapeutického vztahu a značnou měrou může tento vztah zlepšovat nebo také zhoršovat. Efektivní a eticky správná komunikace je klíčovým momentem v terapeutickém vztahu. Tomu nasvědčuje i fakt, že komunikace hraje roli v 70 % případů stížností a žalob. Etickým dilematem je zneužívání moci zdravotníkem, což někdy umožňuje paternalistický přístup. Jde v podstatě o autoritativní jednání, které může vypadat i jako odmítnutí podat informace nebo autoritativní způsob podání informací. Stejně tak neetickým je podání neúplné informace. Neinformovanost pacienta zvyšuje jeho obavy. Správná komunikace buduje léčebný vztah a zvyšuje dodržování pokynů pacientem, tj. kompliance. Lépe jsou určeny psycho-sociální problémy pacienta a tím se snižuje jeho úzkost. Díky tomu je stanovení diagnózy přesnější a rychlejší. Jde o významnou úsporu času a peněz. Především se správná komunikace odráží ve spokojenosti pacienta i lékaře (Beran, 2015; Ptáček, et al., 2011; Beran, et al., 2010). Dle výzkumů pacientova spokojenost přímo souvisí s množstvím informací od lékaře (Hall, et al., 1998, in Ptáček, et al., 2011). Je třeba nezapomínat na to, že pacientovi nejde pouze o holé informace, ale potřebuje také sdílet své obavy.

Jaké jsou nejčastější chyby? Zásadní nedostatek je ve výuce etiky a správné komunikace s pacientem i přípravě na sdělení závažné diagnózy. Někteří lékaři sdílí mýtus, že jsou připraveni ze školy. Ani samotná zkušenost však nestačí, byť zralost a profesní i životní zkušenosti komunikační kompetence jistě ovlivňují. Dle Ptáčka, et al. (2011) délka praxe ovšem nesouvisí s dobrou kvalitou komunikačních dovedností. Zvláštní je fakt, že až do 80. let minulého století se komunikace na lékařských fakultách nevyučovala. Mladí lékaři byli tedy odkázáni na učení se metodou nápodoby a pokusu – omylu až v praxi. Předměty lékařská psychologie a komunikace s pacientem byly povinně zavedeny až v 90. letech, ale stále chybí dostatek akademických pracovníků. Tréninku efektivní komunikace u studentů medicíny se věnuje málo pozornosti a jejich komunikační dovednosti jsou na nízké úrovni. Komunikace, obzvláště pro sdělení závažné diagnózy musí být systematicky vyučována. Byť získané dovednosti přetrvávají i ti zkušení by měli neustále posilovat své odborné komunikační kompetence (Beran, 2015; Millar, Reid & Porter, 2013; Tang, et al., 2013).

Dalším nešvarem je technizace a byrokratizace medicíny. Lékaři se věnují více přístrojům než lidem a psané slovo má přednost před mluveným. S byrokratizací souvisí i

nedostatek času pro rozhovor a žádná ekonomická hodnota rozhovoru (Opatrná, 2017; Beran, 2015; Ptáček, et al., 2011). Švédští lékaři strávili konzultací s vážně nemocným pacientem v paliativní péči průměrně 15 minut, maximum bylo 21 minut a minimum 8,75 (Öhlén, Elofsson, Hydén & Friberg, 2008). Velmi tristní je stav třeba na Taiwanu, kde lékař na onkologické klinice má průměrně pouze 3 minuty na komunikaci s pacientem (Tang, et al., 2013). Dnešní medicína je ohrožena finančními, odbornými, právními a etickými tlaky. Jelikož se doktor často dostává do role podnikatele i pacient se stává náročným konzumentem. Depersonalizace z toho plynoucí snižuje důvěru pacienta a zvyšuje skepsi lékaře (Ptáček, et al., 2015). Jiným problémem je nesdělení, což je ale také forma komunikace. Týmová spolupráce umožňuje únik před povinností sdělit závažnou diagnózu. Není překvapivé, že často pacienti ani jejich rodiny neznají podrobnosti o závažnosti onemocnění, což může pomáhat udržovat jejich nerealistickou naději (Griffiths, Ewing, Wilson, Connolly, & Grande, 2015). Zajímavé je zjištění Kindelana, et al. (1987, in Ptáček, et al., 2011), že pacienti a lékaři se rozcházejí v prioritách. Pacient očekává především informace o své prognóze, pak diagnóze a příčinách. Lékař na druhé straně považuje informace o léčbě a lécích za přednější. Podobným tématem se zabýval i kvalitativní švédský výzkum, který se snažil zvýraznit znaky paliativní komunikace. Zjistil, že pacient chce znát informace o nemoci a léčbě, především proto, aby se mohl vypořádat s každodenním životem. Ve všech šesti rozhovorech lékaře s vážně nemocným byla zmíněna témata: výsledky současného léčebného postupu a následné kroky. Ve třech případech ze šesti pacienti nedostali zcela takové informace, které od rozhovoru očekávali. Šlo o rady, co dělat se symptomy, které pacienty výrazně trápily, dále šlo o prognózu a o možnosti pomoci v momentě umírání (Öhlén, et al., 2008). Podobně i pacienti s onkologickým onemocněním v Teheránu (n = 200) čekali, že při konzultaci uslyší především informace o možnostech léčby (70 %) a o vyhlídkách do budoucna (60 %) (Arbabi, et al., 2014).

Sdělení závažné diagnózy „natvrdo“, bez zájmu a empatie je iatropatogenní. Dle výpovědí pacientů nakažených virem HIV (n = 154), 69 % nebylo v dobrém emočním stavu, když jim byla sdělena jejich diagnóza (Koochak, et al., 2016). Podobně, direktivita i užívání odborného jazyka je značně paternalistické. Lékaři sice taková strategie pomůže „utéct“ před pacientem, ale rozhodně nezvyšuje pacientovo porozumění zprávě (Opatrná, 2017; Beran, et al., 2010; Liénard, et al., 2010). Málo který pacient rozumí sdělení podobného typu: „Máte šedesátiprocentní pravděpodobnost, že s určitou léčbou

budete žít dalších šest let.“ Když pacient nechápe, co se s ním děje, tak nemůže být ani vhodně zahrnut do své léčby. Navíc, dnes bývají pacienti informováni z internetu. Množství neuspořádaných informací pacienta spíše zúskostňuje a zvyšuje jeho nedůvěru v lékaře (Ptáček, et al., 2011; Irmíš, nedat.). Stejně tak výrazný ochranný postoj lékaře není přínosný, neboť tím dává najevo nedůvěru v pacientovu schopnost zvládat náročné životní situace (Beran, et al., 2010). Ani poskytování falešné naděje nebo bagatelizování není žádoucí, byť je velice těžké neskloznot k podobné unikové strategii. To se může dít právě tak, že verbální a neverbální roviny komunikace nejsou ve vzájemném souladu (Surbone, et al., 2004). Nicméně vždy by měl být prostor pro reálnou naději. Častou chybou je také neschopnost aktivně pacientovi naslouchat a pracovat s tichem (Little & Bolick, 2014). Úlevu nic z toho pacientovi nepřináší.

2.1. Iatropatogenie

Iatropatogenie znamená zhoršený zdravotní stav na základě léčby nebo jednání lékaře (Praško & Hunková, 2010; Hartl & Hartlová, 2009). Pokud je původ poruchy psychický, hovoří se o psychické iatropatogenii. Nemocný pacient bývá v napětí, nejistotě a obavách a je tedy mnohem citlivější na nešetrné výroky lékařů. K psychické iatropatogenii dochází vlivem jistého jednání a komunikace nebo vlivem zdravotnického prostředí. V oblasti komunikace jsou škodlivá jakákoliv slova, gesta, odložení odpovědi, nedostatečná informace, tón hlasu apod. Nejasné a nesrozumitelné vyjadřování lékaře vyvolává úzkostné obavy a nepřiměřené strachy pacienta. Podobně škodlivý účinek přináší i vyčítání pacientovi nebo kladení nereálných požadavků. Nebezpečí poškození pacienta tedy vzniká tehdy, když lékař nepomůže pacientovi vytvořit přiměřenou představu jeho zdravotního stavu, nemoci a dalšího postupu. Iatropatogenní je, když lékař po sdělení informace, která vyvolala strach, nepomůže pacientovi tento strach zpracovat. Dojem, že je pacient zanedbáván vede k pocitům bezmoci, které mohou vyvolávat lhostejnost nebo vztek. S tím souvisí zlehčování situace lékařem. Nanejvýš nevhodné je „uklidňovat“ pacienta klišé, že každý jednou umře. Problémy plynoucí z takového škodlivého jednání bývají neurotické povahy, narůstají obavy o vlastní zdraví. Pacient pak nespolupracuje s lékaři. Snižuje se jeho důvěra v lékařský tým a mohou se u něj objevit známky hypochondrie (Praško & Hunková, 2010).

Z výše uvedeného jasně vyplývá, jak důležité je vhodným způsobem pacientovi sdělit velmi špatnou zprávu. Dřívější názor o škodlivosti zjištění kruté pravdy je v podstatě vyvrácen. To co pacienta poškozuje je dehumanizovaný a chladný přístup.

2.2. Eticky správné sdělení závažné diagnózy

„Většina pacientů si přeje znát, co se s nimi děje, a to i když zprávy nejsou pozitivní“ (Ptáček, et al., 2011, 67). Pacienti nejvíce postrádají správnou komunikaci, pochopení, vlídnost, přijetí a ohleduplnost (Opatrná, 2017; Ptáček, et al., 2015). Beran, et al. (2010) zdůrazňují, že základem každé komunikace lékaře a pacienta je hluboký lidský postoj. Umění kvalitního rozhovoru je v medicínské praxi nepostradatelné, jak již vyplynulo z předchozích řádků. Úkol lékaře je obzvláště při sdělování velmi špatných zpráv nesnadný a nezáviděníhodný a vzbuzuje největší obavy. Má být odborníkem, ale zároveň doprovázejícím člověkem s přiměřeným zájmem a empatií (Opatrná, 2017; Ptáček, et al., 2011; Raudenská & Javůrková, 2011; Beran, et al., 2010; Irmiš, nedat.). Jak by měla vypadat správná komunikace, která může pomoci při nesení pacientova náročného údělu? Jednoznačná odpověď ani zcela jasný postup neexistuje. Jsou však známa doporučení a zásady, které komunikaci usnadňují, zlepšují, korigují, aby se nestala takovou, která břímě závažné nemoci ještě znásobuje. Základními kameny rozhovoru jsou trpělivost a plné vysvětlení (Raboch & Pavlát 2015). Vznikají také návody jednotlivých českých i zahraničních klinik, např. „Desatero zásad sdělování onkologické diagnózy“ Interní a hematologické kliniky LF MU Brno (Ptáček, et al., 2011).

Závažnou diagnózu sděluje ošetřující lékař co nejdříve po zjištění objektivní skutečnosti. Paradoxně jen polovina z dotázaných 675 italských lékařů si myslí, že závažnou diagnózu (v této studii to byla diagnóza rakoviny) by měl sdělit všeobecný lékař. Sami pacienti, 87 % z 200 dotázaných pacientů s onkologickým onemocněním, uvedli, že by chtěli informaci o svém zdravotním stavu slyšet od „svého“ lékaře (Arbabi, et al., 2014). Na druhé straně všeobecní lékaři uvedli, že právě oni nejvíc neradi sdělují takovou zprávu (Grassi, Giraldi & Messina, 2000, in Surbone, et al., 2004). Ošetřujícímu lékaři však může pomoci se sdělením psycholog, který snad lépe chápe pacientův stres a psycho-sociální následky nemoci (Irmiš, nedat.). Avšak své povinnosti se lékař zbavit nemůže. Důležitá je lékařova příprava: měl by si na pacienta vyhradit dostatek času a zvolit vhodné prostředí. Místnost by měla být příjemně zařízená a bez rušivých elementů. To znamená, že lékaře a pacienta by neměl oddělovat široký stůl, neboť jde o bariéru, která vyvolává obranné

jednání. Vhodné je sedět přes roh stolu v pravém úhlu. Přítomný nemusí být jen pacient, ale i jeho příbuzný nebo psycholog. Zúčastnění by se měli, v rámci možností, cítit pohodlně. Měli by dopředu vědět, kolik času na rozhovor mají, kde, s kým a jak bude nejspíš probíhat. Při sdělení závažné diagnózy je cílem rozhovoru pomoci pacientovi, aby porozuměl, co se s ním děje, zmírnit úzkost a nejistotu, povzbudit jej, pomoci ventilovat jeho pocity a zajistit spolupráci. Mnohý pacient se potřebuje svěřit, ujasnit si situaci, vyrovnat se s ní, adaptovat se a najít řešení (Beran, 2015; Ptáček, 2011; Stankušová, 2011; Raudenská & Javůrková, 2011; Praško & Látalová, 2010).

Rozhovor by měl být strukturovaný. V úvodu je dobré popsat, co chce lékař během rozhovoru říct, aneb platí: Řekni, co chceš říct. Informace je možné sdělovat pomocí metody trychtýře, kdy se sdělují prvně obecná fakta, poté konkrétní. Metoda obráceného trychtýře postupuje právě opačně. Rozhovor lze začít i zjištěním toho, co už pacient ví a co by chtěl vědět (Ptáček, 2011; Stankušová, 2011). Öhlén, et al. (2008) vyzorovali podobnou strukturu rozhovorů s pacienty v paliativní péči. V úvodu se lékař soustředil na výsledky a zhodnocení předchozích vyšetření a léčebných zásahů. V prostřední části rozhovoru byly probrány vedlejší účinky terapie a obtěžující příznaky nemoci. V závěru lékař s pacientem mluvil o praktických tématech každodenního života, psychických problémech a o blízké budoucnosti, která se často vztahovala na další vyšetření a kontroly. Avšak rozhovor je třeba přizpůsobit individualitě pacienta (Raboch & Pavlát, 2015; Raudenská & Javůrková, 2011).

Informace, které lékař podává, se týkají zdravotního stavu pacienta, diagnózy, diagnostických souvislostí, prognózy a následné léčby. Informace jsou rozhodující nejen pro psychiku pacienta, ale i pro délku léčby. Proto je důležité odhadnout adekvátní množství, které sníží úzkost a stres. K tomu se pojí i doporučení popsat v první části rozhovoru současný zdravotní stav a ve druhé části zmírnit šok informací o dostupné léčbě. Hlavní zásadou je říct údaje pravdivě a citlivě s ohledem na pacientovy potřeby. Způsob sdělení špatných zpráv by měl respektovat transparentnost a srozumitelnost, tedy užívat krátké věty, být konkrétní a mluvit pomalu. Je třeba rozmyslet užívání odborného jazyka. Většina pacientů potřebuje verdikt přeložit do „lidštiny“ (Honzák, 2015; Ptáček, 2011; Stankušová, 2011; Beran, et al., 2010; Praško & Látalová, 2010). Pro zvýšení pacientova pochopení lze použít diagramy nebo schémata. Lékař pacientovi může klást otevřené, doplňující otázky pro zpřesnění diagnózy. Otázky ze stran lékaře jsou také dobrým nástrojem zjištění, zda pacient sdělení opravdu porozuměl. Často totiž pacient souhlasí, že

chápe, ale ve skutečnosti jen nechce vypadat hloupě. Efektivní proto je, aby pacient zopakoval to, co si zapamatoval a čemu porozuměl. Sugestivní otázky nejsou vůbec vhodné. Otázek ze strany lékaře by nemělo být příliš, neboť se vzrůstajícím množstvím otázek klesá pacientova iniciativa. Naopak, čím víc se pacient ptá, tím víc informací získají oba, jak pacient, tak i lékař. Zároveň to lze chápat jako ukazatel kvality vztahu, neboť otázek ze strany pacienta přibývá s rostoucí důvěrou a s rostoucím partnerstvím. Proto by měl být ponechán dostatek prostoru pro pacientovy dotazy (Ptáček, 2011; Stankušová, 2011; Beran, et al., 2010; Praško & Látalová, 2010). V praxi průměrně lékař zabírá asi 70 % rozhovoru a pacient mluví ve zbylých 30 % (Öhlén, et al., 2008). Sám doktor může pacienta podněcovat k otázkám, čímž také vyjadřuje zájem o něj. Lékař by pacienta neměl přerušovat, protože asi 28 % pacientů se po přerušení vrátí ke „svému“ tématu a jen asi 8 % lékařů k tomu dá pacientům možnost (Ptáček, et al., 2011). V žádném případě by lékař neměl pacienta kritizovat, pouze upozornit na rozpory a rizika. Měl by se také snažit průběžně vyjádřit porozumění, které pacientovi dodává pocitu bezpečí, úlevy a posouvá jej k lepšímu sebepoznání (Beran, et al., 2010).

2.3. Empatické chování

Lékař i pacient věnuje informacím jinou míru pozornosti, proto by se lékař měl snažit (nejen) při sdělování závažné diagnózy o empatii a projev zájmu. Vyzdvihuje se humanismus v medicíně, který se definuje jako vcítění se, podělení se o pacientovo utrpení a jeho zmírnění. Empatický lékař pacienta nejvíce uspokojí a má pozitivní vliv na jeho zdravotní stav (Opatrná, 2017; Hořejší, 2015; Raudenská & Javůrková, 2011). Empatie je základním předpokladem efektivní komunikace. Právě díky ní a naslouchání lze poznat potřeby pacienta, jeho preference a psychologickou připravenost. Pokud je toto ignorováno, rozhovor může být opravdu škodlivý (Beran, et al., 2010; Sheu, et al., 2006). Irmiš (nedat.) upozorňuje na to, že empatický rozhovor neznamená strohé citoslovce. Empatii lze chápat jako vcíťování se do pocitů a jednání jiné osoby. Do schopnosti empatie lze zařadit i dovednost zacházet s emocemi a číst neverbální projevy druhého člověka (Hartl & Hartlová, 2009). V praxi se občas zaměňuje s lítostí, sympatií nebo soucitem. Jde o základní psychoterapeutickou metodu, při níž se terapeut „vcíťuje“ do pacienta a vytváří s ním vztah (Linhartová, 2011). Empatický lékař spojuje vědeckost i humanismus. Nejenže empatie pomáhá budovat dobrý terapeutický vztah, zároveň pacientovi poskytuje volnost vyjádřit své obavy, naděje a pocity (Hořejší, 2015; Praško & Látalová, 2010). Být empatický jistě klade obrovské nároky na lékaře po stránce studijní a hlavně empirické a

psychické. Lékař se může obávat pohlcení a nerad se ptá na to, co sám nemůže ovlivnit. Navíc se empatie může jevit jako přítěž. Není ovšem třeba, aby lékaři empatií sršeli na všechny strany. Empatický lékař ví, co prožívá pacient, ale jeho prožitky nejsou totožné s pacientovými (Beran, et al., 2010). Je ale důležité, aby empaticky naslouchali (což je v podstatě totožné jako aktivní naslouchání) a respektovali bio-psycho-sociální přístup. Nutno poznamenat, že empatický těsně souvisí, nebo se dokonce z části překrývá, se slovy altruistický, humánní a etický (Linhartová, 2011).

Lékař empaticky se chovající pacienta pozoruje, snaží se uvědomit si pacientovy pocity a zjišťuje, co by on sám potřeboval v podobném prožitku. Zásadní je, aby člověk projevující empatii omezil své povýšené chování. S empatickým chováním se neslučuje agresivita. Významným ukazatelem empatického projevu je neverbální kontakt. Důležitý je oční kontakt. Lékař by se neměl vyhýbat pohledu do pacientových očí. Díky technikám aktivního naslouchání lze vyjádřit snahu porozumět pacientovi. Jsou jimi např. přeformulování hlavních myšlenek, povzbuzení, vyjasnění, shrnutí a ocenění. Aktivní naslouchání napomáhá poznat, co pacient z rozhovoru pochopil (Ptáček, et al., 2011; Beran, et al., 2010). Pomáhá také překonat stud a ponížení, které pramení z různých lékařských prohlídek a zákroků. Díky tomu je usnadněna spolupráce pacienta s lékařem, jsou přemoženy pocity izolace. Je emočním povzbuzením a posiluje adaptivní postoje. Je tak unikátním podpurným fenoménem (Hořejší, 2015; Praško & Látalová, 2010). Uklidňující věty, kdy se zlehčuje diagnóza, nejsou žádným ulehčením. Avšak lékař by měl pacientovi ponechat realistickou naději (Opatrná, 2017; Irmiš, nedat.), neboť, jak říká lidové rčení: „Slovem se dá i zabít“.

Lékař by měl projevit i určité porozumění, neboť pro pacienta to znamená „odměnu“ za jeho námahu. Porozumění je motivátorem pro další spolupráci. Lze jej vyjádřit několika způsoby, např. přikývnutím, slovem (např.: „Ano, rozumím.“), konfrontováním (např.: „Můžeme to chápat i jinak.“), shrnutím nebo zdůrazněním určitých pacientových výroků. S projevy porozumění by se nemělo spěchat. Vždy jde o autentické vyjádření. Naopak pokud lékař pacientovi dobře nerozumí, měl by otevřeně říci, že se zrovna v jisté části hovoru neorientuje. Nemělo by být zaměňováno za pozitivní hodnocení. Lékař by neměl ani kritizovat, měl by „prostě“ otevřeně přijmout názor druhého (Beran, et al., 2010).

Vyjádření zájmu a podpory je často neverbální. Někdy jde o pohled, jindy o fyzické naklonění směrem k pacientovi nebo dokonce jemným dotek, např. položením ruky na pacientovo rameno. Pacient potřebuje cítit zájem, nicméně není radno jej přehánět. Nesmí

překročit jistou mez, aby nevznikl dojem naléhání. K podpoření pacienta se vybírají některé pozitivní aspekty z jeho dosavadního života a aktuální situace. Mezi známky podpory může patřit i mlčení, které má v komunikaci nezastupitelnou úlohu. Může mít charakter spolubytí nebo může zvýšit pacientovo napětí a tím podpořit jeho sdílnost. Ne vždy je mlčení pozitivní. V tom případě může jít o neporozumění a takovému mlčení je třeba se vyvarovat (Beran, et al., 2010).

S ubývající empatií v medicíně narůstá její dehumanizace. Sice chrání lékaře, ale způsobuje zhoršené vnímání pacienta. Proto by každý měl mít na paměti, že empatie je jistě nepostradatelnou součástí humanitní vědy, medicíny. Zajímavé je, že již u studentů čtvrtého ročníku medicíny empatie klesá. Možnými příčinami jsou nedostatek času při práci lékaře a orientace na odborné medicínské kompetence a znalosti (Irmiš, 2015).

2.4. Komunikační modely

To, jakým způsobem by měla být vhodně sdělena závažná diagnóza, se zabývají i následující komunikační modely zahraničních autorů. Jde o protokol „*BREAKS*“, se kterým přišel V. Narayanan s kolegy z Nepálu a Indie. Dále je to model „*S-P-I-K-E-S*“, jehož autorem je Kanadčan Robert A. Buckman. Tyto modely budou nyní jeden po druhém popsány a vysvětleny.

2.4.1. Protokol BREAKS (V. Narayanan, B. Bista & C. Koshy, 2010)

Poměrně nedávno přišel Vijayakumara Narayanan a jeho nepálské a indiánské kolegyně (2010) s protokolem „*BREAKS*“ pro sdělování velmi špatných zpráv. Velmi špatnou zprávu chápou autoři jako takovou, která zásadně mění pacientův život. Autoři navrhuji šestikrokový strukturovaný a dobře promyšlený postup při sdělování závažných diagnóz, jenž může mít pozitivní léčebný efekt na pacienta. Název „*BREAKS*“ vznikl složením počátečních písmen šesti klíčových zásad: „*B – Background*“ - pozadí, „*R – Rapport*“ - vztah, „*E – Explore*“ - vysvětlení, „*A – Announce*“ – oznámení, „*K-Kindling*“ - ošetření emocí a „*S – Summarize*“ – shrnutí.

Při přípravě na sdělení velmi špatné diagnózy je třeba znát pacientovo pozadí, tedy v angličtině „*background*“. Do této kategorie patří pacientův případ, jeho postavení ve společnosti, vzdělání i znalost prostředí, z něž přichází (např. sociální minorita). Je důležité sem přiřadit i emoční ladění pacienta, např. zda jde spíše o tzv. cholerika nebo flegmatika, dále jeho copingové strategie se stresem a sociální oporu. Příprava na sdělení

velmi špatné zprávy obnáší zjištění výše popsaných informací a příprava na pacientovy pravděpodobné otázky. Těsně před rozhovorem je nutné zbavit se rušivých elementů a vyčlenit si na pacienta dostatek času. S tím souvisí i příprava na reálné emoční reakce ze strany pacienta a/nebo ze strany jeho rodiny.

Základem pracovního společenství je vztah, tedy „*raport*“. Pro jeho vznik je nezbytné bezpodmínečný kladný náhled na pacienta. To však není totéž, co potřeba pacienta neustále ochraňovat. Lékař by na pacienta při rozhovoru neměl spěchat. Prostředí, kde se rozhovor odehrává, by mělo být co nejpříjemnější. Na úvod se doporučuje pokládat pacientovi otevřené otázky, aby lékař mohl zmapovat jeho současný tělesný i duševní stav. Po té by měl přikročit ke sdělení závažné zprávy.

Dalším krokem protokolu je vysvětlení, anglicky „*exploring*“. Aby byl lékař schopen dobře sdělit závažnou diagnózu, měl by také v rozhovoru zjistit, co pacient o své diagnóze již ví. Lékař také prozkoumává pacientovy názory a přesvědčení a zaměřuje se na odlišnosti od skutečnosti. Nesrovnalosti případně vysvětluje. Odkrývá postupně pacientovy obavy, při čemž by se lékař neměl zaleknout a předčasně pacienta začít ujišťovat. Jakousi pomocnou silou může být pro lékaře při sdělování závažné diagnózy blízká osoba, která je rozhovoru přítomna. Tento člověk se může stát pacientovi oporou.

Čtvrtým krokem je oznámení zprávy, tedy v angličtině „*announce*“. Při tom je dobré navázat na pacientovy vědomosti o jeho nemoci. Avšak, ještě než lékař vysloví špatnou zprávu, mělo by přijít varování, aby řečená pravda nebyla šokující a zároveň, aby pacient měl možnost říct, že o si přeje svou diagnózu nevědět. Varování může být typu: „Teď vám řeknu špatnou zprávu.“ Velmi důležitá je práce s pacientovými emocemi. S nimi může lékař pracovat tak, že bude zrcadlit řeč pacientova těla nebo reflektovat jeho pocity, především rozpaky, obavy, úzkost a bolest. Sdělení závažné diagnózy má být stručné, výstižné a srozumitelné. Toho lze dosáhnout krátkými jednoduchými větami a užíváním pacientova běžného jazyka, např. slovo karcinom nahradit pro pacienta srozumitelnějším slovem nádor. Platí také zásada: neříkat více než tři informace současně.

Aby mohlo mít sdělení závažné diagnózy pozitivní efekt na pacienta, je nutné ošetřit jeho emoce. K tomu autoři užívají výraz „*kindling*“. Emocionální reakce po vyslechnutí velmi závažné zprávy se mohou lišit od smíchu, až po pláč a vztek. Někdy může dokonce emoční reakce chybět. Doktor může s emocemi pracovat tak, že je vhodně normalizuje a přijme. V tu chvíli je ovšem schopnost pacienta vstřebávat další informace značně

omezená. Proto by se nemělo na pacienta naléhat, ale snažit se jej „dostat zpět“ otázkami. Jestliže se začne ptát pacient, je to pořádku. Lékař by měl odpovídat pravdivě bez náznaku poučování.

Poslední zásadou je shrnutí, tedy anglicky „*summarize*“, kdy se shrne celý rozhovor. Lékař vyzdvihne hlavní témata a plán dalšího postupu. Efektivně se jeví shrnout závěry psanou formou, kdy se pacient může k informacím později opakovaně v klidu vracet. Pro posílení pracovního společenství je dobré pacienta ujistit, že lékař je zde pro něj. Na závěr se domluví na další společné schůzce. Před odchodem se lékař ještě ujistí, že pacientovi nehrozí nebezpečí, např., že nebude cestou domů řídit automobil.

2.4.2. Strategie S-P-I-K-E-S (Buckman, 2005)

Jde o jednoduchý a snadno naučitelný šestikrokový postup ke sdělování špatných zpráv. Klade důraz na podpoření pacienta, pomocí projevu empatie ze strany lékaře, prozkoumání a přijetí pacientova porozumění své nemoci. Název je složen z počátečních písmen jednotlivých kroků: „*S – Setting*“ – nastavení prostředí, „*P – Perception*“ – vnímání, „*I – Invitation*“ – pozvání, „*K – Knowledge*“ – znalost, „*E – Empathy*“ – empatie a „*S – Strategy and summary*“ – strategie a shrnutí.

Prvním krokem je nastavení prostředí, „*setting*“. To znamená, že hovor by měl probíhat v nerušeném soukromí a příjemné místnosti. Přítomní mohou být pacientovi blízcí, pokud si to sám přeje. V tom případě je dobré domluvit se, kdo bude hlavní „mluvčí“. Sezení by mělo být pohodlné a lékař by neměl být od pacienta oddělen žádnou fyzickou bariérou. Lékař by se měl snažit snížit svoji nervozitu a úzkost, aby působil klidně a dojmem naslouchajícího. Toto může podpořit přiměřený oční kontakt, občasným zopakovaním toho, co řekl pacient, přikývnutím a úsměvem. Důležité je pacienta na začátku hovoru informovat, kolik času na něj lékař má vyhrazeno.

Druhý krok, vnímání („*perception*“), předchází samotnému sdělení. Z toho důvodu je nutné, aby lékař poznal, jak pacient chápe svou nemoc a její vážnost. Lékař si všímá vyjadřovacího stylu pacienta a tomu se pak přizpůsobuje, aby byl nanejvýš srozumitelný.

Třetí část, pozvání („*invitation*“), je v podstatě zjištěním, jak moc by chtěl být pacient informován o své nemoci. S tím se pojí i respekt pacientova práva nevědět. Je tedy vhodné se přímo zeptat, jak moc by chtěl být informován o svém zdravotním stavu.

Čtvrtým korkem je znalost („*knowledge*“). Jde o znalost závažné informace. Lékař by měl pacienta připravit na sdělení informace, např., Je mi líto, ale musím vám říct špatnou zprávu. Samotné sdělení by mělo korespondovat s pacientovým jazykem a mělo by se vyvarovat odborných výrazů. Mělo by být „dávkováno“ po částech, ale jasně a srozumitelně. Když pacient rozumí, co je mu sdělováno, lékař může pokračovat ve sdělení.

Předposledním krokem je empatie („*empathy*“). Tento požadavek se jeví většinou somatických lékařů jako nejtěžší. Z toho důvodu mohou některé informace zamlčet nebo zjemnit a tím zmírnit špatnou zprávu. Takové řešení je ovšem krátkozraké. Lékař by měl přijmout a věnovat se pacientovým emocím. K tomu může využít techniku reflektování emocí. Ta spočívá v identifikování emocí („Co se s vámi teď děje?“), objevení příčiny, projevení pochopení („Dozvědět se takovou zprávu vás muselo zasáhnout.“) a normalizování těchto pocitů. Lékař nemusí prožívat pacientovy emoce spolu s ním, aby mohl být empatický, jde o to, aby je vnímal a respektoval.

V závěru se lékař soustředí na vytvoření strategie a shrnutí („*strategy and summary*“). Před tím je nutné se ujistit, že pacient informacím rozumí. Pacient má prostor pro své dotazy. Po vytvoření společné strategie následuje shrnutí rozhovoru. Žádoucím výsledkem je, aby lékař i pacient odcházeli s jasnou představou toho, jaké budou další kroky.

Jako užitečné shrnutí zásad rozhovoru pro sdělení závažné diagnózy se zdá být rozdělení do tří fází: před vyslovením diagnózy, řízení nepříznivé zprávy a po vyřčení zprávy. V úvodní fázi, před vyslovením diagnózy by měl lékař shrnout a ujistit se, co již pacient ví a prozkoumat jeho pocity. Řešení nepříznivé zprávy by mělo být přesně a stručně. V poslední fázi rozhovoru by se lékař měl významně věnovat emocím pacienta a poskytnout mu jak emoční, tak i informační oporu (Liénard, et al. 2010). Po porovnání obou zmíněných modelů jsou evidentní jejich společné rysy. Oba modely shodně začínají úpravou prostředí. Klade se důraz na snížení rušivých elementů. Dále je významné navázat vztah s pacientem skrze vnímání jeho jazyka, zmapování jeho povědomí a pocitů v souvislosti s nemocí. Oba modely se pacienta snaží na sdělení připravit a následně stručně a srozumitelně sdělit, o co se jedná. Další prostor by měl být věnován emocím pacienta a zacházení s nimi. Důraz je kladen na empatii ze strany lékaře. V závěru rozhovoru by mělo dojít k naplánování dalších kroků a k zopakování, ke shrnutí toho, čemu se rozhovor věnoval a k čemu lékař s pacientem dospěl.

2.5. Komunikace se starými lidmi

Komunikování s lidmi nad 70 let má jistá specifika. V první řadě je třeba mít na paměti, že někteří staří lidé očekávají paternalistické chování od lékaře. Zároveň potřebují vyslechnout a bez obav se svěřit. Na tyto pacienty by se v žádném případě nemělo spěchat, je potřeba si na ně vyčlenit dostatek času. Existují zásady, které by lékař (ani další zdravotnický personál) neměl porušit. Mezi ně patří: zdvořilé jednání, dospělé chování, vyvarovat se stereotypů a v pacientově přítomnosti mluvit k pacientovi (Holmerová, 2011). Ke zdvořilému jednání patří mimo jiné i oslovení. Vhodné je používat občanské oslovení. V žádném úvahu nepřipadá tzv. elderspeak, např. oslovení „babi“. Nikdo by také nechtěl, aby na něj okolí automaticky křičelo, jenom protože je starý a tím pádem i nahluchlý. Na konec stáří neznamena neschopnost chápat nebo rozhodovat o sobě, proto by lékař neměl v pacientově přítomnosti hovořit, jako by u toho dotýčný vůbec nebyl. Domnívám se, že ani rádo by humorné rýmovačky jsou absolutně nevhodné: „*To víte, je tady určitý věk, a proti věku není léku.*“

2.6. Jak se naučit eticky správně sdělovat závažné diagnózy?

Literatura upozorňuje na nedostatečnou přípravu lékařů v oblasti komunikačních dovedností. Především pro studenty a mladé lékaře je sdělení diagnózy u terminálně nemocných velmi obtížné a cítí potřebu trénovat a rozvíjet své komunikační dovednosti a schopnosti zacházení s emocemi pacientů (Tang, et al., 2013; Arbabi, et al., 2010; Sheu, et al., 2006). Jak již bylo uvedeno, komunikace s pacientem se začala vyučovat až od 90. let minulého století, i tak 92 % z 50 dotázaných lékařů z Íránu (a 94 % íránských zdravotních sester z 50 dotázaných) uvedlo, že ani během studií ani během praxe neabsolvovali žádnou praktickou přípravu v oblasti komunikace s pacientem o závažné diagnóze a špatné prognóze (Arbabi, et al., 2010). Podobně tomu bylo i u zdravotnického personálu paliativní péče ze Spojeného království, 40 dotázaných uvedlo, že žádný trénink v komunikaci s pacientem o nepříznivé prognóze a o smrti neabsolvovali, a že se učí pokusem omylem (Griffiths, et al., 2015). Výsledky relativně nově zavedené výuky tedy vůbec nelze přeceňovat, vzhledem k rozsahu a způsobu výuky komunikace. Navíc, existuje tzv. skryté kurikulum, které se děje bezděčně a díky němuž studenti přebírají názory, postoje i chování. Tradice komunikačních chyb se pak čerství lékaři učí v praxi od starších kolegů (Beran, et al., 2010).

Již v roce 1999 provedl Aspegren analýzu 180 relevantních studií na téma vyučování a učení se komunikačním dovednostem v medicíně. Z výsledků hodnocených studií plyne, že nejefektivnější se zdá učit komunikační dovednosti mediky při jejich praxích v posledních letech studia. Lepších výsledků bylo dosaženo pomocí zkušenostní vyučovací metody, pouhé instruování nevedlo k osvojení dovedností. Muži se učili pomaleji komunikačním dovednostem než ženy, což by mělo být při tréninku komunikačních dovedností zohledněno. Devatenáct studií ukázalo pozitivní vliv výuky komunikačních dovedností u studentů medicíny a další studie poukázaly na podobný vliv u lékařů z praxe. Ovšem výuka kratší než jeden den nepřinesla zlepšení. Autor upozorňuje, že naučené dovednosti byly rychle zapomínány, pokud se neprocvičovaly nebo nebyly nezavedeny do praxe. I poslední zjištění je přínosné pro realizaci tréninku komunikačních dovedností, a to, že jako nejlepší učitelé byli samotní zkušení lékaři, což vyplynulo jak z výsledků, tak i z hodnocení samotných účastníků kurzů (Aspegren, 1999).

Podobnou problematikou se zabýval i praktický výzkum Laidlaw a jeho kolegů z roku 2002. Autoři se snažili změnit systém vzdělávání mediků a lékařů na kanadské univerzitě Dalhousie. Ještě v roce 1996 bylo komunikaci sporadicky věnováno pouhých pět lekcí v prvním ročníku studia medicíny. Po identifikování potřeb studentů i samotné lékařské fakulty byl zaveden nový vzdělávací plán v oblasti komunikace, který se prolínal po čtyři roky studia i s dalšími vyučovanými předměty. V prvním ročníku se studenti soustředili na teoretické základy. Pomocí výuky v malých skupinách, hraní rolí a sledování videí si osvojili, jak vést jednotlivé fáze rozhovoru s pacientem. V druhém ročníku k výše zmíněným výukovým metodám přibyly i nácviky na „vzorových pacientech“ a procvičování komunikace bylo zařazeno i do praxí na jednotlivých odděleních. Studenti se učili prohlubovat rozhovor, získávat informace od pacienta, vysvětlovat a dávat informace, strukturovat rozhovor a končit jej. Studenti třetích a čtvrtých ročníků si prohlubují a upevňují své komunikační schopnosti. Zároveň se seznamují se situacemi jako je sdělování závažných diagnóz („*breaking bad news*“), naštvaný pacient, násilnický pacient, apod. Kurzy v jednotlivých ročnících jsou samozřejmě zakončeny ověřením kompetencí. To by se mělo zakládat na systematickém pozorování a analýze výkonů studentů. Lékaři v atestační přípravě by měli být nadále podporováni ve zlepšování a rozvíjení svých komunikačních dovednostech nabídkou akreditovaných volitelných seminářů, praktických workshopů a přednášek (Laidlaw, MacLeod, Kaufman, Langille & Sargeant, 2002). Dle výzkumu Tanga, et al. (2013) by se skoro 88 % dotázaných studentů na taiwanské

univerzitě (n = 275) zúčastnilo kurzu komunikačních dovedností, pokud by takový byl nabízen.

Liénard s kolegy (2010) uveřejnili svou kvantitativní práci, v níž zjišťovali, zda je trénink komunikačních dovedností efektivní. Porovnávali dvě skupiny francouzsky mluvících lékařů pracujících s onkologickými pacienty. Všichni účastníci studie měli zájem se zúčastnit tréninkového programu i výzkumu. Vyřazeni byli ti, kteří již absolvovali nějaký psychologický výcvik. Vzorek byl náhodně rozdělen na skupinu tréninkovou (n1 = 50), která komunikační trénink obdržela v součtu čtyřiceti hodin a na skupinu čekající na trénink (n2 = 48). Autoři porovnávali z video nahrávek kvalitu konzultací participantů se standardizovanými pacienty lékařů s komunikačním tréninkem a lékařů bez tréninku. Trénink probíhal po osm měsíců ve skupinkách po sedmi participantech. V rámci něj si lékaři nacvičovali komunikační dovednosti, ale i stress management. Jako vyučující technika byla zvolena hraní rolí a okamžitá zpětná vazba. Výsledky ukázaly rozdíly mezi oběma skupinami. Trénovaní lékaři používali více otevřené otázky, a méně emočních, medicínských a společenských výrazů, díky čemuž měli pacienti v hovoru více prostoru. Projevovali také více empatie. Další rozdíl byl patrný v délce jednotlivých částí konzultací. V kontrolní skupině ke změně nedošlo, ale ve skupině s intervencí se prodloužila úvodní fáze (před sdělením zprávy) dvakrát, z necelých dvou minut na skoro necelé čtyři minuty. Naopak čas věnovaný vyřčení samotné zprávy se zkrátil. Trénovaní lékaři zároveň komunikovali přesněji (Linéard, et al., 2010). Podobný design použil o tři roky později i Meunier s kolegy. Vzorek tvořilo 98 lékařů pracujících s onkologickými pacienty. Lékaři byli náhodně rozděleni do experimentální skupiny, které byl poskytnut trénink komunikačních dovedností a do kontrolní skupiny, která trénink nedostala. Posouzení vybraných proměnných proběhlo před intervencí a po intervenci, tedy po osmi měsících. Sledované ukazatele byly vědomí vlastní účinnosti (self-efficacy), úzkost, uspokojení z výkonu, tepová frekvence a kortizol v slinách. Úzkost se sice u experimentální skupiny snížila oproti kontrolní, ale tento rozdíl nebyl statisticky signifikantní. Významný rozdíl se ukázal v proměnných vědomí vlastní účinnosti a uspokojení z úspěchu, obojí se významně zvýšilo u experimentální skupiny. Tepová frekvence byla zprvu pro obě skupiny podobná: ostré zvýšení tepu na začátku konzultace a po jejím skončení snížení pod hranici klidu. U trénované skupiny nedošlo ke změně, ovšem posun byl zjištěn u kontrolní skupiny, kde fyziologické nabuzení (arousal) bylo nižší a ostrý vrchol tepové frekvence zmizel. U kortizolu byl také zjištěn rozdíl: u

experimentální skupiny došlo ke zvýšení. Podobné zvýšení nebylo pozorováno u kontrolní skupiny (Meunier, et al., 2013). Jiná studie zkoumající vliv osmiměsíčního komunikačního výcviku na komunikaci s pacientem a jeho rodinou ukazuje na jednoznačný přínos. Trénovaní lékaři prodloužili úvodní fázi rozhovoru, což se shoduje s výsledky Linéarda, et al. (2010). Dále, lékaři s výcvikem sami iniciovali zapojení rodinného příslušníka do rozhovoru, pokud byl přítomen a to již v úvodní fázi. Zároveň dávali najevo pacientovi a jeho blízkým více opory. Díky těmto výsledkům autoři dochází k závěru, že výcvik ve sdělování závažných zpráv je efektivní (Merckaert, et al., 2013). Jiní autoři nejsou tak optimističtí a upozorňují na nutnost ušít trénink komunikačních dovedností na míru potřebám lékařů, jen tak může být velice přínosný a díky tomu lékaři mohou čelit náročným situacím při sdělení závažné diagnózy a prognózy lépe (Studer, Danuser, & Gomez, 2017).

I Raudenská s Javůrkovou (2011) se zmiňují o nácviku komunikačních dovedností díky standardizovaným pacientům. Takovým pacientem je, buď vyškolený herec, nebo reálný pacient. Tento způsob výuky poskytuje mnoho výhod: 1. lze ji využít v jakémkoliv stupni lékařského vzdělávání, 2. lze ji uplatnit jako ověřovací metodu při závěrečných zkouškách, 3. role pacienta je standardizována a je možné měnit scénáře a tím i stupeň obtížnosti, 4. je možné v komunikaci experimentovat, 5. trénovaný lékař získá důležitou zpětnou vazbu od pozorovatelů i od samotného standardizovaného pacienta. Výhod by bylo možné najít zajisté více, tyto jsou ty hlavní. Čtenář by mohl namítnout, že jde pouze o simulaci, která se nepřibližuje reálné situaci, ovšem pokud je standardizovaný pacient dobře proškolen, nelze jeho chování téměř odlišit od chování reálného pacienta. Další velmi využívaná a přínosná technika je hraní rolí a okamžitá zpětná vazba. Celý takový trénink by se měl odehrávat v malých skupinkách. Zpětná vazba může být poskytnuta i díky video nahrávce. Díky tomuto přístupu odhalí participanti své slabé a silné stránky a zároveň je podpořeno jejich sebeuvědomění. Podobně může být participantů demonstrováno video špatné a dobré konzultace, při čemž pozorovatelé se snaží hodnotit předem stanovená kritéria. Strukturu rozhovoru je možné naučit se pomocí malých kartiček. Na každé kartičce je napsána část rozhovoru, která by neměla být vynechána, v tom případě je vhodné vycházet z vybraného komunikačního modelu (Little & Bolick, 2014).

3. Psychologické aspekty sdělování nepříznivých zpráv z pohledu pacienta

Nemoc s sebou přináší mnohé změny. Jde např. o změnu prostředí, změnu denní rutiny, zvýšenou zátěž na celý rodinný systém a snížení soběstačnosti pacienta. Toto všechno může vyvolávat u pacienta obavy. Ne každý pacient je schopen se dobře vypořádat s takovými změnami a obavami. Přístupy ke smrti a především reakci na hrozící smrt ovlivňují tyto faktory: typ nemoci, příznaky, lékařský personál, osobnostní a kulturní, např. celospolečenský vztah ke smrti (Raudenská & Javůrková, 2011). Maladaptivní reakce na zjištění závažné nemoci pak mohou být strach, deprese, bezmoc, pocit ztráty kontroly, stud, pocity viny, neklid, hostilita, nedostatek spolupráce nebo negativní reakce na osobnost a/nebo chování lékaře. Psychická reakce na nemoc je ovlivněna různými faktory, je třeba vyzdvihnout tyto: subjektivní pohled na závažnost a prognózu nemoci, míra podpory okolí, aktuální životní situace, způsob terapeutického vedení, apod. (Praško, Grambal & Hunková, 2010).

V souvislosti s reakcí na hrozící smrt je třeba uvést i velmi dobře známý model od Elisabeth Kübler-Ross. Tato psycholožka zkoumala vyrovnávání se pacientů s hrozící smrtí. V 70. letech tak vznikl model, který popisuje stadia, jimiž umírající prochází a k nimž lze přiřadit i určité reakce. Autorka model následně přepracovala. Jako nulté stadium lze označit tzv. nulitní fázi. Člověk tuší nemoc a přemýšlí o návštěvě lékaře. Po té následuje popření, které je charakteristické reakcí: „To je určitě omyl.“ Druhé stadium je hněv, kdy člověk hledá viníka. Následuje vyjednávání a deprese. Ve fázi vyjednávání umírající může např. vyjednávat o svém uzdravení s Bohem nebo nějakou jinou nadpřirozenou autoritou. Depresivní fáze je naopak charakteristická postupným uvědomováním si smrti, na což reaguje depresivně. Pacientův výrok, který toto stadium vystihuje, by mohl znít: „Stejně umřu, nic už nemá smysl.“ Model končí ideální fází přijetím smrti. Zmíněný model se vztahuje i k blízkým umírajícího a pozůstalým zemřelého. Stadia za sebou nemusí jít striktně ve zmíněném pořadí, ale mohou se i různě střídát. Lékař se tedy může setkat s pacienty, jejichž reakce na sdělení závažné diagnózy mohou být velmi odlišné na základě výše popsaného procesu (Raudenská & Javůrková, 2011).

Reakce na nemoc má tři komponenty, emoční, tělesná a psychologická. Na rovině tělesné se jedná o projevy stresové reakce. Na rovině psychologické jde o strategie

zvládání a obranné mechanismy. Ty těsně souvisí s emoční komponentou. Strategie zvládání, tzv. copingové strategie mají za cíl snížit dopady stresu a zmírnit probíhající emoční reakce. Obranné mechanismy nevědomě brání člověka před ohrožením stresem tím, že mění způsob vnímání. Příkladem obranných mechanismů je popření, které umožňuje nevnímat příliš nepříjemnou realitu nebo vytěsnění, které zase pomáhá nezabývat se důsledky nemoci (Praško, et al., 2010). Jestliže pacient popírá svou nemoc, pro zdravotnický personál je náročné s ním o jeho nemoci a prognóze mluvit, vnímají to jako nevhodné. Popření se častěji objevovalo u mladých pacientů (Griffiths, et al., 2015). Emoční reakce pacienta na sdělení závažné diagnózy může být různá. Nejčastějšími emočními reakcemi jsou deprese, úzkost, bezmoc a zlost. Toto podporují zjištění, že u 81 % pacientů nakažených virem HIV se po informování o jejich zdravotním stavu objevily reaktivní psychiatrické příznaky, nejčastěji depresivní (Koochak, et al., 2016). Někdy pacient se špatnou zprávou identifikuje svého lékaře. To u pacienta může vyvolat klamný pocit: nebýt toho, že mi to řekl, nebylo by to. Takový pocit může vést k nepřímé nebo otevřené verbální agresi. Pacient může reagovat potlačením významu informace a neschopností uvěřit pravdivosti, např.: „To bude určitě omyl.“. Další forma obrany je zapomenutí, zmírnění sděleného pomocí přehodnocení, např.: „On mě straší.“ nebo „To nebude tak hrozné.“ Jinou formou reakce je psychická regrese, kdy se pacient projevuje infantilně, např. je výrazně závislý na lékaři nebo svých blízkých (Beran, et al., 2010). Právě proto, aby byl moment sdělení závažné diagnózy a prognózy (nejen) pro pacienta snesitelný, je důležité umět efektivně komunikovat a „ošetřit“ pacientův stres (Liénard, et al., 2010).

4. Psychologické aspekty sdělování nepříznivých zpráv z pohledu lékaře

Asi nikdo nechce být poslem špatných zpráv a snad každý by se rád vyhnul takové stresující situaci. Největší obavy vzbuzuje sdělení závažné diagnózy. Proč? Lékař se potýká s různými strachy. Je jednodušší neříct pravdu a nemuset tak čelit osobně pacientově realitě (Millar, et al., 2013; Beran, et al., 2010; Kaplan, 2010). Cítí zodpovědnost za pacienta. Může se obávat obvinění ze strany pacienta, ze strany pacientovy rodiny, vlastního sebeobviňování nebo i pocitu selhání. Je frustrující léčit infaustně nemocné (Raudenská & Javůrková, 2011). Dle Beranovy nepublikované pilotní studie z let 1986 – 1990 mnozí onkologičtí lékaři trpí pocitem profesionálního selhávání, jestliže jsou neustále konfrontováni s vysokým počtem nevléčitelných pacientů (Beran et al., 2010). Znovu je třeba zopakovat, že sdělení nepříznivé diagnózy a informování o špatné prognóze je pro lékaře jedním z nejvíce stresujících a nejnáročnějších úkolů. K tomuto přispívá i častý pocit vlastní nekompetentnosti v komunikační oblasti (Studer, et al., 2017; Liénard, et al., 2010). Téměř 90 % z 31 dotázaných lékařů uvedlo, že sdělení závažné diagnózy, je pro ně nějakým způsobem stresující. Autoři dochází k závěru, že alespoň třetina z nich projevila fyziologickou stresovou reakci podle získaných měření tepové frekvence a kožního odporu (Shaw, et al., 2013). Arbabi, et al. (2010) uvádí, že dvacet lékařů, tj. 40 % z padesáti dotázaných, se cítí být kompetentní ke sdělení závažné diagnózy, navzdory žádné praktické přípravě ke sdělování závažných zpráv a osm dotázaných, tj. 22 % se cítí být jen velmi málo kompetentní ke stejnému úkolu. I výzkum bostonských mediků a lékařů (n = 129) uvedlo, že se cítí být připraveni sdělit pacientovi závažnou diagnózu, ale při tom se cítí nekomfortně. Při debriefingu dotázaní uváděli na prvních místech pacientovy emoce a jeho reakci na sdělení, poté své emoce a potřebu zlepšovat se v této oblasti (Orlander, Fincke, Hermanns, David & Johnson, 2002). Ani ten nejzkušenější nemusí vědět vždy, jakým způsobem závažnou informaci předat. Každý pacient je individuální a předvídat jeho emocionální reakci nelze lehce. Navíc, mnohdy lékař pacienta ani dost dobře nezná. Reálnou obranou lékařů před pocitem ztráty je utlumení vůči svým i pacientovým emocím. Mnoho lékařů si může myslet, že když si připustí pacientův stres, tak se z toho zblázní. Lékař by ovšem měl umět přiměřeně emočně reagovat i na hůře přijatelné emoční reakce pacienta. Samozřejmě, že moment sdělení závažné diagnózy změni vztah mezi pacientem a lékařem, a to může vyvolávat další

nejistotu nebo strach (Opatrná, 2017; Ptáček, et al., 2011). Strach lékaře může být vyvolán i jeho profesním zaměřením (Millar, et al., 2013; Beran, et al., 2010). Medicína se soustředí výrazně na tělesnou stránku člověka a trénuje mediky hlavně v oblasti biologie. V oblasti psychologické a tanatologické se pak lékaři mohou cítit nejistí.

Dnešní literatura sice upozorňuje na technizaci medicíny, přece jen žádný lékař nemůže alespoň částečně neprožívat bolest nebo sociální ztráty svého pacienta. Je přirozené, že se lékař obává dopadů špatných zpráv na zdraví a psychickou pohodu pacienta. Další pocity strachu mohou pramenit z neschopnosti, nemožnosti zodpovědět některé otázky pacienta nebo jeho rodiny (Ptáček, et al., 2011).

Dle kvalitativní studie Millara, et al. (2013) lékařům nevadí, když se jejich kolegové vyhýbají sdělit závažnou diagnózu. Právě vyhýbání se otevřené komunikaci o špatné prognóze je častou únikovou strategií lékařů. Příčiny byly již výše popsány: pacientova úzkost a emoční reakce, požadavky rodiny pacienta, neschopnost odpovědět veškeré pacientovy otázky a negativní přístup pacienta (Arbabi, et al., 2010). Také si uvědomují, že na podobný rozhovor je třeba se připravit, a že je třeba na něj mít čas, který velmi často nemají. Přiznávají, že je pro ně jednodušší říci „uvidíme za měsíc“, aby se tak vyhnuli nepříjemné pravdě. Takové poskytování falešné naděje pomáhá lékaři překonat osobní lítost k pacientovi a pocity beznaděje. K podobnému účelu může sloužit i používání eufemismů namísto konkrétních výrazů, např. slovo rakovina nahrazují výrazem neobvyklý růst (Surbone, et al., 2004).

4.1. Syndrom vyhoření

Jak již z výše uvedeného vyplývá, lékaři ve své profesi čelí dlouhodobě různé míře stresu. Ten se může pojít s byrokracií, k níž je lékařská profese nucena. Může se pojít s obavami, zda je zvolený postup správně nebo s časovým tlakem. Každodenní stres může vyvstávat i z běžného mezilidského kontaktu. Sdělení závažné diagnózy a neustálý kontakt s hrozbou smrti, umíráním, paliativní péčí, může být významným stresorem. Tyto i další faktory mohou vést k vypuknutí tzv. burn-out syndromu, syndromu vyhoření. Je na místě se alespoň stručně zabývat tímto tématem v následující podkapitole.

Stres lze definovat jako nerovnováhu mezi hodnocením požadavků a hodnocením zdrojů k jejich zvládnutí. Lze sledovat jeho psychologickou i fyziologickou komponentu. Neschopnost tolerance takového stresu vede k dlouhodobým biochemickým, morfologickým změnám i psychickým změnám. Syndrom vyhoření je prolongovanou

reakcí na dlouhodobé mezilidské stresory na pracovišti. Lidé se syndromem vyhoření mají zhoršené soustředění i zhoršenou paměť. Jsou úzkostnější, potýkají se s různými somatickými potížemi. Stěžují si na poruchy spánku a v souvislosti s tím pociťují dlouhodobě zvýšenou únavu a unavitelnost. Vyskytují se u nich také hostilní pocity k profesi, úzkost, deprese a lhostejnost. Podobně se zhorší/sníží schopnost empatie a v mezilidském profesním kontaktu jednájí s pacientem/klientem jako s objektem. Léčba burn-out syndromu spočívá v psychoterapeutickém působení, úpravou životního stylu, případně v podání farmakoterapeutických přípravků, např. medikamenty upravující spánek. Důležitá je v tomto směru prevence. Jde především o psychohygienu a strategie vycházející z psychoterapie (Raudenská & Javůrková, 2011). Jistě i připravenost lékaře na stresové situace, spočívající v osvojení kompetencí, se dá považovat za prevenci. I z tohoto důvodu je určitě žádoucí trénovat, rozvíjet a upevňovat komunikační kompetence ke sdělování závažných diagnóz.

Podobnou myšlenkou se zabývají ve svém článku Cheon, Fu, Agarwal, Chow, & Henry (2017). Kladou si otázku, zda trénink v komunikačních dovednostech pro sdělování závažné diagnózy snižuje riziko vzniku syndromu vyhoření u onkologů. Prozkoumali výsledky čtyř studií, z Portugalska, z Velké Británie a dvě z Japonska. Všechny studie pracovaly s inventářem syndromu vyhoření od Malashe (the Malash Burnout Inventory, MBI). Tento inventář se zaměřuje na emoční vyčerpání, depersonalizaci a seberealizaci. Tři studie měřili riziko syndromu vyčerpání před tréninkem komunikačních dovedností a po intervenci. Výsledky těchto studií, nejsou zcela podobné, ale obecně dochází k pozitivním výsledkům. Poukazují na kladný vliv tréninku na snížení emočního vyčerpání. Podobně intervence ovlivnila depersonalizaci ve dvou studiích, ovšem rozdíl nebyl v jednom případě statisticky signifikantní a ve třetí studii došlo ke zvýšení. Vliv tréninku komunikačních dovedností na seberealizaci byl dle výsledků studie velmi různý. Ve dvou případech došlo ke zvýšení a v jednom případě ke snížení. Zajímavé je ještě zjištění čtvrté studie, která poukazuje na vliv věku lékaře. Rizikovým faktorem pro vznik syndromu vyhoření u onkologických lékařů se ukázal být věk nižší než 55 let (Cheon, et al., 2017).

5. Vědecké zkoumání tématu a jeho současný stav

Tématem sdělování nepříznivých zpráv pacientovi se zabývá mnoho studií a výzkumů. Existují jak kvalitativní, tak i kvantitativní. Téma zkoumají z různých úhlů pohledu – pohled pacientů s různým typem onemocnění, pohled rodin pacientů, pohled lékařů a jiného zdravotnického personálu nebo pohled studentů medicíny. Některé zjišťují postoje dotázaných k právu znát nebo neznat svou diagnózu a prognózu (Elger & Harding, 2002) nebo se zabývají vyučováním a tréninkem komunikačních dovedností mediků a lékařů (Tang, et al., 2013; Sheu, et al., 2006; Aspergen, 1999). Jiné popisují, jak probíhá sdělení závažné diagnózy v různých zařízeních, jak takové sdělení vnímají pacienti a zda jsou spokojeni s takovým přístupem (Öhlén, et al., 2008). Další studie zjišťují míru např. míru stresu a známky syndromu vyhoření u zdravotnického personálu v souvislosti s komunikačním tréninkem ve sdělování závažných zpráv (Cheon, et al., 2017). Stresem spojeným se sdělování závažné diagnózy se zabývá také výzkum z Austrálie. Brown s kolegy zjišťovali, zda typ sdělené zprávy bude mít vliv na míru fyziologické stresové reakce, přičemž vycházeli z měření tepové frekvence a variability srdečního rytmu. Subjektivní výpovědi stresu nebyly zkoumány. Experimentu se účastnilo dvanáct začínajících lékařů, tj. s praxí od jednoho do tří let a dvanáct zkušených lékařů, tj. s praxí nad čtyři roky. Všichni účastníci absolvovali dva scénáře: sdělení dobré zprávy, kde byla simulována konzultace kontrolního vyšetření padesátileté pacientky bez karcinogenního onemocnění a sdělení špatné zprávy, kdy šlo o simulaci sdělení padesátileté pacientce opětovného návratu rakoviny. Tepová frekvence byla významně vyšší v případě sdělení špatné zprávy, naopak variabilita srdečního rytmu byla signifikantně nižší. V obou scénářích se vrcholy tepové frekvence a variability srdeční činnosti vrátily na výchozí hodnoty stejně rychle po skončení konzultace (Brown et al., 2009). Jiný experiment byl proveden na dvaceti studentech medicíny čtvrtého a pátého ročníku. Každý účastník absolvoval dva scénáře, odebrání anamnézy a sdělení špatné zprávy, se standardizovaným pacientem. Míra stresu byla posuzována dle fyziologických a psychologických ukazatelů. Úzkost a stres zjišťované pomocí zkrácené holandské verze Spielbergerova inventáře aktuální úzkosti (STAI) a Vizualní analogové škály (VAS). Fyziologická reakce byla sledována pomocí měření tepové frekvence, krevní tlak, srdeční výdej a systémová vaskulární rezistence. Úzkost byla signifikantně vyšší před sdělením závažné diagnózy než před odebráním anamnézy. U stresu byl sice podobný rozdíl, ale ten nebyl statisticky významný. Tepová frekvence, krevní tlak a srdeční výdej byly zvýšeny v obou scénářích,

při čemž krevní tlak a srdeční výdej byly zvýšeny před sdělením závažné diagnózy, zatímco krevní tlak a systémová vaskulární rezistence byly významně nižší. Navíc samotné pořadí scénářů mělo vliv na psychologickou stresovou reakci. Pokud účastníci absolvovali jako první odebrání anamnézy, tak jejich úzkost byla významně nižší před i po konzultaci, a to i v případě sdělení onkologické diagnózy. V případě obráceného pořadí studenti nevypovídali o snížení ani úzkosti ani stresu po konzultaci v obou scénářích (Hulsman, et al., 2010). Jak již bylo uvedeno výše, Meunier s kolegy (2013) zkoumal vliv tréninku komunikačních dovedností u onkologů na stresovou reakci. Závěr nebyly zcela jasné: u experimentální skupiny nedošlo k významnému snížení úzkosti při sdělování závažné diagnózy. Za to se významně zvýšil pocit vlastní kompetence (self-efficacy) a uspokojení z odvedeného výkonu. Podobně došlo i ke zvýšení produkce kortizolu ve slinách pouze u experimentální skupiny, což lze vyložit jako zintenzivnění nárazníkového systému. Tepová frekvence se naopak změnila u kontrolní skupiny, která neobdržela trénink. Celkové fyziologické nabuzení bylo nižší (Meunier, et al., 2013). Přehledový článek na téma sdělování závažné diagnózy a stres lékařů uzavírá, že výzkumy se shodují na zjištění, že sdělení závažné diagnózy vyvolává fyziologickou i psychologickou stresovou reakci jak i studentů medicíny, tak u lékařů v praxi (Studer, et al., 2017).

II. Praktická část

6. Design

Praktická část diplomové práce se zabývá tématem kompetencí lékařů ke sdělování závažné diagnózy. Vzhledem ke svému cílu je práce kvalitativně orientovaná. Kvalitativní přístup nahlíží na jevy v jejich komplexnosti. Orientuje se na perspektivu probanda, ne výzkumníka (Merriam, 2009). V potaz je brán kontext, neboť zkoumané jevy jsou chápány jako jedinečné a neopakovatelné (Miovský, 2006). Tento přístup se hodí ke zkoumání u nových, nedostatečně probádaných témat nebo u témat bez (dostatečné) teorie. Získané výsledky tak mohou posloužit ke zmapování neznámého tématu, k vytvoření kvantitativně testovatelných hypotéz a tím k tvorbě určité teorie. Kvalitativní výzkum je vhodný i k doplnění poznatků k tématu již kvantitativně zkoumanému (Merriam, 2009). Znaky, které tento typ výzkumu charakterizují, jsou dynamika, procesualita a reflexivita. Kvalitativní výzkum je flexibilnější, lze jej do jisté míry upravovat, přizpůsobovat dle doposud zjištěných dat. I když se kvalitativní přístup snaží o vykreslení perspektivy cílového výzkumného vzorku, výzkumník si uvědomuje, že „*se de facto přímo či nepřímo spolupodílí na procesech, které zkoumá*“, což se samozřejmě snaží ve své práci reflektovat (Miovský, 2006, 18). Merriam (2009) dokonce tvrdí, že výzkumníkovo zjištění jeho subjektivního zkreslení může být větším přínosem než urputná snaha o maximální objektivitu.

Jak už z výše uvedeného vyplývá, kvalitativní metody mají dobré popisné schopnosti. K dosažení tohoto slouží nejenom slova, věty, ale i obrazy nebo různé diagramy a schémata. Pro dobarvení celé deskripce zkoumaného je vyloženě žádoucí pracovat s autentickými úryvky získaných od probandů. K metodám zisku kvalitativních dat se řadí nejenom rozhovor, pozorování, skupinové rozhovory a ohniskové skupiny, ale i kvalifikovaný odhad nebo analýza textových a jiných dokumentů (Merriam, 2009; Miovský, 2006; Seidman, 2006).

Z předchozí kapitoly „Vědecké zkoumání tématu a jeho současný stav“ vyplývá, že i když bylo zvolené téma zkoumáno různými výzkumníky, v různých státech i časových obdobích, perspektiva, kterou se zabývá tato práce, je k nalezení těžko. V této práci je zájem věnován mladým doktorům s malou praxí. Soustředí se na to, jak tito lékaři vnímají sami sebe právě, když sdělují nějakou závažnou diagnózu ať už pacientovi nebo jeho rodině. Tento úhel pohledu se jeví jako málo prozkoumaný, navíc vzhledem k náročnosti kvantifikovat vlastní vnímání a vzhledem k neexistenci standardizované kvantitativní

metody byl zvolen kvalitativní přístup. Dalším důvodem volby této strategie byla i rozmanitost zkoumané populace. Snahou nebylo zúžit výběr na homogenní populaci, ale dostat se k lékařům z různých oborů, kteří již mají zkušenost se sdělením velmi špatné prognózy. Jedinými kritérii bylo dokončené vysokoškolské studium, započatá praxe a nesložená atestační zkouška. Potřebný počet respondentů se zároveň odvíjí od výzkumných otázek a od saturace dat (Kolařík et al., 2017; Merriam, 2009; Seidman, 2006), což je dalším důvodem, proč byl zvolen tento přístup. Stanovení počtu respondentů ovlivňují i např. čas a peníze (Seidman, 2006). Předpoklad, že nelehké získávání respondentů a vytíženost mladých lékařů bude příčinou vysoké mortality a neochoty účastnit se výzkumu jen podporoval volbu kvalitativních metod.

Navržený výzkumný plán se nejvíce blíží kvalitativní evaluaci. Dotázaní lékaři hodnotili, jak probíhá současná praxe při sdělování velmi špatných zpráv, dále hodnotili sami sebe, tedy své kompetence a stejně tak ohodnotili přípravu i na univerzitě. V tomto případě jde o formativní evaluaci. Ta může přinést výsledky, které popisují silné a slabé stránky studovaného tématu a také navrhnout doporučení ke změně (Miovský, 2006).

6.1. Cíl

Cílem práce je prozkoumat a popsat subjektivní vnímání a hodnocení kompetencí sdělovat závažné diagnózy u mladých lékařů v atestační přípravě. Díky tomu mohou být prohloubeny již známé poznatky. Studie se soustředí na zjištění průběhu sdělení závažné diagnózy a prognózy v současných praxích probandů, na jejich prožívání a vnímání samotného aktu sdělování a jejich hodnocení kompetencí k tomuto úkolu. Součástí je i subjektivní evaluace lékařů doposud získané přípravy ke sdělování závažných diagnóz.

6.2. Výzkumné otázky

Na začátku tvorby designu výzkumu byly stanoveny výzkumné otázky, které vychází z cíle výzkumu. Výzkumných otázek bylo stanoveno celkem sedm:

- 1) Jak v praxi vypadá sdělení extrémně nepříznivých diagnóz a prognóz?
- 2) Vnímají se lékaři před atestací jako kompetentní ke sdělování závažných diagnóz?
- 3) Jaké pocity prožívají lékaři před atestací při rozhovoru o nevléčitelné nemoci?
- 4) Jaké obavy prožívají lékaři před atestací při sdělování závažných diagnóz?

- 5) Jak lékaři před atestací hodnotí přípravu na informování pacienta o infaustní prognóze?
- 6) Jak lékaři před atestací přistupují ke vzdělávání v oblasti sdělování závažných diagnóz?
- 7) Co by lékařům pomohlo, aby se cítili být jistější?

6.3. Populace

Populaci pro tento výzkum představují mladí lékaři a mladé lékařky, kteří ukončili vysokoškolské studium všeobecné medicíny a v současnosti jsou v praxi, při níž se připravují na atestaci. Nyní je důležité zmínit současný systém atestací. V minulosti se rozlišovala atestace prvního a druhého stupně. Od 1. 7. 2009 však došlo ke změně vyhláškou č. 185/2009 Sb. Po absolvování vysokoškolského studia si lékař zvolí základní obor, v němž chce pracovat a запиše se do příslušného vzdělávacího programu. Lékař se na akreditovaném pracovišti soustavně vzdělává prakticky i teoreticky. Po splnění definovaných požadavků je žadateli umožněno splnit tzv. kmen, který zahrnuje povinnou praxi, praktické dovednosti a teoretické znalosti pro určené obory. Příprava pro kmen se liší dle oborů, v zásadě to bývají 2 roky a někdy i 5 let. Po úspěšném složení kmenové zkoušky je rozšířen repertoár výkonů, které smí lékař vykonávat bez odborného dozoru, pouze pod dohledem. Dále je možné pokračovat v přípravě specializačního vzdělávání, které trvá řádově do pěti let. Po splnění předem daných podmínek, může lékař přistoupit k atestační zkoušce a až po jejím úspěšném složení se stává atestovaným lékařem (Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 5. února 2018). Dle zdravotnické statistiky z roku 2013 bylo v České republice celkem 3.584 lékařů pod 29 let, z toho 2.368 jich bylo žen a 1.216 mužů. Lékařů v rozmezí 29 – 34 let bylo 3.714, žen 2.061 a mužů 1.653 (ÚZIS, 2014). Vzhledem k předpokládanému průměrnému ukončení vysokoškolského studia ve dvacetipěti letech se dá očekávat, že atestovaným lékařem je možné se stát v rozmezí 30 – 34 let. Byť nebyly nalezeny statistiky, které by přímo poukazovaly na počet lékařů v atestační přípravě, lze usuzovat, že sledovaná populace může celkově čítat okolo 7.300 lékařů.

6.4. Výběr vzorku

Výzkumný vzorek byl vybírán samovýběrem a především metodou sněhové koule. Tyto postupy jsou nepravděpodobnostní metody. Ne vždy je samovýběr výhodný, neboť

účastník je nezvykle motivován, což může přinášet jisté zkreslení výsledků. Zdrojem takové motivace může být nabízená finanční odměna nebo odlišnost od běžné populace např. v otevřenosti (Miovský, 2006). Vzhledem k tomu, že respondenti v tomto výzkumu neobdrželi žádnou finanční odměnu, tak nelze usuzovat na takovouto motivaci. Na sociální síti facebook byly zveřejněny nabídky účastní na tomto výzkumu a potenciální participaci museli projevit svůj zájem tím, že sami kontaktovali výzkumníka. Díky tomuto postupu byli získáni 2 účastníci výzkumu.

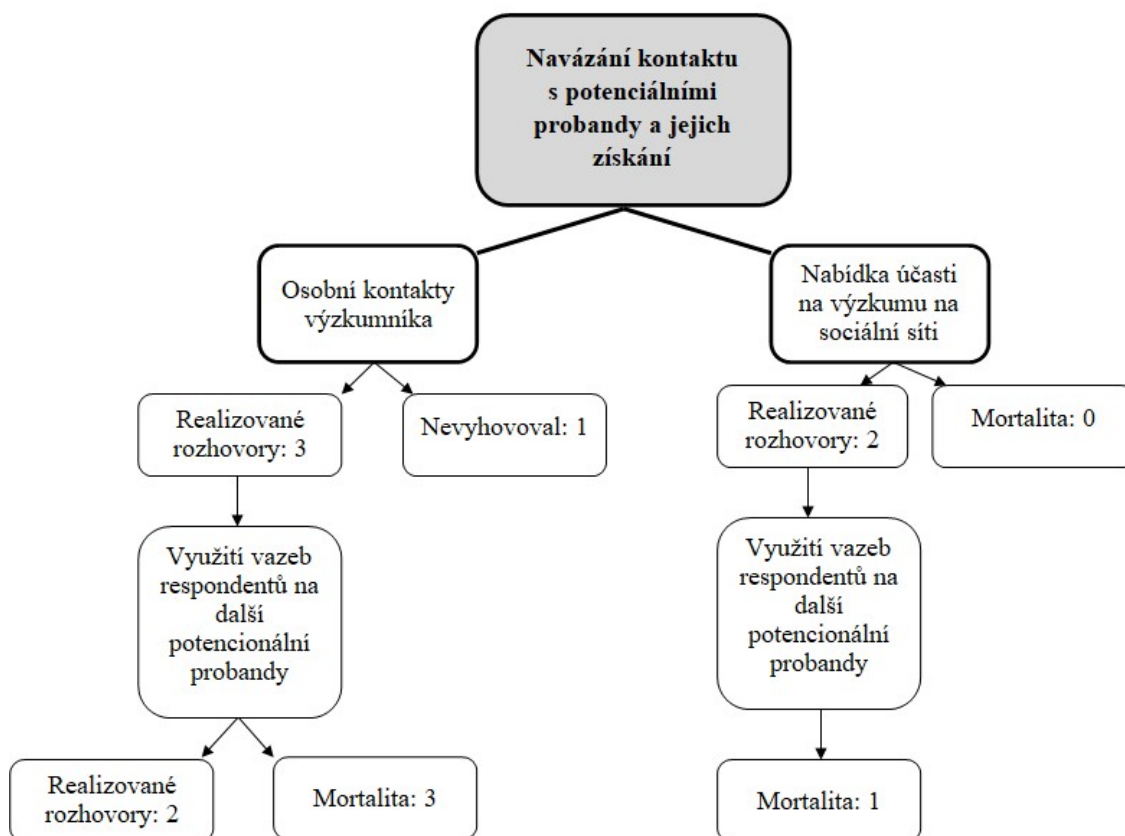
Metoda sněhové koule spočívá ve využívání vazeb již získaných probandů na potenciálně další. Sem se řadí i výběr probandů na základě osobního kontaktu výzkumníka. V počátku tak vznikne první vlna kandidátů, jejichž známosti jsou využity a tvoří se tak další a další vlny. Tímto se probandí na sebe „nabalují“. Byť se tento postup může zdát jako snadný, není tomu úplně tak, neboť výzkumník může využít svých osobních známostí, což může obnášet další zkreslení dat (Miovský, 2006; Seidman, 2006). V této studii bylo využito této metody v první řadě. Díky osobní známosti s výzkumníkem byli získáni celkem 3 respondenti. Od dvou probandů z této vlny se podařilo získat kontakt na jejich kolegy a díky tomu se výzkumný vzorek rozšířil o další 2 participanty.

Další zamýšlenou metodou výběru participantů bylo oslovení přes instituci. Žádost o možnost oslovení lékařů v atestační přípravě byla zaslána České lékařské komoře a také spolku Mladých lékařů. Tento způsob se však ukázal jako neúčinný. Stejně tak Miovský (2006) upozorňuje na to, že výběr přes instituci může zkreslovat získaná data tím, že jsou doporučení „jen ti vhodní, např. dobře reprezentující“ kandidáti. Takové zkreslení tedy v této práci nehrozí.

Již v kapitole „Cíl“ byla zmíněna kritéria výběru probandů. Pro úplnost jsou uvedena ještě jednou i na tomto místě. Pro zařazení do studie byli hledáni ti lékaři, kteří již ukončili vysokoškolské studium a v současnosti se připravují na atestaci. Další požadavek byl, aby měli zkušenost se sdělením závažné diagnózy nebo nepříznivé prognózy. Jiné omezení pro zařazení do výzkumného vzorku nebylo stanoveno.

Proces oslovení a navázání kontaktu ukazuje schéma č. 1. Celkem bylo osloveno 12 lékařů. Mortalita, tedy odpadnutí respondentů, se týkala pěti oslovených. Zájem projevilo 10 oslovených, pouze 2 účast odmítli a 3 z nich kritéria nesplňovali, buď měli již dokončenou atestaci, nebo vůbec nesdělovali závažnou diagnózu.

Schéma č. 1: Navázání kontaktu s probandy



6.5. Vzorek

Výzkumný vzorek tvoří lékaři a lékařky, které již ukončili vysokoškolské studium, jsou v praxi, připravují se na atestační zkoušku a mají alespoň jednu zkušenost se sdělením nepříznivé diagnózy nebo prognózy. Vzorek celkem tvoří sedm respondentů. Jsou starší osmnácti let, což vyplývá už ze samotné podmínky ukončeného vysokoškolského studia. Čtyřem respondentům ze sedmi bylo 27 let, jednomu 28 a zbylým dvěma 30 roků. I když výběr respondentů nebyl nijak geograficky omezen, většinu vzorku, tj. 5 lékařů, představují lékaři pracující v Olomouci. Další zastoupená města jsou pak Brno a Banská Bystrica. Dosažené vzdělání bylo samozřejmě vysokoškolské, až na jednoho účastníka, který dosáhl titulu Ph.D., všichni měli titul MuDr. Z pohledu praxe a atestační přípravy, tak pouze dva probandi splnili tzv. kmen a připravují se dále na specializační atestaci, ostatních pět lékařů se na kmen chystá. Jejich praxe byla v rozmezí roku a půl až po pět a půl let. Zastoupené medicínské obory jsou poměrně rozmanité: hematologie, urologie, gynekologie – porodnictví, všeobecné praktické lékařství, geriatrické a dětská onkologie.

Poslední zmíněný obor je jediný ve vzorku dvakrát zastoupený. Pro lepší srozumitelnost je níže uvedená tabulka č. 1, která se snaží vzorek srozumitelně popsat.

Tabulka č. 1: Přehledová tabulka respondentů

respondent	věk	medicínský obor	délka praxe (v letech)	kmen	město
1	27	všeobecné praktické lékařství	2	ne	Olomouc
2	27	dětská onkologie	1,5	ne	Brno
3	28	urologie	3	ne	Olomouc
4	30	hematoonkologie	4	ano	Olomouc
5	27	gynekologie- porodnictví	3	ano	Olomouc
6	27	geriatrie	1,5	ne	Olomouc
7	30	dětská onkologie	5,5	ne	Banská Bystrica

6.6. Metody získávání dat

Metod získávání dat v kvalitativním výzkumu je mnoho, jak již bylo poukázáno v počátku praktické části práce. V tomto výzkumu pro získání dat bylo využito polostrukturovaného rozhovoru. Tato metoda je kloubí pozitiva nestrukturovaného a strukturovaného rozhovoru. Její výhody tkví jak ve strukturovanosti, tak v její flexibilitě a proto je nejvyužívanější kvalitativní metodou zisku dat. Výzkumník je nucen si před započítím praktického výzkumu stanovit klíčové otázky, na něž se potřebuje respondentů zeptat vždy. Dále je vhodné vytvořit si také seznam případných doplňujících otázek ke zmíněným klíčovým otázkám. Rozhovor může mít jisté části plně strukturované a naopak jiné zase velice rozvolněné, ovšem výzkumník by měl vědět, za jakým účelem strukturovanost/rozvolněnost používá. Cílem je získat maximum dat, které jsou třeba k

zodpovězení výzkumných otázek a pro splnění výzkumných cílů. Díky možnosti měnit pořadí otázek nebo doplňujících zařazení otázek probandovi „na tělo“ vysvětlujících zavádějící nebo nejasná tvrzení může být rozhovor plynulý a autentičtější, než je tomu v případě strukturovaného rozhovoru. Polostrukturovaný rozhovor poskytuje značnou výtěžnost dat, na druhou stranu je náročnější na výzkumníkovu přípravu a realizaci (Merriam, 2009; Miovský, 2006; Seidman, 2006).

Nedílnou součástí (nejen) polostrukturovaného rozhovoru je i pozorování (Miovský, 2006). Pro pozorování nebyly dopředu stanoveny žádné kategorie, kterých by si měl tazatel všimnout. Pozorování probíhalo tím způsobem, že výzkumník měl možnost si dělat během rozhovoru poznámky. To nebylo nijak zvlášť využito. Sledovány byly běžné kategorie: úprava zevnějšku, mimika obličeje, intonace hlasu apod. Nebyly nalezeny žádné zvláštnosti. Respondenti byli upraveni přiměřeně situaci, z nikoho nebyl poznat strach nebo nervozita. Během rozhovoru bylo patrné, že jsou pozorní a nad tématem se velmi zamýšlí.

Příprava rozhovoru a otázek se odvíjely od výzkumných otázek. Na úvod byly nachystány tři krátké reálné kazuistiky, které byly poskytnuty jedním nejmenovaným lékařem. Cílem bylo navodit atmosféru rozhovoru, a také přiblížit probandovi závažnost diagnóz a prognóz. Klíčové otázky, které byly stanoveny, mířily na pocity, které lékař prožívá při seznámení se s případem. Dále bylo cílem zjistit, jak probíhá sdělování závažné diagnózy v praxi dotázaného. Otázky pak také zjišťovaly pocity, které lékař zažívá bezprostředně před sdělením samotné informace pacientovi, a zda pro něj představuje takový úkol stres. Další bod se věnoval obavám, které lékař může prožívat v souvislosti s aktem sdělení nepříznivé informace. Zájem byl také soustředěn na to, jak si lékař představuje, že by podobné diagnózy a prognózy měly být sdělovány v ideálním případě. V rozhovoru nechyběly ani otázky, zjišťující pocit vlastní kompetentnosti. Poslední část rozhovoru zjišťovala přípravu a vzdělávání v této oblasti. Klíčové i doplňující otázky, s nimiž se v průběhu výzkumu pracovalo, jsou uvedeny v příloze č. 2.

Rozhovor probíhal po navázání kontaktu s probandem a společné předchozí domluvě. Výběr místa a času byl ponechán převážně na účastníku výzkumu. Nejčastějším místem realizace rozhovoru byla kavárna dle participantova výběru. Respondent byl dopředu obeznámen se svými právy, které na účasti z výzkumu vyplývaly, s tématem diplomové práce a s nahráváním rozhovoru na diktafon. Proband ovšem neznal dopředu otázky, které mu budou pokládány. Na začátku setkání byl proband přivítán, znovu mu

byly zopakovány informace o diplomové práci, byl seznámen s informovaným souhlasem, který podepsal, svou ochotu účastnit se výzkumu vyjádřil i slovně, což je zachyceno na audio nahrávce. Na úvod byl respondentovi předán text, který popisoval tři krátké kazuistiky. Dotazovaný si tyto případy v klidu přečetl a po té začal samotný rozhovor, který navázal na tyto kazuistiky. Účelem těchto kazuistik bylo demonstrovat závažnost diagnóz a prognóz, kterým se celý rozhovor bude věnovat. Pořadí otázek nemuselo být striktně dodržováno, ale na konec bývala struktura rozhovorů velmi podobná té zamýšlené výzkumníkem. Lékařovi byla položena otázka a on na ni mohl odpovědět, jak uznal za vhodné a jak dovedl. Dle pozorování výzkumníka se všichni respondenti pečlivě zamýšleli nad otázkami a snažili se dát co nejautentičtější odpověď. Na závěr rozhovoru jim byl vždy poskytnut prostor pro jejich zpětnou vazbu k celému rozhovoru, k jeho průběhu, struktuře, srozumitelnosti i k tazateli. Dle získané zpětné vazby byl rozhovor pro lékaře přínosný a inspirativní. Otázky jim přišli srozumitelné a nenapadly je žádné další otázky, které by bylo dle nich dobré do rozhovoru zařadit. Délka rozhovorů se pohybovala nejčastěji kolem padesáti minut.

6.7. Zpracování dat

Pro zachycení rozhovoru byl použit diktafon. Diktafon byl vybrán, protože umožňuje zachytit téměř veškerý řečový a akustický projev respondenta, díky čemuž se výzkumník může věnovat plně rozhovoru a jeho pozornost není odváděna psaním si poznámek. Tento způsob je velmi jednoduchý na přípravu a realizaci. Navíc respondent si většinou v počátku rozhovoru na přítomnost diktafonu zvykl a nijak tento fakt nenarušoval samotný rozhovor ani nezvyšoval probandovu tenzi. Videozáznam využit nebyl, neboť příprava a realizace by byla náročná a výsledek nejistý. Dalším argumentem, proč videozáznam vynechat, byl fakt, že většina rozhovorů byla nahrávána na veřejných místech, což by mohla být další komplikace.

Všechny rozhovory byly doslovně přepsány dle nahrávek. V příloze č. 5 je ukázka jednoho takového přepisu rozhovoru. Pro případ potřeby byly všechny kontakty na participanta uchovány pro případ, že by nějaká informace byla nejasná nebo zavádějící. Výzkumník měl tedy možnost si ověřit platnost výroků. Na druhé straně i respondent mohl k rozhovoru kdykoliv doplnit nebo upřesnit nějaké informace. Nicméně ani jedna taková situace nenastala.

6.8. Vyhodnocení dat

Vyhodnocení dat se řadí k nejobtížnějším, neboť existují mnohé možnosti výkladů vyhodnocených dat. K tomu přispívá i nízká míra standardizace (Miovský, 2006). Cílem toho procesu je uspořádat data, zmenšit jejich objem a upravit je do takové formy, aby studované jevy bylo možné interpretovat a sdílet. Z toho důvodu je důležité si data pečlivě utřídit a převést data z rozhovorů do psané formy. Dále dochází díky induktivního procesu k redukci dat. Při tom by měl mít výzkumník „otevřenou mysl“, aby mohl najít to, co se zdá být klíčové, důležité nebo zajímavé (Seidman, 2006).

Vyhodnocování rozhovorů předchází sesbírání všech dat. Tak se předejde tomu, aby tazatel zjišťoval odlišné informace. K tomu slouží pilotní rozhovor, který ukáže, zda jsou otázky dobře formulované a zda lze z odpovědí vytěžit potřebná data. Pro vyhodnocování je třeba, aby hodnotitel reflektoval jak své pocity, tak i zájmy, díky čemuž se snižuje riziko zkreslení interpretací. Je důležité nenechat se ovlivnit svými předsudky a předem vytvořenými hypotézami. Zároveň by nemělo dojít k „odosobnění“, protože to vede ke snížení schopnosti rozlišit zajímavá a důležitá data (Seidman, 2006).

Při vyhodnocování dat se často nevyužívá pouze jedna kvalitativní metoda. V této práci byly použity deskripce, kódování, tvorba trsů, metoda kontrastů a srovnávání. Principem deskripce je urovnání a popis dat. Dle užšího pojetí je chápána jako samostatný analytický postup (Miovský, 2006). Jelikož si tato práce klade za cíl popsat subjektivní prožívání a hodnocení kompetencí lékařů ke sdělování závažných diagnóz, byla deskripce zvolena jako důležitá metoda vyhodnocování dat.

Kódování je znamená hledání opakujících se slov nebo úryvků v datech. Ty jsou seskupovány do kódů, které jsou následně sloučeny do nadřazených kategorií (Hendl, nedat.; Seidman, 2006). Kódy a kategorie nejsou předem dané, vznikají v průběhu vyhodnocovacího procesu (Seidman, 2006). Tuto činnost mohou usnadnit mnohé počítačové programy. V této studii byl využit program „NVivo 11“, který je uživatelsky příjemný. Vzniklé kódy a kategorie data ještě více zpřehlednila, a tak bylo možné odpovědět na výzkumné otázky a provést kvalitní deskripci.

Kontrastování a srovnávání pomáhá vyzdvihnout kontextuální odlišnosti a odlišit kategorie (Miovský, 2006).

6.9. Etické aspekty a možná rizika

Nejen v psychologickém výzkumu by měly být dodrženy etické zásady. Běžnými standardy jsou: dobrovolná účast, informovaný souhlas s účastí na výzkumu, ochrana osobních a citlivých údajů a nonmaleficence, tedy nepoškodit. Rovněž platí zásada, že data by neměla být využita k žádnému jinému účel, než ke kterému dal participant souhlas (Kolařík, et al., 2017; Lindsay, et al., 2010; Miovský, 2006).

Tento výzkum respektuje a dodržuje výše uvedené zásady. Účastníkům byl pečlivě vysvětlen předmět a cíl celé práce. Také jim byl poskytnut prostor pro jejich dotazy. Souběžně byli informováni o svých právech, které z účasti na výzkumu vyplývaly. Participantů tedy věděli, že jejich účast je dobrovolná, anonymní a v jakékoliv fázi studie mají možnost z výzkumu vystoupit bez udání důvodu. Stejně tak nemají povinnost odpovídat na veškeré otázky v rozhovoru, pokud by některá otázka byla příliš osobní nebo jinak citlivá. Zároveň byli obeznámeni s předpokládaným průběhem rozhovoru i časovou náročností schůzky. Toto všechno probíhalo ještě před domluveným osobním setkáním přes emailovou komunikaci. Stejně tak byl respondentům vždy s předstihem zaslán vzor informovaného souhlasu, který si tak v klidu mohli přečíst. Pro tuto studii byl použit doporučený informovaný souhlas katedrou psychologie Univerzity Palackého v Olomouci, VIZ příloha č. 4 (Kolařík, et al., 2017). Při osobní schůzce byly ty stejné informace respondentovi ústně zopakovány. Respondent měl znovu možnost doptat se na případné nejasnosti. Svým podpisem informovaného souhlasu potvrdil svou dobrovolnou účast. Jeho souhlas byl také zaznamenán ve verbální formě na diktafonu.

Snad jediným možným rizikem, které vyplývalo z účasti na výzkumu, bylo oživení nějakých nepříjemných vzpomínek a pocitů. Na toto riziko byli účastníci upozorněni. V případě větší psychické nepohody mohli kontaktovat přímo výzkumníka, který by je doporučil na nejbližší krizová centra, případně do psychologické poradny. Z účasti na studii vyplývala tato výhoda: přispění k rozšíření poznatků o dané problematice.

7. Výsledky

V této části práce jsou představeny získané výsledky diplomové práce. Kapitola je strukturována tak, aby bylo možné podat přehledné a srozumitelné odpovědi na výzkumné otázky uvedené v kapitole č. 6.2. Získané výsledky jsou doplněny o citace probandů, což může čtenáři dokreslit jeho představu.

7.1. Jak v praxi vypadá sdělování závažných diagnóz?

Dle získaných dat se průběh sdělování velmi nepříznivých informací podstatně liší. Hlavní rozdíl je evidentní v typu zařízení. Průběh sdělení výsledků vyšetření a s tím spojené prognózy vypadá velmi odlišně na klinikách, kde se lékaři setkávají častěji s takovými případy, např. onkologické kliniky, než v jiných odděleních nemocnic, např. interní oddělení. Další významný rozdíl je v tom, zda se jedná o lůžkové nebo ambulantní zařízení.

Nyní bude popsán průběh sdělení na lůžkových odděleních. Čtyři dotazovaní lékaři pracovali výhradně na lůžkovém oddělení, další tři lékaři měli zkušenost i s pacienty ambulantními. Na lůžkových odděleních lékaři často informace pacientům sdělovali přímo na jejich pokoji, někdy i za přítomnosti dalšího pacienta, pokud jejich zdravotní stavy neumožňovaly přesun. Dále probíhalo sdělení v lékařském pokoji nebo na vyšetřovně. Lékařský pokoj je vybaven pracovním stolem, židlí a dvěma křesly. Vyšetřovna má již některé přístroje a jiné vybavení, které lékař potřebuje, např. *„Ta vyšetřovna je v podstatě místnost, kde jsou dva počítače, vyšetřovací lůžko. Jsou tam dva vozíky, jeden resuscitační a jeden převazový, které využívají sestry, proto tam často chodí a je tam EKG přístroj.“* V jednom případě byla k tomuto účelu vyhrazena místnost, šlo o útulně zařízenou místnost s křesly, konferenčním stolem a televizí. Zároveň tato místnost sloužila jako návštěvní nebo společenská místnost. Výběr prostředí byl ovlivněn také počtem lidí, kteří u sdělování byli přítomni: *„Nejčastěji je to asi na tom pokoji, protože ten pacient je přece jenom..., má tam nějaké svoje věci a cítí se tam asi nejlíp. Ale někdy, kdy opravdu tušíme, že to může být rizikové, tak ho vytáhneme z toho pokoje. Máme tady návštěvní místnost, ty jsou takové příjemné. Tam je bereme, když má třeba i rodinu u sebe.“* Navzdory poměrně dobrým podmínkám prostředí, mnoho dotázaných lékařů poukazuje na rušivé vlivy, se kterými nemohou nic udělat, např. návštěvní místnost je u vchodové části oddělení, takže v místnosti je slyšet ruch příchozích a odchozích osob. V případě ošetřoven může vstoupit

zdravotní sestra, která něco potřebuje, aby se mohla postarat o jiné pacienty. Stejně tak lékaři nemohou vypnout svůj pracovní telefon, takže i když nemají být rušeni, stále existuje riziko vyrušení z konzultace. Dle výpovědí bývá u rozhovoru přítomen nejčastěji lékař a pacient. Ovšem v případě neatestovaných lékařů je u konzultace další zkušenější, tedy atestovaný kolega. Ve výjimečných případech, kdy lékař cítí obavu z reakce pacienta nebo rodiny, tak si přizve primáře nebo přednostu stanice. V tomto případě jde spíše o právní ochranu. Někdy u konzultace je i zdravotní sestra, buď po celou dobu anebo jen po určitou část. Přítomnost zdravotní sestry bývala častější, pokud byl rozhovor veden na vyšetřovně. Na dětských odděleních se zpráva sděluje v prvé řadě zákonným zástupcům a poté dítěti. Pokud je dětskému pacientovi sedmnáct nebo více roků, lékař informaci sděluje pacientovi za přítomnosti rodičů. V případě geriatrických pacientů je informace sdělena rodině prvně, jen pokud pacientův zdravotní stav konzultaci nedovoluje. Čas, který lékař má na informování pacienta/rodiny na lůžkových odděleních je čtvrt až půl hodiny: *„kolik si udělám..., myslím si, že nepotřebuji víc než 15 minut.“* Naopak dvě respondentky s časem spokojené nebyly: *„Na toho pacienta mám třeba půl hodky, což prostě nestačí. Když mám štěstí, tak 20 minut. A to musím mít fakt štěstí. Ale těch 20 minut je reálných.“* Pouze v jednom případě respondent uvedl, že podobný rozhovor trvá průměrně hodinu a půl, při čemž si uvědomuje, že *„je třeba si dát velmi, velmi dlouhý čas na ten rozhovor, aby mohli projevit emoce a tak dále.“* Následný kontakt s lékařem pacientem je v případě lůžkového oddělení poměrně intenzivní. V zařízeních často funguje systém ošetřujícího lékaře, tedy každý pacient se víceméně setkává a je vyšetřován jedním doktorem. Lékaři si cení možnosti přijít za pacientem na pokoj nebo se s pacientem potkat v lékařském pokoji, pokud pacient má další otázky nebo si potřebuje znovu promluvit: *„...on pacient v průběhu toho týdne si všechno promýšlí na tom lůžku. Takže vlastně on se mě dodatečně ptá a doptává, co by se mohlo stát a jak by se to mohlo řešit. Je to lepší než nějaká ambulance, kde opravdu je to teda náročné vysvětlit.“* Pokud jde o psychologickou péči, tak ta není samozřejmostí v každém zařízení. Onkologické kliniky mívají standardně svého psychologa pro oddělení, kde poměrně dobře funguje: *„ona každý den přijde na oddělení a podívá se, kdo je tam nový, protože její práce je tady u nás na klinice. Nikde jinde. Maximálně nějaká konzilia má. Ona si to řídí sama a v případě, že by se nám něco nezdálo nebo třeba máme pocit, že by ten pacient potřeboval intenzifikovat tu psychologickou podporu, tak ji tam pošleme.“*

V případě ambulancí jsou podmínky náročnější. Všichni dotázaní lékaři, kteří pracují na lůžkovém oddělení, se shodli na tom, že jsou rádi, že nepracují na ambulanci. Prostředí na ambulanci nebývá tak příjemné, často jde o vyšetřovnu. U sdělení bývá přítomen pacient, lékař a zdravotní sestra. Výjimečně si chodí pacienti pro výsledky za doprovodu rodiny. Největším úskalím na ambulanci je nedostatek času: „*na pacienta máme 15 minut, no. A potom, někdy se to nahromadí, že jich je tam víc, někdy míň. Takže v průměru těch 10 – 15 minut. Byl jsem na pracovišti, kde to bylo do 5 minut, třeba.*“

V souvislosti s tím, jak probíhá samotná konzultace je také zajímavé, zda se lékaři nějakým způsobem potřebují připravit. V tomto aspektu nebyly nalezeny výrazné odlišnosti mezi lékaři z lůžkového a ambulantního provozu. Shodují se na tom, že jejich příprava spočívá v tom se s případem obeznámit. Potřebují si přečíst dokumentaci, zjistit, jaká vyšetření již proběhla a jaké jsou výsledky. Přiznávají, že na delší přípravu není prostor: „*No, většinou tam je plná čekárna, takže se ke mně dostane výsledek, který mi přinese pacient a neví. Buď mi ho donese ten pacient, takže já mu ho během minuty musím říct do nějaké řeči jemu přijatelné.*“ V tomto je malý rozpor. Zároveň nechtějí odkládat moment sdělení špatných informací, a tedy ani necítí výraznou potřebu delšího času pro svou přípravu. Na druhou stranu vítají, když v tu danou chvíli jsou mimo rušivé prostředí a mohou se alespoň na chvíli zamyslet: „*Jako, ehm, ideálně, abych si to v klidu prošla a neměla tam mumraj, když je nás třeba na pokoji víc, na lékařáku. Tak možná si třeba jdu do ústraní, kde s to v klidu projdu.*“ Následný kontakt s pacientem je o něco stíženější, neboť pacient, pokud potřebuje znovu konzultaci, tak se většinou musí aktivně objednat. Možnost dalších konzultací skýtají budoucí plánovaná vyšetření. Pacient ale nemá velkou jistotu, že bude mluvit stále s tím jedním lékařem, neboť na ambulancích se lékaři střídají v kratších intervalech anebo pacient podstupuje vyšetření u jiných odborníků. Možnost psychologické péče je na ambulancích pochopitelně také značně omezena. Běžné poměrně je, že klinický psycholog je k dispozici pro několik oddělení: „*Kdyby byl asi nějaký závažný případ, tak je asi k sehnání.*“

Strukturu rozhovoru mají lékaři již naučenou, pouze dvě respondentky uvedly, že si strukturu připravovaly: „*Ze začátku jsem si to psala. Jo, že jsem si vždycky napsala, jak to tomu pacientovi postupně řeknu.*“ Lékaři začínají rozhovor s krátkým zopakováním toho, co již bylo provedeno, a co pacient již většinou ví. Po té řekli, že nemají dobrou zprávu a pacientovi sdělili, o co se jedná. Zajímavá bylo v tomto ohledu výpověď jednoho lékaře, který uvedl: „*A potom si ji teda pozvu dál, a pokud je to na příklad případ jako tady v té*

trojce, tedy terminální stádium, začnu asi touto větou: Paní Nováková, mám pro vás dobrou a lepší zprávu. Ta dobrá zpráva je..., jako my už víme o tom, že to onemocnění, kterým trpíte je onkologické. To už víte a víte to od té doby, jak jste šla na tu operaci. A dobrá zpráva je, že z histologie vyšlo, že ten karcinom, který tam je, dobře reaguje na chemoterapii, na onkologickou léčbu. Ta dobrá zpráva je ta, že dokážeme ten nádor anebo váš stav, dokážeme vám poskytnout nějakou léčbu. A ještě lepší zpráva je ta, že pokud ten nádor zareaguje na tu léčbu, umíme vám poskytnout několik roků života.“ V tomto případě výsledky sice neprokázaly dobrou odezvu na léčbu a byl plánovaný přechod k paliativní chemoterapii. Pokud je odezva na paliativní chemoterapii příznivá, pacienti se mohou dožít až pěti let, jak uvedl dotázaný respondent.

7.2. Vnímají se lékaři před atestací jako kompetentní ke sdělování závažných diagnóz?

Přímé odpovědi respondentů na tuto otázku jsou vesměs kladné. Lékaři se cítí být kompetentní k tomuto úkolu, zároveň si uvědomují závažnost a náročnost a přiznávají pokoru. *„Já si myslím, že ve většině případů ve sdělování té informace kompetentní, povím, že na 90 % ano. No, ale v těch delikátních případech si netroufám jít do toho sám. A to si myslím, že ani dlouholetý pracovník. Vždycky tam musí zůstat taková míra pokory.“* Pouze dva lékaři se necítili být kompetentní. Čtyři dotázaní se domnívají, že jejich schopnost je nějakým způsobem daná. Zbylí tři respondenti si uvědomují potřebu učit se komunikovat s pacientem. *„Taky je to o zkušenosti, že? Člověk, když se do toho dostane, tak se necítí vůbec kompetentní v ten moment. Prostě je to praxe a člověk se s tím začne setkávat a... Třeba se i poptám kolegů, jak takové věci řeší a postupně se v tom zlepšuju.“*

7.3. Jaké pocity prožívají lékaři před atestací při sdělování závažných diagnóz?

Odpověď na tuto otázku není zcela jednoduchá. Ze samotných dat vyplývají lehce rozporuplné výsledky. Na úvodní otázku, jak se lékaři cítí, když si přečtou nepříznivé výsledky (k tomu sloužily kazuistiky, které jsou v příloze č. 3), které mají sdělit pacientovi, tak se probandi shodují v tom, že necítí žádné významné pocity. Zmiňují odstup od emocí. *„Nějak se mě to nedotýká osobně. Už jsem si za ty roky asi vybudoval možná takovou svou vlastní ochranu,“* uvedl dotázaný lékař, který pracuje na oddělení gynekologicko-porodnickém. Stejně starý kolega své pocity popsal obdobně: *„Pro mě samotného je to*

takové smutné. Jako je to blbé, jsem mladý ještě, ale už ty pacienty bereš odosobněně, trochu no. Že si to nemůžeš tak brát, jinak se do toho moc propadneš.“ Dotázaní považují takovouto obrannou strategii důležitou nejenom proto, aby jim situace neublížila, ale i proto, aby byli oporou pro pacienta. *„Asi... asi žádné emoce nemám. Ehm, když je tam opravdu nějaký špatný nález, tak si řeknu ty brďo, to je škoda nebo to je průser. Pak to nějak odkloním. Já před tou paní nemůžu být ten zborcený, zhroucený z toho.“* Dalším důvodem, proč se zdá být respondentům výhodné své emoce odklonit, je potřeba k situaci přistupovat racionálně. *„Ehm, sám nejsem zastávce toho, že nám pomůže plakat. Když mám problém, tak se k němu musím postavit a vyřešit ho.“*

V podstatě ti, kteří s podobně závažnými případy pracují téměř denně, si situaci nějakým způsobem přivykli a nepovažují za výjimečnou, a tedy ani ne tak, pro ně, emočně vypjatou. Všichni se ve výpovědích shodují, že chybu „připustit si pacienta k tělu“ párkrát udělali na začátku praxe. Zároveň v jiných částech rozhovoru sami spontánně zmínili, že s pacienty, navzdory deklarovanému odstupu, soucítí. Připouštějí, že cítí lítost a smutek. Tyto emoce jsou o to silnější, když pacienta znají delší dobu a především, když znají jeho sociální zázemí, např. se jedná o mladou ženu, samoživitelku, která má dvě malé děti.

7.4. Jaké obavy prožívají lékaři před atestací při sdělování závažných diagnóz?

V rozhovoru byla vždy přímo položena otázka, která zjišťovala, zda lékaři prožívají nějaké obavy nebo strachy před sdělením závažné informace pacientovi a/nebo jeho rodině. Navzdory tomu, že si lékaři obavy neuvědomovali, tak ze šesti rozhovorů je možné jisté obavy rozpoznat. Jen kód „strachy a obavy ze sdělení“ obsahoval šestnáct citací. Ve čtyřech případech byl identifikován strach z emocionální reakce pacienta a/nebo rodiny. Charakter obav asi nejlépe vystihuje tato citace: *„Ty obavy nejsou až tak naléhavé, že bych s tím něco musel dělat. Mívám to někde na pozadí a.... jednoduše...., asi vědomě ne...“* Možná i z toho důvodu sami lékaři určité strachy neoznačili za strachy.

Lékaři často zmiňovali, že jsou „v očekávání“, jak celá situace bude probíhat. *„Vždy je to takový skok do neznáma. A je to spojené s takovým strachem ze selhání. Ten rozhovor nevypadá tak, jak si člověk představuje.“* V jednom případě lékař zmínil strach sám ze sebe, že se nezachová vhodně: *„abych zachoval profesionalitu, abych zachoval vážnost. Ono to je někdy těžké, v pracovní je dobrá nálada a smějeme se něčemu, jsme celí rozjaření, ale teď se mám přeorientovat do té pozice toho profesionálníhoho a říkat nějaké*

závažné věci. Tak z toho mám strach, abych udržel ty emoce na uzdě, abych se nezachoval nevhodně.“

Obavy se těsně pojí se stresem. Člověk zakoušející strach bývá zároveň svým strachem stresován. Probandům byla položena přímá otázka, zda je pro ně samotné sdělení závažné diagnózy a prognózy pacientovi stresující. Odpovědi na tuto otázku nebyly zcela jednoznačné. Lékaři většinou řekli, že stres to pro ně není, neboť se již naučili zachovat si určitý odstup. Druhý důvod, proč nejsou ve stresu, je že „*na to není čas.*“ Jak již bylo uvedeno, především v ambulancích je časový přes mnohem silnější. Zároveň pak někteří dodali, že občas na ně účinky stresu dolehnou a po nějaké době, „*večer si to člověk všechno zpětně ten den..., nad tím přemýšlí. Takže až zpětně, když má čas. Pak až je to.*“ Podobně jedna lékařka řekla, že se snaží nepřipouštět si svůj stres, ale došla k závěru, že sdělení je stresující. Jiný respondent uvedl, že do jisté míry pro něj taková situace stres představuje, ale stejně tak zakouší „*pocit úlevy a zadostiučinění*“, pokud se rozhovor vydaří a pacient s lékařem spolupracuje. Pouze jediná probandka na tuto otázku odpověděla velice jistě a rozhodně: „*to je bez debaty. Určitě to je stres. To je jasné. Kdo říká, že není tak kecá, anebo už je tak vyhořelý, že fakt neví. Ne, opravdu to určitě stres je.*“

V souvislosti s tím tazatelka zjišťovala, co informování pacienta s infaustní prognózou zhoršuje, a co naopak pomáhá nebo zlepšuje. Jako aspekty, které prohlubují obavy, strachy, potažmo stres, byly uvedeny velký afekt/extrémní reakce rodiny a/nebo pacienta, neuspořádané informace z internetu, soucit, čas, přenášení viny za onemocnění na zdravotnický personál, nepříznivé sociální podmínky pacienta a neznalost pacienta. Jako pozitivní aspekty, které situaci ulehčují, byly identifikovány opora zkušenějšího kolegy, očekávaný průběh rozhovoru, zkušenosti, smíření se svou nemocí a znalost pacienta.

7.5. Jak lékaři před atestací hodnotí přípravu na informování pacienta o infaustní prognóze?

Tato otázka se soustředila především na přípravu pro informování na univerzitách. V tomto ohledu je situace lehce nevyrovnaná, neboť pět respondentů absolvovalo Univerzitu Palackého v Olomouci a u zbylých dvou respondentů šlo o Karlovu univerzitu v Praze a o univerzitu na Slovensku. Na druhou stranu se výpovědi v tomto bodě shodují snad nejvíce. Příprava na zmíněných univerzitách vypadá obdobně. Studenti medicíny

absolvují povinně předměty Lékařskou psychologií a v rámci předmětu Sociální lékařství je část věnována etice, případně byla Lékařská etika jako samostatný předmět. Komunikaci s pacientem byl věnován blok anebo přednáška. Na některých školách si studenti mohou vybrat povinně volitelný předmět Komunikace s pacientem v praxi. Zmíněné předměty byly rozloženy téměř po celou dobu studia. Respondenti se s nimi setkávali od druhého do pátého ročníku. Bohužel, téměř všechny předměty byly vyučovány především teoreticky. Případně studenti absolvovali návštěvu nějakého zařízení, např. hospice. Pokud teorii vystřídal praktický nácvik, tak šlo nejčastěji o jeden seminář nebo jednu přednášku. Praktický nácvik byl prováděn v malých skupinkách, po dvou až po třech studentech, kdy jeden student hrál pacienta a druhý lékaře. Po té byla poskytnuta zpětná vazba. „*Ano, my jsme si udělali menší skupinky, asi po třech a tak nějak jsme to dělali.*“ V jiném případě hrál pacienta vyučující a jeden vyvolený student hrál lékaře, který jej informuje. Zbytek studentů byli pozorovatelé.

Respondenti si uvědomují, že není lehké podobné předměty vést, a že škola je na takovou praxi není schopná zcela připravit. Na druhou stranu vidí velké rezervy v celé výuce na toto téma. Shodují se na tom, že přínos těchto předmětů byl pro studenty nejspíš minimální, protože „*většinou, a to bylo podstatné, ty předměty byly nezábavné a nudné*“. Respondentům se také nelíbilo, nejen že předměty byly teoretické, ale že nepřinesly informace, které by většina studentů již neznala: „*...byla jedna jediná přednáška o komunikaci s pacientem asi na úrovni, že pacienta oslovujeme pane, paní, ne babi a dědo. Takové, jako že až úsměvné informace. Neříkám, možná pro někoho byly užitečné, ale nešlo to k jádru věci. Nešlo to do hloubky.*“ Možná i z toho důvodu k podobným předmětům studenti přistupovali méně zodpovědně a brali je na lehkou váhu, jak řekly dvě dotázané lékařky. „*Já jsem to možná cítila stran těch vyučujících nebo i od nás. Jsme to brali vyloženě jako ten nejmiň podstatný předmět. Pro nás byla stěžejní ta anatomie a tady tyto hlavní předměty.*“

Jen jedna respondentka byla s přípravou na vysoké škole spokojená. Hodnocení ostatních nejlépe přibližují následující výroky. „*...mně prostě nepřišlo, že to bylo dobře dělané. To si myslím, že je velký vroubek.*“ „*...pro mě úplně nedostatečné.*“

Jak již bylo uvedeno, dotázaní si velmi dobře uvědomují, že nelze se na univerzitě připravit na veškeré situace, které lékaře v praxi mohou potkat a potkávají. Také vědí, že medicí se budou specializovat na různé obory, a že jejich potřeby pro komunikaci se mohou různit. V neposlední řadě si umí představit, že připravit nácvikové komunikační

semináře při tak velkém počtu studentů je velmi obtížné. Navzdory tomu všemu souhlasí s tím, že by bylo reálné výuku zkvalitnit. Za nejdůležitější krok k tomu, aby praktické nácviky byly smysluplné, považuje jedna lékařka větší zaměření na praxi. *„No, myslím si, že by bylo lepší, kdyby bylo víc praxe. Kdyby ten doktor viděl míň knížky a víc pacienty. V tom případě, když by byl ten medik víc u těch pacientů, tak potom by mělo smysl i nějaké komunikace s pacientem, jednání s pacientem a tak dále. Ale pokud nebude víc praxe, tak je to v podstatě úplně zbytečné.“*

7.6. Jak lékaři před atestací přistupují ke vzdělávání v oblasti sdělování závažných diagnóz?

Mladí lékaři před atestací jsou velmi vytížení prací v zaměstnání a postgraduálním vzděláváním. Pouze dva dotázaní uvedli, že se v oblasti sdělování extrémně nepříznivých zpráv dále vzdělávají. Jednalo se o slovenského lékaře z dětské onkologické kliniky a českou lékařku z hematooonkologické kliniky. Ostatní se vzdělávají praxí. Případně se ptají kolegů nebo je pozorují v praxi, ovšem Žádné praktické semináře, kde by se soustavně připravovali, nepodstupují. Soustředí se spíše na vzdělávání v oblasti péče a léčby pacienta. Dodávají, že kdyby pracovali v oboru, kde se skoro denně se sdělováním závažné diagnózy setkávají, tak by nejspíš cítili větší potřebu podobný workshop absolvovat. Objevil se také postoj, že lékař se způsob sdělení naučí sám v praxi. *„Myslím si, že jak člověk už je nějakým způsobem nastavený na to pomoci druhému, na tu empatii a tak, že ono se to nějakým způsobem nějak vyvrbí. Že lékař dospěje k tomu, jakým způsobem to podat a tak. Že si myslím, že ty smyšlené situace nikdy nebudou to, co v té realitě probíhá.“* Právě důležitost praktického nácviku si uvědomují především dva dotázaní onkologové, zároveň i jejich vedení se je v této oblasti snaží podporovat.

Informovanost o možnostech prakticky se vzdělávat v oblasti komunikace s pacientem není ve vzorku příliš velká, *„že by byly vysloveně programy nějaké komunikace, to nevím.“* Jiní dochází k závěru, že nabídka určitě je, ale oni se o ni zatím nezajímali. *„Jsou tam nějaké kurzy, ale přiznám se, že tady tento kurs..., možná tam něco je, ale v rámci předatestační přípravy tam máme nějakých pět kurzů, ale teď si přesně neuvědomuji, jestli tam bylo i něco takového. Po pravdě, jak to není nějak aktuální, tak jsem se o to nestaral.“* Zmínění dva onkologové, kteří se vzdělávají v této oblasti, o možnostech přehled mají. U nás a podobně i na Slovensku se tématu sdělování nepříznivých diagnóz a komunikaci o smrti věnuje hospicová péče. Pořádá semináře a také

připravuje i na internetu volně dostupná naučná videa. Právě k těmto videím se jeden respondent vyjádřil takto: „*To jsem ocenil, protože to dělal někdo, kdo s tím má zkušenost. To jsem velmi ocenil.*“ Na hematologické klinice ve Fakultní nemocnici v Olomouci jsou pořádány programy pro lékaře právě na toto téma. „*...třeba před Vánoci jsme tady měli klinické psychology z Brna myslím. Bylo to právě sdělování nepříznivých zpráv. Máme tu 4 lékaře, to se teď rozjíždí, kteří pojedou na kurs komunikace s pacientem. U nás se na to fakt docela klade velký důraz.*“

I když respondenti často uváděli, že se nezúčastňují tréninkových komunikačních seminářů, a že necítí výraznou potřebu to měnit, v závěru dodávají, že seminář vedený opravdu prakticky zkušenými lidmi, by nejspíš uvítali: „*bylo by vhodné, aby se testovaly konkrétní situace právě. Pak by se třeba vytýkaly chyby nebo bych měl nějakou zpětnou vazbu, že by si člověk z toho něco vzal. Aby zas to nebyl nějaký nával informací. Člověk by pak odešel domů, že v podstatě z toho nic nemá.*“

7.7. Co by lékařům pomohlo, aby se cítili být jistější?

Komfort lékařů při sdělování závažné diagnózy by zvýšily mnohé aspekty. K odpovědi na tuto otázku je možné přiřadit i vlivy, které snižují stres v situaci informování pacienta a/nebo jeho rodiny. K tomuto bodu již není třeba vyjadřovat se znovu, neboť čtenář se může vrátit k podkapitole č. 7.4. V ideálním případě by lékaři potřebovali, aby při konzultaci nebyli další lidé, kterých se tento moment netýká, např. zdravotní sestry, další lékaři nebo jiní pacienti. Pouze v případě, že je sdělení přítomen zkušený lékař, který je oporou, je jeho přítomnost vítána. V pěti případech byl zmíněn prostor. Často byl vznesen požadavek na zútulnění, zpříjemnění prostředí, kde informování probíhá. „*Ehm, možná, když si promítnu tu naši pracovnu, kde to sdělujeme, možná ji udělat ještě útulnější.*“ V jednom případě byla sice vyhrazena pro potřebu sdělení návštěvní místnost, která byla i dobře zařízená, ale byla stísněná pro větší počet lidí. Vzhledem k tomu, že šlo o dětskou kliniku, kde u sdělení jsou přítomni rodiče, dva lékaři a dítě nebo děti, tak velikost místnosti je velmi důležitá. S prostředím se významně pojí i klid a odstranění rušivých vlivů. V případě informování pacienta na vyšetřovně, či lékařském pokoji může být rušivým vlivem zdravotnický personál, který v místnosti něco potřebuje. „*Aby byl klid, klidné prostředí. Takže zavřené dveře a ne, aby tam pořád se otevíraly dveře.*“ Dalšími rušivými vlivy mohou být vzruchy z chodby, které nejde nijak eliminovat: „*Tu místnost bych dal jinam, protože ona je při vstupních dveřích a tam, i když se tam zavřeme, tak jsou*

tam nějaké ruchy za těmi dveřmi.“ Jako další aspekt, který by sdělování závažné diagnózy a nepříznivé prognózy lékaři usnadnil, by byla shoda názorů v postupu léčby a hlavně postupná příprava pacienta na možné zhoršení, aby nedocházelo k situaci, že pacient se náhle dozví, že jeho nemoc již nelze léčit. Respondentka to komentovala takto: *„Že by se trošičku posunuly ty hranice, aby ta paliativa probíhala trošičku souběžně s tou kurativou. Že by na to byl jako by připravenější.*“ Jeden lékař také zmínil i potřebu pravidelného kontaktu pacienta se svým ošetřujícím lékařem.

Na otázku, zda by lékaři chtěli u rozhovoru klinického psychologa, odpovídali spíše záporně. Nedovedli si ani představit, co by mělo být úlohou psychologa v danou chvíli. Jako ulehčení jej nevnímali. *„Pokud by to mělo být ve smyslu, že já sdělím prognózu, načež pacient by se z toho měl nějak rozbrečet a psycholog by ho měl utěšovat, tak nevím. Přijde mi ta představa spíš komická.*“ Dokonce si myslí, že v tu chvíli by to byla osoba navíc, kterou pacient nezná, a že je lepší, aby u konzultace bylo co nejméně lidí. Pokud by měl být klinický psycholog přítomen, tak pouze v případě nějak rizikového pacienta: *„u určitých typů, řekněme labilních pacientů anebo u pacientů, kteří mají ještě malé děti, by nám ten psycholog pomohl.*“ Spíše se shodují na tom, že pacient potřebuje být informován, poté by měl dostat nějaký prostor, aby informaci vstřebal a až po tomto čase by mohl být uveden v kontakt s klinickým psychologem. *„Spíš bych ho odkázala, po tom sdělení bych ho odkázala na něj.“* *„Jak by v tu chvíli tomu pacientovi pomohl? Jo, v tu danou chvíli, protože jeho fyzická přítomnost mu nijak nepomůže, jo...ani není tam ten prostor. Jako by ta místnost není uzpůsobená k tomu, aby ten psycholog tam nějak mohl intervenovat. Myslím si, že potom to soukromí, které má ten pacient s tou psycholožkou jinde je mnohem lepší.“* Na druhou stranu respondenti cítí, že ne každý pacient potřebuje následnou psychologickou oporu.

8. Diskuse

Zjištěné výsledky práce se shodují již s dostupnými zjištěními. Dle potupných zdrojů je praxe a standart ve sdělování závažných diagnóz odlišný nejen v různých zemích, ale liší se i dle zařízení v rámci státu (Sheu, et al., 2006; Surbone, et al., 2004). Toto zjištění podporují i výsledky práce. Značný rozdíl byl shledán mezi lůžkovými odděleními a ambulantními zařízeními. Dále se standart odvíjí i od medicínského oboru. Lékaři, kteří přicházejí často do kontaktu s pacienty se závažnými diagnózami a infaustními prognózami, nejčastěji na onkologických klinikách, se více vzdělávají v této oblasti. Zároveň i samotné pracoviště se snaží určitou kvalitu držet, anebo ji zvyšovat. Všichni dotázaní lékaři si uvědomují, že pacient potřebuje specialistu a empatického člověka, což se shoduje se základním teoretickým požadavkem (Opatrná, 2017; Ptáček, et al., 2011; Raudenská & Javůrková, 2011; Beran, et al., 2010; Irmíš, nedat.). Respondenti také vnímají cíl konzultace, tedy uspokojit potřebu pacienta vědět, co se s ním děje a vysvětlit mu situaci i následné kroky, což zdůrazňuje rozmanitá literatura (Beran, 2015; Ptáček, 2011; Stankušová, 2011; Raudenská & Javůrková, 2011; Praško & Látalová, 2010). Ty samé zdroje zdůrazňují i pacientovu potřebu projevení emocí a oporu lékaři při jeho adaptaci. Toto si dotázaní také uvědomují, emoce pacientů akceptují, ale pouze tři lékaři tomuto aspektu věnují velkou pozornost a prostor při rozhovoru.

Samotný průběh je již popsán v kapitole č. 7, „Výsledky“. Ze získaných výpovědí je patrné, že sdělování závažných diagnóz bývá na lůžkových odděleních. Zda jsou častěji dodrženy požadavky, které uvádějí dostupné výzkumy. Lékař na lůžkovém oddělení si častěji může vybrat prostory, kde pacientovi zprávu sdělí. K dispozici bývají lékařské pracovny, které svým vybavením mohou snadněji splňovat požadavky na prostředí, které uvádí Beran, 2015. V případě ambulancí dochází ke konzultaci na vyšetřovnách, které kvůli svému lékařskému vybavení nepůsobí tak příjemně. Značným nešvarem je čas. Dotázaní uváděli, že sdělení trvá na ambulancích okolo deseti až patnácti minut, spíše výjimečně okolo dvaceti minut. Na lůžkových odděleních se doba rozhovoru pohybovala okolo dvaceti pěti až třiceti minut, pouze v jednom případě to bylo hodinu a půl. Důvodem může být byrokratizace medicíny, velká vytíženost lékařů a malá ekonomická hodnota rozhovoru (Opatrná, 2017; Beran, 2015; Ptáček et al., 2011). Zjištění o trvání rozhovoru odpovídá informacím ze švédského výzkumu, kde konzultace pacientem v paliativní péči

trvala průměrně 15 minut, maximum bylo 21 minut a minimum 8,75 (Öhlén, et al., 2008). Potěšující je, že praxe respondentů se nepadobá praxi na Taiwanu, kde komunikace s onkologickými pacienty trvá průměrně pouze 3 minuty (Tang, et al., 2013).

Pokud jde o subjektivní pocit kompetence, tak výsledky ukazují na to, že respondenti se cítí být kompetentní, pouze ve dvou případech se kompetentního nepovažovali. Dotázaní nedávali svůj pocit kompetence s přípravou na univerzitě. Toto zjištění je konzistentní s výzkumem Arbabiho, et al. (2010).

Ne všichni respondenti se shodli na tom, že rozhovor, při němž mají sdělit závažnou diagnózu pacientovi a/nebo jeho rodině, je pro ně stresorem. Téměř všichni přiznávají, že si na situaci nějakým způsobem zvykli, a že neprožívají žádné významné pocity těsně před podáním informace. O této časté obranné strategii hovoří i literatura. Principem je nepřipustit si nebo utlumit své i pacientovy emoce s cílem minimalizovat negativní dopad těchto pocitů (Opatrná, 2017; Ptáček, et al., 2011). Jde tedy o obranu před vědomými nebo nevědomými strachy, obavami. I v získaných výpovědích byly identifikovány obavy. Lékaři se nejčastěji obávali nepřiměřené emoční reakce pacientů, s kterou by oni sami neuměli pracovat. S tím souvisí i fakt, že dotázaní lékaři neradi sdělují špatnou informaci pacientovi, kterého neznají, právě protože netuší, jak bude pacient reagovat. I tato zjištění jsou v souladu s literaturou (Millar, et al., 2013; Beran, et al., 2010). Podobná úzkost, před sdělením závažné diagnózy, byla zjištěna i u studentů medicíny čtvrtých a pátých ročníků (Hulsman, et al., 2010).

Známky syndromu vyhoření u respondentů nebyly patrné v sebemenší míře, což je pochopitelné, neboť riziko syndromu vyhoření stoupá se vzrůstajícím věkem (Cheon, et al., 2017). Z odpovědí vyplývá, že moment sdělení nepříznivé diagnózy a prognózy představuje pro lékaře stres. Není to nepřekonatelný stres, a jak uvedl jeden respondent, tento náročný úkol se pojí i s uspokojením, pokud se lékaři daří konzultaci strukturovat a vést. Pouze málo dotázaných řeklo, že zažívají fyziologické příznaky stresu. Až na jednoho se shodují v tom, že tyto známky na sobě pozorují, pokud jde o velice závažný a komplikovaný případ. Podobně respondenti vypovídali o zvýšeném pocitu vlastní kompetence, pokud se naučili, jak při sdělení postupovat. V některých případech takovou přípravu zajistil seminář pořádaný hospicovou péčí na Slovensku, naučná videa připravená hospicovou péčí v České republice, pozorování a nápodoba starších kolegů anebo teoretické informace volně dostupné na internetu. O podobném vlivu přípravy hovoří i Meunier, et al. (2013).

Tato práce přináší srozumitelný popis současné praxe při sdělování závažných diagnóz jak na lůžkových odděleních, tak na ambulancích. Díky tomu, že je kvalitativně orientovaná zprostředkovává téma z úhlu pohledu samotných lékařů před atestací. Což lze vnímat jako důležité dokreslení již známých výsledků, které jsou zde uvedeny především v teoretické části. Nezanedbatelným aspektem práce je také snaha nezobecnovat příliš získaná data a interpretovat je tak, aby vynikl subjektivní pohled respondentů. Další hodnotu práce tvoří jistě i zvolený design. Polostrukturované rozhovory poskytují maximální výtěžnost dat, strukturu a zároveň flexibilitu. Díky tomu respondenti hodnotili rozhovor velice pozitivně, neboť struktura tazateli nedovolí nezeptat se na klíčová témata a respondent má prostor pro to, aby se vyjádřil, jak on potřebuje. Zároveň tento způsob získávání dat umožňuje zachovat kontext a do větší hloubky popsat studované téma.

Výběr respondentů byl realizován metodou sněhové koule. Ta se v tomto případě ukázala jako účinná metoda. Hrozí zde riziko vzniku specifického vzorku, který se může lišit např. v otevřenosti, přívětivosti nebo extraverci. Možné zkreslení však nespátrují ve finanční motivaci účastníků. Jejich účast byla dobrovolná a nebyla jim nabízena žádná odměna. Jako poděkování obdrželi účastníci pozvání do kavárny, kde rozhovor probíhal. Jejich motivace mohla být tedy na altruistickém podkladě anebo vyplývala z jejich osobního zájmu o dané téma.

V diplomové práci je vzorek sedmi lékařů, kteří ještě nesplnili atestační zkoušku. Obory jsou zde různé. Což vnímám jako kladný fakt. Na druhou stranu šlo především o absolventy Univerzity Palackého v Olomouci, a tudíž v tomto bodě spatřuji možné zkreslení výsledků. Domnívám se, že případné zkreslení, které by vyplývalo ze stejného přístupu vyučujících na univerzitě, je poměrně malé, neboť respondenti pracují na svých vybraných odděleních minimálně rok a tato praxe je jistě významně ovlivňuje. Fakt, že ve čtyřech případech ze sedmi šlo o absolventy jedné univerzity, může být nazírán i opačně, tedy že je výhodné, že respondenti vycházejí z podobných podmínek. Přínosem se mi jeví i to, že věk respondentů se pohyboval od dvaceti sedmi do třiceti let, což je velmi úzké věkové rozmezí.

Omezením této diplomové práce je nízká nasycenost dat. Ve výpovědích docházelo k opakování jen u některých témat. Domnívám se, že by bylo vhodné vzorek rozšířit o větší počet respondentů. Výsledky mají tedy omezenou platnost a nelze je nijak generalizovat, což ale ani cílem práce nebylo. Na druhou stranu si také myslím, že výsledky jsou nesmírně zajímavé a vznikla platforma pro další výzkumy na toto téma.

Navrhuji, aby se další výzkumy soustředily na oblast vzdělávání lékařů v komunikaci s pacientem a na schopnost zacházet s pacientovými emocemi. Tady vnímám potřebu experimentálně ověřovat účinek praktického nácviku sdělování nepříznivých zpráv pacientům v českém kontextu. Spolu s tím by následný výzkum měl sledovat nejen self-efficacy lékařů, ale i spokojenost pacientů. Další pole působnosti výzkumníků by mohlo být v oblasti supervizních seminářů. Toto téma by jistě bylo zajímavé uvést v souvislost se syndromem vyhoření. Věřím, že výsledky podobných výzkumů budou mít neocenitelný praktický přínos jak pro lékaře, tak i pro pacienty.

9. Závěr

Cílem této diplomové práce bylo popsat, jak v současnosti vypadá sdělení nepříznivé diagnózy pacientovi, případně jeho rodinným příslušníkům. Největší zájem byl soustředěn na subjektivní pohledy dotázaných lékařů z různých medicínských oborů, ne pouze z onkologie, jak je tomu často v zahraničních studiích. Práce je pojata jako kvalitativní evaluace, neboť respondenti hodnotili současný stav sdělování ve své praxi, hodnotili svou kompetenci k informování pacienta s terminálním onemocněním a v závěru se vyjádřili ke vzdělání v oblasti komunikace s nevléčitelně nemocným pacientem, které jim bylo na vysoké škole poskytnuto. Na základě důkladné rešerše české i zahraniční literatury byl splněn cíl teoretické části, a to poskytnout čtenáři důkladný a ucelený vhled do problematiky. Literatura se shoduje na nutnosti zabývat se komunikací s pacientem již na univerzitách. Lékaři by měli být soustavně připravováni ke sdělování závažných diagnóz, aby mohli obstojně tento nesmírně náročný úkol zvládnout. Všichni autoři jednoznačně tvrdí, že kvalitní informování pacienta o jeho zdravotním stavu i o jeho prognóze pomáhá budovat partnerský přístup založený na důvěře. Další důvod, proč zlepšovat komunikaci lékařů s pacienty s nevléčitelným onemocněním je budování subjektivního pocitu self-efficacy a snížení stresu, který z podobné konzultace může vyplývat. Autoři poukazují na důležitost prevence burn-out syndromu, který je u pomáhajících profesí zvýšeně rizikový.

Výsledky této studie podporují zjištění z literatury: medicí a mladí lékaři nejsou dostatečně připravováni na sdělování závažných diagnóz. Navzdory tomu se respondenti v zásadě cítí být kompetentní k tomuto úkolu, i když cítí pokoru. Téměř jednoznačně se ve výsledcích ukazuje, že lékaři se již během prvního roku praxe naučili obrannou strategii „držet si od pacienta odstup“. Důvodem je, dle respondentů, ochrana sama sebe a nutnost zachovat si racionální uvažování a díky tomu postupovat jako profesionál. I o tomto se literatura velmi často zmiňuje. Zajímavé zjištění se pojí s mírou stresu, která vyplývá ze sdělení. Respondenti často otevřeně řekli, že sdělit takovou diagnózu pro ně není žádný velký stres, který by jim v práci překážel. Na druhou stranu se v průběhu rozhovoru většina z nich shodla, že je pro ně nějakým způsobem nepříjemný pocit, když nevědí, jak pacient zareaguje. V souvislosti s tím bylo zjištěno, že nepřiměřená emocionální reakce pacienta či rodiny je pro lékaře určitým stresorem. K podobným zjištěním již došly jiné výzkumy.

Ze studie vyplývá, že standart v informování pacienta s terminální nemocí se různí dle jednotlivých zařízení. Je na místě snažit se v praxi o sjednocení tohoto standardu. Další

zjištění, kterým je třeba se zabývat, je že lékaři mají spíše omezené možnosti vzdělávat a trénovat se ve sdělování závažných diagnóz postgraduálně. Jeví se jako vhodné zavádět praktické semináře a zároveň zvýšit informovanost lékařů o těchto možnostech. Další výzva pro praxi i výzkum je motivování k účasti a efektivita podobných vzdělávacích akcí.

10. Souhrn

Diplomová práce se zabývá sdělováním špatných zpráv v lékařském prostředí. Konkrétně toto téma zkoumá z úhlu pohledu samotných lékařů a jejich kompetencí. Komunikace mezi pacientem je zkoumána poměrně nově, s přihlédnutím k existenci samotné medicíny. Jistou příčinu lze pravděpodobně hledat i k odklonu od paternalistického přístupu, který staví na autoritě, k partnerskému, který chápe pacienta jako rovnocenného společníka. Čeští i zahraniční autoři zkoumají komunikaci téma jak z úhlu pohledu pacienta, tak z úhlu pohledu lékaře. Získané výsledky popisují vývoj a současnou praxi v různých zařízeních napříč různými státy.

Sdělení závažné diagnózy vyžaduje mnoho komunikačních dovedností. Je nutná systematická a dlouhodobější, nejlépe praktická, příprava. Eticky nesprávné a bezohledné informování pacienta o jeho vážném zdravotním stavu může být iatropatogenní. Lékaři mohou diagnózu sdělit v nevhodném, neúctném prostředí plných rušivých elementů. Dalším přešlapem je přílišné používání odborného jazyka, kterému pacient nerozumí a malý prostor pro pacientovy dotazy. Častým nedostatkem je rychlost, s níž se všechno odehraje. Lékaři nemají na konzultaci tolik času, kolik by ve skutečnosti potřebovali. Jako kritický aspekt se jeví neschopnost podporujícího empatického přístupu a práce s pacientovými emocemi.

Dřívější názor, že pacient by neměl znát pravdu o závažnosti své nemoci a o blízké smrti je překonáván. Záměrně uvádím „překonáván“, neboť jisté pochybnosti stále existují. Ukazuje se ovšem, že pokud je komunikace s pacientem efektivní, zvyšuje se spokojenost pacienta i lékaře a vzrůstá také pacientova důvěra k lékaři a compliance. Informování pacienta o infaustní prognóze vyžaduje lékařovu dobrou přípravu na konzultaci. Prostor by mělo být příjemné a navozovat pocit spolupráce, např. uspořádání židlí do pravého úhlu. Lékař svým jednáním by měl vyjadřovat respekt k pacientovi verbálně i neverbálně. Se staršími pacienty je třeba jednat s patřičnou úctou a vyčlenit si na ně více času, neboť je pravděpodobné, že některé informace budou potřebovat slyšet vícekrát. Lékař měl znát pacientovo sociální prostředí. Měl by také vědět, co už pacient o svém zdravotním stavu ví a na to v rozhovoru navázat. Jazyk by měl být maximálně srozumitelný. Pro zvýšení srozumitelnosti lze používat nákresy nebo diagramy. Důležité je se průběžně ujišťovat, zda pacient rozumí sdělenému. Výhodné je také podněcovat jej k otázkám a poskytnout mu dostatek času pro jeho dotazy. Nutný je empatický přístup, kdy lékař rozumí pacientovým

emocím, reflektuje je, pracuje s nimi, ale nenechává se jimi pohltit. Rozhovor by měl být ideálně strukturovaný. Lékař zmapuje pacientovo povědomí o nemoci, krátce shrne, která vyšetření a zákroky pacient podstoupil. Samotná zpráva o nevyлéčitelné nemoci by měla být uvedena, např.: „Teď vám řeknou špatnou zprávu.“. To poskytuje pacientovi minimální prostor pro jeho přípravu. Po té by měla být informace sdělena jasně a stručně. V další části by měl lékař pracovat s pacientovými emocemi. Jakmile jsou emoce „opečované“ je možné pokračovat se sdělením dalších nezbytných informací. V závěru by lékař měl shrnout, o čem se při konzultaci bavili a na čem se dohodli. Pacient by měl odcházet vždy s vědomím toho, jaký bude další krok. Vždy je potřeba ponechat realistickou naději.

Sdělení závažné diagnózy je pro lékaře stresující záležitost. Jde o nesnadný úkol, který snad nikdo nevykonává rád. Lékař se, kdy id dennodenně, musí potýkat se smrtí, což může být frustrující. Dalším velice náročným úkolem je podpurný přístup lékaře, kdy musí čelit pacientovým emocím a někdy i prudkým reakcím. Lékař se může setkat s různou reakcí, např. popíráním, přenášením viny a odpovědnosti. Pochopitelně, se lékaři ať vědomě nebo nevědomě brání, k čemuž jim slouží třeba popírání vlastních i pacientových emocí a důraz na racionalitu. Někdy může jít o vyhýbání se samotnému sdělení anebo zjemňování pravdy, čímž pacientovi dává falešnou naději. Je logické, že vysoká míra stresu, odstup od emocí, častá práce s lidmi a frustrace mohou ve vyšší míře vést až k syndromu vyhoření.

V empirické části práce byl popsán design studie. Jde o kvalitativní přístup, specifictěji o evaluaci, který pro získání dat využil polostrukturovaný rozhovor. Data pak byla fixována transkripčí v programu Microsoft Word. K vyhodnocení dat bylo použito kódování, seskupování kódů, kontrastování a srovnávání. Vzorek tvoří sedm mladých lékařů z různých oborů, jejichž praxe nepřesahovala pět let. Výběr byl realizován především metodou sněhové koule, což se ukázalo jako velice přínosné.

Výsledky nelze generalizovat. To by mohlo být způsobeno malou saturací dat. Zjištění však ukazují, že existuje poměrně značný rozdíl v typu zařízení. Praxe na lůžkových odděleních lékařům poskytuje o trochu více času na přípravu k rozhovoru a více času na samotnou konzultaci. Velkou výhodou bývá možnost být s pacientem pravidelně v kontaktu, čímž je mu poskytnut větší prostor pro jeho dotazy a případné sdílení obav. Na ambulancích je konzultace významně časově omezená, v průměru trvá asi deset minut. Respondenti obecně nebyli spokojeni s časem, který na pacienta mají a s prostředím. Prostředí bylo často málo příjemné, např. vyšetřovna anebo hodně rušivé. S klinickým psychologem u sdělení závažné diagnózy je úplně minimální zkušenost a málokterý lékař

by si dokázal představit jeho využití v budoucnu. Navíc na některých odděleních psycholog funguje velice omezeně.

Respondenti se vesměs shodují, že moment sdělení významně nepříznivé zprávy je pro ně stresující. Fyziologické známky stresu však u sebe nezaznamenávají, pouze ve výjimečně vypjatých případech. Nejčastěji uváděli, že respondenty mírně stresuje, znervózňuje nepředvídatelnost emoční reakce pacienta a rodiny. Tuto nepředvídatelnost popisovali jako „očekávání, jak pacient bude reagovat“. Někteří se obávají extrémní reakce pacienta, např. agrese, s níž by si nevěděli rady. Jejich stres logicky zvyšuje, když pacienta neznají a nevědí, jak s ním mají jednat. Podobně uváděli, že se jich více dotýká, když jde o mladého pacienta, který má třeba nezaopatřenou rodinu. Naopak faktory, které se ukazují, jako stres snižující jsou vyrovnané přijetí zprávy pacientem. Jednomu respondentovi pomáhalo, když měl vedle sebe zkušenějšího kolegu, s nímž je již sebraný. U dotázaných lékařů je evidentní, že se za krátký čas naučili vytvořit si jistý odstup od pacienta a svých emocí. To považují za důležité proto, aby mohli setrvat v roli profesionála. Je patrný důraz na racionální stránku věci. Na druhou stranu se snaží pracovat s pacientovými emocemi. Pláč považují za přirozený projev a snaží se jej normalizovat. Zároveň mají na paměti, že pacient potřebuje realistickou naději.

Šest lékařů ze sedmi hodnotí přípravu na tento úkol na univerzitě jako nedostatečnou. Předměty, které se komunikaci s pacientem věnují, byly rozděleny celkem rovnoměrně během studia, ale přístup mediků byl laxní a přednášející je málokdy zaujali povrchními teoretickými informacemi. I když si všichni uvědomují, že na podobnou situaci lze jen těžko připravit, kritizovali nedostatek praktického nácviku komunikačních dovedností.

Další výzkum by se mohl soustředit na vyhodnocování efektivity zavedených praktických změn, především v oblasti vzdělávání lékařů.

11. Zdroje

Arbabi, M., M.D., Rozdar, A., M.D., Taher, M., M.D., Shirzad, M., M.D., Arjmand, M., M.D., Ansari, S., M.D., & Mohammadi, M. R., M.D. (2014). *Patients' preference to hear cancer diagnosis*. Iranian Journal of Psychiatry, 9(1), 8-13. Získáno 24. října 2017 z <https://search.proquest.com/docview/1525827132/fulltextPDF/D646D9ACFE004EBBPQ/11?accountid=16730>

Arbabi, M., M.D., Roozdar, A., M.D., Taher, M., M.D., Shirzad, S., M.D., Arjmand, M., M.D., Mohammadi, M. R., M.D., Roozdar, A., M.D. (2010). *How to break bad news: Physicians' and nurses' attitudes*. Iranian Journal of Psychiatry, 5(4), 128-133. Získáno 24. října 2017 z <https://search.proquest.com/docview/856439367/fulltextPDF/D646D9ACFE004EBBPQ/12?accountid=16730>

Aspegren, K. (1999). BEME Guide No. 2: *Teaching and learning communication skills in medicine - a review with quality grading of articles*. Medical Teacher, 21(6), 563-570. Získáno 31. srpna 2017 z <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsWSC&AN=000084599200005&authType=shib&lang=cs&site=eds-live&authType=shib&custid=s7108593>.

Ayers, N. E., Vydelingum, V., & Arber, A. (2017). *An ethnography of managing emotions when talking about life-threatening illness*. International Nursing Review, 64(4), 486-493. <http://dx.doi.org/10.1111/inr.12356> Získáno 8. března 2018 z <https://search.proquest.com/docview/1865548052?accountid=16730>

Beran, J., et al. (2010). *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada.

Brown, R., Dunn, S., Byrnes, K., Morris, R., Heinrich, P. & Shaw, J. (2009). *Doctors' stress responses and poor communication performance in simulated bad-news consultations*. Acad. Med. 84, 1595–1602. Získáno 15. února 2018 z https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2009/11000/Doctors__Stress_Responses_and_Poor_Communication.41.aspx

Buckman, R. (2005). *Breaking bad news: The S-P-I-K-E-S strategy*. Community Oncology, 2(2), 138-142. Získáno 24. října 2017 z http://summalearner.com/Med_Team/Med_Team_A_July_14_Resources_files/BuckmanS_PIKES.pdf

Elger, B. S. & Harding, T. W. (2002). *Should cancer patients be informed about their diagnosis and prognosis? Future doctors and lawyers differ*. Teaching and learning medical ethics. *J Med Ethics* 28:258 – 265. Získáno 25. 10. 2016 z <http://jme.bmj.com/content/28/4/258.full.pdf+html>

Griffiths, J., Ewing, G., Wilson, C., Connolly, M., & Grande, G. (2015). *Breaking bad news about transitions to dying: A qualitative exploration of the role of the district nurse*. *Palliative Medicine*, 29(2), 138-146. <http://dx.doi.org/10.1177/0269216314551813> Získáno 8. března 2018 z <https://search.proquest.com/docview/1651467996?accountid=16730>

Hulsman, R.L., Pranger, S., Koot, S., Fabriek, M., Karemaker, J.M. & Smets, E.M.A. (2010).

How stressful is doctor-patient communication? Physiological and psychological stress of medical students in simulated history taking and bad-news consultations. *Int. J. Psychophysiol.* 77, 26–34. Získáno 15. února 2018 z <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167876010000978?via%3Dihub>

Cheon, S., M.D.(C.), Fu, W., M.D.(C.), Agarwal, A., M.D.(C.), Chow, E., M.B.B.S., & Henry, B., D. Bioethics. (2017). *The impact of breaking bad news on oncologist burnout and how communication skills can help: A scoping review*. *Journal of Pain Management*, 10(1), 89-97. Získáno 24. října 2017 z <https://search.proquest.com/docview/1898422658/fulltextPDF/D646D9ACFE004EBBPQ/1?accountid=16730>

Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. (5. února 2018). *Jak získat specializovanou způsobilost*. Získáno z <https://www.ipvz.cz/lekari-zubni-lekari-farmaceuti/ziskavani-specializace/jak-ziskat-specializovanou-zpusobilost>

Irmiš, F. (nedat.) *Stres mezi lékařem, pacientem a zdravou osobou*. Galén

Kaplan, M. (2010). *SPIKES: A framework for breaking bad news to patients with cancer*. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 14(4), 514-516. doi:10.1188/10.CJON.514-516. Získáno 24. října 2017 z <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2011-10583-007&lang=cs&site=ehost-live>

Koochak, H. E., Yazdi, F., Abdolbaghi, M. H., Salehi, M. R., Shadloo, B., & Rahimi-Movaghar, A. (2016). *Breaking HIV News to Clients: SPIKES Strategy in Post-Test*

Counseling Session. Acta Medica Iranica, 54(5), 313-317. Získáno 24. října 2017 z <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=115961250&lang=cs&site=ehost-live>

Kolařík, M., Dolejš, M., Dostál, D., Charvát, M., Pechová, O., Seitlová, K., Sobotková, I., Šucha, M., & Vtípil, Z. (2017). *Manuál pro psaní diplomových prací na katedře psychologie FF UP v Olomouci*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Laidlaw, T., MacLeod, H., Kaufman, D., Langille, D., & Sargeant, J. (2002). *Implementing a communication skills programme in medical school: needs assessment and programme change*. Medical Education, 36(2), 115-124. Získáno 31. srpna 2017 z <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsWSC&AN=000173920500005&authType=shib&lang=cs&site=eds-live&authType=shib&custid=s7108593>.

Layat Burn, C., Hurst, S. A., Ummel, M., Cerutti, B., & Baroffio, A. (2014). *Telling the truth: Medical students' progress with an ethical skill*. Medical Teacher, 36(3), 251-259. doi:10.3109/0142159X.2013.853118 Získáno 1. listopadu 2016 z <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=94628429&lang=cs&site=ehost-live>

Lindsay, G., Koene, C., Øvreeide, H. & Lang, F. (2010). *Etika pro evropské psychology*. Praha: Hogrefe – Test centrum.

Liénard, A., Merckaert, I., Libert, Y., Bragard, I., Delvaux, N., Etienne, A., & ... Razavi, D. (2010). *Is it possible to improve residents breaking bad news skills? A randomised study assessing the efficacy of a communication skills training program*. British Journal Of Cancer, 103(2), 171-177. doi:10.1038/sj.bjc.6605749. Získáno 24. října 2017 z <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=52175176&lang=cs&site=ehost-live>

Little, J., & Bolick, B. N. (2014). *Preparing prelicensure and graduate nursing students to systematically communicate bad news to patients and families*. Journal of Nursing Education, 53(1), 52-5. doi:<http://dx.doi.org/10.3928/01484834-20131218-02>. Získáno 24. října 2017 z <https://search.proquest.com/docview/1474356760/fulltextPDF/D646D9ACFE004EBBPQ/8?accountid=16730>

Merckaert, I., Liénard, A., Libert, Y., Bragard, I., Delvaux, N., Etienne, A., & ... Razavi, D. (2013). *Is it possible to improve the breaking bad news skills of residents when a*

relative is present? A randomised study. British Journal Of Cancer, 109(10), 2507-2514. doi:10.1038/bjc.2013.615. Získáno 24. října 2017 z <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=91932938&lang=cs&site=e=ehost-live>

Merriam, S. B. (2009). *Qualitative Research: A Guide to Design and Implementation*. San Francisco: Jossey-Bass.

Meunier, J., Merckaert, I., Libert, Y., Delvaux, N., Etienne, A.M., Lienard, A., Bragard, I., Marchal, S., Reynaert, C., Slachmuylder, J.L. & Razavi, D. (2013). *The effect of communication skills training on residents' physiological arousal in a breaking bad news simulated task.* Patient Educ. Couns. 93, 40–47. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.04.020>

Millar, C., Reid, J., & Porter, S. (2013). *Refractory cachexia and truth-telling about terminal prognosis: A qualitative study.* European Journal Of Cancer Care, 22(3), 326-333. doi:10.1111/ecc.12032 Získáno 1. listopadu 2016 z <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2013-15250-007&lang=cs&site=ehost-live>

Narayanan V, Bista B, Koshy C. *'BREAKS' protocol for breaking bad news.* Indian J Palliat Care 2010;16:61-65. Získáno 12. listopadu 2017.

Öhlén, J., Elofsson, L. C., Hydén, L. & Friberg, F. (2008). *Exploration of communicative patterns of consultations in palliative cancer care.* European Journal of Oncology Nursing (2008) 12, 44–52. Získáno 12. listopadu 2017. doi:10.1016/j.ejon.2007.07.005

Opatrná, M. (2017). *Etické problémy v onkologii. 2., přepracované a doplněné vydání.* Praha: Mladá fronta.

Orlander, Jay D,M.D., M.P.H., Fincke, B. G., Hermanns, David,M.D., M.P.H., & Johnson, Gregory A,M.D., M.P.H. (2002). *Medical residents' first clearly remembered experiences of giving bad news.* Journal of General Internal Medicine, 17(11), 825-31. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1525-1497.2002.10915.x> Získáno 8. března 2018 z <https://search.proquest.com/docview/875901008?accountid=16730>

Praško, J. et al. (2010). *Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Citované kapitoly z výše uvedené knihy:

Praško, J., Grambal A. & Hunková, M. (2010). Reakce na nemoc. In Praško et al. (Ed.). *Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie*. (40 – 52) Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Praško, J. & Sigmundová, Z. (2010). Role nemocného a terapeutický vztah. In Praško et al. (Ed.). *Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie*. (52 - 75) Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Praško, J. & Hunková, M. (2010). Iatropatogenie. In Praško, J. et al. (Ed.). *Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie*. (76 – 79) Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Praško, J. & Látalová, K. (2010). Základy komunikace s pacientem. In Praško, J. et al. (Ed.). *Psychické problémy u somaticky nemocných a základy lékařské psychologie*. (123 - 145) Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Ptáček, R., Bartůněk, P. et al. (2011). *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada.

Citované kapitoly z výše uvedené knihy:

Holmerová, I. (2011). Komunikace a etika v geriatrici. In Ptáček, R., Bartůněk, P. et al. (Eds.), *Etika a komunikace v medicíně*. (193 - 198) Praha: Grada.

Linhratová, V. (2011). Empatie, její význam a formy. In Ptáček, R., Bartůněk, P. et al. (Eds.), *Etika a komunikace v medicíně*. (71 – 76) Praha: Grada.

Stankušová, H. (2011). Etika a komunikace v onkologii. In Ptáček, R., Bartůněk, P. et al. (Eds.), *Etika a komunikace v medicíně*. (171 - 178) Praha: Grada.

Ptáček, R., Bartůněk, P. et al. (2015). *Lékař a pacient v moderní medicíně. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. Praha: Grada.

Citované kapitoly z výše uvedené knihy:

Beran, J. (2015). Rozhovor lékaře a pacienta. In Ptáček, R., Bartůněk, P. et al. (Eds.), *Lékař a pacient v moderní medicíně. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. (141 - 144) Praha: Grada.

Irmiš, F. (2015). Stres ve vztahu lékaře a pacienta. In Ptáček, R., Bartůněk, P. et al. (Eds.), *Lékař a pacient v moderní medicíně. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. (145 - 153) Praha: Grada.

Honzák, R. (2015). Komunikace mezi lékařem a pacientem. In Ptáček, R., Bartůněk, P. et al. (Eds.), *Lékař a pacient v moderní medicíně. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. (157 – 160) Praha: Grada.

Hořejší, J. (2015). Vztah lékaře a pacienta z pohledu pacienta. In Ptáček, R., Bartůněk, P. et al. (Eds.), *Lékař a pacient v moderní medicíně. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. (31 - 42) Praha: Grada.

Raboch, J. & Pavlát, J. (2015). Psychologické souvislosti vztahu lékaře a pacienta. In Ptáček, R., Bartůněk, P. et al. (Eds.), *Lékař a pacient v moderní medicíně. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. (61 - 70) Praha: Grada.

Vácha, M. (2015). Etické souvislosti vztahu lékaře a pacienta. In Ptáček, R., Bartůněk, P., et al. (Eds.), *Lékař a pacient v moderní medicíně. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. (53 - 60) Praha: Grada.

Raudenská, J. & Javůrková, A. (2011). *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada.

Seidman, I. (2006). *Interviewing as Qualitative Research. A Guide for Researchrs in Education and the Social Sciences*. Third Edition. New York: Teachers College Press.

Shaw, J., Brown, R., Heinrich, P., Dunn, S., 2013. *Doctors' experience of stress during simulated bad news consultations*. Patient Educ. Couns. 93, 203–208. doi: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.06.009>

Sheu, S., Huang, S., Tang, F., & Huang, S. (2006). *Ethical decision making on truth telling in terminal cancer: Medical students' choices between patient autonomy and family paternalism*. Medical Education, 40(6), 590-598. doi:10.1111/j.1365-2929.2006.02477.x

získáno 1. listopadu 2016 z <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2006-06779-010&lang=cs&site=ehost-live> z

Sokol, D. K. (2006). *How the doctor's nose has shortened over time; a historical overview of the truth-telling debate in the doctor-patient relationship*. Journal of The

Royal Society of Medicine 2006; 99:632–636. Získáno 25. 10. 2016 z <http://jrs.sagepub.com/content/99/12/632.full.pdf+html>

Surbone, A., Ritossa, C., & Spagnolo, A. G. (2004). *Evolution of truth-telling attitudes and practices in Italy*. *Critical Reviews In Oncology/Hematology*, 52(3), 165-172. doi:10.1016/j.critrevonc.2004.09.002 Získáno 1. listopadu 2016 z [http://ac.els-cdn.com/S1040842804001568/1-s2.0-S1040842804001568-main.pdf?_tid=7b47dd64-](http://ac.els-cdn.com/S1040842804001568/1-s2.0-S1040842804001568-main.pdf?_tid=7b47dd64-a040-11e6-8f95)

00000aacb35e&acdnat=1478011129_4195ec275701b888969d4c1442d79830

Studer, R. K., Danuser, B., & Gomez, P. (2017). *Physicians' psychophysiological stress reaction in medical communication of bad news: A critical literature review*. *International Journal Of Psychophysiology*, 12014-22. doi:10.1016/j.ijpsycho.2017.06.006. získáno 24. října 2017 z [https://ac.els-cdn.com/S0167876017301101/1-s2.0-S0167876017301101-](https://ac.els-cdn.com/S0167876017301101/1-s2.0-S0167876017301101-main.pdf?_tid=95182a94-b892-11e7-89f9-)

00000aab0f26&acdnat=1508832717_1aabcaefcbd343ee73277cef057198f

Tang, W., Fang, J., Fang, C., & Fujimori, M. (2013). *Truth telling in medical practice: Students' opinions versus their observations of attending physicians' clinical practice*. *Psycho-Oncology*, 22(7), 1605-1610. doi:10.1002/pon.3174 získáno 1. listopadu 2016 z [http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2013-24429-](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2013-24429-021&lang=cs&site=ehost-live)

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2014). *Lékaři, zubní lékaři a farmaceuti 2013*. Praha. Získáno 5. února 2018 z <https://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/lekari-zubni-lekari-farmaceuti>

Seznam příloh

Příloha č. 1: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

Příloha č. 2: Návrh otázek a podotázek pro interview

Příloha č. 3: Kazuistiky

Příloha č. 4: Informovaný souhlas

Příloha č. 5: Přepis rozhovoru

Příloha č. 1: Český a cizojazyčný abstrakt diplomové práce

Název práce: Kompetence lékařů ke sdělování závažné diagnózy

Autor práce: Bc. Elisabeta Drimlová

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Počet stran a znaků: 71; 153 392

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 58

Abstrakt:

Informování o infaustní prognóze je náročná situace. Lékaři se musí vypořádávat se smrtí, zůstat profesionální a pacienta podpořit.

Čtenáři je v teoretické části poskytnut vhled do problematiky. V praktické části je popsán design. Práce je kvalitativní evaluací. Vzorek, vybraný metodou sněhové koule, tvoří sedm lékařů před atestací z různých oborů. Data byla získána polostrukturovanými rozhovory a vyhodnocena kvalitativně. Výsledky popisují, jak vypadá sdělení závažné diagnózy a jaké pocity vnímají samotní lékaři. Je popsáno subjektivní vnímání kompetencí pro sdělování závažné diagnózy. V závěru respondenti hodnotí přípravu v komunikaci s pacientem vysokoškolskou i postgraduální.

Všichni respondenti si vytvořili odstup od pacientů, který jim pomáhá chránit sama sebe a zůstat v roli profesionála. Nemyslí si, že by pro ně bylo sdělení infaustní prognózy významně stresovou záležitostí, shodují se ale, že určitý stres to je. Tento stres zvyšuje přehnaná emoční reakce pacienta. Dalším stresorem je nepříznivá sociální situace pacienta. Evaluace přípravy na univerzitě není pozitivní. Respondenti přípravu hodnotí jako povrchní a nezáživnou. Navzdory tomu se cítí být kompetentní ke sdělování nepříznivých zpráv.

Klíčová slova: sdělování nepříznivých zpráv, komunikace mezi pacientem a lékařem, komunikační dovednosti

ABSTRACT OF THESIS

Title: Practitioners' Skills to Break Bad News

Author: Bc. Elisabeta Drimlová

Supervisor: Mgr. Martin Kupka, Ph.D.

Number of pages and characters: 71; 153 392

Number of appendices: 5

Number of references: 58

Abstract:

Breaking bad news is one of the most difficult tasks, practitioners can do. They often must cope with death. More often, they must behave as professionals and support their patients emotionally.

In the theoretical part, the problem is described. In the empirical part, design is depicted. It is qualitative evaluation. The sample, created by snowball method, considers seven practitioners before attestation from various fields. The data from semi-structured interviews were assessed qualitatively. The results show practice in breaking bad news and practitioners' subjective feelings. Then, subjective evaluation of competencies is described. Finally, the respondents evaluate their training in breaking bad news at university and after graduating. All respondents keep emotional distance from their patients to protect their selves and to stay professional. They do not think, breaking bad news is highly stressful for them. Though, they agree it is stressful somehow. This stress is intensified when the patient's emotional reaction is too strong. Another stressor is unfavourable patient's social situation. Eventually, they totally evaluate their training at university as shallow and not interesting, however they consider themselves to be competent when breaking bad news.

Key words: breaking bad news, communication, physician–patient communication, communication skills

Příloha č. 2: Návrh otázek a podotázek pro interview

Úvod: představení tazatele, zopakování práv respondenta (VIZ informovaný souhlas), souhlas s účastí na výzkumu, sociodemografické údaje: město, pohlaví, věk, pracoviště/obor

Stat': Nechat přečíst všechny kazuistiky

0) Co vás jako první napadlo po přečtení těchto kazuistik? Co to s vámi dělá? Na co zrovna myslíte? Jak vám je?

1) Popište, jak vypadá sdělení takto závažné diagnózy pacientovi ve vaší současné praxi.

1a) Přípravujete se nějak na sdělení takové zprávy? Pokud ano, jak?

1b) Kdo je nejčastěji přítomen při sdělování diagnózy?

1c) Kde diagnózu nejčastěji sdělujete?

1d) Kolik času máte na pacienta?

1e) Máte k dispozici klinického psychologa?

1f) Jak to vypadá s pacientem následovně po sdělení diagnózy?

1g) Dokážete si představit, že by u rozhovoru byl i klinický psycholog?

2) Jak se většinou cítíte těsně před tím, než pacienta informujete o závažné diagnóze?

2a) Pociťujete nějaké tělesné změny, např. sevření žaludku nebo vyschnutí v puse?

3) Představuje pro vás informování pacienta s takovou diagnózou stres?

3a) Co přesně vás stresuje?

3b) Co váš stres zvyšuje?

3c) Co váš stres zmírňuje?

3d) Jak proti stresu bojujete? Co vám pomáhá?

4) Jaké obavy nebo strachy zažíváte při sdělování závažné diagnózy?

4a) Jak s nimi zacházíte/pracujete?

5) Jak by podle vás ideálně měla být takováto diagnóza pacientovi sdělena?

5a) Jaké dovednosti/kompetence by měl podle vás lékař mít, aby správně sdělil podobnou diagnózu?

6) Jak moc se cítíte být kompetentní ke sdělování takto závažných diagnóz?

6a) Díky čemu se cítíte být kompetentní ke sdělení závažných diagnóz?

7) Jak probíhala vaše příprava na univerzitě na sdělování závažných diagnóz?

7a) Jak jste spokojen/-a s takovou přípravou?

8) Jak se vzděláváte nyní/v současné době v oblasti kompetencí ke sdělování závažných diagnóz?

8a) Za jak důležité považujete vzdělávání a trénování se v komunikaci s pacientem?

8b) Jaké možnosti máte, abyste prohluboval/-a své dovednosti komunikace s pacientem?

8c) Chtěl/-a byste se zúčastnit nějakého nácvikového workshopu na téma „komunikace s pacientem a sdělování závažných zpráv“, pokud byste měl/-a takovou možnost?

Závěr: Chtěl/-a byste ještě něco doplnit k tématu rozhovoru? Napadá vás něco, na co jsem se nezeptala a chtěl/-a byste zmínit?

Příloha č. 3: Kazuistiky

Kuřačka, 62 let

Právě dokončujete diagnostiku ložiska na RTG plic u dosud vážně nestonající 62-leté kuřačky. Nález uzavíráte jako morfologicky verifikovaný adenokarcinom levé plíce, lokálně pokročilý s metastázou do pravé nadledvinky. Vzhledem k pokročilosti nálezu a generalizaci tumoru, není možné radikálně operační řešení a nepřipadá v úvahu ani radioterapie. Dále nově zjištěna renální insuficience a tudíž nelze podat konvenční chemoterapii. Po genetickém vyšetření nádoru není přítomna žádná mutace spojená s odpovědí na biologicky cílenou léčbu. Další postup je pouze symptomatický.

Jste připraveni a cítíte se dostatečně kompetentní k podání informace o povaze a prognóze nemoci pacientce?

Kuřák, 56 let

56letý muž, silný celoživotní kuřák přichází na doporučení praktického lékaře pro roky progredující dušnost, nyní dlouhodobě v pracovní neschopnosti. Nemocný je na dolní hranici IQ, dlouhodobě bagatelizoval své chronické progredující obtíže, opakovaně odkládal vyšetření u lékaře. Po vyšetření zjištěna těžká ireverzibilní obstrukce dýchacích cest odpovídající těžké chronické obstrukční plicní nemoci - CHOPN st. IV. Přichází manželka a děti nemocného a chtějí informaci o zdravotním stavu.

Budete informovat pacienta a rodinné příslušníky o terminálním nevléčitelném onemocnění s výhledem zhoršující se kvality života - progrese dušnosti.

Jste připraveni a cítíte se dostatečně kompetentní k podání informace o povaze a prognóze nemoci pacientovi a rodině?

Vdova, 72 let

72letá žena, přichází pro velmi časté a silné nadýmání a křečím v podbříšku. Obtíže trvají přes 3 měsíce. Na ultrazvuku je v pánvi objeven útvar velikost dětské pěsti. Po vyšetření na CT se zjistí, že jde o rakovinu vaječníku, která se již rozšířila do břišní dutiny. Menší měkká nádorová ložiska jí prorůstají dělohou, močovým měchýřem, tlustým střevem a pobříšnicí. Pacientka je vdova, žije sama, syn žije v Německu. Přichází na plánovanou konzultaci, kde se má dovědět o svém zdravotním stavu.

Jste připraveni a cítíte se dostatečně kompetentní k podání informace o povaze a prognóze nemoci pacientce?

Příloha č. 4: Informovaný souhlas



UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FILOZOFICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie
Vodární 601/6, 771 11 Olomouc

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci diplomové práce

Název práce: Sdělování závažný diagnózy z pohledu lékaře

Autor práce: Bc. Elisabeta Drimlová, email: elisabeta.drimlova@gmail.com

Vedoucí práce: Mgr. Martin Kupka, PhD.

Termín realizace: 2016 - 2018

Místo realizace: Univerzita Palackého v Olomouci, katedra psychologie

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami účasti na výzkumu „Sdělování závažný diagnózy z pohledu lékaře“ a že se jej chci dobrovolně zúčastnit.

Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak, než k interpretaci výsledku v rámci diplomové práce.

Rovněž beru na vědomí, že mohu z výzkumu kdykoli, podle svého vlastního uvážení, vystoupit.

Dne.....

Jméno a příjmení.....

Podpis.....

Příloha č. 5: Přepis rozhovoru

Realizace: 27. 1. 2018, v Olomouci

Tazatelka: přivítání, zopakování práv vyplývajících z účasti na výzkumu.

Tazatelka: „Souhlasíš se svou účastí na tomto výzkumu?“

Respondent: „Souhlasím.“

Tazatelka: „Děkuju. Tady na začátek ti pro ilustraci dám takové tři krátké kazuistiky. Přečti si je prosím a já se tě pak na něco v souvislosti s nimi zeptám.“

Tazatelka: „Co to s tebou dělá? Jak se cítíš?“

Respondent: „No, do jisté míry je mi to známé, ale z jiné perspektivy. Teda, v mém oboru je to o tom, že je tam dítě, které má takovou diagnózu a zákonný zástupce – rodič, který bezprostředně není nemocným. Ale je pravda, že emocionálně zainteresovaný do toho co se děje, samozřejmě je. Většinou je to informování u nás dvoukrokové. Jen v případě, že jde o adolescenta, tak i při té prvotní informaci bývá i adolescent. Většinou se nejprve, teda v mé praxi ta zpráva oznamuje rodičům, jako zákonným zástupcům a tam se pak dál ptáme, jestli mám já jako lékař tu zprávu říct i tomu dítěti, pokud je už věkově natolik vyspělé, že dokáže té zprávě plně porozumět nebo jestli rodiče mají dostatek sil, aby to tomu dítěti oznámili sami a nebo jestli to uděláme kombinovaně, společně s mou asistencí, a nebo jestli potřebují asistenci psychologa. Teda, tady se to liší tím, že tady (*myšleno v kazuistikách*) odpadá ten level, těch rodičů, těch zákonných zástupců a de facto komunikuju přímo s tím pacientem. Ehm, co byla možná zajímavé, ta druhá kazuistika, že tam je člověk, který má nějakou mentální subnormu, jestli jsem to správně pochopil a přichází tam bezprostředně rodina s těmi dětmi. To je ještě taková specifitější situace. Nevím, co ještě bych k tomu teď povídat. Tedy, tam bych postupoval trochu jinak a možná teda bych se snažil prvé řadě informovat toho pacienta a manželku a ty děti nějakým způsobem na tu danou dobu si..., bych poprosil, že by je sestřičky nemohli na chvíli pohlídat a potom podle jejich aktuálního nastavení a jejich situaci bychom se možná mohli bavit o tom, jak bychom to mohli povědět těm dětem. Tak to je takový první náhled.“
(3:39)

Tazatelka: „Jo, takový, co tě napadlo. A když se ještě trošku zastavíš sám nad sebou, když sis to přečetl, napadne tě nějaký pocit, který bys mohl říct, že se ti s tím poji? Co to dělá s tebou po té citové stránce?“

Respondent: „No, já jsem teda z mé praxe naučený, když taková situace přijde, tak je to věc emocionálně a citově vyčerpávající a náročná. Jako že hledat řešení a způsoby, jak to tomu říct, i když e mi nechce. První pocit je takový, že člověku se do toho nechce. Teda, nevím, to asi není emoce, že? Je to takový pocit.“

Tazatelka: „Ale tak pojí se to s tím, je to nějaký projev.“

Respondent: „Jasně. A potom je tu i taková pochybnost: člověk nikdy neví, i když si v hlavě uspořádá nějak myšlenky a vytvoří si nějakou strategii, že jakým způsobem to jde oznámit, tak nikdy neví, jestli to opravdu dopadne tak, jak si myslí. To je další taková emoce. Velká pochybnost. Jako, že neustále zpochybňování svých schopností i předchozích zkušeností, že to, co platilo na někoho před tím, nemusí platit na toho, koho má právě před sebou. Neustále je člověk konfrontovaný. I když by se zdálo, že ty diagnózy jsou jako na páse, že to je to stejné. Ale nikdy to není to stejné. Vždy je to takový skok do neznáma. A je to spojené s takovým strachem ze selhání. Ten rozhovor nevypadá tak, jak si člověk představuje.“

Tazatelka: „A když sis to přečetl, jak to ty vnímáš? Říkáš, že je tam trochu takový strach, jak to ti rodiče, asi se budeme bavit především o rodičích, v téhle situaci...“

Respondent: „No, i o dítěti.“

Tazatelka: „...jak to ti rodiče a dítě přijmou. Je to taková nejistota, kterou v sobě můžeš cítit?“

Respondent: „Jako takhle, já vím, že budou reagovat, že budou plakat, že se můžou zlobit, že ta paleta těch emocí, které oni budou projevovat je velmi široká. Mně ani nejde o to, aby neplakali, protože to je normální. Ani mi nejde o to, aby se třeba nezlobili nebo, aby neměli další iracionality. Spíš mi jde o to, aby ta jejich reakce nebyla vysloveně patologická, když by začala směřovat nějakým nepředpokladatelným směrem, který bych nevěděl, jak nějak zmenežovat a nebo zvládnout. Tedy pro mne je důležité dát jim ten bezpečný prostor, kde mohou ty emoce projevovat, kde já mohu působit podpůrně, ale vždycky teda pramení z toho, jak bych zvládnul nějakou patologickou reakci. Třeba kdyby tam šlo o násilí. Vymýšlím si. Něco, co je opravdu atypické. A nebo naopak, když by byli ti rodiče až příliš emočně ploší. Že najednou bych se v tom neuměl vyznat. Člověk čte ty neverbální projevy a tak dále..., že když by mi oni nedávali svým neverbálním projevem jakoukoliv zpětnou vazbu, tak bych se z nich cítil zmatený.“ (7:33)

Tazatelka: „Děkuju. Tys teda nastínil, jak to chodí v tvé praxi, že je to často dvoukrokové. Já chápou, že tam asi máte hodně rozmanitý věk těch dětí a to taky samozřejmě velkou měrou ovlivňuje, ale mohl bys mi prosím teď popsat, jak vypadá krok po kroku to sdělení té závažné diagnózy těm rodičům a potom i tomu dítěti? Třeba v kombinaci s rodiči, když si představíš situaci, že jsi tam ty, rodiče a dítě.“

Respondent: „Dobře. Co se týká sdělení té informace rodičům, tak většinou je to matce i otcovi. Ve výjimečných situacích, když jsou rozvedení, a nebo je to vdova, vdovec a tak dále, tak je to jenom jednomu rodiči. Většinou jsou to oba dva. Ta prvotní informace se poskytuje takovým způsobem, že tam nesedím jen já jako nejmladší sekundář, ale většinou tam sedí i zkušený lékař, tedy je tam pan primář, pan přednosta..., někdo kdo tam v té první chvíli sedí se mnou. Máme tam jako by podpůrný mechanismus, toho staršího kolegu, který tam pracuje 10 roků. To je dobré.“

Tazatelka: „To je takový jako dozor?“

Respondent: „Ano, jako supervize. U nás je to tak, že většinou mluvím já a on, teda na příklad s primářem, když tam sedí, tak on doplňuje. No a v podstatě je to tak, že když už máme tu diagnózu stanovenou, a nebo takové rozhovory se mohou dít i v případech, když už je ta diagnóza známá, ale někde se to zvrtně a začne to jít špatným směrem. Takže v podstatě těm rodičům oznámím, že bychom si s nimi rádi promluvili, a že teda, jestli by si nemohli zavolat i partnera a domluvíme si konkrétní termín. Oni už v té chvíli vědí, že se děje něco..., někteří se už ptají, jestli je to něco vážného nebo jestli je to právě ta diagnóza, o kterou si myslíme, že jde. Já v té chvíli jim nemůžu lhát, tak aspoň přikývnutím hlavy, že vážně se budeme bavit o takové vážné věci, aby se na to mohli nějak psychicky připravit. Potom probíhá ten samotný rozhovor, v rámci kterého se snažím je na to tak nějak nejprve předpřipravit. V tom smyslu, že jim řeknu, že teď jim podám velmi rozsáhlou informaci, že spolu budeme hodně mluvit, povím jim o čem je budu informovat, a že si pravděpodobně z toho velmi málo zapamatují, a nebo že si zapamatují jen ty nejhorší věci. A potom jim povím, že je to normální. Že je to normální reakce. Následně je vyzvu, aby hned, jak tento rozhovor ukončíme, se neváhají na mne obrátit znova. Každý z nás, co tam pracujeme, lékaři, sestry, máme nekonečnou trpělivost, a že nám můžou do nekonečna dávat ty stejné otázky, a že je nikdo neodsoudí. Budeme si to stále vysvětlovat, až dokud nám to nebude všechno jasné. Potom se snažím nějakým způsobem vyvrátit nějaké takové mýty, které jsou spojené s dětskou onkologií. Častokrát rodiče viní sami sebe, že něco zanedbali... ve stravě, že mají špatné geny...“

Tazatelka: „Přirozená reakce.“ (11:39)

Respondent: „To se jim ještě snažím říct, že na to mají zapomenout, že to jsou v podstatě hlouposti, že? Takto to vážně nefunguje... ty choroby jsou..., ta příčina je neznámá, a že určitě nic neudělali špatně. Ani za nic nemůžou. Snažím se nějak ošetřit ty nějaké věci na začátku, aby to neskončilo špatně. A vyzývám je potom, aby si psali i otázky, aby se na ně nezapomněli zeptat. Ať si hned založí nějaký sešit. Potom se vlastně snažím nesumarizovat všechny ty diagnostické procesy, které jsme udělali. V případě, že už to dítě je v léčbě a něco se zvrtně, tak zopakují, co jsme do teď udělali a, že těmi diagnostickými procesy jsme přišli na to, že se ten stav zhoršil. Potom začnu vysvětlovat, co to pro to dítě znamená. Že teda, na začátku nějaká léčba, co budeme dělat, a nebo že jsme už vyčerpali všechny možnosti, a že se bavíme už o tak zvané paliativní péči. Potom je v podstatě prostor na jejich otázky. Tam už ty rozhovory jsou variabilní. Pravda, že tam je třeba si dát velmi, velmi dlouhý čas na ten rozhovor, aby mohli projevit emoce a tak dále. No a potom, když tohle máme nějakým způsobem uzavřené, i když tohle není nikdy úplně uzavřené, pak ještě proběhne hodně parciálních rozhovorů na vizitě, kdy oni vyjadřují různé svoje obavy a tak dále, a nebo si vyjasňujeme některé věci. Taky se ptám, jestli to oni chtějí povědět svému dítěti, a nebo jestli to mám udělat já, a nebo jestli to uděláme společně, a nebo jestli k tomu potřebují psychologa. Oznamování takovýchto zpráv dítěti pro mě osobně je milionkrát horší než rodičům. Jako nedostat se na jeho úroveň chápání a tak dále.“

Tazatelka: „Takže přetvořit to do toho jeho jazyka? Zjednodušit ty informace, ale pravdivě?“

Respondent: „Tak, pravdivě a ještě se snažím říkat..., připravit ty rodiče na to, že oni chtějí, abych já mluvil s tím dítětem, tak je upozorním na to, že to dítě nemohu klamat. A když se mě dítě zeptá, jestli zemře, tak já mu nemůže odpovědět, že každý zemře. Já mu musím povědět, bohužel jsme vyčerpali možnosti léčby a budeme se starat o to, aby tě nic nebolelo, ale už tě nemůžeme vyléčit. Musím to říct citlivě, ale na rovinu. Strašně hodně situací jsem už zažil – někteří to akceptují, někteří ne a tak dále.“

Tazatelka: „Shrnul jsi to velice pěkně. Ty sám jsi říkal, že je potřeba na to dost času, třeba když se podíváme jen na tu konzultaci pro ty rodiče. To by mě zajímalo, jak dlouho to tak zabere.“

Respondent: „Záleží to na hodně faktorech – na tom, na kolik jsou ty rodiče intelektově vybavení, někteří mají už ze začátku sklony k různým alternativám a konspiracím a to jsou ještě těžší diskuse. A určitě to zabere hodinu až hodinu a půl, v průměru. Někdy i víc.“

Tazatelka: „A ty na to ten čas máš? Můžeš si ho tolik vyčlenit?“

Respondent: „Když vám, že takový rozhovor nás čeká, tak si to musím zařídit. To znamená, jak mám jiné pacienty, kde ta léčba frčí a nevyžadují si tolik mojí péče, tak těm se věnuji primárně. Rychle si udělám tu práci, a nebo některé pacienty deleguji na kolegy. A většinou se tyto rozhovory dějí v poobědních hodinách, když je ta hlavní práce na oddělení ukončená, ta medicínská. Častokrát, když jsou ty rozhovory náročnější, tak se to protáhne až po..., za pracovní dobu. Že to pokračuje, i když jsem měl být už dávno doma a ještě tam s nimi sedím.“

Tazatelka: „Tys říkal, že tam bývají oba rodiče, ty a další lékař. Když by to byl lékař s atestací, tak ten by tam byl s těmi rodiči sám? S ním by už tam nebyl ten primář nebo přednosta?“

Respondent: „Takto: to jsou lékaři, který bývají častěji sami, ale v některých situacích, když jsou ty rodiče náročnější, tak i oni si přizvou toho vedoucího pracovníka. Já jsem, přiznám se, absolvoval několik takových vstupních rozhovorů sám, jen s těmi rodiči. A nebo, když v té situaci toho oznámení tam ten starší pracovník, kolega zrovna nebyl. Někdy se to podaří, samozřejmě. A ty rodiče jsou ve velké tenzi. Oni čekají ty zprávy, ať už dobré nebo špatné. Když už vědí cokoliv, tak se z nich ty emoce mohou jistým způsobem dostat ven a je to takový důležitý moment, který já nechci natahovat, jen protože tam někdo není.“ (17:33)

Tazatelka: „Chápu. Takže teda většinou vlastně tam bývají 4 lidi – ty, plus ten další lékař, plus ti dva rodičové?“

Respondent: „Ano.“

Tazatelka: „A probíhá to v jakých prostorách?“

Respondent: „Máme na to speciálně určenou místnost.“

Tazatelka: „To slyším poprvé. Vždycky jsem o tom jenom četla.“

Respondent: „No, je to místnost která..., jako nedějí se tam jen oznamování takovýchto zpráv. Je to místnost, třeba když přijde návštěva, tak je tam usadím a počkají tam. Je tam vlastně posezení, gauč.“

Tazatelka: „Je to příjemně zařízené?“

Respondent: „Ano, je to relativně útulné.“

Tazatelka: „Není to žádná vyšetřovna nebo lékařský pokoj?“

Respondent: „Ne, ne. Je tam i televize, když tam jsou rodiny, pustí se jim pohádka, takže tak.“

Tazatelka: „Tys ještě říkal, že když rodiče chtějí, tak si mohou přizvat psychologa ke sdělení té diagnózy. Takže to u vás takhle chodí, že když je to na přání těch rodičů, že se přizve ten psycholog?“

Respondent: „To jen... Asi jsem to nesprávně vysvětlil, že oni si sami dokonce toho psychologa většinou..., jim to povím, že je tu taková možnost. Oni si to v tom momentě toho šoku moc nedokážou říct, jestli ho potřebují, a nebo nepotřebují. Řekl bych, že jsou jisté předsudky mezi lidmi, co se týká psychologů.“

Tazatelka: „To souhlasím.“

Respondent: „Ale když vidím..., záleží hodně na té rodině, odkud to dítě pochází. Když je tam matka s dítětem, která má podpůrného partnera a celá ta rodina drží po kupě a mají v rámci vlastního rodinného systému dobré zázemí, tak takové rodiny se zeptat, zda potřebují toho psychologa, tak oni řeknou, že ne, že ten rozhovor zvládnou a já jim to věřím. Ne každý to potřebuje v tom momentě, že mají vlastní kapacity. Ale pokud je to někdo z rodiny, kde je nějaký těžký případ, špatné poměry, já nevím, domácí násilí, něco takového patologického, tak tam se jich snažím nějakým způsobem zmanipulovat, aby ten psycholog... Silně jim doporučuji, aby toho psychologa si radši přizvali.“ (20:26)

Tazatelka: „A dokážeš si představit, že to měl být standard, že by ten psycholog měl být u velice závažných zpráv běžně?“

Respondent: „Já si myslím, že by to měl být standard v případě těch rodin, kde nejsou ty vnitřní kapacity ze strany té rodiny na to, aby tu situaci zvládali. Potřebují takovou bezprostřední krizovou intervenci.“

Tazatelka: „Takže ale tím pádem by to bylo na posouzení toho lékaře, jestli se mu ta rodina zdá nebo nezdá vhodná pro psychologa?“

Respondent: „Tak. To je vždycky..., já jsem si to teda..., neřekl bych, že je to neposouzení jenom lékaře. My máme u nás i psychosociální vizity. Teď teda nějakou dobu

absentovaly. Ale psycholog i sociální pracovník, každý z nich se chodí té rodině představit a snažíme se právě určit na té psychosociální vizitě určit, která rodina by potřebovala takovou intervenci nebo spolupráci psychologa. Určitě si to nedovolím já sám povědět, ale mám svůj pocit..., že si myslím, že...“

Tazatelka: „Takže vy psychologa na oddělení máte?“

Respondent: „Teď takto: teď jsme sháněli novou psycholožku, protože u nás nevydrží každý i co se týče psychologů. A je třeba mít s tím psychologem velmi dobrou..., až bych řekl chemii, že? A teď jsme sehnali jednu novou psycholožku, která na nás udělala velmi dobrý dojem. Takže u nás teď psycholožka absentovala, ale těšíme se zas na spolupráci.“

Tazatelka: „Ale snažíte se mít tu psycholožku na oddělení jako standard?“

Respondent: „Ano.“

Tazatelka: „Je součástí pracovního týmu?“

Respondent: „Ano. Ona je jen pro naše oddělení. Není pro celou nemocnici.“

Tazatelka: „Ještě se zeptám znovu na ty pocity. Jak se většinou cítíš těsně před tím, než dojde k té konzultaci? Víš, že za pět minut mají dorazit rodiče nebo už možná čekají někde na chodbě a teď víš, že nastane ta konzultace, kdy jim potřebuješ říct tu špatnou zprávu, i když už to asi tuší. Jak se cítíš? Jak ti je?“

Respondent: „No, jako kdybych šel oznámit mé přítelkyni, že se jdu s ní rozejít. ☺“

Tazatelka: „A jak to prosím vypadá? Ty pocity?“

Respondent: „Ehm..., no ne, tak je to takový pocit mobilizace vnitřních sil. Tak už jsem to jako popisoval, jistá nejistota a strach. Ne, že ty lidi budou mít emociální reakci, ale jestli se mi podaří nějakým způsobem se naladit na ten empatický mód. A to nemyslím, že prožívám to stejné, co oni, ale že jim poskytnu nějaký vhled do té situace, který je reálný, který možná oni zrovna nedokážou racionálně zpracovat. Tedy, je to taková pokora. Velká vnitřní pokora, jestli se mi, napříč tomu, že jdu oznamovat zprávu, která je náročná, ale napříč tomu se mi podaří být jistým způsobem být i podpůrný v tom rozhovoru.“ (24:56)

Tazatelka: „Takže se soustředíš na sebe, aby se ti to podařilo s tou rodinou dobře, teď nechci, aby to znělo hodnotícím, ale lepší slovo mě nenapadá..., prostě nějak jako zdravě zvládnout? A je to jakási nervozita? Můžu to tak chápat? Nebo cítil jsi třeba někdy nějaký tělesný změny? Takový ty klasický ukazatele stresu, sevření žaludku, pocení, na příklad?“

Respondent: „Měl jsem velmi některé případy tak extrémně náročné pro mne, že když jsem byl mladší. A když jsem některé rozhovory absolvoval fakt velmi..., že vysloveně sám..., ty okolnosti se tak seběhly, když..., jeden případ si pamatuji, že jsem právě cítil takovou zodpovědnost, ale i takový strach, že jsem na příklad celou noc dobře nespal a furt jsem si v hlavě přehrával, jak to těm rodičům chci povědět. A to byl případ, že ty rodiče, napříč tomu, že to dítě umíralo, se začali uchýlovat k různým alternativním myšlenkám, takový cáklým a já jsem je musel jednoduše, tvrdě stáhnout za nohy zpět na zem a změřit je zpět na to dítě. Měl jsem pocit, že to, co dělají je v neprospěch toho dítěte, že by ho mohli poškodit, ne mu pomoci. Já jsem tam taky trochu obhájcem toho dítěte. A když dje lékař do takového sporu s rodičem, že když jim poví, že to, co vymýšlejí, tak by to dítě mohlo poškodit, ale oni jsou přesvědčení, o tom že mu vlastně jdou pomáhat. Dle jejich pohledu, z té lásky k tomu dítěti, oni nedělají nic špatně. Já to neodsuzuji. Teď to povědět tak, aby to přijali, abych je nehodnotil. Aby pochopili, že mně taky záleží na dobru toho dítěte. Tak to byla asi největší výzva v mém životě, zatím. Takže ano, když jsou takovéto hodně náročné, tak to je velká nervozita i strach i nespavost. Ale když jde oznámení onkologické diagnózy onkologické, kde se budeme bavit o tom, jak to vyléčit, jaký bude ten management, kde ale já těm lidem dodávám takovou naději, tak to nad tím nelámeme hůl. Tam máma takovou léčbu, tak to, to, to... Tak tam cítím odhodlání, že? Ale když je t o takový typ rozhovorů, že musím nějakým způsobem zaútočit na tu obranu v té situaci, a která je pochopitelná, ale nějakým způsobem ohrožuje to dítě, tak to jsou ty extrémní situace, kdy fakt mám i strach.“

Tazatelka: „Děkuju za upřímnost. A takže myslíš si, že informovat tu rodinu o té diagnóze a závažné prognóze je stresující pro tebe?“ (28:56)

Respondent: „No, je to..., pověděl bych, že ano i, ale je to ruku v ruce i s pocitem úlevy. Když se to nějakým způsobem podaří a ten rodič je v další průběhu nastavený na nějaký typ komunikace, spolupracuje, důvěřuje mi jako lékařovi nebo našemu týmu a vidím, že ten vstupní rozhovor, i když byl náročný a do jisté míry stresující, tak je tam i pocit toho zadostiučinění.“

Tazatelka: „Když teda říkáš, že jsou situace, že jsi z toho nervózní, napadá tě, co tvůj stres může zvýšit?“ (30:11)

Respondent: „Těch faktorů je hodně. Stres zvyšuje, když jsou třeba ti rodiče a nebo adolescent ve velkém afektu. Přicházejí do toho rozhovoru ve velkém afektu. Častokrát

jsou hostilní. První úlohou ani není podat jim informaci, ale uklidnit je. Nějak jim dát najevo, že budeme dále komunikovat jen v případě, když tu emocionální reakci, takovou hostilní reakci, tu která je destruktivní a není konstruktivní, že když ji nezvládnou, nezpracují, tak ta komunikace nemůže dále probíhat, protože to není výhodné pro obě strany. Častokrát jim musím dát ještě prostor na to, aby se uklidnili a přijdu za nimi za deset, za patnáct minut. A většinou to stačí. Že když jim to vysvětlím inteligentně, tak to většinou stačí. Potom stres zvyšují lidi, kteří mají všelicos načtené na internetu a přichází s vlastními teoriemi, což je ještě víc rozšířené v současnosti. A de facto už od začátku mají toho lékaře postaveného jako kdyby protivníka. A mně nepomůže nic než snažit se k nim přistupovat napříč tomu partnersky. A trošku tu svoji roli v tom rozhovoru změnit z toho protivníka na někoho, kdo se snaží pochopit, jak ej to extrémně náročné. No, tam jednoduše..., to zvyšuje stres, no. A potom ještě můj stres zvyšuje to, že jdu mluvit s nějakým dítětem a vysvětlovat.“ (32:50)

Tazatelka: „No a naopak, co zmírňuje? Co ti pomáhá?“

Respondent: „Ehm, no určitě, když je tam někdo zkušenější semnou, protože umí vhodně zasáhnout, když se něco děje. Přiznám se, že si za parťáka do rozhovoru zvu toho, s kým se mi to dobře dělá. K našemu panu primářovi mám velkou důvěru. Když tam je..., no určitě bych si nevybral kohokoliv z týmu, ale není to osobní. Když reflektují ty rodiče ten rozhovor, tak je ta emocionální reakce..., popláčou si, nadechnou se a jdeme se bavit dál. Když to má takový průběh, na který jsem zvyklý, jestli se to tak dá povědět.“

Tazatelka: „Jo, mě napadá, že se ti ten rozhovor daří vést. Udržet nějakou strukturu, je tam prostor pro emoce, který ty rodiče můžou projevit, projeví je a potom jsou schopni s tebou v tom rozhovoru pokračovat, třeba už zase trošku racionálněji.“

Respondent: „Ano.“

Tazatelka: „Tak by to mělo být...“

Respondent: „Já si myslím, že největší pokušení ze strany lékařů, zdravotníků, je stále něco říkat. Já si myslím, že je velmi dobré..., dobrá taktika, mně se to osvědčilo, zůstat ticho. Klidně i pět minut a nedat se nějakým způsobem nebo tou situací vtáhnout, že musím něco povídat. Častokrát nemusím.“

Tazatelka: „No, a když jsi nervózní před tím sdělením, jak proti tomu bojuješ? Jak ty sám snižuješ svoji nervozitu?“

Respondent: „Jdu do toho. Já jsem ten typ, který věří tomu, že když jde do toho, tak to má za sebou zkrátka. Nemyslím si..., já teď teda piju cappuccino, ale to je jediný kofein, který piju. Já si nemusím dát cigaretu. Nekouřím. Kávu normální nepiju. No, bojuju proti tomu odvahou.“

Tazatelka: „Ty jsi zmiňoval trochu obavy a strachy. To byly jaký strachy? Prosím, připomeň mi to.“

Respondent: „No, z toho, e se mi nepodaří vést ten rozhovor, že se to nějakým způsobem vymkne.“

Tazatelka: „Jo, ty jsi zmiňoval hodně silný afekt.“

Respondent: „Ano, takový..., nějaké nezvládnuté afekty. Já teda nejsem v tom školený, já teď nemohu tomu člověku píchnout něco na uklidnění. ☺ By mě mohl zažalovat.“

Tazatelka: „A pracuješ nějak s těmi obavami nebo je to stejná strategie, prostě jít do toho?“

Respondent: „Ty obavy nejsou až tak naléhavé, že bych s tím něco musel dělat. Mívám to někde na pozadí a.... jednoduše...., asi vědomě ne... Někde na pozadí si to tak uvědomuji.“

Tazatelka: „Teď se přesuneme do další části rozhovoru. Tys mi teď popsal, jak to chodí. Zkus si v hlavě promítnout a představit si nějaký ideální průběh toho rozhovoru – a teď myslím spíš ze strany toho lékaře, personálu, prostředí – liší se nějak ta vaše současná praxe od toho ideálu? Napadá tě, co byste mohli na té klinice zlepšit?“

Respondent: „Já bych, když půjdu od prostředí. Tu místnost bych dal jinam, protože ona je při vstupních dveřích a tam, i když se tam zavřeme, tak jsou tam nějaké ruchy za těmi dveřmi. Možná bych dopřál těm rodičům i těm příbuzným trochu větší místnost. Ona je trochu taková komornější, taková komůrka. ☺ Ale v zásadě je klíčové, že nějaká intimita je tam dodržena. U nás je ten psychosociální tým dost nestabilní. Ta psychologka, která byla na posledy se nám neosvědčila, proto hledáme další, takže určitě ten psycholog teď absentuje, ale věřím, že jsme přijali osobu..., uvidíme, jestli se nám osvědčí, že? Není lehké najít psychologa na takovou práci, který by to zvládal, a který by konvenoval i s tou naší filozofií. A určitě by se hodil nějaký takový trénink komunikační pro lékaře, možná i pro sestry, ale ne takový, že si sedneme s budeme si promítat slidy a budeme si říkat, že komunikace je verbální, neverbální, přímá, nepřímá, horizontální, vertikální, nevím jaká,

ale jednoduše, že si to trochu zažijeme s někým, kdo je v tom fakt dobrý. Že si vyzkouším trochu ty role, trochu možná nějaké to psychodrama.“

Tazatelka: „Jasně. To se ale používá, tedy literatura říká, že se to používá. V České republice, když se takhle ptám, což se chci zeptat i tebe, jestli o nějakých takových výcvikových seminářích víš? Jestli vám je to nabízeno?“

Respondent: „Zrovna já a pan primář jsme absolvovali ten stejný, ale on ho měl asi 20 nebo 15 roků přede mnou. Bylo to v jednom dětském hospici na Slovensku, kde oni dělají takovéto..., je to vysloveně provázení, provázení smutněním. A tam si to člověk všechno prožije sám na sebe.“

Tazatelka: „Promiň, že ti skáču do řeči, ale bylo tam i to téma té komunikace o smrti?“

Respondent: „Ano, komunikace o smrti, oznamování špatných zpráv a toto. Všechno jsme to hráli a vžívali jsme se do toho. Takže..., neříkám, že to musí být..., já jsem tam chodil půl roku, primář dokonce tuším dva roky. Má to ještě takovou nástavbovou formu.“

Tazatelka: „To je tady takový půlroční kurs?“

Respondent: „Šest víkendových setkání.“

Tazatelka: „To je intenzivní teda.“

Respondent: „Intenzivní.“

Tazatelka: „To slyším fakt poprvé. Čili ta nabídka je.“

Respondent: „Nabídka u nás na Slovensku je.“

Tazatelka: „Takto budeme posílat na Slovensko. ☺“

Respondent: „A to není jen pro zdravotníky, ale je to pro jakékoli pomáhající profese i pro psychology a tak dále. Nejsou tam zahrnuti všichni z našeho týmu. Možná něco na míru jim ušít..., vymyslím si takový nějaký ideál. No a ještě jedna taková forma, která si myslím, ež by byla vhodná. Dařilo se nám asi půl roku se s rodiči setkávat jednou do týdne. Normálně v takových skupinkách, že jsme si tak posedali a vždycky jsme se na té psychosociální vizitě dohodli, jaké téma budeme probírat. Byla to praktická témata. Na oddělení jsme si řekli, že s těmi rodiči potřebujeme probrat, že když jim dávají nějaké výživové doplňky a všelijaké, já nevím, řasy, a nebo takové ty vitamíny, a takové věci k té léčbě navíc, tak aby nás informovali. My tomu rozumíme, že chtějí na té léčbě participovat svým přispěním, ale že aby o tom informovali toho lékaře. A aby to nedávali během

chemoterapie, protože nepoznáme interakci těch rostlinných produktů, a tak dále, s tou chemoterapií. Vždycky jsme se snažili řešit nějaké praktické téma, ale dávali jsme jim sluchu, co je trápí, co je tíží. Se mohli jako kdyby..., vyzpovídat, no.“

Tazatelka: „Vy jste byli s těmi rodiči hodně v kontaktu.“

Respondent: „Toto byla moje iniciativa a i ty první setkání jsem jako by vedl já. A byl tam vždycky náš sociální pracovník a psychologka. Potom tam byl vždycky jiný lékař, aby se to rotovalo. Ale ne každý to chce a může a tak dále. Teď odcházím na ty cirkulace a tento, tato platforma nám jako že zaniká, což je škoda. Si myslím, že je dobré mít takovou jako kdyby psychoterapeutickou skupinku, i když já se necítím být psychoterapeut, Bože chraň. Možná ta nová psychologka, co přijde, v tom bude pokračovat, že?“

Tazatelka: „To je pravda, možná. Takže se vrátím jako by k tomu vzdělávání. Ty sis ten kurs nebo workshop vybral dobrovolně. Nebylo to povinné?“ (43:32)

Respondent: „Ne.“

Tazatelka: „Takže ti to přijde asi důležitý, se vzdělávat v téhle oblasti?“

Respondent: „Já jsem nastoupil na onkologii a půl roku na to už jsem byl přihlášený na tento kurs, protože jsem to potřeboval.“

Tazatelka: „A jak probíhala příprava na vysoké škole k tomuto?“

Respondent: „Ehm, velmi špatně. Velmi špatně, jako že psychologie byla jednosemestrální předmět, kdy byla jedna jediná přednáška o komunikaci s pacientem asi na úrovni, že pacienta oslovujeme pane, paní, ne babi a dědo. Takové, jako že až úsměvné informace. Neříkám, možná pro někoho byly užitečné, ale nešlo to k jádru věci. Nešlo to do hloubky.“

Tazatelka: „A nějakou lékařskou etiku?“

Respondent: „Lékařská etika byla u nás, i když byla kritizovaná mými spolužáky, tak mě se ten předmět velmi líbil. Byl udělaný, že jsme se dívali na nějaké dokumentární filmy, a nebo jsme měli přímo nějaký rozhovor s anonymním alkoholikem, anebo potom jsme dělali..., já jsem dělal seminární práci na téma potraty. O tom jsem pak četl. Diskutovalo se o tom. Snažili se tam ty vyučující z té katedry jako vnášet různé zajímavé prvky, i když to byla taková chaotická mozaika. Cítil jsem tam snahu předat nám nějaké poselství a humanizovat tu naši práci. Bylo tam téma eutanazie. Tedy, ten předmět si mi celkem líbil, i když ty vyučující pojali ta témata, bych tak řekl, konzervativně,

prokřesťansky orientovaně, ať už to bylo téma potratů, eutanazie a tak dále, že ta vyučující sama silně věřící, tak jako kdyby se snažila podsouvat některé svoje pohledy, což někteří liberálnější spolužáci velmi těžce snášeli, a pak ty diskuze byly dost tvrdé, ale...“

Tazatelka: „Jo, ale ta komunikace o smrti tam moc nebyla.“

Respondent: „Bylo tam téma eutanazie, ale všechno to byly akademické debaty. Takže ano, možná jsme si uvědomili, že je to důležité, ale to je tak všechno.“

Tazatelka: „Hm, tak to vypadá tak podobně jako všude. No, a k té psychologii, vzpomeneš si, v jakém ročníku jste ji měli?“

Respondent: „V třetím, zimní semestr.“

Tazatelka: „Máš dobrýho pamatováka.“

Respondent: „Ehm, měl jsem z ní áčko, v předtermínu.“

Tazatelka: „A jsi spokojený s tou přípravou? Myslíš si, že na tuhle závažnější komunikaci by tam měl být nějak prostor?“

Respondent: „Je to přesně ten kurs, o němž jsem ti povídal, tak je přístupný i medikům, ten komunikační. Jen ti medicí, pokud nejsou sami proaktivní, tak se o něm ani nedozví. Určitě je tam pro to veliký prostor. Pokud nemá člověk zájem, tak si najde cestičky jako já. Pokud ale někdo nemá zájem a jde do praxe, tak jsou z toho potom ty stížnosti. 99 % je o komunikaci, to není o medicínském pochybení.“

Tazatelka: „On taky člověk jako nerozumí zas tak dobře medicíne, když není lékař. No a cítíš se být kompetentní ke sdělování takto závažných diagnóz? Co myslíš?“

Pauza 5 vteřin.

Respondent: „Když 5,5 roků dělám jen dětskou onkologii, já říkám, že jsem víc onkolog, jak pediater. Mám malého synovce, a když mi moje švagrová volá, co s ním má dělat, tak jí říkám: mne se neptej, já nejsem pediater. Pokud nemá leukémii... Já si myslím, že ve většině případů ve sdělování té informace kompetentní, povím, že na 90 % ano. No, ale v těch delikátních případech si netroufám jít do toho sám. A to si myslím, že ani dlouholetý pracovník. Vždycky tam musí zůstat taková míra pokory.“

Tazatelka: „A jaké kompetence nebo dovednosti, schopnosti komunikační máš, který ti pomáhají v tom, abys tu diagnózu nebo prognózu sdělil..., aby ses cítil být kompetentní?“

Respondent: „No, teď..., můžu se chválit? ☺“

Tazatelka: „Jistě, já budu jedině ráda.“

Respondent: „No, já si teda neskromně myslím, ale je to postavené na tom, že teda mám nějakou zpětnou vazbu od těch mých pacientů a rodičů. Myslím si, že je autentická a i, ta zpětná vazba upřímná, teda doufám, že nemám osobě nějaká zkreslený sebeobraz. Myslím si, že mám jistou míru talentu, že komunikačního. A že, myslím si, že umím nastavit tu komunikaci, že se snažím pochopit situaci těch lidí, ale přinášet v těch vhodných momentech do toho tu nějakou racionalitu. Nejsilnější devíza, o kterou se snažím a nevím, jestli mi to vychází nebo ne, je autenticita. Jednoduše nelhat těm lidem a povědět..., ehm, někdy se ohradí, co vy o tom víte, nemáte dítě. A já povím, ano máte pravdu, nemám dítě, že? Tedy, že..., jako že být autentický, být sám sebou, nedělat ze sebe machra, když to tak není. A přicházet k těm lidem s pokorou a s tím, že jak se podaří navázat ten kontakt, tak se snažím tu komunikaci předat jako jistý druh služby těm lidem. Je to komplexní balíček. Nejsem tu jen od toho, že dávám léky a komanduji sestry a nevím co. Ale že v balíku té služby lidem, mimo té medicínské části je i ta komunikace, že je to součást.“

Tazatelka: „A úplně poslední otázka. Mimo to, cos teď řekl, že si myslíš, že ty umíš, tak co si myslíš, že by obecně lékař měl umět. Jaké dovednosti by měl mít, aby ten rozhovor dokázal dobře vést.“

Respondent: „Já asi zopakuji, že pro mne nejdůležitější je ta autenticita. Lékař by měl umět povědět, já nevím, když je to pravda. Měl by si přiznat, na příklad, že, já nevím..., na příklad: Já nemám na to... Promiňte, já nemám na to, abych informoval vaše dítě, protože jsem do toho příliš citově zainteresovaný. Jít s tou kůží na trh. Ty naše osudy se častokrát proplétají, ty rodiny jsou u nás častokrát celé měsíce a někdy i roky. A tedy to je asi taková nejdůležitější kompetence. No a ještě psychohygiena. Možná to nesouvisí přímo s tou komunikací, ale aby to uměl všechno zvládnout, tak by měl myslet i na sebe a měl by si umět určit i hranice. Protože někdy dáš prst a on ti vezme celou ruku, že. Tedy umět si napříč tomu všemu určit hranici, svůj prostor, kdy jsem tu jen já, já a moji blízcí a tak dále. Umět to nějakým způsobem i oddělit.“

Tazatelka: „Děkuju za autentický a upřímný odpovědi. Bylo vidět, že se nad tím opravdu zamýšlíš a snažíš se to pojmout, pro mě z toho psychologického hlediska, takže toho si vážím. Děkuju ještě jednou.“

Respondent: „No, já děkuju za pozvání. Doufám, že ti to vyjde.“

Tazatelka: „A já se teď chci ještě zeptat na zpětnou vazbu k sobě. Když takhle jsem se tě ptala na ty otázky, líbilo se ti něco, nelíbilo se ti něco? Máš nějakou poznámku nebo něco, čím bys to doplnil? Cokoliv.“

Respondent: „Tak myslím, že máš komunikační talent. ☺“

Tazatelka: „Děkuji.“

Respondent: „Ehm, ne. Já si myslím, že to bylo výborné, srozumitelné. Já ani nevím..., měla jsi to strukturované, já ani nevím, jak jsi šla. Podle mě to nevypadalo, že to šlo podle nějaké šablony. Bylo to velmi přirozené. Takže u mě dobrý.“

Tazatelka: „Tak ještě jednou ti děkuju.“ (55:00)