

PŘÍRODOVĚDECKÁ FAKULTA UNIVERZITY PALACKÉHO V OLOMOUCI  
KATEDRA OPTIKY

# EFEKTIVNÍ KOMUNIKACE PŘI PRÁCI OPTOMETRISTY

*Diplomová práce  
(bakalářská)*



VYPRACOVALA:

Mgr. Alžběta Kotrbová

obor 5345R008 OPTOMETRIE

studijní rok 2017/2018

VEDOUCÍ PRÁCE:

Mgr. Eliška Najmanová

**Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením Mgr. Elišky Najmanové za použití literatury a dalších odborných zdrojů uvedených v závěru práce.

V Olomouci dne 28. 3. 2018

.....  
Mgr. Alžběta Kotrbová

Děkuji své vedoucí bakalářské práce Mgr. Elišce Najmanové jak za cenné rady, tak i projevenou důvěru při návrhu zpracovat toto široké a značně interdisciplinární téma. Rovněž je třeba uvést, že tato práce vznikla za podpory projektu IGA PřF UP s názvem Optometrie a její aplikace, č. IGA\_PrF\_2018\_007.

**Název práce:** Efektivní komunikace při práci optometristy

**Autorka:** Mgr. Alžběta Kotrbová

**Pracoviště:** Katedra optiky

**Vedoucí diplomové práce:** Mgr. Eliška Najmanová

**Abstrakt:**

Tématem této bakalářské práce je komunikace mezi optometristou a jeho klientem. Komunikace je v optometrii velmi významná – každé vyšetření je založeno na dialogu s klientem a zásadní vliv má také na klientovu spokojenost a jeho ochotu spolupracovat a dodržovat léčbu. Hlavním cílem práce je upozornit na tento zásadní význam, který verbální i neverbální komunikace v rámci optometristické praxe má, a zároveň shrnout hlavní zásady, které je třeba při snaze o efektivní komunikaci zohledňovat. Práce tak poskytuje základní obecný model hlavních doporučení pro komunikaci s klientem, který na českém akademickém poli dosud nebyl zpracován.

**Klíčová slova:** anamnéza – komunikace – komunikační dovednosti – optometrie – rozhovor – subjektivní refrakce

**Title of the bachelor thesis:** Effective communication within optometric practice

**Author:** Mgr. Alžběta Kotrbová

**Department:** Department of Optics

**Supervisor:** Mgr. Eliška Najmanová

**Abstract:**

The concern of this bachelor thesis is the communication between optometrist and his client. Communication is crucial in optometry – every consultation is based on dialog with a client and it is also key to client's satisfaction. Therefore, the main aim of the thesis is to point out this crucial importance of verbal and nonverbal communication within optometric practice and to summarize the main recommendation for effective communication with clients. Overall the thesis can serve as a basic model consisting of the main recommendations for effective communication in everyday conditions of optometric practice.

**Keywords:** case history – communication – communication skills – optometry – dialogue – subjective refraction

# Obsah

<b>0 ÚVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>1 VYMEZENÍ MEZILIDSKÉ KOMUNIKACE</b> .....	<b>3</b>
1.1 Základní charakteristika komunikace .....	3
1.2 Interpersonální dyadická komunikace .....	5
<b>2 EFEKTIVNÍ KOMUNIKACE (NEJEN) V OPTOMETRII</b> .....	<b>8</b>
2.1 Základní komunikační dovednosti.....	8
2.2 Hlavní zásady efektivní komunikace.....	10
<b>3 KOMUNIKACE OPTOMETRISTY S KLIENTEM</b> .....	<b>14</b>
3.1 Začátek rozhovoru .....	16
3.2 Anamnestický rozhovor.....	20
3.3 Vyšetření – subjektivní refrakce .....	23
3.4 Vysvětlení diagnózy a možností řešení .....	26
<b>4 ZÁVĚR</b> .....	<b>28</b>
<b>Seznam užitých pramenů</b> .....	<b>30</b>
<b>Seznam obrázků</b> .....	<b>34</b>

# 0 ÚVOD

Komunikace patří k základní bio-sociální výbavě člověka a ze všech lidských dovedností rozhodně patří k těm nejdůležitějším a nejužitečnějším, protože komunikací lidé stráví za svůj život průměrně 75 % každého dne [1] [2] [3]. Komunikace je samozřejmě klíčová také ve zdravotnictví, a to včetně optometrie – každé vyšetření je totiž založeno na rozhovoru s pacientem či klientem (anamnéza, vysvětlování zjištění a možností nápravy) a na verbálních instrukcích nutných pro kvalitní provedení jednotlivých testů. Komunikace má také zásadní vliv na klientovu spokojenost a s tím spojenou ochotu spolupracovat a dodržovat léčbu [4] [5]. To, že komunikace je významným faktorem spokojenosti a dobrého dojmu klientů či pacientů potvrzuje rovněž řada výzkumů zaměřených na hlavní nedostatky pracovníků ve zdravotnictví, v nichž byla pacienty nejčastěji uváděným nedostatkem právě komunikace. Respondenti si především stěžovali, že zdravotníci k nim nepřístupují individuálně, nevěnují jim dostatečnou pozornost a neposkytují jim dostatek instrukcí či informací, případně je sdělují nesrozumitelně [2].

Ačkoliv je komunikace jednou z hlavních a zásadních činností každého optometristy, nepřikládá se jí často patřičný význam, a to jak ze strany samotných optometristů, tak ani na akademickém a odborném poli, kde se danému tématu věnuje pouze minimum publikací a výzkumů. Hlavním cílem práce je proto upozornit na zásadní význam, který verbální i neverbální komunikace v rámci optometristické praxe má, a zároveň shrnout hlavní zásady, které je třeba zohledňovat a dodržovat, aby mohla být komunikace s klientem efektivní. Součástí práce jsou rovněž základní doporučení a příklady efektivní komunikace v jednotlivých částech rozhovoru optometristy s klientem.

Vzhledem k tomu, že není možné v bakalářské práci pokrýt otázku komunikace v celém rozsahu optometristova povolání, rozhodla jsem se zaměřit pouze na jeden konkrétní a pro danou práci typický druh setkání, a to měření zraku prostřednictvím subjektivní refrakce u nového, předem objednaného klienta (dospělého a netrpícího žádným typem zdravotního postižení). Při popisu základních rad a zásad postupuji podle Calgary-Cambridge modelu lékařského rozhovoru, a postupně tak čtenářům práce poskytuji doporučení týkající se komunikace v jednotlivých částech setkání – na začátku rozhovoru, v rámci anamnestického rozhovoru, během vyšetření

a při vysvětlování našich zjištění a možností řešení. Vycházím přitom jednak z obecně platných zásad efektivní komunikace a jednak z výsledků britského tříletého výzkumu *Assesing Eye Sight and Ocular Health: the practical work of the optometrist* (2009-2011), v němž autoři pomocí metody konverzační analýzy zkoumali videonahrávky reálných optometristických konzultací a vyšetření a na jejich základě upozornili na klíčové faktory efektivní komunikace [4] [6] [7] [8] [9].



# 1 VYMEZENÍ MEZILIDSKÉ KOMUNIKACE

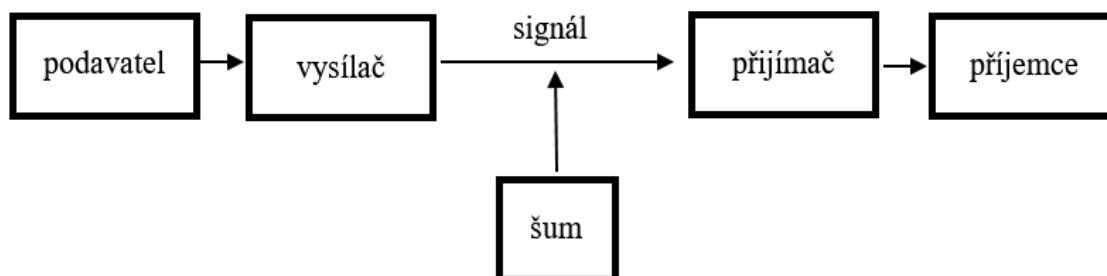
V této kapitole se zaměřím na základní vymezení fenoménu mezilidské komunikace – představím zde obecnou definici a charakteristiku jejích hlavních složek. Vzhledem k tomu, že lidská komunikace je velmi složitý jev, který ovlivňuje celá řada faktorů a který lze rozdělovat do mnoha typů dle různých kritérií, zaměřím se dále pouze na tu oblast komunikace, která úzce souvisí s tématem práce, a to konkrétně na interpersonální dyadickou komunikaci.

## 1.1 Základní charakteristika komunikace

Pojem komunikace pochází z latinského označení communicatio, v překladu spojení, souvislost, styk [10]. Vzhledem k tomu, že lidská komunikace je velmi složitý proces závislý na mnoha faktorech, neexistuje její jednotná a neměnná definice [2]. Na nejobecnější rovině ji však lze vymežit jako proces tvorby, přenosu a výměny významů a hodnot mezi dvěma a více lidmi [3] [11].

Předmětem vědeckého zájmu se mezilidská komunikace stala až v polovině 20. století, přičemž za první odbornou publikaci o komunikaci se považuje kniha autorů Claudeho E. Shannona a Warrena Weavera z roku 1949. Jejich matematická teorie komunikace je považována za základ pro vznik vědního oboru komunikačních studií a dosud se užívá jakožto obecný model lidské komunikace (obr. 1) [12].

**Obrázek 1. Komunikační model Shannona a Weavera [12]**



Jak ze zobrazeného modelu vyplývá, základními prvky každé komunikace je podavatel neboli mluvčí na jedné straně a příjemce neboli posluchač na straně druhé, přičemž roli podavatele i příjemce může zastávat jediná osoba, ale i velká skupina lidí. Podavatel své sdělení zakóduje a prostřednictvím vysílače (kterým mohou být například ústa mluvčího či telefonní sluchátko) vyšle signál komunikačním kanálem směrem k příjemci, který ho prostřednictvím přijímače (např. ucho posluchače či opět telefon) dekóduje a přijme [12].

Každá komunikace navíc obsahuje šum, což je jednoduše cokoli, co správné komunikaci do určité míry brání, protože komunikované sdělení zkresluje či narušuje [2]. Původcem šumu může být okolní prostředí, ale i samotní účastníci komunikace nebo téma či forma sdělení – podle původce se proto rozlišují čtyři typy komunikačního šumu, a to šum fyzický, fyziologický, psychologický a sémantický. Za fyzický šum se považuje jakýkoliv vliv z okolního prostředí, který narušuje přenášené sdělení, jako například zvuky projíždějících aut, vítr, rozmazaná písmena, nedostatečné osvětlení či vypadávající telefonní signál. Fyziologický šum je dán tělesnými bariérami účastníků komunikace jako poruchy sluchu či zraku, ztráta paměti a vady řeči. Psychologický šum je dán mentálními bariérami u komunikačních partnerů, kdy například posluchač mluvčímu nedůvěřuje nebo se v duchu věnuje něčemu jinému. K šumu sémantickému pak dochází vlivem rozdílného chápání významu užitých signálů jednotlivými účastníky komunikace, tedy když každý z nich hovoří jiným jazykem či odlišným nářečím, když mluvčí užívá odborné výrazy, kterým posluchač nerozumí a podobně [1].

Posledními významnými složkami každé komunikace je kontext a zpětná vazba. Jak je patrné z výše uvedeného modelu, autoři Shannon a Weaver o těchto dvou prvcích komunikace sice ještě neuvažovali, ale současní teoretici komunikace je do daného modelu přidávají, neboť se jedná o faktory, které podobu komunikace významně ovlivňují [12]. Komunikační kontext je celkový rámec, v němž komunikace probíhá. Ke komunikaci totiž vždy dochází v určitých souvislostech, a existuje tak vždy v kontextu s fyzickým, kulturním, sociálně-psychologickým a časovým prostředím. Kontext do značné míry určuje podobu sdělení i jejich význam – tatáž slova a jednání mohou mít v různém kontextu úplně jiné významy a kontext rovněž ovlivňuje, co říkáme a jakým způsobem [1] [13].

Zpětná vazba je pak reakce příjemce na sdělení, která informuje podavatele o tom, jak bylo dané sdělení posluchačem přijato, pochopeno a jaký má na něj účinek. Dle daných aspektů lze rozlišit několik druhů zpětné vazby, a to zpětnou vazbu chápající

pozitivní (posluchač sdělení pochopil a souhlasí s ním), chápající neutrální (posluchač pochopil a prozatím nemá vyhraněný názor), chápající negativní (posluchač pochopil, ale nesouhlasí) a nechápající (posluchač sdělení nepochopil a vyžaduje zpřesnění) [14]. Podle zpětné vazby je pak podavatel schopný upravovat podobu dalších zpráv. Je nutné upozornit, že zpětná vazba nemusí mít vždy formu verbální odpovědi, naopak sdělení nejčastěji vyvolávají reakci neverbální, kterou mluvčí mohou odezírat komunikačním partnerům z jejich obličejů či jednání [2]. Zpětná vazba je při komunikaci velmi důležitá, je významným zdrojem informací, a proto by ji vždy všichni účastníci komunikace měli vyžadovat i poskytovat. Význam zpětné vazby se však často podceňuje, a ne každý ji umí adekvátně přijímat a vyhodnocovat [13].

## **1.2 Interpersonální dyadická komunikace**

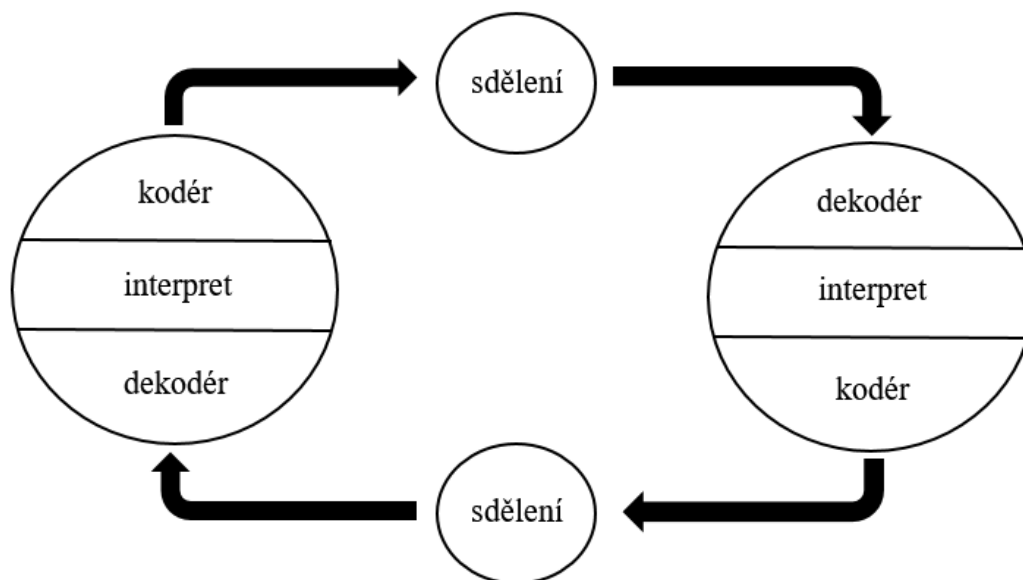
V předcházející podkapitole bylo uvedeno, že dvěma základními prvky každé komunikace jsou podavatel a příjemce, přičemž roli podavatele i příjemce může zastávat jak jediná osoba, tak i celá řada lidí. A právě podle počtu účastníků lze rozlišovat různé druhy či roviny komunikace. Například komunikační teoretik Denis McQuail vytvořil rozdělení šesti základních druhů komunikace – intrapersonální (rozmlouvání sám se sebou), interpersonální (mezi dvěma až třemi osobami), skupinová (uvnitř malé sociální skupiny, např. rodiny), meziskupinová (mezi několika skupinami, např. sportovní družstva), institucionální (v rámci širšího systému, např. v rámci politického systému či velké podnikatelské firmy) a celospolečenská (veřejně přístupná komunikace, např. veřejné projevy či masmediální komunikace) [15]. Jednotlivé druhy komunikace se od sebe v mnoha aspektech odlišují, především mírou anonymity komunikačních partnerů, formálností či možnostmi zpětné vazby. Vzhledem k tomu, že tématem této práce je komunikace optometristy s klientem při vyšetřování, a tedy komunikace interpersonální dyadická, je vhodné právě tuto rovinu komunikace blíže popsat.

Dyadická komunikace je přenos informací a výměna významů mezi dvěma osobami, a jedná se tak o nejmenší jednotku lidské interakce [16]. Oproti ostatním druhům komunikace je charakteristická vyšší možností okamžité zpětné vazby a svou přímostí - mluvčí komunikuje vždy přímo ke konkrétní osobě, která si toho

je vědoma a určitým způsobem reaguje [15]. Pomineme-li specifické formy, kdy je komunikace mezi dvěma osobami zprostředkována určitým médiem (telefonním spojením, online sítí, dopisem a podobně), dyadická komunikace zpravidla probíhá tváří v tvář (tzv. face-to-face komunikace), a je proto charakteristická velkou mírou neverbální komunikace, která významně doplňuje sdělení verbální [16].

Zásadním rysem dyadické komunikace je, že se při ní často střídá role mluvčího a posluchače mezi oběma účastníky [2]. Výše uvedený komunikační model Shannona a Weavera (obr. 1) tyto dvě role naopak výrazně odděloval, a proto autoři Wilbur L. Schramm a Charles E. Osgood vytvořili v roce 1954 odlišný, tzv. kruhový komunikační model, specifický přímo pro dyadickou komunikaci (obr. 2). V modelu jsou oba účastníci komunikace znázorněni rovnocenně, protože střídavě zastávají stejné funkce – v určité chvíli jsou mluvčími a kódují svá sdělení a v jiné jsou naopak posluchači a snaží se dekodovat a interpretovat sdělení toho druhého, přičemž tento proces se stále dokola opakuje. [17].

**Obrázek 2. Komunikační model Osgooda a Schramma [17]**



Vzhledem k tomu, že dyadické komunikace se účastní pouze dvě osoby, které na sebe vzájemně reagují a každé sdělení se jich přímo týká, je tento typ komunikace (mnohem více než ostatní druhy) konkrétními komunikačními

partnery významně determinován. Celou komunikační situaci proto do velké míry ovlivňují osobní vlastnosti i komunikační dovednosti obou účastníků, dobrovolnost účasti v dané interakci, jejich zájem na probíraném tématu, vztah mezi nimi i sociální role, kterou v dané situaci oba zastávají (např. nadřízený s podřízeným, dva kamarádi či právě optometrista a jeho klient) [2] [16].

## **2 EFEKTIVNÍ KOMUNIKACE (NEJEN) V OPTOMETRII**

Ve většině případů je cílem komunikujících osob to, aby jejich komunikace byla efektivní, tedy aby si vzájemně porozuměli a byl naplněn cíl dané komunikace [18]. Ve zdravotnictví a samozřejmě i v optometrii je efektivní komunikace obzvláště důležitá, neboť umožňuje navázat s klientem vztah důvěry, co nejpřesněji pochopit problémy klienta a společně probrat možná řešení [11]. Právě proto je tato kapitola zaměřená na nejvýznamnější zásady, které je nutné dodržovat či brát v úvahu, aby byla komunikace co nejefektivnější. Představím komunikační dovednosti, v nichž je třeba se zdokonalovat, a hlavní zásady podmiňující nejen efektivitu komunikace, ale její celkovou úspěšnost.

### **2.1 Základní komunikační dovednosti**

Komunikační dovednosti nejsou vrozené, naopak se jedná o schopnosti, které se lze naučit a neustále se v nich zdokonalovat [1]. Proto je podstatné si v první řadě uvědomit, co všechno mezi tyto dovednosti patří. Za základní komunikační dovednosti se považuje mluvení, čtení, psaní, ale také aktivní naslouchání druhým, přičemž „nejvýznamnější časový prostor v komunikaci zaujímá poslouchání a naslouchání (až 53 %), následované čtením (17 %), mluvením (16 %) a psaním (14 %)“ [19].

Právě naslouchání, které je nejčetnější složkou komunikace, je často podceňované a opomíjené, a brání tak efektivně komunikovat i těm nejlepším řečníkům. Naslouchání totiž neznamená pouhé vnímání prostřednictvím uší, jak se mnozí domnívají, „naslouchat znamená slyšet s hlubokou pozorností. Znamená to věnovat pozornost řečníkovi a tomu, co on či ona právě říká: naslouchat pozorně, ostražitě, všímavě a hloubavě“ [20]. Jedná se o složitý proces, během něhož je třeba komunikačního partnera nejen poslouchat, ale také se aktivně snažit mu porozumět a vnímat jak věcné informace, tak i jeho pocity a snažit se do nich vcítit. Zároveň je nutné dávat najevo svůj zájem a soustředění, doptávat se na detaily, udržovat oční kontakt, poskytovat verbální i neverbální zpětnou vazbu a nenechat se ničím rozptylovat [11] [13] [14].

Naslouchání je v optometristické praxi velmi podstatné, protože napomáhá správně porozumět klientovi a navazovat s ním pozitivní vztah a pocit důvěry [21]. Aktivní naslouchání je dovednost, v níž je třeba se postupně zlepšovat a učit se využívat různé techniky, které jsou s nasloucháním spojeny. Mezi tyto techniky patří především povzbuzení, objasnění, parafrázování a shrnutí.

Povzbuzení se užívá pro vyjádření zájmu a podnícení klienta k dalšímu hovoru – nejčastěji se provádí neverbálně (pokývnutím, úsměvem), při potřebě důraznější stimulace lze užít verbální povzbuzení typu: „*Řekněte mi o tom více*“. Cílem další techniky nazývané objasnění je upřesnit si určité informace, které klient poskytl, tedy získat k nim podrobnější detaily, najít nové souvislosti či ujasnit si to, co nebylo srozumitelné. Jedná se tedy o doplňující otázky týkající se témat, o nichž klient hovořil, jako třeba: „*Jak často tyto potíže míváte? Po jakých činnostech?*“. To dává klientovi zároveň potvrzení, že ho optometrista poslouchá a o jeho problémy se skutečně zajímá.

Pomocí techniky parafrázování, tedy přeformulování hlavních informací z klientova hovoru vlastními slovy, optometrista rovněž prokazuje, že pečlivě poslouchá, a zároveň si ověřuje, zda klienta pochopil správně (například: „*Jestli tomu správně rozumím, tak kontaktní čočky nosíte jen při sportu, tedy zhruba tři krát týdně?*“). Poslední ze základních technik, která se užívá především na závěr celého rozhovoru či jednoho tematického bloku, je shrnutí, tedy stručné zopakování nejdůležitějších faktů. To opět slouží jako důkaz pro klienta, že optometrista mu po celou dobu pozorně naslouchal, a zároveň jako závěrečná kontrola vzájemného porozumění nebo utřídění hlavních bodů, na něž se v dalším průběhu zaměří. Využívají se věty typu: „*Když to tedy shrnu, máte problémy hlavně při... /Přišel jste tedy za mnou hlavně proto, že vám nevyhovuje...*“ a podobně [11] [21].

Uvedené základní komunikační dovednosti, tedy mluvení, čtení, psaní a naslouchání, pak doplňuje Joseph DeVito (2008) ještě dvěma dalšími. První z nich je schopnost se co nejlépe prezentovat, tedy umět komunikovat sebevědomě a přirozeně před publikem a budit pozitivní první dojem. Druhou je pak dovednost vztahová, která obnáší schopnost navazovat přátelské i profesní vztahy, spolupracovat s kolegy, vytvářet přátelskou atmosféru, asertivně řešit konflikty a především být empatický [1] [3].

Ačkoliv empatie, tedy umění vcítit se do druhého člověka [22], nebývá přímo řazena mezi základní komunikační dovednosti, je jejich nezbytnou podmínkou, neboť bez snahy vcítit se do komunikačního partnera by nebylo možné mu správně naslouchat ani uzpůsobit komunikaci tak, aby jí byl schopen bez problémů porozumět. U empatie lze rozlišovat dvě její složky – emocionální a kognitivní. Podstatou emocionální složky neboli empatie cítění je schopnost rozpoznat emoce druhého a soucítit s ním. Kognitivní složka neboli empatie myšlení pak vyjadřuje schopnost tyto rozpoznané emoce pochopit, vcítit se do situace druhého i do jeho myšlení a v tomto kontextu jeho sdělení interpretovat [1] [23].

Právě empatie je schopností, která je velmi významná při jakékoliv práci, jejíž hlavní náplní je kontakt s lidmi a snaha jim pomáhat. Práce optometristy samozřejmě není výjimkou – dokáže-li se optometrista vžít do situace i povahy svého klienta, umožní mu to lépe diagnostikovat a vytvořit si o daném klientovi úplnější obraz, protože bude schopen lépe pochopit jeho subjektivní popis potíží, snadněji rozpoznávat význam jeho neverbální komunikace a podobně. Navíc je optometristova empatie velmi podstatná i pro samotného klienta, kterému přináší pocit vzájemného porozumění, nebo dokonce pocit bezpečí, a tím i větší ochotu vyjádřit svůj názor, zeptat se na vše, co ho zajímá, a prozradit veškeré potřebné informace [24] [25].

## **2.2 Hlavní zásady efektivní komunikace**

Aby komunikace mohla být efektivní, je třeba disponovat všemi výše uvedenými dovednostmi. Úspěšná komunikace je totiž založená jak na kvalitním, vědomě kontrolovaném projevu (mluveném či psaném), tak i na pozorném vnímání komunikačního partnera, dobré sebeprezentaci a adekvátní flexibilitě [13]. Kromě osvojení a zdokonalování komunikačních dovedností je navíc nutné pochopit základní vlastnosti každé komunikace a řídit se několika s tím souvisejícími zásadami. Vlastnosti komunikace dobře rozebral Joseph DeVito (2008) a na základě jeho popisu je možné zdůraznit čtyři hlavní axiomy komunikace a z nich vyplývající zásady:



**Komunikace je proces přizpůsobování se.** Každý jedinec využívá ke komunikaci do určité míry individuální systém signálů, přičemž odlišnosti jsou dány generačně, kulturně, geograficky (užívání specifických nářečí), ale i osobnostními rysy, vědomostmi a slovní zásobou jedince. Je logické, že účastníci komunikace si mohou porozumět jen do té míry, do jaké používají shodný systém signálů [1]. Z toho důvodu je pro efektivní komunikaci nutné umět se přizpůsobit komunikačnímu stylu druhých osob [14].

Při vyšetřování by se měl optometrista jakožto odborník v daném oboru přizpůsobovat svému klientovi, než aby tomu bylo naopak. Optometrista by se proto měl snažit klienta hned od příchodu pozorovat a dostatečně mu naslouchat, aby byl co nejrychleji schopný vytvořit si adekvátní představu, s jakým typem člověka pracuje, a podle toho přizpůsobit nejen svou verbální komunikaci (v oblasti zdravotnických služeb je typickým příkladem chybné komunikace užívání odborných, zpravidla latinských termínů, kterým pacienti či klienti nerozumí), ale i komunikaci neverbální či například rychlost celého vyšetřování [26]. V tomto ohledu samozřejmě hraje roli velká řada faktorů jako věk klienta, pohlaví, kulturní a náboženská příslušnost, ale i temperament a osobnost: „Uzavřený přemýšlející introvert pracuje lépe a raději sám a nereaguje rychle na složitější situace, které déle promýšlí. Oproti tomu společenský extrovert pracuje lépe v prostředí plném podnětů, které vyhledává („nabíjejí ho“) a na které rychle reaguje“ [27].

**Komunikace má obsahové a vztahové rozměry.** Každou komunikaci tvoří nejen samotný explicitní obsah sdělení, ale také emocionální složka, která je spojená se vzájemným vztahem komunikačních partnerů a která se v komunikaci objevuje implicitně, především neverbálně jako například vzájemným postojem, mimikou, intonací či volbou slov [1]. Tato vztahová rovina komunikaci významně ovlivňuje, protože každý jedinec reaguje na obsah sdělení právě v kontextu vztahů existujících mezi komunikujícími [28].

Z toho důvodu je při práci optometristy potřebné pokusit se na klienta udělat pozitivní první dojem, který významně ovlivňuje atmosféru celého setkání (viz dále, kap. 3.1) a přistupovat k němu empaticky, protože tyto faktory následně ovlivňují vzájemnou komunikaci obou účastníků, klientův celkový

přístup k vyšetření, stejně jako chuť co nejsrozumitelněji promlouvat i kvalitně naslouchat.

**Komunikace je nejednoznačná.** Výrazným problémem v každé komunikační situaci je fakt, že téměř každé sdělení lze interpretovat více než jedním způsobem, a hrozí proto riziko, že příjemce sdělení pochopí jinak, než zamýšlel mluvčí [1]. Tato nejednoznačnost se může objevovat prakticky ve všech prvcích sdělení, od jednotlivých výrazů (např. pro každého znamená pojem „brzy“ odlišný časový úsek), přes větnou stavbu (tázací větu „*Vy tedy nenosíte brýle při řízení?*“ někdo pochopí jako prostý dotaz a jiný jako nepřímou výtku a upozornění, že by brýle při řízení nosit měl) až po nevhodně užitou intonaci či další prvky neverbální komunikace.

Při snaze o efektivní komunikaci v rámci optometristické praxe je proto nutné své sdělení podávat co nepřesněji. Základem je vyjadřovat se stručně, srozumitelně a užívat co nejkonkrétnější pojmy [1] (například dotaz „*Nevidíte tato písmena špatně?*“ je vhodné nahradit specifičtější otázkou jako: „*Nevidíte tato písmena rozmazaně/dvojitě/v mlze/atd.?*“). Přínosné je také doplňovat obecné rady a teorie nějakými pro klienta představitelnými příklady, názornými fotografiemi či ukázkami (například při výběru brýlových čoček mohou klientovi v rozhodování pomoci ukázkové čočky s různým zabarvením, odlišnou povrchovou úpravou či indexem lomu). Při snaze o co nejednoznačnější komunikaci je navíc potřeba klienta aktivně sledovat – v průběhu kontrolovat jeho zpětnou vazbu a případně si ověřit vzájemné porozumění dotazem [2] [26].

**Komunikace je nevyhnutelná, nevratná a neopakovatelná.** V komunikačních studiích velmi slavný výrok psychologa a filozofa Paula Watzlawicka (1967) zní: „One cannot not communicate“, v překladu „nelze ne-komunikovat“. O komunikaci totiž nelze hovořit jen v případě, kdy je vědomá, promyšlená a úspěšná. Jak vyplývá ze základní definice komunikace (viz kap. 1.1), jedná se o jakýkoliv proces tvorby, přenosu a výměny významů mezi lidmi, přičemž každý lidský projev má pro ostatní nějaký význam, a tedy každý lidský projev, ať už úmyslný či neúmyslný, je komunikací. Okolí vnímá nejen jedincovu aktivitu, ale i jeho neaktivitu a stejně tak jeho slova, ale i mlčení [28].

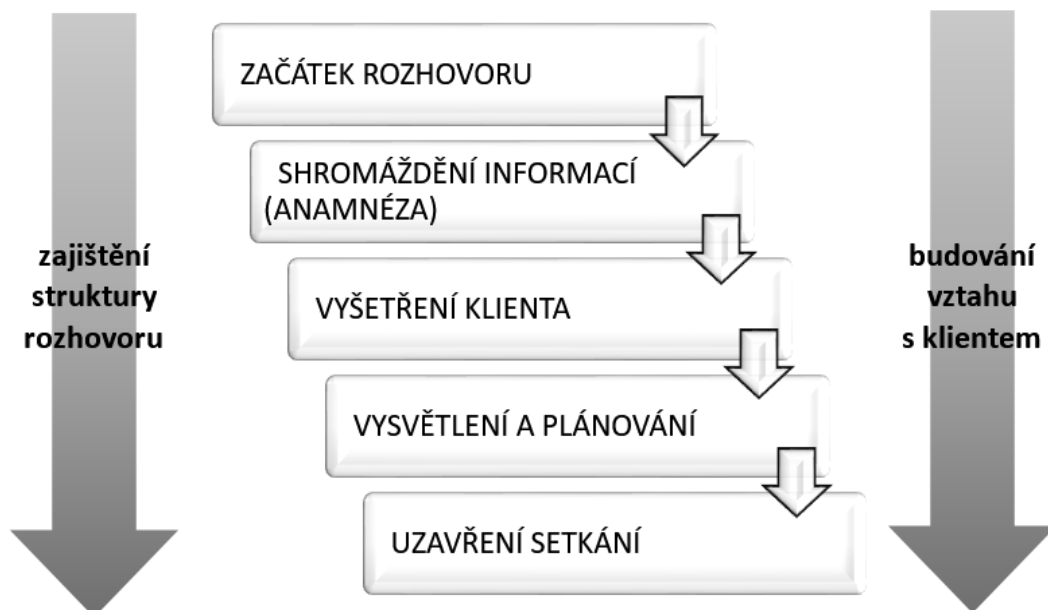
Každá komunikace je tedy nevyhnutelná – pouhý výraz tváře ostatním mnohé prozradí a určitým způsobem si ho interpretují. Zároveň je veškerá komunikace nevratná a neopakovatelná, a tedy nic z toho, co jednou mezi komunikačními partnery proběhne, už nelze vzít zpět. Z toho důvodu je třeba komunikovat uváženě, především pečlivě volit slova a kontrolovat svou neverbální komunikaci, a to nejen v optometrii, ale prakticky ve všech lidských činnostech.

### 3 KOMUNIKACE OPTOMETRISTY S KLIENTEM

Optometrie patří mezi profese, v jejímž rámci lze přímou (tzv. face-to-face) komunikaci s druhými, zpravidla cizími osobami zařadit mezi nejvýznamnější a nejčastější činnosti. Z toho důvodu by měl optometrista disponovat komunikačními dovednostmi na poměrně vysoké úrovni. Podstatné jsou při této práci jak dovednosti verbální povahy, které jsou potřebné pro srozumitelnou formulaci sdělení klientovi, tak i dovednosti neverbální, jež souvisí především se snahou působit na klienta sympaticky, budit v něm důvěru a dostatečně projevovat svou empatii i vůli naslouchat [29].

V první řadě je nutné si uvědomit, že na rozhovor optometristy s klientem nelze nahlížet jako na běžný každodenní rozhovor – tento typ rozhovoru probíhá ve specifickém prostředí, má svůj specifický cíl (zjistit klientovy problémy, vyšetřit ho, stanovit diagnózu a vysvětlit mu možnosti řešení) i specifickou strukturu. V odborné literatuře je často zmiňovaným modelem lékařského rozhovoru tzv. Calgary-Cambridge model, který lze využít právě i v optometristické praxi, protože se jedná o praktický, mnoha výzkumy prověřený a především univerzálně aplikovatelný model napříč medicínskými obory [21].

Obrázek 3. Calgary-Cambridge model lékařského rozhovoru [30]



Dle zobrazeného modelu lze typický rozhovor optometristy s klientem obecně rozdělit do pěti po sobě jdoucích částí. Celý rozhovor začíná samotným navázáním kontaktu s nově příchozím klientem zahrnujícím pozdrav, představení se a podobně. Druhou část tvoří anamnestický rozhovor, tedy shromáždění potřebných informací o klientovi. Následuje samotné vyšetření a komunikace s ním spojená. Ve čtvrté části rozhovoru by měl optometrista upřímně a srozumitelně vysvětlit klientovi své nálezy, možnosti řešení a se zvoleným řešením mu případně napomoci (například výběrem brýlových obrub, domluvením náviku aplikace kontaktních čoček apod.). Celý rozhovor je pak zakončen závěrečným shrnutím, nejpodstatnějšími radami, případnými dotazy klienta a rozloučením [21].

V následujících podkapitolách se na jednotlivé části rozhovoru optometristy se svým klientem zaměřím podrobněji. Uvedu hlavní zásady, rady a příklady vycházející z obecných teoretických východisek popsanych v předcházejících kapitolách.

Práce optometristy je velmi rozmanitá – provádí řadu odlišných vyšetření, poskytuje mnoho různorodých služeb, setkává se s pravidelnými, ale také se zcela novými klienty a často přichází do kontaktu s typem osob, s nimiž je komunikace do jisté míry specifická a náročnější, jako například s dětmi, seniory či jedinci trpícími určitým druhem zdravotního postižení. Není tedy možné v rámci rozsahu bakalářské práce pokrýt otázku komunikace v celé šíři optometristova povolání. Z toho důvodu jsem se rozhodla zaměřit pouze na jeden konkrétní typ setkání optometristy se svým klientem, který je však pro danou práci typický a velmi častý, a to měření zraku prostřednictvím subjektivní refrakce u nového předem objednaného klienta (dospělého a netrpícího žádným typem zdravotního postižení).

### 3.1 Začátek rozhovoru

První okamžiky setkání s doposud cizím klientem významně ovlivní atmosféru celého rozhovoru i vyšetřování, a proto je podstatné snažit se vzbudit dobrý první dojem. Pozitivní první dojem totiž v lidech mobilizuje přátelskost, zdvořilost, toleranci a uvolněnost [13], což je pro následující spolupráci rozhodně žádoucí. Uvádí se, že při vytváření prvního dojmu je rozhodujících počátečních deset až dvacet sekund setkání [31], tedy doba, za kterou klienta stihneme maximálně pozdravit. Z toho důvodu jsou nejvýznamnějšími faktory ovlivňujícími první dojem především náš vzhled, celkové vystupování a neverbální komunikace. Kromě kvalitních znalostí i praktických dovedností ve svém oboru by se měl proto každý optometrista zaměřovat rovněž na to, aby na pohled působil sympaticky a důvěryhodně – základem je v tomto směru čisté a vhodné oblečení, příjemná vůně, klidný postoj, uvážené pohyby, korektní chování i přirozený úsměv [13].

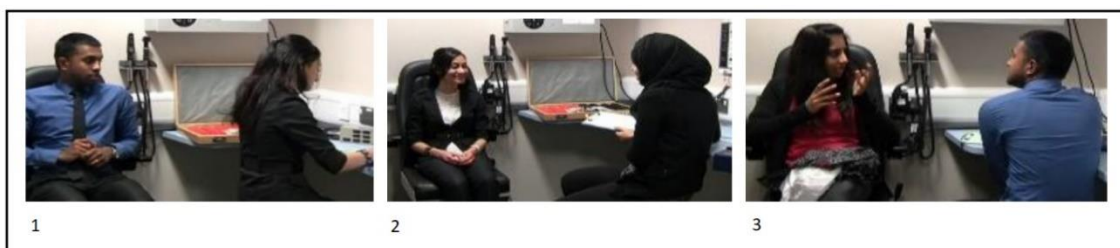
V rámci samotného kontaktu s klientem po jeho příchodu je základem vhodně pozdravit, představit se a případně si podat ruce [2] [29]. Při pozdravu se doporučuje oslovit klienta jeho jménem, pokud ho předem známe (pokud jméno doposud neznáme, je vhodné se na něj v tomto úvodním kontaktu zeptat, ideálně po vlastním představení se). Oslovení pak používáme v průběhu celého rozhovoru s klientem. Standardně oslovujeme příjmením, pokud se však klient sám nepředstavil jiným způsobem (například jménem včetně titulu). Zároveň s pozdravem se představíme – uvedeme svou pozici a jméno, přičemž z výzkumů na dané téma vyplývá, že pacienti preferují znát celé jméno ošetřovatele [31]. Úvodní věta by tedy měla vypadat následovně: „*Dobrý den, pane/paní [příjmení klienta]. Já jsem [naše jméno a příjmení], pracuji tady jako optometrista a budu Vás dnes vyšetřovat.*“

Součástí úvodního kontaktu může být také vzájemné podání ruky, které sice nepatří mezi pevně stanovenou normu, ale dle studie zveřejněné v Review of Optometry (2007), 78 % ze zkoumaných osob tento projev oceňuje [32]. Pokud se však rozhodneme klientům ruku podávat, je pro pozitivní efekt tohoto gesta potřeba dodržovat etiketou stanovená pravidla (především to, že ruku vždy podává optometrista klientovi) i řadu různých doporučení, mezi něž například patří, že ruce účastníků by se měly setkat na horizontální úrovni, stisk by měl být přiměřený a že gesto je nutné doplnit odpovídajícím mimickým projevem, především očním kontaktem a úsměvem [2].

Po seznámení bychom měli klientovi umožnit odložit si své věci a ukázat mu, kam se může posadit, přičemž daný prostor by měl být vhodně uzpůsobený. Místo by mělo být v první řadě pro klienta příjemné, aby se mohl uvolnit a soustředit se na rozhovor i následné vyšetření, základem je tedy pohodlná židle či přímo vyšetřovací křeslo, dostatečný prostor pro pohyb (například by klientovi neměly okolní přístroje znemožňovat jakoukoliv gestikulaci či pohodlné usazení), ale i umístění sezení tak, aby klienta přímo neoslňoval některý ze zdrojů světla [5].

Velmi podstatné je také rozvržení prostoru tak, aby bylo možné navazovat oční kontakt, který je v jakékoliv přímé dyadické komunikaci klíčový. Udržování očního kontaktu při komunikaci je všeobecně vnímáno jako slušnost a budí důvěru i obecnou spokojenost klientů, kteří díky němu mají pocit, že jim zdravotníci opravdu naslouchají a připisují dostatečnou důležitost jejich problémům a názorům. Zároveň nám oční kontakt výrazně pomáhá komunikovat efektivně, protože jeho prostřednictvím získáváme potřebnou zpětnou vazbu – umožňuje nám vnímat klientovu řeč těla, a například tak rozpoznat, že je nervózní, že neporozuměl otázce nebo že usilovně přemýšlí a potřebuje více času na rozmyšlenou [2] [7] [32]. Z britského výzkumu *Assesing Eye Sight and Ocular Health (2009-2011)* také vyplynulo, že pokud klientovi pokládáme otázky bez očního kontaktu, získáváme v průměru výrazně kratší odpovědi přerušované vyšším množstvím odmlk a pokud odvrátíme pohled v průběhu klientovy odpovědi, on často přestane mluvit a znovu začne až po opětovném navázání očního kontaktu [7].

**Obrázek 4. Příklady umístění pracovního stolu optometristy [9]**



Z těchto důvodů je nutné zajistit místnost tak, aby bylo možné oční kontakt snadno navázat i udržet. V pomyslné spojnici našich očí a očí klienta by se neměly vyskytovat žádné překážky a my bychom měli sedět tak, aby nebylo nutné se od klienta odvracet, kdykoliv si potřebujeme něco zapsat [2] [9]. Příklad je uveden na fotografiích výše (obr. 4) – první znázorňuje nevhodné umístění pracovního stolu,

kvůli kterému se optometristka musí při psaní otočit ke klientovi zády, na druhém obrázku je tento problém nevhodně umístěného stolu vyřešen psaním si poznámek na přenosných deskách a třetí příklad je ukázkou vhodného uzpůsobení prostoru tak, aby optometrista mohl psát potřebné poznámky přímo u stolu a zároveň se nemusel odvracet, a mohl tak znovu navázat oční kontakt snadno a co nejrychleji [9].

Kromě vhodného uzpůsobení vyšetřovacího prostoru je také nutné pokusit se vyvarovat co největšímu množství komunikačních šumů, a to nejen v úvodu či v průběhu samotného vyšetřování, ale v rámci celého rozhovoru. Každá komunikace šum obsahuje, přesto je možné ho do velké míry omezit, a výrazně tak celou komunikaci zefektivnit. Jak již bylo vysvětleno výše (viz kap. 1.1), komunikačním šumem je cokoli, co sdělení jistým způsobem narušuje či zkresluje, ať už se jedná o šum fyzický, fyziologický, psychologický či sémantický [1] [2].

Fyzický šum, tedy ruchy z okolního prostředí, lze omezit vyšetřováním v klidné, dostatečně osvětlené a samostatné místnosti, například oddělené od hlavního prostoru oční optiky, aby nedocházelo k vyrušování ostatními návštěvníky či zaměstnanci [18]. Fyzickým šumem může být i neustálé vyzvánění telefonu, a proto je vhodné umístit telefon jinam, než do vyšetřovací místnosti [29].

Fyziologický šum, který je daný tělesnými bariérami účastníků komunikace, samozřejmě odstranit nelze, můžeme však snížit jeho vliv tím, že komunikaci daným podmínkám náležitě přizpůsobíme. Pokud tedy o klientovi zjistíme, že například trpí nedoslýchavostí, měli bychom hovořit hlasitěji a pomaleji, více využívat neverbální komunikace a dávat výraznější důraz na nejpodstatnější informace.

Psychologický šum, způsobený mentálními bariérami mezi komunikačními partnery (posluchač mluvčímu nedůvěřuje, nevěnuje mu pozornost a podobně), lze do značné míry překonat vytvořením pozitivního prvního dojmu u klienta (viz výše), navozením přátelské atmosféry a vzbuzením dostatečného zájmu a snahy se na vyšetřování aktivně spolupodílet. Toho docílíme především tak, že klientovi vždy předem vysvětlíme, co se chystáme dělat a proč, zodpovídáme všechny jeho dotazy, snažíme se zjistit jeho názor a vnímáme jeho zpětnou vazbu, na jejímž základě komunikaci přizpůsobujeme.



K sémantickému šumu pak docházím vlivem rozdílného chápání významu sdělení. Jak bylo popsáno v jedné z předchozích kapitol, mezi základní vlastnosti každé komunikace patří, že je vždy nejednoznačná a je při ní nutné se komunikačnímu partnerovi přizpůsobovat. Při vyšetřování by se měl optometrista jakožto odborník v daném oboru přizpůsobovat komunikačnímu stylu svého klienta – mluvit podobným tempem, přizpůsobit neverbální komunikaci, ale také využívat stejné pojmy, které použije sám klient (pokud klient například řekne, že nosí brýle do dálky, používáme dále daný výraz a nemusíme klienta zatěžovat novými pojmy jako refrakční vada či ametropie). Zároveň bychom se měli snažit o co největší jednoznačnost našeho sdělení, tedy hovořit stručně, srozumitelně a konkrétně a využívat všeobecně známé výrazy – nevhodné je zařazovat nářeční slova, ale i odborné termíny [1] [2] [29] (podrobněji viz kap. 2.2).

Po usazení klienta pokračujeme v rozhovoru, který zpravidla začíná optometrista, a to buď krátkou obecnou konverzací (tzv. small talk, vedený za účelem uvolnění atmosféry, pozorování klienta a odhadnutí jeho základní povahy), nebo přímo otázkou na důvod návštěvy. Ověření si důvodu návštěvy se doporučuje i v případě, kdy je klient předem objednaný na konkrétní vyšetření, protože se od objednání mohly změnit okolnosti nebo je daný klient u optometristy poprvé a ještě neví, co dané vyšetření obnáší, a na co se měl v rámci například online rezervace objednat [9] [31].

Hned v úvodu se také hodí klientovi stručně popsat, co bude následovat, přičemž se doporučuje formulovat sdělení do množného čísla, čímž zdůrazníme nutnost klientovy spolupráce [29] [31] („*Nejprve si spolu jen krátce probereme anamnézu, pak provedeme vyšetření, při které vám změřím zrak a zjistíme, jestli brýle, které teď máte jsou vyhovující. Pokud se neobjeví nějaký nečekaný problém, bude vyšetření trvat zhruba dvacet minut a pak probereme, co jsem zjistil/a a případné možnosti korekce.*“). Samozřejmostí by mělo být to, že v době vymezené pro daného klienta bychom se měli věnovat výhradně jemu a pokud byl začátek schůzky stanovený na konkrétní čas, neměli bychom klienta nechat dlouho čekat bez patřičného vysvětlení [29].

## 3.2 Anamnestický rozhovor

Anamnéza je rozhovor sloužící k získání potřebných údajů o klientovi. Jedná se o polostrukturovaný rozhovor, tedy takový typ dialogu, v jehož rámci optometrista klade klientovi otázky, které jsou z velké části předem připravené, stejně jako jejich pořadí. Zároveň je však možné (a zpravidla nezbytné) formulaci otázek individuálně upravovat a doplnit dalšími, nepřipravenými dotazy, které vyplynou až z kontextu daného rozhovoru [29] [33]. Anamnéza nám může pomoci vytvořit si předběžnou představu o daném klientovi – o jeho povaze a komunikačním stylu, ale často také o tom, jaká vyšetření bude nutné udělat a s jakými komplikacemi bychom se mohli v průběhu setkat. Z toho důvodu je potřeba komunikaci při získávání anamnestických údajů nezanedbávat – ne pouze zběžně vyplnit formulář, ale předem připravené otázky skutečně doplňovat individuálními upřesňujícími dotazy, snažit se mluvit jednoduše a pro daného klienta srozumitelně, navazovat oční kontakt a pečlivě naslouchat [25].

Před samotným zahájením anamnestického rozhovoru je důležité klientovi stručně vysvětlit, jak bude rozhovor probíhat, k čemu bude sloužit a proč potřebujeme dané informace vědět [18] [25] (*Nejprve se Vás, s dovolením, zeptám na několik otázek. Budou mě zajímat některé osobní údaje, především o Vašem zdravotním stavu obecně i stavu Vašeho zraku, abych Vás pak podle toho mohl/a adekvátně vyšetřit a případně pomohl/a zvolit pro Vás nejvhodnější možnosti nápravy.*“). V průběhu celého rozhovoru bychom se pak měli zdržet negativně hodnotících výroků, i když sami s něčím vnitřně nesouhlasíme (klient je kuřák, uživatel tvrdých drog, nebere předepsané léky a podobně) [29].

Jak již bylo několikrát zmíněno, základem je hovořit jednoduše a pro klienta srozumitelně, měli bychom se tedy snažit přizpůsobit se jeho komunikačnímu stylu, používat co nejkonkrétnější pojmy (viz kap. 2.2) a vyvarovat se nadbytečnému užívání odborné terminologie. „Pokud on nějaké slovo z naší odborné terminologie použije, požádáme ho o vysvětlení. Snadno se může stát, že laik použije odborný termín, jemuž přisuzuje jiný význam, než je v daném oboru obvyklé“ [29]. Odborná literatura si všímá, že takto si lidé velmi často pletou například pojmy katarakta a glaukom [34]. Výrazně efektivnější je místo užívání odborných výrazů otázky spíše vztahovat ke každodennímu životu a běžným aktivitám klienta – například místo dotazů na problémy s viděním do dálky

a do blízka se ptáme na konkrétní aspekty jako: „*Vidíte špatně na dopravní značky / na televizi / na noviny?*“ [6].

Pro efektivní komunikaci při anamnestickém rozhovoru je klíčové naslouchání. Musíme se snažit klienta pozorně poslouchat, věnovat pozornost pouze jemu, vnímat věcné informace, které nám sděluje, ale také se jim snažit porozumět, vcítit se do jeho pocitů a samozřejmě poskytovat verbální i neverbální zpětnou vazbu. Měli bychom klienta nechat volně odpovídat na naše otázky, nepřerušovat ho a prokazovat svůj zájem a pozornost [11] [13] [14]. Je vhodné využívat různé techniky naslouchání, které byly popsány výše (viz kap. 2.1), tedy povzbuzení („*Rozumím, pokračujte.*“; „*Zajímavé, můžete mi to popsat blíže?*“; pokývnutí hlavou apod.) [21], objasnění („*A po jakých činnostech tyto problémy míváte?*“), parafrázování („*Takže vidíte rozmazaně jen pravým okem, a když se díváte oběma, zdá se Vám vidění v pořádku, že?*“) [9] a shrnutí („*Když to tedy shrnu, máte problémy hlavně při delší práci na počítači, kdy vás začne bolet hlava a máte unavené a červené oči.*“).

Hlavní roli při získávání anamnézy pak hrají samotné otázky. Základem anamnézy je získat potřebné informace v rozumném čase, ale zároveň takovým způsobem, který klienta uvolní a namotivuje ke spolupráci [7]. A právě toho lze docílit především pokládáním vhodných, jasně formulovaných dotazů. Otázky by měly být především krátké, jednoznačné, srozumitelné a měly by se zaměřovat vždy jen na jeden problém [13]. Není efektivní zeptat se v jedné otázce hned na několik věcí najednou, neměli bychom proto pokládat dotazy typu: „*Jak jste spokojený s Vašimi brýlemi do dálky, jak se Vám s nimi čte a nosíte někdy kontaktní čočky?*“ Samozřejmostí je nechávat klientovi dostatek času na promyšlení odpovědi a vyvarovat se sugestivním otázkám, v nichž dáváme najevo náš názor či nesouhlas – je například výrazný rozdíl mezi následujícími dvěma formulacemi stejné otázky: „*Nosíte brýle i při řízení?*“ a „*Předpokládám, že nosíte brýle i při řízení, nebo snad ne?*“ [13] [9]. Druhá formulace je právě příkladem sugestivního a nevhodného dotazu, který u klienta může vyvolat pocit, že něco nedělá správně a my ho za to soudíme, a on tak bude nervózní anebo mít tendenci lhát.

Co se týče typu otázek, při anamnestickém rozhovoru se zpravidla pokládají otázky otevřené i uzavřené [13]. Uzavřené otázky jsou takové, které

umožňují pouze konečný počet možných odpovědí, zatímco u otevřených otázek klient formuluje odpověď do velké míry libovolně, bez předdefinovaných variant, a dostává tak prostor pro vlastní vyjádření [33]. Proto typ dotazu vždy volíme podle toho, jakou odpověď potřebujeme získat – uzavřené zpravidla vyvolávají pouze stručnou odpověď, tudíž mají význam při získávání základních informací, které nepotřebujeme znát do hloubky („*Nosíte kontaktní čočky?*“; „*Pracujete často na počítači?*“), zatímco otevřené otázky nutí klienta se více rozpovídat, definovat problémy vlastními slovy a proniknout více do hloubky, ale zároveň prodlužují celý rozhovor mnoha irelevantními informacemi, a proto je vhodné je klást pouze u témat, která jsou pro vyšetření nejpodstatnější („*Jak jste spokojený/á s brýlemi, co nyní nosíte?*“; „*Máte nějaké problémy s viděním?*“) [4] [7].

Jádrem celé anamnézy je zjištění klientových problémů, případně důvodu jeho návštěvy. K tomu se obvykle využívá otázka otevřená, aby měl klient možnost odpovědět dle svého uvážení a vlastními slovy, tedy formulace typu: „*Máte nějaké problémy týkající se Vašich očí nebo vidění?*“ nebo „*Co Vás k nám přivádí?*“ [35]. V literatuře se často uvádí nevýhoda této otevřené otázky, tedy že klientovi poskytuje možnost dlouhého monologu plného nepotřebných informací, čímž se celý rozhovor zbytečně prodlužuje, a jako řešení navrhuje využívat spíše sérii otázek uzavřených. To však přímo vyvrací například španělský kvantitativní výzkum, v jehož rámci autoři stopovali čas odpovědi na výše uvedené otevřené otázky u klientů objednaných na subjektivní refrakci a zjistili, že průměrná délka takové odpovědi byla jen necelých 30 vteřin [35]. Britský výzkum na téma komunikace v optometrii navíc prokázal, že možnost odpovědět volně a vlastními slovy dodává klientovi pocit pohodlí a aktivního zapojení do vyšetřování [4] [9]. V případě, že klient na tuto základní otázku neodpoví dle našeho názoru dostatečně, je samozřejmě třeba položit několik doplňujících otázek a postupně se zeptat na veškeré aspekty případného problému [34].

### 3.3 Vyšetření – subjektivní refrakce

Po zjištění anamnézy lze přistoupit k samotnému vyšetření, pro potřeby bakalářské práce omezené na měření vízu a subjektivní refrakci. I v této fázi je komunikace s klientem klíčová. Jednak proto, že výsledky celého měření ve velké míře závisí na správném instruování klienta a pokládání jasných dotazů, a jednak proto, že dostatečná komunikace s klientem ovlivňuje jeho pocit pohodlí a klidu, a může tak snadněji spolupracovat a lépe snášet náš vstup do jeho intimní zóny [9].

V podstatě celý základ subjektivní refrakce tkví v komunikaci, protože při ní postupujeme čistě jen podle klientových odpovědí – vhodnou otázkou klienta žádáme o učinění rozhodnutí týkajícího se jeho subjektivního vjemu, přičemž mu instrukcemi napomáháme k tomuto rozhodnutí dojít a následně pokračujeme přímo v návaznosti na jeho odpovědi [4] [36]. Z toho důvodu je nutné, aby naše dotazy a instrukce byly přesné, jasné a pro klienta srozumitelné. Pro plynulost a efektivitu vyšetřování je vhodné si pro jednotlivé testy a postupy osvojit schémata instrukcí a otázek, zároveň se však tato schémata nesmí stát doslovnými mechanickými návody, které pak budeme neměnně opakovat, naopak je potřeba je přizpůsobovat situaci a povaze i znalostem klienta [2]. Podobně jako u anamnézy platí, že bychom neměli zbytečně užívat správné odborné termíny a raději dbát na to, aby nám klient porozuměl (například při vysvětlování užití Jacksonova zkříženého cylindru postačí říct: „*Předložím Vám teď před oko takové speciální sklíčko...*“). Zároveň je třeba během hovoru klienta aktivně sledovat – všimnout si jeho gestikulace, výrazu tváře, náznaků váhání či nervozity v hlase a na tyto neverbální náznaky reagovat zopakováním otázky, uklidněním a podobně [2].

V úvodu vyšetřování podáme základní instrukce platné v průběhu celého vyšetřování (sledovat optotyp, nenaklánět se, nenaklánět hlavu, nepřivírat oči, nezavírat jedno oko atd.). Žádné instrukce by neměly znít jako rozkaz, ale spíše jako žádost o pomoc a spolupráci. Následně vždy klientovi stručně popíšeme, co se chystáme dělat a proč, co se očekává od něj, případně upozorníme na možné nepříjemné pocity [2] (například po zamlžení spojnou čočkou).

Základem subjektivní refrakce je snaha zlepšit zrakovou ostrost předkládáním sférických a torických čoček, přičemž postupujeme dle odpovědí

klienta. Při předložení spojné čočky před oko vyšetřovaného by měl formát otázky znít následovně: „*Jsou písmena takto horší, nebo nevidíte žádný rozdíl?*“ Autoři Keirl a Christie (2007) však upozorňují, že nevýhodou daného dotazu je, že po předložení čočky bývá často vidění lepší a v tom případě je pro klienta otázka bez takové možnosti matoucí, a doporučují dotaz zjednodušit na formulaci: „*Jsou písmena takto horší?*“ U předkládání rozptylných čoček se pak ptáme: „*Jsou písmena teď lepší, nebo je vidíte stále stejně?*“ [37]. Pokud klient váhá při srovnání, zda je vidění po předložení „lepší“, je také možné užít specifitější pojem, například: „*Je písmeno takto čitelnější/ostřejší?*“ [9]. Vzhledem k nutnosti předejít překorigování se v případě váhání klienta zároveň doptáváme otázkou: „*Jsou písmena opravdu zřetelnější, nebo jen menší a černější?*“ [37].

Při vyšetřování astigmatismu pomocí Jacksonova zkříženého cylindru (JZC), potřebujeme od klienta srovnání vidění při postupném předložení cylindru s kladnou a zápornou hodnotou. Požadujeme tedy od vyšetřovaného porovnání dvou obrazů, a proto se zpravidla ptáme: „*Je lepší/ostřejší možnost jedna, nebo dva?*“ Existuje však také třetí možnost, tedy že obrazy jsou v obou případech stejné, na což je nutné klienta rovněž upozornit, buď při vysvětlování daného vyšetřování před jeho zahájením, případně dodáním dané možnosti přímo za otázku („*Je lepší možnost jedna, nebo dva? Anebo jsou obě verze stejné?*“). Jak již bylo napsáno výše, v průběhu vyšetřování je třeba si všimnout neverbální komunikace a formulaci otázek individuálně uzpůsobovat, stejně jako dobu předložení JZC [37].

Při zjišťování nejmenšího přečteného řádku na optotypu, a tím zrakové ostrosti klienta, je rovněž potřeba klást důraz na formulaci otázky, a to především s ohledem na uvolněnost klienta a jeho dobrý pocit z celého vyšetřování. Ačkoliv to tak na první pohled nemusí vypadat, je výrazný rozdíl mezi následujícími třemi větami: „*Přečtěte, prosím, poslední řádek.*“, „*Přečtete poslední řádek?*“ a „*Zkuste, prosím, přečíst něco z posledního řádku.*“ První věta může u klienta navodit pocit, že by daný řádek přečíst měl a bude nervózní či nespokojený, pokud toho nebude schopen. Druhý dotaz už není tak sugestivní, nicméně v rámci britského výzkumu Assessing Eye Sight and Ocular Health (2009-2011) bylo zjištěno, že velká část lidí se po takovém dotazu zdráhá zkusit řádek přečíst, pokud ho nevidí zcela jasně a raději rovnou odpoví záporně, tedy že řádek nepřečtou. Z toho důvodu je nejvhodnější třetí formulace („*Zkuste, prosím, přečíst něco z posledního řádku.*“), případně specifitější dotaz: „*Přečtete něco z posledního*

řádku?“ [4] [9]. Podobně má formulace sdělení samozřejmě vliv i v jiných aspektech vyšetření, například při Humphrissově metodě monokulárního zamlžení je při ověřování vidění zamlženého oka vhodné se zeptat: „*Předpokládám, že tento řádek teď nepřečtete, nebo ano?*“, protože pokud bychom se zeptali naopak, tedy: „*Přečtete tento řádek?*“, klient nabyde pocit, že by ho správně přečíst měl [4].

Jak již bylo naznačeno v úvodu podkapitoly, dostatečná komunikace je významná také pro klientův pocit spokojenosti a uvolněnosti, čímž můžeme do značné míry kompenzovat určité nepohodlí, které klientovi během vyšetření vytváříme, a to především vstupem do jeho intimní zóny<sup>1</sup> [9]. Do intimní zóny lidé běžně dovolují vstup pouze svým nejbližším a při interakci s cizími osobami si udržují mnohem výraznější fyzický odstup. Při vyšetření však bývá daný odstup výrazně překračován – při mnoha úkonech jsme nuceni klientovi do jeho intimního prostoru vstupovat, například při nasazování zkušební obruby, zakrývání očí okluzorem, vkládání čoček do obruby atd. Toto nepohodlí je navíc znásobeno tím, že se v rámci intimní zóny pohybujeme především v oblasti očí vyšetřovaného, na což lidé nejsou z každodenního života zvyklí a přirozenou reakcí je uhnout, případně si oči chránit. Z toho důvodu je třeba vytvořit takovou atmosféru, v níž se klient bude cítit bezpečně a uvolněně, a vhodnou komunikací i chováním klienta na vstup do intimní zóny připravit – předem ho upozorníme, co se chystáme udělat, neděláme rychlé a nečekané pohyby, při doteku se snažíme mít teplé suché ruce a podobně [2] [9].

---

<sup>1</sup> Jednotlivé zóny ohraničující optimální vzdálenost mezi komunikujícími lidmi v různých situacích poprvé popsal americký antropolog E. T. Hall, který rozlišil sféru veřejnou, společenskou, osobní a intimní. Konkrétní vzdálenosti každé zóny jsou značně individuální a každý jedinec je má nastavené odlišně, proto je nutné brát dané rozdělení pouze orientačně. Ve veřejné zóně (cca 350 cm a více) probíhá neosobní komunikace s větším množstvím lidí, zpravidla se jedná o veřejná vystoupení jako například divadelní představení, politický projev či univerzitní přednáška. Společenská zóna (120-350 cm), v jejímž rámci máme v zorném poli celou postavu komunikačního partnera, ale zároveň jsme již schopni vnímat jeho mimiku a další detaily, je udržována při komunikaci s cizími osobami. Příkladem jsou různé formální interakce jako rozhovor s nadřízeným, s prodávčem při nakupování a podobně. Osobní zónu (cca 45-120 cm) máme zpravidla vyhrazenou pro naše známé, k nimž již máme vytvořený určitý vztah. Jedná se o vzdálenost, při které již zřetelně vidíme detaily tváře druhé osoby a jsme schopni ji výrazněji vnímat také čichově. Nejbliže k nám je pak zóna intimní (0-45 cm), kterou si většina jedinců výrazně brání a vstup do ní umožňuje pouze milovaným osobám, takže vstup jiných lidí vyvolává nepříjemné pocity [14].

### 3.4 Vysvětlení diagnózy a možností řešení

Po dokončení potřebného vyšetření vysvětlíme klientovi veškerá naše zjištění a s nimi spojené aspekty (doporučení, možnosti řešení apod.). Dle Silvermana, Kurtzové a Draperové (2005) každý jedinec do dvou hodin zapomene v průměru 40 % informací podaných zdravotníkem a 30-50 % lidí nedodrží doporučení, protože je buď nepochopili, zapomněli anebo při vysvětlování nedávali pozor [30]. Tomu bychom se samozřejmě měli snažit prostřednictvím efektivní komunikace předcházet, a to dodržováním několika základních zásad.

Jednou z nich je v této práci již několikrát zmiňované pravidlo, které je platné ve všech fázích rozhovoru, a tedy přizpůsobit komunikační styl klientovi tak, aby bez problémů porozuměl všemu, co mu sdělujeme. Především bychom opět neměli zbytečně využívat odborné pojmy a pokud jejich užití považujeme za nezbytné, tak je musíme klientovi náležitě vysvětlit. Přínosné mohou při vysvětlování být různé ilustrace, diagramy, animace a další pomůcky, při jejich užití je však potřeba nezapomínat na oční kontakt. Samozřejmostí je také průběžná kontrola, zda nám klient rozumí (všimáme si, jestli neverbálně neprojevuje zmatenost či nepochopení a případně si pochopení ověříme přímým dotazem, např.: „*Je to takto srozumitelné, nebo chcete, abych Vám to víc přiblížil/a?*“) [8].

Zároveň bychom se měli snažit být při vysvětlování co nejvíce konkrétní, abychom zabránili případným nedorozuměním. Například po subjektivní refrakci jedince, který již dříve nosil brýle, není dostačující říct pouze: „*Vše je úplně v pořádku*“, protože takové sdělení může klient pochopit různě – že dosavadní korekce je ideální, ale třeba také tak, že se vidění zlepšilo a on už brýle nosit vůbec nemusí. Vhodné je také naše zjištění a doporučení vztáhnout přímo na klientův každodenní život a činnosti, které uvedl v anamnéze („*Při vyšetření se ukázalo, že potřebujete silnější brýle, což je důvod, proč Vás poslední dobou často bolí hlava, jak jste mi říkal/a na začátku*“; „*Říkal/a jste, že v práci často používáte počítač, takže by bylo určité potřeba, abyste brýle nosil/a i v práci.*“). Nejen že klient díky tomu lépe pochopí instrukce, ale zároveň mu ukazujeme, že jsme mu naslouchali a že k němu přistupujeme individuálně. To můžeme navíc podpořit aktivním zapojením klienta do procesu vysvětlování a navrhování řešení – reagujeme na jeho (zpravidla neverbálně) projevovaný nesouhlas či překvapení, ptáme se na jeho názor a podporujeme ho, aby se ptal na vše, co ho zajímá [8].



Abychom zvýšili pravděpodobnost, že si klient zapamatuje alespoň ty nejpodstatnější informace, je třeba na ně klást dostatečný důraz. Zdůraznění klíčových informací provádíme především neverbálně – udržujeme oční kontakt (rozhodně bychom neměli během vysvětlování například uklízet pomůcky), mluvíme pomalejším tempem a využíváme intonaci výrazněji než v běžné komunikaci. Zároveň je efektivní upozornit předem, že se chystáme sdělit něco podstatného, a klientovi tak naznačit, že by měl začít pozorně naslouchat („*Tím jsme skončili celé vyšetřování, takže bych vám rád/a řekl/a, jak dopadlo a co jsem zjistil/a.*“) [8]. Informace se také snadněji zapamatují, pokud jsou sdělovány po částech, a proto bychom měli naše vysvětlování určitým způsobem rozfázovat („*Zjistil/a jsem tři důležité věci. Za prvé...*“) [5] [21].

Pokud během vyšetřování objevíme podezření na jakoukoliv patologii, kterou je třeba řešit s oftalmologem, je samozřejmě nutné na to klienta vhodně upozornit. Přitom bychom měli projevit určitou míru empatie (více viz kap. 2.1) – v žádném případě nestačí pouze obecně oznámit: „*Objevil/a jsem něco, co byste měl/a vyřešit spíše s oftalmologem.*“ A bez dalšího vysvětlování nechat klienta v nejistotě, zároveň se však snažíme ho zbytečně nevyděsit („*Tak s tím bohužel nic nenaděláme, musíte k doktorovi, protože to vypadá hodně špatně.*“). Problém bychom klientovi měli popravdě a samozřejmě opět srozumitelně a co nejjednodušeji vysvětlit, stejně jako doporučení, jak by si měl počínat dále [9]. I v tomto případě je třeba být konkrétní, nestačí tedy pouze obecně poradit: „*Měl byste si zajít k očnímu lékaři.*“, ale dané upozornění rovněž doplnit specifitějšími informacemi („*Měl byste si zajít k očnímu lékaři a určitě co nejdříve, ideálně hned dnes nebo zítra. Dám Vám s sebou svá zjištění, která mu můžete předat. A do té doby rozhodně nenasazujte kontaktní čočky...*“).

Na samotný závěr stručně shrneme obsah celého rozhovoru, tedy naše hlavní zjištění, dohodnuté řešení, plán do budoucna a můžeme také navrhnout a domluvit další setkání [29]. Dáme klientovi příležitost říci k celému setkání jakékoliv poznámky a položit případné dotazy, přičemž bychom měli odpovídat opět srozumitelně, stručně a samozřejmě musíme být otevření kritice či alternativním názorům [13] [29]. Rozhovor pak končíme rozloučením, případně opětovným připomenutím nejpodstatnější informace, neboť většina lidí si nejvíce zapamatuje právě z toho, co je řečeno až na úplném konci rozhovoru [29] [38].

## 4 ZÁVĚR

Komunikace je velmi významnou součástí práce optometristy – každé vyšetření je založeno na rozhovoru s klientem i na verbálních instrukcích a zásadní vliv má kvalitní komunikace také na klientovu spokojenost a s tím spojenou ochotu spolupracovat a dodržovat léčbu [4] [5]. Hlavním cílem práce proto bylo upozornit na tento zásadní význam, který verbální i neverbální komunikace v rámci optometristické praxe má, a zároveň shrnout hlavní zásady, které je třeba při snaze o efektivní komunikaci zohledňovat. Tyto cíle jsem postupně naplnila v rámci tří hlavních kapitol práce.

V první kapitole jsem se zaměřila na základní vymezení mezilidské komunikace. Byla v ní představena obecná definice komunikace i charakteristika jejích hlavních složek a dva známé komunikační modely, a to matematický model Shannona a Weavera a kruhový model autorů Osgooda a Schramma. Podrobněji pak byla popsána interpersonální dyadická komunikace, tedy výměna informací a významů mezi dvěma osobami, protože právě tento typ komunikace probíhá mezi optometristou a klientem.

Druhá kapitola se zaměřovala na nejpodstatnější zásady, které je nutné zohledňovat a dodržovat, aby mohla být komunikace efektivní, tedy aby si všichni účastníci komunikace porozuměli a byli s výsledkem celé komunikační situace spokojeni. Tyto všeobecně platné a využitelné zásady byly doplněny názornými příklady z optometristické praxe. Představeny zde také byly hlavní komunikační dovednosti, v nichž je třeba se zdokonalovat, a to mluvení, čtení, psaní, naslouchání, ale také schopnost pozitivní sebezprezentace a dovednost vztahová.

V poslední a zároveň nejvýznamnější kapitole této bakalářské práce jsem pak představila rozličná doporučení a příklady efektivní komunikace v jednotlivých částech rozhovoru optometristy s klientem. Při popisu základních rad a zásad jsem postupovala podle Calgary-Cambridge modelu lékařského rozhovoru, a postupně jsem tak shrnula základní doporučení týkající se komunikace v jednotlivých částech setkání – na začátku rozhovoru, v rámci anamnestického rozhovoru, během vyšetření a při vysvětlování našich zjištění a možností řešení. Vycházela jsem přitom jednak z obecně platných zásad efektivní komunikace popsaných v předcházející kapitole a jednak z výsledků britského tříletého výzkumu *Assesing Eye Sight and Ocular Health: the practical work of the optometrist* (2009-2011), v němž autoři pomocí metody konverzační analýzy zkoumali videonahrávky reálných optometristických konzultací a vyšetření a na jejich základě upozornili na klíčové faktory efektivní komunikace.

Vzhledem k tomu, že není možné v rozsahu bakalářské práce pokrýt otázku komunikace v celé šíři optometristova povolání, zaměřila jsem se pouze na jeden konkrétní, avšak pro danou práci typický druh setkání – měření zraku prostřednictvím subjektivní refrakce u nového (předem objednaného) klienta, dospělého a netrpícího žádným typem zdravotního postižení. V této práci jsou tedy shrnutá pouze obecná doporučení pro komunikaci s klienty, s nimiž není komunikace tolik specifická a individuální, jak je tomu v případě komunikace s dětmi, seniory či jedinci s různými druhy zdravotního postižení. Tím práce poskytuje základní model shrnující hlavní zásady komunikace v optometristické praxi, který na českém akademickém poli dosud nebyl zpracován. Na popsaná doporučení by pak bylo možné navázat dalšími pracemi, které by se již zaměřovaly na komunikaci s různými typy klientů a na její specifika a odchylky od obecně platných zásad, což však nebylo účelem této bakalářské práce.

## Seznam užitých pramenů

1. DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2018-0.
2. LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1784-5.
3. TUBBS, Stewart L. a MOSS, Sylvia. *Human Communication*. 6. vyd. New York : McGraw-Hill, 1991. ISBN 0-07-065404-2.
4. WEBB, Helena a VOM LEHN, Dirk. Communicating in optometry consultations. *Optometry Today*. 2011, 51(7), s. 30-33. ISSN 0268-5485.
5. HOWARD, Louise a EHRLICH, Daniel, P. Communication skills for optometrists. *Ophthalmic & Physiological Optics*. 1998, 18 (suppl. 1), s. 14-20. ISSN 1475-1313.
6. WEBB, Helena a VOM LEHN, Dirk. "How have the eyes been? Have you noticed any problems?" *Discussing eye health and vision during visits to the optician*. [Příspěvek z konference] 2014. Dostupné z: <[https://www.researchgate.net/publication/264825061\\_How%27ve\\_the\\_eyes\\_been\\_Discussing\\_eye\\_health\\_and\\_vision\\_during\\_visits\\_to\\_the\\_optician](https://www.researchgate.net/publication/264825061_How%27ve_the_eyes_been_Discussing_eye_health_and_vision_during_visits_to_the_optician)>
7. WEBB, Helena, VOM LEHN, Dirk, EVANS, Bruce J. a ALLEN, Peter M. Communication: part 1 - Soliciting information from the patient. *Optometry Today*. 2014, s. 52-55. ISSN 0268-5485.
8. WEBB, Helena, VOM LEHN, Dirk, EVANS, Bruce J. a ALLEN, Peter M. Communication: part 2 - delivering findings and advice to the patient. *Optometry Today*. 2014, s. 48-51. ISSN 0268-5485.
9. ALLEN, Peter, EVANS, Bruce J., HEATH, Christian, VOM LEHN, Dirk, GIBSON, Will a WEBB, Helena. *Communication Skills Development Portfolio for Eye Care Practitioners and Trainers*. Londýn : College of Optometrists & King's College London, 2011. Dostupné z: <<https://www.college-optometrists.org/the-college/research/research-projects/communication-skills-in-optometry.html>>
10. REIFOVÁ, Irena akol. *Slovník mediální komunikace*. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-926-7.

11. POKORNÁ, Andrea. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-440-2.
12. FISKE, John. *Introduction to Communication Studies*. 2. vyd. Londýn : Routledge, 1990. ISBN 0-203-17746-0.
13. MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi. 2., doplněné a přepracované vydání*. Praha : Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-2339-6.
14. PLAŇAVA, Ivo. *Průvodce mezilidskou komunikací. Přístupy - dovednosti - poruchy*. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0858-2.
15. McQUAIL, Denis. *Úvod do teorie masové komunikace*. 3. vyd. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-338-3.
16. MORÁVEK, Milan a MÜLLEROVÁ, Olga. Dyadická komunikace (pokus o komplexní charakteristiku situace dialogu). *Slovo a slovesnost*. 1976, 37(3), s. 195-201. ISSN 0037-7031.
17. McQUAIL, Denis a WINDAHL, Sven. *Communication Models for the Study of Mass Communication*. 2. vyd. Londýn : Longman, 1993. ISBN 0-582-03650-X.
18. SÍS, Jakub, MINXOVÁ, Pavla, SMOLOVÁ, Irena a SZCZYRBA, Zdeněk. *Moderní metody komunikace a posilování partnerské spolupráce*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3276-2.
19. VYMĚTAL, Jan. *Průvodce úspěšnou komunikací. Efektivní komunikace v praxi*. Praha : Grada Publishing, 2008. ISBN 78-80-247-2614-4.
20. ADAIR, John. *Efektivní komunikace*. Praha : Alfa Publishing, 2004. ISBN 80-86851-10-9.
21. PTÁČEK, Radek. Komunikační dovednosti v medicíně. [autor knihy] In: Radek PTÁČEK, Petr BARTŮNĚK a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha : Grada Publishing, 2011, s. 59-70. ISBN 978-80-247-7267-7.
22. TERMANN, Stanislav. *Umění přesvědčit a vyjednat*. Praha : Grada Publishing, 2002. ISBN 978-80-247-0304-1.
23. FRANCOVÁ, Veronika a HNILICA, Karel. Empatie v lékařské etice. [autor knihy] In: Radek PTÁČEK, Petr BARTŮNĚK a kol. *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Praha : Grada Publishing, 2014, s. 401-410.
24. HOŘEJŠÍ, Jaroslav. Vztah lékaře a pacienta z pohledu pacienta. [autor knihy] In: Radek PTÁČEK, BARTŮNĚK, Petr a kol. *Lékař a pacient v moderní medicíně*.

- Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha : Grada Publishing, 2015, s. 31-41. ISBN 978-80-247-5788-9.
25. BERAN, Jiří. Rozhovor lékaře a pacienta. [autor knihy] In: Radek PTÁČEK, Petr BARTŮNĚK a kol. *Lékař a pacient v moderní medicíně. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha : Grada Publishing, 2015, s. 141-144. ISBN 978-80-247-5788-9.
26. TATE, Peter. *Příručka komunikace pro lékaře - jak získat důvěru pacienta*. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0911-2.
27. IRMIŠ, Felix. Stres ve vztahu lékaře a pacienta. [autor knihy] In: Radek PTÁČEK, Petr BARTŮNĚK a kol. *Lékař a pacient v moderní medicíně. Etické, právní, psychologické a klinické aspekty*. Praha : Grada Publishing, 2015, s. 145-156. ISBN 978-80-247-5788-9.
28. WATZLAWICK, Paul, BEAVIN BAVELAS, Janet H. a JACKSON, Don D. Some Tentative Axioms of Communication. In: *Pragmatics of Human Communication: A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes*. New York : W. W. Norton & Company, 1967, s. 48-71. ISBN 978-0-393-70707-6.
29. BERAN, Jiří a kol. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha : Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-1125-6.
30. SILVERMAN, Jonathan, KURTZ, Suzanne a DRAPER, Juliet. *Skills for Communicating with Patients*. 3. vyd. Boca Raton : CRC Press, 2013. ISBN 978-1-910227-26-8.
31. LEIGH, Edward. Opening a Patient Interview: Part I, What to Say BEFORE Your First Medical Question. *The Center for Healthcare Communication*. [Online] 2013. <https://healthcarecommunication.wordpress.com/2013/03/05/opening-a-patient-interview-part-i-what-to-say-before-your-first-medical-question/>.
32. SWASEY, Michael L. *Physician and Patient Communication: A Grounded Theory Analysis of Physician and Patient Web-Logs*. [Diplomová práce]. Cedar City, Utah : Southern Utah University, 2013.
33. SEDLÁKOVÁ, Renáta. *Výzkum médií. Nejužívanější metody a techniky*. Praha : Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-3568-9.
34. ROOT, Timothy. Chapter 1: Eye history and physical. *OphthoBook*. [online]. North Charleston : Createspace, 2009. ISBN 978-1448638826. Dostupné z: <<https://timroot.com/historyphysical>>

35. POINTER, Jonathan S. The primary eye care examination: Opening the case history and the patient's uninterrupted initial talking time. *Journal of Optometry*. 2017, 7, s. 79-85. ISSN 1888-4296.
36. HIRSCH, Monroe a MORGAN, Meredith. Clinical Measurement and Laboratory Measurement. IN: Milton A. WHITCOMB a William BENSON. *The Measurement of Visual Function*. Washington D. C. : National Academy of Sciences - National Research Council, 1968, s. 31-51. ISBN 68-60081.
37. KEIRL, Andrew a CHRISTIE, Caroline. *Clinical Optics and Refraction: A Guide for Optometrists, Contact Lens Opticians and Dispensing Opticians*. Philadelphia : Elsevier Health Sciences, 2007. ISBN 978-0-7506-8889-5.
38. BALÍKOVÁ, Jana a SCHWEIZER, Helmer. Komunikace v optometristické praxi. *Česká oční optika*. 2008, 4, s. 90-92. ISSN 1211-233X.

## Seznam obrázků

Obrázek 1. Komunikační model Shannona a Weavera .....	3
Obrázek 2. Komunikační model Osgooda a Schramma .....	6
Obrázek 3. Calgary-Cambridge model lékařského rozhovoru .....	14
Obrázek 4. Příklady umístění pracovního stolu optometristy.....	17