

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

DOPADY SDĚLOVÁNÍ
ZÁVAŽNÝCH DIAGNÓZ
A PRÁCE S JEJICH NOSITELI
NA PSYCHIKU LÉKAŘŮ

IMPACTS OF COMMUNICATING SERIOUS DIAGNOSES
AND WORKING WITH SUCH PATIENTS ON THE PSYCHE
OF PHYSICIANS



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. Eva Buberníková**

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

Olomouc

2023

Ráda bych touto cestou upřímně poděkovala svému vedoucímu diplomové práce panu MUDr. PhDr. Miroslavu Orlovi, PhD. za jeho lidský a laskavý přístup, který mi byl oporou po celou dobu tvorby této práce. Veliké díky patří také mému manželovi a dceři za jejich trpělivost.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Dopady sdělování závažných diagnóz a práce s jejich nositeli na psychiku lékařů“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

OBSAH

Obsah

OBSAH	3
ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST	6
1 KOMUNIKACE MEZI LÉKAŘEM A PACIENTEM	7
1.1 Základní vymezení komunikace	7
1.2 Komunikační dovednosti vhodné pro výkon lékaře.....	8
1.3 Specifika komunikace s vážně nemocnými a umírajícími pacienty	14
1.4 Komunikace jako součást profesní přípravy lékařů.....	16
2 OKOLNOSTI SDĚLENÍ ZÁVAŽNÉ DIAGNÓZY	19
2.1 Definice závažné diagnózy	19
2.2 Protokol SPIKES.....	20
2.3 Fáze umírání podle Elisabeth Kübler-Rossovové.....	23
2.4 Fáze truchlení podle Vereny Kastové	26
3 MOŽNÉ DOPADY ZÁTĚŽE V LÉKAŘSKÉ PROFESI	29
3.1 Syndrom vyhoření	29
3.2 Deprese	32
3.3 Závislost na alkoholu	34
3.4 Závislost na lécích	38
VÝZKUMNÁ ČÁST	42
4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE A OTÁZKY	43
5 METODOLOGICKÝ RÁMEC	45
5.1 Výzkumný přístup	45
5.2 Metoda získávání dat	45
5.3 Metody zpracování a analýzy dat	47
5.4 Výzkumný soubor.....	49
5.5 Etické aspekty výzkumu	50
6 POPIS VÝSLEDKŮ.....	52
6.1 Otevřené kódování.....	52
6.2 Axiální kódování.....	59
6.3 Selektivní kódování	60
7 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	62
8 DISKUZE	64

8.1	<i>Diskuze se zdroji</i>	64
8.2	<i>Limity práce</i>	67
8.3	<i>Přínos práce a témata pro další zkoumání</i>	67
9	ZÁVĚR	69
10	SOUHRN	70
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY	72
	PŘÍLOHY	81

ÚVOD

Prvotní impulz k tomu věnovat se tématu psychických dopadů na lékaře, jež pracují s vážně nemocnými nebo umírajícími lidmi, vychází z poptávky praxe. Byla jsem totiž oslovena lékařkou pracující na dětském oddělení s prosbou o podobný výzkum.

Následovala fáze rešerše literatury, během které jsem ověřovala, na kolik je mnou zvolené téma již probádané. Ukázalo se, že tato oblast je v centru zájmu mnoha výzkumů, avšak většina z nich se zaměřuje na psychickou zátěž nelékařského personálu, tedy zdravotních sester, a nebo je pozornost směřována k osobě nemocného. Naopak výzkumů, které se zaměřují na lékaře a jejich psychickou zátěž v důsledku výkonu profese, je spíše poskrovnu.

Tato diplomová práce je rozčleněna do dvou hlavních částí – teoretické a praktické. **Teoretická část si klade za cíl** přinést adekvátní množství relevantních informací pro praktickou část. Skládá ze tří hlavních kapitol pojednávajících o komunikaci mezi lékařem a pacientem, okolnostech sdělení závažné diagnózy a poslední kapitola přímo uvádí praktickou část, neboť pojednává o možných dopadech sdělení závažné diagnózy a nebo práce se závažně nemocnými lidmi na psychiku lékařů.

Cílem praktické části bylo zmapovat, jakým psychickým dopadům či zátěži čelí lékaři při sdělování závažných diagnóz svým pacientům nebo při práci s takto nemocnými či umírajícími lidmi. Zda a jak se to manifestuje v jejich prožívání a chování.

Pro splnění tohoto cíle byl zvolen kvalitativní přístup za využití polostrukturovaných interview. Celkem bylo osloveno deset lékařů různých oborů, kteří měli s touto problematikou zkušenosti. Mezi přítomnými byli zastoupeni lékaři s atestacemi v oborech anesteziologie, akupunktura, neonatologie, paliativní medicína, pediatrie, praktický lékař pro děti a dorost, revmatologie a traumatologie. Získaná data byla zpracována metodou zakotvené teorie.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KOMUNIKACE MEZI LÉKAŘEM A PACIENTEM

Komunikace je neodmyslitelnou součástí života každého člověka a lékaři ani pacienti nejsou výjimkou. S ohledem na hlavní téma práce, kterým je mimo jiné sdělování závažných diagnóz, považuji za nezbytné věnovat se v rámci teoretické části oblasti komunikace. V této kapitole proto popisuji kromě základního vymezení také konkrétní komunikační dovednosti potřebné pro výkon lékaře, specifika komunikace s vážně nemocnými nebo komunikaci jako součást profesní přípravy lékařů.

1.1 Základní vymezení komunikace

Na komunikaci lze nahlížet z hlediska její formy, významu, funkce a mnoha dalších kritérií. Proto je vhodné na začátku popsat některá její specifika.

Slovo komunikace pochází z latinského *communicatio* či *communicare*. V překladu tato slova znamenají vzájemné sdílení nebo tvorbu něčeho společného. Původní význam slova komunikace odkazoval k podílení se na společné činnosti ve vzájemném kontaktu dvou či více osob. V dnešní době došlo k redukci v chápání významu tohoto slova na pouhý přesun informací od jednoho zdroje ke druhému, tedy od autora sdělení k jeho příjemci (Vybíral, 2013).

Komunikace je velmi specifická v tom, že člověk je zároveň její součástí, tvůrcem i přispěvatelem. Ani redukce v chápání významu slova komunikace však neulehčila její definici a řada autorů na ni nahlíží odlišně.

Watzlawick, Beavin & Jackson (1969) každou formu komunikace posuzují na základě tří hledisek, jsou jimi **syntax, sémantika a pragmatika**. Syntax přináší informace o způsobu kódování, podobě komunikačního kanálu, komunikačním ruchu apod. Sémantika poskytuje informace o tom, jaký význam pro autora i příjemce sdělená zpráva má, a pragmatika se zaměřuje na vztah autora a příjemce sdělení, jejich vzájemné porozumění, snahu přesvědčit druhého apod.

Tubbs, Moss (1991) popsali komunikaci jako „*proces vytváření významu mezi dvěma a více lidmi*“. V souladu s touto definicí Výrost, Slaměník & Sollárová (2019)

definují komunikaci jako specifické spojení dvou či více osob uskutečněné předáváním a přijímáním významů.

Toto specifické spojení nám umožňuje něco sdělit, zjistit, někoho přesvědčit nebo pobavit. Komunikace je proces mnohvrstevný a závislý na individuální psychice, úrovni inteligence, stupni vzdělání nebo osobních zkušenostech (Linhartová, 2007).

Zcela specifickou formou lidské komunikace je **jazyk**, který můžeme chápat jako podobu mluvené i psané řeči. Komunikace je uskutečňována prostřednictvím vzájemně sdílených znaků, které tvoří jednotlivé formy komunikace. Těmito formami rozumíme **verbální, paraverbální a neverbální komunikaci**. Verbální komunikace je typická pro člověka a je realizována pomocí slov, která mohou být mluvená i psaná. Paraverbální komunikaci rozumíme například intonaci nebo akcent a neverbální komunikace je řečí těla, vyskytuje se kromě člověka i u dalších živočichů a patří mezi ni mimika, gesta, postoj těla, doteky, pohyby apod. Zásadní rozdíl mezi verbální a neverbální formou komunikace je ten, že verbální je úmyslná, kdežto neverbální velmi často nevědomá a neúmyslná (Nakonečný, 2009, Výrost, Slaměnik & Sollárová, 2019).

Jiné dělení komunikace rozlišuje formu **intrapersonální, interpersonální a masovou**. První z nich spočívá v přijímání informací například prostřednictvím počítače nebo archivu, interpersonální probíhá mezi dvěma a více lidmi a masová komunikace je realizována masmédií, například televizí, tiskem apod. (Nakonečný, 2009).

Kačáni et al. (1988) upozorňuje ještě na odlišnost pojmů komunikace a **interakce**. Rozdíl spočívá v tom, že komunikace může probíhat a často i probíhá na dálku a může se týkat věcí časově i prostorově vzdálených, neexistujících. Interakcí pak rozumíme styk tváří v tvář. Lze tedy konstatovat, že každá interakce v sobě zahrnuje prvky komunikace, ale ne každá komunikace je interakcí. Budeme-li vycházet z tohoto tvrzení, pak lze říci, že v žádné sociální interakci nelze nekomunikovat.

1.2 Komunikační dovednosti vhodné pro výkon lékaře

Komunikační um lékařů není vrozený, naopak se jedná o dovednost, kterou je nezbytné se cíleně učit. Není možné se spoléhat ani na to, že se bude sama od sebe zlepšovat s narůstajícími zkušenostmi. Během studia medicíny není vždy věnováno nácviku komunikačních dovedností dostatek pozornosti. Následující podkapitoly věnované aktivnímu naslouchání, empatii, vedení rozhovoru a kladení otázek přinášejí bližší

informace o těch nejzákladnějších dovednostech, které by měli lékaři rozvíjet a přispívat tak k citlivé komunikaci s pacienty a následnému zefektivnění procesu léčby.

1.2.1 Aktivní naslouchání

Schopnost aktivního naslouchání je základním předpokladem efektivní komunikace s pacientem a nezbytnou podmínkou pro získání potřebných informací o jeho zdravotním stavu, od kterého se následně odvíjí zvolená léčba.

Naslouchání se od obvyčejného poslouchání liší ve svém nároku na koncentraci, schopnost rozdělování pozornosti a trénink paměti. Aktivním nasloucháním dává lékař pacientovi najevo svůj zájem. Opakem aktivního naslouchání je **selektivní naslouchání**, které vede k subjektivnímu výběru pro lékaře důležitých informací a opomíjení těch subjektivně nedůležitých. Výsledkem pak může být nepochopení pacienta a zisk neúplných informací o jeho zdravotním stavu (Procházka, 2014).

Pokorná (2011) rozlišuje **3 fáze aktivního naslouchání**.

1. Podstatou první fáze je identifikace emocí pacienta. V této fázi pacient nesděljuje obvykle konkrétní detaily svých obtíží, ale spíše jen naznačuje. Klinicky nejdůležitější informace tedy sděluje až později.
2. Druhá fáze spočívá ve vyslechnutí faktů a snaze porozumět obtížím pacienta, proto je nezbytné ho nepřerušovat.
3. Třetí fáze vede k nalezení řešení. Vyjádření zájmu, které je podstatou aktivního naslouchání, může lékař uskutečnit verbálně (slovní pobídkou k popisu svých obtíží), paraverbálně (tónem hlasu) i neverbálně (mimikou, proxemikou atd.).

Konkrétními technikami aktivního naslouchání jsou:

- **povzbuzení**, které podněcuje k hovoru a vyjadřuje zájem o pacienta,
- **objasnění**, které pomáhá lékaři získat potřebné informace o potížích pacienta,
- **zrcadlení**, které vede k pochopení pocitů, porozumění a pojmenování stavu pacienta,
- **parafrázování** umožňuje ověření, že lékař správně pochopil pacientovo sdělení,
- **shrnutí** vede k ukončení a zdůraznění nejdůležitějších faktů a

- **ocenění**, které by mělo být věrohodné a mělo by se týkat všeho, co je možné ocenit.

Lékaři jsou při výkonu svého povolání často nuceni pracovat v časovém presu a získávat informace od pacientů tímto způsobem se jim může zdát neefektivní. Z toho důvodu ve většině případů přebírají iniciativu v rozhovoru s pacienty hned na začátku, kladou uzavřené otázky a pacient se dostává do pasivní role. Výsledkem je však zisk neúplných informací (Ptáček, 2011).

Průkazné výsledky o efektivitě užití technik aktivního naslouchání při komunikaci v medicíně přinesli Beckman & Frankel (1984), kteří zjistili, že pouze 23% pacientů dokončilo svou výpověď. Z 52 pacientů byl pouze 1 schopný dokončit svou výpověď i po přerušení lékařem, u zbylých 51 pacientů došlo k přechodu na řízený výslech vedený lékařem a kladení uzavřených otázek vedlo k nesdělení podstatných informací. K prvnímu přerušení výpovědi pacienta docházelo v průměru po 18 vteřinách a to i přesto, že žádná z výpovědí, která nebyla přerušena, netrvala déle než 150 vteřin.

Studie tedy ukázala, že aktivní naslouchání lékařem vede nejen k získání potřebných informací, ale může být i časově úspornější.

1.2.2 Empatie

Empatie úzce souvisí s aktivním nasloucháním a je taktéž klíčovou dimenzí efektivní komunikace v medicíně.

Schopností empatie rozumíme **umění vcítit se do druhého člověka**, naslouchat mu bez hodnocení, přijímat ho a rozumět mu. Empatické sdělení se skládá vždy ze dvou komponent – slovní a mimoslovní. Slovní komponenta zahrnuje obsah sdělení, barvu hlasu, hlasitost atd. Mimoslovní komponenta zahrnuje výraz tváře, postoj, držení těla. Empatické sdělení můžeme podpořit udržováním očního kontaktu, pokyvováním hlavou, nakláněním se k druhému člověku nebo například vyjádřením: „rozumím ti“ nebo „chápu tě“ (Praško, Prašková, 2007).

Křivohlavý (2015) zdůrazňuje roli empatie ve zdravotní péči s ohledem na její motivační stránku. Je-li totiž soucítění zdravé, nevede pouze k prožitku lítosti, ale mobilizuje dotyčného také k činnosti, jak utrpení druhého člověka zmírnit.

Stejně důležité jako umění vcítit se do druhého člověka je při výkonu profese lékaře nezbytné i umět si zachovat dostatečný odstup, který umožní nepodlehout zcela emocím a umožní tak pacientovi pomoci (Procházka, 2014).

1.2.3 Vedení rozhovoru

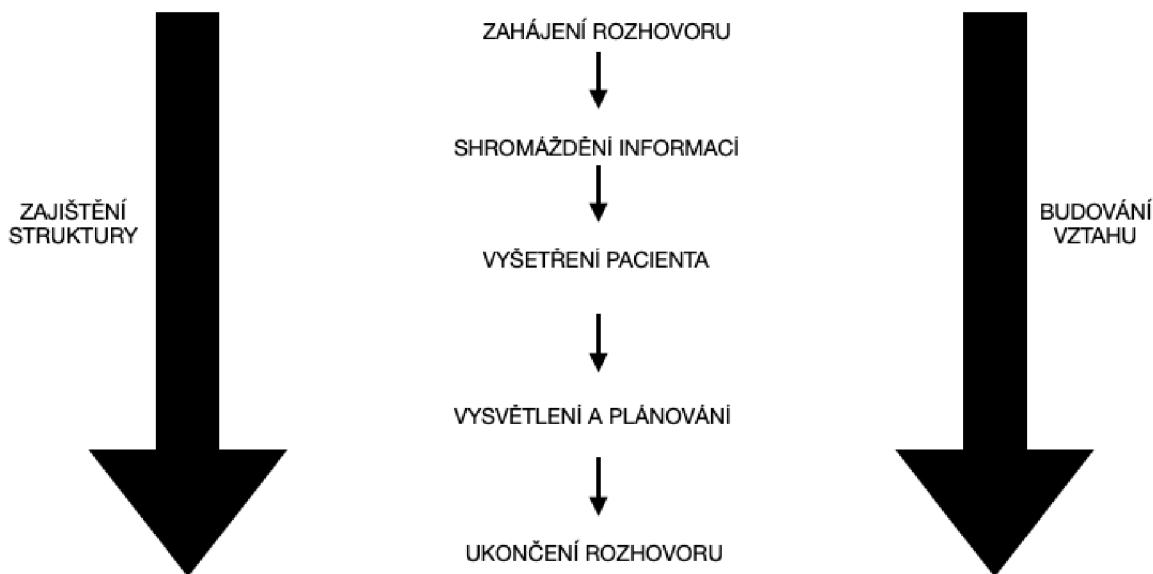
Vedení rozhovoru s pacientem se od běžného rozhovoru zásadně liší. Rozhovor mezi lékařem a pacientem má jasný cíl a do jisté míry i strukturu. Cílem rozhovoru v lékařské profesi je určení správné diagnózy a následné léčby.

Prostředkem jakéhokoliv rozhovoru, včetně toho lékařského, je řeč. Řeč lékaře vzhledem k pacientovi by měla být srozumitelná a přizpůsobená jeho slovníku. Neměla by obsahovat odborné termíny, u kterých lze předpokládat, že jim pacient nebude rozumět. Na srozumitelnosti sdělení se podílí také délka vět. Čím kratší věty, tím srozumitelnější pro pacienta jsou. Je proto vhodné vyhnout se odbočkám z hlavního komunikačního proudu. Nezbytnou podmínkou je také kontrola správnosti porozumění, kterou je vhodné neprovádět formou otázky „Rozuměl jste všemu?“ ale vybídnout pacienta k tomu, aby sám sdělil, co si zapamatoval (Křivohlavý, 1995).

Rozhovorem s pacientem lékař utváří jejich vzájemný vztah, má možnost pacienta ovlivňovat v jeho následném chování nebo mu poskytovat informace. Rozhovory mezi pacientem a lékařem můžeme dělit podle toho, zda vedou k zisku informací, doplnění informací, nebo navozují změnu ve stavu či chování pacienta. Problém spočívá v tom, že lékaři a pacienti přikládají význam při rozhovoru odlišným věcem. Pro pacienty jsou zásadní informace o prognóze, diagnóze a příčinách onemocnění. Lékaři naopak kladou největší důraz na proces léčby a farmakoterapii. Výsledkem může být neefektivní komunikace, která se může podílet na snížení ochoty pacienta k dodržování léčby, sekundárně vést ke zvýšeným nákladům na léčbu, případně vyústit v medicínsko-právní spory (Ptáček, 2014).

Následující schéma ilustruje tzv. Calgary Cambridge model, tedy model, který v pěti krocích popisuje, jak správně vést rozhovor lékaře s pacientem.

Schéma č.1: Calgary Cambridge model



(Munson, Willcox, 2007).

Upraveno podle Ptáček (2014).

ZAHÁJENÍ ROZHOVORU je zcela zásadní pro budoucí vývoj vztahu mezi lékařem a pacientem. Názor pacienta na lékaře se utváří během několika prvních vteřin a ovlivňuje následnou míru sdílení informací s lékařem a tím i efektivitu léčby. Případná změna názoru vytvořeného v prvních vteřinách je velmi obtížná a ojedinělá (Bakić-Mirić, Bakić, 2008).

Tuto prvotní fázi autoři Silverman, Kurtz & Draper (2005) dělí do tří následujících fází.

1. **Přípravou na setkání** se rozumí například vyladit se na nového pacienta po předchozí konzultaci nebo si připravit potřebné dokumenty, jako je lékařská dokumentace, informovaný souhlas apod.
2. **Navázání vztahu** pomůže, když lékař představí sebe i svou specializaci, vyzve k představení také pacienta, projeví mu svůj zájem. Významnou roli zde hraje neverbální komunikace.

3. **Rozpoznání příčin konzultace** umožní pokládání otevřených otázek bez přerušování výkladu pacienta.

SHROMÁŽDĚNÍ INFORMACÍ zahrnuje dostatečné prozkoumání pacientových obtíží. Zde je vhodné správně kombinovat otevřené i uzavřené otázky, parafrázovat pacientovy výpovědi, shrnovat nejpodstatnější informace. Teprve po ukončení této fáze je možné přejít k fyzickému **vyšetření pacienta** (Kurtz, Silverman, Benson & Draper, 2003).

VYSVĚTLENÍM A PLÁNOVÁNÍM je myšleno poskytování přiměřeného množství informací. Vždy je vhodné ověřit si výchozí bod pacienta, tedy množství informací, kterými disponuje na začátku. Zásadní je také vědět, kolik informací chce pacient obdržet. Informace by měl lékař poskytovat po částech a průběžně ověřovat správnost porozumění. Užitečné může být využití vizuálních metod – například ultrazvuku (Silverman, Kurtz & Draper, 2005).

UKONČENÍ ROZHOVORU by mělo obsahovat domluvu na dalších krocích, zodpovězení všech dotazů včetně ujištění, že další otázky už pacient nemá, a shrnutí plánu léčby. Napříč celým tímto procesem je lékař zodpovědný ještě za **budování vztahu a zajištění struktury konzultace**. Vztah utváří především neverbálními prvky komunikace jako udržováním očního kontaktu, výrazem tváře, postavením těla. Měl by projevovat vůči pacientovi empatii, zájem a porozumění. Zajištění struktury je nezbytnou podmínkou orientace. Lékař by se měl držet časového a tematického rámce konzultace (Silverman, Kurtz & Draper, 2005).

Bertakis (1977) uvádí, že je-li pacient vyzván, aby v závěru konzultace sdělil informace, které právě obdržel od lékaře, je schopný si vybavit pouze 30% z nich.

Závěr konzultace by měl tedy obsahovat také shrnutí nejdůležitějších bodů a efektivní by mohlo být také tyto informace v bodech napsat na papír, který by si pacient ponechal.

1.2.4 Kladení otázek

Pokládání otázek je základním nástrojem vedení rozhovoru. Následující text blíže popisuje jednotlivé typy otázek včetně konkrétních příkladů jejich využití.

Správným kladením otázek může lékař podpořit pacienta v popisu obtíží, zlepšit jeho psychický stav nebo ho motivovat ke změně zdravotního chování (Ptáček, 2014).

Otázky slouží k získání informací a projevení zájmu o pacienta. V praxi ale lékař často volí příliš direktivní způsob dotazování, který nedává pacientovi dostatek prostoru k vyjádření a demonstruje autoritativní postavení lékaře vůči pacientovi. Vymětal (2008) uvádí následující dělení otázek.

- **Otevřené otázky** – Jsou více obecné, vhodné pro navázání vztahu a umožňují vyjádření pacienta. („*Mohla byste mi co nejpodrobněji popsat vaše obtíže?*“)
- **Detailní otázky** – Slouží k získání bližších informací o konkrétním jevu. („*Ve kterém místě jsou bolesti největší?*“)
- **Katalogové otázky** – Umožňují výběr z více než dvou variant. („*Bolí vás to několikrát v měsíci, týdně, nebo každý den?*“)
- **Alternativní otázky** – Umožňují výběr ze dvou variant. („*Bolí vás to nejvíce ráno nebo večer?*“)
- **Empatické otázky** – Slouží k projevení účasti a identifikaci pro pacienta důležitých skutečností. („*Zdá se mi, že nejste zcela spokojen. Co myslíte, že by vám více pomohlo?*“)
- **Sugestivní otázky** – Nepřímo vnucují pacientovi odpověď, kterou často potvrdí i v situacích, kdy se nejedná o jeho případ. Je vhodné se jich vyvarovat. („*Nejvíce Vás to trápí ráno, že je to tak?*“)

Stejně jako v jiných oblastech, i zde platí pravidlo všeho s mírou. Příliš velké množství otázek totiž tlumí spontánnost a snižuje iniciativu pacienta. Doporučuje se využívat **metodu trychtýře**, která uplatňuje postup od obecného ke konkrétnímu. Nejprve tedy lékař volí otevřené otázky a následně uzavřenými otázkami konkretizuje jednotlivé oblasti potíží (Vymětal, 2008).

1.3 Specifika komunikace s vážně nemocnými a umírajícími pacienty

Zdraví je jednota biologické, psychické, sociální a spirituální roviny. V okamžicích, kdy je zdraví ohroženo a člověk se setkává s nemocí, dochází k narušení této rovnováhy.

Při léčbě je nezbytné brát v potaz všechny roviny a uvědomovat si jejich individuální důležitost pro každého člověka zvlášť. Spirituální rovina bývá v současné medicíně opomíjena nejvýrazněji, ale právě ta se často stává pro pacienty se závažnou diagnózou

nejdůležitější a přivádí člověka k existenciálním otázkám. A odpovědi na ně nezřídka hledá pacient u svého lékaře.

Komunikace s vážně nemocným či umírajícím člověkem je značně specifická a pro lékaře velmi náročná. Odlišnost je dána přítomností strachu – **strachu ze smrti**. Téma smrti je tabuizováno napříč českou společností, což může být jedním ze zdrojů obtíží na obou stranách. Avšak na straně lékaře se setkáváme ještě s jedním problémem – smrt pacienta je nezřídka vnímána jako profesní selhání. Souvisí to s trendem dnešní medicíny, která umožňuje za pomoci nejmodernějších technologií prodloužit závěr života, konkrétně fázi umírání. Otázkou často zůstává, za jakou cenu (Haškovcová, 2000, Haškovcová, 2002).

Kromě strachu, jež bývá přítomen na obou stranách, do procesu komunikace vstupují ještě další obtíže na straně pacienta. Jsou jimi **fyziké oslabení** (bolesti, intubace, zvracení, dušnost), **psychické oslabení** (beznaděj, deprese, rezignace), **falešné naděje, rušivé zásahy příbuzných** (Ptáček, 2011).

Shodně Kalvínská (2008) uvádí, že jedinečnost a obtížnost komunikace s vážně nemocnými či umírajícími je způsobena obavou ze smrti, která probouzí v lidech spirituální potřeby. A právě potřebu **spirituální péče** zdůrazňuje jako zásadní při práci s vážně nemocnými, neboť dokáže redukovat prožívané napětí u pacientů, jejich blízkých i personálu. Spirituální péče se netýká pouze věřících osob, naopak pacienti bez vyznání často vyžadují větší míru spirituální péče než ti religiózní. Podstatou takové péče je rozpoznat duchovní nouzi, umožnit pacientovi mluvit o jeho obavách, odkrývat jeho strachy a pomoci mu snáze se vyrovnat s jeho nemocí.

Mezi specifika komunikace s vážně nemocnými bezesporu patří také **komunikace s jeho rodinou a blízkými**. V takových chvílích je potřeba, aby si lékař uvědomil, v jaké fázi dle Kübler-Rossové (viz kapitola 2.2.) se nacházejí a tomu uzpůsobil rozhovor. Předmětem rozhovoru lékaře s příbuznými by mělo být například dodávání odvahy k hovoru s nemocným nebo k odpuštění případných křivd.

Komunikace s vážně nemocnými či umírajícími představuje pro lékaře značnou psychickou zátěž. Aby ji zvládl, je nezbytné nezapomínat na **pěči o sebe sama**. Touto péčí může být umění říci si o pomoc, umět laskavě říci „ne“, uvědomovat si své emoce a nebát se je projevit, hovořit o nich a především učit se vnímat smrt jako přirozenou součást lidského života ve chvílích, kdy už není možné pro záchranu života více udělat (Ptáček, 2011).

1.4 Komunikace jako součást profesní přípravy lékařů

O tom, že komunikace je nedílnou součástí práce každého lékaře, už není v dnešní době pochyb. Potvrzuje to řada výzkumů i odborných publikací. Naše lékařské fakulty na to v různé míře reagují a zařazují do svých studijních plánů předměty zaměřené na komunikaci s lidmi. Tato kapitola představuje stručný přehled toho, co říkají studie, a jak profesní příprava budoucích lékařů na našich vysokých školách skutečně probíhá.

Nutnost, nikoliv možnost – tak nazývá Merlyn (1962) svůj článek, ve kterém zdůrazňuje nezbytnost vyučovat budoucí lékaře umění komunikace stejně vážně jako kterýkoliv jiný klinický předmět. Upozorňuje na **krizi komunikace v medicíně**, která s sebou nese problémy v podobě stále častějších stížností nebo úniku pacientů k alternativním formám léčby, které jsou neověřené a riskantní. Předmětem stížností přitom nejsou lékařské kompetence, ale nedostatek naslouchání a otevřenosti lékařů.

Přitom existují důkazy o korelaci komunikačních dovedností lékařů se spokojeností pacientů stejně jako s jejich fyzickým zdravím (Steward, 1995).

Komunikace není vrozená, jak se dříve předpokládalo, jedná se o dovednost, kterou je zapotřebí se učit a zdokonalovat se v ní (Aspergren, 1999).

Není možné se spolehnout ani na to, že by se komunikace s délkou praxe u lékařů zlepšovala. Naopak často dochází k zafixování jednotných vzorců komunikace, jež jsou lékaři uplatňovány bez rozdílu na všechny pacienty (Birne & Lang, 1976, Tate, 2005).

Zajímavé jsou výsledky studie Heflera (1970), který zjišťoval úroveň komunikačních schopností u studentů prvního a posledního ročníku medicíny. Jejich úkolem bylo vést rozhovor s matkami nemocných dětí, všichni studenti obdrželi totožné informace o dítěti. Výsledky ukázaly, že studenti prvních ročníků vykazovali vyšší kvalitu komunikace a byli schopni získat více interpersonálních dat v porovnání se svými staršími kolegy, kteří se ve snaze o získání objektivních informací zaměřovali pouze na fakta.

Ke stejnému závěru došli také Fallowfield et al. (2002), kteří zhoršení komunikace u studentů během studia přičítají přijetí lékařského modelu a myšlenkových procesů.

Důvodem proč zařadit výuku komunikace na vysoké školy je fakt, že **efekt výuky** se neomezuje pouze na období studia, ale má prokazatelný **dlohodobý efekt**. Potvrzuje to například studie Bowmana et al. (1992), který prokázal u devíti praktických lékařů, jež

absolvovali osmnáctiměsíční kurz zaměřený na problematické rozhovory, zachování osvojených dovedností ještě dva roky po absolvování kurzu.

Shodně také Oh et al. (2001) uvádí signifikantní rozdíly v kvalitě vedení rozhovorů u jedinců absolvujících kurz a kontrolní skupinou, jejíž členové častěji užívali uzavřené otázky nebo pokládali více otázek současně. Po uplynutí dvou let vykazovali v porovnání s kontrolní skupinou větší zaměření na pacientovy emoce.

Fallowfield, Jenkins, Farewell, & Solis- Trapala (2003) uvádějí přetrvávající pozitivní změny v komunikaci onkologů ještě dvanáct měsíců po absolvování kurzu.

Později prokázali efekt tréninku komunikace také Haskarda et al. (2008).

Z výše uvedených výzkumů je jednoznačně patrné, jak důležitá komunikace pro lékaře je. Můžeme si také všimnout, že pozornost výzkumů je této oblasti věnována už poměrně dlouho. Bohužel i přesto je jejich reálný dopad na řadě našich vysokých škol vidět jen minimálně.

Následující tabulka č. 1 shrnuje aktuální předměty vyučované na lékařských fakultách České republiky v oboru všeobecné lékařství, u kterých lze podle názvu usuzovat, že jsou zaměřeny na oblast komunikace nebo oblasti psychosociálních dovedností. Při její tvorbě jsem čerpala z webových stránek školy, kde jsou však uváděny pouze seznamy předmětů bez bližších informací o jejich náplni. Při výběru jsem se tedy orientovala pouze podle názvu předmětu.

Tab. č.1: Přehled povinných předmětů vyučovaných na LF ČR

VYSOKÁ ŠKOLA	ROČNÍK	NÁZEV PŘEDMĚTU
1.LF UK Praha https://www.lf1.cuni.cz/	3.	Základy komunikace a paliativní medicíny
2.LF UK Praha https://www.lf2.cuni.cz/	3.	Lékařská psychologie a psychoterapie
3.LF UK Praha https://www.lf3.cuni.cz/	1.	Bioetika a psychologie
LF MUNI Brno https://www.med.muni.cz/	1.	Etika a humanitní základy medicíny I.
	2.	Etika a humanitní základy medicíny II.
	3.	Etika a humanitní základy medicíny III.
	4.	Etika a humanitní základy medicíny IV.
	4.	Lékařská psychologie
LF UP Olomouc https://www.lf.upol.cz/	4.	Lékařská psychologie a komunikace
	1.	Lékařská etika I.
LF OSU Ostrava https://lf.osu.cz/	5.	Lékařská etika II.
	1.	Etické základy komunikace pro odbornou praxi I.
	2.	Lékařská psychologie I.
	2.	Lékařská psychologie II.
	2.	Etické základy komunikace pro odbornou praxi II.
LF UK Hradec Králové https://www.lfhk.cuni.cz/	3.	Sociální lékařství a lékařská etika
	3.	Komunikace s pacientem v praxi
	3.	Lékařská etika
LF ZČU Plzeň http://www.lfp.cuni.cz/	3.	Lékařská psychologie
	3.	Základy psychosomatické medicíny a komunikace s pacientem
	3.	Lékařská etika
	3.	Lékařská psychologie a etika

Z tabulky č. 1 je patrné, že každá z fakult zařadila do svého studijního programu alespoň jeden předmět tohoto typu, což vnímám jako pozitivní trend posledních let, který snad bude ještě dále narůstat. Je potřeba také zdůraznit, že tabulka obsahuje pouze předměty povinné. Některé vysoké školy nabízely řadu dalších zajímavých předmětů v oblasti komunikace, psychologie či etiky, ale v podobě povinně volitelných předmětů. Tyto předměty jsem zde neuváděla, protože jejich seznamy nebyly dohledatelné na všech vysokých školách.

2 OKOLNOSTI SDĚLENÍ ZÁVAŽNÉ DIAGNÓZY

Jsou odvětví medicíny, kde je sdělování nepříznivých zpráv velmi časté, vedle toho jsou odvětví, kde je tomu naopak. Lékaři se mírou osobních zkušeností se sdělováním nepříznivých zpráv výrazně liší, ale každý lékař nezávisle na své specializaci musí s touto možností počítat. Ochota učit se tomu, jak co nejlépe s lidmi komunikovat a (sebe)vzdělávat se v této oblasti, je dle mého názoru odrazem lékařovy morálky.

Z podstaty lékařské profese vyplývá, že musí být lékaři čas od času nositeli špatných zpráv. Okolnosti, za kterých k tomuto sdělení dojde, jsou v rukách lékařů a jejich podoba určuje to, jak pacient sdělení přijme.

Následující kapitola přináší informace o tom, co rozumíme pod pojmem závažná diagnóza, dále jaké podmínky by měl lékař vytvořit, aby bylo přijetí nepříznivé zprávy pro pacienta co nejsnazší, a jakou odezvu může jeho sdělení u pacienta vyvolat.

2.1 Definice závažné diagnózy

S ohledem na to, že ústředním tématem práce je sdělování závažných diagnóz, je potřeba dobře vymežit, co se pod pojmem závažné diagnózy rozumí. Různí autoři zdůrazňují ve svých definicích odlišné faktory. Tato úvodní podkapitola přináší stručný přehled definic některých z autorů.

Ptacek a Eberhardt (1996) definují sdělení závažné diagnózy jako takové sdělení, které u příjemce vyvolává emocionální, kognitivní nebo behaviorální deficit, jež přetrvává ještě určitou dobu po sdělení. Současně zdůrazňují, že závažnost zpráv je vysoce subjektivní záležitostí každého jednotlivce.

Právě tento subjektivní pohled pacientů akcentuje Buckman (1998), který definuje nepříznivé zprávy jako takové, které mění pohled pacienta na jeho budoucnost.

Venglářová & Mahrová (2006) rozlišují pojmy závažná a extrémně závažná sdělení. **Závažná sdělení** by neměla mít extrémní povahu, jedná se spíše o zprávy souvisejí s diskomfortem nemocného. Například sdělení o prodloužení pobytu v nemocnici nebo provedení dalšího vyšetření, operativního výkonu atd. **Extrémně závažná sdělení** jsou

naopak taková, která lékařům činí největší potíže, neboť se týkají trvalých následků na zdravotním stavu pacienta, nejčastěji jde o nevyléčitelná onemocnění, invaliditu, vrozené vývojové vady u dětí aj.

Bor, Miller, Goldman, & Scher (1993) ve své definici zdůrazňují emoční prožívání jedince, které následuje po sdělení nepříznivých zpráv. Uvádí pocit beznaděje, prožitek ohrožení duševní či fyzické pohody, riziko narušení dosavadního životního stylu.

2.2 Protokol SPIKES

Protokol SPIKES je ověřený a celosvětově uznávaný soubor doporučení, jak postupovat při sdělování závažných diagnóz. Smyslem tohoto protokolu je usnadnit lékaři dosažení následujících cílů (Baile et al., 2000):

- získat informace od pacienta,
- sdělit mu odborné informace,
- poskytnout pacientovi podporu,
- povzbudit pacienta ke spolupráci na vytváření lékařského plánu.

Název SPIKES je anglickou zkratkou začátečních písmen jednotlivých doporučení. Tato doporučení jsou předmětem následujících podkapitol.

2.2.1 Setting

Písmeno „S“ v protokolu SPIKES je začáteční písmeno slova „*Setting*“, do češtiny překládaného jako prostředí.

Prvým krokem lékaře při sdělování závažných zpráv je správně zvolené místo. Navodit důvěrnou atmosféru bez zajištění pocitu soukromí je téměř nemožné. Lékař by měl proto zajistit klidnou místnost, kde nemůže nikdo cizí poslouchat nebo rušit. Není-li to možné, zastře alespoň závěs u pacientova lůžka (Halámková et al., 2019).

Další doporučení zní posadit se k pacientovi, tím dá lékař najevo, že nespěchá a hodlá pacientovi věnovat svůj čas. Lékař také může nabídnout, aby si pacient přizval člena rodiny nebo někoho blízkého. Rozhovor je vhodné zahájit zcela běžně, například otázkou, jak se dnes dotyčný cítí. První slova lékaře jsou velmi důležitá a vrývají se pacientům do paměti, je proto potřeba je moudře volit (Baile et al., 2000).

2.2.2 Perception

Druhým písmenem je „P“ jako „*Perception*“, což lze přeložit jako vnímání. V tomto případě jde o to, aby se lékař zaměřil na to, jak celou situaci vnímá a interpretuje jeho pacient.

Druhý i třetí krok se řídí pravidlem „dříve než něco řeknu, zeptám se“. Lékař pokládá pacientovi otevřené otázky, které umožňují odhalit případná nedorozumění. Mohou vést také k identifikaci popírání léčby (Lubinki, 1999).

Na základě pokládaných otázek a odpovědí na ně lékař volí následující postup v podobě správně zvolených slov, která budou pro dotyčného co nejsrozumitelnější (Vorlíček, Sláma & Kalvadová, 2001).

Konkrétním příkladem správně zvolené otevřené otázky je například: „*Co Vám bylo doposud řečeno o Vašem zdravotním stavu?*“ nebo „*Jak chápete důvody, proč jsme Vám provedli magnetickou rezonanci?*“ (Baile et al., 2000).

2.2.3 Invitation

Písmeno „I“ je zkratkou anglického slova „*Invitation*“, které v překladu znamená výzvu. Úkolem lékaře je citlivě vyzvat pacienta ke sdílení zpráv o jeho zdravotním stavu.

Právní řád ČR ukládá lékařům povinnost informovat pacienta o jeho zdravotním stavu srozumitelně a v dostatečném rozsahu (Svejkovský, Vojtek, & Arnoštová, 2016).

U většiny pacientů převládá touha znát svůj zdravotní stav v plném rozsahu (Ptáček, 2011).

Tuto skutečnost ale nemůže lékař automaticky předpokládat, zvláště ne u pacientů se závažným onemocněním, kde se zvyšuje pravděpodobnost toho, že se budou nepříznivým zprávám o svém zdravotním stavu vyhýbat (Butow, Maclean, Dunn et al., 1997).

Lékař by se tedy měl opět řídit totožným heslem jako v bodě č. 2 a zjistit, kolik informací si přeje pacient o svém zdravotním stavu znát, případně zda je má poskytnout jinému příbuznému či blízkému.

Halámková et al. (2019) upozorňuje na to, že lékaři někdy skrývají své přání vyhnout se nepříjemné povinnosti za mylné přesvědčení, že by pacient pravdu neunesl.

Konkrétním příkladem otázky může být: „*Chcete, abych vám poskytl všechny informace nebo načrtnl výsledky a věnoval více času diskuzi o léčebném plánu?*“ (Baile et al., 2000).

2.2.4 Knowledge

Písmeno „K“ značí „*Knowledge*“, v překladu znalost, znamená pro lékaře nutnost obeznámit pacienta s konkrétními fakty/znalostmi.

Tento krok vyzývá lékaře k tomu, aby pomohli pacientovi připravit se na nadcházející nepříznivé sdělení. Docílit toho lze pomocí vhodně zvolených slov v začátku věty.

Příkladem může být: „*Bohužel vám musím říct špatné zprávy*“ nebo „*Je mi líto, že vám musím říct...*“ (Baile et al., 2000).

Lékař by se měl vyjadřovat jasně a věcně, dobře zvážit, která sdělení je nezbytné říci nyní a které je možné nechat na další setkání, neboť schopnost zpracovávat informace po sdělení závažné zprávy prudce klesá. Své vyjadřování by měl přizpůsobit slovní zásobě pacienta a vyhnout se odborným termínům, sdělovat informace po částech a průběžně ověřovat, zda pacient jeho sdělení rozumí (Vorlíček, Sláma & Kalvadová, 2001).

2.2.5 Emotions

Páté písmeno protokolu SPIKES nese název po slově „*Emotions*“, což v překladu znamená emoce.

Proto se tento pátý bod týká práce s nimi. Lékař by měl umět pracovat se svými emocemi, stejně jako by měl být připraven na projev emocí svého pacienta. Spektrum emocí, které může nepříznivá zpráva vyvolat, je velmi široké, přes hněv, šok, popření a řadu dalších, které jsou podrobně popsány v následující kapitole.

Lékař by se měl vyhnout nesplnitelným slibům i formulacím typu „*Vim, jak Vám je.*“, pokud tomu tak opravdu není. Naopak může upřímně přiznat, že sám v podobné situaci nikdy nebyl, a vyjádřit vlastní emoce smutku (Halámková et al., 2019, Fallowfield, Jenkins, 2004).

Součástí této fáze rozhovoru je také práce s tichem. Není nezbytné vyplňovat všechny čas slovy, ale je vhodné dopřát pacientovi také prostor ke zpracování informace (Sláma, Vafková, 2020).

2.2.6 Summary and Strategy

Písmeno „S“ slov „*Summary*“ and „*Strategy*“, tedy shrnutí a postup jsou posledními doporučeními protokolu SPIKES.

Podstatou tohoto bodu je stručné shrnutí proběhlého rozhovoru a ujištění se, že pacient správně porozuměl sděleným informacím. Zároveň spočívá ve vytvoření plánu do budoucna. Lékař by nikdy neměl říci „*Už pro vás nemůžeme nic udělat.*“. Pacient by měl vždy odcházet s vidinou dalšího kroku, plánu. Tím může být hospicová péče, paliativní péče apod. (Sláma, Vafková, 2020).

2.3 Fáze umírání podle Elisabeth Kübler-Rossové

Umírání i smrt jsou bolestnou, leč nezbytnou součástí lidského života. Smířit se se smrtí je těžké jak pro umírajícího, tak pro jeho blízké. I přes individualitu, která je pro lidi příznačná, lze v tomto procesu spatřit jisté skutečnosti, ve kterých jsou si všichni lidé podobní.

Model Elisabeth Kübler-Rossové, známý též jako pět fází smutku, je v současnosti nejvýraznější teorií popisující proces vyrovnání se se smrtí. Tento model vytvořila společně se studenty teologie. Jedná se o výsledek analýzy více než dvou set rozhovorů s pacienty v terminálním stádiu onemocnění (Kübler-Ross, 2015).

Model E. Kübler-Rossové (2015) se skládá z pěti následujících fází, které jsou podrobněji popsány v textu níže:

- popírání a izolace,
- zlost,
- smlouvání,
- deprese,
- akceptace.

POPÍRÁNÍ A IZOLACE

Téměř ihned po sdělení terminální diagnózy u drtivé většiny pacientů dochází k jejímu popření. Jedná se o ochranný štít, jenž má za úkol tlumit šok, který jedinec právě utrpěl. U

většiny pacientů se popření objevuje na začátku velmi výrazně, ale dočasně. Později je vystřídáno částečným přijetím reality a pacienti se k popírání uchylují už jen střídavě. To jsou situace, kdy nemocný nechce myslet na smrt a plánuje svou budoucnost nezávisle na ní. Jakkoliv nereálné tyto plány jsou, je potřeba umožnit mu je snít a neupozorňovat na jejich neuskutečnitelnost. Intenzita i délka trvání tohoto obranného mechanismu je závislá na samotném sdělení. U pacientů, kterým byla zpráva sdělena stroze nebo necitlivě, se popření vyskytuje výrazněji. U některých pacientů je popření tak výrazné, že popírají i to, že by jim kdokoliv takovou zprávu v minulosti sdělil. Jiným projevem může být vyžadování dalších vyšetření v naději, že odhalí omyl, ke kterému muselo nutně dojít (Kübler-Ross, 2015).

ZLOST

Když poleví ochranný štít popření, na pacienty tvrdě dolehne tíže reality. A zcela přirozeně přichází hněv. Lidé si kladou otázku: „*Proč zrovna já? Proč ne někdo jiný?*“.

Snášet popírání skutečnosti je pro zdravotní personál i rodinu jednoznačně snazší než snášet zlost pacienta. Ta je směřována prakticky na všechny a rodina na ni často reaguje buď pocitem viny nebo tím, že dotyčného přestanou navštěvovat. Obojí však zlost spíše podporuje. V této fázi je důležité, aby pacientova rodina zaujala chápající postoj, věnovala mu dostatek času a nebrala si zlostné projevy osobně (Kübler-Ross, 2015).

Intenzita projevů se postupem času zmírní, protože nemocný vnímá, že ostatním není lhostejný, snaží se mu pomáhat a naslouchají mu (Kübler-Ross, 1992).

SMLOUVÁNÍ

Následuje fáze smlouvání, pro kterou je typické jakési uzavírání dohody s Bohem. Pacient už přijal fakt, že je vážně nemocný, už ví, že zlostí ničeho nedosáhne, a tak volí novou strategii. Vychází to z lidské víry v to, že za dobré chování následuje odměna. Pacient uzavírá soukromý, vnitřní obchod s Bohem a slibuje jemu i sobě, že bude lépe žít, když mu Bůh život zachová, prodlouží, uleví mu od bolesti nebo dopřeje dožít se nějaké osobně významné události atd. Tyto dohody pacienti obvykle tají a stávají se předmětem rozhovorů pouze s nemocničními kaplany nebo psychology (Kübler-Ross, 1994, 2015).

DEPRESE

Když nemoc postupuje, zdravotní stav pacientů se zhoršuje a popření už není téměř možné. Výsledkem jsou častější hospitalizace, zhoršující se bolesti a lidé zažívají pocit ztráty, který

dominuje nad předchozími pocity popření, zlosti a smlouvání. Podoba této ztráty se liší u každého pacienta, může jí být ztráta schopnosti pracovat, schopnosti pečovat o děti aj. Nemocný pociťuje smutek, objevuje se prázdnota a hluboký zármutek. Tuto fázi deprese lze dělit na dvojí – reaktivní a přípravnou (Kübler-Ross,2005).

- **Reaktivní deprese** je výsledkem utrpěné ztráty. Například pacientka, které byla odňata děloha a necítí se být dále ženou. Na tento typ deprese lze reagovat například složením poklony pro nějakou výhradně ženskou vlastnost (Kübler-Ross, 2015).
- **Přípravná deprese** není výsledkem ztrát minulých, ale je důsledkem ztrát budoucích. Lidé mají často tendenci nemocné povzbuzovat, vyzývat je k pozitivnějšímu pohledu na věc. V případě prvního typu deprese je to možné, ale u deprese přípravné by to znamenalo odrazovat nemocného od smýšlení o nadcházející smrti. Když mu ale umožníme jeho žal vyjádřit, dospěje ke smíření snáz (Kübler-Ross, 2015).

AKCEPTACE

Posledním stádiem je akceptace, čili smíření. Měl-li pacient dostatek času a možností prožít potřebné emoce, dochází u něj k přijetí jeho osudu. V této fázi už má obvykle nemocný málo sil a cítí se hodně unavený, spousta času prospí. Nejedná se však o spánek rezignující, který se může objevovat v předchozím stádiu deprese. Jde spíše o zvyšující se potřebu spánku. Stádium akceptace není šťastné, je spíše zbavené všech pocitů. Nemocný v tento čas upřednostňuje už pouze okruh svých nejbližších a komunikace s nimi probíhá stále více na neverbální úrovni. Potřeba slov klesá. Svou blízkost můžeme nemocnému vyjádřit sevřením ruky, tichou přítomností, pohledem do očí (Kübler-Ross, 2015).

Větší podporu než nemocný v tuto chvíli obvykle potřebuje jeho rodina a nejbližší. Stádium akceptace není samozřejmostí u všech pacientů, někteří bojují až do konce navzdory okolnostem. Ti jsou ostatními považováni za silné a statečné a jsou v tom podporováni, to však ještě více brání v tom, aby došli smíření. Lidé nemusí procházet výše zmíněnými fázemi v tomto pořadí, mohou se nacházet ve vícero stádiích současně. Dosáhl-li ale nemocný už někdy stádia akceptace a později se vrátil do některého z předchozích stádií, lze to považovat za selhání například v lékařské péči (provádění lékařských zásahů, které si pacient už nepřál) nebo třeba rodiny, která nemocného obviňuje, že je opouští (Kübler-Ross,1992).

Elisabeth Kübler-Rossová svůj model vytvořila od bodu sdělení diagnózy. Haškovcová (2002) popisuje navíc ještě tzv. nultou fází, která předchází sdělení diagnózy a vyznačuje se tím, že se u pacienta začínají objevovat symptomy. Dotyčný na sobě pozoruje stále častěji příznaky onemocnění a začíná si uvědomovat, že něco není v pořádku.

Doba od nulté fázi až do návštěvy lékaře je zásadní. Někteří lidé totiž přicházejí k lékaři příliš pozdě. Křivohlavý (2002) uvádí jako možnou příčinu sled následujících fází:

- **Zdržení při vyhodnocení symptomu** (appraisal delay). Rozumí se tím doba od zpozorování prvních příznaků až do chvíle, kdy jsou dotyčným vyhodnoceny jako závažné.
- **Zdržení při usuzování na nemoc** (illness delay). Rozumí se tím doba od vyhodnocení závažnosti příznaků do doby, než se dotyčný rozhodne navštívit lékaře.
- **Zdržení při realizaci rozhodnutí** (utilization delay). Rozumí se tím doba od rozhodnutí navštívit lékaře až po samotnou realizaci návštěvy.

Příčinou zdržení může být také vyšší věk pacienta, kterému doprava k lékaři trvá déle, nebo strach z lékařů a zdravotnických zařízení. Někteří lidé otálejí proto, že mají ve zvyku navštěvovat lékaře, až je situace neúnosná, bolest nesnesitelná, nebo se může jednat o skupinu osob z nižších sociálních vrstev nebo lidí bez domova, kteří lékaře navštěvují v porovnání s vyššími vrstvami méně často.

2.4 Fáze truchlení podle Vereny Kastové

Studiem zármutku se zabývá také švýcarská profesorka psychologie Verena Kastová. Je představitelkou analytické psychologie a předmětem jejího zájmu je mimo jiné význam smutku v terapeutickém procesu. Následující kapitola popisuje její pojetí jednotlivých fází truchlení, které je v porovnání s předchozím modelem Kübler-Rossové více zaměřeno na pozůstalé.

Proces truchlení pozůstalých má svůj charakteristický průběh, přesto se může lišit v závislosti na tom jakým způsobem a jak blízkou osobu člověk ztratil.

Model Vereny Kastové (2015) se skládá z následujících fází:

- fáze popření,
- fáze otevřených emocí,

- fáze hledání a odpoutávání,
- fáze nového vztahu k sobě a ke světu.

FÁZE POPŘENÍ

Na sdělení o blížící se smrti lidé reagují strnulostí, znecitlivěním, ztrátou schopnosti vnímat. Tento stav může trvat v rádech hodin, ale i týdnů. Tuto reakci nelze vnímat pouze jako vytěsnění, ale spíše jako přehlčení organismu tak silným pocitem, který není člověk schopen zpracovat. Výbuchy emocí, které se objevují v další fázi, jsou prvotními výstupy z tohoto prvního velkého pocitu ustrnutí (Kast, 2015).

Dokonce i lidé, kteří o zemřelého pečovali a byli přímými svědky konce jeho života, **nemohou zpočátku smrti blízkého uvěřit**. Reagují na ni silnou obranou, disociují od zážitku ztráty a popírají její skutečnost. Právě z tohoto důvodu je důležité pro pozůstalé zemřelého vidět, neboť tento kontakt připomíná, že smrt je skutečná, znesnadňuje popření a umožňuje jedinci přechod do další fáze (Kast, 2012).

FÁZE OTEVŘENÝCH EMOCÍ

V této fázi je člověk zmítán emoční bouří. Střídají se u něj pocity smutku, hněvu, úzkosti, radosti, neklidu, vzteku, sklíčenosti a další. Konkrétní podoba je závislá na převažujícím sklonu člověka. Pocity hněvu a vzteku jsou obecně častější u úmrtí, která byla předčasná, náhlá. Pro tuto fázi je typické **hledání viníka**, které truchlícímu usnadní čelit bezmoci, která je tváří tvář smrti tak patrná. Prožitek viny je častější v případě, že vztahy se zemřelým nebyly narovnány nebo mezi sebou měli špatnou komunikaci (Kast, 2015).

Tato fáze bývá nazývána také jako fáze **propuknutí chaotickým emocím**. Chaotický charakter je dán jejich ambivalencí, člověk prožívá současně lásku i nenávisť k zemřelému, ke světu. Pro truchlícího je tato fáze náročná především z toho důvodu, že nedokáže kontrolovat emoce jako dřív. Přesto není potřeba za každou cenu své pocity držet na uzdě, neboť následný proces truchlení je ovlivněn právě tím, zda si člověk dovolí odžít emoce v jejich plné rozmanitosti (Kast, 2012).

FÁZE HLEDÁNÍ A ODPOUTÁVÁNÍ

Pocity hněvu a viny, které jsou popsány v předchozím stádiu, mají svůj význam také pro hledání zemřelého. Tím se rozumí uchopení zesnulého jako součást své vlastní osoby neboli začlenění toho, co pro pozůstalého zesnulý znamenal, do nové životní struktury. Podoba hledání může být velmi reálná, například vyhlížení zesnulého manžela v obchodě, nebo rozeznávání zvuku motoru jeho auta atd. (Kast, 2013).

Pozůstalí jsou v této fázi zcela **zahlceni myšlenkami na zemřelého** a to dokonce i ve snech. Mnohdy se domnívají, že tyto ulpívavé myšlenky znamenají něco špatného, ale není tomu tak. Neboť právě tyto vzpomínky umožňují vzkřísit z mrtvých život, který jsme se zemřelým prožili (Kast, 2012).

Často se tato fáze projevuje jako **vnitřní dialog se zemřelým**. Jejím cílem je přijetí ztráty a příprava na nový život, ve které už zemřelý není, ale který přece jen něco z něj obsahuje. Hledání zemřelého vrací pozůstalého člověka k němu samému a vede ho k tomu, aby převzal činnosti, které dříve náležely zemřelému. Součástí zdravého truchlení je po fázi nalezení také rozloučení a odpoutání se (Kast, 2015).

FÁZE NOVÉHO VZTAHU K SOBĚ A KE SVĚTU

Nyní se jedinec už vyrovnal s prožitou ztrátou, vzdal se bolesti, zesnulý se mu stal jakýmsi průvodcem a truchlící je schopen vytvářet nové vztahy. Podporu okolí už nyní nepotřebuje, dokonce může být na škodu, pokud ostatní nerespektují nově nabytou samostatnost truchlícího (Kast, 2015).

I přes dosažení smíření může docházet k regresi do předchozích stádií. Především v souvislosti s navazováním nových vztahů, neboť u truchlícího dochází k mísení touhy oddat se někomu a strachu, že by mohl být v budoucnu opětovně vystaven ztrátě (Kast, 2013).

3 MOŽNÉ DOPADY ZÁTĚŽE V LÉKAŘSKÉ PROFESI

Třetí a závěrečná kapitola teoretické části se svým obsahem dotýká ústředního tématu celé této práce stejně jako předmětu výzkumu. Je zaměřena na prožívání a chování lékařů, které může být vlivem jejich náročné profese změněné.

Úkolem lékařů je pečovat o lidské zdraví, proto je jejich práce spojena s velkou odpovědností. S ohledem na pracovní podmínky českého zdravotnictví, ve kterém je trvale porušován zákoník práce a lékaři pracují přes čas, jsou kromě odpovědnosti vystaveni také objektivnímu fyzickému vyčerpání. Kombinace psychického i fyzického napětí se může projevit na jejich zdraví.

Následující kapitoly popisují některé stavy a nemoci, které se v populaci lékařů vyskytují častěji než jiné.

3.1 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření sice není klasifikován v současné MKN-10 jako nemoc, přesto se jedná o stav, který ohrožuje zdraví lékařů a kterému je nezbytné věnovat dostatek pozornosti.

Jistou změnu současného pojetí přináší MKN-11, která oproti MKN-10 uvádí jeho podrobnější definici. Syndrom vyhoření označuje jako jev z povolání zařazený v kategorii „Faktory ovlivňující zdravotní stav nebo kontakt se zdravotními službami“. Je považován za fenomén bezpodmínečně spojený s pracovištěm. Diagnostickými kritérii jsou vyčerpání a nedostatek energie, psychický odstup, negativismus, cynismus a snížená pracovní efektivita (World Health Organization, 2019).

Syndrom vyhoření, někdy nazýván také pojmy vyhaslost či vyprahlost, je českým ekvivalentem termínu „**burnout**“, který poprvé popsal Herbert J. Freudenberger v roce 1974 v časopise *Journal of Social Issues*. Stále častěji se i v české literatuře tento termín nepřekládá a zůstává v originálním anglickém znění (Kebza, Šolcová, 1998, Zacharová, 2008).

Syndrom vyhoření lze popsat jako **úplné vyčerpání fyzických, psychických i duševních sil člověka**. Zdroje jeho energie byly vypleněny a počáteční nadšení z práce je vystřídáno pocitem zklamání a beznaděje (Freudenberger, 1977).

Tento stav je způsoben pobytem v podmínkách, které jsou charakteristické velkým očekáváním v kombinaci s **chronickým situačním stresem**. Původ stresu je převážně pracovní a souvisí s nadměrnými psychickými a emocionálními nároky na člověka (Křivohlavý, 1998, Kebza, Šolcová, 1998).

Shodně také zahraniční autoři Selmanovic et al. (2011) označují syndrom vyhoření za chronickou stresovou reakci, která je výsledkem každodenních stresogenních pracovních podmínek, jež jsou řešeny neefektivně.

Z velkého množství definic syndromu vyhoření autoři Kebza a Šolcová (1998) vytvořili výčet následujících bodů, ve kterých se definice shodují:

- Jde o psychický stav, který se pojí s pocity vyčerpání.
- Vyskytuje se u osob, součástí jejichž profese je práce s lidmi.
- Projevy syndromu vyhoření lze pozorovat na úrovni psychické, fyzické i sociální.
- Klíčovou složkou syndromu je emoční a kognitivní vyčerpání a často i celková únava.
- Všechny hlavní složky mají zdroj v chronickém stresu.

Psychické projevy syndromu vyhoření zdůrazňuje Maslachová (1986), která uvádí výrazné změny v dlouhodobém emočním ladění. Popisuje to jako obrat k negativnímu pólu hodnot. Dále upozorňuje na přítomnost pocitů odcizení, cynismu a negativního postoje k práci i pracovním kolegům.

Dalším typickým projevem je depresivní ladění a podrážděnost (Vymětal, 1996).

Kebza, Šolcová (1998) doplňují ještě ztrátu motivace, omezení práce pouze na rutinní činnosti, sebelítost a pocit nedostatku uznání.

Fyzickými projevy syndromu vyhoření jsou celková únava, snadná unavitelnost, nespecifické bolesti hlavy, poruchy krevního tlaku, spánku, dýchací obtíže a další. **Projevy sociální** mohou být lhostejnost a apatie ke všemu, co souvisí s prací, včetně kolegů. Nechuť k profesi, redukce sociálních kontaktů, snížení schopnosti empatie (Keba, Šolcová, 1998).

Syndrom vyhoření není stav, ale proces, který se neustále vyvíjí, proto se i jeho projevy mohou lišit s ohledem na to, v jakém stádiu se jedinec aktuálně nachází. Typologii jednotlivých vývojových fází syndromu vyhoření vytvořili například Edelwich a Brodsky (1980), Maslachová a Goldberg (1998), Schwab (1986) a další.

Níže uvedená typologie patří autorům Edelwich a Brodsky (1980):

1. **Fáze – Nadšení.** Člověk je plný očekávání a ideálů, veškerou energii i čas věnuje práci, se kterou se plně identifikuje. Přetěžuje se, nemá problém pracovat přesčas.
2. **Fáze – Stagnace.** Jedinec zjišťuje, že jeho pracovní očekávání byla nereálná, střetává se s realitou a jeho dřívější nadšení pomíjí. Svůj čas a energii začíná věnovat také vlastním zálibám.
3. **Fáze – Frustrace.** Objevují se první známky psychického i fyzického vyčerpání společně s pochybností o smysluplnosti práce.
4. **Fáze – Apatie.** Přetrvávající frustrace v kombinaci s neschopností svou situaci změnit, vede k odporu k práci i ke všemu, co s ní souvisí, člověk práci vykonává rutinně a motivací je výhradně zisk, nejeví zájem o novinky v oboru, lidé v práci jej obtěžují.

3.1.1 Syndrom vyhoření u lékařů

Předchozí odstavce poskytují obecné informace o definicích, projevech a fázích syndromu vyhoření. Pro účely této práce je nezbytné uvést také informace přímo vztahované na populaci lékařů.

Nezbytnou součástí lékařské profese je každodenní práce s lidmi, jejich práce je často fyzicky i psychicky náročná, a proto se lékaři stávají jednou ze skupin vysoce ohrožených §= Kebza, Šolcová (1998) ve svém výčtu profesí, u kterých se syndrom vyhoření vyskytuje nejčastěji, uvádí lékaře na prvním místě. Dále uvádějí, že nejvíce jsou ohroženi klinici, z konkrétních specializací se jedná o onkology, chirurgy, lékaře na JIP, LDN, psychiatry, gynekology a lékaře z intenzivních oborů pediatrie.

Za nejvíce ohroženou skupinu zdravotníků považuje Zacharová (2008) ty, kteří musí denně čelit problémům a bolesti druhých.

Boleloucký (1998) v souvislosti se syndromem vyhoření u zdravotníků upozorňuje na pocity zatrpklosti, ztrátu víry ve smysluplnost jejich práce a s tím související ztrátu zájmu

o pacienty. V extrémních případech může syndrom vyhoření vést až k rozvoji závislosti nebo suicidálním tendencím.

3.2 Deprese

Vedle syndromu vyhoření je třeba zmínit také depresi, onemocnění, jež výrazným způsobem narušuje život jedince i jeho okolí.

Název tohoto duševního onemocnění pochází z latinského „*depressio*“, což znamená potlačení. Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) řadí toto onemocnění do skupiny afektivních poruch neboli poruch nálad. Pod číselným kódem F32 popisuje MKN-10 lehkou, středně těžkou a těžkou depresivní fázi.

V této i v dalších kapitolách vycházím z aktuálně platné desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Světová zdravotnická organizace již schválila novou, jedenáctou revizi (MKN-11), která vstoupila v platnost dnem 1. 1. 2022. V následujícím přechodném pětiletém období dojde k její implementaci do systému českého zdravotnictví. V současnosti však ještě není zcela hotov překlad do českého jazyka, proto čerpám z MKN-10.

Mezi **psychické příznaky** deprese řadíme patologicky skleslou náladu, ztrátu předchozích zájmů a energie, pocit beznaděje, izolovanost, poruchy spánku a chuti k jídlu, poruchy soustředění, snížený zájem o sex, mohou se objevovat také suicidální myšlenky a tendence (MKN-10, online, Kryl, 2001).

Tělesné příznaky deprese jsou často vleklé, nespecifické bolesti hlavy, zad, zažívací problémy, bušení srdce, nespavost, ospalost, změny tělesné hmotnosti (Janů, Racková, 2007).

Deprese není smutná nálada nebo nespokojenost. Jde o duševní stav, který se liší v intenzitě, délce trvání, ovlivnění denního fungování a dále svou rezistencí vůči podporujícímu okolí (Průša, 2006, Kryl, 2001).

Deprese je onemocnění mozku, které mívá často chronický charakter a neřídka se jedná o celoživotní záležitost. Toto onemocnění postihuje častěji ženy, přibližně ve 20-25 %, muže přibližně v 7-12 %. Různí autoři se v přesných procentech liší. Obecně lze ale říci, že se jedná o onemocnění časté a trendem posledních let je bohužel ještě další nárůst.

Možným vysvětlením je hektický způsob života v kombinaci s prodlužujícím se věkem dožití (Kubínek, 2011, Průša, 2006).

I přes tak vysokou prevalenci v populaci bývá deprese poddiagnostikována a nevhodně léčená. Coyne, Schwenk, & Fechner-Bates (1995) uvádí pouhých 35 % pacientů s depresí, u kterých byla deprese v počátku správně rozpoznána a následně léčena.

Příčiny vzniku deprese mohou být (Janů, Racková, 2007):

- genetické (rodinná anamnéza),
- biologické (intoxikace),
- psychické (frustrace),
- vývoj osobnosti (naučená bezmocnost, fixace disfunkčních komunikačních stereotypů).

Od příčin vzniku deprese se odvíjí i její léčba, proto je správná a včasná diagnostika tolik potřebná. O léčbě deprese platí, že by měla být včasná, přiměřeně dlouhá, pacientem dobře snášená a s dostatečnou dávkou léčiva. **Léčba deprese** může být buď biologická nebo psychická. Na prvním místě biologické léčby jsou **antidepresiva**, nejčastěji **SSRI** (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu). Pro tuto skupinu léčiv je typický pomalý nástup účinku, první efekt léčby lze předpokládat nejdříve za 2-3 týdny od prvního podání. Stejně tak je nezbytné setrvat v léčbě antidepresivy minimálně 6-12 měsíců po uzdravení. V obou případech je vhodné pacienta o tomto informovat předem a předcházet tak možnému selhání léčby (Hrdlička, Kicková, 2020, Janů, Racková, 2007).

Ze skupiny biologické léčby je možné využít také **elektrokonvulzní terapii** (ECT). ECT je v současnosti indikována pacientům v těžkých stavech, kteří byli opakovaně rezistentní na léčbu antidepresivy. U středně těžkých depresí lze dále využít **repetitivní transkraniální magnetickou stimulaci** známou též pod zkratkou rTMS (Bareš, Kopeček, 2006).

Naopak u lehčích stavů zimní sezónní deprese přichází v úvahu léčba **phototerapií**, která byla využívána už starými Řeky (Praško et al., 2008).

Psychická léčba deprese spočívá v psychoterapii. Využití **psychoterapie** je efektivní především u lehčích a středně těžkých stavů. Pomáhá skrze terapeutický vztah obnovit interpersonální vazby pacienta, které byly vlivem nemoci narušeny. Cílem terapie by mělo být poskytnutí podpory, navrácení zájmu o život a radosti z něj. Dále by měla naučit klienta

rozpoznávat varovné signály přicházející epizody, poskytnout mu informace a rady a vést ho k porozumění nemoci, jejích dopadů, ale také třeba k porozumění nezbytnosti biologické léčby (Kryl, 2006).

3.2.1 Deprese u lékařů

Zdraví lékařů je mnohdy přehlíženo veřejností, ale i samotnými lékaři. Jejich posláním je pečovat o zdraví lidí a proto někdy nabydou mylného dojmu, že zdraví a nemoci jsou objektivní fenomény, které se jich netýkají (Ptáček, 2011).

Lékaři jsou v práci vystaveni velkému stresu, tím se stávají náchylnějšími k různým onemocněním a deprese je jedním z nich. Jako zdroj stresu lze považovat neustálý kontakt se špatným zdravotním stavem pacientů, vysokou míru odpovědnosti společně s nízkou mírou autonomie. Jejich práce je specifická svou náročností a intenzitou. Osobnost lékařů často vykazuje znaky svědomitosti, perfekcionismu a angažovanosti, což sice umožňuje zajistit kvalitní péči pro pacienty, ale také se tím stávají náchylnější k pocitům viny, studu, selhání, nízkého sebehodnocení aj., které mohou stát na počátku rozvoje deprese (Outhof, 2019).

Je zřejmé, že lékař, který trpí depresí, nemůže vykonávat svou profesi stejně, jako jeho zdraví kolegové. Studie autorů Atif et al. (2016) z oblasti Pákistánu, která byla zaměřena na výskyt deprese a úzkosti u lékařů, odhalila mírnou až střední úzkost u 34% a depresi u 24,8 %. Těžkou depresi odhalili u 1% lékařů. Deprese a úzkost mezi sebou silně korelovaly. U lékařů s kratší praxí se objevovala deprese častěji než u zkušenějších kolegů.

Konkrétní procenta výskytu deprese se liší napříč studii, neboť každá pracuje s odlišnými skupinami lékařů ve smyslu specializace, pohlaví atd. Lze například předpokládat, že studie na výskyt deprese provedená v době pandemie COVID-19 se bude svými výsledky lišit od dřívějších studií.

Shodně s výsledky Pákistánské studie také autoři Demir, Erbas, Ösdil, & Yasar (2007) odhalili, že ženy lékařky jsou v porovnání s lékaři náchylnější k rozvoji deprese.

3.3 Závislost na alkoholu

Česká republika je bohužel zemí, která se ve spotřebě alkoholu dlouhodobě drží na vysokých příčkách. Onemocnění dříve nazývané jako alkoholismus je tedy fenomén, kterým jsou obyvatelé naší země výrazně ohroženi.

Poprvé se s pojmem **alkoholismus** setkáváme prostřednictvím lékaře a spisovatele **Benjamina Rusche** v roce 1784. Dnes už se tento pojem nepoužívá. Pro jeho pejorativní konotaci byl **nahrazen termínem syndrom závislosti** (Meyer, 1996).

Syndrom závislosti na alkoholu řadí **MKN-10** do kategorie duševních poruch a poruch chování, způsobených užíváním psychoaktivních látek. Syndrom závislosti se projevuje jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, ke kterým dochází po opakovaném požití látky. Diagnostickými kritérii dle MKN-10 jsou:

- craving (silná touha požit látku),
- potíže se sebekontrolou (pokud jde o začátek a ukončení epizody pití nebo kontrolu množství látky),
- somatický odvykací stav po vysazení,
- zvýšená tolerance,
- zanedbávání dřívějších aktivit a zájmů,
- pokračování v užívání i přes prokazatelné škodlivé následky.

Podmínkou pro stanovení diagnózy je výskyt minimálně tří výše uvedených příznaků v rozmezí uplynulého roku, nebo výskyt všech za dobu šesti měsíců (MKN-10, Popov, 2003).

Kromě aktuálně platné evropské varianty klasifikačního manuálu, kterou je MKN-10, existuje ještě DSM-5, což je klasifikační manuál nemocí užívaný na území Ameriky, Austrálie a Nového Zélandu.

Diagnostika syndromu závislosti podle **DSM-5** spočívá v naplnění alespoň tří kritérií z následujících jedenácti:

- užívání látky ve větším množství nebo po delší dobu, než bylo původně zamýšleno,
- přetrvávající marná snaha konzumaci látky snížit nebo regulovat,
- velké množství času stráveného užíváním, obstaráváním látky nebo zotavováním se z jejich účinků,
- přítomnost cravingu,
- opakované užívání vede k selhávání ve škole, práci nebo domácnosti,
- pokračování v užívání i přes problémy v interpersonální a osobní sféře, které jsou užíváním látky způsobeny nebo je zhoršují,

- omezení nebo úplné přerušení společenských, pracovních nebo zájmových aktivit kvůli užívání,
- opakované užívání v situacích, ve kterých hrozí fyzické nebezpečí
- pokračování v užívání i přes opakující se dlouhodobé problémy psychické, sociální i tělesné,
- zvýšená tolerance,
- odvykací stav po vysazení.

Závažnost závislosti je dána množstvím naplněných kritérií (APA, 2013).

Rozvoj závislosti je postupný a lze ho rozdělit do několika fází. V první, **počáteční fázi** se u jedince objevuje častější užívání, které je doprovázeno psychickým bažením po alkoholu, dochází k nárůstu tolerance, ale kontrola pití je dosud zachována. Ve **druhé, varovné fázi** se jedinec pokouší své pití skrývat před okolím, stydí se za něj. Může se objevovat občasná opilost, palimpsesty, zintenzivňuje se psychické bažení po droze a postupně dochází ke ztrátě kontroly. Tato fáze odpovídá obrazu škodlivého užívání. **Ve třetí, rozhodující fázi** dochází k definitivní ztrátě kontroly nad pitím, objevují se nejrůznější problémy v zaměstnání i osobních vztazích. Jedinec omezuje dřívější zájmy a aktivity, tolerance k droze dále narůstá. V této fázi dosud věří, že je schopen přestat, když si to bude přát. **Čtvrtá, konečná fáze** odpovídá obrazu syndromu závislosti. Jedinec si přiznává svou neschopnost zvládnout závislost. Mizí všechny dřívější obranné mechanismy. Dochází k poklesu tolerance, poškození tělesného i duševního stavu jedince, konzumace alkoholu je nepřetržitá. V této fázi už jedinec není schopný fungovat s alkoholem, ani bez alkoholu. Jeho osobnost chátrá, dochází k výraznému společenskému propadu (Fischer, Škoda, 2009).

Teorií vzniku závislosti je nespočet. Jsou známy teorie biologické, sociologické i psychologické. Popis všech těchto teorií přesahuje rámec této práce. S ohledem na téma této práce jsem se rozhodla uvést pouze biologické teorie vzniku závislosti, neboť korespondují s medicínským pojetím závislosti jako nemoci vzniklé na biologickém podkladě.

- **Genetická teorie** vychází se studia anamnéz závislých pacientů a potvrzuje genetickou souvislost. Dědičnost je významná především v souvislosti s iniciací k užití drogy. U jedinců s tímto genetickým zatížením je o 50-60 % větší riziko rozvoje závislosti (Nielsen, Untrankas, Reyes, Simons & Kosten, 2012).

- **Enzymové teorie** vysvětlují vznik a rozvoj závislosti na základě změn jaterních enzymů, které mají za úkol odbourávat alkohol.
- **Dopamin-endorfinová teorie** je platná nejen pro závislost na alkoholu, ale také pro závislosti na jiných látkách. Endorfiny jsou látky přirozeně vznikající v lidském organismu. Tělo je produkuje v situacích extrémní zátěže nebo při velkých bolestech. Svými účinky (omamující, euforické, tlumivé) se podobají drogám. Mechanismus rozvoje je vysvětlen vznikem isochinolinových alkaloidů s opiátovými receptory, které vznikají v důsledku požití alkoholu. Tím nahrazují endorfiny, které mohou chybět primárně nebo jsou redukovány právě alkaloidy (Schmeichel, 1995, Váchová, Janů, & Racková, 2009).

3.3.1 Závislost na alkoholu u lékařů

Závislost s sebou přináší ztrátu kontroly, abstinenci příznaky, intoxikaci a další komplikace, které se promítají do pracovního fungování jakéhokoliv závislého jedince. Lékaři jsou ale specifickou skupinou, neboť kvalita jejich pracovního fungování přímo ovlivňuje lidské zdraví.

Skotská studie z roku 1976, prováděná na populaci mužů propuštěných z psychiatrické nemocnice, u nichž byla primární diagnózou závislost na alkoholu, ukázala u lékařů 2,5x větší výskyt této závislosti ve srovnání s ostatními muži střední třídy. Nejvíce byly ohroženi lékaři středního věku. U lékařů ve věku 45-54 let byla v 58% příčinou hospitalizace v psychiatrické nemocnici závislost na alkoholu. Dalším důkazem, že jsou lékaři vysoce rizikovou skupinou, jsou údaje pocházející z vyšetření jejich úmrtnosti na cirhózu jater (Murray, 1976).

Také pozdější zpráva Všeobecné lékařské rady upozornila na to, že u poloviny lékařů s hlášenými zdravotními problémy bylo zjištěno, že mají problémy s alkoholem. Autoři Harrison a Chick (1994) navázali na výzkum Murrayho s cílem prověřit, jak se závislost na alkoholu v populaci lékařů proměňuje v čase. Také oni odhalili vyšší výskyt závislosti u lékařů v porovnání s běžnou populací, ale pouze u věkové skupiny nad 45 let.

O'Connor a Spicakrd (1997) zpochybnili metodologii výše zmíněných i jiných studií a předpokládají shodný výskyt jako v běžné populaci. Apelují však na efektivitu léčby lékařů

se syndromem závislosti, která má jednoznačný význam. Ukazuje se totiž, že 75 – 85% lékařů, kteří podstoupí léčbu, se vrací zpět do svého zaměstnání.

Novější studie Kenna a Wooda (2004) uvádí, že míra konzumace alkoholu u lékařů může být ovlivněna věkem, nikoliv však příjmem či pohlavím, jak tomu předpokládaly některé dřívější studie. Dále zjistili, že lékaři jsou častěji vystaveni nabídkám konzumace ze strany farmaceutických firem. Tento výzkum na rozdíl od předchozích odhalil u lékařů nižší výskyt užívání alkoholu ve srovnání s běžnou populací.

Rozsáhlá studie z USA odhalila, že alkohol je nejčastěji zneužívanou látkou mezi lékaři. Opět v kontradikci s některými výše uvedenými výzkumy uvádí mezi lékaři vyšší výskyt závislosti na alkoholu než v běžné populaci. V případě lékařů 12,9 %, u lékařek dokonce 21,9 %, běžná populace pouhých 6,2 % (Oreskovich, 2015, NIAAA, 2019).

3.4 Závislost na lécích

K této závislosti mají lékaři z podstaty své profese relativně snadnou cestu, proto jsou potenciálně rizikovou skupinou. Dříve než je diagnostikována závislost (kritéria syndromu závislosti viz. předchozí kapitola 3.3.), objevuje se model škodlivého užívání.

U kategorie léků mluvíme konkrétně o **užívání z jiných než léčebným důvodů**, užívání **nepřiměřeně vysokých dávek** nebo užívání **nepřiměřeně dlouho**, které vede k narušení zdraví či interpersonálních vztahů (MKN-10).

Možných příčin rozvoje abúzu je hned několik. Ke zneužívání léčiv může dojít v důsledku dlouhodobého, kontinuálního předepisování léků určených k léčbě vleklého onemocnění (například bolesti, nespavosti). Pacient v dobré víře, že se jedná o lék (ještě navíc na předpis), pokračuje v užívání, aniž by si byl vědom možnosti rozvoje závislosti. Pacientova nevědomost může být příčinou rozvoje závislosti nejen u léků na předpis, ale také u léků volně prodejných v lékárně. Zneužívání léků však může mít také zcela vědomý charakter. Jedinci závislí na ilegálních látkách je užívají k překonání odvykacích stavů nebo jako materiál pro výrobu dalších ilegálních látek (Čížek, 2002).

Dříve než se budu věnovat lékům, na které vzniká závislost, je zapotřebí zmínit, že existují také léky, na kterých sice závislost nevzniká, ale mohou se stát předmětem zneužívání. Jedná se například o steroidy, vitamíny, projímadla, diuretika, antidepresiva apod.

Léky vyvolávající závislost dělí MKN-10 následujícím způsobem:

- F11.x Opioidy
- F13.x Sedativa a hypnotika
- F15.x Stimulancia
- F16.x Halucinogeny.

Opioidy jsou látky přírodní i syntetické povahy, které se svými účinky podobají opiátům. Opiáty jsou alkaloidy přirozeně se vyskytující v nezralých makovicích máku setého. Pro své **tlumivé účinky** byly využívány k léčbě bolesti už v dobách starověkého Egypta (Trescot, Datta, Lee, & Hansen, 2008).

V současné medicíně jsou opioidy využívány k léčbě silné akutní bolesti, nádorové bolesti, případně k léčbě chronické nenádorové bolesti. Svými účinky způsobují útlum nervového a dechového systému (Lejčko, 2018).

Přírodními zástupci jsou **morfium a kodein**, ze skupiny polosyntetických a syntetických opioidů jsou nejznámější **heroin, metadon, buprenorfin nebo hydrocodon** (Kozák, 2008).

Předmětem zneužívání jsou nejčastěji opioidní analgetika na předpis. V poslední době je hojně zneužíván především **tramadol**. Zneužívání opioidů vede ke vzniku fyzické i psychické závislosti. Závislost se rozvíjí brzy a je charakteristická výrazným somatickým odvykacím stavem, který má příznaky podobající se chřipkovitému nachlazení. Navíc jsou zrádné pro své **vysoké riziko předávkování**. Tolerance na opioidy rychle klesá, proto užití i obvyklé dávky po předchozí abstinenci může mít fatální následky (Lejčko, Gabrhelík, 2017, Čížek, 2002).

Sedativa a hypnotika jsou látky s tlumivým, hypnotickým a anxiolytickým účinkem, které se užívají k navození **klidu, uvolnění nebo spánku**. Dlouhodobé zneužívání vede k výraznému odvykacímu stavu s přesně opačnými příznaky – neklid, úzkost, poruchy spánku. Závažnější odvykací stav může způsobit křeče typu grand mal, status epilepticus nebo delirium. Benzodiazepiny patří mezi nejčastěji předepisované léky. K rozvoji závislosti dochází při pravidelném užívání už v rádech měsíců (Kalina, 2008).

Psychostimulancia slouží k **nabuzení** organismu, **zvýšení energie a výkonnosti**. Mezi zástupce této skupiny řadíme efedrin, amfetamin, metamfetamin a další. Trend poslední doby odhaluje časté zneužívání léků s obsahem pseudoefedrinu, například

Disophrol nebo Nurofen Stopgrip. V současnosti je tato skupina léků indikována k léčbě narkolepsie a hyperkinetického syndromu s poruchou pozornosti (ADHD) (Čížek, 2002, Novák, Kunčíková, 2011).

K rozvoji závislosti dochází, podle způsobu a četnosti užití, v řádech týdnů až měsíců. Odvykací stav není v případě stimulancií tak závažný jako u předchozích skupin léčiv. Psychostimulancia nevytváří fyzickou závislost, odvykací stav se tedy projevuje pouze na psychické úrovni, konkrétně v podobě úzkosti, únavy, bolesti hlavy, poruch spánku. Může se však objevit také deprese, na kterou nasedají sebevražedné tendence (Kalina, 2008).

Halucinogeny je označení pro velmi různorodou skupinu látek, jejichž účinky se značně liší. Intoxikace halucinogeny může způsobit iluze, halucinace, emoční labilitu, stavy depersonalizace a derealizace, dezorientaci či bludy. Mezi nejznámější zástupce řadíme LSD, které však není jako léčivo příliš zneužíváno z důvodu špatné dostupnosti. Naopak lék na léčbu Parkinsonovy choroby (**Trifenidyl**) může být pro své halucinogenní účinky předmětem zneužívání. Odvykací stav u této skupiny látek není dosud znám, riziko však spočívá v možném předávkování a těžko předvídatelném průběhu intoxikace (Čížek, 2002, Kalina, 2015).

3.4.1 Závislost na lécích u lékařů

Na problematiku lékové závislosti v populaci lékařů se zaměřila studie autorů Merla, Singhakanta, Cummingse & Cottlera (2013), kterým se podařilo identifikovat následující důvody, které vedou k zneužívání léků na předpis mezi lékaři:

1. nutnost zvládat fyzickou bolest,
2. nutnost zvládat emoční/psychické obtíže,
3. nutnost zvládat stresové situace,
4. zneužívání z rekreačních důvodů,
5. potřeba vyhnout se abstinčním příznakům.

Za hlavní faktor vedoucí ke zneužívání léků mezi lékaři studie uvedla sebeléčbu.

Nejčastěji zneužívanými skupinami léčiv mezi lékaři jsou opioidy a benzodiazepiny. Některé studie uvádí u lékařů až pětinasobný výskyt závislosti na lécích v porovnání s běžnou populací (McLellan, Skipper, Campbell, DuPont, 2008).

Dlouhodobě nejrizikovější skupinou lékařů jsou anesteziologové, u kterých je míra zneužití léků na předpis nejvyšší. Nejčastěji zneužívaným lékem je fentanyl – opioidní analgetikum (Booth et al., 2002).

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE A OTÁZKY

Výzkumná část této práce je zaměřena na prožívání lékařů, které může být v důsledku jejich profese ovlivněno. Konkrétně je výzkum zaměřen na to, jak ovlivňuje lékařovu psychiku nutnost sdělovat pacientům nepříznivé zprávy. Stejně tak zjišťuje, zda i následná práce s takto nemocnými či umírající lidmi vede ke změnám v psychickém prožívání lékařů.

Výzkumný problém má za cíl konkretizovat oblast, které se výzkum týká. Sdělování závažných nepříznivých zpráv je zkušenost, které se pravděpodobně žádný lékař během své lékařské praxe nevyhne. Z celého spektra komunikace, která probíhá mezi lékařem a pacientem, je sdělování takovýchto zpráv nejtěžší. Poslem špatných zpráv ani svědkem konce života jiného člověka nechce být pravděpodobně žádný lékař, přesto každý z nich musí být na takovou situaci připraven. Přirozeně jako v mnohém jiném se lékaři mezi sebou vzájemně liší v míře schopností a dovedností takto závažné zprávy svým pacientům sdělovat i v míře, ve které se to podepisuje na jejich psychice. Právě tyto odlišnosti v psychickém prožívání, které jsou způsobeny prací se závažně nemocnými a umírajícími lidmi, jsou předmětem zkoumání této práce.

Výzkumný problém je záměrně zaměřen nejen na zátěž způsobenou sdělováním nepříznivých zpráv, ale také na následnou práci s takto nemocnými lidmi, neboť lze předpokládat, že mnohdy může být pro lékaře náročnější být svědkem lidské nemoci, bolesti a konce spíše než samotné sdělení nepříznivé zprávy.

Výzkumným cílem této práce je získat co nejkomplexnější náhled na problematiku sdělování závažných diagnóz a následnou práci se závažně nemocnými a umírajícími lidmi. Cílem je zjistit, jaké projevy zátěže s sebou přináší lékařská profese, dále je cílem seznámit se se zkušenostmi lékařů z rozličných oborů a se specifiky jejich konkrétní specializace.

Na základě studia zdrojů, výzkumného problému a cíle byly stanoveny následující výzkumné otázky.

Hlavní výzkumná otázka:

- *K jakým projevům zátěže dochází u lékařů v souvislosti se sdělováním závažných diagnóz nebo v souvislosti s péčí o závažně nemocné či umírající lidi?*

Dílčí výzkumná otázka:

- *Čím je tato zátěž ovlivněna?*

5 METODOLOGICKÝ RÁMEC

Následující kapitoly jsou věnovány podrobnostem vztahujícím se k výzkumnému přístupu. Dále je zde popsána tvorba, zpracování i analýza výzkumných dat. Zmíněn je taktéž průběh realizace výzkumu, charakteristiky výzkumného souboru a etické aspekty výzkumu.

5.1 Výzkumný přístup

Na základě studia zdrojů, stanovených cílů a výzkumných otázek, které se opírají o osobní zkušenosti, sdělení a doporučení lékařů, byl zvolen kvalitativní přístup. Také s ohledem na charakter výzkumného problému a otázek, které se týkají citlivého tématu blízkého smrti a umírání, se jako vhodnější jevílo nejprve celou problematiku prozkoumat do hloubky a kvantitativní přístup upozadit.

Kvalitativní přístup je charakteristický svou schopností zkoumat jedinečnou zkušenost každého člověka.

Miovský (2006) jej definuje jako nástroj vhodný k práci s nekvantifikovatelnými daty a fenomény, jež jsou jedinečné a neopakovatelné, a to prostřednictvím využití kvalitativních výzkumných metod.

Vyznačuje se studiem lidí v přirozených podmínkách. Na zkoumané jevy je nahlíženo z pohledu účastníků nebo pozorovatelů. Výsledkem takového přístupu je **holistický obraz, vhled, zkoumání fenoménu v jeho plné šíři a porozumění** tomu, jak jedinec nebo skupina interpretují okolní svět (Ferjenčík, 2010).

V minulosti byl kvalitativní přístup považován za pouhý doplněk kvantitativního, v současnosti je však jejich vzájemné postavení rovnocenné (Vévodová & Ivanová, 2015).

5.2 Metoda získávání dat

Pro získávání dat byla zvolena **metoda polostrukturovaných interview**. Tato metoda je dle Miovskeho (2006) nejhojněji využívaná právě proto, že dokáže předcházet řadě problémů, které se pojí k nestrukturovaným, nebo zcela strukturovaným interview. Další charakteristikou je předem dané, závazné téma, které se skládá z předem připravených okruhů otázek. Přičemž pořadí jednotlivých otázek není pevně dané, je možné klást

doplňující otázky a zajistit tak co největší výtěžnost informací. U polostrukturovaných interview je vhodné využít tzv. **inquiry**, které přispívají ke správnému pochopení odpovědi respondenta. Jedná se například o parafrázování respondentovy odpovědi a ujištění se, že jsme ji správně pochopili.

Respondenty níže prezentovaného výzkumu byli lékaři rozličných specializací, konkrétně se jednalo o obory pediatrie, neonatologie, gynekologie a porodnictví, anesteziologie a traumatologie. S ohledem na časové a jiné možnosti respondentů byly rozhovory realizovány buď v místě jejich pracoviště nebo v místě jejich bydliště. V šesti případech probíhal rozhovor v místě bydliště, u respondenta doma, ve zbylých čtyřech případech byl rozhovor realizován u respondenta v jeho pracovně. Nezávisle na místě realizace rozhovoru se podařilo ve všech případech zajistit klidné prostředí, ve kterém bylo možné zabezpečit řádný průběh bez nežádoucího přerušování. Všechny rozhovory probíhaly za nepřítomnosti dalších osob, aby se předcházelo případné neochotě odpovídat před cizími lidmi. Místo realizace vždy odpovídalo dohodě a osobní preferenci respondenta. Před samotným zahájením byli účastníci výzkumu ve stručnosti informováni o předmětu diplomové práce, průběhu společného rozhovoru a obsahu informovaného souhlasu. Poté byli požádáni, aby si ho ještě sami v klidu přečetli. Svým podpisem souhlasili s pořízením audiozáznamu ve formátu MP3 pomocí mobilního telefonu.

Fixace dat byla realizována ve shodě s doporučením Miovského (2006) a to prostřednictvím audiozáznamu, protože je autentický. Dokáže zachytit kvality mluveného slova od pomlky, síly hlasu až po řečové vady. Jeho drobná nevýhoda spočívá v tom, že nedokáže zachytit atmosféru při rozhovoru. Tento nedostatek byl minimalizován prostřednictvím osobních poznámek, které byly v průběhu rozhovorů pořízeny.

Všichni oslovení respondenti souhlasili s pořízením audiozáznamu. Na začátek rozhovoru byla zařazena série **demografických otázek** týkajících se pohlaví, věku, délky praxe, specializace a místa výkonu profese. Struktura dalších **otázek** byla rozdělena do **tří okruhů**, které tematicky odpovídaly kapitolám teoretické části této práce. Byly jimi:

- výzkumný okruh 1 - komunikace mezi lékařem a pacientem,
- výzkumný okruh 2 - okolnosti sdělení závažné diagnózy,
- výzkumný okruh 3 - možné dopady zátěže v lékařské profesi.

Ve shodě s doporučením Uhrové (2012) byly otázky seřazeny od obecných ke konkrétním. Současně byl zohledněn jejich obsah, proto byly ty nejcitlivější otázky zařazeny do druhé části rozhovoru.

V průběhu rozhovorů byly v případě potřeby pokládány doplňující otázky pro ověření, že respondenti správně porozuměli položeným otázkám. Docházelo k opakovanému vysvětlování jednotlivých otázek, případně k užití konkrétních případů a modelových situací. Pro zamezení možného zkreslení vlivem nesprávného porozumění ze strany výzkumníka docházelo opakovaně k parafrázím respondentových odpovědí, které měly zajistit co nejpřesnější přenos informací.

Zaznamenat slova v jejich přirozené podobě a porozumět pohledu druhého je ostatně podle Švaříčka & Šedové (2014) samotnou podstatou kvalitativního výzkumu.

Na závěr rozhovoru byly respondenti dotázáni, zda se chtějí vrátit ještě k některé z otázek, případně zda chtějí doplnit ještě něco, co považují za důležité a na co nebyli dotázáni. Po zodpovězení všech otázek byl respondentům věnován čas, pozornost a prostor k uzavření celého tématu a ujištění se, že nedošlo vlivem proběhlého rozhovoru k oživení dřívějších nepříjemných, tragických či bolavých vzpomínek, které by nebyly dostatečně citlivě ošetřeny.

Data byla sbírána od dubna roku 2022 do července téhož roku. Celkem bylo realizováno 10 rozhovorů. Plné znění informovaného souhlasu a struktura rozhovorů jsou dohledatelné v přílohách č. 3. a č. 4.

5.3 Metody zpracování a analýzy dat

Získaná data byla **anonymizována a doslovně přepsána** a to včetně nespisovných slov. Každý rozhovor byl následně opětovně přehrán, aby bylo zamezeno nepřesné transkripci.

Po dokončení transkripce bylo nezbytné provést tzv. **redukci prvního řádu**, která zajistila snazší orientaci v textu (Hendl, 2005).

Z textu byla tedy odstraněna tzv. slovní vata, byla vymazána slova bez nosného významu a slova výplňková. Text byl poté rozdělen do vícero odstavců, aby byl co nejprehlednější, a došlo ke zvýraznění některých klíčových slov, případně částí vět, aby byla zajištěna snazší orientace v textu. Následovala fáze **kódování** inspirovaná metodou **zakotvené teorie**.

Glaser & Strauss (1967) definují kódování jako proces konceptualizace získaných dat a následné seskupení novým způsobem. Spíše z didaktických důvodů rozdělili fázi kódování do tří kategorií: otevřené, axiální a selektivní kódování. V praxi se ale vzájemně prolínají.

Proces kódování nelze brát jako definitivní, neboť v průběhu zpracování může docházet k opakovaným změnám v důsledku nových zjištění (Miovský, 2006).

OTEVŘENÉ KÓDOVÁNÍ:

Jedná se o analytický proces, během kterého dochází k vytváření kódů, neboli kategorizaci údajů do abstraktnějších, obecnějších pojmů. Kódy by měly logicky souviset s údaji, které popisují, a měly by být názorné. Vlastnost kategorie znamená její charakteristiku nebo znak. Dimenze je umístění vlastnosti na škále (Strauss & Corbin, 1999).

V rámci **otevřeného kódování** došlo k vytvoření celkem 9 684 kódů. S přibývajícím rozhovory rostl i počet kódů. Proto bylo zapotřebí nově vzniklé kódy porovnávat s již existujícími a případně je modifikovat. Po prostudování a okódování všech dat bylo zapotřebí jejich množství zredukovat. Kódy, které bylo možné sloučit na základě podobného obsahu, byly sloučeny. Kódy, které nebyly dostatečně syceny, byly znovu přezkoumány s cílem vhodnější kategorizace, nebo za účelem vyřazení. Po této redukci se počet kódů snížil na 4 587. Tento soubor kódů byl rozdělen na **hlavní kategorie a subkategorie**. Se vzniklými kategoriemi bylo zapotřebí dále pracovat. Konkrétně bylo nezbytné určit jejich **vlastnosti a dimenze**.

AXIÁLNÍ KÓDOVÁNÍ:

Po fázi otevřeného kódování následuje proces axiálního zpracování dat. Jedná se o znovuspořádání dat pomocí kategorií a subkategorií, které jsou pomocí vzájemných vztahů mezi sebou spojovány. Celý proces lze zjednodušeně popsat pomocí následujícího schématu.

(A) PŘÍČINNÉ PODMÍNKY → (B) JEV → (C) KONTEXT → (D) INTERVENUJÍCÍ
PODMÍNKY → (E) STRATEGIE JEDNÁNÍ A INTERAKCE → (F)
NÁSLEDKY

(Strauss & Corbin, 1999).

Během této fáze zpracování dat došlo k velmi podrobné analýze vztahů mezi jednotlivými kategoriemi. Z důvodu jejich velkého množství a tudíž i nesnadné orientaci

musely být některé kategorie vyřazeny. Nicméně právě tyto vztahy pomohly určit **centrální kategorii**.

SELEKTIVNÍ KÓDOVÁNÍ:

Závěrečná fáze zpracování dat je mnohými považována za jednu z nejnáročnějších. V předchozích fázích byl výzkumník nucen k detailnímu zaměření a nyní bylo potřeba od detailního pohledu naopak upustit a podívat se na data novým způsobem, který má pomoci odhalit centrální kategorii (Glaser & Strauss, 1967).

Během otevřeného kódování se některé kódy opakovaly výrazně častěji než jiné. Axiální kódování zviditelnilo kategorie, ke kterým se řada dalších vztahuje a se kterými souvisí. Obě tyto fáze vedly k určení centrální kategorie, která v závěrečné fázi vyvstala.

5.4 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor čítal celkem deset osob. Ve všech případech se jednalo o lékaře. Průměrný věk respondentů činil 50,5 let.

Výběr respondentů probíhal pomocí nepravděpodobnostních metod výběru, konkrétně pomocí **metody záměrného výběru**, která se v kvalitativním přístupu využívá nejčastěji. Spočívá v oslovení pouze těch osob, které splňují nějakou podmínku, pro účely výzkumu potřebnou. V tomto výzkumu museli jednotliví respondenti splňovat následující podmínky:

- lékařské vzdělání,
- profesní zkušenost se sdělováním závažných diagnóz nebo s prací s vážně nemocnými a umírajícími lidmi,
- ochota účastnit se výzkumu.

Metoda záměrného výběru byla doplněna ještě o **metodu sněhové koule**. Ta spočívá v oslovení tzv. první vlny respondentů, kteří následně pomohou získat další účastníky z řad svých známých (Miovský, 2006).

Pro lepší orientaci ve výzkumném vzorku a jeho charakteristikách slouží následující tabulka č. 2.

Tab. 2: Charakteristika výzkumného souboru

OZNAČENÍ RESPONDENA	POHLAVÍ	VĚK	SPECIALIZACE	DÉLKA PRAXE	MÍSTO VÝKONU PROFESE	DÉLKA ROZHOVORU
R1	Žena	57	Pediatric, Neonatology, PLDD*	30	Nemocnice, Soukromá ordinace	1hod 15min
R2	Žena	47	Pediatric, Neonatology, PLDD*	23	Nemocnice, Soukromá ordinace	1hod 15 min
R3	Muž	60	Neonatology	35	Nemocnice	52 min
R4	Muž	56	Anesthesiology, Palliative medicine, Acupuncture	30	Nemocnice, Mobilní hospic	1hod 12min
R5	Žena	47	Pediatric, Rheumatology	20	Nemocnice	58min
R6	Muž	52	Traumatology	28	Nemocnice	1hod 2min
R7	Muž	52	Traumatology	28	Nemocnice	1hod 18min
R8	Žena	45	Pediatric	20	Nemocnice, Soukromá ordinace	49min
R9	Žena	34	Palliative medicine	10	Nemocnice, Mobilní hospic	51min
R10	Žena	55	Neonatology	26	Nemocnice	1hod 16min

*PLDD=Praktický lékař pro děti a dorost

5.5 Etické aspekty výzkumu

Nezbytnou náležitostí každého výzkumu je dodržení etických pravidel s cílem ochránit účastníky před újmou. V rámci tohoto výzkumu byla všem účastníkům garantována **dobrovolná účast**. Na žádného z nich nebyl vyvíjen nátlak s úmyslem přimět ho k účasti nebo k zodpovězení otázek, jež by mu byly nepříjemné. Další podmínkou byl **podpis informovaného souhlasu**. Každému účastníkovi byla nejprve ústně vysvětlena hlavní náplň výzkumu, co je jeho cílem a na jaké tematické okruhy jsou zaměřeny výzkumné otázky. Žádná informace jim nebyla zatajena. Respondenti byli obeznámeni také s tím, že získané informace budou zpracovány výhradně pro účely diplomové magisterské práce, případně odborného sdělení na akademické půdě.

Stejně tak byli všichni účastníci informováni o nutnosti nahrávání rozhovoru a jejich souhlas byl nezbytnou podmínkou k zahájení rozhovoru. Veškeré informace, které by mohly vést k jejich identifikaci, byly změněny tak, aby tomu bylo zabráněno. Osobní údaje tedy byly důsledně **anonymizovány**. Účastníkům bylo umožněno, aby kdykoliv využili možnost neodpovídat na některou z otázek, nebo aby od výzkumu odstoupili i bez udání důvodu, aniž

by jejich data byla nadále zpracována. Každému účastníku byly poskytnuty kontaktní údaje pro potřeby možných dotazů.

V závěrečné části každého z rozhovorů byl respondentům nabídnut čas a prostor pro uzavření či ošetření případných nepříjemných pocitů nebo stavů vyvolaných rozhovorem.

Po ústním sdělení výše popsaného dostali respondenti dostatek času k tomu, aby si ještě sami přečetli plné znění informovaného souhlasu a v případě souhlasu jej podepsali. Nikdo z oslovených účast neodmítl, ani neprotestoval proti pořízení audiozáznamu. Žádný respondent nebyl za svou účast honorován.

Nejsem si vědoma žádného etického pochybení. Všechny požadavky na etická hlediska byly dodrženy.

6 POPIS VÝSLEDKŮ

V této kapitole budou podrobně popsány výsledky polostrukturovaných interview, které byly zpracovány metodou zakotvené teorie. Pro přehlednost analýzy sdělení jsou výsledky členěny na samostatné podkapitoly otevřeného, axiálního a selektivního kódování.

6.1 Otevřené kódování

Během otevřeného kódování bylo identifikováno 5 hlavních kategorií. Jsou jimi: **Komunikace, Emoce, Zkušenosti, Typ diagnózy, Vnímané změny.**

KATEGORIE Č. 1: KOMUNIKACE

Tato kategorie vyvstala zásluhou prvního okruhu výzkumných otázek, které se svým obsahem zaměřovaly na oblast komunikace v populaci lékařů. Lze ji rozdělit na 4 samostatné **vlastnosti**, z nichž každou lze posoudit ještě na základě **dimenzí**.

Jejich konkrétní podobu shrnuje následující tabulka.

Tab. 3: Kategorie č. 1: Komunikace

Kategorie	Vlastnosti	Dimenze 1
Komunikace	vnímaná důležitost ovlivňující faktory příprava typ	teoretická – praktická pozitivní - negativní ano - ne mezioborová – oborová

Komunikace byla bez výjimky všemi lékaři považována za elementárně důležitý prvek jejich profese. Všichni oslovení lékaři vnímali komunikaci jako nezbytnou součást své profese. Dimenze „**teoretická**“ byla zastoupena většinou oslovených lékařů. Tito lékaři si byli vědomi její zásadní role, nicméně se v této oblasti nevzdělávali buď vůbec, nebo pouze teoreticky. Dimenze „**praktická**“ čítala dva lékaře z deseti oslovených, kteří kromě teoretických znalostí absolvovali také kurz zaměřený na komunikaci s pacienty a jejich příbuznými.

Velmi výrazně byla sycena také vlastnost **ovlivňující faktory**. To, co lékařům nejvíce pomáhalo při sdělování nepříznivých zpráv, byly jejich zkušenosti a délka praxe. S přibývajícím zkušenostmi rostla jejich vnímaná schopnost sdělovat informace, pociťovali větší jistotu a kompetentnost v kontaktu s pacienty. Za podobně důležitý považovali také vzájemný vztah s pacientem, který jim umožňoval přizpůsobit sdělení jeho individuálním možnostem a zajistit tak vzájemné pochopení.

Při sdělování informací se většina lékařů držela odborných informací. Považovali za důležité sdělit pacientovi dostatek dat týkající se jeho diagnózy, následného léčebného postupu, prognózy atd. Nejvíce jim pomáhalo soustředit se právě na léčebný postup.

Příklad výpovědi respondenta R7: *„Takže pro mě, co mě tam pomáhá, asi jak člověk jde tou praxí, tak nabírání těch zkušeností.“*

Nejvýraznějším **přítěžujícím faktorem** byl vnímaný pocit zodpovědnosti za sdělovanou informaci. Lékaři velmi negativně prožívali roli nositele špatné zprávy a i přes vědomí iracionálnosti prožívali pocit odpovědnosti, někteří až vinu, za sdělovanou informaci. Za emočně náročný dále považovali lékaři kontakt s emocemi pacienta. S ohledem na druh emoce pacienta pociťovali nejistotu, jak s jeho emocemi pracovat, nepříjemné pocity lítosti a smutku nebo nelibost, protože se cítili jako terč pacientových negativních emocí.

Příklad výpovědi respondenta R6: *„A hlavně v té chvíli tu bolest způsobíš ty, ne ta nemoc. Protože ta nemoc je tam nějakou dobu, ale ta informace, která přijde, a ty jsi ten působič té bolesti.“*

Příklad výpovědi respondenta R9: *„Ten pohled do očí je nejhorší, později, když mají otázky, tam už dokážu být jakoby silnější a držet to v tom praktickém duchu a nevracet se už k těm emocím, protože s tím já neumím pracovat.“*

Vlastnost **příprava** byla sycena výzkumnou otázkou, zda lékaři během svého studia byli na tuto oblast své budoucí profese jakkoliv připravováni. S ohledem na věkový průměr výzkumného souboru, který činil 50,5 let, nebylo nikterak překvapující, že naprosté většině lékařů se během studia nedostalo žádné přípravy v oblasti komunikace. Výjimku tvořila jediná lékařka, která byla ze všech oslovených nejmladší. Nicméně i přes tyto výsledky bylo možné pozorovat napříč generacemi určité změny. Například v porovnání s nejstaršími lékaři, kteří měli pouze povinné předměty, jejich mladší kolegové měli alespoň možnost zvolit si předmět podobného zaměření, ačkoliv tak z vlastní vůle neučinili.

Poslední vlastnost, kterou je **typ komunikace**, lze rozdělit podle jejích aktérů. **Mezioborová komunikace** byla lékaři vnímána jako slabé místo jejich profese, neboť jim samotným často komplikuje práci. Při sdělování zpráv i při následné práci s pacienty museli čelit situacím, kdy pacient měl odlišné informace od jiného lékaře, než byl ten, se kterým právě komunikoval. Za příčinu těchto odlišných stanovisek svých kolegů považovali lékaři tendenci dávat falešné naděje.

Příklad výpovědi respondenta R4: „*Takže máš jiné informace než pacient, stojíš tam jako učeň a teď řešíš, jak mu říct, co mu ostatní neřekli.*“

Oborová komunikace se naopak pojila s pozitivními emocemi. I přes odlišná lékařská stanoviska, která někdy zaujímali jejich kolegové, převažoval profit z možnosti vzájemné diskuze nad případem, o alternativách dalšího léčebného postupu a především tato kolektivní stanoviska snižovala nepříjemný pocit zodpovědnosti, který cítili například v nočních službách, kde tato možnost nebyla plně k dispozici.

KATEGORIE Č. 2: EMOCE

Druhá kategorie, která vyvstala během otevřeného kódování, se týká emocí. Opět je členěna na vlastnosti, které byly definovány zvláště pro **lékaře a pacienty**. Obě vlastnosti se vyznačují ještě dvěma dimenzemi, kterými jsou polarita a příslušnost k pohlaví.

Jejich konkrétní podobu shrnuje následující tabulka.

Tab. 4: Kategorie č. 2: Emoce

Kategorie	Vlastnosti	Dimenze 1	Dimenze 2
Emoce	lékař	pozitivní - negativní	muž - žena
	pacient	pozitivní - negativní	muž - žena

V souvislosti se sdělování nepříznivých zpráv i během následné práce s takto nemocnými lidmi lékaři pociťovali jak pozitivní, tak negativní emoce. Mezi **pozitivní emoce lékařů** patřila nejčastěji vděčnost, pokora a nadhled. Zásluhou své profese lékaři pociťovali větší pokoru k životu, vděčnost za zdraví své i svých blízkých. Současně jinou optikou posuzovali závažnost denních událostí a přehodnocovali, co je opravdu důležité a co nikoliv.

Příklad výpovědi respondenta R4: „*Přijde mně to jako přirozená součást života a to, že je to někdy drsné, kruté, nečekané, to je. Ale měli bychom to čekat všichni. Je to spíš tak,*

že to, že to postihlo už ty druhé, tak je informace pro ty, co tu zůstávají, aby byli pokornější trošku.“

Negativní emoce lékařů byli v souvislosti s tématem této práce nicméně akcentovány častěji. Nejčastěji to byl již zmíněný pocit viny za sdělovanou informaci. Dále se často objevovala lítost, smutek, obavy z budoucnosti pacienta, ale také pocit nedocení.

V souvislosti s negativními emocemi u lékařů byl opakovaně zmiňován také vztah s pacientem, který byl sice v kategorii komunikace uveden jako pozitivní faktor sdělení informace, nicméně emoční prožitek byl tímto vzájemným vztahem naopak zhoršen. Vztah lékaře a pacienta tedy usnadňoval okamžik sdělení ve smyslu volby slov apod., ale následně působil negativně na emoční prožívání lékařů, pro které se stal případem emočně náročnějším.

S ohledem na pohlaví bylo možné pozorovat určité odlišnosti ve spektru emocí. **Ženy lékařky** častěji akcentovaly negativní emoce lítosti a smutku, zvláště pokud již měly děti a jednalo se o dětské pacienty. U **mužů lékařů** se naopak častěji objevila negativní emoce nedocení, která u žen nebyla přítomna vůbec.

Příklad výpovědi respondenta R3: *„Ne že bych já osobně prožíval nějaké truchlení, to asi ne. Možná některé sestřičky jo, zvláště ty, které jsou samy matky, tam bych možná viděl i rozdíl v přístupu sester i lékařek, které samy rodily a mají děti, a těch, které jsou svobodné a děti nemají, ty se na to dívají přece jen možná více profesionálně.“*

Emoce pacientů jsou rozděleny stejným způsobem. Nejčastěji uváděnou **negativní** reakcí pacientů byl šok. Ten byl společný pro obě pohlaví, dále se muži a ženy již v projevu emocí odlišovali. **Muži** nejčastěji reagovali popřením, slovní agresí, nebo naopak mlčením. U **žen** se nejčastěji jednalo o pláč, smutek, sebeobviňování.

V případě **pozitivních emocí u pacientů** již nebyly identifikovány rozdíly mezi muži a ženami. Jako jediná pozitivní emoce, která se objevila v souvislosti se sdělováním nebo následnou péčí o vážně nemocné lidi, byla nazvaná **optimismus**. Jedná se postoj pacientů, kteří i přes nepříznivou diagnózu nepřestali smysluplně žít a zachovali si pozitivní postoj k životu.

KATEGORIE Č. 3: ZKUŠENOSTI

Třetí kategorie se týká profesních zkušeností lékařů. S ohledem na provázanost celé výzkumné problematiky jsou v rámci vlastností a jejich dimenzí znovu uváděny některé již

dříve zmíněné jevy. Členění dimenze na pozitivní a negativní je v této kategorii spíše orientační, neboť některé skutečnosti mohou být současně pozitivní i negativní.

Konkrétní podobu shrnuje následující tabulka.

Tab. 5: Kategorie č. 3: Zkušenosti

Kategorie	Vlastnosti	Dimenze 1
Zkušenosti	délka praxe	pozitivní - negativní
	věk	pozitivní - negativní

Délka praxe a s ní související zkušenosti byla již uvedena v kategorii komunikace, kde byla popsána jako nejvýraznější **pozitivní faktor usnadňující komunikaci**. Délka praxe dále souvisí s také již zmíněnou pozitivní emocí **pokory**. Čím déle lékaři pracovali, tím více cítili pokoru vůči své profesi a to především k oblastem, které nedokázali svými schopnosti ovlivnit.

Příklad výpovědi respondenta R6: „*Čím má člověk delší praxi, tím víc se bojí. Tím víc má respekt a pokoru před tou medicínou, protože si uvědomuje co všechno neví. Pokoru k té medicíně, k tomu lidskému, k tomu, co je mimo náš dosah, co nedokážeme ovlivnit, co je dané.*“

Z výpovědi výše je patrný také **negativní** faktor délky praxe, kterým je **strach**. Lékaři s přibývajícimi zkušenostmi prožívali větší obavy.

Věk lékařů měl **pozitivní** vliv na jejich **profesní chování**. Dokázali s větší trpělivostí přistupovat ke své práci i pacientům, vůči pacientům se projevovali méně dominantně a prožívali subjektivně zvýšenou schopnost empatie. **Negativně** naopak ovlivňoval věk jejich **emoční prožívání**. Lékaři s přibývajícím věkem vnímali větší emoční zátěž toho, co sdělují, prožívali větší obavy z budoucnosti pacienta, déle jim trvalo na případ zapomenout a zachovat si profesionální odstup.

KATEGORIE Č. 4: TYP DIAGNÓZY

Další kategorie, která vyvstala během otevřeného kódování, se týká charakteru sdělované informace. Podoba sdělované informace má zásadní vliv na lékařovo prožívání i chování. Tato kategorie nese název „typ diagnózy“ a její vlastnosti a dimenze uvádí tabulka č.6.

Tab. 6: Kategorie č. 4: Typ diagnózy

Kategorie	Vlastnosti	Dimenze 1
Typ diagnózy	průběh onemocnění	postupný - náhlý
	prognóza	dobrá - špatná

Průběh pacientova onemocnění byl pro lékaře důležitým faktorem, který ovlivňoval jejich prožívání. Jednalo-li se o průběh, který byl **postupný**, lékaři byli svědky postupného zhoršování zdravotního stavu pacienta až nakonec jednoho dne zemřel, byl nepříznivý psychický dopad na lékaře podstatně menší než v situacích, kdy u jejich pacienta došlo k **náhlému** a nečekanému **zhoršení**, které vedlo ke konci jeho života. V takovém případě si lékaři častěji a déle v hlavě dokola přehrávali proběhlé události ve snaze zjistit, zda nepochybili ve svém lékařském postupu.

Příklad výpovědi respondenta R3: „*Já se vždycky ptám, zdali jsme neměli něco dělat jinak, nebo zdali jsme něco nepřehlídlí, nebo zdali jsme něco nedidiagnostikovali, zdali se nedalo něco vyzorovat. Jiná je situace, když vím, že ten stav se postupně horší, den po dni, krok po kroku, až přijde den, kdy nastane nějaká ta fatální komplikace. To se lépe zpracovává než okamžik, kdy v uvozovkách ze zdravého dítěte je...*“

Na rozdíl od průběhu onemocnění, které více ovlivňovalo lékaře v jejich soukromí, tedy v čase mimo pracovní dobu, **prognóza pacientova onemocnění** měla větší vliv na okamžik sdělení nepříznivé zprávy. V případě, že lékař **subjektivně** považoval diagnózu za **dobrou**, sdělovala se mu informace snáz, kladl při sdělení důraz na pozitivní prvky, poskytoval pacientům větší naději nebo uváděl srovnání s jinými, subjektivně horšími diagnózami, aby upozornil na její relativní příznivost.

Naopak v případech, kdy lékař **subjektivně** považoval **prognózu** za **špatnou**, nedokázal pacientům poskytnout naději, prožíval více negativních emocí, které v některých případech zvyšovaly pravděpodobnost milosrdné lži.

Specifickou situací bylo pro lékaře **sdělení o ukončení léčby**, které bylo velmi emočně náročné, neboť u pacientů velmi často vedlo ke ztrátě naděje a odhodlání.

KATEGORIE Č. 5: VNÍMANÉ ZMĚNY

Poslední kategorie, která vyvstala během otevřeného kódování, se svým obsahem dotýká výzkumného problému a výzkumné otázky, tedy k jakým projevům zátěže dochází u lékařů vlivem jejich profese. Zjištěná data jsou uvedeny v tabulce č. 7 a podrobně popsána níže.

Tab. 7: Kategorie č. 5: Vnímané změny

Kategorie	Vlastnosti	Dimenze
Vnímané změny	deficitní	tělesné - emoční
	růstové	spirituální - emoční

Změny nazvané jako **deficitní**, byly rozděleny na dimenze tělesné a emoční. V **tělesné** rovině se zátěž projevovala zvýšenou únavou, pocitem vyčerpání, bolestmi hlavy, bolestí žaludku. Lékaři ji pociťovali v situacích větší profesní zátěže, například pokud se jim nakumulovalo více profesně náročnějších případů. **Emoční** zátěž vedla ke změnám na úrovni negativních emocí, které jsou podrobně popsány v kategorii č. 2.

Růstové změny byly rozděleny na dimenze spirituální a emoční. Ke **spirituálním změnám** docházelo u lékařů nejčastěji v situacích velkého pracovního přetížení, v nočních službách, kde prožívali zvýšený pocit zodpovědnosti, nebo v souvislosti s náročnými případy, které končily smrtí jejich pacienta. Nezřídka se jednalo o kombinaci všech zmíněných faktorů. Tyto spirituální změny uvažování nebo prožívání byly nejčastěji vztaženy k situacím, které nemohli svými dovednostmi ovlivnit a které vnímali jako něco „mezi nebem a zemí“, něco vyššího než oni sami. Lékaři byly popisovány jako něco obohacujícího a příjemného.

Příklad výpovědi respondenta R1: „*To jsou těžké situace, kde jde o něco strašně podstatného, životem se smrtí a odhalí sám sebe. A to mě asi v životě ovlivnilo, to asi jo a to mě asi i doteďka zajímá a nějak tak jako přitahuje tyto situace. Ano, je to něco strašně důležitého, najednou odhaleného, že člověk sám sebe odhalí, a je to osvobozující a příjemné.*“

Emoční růstové změny se u lékařů projevovaly jako smíření se smrtí. Z hlediska četnosti výskytu se tyto emoční růstové změny vyskytovaly výrazně méně než spirituální. Znamky osobního smíření se s konečností života bylo možné pozorovat pouze u jednoho z oslovených lékařů, naproti tomu spirituální změny se objevovaly více než u poloviny oslovených.

Na závěr této kapitoly je nezbytné ještě dodat, že navzdory prožívané zátěži, lékaři bez výjimky považovali tuto oblast své profese za její nezbytnou součást, která je sice velmi náročná, ale nepřevládá nad kladnými stránkami jejich práce.

6.2 Axiální kódování

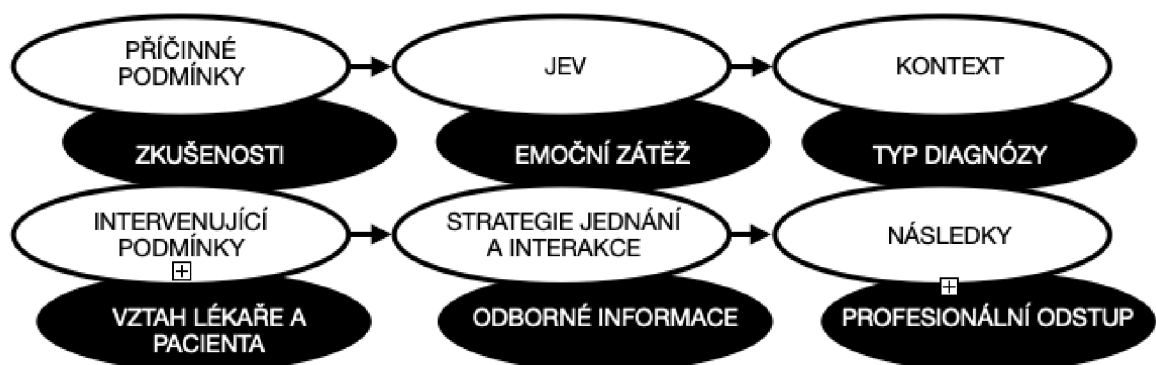
Během axiálního kódování došlo k uspořádání kategorií z otevřeného kódování novým způsobem. Toto uspořádání bylo vytvořeno pomocí kódovacího paradigmatu za využití podmiňujících vlivů, jevu, kontextu, strategie jednání a interakce, intervenujících podmínek a následků.

Příčinnou podmínkou se ukázaly být zkušenosti lékařů. Délka praxe a jejich věk ovlivňovaly míru prožívané emoční zátěže. S přibývajícimi zkušenosti rostla emoční pohoda v kontextu sdělení, současně však vyšší věk přinášel větší emoční zátěž při následné péči o pacienty. Kontext jejich prožívání byl ovlivněn vnímanou příznivostí či nepříznivostí sdělované diagnózy.

Důležitou roli hrál vztah lékaře s pacientem, neboť usnadňoval sdělení, ale opět zvyšoval emoční zátěž následné péče. Strategii jednání a interakce byla u lékařů tendence držet se při sdělení odborných medicínských informací, především budoucího léčebného postupu. Následkem toho si dokázali snáz zachovat profesionální odstup.

Konkrétní paradigma zobrazuje následující schéma.

Schéma č.2: Paradigmatický model axiálního kódování



6.3 Selektivní kódování

Výsledkem selektivního kódování je nalezení centrální kategorie. Tou se ukázal být vzájemný **vztah lékaře a pacienta**. Vztah lékaře a pacienta byl zásadní nejen pro okamžik sdělení nepříznivé zprávy, ale také pro následnou péči o pacienta a s tím související prožívání lékařů.

Centrální kategorii bylo opět nutné rozpracovat na vlastnosti a dimenze, které popisuje následující tabulka.

Tab. 8: Centrální kategorie

Kategorie	Vlastnosti	Dimenze
Vztah lékaře a pacienta	sdělení informace	přítomen - nepřítomen
	péče o pacienta	přítomen - nepřítomen

Vlastnost centrální kategorie nazvaná **sdělení informace** se týká relativně krátkého časového úseku, během kterého lékař pacientovi sděluje dosud neznámé a nepříznivé informace o jeho zdravotním stavu. Dle zjištěných dat se jedná řádově o desítky minut.

V případech, kdy se lékař s pacientem setkával opakovaně během delšího časového úseku, došlo k jejich sblížení a k navázání vztahu, bylo pro lékaře snazší se na takovýto rozhovor připravit i jej vést. Svá sdělení přizpůsobovali individuálním možnostem pacienta. S ohledem na znalost rodinné, sociální situace, odhad jeho inteligenčních možností, volili odlišné způsoby komunikace tak, aby maximalizovali jeho šance na pochopení sdělované informace. Subjektivně považovali svá sdělení na kvalitnější a prožívali menší emoční zátěž.

Naopak v případech, kdy lékař strávil s pacientem méně času a byl mezi nimi přítomen čistě profesionální vztah, bylo pro lékaře náročnější se na rozhovor připravit i jej vést, neboť pociťovali větší nejistotu z komunikace s pacientem, ale také obavy z jeho případných reakcí.

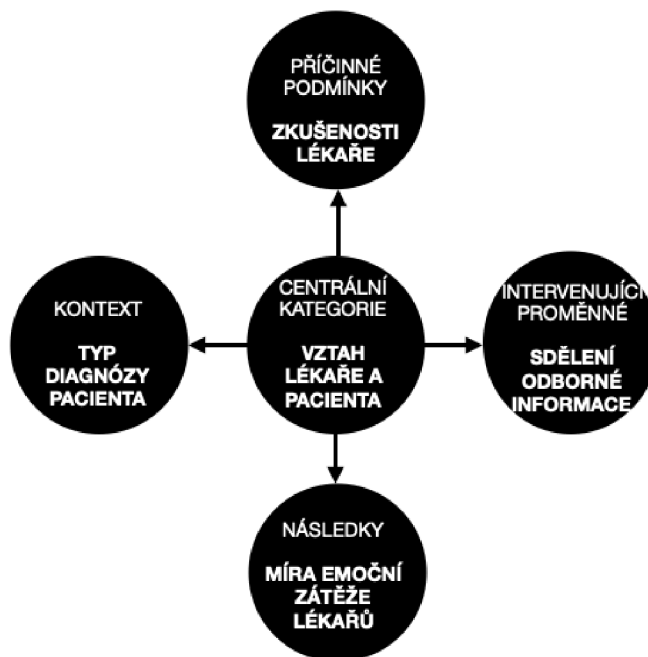
Péče o pacienta představuje různě dlouhý čas strávený s pacientem, který již svou diagnózu zná, a lékař se účastní jeho léčby. V takových situacích existence jejich vzájemného vztahu vedla u lékařů k větší emoční zátěži. Lékaři častěji prožívali negativní emoce smutku, lítosti a obav o budoucnost pacienta, ale také o jeho blízké. Případ se pro ně stával osobnějším, a proto i náročnějším, trávili více času přemýšlením o jeho okolnostech.

Nepřítomnost vzájemného vztahu poskytovala lékařům možnost snáze si zachovat profesionální odstup. Neznalost pacienta, jeho blízkých, rodinného zázemí a podobně,

způsobovala lékařům menší emoční zátěž. Jednalo se například o situace, ve kterých se setkávali s pacientem až na samém konci jeho života, kde již vše nasvědčovalo blížící se smrti, a nebyli tak svědky postupného zhoršování jeho stavu, během kterého by teoreticky k navázání vztahu mohlo dojít.

Na základě zpracovaných dat bylo vytvořeno následující paradigma, které centrální kategorii uvádí do vztahu s dalšími, nyní už pomocnými kategoriemi. Toto paradigma předpokládá, že míra emoční zátěže lékařů je způsobena vzájemným vztahem lékaře a pacienta. Tento vztah je podmíněn zkušenostmi lékaře, ovlivněný typem diagnózy pacienta a má vliv na způsob sdělení odborných informací.

Schéma č.3: Paradigmatický model selektivního kódování



Toto paradigma předpokládá, že míra emoční zátěže lékařů je způsobena vzájemným vztahem lékaře a pacienta. Tento vztah je podmíněn zkušenostmi lékaře, ovlivněný typem diagnózy pacienta a má vliv na způsob sdělení odborných informací.

7 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Zpracování dat přineslo odpovědi na výzkumné otázky.

Hlavní výzkumná otázka:

- *K jakým projevům zátěže dochází u lékařů v souvislosti se sdělováním závažných diagnóz nebo v souvislosti s péčí o závažně nemocné či umírající lidi?*

Lékaře ovlivňuje jejich profese pozitivně i negativně. Z výzkumných dat vyplynulo, že dotázaní lékaři pocítovali **změny** v oblasti **tělesné, emoční**, ale také **spirituální**.

- Tělesné změny se pojily výhradně s negativní dimenzí a jednalo se nejčastěji o prožitky vyčerpání, zvýšené únavy, různé druhy bolesti (např. hlavy, břicha).
- Emoční změny nabývaly jak negativní, tak i pozitivní dimenze. Zapojení lékaři na sobě nejčastěji pozorovali změny v prožívání vyvolané pocitem zodpovědnosti za sdělovanou informaci a dále emoce smutku, lítosti a obav o budoucnost pacienta. Pozitivní emoční změnou bylo smíření - přijetí smrti jako přirozené součásti lidského života.
- Současně však zkoumaní lékaři své profesi připisovali podíl na změnách spirituálních. Ty se objevovaly v situacích velkého pracovního přetížení, v nočních službách, kdy prožívali zvýšený pocit zodpovědnosti, nebo v souvislosti s náročnými případy, které končily smrtí jejich pacienta. Nezřídka se jednalo o kombinaci všech zmíněných faktorů. Tyto spirituální změny uvažování nebo prožívání byly nejčastěji vztaženy k situacím, které nemohli svými dovednostmi ovlivnit a které vnímali jako něco „mezi nebem a zemí“, něco vyššího než oni sami. Tyto prožitky vnímali jako něco obohacujícího a příjemného.

Dílčí výzkumná otázka:

- *Čím je tato zátěž ovlivněna?*

Zásadním prvkem se ukázal být vzájemný **vztah lékaře a pacienta**. Neboť právě jejich vzájemný vztah propojuje obě oblasti – sdělování informace pacientovi a následnou

péči o něj. Funkce vztahu je v obou oblastech odlišná. Vzájemná blízkost a přítomnost vztahu mezi lékařem a pacientem působí na oslovené lékaře pozitivně v situacích sdělování zprávy. Dokážou se na rozhovor lépe připravit i jej vést, pociťují větší emoční pohodu v porovnání se situacemi, kdy pacienta dobře neznají a nemají mezi sebou navázaný vztah. Avšak v oblasti následné péče vede jejich vzájemná blízkost k častějším prožitkům negativních emocí. Jedná se o nepříjemný pocit zodpovědnosti až viny za nepříznivou informaci, emoce smutku, lítosti a obav z budoucnosti pacienta.

Prožívaná míra zátěže je kromě vzájemného vztahu ovlivněna také **typem diagnózy pacienta a zkušenostmi lékaře**. Více negativních prožitků oslovení lékaři pociťovali v případě, že sdělovali diagnózu, kterou subjektivně považovali za nepříznivou, nebo v situacích, kde průběh pacientova onemocnění byl náhlý a nečekaný. Čím více profesních zkušeností dotázaní lékaři měli, tím větší emoční zátěž pociťovali při péči o vážně nemocné a umírající pacienty. Naopak při sdělení informace zkušenosti vedly k větší emoční pohodě.

8 DISKUZE

Výzkumným cílem této diplomové práce bylo zajistit hlubší vzhled do problematiky sdělování závažných zpráv, péče o vážně nemocné pacienty a s tím související projevy zátěže u lékařů. Snahou bylo rozpoznat nejen, jak se tato zátěž může manifestovat, ale také čím jsou tyto projevy ovlivněny. Následující kapitola se zaměřuje na porovnání výsledků této práce s jinými autory, zasazuje zjištěná data do širších teoretických souvislostí, zmiňuje limity i přínosy výzkumu a na závěr se věnuje možným námětům pro další zkoumání.

Během rešerše literatury jednoznačně převažovaly práce zaměřené na výzkum psychického prožívání u nemocných či umírajících. Méně často se objevovaly výzkumy zkoumající zátěž u nelékařského zdravotního personálu, tedy zdravotních sester. Studie zaměřené na lékaře byly zcela ojedinělé.

8.1 Diskuze se zdroji

Výsledky analýzy odhalily přítomnost tří typů pozorovaných změn v prožívání oslovených lékařů, které připisovali své profesi a s ní související zátěži. Jednalo se o **projevy tělesné, emoční a spirituální**.

Projevy v tělesné oblasti uváděli dotázaní lékaři výhradně v souvislosti s negativními dopady své profese. Jednalo se o prožitek zvýšené únavy, pocitů vyčerpání, někdy se zátěž projevovala bolestí různých částí těla – hlavy nebo břicha. Ve shodě s našimi výsledky také Kupka (2008) popisuje u lékařů přítomnost různých obtíží na úrovni těla. Někteří lékaři ji pouze verbalizují, u jiných může dojít až k pracovní neschopnosti. Příčinu spatřuje v potlačované úzkosti, kterou si nechtějí připustit, avšak kterou v souvislosti s péčí o vážně nemocné a umírající pociťují. Výsledky této práce korelují také s kvantitativními i kvalitativními výzkumy Hodačové, Šmejkalové, Skalské & Bendové (2007) nebo Smetáčkové, Francové, Rabocha & Ptáčka (2016), které odhalily u lékařů extrémní hodnoty prožívaného přetížení a únavy, pocitů fyzického i psychického vyčerpání.

Emoční změny u zapojených lékařů nabývaly jak negativní, tak pozitivní dimenze. Nejčastěji u sebe dotázaní lékaři pozorovali změny v prožívání vyvolané pocitem zodpovědnosti za sdělovanou informaci a dále emocemi smutku, lítosti a obav o budoucnost pacienta. Tato zjištění jsou v souladu s poznatky Ptáčka (2011), který uvádí pocit

zodpovědnosti, strach z obvinění a strach z dopadů na pacienta mezi základní prvky, které činí sdělování nepříznivých zpráv pro lékaře tak náročným.

Pozitivní emoční změnou bylo smíření - přijetí smrti jako přirozené součásti lidského života. Tato změna vnímání je dle Haškovcové (2007) způsobena konfrontací se smrtí, vlivem které dochází k postupnému přetváření vztahu ke smrti. Shodně s výsledky této práce také výzkum Hejdukové (2016) potvrdil u části oslovených smíření se smrtí v důsledku práce s umírajícími lidmi.

Kategorie spirituálních změn, které u oslovených lékařů odhalila analýza dat, v sobě zahrnovaly prožitek něčeho vyššího, obohacujícího, osvobozujícího a příjemného. Pro námi zvolené lékaře bylo obtížné tyto zážitky slovně popsat, pociťovali však jejich jedinečnost. Spirituální prožitky se u nich vyskytovaly nejčastěji v situacích velkého pracovního přetížení, v nočních službách, kde prožívali pocit osamocení a zvýšenou zodpovědnost, dále v souvislosti s náročnými případy, které končily smrtí pacienta. Nezřídka se jednalo o kombinaci všech zmíněných faktorů. Tyto spirituální prožitky byly nejčastěji vztaženy k situacím, které nemohli svými dovednostmi ovlivnit a které vnímali jako něco „mezi nebem a zemí“, něco vyššího než oni sami. V kontextu uvedených poznatků se spiritualitou lékařů výzkumně zabývali také Cohen et al. (2015), kteří odhalili, že věřící lékaři se v otázkách týkajících se života a smrti uchylují k méně radikálním postojům a s tím souvisejícím léčebným postupům. Cohen et al. (2008) dále prokázali, že věřící lékaři vykazují častěji tendence k pokračování v léčbě a častěji se přiklánějí k léčbě prodlužující život.

Výzkumným cílem bylo také zjistit, čím jsou tyto projevy ovlivněny. Výsledky analýzy odhalily přítomnost tří faktorů, jež se u dotázaných lékařů vyskytovaly nejčastěji. Jednalo se o vzájemný **vztah lékaře a pacienta, typ diagnózy pacienta a zkušenosti lékaře.**

Vzájemná blízkost a přítomnost vztahu mezi lékařem a pacientem působila na lékaře pozitivně v situacích sdělování zprávy. Dokázali se na rozhovor lépe připravit i jej vést, pociťovali větší emoční pohodu v porovnání se situacemi, kdy pacienta dobře neznali a neměli mezi sebou navázaný vztah. Tyto výsledky odpovídají zjištěním Ptáčka (2011), který uvádí neznalost pacienta jako faktor, který sdělování nepříznivých zpráv činí náročným.

Avšak v oblasti následné péče vedla jejich vzájemná blízkost k častějším prožitkům negativních emocí. Jednalo se o nepříjemný pocit zodpovědnosti až viny za nepříznivou informaci, emoce smutku, lítosti a obav z budoucnosti pacienta. Rovněž Kupka (2008)

reflektuje navázání bližšího emočního kontaktu s pacientem jako extrémně zatěžující v případě jeho úmrtí. Navíc dodává, že bližší vztah zdravotníků s umírajícími pacienty může vést k problémům v komunikaci.

Typ diagnózy pacienta ovlivňoval míru prožívané zátěže v kontextu vnímané naděje. Pokud lékař subjektivně považoval diagnózu za nadějnou, respektive relativně nadějnou, bez ohledu na reakci pacienta prožíval méně negativních emocí. Vymětal (2008) u lékařů rozlišuje reálnou a nereálnou naději. Reálná naděje vychází z pozitivního zhodnocení zdravotního stavu pacienta. Nereálná naděje nastupuje, pokud je pravděpodobnost změny k lepšímu velmi malá. Jedná-li se o závažné onemocnění se špatnou prognózou, lékaři se příliš neliší od pacientů a i u nich se dostává do popředí iracionální naděje.

Zkušenosti ovlivňovaly prožívanou zátěž v obou směrech. V situacích sdělování nepříznivých zpráv byly zapojeným lékařům jejich zkušenosti nápomocné, prožívali menší emoční zátěž, domnívali se, že jim jejich zkušenosti pomáhají lépe volit vhodná slova, snáze dokáží navodit atmosféru důvěry. Shodně také Vymětal (2008) uvádí zkušenosti lékařů jako faktor zvyšující emoční odolnost prostřednictvím postupné adaptace na lidské utrpení. Dodává, že míra emoční zátěže u začínajících lékařů může být způsobena nejistotou a nedostatkem pozitivních vzorů. Výsledky v této oblasti jsou v souladu s výzkumy Byrne & Lang (1976), kteří potvrzují přetrvávající mylnou domněnku lékařů, že kvalita komunikace se zlepšuje úměrně s délkou praxe.

V souvislosti s péčí o vážně nemocné a umírající však hrály zkušenosti spíše negativní roli. Lékaři pocítovali větší emoční zátěž, neboť si více uvědomovali dopad toho, co sdělují, a s tím související obavy o budoucnost pacienta. Vliv délky praxe a zkušeností lékařů na poskytovanou péči pacientům v závěru jejich života dokládá řada studií. Einav et al. (2012) prokázali, že lékaři s bohatšími zkušenosti a delší praxí se podstatně méně přiklánějí k resuscitaci „za každou cenu“ než jejich mladší kolegové. Lékaři s delší praxí prokazují v péči o umírající pacienty méně radikální a invazivní postupy. Více než jejich mladší kolegové odkazují na možnosti paliativní medicíny (Ahluwalia, Fried, 2009). Tato zjištění podporují také Bopp et al. (2018), kteří prokázali, že profesně starší lékaři častěji ukončují léčbu pacientů v závěru jejich života.

8.2 Limity práce

Nedostatek této práce tkví v nejednotnosti vedených rozhovorů. Některé rozhovory byly realizovány v pracovním prostředí, jiné v domácím prostředí dotazovaných lékařů v závislosti na tom, co jim dovolovaly jejich časové možnosti a osobní preference. Vzhledem k vytíženosti respondentů jsem byla nucena využít tohoto nejednotného modelu, jinak bych o některé přišla. Ačkoliv se podařilo zajistit ve všech případech klidné prostředí bez rušivých elementů, mohla mít tato nejednotnost vliv na výtěžnost dat.

Další nedostatek spočívá v tom, že nedošlo ke znovuoslovení respondentů po analýze dat a ke společné diskuzi nad vytvořené teorií. Důvodem, proč nebylo dosaženo jedné ze zásad zakotvené teorie, je to, že pro většinu lékařů bylo obtížné nalézt dostatek času. Znovuoslovení respondentů by bylo časově velmi náročné a v rámci výzkumného plánu s ním nebylo počítáno.

Limitem práce je také podoba otázek polostrukturovaných rozhovorů. Jednotlivé otázky nebyly součástí žádné standardizované metody, byly zvoleny na základě rešerše literatury. Dále je potřeba uvést limity v oblasti výzkumného vzorku. Celkový soubor činil celkem deset lékařů, s ohledem na takto nízký počet tedy nelze uvedené poznatky zobecnit. Celkovou povahu zjištěných výsledků mohl ovlivnit také fakt, že se mezi sebou dotazovaní lékaři lišili jak v délce praxe, tak také v oboru. S ohledem na kvalitativní povahu zpracování dat nelze zcela vyloučit, že i přes snahu tomu zabránit došlo z mé strany k jejich ovlivnění.

8.3 Přínos práce a témata pro další zkoumání

S ohledem na to, že tato práce vznikla v reakci na požadavek praxe, její hlavní přínos je v praktickém využití zjištěných závěrů. Oslovení lékaři projevíli zájem o poskytnutí zjištěných výsledků, proto mohou posloužit v první řadě právě jim. S ohledem na pandemickou situaci posledních let, kdy profesní zátěž lékařů ještě vzrostla, lze považovat toto téma za velmi aktuální a přínosné.

Další benefit této práce spočívá v multiprofesním přístupu. Práce je specifická širokým záběrem lékařských specializací, které sdružuje dohromady na základě vzájemných podobností.

Práci je možné považovat za přínosnou už pouze tím, že je zaměřena na populaci lékařů. Neboť během rešerše literatury bylo možné dohledat řadu prací, které byly zaměřeny na sdělování závažných zpráv s ohledem na pacienty, avšak prožívání lékařů bylo v této oblasti mapováno minimálně.

Osobní profit této práce spatřuji v tom, že jsem na počátku předpokládala výskyt pouze negativních změn v souvislosti s tak náročnou oblastí jako je sdělování nepříznivých zpráv nebo práce s těžce nemocnými a umírajícími lidmi. Výsledky nicméně ukázaly, že i přes značnou zátěž, kterou lékařská profese přináší, vede její vykonávání ke změnám nejen negativním, ale také ryze pozitivním.

Mezi další osobní přínos práce řadím studium teorie, hlubší vhled do problematiky sdělování závažných zpráv a možnost vedení rozhovorů, jež mi bude užitečná pro budoucí praxi.

Vzhledem ke kvalitativní povaze výzkumu by bylo vhodné následujícím výzkumům doporučit kvantitativní ověření. Pro jejich realizaci mohou sloužit například následující hypotézy.

- U lékařů dochází vlivem jejich profese ke změnám v prožívání.
- Tyto změny jsou primárně ovlivněny vzájemným vztahem lékaře a pacienta.

Na základě zpracovaných dat vyvstaly další oblasti, které by bylo zajímavé ověřit. Pro tyto oblasti byly formulovány například následující hypotézy.

- Na míru prožívané zátěže lékařů má vliv pohlaví.
- Na míru prožívané emoční zátěže má vliv typ pracoviště.

Téma považuji za nosné a jeho rozšíření za vhodné.

9 ZÁVĚR

Výzkumným cílem bylo získat co nejkomplexnější náhled na problematiku sdělování závažných diagnóz a následnou práci se závažně nemocnými a umírajícími lidmi. Cílem bylo zjistit, jaké dopady tato stránka lékařské profese na lékaře má, dále bylo cílem seznámit se se zkušenostmi lékařů z rozličných oborů a specifiky jejich konkrétní specializace.

- Zpracování dat přineslo odpověď na výzkumnou otázku, tedy že u oslovených lékařů dochází vlivem jejich profese ke změnám pozitivním, ale i negativním. Bylo zjištěno, že lékaři pociťují **změny v oblasti tělesné, emoční a spirituální**.
- Uváděnými tělesnými změnami byl zvýšený pocit únavy, vyčerpání, bolesti hlavy a břicha. Tyto tělesné změny byly tedy vždy negativním dopadem jejich profese. Emoční změny měly charakter jak negativní, tak také pozitivní. Pozitivní změnou byl vnímaný pocit osobního smíření, na smrt bylo nahlíženo jako na přirozenou součást lidského života. Negativním emočním dopadem byl často se objevující pocit zodpovědnosti, někdy dokonce až viny za sdělovanou informaci. S tím souvisejí často prožívané emoce smutku, lítosti a obav z pacientovy budoucnosti. Změny nazvané jako spirituální se pojily naopak výhradně z pozitivním dopadem. Patřil sem prožitek něčeho „mezi nebem a zemí“, něčeho vyššího než oni sami.
- Velmi důležitým prvkem lékařské profese se ukázal být u zapojených lékařů vzájemný **vztah lékaře a pacienta**, neboť právě on propojil oblast sdělování nepříznivých zpráv s oblastí péče o vážně nemocné a umírající lidi. Jeho funkce byla v těchto dvou oblastech zcela odlišná. V situacích sdělování informace, tedy během rozhovoru, měl funkci pomocnou. Usnadňoval dotázaným lékařům komunikaci s pacientem. Naopak v oblasti následné péče u nich častěji vedl k negativním pocitům smutku a lítosti.
- Míra vnímané emoční zátěže byla ovlivněna kromě vzájemného vztahu také typem diagnózy pacienta a zkušenostmi lékaře.
- Vzhledem k malému souboru nelze výsledky generalizovat. Bylo by proto vhodné zjištěné skutečnosti ověřit ještě kvantitativně.

10 SOUHRN

Tato diplomová práce vznikla prvotně v reakci na požadavek praxe. Snahou bylo lépe porozumět zátěži, která je spojena s jednou oblastí lékařské profese, a to se sdělováním závažných zpráv nebo prací s vážně nemocnými či umírajícími lidmi.

Práce se skládá ze dvou částí. Teoretická část byla rozdělena na tři hlavní kapitoly. První z nich se zaměřuje na komunikaci a její specifika s ohledem na lékařskou profesi. Přináší aktuální informace o vhodných technikách sdělování nepříznivých zpráv, zaměřuje se na dovednosti a schopnosti, kterými by ideálně měli lékaři disponovat a aktivně je rozvíjet, aby zajistili, že bude nepříznivá zpráva co nejšetrněji sdělena a pacientem přijata. Současně mapuje stav teoretické přípravy na všech lékařských fakultách našich vysokých škol a nastiňuje tak reálnou situaci, která v naší zemi panuje. Druhá kapitola se věnuje okolnostem, za kterých dochází ke sdělení. Je zde věnován prostor například mezinárodně uznávanému protokolu SPIKES, dále jsou zde rozpracovány teoretické koncepce Elisabeth Kübler-Rossovové a Vereny Kastové, které vycházejí z jejich mnohaletých klinických zkušeností a pojednávají o fázích umírání a truchlení. Třetí kapitola teoretické části svým obsahem nejvíce koresponduje s výzkumným problémem a zaměřuje se tedy na možné dopady zátěže v lékařské profesi. Jsou zde popsány výzkumně doložené poznatky o vybraných stavech a onemocněních, kterými jsou lékaři z povahy své profese značně ohroženi. Pozornost je věnována například syndromu vyhoření, depresi, závislosti na alkoholu a lécích.

Praktická část spočívala v oslovení celkem deseti lékařů rozličných profesí. Výzkum byl realizován podle principů kvalitativního přístupu. Pro tvorbu dat byly využity nepravděpodobnostní metody výběru, a to záměrný prostý výběr v kombinaci s metodou sněhové koule.

Data byla získána za pomoci polostrukturovaných rozhovorů, které byly nahrávány, přepisovány a dále zpracovány metodou zakotvené teorie. Ta se skládala ze tří částí. Otevřeného, axiálního a selektivního kódování. Výsledkem provedení axiálního kódování byl paradigmatický model kde (PŘÍČINNÉ PODMÍNKY) byly zkušenosti lékařů, (JEV) emoční zátěž lékařů, (KONTEXT) typ diagnózy, (INTERVENUJÍCÍ PODMÍNKY) vztah

lékaře a pacienta, (STRATEGIE JEDNÁNÍ A INTERAKCE) odborné informace a (NÁSLEDKY) profesionální odstup.

Následovalo selektivní kódování, během kterého vyvstala centrální kategorie nesoucí název vztah lékaře a pacienta. Uvedení centrální kategorie do vztahů s pomocnými kategoriemi přineslo následující teorii.

Míra emoční zátěže lékařů je způsobena vzájemným vztahem lékaře a pacienta. Tento vztah je podmíněn zkušenostmi lékaře, ovlivněný typem diagnózy pacienta a má vliv na způsob sdělení odborných informací.

Zpracování dat přineslo odpověď na výzkumné otázky. U dotázaných lékařů dochází vlivem jejich profese ke změnám pozitivním i negativním. Z výzkumných dat vyplynulo, že oslovení lékaři pocívali **změny** v oblasti **tělesné, emoční**, ale také **spirituální**.

- Tělesné změny se pojily výhradně s negativní dimenzí a jednalo se nejčastěji o prožitky vyčerpání, zvýšené únavy, různé druhy bolesti.
- Emoční změny nabývaly jak negativní, tak i pozitivní dimenze. Nejčastěji u sebe lékaři pozorovali změny v prožívání vyvolané pocitem zodpovědnosti za sdělovanou informaci a dále emocemi smutku, lítosti a obav o budoucnost pacienta. Pozitivní emoční změnou bylo smíření - přijetí smrti jako přirozené součásti lidského života.
- Současně však dotazovaní své profesi připisovali podíl na změnách spirituálních. Ty se objevovaly v situacích velkého pracovního přetížení, v nočních službách, kde prožívali zvýšený pocit zodpovědnosti, nebo v souvislosti s náročnými případy, které končily smrtí jejich pacienta.

Významným prvkem se ukázal být vzájemný **vztah lékaře a pacienta**. Ten propojil oblastí sdělování informace i následnou péči o pacienty. Prožívaná míra zátěže byla kromě vzájemného vztahu ovlivněna také **typem diagnózy pacienta a zkušenostmi dotázaných lékařů**.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

Ahluwalia, S. C., & Fried, T. R. (2009). Physician factors associated with out-patient palliative care referral. *Palliative Medicine*, 23(7), 608-615.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Association, Arlington, VA.

Aspergren, K. (1999). Teaching and learning communication skills in medicine – a review with quality grading of articles. *Med Teacher*, 21(6): 563-570.

Baile, W.F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E.A., & Kudelka, A.P. (2000). SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5(4): 302-311.

Bakić-Mirić, N. M., & Bakić, N. M. (2008). Successful doctor-patient communication and rapport building as the key skills of medical practice. *Facta Univers*, 15(2), 74-9.

Bareš, M., Kopeček, M. (2006). Úvod do biologické léčby rezistentní depresivní poruchy. *Psychiat. pro Praxi*, 6: 276–280.

Beckman H.B., Frankel R.M. (1984) The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med*. Nov;101(5): 692-6.

Bertakis, K. D. (1977). The communication of information from physician to agent: a method for increasing patient retention and satisfaction. *J Fam Pract*; 5: 217–222

Booth, J.V., Grossman, D., Moore, J., Lineberger, C., Reynolds, J.D., Reves, J.G., & Sheffield, D. (2002). Substance abuse among physicians: a survey of academic anesthesiology programs. *Anesthesia and Analgesia*, 95(4), 1024-1030.

Bopp, M., Penders, Y. W., Hurst, S. A., Boss-hard, G., Puhan, M. A., & Swiss End-of-Life Decisions Study Group (2018). Physician-related determinants of medical end-of-life decisions – A mortality follow-back study in Switzerland. *Plos One*, 13(9), e0203960.

Bor, R., Miller, R., Goldman, E. & Scher, I. (1993). The meaning of bad news in HIV disease. *Couns Psych Q.* ;6:69–80.

Bowman, F. M., Goldberg, D., Millar, T., Gask, L., McGrath, D. (1992). Improving the skills of established general practitioners: the long-term benefits of group teaching. *Med Educ*, 26: 63–68.

Bridgeman, P. J., Bridgeman, M. B., Barone, J. (2018). Burnout syndrome among healthcare professionals, *American Journal of Health-System Pharmacy*, 75(3) 147–152.

Buberníková, E. (2021). *Možné dopady sdělování závažných diagnóz a práce s jejich nositeli na psychiku lékařů*. [Magisterská práce]. Univerzita Palackého.

Buton, P. N., Maclean, M., Dunn, S. M. et al. (1997). The dynamics of change: cancer patients' preferences for information, involvement and support. *Ann Oncol*; 8: 857-863.

Byrne, D., Lang, F. (1976) Teaching medical communication skills: a call for greater uniformity. *Fam Med*; 34: 337-343.

Cohen, C. J., Chen, Y., Orbach, H., Freier-Dror, Y., Auslander, G., & Breuer, G. S. (2015). So- cial values as an independent factor affecting end of life medical decision making. *Medi- cine, Health Care and Philosophy*, 18(1), 71-80.

Cohen, J., van Delden, J., Mortier, F., Löf- mark, R., Norup, M., Cartwright, C., Faisst, K., Canova, C., Onwuteaka-Philipsen, B., & Bilsen, J. (2008). Influence of physicians' life stances on attitudes to end-of-life deci- sions and actual end-of-life decision-making in six countries. *Journal of Medical Eth- ics*, 34(4), 247-253.

Coyne, J. C., Schwenk, T. L., Fechner-Bates, S. (1995). Nondetection of depression by primary care physicians reconsidered. *Gen Hosp Psychiatry*, 17: 3-12.

Edelwich, J., Brodsky, A. (1980). *Burn-Out - Stages of Disillusionment in the Helping Professions*. New York: Human Sciences Press.

Einav, S., Alon, G., Kaufman, N., Braunstein, R., Carmel, S., Varon, J., & Hersch, M. (2012). To resuscitate or not to resuscitate: a logistic regression analysis of physician-related vari- ables influencing the decision. *Emergency Medicine Journal*, 29(9), 709-714.

Fallowfield, L. J., Jenkins, V., Farewell, V., Saul, J., Duffy, A., Eves, R. (2002). Efficacy of cancer research UK communication skills training model for oncologist: a randomised controlled trial. *Lancet*; 359: 650-656.

Fallowfield, L., & Jenkins, V. (2004). Communicating sad, bad, and difficult news in medicine. *Lancet (London, England)*, 363(9405), 312–319.

Fallowfield, L., Jenkins, V., Farewell, V., & Solis- Trapala, I. (2003). Enduring impact of communication skills training: result of 12-month follow-up. *British journal Of Cancer*, 89(8), 1445-1449.

Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši* (Vyd. 2). Praha: Portál.

Fischer, S., & Škoda, J. (2009). *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Grada Publishing.

Freudenberger, H. J. (1977). Burn-out: Occupational hazard of the child care worker. *Child Care Quarterly*, 6(2), 90–99.

Halámková, J., Sláma, O., Adámková Krákorová, D., Demlová, R., & Kuře, J. (2019). Komunikace s onkologickým pacientem. *Vnitřní lékařství*. 65(5): 359-362.

Harrison, D., & Chick, J. (1994). Trends in alcoholism among male doctors in Scotland. *Addiction*, 89(12), 1613 – 1617.

Haskard, K. B., Williams, S. L., DiMatteo, M. R., Rosenthal, R., White, M. K., & Goldstein, M. G. (2008). Physician and patient communication training in primary care: Effects on participation and satisfaction. *Health Psychology*, 27(5): 513-522.

Haškovcová, H. (2000). *Thanatologie – nauka o umírání a smrti*. Praha: Galén.

Haškovcová, H. (2002). *Lékařská etika*. Praha: Galén.

Hejduková, F. (2016). *Vliv práce s umírajícími na přístup pracovníků paliativní péče ke smrti*. [Bakalářská práce]. Univerzita Karlova.

Helfer, R. E. (1970). An objective comparison of the pediatric interviewing skills of freshman and senior medical students. *Pediatrics*, 45(4): 623-627.

Hodačová, L., Šmejkalová, J., Skalská, H. & Bendová, M. (2007). Rozdíly ve vnímání pracovní psychické zátěže u vybraných profesí. *Lék. Zpr. LF UK Hradec Králové*; 52(2):93-103.

- Hrdlička, M., Kicková, Š. (2020). Elektrokonvulzní terapie v léčbě farmakorezistentní bipolární deprese v adolescenci. *Čes. a slov. Psychiat.*, 116(2): 85-89.
- Jackson, S. E., Schwab, R. L., & Schuler, R. S. (1986). Toward an understanding of the burnout phenomenon. *Journal of Applied Psychology*, 71(4), 630–640.
- Janů, L., Racková, S. (2007). Jak správně poznat a léčit depresi. *Med. pro Praxi*, 1: 24-27.
- Kačáni, V., Oliverius, R., Hermochová, S., Janoušek, J., & Odehnal, J. (1988). *Sociální psychologie*. Státní pedagogické nakladatelství.
- Kalina, K. (2008). *Základy klinické adiktologie*. Grada Publishing.
- Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Grada Publishing.
- Kast, V. (2012). *Úzkost a její smysl* (přeložil Petr BABKA). Portál.
- Kast, V. (2013). *Trauern: Phasen und Chancen des psychischen Prozesses*. Kreuz Verlag.
- Kast, V. (2015). *Truchlení: fáze a šance psychického procesu* (přeložil Petr BABKA). Portál.
- Kebza, V., Šolcová, I. (1998). *Syndrom vyhoření*. Praha: SZÚ.
- Kenna, G. A., Wood, M. D. (2004). Alcohol use by healthcare professionals. *Drug and alcohol dependence*. 75(1): 107-116.
- Kozák, J. (2008). Nové názory na dlouhodobou léčbu opioidy. *Neurol. pro Praxi*. 9(1); 42 – 46.
- Kryl, M. (2001). Deprese v somatické medicíně. *Interní Med.*; 3(11): 4-8.
- Kryl, M. (2006). Psychoterapeutické možnosti v léčbě deprese. *Čes. a slov. Psychiat.*, 102(5), 250-255.
- Křivohlavý, J. (1995). *Rozhovor lékaře s pacientem* (2. přeprac. vyd). Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
- Křivohlavý, J. (1998). *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (2015). *Pozitivní psychologie* (Vydání třetí). Portál.
- Kubínek, R. (2011). Deprese v ordinaci praktického lékaře. *Med. pro Praxi*, 8(10): 424-427.

Kübler-Ross, E. (1992). *Hovory s umírajícími* (přeložil Bohumil DVOŘÁČEK, ilustroval Eva BUREŠOVÁ). Agentura TMG.

Kübler-Ross, E. (1994). *Otázky a odpovědi o smrti a umírání* (přeložil Jiří KRÁLOVEC). Arica.

Kübler-Ross, E. (2015). *O smrti a umírání: co by se lidé měli naučit od umírajících* (přeložil Jiří KRÁLOVEC). Portál.

Kupka, M. (2008). Paliativní péče a riziko syndromu vyhoření. *E-psychologie* [online]. 2(1), 23–35 [získáno dne: 24.7. 2022]. Dostupný z WWW: <<http://e-psycholog.eu/pdf/kupka-ps.pdf>>.

Kurtz, S., Silverman, J., Benson, J., & Draper, J. (2003). Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching. *Academic Medicine*. 78(8): 802 – 809.

Lejčko, J. (2018). Opioidy a nové trendy v léčbě bolesti. *Čas. Lék. čes.* 157: 67 – 73.

Lejčko, J., Gabrhelík, T. (2017). Dlouhodobá léčba opioidy a závislost. *Anest. Intenziv. Med.* 28(2); 106 - 113.

Linhartová, V. (2007). *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Grada Publishing.

Lubinski, M. S. (1999). Bearing bad news: dealing with the mimics of denial. *Genet Couns*;3:5-12.

Maslach, C., Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout. New perspectives, *Applied and Preventive Psychology*, 7, str. 63 – 74.

Maslach, C., Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout. New perspectives. *Applied and Preventive Psychology*. 7, 63 – 74.

Maslach, C., Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Consulting psychologists Press, Palo Alto, CA.

McLellan, A. T., Skipper, G.S., Campbell, M., & DuPont, R.L. (2008). Five year outcomes in a cohort study of physicians treated for substance use disorders in the United States. *BMJ*, 337, a2038.

Merlo, L. J., Singhakant, S., Cummings, S.M., & Cottler, L.B. (2013). Reasons for misuse of prescription medication among physicians undergoing monitoring by a physician health program. *Journal of Addiction Medicine*, 7(5), 349-353.

Merlyn, S. (1998). Improving doctor-patient communication; not an option, but a necessity. *BMJ* 316: 1992.

Meyer, R. E. (1996). The disease called addiction: emerging evidence in a 200-year debate. *The Lancet*. 347(8995): 162-166.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize: aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009. (2008-) (2., aktualiz. vyd.). Praha: Bomton Agency.

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.

Munson, E., & Willcox, A. (2007). Applying the calgary-cambridge model. *Practice Nursing*, 18(9), 464-468.

Murray, R. (1976). Alcoholism amongs male doctors in Scotland. *The Lancet*, 308(7988), 729–731.

Nakonečný, M. (2009). *Sociální psychologie* (Vyd. 2., rozš. a přeprac). Academia.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2019). *Alcohol Facts and Statistics*.

Nielsen, D. A., Utrankar, A., Reyes, J. A., Simons, D. D., & Kosten, T. R. (2012). Epigenetics of drug abuse: predisposition or response. *Pharmacogenomics*, 13(10), 1149-1160.

Novák, V., Kunčíková, M. (2011). Nadměrná denní spavost a její léčba. *Neurol. pro Praxi*. 12(2); 114 – 119.

O'Connor, P. G., Spickard, A. (1997). Physician impairment by substance abuse. *Medical Clinics of North America*, 81(4), 1037 – 1052.

Oh, J., Segal, R., Gordon, J., Boal, J., Jotkowitz, A. (2001). Retention and use of patient- -centered interviewing skills after intensive training. *Acad Med*; 76: 647–650.

Oreskovich, M.R., Shanafelt, T., Dyrbye, L.N., Tan, L., Sotile, W., Satele, D., ... & Boone, S. (2015). The prevalence of substance use disorders in American physicians. *The American Journal on Addictions*, 24(1), 30-8.

Pokorná, A. (2011). *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství* (Vydání: třetí doplněné). Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.

- Popov, P. (2003). Závislost na alkoholu. *Psychiat. pro Praxi*. 1: 29 - 32.
- Praško, J., & Prašková, H. (2007). *Asertivitou proti stresu* (2., přeprac. a dopl. vyd). Grada.
- Praško, J., Doubek, P., Látalová, K., Grambal, A., Kamarádová, D., & Ticháčková, A. (2008). Fototerapie - léčba jasným světlem. *Psychiatr. pro Praxi*; 9(2): 72-76.
- Procházka, R. (2014). *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Grada Publishing.
- Průša, I. (2006). Deprese a úzkost v ambulanci praktického lékaře. *Med. pro Praxi*, 3: 136-139.
- Ptacek, J. T., Eberhardt, T. L. (1996) Breaking Bad News: A Review of the Literature. *JAMA*; 276(6): 496–502.
- Ptáček, R., & Bartůněk, P. (c2011). *Etika a komunikace v medicíně*. Grada Publishing.
- Selmanovic, S., Ramic, E., Pranjić, N., Brekalo-Lazarevic, S., Pasic, Z., & Alic, A. (2011). Stress at Work and Burnout Syndrome in Hospital Doctors. *MED ARH.*; 65(4): 221-224.
- Schmeichel, F. (1995). *Jako vzduch k dýchání: když se sex stane závislostí* (přeložil Jana ZOUBKOVÁ). MOTTO.
- Silverman, J., Kurtz, S. & Draper, J. (2005). Skills for communication with patients, 2nd edn. *Oxford: Radcliffe Medical Publishing*.
- Sláma, O., Vafková, T. (2020). *Základy komunikace v paliativní medicíně*. MUNI Med: [Získáno dne: 16.4. 2022]. Dostupný z https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps19/paliativni_pece/web/pages/06_06_spikes_kroky.html - krok5
- Smetáčková, I., Francová, V., Raboch, J., & Ptáček, R. (2016). Lékařské vyhoření: Kvalitativní studie. *Československá Psychologie*, 60(5).
- Stewart, M.A. (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes; a review. *Can Med Assoc J*. 152: 1423-1433.
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Boskovice: Albert.

- Svejkovský, J., Vojtek, P., & Teska Arnoštová, L. (2016). *Zdravotnictví a právo*. C.H. Beck.
- Švaříček, R., & Šed'ová, K. (2014). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách* (Vydání druhé). Praha: Portál.
- Tate, P. (2005). *Příručka komunikace pro lékaře: jak získat důvěru pacienta* (přeložil Veronika DI CARA). Grada Publishing.
- Trescot, A. M., Datta, S., Lee, M., & Hansen, H. (2008). Opioid Pharmacology. *Pain Physician*, 11(2):133-153.
- Tubbs, S. L., Moss, S. (1991). *Human Communication*. New York-St. Louis-San Francisco: McGraww-Hill, Inc.
- Váchová, P. E., Janů, L., & Racková, S. (2009). Patogeneze závislosti, *Psychiat. pro Praxi*; 10(6): 257 – 259.
- Venglářová, M., & Mahrová, G. (c2006). *Komunikace pro zdravotní sestry*. Grada Publishing.
- Vévodová, Š., & Ivanová, K. (2015). *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Vorlíček J, Sláma O, & Kalvodová L. (2001) Sdělování onkologické diagnózy. *Vnitř Lék* ; 47(8): 544–547.
- Vybíral, Z. (2013). *Psychologie komunikace*. Portál.
- Vymětal, J. (1996). *Rogersova psychoterapie*. 1. Vyd. Praha: Český spisovatel.
- Vymětal, J. (2008). *Lékařská psychologie: 3., aktualizované vydání*. Portál.
- Výrost, J., Slaměník, I., & Sollárová, E. (Eds.). (2019). *Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace*. Grada.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H. & Jackson, D. D. (1969). *Menschliche Kommunikation, Formen, Störungen, Paradoxien*. *Mental Research Institute*, Palo Alto, Ca., Bern/Stuttgart (Huber).
- World Health Organization. (2019). *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision). Retrieved from <https://icd.who.int/>

Zacharová, E. (2008). Syndrom vyhoření – riziko ohrožující zdravotnické pracovníky. *Inter. Med.*; 10(1), 41-42.

Seznam tabulek a schémat

Tabulka 1: Přehled povinných předmětů vyučovaných na LF ČR

Tabulka 2: Charakteristika výzkumného souboru

Tabulka 3: Kategorie č. 1: Komunikace

Tabulka 4: Kategorie č. 2: Emoce

Tabulka 5: Kategorie č. 3: Zkušenosti

Tabulka 6: Kategorie č. 4: Typ diagnózy

Tabulka 7: Kategorie č. 5: Vnímané změny

Tabulka 8: Centrální kategorie

Schéma č.1: Calgary Cambridge model

Schéma č.2: Paradigmatický model axiálního kódování

Schéma č.3: Paradigmatický model selektivního kódování

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Český abstrakt diplomové práce
2. Cizojazyčný abstrakt diplomové práce
3. Informovaný souhlas
4. Struktura rozhovorů

Příloha č. 1: Český abstrakt diplomové práce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Dopady sdělování závažných diagnóz a práce s jejich nositeli na psychiku lékařů

Autor práce: Bc. Eva Buberníková

Vedoucí práce: MUDr. PhDr. Miroslav Orel, PhD.

Počet stran a znaků: 81, 146 442

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 111

Abstrakt:

Cílem této práce bylo získat hlubší vhled do problematiky sdělování nepříznivých zpráv, následné péče o takto nemocné pacienty a s tím související zátěž u lékařů. Teoretická část si kladla za cíl přinést teoretickou základnu pro následný výzkum a byla rozdělena do tří hlavních kapitol. První se věnuje oblasti komunikace mezi lékaři a pacienty, druhá kapitola je zaměřena na okolnosti sdělování nepříznivých zpráv a poslední třetí kapitola poskytuje výčet možných následků zátěže, kterou lékařská profese přináší. Pro účely výzkumu byl zvolen kvalitativní přístup. Vzorek čítal deset lékařů rozličných specializací, byly jimi pediatrie, neonatologie, traumatologie, paliativní medicína, anesteziologie, praktický lékař pro děti a dorost, akupunktura. Data byla získána formou polostrukturovaných interview a dále analyzována metodou zakotvené teorie. Výsledky odhalily, že dopady zátěže v lékařské profesi se manifestují v oblasti tělesné, emoční i spirituální. Nejvíce jsou ovlivněny vzájemným vztahem lékaře a pacienta, dále zkušenostmi lékaře a typem diagnózy pacienta.

Klíčová slova: sdělování nepříznivých zpráv, paliativní péče, lékaři, zátěž.

ABSTRACT OF THESIS

Title: Impact of communicating serious diagnoses and working with such patients on the psyche of physicians

Author: Bc. Eva Buberníková

Supervisor: MUDr. PhDr. Miroslav Orel, PhD.

Number of pages and characters: 81, 146 442

Number of appendices: 4

Number of references: 111

Abstract:

The aim of this work was to gain a deeper insight into the issue of communicating serious diagnoses, the subsequent care of such sick patients and the associated burden on doctors. The theoretical part aimed to provide a theoretical basis for subsequent research and was divided into three main chapters. The first is dedicated to the area of communication between doctors and patients, the second chapter is focused on the circumstances of communicating adverse news, and the last third chapter provides a list of possible consequences of the burden brought by the medical profession. A qualitative approach was chosen for the purposes of the research. The sample consisted of 10 doctors of various specialties, they were pediatrics, neonatology, traumatology, palliative medicine, anesthesiology, general practitioner for children and adolescents, acupuncture. Data were obtained in the form of semi-structured interviews and further analyzed using the grounded theory method. The results revealed that the effects of stress in the medical profession are manifested in physical, emotional and spiritual areas. They are most influenced by the mutual relationship between the doctor and the patient, as well as by the doctor's experience and the type of patient's diagnosis.

Key words: communicating serious diagnosis, palliative care, doctors, burden.

Příloha č. 3: Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS S VYUŽITÍM VÝZKUMNÉHO ROZHOVORU

Výzkum probíhá za účelem vypracování magisterské diplomové práce vedené na Filozofické fakultě univerzity Palackého v Olomouci. Provádí jej Eva Buberníková, studentka oboru psychologie.

Cílem tohoto výzkumu je prozkoumat oblast dopadů sdělování závažných diagnóz a práce s jejich nositeli na psychiku lékařů. A to na základě informací získaných od lékařů napříč různými lékařskými obory.

Já, níže podepsaný/á, souhlasím s účastí na tomto projektu. Dávám své svolení k pořízení audio nahrávek a využitím poskytnutých rozhovorů s tím, že bude zachována anonymita a nedojde k uveřejnění žádných údajů, které by mohly vést k mé identifikaci.

Potvrzuji, že mi byly zodpovězeny dotazy, a vím o možnosti odstoupit od výzkumu bez udání důvodu. Souhlasím se zpracováním dat pro účely diplomové práce, popř. odborného sdělení na akademické půdě se zachováním anonymity.

Zde je prostor pro mé dotazy:

V

Dne

Podpis výzkumníka:
Eva Buberníková

eva.bubernikova@upol.cz

Jméno a příjmení:

Podpis:

Příloha č. 4: Struktura rozhovorů

DOPADY SDĚLOVÁNÍ ZÁVAŽNÝCH DIAGNÓZ A PRÁCE S JEJICH NOSITELI NA PSYCHIKU LÉKAŘŮ

Demografické údaje:

Věk, pohlaví, specializace, délka praxe, místo výkonu profese.

1. OKRUH - KOMUNIKACE MEZI LÉKAŘEM A PACIENTEM

1. Jak vnímáte roli komunikace ve Vaší profesi?
2. Jak Vás škola připravila na sdělování nepříznivých zpráv?
3. Co Vám při sdělování nepříznivých zpráv pacientům pomáhá?
4. Co je pro Vás v komunikaci s pacienty nejtěžší?

2. OKRUH - OKOLNOSTI SDĚLENÍ ZÁVAŽNÉ DIAGNÓZY

1. Když je potřeba pacientovi sdělit nepříznivou diagnózu, jak to u Vás v profesi probíhá?
 - 1.2. Zvolené místo, délka rozhovoru,..
2. Jaké emoce u svých pacientů pozorujete bezprostředně po sdělení?
3. Mění se v čase - při dalších návštěvách?
4. Co jejich emoce dělají s Vámi?
5. Co si myslíte o tom, že někteří pacienti nechtějí znát svou diagnózu?

3. OKRUH - MOŽNÉ DOPADY ZÁTĚŽE V LÉKAŘSKÉ PROFESI

1. Když zjistíte, že zdravotní stav Vašeho pacienta je závažný a je potřeba mu to sdělit, co se Vám začne honit hlavou? Co cítíte?
2. Když se řekne “sdělování závažné diagnózy” - co za případ se Vám vybaví jako první?
 - 2.1. diagnóza, okolnosti sdělení, emoce po sdělení a rozloučení s pacientem, emoce nyní, co bylo nejtěžší?
3. Co ve Vás tyto vzpomínky vyvolávají dnes?
4. Mohl byste mi na tomto případě nebo na jakémkoliv jiném popsat, jak Vás tato zkušenost ovlivnila?
5. Co byste doporučil mladším kolegům, co je podle Vás to nejdůležitější?

Je něco, co v našem rozhovoru nezaznělo, a co byste chtěl zmínit?