

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav zdravotnického managementu

Ing. Adéla Ševčíková

**Komunikace ve zdravotní péči se zaměřením na vztah
lékař - pacient v gynekologii a porodnictví**

Diplomová práce

Vedoucí práce: JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.

Olomouc 2013

ANOTACE

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Název práce: Komunikace ve zdravotní péči se zaměřením na vztah lékař – pacient v gynekologii a porodnictví

Název práce v AJ: Communication in healthcare focused on the relationship doctor – patient in gynecology and obstetrics

Datum zadání: 2011-01-23

Datum odevzdání: 2013-06-28

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
FZV UP v Olomouci
Ústav zdravotnického managementu

Autor práce: Ing. Adéla Ševčíková

Vedoucí práce: JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.

Oponent práce: Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D.

Abstrakt v ČJ: Diplomová práce se zabývá komunikací ve zdravotní péči se zaměřením na vztah lékař – pacient v gynekologii a porodnictví. Cílem práce je identifikace reálné komunikační úrovně lékařů, gynekologů a porodníků, směrem k pacientkám, prostřednictvím názorů oslovených pacientek na předem vytipovaných pracovištích v privátních a v nemocničních ambulancích. Z realizovaného výzkumného šetření vyplynulo, že úroveň komunikačních dovedností gynekologů není příliš vysoká a zároveň, že existují prokazatelné rozdíly mezi privátními a nemocničními lékaři v těchto kompetencích.

Abstrakt v AJ: This thesis is concerned at communication in healthcare focused on the relationship doctor - patient in gynecology and obstetrics. Aim of this study is to identify the real communication skills of doctors, gynecologists and obstetricians, towards patients, through opinions addressed to pre-selected patients in private and in hospital ambulances also. The implemented research showed us, that the

level of gynecologist's communication skills is not too high and at the same time, there are demonstrable differences between private and hospital doctors in these competencies.

Klíčová slova v ČJ: komunikace, zdravotní péče, vztah lékař – pacient, gynekologie, porodnictví, komunikace s pacientem

Klíčová slova v AJ: communication, health care, relationship doctor – patient, gynecology, obstetrics, communication with patient

Rozsah: 98 s., 1 příl.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 28. června 2013

.....
Ing. Adéla Ševčíková

Děkuji JUDr. Ing. Lukáši Prudilovi, Ph.D., za vedení diplomové práce, cenné rady a nápady, Ing. Michalu Kroupovi za komentáře a připomínky, Mgr. Kateřině Langové, Ph.D., za statistické zpracování dotazníků a své rodině za trpělivost a podporu během celého studia.

OBSAH

ÚVOD	9
1 KOMUNIKACE	12
1.1 Vymezení pojmů, komunikace	12
1.2 Historie komunikace	14
1.3 Typy komunikace	15
1.4 Druhy komunikace	16
1.4.1. Verbální komunikace	16
1.4.2 Neverbální komunikace	17
1.5 Komunikační prostor	19
1.6 Prvky komunikačního procesu	20
1.7 Fáze komunikace	20
1.8 Smysl a cíle komunikace	21
1.9 Funkce komunikace	22
1.10 Formy komunikace	23
1.11 Symetričnost a komplementarita v komunikaci	24
1.12 Komunikační styly	24
1.13 Psychické vlastnosti	25
1.14 Komunikační dovednosti	27
1.15 Významová struktura komunikace	28
1.16 Přístupy ke studiu komunikace	28
1.16.1 Lékařský přístup	28
1.16.2 Sociologický přístup	29
1.16.3 Antropologický přístup	29
1.16.4 Přístup transakční analýzy	29
1.16.5 Balintův přístup	30
1.16.6 Sociálněpsychologický přístup	30
2 KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNÍ PÉČI	31
2.1 Vymezení pojmů zdraví, zdravotnictví, zdravotní péče a dalších	31
2.1.1 Zdraví	31
2.1.2 Zdravotnictví	32

2.1.3 Zdravotní péče	32
2.1.4 Péče o zdraví	33
2.1.5 Podpora zdraví	33
2.1.6. Zdravotní gramotnost	33
2.2 Komunikace ve zdravotní péči	34
2.3 Komunikační přístupy k pacientům	35
2.3.1 Očekávání lékaře od pacienta	36
2.3.2 Očekávání pacienta od lékaře	36
2.3.3 Nároky na lékaře	37
2.3.4 Nároky na pacienta	37
2.4 Strategie a dovednosti během konzultace s pacientem, princip komunikace mezi lékařem a pacientem	38
2.4.1. Jak odebrat anamnézu a postupovat při konzultaci s pacientem dle Maastrichtského postupu lékaře	39
2.4.2 Nejčastější úskalí nedostatečné dlouhodobé spolupráce lékaře a pacienta, bariéry v komunikaci	39
2.4.3 Typologie pacientů podle postojů	41
2.5 Současná úroveň komunikace lékař – pacient v ČR	41
2.6 Funkčnost a úspora efektivní komunikace ve vyspělých státech	44
2.6.1 Náklady na léčbu	44
2.6.2 Medicínsko-právní spory	44
2.7 Aktuální možnosti vzdělávání lékařů v oblasti komunikace	46
3 PRAKTICKÁ A EXPERIMENTÁLNÍ ČÁST	49
3.1 Cíle výzkumu a hypotézy	49
3.1.1 Metodika výzkumného šetření	50
3.1.2 Profil respondentů	51
3.1.3 Průběh šetření, sběr dat	51
3.1.4 Metody zpracování dat	52
3.2 Výsledky a diskuse	53
3.2.1 Ověření platnosti hypotéz	62
3.2.2 Využití výsledků v praxi, doporučené postupy komunikace v gynekologii	76
3.2.2.1 Akceptace spolupráce	80
3.2.2.2 Stanovení terapeutických priorit	81

3.2.2.3 Navození pocitu jistoty a bezpečí	81
3.2.2.4 Zajištění informovanosti pacienta	81
3.2.2.5 Vzájemná dohoda o způsobu léčby	81
3.2.2.6 Ukončení konzultace	82
3.2.3 Návrhy opatření na základě zjištěných výsledků	83
ZÁVĚR	85
BIBLIOGRAFICKÉ, ELEKTRONICKÉ A JINÉ ZDROJE	87
SEZNAM ZKRATEK	91
SEZNAM OBRÁZKŮ	92
SEZNAM TABULEK	93
SEZNAM PŘÍLOH	94

ÚVOD

V rámci své profese medicínského reprezentanta ve farmaceutické společnosti přicházím dnes a denně do styku s odborníky pracujícími ve zdravotnictví, a sice s lékaři a zdravotními sestrami, konkrétně v oblasti gynekologie a porodnictví. Tento obor medicíny vnímám jako poměrně specifický, neboť se bezprostředně týká nejjintimnějších partií ženského těla, které odhaluje pouze před sebou samou nebo před svým partnerem. A zde, v ambulancích gynekologů a porodníků, se má obnažit před cizími lidmi, ač medicínskými odborníky, pro které je ona pouze pacientkou, která má nějaký zdravotní problém, jenž je nezbytné řešit. Klientka ale samozřejmě uvažuje jinak, často je nucena přemoci stud a další nepříjemné pocity a psychické bloky související s narušením její intimní zóny. Považuji za nezbytné, důležitější než v jiných oblastech medicíny, umět v tomto oboru s pacientkou efektivně a ohleduplně komunikovat. Stejně jako i v jiných profesích pracují lidé s různými charaktery a temperamenty, je tomu tak i v oboru gynekologie a porodnictví. Z vlastní zkušenosti vím, že někteří lékaři komunikují rádi a příjemně, jiní se omezují pouze na nezbytně nutné holé věty, což ve mně vyvolává pocit nejistoty. Tyto mé zážitky mne častokrát přivádějí k myšlence, komunikují-li takovým způsobem se mnou, s osobou, která je pouze přichází informovat o novinkách v jejich terapeutické oblasti, jak potom zvládají rozhovor s pacientkami, stanovení diagnózy bez dotazů, vysvětlení medikace, přípravu na zákroky, porod...? Jestliže jejich jednání působí na samotné pacientky stejně negativně jako mnohdy na mne, je nezbytné začít se tomuto problému věnovat důkladněji.

V teoretické části se práce zabývá vyložení podstaty pojmu komunikace, úvodem do problematiky komunikace, analýzou současné úrovně komunikace ve zdravotní péči v ČR, dotazníkovým šetřením komunikačních dovedností ve vztahu lékař - pacient v gynekologii a porodnictví a v závěru návrhem možností využití doporučených postupů komunikace v gynekologii a porodnictví.

Cílem práce bylo zjistit, zda komunikace směrem od lékaře k pacientce v gynekologii a porodnictví funguje, je efektivní, či nikoli. Zda se liší úroveň komunikace v privátním ambulantním sektoru od komunikace v nemocničním lůžkovém segmentu,

a zároveň zda je třeba přizpůsobit formu komunikace dosaženému stupni vzdělání pacientek.

Výzkumné šetření bylo realizováno na deseti pracovištích v České republice, pěti privátních ambulantních pracovištích a pěti nemocničních. K získání stanovisek ošetřovaných pacientek byla použita kvantitativní výzkumná metoda s využitím techniky dotazníku. Obdržené výsledky byly zpracovány pomocí počítače, nejprve v programu Microsoft Excel 2010 a následně ve statistickém softwaru SPSS verze 15, SPSS Inc. Chicago USA.

Diplomová práce může pomoci lékařským fakultám ve vzdělávání mediků, managementům nemocnic k rozvoji jejich lékařských pracovníků a také v privátním sektoru ve zdokonalení komunikačních dovedností s pacientkami.

Jako vstupní studijní literatura byly použity následující zdroje:

1. HONZÁK, Radkin. *Komunikační pasti v medicíně*. 2. dopl. vyd. Praha: Galén, 1999. 165 s. ISBN 80-726-2032-0.
2. JANÁČKOVÁ, Laura, WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
3. JANÁČKOVÁ, Laura, PAVLÁT, Josef. *Psychologické aspekty zdravotnické komunikace*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2007. 111 s. ISBN 978-80-210-4330-6.
4. TATE, Peter. *Příručka komunikace pro lékaře – jak získat důvěru pacienta*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 164 s. ISBN 80-247-0911-2.
5. GLADKIJ, Ivan, a kol. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

Rešeršní strategie:

V přípravné etapě byly získány podklady pro diplomovou práci na základě vypracovaných rešerší v knihovně NCO NZO v Brně, která obsahovala 105 záznamů, dále z katalogu Vědecké knihovny v Olomouci, z katalogu Moravské zemské knihovny v Brně a samostatného vyhledávání se zaměřením na následující databáze a vyhledávače:

- databáze BMČ (Bibliographia Medica Čechoslovaca);
- bibliografické báze dat Medline pomocí programu PubMed;
- vyhledávače Google pomocí rozšířeného vyhledávání.

Základním parametrem pro výběr literatury byla klíčová slova, anotace, a osobní posouzení dané publikace.

Rešeršní strategie byla zahájena v listopadu roku 2011 v knihovně NCO NZO v Brně, kde bylo zadáno vyhledávání dle vytyčených klíčových slov. Zároveň bylo samostatně paralelně vyhledáváno s následujícími klíčovými slovy: komunikace, vztah lékař - pacient, vztah sestra - pacient, gynekologie, komunikace zdravotník - pacient, komunikační proces, komunikace s pacientem, komunikace ve zdravotnictví, komunikace ve zdravotní péči. Jazykovým kritériem pro výběr relevantní literatury byl český, slovenský a anglický jazyk. Časové rozmezí pro hledané publikace bylo vytyčeno 1999 – 2012. Rešerší NCO NZO v Brně bylo nalezeno celkem 11 článků v anglickém jazyce, 6 zdrojů ve slovenském jazyce a 88 v českém jazyce. Jednotlivé literární zdroje byly prostudovány a roztříděny s ohledem na souvztažnost k tématu diplomové práce, ty nejvhodnější pak byly začleněny do jednotlivých kapitol a podkapitol formou parafrází. Dalšími výchozími databázemi byly Bibliographia Medica Českoslovaca, bibliografické báze dat Medline pomocí programu PubMed a vyhledávač Google s rozšířeným vyhledáváním. K tvorbě diplomové práce bylo celkem použito 37 knižních publikací, 2 články v periodikách a 8 elektronických zdrojů.

1 KOMUNIKACE

Co si lze představit pod slovem komunikace? Je to pojem často skloňovaný, ale víme vůbec, jaký v sobě skrývá smysl? Pro vysvětlení podstaty tohoto slova jsem čerpala z několika literárních zdrojů od renomovaných autorů, jako jsou Honzák, Křivohlavý, Vymětal a další.

1.1 Vymezení pojmů, komunikace

V českém jazyce má pojem komunikace tři hlavní významy, a sice jedná se o výměnu informací (mezi lidmi, v informatice, mezi živočichy, neživými mechanizmy, v matematice), o veřejné spojení, také veřejnou dopravu (doprava autobusová, železniční, letecká, automobilová, telekomunikační, silniční, atd.) a o dopravní cestu, čili prostor vymezený pro spojení dopravními prostředky (Vymětal, 2008, s. 22).

Komunikace je základní potřeba člověka. Nelze nekomunikovat, každé chování je nějaká forma komunikace. Nedostatek komunikace zapříčiňuje stagnaci rozvoje osobnosti. Pro fungování sociálních vztahů a společnosti je vzájemná výměna informací zcela nezbytná (Obereignerů, 2009, s. 10).

Pojem komunikace má původ v latinském slově *communicare*, sdělovat a přenášet informace, radit se s někým, něco spojovat, volně také učinit společným (Svatoš, 2009, s. 24).

Dle Šimkové (2007, s. 5) pochází z latinského slova *communis* – společný, obecný. Komunikace je efektivní sebevjadřování, výměna sdělení psaním, mluvením, obrazy, sdílení informací nebo poskytování zábavy prostřednictvím slov, mluvením nebo jinými metodami, transfer od jedné osoby ke druhé, proces, jímž jedna osoba předává sdělení jiné osobě prostřednictvím nějakého kanálu a s určitým efektem (Obereignerů, 2009, s. 14).

Jedná se o interdisciplinární výraz. S tímto pojmem se můžeme setkat ve slovní zásobě laiků, ale také v názvosloví různých vědních disciplín, jako je sociologie, psychologie, filozofie, pedagogické vědy, biologie, kybernetika, logika, jazykověda, technické

vědy, výpočetní technika a jiné. Každá vědní disciplína však definuje pojem komunikace svým způsobem, ze svého úhlu pohledu, dává mu svůj osobitý obsah, zkoumá jej svými metodami a různě jej interpretuje (Svatoš, 2009, s. 24).

Komunikací máme na mysli proces výměny, sdělování informací za použití signálů a prostředků mezi dvěma nebo více jedinci s cílem dosáhnout vzájemné součinnosti, dorozumění a žádoucího výsledného chování a jednání (Vokurka, Hugo, 2008, s. 537). Děje se tak komunikačními prostředky, čili ústně, písemně, mimikou, gesty a dalšími neverbálními projevy, také pomocí tisku, rozhlasu a dalších médií (Janáčková, Weiss, 2008, s. 11).

V případě komunikace mezi lidmi se jedná o sociální komunikaci, kterou můžeme rozdělit na ústní, písemnou a vizuální (Vymětal, 2008, s. 23).

V osobním i ve společenském životě se navazuje množství vzájemných mezilidských vztahů a kontaktů, vznikají nejrůznější sociální situace. V těchto různorodých a diferencovaných situacích se lidé vzájemně ovlivňují, informují, prostřednictvím informací si sdělují své názory, regulují své chování a jednání, neboli komunikují. Každá realizovaná komunikace má své následky a účinky na zúčastněné osoby (Erneker, 2004, s. 5).

Podléhá interpretaci, tedy vnímání okolí dle osobitého pohledu na svět, který ovlivňuje mnoho faktorů, jako jsou zkušenost, očekávání, vztah s partnerem a momentální nálada. Aby byla naše komunikace efektivní, je třeba si ověřovat, jak je naše sdělení chápáno a jak působí na příjemce (Šimková, 2007, s. 4).

Interpersonální komunikace probíhá dvěma směry, a sice jako komunikační akt – jednoduché způsoby komunikace v poměrně uzavřeném bloku. Vzájemné hranice jsou tvořeny komunikační situací, záměrem a obsahem komunikace a odlišně dlouhou dobou realizace. Druhým směrem je komunikační proces, který prezentuje vzájemné interakce komunikačních partnerů, které jsou tvořeny několika komunikačními akty. Je složitější a trvá déle. Mezi akty a procesy komunikace neexistuje jasný předěl (Erneker, 2004, s. 8).

Komunikační proces mohou doprovázet potíže, které jej narušují, říkáme jim šumy. Brání efektivnosti komunikace, omezují ji, zkreslují, potlačují rozsah a význam přenášených sdělení. Minimalizovat šumy nám pomůže použití zpětné vazby (Bělohávek, 1996, s. 232).

Existuje mnoho publikací, článků a učebních textů, kde je srozumitelně popsáno, jak efektivně a optimálně komunikovat, avšak v každodenním životě a praxi se z oněch návodů využívá velmi málo. Většinou komunikujeme povrchně a neperspektivně (Erneker, 2004, s. 5).

Komunikační dovednosti nacházejí uplatnění ve všech oborech lidského konání. V mezilidských vztazích není možné nekomunikovat, neustále dochází k interakcím. Denně se setkáváme s lidmi, se kterými se musíme dohovoreť a měli bychom mít za cíl si vzájemně porozumět. To, jsme-li schopni navázat se svým okolím dobrý kontakt a spolupracovat s ním, nezávisí výhradně na našich znalostech, ale právě na komunikaci, která nás předurčuje, zda budeme úspěšní ve své práci a v celém svém životě (Janáčková, Pavlát, 2007, s. 4).

Čím více mají dva lidé společného, tím je komunikace mezi nimi efektivnější. Cílem vzájemné komunikace je snaha o oboustranné pochopení a dorozumění se, nikoli chrlení informací (Šimková, 2004, s. 6).

1.2 Historie komunikace

Prvními formami sdělování z historického pohledu byly neartikulované zvuky a skřeky doprovázené gesty a mimickými pohyby. Postupně se začaly rozvíjet specifické hlasové projevy, které vyjadřovaly jakýsi samoúčelný projev existence jedince. Zvuky byly nahodilé, podobné souhláskovým šelestům a samohláskovým tónům (Janáčková, Weiss, 2008, s. 12).

Základní komunikační dovedností je řeč. K popisu, pojmenování nových poznatků a skutečností a k lepšímu ovládnutí okolního světa byl rozvoj řeči nevyhnutelný. Jazyk, jenž je národní formou řeči, se zřejmě vyvinul v podmínkách vzájemného soužití z jednoduché vokalizace. V rámci různých povolání zůstal jazyk diferencován i dnes, např. jiný je jazyk lékaře se svými výrazy jako tumor, sedimentace, odlišný právníka, IT specialisty, atd. (Obereignerů, 2009, s. 10).

Z doby 10000 let před Kristem byly zaznamenány první zmínky existence jazyka, jednalo se o komunikační zlom. Z roku 4000 před Kristem je dochována nejstarší písemná zpráva. Obor, který se zabývá řečovou činností jedince a jenž utváří jazykový projev, nese název rétorika. Rétorika má své kořeny v Řecku. Zde teorii řečnictví

nejvíce rozvinuli sofisté, již byli učiteli moudrosti a za poplatek učili své žáky řečnickým dovednostem. Nejstarším sofistou byl Protagorás, odpůrci jeho názorů pak Sokrates a Platón. Zde vznikla také první řečnická škola, kterou založil Isokratés, jenž kladl větší důraz na formu než na obsah řeči, což dalo později základ teorii a praxi stylistiky. Následoval Aristoteles, který připisoval váze myšlenek největší význam. Cicero, který napsal rozsáhlou učebnici rétoriky.

Dalšími neopominutelnými osobnostmi byli Jan Zlatoústý, který vystudoval rétoriku u Libania. Tomáš Akvinský, jenž v Neapoli vystudoval sedmero svobodných umění, se zde také poprvé setkal s Aristotelovými pracemi. V našich zeměpisných šířkách nesmíme zapomenout na Jana Husa, který dlouhých deset let kázal česky v kapli Betlémské v Praze. Přibližoval svůj jazyk jazyku lidovému, počesťoval latinské výrazy, tvořil zcela nová slova skládáním a svými řečnickými schopnostmi dokázal strhnout lidové masy (Hanuš, 2007, s. 23).

Prakticky až do 19. století patřila rétorika na školách humanitárního charakteru k základním vzdělávacím disciplínám. V dnešní době se rétorika spíše obrací ke komunikaci, jednání člověka s člověkem a s lidmi, učí, jak dobře mluvit a úspěšně jednat (Bednaříková, 2000, s. 10).

Na rozvoji komunikace se také podílely některé významné objevy, především vynález knihtisku J.Guttenbergem roku 1450, v roce 1837 vynalezl Morse telegraf, v roce 1844 byla prostřednictvím něj odeslána první zpráva a v roce 1861 vynalezli Reis, Bell a Gray telefon. V minulém století šel vývoj kupředu neuvěřitelnou rychlostí – rozhlas, televize, satelit, počítače, digitální zpracování a uchovávání dat, a další. S rozvojem komunikačních technologií a se vznikem nových možností se interpersonální komunikace posunula z roviny tváří v tvář, tedy roviny osobní, do roviny vzdálenosti i tisíců kilometrů (Mikuláščík, 2003, s. 18).

1.3 Typy komunikace

Komunikaci můžeme rozdělit do několika typů:

1/ přímá a nepřímá – do přímé komunikace řadíme rozhovor tváří v tvář (z angl. face to face), do nepřímé např. telefonický rozhovor – aktéři jsou odděleni vzdáleností;

- 2/ jednostranná a dvoustranná – přijímá role řečníka a posluchače, řadíme sem monolog a dialog;
- 3/ se zpětnou vazbou a bez zpětné vazby – rozdělení je založeno na tom, má-li komunikátor možnost přijímat reakce od komunikanta;
- 4/ částečná a hromadná – prezentuje se počtem účastníků;
- 5/ masová – jedná se o specifický druh hromadné komunikace, je to nepřímá jednosměrná komunikace bez zpětné vazby, patří sem televize, rozhlas, a další (Bednaříková, 2000, s. 15).

1.4 Druhy komunikace

Existují tři způsoby, jakými si navzájem můžeme něco sdělovat, a sice slovy (verbálně), beze slov (neverbálně) a činy – tím, jak jednáme, jak se chováme (Křivohlavý, 2010, s. 15).

Charakter komunikace určuje způsob, jakým předáváme informace svému okolí. Pokud se tak děje prostřednictvím gest, mimiky, jedná se o sdělení neverbální. Jestliže používáme řeč se slovy, jde o verbální komunikaci.

Kvalitu komunikace také nepřímo ovlivňuje prostředí, ve kterém probíhá (Svatoš, 2009, s. 44).

1.4.1. Verbální komunikace

Dorozumíváme se pomocí řeči, ke sdělování informací dochází za pomoci slov (z lat. verbum = slovo). Řeč můžeme definovat jako schopnost vyjádřit artikulovanými zvuky obsah vědomí, jedná se o specifickou dovednost člověka, který používá slovní, mimoslovní a výrazové prostředky (Hanuš, 2007, s. 52).

Mluvená a psaná podoba řeči je typicky lidskou formou komunikace, která odlišuje člověka od ostatních živých tvorů. Umožňuje nám ovlivňovat sebe sama i druhé, myslet a komunikovat (Obereignerů, 2009, s. 10). Řeč slouží k předávání informací, sdělování postojů, ovlivňování, sblížení, navození interakce a posílení. Zahrnuje

v sobě stránku obsahovou (význam slov) a neobsahovou (intenzita hlasu, jeho barva, tón, výška, rychlost řeči, nervozita, chyby v řeči,...).

Aby dorozumívání probíhalo správně a efektivně, aby došlo ke správnému pochopení sdělovaného, je třeba dodržet základní kritéria účinné komunikace, a sice používat běžná a srozumitelná slova, vyjadřovat se stručně, přesvědčivě, jasně, výstižně, přisun informací vhodně načasovat a přizpůsobit obsah individuálním schopnostem posluchače (Zacharová, 2005, s. 95).

Rozlišujeme dva základní projevy verbální komunikace, a sice mluvený, kde jsou nejčastějšími druhy monolog, rozhovor, dialog, diskuse, polemika, a písemný (Erneker, 2004, s. 28).

Mluvená i psaná řeč má obsah. Způsob, jak vyjádření řeči mluvčí předá dál, doprovázejí tzv. paralingvistické znaky, podtrhují význam řečeného a ovlivňují následné vnímání. Jedná se o hlasitost, srozumitelnost, rychlost řeči, kadenci, melodii, rytmus řeči a také o pauzy. V psaném projevu je paralelou paralingvistiky síla čáry, přítlak tužky, čitelnost, úprava, velikost písma, barva, jakou jsme použili, velikost a tvar klíček, apod. a zabývá se jí grafologie. Ač se na výsledném dopadu vyřčeného podílí obsahové sdělení pouze sedmi procenty, záleží na tom, co říkáme, měli bychom volit vhodná slova a jejich vhodnou skladbu, neboť i takto ovlivňujeme význam našeho sdělení (Šimková, 2007, str. 9).

1.4.2 Neverbální komunikace

Protikladem k verbální komunikaci je komunikace neverbální, která probíhá převážně pod prahem vědomí (Šimková, 2007, s. 13). Z vývojového hlediska je mnohem starší než dorozumívání se pomocí slov (Lepilová, 2008, s. 130). Dokresluje verbální projev, někdy jej může zcela zastoupit či jej regulovat nebo zesilovat jeho účinek (Obereignerů, 2009, s. 39).

Neverbální komunikace je ovlivněna temperamentem, výchovou, prostředím, pohlavím, někdy ji nazýváme řečí těla, probíhá v sociálních interakcích.

Z obecného hlediska je neverbální komunikace souborem znaků, kterými sdělujeme emoce, ochotu se sblížit, vjem o tom, kdo já jsem, ovlivňujeme změnu postoje partnera, řídíme chod oboustranného styku (Erneker. 2004, s. 37).

Mezi příklady neverbální komunikace patří:

- chůze a držení těla, které jsou často ukazatelem sebehodnocení a momentálního rozpoložení (Zacharová, 2005, s. 97);
- mimika – pohyby svalů v obličeji, sdělující emoce, vyjadřuje jedincovy prožitky a jeho vztah k dané situaci. Rozlišujeme mimické zóny, a sice čelo, oči, ústa, nos, uši, brada;
- pohledy – oči jsou prostředníkem regulace vztahu, signalizují momentální emoce, jedná se o nejcitlivější receptor příjmu informací;
- gestika - jedná se o pohyb horních končetin a hlavy, zvýrazňují a umocňují to, co chce osoba sdělit, někdy mohou gesta nahrazovat slova, používají se pro lepší názornost, dokreslují obsah slovního sdělení. Za jednu z nejdůležitějších složek rétorického umění byla ve starověku považována právě gestika (Obereignerů, 2009, s. 44);
- haptika – komunikace probíhá prostřednictvím doteků, např. podání ruky;
- posturika – držení těla a fyzické postoje, napětí, uvolnění, náklon;
- kinetika – pohyb horních a dolních končetin, rozsah a intenzita pohybů souvisí s emocionálním prožitkem;
- proxemika – vzdálenost osob při komunikaci, kulturně odlišná, relativní, individuální, a další (Vrublová, 2006, s. 47);
- chronemika – komunikace člověka v časových souvislostech, práce s časem, dochvilnost (Obereignerů, 2009, s. 43).

Podle Vrublové (2006, s. 43) komunikujeme verbálně v 55 % a neverbálně ve 45 %.

Jobánková (2002, s. 134) uvádí, že se celkově na výsledném efektu komunikace podílí ve více než 50 % pohyby těla a výraz tváře, 40 % vokální a hlasové charakteristiky řeči a pouze 7 % obsahová stránka řeči, tedy pro celkový dojem není až tak důležité, co říkáme, ale jak to říkáme, totéž platí o utváření prvního dojmu.

Je dokázáno, že je-li neverbální a verbální komunikace ve vzájemném protikladu, tato verbální sdělení jsou ignorována a jsou vnímána jako nepravdivá. Hovoříme o kongruenci. Jestliže je verbální a neverbální sdělení ve vzájemné shodě a naopak, pak je i kongruentní (Šimková, 2007, s. 13).

Obecně můžeme říci, že image je hlavním faktorem úspěchu komunikace. Je důležité, jaký obraz o sobě komunikující vytvoří, neboť intelekt se na úspěchu podílí jen

z 20 %. U prvního setkání je zásadních prvních 10 až 60 sekund. Většina lidí si utváří o svém protějšku až 70 % závěrů o charakteru, schopnostech, sympatiích, antipatiích během první minuty (Obereignerů, 2009, s. 38).

1.5 Komunikační prostor

Můžeme jej také nazývat interpersonálními zónami. Vzdálenost, v jaké se stavíme k partnerovi, vypovídá o našem vzájemném vztahu. Na komunikační prostor má vliv i prostředí, ve kterém žijeme, konkrétní vzdálenosti jsou u jednotlivých lidí velmi individuální. Tyto vzdálenostní zóny také nazýváme zónami proximitními (Šimková, 2007, s. 18).

Rozeznáváme čtyři typy zón, jejichž rozsah se v literatuře poněkud různí:

- 1/ intimní zónu – do 50 cm, do tohoto prostoru pouštíme pouze nejbližší osoby, nemáme jej pod kontrolou očí, pokud nám jej někdo naruší bez našeho souhlasu v průběhu hovoru, může to mít negativní dopady na výsledek komunikace;
- 2/ osobní zónu – 50 cm až 1,5 m. do této zóny pouštíme své přátele, osoby, které dobře známe, s nimiž se cítíme uvolněně. Někdy se také nazývá zónou přátelskou. Do této zóny se dostanou všichni, se kterými si podáváme ruku;
- 3/ sociální zónu – 1,5 m až 3,5 m. Tuto vzdálenost si udržujeme od lidí, které dobře neznáme nebo od osob, které vyžadují odstup (např. nadřízený). Zde, v této zóně, se uskutečňují pracovní schůzky, jejichž součástí je například posezení u stolu. Při posezení dvou aktérů u stolu, je optimální variantou tzv. partnerský roh, jedná se o nejvýhodnější pozici pro jednání typu rovný s rovným v přátelské a uvolněné atmosféře, každý si může vybrat, kam se bude dívat, nikdo nemá pocit přímého ohrožení (Janáčková, Weiss, 2008, s. 22);
- 4/ veřejnou zónu – více než 3,5 m je vzdálenost obvyklá při veřejném vystoupení, zde se setkáváme se zcela cizími osobami (Khelerová, 2006, s. 28).

1.6 Prvky komunikačního procesu

Komunikace je dynamický proces, který lze sice zachytit v podobě záznamu, ale jednou z jejích nejdůležitějších charakteristik je proměnlivost v čase. Je závislá na množství podmínek a vlivů.

Prvky, které jsou součástí komunikačního procesu:

komunikátor – ten, kdo vysílá nějaký signál, zprávu, zdroj informace;

komunikant – přijímá zprávu vysílanou komunikátorem, již může vnímat odlišně, než komunikátor zamýšlel, neboť má vlastní zkušenosti a prožitky, které do přijímané informace promítá;

komuniké – vyslaný signál přes komunikační kanál;

komunikační jazyk – jazyk, jehož prostřednictvím je určitá zpráva předávána;

komunikační kanál – konkrétní cesta, prostřednictvím které posíláme danou informaci

Zpětná vazba (také feed back) – jejím prostřednictvím reagujeme na přijatou zprávu a způsob její interpretace;

komunikační prostředí – prostředí, kde komunikace probíhá;

kontext – situace charakterizující celkový rámec, v němž komunikace probíhá (Mikuláščík, 2003, s. 24).

Na začátku a na konci komunikace vnímáme informace nejpozorněji, střední část sdělení nebývá příliš brána v potaz (Obereignerů, 2009, s. 24).

1.7 Fáze komunikace

Během komunikace dochází díky kódování a prezentování ke změně procesu myšlenkového v proces komunikační. Tento proces můžeme charakterizovat čtyřmi fázemi:

1/ komunikátor si pomocí vnitřní řeči uvědomuje a utváří myšlenku nebo pocit, který hodlá někomu předat, bere v úvahu i dopad komunikace a partnerovo očekávání;

2/ zde se zapojuje formulátor, který vybírá z paměťové slovní zásoby vhodná slova, která by nejuvěstižněji reprezentovala představy;

3/ informace je ve vědomí vnímána jako zobrazení výroku a je zakódována;

4/ v této fázi přichází na řadu vlastní artikulovaný projev, v níž je také zahrnut zpětnovazební proces, tj. zda komunikátor říká informaci tak, jak ji říci chtěl, a aby komunikant sdělení vnímal tak, jak by je vnímat měl (Mikuláščík, 2003, s. 24).

1.8 Smysl a cíle komunikace

Momentálně se lidská společnost nachází ve vývojové etapě, která je obecně nazývána informační společností. Jedná se o společnost, v níž je kvalita života, perspektiva sociálních změn a ekonomického růstu závislá ve stále větší míře na informacích. Vzhledem k těmto skutečnostem je pozorován nebývalý nárůst významu komunikace ve všech sférách života. Čím dál, tím více se po studentech, zaměstnancích, odborných a vědeckých pracovnících, manažerech požaduje komunikační gramotnost, komunikační kompetence a sociální a sociokulturní kompetence, tzv. lehké dovednosti, komunikační dovednosti, atd. V oblastech obchodu a marketingu jsou komunikační kompetence stěžejním předpokladem úspěchu na úkor konkurence. Průvodním jevem současné společnosti je tzv. informační exploze, která je charakterizována přemírou informací, publikací, prudkým rozvojem informačních a komunikačních technologií a vede až k jakési aktuální komunikační krizi společnosti.

Komunikace hraje velmi významnou roli při určování a uspokojování sociálních požadavků jednotlivců a skupin. Průzkumy jasně ukazují, že jednou z nejdůležitějších vlastností nejen manažerů je umění komunikace. Z tohoto důvodu je zcela žádoucí, aby školeními a kurzy komunikace se věnovali již středoškoláci a bakaláři průběžně v rámci svého vzdělávání, aby se těmto dovednostem učili všichni ekonomicky aktivní obyvatelé.

Komunikační postup je vždy zaměřen na dosažení vytyčeného cíle, kterým může být:

- výměna informací – sloužící ke změně vlastní nebo partnerovy informovanosti, socializace, uspokojení individuálních potřeb znalostí, je projevem seberealizace, respektu, uznání, sounáležitosti, atd.;
- ovlivňování chování lidí – změna nebo vytváření pocitů a psychického stavu skupiny osob, rozvoj a udržování sociálních vztahů, také soudržnosti skupiny, zkvalitnění sociálního klimatu kolektivu;

- ovlivňování interpersonálních vztahů mezi osobami i ve směru k vlastní osobě
 - prezentace sympatií či antipatií, ovlivňování skutečnosti, o které se komunikuje, zajištění fungování společnosti, komunikace vzájemně mezi institucemi zajišťování životnosti jazyka (Vymětal, 2008, s. 24).

Komunikace probíhá s určitým záměrem, ke kterému vede komunikující jistě motivace. Během mluvení nebo psaní se snaží předat své myšlenky někomu dalšímu a tím dosáhnout určitého cíle. Pro převážnou většinu forem komunikace můžeme definovat relativně společných pět hlavních cílů komunikace:

- učit se – získávání znalostí od druhých;
- spojovat – budovat vztahy s jinými lidmi, společně na sebe reagovat;
- pomáhat – naslouchat ostatním jedincům a poskytovat jim možná východiska;
- ovlivňovat – měnit postoje nebo chování druhých;
- hrát si – prožívat okamžité zážitky.

Z vědeckých výzkumů vyplývá, že muži a ženy využívají komunikaci k odlišným účelům. Ženy většinou komunikují kvůli vztahům a muži kvůli informacím (De Vito, 2008, s. 51).

1.9 Funkce komunikace

Funkce komunikace mohou být také určitým cílem komunikace a jsou následující:

- informovat – předávat informace mezi osobami;
- instruovat – vysvětlovat význam, popis jak něco udělat, poskytovat návod;
- přesvědčit – záměrem je změnit postoj, názor, hodnocení druhého člověka působením na city, pomocí logiky, emocionálním přesvědčováním;
- posílit a motivovat – posílit určité postoje, sebevědomí;
- zabavit – navodit pocit pohody, pobavení, humoru a vtipu, např. dětský klaun;
- vzdělat a vychovat – prostřednictvím intuice, posílena funkcemi informovat a instruovat;
- socializovat a společensky integrovat – vytvářet mezilidské vztahy, navazovat kontakty, posilovat pocit sounáležitosti (hraje zde roli věk, společenské postavení, vzdělání, majetek);
- osobně identifikovat – uspořádat vlastní postoje, názory, ujasnit si věci;

- poznávat – sdělovat si každodenní zážitky a zkušenosti;
- svěřovat – slouží ke zbavení se vnitřního napětí, sdílení pocitů;
- uniknout – nezávazné popovídání s cílem odreagovat se (Vrublová, 2006, s. 40).

1.10 Formy komunikace

Komunikace neznamena pouze mluvení, ale řadí se sem také naslouchání, čtení, psaní pohyby těla, činy. Chceme-li jednotlivé složky komunikace vyjádřit procentuelně, je to následovně:

naslouchání 45 %, mluvení 30 %, čtení 16 % a psaní 9 % (Vrublová, 2006, s. 42).

Komunikací rozumíme vysílání, přijímání, dešifrování signálů z vnějšího okolí, které přijímáme buď aktivně, nebo pasivně. Záleží pouze na nás, zda vyšleme odpověď.

Pasivní forma je v mezilidských vztazích zřejmě nejzásadnějším zdrojem nedorozumění, protože komunikující nedostává odpovídající zpětnou vazbu.

Aktivní forma komunikace je obousměrný rozhovor dvou nebo více lidí (Janáčková, Weiss, 2008, s. 11).

První dojem lze udělat pouze jednou, jedná se o podvědomý názor, který si o nás lidé vytvářejí v prvních desítkách vteřin vzájemného prvního setkání. Tento moment může velmi ovlivnit průběh dalšího jednání. Je známo, že během tohoto času se soustředujeme především na neverbální projevy, vnímání verbální komunikace bývá potlačeno do pozadí a efekt " prvního dojmu" tak může v některých případech velmi zásadním způsobem ovlivnit naši úspěšnost. Nejprve se zaměřujeme na vzhled a oblečení, což jsme schopni vnímat i na větší vzdálenost. Dále sledujeme úsměv, výraz tváře, oční kontakt, pevný a jistý postoj spolu s otevřenými gesty působí na jistotu a sebevědomí vystupování. Součástí momentů, které ovlivňují první dojem, je také pozdrav a podání ruky. Aby člověk působil přesvědčivě a uvolněně, musí sám věřit tomu, co říká a dělá, v opačném případě jej neverbální projevy usvědčí (Šimková, 2007, s. 20).

1.11 Symetričnost a komplementarita v komunikaci

Známe tři možnosti vzorců komunikace:

1/ Symetrické komunikační chování – verbální i neverbální komunikace probíhá mezi komunikujícími symetricky, vládne mezi nimi rovnost vztahu, mají stejná práva, aktivitu v komunikaci, svobodu projevu, usměrňování i kritizování. Tito jedinci jsou na stejné úrovni v mocenské hierarchii.

2/ Nesymetrické, tzv. komplementární chování – jedná se o nerovnost komunikujících, vzájemnou závislost jednoho na druhém. Silnější a aktivnější uděluje příkazy, rady, je kritičtější, prezentuje svoji převahu. Neverbálně má dominantnější gesta, mimiku, pohled míří shora dolů. Projevují se zde manipulace.

3/ Metakomplementární chování – zde se jedná o narušení mocenských pozic, např. malé dítě je sice podřízeno rodičům, ale svými nářky dosáhne toho, že rodiče přistoupí na jeho požadavky (Jobánková, 2002, s. 133).

1.12 Komunikační styly

Podle průběhu a účelu interpersonální komunikace rozlišujeme pět stylů, které se projevují v našem kulturním okruhu:

Konvenční styl – jeho účelem je konverzovat a potvrdit daný stav. Komunikace je převážně krátká, formou výměny pozdravů a nezávazných souvětí, spíše společenská řídicí se pravidly a zásadami slušného chování. Vzájemné vzdálenosti mluvčích jsou neměnné, předpokládají určitou optimální distanci mezi lidmi, prostorovou i psychologickou. U tohoto stylu se příliš nevyskytují emoce, nedisponuje dotazy ani pochybnostmi.

Konverzační styl – základní zdravý styl komunikace. Během konverzace se vyměňují zajímavé informace, názory nebo se chce člověk pouze pobavit, popovídat si, potěšit se. V závislosti na okolnostech a situaci může být konverzační styl střídán konvenčním. Nejdůležitějším předpokladem je zde symetrický vztah mezi komunikujícími. Doprovází jej mírně pozitivní emoce.

Operativní styl – projevuje se asymetrickým vztahem mezi komunikujícími, nejčastěji se jedná o nadřízeného a podřízeného, jsou zde jasně vymezeny role, pozice a kompetence. Komunikace je jasná, stručná, mnohdy až strohá. Čistý operativní styl můžeme sledovat u policie, hasičů, vojáků, záchranářů. Vyznačuje se oboustrannou korektností, zdvořilostí, přiměřenými emočními projevy, je spíše formální.

Vyjednávací styl – jedná se o velmi významnou a náročnou komunikační dovednost. Komunikující strany jsou na stejné úrovni, ve stejné mocenské pozici. Jestliže je nezbytné se rozhodnout, tehdy přichází na řadu vyjednávání. Umění vyjednávat je jednou z nejvýznamnějších komunikačních dovedností.

Osobní, intimní styl – je prostředkem i cestou k uspokojování lidských potřeb a tužeb. U tohoto stylu nejvíce projevujeme emoce, hrají zde velkou roli. Styl vyžaduje důvěru, umění naslouchat, empatii, akceptaci druhého, skutečnost.

V životě se komunikační styly různě střídají podle potřeby, neboť komunikování je proměnlivé a jednotlivé styly nezachycují širokou paletu našeho komunikování, ač zahrnují většinu našich každodenních kontaktů a interakcí s lidmi (Zacharová, 2005, str. 10).

1.13 Psychické vlastnosti

Na skutečnost, jak jedinci komunikují, mají vliv i jejich psychické vlastnosti, mezi které se řadí schopnosti, povahové rysy osobnosti, temperament a charakter. Všechny tyto vlastnosti utvářejí osobnost. Pojem osobnost v sobě zahrnuje všechny podstatné psychické vlastnosti jedince a popisuje unikátnost každého jednoho člověka (Honzák, 2006, s. 95).

Schopnosti – umožňují člověku naučit se určitým činnostem a ty úspěšně vykonávat. Vytvářejí se na podkladě biologické vloh, společnosti a životem v ní, učením a činností. Souvisí s dovednostmi a s nadáním, jímž máme na mysli soubor dobře rozvinutých schopností určitého druhu umožňujících výkon v některé oblasti. Schopnosti můžeme rozlišovat intelektové (rozumové, také inteligence), tělesné a manuální.

Rysy osobnosti – se projevují určitým způsobem jednání, chování, prožívání. Jsou charakteristické a v průběhu života víceméně neměnné pro konkrétního člověka. Mezi

rysy osobnosti řadíme družnost (extroverzi), uzavřenost (introverzi), sklon vést (dominanci), sklon podřizovat se (submise), odolnost k zátěži (stabilita), nízkou odolnost k zátěži (labilita), vytrvalost, kladný či záporný vztah k lidem, svědomitost, sebedůvěru či sebedoceňování, nízkou nebo vysokou živost citových projevů, sociální inteligenci a další.

Temperament je soustava psychických vlastností, jež se projevují způsobem reakcí, chováním, prožitky, snadností či nesnadností vzniku citů, jejich hloubkou a projevy navenek, rychlostí jejich střídání. Řecký lékař Hippokrates stručně charakterizoval čtyři základní typy temperamentu, které později upravil lékař Galenos a rozlišil I. P. Pavlov podle základních vlastností nervových procesů.

Sangvinik – jedinec, který je čilý, veselý, společenský, nestálý, silný, vyrovnaný, živý, optimistický, přizpůsobivý, pohotový, podnikavý, umí dobře střídat pracovní činnosti, které provádí v rychlém tempu, zvládá provádět několik činností najednou, smělý, rozhodný, nekonfliktní, ale také lehkomyšlný, povrchní, upovídaný, málo sebekritický, přehnaně odvážný.

Cholerik – vzteklý, snadno vznětlivý, zpravidla se ale rychle uklidní, silný, nevyrovnaný, živý a vášnivý s výraznou mimikou, pracuje rychle, impulzivní, mívá prudké reakce, netrpělivý, vzdorovitý, agresivní, nedostatečně se sebeovládá.

Flegmatik – netečný, klidný mnohdy až lhostejný, pomalý, spolehlivý, silný, vyrovnaný, rozvážný, vytrvalý, pracující rovnoměrně, samostatný, přátelský, snášenlivý, má rád řád, pasivní, pracuje stereotypně, dlouho vydrží u jedné činnosti, obtížně se přizpůsobuje změnám a nerad mění navyklé chování.

Melancholik – pomalý, smutný, citově se příliš neprojevuje, city jsou však hluboké a trvalé, slabý typ, vážný, svědomitý, důkladný, často pesimista, urážlivý, nedůtklivý, s častými pocity méněcennosti.

Charakter umožňuje řídit jednání člověka podle společenských a morálních požadavků. Na formování charakteru má vliv zejména výchova a společenské vlivy. Do charakterových vlastností se řadí vztah k lidem, společenské postoje, světonázor, kontrola a regulace temperamentových vlastností, morálka. Součástí charakteru je i svědomí, chování a jednání z morálního hlediska, které se rozvíjí od ranného dětství převzetím norem a požadavků společnosti. Charakter a temperament jsou těsně spjaty (Zacharová, 2011, s. 58).

1.14 Komunikační dovednosti

Jedná se o komplex úrovně mluveného projevu, emočních kompetencí, sebejistoty, poznání sebe sama a poznání partnerů komunikace (Vymětal, 2003, s. 25).

Ať už komunikujeme prostřednictvím jakéhokoli typu a využijeme k tomu jakýkoli komunikační prostředek, jestliže chceme, aby byla komunikace efektivní, musíme vždy dodržovat následující základní požadavky, jako je stručnost, zřetelnost, správnost, úplnost a zdvořilost (Vymětal, 2003, s. 27).

Mezi nejdůležitější komunikační dovednosti patří aktivní naslouchání, technika kladení otázek, neverbální komunikace a empatie.

- **Aktivní naslouchání** - navozuje pocit porozumění, téměř každého lze získat tím, že jsme ochotní vyslechnout jeho problémy či se s ním podělit o jeho radost. Vyslechnutí však musí být aktivní, aktivita musí být vidět. Zájem můžeme projevovat slovními i mimoslovními projevy, jako je přitakávání, stručné shrnutí toho, co bylo řečeno, neverbálně držením těla, gesty, které prozrazují soustředění (Khelerová, 2006, s. 17).

Jedná se o dovednost, kterou lze naučit, důležitý je kontakt očima a vstřícnost (Vrublová, 2006, s. 45).

Nejčastějšími chybami, kterých se můžeme jako posluchač dopustit, je přerušování partnera, skákání do řeči, absence očního kontaktu, nedostatečné reakce, nezájem

- **Technika kladení otázek** - vhodně zvolenými otázkami je možné komunikaci korigovat. Uzavřené otázky komunikaci urychlují a otevřené ji rozproudiví. V úvodu rozhovoru je doporučeno klást otevřené otázky, aby se partner rozpovídal, zde přichází na řadu aktivní naslouchání. Jestliže je třeba konverzaci urychlit nebo si ujasnit konkrétní fakta, klademe uzavřené otázky. Kladení otázek je mnohdy náročná technika, ale kdo se neptá, nic se nedozví (Khelerová, 2006, s. 17).

1.15 Významová struktura komunikace

Vyjma obsahu našeho sdělení je také důležitý jeho význam, významová struktura.

V této souvislosti uvádím pětikomponentový model významové struktury:

- 1/ záměr - cíl sdělení;
- 2/ význam sdělení pro mluvčího;
- 3/ věcný obsah sdělení;
- 4/ význam sdělení pro partnera komunikace – srozumitelnost sdělovaného;
- 5/ účinek sdělení – jaký je dopad toho, co bylo sdělováno.

Jestliže chceme dosáhnout maximálního porozumění, musíme si stanovit jasně cíl sdělení, o co nám jde a následně vhodně zvolit slova a věty, které použijeme.

U posluchače si musíme následně ověřit, zda správně pochopil sdělení a jeho význam akceptoval (Janáčková, Weiss, 2008, s. 16).

1.16 Přístupy ke studiu komunikace

V obecné rovině rozeznáváme lékařský přístup, sociologický přístup, antropologický přístup, přístup transakční analýzy, Balintův přístup a sociálněpsychologický přístup.

Lékařský přístup se primárně zabývá diagnózou, sociologický, antropologický a přístup transakční analýzy se zabývají rolmi, hranými zainteresovanými osobami, lékařem a pacientem, a sociálněpsychologický přístup se zabývá chováním lékaře a pacienta.

1.16.1 Lékařský přístup

Zabývá se diagnózou a chorobami. Důležitým aspektem každého uzdravovacího procesu je lékař, člověku nelze porozumět, pokud jej budeme izolovat od jeho prostředí. Klasický lékařský model je nepřesný, opomíjí zkoumání pacientových názorů, nevyužívá neverbální komunikace ani terapeutického vztahu lékař – pacient, nevysvětluje.

1.16.2 Sociologický přístup

Sociologický přístup se snaží identifikovat sociální faktory, které ovlivňují a předurčují chování mezi lékaři a pacienty. Významnými prvky, které pravděpodobně řídí sociální chování, jsou hodnoty a normy, kde hodnoty mají vztah ke společným přesvědčením a jsou brány abstraktně a normy jsou konkrétnější a odrážejí soubor různých přesvědčení. Rámce chování lékaře a pacienta jsou dány jejich rolími. Lékař by měl zohledňovat, že problémy každého pacienta mohou být ovlivněny různými sociálními faktory, které se mohou u jednotlivých případů lišit. Lékař by tedy měl tyto faktory odhalit a využít je při jednání s pacientem.

1.16.3 Antropologický přístup

Rozlišuje tři součásti lékařovy autority: moudrou – právo být slyšen, plyne z jeho znalostí a dovedností, mravní – je odvozena od Hippokratovy přísahy a lékařovo chování je sociálně správné a individuálně dobré, a charismatickou – udržuje naději i v beznadějně situaci. Pacient, který přichází k lékaři, má již ve většině případů vlastní názor na to, co se mu stalo a je na lékaři, aby jej pochopil a zároveň jeho teorii potvrdil či vyvrátil. Pacient prahne po odpovědích na otázky, které se týkají jeho zdravotního stavu, a sice co se stalo, proč se to stalo, proč se to stalo právě jemu a právě nyní, jaké by to mělo následky, kdyby s tím nic nedělal, a s kým se má poradit a co má se svým problémem dělat?

1.16.4 Přístup transakční analýzy

Tvůrcem transakční analýzy je americký psychiatr Eric Berne, který tuto teorii rozvinul v 50. a 60. letech 20. století (Hanuš, 2007, s. 54).

Komunikace je řadou transakcí mezi lékařem a pacientem, kteří projevují pocity a chování charakteristické jedním ze tří stavů myslí našeho já, našeho ega. Tyto stavy myslí jsou rodič, dospělý a dítě a představují dohromady osobnost každého jednotlivce. Rodič radí, zakazuje, nařizuje, vychovává, pečuje. Dospělý myslí, jedná logicky, rozřazuje informace. Dítě jedná intuitivně, spontánně, truceje, pláče, chce.

Pokud jednáme s osobou dle transakční analýzy dospělé, reaguje ona také dospělé, jestliže jednáme jako rodič, měli bychom očekávat reakci dítěte. Transakce mezi jednotlivými úrovněmi mohou mít tedy různou podobu, a sice paralelní, zkříženou, skrytou. Při některých kříženích se může komunikace přerušit. Ve vztahu lékař – pacient se většinou setkáváme se způsobem jednání rodič – dítě, kde rodičem je lékař a dítětem pacient, který očekává pečující přístup. Optimálním stavem komunikace by však byl styl jednání dospělého s dospělým.

1.16.5 Balintův přístup

Pracuje s myšlenkou psychosomatické nemoci a vychází z těchto témat:

psychické potíže se prezentují i fyzicky a naopak fyzická nemoc má psychické konsekvence, lékařovy pocity mají při komunikaci svůj význam, lékař by měl být citlivější k aktuálnímu dění v pacientově mysli a za tímto účelem by měl absolvovat specifický výcvik. Během konzultace pociťuje lékař k pacientovi určité emoce, které je třeba identifikovat a využít v pacientův prospěch.

1.16.6 Sociálněpsychologický přístup

Zabývá se chováním lékaře a pacienta. Lékaři by se měli aktivně zabývat názory pacientů a jejich výkladem toho, co vymezuje jejich zdraví, protože tyto faktory mají vliv na jejich chování. Tento přístup pracuje s faktem, že lékařova osobnost souvisí se správným určením diagnózy. V případě pacienta hraje v úspěšnosti výsledků léčby jeho introverze nebo extroverze, ale také jeho názory na zdraví, zdravotní motivace. Lékař může být schopen ovlivnit zdravotní chování pacienta tak, že zjistí jeho názory a obavy, zapojí pacienta do rozhodování, srozumitelně jej uvede do problematiky problému a motivu jej k převzetí odpovědnosti za jeho zdraví (Janáčková, Weiss, 2008, s. 49).

2 KOMUNIKACE VE ZDRAVOTNÍ PÉČI

Všichni lidé se během svého života stanou pacienty, a tudíž je profese lékaře jednou z mála, se kterou se během života setkává každý člověk.

Komunikace reprezentuje ve zdravotnické instituci několik funkcí, a sice manažerskou, marketingovou, léčebnou a etickou (Exner, 2005, s. 65).

Úloha zdravotníků je v ohledu komunikace poněkud specifická, protože klienti a jejich blízcí si do zdravotnických institucí velmi často přicházejí nejen pro odborné informace, ale také zde očekávají pochopení. Lékaři i zdravotnický personál by měli být schopni a ochotni toto jejich očekávání naplnit (Šimková, 2007, s. 3).

Pojem komunikace ve zdravotnictví začíná v našich zeměpisných šířkách nabývat na stále větší naléhavosti, neboť co do odborných znalostí, technického vybavení nebo farmakoterapeutických možností je naše zdravotnictví na velmi vysoké úrovni. Bílým místem jsou již zmiňované komunikační dovednosti, spíše nedovednosti našeho zdravotnického personálu (Janáčková, Weiss, 2008, s. 9).

Co se skrývá pod pojmem komunikace ve zdravotnictví, to nám pomohou přiblížit následující kapitoly.

2.1 Vymezení pojmů zdraví, zdravotnictví, zdravotní péče a dalších

Vzhledem k tomu, že je práce úzce zaměřena na komunikaci ve zdravotnictví, konkrétně na gynekologii a porodnictví, je tedy třeba definovat některé základní pojmy z této oblasti.

2.1.1 Zdraví

Při ozřejmění pojmu zdraví se nejčastěji setkáváme s definicí Světové zdravotnické organizace, která nám sděluje, že zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody (z angl. well – being) a nejen nepřítomností nemoci nebo vady (také infirmity). Tato definice byla později upravena tak, že zdraví je stav, který umožňuje jedincům a

skupinám osob identifikovat vlastní cíle a uspokojovat potřeby, reagovat na změny a vyrovnávat se se svým prostředím (Gladkij, Strnad, 2002, s. 42). Zde je zdraví vymezeno třemi základními aspekty, a sice tělesnem, duševnem a sociálním, jež jsou vzájemně rovnocenné (Zacharová, 2011, s. 11).

Duševní zdraví: též psychologické zdraví. Pojímá i emocionální zdraví, subjektivní vnímání vlastního zdravotního stavu a je též vztaženo k intelektuální úrovni jedince.

Tělesné zdraví: obvykle je v souvislosti s nepřítomností vady či nemoci a popisuje biologickou integritu, udržení fyziologických funkcí orgánů a soběstačnost.

Sociální zdraví: je vztaženo ke schopnostem rozvíjet dobré mezilidské vztahy, navazovat sociální kontakty a umět zvládat sociální role (Holčík, 2010, s. 14).

2.1.2 Zdravotnictví

Jedná se o soustavu opatření, zařízení, pracovníků a odborných činností směřujících k péči o zdraví obyvatelstva v souladu s poznatky moderní vědy, reagujících na zdravotní potřeby příjemců na podkladě socioekonomických a geopolitických podmínek, poskytujících odborné zdravotnické služby (Vokurka, Hugo, 2008, s. 1124).

Jde o část péče o zdraví, která je vykonávána odborně a profesionálně. Cílem zdravotnictví je napomáhat ke zlepšování zdraví lidí pomocí poskytování zdravotních služeb a snažit se o co nejlepší součinnost zdravotnického systému jako komplexu (Holčík, 2010, s. 89).

2.1.3 Zdravotní péče

Jedná se o péči, kterou poskytují odborní zdravotničtí pracovníci v preventivní, pracovně lékařské, dispenzární, diagnostické, rehabilitační, léčebné, ošetrovatelské, lékárenské, posudkové, lázeňské, domácí a přednemocniční neodkladné péči (Gladkij, Strnad, 2002, s. 13).

Jejím smyslem je chránit, upevňovat, rozvíjet a navracet zdraví (Vokurka, Hugo, 2008, s. 776).

2.1.4 Péče o zdraví

Obsahuje veškeré aktivity, které přispívají ke zdraví lidí. Jedná se o souhrn ekonomických, organizačních, výchovných, zdravotnických a jiných opatření, prostředků a činností, které mají za cíl chránit, posilovat, rozvíjet a navracet lidem zdraví. Hlavním úkolem péče o zdraví je, aby všichni docílili pokud možno svého plnohodnotného zdravotního potenciálu, jenž je nejvyšším stupněm zdraví, kterého může daná osoba dosáhnout. Je podmíněn předpoklady, které vytváří společnost a zároveň aktivitou, možnostmi a schopnostmi jedince (Holčík, 2009, s. 89).

Střed péče o zdraví se nachází v rodinách, školách a také na pracovištích. Předmětem profesních zdravotnických aktivit se stávají ty zdravotní problémy, na jejichž řešení běžná laická veřejnost nestačí. Cílem péče o zdraví je, aby bylo všem umožněno dosažení co nejlepší zdravotní kapacity (Holčík, Kaňová, 2005, s. 9).

2.1.5 Podpora zdraví

Jedná se o dynamicky se rozvíjející a doplňující soubor idejí, metod, aktivit, preventivních, organizačních a výchovných opatření, např. zdravý životní styl, který vede k plnému zdraví, atd. (Holčík, 2009, s. 131).

2.1.6. Zdravotní gramotnost

Je velmi důležitým předpokladem cesty ke zdraví, nástrojem rozvoje osobnosti, součástí kultury, ekonomickou prioritou. Je to schopnost na základě zdravotních informací jednat, číst a rozumět a umět tyto informace využít ke zlepšení zdraví a také činit správná rozhodnutí v každodenním životě, která povedou ke zlepšení zdraví jedince i celé populace (Holčík, 2010, s. 152).

Nízká zdravotní gramotnost vede k ekonomickým škodám (v USA až 73 miliard dolarů ročně), liší se napříč jednotlivými sociálními skupinami (Holčík, 2009, s. 10).

2.2 Komunikace ve zdravotní péči

Na lékaře jsou kladeny ve všech oblastech jejich počínání velmi vysoké odborné i profesní požadavky. Lékaři jsou svým okolím tlačeni do rolí znalců, a to také v problematice interpersonálních vztahů. Ve zkratce MUDr. slovo „Universae“ již neznamená v pravém slova smyslu „všeobecný“ ve všech oblastech medicínských aktivit. V aktuálním stavu vědy není v lidských silách jednotlivce pojmout takovýto informační nápor. U mnohých odborných kapacit můžeme vážně pochybovat v mezilidském kontaktu o jejich komunikačních kompetencích (Obereignerů, 2009, s. 8). Rozhovor lékaře s pacientem je základní metodou, která lékaři dopomůže porozumět pacientovi a jeho obtížím a zároveň se jedná o klinickou metodu. Z tohoto rozhovoru plyne celý následný léčebný postup. Komunikace s pacientem v ordinaci by měla probíhat obousměrně, čímž se vyvarujeme případného zkreslení pacientovy diagnózy (Obereignerů, 2009, s. 25).

Jestliže chceme správně komunikovat ve zdravotnictví, neznamená to výhradně pouze hovořit, ale i získávat a sdělovat informace, na kterých dosti často závisí zdraví i život pacienta. Z těchto důvodů bychom za každých okolností měli vědět, co chceme říci, kdy, kde a jak danou informaci podat. Sdělení by mělo být srozumitelné a jasné, tempo a tón hlasu přizpůsobené příjemci (Janáčková, Weiss, 2008, s. 11).

Komunikace zdravotníka s pacientem nesmí být jednosměrná, ale musí za rozmanitých okolností v různé míře probíhat obousměrně (Janáčková, Weiss, 2008, s. 69).

Můžeme se setkat i s názory, že byť jen pohled na čistou bílou uniformu zdravotníka působí blahodárně a nemocnému uleví od bolesti, se kterou přicházejí do zdravotnické instituce (Šimková, 2007, s. 20).

Na efektivní komunikaci velmi často závisí úspěšnost léčby a spokojenost lékaře i pacienta (Zacharová, 2011, s. 95).

Dle Macha, (2010, s. 196) lékař, který s pacientem v nezbytném rozsahu nekomunikuje, nedodrží nejen etické normy, ale ani zákon. Jedná tedy stejně protiprávně, jako když při léčbě postupuje non lege artis.

2.3 Komunikační přístupy k pacientům

V našich podmínkách často lékař vyžaduje pacientovu absolutní podřízenost a poslušnost, která pramení ze vztahové nevyrovnanosti a lékařovy dominance. U tohoto typu komunikace lékař zakazuje, přikazuje, doporučuje, radí, snaží se o věcný přístup bez osobního zaujetí, ve většině případů se zajímá pouze o nemoc a ne o člověka, kterého léčí. Tento komunikační přístup nazýváme paternalistickým modelem, z něj se pak odvíjí paternalistický vztah lékaře a pacienta. Tento přístup je orientován směrem k lékaři, pacient je pasivním příjemcem. Lékař jedná direktivně.

Naproti tomu stojí tzv. partnerský model s partnerským vztahem mezi lékařem a pacientem, který je orientovaný na pacienta, je nedirektivní. Je založen na osobním vztahu mezi lékařem a pacientem, na vzájemné úctě, spolupráci, lékař pacientovi naslouchá, zajímá se o subjektivní stránku nemoci. Pacient má možnost se spolupodílet a spolurozhodovat o své léčbě, aktivně se zapojuje, rozumí své nemoci, lépe spolupracuje. Takovýto zaujatý pacient spolehlivěji dodržuje lékařova doporučení, včas informuje o všem podstatném. Komunikace v tomto modelu je empatická, nedirektivní, přátelská a výsledkem takovéhoho léčebného procesu bývá lepší průběh léčebného procesu než u modelu paternalistického. Odbornou terminologií nazýváme spolupráci pacienta s lékařem, jejímž výsledkem je vzájemný vztah a komunikace, compliance.

Moderní přístup vztahu lékaře a pacienta se přiklání k partnerskému modelu spolupráce, zdůrazňuje nezbytnost pacientova aktivního přístupu ke zlepšování a udržování jeho zdravotního stavu, ze strany lékaře tzv. vše pro spokojeného pacienta, a odklání se od tradičního modelu, který je však v našich podmínkách velmi rozšířen, a sice od modelu paternalistického, který počítá s pasivním a podřízeným pacientem (Honzák, 1999, s. 133).

Do vztahu lékaře s pacientem zasahuje také tzv. přenos, vztahová asymetrie, kdy pacient přenáší své dřívější vztahové zkušenosti na lékaře, a protipřenos, kdy se jedná o přenos ze strany lékaře směrem k pacientovi.

Rozeznáváme tři typy přenosu a protipřenosu:

- pozitivní – v myšlení a chování převažují pozitivní emoce;
- negativní - v myšlení a chování převažují negativní emoce;

- ambivalentní – projevují se obě varianty myšlení a chování (Janáčková, Weiss, 2008, str. 66).

2.3.1 Očekávání lékaře od pacienta

Vzájemný vztah lékaře a pacienta je manifestován jejich očekáváními a tím, do jaké míry jsou oběma stranami tato očekávání naplňována.

Lékař od pacienta vyžaduje, pacientovu podřízenost, že bude plně spolupracovat, lékař jej uzdraví a v neposlední řadě, že mu bude pacient projevovat vděk.

Zjistilo se, že 30 – 50 % pacientů léčených ambulantně nedodrží doporučení a stanovenou medikaci a také že ženy jsou disciplinovanější než muži a zároveň děti spolupracují lépe než dospívající (Vymětal, 2003, s. 117).

Zdrojem mnoha vzájemných komunikačních a postojových nedorozumění bývají často nenaplněná očekávání jak lékařů, tak pacientů.

V našich podmínkách často lékař vyžaduje pacientovu absolutní podřízenost a poslušnost, která pramení ze vztahové nevyrovnanosti a lékařovy dominantnosti. U tohoto typu komunikace lékař zakazuje, přikazuje, doporučuje, radí, snaží se o věcný přístup bez osobního zaujetí, ve většině případů se zajímá pouze o nemoc a ne o člověka, kterého léčí (Janáčková, Weiss, 2008, s. 65).

2.3.2 Očekávání pacienta od lékaře

Co očekává pacient od lékaře? Je to lékařova podpora, rychlé uzdravení nebo alespoň zmírnění příznaků nemoci, projevení zájmu o jeho osobu, zachování lékařského tajemství, lidský a profesionální přístup, lékařova podpora v období nemoci, že jej bude o všem důležitém pravdivě informovat a respektovat jeho soukromí (Janáčková, Weiss, 2008, s. 65).

2.3.3 Nároky na lékaře

1. vždy pozorně poslouchat pacienta;
2. všechno jasně a srozumitelně vysvětlit a ujistit se pomocí techniky zpětné vazby, že pacient porozuměl;
3. pravidelně hovořit s pacientem o prevenci;
4. jednat poctivě a čestně;
5. zjistit od pacienta vše, co by mohlo vzájemnou spolupráci zkomplikovat;
6. vždy respektovat a zachovat důvěrnost informací sdělených pacienty;
7. dodržovat a akceptovat pacientova přání a žádosti;
8. pacienta veřejně nekritizovat;
9. udržovat oční kontakt během rozhovoru;
10. zachovávat pacientovo soukromí;
11. projevit pacientovi svoji emoční podporu;
12. neudržovat s pacienty intimní vztahy;
13. určit přesnou diagnózu, a jestliže to situace umožňuje, tak s ní pacienta seznámit jemu srozumitelným způsobem;
14. za všech okolností reprezentovat upraveným a čistým zevnějškem;
15. počínat si před pacienty tak, aby se za své chování nemusel stydět;
16. nevyžadovat od pacientů finanční příspěvky.

2.3.4 Nároky na pacienta

1. dotazovat se lékaře na vše, co je nejasné a nesrozumitelné;
2. sdělit lékaři všechny nezbytné informace. Lékař bez nich neví, co, kde a jak moc vás bolí, bez vašeho komentáře lékař neví, jaký terapeutický postup považujete za nejvhodnější;
3. pečlivě dodržovat všechny lékařova rady – je to v první řadě pro vaše vlastní dobro;
4. být k lékaři sdílní a upřímní;
5. zbytečně nepřipravovat lékaře o čas, důvěřovat svému lékaři
6. zachovávat lékařovo soukromí;

7. říci lékaři všechny své problémy najednou, nic zbytečně nezamlčovat, následky by se mohly obrátit proti vám;
8. udržovat s lékařem oční kontakt během rozhovoru;
9. říci lékaři všechny své otázky, pocity, pochybnosti, lékař neví, co se vám odehrává v hlavě a co vás trápí (Honzák, 1999, s. 7).

2.4 Strategie a dovednosti během konzultace s pacientem, princip komunikace mezi lékařem a pacientem

Studie zabývající se problematikou komunikace ve zdravotní péči opakovaně poukazují na nezpochybnitelný význam komunikačních dovedností lékařů ve vztahu k pacientům. Prostřednictvím vhodné diskuze s pacientem se lékař dopátrá jeho obtíží a následně tak může navrhnout optimální terapeutický postup směřující ke zmírnění zdravotního problému, či k jeho úplnému vyřešení. Kvalita vztahu mezi lékařem a pacientem je klíčovým faktorem v efektivitě zdravotní péče. Dobře nastavená komunikace mezi lékařem a pacientem je spojená s pacientovou spokojeností s léčbou, s lepší compliance a může vést k rychlejšímu uzdravení a návratu do běžného života (Verlinde, De Laender, 2012, s. 1).

Mezi další benefity kvalitní komunikace ze strany lékaře s pacientem, které jsou popisovány v literatuře, patří snížení pocitu úzkosti a symptomů deprese (Hausberg, Hergert, 2012, s. 18.)

Mnoho zdravotníků postrádá dovednosti, jako je kladení otázek, naslouchání, analyzování slyšeného, k tomu je většinou vedou důvody preferování diagnostických a terapeutických postupů a tuto součást své práce značně podceňují, přičemž zapomínají na fakt, že pouze soustavným budování vztahu s pacientem je možné vytvořit prostředí s atmosférou důvěry a vzájemné spolupráce (Honzák, 1999, s. 165).

V medicínské praxi se často stává, že lékař naruší intimní zónu pacienta. K tomu, aby celá tato situace vyvolala co nejméně nepříjemných pocitů u pacienta, je třeba, aby lékař dobře ovládal základní komunikační dovednosti.

Naslouchání, empatie, projevy porozumění, výklad, zájem, podpora a rady jsou základem pro efektivní komunikaci ze strany lékaře k pacientovi (Obereignerů, 2009, s. 25).

Správně vedená nedirektivní konzultace s pacientem by v podání lékaře měla obsahovat následující fáze:

- akceptace spolupráce;
- stanovení terapeutických priorit;
- navození pocitu jistoty a bezpečí;
- zajištění informovanosti pacienta;
- vzájemná dohoda o způsobu léčby;
- ukončení konzultace (Jobánková, 2002, s. 153).

2.4.1. Jak odebrat anamnézu a postupovat při konzultaci s pacientem dle Maastrichtského postupu lékaře

- 1/ zjistit důvody pacientovy návštěvy;
- 2/ sesbírat anamnestické informace;
- 3/ navrhnout pacientovi východisko;
- 4/ strukturovat dialog;
- 5/ osvojit si dovednosti interpersonálního kontaktu;
- 6/ osvojit si komunikační dovednosti, konkrétně: definovat správné cíle – umět klást otázky, specifikovat problém ve správný okamžik, umět udělat krátká a výstižná shrnutí diskutované problematiky, podat informace postupně, používat techniku zpětné vazby k ověření si správnosti pochopení sdělení na straně pacienta, pokud to nelze jinak, umět konfrontovat problém, hovořit a jednat srozumitelně (Honzák, 1999, s. 17).

2.4.2 Nejčastější úskalí nedostatečné dlouhodobé spolupráce lékaře a pacienta, bariéry v komunikaci

1. výrazná nerovnost vztahu – lékař je významně dominantní, pacient z něj má strach, lékař očekává od pacienta pragmatické jednání a slepou poslušnost, neprojevuje zájem o jeho psychické rozpoložení;

2. pacient trávil dlouhou dobu čekáním na ošetření;
3. lékař není ochoten s pacientem či s jeho příbuznými hovořit, většinou v kombinaci s nedostatkem času, působí na něj pomyslný tlak dalších čekajících v čekárně. K tomu, aby nemocný lékaři bez zábran sděloval pravdivé informace, je třeba vytvořit základní prostředí důvěry a nelze se podvolovat diktátu času;
4. lékař mluví odborným způsobem, pacient mu nerozumí, nebo rozumí špatně. Lékař by měl v tomto ohledu protistranu podceňovat, vyvarovat se odborných pojmů, podstatná fakta zopakovat a ujistit se za použití zpětné vazby, že jej nemocný opravdu pochopil a nedává najevo souhlas z pouhé slušnosti;
5. lékař klade pacientovi přemíru otázek, neumožňuje mu se projevit, jedná se spíše o monolog než dialog;
6. lékař po nemocném vyžaduje okamžitou změnu životního stylu a nezdravých návyků;
7. pacient se lékaře bojí, protože jej lékař kritizuje, spílá mu, snaží se v něm vyvolat pocit viny;
8. lékař nerespektuje aktuální stav pacienta, kterému je fyzicky nebo psychicky zle – většinou se obojí kombinuje, mnohdy není s to vnímat, co mu lékař sděluje;
9. pacientův zdravotní stav se nečekaně zhoršil;
10. pacientovo vnímání naprosto ochromují starosti o jeho zdravotní stav, je jimi natolik zaujat, že není schopen vstřebat další informace, neposlouchá. Nejčastěji jej takto zaměstnávají obavy, které se týkají jeho zdravotního problému a výhledu do budoucnosti, což zahrnuje i subjektivní názor na onemocnění.

Komunikační překážky mezi pacientem a lékařem mnohdy vyplývají z větších sociálních vzdáleností mezi oběma komunikujícími a jsou velmi častými původci vzniku nedorozumění. Týká se to zejména pacientů, kteří nevystudovali vysokou školu, čili naprosté převahy nemocných. Mezi lékařem a pacientem, či jeho příbuznými vzniká odstup, který je dán lékařovým akademickým vzděláním, což umocňuje ještě okolnost, že lékař vyvolává respekt a obavy, neboť je na něm pacient úplně závislý. Toto odcizení a komunikační překážku znásobuje používání odborných

termínů, nebo neobvyklého jazyka, jak je tomu v případě lékařského profesionálního slangu (Vymětal, 2008, s. 123).

2.4.3 Typologie pacientů podle postojů

Heroický – pacient se snaží potíže související s nemocí potlačit, plní určitý heroický výkon, který nejčastěji souvisí s prací, nemůže zůstat v neschopnosti.

Bagatelizující – pacient svůj zdravotní stav přeceňuje a dává najevo v souvislosti s prognózou přílišný nepřiměřený optimismus.

Nonkompliatní – pacient se odmítá léčit a nebere svoji nemoc v úvahu.

Nosofobní – trpí přehnanými obavami o svůj zdravotní stav, nechává se opakovaně vyšetřovat.

Nosofilní – pacient ze svého onemocnění druhotně získává.

Hypochondrický – uvědomuje si obavy o své zdraví pouze částečně, neustále o svých potížích hovoří (Obereignerů, 2009, s. 22).

2.5 Současná úroveň komunikace lékař – pacient v ČR

Medicína se dnes spíše ubírá technologickou cestou a pokrokem a zcela zapomíná na to, že jejím hlavním úkolem je pomáhat strádajícímu člověku a ne jen bojovat s nemocemi, lékař udělá velmi rychle diagnózu a dál už vlastně nepotřebuje s pacientem hovořit.

Lékař by měl umět pacientovi za všech okolností nabídnout nějakou alternativu a neopustit ho v momentě, kdy jsou už veškeré možnosti vyčerpány. Čeští zdravotničtí pracovníci jsou vycvičeni na to, aby uměli léčit a vyléčit pacienta, ale už neumějí najít východiska ze situací, kdy léčba selže (Hrdoušková, 2003, <http://zdravi.doktorka.cz/lekari-pacienti-spolu-neumi/>).

Kvalita zdravotnické instituce je přímo ovlivněna tvorbou vnitřní efektivity odborných a manažerských postupů, jejichž základem je strategicky řízený a profesionálně vedený komunikační proces, který napomáhá ke zvýšení pohodlí zaměstnanců a ke snížení jejich fluktuace, která se po vstupu ČR do EU stala nezanedbatelným problémem při

snaze zajistit síť kvalitních zdravotních služeb. Dnešní lékařská a ošetrovatelská péče klade na pracovníky ve zdravotnických institucích, lékaře, sestry, management, čím dál, tím vyšší odborné, ale i interpersonální požadavky. Významným nástrojem, jak zvýšit celkovou kvalitu zdravotnické instituce, je komunikace, která už není vnímána pouze jako prostředek k vytváření mezilidských vztahů v moderním léčebném a ošetrovatelském procesu. Výzkumy zaměřené na kvalitu poskytované zdravotní péče dlouhodobě poukazují na vysokou odbornou úroveň a zároveň na nesmírně nízkou úroveň komunikace zdravotnických pracovníků směrem ke klientům a pacientům zdravotnických institucí, zejména lůžkového typu. Nízká úroveň komunikace pracovníků se podílí na celkové nízké spokojenosti občanů s úrovní zdravotního systému, také je v současnosti bariérou zlepšení reputace klientem vnímané kvality zdravotnických institucí (Kousalíková, 2007, <http://www.tribune.cz/clanek/10288>).

S výše uvedeným také koresponduje evidence stížností ČLK, které se ve většině případů týkají právě chyb v komunikaci lékařů s pacienty případně s jejich rodinnými příslušníky a nikoli jejich odborných pochybení (Kubek, Vedralová, Škába, 2006, <http://merkur4.issa.cz/nw/www.lkcroid.cz/dokumenty.php?item.id=72179&do%5Bload%5D=1&filterCategory.id=6>).

Čeští lékaři nemají komunikaci zřejmě příliš v oblibě, přitom zdravotnictví je z 80 % o komunikaci. Fakt, že to naši zdravotničtí odborníci příliš neumějí, vychází opakovaně z různých průzkumů, např. Kvalita očima pacienta, jež se zaměřuje na spokojenost hospitalizovaných osob. Z názorů spokojených respondentů vyplynulo, že by se lékaři mohli víc chovat jako lidé, častěji zdravit, představovat se a více hovořit o diagnóze jazykem, kterému pacient rozumí. Zdravit anebo něco vysvětlit, to jsou věci, které u nás nemají tradici, nemluvě o tom, že starší lékaři příliš nejdou příkladem těm mladším. A přitom by stačilo tak málo. Dle Raitera (2009, <http://www.tribune.cz/clanek/6188-snad-ten-vysokej-blondak-v-bilym-plasti>) je pacient, s nímž lékař srozumitelně mluví, informovaný pacient, který i lépe spolupracuje a rychleji se uzdraví. Toto má vliv i na ekonomiku, protože rychlejší vyléčení znamená brzký návrat k pracovním povinnostem. Polovina všech nemocí vzniká pod vlivem nevyrovnané psychiky. Jestliže bude populace stále nemocnější, bude nutné si i její psychiku více hýčkat. Lékař by měl být podle některých hodnotitelů z padesáti procent herec a z padesáti procent odborník. U takového lékaře jsou pak menší nedostatky v očích pacientů potlačeny, protože pozdrav a podání ruky si pacient

pamatuje (Lánský, 2012, <http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/z-domova/lekar-se-nepredstavi-a-mluvi-divnou-reci-kritizuji-pacienti-463262>).

Další zajímavou studnicí názorů na lékaře jsou poněkud kontroverzní webové stránky www.znamylekar.cz, kde je nejčastějším patientským nářkem nekomunikativnost, případně arogance a nadřazenost ošetřujícího lékaře.

V již výše zmiňovaném projektu „Kvalita očima pacientů“, vyplynulo z průzkumu dílčích indikátorů, co pacientům během pobytu v nemocnicích nejvíce vadí. A sice jsou to následující nešvary:

- lékaři se pacientům nepředstavují, pacient často neví, kdo je jeho ošetřující lékař, z tohoto důvodu se lékařům nedaří získat si důvěru pacientů, která je důležitým předpokladem pro úspěšnou spolupráci při léčbě;
- nízká úroveň empatie personálu ve zdravotnické instituci;
- lékaři sice s pacienty hovoří, ale často nesrozumitelně;
- pacienti cítí potřebu se více zapojit do rozhodování o své léčbě;
- častá indiskrétnost ve zdravotnických institucích, dotazování na pokoji v přítomnosti dalších pacientů anebo dokonce v čekárně a na chodbě (Anonymus, 2012, <http://www.libereckenovinky.cz/zpravy/z-regionu/jaka-je-kvalita-ocima-pacientu/>).

Velmi zajímavé je zjištění, že z průzkumu vyšly jako nejlepší nemocnice, které zároveň nejlépe hospodaří. Zřejmě to až takové překvapení není, protože náležité hospodaření s sebou nese informaci o dobrém managementu. Jestliže je vedení kvalitní a zainteresované, je schopné si uhlídat nejen finance, ale také klade důraz na kvalitu péče o pacienty. Z této skutečnosti také plyne to, že zdravotnictví se může chovat tržně a generovat dobré ekonomické výsledky nemocnic, které nejsou na úkor pacientů (Petrášová, 2009, <http://www.tribune.cz/clanek/15610>).

S ohledem na tyto uvedené skutečnosti se diplomová práce zaměřila na sledování komunikační úrovně privátních a nemocničních gynekologů a porodníků z pracovišť v různých částech Moravy.

2.6 Funkčnost a úspora efektivní komunikace ve vyspělých státech

2.6.1 Náklady na léčbu

Ze zahraničních studií vyplývá, že za přítomnosti lékaře a zdravotní sestry, kteří jsou speciálně zaměřeni na zlepšení komunikace s pacienty a jejich rodinami, je významně snížena délka pobytu na JIP (6,1 versus 9,5 dne) a v nemocnici (11,3 versus 16,4 dne), údaje jsou ve srovnání s kontrolní skupinou. Toto také vede k nižším fixním (15 559 versus 24 080 dolarů) i pohyblivým (5087 versus 8035 dolarů) nákladům na léčbu.

Ze studie, která probíhala na pacientech po kloubních výměnách v devíti nemocnicích se zvýšením spolupráce zdravotnických pracovníků s pacienty a jejich rodinami, vyplynulo, že se jejich pobyt v nemocnici zkrátil o 53 %. Veškeré dílčí kroky spolupráce, jako je systematická, načasovaná a svědomitá komunikace, stejně tak, jako řešení problémů spojených s léčbou, určení si společných cílů a vzájemná úcta mezi zdravotnickými pracovníky, byly spojeny s kratší dobou pobytu pacienta v nemocnici, a tím i s výrazně nižšími náklady na jeho ošetření (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 40).

2.6.2 Medicínsko-právní spory

Kritickým faktorem, který zapříčiňuje vedení většiny soudních sporů je selhání komunikace mezi lékařem a pacientem. Jako prvotní důvod toho, proč pacienti žalují za zanedbání povinné péče, bylo právníky identifikováno v 70 % případů soudních sporů selhání lékařské komunikace. V případě porodníků pacientky většinou nepodávají žaloby, ale velmi často si stěžují na zanedbání péče a na pocity spěchu a ignorance a nedostatek adekvátního vysvětlení situace (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 40).

Mnoho studií však jasně poukazuje na fakt, že efektivní komunikace v medicíně představuje řadu specifických dovedností, kterým je nezbytné se naučit. Z tohoto důvodu je nutné vnímat, že nepřetržité vzdělávání v oblasti komunikace, ale i obecně v kontaktu s pacientem, je nezbytnou součástí výkonu medicínských profesí, a to jak z odborného, tak etického pohledu (Ptáček, Bartůněk, 2011, s. 45).

Zřejmě největší problém mají naši zdravotničtí pracovníci s poskytováním porozumění a citové opory pacientům. Lékaři je neumějí osvobodit od pocitů strachu a nejistoty. A

právě tyto skutečnosti velmi ovlivňují léčebný proces a celkovou dobu hospitalizace. V zahraničí na tyto dovednosti kladou mnohem větší důraz, protože si uvědomují, že bude nemocnice ekonomicky postižena, jestliže bude pacient hospitalizován zbytečně dlouhou dobu (Raiter, 2009, <http://www.tribune.cz/clanek/6188-snad-ten-vysokej-blondak-v-bilym-plasti>).

Dlouhodobé výzkumné projekty evropských i amerických univerzit prokázaly, že jedním z klíčových nástrojů pro zvyšování úspěšnosti moderních léčebných procesů je vhodně řízená klinicko-pacientská komunikace, která významně podporuje nárůst přesnosti stanovení diagnóz, zvyšuje pacientskou spoluzodpovědnost v rozhodovacích procesech a posiluje zdárnost dodržování léčebných režimů. Pacient si během svého kontaktu se zdravotnickou institucí často všimá a upřednostňuje spíše celkové pohodlí péče, kde hraje značnou roli právě profesionálně a strategicky vedená komunikace, než vlastní kvalitu lékařského zákroku (Kousalíková, 2007, <http://www.tribune.cz/clanek/10288>).

O tom, že to v zahraničí při kontaktu pacienta s lékařem funguje jinak, lépe, vypovídají i zkušenosti českých turistů, kteří byli nuceni během svého pobytu vyhledat lékařské ošetření. V rámci těchto situací hodnotí velmi pozitivně při každém prvním setkání s lékařem nebo se zdravotní sestrou již takovou zdánlivou maličkost, jakou je to, že se každý z personálu představí podáním ruky a uvedením svého jména. Ve srovnání s našimi podmínkami jev vsutku nevídaný. A přesto velmi důležitý, protože může bourat bariéry strachu a obav, i jazykové obtíže a navodit tak hlubší prostředí důvěry v očekávanou pomoc. Pacienty je to vnímáno velmi pozitivně, vidí v tom jakýsi posun ve slušnosti v mezilidských vztazích a celkově velký pokrok v přístupu ke zdravotnické péči a přitom toto gesto zdravotnickou instituci vůbec nic nestojí a dá zdravotnictví zase o něco lidštější tvář (Raiter, 2009, <http://www.tribune.cz/clanek/6188-snad-ten-vysokej-blondak-v-bilym-plasti>).

Zahraniční studie se zaměřením na konkrétní jazykové chování lékaře, potvrzují, že zdravotničtí odborníci nejsou zdatní v následujících sférách verbálního kontaktu: 50 % pocítuje nedostatky se správným kladením zjišťovacích otázek, 26 % s otázkami doplňovacími, 55 % nezvládá strategie vedoucí k získání klíčových faktů, které se týkají diagnózy, 15 % má obtíže s optimálním poskytováním informací pacientům. Je pravděpodobné, že příčiny některých z těchto potíží je nutno hledat v systému lékařského vzdělávání. Sociologové i samotní lékaři připouští, že medikové stráví v

rámci své odborné přípravy na budoucí povolání jen velmi krátkou chvíli opravdovým kontaktem s pacientem. Navíc se s nimi obvykle neseťkají v ordinaci praktického lékaře, ale mnohem častěji k setkání dojde v rámci jejich hospitalizace. Vzniká tu tedy jakýsi paradox: studenti jsou v kontaktu s pacienty, kteří jsou kriticky nemocní, jimž doposud nemohou pomoci, jelikož pro to ještě nemají dostatek odbornosti ani klinické praxe, místo toho aby trávili čas s těmi, jejichž problém není až tak závažný a k jehož vyřešení někdy stačí pouze dobře vedený rozhovor (Černý, 2009, <http://philologica.net/studia/20090413140000.htm>).

2.7 Aktuální možnosti vzdělávání lékařů v oblasti komunikace

Až do nedávné doby věnovalo medicínské vzdělávání rozvoji komunikačních dovedností jen velmi malou pozornost. Medici a kliničtí odborníci se byli nuceni spoléhat na vlastní přirozený komunikační talent a zkušenosti. Nepostradatelné změny výuky lékařské psychologie zrcadlí vyvíjející se trend ve společnosti a nutnost osobního rozvoje v komunikaci. Od září 2005 začala probíhat na LF MU v Brně výuka lékařské psychologie, která si vzala za cíl naplnit potřeby studentů, praxe a zároveň byla konkurenceschopná moderním výukovým přístupům na univerzitách v Evropské unii a ve světě. Výuka je orientována na osvojení si základů optimální komunikace, na psychosomatické poruchy napříč všemi obory medicíny, biopsychosociální přístup a je doplněna sebezkušenostním výcvikem (Králová, 2008, s. 7). Začlenění výuky lékařské psychologie do studia na LF MU umožní studentům efektivně a optimálně komunikovat s pacienty i v emočně exponovaných situacích a tyto zvládnout, přistupovat k pacientům s empatií, naučí je vlastní sebereflexi (Králová, 2008, s. 9). Na LF UP v Olomouci se v roce 2008 realizoval projekt Systém psychosociální prevence pro studenty všeobecného lékařství, který sestával z několika tréninkových a vzdělávacích modulů, jako Nebojme se komunikovat, Lékař jako lék – umění naslouchat svým pacientům a jak se z toho nezbláznit, a dalších. Cílem projektu byl rozvoj a zlepšení kompetencí studentů LF v psychosociální oblasti. Tyto výukové oblasti si našly pevné místo v pregraduálním vzdělávání studentů (Králová, 2008, s. 20). Výukový modul „Nebojme se komunikovat“, který je založený na principu transakční analýzy a rogerovského přístupu, jehož hlavním cílem poukázat na

důležitost komunikace, její specifika a nástrahy. Základem výuky je vlastní prožitek a sebezkušenost. Modul „Lékař jako lék“ vychází z Balintova přístupu a z práce s vlastním tělem v pohybu (Králová, 2008, s. 45).

V roce 2006 uvedla na český zdravotnický trh společnost Health Management Consulting Czech Republic (HMC) program pro rozvoj komunikačních kompetencí, jehož prvotní verzi nazvala Comm-on-line. Tento projekt je podpořen Evropskou unií, a sice z Evropského sociálního fondu, státního rozpočtu ČR a také z rozpočtu hlavního města Prahy. Pro ostatní regiony je nabízena komerční verze projektu s názvem Comme2comm, jenž má formu tzv. e-learningu. Tým společnosti HMC se skládá z odborníků v oblastech komunikace, psychologie, lékařství, ošetřovatelství, marketingu, financí, ekonomie, řízení lidských zdrojů. Díky tomuto složení je zaručena obsahová kvalita a vyváženost s vysokým součinným efektem. Z dlouhodobé spolupráce těchto odborníků vzešel program, který podporuje specifické pracovní uspořádání zdravotnické instituce, jejích pracovníků, modul pracuje na bázi e-learningu, čímž minimalizuje časové napětí účastníků projektu, přináší na český zdravotnický trh inovaci v podobě systému Train-the-trainer, předává a implementuje know-how přímo do zdravotnické instituce, managementu poskytuje nástroj pro řízení, sledování a vyhodnocování komunikace zdravotnické instituce jako celku tím, že pracuje na základě kompetenčního profilování MbC (Management by Competencies), a sice tvorbou kompetenčního profilu profesionálů ve zdravotnictví v oblasti komunikace (komunikačního profilu), jeho specifikací a upřesněním pro jednotlivé oborové situace a požadavky (např. pro akutní obory, onkologii, psychiatrii, pediatrii atd.), vývojem a implementací systému efektivního vzdělávání a rozvoje zdravotníků v oblasti profesionální komunikace na bázi kompetencí.

Jednotlivé zdravotnické instituce budou v projektu schopny objektivně vyhodnocovat svou celkovou komunikační kompetenci s využitím komunikačních profilů a také velmi přesně definovat požadavky na její rozvoj, co do množství a charakteru tréninkových a rozvojových programů, školení managementu i změn vlastních oborových postupů v oblasti komunikace. Výsledkem bude napojení komunikačních kompetencí na klíčové faktory výkonnosti zdravotnické instituce (Key Performance Indicators), kde je hlavním cílem sledování vlivu rozvoje komunikačních kompetencí na celkovou kvalitu péče ve zdravotnické instituci (v jednotlivých oborech, pracovištích a klinikách i v celé nemocnici). Jednotlivé managementy zdravotnických

institucí se výrazně liší svým postojem k objektivnímu hodnocení práce svých zaměstnanců, vyplývá to z dosavadních zkušeností. Důvodem je především neznalost hodnotících nástrojů a jejich možností, také manažerská rezignace a odvolávání se na nekonceptní řízení zdravotnictví.

Dílčí komunikační kompetence jsou v projektu Comm-on-line rozděleny následujícím způsobem:

- obecné (společné pro všechny zaměstnance zdravotnické instituce);
- profesní (specifické pro daný zdravotnický obor);
- manažerské (u vedoucích zdravotnických a manažerských pracovníků zdravotnické instituce).

Samotný vzdělávací systém je kombinací několika moderních výukových forem, které zajišťují průběžné využívání systému e-learningu k dosažení maximální efektivity vzdělávacích procesů, minimalizace časového napětí zdravotnických pracovníků a zamezení vlivů časté fluktuace zdravotníků na výsledky vzdělávacího procesu, tedy zajištění kontinuity a tím i efektivity vzdělávání. Výrazným novátorským prvkem projektu je začlenění systému Train-the-trainer, který využívá trenéra komunikace, jenž působí přímo ve zdravotnické instituci.

V ideálním případě se jedná o stávajícího zaměstnance, což zaručuje dobrou znalost prostředí a komunikačních zvyklostí pracoviště. Trenér komunikace je vzděláván, koučován a veden odbornými lektory a získané dovednosti předává přímo do instituce. Také je schopen provádět průběžný komunikační audit, kterým managementu poskytuje validní data pro vyhodnocování projektu. Aktivita trenéra je významně podpořena e-learningovým modulem, který respektuje pracovní model a eliminuje časové nároky na studujícího. Zároveň dává účastníkům programu možnost vše si samostatně řídit, tzv. self management. Rychlost, hloubka a intenzita studia se tak stává osobní věcí studujícího a přímo souvisí s jeho angažovaností, motivací, loajalitou a EQ. Projekt Comm-on-line je komplexním dlouhodobým programem, jehož cílem je zkvalitnit a zefektivnit vnitřní i vnější komunikační proces zdravotnické instituce a přispět tak ke zvýšení celkové kvality zdravotnictví v České republice. Je přístupný ambiciózním zdravotnickým institucím s vysokou mírou motivace, která jsou připravena změnit dosavadní zkonstatované procesy jak v komunikaci, tak v řízení lidských zdrojů a celé zdravotnické instituce (Kousalíková, 2007, <http://www.tribune.cz/clanek/10288>).

3 PRAKTICKÁ A EXPERIMENTÁLNÍ ČÁST

3.1 Cíle výzkumu a hypotézy

Cílem výzkumného šetření byla identifikace reálné komunikační úrovně lékařů směrem k pacientkám v oboru gynekologie a porodnictví prostřednictvím názorů oslovených pacientek na předem vytipovaných pracovištích v privátních ambulancích a v nemocničních lůžkových zařízeních s ambulancí. Jedná se o velmi aktuální problematiku, která úzce souvisí s poskytováním kvalitní a finančně efektivní zdravotní péče. Realizace komunikace kompetentními lékaři s sebou přináší celou řadu otázek, které se staly dílčími cíli dotazníkového šetření.

1. Projevují lékaři o pacientky zájem a přistupují k nim s respektem?
2. Jsou lékaři schopni uspokojivě a trpělivě vysvětlit medikaci?
3. Vybuodovali lékaři v průběhu konzultace prostředí důvěry, zbavené stresu a s dostatkem empatie?
4. Naslouchali lékaři pozorně a zodpověděli uspokojivě dotazy?
5. Věnovali lékaři konzultaci s pacientkou dostatečný čas a profesionální přístup?

Cílem výzkumu bylo zjistit, zda komunikace směrem od lékaře k pacientce v gynekologii a porodnictví funguje, je efektivní, či nikoli. Zda se liší úroveň komunikace v privátním ambulantním sektoru od komunikace v nemocničním lůžkovém segmentu a zároveň, zda je třeba přizpůsobit formu komunikace dosaženému stupni vzdělání pacientek.

1. Úroveň komunikace ze strany gynekologa směrem k pacientce je efektivní a srozumitelná.
2. Existují rozdíly v úrovni komunikačních dovedností privátních a nemocničních gynekologů.
3. Lékař by měl přizpůsobit formu a délku konzultace dosaženému stupni vzdělání pacientky.

Tato problematika byla formulována do níže vytyčených hypotéz. Cílem definovaných hypotéz bylo potvrdit nebo vyvrátit diskutovaná témata.

Hypotéza č. 1

Úroveň komunikačních dovedností gynekologů není v ambulantním a v nemocničním sektoru stejná.

Hypotéza č. 2

Srozumitelnost lékařova sdělení závisí na stupni vzdělání pacientky.

Hypotéza č. 3

Délka konzultace s gynekologem závisí na dosaženém stupni vzdělání pacientky.

Hypotéza č. 4

Srozumitelnost informací, které pacientce gynekolog poskytuje, nezávisí na délce konzultace.

3.1.1 Metodika výzkumného šetření

Výzkumná technika byla realizována kvantitativním přístupem prostřednictvím metody anonymního dotazníkového šetření se zaměřením na jednu dimenzi, a sice na komunikaci lékařů směrem k pacientkám. Dotazník vlastní konstrukce, který je přílohou diplomové práce, byl distribuován přímo k náhodně zvolené pacientce v dané zdravotnické instituci. Respondentky byly oslovovány k vyplnění dotazníku při odchodu z konzultace u privátního gynekologa (100 dotazovaných) a u nemocničního ambulantního gynekologa, taktéž 100 respondentek. Celkem bylo tedy osloveno 200 respondentek. Struktura dotazníku vycházela z odborných literárních zdrojů zabývajících se problematikou komunikace ve zdravotnické péči ve vztahu lékař – pacient. Respondentky jej vyplňovaly samostatně. Časová náročnost na vyplnění ve většině případů nepřesáhla 15 minut. Dotazník byl koncipován formou uzavřených otázek, srozumitelnou a časově nenáročnou formou tak, aby respondentky neodradil od ochoty vyplnit jej a aby zasahoval veškeré fáze rozhovoru lékař pacientka. V každé zdravotnické instituci bylo vyplněno 20 ks dotazníků, celkově se tedy na výzkumu

podílelo 200 respondentek. Návratnost dotazníků byla stoprocentní. Sběr dat probíhal v rozmezí od 1.3.2012 do 31.1.2013, prováděla jsem jej osobně a samostatně. Dotazník je uveden v příloze č. 1.

3.1.2 Profil respondentů

Vzhledem k tomu, že je výzkumné šetření zaměřeno na oblast gynekologie a porodnictví, a tedy z pohledu patientského se jedná o vysloveně ženskou oblast ošetřovaných, byly tudíž respondenty výhradně náhodně oslovené ženy, které navštívily níže uvedená pracoviště za účelem ošetření. Žádné z pracovišť se nezabývá problematikou dětské gynekologie. Z tohoto hlediska byl tedy nejnižší možný věk respondentek 15 let a jednalo se výhradně o občanky se státní příslušností ČR.

3.1.3 Průběh šetření, sběr dat

Dotazníkové šetření probíhalo v deseti vybraných zdravotnických institucích v oblasti Moravy se zaměřením na odbornost v gynekologii a porodnictví. Konkrétně se jednalo o pět lůžkových zařízení akutní péče s ambulancemi a pět privátních ambulantních subjektů. Do průzkumu nemocničních zařízení byly zahrnuty následující instituce:

1/ Krajská nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně, gynekologicko porodnické oddělení pod vedením prim. MUDr. Zdeňka Adamíka, okres Zlín.

2/ Nemocnice Atlas Zlín, gynekologické oddělení v čele s prim. MUDr. Ivo Gerychem, okres Zlín.

3/ Nemocnice Hranice, gynekologické oddělení, prim. MUDr. Horymír Podhorný, okres Přerov.

4/ Nemocnice Hodonín, gynekologické oddělení, prim. MUDr. Jiří Nezdařil, okres Hodonín.

5/ Nemocnice Valašské Meziříčí, gynekologicko porodnické oddělení, pod vedením prim. MUDr. Gágyora, okres Vsetín.

Z ambulantního sektoru byly vybrány tyto privátní gynekologické ambulance:

- 1/ MUDr. Azzam El Chaar, ambulance privátního gynekologa, Otrokovice, okres Zlín.
- 2/ MUDr. Petr Dušek, privátní gynekolog, Napajedla/ Zlín, okres Zlín.
- 3/ MUDr. Karla Hrabcová, soukromý gynekolog v Uherském Hradišti, okres Uherské Hradiště.
- 4/ MUDr. Radomír Valeš, soukromá gynekologická ambulance Nový Jičín, okres Nový Jičín.
- 5/ MUDr. Jozef Mílian, privátní gynekolog Dubňany/ Čejč, okres Hodonín.

Samotnému výzkumnému šetření nepředcházela žádná předvýzkum, na který bychom mohli navazovat.

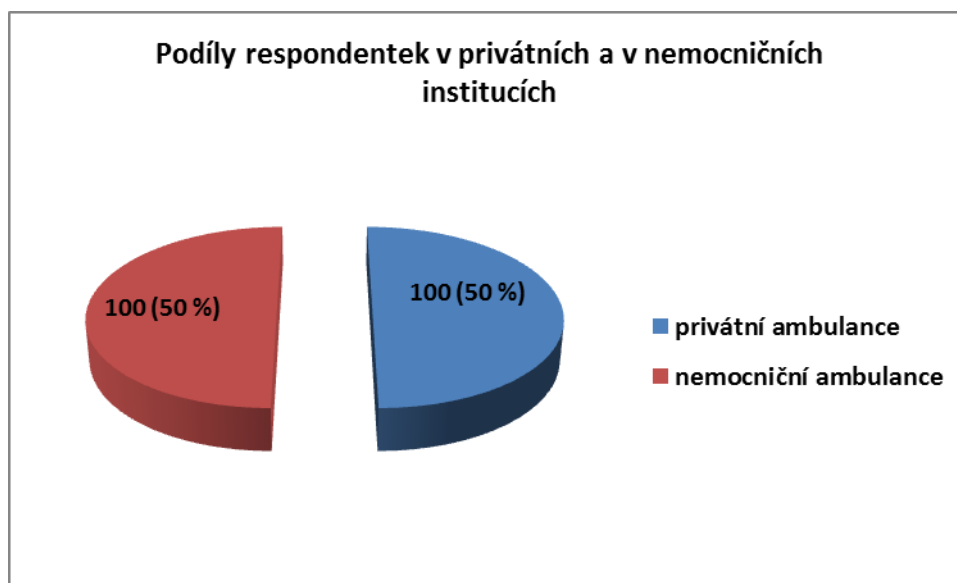
3.1.4 Metody zpracování dat

Dotazníky byly nejprve z hlediska úplnosti odpovědí zkontrolovány. V této fázi nebyl nalezen žádný nekompletně vyplněný dotazník. Získané výsledky dotazníkového šetření byly následně zpracovány v programu Excel tak, že odpověď a/ byla převedena do tabulky pod číslem 1, odpověď b/, jako 2, odpověď c/, jako 3 a odpověď d/, jako 4. Takto zpracovaná zdrojová data byla vyhodnocena pomocí statistického počítačového softwaru SPSS verze 15. Všechny testy byly provedeny na hladině statistické významnosti 0,05. Pro ověření jednotlivých hypotéz byla data uspořádána do kontingenčních tabulek. V případě testování nulové hypotézy č. 1 byl použit Fischerův přesný test. Jedná se o metodu zlatého standardu. U otázky „Jak dlouho trvala vaše konzultace s lékařem?“ byla pro zjištění signifikantních rozdílů použita metoda adjustovaných reziduí. Pro ověření nulových hypotéz č. 2, 3 a 4 bylo použito výpočtu Spearmanova korelačního koeficientu. Pro lepší přehlednost byly výsledky statistického vyhodnocení graficky zpracovány.

3.2 Výsledky a diskuse

Rozložení zdravotnických institucí

Do výzkumného šetření bylo zapojeno celkem deset zdravotnických institucí zabývajících se gynekologií a porodnictvím, pět privátních ambulancí a pět nemocničních ambulancí. K vyplnění dotazníku bylo osloveno dvě stě ošetřených pacientek, sto v privátním sektoru a sto v nemocničním (viz. obr. 1). Na každém pracovišti bylo vyplněno dvacet dotazníků, tzn., podílelo se dvacet pacientek.



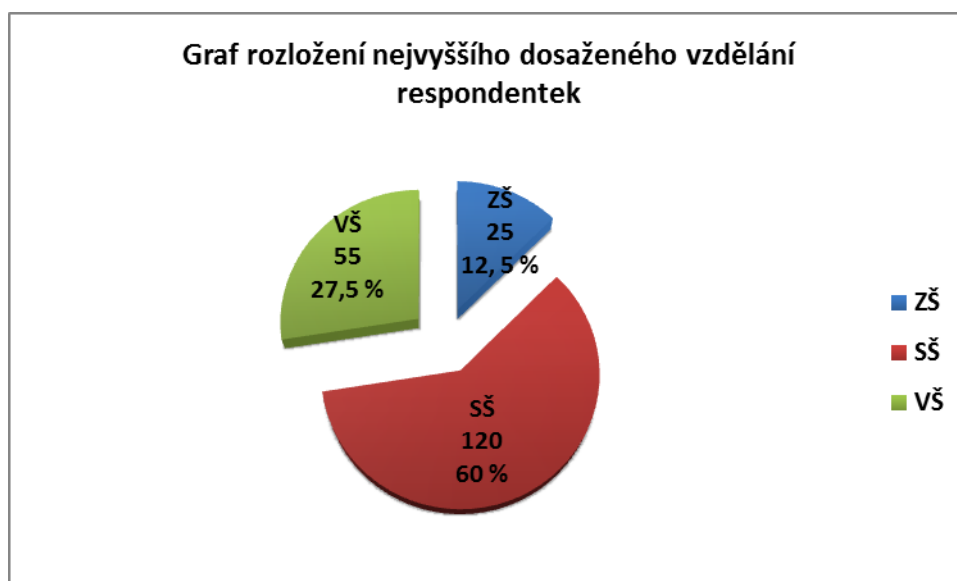
Obrázek 1 Graf rozložení respondentek v privátním a v nemocničním sektoru

Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek

Jak je patrné z tab. 1, absolvovalo 25 oslovených základní školu, což je 12,5 %. 120 žen dostudovalo střední školu, což je 60 % a 55 respondentek vystudovalo vysokou školu, což činí 27,5 % z celkového počtu dvou set dotázaných.

Tabulka 1 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek

	Četnost	Procenta
ZŠ	25	12,5
SŠ	120	60
VŠ	55	27,5
Celkem	200	100



Obrázek 2 Graf rozložení nejvyššího dosaženého vzdělání respondentek

Úroveň komunikačních dovedností lékařů s pacientkami

V následující části se detailně zaměříme na jednotlivé otázky dotazníkového šetření, které hodnotily úroveň komunikačních dovedností gynekologů s pacientkami a vyhodnotíme jednotlivé stanovené dílčí cíle z kapitoly 3.1.

Tabulka 2 Cítila jste z lékaře zájem o vás jako o pacientku?

Kontingenční tabulka

			Cítila jste z lékaře zájem o vás jako o pacientku?				Celkem
			ano	spíše ano	spíše ne	ne	
Navštívila jste lékaře	soukromého	Četnost	44	31	21	4	100
		%	44,0%	31,0%	21,0%	4,0%	100,0%
	nemocničního	Četnost	16	28	47	9	100
		%	16,0%	28,0%	47,0%	9,0%	100,0%
Celkem		Četnost	60	59	68	13	200
		%	30,0%	29,5%	34,0%	6,5%	100,0%

Z dat obsažených ve výše uvedené tab. 2 vyplývá, že pouze 30 % dotázaných zcela potvrdilo odpovědí „ano“ zájem ze strany lékaře o pacientku, 29,5 % reagovalo na lékařovo chování „spíše ano“, 34 % „spíše ne“ a pouze 6,5 % odpovědí bylo „ne“. Pokud budeme jako kladné hodnotit odpovědi „ano“ a „spíše ano“, lékařův zájem o

pacientku vnímalo pozitivně 59,5 % z 200 dotázaných žen, jedná se o hodnotu mírně přesahující polovinu z celkového počtu oslovených respondentek.

Tabulka 3 Obdržela jste dostatek srozumitelných informací o své léčbě, medikaci, o dalším postupu?

Kontingenční tabulka

			Obdržela jste dostatek srozumitelných informací o své léčbě, medikaci, o dalším postupu?				Celkem
			ano	spíše ano	spíše ne	ne	
Navštívila jste lékaře	soukromého	Četnost %	39 39,0%	39 39,0%	18 18,0%	4 4,0%	100 100,0%
	nemocničního	Četnost %	18 18,0%	27 27,0%	45 45,0%	10 10,0%	100 100,0%
Celkem		Četnost %	57 28,5%	66 33,0%	63 31,5%	14 7,0%	200 100,0%

V případě dotazu, zda pacientka obdržela dostatek srozumitelných informací o své léčbě, medikaci, o dalším postupu, odpovědělo „ano“ 28,5 % dotázaných, „spíše ano“ 33 %, „spíše ne“ 31,5 % a „ne“ 7 % (viz. tab 3). Pokud i zde budeme jako kladné hodnotit odpovědi „ano“ a „spíše ano“, dostatek informací obdrželo 61,5 % z 200 dotázaných žen, opět se jedná o hodnotu mírně přesahující polovinu z celkového počtu oslovených respondentek.

Tabulka 4 Choval se k vám lékař s respektem?

Kontingenční tabulka

			Choval se k vám lékař s respektem?				Celkem
			ano	spíše ano	spíše ne	ne	
Navštívila jste lékaře	soukromého	Četnost %	39 39,0%	38 38,0%	17 17,0%	6 6,0%	100 100,0%
	nemocničního	Četnost %	17 17,0%	25 25,0%	50 50,0%	8 8,0%	100 100,0%
Celkem		Četnost %	56 28,0%	63 31,5%	67 33,5%	14 7,0%	200 100,0%

Na dotaz „Choval se k vám lékař s respektem?“ odpovědělo „ano“ 28 % oslovených, „spíše ano“ 31,5 %, „spíše ne“ 33,5 % a „ne“ 7 % (viz. tab. 4). V tomto případě se ke kladným odpovědím „ano“ a „spíše ano“ přiklánělo 59,5 % z 200 dotázaných, což činí opět hodnotu mírně přesahující polovinu z celkového počtu oslovených respondentek.

Tabulka 5 Byl lékař během konzultace trpělivý?

Kontingenční tabulka

			Byl lékař během konzultace trpělivý?				Celkem
			ano	spíše ano	spíše ne	ne	
Navštívila jste lékaře	soukromého	Četnost %	38 38,0%	40 40,0%	18 18,0%	4 4,0%	100 100,0%
	nemocničního	Četnost %	17 17,0%	27 27,0%	44 44,0%	12 12%	100 100,0%
Celkem		Četnost %	55 27,5%	67 33,5%	62 31,0%	16 8,0%	200 100,0%

V případě dotazu, zda byl lékař během konzultace trpělivý, odpovědělo „ano“ 27,5 % dotázaných, „spíše ano“ 33,5 %, „spíše ne“ 31 % a „ne“ 8 % (viz. tab 5). Pokud i zde budeme jako kladné hodnotit odpovědi „ano“ a „spíše ano“, trpělivost ze strany lékaře pocívalo 61 % z 200 dotázaných žen, opět se jedná o hodnotu mírně přesahující polovinu z celkového počtu oslovených respondentek.

Tabulka 6 Dokázal vás lékař během vyšetření uklidnit, zbavit stresu?

Kontingenční tabulka

			Dokázal vás lékař během vyšetření uklidnit, zbavit stresu?				Celkem
			ano	spíše ano	spíše ne	ne	
Navštívila jste lékaře	soukromého	Četnost %	34 34,0%	37 37,0%	22 22,0%	7 7,0%	100 100,0%
	nemocničního	Četnost %	19 19,0%	19 19,0%	43 43,0%	19 19,0%	100 100,0%
Celkem		Četnost %	53 26,5%	56 28,0%	65 32,5%	26 13,0%	200 100,0%

Na dotaz „Dokázal vás lékař během vyšetření uklidnit, zbavit stresu?“ odpovědělo „ano“ 26,5 % oslovených, „spíše ano“ 28 %, „spíše ne“ 32,5 % a „ne“ 13 % (viz. tab.

6). V tomto případě se ke kladným odpovědím „ano“ a „spíše ano“ přiklání 54,5 % z 200 dotázaných, tato hodnota jen mírně přesahuje polovinu z celkového počtu oslovených respondentek.

Tabulka 7 Zodpověděl vám lékař uspokojivě vaše dotazy?

Kontingenční tabulka

			Zodpověděl vám lékař uspokojivě vaše dotazy?				Celkem
			ano	spíše ano	spíše ne	ne	
Navštívila jste lékaře	soukromého	Četnost %	38 38,0%	40 40,0%	18 18,0%	4 4,0%	100 100,0%
	nemocničního	Četnost %	19 19,0%	21 21,0%	48 48,0%	12 12,0%	100 100,0%
Celkem		Četnost %	57 28,5%	61 30,5%	66 33,0%	16 8,0%	200 100,0%

V případě dotazu, zda lékař zodpověděl uspokojivě na pacientčiny dotazy, odpovědělo „ano“ 28,5 % dotázaných, „spíše ano“ 30,5 %, „spíše ne“ 33 % a „ne“ 8 % (srov. tab. 7). Pokud i zde budeme jako kladné hodnotit odpovědi „ano“ a „spíše ano“, uspokojivě zodpovědělo na dotazy 59 % gynekologů, opět se jedná o hodnotu mírně přesahující polovinu z celkového počtu oslovených respondentek.

Tabulka 8 Jak dlouho trvala vaše konzultace s lékařem?

Kontingenční tabulka

			Jak dlouho trvala vaše konzultace s lékařem?				Celkem
			5 min.	10 min.	15 min.	déle než 15 min.	
Navštívila jste lékaře	soukromého	Četnost %	16 16,0%	62 62%	10 10%	12 12,0%	100 100,0%
		Adjustované reziduum	1,3	1,7	-4,0	1,2	
	nemocničního	Četnost %	10 10,0%	50 50%	33 33%	7 7,0%	100 100,0%
		Adjustované reziduum	-1,3	-1,7	4,0	-1,2	
Celkem		Četnost %	26 13,0%	112 56%	43 21,5%	19 9,5%	200 100,0%

V případě délky konzultace trvala tato „5 min“ ve 13 %, „10 min“ v 56 %, „15 min“ ve 21,5 % a „déle než 15 min“ v 9,5 % případů (srov tab. 8). Z uvedeného plyne, že lékaři věnují konzultacím s pacientkami zpravidla 10 – 15 min.

Tabulka 9 Byla pro vás délka konzultace dostačující?

Kontingenční tabulka

			Byla pro vás délka konzultace dostačující?				Celkem
			ano	spíše ano	spíše ne	ne	
Navštívila jste lékaře	soukromého	Četnost %	36 36,0%	44 44,0%	15 15,0%	5 5,0%	100 100,0%
	nemocničního	Četnost %	38 38,0%	33 33,0%	21 21,0%	8 8,0%	100 100,0%
Celkem		Četnost %	74 37,0%	77 38,5%	36 18,0%	13 6,5%	200 100,0%

Z dat obsažených ve výše uvedené tab. 9 vyplývá, že 37 % dotázaných zcela potvrdilo odpovědi „ano“ dostačující délku konzultace, 38,5 % reagovalo „spíše ano“, 18 % „spíše ne“ a pouze 6,5 % odpovědí bylo „ne“. Pokud budeme jako kladné hodnotit odpovědi „ano“ a „spíše ano“, jako dostačující délku konzultace vnímalo pozitivně 75,5 % z 200 dotázaných žen. Můžeme tedy říci, že tři čtvrtiny oslovených žen byly spokojeny s délkou konzultace, která se pohybuje, jak víme z předchozích informací, v rozmezí 10 – 15 min.

Tabulka 10 Uměl lékař během konzultace navázat kontakt?

Kontingenční tabulka

			Uměl lékař během konzultace navázat kontakt?				Celkem
			ano	spíše ano	spíše ne	ne	
Navštívila jste lékaře	soukromého	Četnost %	37 37,0%	44 44,0%	14 14,0%	5 5,0%	100 100,0%
	nemocničního	Četnost %	17 17,0%	26 26,0%	51 51,0%	6 6,0%	100 100,0%
Celkem		Četnost %	54 27,0%	70 35,0%	65 32,5%	11 5,5%	200 100,0%

Na dotaz „Uměl lékař během konzultace navázat kontakt?“ odpovědělo „ano“ 27 % oslovených, „spíše ano“ 35 %, „spíše ne“ 32,5 % a „ne“ 5,5 % (srov. tab. 10). V tomto případě se ke kladným odpovědím „ano“ a „spíše ano“ přiklání 62 % z 200 dotázaných, tato hodnota opět jen mírně přesahuje polovinu z celkového počtu oslovených respondentek.

Tabulka 11 Cítíte se během konzultace komfortně?

Kontingenční tabulka

			Cítíte se během konzultace komfortně?				Celkem
			ano	spíše ano	spíše ne	ne	
Navštívila jste lékaře	soukromého	Četnost %	32 32,0%	43 43,0%	19 19,0%	6 6,0%	100 100,0%
	nemocničního	Četnost %	16 16,0%	23 23,0%	51 51,0%	10 10,0%	100 100,0%
Celkem		Četnost %	48 24,0%	66 33,0%	70 35,0%	16 8,0%	200 100,0%

V případě dotazu, zda se pacientka cítila během konzultace komfortně, odpovědělo „ano“ 24 % dotázaných, „spíše ano“ 33 %, „spíše ne“ 35 % a „ne“ 8 % (viz. tab. 11). Pokud i zde budeme jako kladné hodnotit odpovědi „ano“ a „spíše ano“, komfortně se během konzultace cítilo 57 % z 200 dotázaných žen, opět se jedná o hodnotu mírně přesahující polovinu z celkového počtu oslovených respondentek.

Tabulka 12 Jednal s vámi lékař profesionálně?

Kontingenční tabulka

			Jednal s vámi lékař profesionálně?				Celkem
			ano	spíše ano	spíše ne	ne	
Navštívila jste lékaře	soukromého	Četnost %	38 38,0%	40 40,0%	17 17,0%	5 5,0%	100 100,0%
	nemocničního	Četnost %	18 18,0%	27 27,0%	46 46,0%	9 9,0%	100 100,0%
Celkem		Četnost %	56 28,0%	67 33,5%	63 31,5%	14 7,0%	200 100,0%

Na dotaz „Jednal s vámi lékař profesionálně?“ odpovědělo „ano“ 28 % oslovených, „spíše ano“ 33,5 %, „spíše ne“ 31,5 % a „ne“ 7 % (srov. tab. 12). V tomto případě se ke kladným odpovědím „ano“ a „spíše ano“ přiklání 61,5 % z 200 dotázaných, tato hodnota opět lehce přesahuje polovinu z celkového počtu oslovených respondentek.

Tabulka 13 Projevoval lékař dostatek empatie?

Kontingenční tabulka

			Projevoval lékař dostatek empatie?				Celkem
			ano	spíše ano	spíše ne	ne	
Navštívila jste lékaře	soukromého	Četnost %	34 34,0%	40 40,0%	20 20,0%	6 6,0%	100 100,0%
	nemocničního	Četnost %	16 16,0%	24 24,0%	51 51,0%	9 9,0%	100 100,0%
Celkem		Četnost %	50 25,0%	64 32,0%	71 35,5%	15 7,5%	200 100,0%

V případě dotazu na to, zda lékař projevoval pacientce dostatek empatie, odpovědělo „ano“ 25 % oslovených, „spíše ano“ 32 %, „spíše ne“ 35,5 % a „ne“ 7,5 % (viz. tab. 13). Za předpokladu, že i zde budeme jako kladné hodnotit odpovědi „ano“ a „spíše ano“, dostatek empatie ze strany lékaře vnímalo během konzultace 57 % z 200 dotázaných žen, opět se jedná o hodnotu mírně přesahující polovinu z celkového počtu oslovených respondentek.

Tabulka 14 Naslouchal vám lékař pozorně?

Kontingenční tabulka

			Naslouchal vám lékař pozorně?				Celkem
			ano	spíše ano	spíše ne	ne	
Navštívila jste lékaře	soukromého	Četnost %	39 39,0%	39 39,0%	18 18,0%	4 4,0%	100 100,0%
	nemocničního	Četnost %	20 20,0%	20 20,0%	51 51,0%	9 9,0%	100 100,0%
Celkem		Četnost %	59 29,5%	59 29,5%	69 34,5%	13 6,5%	200 100,0%

Na dotaz „Naslouchal vám lékař pozorně?“ odpovědělo „ano“ 29,5 % oslovených, „spíše ano“ shodně 29,5 %, „spíše ne“ 34,5 % a „ne“ 6,5 % (viz. tab. 14). V tomto případě se ke kladným odpovědím „ano“ a „spíše ano“ přiklání 59 % z 200 dotázaných, tato hodnota opět lehce přesahuje polovinu z celkového počtu oslovených respondentek.

Tabulka 15 Byla atmosféra v průběhu konzultace příjemná?

Kontingenční tabulka

			By la atmosféra v průběhu konzultace příjemná?				Celkem
			ano	spíše ano	spíše ne	ne	
Navštívila jste lékaře	soukromého	Četnost %	43 43,0%	34 34,0%	18 18,0%	5 5,0%	100 100,0%
	nemocničního	Četnost %	18 18,0%	21 21,0%	42 42,0%	19 19,0%	100 100,0%
Celkem		Četnost %	61 30,5%	55 27,5%	60 30,0%	24 12,0%	200 100,0%

Z dat obsažených ve výše uvedené tab. 15 vyplývá, že 30,5 % dotázaných zcela potvrdilo odpovědí „ano“ příjemnou atmosféru během konzultace, 27,5 % reagovalo slovy „spíše ano“, 30 % „spíše ne“ a 12 % odpovědí bylo „ne“. Pokud budeme jako kladné hodnotit odpovědi „ano“ a „spíše ano“, vnímalo atmosféru v průběhu konzultace jako příjemnou 58 % z 200 dotázaných žen. I toto procentuální zastoupení jen mírně přesahuje polovinu ze všech oslovených žen.

Tabulka 16 Byla jste spokojená s úrovní ošetření?

Kontingenční tabulka

			By la jste spokojená s úrovní ošetření?				Celkem
			ano	spíše ano	spíše ne	ne	
Navštívila jste lékaře	soukromého	Četnost %	49 49,0%	28 28,0%	16 16,0%	7 7,0%	100 100,0%
	nemocničního	Četnost %	19 19,0%	19 19,0%	41 41,0%	21 21,0%	100 100,0%
Celkem		Četnost %	68 34,0%	47 23,5%	57 28,5%	28 14,0%	200 100,0%

Na otázku „Byla jste spokojená s úrovní ošetření?“ odpovědělo „ano“ 34 % oslovených, „spíše ano“ shodně 23,5 %, „spíše ne“ 28,5 % a „ne“ 14 % (viz. tab. 16). V tomto případě se ke kladným odpovědím „ano“ a „spíše ano“ přiklánělo 57,5 % z 200 dotázaných, tato hodnota opět lehce přesahuje polovinu z celkového počtu oslovených respondentek.

Interpretace výsledků

Hodnocení úrovně komunikačních dovedností privátních a nemocničních gynekologů bylo nejlépe vnímáno ze strany pacientek u otázky, zda byla pro pacientky délka konzultace dostačující, zde se kladně vyjádřilo plných 75,5 % dotázaných. Naproti tomu nejhůře hodnotily respondentky schopnost lékařů zbavit pacientky během ošetření stresu, v tomto případě se kladně vyjádřilo jen 54,5 % žen. U ostatních otázek oscillovaly hodnoty kladných odpovědí v rozmezí 57 – 62 %. Jestliže z obdržených dat spočítáme aritmetický průměr, dospějeme k celkovému procentuálnímu zastoupení kladných odpovědí v 60 % případů. Tuto hodnotou však pro vykonávání komunikační praxe gynekologů a porodníků, která zabírá až 80 % konzultace s pacientkou, nemůžeme považovat za vyhovující požadavkům dnešní doby, kdy se klade důraz na efektivitu, časovou úsporu, finanční nenákladnost a minimalizaci dalších rizik.

3.2.1 Ověření platnosti hypotéz

Ke statistickému zpracování byl použit statistický software SPSS verze 15, SPSS Inc. Chicago USA. Všechny testy byly provedeny na hladině statistické významnosti 0,05. Pro ověření hypotézy č. 1 byl použit Fischerův přesný test. Pro ověření nulových hypotéz č. 2, 3 a 4 bylo použito výpočtu Spearmanova korelačního koeficientu a byla spočítána hladina významnosti p . Je-li dosažená hladina významnosti (oboustranná exaktní signifikance) menší než 0,05 (neboli 5%), pak výsledek je statisticky významný. Jestliže je p menší než 0,001 (neboli 0,1%) je výsledek vysoce statisticky významný, tudíž se značnou spolehlivostí nulovou hypotézu zamítáme a přijímáme alternativní hypotézu. Pokud je p větší než 0,05 (neboli 5%), výsledek není statisticky významný a nulovou hypotézu přijímáme.

Ověření hypotézy č. 1:

Úroveň komunikačních dovedností gynekologů není v ambulantním a v nemocničním sektoru stejná.

Formulace statistických hypotéz:

H_0 : *Úroveň komunikačních dovedností gynekologů je v ambulantním a v nemocničním sektoru stejná.*

H_A : *Úroveň komunikačních dovedností gynekologů není v ambulantním a v nemocničním sektoru stejná.*

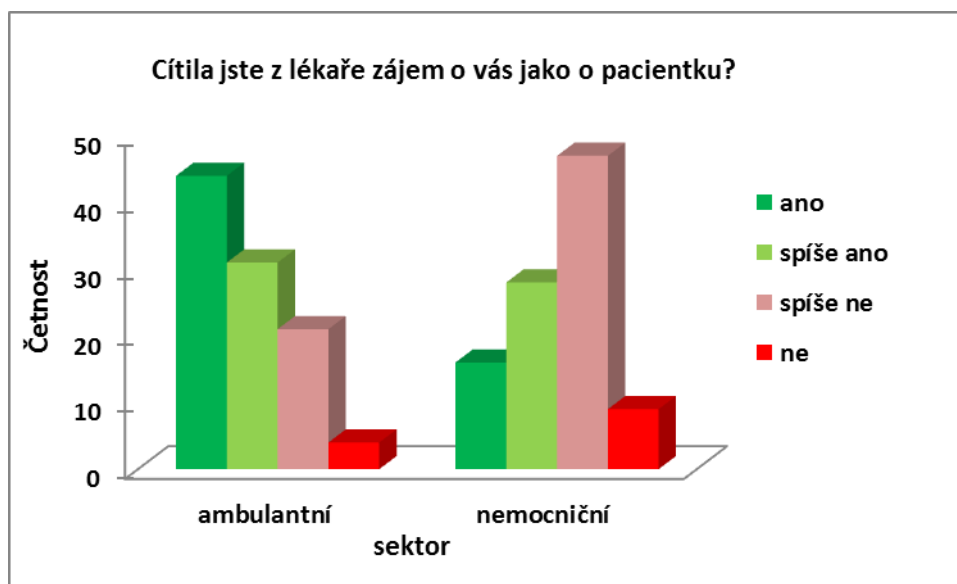
Pro ověření hypotézy byla data uspořádána do kontingenční tabulky. Do řádků tabulky bylo zaznamenáno, zda respondentka navštívila soukromého či nemocničního lékaře a do sloupců odpovědi na jednotlivé otázky. Následně byl proveden Fisherův přesný test, který porovnal, zda rozdělení odpovědí je v obou řádcích homogenní.

Fisherovými přesnými testy bylo prokázáno, že ženy hodnotí komunikační dovednosti lékařů v ambulantní sféře statisticky významně lépe ve srovnání s hodnocením žen, které navštívily nemocničního lékaře. Statisticky významné rozdíly nebyly zjištěny pouze u rozložení odpovědí na otázku „Byla pro vás délka konzultace dostačující?“.

U otázky „Jak dlouho trvala vaše konzultace s lékařem?“ byla pro zjištění signifikantních rozdílů použita metoda adjustovaných reziduí. Pomocí adjustovaných reziduí je možné zjistit, zda se pozorované četnosti v jednotlivých buňkách odlišují statisticky významně od očekávaných četností. Za statisticky významně rozdílné považujeme odchylky, u kterých je hodnota adjustovaného rezidua větší než 1,96 nebo naopak menší než -1,96. Tato metoda ukázala statisticky významné rozdíly pouze v kategorii „15 min.“ V nemocničním sektoru 33 (33%) konzultací trvalo 15 min, v soukromém sektoru tuto délku mělo pouze 10 (10%) konzultací. Četnosti v těchto buňkách jsou zvýrazněny tučným písmem. V ostatních kategoriích významné rozdíly prokázány nebyly.

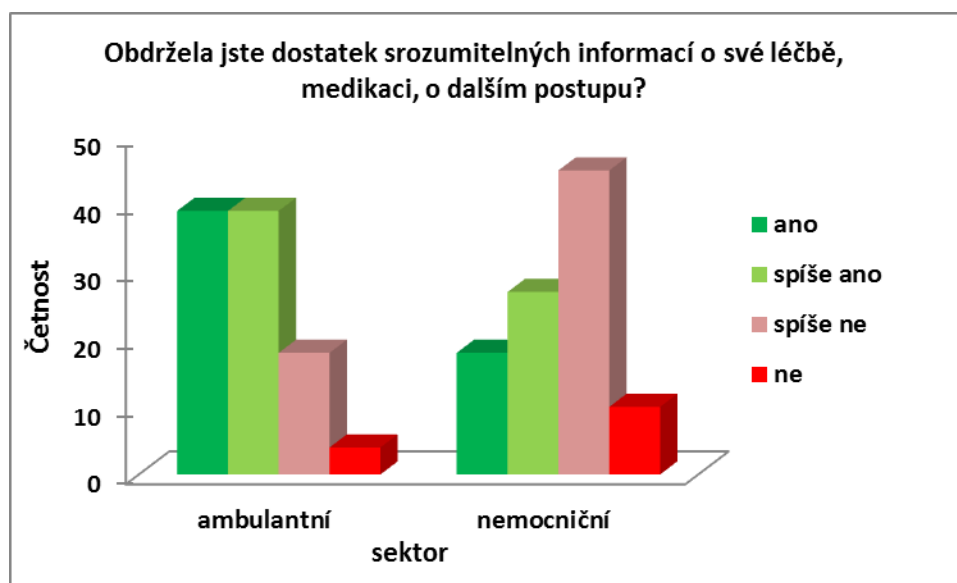
Nulovou hypotézu můžeme zamítnout a přijímáme alternativní hypotézu, úroveň komunikačních dovedností gynekologů není v ambulantním a v nemocničním sektoru

stejná. K zamítnutí nulové hypotézy vedly následující dílčí kroky, rozdíly byly graficky znázorněny pomocí sloupcových grafů.



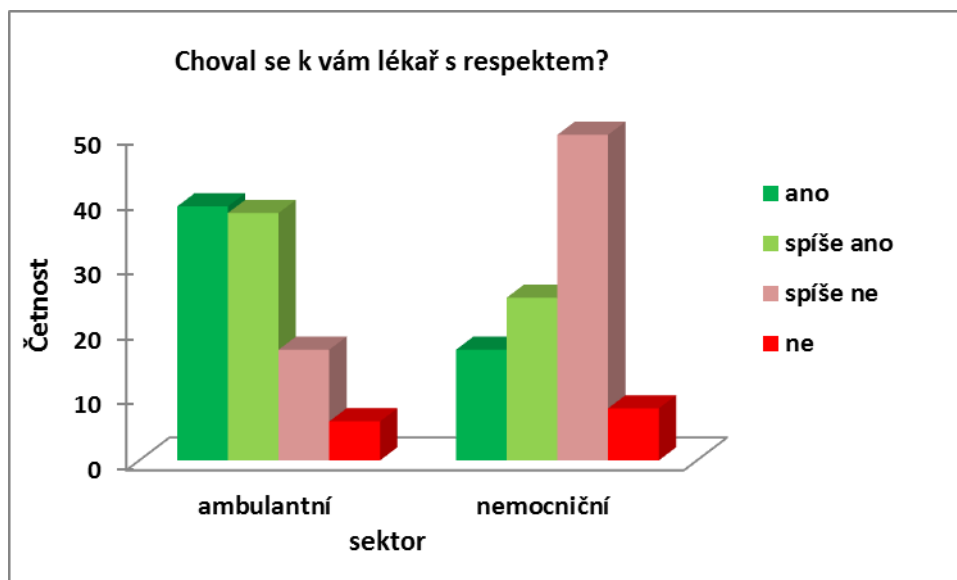
Obrázek 3 Ověření hypotézy č. 1 - Cítíte z lékaře zájem o vás jako o pacientku?

Z uvedeného grafu na obr. 3 vyplývá, že větší zájem o pacientku byl projevován ambulantními lékaři. 75 respondentek z celkového počtu 100 odpovědělo na otázku kladně, „ano“, či „spíše ano“. Pacientky vyšetřené v nemocniční ambulanci byly spokojeny pouze ve 44 případech ze 100 u odpovědi „ano“ a „spíše ano“.



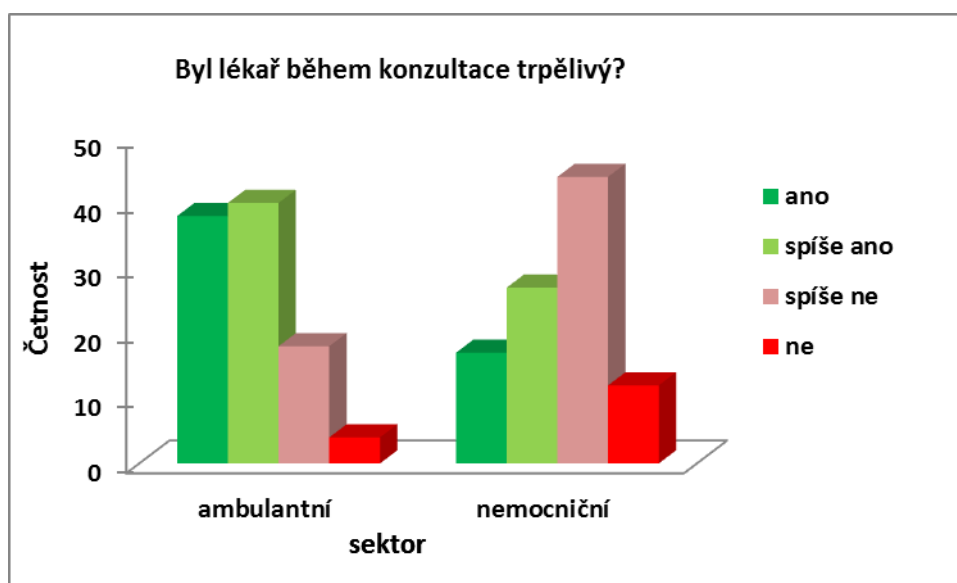
Obrázek 4 Ověření hypotézy č. 1 - Obdržela jste dostatek srozumitelných informací o své léčbě, medikaci, o dalším postupu?

Pacientky ošetřené v ambulantním sektoru se v 78 případech ze 100 přikláněly k odpovědím „ano“ a „spíše ano“. Pouze 45 patientek ze 100 obdrželo dostatek srozumitelných informací o své léčbě, medikaci a dalším postupu v nemocniční ambulanci. Opět byla prokázána větší spokojenost s informacemi získanými u privátních lékařů (srov. obr. 4).



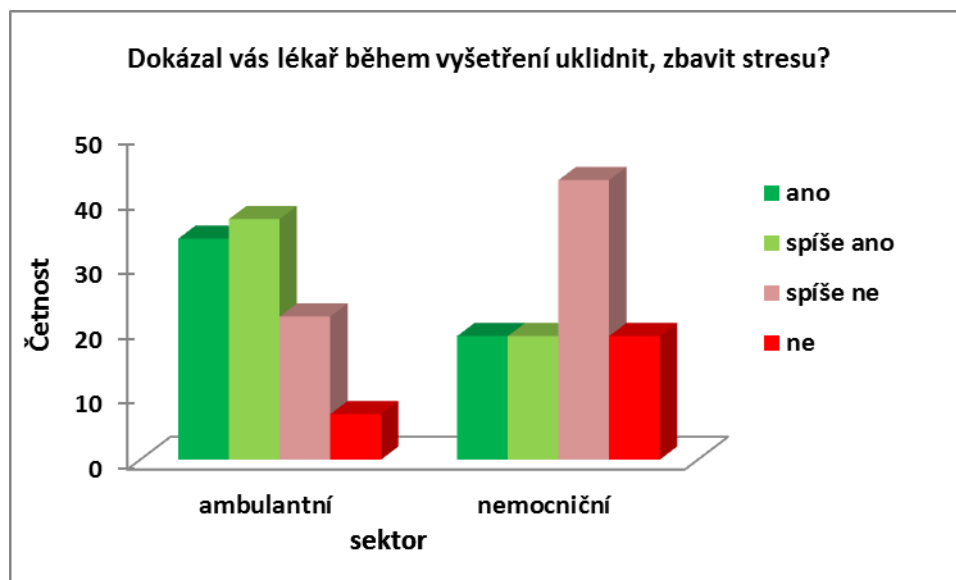
Obrázek 5 Ověření hypotézy č. 1 - Choval se k vám lékař s respektem?

Z grafu na obr. 5 je patrné, že 77 respondentek ze 100 ošetřených v ambulantním sektoru vnímalo, že se k nim lékař choval s respektem. Naproti tomu pouhých 42 respondentek ze 100 v nemocničním sektoru pocívalo ze strany lékaře respekt.



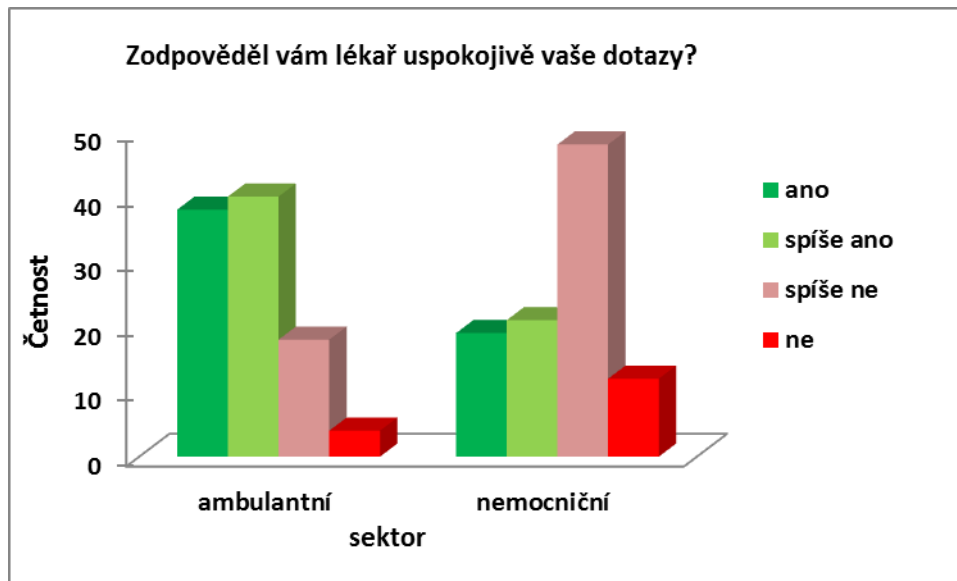
Obrázek 6 Ověření hypotézy č. 1 - Byl lékař během konzultace trpělivý?

Jak je zřejmé, 88 pacientek ze 100 ošetřených v ambulanci privátního gynekologa jej během konzultace vnímalo jako trpělivého. Avšak jen 44 respondentek ze 100 ošetřených v nemocniční ambulanci hodnotilo trpělivost lékaře pozitivně (srov. obr. 6).



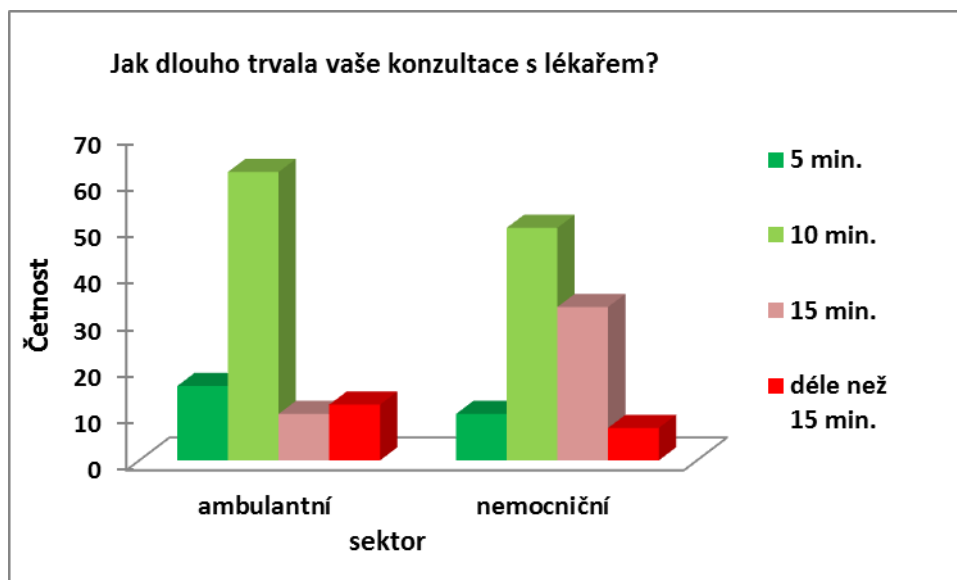
Obrázek 7 Ověření hypotézy č. 1 - Dokázal vás lékař během vyšetření uklidnit, zbavit stresu?

U otázky, zda dokázal lékař pacientku během vyšetření uklidnit, zbavit stresu se vyjádřilo v 71 případech ze 100 respondentek ošetřených v privátním sektoru kladně, „ano“, „spíše ano“. Pouze 38 ze 100 ošetřených v nemocniční ambulanci bylo spokojeno. Lékařům v ambulantním sektoru se dařilo pacientky během ošetření lépe uklidnit a zbavit stresu (srov. obr. 7).



Obrázek 8 Ověření hypotézy č. 1 - Zodpověděl vám lékař uspokojivě vaše dotazy?

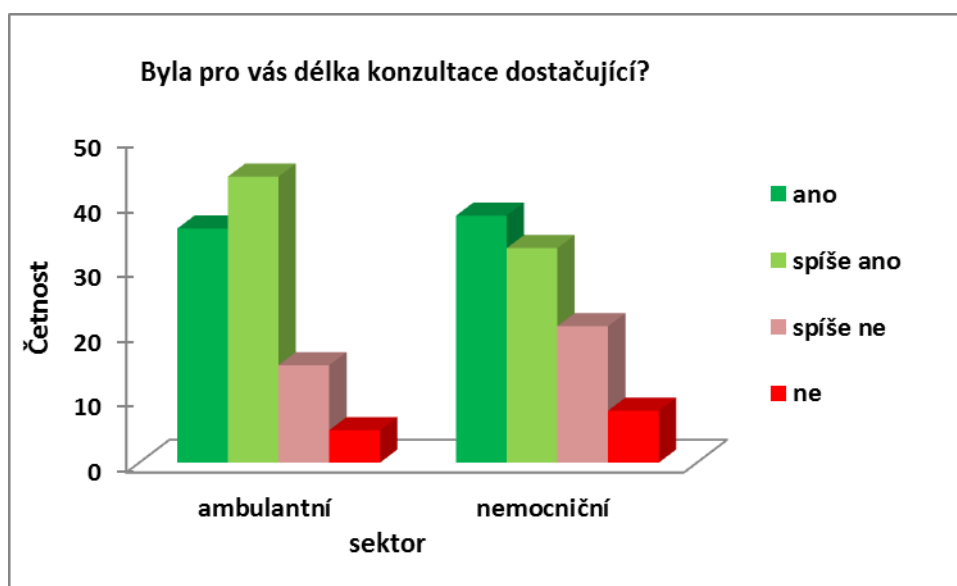
Z grafu na obr. 8 vidíme, že 78 ze 100 ošetřených pacientek u privátního gynekologa bylo spokojeno s odpověďmi, které obdržely na své dotazy, zatímco v nemocničních ambulancích se jednalo pouze o 40 spokojených respondentek ze 100. I u této otázky převažovaly kladné reakce na straně privátního sektoru.



Obrázek 9 Ověření hypotézy č. 1 - Jak dlouho trvala vaše konzultace s lékařem?

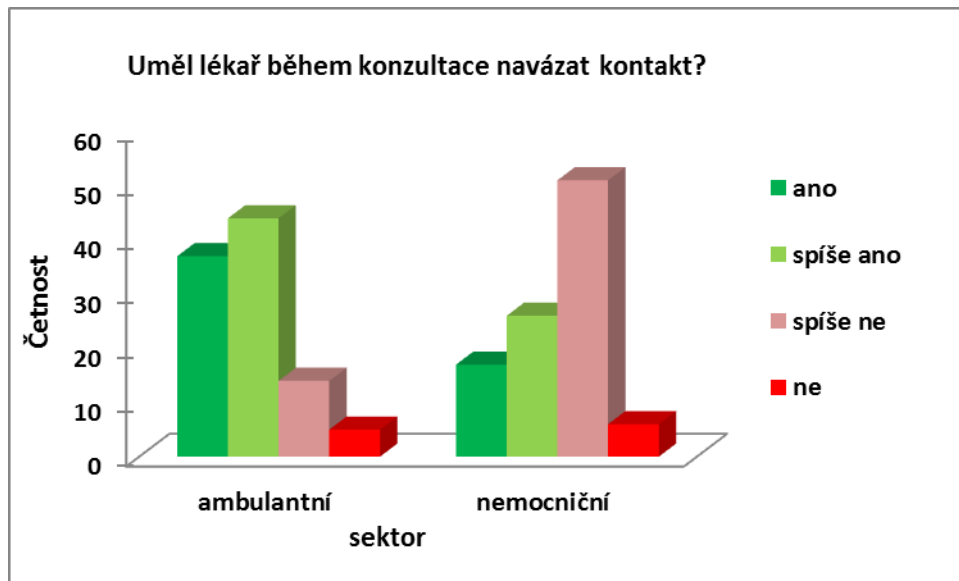
V případě otázky na délku konzultace s lékařem bylo použito metody Adjustovaných reziduí, abychom zjistili, zda se pozorované četnosti v jednotlivých buňkách odlišují

statisticky významně od očekávaných četností. Tato metoda ukázala statisticky významné rozdíly pouze v kategorii „15 min.“ V nemocničním sektoru 33 (33%) konzultací trvalo 15 min, v soukromém sektoru tuto délku mělo pouze 10 (10%) konzultací. Zde se prokázalo, že nemocniční lékař konzultuje s pacientkou déle, ve 33 % konzultuje 15 min a v 7 % případů konzultuje dokonce déle než 15 min. Zatímco privátní gynekolog v 16 % případů konzultuje 5 min a v 62 % případů 10 min, můžeme tedy říci, že 88 % ošetření pokrývají kratší časové úseky (srov. obr. 9).



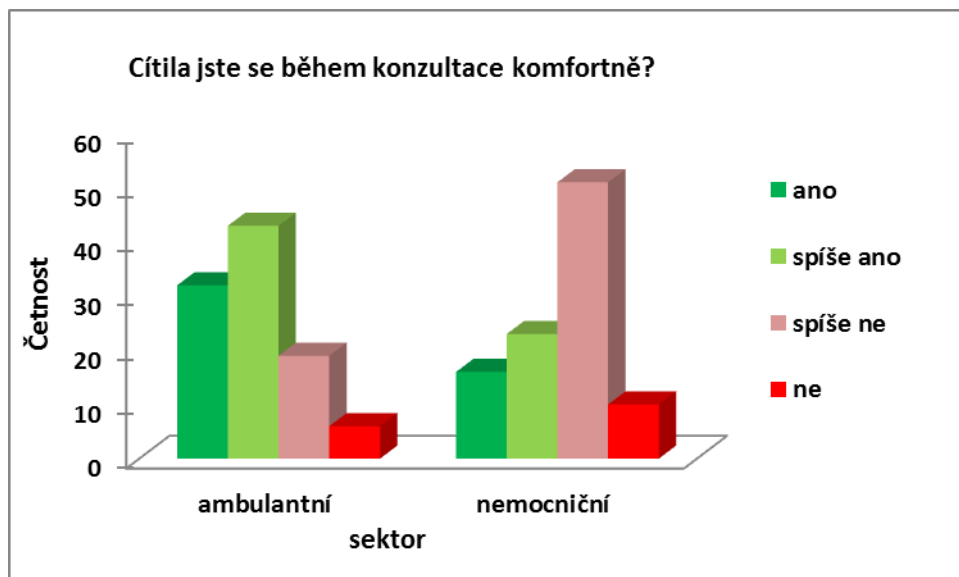
Obrázek 10 Ověření hypotézy č. 1 - Byla pro vás délka konzultace dostačující?

V případě dotazu, zda byla pro pacientku délka konzultace dostačující, se kladně vyjádřilo 80 ze 100 dotázaných v privátní sféře a 71 ze 100 v nemocniční sféře (viz. obr. 10). U odpovědí na tuto otázku nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly, pacientky byly spokojeny v obou sektorech.



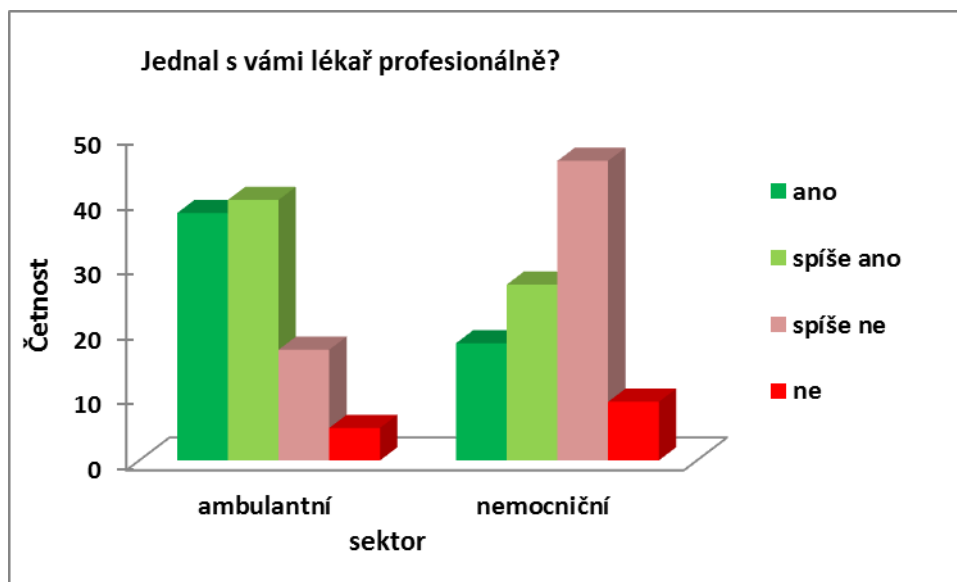
Obrázek 11 Ověření hypotézy č. 1 - Uměl lékař během konzultace navázat kontakt?

V případě otázky, zda uměl lékař s pacientkou během konzultace navázat kontakt reagovalo v privátním sektoru pozitivně 81 ze 100 oslovených žen a v nemocničních ambulancích 43 ze 100 dotázaných. I v tomto případě byla větší spokojenost v soukromé sféře (viz. obr. 11).



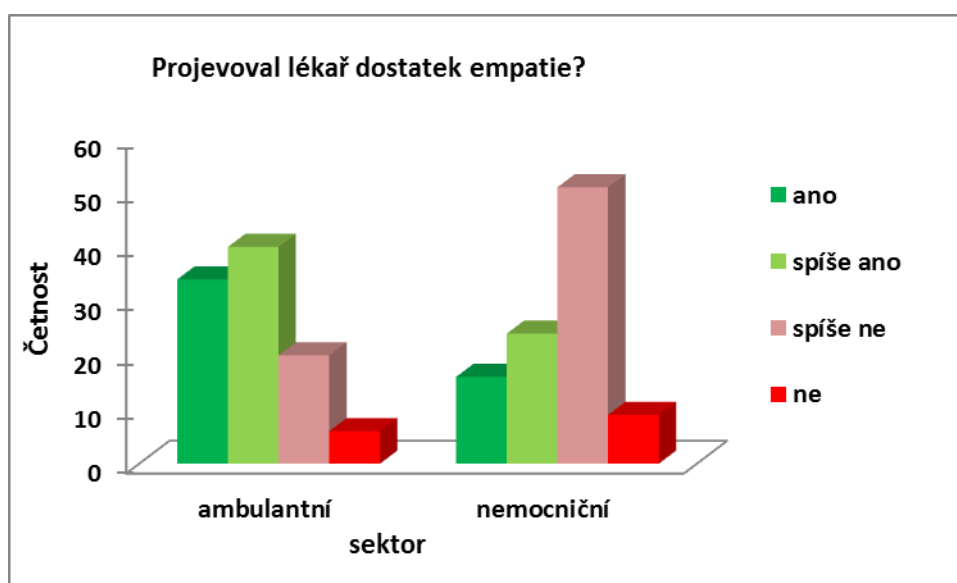
Obrázek 12 Ověření hypotézy č. 1 - Cítla jste se během konzultace komfortně?

Komfortně se během konzultace u privátního gynekologa cítilo 75 ze 100 dotázaných a 39 ze 100 u nemocničního gynekologa (viz. obr. 12). Větší spokojenost byla opět na straně pacientek ošetřených v soukromých ambulancích.



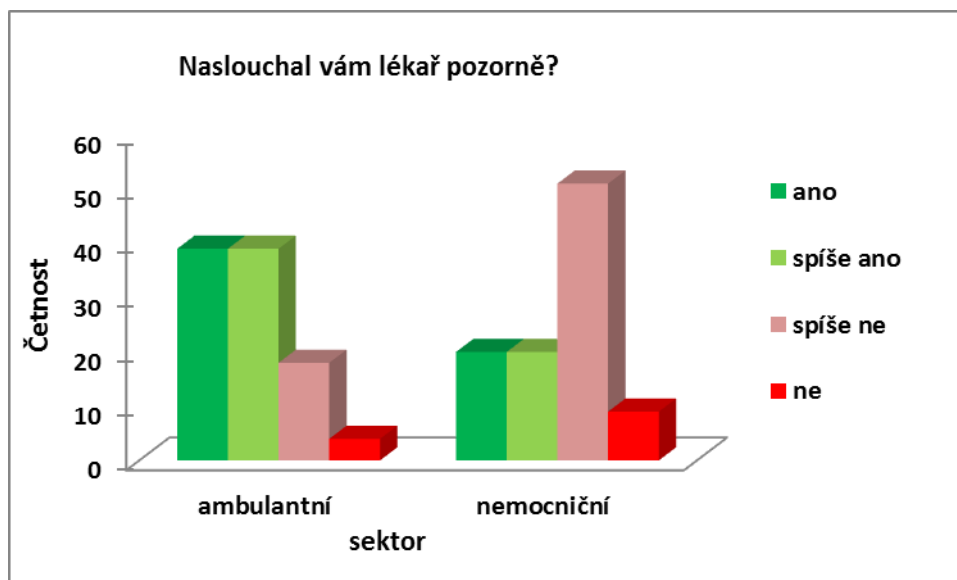
Obrázek 13 Ověření hypotézy č. 1 - Jednal s vámi lékař profesionálně?

Profesionální jednání ze strany lékaře potvrdilo 78 ze 100 dotázaných respondentek v soukromých ambulancích a 45 ze 100 dotázaných v nemocničních ambulancích viz. obr. 13). Větší profesionalita lékařů směrem k pacientkám byla pozorována v privátních ambulancích.



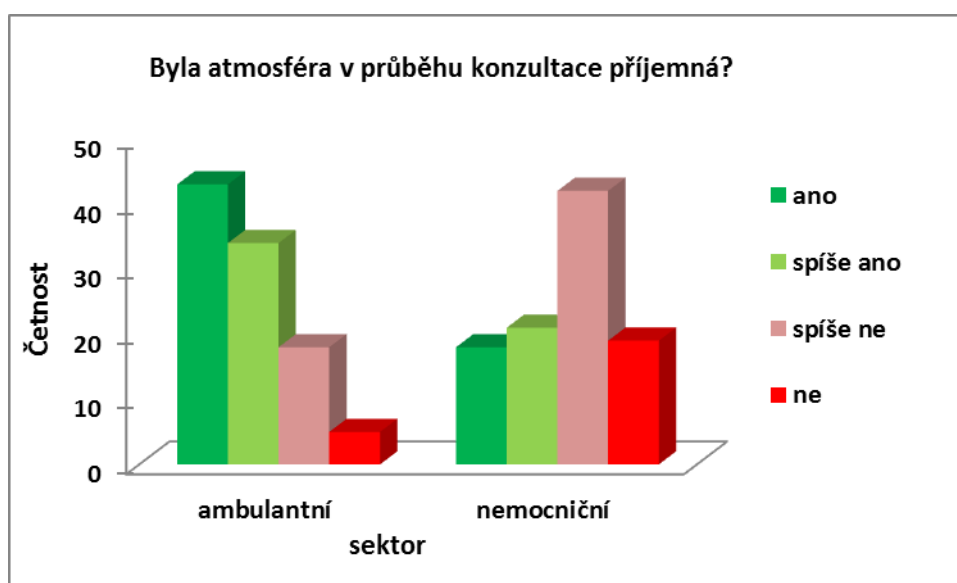
Obrázek 14 Ověření hypotézy č. 1 - Projevoval lékař dostatek empatie?

Pacientky vnímaly, že jim lékaři projevovali dostatek empatie v privátních ambulancích, a sice kladně odpovědělo 74 ze 100 dotázaných, zatímco v nemocničních ambulancích reagovalo pozitivně 40 ze 100 oslovených patientek (viz. obr. 14).



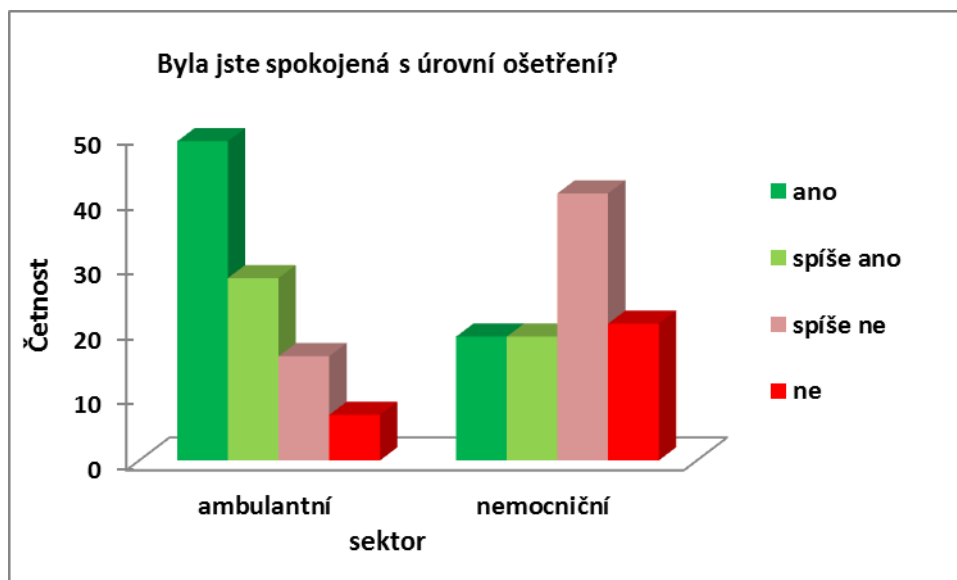
Obrázek 15 Ověření hypotézy č. 1 – Naslouchal vám lékař pozorně?

V případě otázky, zda lékař naslouchal během konzultace pozorně, odpovědělo kladně 78 ze 100 dotázaných u privátního gynekologa a 40 ze 100 dotázaných v nemocniční ambulanci (srov. obr. 15). S technikou naslouchání v průběhu ošetření byly opět spokojenější pacientky v soukromém sektoru.



Obrázek 16 Ověření hypotézy č. 1 – Byla atmosféra v průběhu konzultace příjemná?

U tohoto dotazu odpovědělo kladně 77 oslovených respondentek ze 100 ošetřených v privátní ambulanci a 39 ze 100, které byly na konzultaci v nemocniční ambulanci (viz. obr. 16). S příjemnou atmosférou v průběhu konzultace byly spokojenější ženy v ambulantním sektoru.



Obrázek 17 Ověření hypotézy č. 1 - Byla jste spokojená s úrovní ošetření?

I v tomto případě převažují kladné odpovědi na straně privátních gynekologů, a sice s úrovní ošetření bylo spokojeno „ano“ či „spíše ano“ 77 ze 100 dotázaných, v nemocničních ambulancích se jednalo o 38 respondentek ze 100 (viz. obr. 17).

Hypotéza č. 1 se potvrdila.

Ověření hypotézy č. 2

Srozumitelnost lékařova sdělení závisí na stupni vzdělání pacientky.

Formulace statistických hypotéz:

H_0 : Srozumitelnost lékařova sdělení nezávisí na stupni vzdělání pacientky.

H_A : Srozumitelnost lékařova sdělení závisí na stupni vzdělání pacientky.

Data týkající se této hypotézy byla opět uspořádána do kontingenční tabulky. Do řádků kontingenční tabulky bylo zaznamenáno nejvyšší dosažené vzdělání respondentky, do sloupců odpovědi na otázku týkající se srozumitelnosti poskytnutých informací. Obě zkoumané veličiny byly ordinální. Pro ověření míry závislosti mezi těmito veličinami byl zvolen výpočet Spearmanova korelačního koeficientu.

Korelační analýzou byla prokázána statisticky významná slabá závislost mezi korelovanými veličinami.

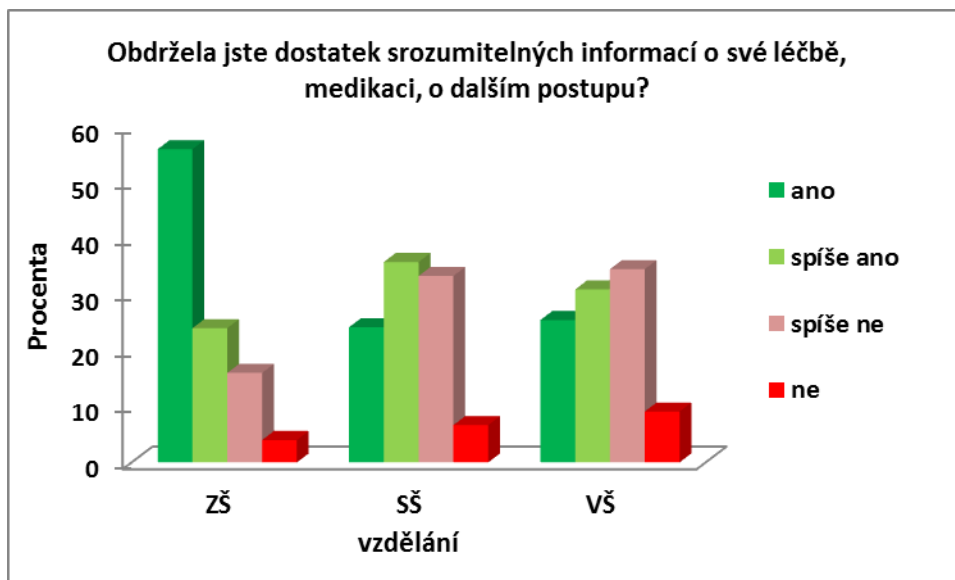
Čím vyšší má žena vzdělání, tím méně je spokojena s dostatkem srozumitelných informací o své léčbě, Spearmanův korelační koeficient $\rho = 0,150$, $p = 0,034$ (srov. tab. 17, obr. 18).

Nulovou hypotézu č. 2 můžeme zamítnout. Přijímáme alternativní hypotézu, srozumitelnost lékařova sdělení závisí na stupni vzdělání pacientky.

Tabulka 17 Ověření hypotézy č. 2

Kontingenční tabulka

			Obdržela jste dostatek srozumitelných informací o své léčbě, medikaci, o dalším postupu?				Celkem
			ano	spíše ano	spíše ne	ne	
Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	ZŠ	Četnost %	14 56,0%	6 24,0%	4 16,0%	1 4,0%	25 100,0%
	SŠ	Četnost %	29 24,2%	43 35,8%	40 33,3%	8 6,7%	120 100,0%
	VŠ	Četnost %	14 25,5%	17 30,9%	19 34,5%	5 9,1%	55 100,0%
Celkem		Četnost %	57 28,5%	66 33,0%	63 31,5%	14 7,0%	200 100,0%



Obrázek 18 Ověření hypotézy č. 2

Hypotéza č. 2 se potvrdila.

Ověření hypotézy č. 3

Délka konzultace s gynekologem závisí na dosaženém stupni vzdělání pacientky.

Formulace statistických hypotéz:

H_0 3: *Délka konzultace s gynekologem nezávisí na dosaženém stupni vzdělání pacientky.*

H_A 3: *Délka konzultace s gynekologem závisí na dosaženém stupni vzdělání pacientky.*

Hypotéza byla ověřena stejným způsobem jako hypotéza č. 2.

Korelační analýzou byla prokázána statisticky významná slabá závislost mezi korelovanými veličinami.

Čím vyšší má žena vzdělání, tím déle trvá konzultace s lékařem, Spearmanův korelační koeficient $\rho = 0,249$, $p = 0,0004$ (srov. tab. 18, obr. 19).

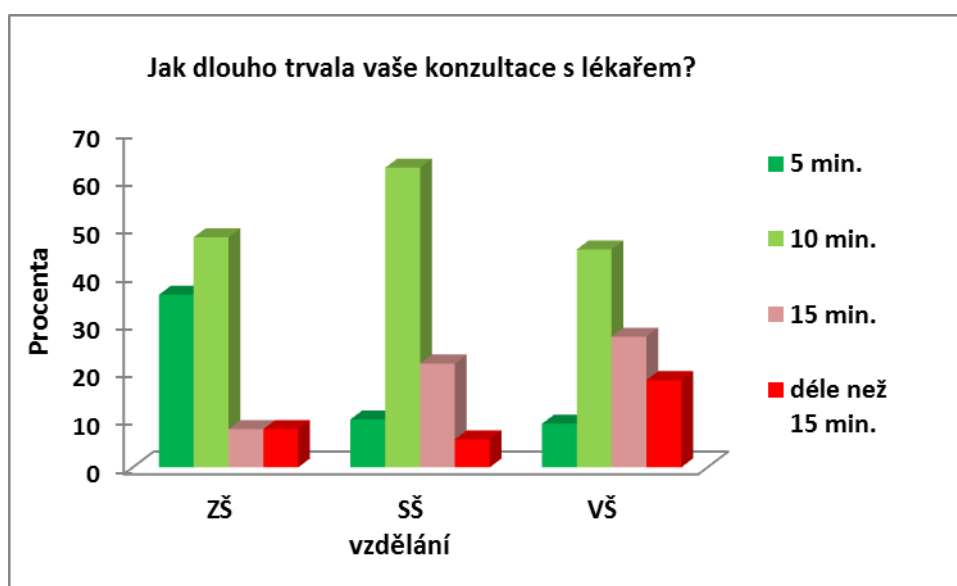
Nulovou hypotézu č. 3 můžeme zamítnout a přijímáme alternativní hypotézu, délka konzultace s gynekologem závisí na dosaženém stupni vzdělání.

Hypotéza č. 3 se potvrdila.

Tabulka 18 Ověření hypotézy č. 3

Kontingenční tabulka

			Jak dlouho trvala vaše konzultace s lékařem?				Celkem
			5 min.	10 min.	15 min.	déle než 15 min.	
Jaké je vaše nejvyšší dosažené v zdělání?	ZŠ	Četnost %	9 36,0%	12 48,0%	2 8,0%	2 8,0%	25 100,0%
	SŠ	Četnost %	12 10,0%	75 62,5%	26 21,7%	7 5,8%	120 100,0%
	VŠ	Četnost %	5 9,1%	25 45,5%	15 27,3%	10 18,2%	55 100,0%
Celkem		Četnost %	26 13,0%	112 56,0%	43 21,5%	19 9,5%	200 100,0%



Obrázek 19 Ověření hypotézy č. 3

Ověření hypotézy č. 4

Srozumitelnost informací, které pacientce gynekolog poskytuje, nezávisí na délce konzultace.

Formulace statistických hypotéz:

H_4 : *Srozumitelnost informací, které pacientce gynekolog poskytuje, nezávisí na délce konzultace.*

H_A 4: Srozumitelnost informací, které pacientce gynekolog poskytuje, závisí na délce konzultace.

Hypotéza byla ověřena stejným způsobem jako hypotéza č. 2.

Korelační analýzou nebyla prokázána statisticky významná závislost mezi korelovanými veličinami (srov. tab. 19).

Spearmanův korelační koeficient $\rho = 0,033$, $p = 0,639$.

Nulovou hypotézu č. 4 nemůžeme zamítnout, srozumitelnost informací, které pacientce gynekolog poskytuje, nezávisí na délce konzultace.

Hypotéza č. 4 se potvrdila.

Tabulka 19 Ověření hypotézy č. 4

Kontingenční tabulka

			Jak dlouho trvala v aše konzultace s lékařem?				Celkem
			5 min.	10 min.	15 min.	déle než 15 min.	
Obdržela jste dostatek srozumitelných informací o své léčbě, medikaci, o dalším postupu?	ano	Četnost %	10 17,5%	29 50,9%	12 21,1%	6 10,5%	57 100,0%
	spíše ano	Četnost %	7 10,6%	40 60,6%	11 16,7%	8 12,1%	66 100,0%
	spíše ne	Četnost %	7 11,1%	37 58,7%	16 25,4%	3 4,8%	63 100,0%
	ne	Četnost %	2 14,3%	6 42,9%	4 28,6%	2 14,3%	14 100,0%
Celkem		Četnost %	26 13,0%	112 56,0%	43 21,5%	19 9,5%	200 100,0%

3.2.2 Využití výsledků v praxi, doporučené postupy komunikace v gynekologii

Rozvoj komunikace zdravotnického personálu a rozvoj komunikace s pacienty je důležitou součástí zvyšování kvality ve zdravotnických institucích (Gladkij et al., 2003, s. 320).

Obor gynekologie a porodnictví je obor velmi specifický, protože lékař během vyšetření vstupuje do intimní zóny pacientky. Pro spoustu žen je návštěva gynekologické ordinace nesmírně stresujícím zážitkem. Některé z žen právě z tohoto

důvodu zanedbávají pravidelné preventivní prohlídky, což může postupem času vést u některých z nich k pozdnímu záchytu, či masivnímu rozvoji rakovinného bujení v různých částech ženských pohlavních orgánů.

Lékaři, gynekologové a porodníci se v průběhu komunikace s pacientkou musejí vyrovnat se specifickými situacemi, které v jiných oborech medicíny nenalezneme, a sice komunikují s klientkami během vyšetření jejich intimních partií. Také diagnostické zákroky bývají ve valné většině případů pro pacientky nepříjemné a vhodnou komunikační technikou ze strany lékaře lze negativní dopad na pacientku zmírnit. Zvláštním případem jsou také těhotné a kojící ženy, které bývají v tomto období hormonálně nevyrovnané a přecitlivělé a mnohdy i zdánlivě negativněji laděný pohled může tyto pocity ještě zhoršit.

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že úroveň komunikace ze strany gynekologů a porodníků není příliš efektivní a srozumitelná. Data, která jsme získali, plně korespondují s průzkumy a studiemi, jež v sobě problematiku komunikace lékařů zahrnují, jako např. průzkum „Kvalita očima pacientů“, který je zmíněn v kapitole 2.5. Dílčí otázky dotazníku, jež se týkaly umění lékaře navázat kontakt během konzultace, zbavit stresu, navodit pocit komfortu a příjemnou atmosféru, přistupovat k pacientce trpělivě, s respektem, empatií a profesionálně, věnovat dostatek pozornosti, srozumitelně informovat o dalších postupech a medikaci, zodpovědět kladené dotazy, hodnotilo kladně (odpovědi „ano“, „spíše ano“) pouze 60 % dotázaných. Nejlépe pacientky vnímaly otázku na dostačující délku, zde se kladně vyjádřilo plných 75,5 % dotázaných. Naproti tomu nejhůře hodnotily respondentky schopnost lékařů zbavit pacientky během ošetření stresu, v tomto případě se kladně vyjádřilo jen 54,5 % žen.

Cílem výzkumu bylo zjistit, zda komunikace směrem od lékaře k pacientce v gynekologii a porodnictví funguje, je efektivní, či nikoli. Zda se liší úroveň komunikace v privátním ambulantním sektoru od komunikace v nemocničním lůžkovém segmentu a zároveň zda je třeba přizpůsobit formu komunikace dosaženému stupni vzdělání pacientek.

1. Úroveň komunikace ze strany gynekologa směrem k pacientce je efektivní a srozumitelná.
2. Existují rozdíly v úrovni komunikačních dovedností privátních a nemocničních gynekologů.

3. Lékař by měl přizpůsobit formu a délku konzultace dosaženému stupni vzdělání pacientky.

Všechny tři vytyčené cíle byly naplněny a bylo zjištěno, že:

1. Úroveň komunikace ze strany gynekologa směrem k pacientce není efektivní a srozumitelná. Lékaři toto splňují pouze z 60 %, než je očekávání pacientek.
2. Existují rozdíly v úrovni komunikačních dovedností privátních a nemocničních gynekologů. Privátní gynekologové vykazovali lepší úroveň komunikačních dovedností než nemocniční gynekologové.
3. Lékař by měl přizpůsobit formu a délku konzultace dosaženému stupni vzdělání pacientky.

V oblasti stanovených hypotéz jsme dospěli k následujícím výsledkům:

Hypotéza č. 1

Úroveň komunikačních dovedností gynekologů není v ambulantním a v nemocničním sektoru stejná.

Hypotéza č. 1 se potvrdila.

Hypotéza č. 2

Srozumitelnost lékařova sdělení závisí na stupni vzdělání pacientky.

Hypotéza č. 2 se potvrdila.

Hypotéza č. 3

Délka konzultace s gynekologem závisí na dosaženém stupni vzdělání pacientky.

Hypotéza č. 3 se potvrdila.

Hypotéza č. 4

Srozumitelnost informací, které pacientce gynekolog poskytuje, nezávisí na délce konzultace.

Hypotéza č. 4 se potvrdila.

Co se týče sledovaných rozdílů v komunikačních dovednostech privátních a nemocničních lékařů, dospěli jsme k závěru, že privátní gynekologové se snaží chovat k pacientkám jako k partnerkám (partnerský model komunikačního přístupu), zároveň také tržně, jsou více motivováni, patří do podnikatelské sféry a uvědomují si, že každá jedna pacientka je pro ně klíčová, proto tedy přizpůsobují formu komunikace tomu, aby byla daná klientka věrná jejich ambulanci i v budoucnu, na rozdíl od zaměstnanců nemocnic, kde není tak silná motivace, neboť zde existuje fixní odměna za odvedenou

práci, která je jistá, ať už se pacientka vrátí, či nikoli. Zde přetrvává více paternalistický přístup ze strany lékařů.

Získané poznatky mohou sloužit jako zdroj informací o aktuální úrovni komunikačních dovedností gynekologů a porodníků managementům jednotlivých nemocničních institucí a také jako zpětná vazba pro samotné privátní gynekology, protože, jak bylo prokázáno, ani úroveň jejich komunikačních dovedností není zcela dostačující. Jestliže zdravotní subjekty patří mezi ty, které se chtějí orientovat na klienta a poskytovat klientský servis na vysoké úrovni a splnit tak jejich očekávání, mohou managementy nemocnic i privátní gynekologové požádat o dotace Evropské unie a zapojit své nemocnice do grantových projektů, či využít školicích agentur v ČR, jako Hormed, HMC a dalších, které se orientují na zdravotnický trh a které jim dopomohou změnit chování zaměstnanců a zvýšit tak motivaci pacientek absolvovat zdravotní péči právě v těchto institucích. Tato práce může být také podkladem ke změně výukových osnov v oblasti komunikace na VŠ připravujících budoucí lékaře k soustavnému výkonu povolání.

Gynekologové, jako lékaři první linie, mají pestré zkušenosti s pacientkami, jejichž potřeba pohovořit si je velká, zatímco jejich somatické potíže jsou objektivně minimální. V některých případech však pro ně může být komplikované tento fakt odhalit, protože nemusí mít k dispozici širší historii životních událostí i zdravotního stavu pacientek (Obereignerů, 2009, str. 9).

Účelná komunikace mezi lékařem a pacientkou by měla být jednoduchá, stručná, zřetelná, pružně reagující na danou situaci a vhodně načasovaná (Obereignerů, 2009, s. 109).

Důležitým předpokladem v komunikaci mezi lékařem a pacientem je porozumění, empatie, naslouchání, zájem, podpora. Mnoho lidí si plete empatii se soucitem. Empatie je umění vžít se do pocitů protějšku a zároveň také zrcadlení, zatímco soucit je pasivní zkušenost emotivního charakteru. Efektivní komunikace dobrých lékařů spočívá ve schopnosti empatie, naslouchání, přílišného nepřerušování hovořícího pacienta a v celkové podpoře (Janáčková, Weiss, 2008. s. 69).

Umění empatie se dá částečně natrénovat, není u všech lékařů na stejné úrovni. Pacient má díky empatii ve svého lékaře důvěru, což je základním stavebním kamenem léčebného efektu (Obereignerů, 2009, s. 27).

Spokojený pacient je cílem komunikace ve zdravotnictví. Jeho spokojenost vzrůstá s přátelským postojem lékaře, jestliže s ním jedná jako s partnerem, nezastírá mu fakta, umí mu naslouchat, zajímá se o něj, o jeho potřeby, dokáže povzbudit a hovoří jazykem, který je blízký danému posluchači (Janáčková, Weiss, 2008, s. 75).

Základním vyšetřovacím postupem je rozhovor s pacientkou, díky kterému získáváme anamnestické údaje, ale zároveň nám dává prostor k pozorování pacientky a jejího chování. Úroveň vedení rozhovoru se u jednotlivých lékařů může značně lišit.

Správně vedená nedirektivní konzultace s pacientem by ze strany lékaře měla obsahovat následující fáze:

- akceptace spolupráce;
- stanovení terapeutických priorit;
- navození pocitu jistoty a bezpečí;
- zajištění informovanosti pacienta;
- vzájemná dohoda o způsobu léčby;
- ukončení konzultace.

3.2.2.1 Akceptace spolupráce

Plná akceptace zabraňuje vzniku nejistoty a manipulací, navozuje atmosféru sympatií, zájmu o problém (Jobánková, 2002, s. 153).

Tuto část můžeme ještě rozčlenit na dílčí fáze, a sice na navázání kontaktu, vzbuzení důvěry a navození pocitu pohody a povzbuzení pacienta ke sdělení jeho potíží.

Kontakt s pacientem probíhá v prvních okamžicích setkání a platí, že dobrý dojem lze udělat pouze jednou, proto by neměl lékař opomenout pacienta přivítat, podat mu ruku, oslovit jej jménem, pokud jej pacient nezná z dřívějších setkání, představit se, nabídnout mu židli a navodit pocit zaujetí v sedě, v mírném předklonu udržovat oční kontakt a vyzvat jej, aby se svěřil, co ho trápí. Je třeba dát pacientovi najevo, že je zde lékař pouze pro něj. Není vhodné během rozhovoru odbíhat, telefonovat, či se nechat nějakým jiným způsobem vyrušovat, plně se soustředit na rozhovor (Janáčková, Weiss, 2008, s. 71).

V této fázi pracujeme s verbálními, mimickými a pantomimickými projevy. Tato technika má motivační charakter, ujišťuje vyšetřovanou osobu, že nás zajímá, věnujeme jí pozornost (Obereignerů, 2009, s. 28).

3.2.2.2 Stanovení terapeutických priorit

Vždy je třeba hledat u pacienta podstatu problému, co jej nejvíce tíží. Je nutné umět nahlédnout i pod povrch a odhalit i pacientem nevyřčené obtíže a společně si stanovit, na čem bude založena spolupráce. Je potřeba umět odhalit signály, které pacient vysílá, a umět vyjádřit porozumění.

3.2.2.3 Navození pocitu jistoty a bezpečí

Vzhledem k tomu, že nemoc s sebou přináší většinou negativní emoce, je vhodné se snažit o jejich zmírnění a pacienta předem upozornit na vše, co budeme vykonávat, i na možnou přechodnou bolest během zákroku. Nabídnout pacientovi možnost regulovat si rychlost a průběh ošetření či výkonu, ten bude díky tomu vše lépe snášet (Janáčková, Weiss, 2008, s. 74).

3.2.2.4 Zajištění informovanosti pacienta

Pacient chce znát odpovědi týkající se jeho stavu, lékař by tedy měl být připraven na spoustu otázek, na které by měl umět dostatečně reagovat. Pacienti se nejčastěji ptají, co se jim stalo, proč se to stalo právě jim, jaký bude mít vzniklá situace dopad na jeho budoucnost, co jej v rámci péče čeká, zda budou nějak omezeni, atd.... Jestliže pacientku informujeme o důležitých skutečnostech, je vhodné se soustředit na jasné a stručné sdělení a v závěru zároveň nejdůležitější informace zopakovat (Obereignerů, 2009, s. 24).

3.2.2.5 Vzájemná dohoda o způsobu léčby

Je vhodné, aby lékař pacientovi nastínil časový harmonogram léčby, a k jakým výsledkům společně dospějí. Tento přístup bude pacienta motivovat k dodržování léčebného postupu a nařízených ordinací.

3.2.2.6 Ukončení konzultace

V závěru rozhovoru se doporučuje shrnout zásadní fakta, tj. plán léčby, jaký postup pacienta čeká, nezapomenout připojit naději na úspěch léčby, dohodnout si termín příštího setkání a rozloučit se.

Při vedení nedirektivního rozhovoru bychom měli používat několik následujících technik, a to:

Naslouchání – chápat a porozumět, nejen slyšet. Pasivní naslouchání spočívá v prostém vyslechnutí mluvčího bez snahy dekodovat zvukové signály a porozumět jim. Aktivní naslouchání je naopak naslouchání, vcítění se, pochopení a porozumění pocitům protistrany. Je vhodné využít tzv. zlatého pravidla, tj. 70 % komunikace naslouchat a 30 % hovořit (Jobánková, 2002, s. 28).

S nasloucháním je úzce spojen i respekt, který je nejvyšším uznáním pacientových obtíží. Lékař jím dává najevo, že je zde pro pacienta, ochoten pomoci. Takovýto pacient nemá většinou důvod si stěžovat (Obereignerů, 2009, s. 26).

Kladení otázek – otevřené otázky jsou ty, díky kterým může pacient odvyprávět svůj příběh a rozprávět se. Na uzavřené je odpověď velmi stručná nebo pouze ano - ne, na polouzavřené otázky je odpověď širší, ale ohraničená. Kladené otázky mohou být také přímé, nepřímé a projektivní, tj. např. jaký má názor na pacientčiny obtíže její blízké okolí. Projektivní otázky lékaři také umožní zjistit informace o pacientčině vnímání jejích potíží, o autoplastickém obrazu nemoci (Oberegnerů, 2009, s. 26; Jobánková, 2002, s. 153).

Technika zachycení a objasnění – jde o objasnění potíží a pocitů pacientky a zachycení podtextu toho, co bylo řečeno, tak aby neodrazovalo od pokračování ve výpovědi a nevyvolalo konflikt, taktně a nepřímě.

Parafrázování - parafráze znamená, že lékař zopakuje vlastními slovy nejdůležitější body pacientova sdělení. Např. „Jestli jsem tomu dobře rozuměl, tak máte tyto potíže....“ Během parafrázování zbytečně nenabízíme vlastní myšlenky, pocity, interpretace. Tato technika napomáhá k udržení hovoru na spontánní a živé úrovni. Je třeba dodržovat správnou míru používání parafrázování, aby nebyl rozhovor přehnaně brzděn.

Zrcadlení - v případě zrcadlení se jedná o techniku doslovného zopakování pacientova sdělení, je součástí zpětné vazby. Takto můžeme ovlivnit pacientovy pocity a nálady a odhalit pravý význam jeho výroků, ujistit se, že správně chápeme to, co pacient řekl.

Ujištění - u pacientky stoupá nejistota zejména před invazivním zákrokem, porodem. Zde je třeba ji podpořit a odstranit pomyslné zábrany. Opět není vhodné tuto techniku nadužívat bezdůvodně.

Empatické poznámky – ty jsou lékařovými reakcemi na pacientovo emocionálně podbarvené sdělení, měly by vyznít autenticky a přirozeně a v odpovědích by se měly objevovat nabídky např. rozhovoru o daném problému.

Sumarizace - částečné shrnutí řečeného za použití pacientových slov.

„Hm“ terapie - lékař doprovází pacientovu komunikaci souhlasným přikyvováním hlavy a verbálním „hm“. Jedná se o produktivní variantu komunikace, která nabízí pacientovi možnost vypovídat se a svěřit se.

Avšak i během nedirektivního rozhovoru lékaře s pacientem může dojít ze strany lékaře k chybám, jako například když lékař uděluje pacientovi nevhodné rady, nepoklesne na konci verbálního projevu hlasem, aby tak dal pacientovi najevo, že nyní může pokračovat v hovoru, nebo klade příliš mnoho dotazů.

Výše popsané techniky v rámci nedirektivního rozhovoru není snadné používat, ale usilovným tréninkem v každodenních situacích se jim lze úspěšně naučit.

Můžeme se však setkat i s bariérami efektivní komunikace, kterými mohou být příliš rozdílné postoje a názory, eventuálně rozdíly ve významu řečeného, nedůvěra v osobu, se kterou komunikuji, neschopnost naslouchat druhému, informační zahlcenost a hraje zde roli i časová tíseň.

Lékař by měl umět vhodně využít všech dostupných technik komunikačních dovedností tak, aby nemocného podpořil a motivoval v diagnostickém a terapeutickém procesu. (Oberegnerů, 2009, s. 27; Jobánková, 2002, s. 154).

3.2.3 Návrhy opatření na základě zjištěných výsledků

Audity na mezinárodní úrovni prováděné EU, které sledovaly úroveň zdravotnictví v ČR, prokázaly, že máme velmi vysokou úroveň lékařské diagnostiky, léčebných metod i technického vybavení, ale zato značně zaostáváme v přístupu a jednání s pacienty (Králová, 2008, s. 7). Jak prokázala předkládaná práce, je třeba začít klást

větší důraz na tzv. měkké dovednosti v rámci studia na všech lékařských fakultách v ČR, lépe a častěji si žádat o dotace z EU, využívat školících agentur, které danou problematiku vyučují, či si na pracovišti (týká se především nemocnic) vyškolit vlastního trenéra, který bude dále v těchto dovednostech zdokonalovat zaměstnance instituce a učit lékaře chovat se k pacientkám partnersky.

ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá komunikací ve zdravotní péči se zaměřením na vztah lékař – pacient v gynekologii a porodnictví.

První kapitola je zaměřena na úvod do problematiky komunikace, specifikaci pojmu komunikace, jeho historii, typy, druhy, formy, styly a funkce. Druhá kapitola popisuje komunikaci ve zdravotní péči. Jsou v ní vymezeny pojmy, které se této problematice dotýkají, popsány komunikační přístupy k pacientům, vzájemná očekávání, funkčnost a úspora v ČR, aktuální možnosti vzdělávání. Třetí kapitola řeší samotný výzkum úrovně komunikace lékař – pacient v gynekologii a porodnictví v ČR. Jsou zde formulovány cíle výzkumu, výzkumné hypotézy, prezentovány výsledky, navrženy vhodné komunikační postupy a možnosti využití výsledků v praxi.

Kolektivním cílem všech pracovníků ve zdravotnictví je nejenom poskytovat svým pacientům kvalitní péči, ale také je motivovat k využití zdravotní péče právě v jejich instituci. Se spokojeností pacientů se zdravotnickou institucí a jejich ochotou navštívit právě to či ono konkrétní pracoviště úzce souvisí již zmiňovaná komunikace ze strany zdravotníků. Z těchto důvodů je nezbytné neustále pracovat na rozvoji komunikačních dovedností zdravotnického personálu, neboť tento jejich rozvoj v uvedených kompetencích je nástrojem, jak zvýšit kvalitu péče v instituci. I zde platí zlaté pravidlo, že výsledky se dostaví pouze tehdy, pokud budou kompetentní lidé správně vykonávat své aktivity. Toto hledisko má i ekonomické dopady - jestliže se s pacientem správně komunikuje, ten pak lépe spolupracuje, dodržuje navržené léčebné postupy a medikace, rychleji se uzdraví, brzy se vrátí k pracovním povinnostem a začne dříve přispívat do systému.

Cílem práce byla identifikace reálné komunikační úrovně lékařů směrem k pacientkám v oboru gynekologie a porodnictví prostřednictvím názorů oslovených pacientek na předem vytipovaných pracovištích v privátních v nemocničních ambulancích.

Jako první cíl jsme si stanovili zjistit, zda je úroveň komunikace ze strany gynekologa směrem k pacientce efektivní a srozumitelná. Prokázali jsme, že úroveň komunikace ze strany gynekologa směrem k pacientce není efektivní a srozumitelná. Lékaři toto splňují pouze z 60 %, než je očekávání pacientek.

Druhý cíl řešil, zda existují rozdíly v úrovni komunikačních dovedností privátních a nemocničních gynekologů. Zjistili jsme prokazatelné rozdíly. Privátní gynekologové vykazovali lepší úroveň komunikačních dovedností než nemocniční gynekologové.

Třetí cíl byl zaměřen na to, zda by měl lékař přizpůsobit formu a délku konzultace dosaženému stupni vzdělání pacientky a dospěli jsme k závěru, že tento předpoklad je správný.

Stanovené cíle práce byly splněny.

Jak předkládaná práce prokázala, je třeba začít klást větší důraz na tzv. měkké dovednosti již v rámci studia na LF. Pevně věřím, že práce upozorní na zjištěné nedostatky v komunikační praxi sledované skupiny lékařů a bude sloužit jako nástroj k jejich zdokonalení v těchto kompetencích.

BIBLIOGRAFICKÉ, ELEKTRONICKÉ A JINÉ ZDROJE

Knižní tituly

BEDNAŘÍKOVÁ, Iveta. *Komunikativní dovednosti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2000. 52 s. ISBN 80-244-0160-6.

BĚLOHLÁVEK, František. *Organizační chování*. 1. vyd. Olomouc: Rubico, 1996. 344 s. ISBN 80-85839-09-1.

DEMLOVÁ, Emilie, HRDLIČKA, Milan, LEPILOVÁ, Květuše, VAVREČKA, Mojmír. *K verbální a neverbální komunikaci*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita Filozofická fakulta, 2004. 360 s. ISBN 80-7042-662-4.

DEVITO, Joseph A. *Základy mezilidské komunikace*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 512 s. ISBN 978-80-247-2018-0.

ERNEKER, Jaroslav. *Základy komunikace*. 1. vyd. České Budějovice: Vysoká škola evropských a regionálních studií, o. p. s., 2004. 65 s. ISBN 80-86708-02-0.

EXNER, Lubomír, RAITER, Tomáš, STEJSKALOVÁ, Dana. *Strategický marketing zdravotnických zařízení*. 1. vyd. Praha: Professional Publishing, 2005. 188 s. ISBN 80-86419-73-8.

GLADKIJ, Ivan, a kol. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

GLADKIJ, Ivan, STRNAD, Ladislav. *Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. 112 s. ISBN 80-244-0500-8.

HANUŠ, Radek. *Vybrané kapitoly ke komunikačním dovednostem*. 1. vyd. Olomouc: Hanex, 2007. 100 s. ISBN 978-80-85783-83-4.

HOLČÍK, Jan. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010. 294 s. ISBN 978-80-210-5239-0.

HOLČÍK, Jan. *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno: MSD, 2009. 151 s. ISBN 978-80-7392-089-0.

HOLČÍK, Jan, KAŇOVÁ, Pavlína, PRUDIL, Lukáš. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 186 s. ISBN 80-7013-417-8.

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

- HONZÁK, Radkin. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 136 s. ISBN 80-7262-377-X.
- IVANOVÁ, Kateřina, JURÍČKOVÁ, Lubica. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 100 s. ISBN 978-80-244-1832-2.
- JANÁČKOVÁ, Laura, PAVLÁT, Josef. *Psychologické aspekty zdravotnické komunikace*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2007. 111 s. ISBN 978-80-210-4330-6.
- JANÁČKOVÁ, Laura, WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 136 s. ISBN 978-80-7367-477-9.
- JOBÁNKOVÁ, Marta a kol. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 2. přepracované vyd. Brno: Institut dalšího vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2002. 225 s. ISBN 80-7013-365-1.
- KHELEROVÁ, Vladimíra. *Komunikační a obchodní dovednosti manažera*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1677-1.
- KRÁLOVÁ, Jaroslava. *Současné trendy ve vzdělávání budoucích lékařů*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. 79 s. ISBN 978-80-244-2198-8.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Povídej – naslouchám*. 2. přeprac. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2010. 135 s. ISBN 978-7195-405-7.
- LEPILOVÁ, Květuše. *Přesvědčivá komunikace manažera: jak úspěšně vystupovat v obchodním styku i ve společnosti: vytvořte si image a styl jednání*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2008. 208 s. ISBN 978-80-251-2147-4.
- LINHARTOVÁ, Věra. *Praktická komunikace v medicíně. Pro mediky, lékaře a ošetrující personál*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 152 s. ISBN 978-80-247-1784-5.
- MACH, Jan, STOLÍNOVÁ, Jitka. *Právní odpovědnost v medicíně*. 2. vyd. Praha: Galén, 2010. 313 s. ISBN 978-80-7262-686-1.
- MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 368 s. ISBN 80-247-0650-4.
- OBEREIGNERŮ, Radko. *Komunikační dovednosti ve službách medicíny*. 1. vyd. Břeclav: Adamira, 2009. 136 s. ISBN 978-80-904217-2-1.
- PTÁČEK, Radek, BARTŮNĚK, Petr, a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

- TATE, Peter. *Příručka komunikace pro lékaře – jak získat důvěru pacienta*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 164 s. ISBN 80-247-0911-2.
- STOLÍNOVÁ, Jitka, MACH, Jan. *Právní odpovědnost v medicíně*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Galén, 2010. 314 s. ISBN 978-80-7262-686-1.
- SVATOŠ, Tomáš. *Kapitoly ze sociální a pedagogické komunikace. Teoretická minima a praktické náměty*. 3. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. 160 s. ISBN 978-80-7435-002-3.
- ŠIMKOVÁ, Hedvika, FICHTNER, Marek. *Efektivní komunikace*. 1. vyd. Praha: EuroProfis, 2007. 48 s. ISBN 978-80-239-8840-6.
- VOKURKA, Marin, HUGO, Jan a kol. *Velký lékařský slovník*. 8. vyd. Praha: Maxdorf, 2008. 1144 s. ISBN 978-80-7345-166-0.
- VRUBLOVÁ, Yveta. *Kapitoly z psychologie a komunikace ve zdravotnictví*. 1. vyd. Ostrava: VŠB – Technická univerzita Ostrava, 2006. 60 s. ISBN 80-248-1132-4.
- VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. aktualit. vyd. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.
- VYMĚTAL, Jan. *Průvodce úspěšnou komunikací. Efektivní komunikace v praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 328 s. ISBN 978-80-247-2614-4.
- ZACHAROVÁ, Eva. *Základy komunikace pro ošetrovatelskou praxi*. 1. vyd. Brno: Tribun EU, 2011. 130 s. ISBN 978-80-7399-285-9.
- ZACHAROVÁ, Eva. *Zdravotnická psychologie*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2005. 126 s. ISBN 80-7368-093-9.

Články v periodikách

- HAUSBERG, Maria, HERGERT, Anika. 2012. Enhancing medical students' communication skills: development and evaluation of an undergraduate training program. *BMC Medical Education*. London: BioMed Central Ltd., **12**(16), 18-27. ISSN 1472-6920.
- VERLINDE, Evelyn, DE LAENDER, Nele. 2012. The social gradient in doctor-patient Communication. *International Journal for Equity in Health*. London: BioMed Central Ltd., **11**(12), 2-15. ISSN 1475-9276.

Elektronické zdroje

ANONYMUS. 2012. *Jaká je "Kvalita očima pacientů"?* [online]. 02.02.2012 [cit. 2013 – 03 - 08]. Dostupné z: <http://www.libereckenovinky.cz/zpravy/z-regionu/jaka-je-kvalita-ocima-pacientu/>.

ČERNÝ, Miroslav. 2009. *Specifika interakce mezi lékařem a pacientem* [online]. 13.4.2009 [cit. 2013 – 03 - 08]. Dostupné z: <http://philologica.net/studia/20090413140000.htm>.

HRDOUŠKOVÁ, Markéta. 2003. *Lékaři a pacienti spolu neumí komunikovat* [online]. 12.9.2003 [cit. 2013 – 03 - 08]. Dostupné z: <http://zdravi.doktorka.cz/lekari-pacienti-spolu-neumi/>.

KOUSALÍKOVÁ, Marcela. 2007. *Čeští zdravotníci se učí komunikovat* [online]. 19.03.2007 [cit. 2013 – 03 - 08]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/10288>.

KUBEK, Milan, VEDRALOVÁ, Jana, ŠKÁBA, Richard. 2006. *Přehled stížností a uložených disciplinárních opatření v letech 2000-2006* [online]. Praha: Česká lékařská komora 2006 [cit. 2013 – 03 - 08]. Dostupné z: [http://merkur4.issa.cz/nw/www.lkcr-old.cz/dokumenty.php?item.id=72179&do\[load\]=1&filterCategory.id=6](http://merkur4.issa.cz/nw/www.lkcr-old.cz/dokumenty.php?item.id=72179&do[load]=1&filterCategory.id=6).

LÁNSKÝ, Tomáš. 2012. *Lékař se nepředstaví a mluví divnou řečí, kritizují pacienti* [online]. 02.02.2012, [cit. 2013 – 03 - 08]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/z-domova/lekar-se-nepredstavi-a-mluvi-divnou-rci-kritizuji-pacienti-463262>.

PETRÁŠOVÁ, Lenka. 2009. *Dobře naladěný pacient se vyléčí rychleji* [online]. 16.11.2009, [cit. 2013 – 03 - 08]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/15610>.

RAITER, Tomáš. 2009. *Snad ten vysokoj blondák v bílým plášti.* [online]. 25.05.2009, 18:50 [cit. 2013 – 03 - 08]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/6188-snad-ten-vysokej-blondak-v-bilym-plasti>.

SEZNAM ZKRATEK

BMČ	Bibliographia Medica Čechoslovaca
cm	Centimetr
ČR	Česká republika
EQ	Emoční kvocient
EU	Evropská unie
HMC	Název společnosti
HORMED	Název společnosti
IT	Informační technologie
JIP	Jednotka intenzivní péče
LF	Lékařská fakulta
m	metr
MbC	Management by Competencies
MU	Masarykova univerzita
MUDr.	Medicinae Universae Doctor
NCO NZO	Národní centrum ošetřovatelství nelékařských zdravotnických oborů
prim.	Primář
SŠ	Střední škola
UP	Univerzita Palackého
USA	Spojené státy americké
VŠ	Vysoká škola
ZŠ	Základní škola

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1	Graf rozložení respondentek v privátním a v nemocničním sektoru	53
Obrázek 2	Graf rozložení nejvyššího dosaženého vzdělání respondentek	54
Obrázek 3	Ověření hypotézy č. 1 - Cítila jste z lékaře zájem o vás jako o pacientku?	64
Obrázek 4	Ověření hypotézy č. 1 - Obdržela jste dostatek srozu – mitelných informací o své léčbě, medikaci, o dalším postupu?	64
Obrázek 5	Ověření hypotézy č. 1 - Choval se k vám lékař s respektem?	65
Obrázek 6	Ověření hypotézy č. 1 - Byl lékař během konzultace trpělivý?	65
Obrázek 7	Ověření hypotézy č. 1 - Dokázal vás lékař během vyšetření uklidnit, zbavit stresu?	66
Obrázek 8	Ověření hypotézy č. 1 - Zodpověděl vám lékař uspokojivě vaše dotazy?	67
Obrázek 9	Ověření hypotézy č. 1 - Jak dlouho trvala vaše konzultace s lékařem?	67
Obrázek 10	Ověření hypotézy č. 1 - Byla pro vás délka konzultace dostačující?	68
Obrázek 11	Ověření hypotézy č. 1 - Uměl lékař během konzultace navázat kontakt?	69
Obrázek 12	Ověření hypotézy č. 1 - Cítila jste se během konzultace komfortně?	69
Obrázek 13	Ověření hypotézy č. 1 - Jednal s vámi lékař profesionálně?	70
Obrázek 14	Ověření hypotézy č. 1 - Projevoval lékař dostatek empatie?	70
Obrázek 15	Ověření hypotézy č. 1 – Naslouchal vám lékař pozorně?	71
Obrázek 16	Ověření hypotézy č. 1 – Byla atmosféra v průběhu konzultace příjemná?	71
Obrázek 17	Ověření hypotézy č. 1 - Byla jste spokojená s úrovní ošetření?	72
Obrázek 18	Ověření hypotézy č. 2	74
Obrázek 19	Ověření hypotézy č. 3	75

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1	Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek	53
Tabulka 2	Cítila jste z lékaře zájem o vás jako o pacientku?	54
Tabulka 3	Obdržela jste dostatek srozumitelných informací o své léčbě, medikaci, o dalším postupu?	55
Tabulka 4	Choval se k vám lékař s respektem?	55
Tabulka 5	Byl lékař během konzultace trpělivý?	56
Tabulka 6	Dokázal vás lékař během vyšetření uklidnit, zbavit stresu?	56
Tabulka 7	Zodpověděl vám lékař uspokojivě vaše dotazy?	57
Tabulka 8	Jak dlouho trvala vaše konzultace s lékařem?	57
Tabulka 9	Byla pro vás délka konzultace dostačující?	58
Tabulka 10	Uměl lékař během konzultace navázat kontakt?	58
Tabulka 11	Cítila jste se během konzultace komfortně?	59
Tabulka 12	Jednal s vámi lékař profesionálně?	59
Tabulka 13	Projevoval lékař dostatek empatie?	60
Tabulka 14	Naslouchal vám lékař pozorně?	60
Tabulka 15	Byla atmosféra v průběhu konzultace příjemná?	61
Tabulka 16	Byla jste spokojená s úrovní ošetření?	61
Tabulka 17	Ověření hypotézy č. 2	73
Tabulka 18	Ověření hypotézy č. 3	75
Tabulka 19	Ověření hypotézy č. 4	76

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1 Dotazník sloužící k hodnocení komunikačních dovedností lékařů s pacientkami.

Příloha 1

Dotazník sloužící k hodnocení komunikačních dovedností lékařů s pacientkami.

1/ Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

a/ ZŠ

b/ SŠ

c/ VŠ

2/ Navštívila jste lékaře:

a/ soukromého

b/ nemocničního

3/ Cítila jste z lékaře zájem o vás jako o pacientku?

a/ ano

b/ spíše ano

c/ spíše ne

d/ ne

4/ Obdržela jste dostatek srozumitelných informací o své léčbě, medikaci, o dalším postupu?

a/ ano

b/ spíše ano

c/ spíše ne

d/ ne

5/ Choval se k vám lékař s respektem?

a/ ano

b/ spíše ano

c/ spíše ne

d/ ne

6/ Byl lékař během konzultace trpělivý?

- a/ ano
- b/ spíše ano
- c/ spíše ne
- d/ ne

7/ Dokázal vás lékař během vyšetření uklidnit, zbavit stresu?

- a/ ano
- b/ spíše ano
- c/ spíše ne
- d/ ne

8/ Zodpověděl vám lékař uspokojivě vaše dotazy?

- a/ ano
- b/ spíše ano
- c/ spíše ne
- d/ ne

9/ Jak dlouho trvala vaše konzultace s lékařem?

- a/ 5 min.
- b/ 10 min.
- c/ 15 min.
- d/ déle

10/ Byla pro vás délka konzultace dostačující?

- a/ ano
- b/ spíše ano
- c/ spíše ne
- d/ ne

11/ Uměl lékař během konzultace navázat kontakt?

- a/ ano
- b/ spíše ano

c/ spíše ne

d/ ne

12/ Cítila jste se během konzultace komfortně?

a/ ano

b/ spíše ano

c/ spíše ne

d/ ne

13/ Jednal s vámi lékař profesionálně?

a/ ano

b/ spíše ano

c/ spíše ne

d/ ne

14/ Projevoval lékař dostatek empatie?

a/ ano

b/ spíše ano

c/ spíše ne

d/ ne

15/ Naslouchal vám lékař pozorně?

a/ ano

b/ spíše ano

c/ spíše ne

d/ ne

16/ Byla atmosféra v průběhu konzultace příjemná?

a/ ano

b/ spíše ano

c/ spíše ne

d/ ne

17/ Byla jste spokojená s úrovní ošetření?

a/ ano

b/ spíše ano

c/ spíše ne

d/ ne