

Komunikace v praxi

E-materiály k prvnímu workshopu na téma

První kontakt s pacientem

První kontakt s pacientem

Dobrá a efektivní komunikace ve vztahu pacient/lékař je naprosto klíčová. Napomáhá ke zlepšení jak diagnostického, tak léčebného procesu. Vztah pacienta a lékaře je založen na důvěře a vzájemném respektu. Bez těchto kvalit, ať už z jedné nebo z druhé strany, je nefunkční a nevede k požadovanému výsledku.

Už při prvních okamžicích se pacient rozhoduje, zda se mu lékař líbí, zda-li je mu sympatický. Jestli v něm vyvolává důvěru a hlavně, zda je to ta správná osoba, které chce svěřovat svá trápení. První setkání a interakce pacienta a lékaře udávají směr celé jejich následující spolupráci. Je tedy důležité držet se určitých zásad. V následujícím textu se seznámíte s některými užitečnými tipy a triky, jak navázat kontakt s pacientem a jak dobře zvládnout Vaše první setkání.

Cíle workshopu

- Poukázat na důležitou roli **komunikace ve vztahu** lékař/pacient.
- Shrnout **důležité zásady** prvních kroků vedení klinického rozhovoru.
- Seznámit studenty s některými základními komunikačními situacemi.

Dovednosti potřebné ke zlepšení komunikace s pacientem

Komunikace zaměřená na pacienta

Je třeba si uvědomit, že léčíme pacienta, nikoliv nemoc. Cílem rozhovoru je zaměřit se na **získání pacientovi perspektivy** a jeho pohledu na nemoc kterou prožívá. **Necháváme pacienta mluvit bez přerušování** alespoň prvních 18 vteřin samého. Věnujeme pacientovi naši **plnou pozornost**, kterou vyjadřujeme jak verbálně tak neverbálně. Pacient je lidská bytost a proto se k němu chováme s **respektem**.

Aktivní naslouchání je jedním z našich hlavních nástrojů. Jak na to?

Při aktivním naslouchání můžeme **zopakovat**, co slyšíme pacienta říkat abychom se ujistili, že to chápeme správně.

“Z toho, co jste mi zatím řekli, to chápu takhle ...”

“Chci se jen ujistit, že to chápu správně ...”

Dáváme si pozor na **neverbální komunikaci**. Je třeba si uvědomit, že všechno co děláme je forma komunikace. Komunikujeme **ve výšce pacienta**, z jeho **pravé strany** pokud ležící. Díváme se na pacienta, nikoliv na monitor. Snažíme se o **otevřený**, uvolněný a pozorný (naklánějící se kupředu) postoj k pacientovi. Nekřížíme ruce na hrudi. Neschováváme se za stolem, lepší je sedět vedle stolu.

Je důležité **uznávat emoce** pacienta, a to i když s nimi nesouhlasíme

“Tohle pro vás musí být hodně těžké.”

“Zdá se, že je toho teď na vás hodně.”

Mnemotechnická pomůcka **NURSe**

N ame it	<i>“...vypadáte, že se zlobíte...”</i>
U nderstanding	<i>“...rozumím vašim emocím, je to normální...”</i>
R espect	<i>“...nesete to statečně, oceňuji vaše úsilí...”</i>
S upport	<i>“...dejte mi vědět, kdybych pro vás mohl/a cokoli udělat...”</i>

Forma komunikace

Lékař má být **asertivní a vést rozhovor**. Asertivní komunikace vyžaduje jasné a přímé požadavky, pozitivitu a respekt.

Pacient má většinou hodně rozdílné znalosti lidského těla než lékař. **Vyhýbáme se lékařskému žargonu** (latina, příliš odborné termíny). Omezujeme nepotřebná a dlouhá slova navíc.

Vybíráme **pozitivní slova**. Snažíme se vyvarovat slov „ne,“ a „měli byste...“

Přizpůsobujeme tempo osobě, se kterou mluvíme - u staršího člověka zpomalíme tempo, u excitovaných můžeme zrychlit.

Jsme přátelští, zvýrazňujeme **pozitiva** a dáváme pravdivé komplimenty, kdykoli je to možné (nutné podotknout, že zde platí, že všeho s mírou).

Vedení klinického rozhovoru

Před rozhovorem

Před každou návštěvou pacienta je vhodné zjistit, **jaké emoce sami prožíváme**, a dát si pozor, abychom je sami nevnášeli do rozhovoru s pacientem.

Zahájení rozhovoru

Mysleme na to, že **vytváříme výchozí raport** - vztah pacienta a lékaře.

- Ověřujeme **identitu** pacienta (jméno, ročník,...).
- **Představíme se** (jméno, pozici/titul) a podáme pacientovi ruku.
- Projevujeme zájem a úctu.
- Udržujeme oční kontakt a správné držení těla
- **Nepřerušujeme prvních 18 vteřin** pacienta.
 - a) V případě, že pacient přichází na ambulanci - zjišťujeme **důvody** konzultace.
 - b) V případě že už je hospitalizován - zeptáme se **jestli souhlasí** s odebráním anamnézy, vyšetřením.
- Přiblížíme mu, **jak dlouho bude asi vyšetření trvat** a vysvětlíme mu, proč ho dělám.

Otázky

Při kladení cílených otázek je třeba mít na paměti, že jak otázku položíme, může ovlivnit odpověď.

Otevřené otázky podněcují k tomu, aby se pacient vyjádřil vlastními slovy k tomu, co je pro něj důležité. Jsou výhodnější **v začátku rozhovoru**. Méně se hodí k dosažení konkrétního cíle.

Uzavřené otázky nabízejí konkrétní, ale omezené množství informací. Jsou skvělé na **doplnění detailů**.

Je vhodné se **vyhnout na vícečetným otázkám**. Při položení dvou a nebo více otázek naráz, pacient často odpoví jen na jednu část otázky. Je lepší se jim vyhnout hlavně u starších a dětských pacientů.

Vyhýbáme se návodným otázkám. Pro pacienty obsahující náповědu „správné“ odpovědi.

“Předpokládám, že Vás taky bolí hlava, že?”

Povzbuzování

Pacienta v rozhovoru **aktivně pobízíme**. Získává tak v rozhovoru jistotu, že může mluvit. V rámci neverbální komunikace může pokyvovat hlavou. Verbálně můžeme vyjadřovat povzbuzení např.:

„...aha...“, „...pokračujte...“, „...chápu...“

Používáme **neutrální slova**. Vyhýbáme se slovům „správně“ či „dobře“ – pacient by si je mohl vyložit jako potvrzení správnosti toho, co říká.

Ticho

Nebojíme se ticha, je to výborný prostředek na to dát více prostoru pacientovi. Vydržíme **delší pauzu** poté, co pacient přestane mluvit.

Zrcadlení

Necháme **doznít posledních několik slov** – echo povzbudí pacienta, aby myšlenku rozvedl nebo pokračoval.

„ Poslední týden mě ta bolest břicha často budí ze spánku, jsem pak druhý den unavený, bolí mě hlava a je mi z toho smutno.“

„Je vám smutno.“

„Ano. To asi souvisí i s tou klinickou depresí s níž se léčím už 15 let.“

Taktéž se pacienta snažíme **zrcadlit v jeho stylu komunikace**. Jedná se o zrcadlení komunikačního stylu pacienta například v rychlosti mluvení, tónu hlasu, používání moderních nebo anglických výrazů a jiné.

Parafrázování

Vyjádříme **vlastními slovy obsah nebo pocity**, které stojí za pacientovým sdělením. Potvrzujeme, že jsme rozuměli a současně si obsah utřídíme.

Potvrzujeme si správnosti naší interpretace toho, co měl pacient na mysli.

Na konci rozhovoru je vhodné **zopakovat po pacientovi základní informace**, které jsou pro anamnestickou rozvahu klíčové. Získáme tak jistotu, že jsme pacientovu situaci pochopili správně.

Mnemotechnická pomůcka **AIDET**

A cknowledge	<i>"Dobrý den, paní Nováková..."</i>
I ntroduction	<i>"Jmenuji se doktor Zítek..."</i>
D uration	<i>"...ted' si Vás vyšetřím, zabere to zhruba deset minut."</i>
E xplanation	<i>"...dejte mi vědět, kdybych pro vás mohl/a cokoliv udělat..."</i>
T hank you	<i>"Jsem rád, že jste se rozhodla navštívit naši ambulanci..."</i>

Specifika komunikace s nemocným dítětem

Nejprve navážeme kontakt s rodičem. Dítěti necháme čas, ať si na naši přítomnost zvykne a ať pochopí z reakcí rodiče, že se nás nemusí bát. **Následně navážeme kontakt s dítětem**, zeptáme se na jméno.

Pokud má s sebou hračku, navážeme kontakt přes ni. Pokud na to dítě přistoupí, pokračujeme v komunikaci za pomoci hračky, protože dítě si do ní může projektovat i své vlastní prožitky.

„To je ale pěkný medvídek. Jakpak se jmenuje?“

„Proč je medvídek smutný? Co ho bolí?“

Dítě se **snažíme chválit, podporovat a usmívat se** na něj. Snižujeme tak diskomfort situace, který může dítě cítit.

Pokud nemáme k dispozici hračku, zkusíme upoutat pozornost na něco jiného (obrázek na stěně apod.).

Komunikujeme s dítětem **na jeho výškové úrovni**. Přidřepneme si nebo se posadíme, abychom měli oči ve stejné rovině.

Ne vždy probíhá kontakt s dítětem podle našich představ a nemá smysl na dítě tlačit. Je poté na místě zkusit trpělivě a s reflexí jeho stavu říci, že chápeme, že s vámi nechce mluvit. Může pomoci zmínit, že je v pořádku, že má možná strach a nebo se stydí.

Kojenec (do 1,5 roku)

Nakloníme se k dítěti tak, aby nám vidělo do tváře, a usmíváme se. **Mluvíme něžně a klidně.** Využíváme **neverbální komunikaci** (hlazení, doteky, držení, houpání).

Respektujeme normální režim dítěte a jeho potřeby (nakrmit, přebalit, pochovat, ...) a snažíme se tomu přizpůsobit vyšetření.

Mysleme na to, že je to věk, kdy je zcela přirozené, že se **dítě bojí cizích lidí**. Pravděpodobně bude plakat, když ho bude chtít držet nebo se ho dotýkat někdo jiný.

S takto malým dítětem nebudeme pravděpodobně moc komunikovat, budeme **komunikovat hlavně s rodiči**.

Zásada tedy je **udržet dobrý vztah s rodiči**, uklidnit je. Důležitá je důvěra vůči lékaři a porozumění tomu, co děláme, proč a co se bude dít. Pláč nevztahujeme k vlastnímu výkonu, ale respektujeme jej jako zdravý projev dítěte.

Batole (1,5 - 3 roky)

Oslovíme ho jménem, tak jak to má rád (zeptáme se rodičů). Sledujeme, jak dítě reaguje na nás. Nesnažíme se navázat kontakt silou.

Používáme krátká, jasná sdělení a slůvka z jeho slovníku. Vždy mluvíme pravdu, ale bez zbytečných detailů. **Dítěti popíšeme, co budeme dělat**. Nějak to také popíší rodiče.

Pokud dítě neexploruje ambulanci, necháme ho sedět mamince na klíně a vše komunikujeme hlavně s rodiči. Respektujeme, že každé dítě má svůj jedinečný způsob adaptace v nové situaci a jedinečný styl navazování kontaktu.

Můžeme na dítě mrknout, nabízet obrázek, ukázat mu, co děláte, co píšete, atd.

Nechceme dítě měnit, ale v souhlasu s jeho jedinečností provést to, co je z našeho pohledu potřeba. Pláč a strach respektujeme, nesnažíme se jej odstranit.

Předškolní věk (3 - 6 let)

Při komunikaci s předškoláky se **vyjadřujeme stručně, jasně**, srozumitelně. Používáme jednoduchá slova a krátké věty.

Mluvíme klidně, pomalu, udržujeme oční kontakt. Dítě nepřerušujeme, když něco říká. Můžeme využít **terapii hrou**. Umožníme dítěti kreslit, hrát si.

Důležitý je **partnerský přístup**. Podáme ruku, navzájem se představíme, mluvíme přímo k dítěti, aby mělo pocit, že může situaci kontrolovat.

Školní věk (6 - 12 let)

Se školáky stále **používáme dětský slovník**. Dáváme dětem prostor si hrát a nebo kreslit.

Respektujeme osobnost a spolurozhodování o jeho osobě.

Dospívající (13 - 18 let)

Dospívající adolescenty **oslovujeme jménem**. Na případné vykání se zeptáme, někteří už chtějí a někteří se cítí divně, když jim lékař vyká.

Ujistíme o naší diskrétnosti. Trpělivě vyslechneme, neodsuzujeme. Respektujeme jeho soukromí a pocit studu.

Necháme pacienta účastnit se diskuze, podporujeme ho v zodpovědnosti za své tělo.

Používáme **odbornější výrazy**, ale vždy se ujistíme, zda nám rozumí. Vyhýbáme se direktivnímu, autoritativnímu stylu komunikace.

Specifika komunikace se starším pacientem

Respektujeme identitu pacienta a **důsledně jej oslovujeme** jménem nebo odpovídajícím titulem. Nevyžádaná familiární oslovení „babi“ nebo „dědo“ jsou ponižující.

Důsledně se **vyhýbáme zdětinštění** starého člověka. Ani s nemocnými se syndromem demence nehovoříme jako s dětmi (formou, ani obsahem).

Při komunikaci s pacienty a při jejich ošetřování cílevědomě **chráníme jejich důstojnost**.

Respektujeme zpomalenou motoriku i mluvu a chráníme seniory před časovým stresem, netlačíme na ně.

Jasně se představíme, **mluvíme srozumitelně**, nevyužíváme vícečetné otázky a také se **vyhýbáme odborné či anglické terminologii** a taky se snažíme nemluvit příliš rychle.

Důležité je ale též, že **automaticky nepředpokládáme**, že jsou pomalí. Je dobré se spíše v průběhu komunikace ujistovat, jestli rozumí, co jim dělá problém. Tomu komunikace přizpůsobíme.

Necháme pacienta mluvit a snažíme se ho nepřerušovat. Pokud pacient vypráví již příliš dlouho a nebo pacient nemluví k tématu, položíme konkrétní otázky, které nás zajímají.

„Protože jste předtím říkal, že se léčíte se srdcem, chtěla jsem se ještě doptat na...“

Aktivně a taktně **ověříme možné komunikační bariéry** (porucha sluchu, zraku apod.) a tomu přizpůsobíme komunikaci. Bez ověření nedoslýchavosti nezesilujeme hlas. Porozumění řeči se ve stáří zhoršuje v hlučném prostředí, proto „nepřekřikujeme“ jiný hovor, rozhlas, televizi, ale **snažíme se hluk odstranit** tzn. vypneme rádio, zavřeme dveře.

K usnadnění komunikace se vždy zdržujeme v zorném poli pacienta a udržujeme **oční kontakt**.

Dopomoc při pohybu, odkládání oděvu či při uléhání na lůžko vždy nabízíme (úměrně zdravotnímu postižení pacienta). Snažíme se **zachovat soběstačnost pacienta** v co největší míře. Umožňujeme používání opěrných pomůcek (hole, chodítka).