

PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY ZDRAVOTNICKÉ KOMUNIKACE

**Laura Janáčková
Josef Pavlát**

Obsah

Úvod.....	3
I.ČÁST	
1.Studium komunikace.....	4
2.Co předchází komunikaci.....	14
3.Důsledky komunikace.....	16
4.Vlastní komunikace.....	18
5.Strategie a dovednosti při komunikaci.....	27
II.ČÁST	
6.Struktura komunikace - zahájení.....	35
7. Struktura komunikace – hlavní obtíž a přehled problému.....	41
8. Emocionální reakce pacientů – „normální reakce“.....	49
9. Emocionální reakce pacientů – „nepřizpůsobivé reakce“.....	55
10.Obtížné komunikace –poruchy osobnosti,psychóza,delirium a demence.....	60
Přílohy	
11. Přehled zásad a kroků komunikace lékaře a pacienta.....	78
12.Svízelné typy osob - zvládací strategie a prevence konfliktů.....	86
13.Hodnocení komunikálních dovedností lékaře.....	95
Literatura.....	97

MÍSTO ÚVODU

Komunikace je v obecné rovině definována jako sdělování informace prostřednictvím signálů a prostředků : ústně, písemně ,mimikou, gesty a dalším neverbálním chováním. Probíhá mezi dvěmi a více lidmi, dále pak pomocí tisku, rozhlasu a jiných medií.

Komunikační dovednosti se uplatňují ve všech oborech. S lidmi se setkáváme denně a musíme se s nimi dohovorit. To, zda budeme prospěšní a úspěšní ve své práci a ve svém životě, závisí nejen na našich znalostech, ale i na tom, zda jsme schopni navázat dobrý kontakt a s lidmi spolupracovat.

Komunikovat neznamena pouze mluvit, ale **měli bychom vědět CO chceme říci, rozhodnout KDY informaci sdělit, vybrat správné místo a zvolit JAK informaci nejlépe podat. Naše zpráva by měla být jasná a srozumitelná, měli bychom ji sdělovat odpovídajícím tónem a přiměřeným tempem. Je vhodné brát v úvahu pocity našeho komunikačního partnera a umožnit mu , aby se v dostatečné míře vyjádřil. Nikdy nezapomínáme kontrolovat, zda informaci přijal a pochopil.(Honzák 1997)**

Rozhovor s pacientem je důležitým pracovním nástrojem nejen pro psychiatra, ale i pro lékaře mnoha jiných specializací. Skripta, která právě držíte se zajímají především o situace, kdy se setkává lékař s pacientem a hovoří s ním, aby zjistil jaké má obtíže, co je v jejich pozadí a jak se s nimi vypořádat. Při komunikaci lékaře a pacienta je principiální získat a udržet si důvěru pacienta a zajistit volnou vzájemnou výměnu informací . Je třeba, aby si lékař osvojil některé znalosti a dovednosti a dovedl je použít od prvního kontaktu až k ukončení léčby.

I.ČÁST

1. STUDIUM KOMUNIKACE

Komunikace je jednou z nejdůležitějších součástí medicíny. Provází stále se měnící vzorec událostí pro lékaře i pro pacienty. Komunikace má své předcházející fáze, své procesy, své důsledky.

V současné době rozeznáváme šest přístupů ke studiu komunikace:

1. Lékařský přístup
2. Sociologický přístup
3. Antropologický přístup
4. Přístup transakční analýzy
5. Balintův přístup
6. Sociálně psychologický přístup

Lékařský přístup se zabývá primárně chorobami a diagnózou. Naproti tomu sociologie, antropologie a transakční analýza se zabývají rolmi, které hrají lékař a pacient. Přístup, s nímž přišel Balint a další, zdůrazňuje dynamiku konzultace, zatímco sociální psychologové se více zabývají chováním lékaře a pacienta.

1.1. LÉKAŘSKÝ PŘÍSTUP

Praxe moderní medicíny je založena na dvou základních pojmech: choroba a diagnóza.

Choroba

Již od dávných dob se lidé pokouší studovat strukturu a funkce těla. Snaží se pochopit změny, ke kterým dochází při nemoci. Choroby se někdy klasifikují na úrovni klinického popisu syndromu, jindy z hlediska abnormalit struktury a funkce. Tyto popisy byly vždy považovány za neúplné, protože nebyla definována příčina či etiologie. Přesvědčení, že každé onemocnění je způsobeno chorobou, která má vnější definovatelnou příčinu, však v mnoha situacích nestačí. Proto vznikla alternativa vědeckého přístupu, která dostala název "holistická". V tomto přístupu je každý problém současně definován podle svých fyzikálních, psychologických a sociálních komponent. Příčina problému, způsob, jakým k němu budeme přistupovat, a jeho vývoj závisí na pacientově chápání toho, co se děje, a na jeho emocionální reakci na tento vývoj. Důležité jsou i pacientovy osobní vztahy

a dopad problému na ně. Proto všechny tyto vztahy musí tvořit základní část původní definice problému. Holistický přístup uznává, že nemoc úzce souvisí s osobností pacienta a jeho zkušenostmi, a že člověku nelze porozumět, jestliže ho budeme izolovat od jeho prostředí. Holistický názor uznává, že každá nemoc je jiná a že důležitým aspektem uzdravovacího procesu je sám lékař.

Diagnóza

Všeobecně se považuje za axióm, že základním krokem při každé komunikaci s pacientem je určení přesné diagnózy. Bez diagnózy lékař nemůže předpovědět budoucí průběh pacientova stavu, ani nemůže plánovat léčbu. Tradiční lékařská diagnóza vždy obsahovala definici příčiny pacientových obtíží, neboť to umožňuje "racionální" léčbu zaměřenou na jejich příčinu a umožňuje i spolehlivější prognózu. Již jsme však řekli, že stanovení příčiny mnoha pacientových obtíží, s nimiž se lékaři setkávají, musí zahrnovat mnoho dalších faktorů: sociální, psychologické a fyzické, a také vliv životního prostředí. Jedním z našich problémů je stále absence adekvátní klasifikace, definice a terminologie související s těmito faktory. McWhinney navrhl taxonomii sociálních faktorů choroby pomocí sedmi kategorií: ztráta, konflikt, změna, nepřízpůsobení, stres, izolace a neúspěch. Na druhé straně psychologické faktory jsou obvykle definovány pomocí faktorů převzatých z formální psychiatrie jako jsou úzkost a deprese, které pak mohou vést k nesprávnému pochopení jejich příčiny i prognózy a k nevhodné péči.

Klasický lékařský diagnostický proces se skládá z provedení anamnézy, fyzického vyšetření a laboratorního zkoumání, přičemž anamnéza a fyzické vyšetření probíhají podle daného celkového postupu, zatímco diagnóza je formulována teprve v závěru celého procesu.

Klasický lékařský model komunikace je nejen nepřesný. Je také neúplným popisem a opomíjí takové oblasti jako je zkoumání pacientových názorů, využití neverbální komunikace, terapeutické využití vztahu lékař-pacient a vysvětlování.

1.2. SOCIOLOGICKÝ PŘÍSTUP

Sociologický přístup ke komunikaci se snaží pochopit chování mezi "lékaři" a "pacienty". Snaží se identifikovat sociální faktory, o nichž lze prokázat, že

ovlivňují a předurčují chování při konzultaci. Tyto sociální faktory jsou definovány jako významné prvky chování a přesvědčení, které mají členové skupiny společné, v tomto případě lékaři a pacienti.

Za dva významné prvky, které údajně řídí sociální chování, jsou považovány hodnoty a normy. Hodnoty se vztahují ke společným přesvědčením a jsou pojímány na poměrně abstraktní úrovni, zatímco normy jsou konkrétnějšími způsoby cítění, myšlení a jednání, které odrážejí soubor různých přesvědčení. Normám a hodnotám se člověk učí od jiných členů sociální skupiny. Jsou udržovány procesem sociální kontroly.

Sociální faktory ovlivňují mnoho nemocí a mohou být do značné míry důvodem, proč pacient vyhledal lékařskou pomoc.

Sociální faktory by také mohly ovlivnit výsledek konzultace v závislosti na způsobu, jakým jsou posuzovány úspěšné výsledky.

Sociologii lze kritizovat jako vědu založenou na generalizacích o skupinách lidí. Lze proto tvrdit, že informace, které poskytuje, mohou jen málo napomoci v pochopení chování jedince. V tomto ohledu se však neliší od většiny pravděpodobnostních konstatování v jiných lékařských vědách, které přijímáme za základ jednání - například začneme-li léčit člověka se zvýšeným krevním tlakem, nevíme s určitostí, že jej bez léčby postihne mrtvice, nýbrž jen to, že tato eventualita bude pravděpodobnější.

Při aplikaci těchto zobecnění však lékař musí brát v úvahu, že každý jedinec a jeho problém mohou být ovlivněny všemi sociálními faktory, o nichž zde bylo diskutováno, a že se tyto faktory mohou lišit od případu k případu. Lékařovým úkolem tedy je identifikovat, prozkoumat a využít tyto faktory jak při konzultaci, tak při práci s pacientem.

1.3. ANTROPOLOGICKÝ PŘÍSTUP

Studium "chování v nemoci" v různých kulturách přineslo několik důležitých poznatků. Jak v primitivních, tak v takzvaných vyspělých společnostech mají nemocní a ranění zvláštní postavení. Obdobně lze v obou typech společnosti najít léčitele, kteří mají zvláštní formu autority. Kmenový šaman a dnešní praktický lékař mají mnoho společného. Léčitelům je společná autorita, kterou v ně společnost vložila. Pojem autority je možné rozdělit na tři součásti:

Moudrá autorita

Toto je právo být slyšen, které je odvozeno ze znalostí či odbornosti. Je to však pouze jedna část lékařovy autority, neboť v určitém odvětví medicíny může mít více odborných znalostí biochemik, avšak je to lékař, na nějž se v případě potřeby pacient obrátí.

Mravní autorita

Tato forma autority se odvozuje z lékařova hippokratovského motivu, konání dobra pro pacienta. Navíc společnosti s lékařovou činností velmi výrazně souhlasí, takže jeho chování je považováno za sociálně správné a individuálně dobré. Tato dvě hodnocení vytvářejí působivou kombinaci.

Charismatická autorita

Tento prvek se popisuje nejobtížněji. Pramení z původní jednoty lékařství a náboženství. V naší kultuře se týká možnosti smrti a velikosti problémů, s nimiž se lékař zabývá. Toto je jeden důvod pro lékařovu kněžskou roli a vyplývá z něj touha spatřovat v lékařské praxi cosi záhadného - touhu doplnit moudrou autoritu jakýmsi nevyslovitelným faktorem, který by mohl udržovat naději i v beznadějně situaci.

Antropologové také upozornili na rozdíl mezi chorobou a nemocí. Chorobami nazývají patologické entity, které byly identifikovány lékaři. Nemoc je širším pojmem. Je definována z hlediska pacienta a nikoli z hlediska neosobní části těla. Patří k ní reakce pacienta na problémy, to, jak problém ovlivňuje pacientovo chování a vztahy, minulé zkušenosti pacienta s nemocí a význam, který pacient zkušenosti přikládá (viz McWhinney 1981, Helman 1981). Helman uvádí, že lidové modely nemoci jsou založeny na pacientově touze znát odpověď na šest otázek, týkajících se konkrétního problému:

1. Co se stalo?
2. Proč se to stalo?
3. Proč zrovna mne?
4. Proč právě nyní?
5. Co by se stalo, kdybych s tím nic nedělal?
6. Co bych s tím měl udělat, s kým bych se měl poradit o další pomoci?

1.4. PŘÍSTUP TRANSAKČNÍ ANALÝZY

Tento přístup považuje komunikaci za řadu transakcí mezi lékařem a pacientem. V kterémkoli okamžiku můžeme o každém z nich tvrdit, že projevuje pocity a chování, které jsou charakteristické pro jeden ze tří stavů mysli či "stavů ega".

Jsou to:

1. Rodič, který reaguje automaticky, aniž by se podrobně zabýval pravděpodobnou reakcí. Rodič přikazuje, řídí, zakazuje, ovládá a vychovává. Z hlediska rodiče se "vykonává mnoho věcí proto, že se to tak dělá" (Berne 1964).
2. Dospělý, který si třídí informace a pracuje logicky.
3. Dítě, které projevuje intuici, tvořivost, má spontánní pudy a radosti.

Tyto tři stavy ega hrají v každodenním životě důležitou roli. Dohromady údajně představují osobnost každého z nás. S trochou praxe se můžeme naučit rozlišovat jeden stav od druhého pomocí použitých slov, tónu hlasu a tělesného jazyka.

Podle transakční analýzy každá osoba v každém rozhovoru projevuje jeden z výše uvedených stavů, ale přesun z jednoho stavu do druhého jí může působit větší či menší obtíže. Lidé mají sklon přiměřeně reagovat na nabídky či stimuly přicházející od jiných lidí. Například dospělý stimul pravděpodobně povede k dospělé reakci, zatímco rodičovský stimul pravděpodobně povede k reakci přiměřené dítěti.

Komunikace se však může při některých "křížících se" transakcích přerušit. Například když lékař učiní pacientovi nabídku přiměřenou dospělému, načež pacient odpoví jako dítě: "Nevím, pane doktore. Jsem ve vašich rukou." Podobně může pacient učinit "dospělou" nabídku a zeptat se: "Co myslíte, že mi je?", načež lékař může odpovědět "rodičovsky" a říci: "S tím se netrapte. Hlavně si berte tyhle prášky."

Hodnota porozumění a rozpoznání tohoto procesu spočívá v tom, že jsme schopni analyzovat důvody, proč se někdy komunikace přeruší, a že dokážeme tohoto pochopení konstruktivně využít.

Komunikace se může přerušit v případě, že odpovědi neodpovídají původní nabídce učiněné jedním partnerem rozhovoru.

Mnohé transakce jsou předvídatelné a lze je označit za hry.

1.5. BALINT

Přístup ke komunikaci u praktického lékaře, který byl pojmenován podle svého autora "Balintův", si zaslouží zvláštní zmínky. Jeho filozofie má tři hlavní témata:

1. Psychologické problémy se často projevují fyzicky a dokonce i fyzická choroba má své psychologické důsledky, které si vyžadují zvláštní pozornost.
2. Lékaři mají své pocity a tyto pocity mají při komunikaci svoji funkci.
3. Existuje potřeba specifického výcviku, aby bylo dosaženo "omezené avšak značné změny v lékařově osobnosti tak, aby mohl být citlivější k tomu, co se děje... v pacientově mysli ve chvíli, kdy jsou lékař a pacient spolu" (Balint 1957).

Myšlenka psychosomatické choroby nebyla nová, avšak Balint jí dal větší význam. Ukázal, že lékaři jsou schopni léčit zároveň tělo i mysl a že je důležité nejen diagnostikovat psychologické poruchy vylučovací metodou, ale také ukázat a vyhodnotit veškeré možné psychologické faktory spojené s předkládáním nemoci, stejně jako se lékař učí, jak vyhodnotit velká množství dat z moderních diagnostických vyšetření.

Představa, že by lékaři měli vzít při konzultaci v úvahu své pocity, myšlenky a předsudky, byla v roce 1957 nová a poněkud revoluční, avšak zásada, že není možné analyzovat vztah, bereme-li v úvahu pouze jednu z obou osob, byla již známa a obecně přijata v psychologii. Před Balintem sice byla studována psychodynamika pacienta a působení lékaře, avšak teprve Balint zjistil, že jejich interakci dokážeme plně pochopit pouze studiem vzájemného vztahu mezi lékařem a pacientem.

Balint zjistil, že lékaři jsou aktivními a nikoli pasívními účastníky konzultace a ukázal, jak je zapotřebí identifikovat lékařovy pocity a jak je využít při konzultaci. Následující dílo přineslo popis "osvětlující" techniky (Balint a Norell 1973), kde si lékaři při konzultaci uvědomují své pocity a příležitostně je zpětně interpretují tak, aby pacientovi umožnili získat určitý náhled do problémů, které předkládají. Například když pacient lékaře rozčílí, je možné, že rozčiluje i jiné lidi. V takovém případě by mohlo být vhodné se na to pacienta zeptat.

Předností tohoto přístupu ke komunikaci je uznání a přijetí pocitů, jak pacientových, tak lékařových. To se v následujících letech rozvinulo mnoha odlišnými způsoby. Hlavním přínosem tohoto přístupu je, že dal lékařům roli v očích všech pacientů, kteří za ním přicházejí, ať již mají rozpoznatelnou patologickou chorobu či ne. Tato role byla definována a lékaři dostali k dispozici i snadno použitelný psychoterapeutický přístup ke zvládnutí i těch nejobtížnějších pacientů.

1.6. SOCIÁLNĚ PSYCHOLOGICKÝ PŘÍSTUP

Psychologové provedli rozsáhlé výzkumy komunikace a procesů, které při ní probíhají.

Lékařova osobnost

Termín osobnost označuje trvalejší aspekty osoby, které motivují či charakterizují její chování.

Dobrá komunikace závisí na slučitelnosti osobností lékaře a pacienta. I když tento názor nebyl podroben zkoumání, bylo prokázáno, že alespoň jeden aspekt lékařovy osobnosti má vztah ke správnému určení diagnózy.

Pacientova osobnost

Většina popisů pacientovy osobnosti, jako je introvertnost či extrovertnost, nemá vztah k výsledkům. Existuje však jedna pozoruhodná výjimka: někteří lidé vysvětlují to, co se jim stalo, svými činy, zatímco jiní svůj úděl vysvětlují tak, jako by jim stěží byli schopni ovlivnit. O první skupině se říká, že má "vnitřní těžiště kontroly", zatímco druhá "vnější těžiště kontroly" (Rotter 1966). Relevance této práce pro lékaře je založena na řadě studií, které ukazují, že pacienti s "vnitřní kontrolou" se spíše budou schopni o sebe postarat než ti s "vnější kontrolou". Zjistilo se, že pacienti s vnitřní kontrolou budou spíše lékaře žádat o informace, náležitě užívat léky, dodržovat dietu atd. Je také pravděpodobnější, že se dostaví na objednanou návštěvu u lékaře.

Mezi další důležité atributy, které ovlivňují pacientovu disciplínu a prevenci, patří pacientovy názory na zdraví.

Pacientovy názory

1. Lidé se odlišují svým celkovým zájmem o zdraví a svojí motivací o ně pečovat. Tento prvek dostal název "zdravotní motivace".
2. Ve vztahu ke každému konkrétnímu problému se pacienti liší v názoru na pravděpodobnost, s jakou je může podle jejich názoru postihnout. Tento prvek dostal název "vnímaná zranitelnost", avšak u pacientů, které již problém postihl, lze tento faktor chápat jako "víru v diagnózu". Tuto víru může ovlivnit několik faktorů. Pacient může například zastávat předem existující, avšak chybný názor na zdraví, a jestliže lékař tento názor neobjeví, může jím být pacient po konzultaci ovlivněn. Pacient například může mít zato, že bolesti hlavy jsou způsobeny sezením v průvanu, a po konzultaci může mít stále pocit, že toto vysvětlení bolesti hlavy je lepší než vnitřní tenze, již bolest hlavy vysvětloval lékař. Jestliže lékař neobjeví předem existující názor a nevyrovná se s ním, může to vést ke snížené efektivitě konzultace.
3. Pacienti se liší v názorech na to, jak vážné mohou být důsledky konkrétní nemoci a jak vážné následky by mělo, kdyby ji neléčili. Tento názor vyjadřuje termín "vnímaná závažnost".
4. Pacienti zvažují výhody a nevýhody každého konkrétního kroku; nemusí nutně vzít v úvahu všechny relevantní faktory, avšak vždy hodnotí. Tento prvek byl nazván "vnímané náklady a přínosy". Nemusí se jednat pouze o finanční náklady: mohou být i fyzické, jako je utrpení způsobené bolestí, mohou být psychologické, jako je zážitek strachu, nebo mohou být sociální, jako je stigmatizace prostředím. I přínosy mohou být finanční, fyzické, psychologické nebo sociální.
5. Tato přesvědčení neexistují v hotové formě pro všechny možné problémy - jsou vyvolány či podmíněny celou řadou takzvaných "podnětů k jednání", jako fyzický vjem, televizní program, časopisecký článek či návštěva u lékaře.

Ovlivňování názorů na zdraví

Výhody uvažovaných přístupů k osobnosti lékaře, pacienta a k názorům pacienta spočívají v tom, že se skládají z faktorů, které lze při konzultaci modifikovat. Názory na zdraví a interpretace, jimiž pacienti vysvětlují, co se jim stalo, lze změnit.

Můžeme proto dojít k závěru, že by se lékaři měli aktivně zabývat názory pacientů a jejich interpretacemi toho, co určuje jejich zdraví, protože tyto záležitosti ovlivňují jejich chování.

1. Lékař může od konzultace očekávat něco jiného než pacient. Pacient, který přijde k lékaři s bolavým krkem, může očekávat, že se mu lékař do krku podívá, ale může se mu zdát, že se věnuje déle prohlídce uší, a to může být pro pacienta tak nečekané, že si nechá další diagnostické informace pro sebe, neboť mu bude připadat, že již nejsou pro jednání lékaře relevantní.
2. Sem patří účinek nečekané špatné zprávy o zdravotním stavu. Pacient, který se cítí naprosto zdravý, může navštívit lékaře na písemnou výzvu, aby se účastnil prohlídky konané v rámci screeningu případů hypertenze. Tato osoba se náhle dozví, že trpí zdravotním problémem, jehož se po zbytek života nezbaví a který nutně ovlivní její životní styl. Je možné, že bude diagnózu ignorovat ,nebo že ji odmítne.
3. Dva lékaři se nemusí shodnout, a pacient může dát přednost názoru toho lékaře, který má pro něj méně znepokojující zprávu.

1.6.1. Chování při komunikaci

Bylo studováno mnoho aspektů chování při komunikaci, avšak ne všechny popisy chování lékařů a pacientů byly vztaženy k nějakému konkrétnímu rysu lékaře či pacienta. Bylo zkoumáno verbální i neverbální chování lékaře a pacienta a rovněž klinický obsah dialogu.

Verbální chování

Existují určité opakující se rysy chování lékařů, které lze považovat za součást jejich stylu zacházení s pacienty.

1. Těžištěm je lékař (styl založený pouze na lékařových znalostech)
2. Těžištěm je pacient (zahrnující pacientovu zkušenost)

Tyto styly se uplatňují jak při definici problému, tak při návrhu léčby. Ukázalo se, že lékaři mají sklon udržovat si svůj styl i přes značné rozdíly mezi problémy, jež jim předkládají pacienti, i rozdíly v chování pacientů. Bylo stanoveno šest standardních fází komunikace:

1. Lékař vytváří vztah s pacientem

2. Lékař se pokouší objasnit, zda vskutku nachází důvody, proč za ním pacient přišel
3. Lékař provádí verbální exploraci, či somatické vyšetření
4. Lékař uvažuje o pacientově stavu
5. Lékař občas i pacient proberou možnosti léčby
6. Lékař ukončí konzultaci

Tento popis zřetelně ukazuje, že dominantní stranou je obvykle lékař.

Pokud se týče verbálního chování ve vztahu k pacientově společenské třídě, zdá se, že pacientům z nižších tříd jsou poskytovány méně relevantní vysvětlení, přestože se jedná právě o ty pacienty, kteří o svém zdraví vědí nejméně.

Verbální komunikace

Verbální komunikace se v první řadě vztahuje na jazykové dorozumívání a tím na výměnu informací, majících obsah: obsahový aspekt. Je třeba však rozlišovat: To, co jazyk bezprostředně vypovídá (tzn. doslovné znění) je manifestním (otevřeným) obsahem informace. Latentním (skrytým, nepřímým) obsahem je všechno to, co se říká mezi řádkami. Latentní informace lze často pochopit jen z e situačního kontextu, ze zvláštního sociálního vztahu mezi mluvčím a posluchačem a také z neverbálního chování.

Pacientka řekne lékaři: Paní Vomáčkové na bolesti zad pomohla rehabilitace. Jestliže se lékař soustředí jenom na doslovnou výpověď a odpoví: Paní Vomáčková měla ale jiný problém než vy, vztahuje svou odpověď jenom k manifestnímu obsahu vyjádření. Tím ale opomine latentní obsah, který je možné chápat jako skryté přání: také bych chtěla chodit na rehabilitaci, protože věřím když to pomohlo paní Vomáčkové tak to pomůže i mě.

Na téma verbálního chování byla konečně napsána řada studií o faktorech, které určují pacientovu spokojenost s konzultacemi. Musíme se spokojit s konstatováním, že pacienti jsou spokojenější, jestliže lékař objeví jejich starosti a naděje, jestliže se jimi zabývá, jestliže z něj vyzařuje vřelost, zájem a starost o ně, jestliže ochotně poskytne množství informací a jestliže vysvětlí situaci pacientovi tak, aby ji mohl pochopit.

Neverbální chování

Lékař a pacient si vyměňují mnoho informací beze slov. Pod pojmem verbální chování či komunikace rozumíme předání informace pomocí výrazů chování: gestikulací, mimikou, tónem, pohledem. Jimi se zprostředkovávají současně s verbální komunikací převážně emocionálně-expresivní obsahy, tedy ty informace, které hodnotí afektivní vztah mezi partnery komunikace: vztahový aspekt. Obsahový a vztahový aspekt se mohou při komunikaci vzájemně podporovat. Neverbální chování může ale obsahový aspekt i změnit: Ironický nebo nevraživý spodní tón může dodat jinak neutrálnímu sdělení zcela jiný význam. Neverbálně se projevují i určité postoje: podřízenost, prestiž, očekávání, pochvaly a uznání, ale také psychické stavy : úzkostlivost, nejistota, agresivita. Jako neverbální prostředek lze uvést také i zvláštní způsob držení těla a pohybu: řeč těla.

Lékaři těchto a mnoha dalších neverbálních náznaků využívají, když si vytvářejí názor na to, co se pacientovi přihodilo či jak se cítí. Když pacienti popisují příznaky, jejich gesta mohou být přesnější než slova, která užívají neboť si mnohdy neuvědomují umístění a velikost tělesných orgánů a z toho důvodu nelze automaticky věřit slovům jež užívají. Podobně je neverbálně komunikována kvalita zkušenosti. Například o intenzitě bolesti si učiníme jasnější obraz na základě pozorování, než na základě slov ,jichž pacient užil. Pacienti také interpretují lékařovo neverbální chování. Když lékař říká pacientovi, že je vše v pořádku a pacient si může všimnout rozporu mezi těmito slovy a lékařovým neverbálním chováním, z něhož mohou vyplývat pochybnosti, které o pacientově stavu lékař má.

Závěrem konstatujeme, že chování lékaře a pacienta při konzultaci značně ovlivňuje jejich dojem z jejího průběhu.

Sociálně psychologický přístup nám umožňuje pochopit, že lékař může při komunikaci rozvinout pacientovo chápání jeho nemoci a tím ovlivnit zdravotní chování pacienta. Aby toho dosáhl , měl by:

1. Zjistit názory, obavy pacienta
2. Podělit se o své pochopení problémů způsobem, který může pacient snadno pochopit.
3. Podělit se o rozhodování s pacientem.
4. Vést pacienta k tomu, aby převzal přiměřenou odpovědnost za svoje zdraví

Toho všeho lze dosáhnout pouze v případě, že lékař přiměřeně určil důvody proč přišel pacient do ordinace.

2. CO PŘEDCHÁZÍ KOMUNIKACI

Začneme zdravým jedincem. Není zde nutno předložit vyčerpávající popisy zdraví, neboť zdraví se obtížně definuje. Přijmeme definici Světové zdravotnické organizace (WHO), která hovoří o fyzickém, psychologickém a sociálním pocitu zdraví, nikoli pouze o absenci choroby. Tato definice je velmi široká a jen málokdo by mohl tvrdit, že je v takovém ideálním stavu po delší časové údobí. Lidé však potřebují pochopit, že zdravotní "stav" má své výkyvy, že "zdraví" kolísá a že změny zdraví jsou normální.

Dlouho předtím, než se někdo objedná k lékaři, se pokouší pochopit změny svého zdraví. Chápání zdraví se může skládat z mnoha jednotlivých přesných informací, stejně jako z chybných představ, mýtů, iracionálních názorů a obav.

Někteří lidé věří, že své zdraví nemohou ovládat - možná věří, že je v rukou osudu. Někteří vkládají důvěru v jiné lidi - rodinu a přátele či ve svého lékaře. Mnozí však považují své zdraví za svoji věc a chtějí se o sebe dobře starat.

Člověk, který připisuje určitý význam změně svého zdraví a interpretuje ji jako problém, může učinit jedno ze tří rozhodnutí. Může se rozhodnout neudělat nic, léčit se sám, nebo může vyhledat pomoc. Rozhodne-li se vyhledat pomoc, může se obrátit na přítele či příbuzného, na sociálního pracovníka, na kněze, na praktika akupunktury, na léčitele, který uzdravuje vírou nebo na lékaře. Volba bude ovlivněna způsobem, jak dotyčná osoba chápe zdraví. Obvykle však o svém rozhodnutí bude diskutovat s blízkými.

Pacient se tedy objedná k lékaři až po vlastním uvážení. Přichází k lékaři s představami, obavami a vyhlídkami, které se týkají problému a jeho léčby.

Uvažujme o následujícím příkladu: Dvaadvacetiletý muž pocítí při sportu bolesti na prsou. Bolesti jsou poměrně slabé a onen muž je přejde jako bezvýznamné. Bolesti se objeví opět ve chvíli, kdy pracuje na zahradě. Řekne si, jak je zvláštní, že se vrátily a chvíli si odpočine. Bolest přejde. Po několika dnech se bolesti objeví znovu, opět při sportu, a tak náš muž začne mít dojem, že je něco v nepořádku. Ví, že v poslední době tvrdě pracoval a že se cítil dosti slabý, a tak jej napadne, že asi začíná být nemocný. Bolest na prsou není nikdy dobrá zpráva, a tak se o ní zmíní své manželce, která projeví obavy. Muž ví, že bolesti v hrudi mohou znamenat

něco vážného, avšak dosti se obává, že by lékař mohl v nepřijatelné míře omezit jeho činnost. Nicméně ví, že by měl navštívit lékaře a objedná se. Jeho otec zemřel na rakovinu jícnu a také měl bolesti na prsou.

Tento muž velmi přemýšlel o svém zdraví. Nejprve problém ignoroval, pak s ním nic nedělal a poté o něm hovořil se svojí manželkou. Má představy o problému: přestože bolest může souviset s vyčerpáním a může tedy být způsobena menším namožením svalů, je také možné, že se může odehrávat cosi závažnějšího. Muž má obavy, že může trpět stejným problémem jako jeho otec. Očekává, že praktický lékař tuto možnost vezme v úvahu a že tak učiní automaticky, neboť v jeho péči byl i mužův otec až do své smrti, k níž došlo před 15 lety. Toto očekávání zčásti vychází z mužovy předchozí zkušenosti.

Pacienti přicházejí k lékaři s chápáním svých problémů, které může být neúplné, elementární a nepřesné, nebo může být na druhé straně propracované a zcela v souladu se soudobým názorem medicíny. Pacient má také teorii, která ovlivňuje jeho chování.

3. DŮSLEDKY KOMUNIKACE

Všechny konzultace mají účinky a důsledky.

Některé účinky budou *bezprostřední*. Je možné, že komunikace ovlivnila obavy pacientů (mohly se zvýšit, snížit nebo být odstraněny). Pacienti si pravděpodobně zapamatují něco z toho, co jim řekl lékař, možná jeho sdělení jasně nepochopí, mohou být také více či méně spokojeni. Podobně mohou být pacienti více či méně rozhodnutí, že se budou řídit závěry, k nimž se na konzultaci dospělo. Tyto bezprostřední výsledky mohou být měřeny okamžitě po skončení konzultace (je pravděpodobné, že byly ovlivněny tím, co se při konzultaci odehrálo). Jestliže konzultace neodpověděla na některé pacientovy představy a obavy nebo jestliže se nezabývala pacientovými očekáváními, účinky konzultace mohou být omezenější než je nutné.

Vrátíme-li se k našemu dřívějšímu příkladu, uvidíme, jaké bezprostřední účinky by konzultace mohla mít. Náš dvaadvacetiletý muž s bolestmi na prsou přijde do ordinace navštívit svého lékaře. Lékař si muže vyslechne a předpokládá, že jej do ordinace přivedly obavy ze srdeční choroby. Důkladně pacienta vyšetří, provede EKG, a zdůrazní mu, že jeho srdce je v pořádku. Když pacient vidí, že lékař hovoří tak optimisticky, poněkud se mu uleví - avšak co jeho krk? Lékař se o něm vůbec nezmínil, a to uběhlo již dvacet minut jeho času. Muž se rozhodl, že se o krku nezmíní, avšak neví, co si má myslet - co když si lékař myslí, že jeho krk není v pořádku, ale nechce mu to říci? Nezapomněl lékař na krk? Nezmýlil se? Čemu teď věřit? Muž je po konzultaci téměř stejně znepokojen jako v době, kdy se na ni objednával, a jeho obavy se nijak nezmenšily. Ani jeho očekávání se nevyplnila, a z úcty k lékaři se o nich vůbec nezmiňuje.

Po nějakém čase po konzultaci lze pozorovat *střednědobé účinky*. Střednědobému účinku bylo věnováno nejvíce pozornosti v souvislosti s dodržováním lékařských rad poskytnutých při konzultaci. Toto dodržení, jak jsme viděli, může být ovlivněno bezprostředními výsledky konzultace. Existují doklady, které spojují dodržení lékařských pokynů se spokojeností pacientů, s tím, co si pamatují o pokynech, které jim na konzultaci poskytl lékař.

Náš dvaadvacetiletý muž s bolestmi na prsou možná dostal při konzultaci pokyn, že by měl snížit riziko srdeční choroby. Jaká je pravděpodobnost, že

se touto radou bude řídit? Lékař si neuvědomil představy svého pacienta, obavy a očekávání, a tak nijak relevantně nepřispěl k pacientovu chápání zdraví. Navíc se nijak neúčastnil rozhodování o tom, zda má pacient přestat kouřit - jak mohl, když lékař a pacient nesdílejí společné chápání problému? Onen muž radu chápe, ale nechápe její relevanci; věří, že kouření ovlivňuje pouze jeho plíce a srdce, nikoli však jeho krk. A protože lékař jeho krk nevyšetřil, dojde pacient k názoru, že návštěva u lékaře byla tak trochu ztrátou času. Lékař byl velmi milý a přátelský a věnoval mu nezvykle mnoho času, avšak pacient se neúčastnil plánování dalších kroků, a tak bude kouřit dál. Jeho otec nekouřil (a podívejte se, co se mu stalo) a tak si náš muž říká, že nemá smysl vzdávat se něčeho, co mu působí potěšení.

To zda se pacient bude řídit radami nebo ne, ovlivní *dlouhodobé účinky* konzultace, jako jsou změny v pacientově chování. Včas užívané účinné léky mohou zlepšit pacientovo zdraví - pacient může být vyléčen, symptomy mohou polevit, nebo lze chronický stav dostat pod kontrolu. A podobně jestliže plámem bylo vzdát se kouření nebo zahájit redukční dietu, budou potenciální výhody ztraceny, jestliže pacient nebude přiměřeně léčbu dodržovat. Efektivita konzultace závisí na tom, zda pacient bude dodržovat správně stanovený plán léčby, lékařova efektivita závisí na jeho schopnosti pomoci pacientům, aby se o sebe starali. Pacientovo blaho závisí na jeho chápání zdraví. Všechny tyto tři faktory jsou navzájem neoddělitelně spojeny.

Dlouhodobé účinky konzultace budou hrát roli v pacientových neustálých pokusech o pochopení změn svého zdravotního stavu. Změny zdravotního stavu budou téměř určitě souviset s událostmi, které jim předcházely. Pacient s chřipkovým onemocněním může (jestliže si večer pořádně přihne a druhý den konstatuje zlepšení) dojít k názoru, že je léčí lihovina. Stejně může pacient dojít k názoru, že jej léčí antibiotika, jestliže mu je lékař předepíše beze slova vysvětlení. V obou případech si pacient vytvoří pověřčivé přesvědčení - v případě lihoviny může vzniknout pověra škodící vztahu lékař-pacient, a v případě antibiotik přispívá lékař k pověře, která zvyšuje pacientovu závislost na něm. Ani v jednom případě to neprospívá dlouhodobým zájmům ani lékaře, ani pacienta. Tak může být pacientovo chápání zdraví ovlivněno dlouhodobými účinky konzultace - to jest změnami pacientova zdravotního stavu.

Náš muž s bolestmi na prsou, který stále kouří a jehož obavy a představy zůstávají neprozkoumány, může zjistit, že občasné bolesti zmizely. Nemůže

to připsat ničemu, co udělal lékař - ve skutečnosti lékařovy rady ignoroval, a přesto je mu lépe. Bolesti mohly být způsobeny namožením svalů, jak měl zpočátku zato, avšak když lékař po pěti letech diagnostikuje lehkou srdeční chorobu, jak bude tato diagnóza důvěryhodná a jaký bude mít účinek jeho rada, aby pacient přestal kouřit? Kdyby byl lékař zkoumal názory svého pacienta a kdyby byli oba došli ke společnému chápání problému, konzultace mohla být kratší a účinek mohl být daleko větší. Pacient by byl pochopil problém jasněji a jeho důvěra v lékaře by nebyla omezena, a navíc by byly pacientovy názory alespoň trochu respektovány. To by bylo posílilo jeho zápas o nalezení přiměřených vysvětlení změn svého zdravotního stavu.

4. VLASTNÍ KOMUNIKACE

Pokud nebudeme mít jasnou představu o účelu konzultace, nemůžeme vědět, jaké chování či přístupy budou prospěšnější a které méně.

Je-li jediným cílem dostat pacienta z ordinace v nejkratším možném čase, je efektivním chováním napsání předpisu na antibiotikum dokonce ještě dříve, než jsme se podívali na bolavé ucho. Je-li cílem stanovení přesné diagnózy, má základní význam vyšetření, a je-li cílem také pacienta připravit na pozdější lékařskou péči, bude také zapotřebí poskytnout mu výklad.

Úkoly, které zde popíšeme, mohou být splněny použitím mnoha odlišných přístupů a dovedností. Nepředepisujeme konzultační metody - nechceme, aby všichni lékaři konzultovali jako automaty. Nechceme předepisovat omezení individuálního talentu. Chceme, aby lékaři svým vlastním způsobem definovali to, čeho chtějí ve svých konzultacích dosáhnout.

4.1. DEFINOVÁNÍ ÚKOLŮ

V předcházející kapitole byla konzultace zařazena do chronologického kontextu, se vstupy jak od pacienta, tak od lékaře, a s výsledky pro pacienta, které může lékař považovat za více či méně žádoucí.

Tvrdili jsme, že pacient přichází na konzultaci nejen s problémem, který může mít fyzické, psychologické a sociální dimenze, ale také se svými vlastními představami a obavami týkajícími se problému a očekáváními ohledně lékařské péče, jíž se mu dostane. V předcházející kapitole se také tvrdilo, že lékař přichází na konzultaci s představou své vlastní role, k níž nepatří jen definice problémů, léčba a péče o pacienta, ale také jeho odpovědnost za prevenci a výchovu pacienta.

Rovněž jsme uvažovali o žádoucích výsledcích každé konzultace. Ty mohou být bezprostřední, jako je jasné pacientovo pochopení a schopnost zapamatovat si poskytnuté informace, jednoznačná účast na stanovení plánovaného postupu a tam, kde je to možné, i snížení obav. Po dosažení těchto bezprostředních účinků může konzultace vést k tomu, že pacient dodržuje plánovaný postup, a dlouhodobě i ke zlepšení pacientova zdraví a k rozvoji pacientova chápání zdraví.

Položili jsme značný důraz na zkoumání pacientových představ, na dosažení společného chápání povahy pacientova problému a na shodu pacienta a lékaře o postupu především proto, že výše uvedené doklady svědčí o tom, že se tak efektivněji dosahuje žádoucích výsledků.

Netvrdíme, že by lékař měl při každé konzultaci splnit všech sedm úkolů, a slovem "přiměřený" jsme chtěli vyvážit myšlenky s realitou. Budeme však tvrdit, že delší opomíjení jednoho či více navrhovaných úkolů negativně ovlivní výsledek konzultací takového lékaře.

Prvních pět úkolů vyjadřujeme formulacemi toho, čeho by měl lékař dosáhnout, zatímco poslední dva úkoly se týkají využití času a zdrojů a vytvoření efektivního vztahu lékař-pacient. Tyto úkoly proto ovlivňují všech pět předcházejících úkolů. Úkoly jsou seřazeny v logickém sledu, avšak to nutně neznamená, že při každé konzultaci je třeba se jim věnovat právě v tomto pořadí. (Pendelton 1987)

4.1.1 První úkol

Definovat důvod, proč pacient navštívil lékaře, včetně:

- *povahy a anamnézy problémů,*
- *jejich etiologie,*
- *pacientových představ, obav a očekávání,*
- *účinků problémů.*

Zdálo by se, že je samozřejmé, že prvním úkolem při každé konzultaci je definovat důvod, proč pacient za lékařem přišel. Byrne a Long (1976) ve své studii o konzultacích zjistili, že nejčastějším důvodem, proč se konzultace stává dysfunkční, je skutečnost, že lékař nepřišel na to, proč ho pacient navštívil.

V 1. kapitole jsme diskutovali o povaze "diagnózy" v práci lékaře a došli jsme k závěru, že se skládá z formulace povahy a příčiny pacientova problému, která by postačila k vytvoření přesné prognózy, a k naplánování racionální léčby. Rovněž jsme diskutovali o tom, že tato formulace musí mít i svoji fyzickou, psychologickou a sociální dimenzi. Tento holistický přístup funguje na celé řadě úrovní, které lze logicky definovat, které se však v praxi obtížně izolují od druhých.

První z nich je povaha a anamnéza problému či problémů samých. Například pacient s chorobou, kterou nazýváme "depresí", může zakoušet fyzické symptomy, narušení myšlení a změnu sociálních vztahů. Každý z těchto faktorů může přispět k naší "diagnóze".

Druhou rovinou, na níž dochází k interakci fyzických, psychologických a sociálních faktorů, je etiologie problému. Dalším příkladem je ischemická choroba srdeční, kterou dnes považujeme za výsledek interakce fyzických faktorů, jako je krevní tlak a sérové lipidy, sociálních faktorů jako je styl života, a konečně jedincovy osobnosti. Tvrdilo se, že bez znalosti etiologie či příčiny pacientova problému nebývá léčba často racionální. Definice etiologie pacientova problému je tak podstatnou součástí definice důvodu, který pacienta vedl k návštěvě lékaře. To je zvláště důležité v případě, že se snažíme pacientovi pomoci, aby u něj v budoucnosti nevznikl stejný problém.

Dosavadní argumentaci by většina praktických lékařů pravděpodobně přijala. Klíčovou součástí naší argumentace však je, že přejeme-li si zjistit důvod, proč pacient přišel, nestačí určit pouze povahu problému a jeho příčinu. Musíme se rovněž zabývat tím, co si o svém problému myslí a v čem spatřuje jeho příčiny samotný pacient.

Pacient přichází na konzultaci nejen s chorobou či problémem, avšak také se svými představami o povaze problému, o jeho příčinách, důležitosti a pravděpodobných výsledcích. Pacienti také mají obecnější názory na důležitost svého zdraví a jsou v různé míře motivováni k tomu, aby se o ně starali sami. Tyto názory na zdraví jsou významnou determinantou pacientova rozhodování, zda vůbec navštívit lékaře, a rovněž pravděpodobnosti, že se pak bude doporučeným postupem řídit. Zjištění pacientových představ o problému tedy lékaři umožní naplánovat přiměřený postup spolu s pacientem, poskytnout přiměřené informace a vysvětlení a rozvinout pacientovo chápání zdraví. Další dimenzí pacientova chápání jsou jeho obavy z vlastních problémů. Například u nově diagnostikovaného diabetika může lékař s velkou pečlivostí zkoumat pacientovy představy, vysvětlit mu chorobu a způsob, jakým by se mělo postupovat, avšak hlavní starostí pacienta může být, zda v důsledku choroby nepřijde o řidičský průkaz a jaký vliv bude choroba mít na jeho zaměstnání. Lékař nemusí považovat diabetes, která se projevila v dospělém věku, za překážku v řízení vozidla, avšak asi to vysvětlí pacientovi pouze tehdy, bude-li vědět, že tato věc vyvolává v pacientovi obavy. Bude-li lékař považovat snížení

pacientových obav, péči o něj a jeho uklidnění za důležité, musí nejprve zjistit, čeho se pacient ve skutečnosti obává.

Třetím prvkem pacientova chápání zdraví, který rovněž patří k těm, které ho přivedly k lékaři, jsou jeho očekávání ohledně konzultace a pomoci, která mu může být nabídnuta. Tato očekávání přicházejí z různých zdrojů; především závisí na pacientových předcházejících zkušenostech se zdravotní péčí, a podobně jako v případě pacientových představ a obav, nebývají často totožné s lékařovými. Proto je třeba je prozkoumat a prodiskutovat. Na druhé straně existují konzultace, kdy pacient očekává něco, co lékař neudělá (například změření krevního tlaku nebo doporučení k návštěvě odborného lékaře). Pouze v případě, že lékař o těchto očekáváních ví, je může buď splnit nebo vysvětlit jejich nevhodnost. Existují také případy, kdy lékař pacientova očekávání přecení. Konečně mohl pacienta k lékaři přivést nikoli samotný problém nebo jeho představy o něm, nýbrž účinky, které problém již měl - například na jeho práci, na trávení volného času, na vztahy ke druhým lidem. Motivy pro konzultaci s lékařem mají často více společného s určitou změnou sociální situace než se změnou symptomů. Jestliže jsou tyto sociální účinky nejdůležitějším důvodem, proč pacienti navštíví lékaře, jsou možná i nejdůležitějším aspektem problému, s nímž by chtěl pacient něco udělat. Pokud nebudou zjištěny, bude možná neúplná jak definice důvodu, proč pacient přišel, tak v důsledku toho i plány postupu.

Takováto kategorizace důvodů pro pacientovu návštěvu nám může na první pohled připadat zbytečná, složitá či umělá. Uvedme si zde příklad na podporu našeho tvrzení, že každý z uvedených faktorů je oddělený a důležitý. Padesátiletá žena přijde k lékaři a stěžuje si na bolesti v zádech a únavu. Další zkoumání povahy a anamnézy jejího problému odhaluje, že se často příliš brzy vzbouzí, že ztrácí sebedůvěru a soustředění, že je podrážděná a plačtivá.

Sděluje také lékaři, že se nedávno přestěhovala z Brna do venkovské oblasti. Její dorůstající děti se rozhodly v Brně zůstat, a jí samotné se nepodařilo najít si jiné zaměstnání a cítí se velmi osamocena. To vše může patřit k etiologii problému.

Její manžel je vedoucím odbytu. Účinkem problému je, že je pro ni stále těžší účastnit se sociálních funkcí spojených se zaměstnáním jejího manžela. Konkrétním důvodem, proč dnes přišla, jsou jeho rostoucí obavy.

V jejích představách jsou její symptomy nevyhnutelným důsledkem přechodu. Má zato, že je nemůže ovlivnit. Říká, že její matka se po přechodu zcela změnila. Zatímco lékař by mohl očekávat, že se pacientka obává důsledků, které její deprese mohou mít na její vztah k manželovi, ona mu sděluje, že její hlavní obavou je, že možná bude muset podstoupit hysterektomii a že se nebude moci starat o svoji matku v pokročilém věku, až přijede na návštěvu. Při matčiných předcházejících návštěvách pacientce nikdo nepomohl.

Od konzultace předem očekávala, že bude velmi krátká a že ji lékař vnitřně vyšetří a předepíše jí analgetika.

Různí lékaři by se mohli rozhodnout, že některou z těchto možností prozkoumají podrobněji a že začnou různými způsoby pomáhat pacientce, pravděpodobně v průběhu několika konzultací. Je však zřejmé, že lékař může plně splnit ostatní úkoly konzultace jen v případě, že všechny tyto důvody pacientčiny návštěvy zjistí.

4.1.2. Druhý úkol

Uvažovat o dalších problémech:

- *pokračujících problémech*
- *rizikových faktorech*

Druhým úkolem je uvažovat o těch problémech, které existují, které však pacient nepředkládá. Kontinuita péče v praktickém lékařství dává lékaři možnost shromažďovat informace o svých pacientech a rodinách, které mu mohou pomoci v pochopení problémů, které budou předloženy na příštích konzultacích. Navíc však existují mnohé problémy, které mohou pacienti mít a které v daném čase nemusí přímo souviset s problémem, který pacient předkládá. Například mladá žena, jejíž předcházející konzultace se týkaly obtíží s antikoncepcí, může přijít s ekzémem na ruce. Při řešení problému ekzému musí lékař uvážit, zda se má vrátit k předchozím problémům. Toto rozhodnutí bude ovlivněno mnoha faktory, včetně předchozích konzultací, chování pacientky a času, který je k dispozici. Není nutné, aby lékař zkoumal do hloubky každý problém pokaždé, když se s pacientem setká, avšak měl by jiné problémy alespoň vzít v úvahu a učinit vědomé rozhodnutí, zda je má či nemá při probíhající konzultaci dále zkoumat.

Již jsme vyjádřili svůj názor, že jednou z rolí lékaře při konzultaci je prevence. Lékaři mají příležitost provádět jednoduchá screeningová opatření, jako je změření krevního tlaku a výtěru krku, a zkontrolovat, zda byla provedena imunizace například proti spalničkám a tetanu. Lékaři také mohou pacientům pomoci s přetrvávajícími zdravotními problémy jako je kouření, obezita atd. Ani v tomto případě není nutné vykonat toto vše při jediné konzultaci, avšak tyto faktory by měly být uváženy a zaznamenány a mělo by se na ně reagovat v rámci rozšířené konzultace.

4.1.3. Třetí úkol

Zvolit si s pacientem vhodný postup při řešení každého problému.

Jakmile lékař vyzvěděl důvody pacientova příchodu a uvážil všechny přetrvávající problémy, musí se rozhodnout, jak reagovat na každý identifikovaný problém. Může dojít k názoru, že tentokrát nepodnikne nic, nebo že konzultace využije k prozkoumání pacientových představ a k rozvinutí jeho chápání nebo k jedné ze široké škály terapeutických procedur - od vystavení předpisu po doporučení k jinému lékaři. Je však podstatné, aby zvolený krok byl přiměřený jak problému, tak pacientovi, a aby se rozhodování účastnil i samotný pacient. Na první pohled se to může jevit jako zřeknutí se části lékařovy odpovědnosti. Mnozí lékaři tradičně odebírají pacientovi odpovědnost za nemoc a berou ji na sebe. Přijímají názor, že jejich povinností je pacienta vyléčit. Mnozí pacienti se s tímto názorem smiřují, protože je příjemné a uklidňující mít někoho, kdo se vám stará o zdraví. Poučenější pacienti se budou však lépe schopni starat o vlastní zdraví a spíše vyhledají v případě potřeby lékařskou pomoc. Posledním důvodem, proč zahrnout pacienty do rozhodování o jejich léčbě, jsou důkazy, že pacienti daleko spíše dodržují plány, jejichž vypracování se sami účastnili.

4.1.4. Čtvrtý úkol

Dosáhnout s pacientem společného chápání problémů.

V cyklu péče má nespornou důležitost chápání pacientova zdraví. Chápání zdraví bylo definováno jako pacientovy postoje ke zdraví, nemoci a léčení a jeho názory na ně. Toto chápání lze změnit jak při samotné konzultaci, tak pomocí pacientovy interpretace jejích důsledků. Konzultace lze využít jako příležitost, kterou dostává lékař k informování pacienta.

Tuckett (1982) rozdělil obsah informací, které je možno podat, na:

1. povahu a význam problému;
2. přiměřený směr dalších kroků či model chování, který je nejvhodnější ke zvládnutí současné epizody problému,
3. přiměřený směr dalších kroků či model chování, který se nejlépe hodí k zabránění dalším epizodám tohoto problému;
4. přízpůsobení, která bude pacient možná nucen podniknout v důsledku problému nebo způsobu, jímž je problém chápán.

Pacient také může dospět k širšímu pochopení jiných zdravotních problémů a užívání zdravotních služeb, buď proto, že se s ním lékař podělil o více obecných informací, nebo, což je běžnější, na základě zobecnění jeho konkrétní zkušenosti v průběhu jedné z konzultací.

Podávat informace pacientům však není to samé jako se s nimi dělit o chápání. Tento rozdíl je důležitý, neboť zahrnuje:

1. zjištění pacientovy vlastní teorie a jeho představ;
2. poskytnutí vysvětlení, která do tohoto rámce představ zapadají;
3. zjištění, zda pacient tyto výklady pochopil a přijal.

4.1.5. Pátý úkol

Zapojit pacienta do léčby a vést jej, aby přijal přiměřenou odpovědnost.

Na první pohled se tento úkol dosti podobá třetímu úkolu, společné volbě přiměřených kroků s pacientem při řešení každého problému. Třetí úkol však znamená další etapu. Pacient je nejen zapojen do volby léčebného plánu, ale i do jeho realizace.

Je přirozené, že přiměřená míra pacientova zapojení se bude lišit od případu k případu. Někde (například při akutní apendicitidě) je přiměřené, aby lékař převzal za péči o pacienta plnou odpovědnost, zatímco u mnoha problémů, s nimiž se ve své praxi lékař každodenně setkává (jmenujme například infekci horních cest dýchacích, obézní artritidy, nebo pacienty s chronickými úzkostnými stavy) hodnota toho, co pro sebe mohou učinit pacienti, zdaleka převyšuje vše, co pro ně může učinit lékař. Vedeme-li pacienty, aby se považovali za odpovědné za vlastní zdraví, může je to

uklidnit. Nesmí však v nich vzniknout pocit bezmocnosti tváří v tvář událostem, které nemohou ovlivnit.

Poslední dva úkoly se zcela liší od zbylých pěti, neboť se vztahují ke konzultaci jako k celku a nikoli pouze k některé její konkrétní části. Tyto dva poslední úkoly závisí na splnění předcházejících pěti

4.1.6. Šestý úkol

Přiměřeně využít času a zdrojů:

- *při konzultaci*
- *dlouhodobě*

Téměř všichni lékaři uvádějí nedostatek času jako jeden z významných omezujících faktorů své práce. Je proto podstatné, abychom při každé konzultaci uvažovali o přiměřeném využití času a abychom vhodně rozdělili čas, který máme, mezi konzultace v ordinaci a jiné činnosti.

Přijmeme-li za platné argumenty pro stanovení každého z pěti dosud popsanych úkolů a je-li vhodné, abychom se pokusili dosáhnout při konkrétní konzultaci každého z nich, musí být přiměřený i čas potřebný k dosažení těchto úkolů.

Každá konzultace by měla být považována za součást cyklu péče. Má-li tento cyklus působit co nejefektivněji, způsob, jakým je využito času při jedné konzultaci, může mít mnoho významných důsledků na využití času při následujících konzultacích. Jestliže věnujeme dosti času při jedné konzultaci definici, stanovení postupu péče a plnému vysvětlení pacientových problémů, možná nebude nutné, aby se pacient vracel. Na druhé straně velmi dlouhé konzultace mohou zdržovat další objednané pacienty. Možná se problém v čase mezi konzultacemi časem dále vyvine, možná se vyřeší sám. V období mezi konzultacemi si mohou lékař i pacient celý problém promyslet a zhodnotit účinky terapie, mohou získat informace z dalších vyšetření.

Přijetí těchto úkolů při konzultaci také může změnit pacientova očekávání ohledně vhodného využití času v následujících konzultacích. Na jedné straně lékař, který je pacientovým představám přístupný, může pacientům pomoci, aby vyjádřili skutečné důvody, proč za lékařem přišli, místo aby měli pocit, že se musí prezentovat způsobem, který jejich lékař (podle

jejich názoru) bude považovat za přijatelný. Tímto způsobem lze celý proces pacientova sebeodhalování zkrátit. Na druhé straně pacienti mohou očekávat, že jim lékař při každé konzultaci věnuje více času. Bude-li naším cílem zlepšení pacientova chápání povahy a vhodného postupu při řešení jeho problémů, nebude možná pociťovat takovou potřebu vyhledávat zdravotní péči. Jestliže však budou pacienti tímto typem konzultace více uspokojeni, v budoucnosti spíše přijdou k lékaři, aby s ním konzultovali o jiných problémech.

Další dimenzí přiměřeného využití času je vztah mezi časem, který praktičtí lékaři věnují konzultování a časem, který věnují jiným činnostem. Podaří-li se konzultacím efektivněji splnit cíle, které jsou považovány za důležité, a ukáže-li se, že si to vyžaduje delších konzultací, aniž by se snížila frekvence konzultací s každým pacientem, bude možná nutné znovu promyslet způsob, jakým je čas určený pro konzultaci strukturován.

Zdroje

Čas je jedním se zdrojů, které mají lékaři k dispozici; dalšími zdroji jsou diagnostické vybavení jak v ordinaci, tak v laboratoři a v rentgenovém oddělení. Dále má lékař k dispozici dovednosti a čas dalších členů zdravotnického týmu, svépomocných skupin a dalších institucí. Může také pacienty předat do péče odborných lékařů v nemocnici a dalších kolegů. I zde lze přiměřené využití těchto zdrojů definovat na základě splnění dalších úkolů, a i zde mají pacienti svá očekávání co do přiměřeného využití těchto zdrojů - například zda budou potřebovat rentgenový snímek, lékařský předpis nebo zda budou posláni do nemocnice. Tato očekávání budou zčásti vyplývat z jejich zkušenosti z předchozích konzultací. Přestože může být často nevhodné jejich očekávání vyhovět, každá konzultace se může stát příležitostí k prohloubení pacientova chápání vhodného využití zdrojů.

4.1.7. Sedmý úkol

Vytvořit či udržovat k pacientovi vztah, který pomůže splnit další úkoly.

Tento úkol především definuje žádoucí vztah lékař-pacient z hlediska efektivity a nikoli na základě nějaké předem dané představy o správném, špatném či méně vhodném chování. Lékař by měl být schopný získat od pacienta jasnou "anamnézu". Musí vést pacienta také k tomu, aby se se svými představami a obavami svěřil. Vztah lékař-pacient také musí vést ke

společnému rozhodování, ke sdílení informací a společnému postupu. Musí být natolik pružný, aby dával pacientovi přiměřenou odpovědnost.

SHRNUTÍ

Z předchozích přístupů ke komunikaci a z postavení konzultace v cyklu péče lze vyvodit sedm úkolů, které musí komunikace splnit. Jsou to:

1. Definování důvodů, proč pacient přišel za lékařem, včetně:
 - a) povahy a anamnézy problémů
 - b) jejich etiologie
 - c) pacientových představ, obav a očekávání
 - d) účinků problémů
2. Uvažování o dalších problémech:
 - a) o pokračujících problémech
 - b) o rizikových faktorech
3. Zvolení - spolu s pacientem - vhodných kroků při řešení každého problému.
4. Nalezení - spolu s pacientem - společného chápání problémů.
5. Účast pacienta při stanovení postupu léčení a vedení jej k tomu, aby přijal přiměřenou odpovědnost.
6. Přiměřené využití času a zdrojů.
7. Vytvoření či udržování vztahu k pacientovi tak, aby bylo možno splnit ostatní úkoly.

5. STRATEGIE A DOVEDNOSTI PŘI KOMUNIKACI

V předchozí kapitole jsme popsali úkoly, které mají být splněny při konzultaci. V této kapitole budeme uvažovat o různých způsobech, jimiž se lékař může o dosažení těchto cílů pokusit. Budeme muset rozlišit mezi strategiemi (celkovými plány), jichž můžeme při plnění každého úkolu využít, a konkrétními dovednostmi (druhy chování), jichž můžeme při realizaci různých strategií použít. Snaží-li se například lékař zjistit, proč za ním pacient přišel, zvolená strategie určí výběr informací, které se bude snažit od pacienta v určitém okamžiku konzultace získat; může přitom použít dovedností jako otevřené či uzavřené otázky, a může se i rozhodnout, že bude mlčet.

5.1. DEFINICE STRATEGIÍ A DOVEDNOSTÍ

Každý lékař má odlišný repertoár strategií a dovedností, jichž při komunikaci využívá. Styl individuálního lékaře je pozoruhodně stabilní, jak časově, tak při konzultacích s pacienty s velmi odlišnými problémy.

5.1.1. Definice povahy pacientova problému: strategie

Podle tradičního lékařského modelu stanovení diagnózy, jak se mu učí studenti medicíny, lékař získá úplnou anamnézu, provede úplné lékařské vyšetření, možná provede i určité odborné šetření a teprve po dokončení všech těchto etap formuluje diagnózu.

Když pacient poprvé předkládá svůj problém lékaři, lékař dostává různé podněty. Především je dostává z informací, které mu pacient zpočátku nabídne, ale také z pacientova neverbálního chování, z kontextu konzultace a z toho, co lékař z předchozích setkání o pacientovi ví.

Dalším zdrojem informací jsou pocity, které pacient v lékaři vzbuzuje. Použití těchto pocitů poprvé popsal Balint (1957) a diskutovali jsme o nich podrobněji v 1. kapitole.

Dalším krokem bude formulování jedné či více hypotéz o povaze pacientova problému - a právě v této etapě je možno mnohé pokazit. Lékař může přeslechnout či nepovšimnout si mnoha podnětů, které jsou k dispozici, nebo se může předčasně soustředit na jednu hypotézu a vyloučit jiné. To může být způsobeno omezenou škálou hypotéz, o nichž lékař uvažuje. V našem příkladu pacienta s bolestmi na prsou se lékař může

předčasně soustředit na srdeční chorobu jako na příčinu bolesti a nevzít v úvahu doklady o pacientově úzkosti, nebo si nemusí uvědomit, že úzkost může být u muže ve středním věku příčinou bolesti na prsou.

Po vytvoření několika počátečních hypotéz si lékař může zvolit jednu k vyzkoušení. Toto rozhodnutí ovlivní celá řada faktorů, včetně relativní pravděpodobnosti, rizika, potenciálního prospěchu a lékařovy míry znalostí každého typu problému. I když mohl lékař uvážit úzkost jako pravděpodobnou příčinu bolestí na prsou našeho pacienta, může se rozhodnout, že prozkoumá možnost ischemické choroby srdeční vzhledem k tomu, jak je nebezpečná, k její léčitelnosti a snad i vzhledem k vlastnímu přesvědčení, že hlavní rolí lékaře je diagnostikovat fyzické nemoci.

Následující fází je otestování této první hypotézy shromážděním dalších informací pozorováním, dotazováním a vyšetřením pacienta. Tyto informace mohou počáteční hypotézu potvrdit nebo vyvrátit. Obtíž tohoto stádia, zvláště v případě praktické medicíny, spočívá v získání informací, které by umožnily rozlišování, a v rozhodnutí o stupni jistoty, které je zapotřebí před zahájením léčby potvrzeného problému nebo před vyzkoušením nové hypotézy. Například vyzařování bolesti nebo vztah mezi bolestí na prsou našeho pacienta a cvičením může mít větší rozlišující schopnost než EKG, zvláště v případě, že jeho EKG je normální. Stupeň jistoty, který lékař vyžaduje, jej však přesto může vést k provedení takového vyšetření.

Nepotvrdí-li se první hypotéza, bude příštím krokem vytvoření a ověření druhé hypotézy. K tomu bude lékař potřebovat všechny dosud získané informace, a to jak z počátečních podnětů, tak z ověřování první hypotézy. V některých situacích bude stačit stanovení čistě negativní diagnózy - například že náš pacient netrpí ischemickou chorobou srdeční ani žádným jiným somatickým onemocněním. V předchozích kapitolách jsme se však pokusili ukázat, že při konzultaci u praktického lékaře to stále ještě neodpovídá na otázku "Proč pacient přišel?". Mohou existovat další důvody, proč náš pacient trpí bolestmi na prsou, avšak i při jejich absenci musí lékař zjistit, jaké jsou pacientovy vlastní představy o problému, jaké obavy z něj může mít a jaké účinky mohl problém již mít. Lékař musí pro každou z těchto otázek vytvářet hypotézy a ověřit je, a teprve poté, co na ně najde odpovědi, může přiměřeně problémy vysvětlit a léčit je.

Poslední fází rozhodovacího procesu je učinit rozhodnutí o léčbě založené na hypotéze, která již byla potvrzena jako provizorní diagnóza, a poté monitorovat účinky léčby a zjistit tak, zda také ony potvrzují diagnózu. Lékař se musí bránit tendenci držet se diagnózy, kterou již přijal, tváří v tvář rostoucímu počtu dokladů, že je třeba ji znovu zvážit.

5.1.2. Definice povahy pacientova problému: dovednosti

Když se lékař rozhoduje položit konkrétní otázku, musí vědět, jaké informace chce získat. Musí tedy vědět, na co se ptát. Musí se také rozhodnout, jak nejlépe pacienta přesvědčit, aby mu informace poskytl. Rozhoduje se tedy, jak se ptát.

Například v případě našeho pacienta s bolestmi na prsou se různí lékaři mohou ptát na povahu symptomů pomocí velmi otevřené otázky, jako je "Povězte mi něco o vaší bolesti na prsou", konkrétnější otázky jako "Co vaši bolest zmírňuje či zhoršuje?" nebo pomocí uzavřené otázky, jako je "Máte bolesti při tělesné námaze?".

Když chce lékař zjistit pacientovy představy či obavy, mohl by položit uzavřenou otázku, jako je "Obáváte se, že máte srdeční chorobu?" nebo otevřenější otázku "Z jaké nemoci máte obavy?". Na druhé straně se může rozhodnout, že bude konfrontovat pacienta s konstatováním jako "Mnoho mužů, jako jste vy, se bojí, že trpí srdeční chorobou". Lékař se může také rozhodnout, že využije pacientovy neverbální komunikace a bude konstatovat cosi jako "Zdá se, že to ve vás vyvolává úzkost" nebo může využít pocitů, které v něm pacient vyvolává, a poznamenat: "Vyvoláváte ve mně úzkost - trpíte jí také?"

Volba obsahu a typu otázky závisí na lékařově vlastním stylu a nikoli na konkrétním pacientovi a problému při dané konzultaci.

Přestože je umění naslouchat stejně důležité jako umění klást otázky, diskutuje se o něm méně často. Je zjevné, že pouhým nasloucháním může lékař získat cenné informace.

Další dovedností je pozorování pacientova neverbálního chování a zvláště jeho shody s verbálními sděleními. Kladením dalších otázek a vysvětlováním k informacím, které již byly od pacienta získány, vede také pacienta k podání dalších upřesnění. Toho lze dosáhnout i vyjádřením

zájmu ,udržením kontaktu s pohledem pacienta, přiměřeným použitím mlčení a tím, že jej lékař zbytečně nepřerušuje.

Třetí skupinou dovedností, na niž nesmíme zapomínat, je somatické vyšetření.

Hlavním účelem každého vyšetření při konzultaci je získat doklady o přítomnosti či absenci fyzických znaků, které mohou potvrdit či vyvrátit hypotézu o povaze pacientova problému. Existují však i jiné důvody pro somatické vyšetření, jako je uklidnění pacienta, splnění jeho očekávání, sdělení obav a přijetí pacienta fyzickým kontaktem.

5.2. ZVÁŽENÍ DALŠÍCH PROBLÉMŮ

Významnou strategií při uvažování o problémech, které existují, avšak které pacient při konzultaci nepředkládá, jsou lékařské záznamy. Informace, které jsou pohotově k dispozici v záznamech, lze různým způsobem použít v pozdějších konzultacích. Záznamy lékaři připomínají, co již o pacientovi věděl a co bylo řečeno a učiněno při jejich posledním setkání. To přináší zjevný prospěch vztahu lékař-pacient. Existují-li problémy, které mohou přetrvávat, lze je prozkoumat, a je-li ze záznamů zřejmé, že byly provedeny není nutné je opakovat. Záznamy o informacích a vysvětleních, která byla pacientům při každé konzultaci poskytnuta, mohou rovněž lékaři pomoci v úspěšném řízení cyklu péče.

5.3. VOLBA PŘIMĚŘENÉHO POSTUPU ŘEŠENÍ KAŽDÉHO PROBLÉMU SPOLU S PACIENTEM

Na první pohled se může zdát, že škála možných postupů při práci s přísně lékařským rozměrem problémů pacientů je jasně vymezená. Například u našeho muže s bolestmi na prsou by se lékař mohl rozhodnout pro vysvětlení a uklidnění pacienta, mohl by se rozhodnout vystavit předpis, dále zkoumat, nebo se rozhodnout, že vyčká. Mohl by také pacienta předat odborné péči.

Problém každého pacienta má také svoji psychologickou a sociální dimenzi. Pacienti předkládají nejen svůj problém, ale také své představy, obavy a očekávání. Škála možných zásahů do psychologické a sociální dimenze je daleko širší. Problémem, před nímž stojí lékař, je vytvořit integrovaný přístup k pacientovým psychologickým a sociálním problémům, který lze použít v prostředí, v němž lékař pracuje.

Vezměme si příklad našeho muže ve středním věku. Zjistili jsme, že má bolesti na prsou, že trpí úzkostnými stavy, že může mít rakovinu, že kouří, že je v práci vystaven značnému zatížení, že si najde čas na zábavu jen velmi zřídka a že jeho manželství je neuspokojivé.

Lékař postupující podle přístupu založeného na psychoterapii by rozvíjel vztah lékař-pacient, vyslechl by pacienta k terapeutickým účelům a prozkoumal by a rozvinul pacientovo chápání těchto problémů.

Na druhé straně behaviorista by uvažoval o jednom projevu problémového chování (například o kouření) a prozkoumal by stimuly a možný přínos tak, aby mohl přijít s metodami odstranění tohoto chování a posílit jiné druhy chování. Behavioristé by také mohli řešit problém napětí tím, že by vedli pacienta ke zvládnutí technik relaxace a kontroly stresu.

Přístup založený na řešení problémů by zkoumal, jak pacient řeší vlastní problémy, a pomohl by mu rozvinout jeho schopnost je řešit. Pacientovy problémy by byly rozloženy na zvládnutelné úkoly, k nimž lze přistupovat postupně, a pacient by přitom byl povzbuzován svým úspěchem při zvládnutí předchozích úkolů.

Lékař by mohl zkoumat vztahy v rodině a pacientův vlastní příspěvek k nim, mohl by zkoumat možné prostředky, jak způsobit změnu a jak vést pacienta k volbě jeho vlastní strategie.

Konečně zdravotní pedagog by se snažil zkoumat názory pacienta na zdraví, jeho zájem o zdraví, jeho subjektivní zranitelnost konkrétním problémem a jeho vážnost, a zkoumal by náklady a přínosy každého navrhovaného zásahu.

Jak se tedy lékař a pacient rozhodují, co mají podniknout?

Faktory, které lze vzít v úvahu, se týkají pacienta, lékaře, problému a dostupnosti jiných zdrojů. Prvním faktorem je pacientovo vlastní chápání problému a to, co očekává od léčby. Aby mohl učinit informované rozhodnutí, musí pacient plně chápat povahu problému a navrhovaného postupu. Pacient si musí nejen zapamatovat dohodnutý plán, ale musí jej také pochopit. Musí vědět, na základě čeho byl dohodnut, chápat, jak se

vztahuje k jeho vlastním představám a osobní situaci, a musí v něj věřit. Musí být také schopen plán realizovat.

Možné alternativy také ovlivňují lékařovy znalosti a dovednosti. Omezujícím faktorem pro lékaře je čas, který má pro každého pacienta k dispozici. Dalším faktorem je škála dalších zdrojů, jichž může použít. I když je vhodné, aby se lékaři učili novým dovednostem, které jsou v jejich prostředí aplikovatelné na problémy jejich pacientů, musí také znát a respektovat dovednosti a profesionalitu jiných disciplín, a musí umět - je-li to vhodné - poslat pacienty k odborným lékařům.

Posledním a nejdůležitějším faktorem je lékařova znalost povahy pacientova problému, jeho přirozené anamnézy, následných nemocí a pravděpodobné reakce na léčbu.

5.4. JAK DOSÁHNOUT SPOLU S PACIENTEM SPOLEČNÉHO CHÁPÁNÍ PROBLÉMU

Existuje mnoho strategií, jichž lze využít k tomu, aby bylo tohoto "společného chápání" efektivně dosaženo. První z nich je zjistit pacientovy představy a názory a budovat na nich, a nabídnout tak na míru šitý a nikoli konfekční výklad. Nejenže je tato strategie efektivnější - šetří také čas a práci. Druhou strategií je uznat, že celá konzultace, zvláště proces získávání informací, které pacient poskytuje, a také jejich utřídění a uvažování o nich, je zkušeností, z níž se pacient může poučit.

Další strategie nemá jen zjistit pacientovy předem existující představy a nabídnout přiměřené vysvětlení, ale také od pacienta zjistit, zda bylo dosaženo všech stádií procesu společného chápání, který jsme již popsali.

Philip Ley popsal řadu konkrétních dovedností při prezentování a uspořádání informací poskytovaných pacientovi, které prokazatelně zvyšují pacientovu schopnost si tyto informace zapamatovat. Ley doporučil, aby byly informace sdělovány bez použití odborného žargónu, prostým jazykem a pomocí jednoduchých větných struktur a co nejkonkrétněji. Například věta "Musíte zhubnout" je méně zapamatovatelná než věta "Musíte v příštím měsíci zhubnout o tři kila". Vliv má i pořadí, v jakém jsou informace sdělovány. Pacienti si nejlépe pamatují to, co uslyší na prvním místě a ty informace, které se jim opakují. Další metodou je technika zvaná "explicitní kategorizace", v níž lékař začne větou "Povím vám, co si myslím, že vám

je, jaký vývoj očekávám a jakou léčbu navrhuji" a pak každou z těchto kategorií rozvede.

Další technikou, která může pacientovi napomoci, aby si informace podržel v paměti, je použití diagramů a letáčků, které mohou pacienti dostat. Je však nutno zdůraznit, že rozhodnutí, zda těchto konkrétních technik využít, závisí na konkrétním lékaři, na konkrétním pacientovi a na jeho problému.

5.5. JAK ANGAŽOVAT PACIENTA VE VOLBĚ POSTUPU A JAK JEJ VÉST K PŘIMĚŘENÉ ODPOVĚDNOSTI

Míra, do jaké byl pacient angažován v léčbě, se samozřejmě mění podle navrženého postupu. Lze tvrdit, že lékař nemůže pacienta vyzvat, aby asistoval při vyjmutí jeho vlastního appendixu, avšak existují přesvědčivé doklady, že informování pacientů o následné péči a jejich angažovanost v ní může snížit potřebu analgetik a uspišit jejich vyléčení. Ve většině stavů a problémů, s nimiž se musí praktický lékař vyrovnávat, ať již jde o zvládnutí stresu či diabetes, je rozhodující pacientův vlastní příspěvek.

Aby se pacient mohl angažovat, potřebuje zřetelné informace o tom, co by v dané situaci měl učinit a jaké výsledky lze očekávat. Potřebuje také zpětnou vazbu - o úspěchu či neúspěchu jeho léčby. Pacient potřebuje anticipovat a překonávat obtíže, na které by mohl narazit. Pacient s diabetes nejen musí znát způsoby, jakými by měla být upravena jeho strava, ale také cíle, jichž je třeba dosáhnout (například snížení tělesné váhy a eliminaci glykosurie) a být natolik vybaven, aby mohl dosažení těchto cílů monitorovat. Pacient s úzkostnými stavy by měl umět rozpoznat situace, které tyto stavy vyvolávají, rozpoznat jejich symptomy a naučit se technikám, které mu umožní se s těmito symptomy vyrovnávat a zvládat je.

Vedení pacientů k tomu, aby monitorovali úspěch zvoleného léčebného postupu je velmi účinnou metodou.

5.6. JAK K PACIENTOVI VYTVOŘIT A UDRŽET TAKOVÝ VZTAH, KTERÝ POMŮŽE SPLNĚNÍ OSTATNÍCH ÚKOLŮ

Došli jsme k závěru, že neexistuje jediný typ či styl vztahu lékař - pacient, který by mohl být označen za efektivnější než všechny ostatní. Existují však některé strategie a dovednosti, které mohou ovlivnit jak komunikaci v průběhu konzultace, tak pozdější výsledky.

Prostředí konzultace, včetně takových rysů jako dostupnost, doba, po kterou musí pacient čekat a to, kde pacienta posadíme, mohou konzultaci ovlivnit ještě dříve, než začne. Počáteční fáze, uvítání pacienta a jeho usazení, a také projevení zájmu o pacienta jako člověka i zájmu o jeho problémy - to vše může ovlivnit budoucí vztah. Bylo prokázáno, že vztah při konzultaci i efektivitu při dosahování spokojenosti pacienta a jeho získávání pro to, aby dodržoval léčebný postup, ovlivňují takové faktory jako vedení pacienta k otevřené komunikaci, projev lékařovy vřelosti, empatie a poctivosti vůči pacientovi při konzultaci a projevení přiměřené sympatie a podpory.

K pacientově spokojenosti přispívá také efektivní využití času při konzultaci tak, aby lékař nepůsobil uspěchaně.

Existuje široká škála dovedností, jichž lze využít na podporu vztahu lékaře k pacientovi. Patří k nim dotazování, povzbuzující zvuky a gesta. Lékař by měl dát najevo, že přijímá pacientovy představy a pocity, měl by držením těla a dotekem udržovat kontakt s pohledem pacienta, dbát na to, aby jeho vysílaná verbální komunikace se shodovala s neverbální, a měl by pacienta vhodně odměňovat a povzbuzovat. Snad nejdůležitější lékařovou dovedností je však schopnost pozorovat účinek jeho vlastního jednání na pacienta a schopnost zvolit si takové strategie a dovednosti, které jsou přiměřené pro konkrétního lékaře, pacienta a problém.

II. ČÁST

6. STRUKTURA KOMUNIKACE : ZAHÁJENÍ

Zahájení komunikace lze rozložit na pět částí. Existuje samozřejmě mnoho různých způsobů, jakými může dovedný kliník zahájit konzultaci s pacientem. Následující formát představuje pouze jeden přístup, který je obvykle účinný při kladení základů pro terapeutické setkání lékaře s pacientem.

6.1. ÚVOD

Než se partneři komunikace představí, uvítají se neverbálně. Při nonverbálním komunikování jde o to, co si sdělujeme:

1. výrazem obličeje
2. oddálením
3. dotekem
4. postojem
5. pohyby
6. gesty
7. pohledy
8. >>tonem << řeči
9. úpravu zevnějšku atd.

Lékař či student by se měli pacientovi dívat do očí a měl by mu (téměř vždy) přátelsky podat ruku na uvítanou. Poté následuje verbální komunikace, například: "Student: Dobrý den, pane Vomáčko. Jmenuji se Novotný. Studuji medicínu."

6.2. STANOVENÍ CÍLŮ KONZULTACE

Efektivní komunikace většinou začínají výslovnou formulací či potvrzením cílů. Neshodují-li se lékař a pacient na cílech, je nutno se o nich dohodnout. Student, který se učí klinickým metodám, by měl pacienta stručně informovat o cílech konzultace a o tom, co pacient může očekávat. I zde existuje mnoho způsobů, jak to učinit. Například: "Student: Dobrý den, pane Vomáčko. Jmenuji se Novotný. Jsem student medicíny a učím se, jak hovořit s pacienty. Vaše jméno mi dal váš lékař."

6.3. ZÍSKÁNÍ PACIENTOVA SOUHLASU S VAŠÍM PLÁNEM KONZULTACE

V případě většiny skutečných konzultací vyplývá souhlas pacienta s jeho přítomností v ordinaci či v nemocnici. Existují však situace, v nichž by měl lékař získat pacientův výslovný souhlas. Podobně by měl získat pacientův souhlas s pokračováním konzultace student, který se učí klinickým metodám. Například: "Student: Dobrý den, pane Vomáčko. Jmenuji se Novotný. Jsem student medicíny a učím se, jak hovořit s pacienty. Vaše jméno mi dal váš lékař. Dovolíte mi, abych si s vámi pár minut promluvil?"

Konzultace může pokračovat podle plánu poté, co pacient udělí verbální souhlas. Pokud by - což je nepravděpodobné - pacient rozhovor odmítl, student by měl zdvořile pacientovi poděkovat a odejít z místnosti. I pacienti, kteří předtím s konzultací se studentem souhlasili, mohou někdy změnit názor. Studenti by tato přání měli respektovat a nenutit pacienty, aby s konzultací svolili.

6.4. VYTVOŘENÍ POČÁTEČNÍ SHODY

Tento krok může být nejdůležitější součástí komunikace. Vztah lékař-pacient začíná ve chvíli, kdy se lékař a pacient poprvé spatří, ještě dříve, než cokoli řeknou. Pacient a lékař si vytvoří mnoho úsudků o druhém ještě před vznikem verbálního kontaktu.

Sedm primárních emocí ve výrazech obličeje:

1. štěstí
2. neočekávané překvapení – splněné očekávání,
3. strach a bázeň – pocit jistoty,
4. radost – smutek,
5. klid – rozčilení,
6. spokojenost – nespokojenost, až znechucení,
7. zájem - nezájem

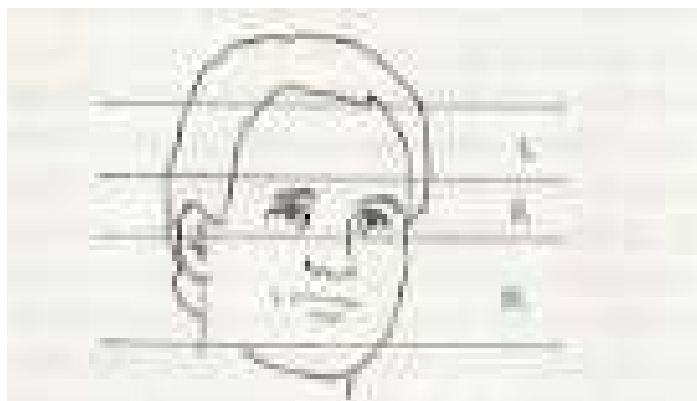
Držení těla, oční kontakt, úroveň zájmu a mnoho dalších neverbálních podnětů - to vše bude pacientovi i lékaři komunikovat důležité informace. Klíčem ke shodě je obecné projevení zájmu o pacienta jako o osobu. Toho lze dosáhnout projevením účasti a pozornosti. Působí-li lékař uspěchaně, unaveně, vyčerpaně nebo nepozorně, může tím vážně narušit vztah k pacientovi.

Vedle tohoto počátečního projevení zájmu platí toto základní pravidlo k dosažení a udržení shody:

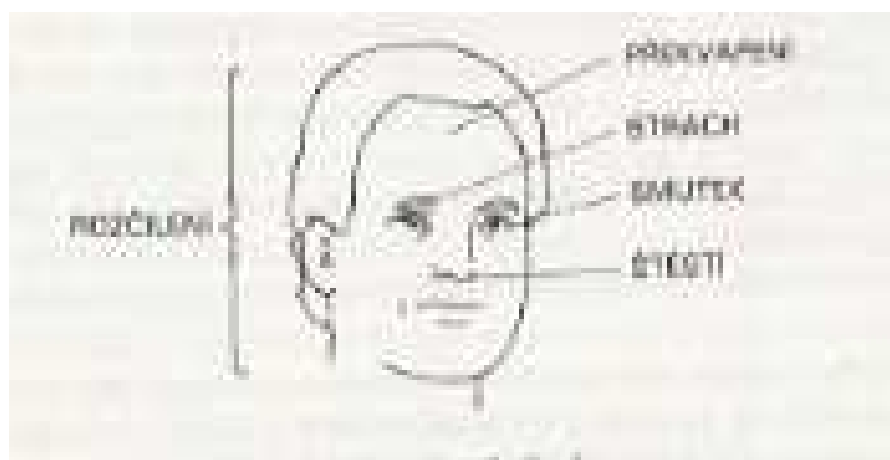
Na všechny pacientovy emociální reakce je třeba reagovat.

Projeví-li například pacient určitou emocionální reakci již ve chvíli, kdy se s ním lékař poprvé setká, lze na ni reagovat na samém počátku konzultace. Svíjí-li se pacient v bolestech, lékař na to může reagovat ještě dříve, než začne vysvětlovat cíle zamyšlené konzultace. Někdy může takto reagovat již ve chvíli, kdy se představuje. Při studentské konzultaci může student říci:

Student: Buděte zdrav. Jmenuji se Vomáčka a studuji medicínu. Zdá se, že trpíte bolestmi. Mohu vám nějak pomoci?



Obr.1. Mimické zony v obličeji: nejvyšší partie obličeje, zahrnující obočí a čelo; nejdůležitější oblast očí; dolní oblast obličeje s dominantní partií úst



Obr.2. Kde se v obličeji nejvýrazněji projevují různé emoce.

Existuje samozřejmě mnoho způsobů, jak mohou lékaři přiměřeně reagovat na emoce svých pacientů. Jedním z neúčinnějších zásahů je reflexe. Student může komentovat pacientovy pocity, které zaznamenal, jako jsou bolest, zklamání, smutek, strach atd.

Tyto komentáře pacientům dávají najevo, že si lékař jejich pocitů povšiml a že něco znamenají. Takovéto reflektující poznámky obvykle pacientovi pomáhají, aby mohl diskutovat o svých pocitech a pomáhají vytvářet shodu lékaře s pacientem. Podívejme se na několik příkladů takových poznámek, s nimiž může student přijít na samém počátku konzultace: "Student: Vidím, že vám není zcela dobře. Nebo: Zdá se, že máte velké bolesti. Nebo: Vypadáte sklíčený, unavený, ustaraný..."

Když studenti nebo lékaři na počátku konzultace komentují pacientovy emoce, je třeba dbát na to, aby byly jmenovány takové pocitové stavy, které nejsou příliš založeny na úsudku, které jsou "blízko povrchu". V této fázi bychom se měli vyvarovat hloubkových interpretací. Lékaři by neměli začínat konzultace silně interpretačními formulacemi jako "Vypadáte velmi rozčilený" nebo "Vy jste zjevně skleslý, "Vy dneska vypadáte špatně." Taková konstatování by mohl pacient vnímat jako vlezlé, urážlivé či ponižující.

Ve skutečné praxi jsou pacienti velmi shovívaví k lékařům, kteří se upřímně snaží vcítit do jejich potíží, i když se ve svém počátečním chápání nemusí přesně strefit. V takových případech bývají pacienti ochotni napravit počáteční nedorozumění. Přejde-li například lékař s nesprávným tvrzením o pacientově obtíži, pacient obvykle situaci vysvětlí:

Student: Zdá se, že vás zrovna něco bolí.

Pacient: Víte, nejvíc mne trápí, že mi lékaři nechtějí říct, co mi je.

Student: To si dovedu představit, že vás to zneklidňuje. Asi máte strach (obavy)...

Jestliže pacient projeví emoce a student na jeho pocit vhodně reaguje, může student dále uvažovat o pacientových pocitech a legitimizovat je, až bude pacient připraven pokračovat v konzultaci.

Občas si může pacient přidělený studentovi k cvičení komunikace přímo postěžovat, že je "pokusným králíkem". Přestože je to neobvyklé, studenti by měli vědět, že se takováto afektivní stížnost vyskytuje a měli by na ni

reagovat stejně jako na každý jiný projev emocí. Protože terčem emocí je student, pacientův afekt může vyvolat ve studentovi takovou stísněnost, stres, že se nezmůže na odpověď. I v tomto případě se může osvědčit reflexe a legitimizace.

Student: Nebude vám vadit, když vám položím pár otázek?

Pacient: Zas další student? Už jich za mnou bylo tolik, že mi z toho jde hlava kolem.

Student: Vypadá to, že jsme se vás už dost naotravovali. Možná už s dalším studentem nechcete mluvit.

Pacient: Máte pravdu. Od chvíle, co jsem přišel do nemocnice, jsem neměl chvíli klidu. Pořád za mnou chodí nějací doktoři a sestry.

Student: Chápu, že se vám už asi nechce mluvit s dalším studentem. Jestli chcete, klidně odejdu. Nebude mi to vadit.

Pacient: Ale ne. Jen zůstaňte. Na pár otázek vám odpovím. Tak co byste rád věděl?

Mnozí takoví zpočátku rezistentní pacienti budou docela ochotni pokračovat v konzultaci a budou mít o ni zájem, jestliže uznáme a přijmeme jejich počáteční pocity. Musíme ale respektovat přání těch pacientů, kteří i přesto nebudou k rozhovoru ochotni.

6.5. UKLIDNĚNÍ PACIENTA

Po úvodu a sdělení, proč student pacienta vyhledal a po dosažení počáteční shody by student měl před dalšími částmi konzultace pacienta uklidnit. Tento zásah naznačuje studentův zájem o pacientovo pohodlí a rovněž naznačuje, že je student ochoten pokud možno pacientovi pomoci. Uklidnění pacienta dosáhneme jednoduchou otázkou, například:

Student: Dříve než se vás budu ptát na vaši nemoc, chtěl bych se zeptat, jak se právě cítíte?

To dává pacientovi příležitost sdělit studentovi, jak se právě cítí. Reakce může být fyzická nebo emocionální. V každém případě však tak student získává o pacientovi důležité informace. Je-li pacientovi horko nebo zima, má-li bolesti nebo trpí žízní, student se jej může ptát, zda pro něj může něco udělat.

Jestliže pacient reaguje emocionálně, například "Bojím se, že mám rakovinu", student může použít vztahové dovednosti, aby tak pacientovi pomohl vyjádřit tyto pocity a zvládnout je.

SHRNUTÍ

Je mnoho způsobů, jak komunikaci zahájit, avšak struktura, o níž jsme pojednali v této kapitole, nabízí efektivní přístup. Závěrem si krátce zrekapitulujme pět kroků lékařské komunikace.

Kroky k efektivnímu zahájení:

Představení se Buďte zdrav. Jmenuji se Vomáčka a studuji medicínu. Vaše jméno mi dal dr. Novák .

Stanovení cílů: Dr. Novák mě za vámi poslal, abych si s vámi promluvil o vaší nemoci. Naučím se tak hovořit s pacienty.

Získání pacientova souhlasu: Nevadí vám to?

Dosažení počáteční shody: Zdá se, že vás něco bolí.

Uklidnění pacienta: Jak se právě cítíte

7. STRUKTURA KOMUNIKACE: HLAVNÍ OBTÍŽ A PŘEHLED PROBLÉMŮ

Po úvodu, zahájení komunikace a dosažení počáteční shody, lékař obvykle přechází přímo ke dvěma následujícím krokům: k hlavní pacientově obtíži a k přehledu jeho problémů.

7.1. ZÍSKÁNÍ INFORMACÍ O HLAVNÍ OBTÍŽI

Hlavní obtíž je primárním důvodem, proč pacient vyhledal lékařskou pomoc. Je zavedenou zvyklostí, že ji formuluje pacient vlastními slovy a že je obvykle zapisována do záznamů v uvozovkách. Lékař nejčastěji klade některou z těchto otázek:

Lékař: Co vás sem dnes přivádí? Nebo: Jak vám mohu pomoci? Nebo: Co vás právě trápí?

Studentští účastníci konzultačního kurzu však nebudou moci diagnostikovat pacientův problém nebo jej léčit, a tak vhodnější otázkou k získání informací o obtíži bude třeba:

Student: Co vás přivedlo do nemocnice (nebo na kliniku)?

Pacientova doslovná odpověď bude zaznamenána jako hlavní pacientova obtíž.

Například:

Pacient: Špatně se mi dýchalo.

Občas pacient v odpovědi uvede lékařskou diagnózu a nikoli skutečné symptomy. Pacient by například mohl odpovědět:

Pacient: Rozedma plic. nebo Řekli mi, že je to embolus.

Odpoví-li pacient diagnózou a nikoli informacemi o symptomech, lze jej požádat, aby přesně popsal své prožitky, které jej přiměly vyhledat lékařskou pomoc, například:

Student: Jistě, řekli vám, že máte embolus, ale já bych rád přesně věděl, jaká obtíž vás vedla k tomu, že jste šel k lékaři?

Na takovýto typ přímé otázky pacienti obvykle odpoví popisem symptomů, které zakoušeli. Například:

Pacient: Pořád jsem se zadýchával.

7.2. REAKCE NA EMOCE

Občas pacient informuje o své hlavní obtíži vysoce emocionálním způsobem. Když k tomu dojde, je obvykle nejvhodnější na tuto emoci reagovat hned poté, co se projeví. Pacient by například mohl říci:

Pacient: Dýchalo se mi tak špatně, že se mi zdálo, že umírám.

Jsou-li informace o hlavní obtíži doprovázeny tak intenzivními emocemi, student může efektivně reagovat mnoha různými způsoby. Velmi vhodné mohou být krátké uvážlivé komentáře. Například:

Student: Určitě vás to muselo hodně vylekat.

Takovýto komentář obvykle pacienta vyzývá, aby podrobněji rozvedl své pocity. Například:

Pacient: Takový strach jsem v životě nezažil. Vůbec jsem se nemohl nadechnout. Bylo to strašné.

Poté, co pacient uvedl některé významné pocity a diskutoval o nich, může student mnoha způsoby naznačit svoje přijetí těchto pocitů. Jednou efektivní technikou je použití přímých, potvrzujících (či legitimizujících) komentářů. Například:

Student: Váš strach úplně chápu. Ve vaší situaci bych se cítil stejně.

7.3. POČÁTEČNÍ POVZBUZENÍ

Povzbuzující poznámky jsou metodou s otevřeným koncem, která pacienta povzbuzují, aby hovořil dál bez vměšování či ovlivňování směru, jímž se jeho komentáře ubírají. Tato povzbuzení mohou být verbální či neverbální. Příkladem minimálního a nevtíravého povzbuzení je reakce na pacientovy komentáře přikývnutím či zvuky jako "hmm" nebo "ano". Takovéto reakce,

přestože jsou minimální, mohou pacientovi dát velmi účinně najevo, že jeho partner v rozhovoru naslouchá, a povzbuzují pacienta, aby mluvil dál.

Pomocí konkrétnějších typů povzbuzení můžeme pacienta přímo vyzvat, aby pokračoval:

Lékař: Povězte mi o tom prosím víc. Nebo: Prosím pokračujte.

Těká-li pacient od jednoho tématu ke druhému nebo diskutuje-li nesouvisle o mnoha různých tématech, lékař může zvýšit efektivitu konzultace pomocí povzbuzujících komentářů jako:

Lékař: Ještě než mi povíte o bolestech hlavy, mohli bychom se nejprve soustředit na bolesti na prsou. Povězte mi prosím o něco víc o bolestech na prsou, kterými trpíte.

Obecně pacienti odpovídají na takováto povzbuzení s otevřeným koncem diskusí o tom, co jim jakožto pacientům připadá nejdůležitější. To lékaři poskytuje klíčově důležité informace, které by nemohly být získány uzavřenějšími otázkami soustřeďujícími se na to, co zajímá lékaře. Pacient svými vlastními slovy bude obecně reagovat na symptomy bolesti na prsou, které mu činí největší obtíže. Mohl by se též vyjevit psychosociální kontext. Například by pacient mohl říci:

Pacient: No, v neděli jsem už končil se sekáním trávníku, když jsem se najednou nemohl nadechnout a na prsou jsem ucítil těžký, svíravý pocit.

Hovoří-li pacient o relevantních symptomech, je i nyní vhodné dále zasahovat povzbuzujícími poznámkami.

Jako silný povzbuzující faktor se může projevit i zamyšlené a pozorné mlčení. Je-li to pacientovi nepříjemné nebo je-li to pociťováno jako sociálně nepřiměřené, lékař může nabídnout přímější povzbuzující poznámku:

Lékař: Mohl byste mi ještě něco říci o tom těžkém, svíravém pocitu?

Tento typ povzbuzení obvykle pacienta vede k tomu, že se rozhovoří o zajímavých symptomech.

Pacient: No, nikdy předtím jsem nic podobného nepocítil. Bolelo to, ale spíš to byla tupá bolest a ne ostrá. Říkal jsem si, asi jsem se nějak namohl nebo

špatně natáhl sval, ale bolest nepřestávala. A pak jsem si všiml, že se mi to svírání šíří do zad a do levé paže.

7.4. KONTROLA

Kontrola je při shromažďování údajů klíčovou a často přehlíženou dovedností. Kontrola je lékařovým pokusem o sumarizaci informací, které právě obdržel od pacienta. Tato intervence je pravděpodobně jednou z nejdůležitějších dovedností při shromažďování údajů, a to z několika důvodů. Je jediným způsobem, jak může lékař zkontrolovat přesnost toho, co mu podle jeho názoru pacient právě řekl. Dotazující mohou občas špatně pochopit význam toho, co jim pacienti řekli; mohou dokonce špatně pochopit i konkrétní údaje. Kontrola dává lékaři možnost, aby veškerá nedorozumění napravil. Kontrola také pacientovi sděluje, že lékař poslouchá a že se snaží jej pochopit. Takovéto úsilí obvykle přispívá k celkové shodě. Navíc kontrola poskytuje terapeuticky "oddychový čas". Nastane-li při konzultaci pauza nebo potřebuje-li lékař učinit rozhodnutí o tom, jakým směrem se má dát, může pomocí kontroly zopakovat, co již bylo probráno. Lékař může těchto přestávek využít k příhodnému uvážení alternativních strategií pro zbytek konzultace. Povaha pacientovy reakce na kontrolní otázku může lékaři dokonce pomoci v rozhodování, kterým směrem by se zbytek konzultace měl ubírat.

Například: Lékař: Proberme si to ještě jednou, abych měl jistotu, že jsem vám správně rozuměl. Říkal jste, že jste v neděli dokončoval sekání trávníku, když jste pocítil náhlou ostrou bolest na prsou a že se vám těžko dýchalo.

7.5. SHRNUTÍ PROBLÉMŮ

Shrnutí problémů je mimořádně důležitou součástí konzultace a - stejně jako kontrola - se často přehlíží. Dobře provedený souhrn problémů může dramaticky zvýšit efektivitu komunikačního procesu. Souhrnem problémů se lékař pokouší stručně zmapovat celou škálu pacientových problémů. Při plnění tohoto úkolu se klíčovou otázkou stává:

Lékař: Co ještě vás trápí? Nebo prostě: Co dalšího?

Je důležité, aby shrnutí problémů bylo dokončeno na začátku konzultace, protože by jinak lékaři ztráceli drahocenný čas tím, že by se soustřeďovali

na podrobnosti problémů, které nepatří k těm klinicky nejdůležitějším, nebo které pacienty tolik netrápí.

Shrnutí problémů obvykle dlouho netrvá. Umožňuje lékaři zjistit celou škálu pacientových problémů.

Poté, co lékař:

- (1) zjistí hlavní obtíž,
 - (2) reaguje na počáteční emoce,
 - (3) usnadní pacientovi, aby volně sdělil další podrobnosti o hlavní obtíži a
 - (4) zkontroluje, co slyšel,
- měl by zahájit shrnutí problémů.

Lékař: Tak jste mi řekl, proč jste přišel do nemocnice. Nyní se vás chci zeptat na vaše další problémy. K bolestem na prsou se vrátíme za chvíli. Jaké další problémy máte?

Pacient: No, mám nějaké potíže s prostatou.

Stejně jako u původní "hlavní" obtíže by měl lékař prozkoumat tuto novou obtíž otázkami s otevřeným koncem, aby tak shromáždil více podrobností o tomto problému, aby reagoval na emoce, které jsou s tímto problémem spojeny, a aby zkontroloval informace, které získal po několika pacientových odpovědích.

Lékař: Mohl byste mi o vašich potížích s prostatou ještě něco říci?

Pacient: No, ukapává mi moč, a trvá mi to dlouho. Mám strach, že budu muset jít na operaci.

Lékař: Takže vedle bolestí na prsou máte problémy s močením. Trvá vám dlouho, než se vymočíte, a moč vám ukapává. Máte obavy, že možná budete potřebovat operaci. Jaké máte další problémy?

Pacient: Také trpím migrénami.

Lékař: Tak mi o nich něco povězte.

Pacient: Trpím jimi celý život. Někdy mě tak strašně bolí hlava, že nemůžu jít do práce a musím jet na pohotovost, aby mi dali injekci. Teď jsem ale už tři měsíce žádnou migrénu nedostal.

Lékař: Takže máte bolesti na prsou, potíže s prostatou a migrény. O všech těchto problémech bych se rád něco dověděl. Ale přesto mi nejdřív řekněte, zda máte ještě nějaké další problémy.

Mnozí pacienti se nechtějí lékařům svěřovat s některými problémy, které jsou zvláště nepříjemné. Někdy mají pacienti z těchto problémů takovou

úzkost, že je odkládají až na konec konzultace, kdy už lékař nebude ochoten či schopen věnovat jim další čas. Tato úzkost může být hlavní zdravotní obavou pacienta, například se může jednat o strach z rakoviny. Výše uvedený pacient mohl například trpět bolestmi žaludku, které by, jak se obává, mohly být způsobeny rakovinou. Je-li strach z rakoviny silný, mohl by úzkostný pacient bolest zcela zamlčet. Na konci konzultace by úzkost z nezmínění bolesti v břiše mohla být silnější než úzkost spojená s diskusí o ní. To může vést k nepříjemnému napětí, když se lékař chystá odejít z místnosti a pacient se v tuto nevhodnou chvíli zeptá:

Pacient: Pane doktore, mohl bych se vás ještě na něco zeptat? Mám bolesti v břiše.

Tento typ interakce může být velmi nepříjemný jak pro pacienty, tak pro lékaře. Může vést k napjatému vzájemnému vztahu. A ještě důležitější je, že lékař možná prostě nebude mít na konci konzultace čas, aby se tomuto problému přiměřeně věnoval. Nový problém může být dosti důležitý. Někdy to bývá pacientova skrytá či podvědomá hlavní obtíž. Dopustí-li lékař, aby tato obtíž zůstala až do konce konzultace neodhalena, vede to obvykle k nedostatečné péči a zajisté k péči neefektivní. Tento problém často může odstranit řádné shrnutí problémů.

Vedle výše uvedeného problému pacienti obvykle ponechávají sexuální, psychiatrické či mezilidské problémy až na konec konzultace, buď proto, že v nich vyvolávají úzkostné stavy, nebo protože se obávají, že lékař tyto problémy nebude považovat za důležité či za "lékařské".

7.6. KONTROLA ÚPLNOSTI

Přehled problémů není úplný, jestliže lékař nekontroloval jeho úplnost. Tázající by se měl dále ptát "A co vás ještě trápí?", dokud pacient nedá přesvědčivě najevo, že se již zmínil o všech problémech. Je důležité, aby lékař naznačil, že v této fázi nemá naspěch a že se chce opravdu dovědět, přinejmenším stručně, o všech pacientových problémech. Lékař musí pacientovi věnovat plnou pozornost a bedlivě sledovat neverbální sdělení pacienta o nepříjemných tématech. Jestliže pacient hovoří o některých problémech nejasně, měl by se lékař maximálně snažit, aby se pacient více rozhovořil o těchto problémech, které v něm vzbuzují úzkost. Například:

Pacient: No, trápí mne ještě jedna věc... (*pauza*)

Lékař: Ano... Tak mi o tom něco povězte.

Tento typ tázání, který dává najevo zájem, by měl pokračovat až do chvíle, kdy pacient lékaři jednoznačně sdělí, že se zmínil o všech problémech.

Někteří lékaři si možná kladou otázku, proč je tak důležité zjistit všechny pacientovy problémy. Někteří lékaři mohou mít zato, že sexuální, psychiatrické a mezilidské problémy mohou přesahovat schopnosti praktického lékaře. Zpracování informací potřebných k pochopení těchto problémů může lékaři zabrat dosti času. I když jsou všechny tyto faktory pochopitelné, lékaři by si také měli uvědomit, že sexuální, psychiatrické a mezilidské problémy mají všechny přímý dopad na průběh a dopad pacientovy nemoci, na využití zdravotní péče, na pacientovo zvládnání nemoci, na kvalitu života a na jeho celkovou životní adaptaci.

K tomu, aby se lékař o těchto otázkách něco dověděl, nemusí být specializovaným odborníkem. A nezbyvá-li čas zabývat se při jedné konzultaci všemi otázkami, které vyvstaly při důkladném shrnutí problémů, některá témata lze odložit na jinou konzultaci. I přesto je důležité a dlouhodobě efektivní, provede-li lékař úplné shrnutí problémů u každého nového pacienta a přinejmenším krátké shrnutí u následných návštěv.

Někteří pacienti s významnými psychiatrickými a psychosociálními problémy by mohli předložit vedle bolesti na prsou, migrén a potíží s prostatou i problémy jakou jsou impotence, rodinné konflikty, strach ze smrti a pracovní problémy. Lékař se může rozhodnout, které problémy lze rozumně prozkoumat a v jakém pořadí důležitosti. Některé problémy bude zajisté třeba předat externím odborníkům či institucím.

7.7. POŘADÍ DŮLEŽITOSTI

Po sestavení úplného seznamu problémů by měl lékař s pacientem dohodnout pořadí důležitosti jednotlivých vyšetření. Mělo by se jednat o spolupráci řízenou lékařovými medicínskými znalostmi toho, které problémy by mohly nejbezprostředněji ohrozit pacientovo zdraví. Na druhé straně by měl být lékařův názor vyvažován pacientovou osobní hierarchií starostí. Tam, kde existuje konflikt mezi lékařovým seznamem priorit a pacientovým, měly by se obě strany přímo dohodnout na pořadí, v jakém by měly být problémy řešeny. Obecně platí, že by měl lékař pacientovi v maximální míře dovolit, aby si určil pořadí on. Například:

Lékař: Poté, co jsme si vypracovali přehled všech vašich problémů, bych od vás rád slyšel, které vás nejvíce trápí.

Pacient: Rád bych se něco dověděl o svých potížích s prostatou. Mám dojem, že právě prostata působí problémy, které mám se sexem a s manželkou.

Lékař: Dobře, chápu, že je to pro vás problém. Budete-li ale souhlasit, myslím, že bychom se nejdříve měli zaměřit na vaše bolesti na prsou. Možná se jedná o něco neodkladného.

Pacient: Tak dobře.

7.8. PACIENTOVA OČEKÁVÁNÍ

Někdy je zcela zřejmé, co pacient od lékaře očekává. V jiných případech však pacientova očekávání tak jasná nejsou. Má-li pacient chronickou chorobu spojenou s potížemi s adaptací či nějakým jiným psychosociálním problémem, mohou se stát konkrétní přání pacienta daleko důležitějšími a přitom nemusí být okamžitě zřejmá.

Například pacient, u něhož diabetes působí impotenci, možná bude chtít s lékařem hovořit jen o tom, jak impotence ovlivňuje jeho manželský vztah. Nebo může očekávat, že mu lékař dá injekci s nějakými hormony, které obnoví jeho schopnost erekce, anebo pacient možná ví o existenci penisových implantátů a chce takový získat. Zeptá-li se tedy lékař pacienta přímo, co očekává, může to posílit shodu v jejich vzájemném vztahu, zvýšit efektivitu konzultace a dlouhodobě pacienta více uspokojit. Jestliže lékař ví, co pacient chce, bude moci pacienta snadněji uspokojit.

Pacientova očekávání lze zjistit tím, že se na něj lékař přímo obrátí:

Lékař: Povězte mi laskavě co nejkonkrétněji, jak bych vám podle vašeho názoru mohl pomoci vyřešit problém, který máte se sexuálním životem.

7.9. PŘEDSTAVY PACIENTA O VÝZNAMU NEMOCI

Někdy jsou pacientovy představy o významu nemoci docela jasné. Nemusí tomu tak být vždy. Například pacient, který přijde s nějakou dosti bezvýznamnou bolestí v břiše, může mít obavy, že příčinou jeho bolestí je rakovina. Nebo mu dělají největší starosti společensky trapné situace, vyvolané vypouštěním střevních plynů. Jestliže lékař nezná pacientovy

představy o významu symptomu, jeho péče bude neefektivní a nemusí pacienta uspokojit.

Lékař by se měl přímo dotázat pacienta, co si myslí, že je příčinou symptomu. Například:

Lékař: Můžete mi říci, co vám podle vašeho názoru působí bolesti žaludku?

Pacient: Nevím, vy jste lékař. Proto jsem za vámi přišel.

Lékař: Samozřejmě jsem lékař. A udělám vše, abych vám pomohl. Ale mne zase pomůže, když mi řeknete, co vás napadlo, když jste uvažoval o příčině těchto problémů.

Někteří pacienti možná nebudou dokonce ani po takovémto povzbuzení ochotni diskutovat o svých vlastních představách o významu nemoci. Mnozí pacienti, dostanou-li příležitost, však budou schopni diskutovat o svých obavách a představách přímo s lékařem. Tato diskuse může přispět k efektivitě interakce lékař-pacient a k možnosti lékaře pacienta uklidnit. Zvýší se tím i spokojenost pacienta.

Například: Pacient: Víte, asi to není důležité. Ale můj otec zemřel na rakovinu tlustého střeva, a tak mám trochu strach, že jsem tu nemoc po něm zdědil.

Lékař: Jsem rád, že jste mi to řekl. Pomůže mi to pochopit váš problém. Až si promluvíme o vašich bolestech, a možná i po několika testech, udělám vše, abych vaše obavy z rakoviny rozptýlil.

8. EMOCIONÁLNÍ REAKCE PACIENTŮ: "NORMÁLNÍ REAKCE"

Nemoc - až na několik málo výjimek - vytváří emocionální tíseň a působí stres. Zvláště chronické choroby vedou k široké škále negativních emocionálních reakcí. Pacienti s chronickou nemocí musí prodělat mnohé zátěže vyplývající z nemoci samé a ze zápasu ve snaze vyrovnat se s problémy adaptace, které tyto choroby před člověka kladou. Tato kapitola nabízí přehled těchto běžných zátěží a příbuzných adaptačních úkolů. Lékaři, kteří tyto zátěže a problémy chápou, budou lépe schopni pomáhat pacientům, aby se vyrovnali s emocemi, které se často dostavují.

8.1. BĚŽNÉ ZÁTĚŽE NEMOCI

8.1.1. Ohrožení efektivity

Nemocní pacienti se obvykle v životě stávají méně efektivními. Sebeúcta a pocit vlastní hodnoty jsou zčásti založeny na tom, co člověk dokáže udělat. Nemoc stojí v cestě této schopnosti efektivně fungovat v práci, doma a ve volném čase. Pokud pacienti pracovali, musí se často vyrovnat se ztrátou zaměstnání nebo s hrozbou, že o místo přijdou.

Nemoc může omezit různé činnosti domácích kutilů. Nemoc může znemožnit mnoho normálních činností v rodině a s dětmi. Některé ženy možná nebudou moci žít způsobem, který jim přináší radost a uznání jejich okolí.

8.1.2. Hrozba izolace

Nemoc, zvláště nelze-li vyloučit hospitalizaci, může vytvořit obavy z izolace od lidí, kteří jsou milováni a jejichž útěchu a podporu pacient potřebuje. Vynucená závislost na nemoci a nebo hospitalizaci může znovu probudit obavy z izolace, kterými trpěli v raném dětství.

8.1.3. Hrozba ztráty lásky

Mnozí pacienti se mohou obávat, že je nemoc učiní neatraktivními či nehodnými lásky lidí, mezi nimiž žijí. (např. popáleniny...)

8.1.4. Hrozba ztráty tělesných funkcí

Nemoc často vede k urinární či střevní inkontinenci. To je obvykle pro pacienty dosti zahanbující a někdy to vzbuzuje i hrůzu. Člověk si připadá "jako miminko", se všemi asociovanými a komplexními významy, které takováto role může pro různé jedince znamenat.

8.1.5. Hrozba ztráty částí těla

Někdy se pacienti obávají (často z dobrých důvodů), že by mohli přijít o důležitou část těla. (např. pac. s karcinomem prsu, ...)

8.1.6. Hrozba ztráty racionality

Nemoc často ohrožuje mentální a kognitivní funkce. Pacienti, kteří jsou nemocní nebo kteří berou léky, se mohou stát zapomětlivějšími, mohou mít potíže se soustředěním, nebo se může jejich dosavadní úroveň mentální kontroly obecně snížit. Strach z toho, že se člověk "zblázní", je děsivý pro mnohé pacienty, kteří si neuvědomují, že tato kognitivní ztráta je běžně spojována s mnoha fyzickými nemocemi a léčbami.

Lékaři mohou pacientům velmi pomoci prostým konstatováním. Například: Lékař: Mnozí pacienti mají pocit, že při některých nemocech "ztrácejí hlavu". Je to běžný problém. Můžeme očekávat, že mentální zmatení, které možná prožíváte, během pár dní pomine.

8.1.7. Hrozba bolesti

Pacienti se obecně dosti bojí bolesti a nechtějí trpět.

8.1.8. Strach ze smrti

8.2. ADAPTIVNÍ PROBLÉMY SPOJENÉ S NEMOCÍ

Popsané zátěže spojené s nemocí staví pacienta před množství problémů, jimž se musí přizpůsobit.

Typologie nemocných:

1. Pacienti s optimistickou adaptací na nemoc u nichž dochází ke snižování skutečného dosahu a závažnosti postižení.

2. Pacienti s pesimistickou adaptací na nemoc, u nichž se nadměrně zvyšují obavy z nebezpečí, očekávají se komplikace, vzniká depresivní ladění, rezignace, přílišné obírání se svou nemocí.
3. Pacienti s realistickou adaptací na nemoc, s důvěrou úspěšné provedení operace a se snahou o přizpůsobení se nemocničnímu prostředí a změnám v souvislosti s postižením.

Důsledky dobré či špatné adaptace mají významné důsledky pro kvalitu pacientova života a pro typ péče, který se lékař pokusí předepsat.

8.2.1. Udržování emocionální rovnováhy

Zátěže nemoci obvykle vedou u pacientů k různým emocionálním reakcím. Tyto reakce budou v dalším textu popsány podrobněji. Pacienti tyto emocionální dislokace prožívají a pokoušejí se přes ně "přenést" a žít dál. Není to snadné a často se může ukázat, že je to nemožné.

8.2.2. Zachování sociálních vztahů

Protože nemoc vytváří tolik komplikovaných obtíží v životě mnoha pacientů, normální sociální vztahy se často stávají napjatými. Schopnost udržovat vztahy i přes nemoc je hlavním problémem pacientů, zvláště těch, kteří trpí chronickou chorobou.

8.2.3. Zachování rodinných vztahů

Podobně jako u udržování sociálních vztahů obecně může být stejně, ba více obtížné a důležité udržovat rodinné vztahy. Nemoc často mění vztahy v rodině: místo muže se může stát živitelem žena, a práce v domácnosti mohou přejít ze ženy na muže. Modely intimního chování, rozdělení rolí, sexualita a rodičovská péče - to vše může být chronickou nemocí změněno. Příznivého výsledku obvykle dosahují pacienti, kteří jsou schopni si uchovat své hlavní vztahy i přes nutné změny ve fungování sociální role.

8.2.4. Vyrovnávání se s postižením

Nemoc je často spojena s fyzickou poruchou, z níž vyplývá určitý typ postižení. Tato postižení mohou sahát od ztížené pohyblivosti či tělesné bolesti k nespasnosti rukou, k obtížím se zrakem či sluchem, k nespasnosti či neschopnosti vykonávat každodenní činnosti až po

nemožnost řídit automobil atd. Pro pacienty je vyrovnávání se s fyzickou poruchou vedoucí k postižení stálým a někdy nezvládnutelným problémem.

8.2.5. Vyrovnávání se s neznámem

Mnohé choroby mívají nepředvídatelný průběh. Stav některých pacientů se může zlepšit, stav jiných zhoršit, a stav některých zůstává zhruba nezměněny. Pacienti se musí vyrovnat s touto enormní nejistotou předpovědi úrovně jejich fyzické poruchy v budoucnosti. Někteří pacienti neví, zda své současné nemoci nepodlehnu.

8.2.6. Vyrovnávání se s bolestí

Bolest je součástí mnoha chorob, a bohužel je běžná i krutá bolest. Někteří pacienti se musí naučit žít s touto bolestí způsobem, který jim umožní žít pokud možno produktivně.

8.2.7. Přizpůsobení se různým poskytovatelům zdravotní péče

Chronická nemoc vyžaduje, aby pacienti přicházeli do kontaktu se širokou škálou profesionálních pracovníků zdravotní péče. Pacienti musí jednat s mnoha různými lékaři, kteří představují různé odbornosti a mají různé temperamenty. Zdravotní sestry, sekretářky, dietologové, fyzioterapeuti atd. - ti všichni představují odbornosti a osobnosti, jimž se pacient musí snažit přizpůsobit. I tento úkol mohou někteří zvládnout, zatímco jiní na něj nestačí.

8.3. "NORMÁLNÍ" EMOCIONÁLNÍ REAKCE NA NEMOC

Jak již bylo uvedeno, většina pacientů prožívá různé emocionální reakce na nemoc. I když se tyto reakce liší u každého jedince a u každé choroby, existují jisté předvídatelné a běžné emocionální etapy, jimž by lékař měl rozumět a které by měl rozpoznat. Jestliže je pochopí, bude moci efektivněji reagovat a více prospěje pacientům.

8.3.1. Regrese

Pojem regrese vyjadřuje psychický návrat k dětským stádiím emocionality v reakci na nemoc. Tato univerzální reakce na nemoc vede ke zvýšené fyzické a emocionální závislosti v průběhu nemoci. Omezená regrese bývá

většinou natolik adaptivní, že umožní odpočinek a vyléčení buď z akutní nemoci či ze zhoršeného stavu chronické nemoci. Náš systém zdravotní péče si této závislosti do jisté míry cení, neboť být "dobrým" pacientem se často chápe jako poslechnutí lékařových pokynů bez odmlouvání.

Chronická nemoc však vyžaduje značná omezení této regrese a závislosti. Život tváří v tvář chronické nemoci si často vyžaduje značné úsilí lékaře i pacienta tak, aby byly překonány regresivní tendence nemoci. Pacienti na tuto závislost reagují různě: pro některé pacienty je obtížné se jí zříci, zatímco jiní považují jakoukoli závislost za krajně hroživou.

8.3.2. Popření, potlačení a represe

Jednou z počátečních emocionálních reakcí na zprávu o nemoci je ve skutečnosti absence jakékoliv pozorovatelné emoce. Důsledky a emocionální dopad nemoci mohou být tak veliké, že mnozí pacienti tuto zprávu nevezmou na vědomí.

Popření může nabýt mnoha forem. Když pacienti prostě vytlačí ponětí o nemoci z mysli a dokáží-li na ni nemyslet, může to ve skutečnosti přispět k jejich lepšímu fungování. Technicky se tomu říká "potlačení", které je považováno za relativně zdravý typ obranného mechanismu. Myšlenky na nemoc jsou stále na hranici vědomí, avšak pacient je na krátká časová období schopen odvrátit pozornost od problému.

Pojem "represe" technicky znamená neúmyslné přesunutí myšlenky z vědomí do podvědomí. To může být za jistých okolností adaptivní, avšak může vést k negativním důsledkům, jako je dodržení termínu, na který byl pacient objednán k lékaři, pacient zapomíná brát léky, atd.

Samotné "popření" je potenciálně nejškodlivější reakcí z této skupiny obranných mechanismů, neboť informace poskytnuté lékaři jsou ve skutečnosti popírány. Je-li pacientovi sděleno, že má rakovinu, pacient, který tuto informaci "popře", ve skutečnosti tvrdí, že se lékař mýlí. Typické problémy vztahující se k popření se vyskytují u pacientů s chorobou koronárních tepen, kteří trvají na tom, že jejich symptomy bolesti na prsou jsou "pálením žáhy" a nikoli srdeční chorobou, neboť se nedokáží vyrovnat s tím, co by mohl znamenat srdeční záchvat. Tento typ popření může bohužel ohrozit život, vede-li k odložení doby, kdy se pacientům dostane léčby.

8.3.3. Úzkost

Úzkost je bohužel dalším běžným a očekávaným faktorem téměř všech nemocí. Prožívá ji v jisté míře téměř každý nemocný pacient. V tomto textu nerozlišujeme mezi úzkostí a strachem. Termín úzkost vyjadřuje subjektivní zkušenost strachu, hrůzy a předtuch. Úzkost může nabýt mnoha forem a její intenzita se v průběhu každé nemoci může měnit. Ke všem uvedeným zátěžím a hrozbám se obvykle druží určité úzkostné reakce pacienta.

Úzkost mohou pacienti prožívat jako vnitřní stav strachu, může však mít i somatické projevy a ovlivnit průběh samé primární fyzické nemoci. Například může úzkost vést k aktivizaci autonomního nervového systému, například k palpitaci, gastrointestinální hypermotilitě, pocení, nespavosti, atd. Přetrvávají-li úzkostné stavy, mohou mít negativní vliv na vývoj choroby. Občas je úzkost tak intenzivní a pronikavá, že se z ní stane nezávislý psychiatrický stav.

8.3.4. Hněv

Chronické nemoci často doprovází i hněv. Pacienti si říkají: "Proč se to stalo zrovna mně?" Často se při svých pokusech o pochopení významu své nemoci hněvají na svého Boha nebo pociťují duchovní nejistotu. To běžně vede k úzkostem i k hněvu.

Mnozí pacienti pociťují obecný hněv, který nelze zaměřit na žádnou konkrétní myšlenku či osobu. Když se to stane, nečekaně a zdánlivě bezdůvodně zaútočí na všechny osoby v jejich blízkosti nebo jen na jednu z nich. Typickými terči jejich hněvu jsou lékaři a další zdravotní pracovníci. Jinými terči mohou být blízcí přátelé a rodinní příslušníci.

To je samozřejmě velmi nešťastné, neboť někteří rozhněvaní pacienti si mohou odcizit právě ty, jejichž podporu při fyzických a emocionálních krizích nejvíce potřebují. Jestliže si však zdravotnický personál a rodina možnost takových reakcí uvědomí, dokáží se s nimi často lépe vyrovnat a tak omezit důsledky pacientova nepřizpůsobení.

8.3.5. Sklíčenost

Běžnou reakcí na každou nemoc je konečně sklíčenost. Chronická nemoc obvykle vede k mnoha ztrátám - pracovní funkce, potěšení z volného času, fyzické slasti, vztahů ke druhým lidem, atd. Sklíčenost je nejběžnější a neočekávanější emocionální reakcí na ztrátu, i když jiné reakce jako hněv a úzkost mohou při ztrátě rovněž hrát určitou roli.

Sklíčenost se však liší od klinicky významné hluboké deprese. Tento rozdíl bude zdůrazněn a rozveden v následující kapitole. Stručně řečeno, normální sklíčená reakce na nemoc nezabarví všechny aspekty vztahů pacienta k lidem kolem něho. "Normální" sklíčenost stále pacientovi umožňuje, aby časem očekával příjemné činnosti a aby je prožíval, i kdyby byly krajně omezené ve srovnání s aktivitami předchozími. Na druhé straně klinická deprese prostupuje všemi aspekty života do takové míry, že pacient již nemůže zakusit žádný zájem o život či radost z něj.

9. EMOCIONÁLNÍ REAKCE PACIENTŮ: „NEPŘIZPŮSOBIVÉ REAKCE“

Různé emocionální reakce na nemoc, o nichž jsme diskutovali v minulé kapitole, by mohly být považovány za "normální" v tom smyslu, že jsou do jisté míry zakoušeny většinou jedinců, kteří se vyrovnávají s chronickou či závažnou nemocí. Dokonce ještě důležitější než statistická normalnost však je, že takové emocionální reakce lze také považovat za normální, jestliže samy nenarušují pacientovu celkovou kvalitu života. Na druhé straně existují mnozí pacienti, jejichž život tyto emocionální reakce začínají narušovat. V takových případech lze tyto reakce právem považovat za "nepřizpůsobivé".

Obecně platí, že koncepce nepřizpůsobivých reakcí na nemoc je pro pacienty a lékaře užitečnější než koncepce "abnormality". Představa abnormální emocionální reakce zní tak hanlivě, že lékaři a pacienti nechtějí takovýto název přijmout. Proto tento text dává při označování emocionálních reakcí na nemoc přednost užívání funkčních termínů jako "přizpůsobivý" a "nepřizpůsobivý".

Emoce lze považovat za nepřizpůsobivé v případě, že narušují pacientovu kvalitu života nebo jeho celkové fungování. Mohou existovat mnohé typy nepřizpůsobivých emocionálních reakcí, které někdy nabývají podoby smíšených emocionálních reakcí. Tato kapitola se zaměřuje na tři základní typy souborů reakcí, které se mohou vyvinout v poměrně neměnné modely nepřizpůsobivého chování: na hněv, na depresi a na úzkost.

9.1. ÚPORNÝ HNĚV

Již v předcházející kapitole jsme diskutovali o tom, že většina pacientů s chronickou nemocí v jistém okamžiku či okamžicích procesu vyrovnávání se s ní propadá hněvu. Pacienti se často s hořkostí ptají: "Proč zrovna já? Čím jsem si tuto nemoc zasloužil?" Hněv může nabýt formu útoků na rodinné příslušníky, na kohokoli, kdo je náhodou nablízku, na lékaře atd. Lékaři by neměli zapomínat, že tento nevhodný hněv, který je občas zaměřen proti nim, může být náhražkou hněvu, který pacient cítí vůči samé nemoci.

Hněv může mít závažné nepřizpůsobivé účinky, jestliže je tak úporný a urážlivý, že si odcizí lidi, jejichž fyzickou a emocionální podporu pacient nejvíce potřebuje. Pacient se může chovat tak nepřijemně, že se jej

zdravotní sestry a lékaři začnou stranit. To může vést k ještě hněvivějšímu požadování pozornosti a k další izolaci. Tak může vést hněvivá reakce k bludnému kruhu hněvivých požadavků a stahování se zdravotnického personálu, což pacienta dále poškozuje. Navíc může hněv ve skutečnosti zakrývat strach. Pacient možná potřebuje ujištění a emocionální podporu, avšak jeho hněv může vést k tomu, že mu personál odepře podporu ve chvíli, kdy je jí nejvíce zapotřebí.

Podobně si může hněvivý pacient odcizit přátele a rodinu. Například při návštěvě blízkých lidí na ně může hněvivý pacient naléhat, aby mu řekli, proč vůbec přišli, a podezírat je z nízkých motivů, místo aby vlídně přijal jejich projevy účasti a zájmu. Takovéto postoje mohou vést k ještě větší izolaci a osamělosti, než by mohla působit pouhá fyzická nemoc. Navíc projevené sociální odmítání může dále snížit nedostatečnou pacientovu sebeúctu.

9.2. PORUCHA PŘIZPŮSOBENÍ PROVÁZENÁ DEPRESIVNÍ NÁLADOU A HLUBOKÉ DEPRESE

Většina závažných či chronických nemocí vede ke sklíčenosti. To je zajisté očekávanou reakcí. U některých pacientů však mohou vzniknout úporné pocity skleslosti, které ohrožují jejich schopnost pracovat, hrát sociální role a mít vztahy s lidmi, kteří jsou v jejich životě důležití. Jsou-li pacienti postiženi takto závažnou sklíčeností, současné psychiatrické názvosloví by o takovýchto pacientech konstatovalo, že splňují diagnostická kritéria buď pro poruchu přizpůsobení provázenou depresivní náladou nebo pro hlubokou depresi.

Porucha přizpůsobení provázená depresivní náladou je definována jako emocionální reakce (tj. sklíčená reakce) na stresující životní událost, která je silnější a úpornější než reakce, kterou bychom očekávali u většiny jedinců. Na druhé straně hluboká deprese popisuje příznakový soubor znaků a symptomů, k níž patří minimálně dvoutýdenní období úporného pocitu neštěstí čili anhedonie (ztráta zájmu či schopnosti mít radost). Syndrom hluboké deprese je vytvářen charakteristickým souborem fyzických znaků (nespavost, ztráta chuti k jídlu, únavnost a psychomotorická vzrušivost či retardace) a psychologických symptomů (nesoustředěnost, nedostatečná sebeúcta, pocit viny a beznaděje). Obecně platí, že hlubokou depresi můžeme pojmově uchopit jako psychobiologickou nemoc. Vyskytuje se spíše u geneticky disponovaných

jedinců a může se vyvíjet v závislosti na významných stresových faktorech života. V závislosti na jedinci a na biologickém substrátu tyto faktory mohou být mimořádně působivé, anebo v některých případech dosti nevýznamné. Při dostatečné biologické zátěži se může hluboká deprese projevit v nepřítomnosti jakéhokoli rozpoznatelného stresového faktoru.

U některých lékařů a pacientů se projevuje tendence odbýt hlubokou depresi slovy jako: "Každý v tomto stavu by trpěl depresí." I když by tato věta mohla platit ve smyslu, že každý v tomto stavu by byl sklíčený, není pravda, že se u každého člověka trpícího vážnou chorobou projeví hluboká deprese. Například studie o pacientech v konečném stádiu rakoviny i studie o pacientech trpících jinými závažnými chorobami ukazují, že méně než polovina takových pacientů vskutku projevuje znaky a symptomy hluboké deprese.

U pacientů, u nichž se vyvine hluboká deprese v kontextu významné a chronické fyzické nemoci, vznikají takové úrovně funkčního narušení, které daleko přesahují poruchu, již bychom očekávali pouze v důsledku fyzické nemoci. Dochází k narušení vztahů, je narušena schopnost běžně žít a snižuje se celková kvalita života. Hluboká deprese, k níž dojde v kontextu fyzické nemoci, by měla být vždy považována za komplikaci nemoci, která si vyžaduje okamžitou a energickou léčbu, a nikoli za očekávanou reakci, kterou nelze léčit.

9.3. PORUCHA PŘIZPŮSOBENÍ DOPROVÁZENÁ ÚZKOSTNOU NÁLADOU ÚZKOSTNÉ PORUCHY

Třetím obecným typem nepřizpůsobivé reakce na nemoc je obava. Pacienti mohou pociťovat a také obvykle pociťují obavy a úzkosti z toho, co nemoc bude znamenat pro jejich život a jak průběh nemoci ovlivní jejich život. Úzkost je tedy běžná a očekávaná.

Úporná úzkost však sama zneschopňuje a brání procesu vyrovnávání se s nemocí i fyzickému uzdravování. Pacienti trpící úpornou úzkostí se nedokáží od svých obav oddělit. Stále se obracejí na lékaře, přátele a rodinu s požadavky a otázkami, na něž často nelze odpovědět. Mohou trpět aktivací autonomního systému spojenou s tachykardií, pocením, průjmy, křečemi, popadáním dechu, hyperventilací a nespavostí.

Trpí-li pacienti v souvislosti s chronickou nemocí úpornou úzkostí, je důležité, aby lékaři tento stav rozpoznali a aby jej správně léčili. Úporná úzkost může splňovat kritéria pro poruchu přizpůsobení spojenou s úzkostnou náladou, panickou poruchou či obecnou úzkostnou poruchou. Porucha přizpůsobení spojená s úzkostnou náladou se nosologicky podobá poruše přizpůsobení doprovázené depresivní náladou. Tento stav je emocionální reakcí jedince na stresový faktor, jejíž intenzita je větší, než bychom u většiny jedinců očekávali. V tomto případě se reakce spíše než depresí vyznačuje napětím, strachem a nervozitou. Na druhé straně panická porucha je těžkým psychiatrickým stavem, který se vyznačuje nepředvídatelnými záchvaty náhlé paniky, které jsou často charakterizovány pocitem přicházejícího zmaru, hyperventilací, bolestmi na prsou, pocením atd. Záchvaty paniky se často spojují s agorafobií (strachem z vycházení ven). Na druhé straně termín obecná úzkostná porucha znamená velmi těžkou úzkostnou poruchu vyznačující se šestiměsíčním trváním symptomů, včetně vegetivní hyperaktivity (hyperventilace, palpitace, atd.) a bojácného chování (ostrážitost, neustálé rozhlížení se).

9.4 STRATEGIE KOMUNIKACÍ S PACIENTY TRPÍCÍMI NEPŘIZPŮSOBIVÝMI EMOCIONÁLNÍMI REAKCEMI

Komunikace s pacienty, u nichž se projevují nepřizpůsobivé emocionální reakce, obecně vyžadují náročnější dovednosti než komunikace, které zde byly dosud popsány. I přes tuto potřebu náročnějších dovedností mohou být zásahy užitečné pro pacienty, kteří jsou hněviví či podléhají depresím a úzkostem. Jestliže se však tyto emocionální stavy upevní a vzniknou-li trvalé modely jednání, mohou základní dovednosti sloužit pouze jako užitečné východisko interakce a bude obvykle nutné dalšího úsilí a dalších dovedností. V následujícím textu bude uvedeno několik obecných zásad.

9.4.1. Úporně hněvivý pacient

Někteří hněviví pacienti mohou reagovat na reflexi a legitimizaci, jak o tom bylo diskutováno v 6. kapitole. Uvažujme o následujícím případě:

Pan Čáp je šestapadesátiletý stavební dělník, který byl po akutním infarktu myokardu umístěn na jednotce intenzivní péče. Trpí arytmií. Je rozhořčen, neboť mu zdravotní sestry nechtějí dovolit, aby vstal z postele a použil nočníkové stolice. Jeho hněv zřejmě vede k rozrušení, které může zhoršit pacientovy arytmie.

Lékař by mohl říci zhruba toto:

Lékař: Pane Čápe, vidím, že jste velmi nespokojený. (reflektování)

Pacient: To teda jsem. To by se vám líbilo, kdyby vás nechtěli pustit z postele, abyste se mohl jít vysrat? Nevadí mi, když musím čůrat do mísy, ale srát do mísy to prostě nejde. Metr a půl vod mý postele je sedací záchod, a sestry mě na něj nechtějí pustit.

Lékař: Nevím přesně, jak bych se cítil já, ale chápu, že vás to velmi trápí. (legitimizace)

Reflexi o pacientových pocitech a jejich legitimizaci může lékař vytvořit terapeutické spojení a umožnit pacientovi, aby ventiloval svoji frustraci. Poté lze hněvivému pacientovi nabídnout kompromisy a jednat s ním, aby mohl lépe spolupracovat s plánem léčby. Často takový kompromis znamená, že zdravotnický tým musí učinit ústupky, aby vůbec dosáhl určité spolupráce pacienta. Pacient na jednotce intenzivní péče, jehož případ jsme uvedli, se cítil tak ponížěn vnucenou závislostí na míse, že se zdravotnický tým rozhodl mu dovolit užívání sedacího záchoda u postele, i když z úzce biologického hlediska to nebylo nejvíce žádoucí řešení.

Někteří pacienti zůstanou rozhořčeni i poté, co se lékař pokusí si je vyslechnout a umožnit mu ventilovat své pocity za pomoci dovedností jako reflexe, legitimizace nebo jiných prostředků, které má lékař k dispozici. Užití dovedností vyššího řádu, na př. konzultace s nadřízenými či kolegy anebo psychiatrická konzultace, by v takovém případě mělo být uváženo.

Sklíčeného či depresivního pacienta může lékař oslovit i tak, že použije techniky reflexe a legitimizace hned zpočátku.

Pan Brož je dvašedesátiletý obchodník trpící chronickou plicní chorobou. Je sklíčený z toho, že se nemůže vrátit do práce. Na otázku o dopadu nemoci na jeho život se rozplakal.

Lékař může říci:

Lékař: Vidím, že vás to drtí. (reflexe)

Pacient: Jsem z toho tak smutný, že nevím, co si mám počnout. Nemůžu usnout a nemám chuť k jídlu. Všechno pro mně ztratilo význam. Bojím se, že budu muset prodat firmu. (pláče)

Lékař: Chápu, proč vás to tak trápí. Uděláme vše, aby se váš stav zlepšil a pomůžeme vám, abyste se s vaším trápením mohl vyrovnat. (legitimizace a podpora)

Zatímco lékařova empatie takovému pacientovi často na chvíli pomůže, deprese může být tak hluboká, že bude nutné nasadit psychoterapii, léky proti depresi či psychiatrické konzultace.

Pacient s poruchou přizpůsobení doprovázenou úzkostnou náladou či úzkostnou poruchou

U následujícího pacienta se projevuje nepřizpůsobivá emocionální reakce v podobě úzkosti:

Paní Davidová je jednadvacetiletá vdaná žena s vrozenou jaterní chorobou. Potřebuje transplantaci. Vždy trpěla úzkostí, avšak nyní ji úzkost paralyzuje. Operace se tak obává, že ji možná nebude schopna podstoupit.

Lékař může při komunikaci postupovat následujícím způsobem:

Lékař: Povězte mi ještě něco o tom, jak se v poslední době cítíte.

Pacientka: Pane doktore, já se té operace bojím. Pořád se mi potí ruce, nemůžu spát a svírá mně žaludek.

Lékař: Vím, že je vám úzko. (reflexe) Možná byste mi mohla ještě něco říci o vašich konkrétních obavách.

Pacientka: Mám strach, jak ta operace dopadne. Nevím, kdo se postará o mé děti. Bojím se, že se z operace nezotavím.

Lékař: Máte k úzkosti mnoho důvodů. (legitimizace) Udělám, co budu moci, abych vám umožnil pochopit, co od operace můžete očekávat, a také vám chci pomoci, abyste se mohla s úzkostnými stavy vyrovnat. (podpora)

Vhodné využití reflexe, legitimizace, podpory a dalších postupů - to vše může úzkostnému pacientovi pomoci. Někteří pacienti však budou potřebovat rozsáhlejší intervence. Pacienti trpící významnými úzkostnými symptomy či úzkostnou poruchou obecně potřebují lékaře s dovednostmi na vyšší úrovni, potřebnými k přesné diagnóze problémů a k poskytnutí vhodné terapeutické podpory či vhodných léků proti úzkostem. Pacienta lze také svěřit do psychiatrické péče.

10. OBTÍŽNÉ KOMUNIKACE : PORUCHY OSOBNOSTI, PSYCHÓZA, DELIRIUM A DEMENCE

Vzhledem ke své osobnosti či mezilidskému chování mohou být někteří pacienti pro lékaře zvláště nesnadní a nezvládnutelní. Mezi lékaři však existují značné rozdíly. Některé situace při péči o pacienta jsou velmi obtížné pro některé lékaře, zatímco jiní lékaři je zvládají relativně snadno. Existuje několik charakteristicky obtížných patientských "typů", které připadají většině lékařů obtížné. Jsou to nejčastěji pacienti s poruchami osobnosti či význačné rysy osobnosti, které ukazují na poruchy osobnosti.

Takoví pacienti jsou označováni za "odporné", protože v jejich lékařích (zdr.personálu) mohou vzbuzovat intenzívně negativní pocity. Ve skutečné praxi bývají tito pacienti označováni pejorativními nálepkami jako "troska, skřet, bačkora, baba, špindíra, atd." Tyto nálepky mohou být chytře vymyšlené (například "RYZ", zkratkové slovo složené z prvních písmen rychle zabít, RYV, rychle vyhodit) a mohou humorně uvolnit lékařův, zdravotníkův stres. Za takovýto humor je třeba zaplatit cenu: toto nálepkování dehumanizuje a často vede k nedostatečné péči.

Důvody, proč takoví pacienti vyvolávají u zdr.personálu tak silné pocity, jsou komplexní. Obecně lékaři dávají takovou nálepkou pacientovi, jestliže jeho chování (např. požadavky, ponižování, hněv, lepení se na lékaře, závislost, sarkastické a urážlivé poznámky, podezřívavost) vyvolává v lékaři pocity úzkosti či hněvu. Často dostávají pacienti nálepkou tehdy, neví-li lékaři, jak by jim mohli pomoci.

V této kapitole bude uvedeno několik běžnějších typů osobnosti, které mohou lékařům působit problémy, a bude v ní diskutováno o několika strategiích pro komunikace, které mohou lékařům pomoci, aby takové pacienty úspěšněji zvládli. Diskuse o každém typu osobnosti bude postavena na čtyřech kategoriích:

- (1) obecná charakteristika,
- (2) vnitřní konflikty a potřeby,
- (3) stres spojený s nemocí a s chováním nemocného
- (4) strategie pro komunikace.

Pochopení obecné charakteristiky typů osobnosti pomůže lékařům rozpoznat tyto problémy. Rozpoznáním problémů osobnosti v ranném stádiu vztahu se lékaři mohou vyvarovat negativních nálepek a mohou

vytvořit vhodné intervenční strategie, které usnadní poskytování lepší zdravotní péče. Budou-li si pacienti uvědomovat vnitřní potřeby a konflikty těchto pacientů, budou se moci snadněji vcítit do pacientovy situace a mít více soucitu s jejich tíživou situací. A konečně konkrétní podněty pro konzultační strategie mohou lékařům pomoci takovéto pacienty úspěšněji zvládat, usnadnit lepší shodu mezi lékařem a pacientem a vést k lepšímu vyrovnávání se s pacientem.

Je důležité, abychom rozlišovali mezi osobnostními rysy a poruchami osobnosti. Mnozí lidé mají určité aspekty poruch osobnosti, které zde budou popsány. V psychiatrickém názvosloví se soubory osobnostních rysů stávají formálními "poruchami", jestliže tyto rysy vedou k úporně nepřizpůsobivému chování, které ohrožuje běžné fungování. Zátěže nemoci obtížné rysy osobnosti a poruchy osobnosti často dále zhoršují.

10.1. NUTKAVÍ PACIENTI

10.1.1. Obecná charakteristika

Nutkavým jedincům může velmi silně záležet na maličkostech a často žijí rigidním, vysoce strukturovaným a předvídatelným způsobem života. Takoví lidé zdůrazňují racionální procesy a opovrhují emocionalitou. Nutkaví jedinci se často pyšní svojí schopností řešit problémy. Rádi dělí problémy na zvládnutelné segmenty a jeden po druhém je metodicky řeší. Nutkaví jedinci mohou požadovat "fakta a nic než fakta".

Nutkaví jedinci nejlépe fungují tehdy, mohou-li ovládat okolnosti a lidi kolem nich. Místo kontroly usilují nutkaví jedinci o jistotu a za každou cenu se snaží vyvarovat nejasnosti.

10.1.2. Vnitřní konflikty a potřeby

Potřeby nutkavých jedinců jsou dosti prosté: předvídatelnost a kontrola. Nejasnost, nejistota a emocionalita - to vše působí hrozivě a vyvolává úzkost. Nutkaví jedinci často prožívají vnitřní konflikt při uznávání a vyjadřování svého vlastního emocionálního života. Pocity hněvu, úzkosti či sklíčenosti často popírají, zatlačují nebo projektují do jiných lidí. Občas nutkavá osoba může zcela upřímně tvrdit, že žádný hněv nepocituje, i když je ostatním zjevné, že se o hněv jedná.

Pravděpodobně tento strach z vlastního vnitřního emocionálního života vede nutkavé jedince k tomu, že dávají přednost racionalitě a kontrole. Nutkavý jedinec touží po kontrole sebe, jiných a událostí. Jsou-li zajištěny přiměřené úrovně kontroly, nutkavý jedinec se cítí bezpečněji a má zvýšený pocit pohody.

10.1.3. Zátěže nemoci a chování nemocného

V nutkavém jedinci vytváří nemoc zvláštní úzkost. Nejistota nemoci zasahuje jádro strategie životního přizpůsobení takového jedince. Nelze již spoléhat na racionalitu, že vyřeší životní problémy, nutkavý jedinec již nemůže předvídat, co se v příštích dnech stane. Navíc emoce spojené s nemocí - úzkost, sklíčenost a hněv - jsou všechny něčím, co nutkavý pacient považuje za postrach. To vyvolává jakési dvojí emocionální ohrožení: nemoc sama vyvolává strach v důsledku nejistot, s nimiž je spojena, avšak nutkavý pacient je nezávisle na tom vystrašen i vznikem zneklidňujících emocí.

Pod tlakem nemoci si nutkavý jedinec vytváří bojovný postoj, který mu má umožnit, aby získal, či spíše znovu získal kontrolu. V zápase o kontrolu se jeho potenciálními nepřáteli stává jeho okolí - choroba, lékař, zdravotní sestry, rodina atd.

Nutkavý pacient potřebuje informace, touží po nich. Nevyřeší-li poskytnuté informace v dostatečné míře jeho nejistotu, požadavky po dalších informacích se mohou stát nenasytné. V zoufalé snaze o získání kontroly může pacient klást stále stejné otázky, může se dostat do bludného kruhu. Pro nutkavé pacienty může být ponižující, mají-li se podrobit nemocniční rutině. Často bojují za nevýznamné, ba zdánlivě irelevantní podrobnosti, jako když trvají na tom, aby dostali prášek na spaní v půl desáté večer a ne až v deset.

10.1.4. Komunikační strategie

S nutkavými pacienty, dokonce v ještě větší míře než s ostatními, musí být zacházeno jako s rovnými partnery, musí s nimi být uzavřeno spojení proti nemoci. K dobré práci s nutkavými jedinci jsou nezbytně nutné podrobné, přesné a konkrétní informace. Tyto informace by měly být poskytovány co nejotevřeněji. Lékař musí být úzkostlivě upřímný, avšak měl by dbát na to, aby příliš nezdůrazňoval nejisté faktory léčby či reakcí.

Lékař by měl pacientovi umožnit co nejvíce kontroly při plánování každé etapy léčby. Měl by jej seznámit s alternativami a s tím, co doporučuje, a pacient by měl dostat co nejvíce možností. Podobně platí, že jsou-li nutkaví pacienti hospitalizováni, mělo by být podniknuto veškeré rozumné úsilí, aby byla minimalizována vnucená závislost pacientova postavení.

Nutkavé pacienty nesmíme předčasně ujišťovat. Nerealistické ujišťování, které není založeno na přesném faktickém zkoumání, zvýší obavy a nedůvěru. Takoví pacienti obecně nebudou reagovat kladně na "otcovské" položení ruky kolem ramen, na "poklepání na hlavu" nebo na příliš obecné "nebojte se, všechno dopadne dobře."

Nutkavé rysy osobnosti mohou bránit práci s pacientem, budou-li mít pacienti takovou úzkost z nejistoty, že budou dále klást opakující se otázky, že zjevně nebudou věnovat pozornost odpovědím a že se rozčílí, jestliže otrávení zdravotníci začnou odpovídat jen úsečně. Nutkaví pacienti mohou lékaře obvinít z toho, že "neposlouchají, že o pacienta nemají zájem, že nejsou ochotni vysvětlit nemoc a léčbu," atd.

Lékař možná ve skutečnosti věnoval dost času a úsilí ve snaze diskutovat s nutkavým pacientem o nemoci, avšak jestliže jejich odpovědi pacient nikdy nepovažuje za dostačující, lékaře to může podráždit a vést k takovým větám jako: "Právě jsem vám na tuhle otázku odpověděl. Ale vy jste neposlouchal."

Takto reagující lékař bohužel obvykle zvyšuje pacientovu úzkost a vytváří ve vztahu k pacientovi nesoulad. Bude daleko vhodnější, zaměří-li se lékař na pacientovu hlubokou obavu z nejistoty, kterou situace nemocnému přináší. Například lékař, kterému pacient klade nekonečné otázky, by mohl říci:

Lékař: Bez ohledu na to, kolik vám poskytnu informací, se mi zřejmě nedaří vám říci to, co opravdu hledáte. Chtěl byste se ještě na něco zeptat? Položit mi nějakou další otázku?

Nebo by mohl lékař říci:

Lékař: Zřejmě vám nedávám tolik informací, kolik byste potřeboval. Mám pocit, že vás tato situace velmi trápí, zvláště ta nejistota. Vy jste zřejmě typ člověka, který rád chápe, co se děje, a ví, kam situace spěje. Pro

nemocného člověka je velmi těžké snášet nemoc, která přináší mnoho nejistot.

Obrátí-li lékař takto pozornost k pacientově úzkosti, může pacient začít hovořit o svých skrytých obavách a rozpoznat, že nejistota a nemožnost kontrolovat mohou být zvláště tíživé. Prosté rozpoznání zdroje této útrapy může v mnoha případech pacientovi ulevit a může mu skutečně pomoci, aby se se svojí situací vyrovnal.

10.2. ZÁVISLÍ PACIENTI

10.2.1. Obecná charakteristika

Pro závislou osobu, jak vyplývá již z jejího označení, je zvládání života bez vnější pomoci obtížné. Takový člověk si najde jiné osoby, obvykle jednoho či dva "zvláštní" lidi, kteří se pro něj stávají stálým zdrojem emocionální podpory a pomáhají mu zvládat každodenní problémy i důležitá rozhodnutí. Není-li taková pomoc a podpora poskytnuta, závislá osoba se může cítit opuštěně, zraněně, pociťuje hněv a požaduje více pomoci.

10.2.2. Vnitřní konflikty a potřeby

Závislá osoba má silnou potřebu být hýčkána a chráněna, neboť v sobě skrývá strach, že bude odmítnuta a že se ocitne sama. Aktivní péče a pomoc jiných lidí jí sice poskytne útěchu a uleví jejímu pocitu nejistoty, avšak to je pouze dočasné. Závislý pacient tak může neustále hledat podporu. Jak se tyto požadavky o získání podpory stupňují, závislá osoba může uškodit sama sobě a vyvolat právě to odmítnutí, kterého se bála.

10.2.3. Zátěže nemoci a chování nemocného

Nemoc vyvolává v závislé osobě strach, protože si představuje, že choroba povede ke ztrátě lásky. Tato další úzkost může vést ke zvýšené a přehnané závislosti na obvyklých pečovateli.

Závislí jedinci se často obracejí na své lékaře a na další zdravotnický personál, aby splnili jejich potřebu závislosti nebo aby oslabili nové úzkosti vyvolané nemocí. Zpočátku je tato závislost zdravotnickým personálem často přijímána a vítána, zvláště je-li pacient velmi vděčný, jak tomu často

bývá. Závislí pacienti často přehnaně děkují svým lékařům a vyjadřují se třeba takto:

Pacient: Mockrát vám děkuji, že jste si mne vyslechl. Jste jediný lékař, jakého jsem kdy potkal, který mi opravdu rozumí.

Někteří lékaři jsou pyšní, že ve svých pacientech inspirují takovou chválu, avšak zkušení praktikové vědí, že takové chvalozpěvy často vedou k pozdějším zklamáním. Krátké líbánky mezi spokojeným pacientem a lékařem mohou rychle skončit, jestliže se pacient stává stále závislejší a jestliže lékaře omrzí poskytovat mu stále více času a emocionální podpory. Pacient se nemůže od lékaře odtrhnout a stále přichází s novými požadavky, což může situaci jedinečně zhoršit. Takový pacient se může změnit z lékařova snu v lékařův postrach.

10.2.4. Komunikační strategie

Závislý pacient zajisté potřebuje, aby byl hýčkán. Jakýkoli pokus o zacházení se závislým pacientem jako se samostatným partnerem ve vztahu lékař-pacient obvykle neuspěje a povede k tomu, že se pacient bude cítit odmítnutý a že se bude snažit najít jiného lékaře, který o něj bude opravdu "pečovat". Proto může být v případě závislých pacientů často úspěšný "rodičovský" postoj.

Začnou-li závislí pacienti příliš vyžadovat lékařovu pozornost nebo nedokáží-li se od něj odtrhnout, musí lékař vyvinout zvláštní úsilí, aby tyto požadavky jemným způsobem omezil, aby mu poskytl podporu, která bude minimalizovat nebezpečí, že si pacient lékařovo chování vyloží jako odmítnutí. Lékař by měl svůj zájem o pacienta velmi explicitně formulovat a zároveň jasně stanovit meze. Například:

Lékař: Rád bych, abyste věděl, že mi na vašem zdraví záleží. Chci udělat vše, co je v mých silách, aby se váš stav zlepšil a abych vám v tomto nesnadném období poskytl podporu. Ale měl byste také vědět, že s vámi nebudu moci pokaždé strávit tři čtvrtě hodiny. Uvědomuji si, že vám to pomohlo, ale nemohu s vámi trávit tolik času a zároveň stačit všechno ostatní, co potřebuji udělat. Při dalších kontrolách bych s vámi rád strávil pokaždé patnáct minut. Co tomu říkáte?

Protože závislí pacienti téměř vždy považují jakékoli pevné meze za odmítnutí, může být užitečné, když lékař bude pacienta ještě před vznikem tohoto pocitu varovat. Lékař může například říci:

Lékař: Připadá mi, že vám omezení na patnáct minut může připadat kruté, že si připadáte trochu odstrčený. Mrzí mne, pokud to takto cítíte, protože já vás neodmítám. Jen vám chci vysvětlit časový rámeček, v němž vám budu moci nejlépe pomoci.

I přes tento typ dialogu budou krajně závislí pacienti dále zkoušet meze lékařovy podpory. I když se může zpočátku zdát, že výše popsaná intervence pomohla, někteří závislí pacienti jsou neuspokojitelní a budou dále požadovat více času a pozornosti, než jim lékař může poskytnout. Lékař pečující o takové pacienty stojí před problémem, jak by mohl takovým pacientům stanovit přiměřené meze, aniž by vystrašil nebo odehnal takto rozhněvaného pacienta trpícího pocitem odmítnutosti.

10.3. TEATRÁLNÍ PACIENTI

10.3.1. Obecná charakteristika

Teatrální pacienti, kterým se rovněž říká "hysteričtí" pacienti, žijí s velkou emocionální intenzitou. Většinu interakcí vášnivě prožívají a dokáží se sebevražednou rychlostí oscilovat mezi emocionálními a závratnými "rauši" a velmi depresivními stavy. Jsou to v emocionálním, mezilidském a sexuálním smyslu často velmi atraktivní a svůdní jedinci. Jejich chování může být oslnující, stejně jako způsob, jakým se oblékají, chodí a mluví. Jejich emocionalita je obvykle labilní a jiní ji často vnímají jako povrchní.

10.3.2. Vnitřní konflikty a potřeby

Obecně platí, že teatrální jedinci mají potřebu být obdivováni. Mají sklon k zaměňování obdivu s láskou, kterou nemusí být schopni rozpoznat v žádné jiné formě. Protože často pociťují nedostatek lásky, mohou zvyšovat emocionální intenzitu tak, aby dosáhli obdivu, který nahrazuje lásku, po níž touží. Teatrální ženy okázale předvádějí svoji sexualitu ve snaze upoutat pozornost mužů. Po této pozornosti mohou toužit jako po náhražce smysluplnější intimity. Takovéto teatrální ženy možná z této pozornosti nemají žádný skutečný sexuální požitek (ve skutečnosti mohou být

neschopny orgasmu), avšak ve snaze upoutat pozornost mužů přesto pokračují se svým sexualizovaným předváděním.

10.3.3. Zátěže nemoci a chování nemocných

Nemoc je pro teatrální pacienty nebezpečná, protože ohrožuje fyzickou atraktivitu, na níž závisí pozornost, jež je teatrálním pacientům věnována. Když teatrální pacienti onemocní, vyvíjejí zvláštní úsilí získat pozornost, péči a náklonnost zdravotnického personálu. Mohou se svůdně oblékat, mohou lékaři skládat obrovské a nepřiměřené komplimenty, pokoušejí se ukazovat pouze v nejlepším světle, atd. Protože fyzické nemoci rovněž získávají pozornost zdravotnického personálu, teatrální pacienti mohou své fyzické strádání přehánět jen proto, aby získali soucit zdravotníků.

10.3.4. Komunikační strategie

Lékař může teatrálním pacientům pomoci tím, že jim projeví přiměřený obdiv poté, co tuto potřebu dají najevo. Je však třeba se vyvarovat jakéhokoli chování, které by pacienti mohli interpretovat jako svůdné. Činí-li pacienti sexuální náznaky, je nutno je zdvořile odmítnout. Například:

Lékař: Děkuji vám za zájem o moji osobu. Jsem polichocen, ale náš vztah chci udržovat na profesionální úrovni. Myslím, že vám tak nejvíce pomohu. Nevadí vám to?

Přehnané somatické stížnosti teatrálních pacientů lze zredukovat, projeví-li lékař konkrétní respekt ke způsobům, jakými se pacienti vyrovnávají s útrapami, které zakoušejí, a projeví-li o ně zájem:

Lékař: Rád bych vám řekl, že se úspěšně vyrovnáváte se svojí situací, a to přes bolesti, jaké zakoušíte. (respekt) Uděláme, co je v našich silách, aby se váš stav co nejdříve zlepšil. (podpora) Povězte mi ještě o tom, jak se vám podařilo se takhle držet i přes všechny vaše obtíže.

10.4. MASOCHISTIČTÍ PACIENTI

10.4.1. Obecná charakteristika

Masochističtí pacienti v životě trpí a mají potřebu stále toto utrpení prožívat. Považují se za lidi, kteří vždy jiným dávají a kteří vždy trpí. Tato potřeba

trpět však není totožná s potřebou trpět fyzicky. Masochističtí pacienti mohou být "oddáni" celoživotnímu sebeobětování a utrpení, avšak ve skutečnosti neusilují o bolest, fyzické násilí či trest.

10.4.2. Vnitřní konflikty a potřeby

Masochističtí pacienti mají psychologickou potřebu udržovat si roli trpícího. Vyhledání na vyléčení či úlevu v utrpení by znamenala pro tyto pacienty konflikt, neboť by takováto změna vyžadovala současnou změnu v obecném životním přizpůsobení. Z psychologických důvodů (snad podvědomé viny či identifikace s dlouhodobě trpícími rodiči) nejsou masochističtí pacienti schopni uniknout svému údělu a utrpení. Mají silnou potřebu se považovat za osoby, které se obětují.

10.4.3. Zátěže nemoci a chování nemocných

Dlouhodobě trpící jedinci se dobře přizpůsobují nemoci, avšak uzdravení je může ohrožovat. Takovíto pacienti přebírají roli nemocného dokonce i tehdy, kdy netrpí somatickou nemocí.

Takoví pacienti v lékárnách často vyvolávají pocit frustrace, neboť nedávají najevo touhu uzdravit se. Ať se lékař snaží o cokoli, zdánlivě to nepůsobí. Tito pacienti jsou označováni za ty, kdo "odmítají manipulační pomoc", neboť nepomáhá nic, co může lékař učinit.

10.4.4. Komunikační strategie

Při práci s masochistickými osobnostmi ve zdravotnickém prostředí je důležité zdůraznit jejich utrpení a mít se na pozoru před slibováním úplného vyléčení. Nezapomínat, že nemoc je způsobem života a že podvědomá hrozba života bez nemoci je ve skutečnosti velmi znepokojivá. Je důležité, aby lékaři nezapomínali na to, že takoví pacienti opravdu trpí a že se nesnaží vědomě překazit pokusy o vyléčení. Oni se skutečně "cítí" hrozně a neuvědomují si podvědomou potřebu zůstat nemocní.

Obecně platí, že k užitečné intervenční strategii patří lékařovo vysvětlení, že lékařská věda na všechny tyto problémy nedokázala najít úplnou odpověď. Ohledně pacientova budoucího vývoje by se důraz měl přesunout z pokusu o úplné "vyléčení" na "zvládání" pacientova stavu. Léky či jiné terapie by mohly do jisté míry pomoci, avšak základním kamenem efektivní

léčby by se mělo stát stanovení pravidelných návštěv u lékaře a zaměření se na pacientovu schopnost fungovat i navzdory fyzickým problémům. Lékař si musí jako vždy udržovat otevřenou mysl a všimnout si jakýchkoli nových fyzických příznaků, které by si mohly vyžádat další zkoumání.

Lékař by neměl nikdy slibovat úplné vyléčení, neboť takové naděje budou obvykle zklamány a povedou ke zklamání pacienta i lékaře. Navíc by se pacientům nemělo říkat "Přijďte zase, až se budete cítit nemocný", protože by tím lékař pacienta vyzýval, aby opět využil nemoci a s ní spojeného chování k upoutání pozornosti lékaře. Pacient by měl být veden k dodržování pravidelných návštěv u lékaře, "ať se budete cítit nemocný nebo ne". Tato strategie prokazatelně snižuje celkové zdravotnické náklady a přetěžování nemocnic.

Mělo by zde být zároveň zdůrazněno, že tento konzervativní přístup k práci s pacientem vždy nepovede ke snadnému vztahu lékař-pacient. Mnozí masochističtí pacienti budou dále trpět a znovu a znovu prezentovat různé potíže. Avšak lékař, který si dokáže takovýto konzervativní přístup vytvořit, určuje přiměřené meze. Zároveň pacientovi dává podporu a zůstává "dlouhodobě" po boku pacienta. Tak dokáže omezit iatrogenní zranění, zneužívání zdravotnické péče a přispěje k celkové adaptaci dlouhodobě trpících pacientů.

10.5. HRANIČNÍ PŘÍPADY

10.5.1. Obecná charakteristika

Termínem hraniční je označována skupina pacientů s relativně trvalým souborem osobnostních vlastností, které se vyznačují nestabilitou osobních vztahů, nestabilními náladami a nutkavým jednáním. Jedná se o poruchu osobnosti, která pacienta závažně postihuje. Přestože historicky tento název označoval psychopatologický syndrom na "hranici" závažnosti mezi neurózou a psychózou, dnes se jej užívá k označení skupiny pacientů, u nichž se projevuje popsaná charakteristika význačným a úporným způsobem.

Pacient s hraniční patologií běžně zakouší široké kolísání pocitů v intimních vztazích: intenzivní náklonnost a láska se střídají s nechutí a nenávisť. Tato houpačkovitá kvalita blízkých pacientových vztahů se přenáší na jiné

situace a jiné vztahy, včetně vztahu s lékařem. Tyto střídající se city lásky a nenávisti k jiným odrážejí city, které má hraniční pacient sám k sobě.

Vedle této charakteristické kolísavosti citů k sobě i k jiným, hraniční pacienti trpí i krajními výkyvy nálady, neschopností snášet samotu, obtíže s dokončováním úkolů a nutkavým jednáním. I když mnozí pacienti mají některé z těchto vlastností, hraniční pacient tyto problémy projevuje v takovém stupni a s takovou intenzitou, že k jejich pochopení a k vytvoření přiměřených strategií zásahu je vhodné zavést zvláštní název.

10.5.2. Vnitřní konflikty a potřeby

Hraniční pacient se cítí nemilovaný a ohrožovaný lidmi i okolnostmi. Tyto pocity mohou vycházet z raného psychického traumatu včetně nedostatečné emocionální podpory lidmi v rodičovské roli či z neřešení velmi raných či traumatických konfliktů v dětství (například před dosažením věku osmnácti měsíců). Hraniční pacienti potřebují emocionální podporu a důslednost ve vztazích k jiným lidem, avšak jejich vnitřní psychické strádání a kolísavý temperament vede k charakteristickým mezilidským neúspěchům. Podobně jako závislá osobnost, i mezilidské požadavky hraničního pacienta často vedou právě k odmítnutí, kterého se na počátku obával. Toto odmítnutí pak takovým pacientům "dokazuje", že svět je nespolehlivý a nemilující. Tento tragický kruh potřebnosti, odmítání a hořkosti v blízkých mezilidských vztazích lze obnovit ve vztahu lékař-pacient či ve vztahu personál-pacient v případě, že hraniční pacient onemocní.

10.5.3. Zátěže nemoci a chování nemocných

Nemoc klade před hraničního pacienta zvláštní problémy s přizpůsobením. Ve světě, který je vnímán jako nespolehlivý a hrozivý, se nemoc či hospitalizace stávají zátěží, která hrozí další ztrátou lásky a podpory. Schopnost tolerovat úzkost, zklamání, bolest či nejistotu se může stát velkým problémem pro hraničního pacienta, který má jen omezenou sílu vyrovnávat se se životem. Může se zintenzívnit tendence ke kolísání mezi pozitivní a negativní krajností. Strach ze samoty se prohlubuje, může hypertrofovat tendence k nutkavému jednání. Hraniční pacient může lékaře či jiné zdravotnické pracovníky jeden den obdivně vychvalovat až do nebes, zatímco druhý den je nenávidí. Tyto změny mohou nastat i tehdy, když si zdravotničtí pracovníci vůbec nemusí být vědomi, jaké chování mohlo tak

extrémní reakce vyprovokovat. Hraniční pacient obvykle málo rozumí své výlučné citlivosti: hraniční pacienti typicky viní jiné lidi z toho, že oni sami podleli své emoční náchylnosti.

10.5.4. Komunikační strategie

V závislosti na závažnosti hraniční patologie se schopnost vytvářet terapeutické vztahy lékař-pacient může velmi různit. Existuje však několik obecných vodítek, která mohou být velmi užitečná.

Snad nejužitečnějším celkovým principem je nezapomínat, že hraniční pacient má strach. I když se tento strach z neznáma, z cizích lidí a z nemoci podobá dětské vystrašenosti, může být maskován dospělejšími prezentacemi hněvu, kladením nároků a hořkostí. Pokusy o pochopení "vystrašeného dítěte" za bouří emocionality mají základní význam a často mohou pomoci.

Hraniční pacienti pocítují hlubokou a stálou potřebu ujišťování. Pozornost a zájem, které jim mají poskytnout oporu, je mohou zároveň i uklidnit, i když emocionální "zásoby" lékaře nemusí pacientovým potřebám stačit. Když se tyto potřeby a požadavky stupňují, lékař by měl pacienta co nejvíce podporovat, avšak zároveň si udržet pevný pocit mezí své vlastní tolerance i mezí kladených nemocničním prostředím. Lékař by se měl zabývat pacientovými legitimními obavami a strachem, avšak když pacient přijde s nerozumnými požadavky, měl by lékař co nejjednoznačněji stanovit meze a zároveň dát najevo, že chce být pacientovi oporou. Občas se může stát, že lékař nenajde žádný způsob, jak hraničního pacienta úplně uspokojit (stejně jako nemusí existovat způsob, jak vyhovět všem požadavkům žadonického dítěte), ale citlivá pozornost věnovaná pacientovu hlubokému strachu a nejistotě mohou dát najevo dostatek podpory, aby bylo pacientovi usnadněno přizpůsobivější chování.

Při práci s hraničním pacientem, zvláště v nemocničním prostředí, mohou pomoci i některé jiné strategie. Protože se hraniční pacienti často bojí samoty, může jim pomoci, budou-li jejich pokoje umístěny poblíž místnosti zdravotních sester, a aby sestry či jiný personál často do takových pokojů nahlédli. Je také užitečné uložit jednomu členovi zdravotnického personálu (např. psychologovi), aby pacientovi sděloval lékařské informace a aby s ním diskutoval o problémech. Protože hraniční pacienti mohou "rozdělit" zdravotníky na ty, které považují za "dobré" a na jiné, kteří jsou "špatní",

omezení diskuse o lékařských záležitostech a jiných problémech na jednoho zdravotníka může minimalizovat nebezpečí prudkých emocionálních reakcí na různé zdravotníky nebo různé poskytovatele zdravotní péče. K vytvoření jednotného plánu péče o zvláště rušivého hraničního pacienta mohou posloužit k tomu účelu zvláště svolané porady zdravotníků.

10.6. NARCISTIČTÍ PACIENTI

10.6.1. Obecná charakteristika

Pacienti s narcistickými rysy osobnosti mohou mít pocit, že mají nárok na zvláštní pozornost a zvláštní zacházení. Jsou upřímně zmateni, jestliže jejich pocit nároku není uznán. Zdá se jim, že jejich očekávání zvláštního zacházení je jejich vrozeným právem. Z jejich chování vyplývá, že sami očekávají, že jiní toto jejich právo uznají stejně logicky, jako si je nárokují sami. Občas mezi pacienty s narcistickými rysy najdeme příslušníky vyšší třídy nebo vedoucí postavy v obchodě, politice, náboženském životě, ozbrojených silách a dalších součástech establishmentu. Jejich očekávání zvláštního zacházení tedy může být založeno na skutečných zkušenostech. Většina narcistických jedinců však vytváří a udržuje svůj pocit nároku dokonce i v případech, kdy svět jejich zvláštnost neuznává.

Narcističtí jedinci obecně nechápou názory jiných lidí. Mohou být tak uzavřeni ve svém vnitřním světě zvláštnosti a očekávání, že každý zážitek je filtrován a zkreslen jejich osobní perspektivou. Projevují jen málo tolerance a pružnosti pro realitu fungování komplexních sociálních systémů. Očekávají, že pravidla, zásady a postupy ustoupí jejich osobním tužbám a pohodlí. Rozčiluje je představa, že by s nimi mělo být zacházeno jako s "každým jiným".

10.6.2. Vnitřní konflikty a potřeby

Obecně platí, že narcistické rysy osobnosti a zvláště narcistické poruchy osobnosti jsou postaveny na nejistotě a deficitech ega. Narcistova sebeúcta je ve skutečnosti krajně křehká, a jeho zdánlivá sebejistota závisí na uctívání, respektu a zvláštním zacházení, jichž se mu dostává od jiných lidí. Největší potřebou narcisty je, aby byl respektován a aby se s ním zacházelo jako s někým zvláštním.

Vnitřní konflikty se točí kolem této nejistoty o vlastní ceně. Tyto konflikty mohou být ve skutečnosti velmi dobře chráněny a narcista si často vůbec neuvědomuje křehkost své sebeúcty. Tato zranitelná sebeúcta se pacientovi vyjeví teprve ve chvíli, kdy mu vnější svět přestane poskytovat zvláštní zacházení. Je-li narcistovi upřen respekt a zvláštnost nebo přijde-li o ně, může reagovat hněvem či depresí.

10.6.3. Zátěže nemoci a chování nemocných

Nemoc a hospitalizace znamenají pro narcistu velkou hrozbu, neboť takového pacienta konfrontují s jeho zranitelností. Narcistický pacient, který onemocní, prožívá duševní muka. Cítí se bezmocný a ztracený v systému, který nelze ovládnout a který často zachází s narcistickým pacientem tím nejobávanějším způsobem - jako "jedním z mnohých". Při útoku na narcistické obranné linie může pacient reagovat depresí a hněvem obráceným proti zdravotnickému systému, který s ním nechce zacházet jako s někým zvláštním. To může vyvolat velmi primitivní dětské obavy z opuštěnosti a z celkové ztráty lásky. Obvykle pociťovaný pocit sebedůvěry a hrdosti může být hluboce otřesen.

Nemoc často v narcistickém pacientovi vzbuzuje pocity hněvu proti zdravotnickému "systému" nebo proti konkrétním poskytovatelům či institucím, a rovněž k depresi z hrozící ztráty úcty, efektivy a moci. Tento hněv se také může projevit ve formě nepraktických či nesplnitelných požadavků na systém.

10.6.4. Komunikační strategie

Léčba narcistických pacientů představuje velký problém jak pro lékaře, tak pro zdravotnický systém obecně. Dovedou-li se pacienti dobře vyjadřovat, jsou-li vzdělaní a skutečně mocní, hněv a naznačované hrozby (někdy i soudní pře) mohou zdravotníky vyděsit. Lékaři a další zdravotníci mohou změnit své obecné postupy způsobem, který může ohrozit řádnou péči. Na druhé straně někteří zdravotníci nechtějí narcistickým pacientům "nic darovat", neboť někteří lékaři nechtějí být "manipulováni" a nechtějí přepustit ani kousíček kontroly pacientovi, zvláště takovému, který klade nerozumně náročné požadavky.

Mohla by však pomoci strategie, která by našla střední cestu mezi těmito dvěma krajnostmi. Především je důležité, aby lékaři chápali hluboký strach

narcistického pacienta. Tento strach je větší než u průměrného pacienta. Narcisticky pacient se nejen obává normálních událostí, k nimž může při nemoci dojít, ale trpí i strachem ze ztráty svého zvláštního postavení, která z nemoci vyplývá. Zachází-li nemocniční prostředí s pacientem jako "jedním z mnoha", prožívá narcista zvláště hluboké ponížení, jemuž je nutno porozumět dříve, než bude možné mu pomoci.

Obecná strategie, kterou v tomto textu navrhujeme, se soustřeďuje na podporu pacientova nároku na zvláštní postavení, a to v rámci, který mohou lékař i systém tolerovat. Obvykle je užitečné, zeptáme-li se hněvivého a náročného pacienta, jaké konkrétní změny by jej učinily šťastnějším. Jsou-li jeho požadavky obecné, jako "Chtěl bych, aby se se mnou zacházelo s větší úctou", měl by lékař pacienta přimět, aby tyto žádosti podrobně konkretizoval. Poté, co je lékaři sděleno několik takových požadavků, může se on nebo jeho personál pokusit splnit pokud možno nejvíce z nich. To často narcistické pacienty dočasně uklidní. Některé, avšak ne všechny požadavky lze obvykle splnit. To lze pacientovi sdělit přímo. Například:

Lékař: Můžeme změnit dobu, kdy je vám v noci měřen krevní tlak, abyste se mohl lépe vyspat. Napíši konkrétní zvláštní příkaz, aby se to opravdu stalo. Mohu také zařídit, aby hodiny návštěv vašeho syna byly změněny tak, aby za vámi mohl přijít cestou z práce. Nebudu však moci změnit dobu, kdy je vám přinášeno jídlo, protože kuchyně musí na toto oddělení dodávat jídlo podle pevného rozvrhu.

Lze-li splnit některá z těchto zvláštních přání, může často lékař s pacientem vyjednat určité zmírnění některých jeho projevů, které působí potíže. Například:

Lékař: Mluvil jsem o vašich přáních se sestřičkami. Jak jsem vám již řekl, několika přáním rádi vyhovíme, ale v některých případech to prostě nejde. Vidíte, že máme snahu vašim zvláštním přáním vyhovět. Na oplátku byste se mohl s vašimi přáními a problémy obracet jen na staniční sestru, která za vámi přijde každý den mezi jednou a druhou po obědě. Budete-li tato přání předkládat každému členovi personálu, který přijde do vašeho pokoje, narušuje to běžný chod nemocnice a vyvolává to zmatek.

10.7. PSYCHOTIČTÍ PACIENTI

10.7.1. Obecná charakteristika

Psychotičtí pacienti se nedokáží přiměřeně orientovat v realitě nebo trpí závažnou neschopností efektivně komunikovat. Psychotičtí pacienti obecně trpí halucinacemi (smyslovými vjemy, které jiní lidé nevnímají: například slyší nějaké hlasy nebo mají vidění) nebo bludy (falešným přesvědčením). Mohou trpět závažným narušením schopnosti soustředit se, koherentně myslet a efektivně komunikovat.

10.7.2. Vnitřní konflikty a potřeby

Protože existuje mnoho různých projevů psychózy, není skutečně možné popsat vnitřní konflikty a potřeby, které vedou k psychotickému chování. Psychiatři jsou dnes obecně přesvědčeni, že většina psychotických procesů pramení z nesprávné biologické funkce normálních integračních pochodů v mozku. Občas mohou psychotický proces vyprovokovat či zhoršit psychologické, sociální či fyzické zátěže, avšak obecně je nejvhodnější považovat psychotického pacienta za člověka, který trpí dysfunkcí mozku.

Obecně také může být užitečné, budeme-li považovat psychotického pacienta za člověka, který bojuje o pochopení ohromující záplavy vnitřních nebo vnějších stimulů. Takový člověk se pokouší pochopit halucinace a hrůzostrašné představy anebo má sníženou schopnost koherentně myslet. Psychotický pacient je obvykle vystrašený. Potřebuje pomoc jak při zvládnutí tohoto strachu, tak v pochopení záplavy vnitřních a vnějších stimulů.

10.7.3. Zátěže nemoci a chování nemocných

Vznik psychózy je často vyvolán zátěží samotné nemoci. Fyzické poškození může být poslední etapou na cestě k dezorganizaci psychického fungování. Pacient, který je psychoticky již před vznikem fyzické nemoci, může v důsledku jí způsobené zátěže a strachu podlehnout další dezorganizaci. Občas však u některých psychotických pacientů dochází v konfrontaci s fyzickými zátěžemi k mentálnímu zlepšení. Je to obtížně pochopitelný avšak obecně uznaný jev.

Psychóza pacienta děsí, avšak děsí také lékaře. Zatímco mnoho lékařů je schopno vcítit se do zkušenosti úzkostných, sklíčených či hněvivých

pacientů, někteří lékaři nedokáží pocítit cokoli jiného než strach, projeví-li se u jejich pacientů psychóza. Pacienti, kteří lékaře obviňují, že se je pokouší otrávit, kteří mu sdělují, že slyší hlasy, které jim velí, aby někoho zabili, pochopitelně v lékaři vyvolávají značnou úzkost. Strach mohou vyvolávat i pacienti, jejichž myšlenkové procesy jsou tak dezorganizované, že nedokáží dokončit rozumnou větu.

10.7.4. Komunikační strategie

Prvním principem při konzultacích s psychotickými pacienty je zachovat pokud možno rozvahu. Nepropadejte panice. Chová-li se pacient hrozivě, lékař se musí chránit tím, že si najde nějakou záminku, proč musí okamžitě odejít z místnosti a přivolat pomoc bezpečnostní služby. Lékaři by neměli chtít projevit statečnost nebo podstupovat rizika. K dalšímu poučení o této problematice existuje mnoho další literatury.

Lékař může pacientovi pomoci získat kontrolu tím, že postaví konzultaci na prostých otázkách, které nepůsobí hrozivě. Pacient by měl být požádán, aby poskytl lékaři prosté informace, jako je jeho jméno a příjmení, datum narození, aby mu řekl, jaké navštěvoval školy, atd. Otázky s otevřeným koncem mohou vyvolávat úzkost. Jestliže se pacient bojí, je úzkostný nebo hněvivý, mohou být tyto emoce lékařem reflektovány a legitimizovány stejně jako u kteréhokoli jiného pacienta, který zápasí se svými emocionálními prožitky. Legitimizovat lze dokonce i zážitky hněvivého paranoidního pacienta, aniž by lékař vyslovil podporu samotnému bludu. Například:

Lékař: Zajisté, chápu, že vás velmi trápí představa, že se vás někdo snaží otrávit.

Pacient může s lékařem nesouhlasit. Může se jej zeptat:

Pacient: A vy mi nevěříte?

Odpoví-li paranoidní pacient lékaři takovýmto protestem, lékař by se s ním neměl přít, avšak žádným způsobem by neměl podpořit pacientův blud. Doporučuji zde střední cestu; lékař dá najevo, že si ještě nevytvořil konečný úsudek:

Lékař: Ptáte se, zda věřím vašemu tvrzení, že se vás kdosi pokouší otrávit. Mohu vás ujistit, že já vám žádný jed nepodávám. Nemohu však s jistotou vědět, zda se vás nepokouší otrávit někdo jiný, ale jsem ochoten s vámi o tom dále mluvit a pomoci vám, jak nejlépe budu umět.

10.8. DELIRANTNÍ A DEMENTNÍ PACIENTI

10.8.1. Obecná charakteristika

Delirium je poruchou vědomí, při níž je schopnost smysluplné interakce s prostředím snížena v důsledku určité mozkové dysfunkce. Delirantní pacienti se často stávají zmatenějšími a rozrušenějšími večer. Tomuto stavu se neformálně říká "smrákání" tj. zhoršení stavu v době, kdy zapadá slunce. Takoví pacienti jsou obvykle dezorientováni a neschopni vést smysluplný rozhovor. Občas se tento stav chybně diagnostikuje jako akutní psychotická nemoc, například schizofrenie.

Na druhé straně termín demence znamená ztrátu předtím nabyté intelektuální funkce. Takovíto pacienti mohou být schopni vést smysluplný rozhovor, avšak ztratili dříve nabyté kognitivní schopnosti, nejčastěji funkci paměti.

10.8.2. Vnitřní konflikty a potřeby

Pacient trpící deliriem či demencí může obecně pociťovat velké útrapy v důsledku ztráty kognitivní funkce. Pacient zápasí, aby pochopil svět se sníženými či snižujícími se kognitivními zdroji a může být vystrašen neschopností světa porozumět. Nejvíce možná potřebuje posílit pocit, že rozumí a pocit kognitivní kompetence. Toto přání bude možná neuskutečnitelné.

Je zajímavé, že někteří pacienti trpící demencí si své deficity buď neuvědomují, nebo si tyto deficity ve svém vědomí nepřiznávají. Tito pacienti působí i přes své deficity docela spokojeně.

10.8.3. Zátěže způsobené nemocí a chování nemocných

Zátěž způsobená nemocí může u pacientů vyvolat delirium, zvláště u těch, kteří trpí demencí. Hlavním poškozením může být fyzická zátěž, avšak ke kognitivní dezorganizaci mohou přispět i takové faktory jako změna

prostředí. Chování při nemoci může vést k nenasytnému požadování informací, které nelze přiměřeně podat. Běžnými projevy deliria a demence jsou i paranoidita a vizuální halucinace.

10.8.4. Komunikační strategie

Podobně jako v případě psychotického pacienta se neúčinnější chování při práci s pacienty trpícími deliriem či demencí mohou velmi různit. Projevili-li se emoce jako strach, sklíčenost či hněv, mohou pomoci tytéž principy reakce na emoce pomocí reflektujících a legitimizujících komentářů. Otázky s otevřeným koncem mohou u pacientů s omezenými kognitivními schopnostmi vyvolat úzkost. Vhodnější jsou otázky úžeji formulované, které se týkají problémů, jež v pacientovi nevyvolávají strach. Pacientům, u nichž se nedávno objevily delirantní stavy, lze obvykle říci:

Lékař: Uvědomuji si, že vás právě trápí určitý zmatek. To je v nemocnici běžné u pacientů trpících nemocemi jako je vaše. Očekávám, že za pár dní začnete uvažovat jasněji.

Pacientům s ireverzibilní demencí, které jejich stav rovněž trápí, lze říci pouze cosi jako:

Lékař: Chápu, že vás problémy s pamětí trápí. Opravdu vám nemohu s jistotou slíbit, že vám dokážeme paměť vrátit. Udělám však vše, co bude v mých silách, abych vám pomohl se s touto situací vyrovnat.

..

PŘÍLOHY

11. Přehled zásad a kroků komunikace lékaře a pacienta

11.1 Dosáhněte spolupráce

Navažte kontakt

Kontakt se navazuje během prvních chvil setkání. S novým pacientem trvá navázání kontaktu déle než s vracejícím se pacientem. Výjimkou jsou urgentní zákroky, ale i zde je dobrý kontakt důležitý.

Po příchodu pacienta do ordinace se doporučuje následující postup:

- pozdrav,
- oslovení pacienta jménem,
- představení se a podání ruky,
- uvedení pacienta na místo rozhovoru,
- sdělení času, který je k dispozici, toho, že si lékař v průběhu konzultace bude dělat poznámky, ev. vyjasnění finančního krytí konzultace,
- zaujetí klidné empatické naslouchající pozice,
- uvedení rozhovoru frází "řekněte mi, co vás trápí". ' *Komunikujte, vřele vítejte. Chovejte'*

se podobně jako při setkání hostitele s hostem. Představte se.

Zajímejte se více o osobu než o čistě medicínské problémy. Hledejte společnou zkušenost, podobné zážitky, problémy, dosáhněte vzájemné důvěry a pocitu pohody.

Všimněte si výrazů, který pacient používá a také je použijte. Nejsnadnější je všimnout si klíčových slov a osvojit si je.

Při navazování kontaktu se zdůrazňuje:

- vítající, sympatizující úsměv,
- správné pevné a podporující podání ruky,
- dobrý oční kontakt.

Povzbudte pacienta k vylíčení obtíží

Pacient má něco na srdci a chce to sdělit. Je to i prožitek nemoci a starosti. Tento příběh se dozvídáte během navázání kontaktu a líčení obtíží. Je třeba vyslechnout ho. První dvě nebo tři minuty patří pacientovi.

Užívejte otevřených otázek: "Jsem zvědav...", "Řekněte mi o tom něco víc." Vyhněte se otázkám typu kdy, co, proč, kde a podobně.

Na líčení reagujte. Nestačí jen hmm, hmm". Z vaší reakce musí být zřejmý zájem: "To muselo být velmi těžké."

Některé další možné reakce:

- parafráze ("Cítil jste se tedy mizerně.");
- povzbuzení ("Aha, rozumím.");
- vyjádření zájmu o téma, které je pro pacienta důležité, ale hovoří o něm nerad a s rozpaky ("Když mi řeknete něco více o svých problémech s erekcí, velmi mi to pomůže.");
- sumarizace ("Hovořili jsme o vašich bolestech hlavy a probrali jsme také, s čím by mohly souviset.")

Produktivitu zvyšuje, když lékař dokáže rozhovor řídit (doporučuje se zprvu nechat pacienta hovořit spontánně, bez většího zasahování, pak najít těžiště a udržet nit rozhovoru").

Je možné použít následující prostředky:

- klidně a zdvořile se zeptat, co se chci dozvědět ("Ano, ale nyní se chci zeptat, jak je to a vaším spánkem");

- zopakovat, co je hlavním účelem rozhovoru ("Dnes jsme chtěli probrat především vaši rodinnou situaci");

- vrátit pacienta zpět k těžišti rozhovoru ("Musíme se teď soustředit na vaše obtíže se žaludkem").

Sledujte čas. Všimněte si času, především abyste si byli jisti, že dvě nebo tři minuty ponecháváte pacientovi.

Když pacient líčí své obtíže, je důležité, aby se lékař soustředil na to,

- co pacient říká,

- co on jako lékař vidí,

- jak se on - lékař - cítí (i to je důležitá informace).

11.2 Ustanovte, na čem budete pracovat

I když máte za to, že víte, proč pacient **přišel**, nemusíte **vždy vědět** vše. Vaším úkolem je dohodnout se, na čem budete spolupracovat.

Vyslechněte si všechny obtíže.

Očekávejte, že obtíží je více než jen jedna. Zeptejte se na všechny: "Máte na srdci ještě něco dalšího? A co dalšího se stalo? Je ještě něco, co byste chtěl vědět?". Pokud nepřijdete na všechny obtíže, může se stát, že pacient začne nějaké důležité téma, když už potřebujete konzultaci ukončit.

Je třeba hledat *těžiště problému*, to, co pacienta nejvíce tíží, na co je třeba se soustředit. V hledání těžiště problému pomáhá zachycení:

- verbálních klíčů (jsou to důležitá slova a fráze o problémech, starostech, pocitech),

- neverbálních klíčů (změny v mimice, pantomimice, v očním kontaktu, ale i v tónu, tempu řeči apod.).

Na verbální nebo neverbální klíč je třeba reagovat. Těžiště problému je třeba rozvinout, soustředit se na něj. V tom pomáhá:

- položení otevřené otázky (...řekněte mi ještě něco víc o tom, jak se cítíte...),

- vyžádání objasnění (...co tím míníte, když říkáte...),

- požádání o příklad (...co jste si řekli, když jste se nepohodli naposledy),

komentování neverbálních klíčů

(...zdá se, že to noční probouzení vás opravdu trápí).

Vypátrejte, co od vás pacient očekává, čeho chce docílit. Může to být i něco jiného než jen vyřešení hlavní obtíže.

Dohodněte se s pacientem na programu konzultace. Může se stát, že se dohodovíte na další konzultaci pro řešení méně naléhavých nebo časově méně náročných obtíží.

11.3 Vcít'ujte se

Vytvořte příjemné ovzduší Vaše neverbální chování a prostředí pracovny usnadňuje nebo ztěžuje možnost vcítění se do pacienta.

Pozdravte se s pacientem dříve než se eventuálně svlékne. K tomu je zapotřebí jen několika vteřin a může to proběhnout jednoduše jako: "Dobrý den, já jsem doktor XY. Budu se vám věnovat za chvíli. Sestra vám ukáže, kde si můžete odložit."

Při somatickém vyšetření je třeba, aby lékař dbal o pacientovo pohodlí a důstojnost. Má vždy napřed pacientovi sdělit, co bude dělat, a po vyšetření vždy říci, co zjistil. Musí se vyvarovat medicínského žargonu.

Nedějte si poznámky, dokud nasloucháte. Když kladete otázky a nasloucháte, dívejte se na pacienta.

Posad'te se tak, aby vaše hlavy byly stejně vysoko (to neplatí pro somatické vyšetření).

Mezi sebe a pacienta nestavte žádnou překážku. Nejčastěji to bývá pracovní stůl.

11.4 Vytvořte pocit bezpečí

Povzbud'te pacienta, aby vám řekl, co cítí nebo si myslí. Zajímejte se o to, co pacient prožívá, jak nemoc ovlivňuje jeho život, jak životní okolnosti ovlivňují nemoc.

Když pacient cítí, že mu je *rozuměno*, zvyšuje to *produktivitu rozhovoru*.

Doporučuje se:

- zeptat se, co si pacient myslí o svých obtížích (jak si je vysvětluje, jakou míru starosti mu působí),
- projevovat empatii (věty jasně spojující lékaře a pacienta, jako na příklad: "Je mi jasné, že hovořit o těchto obtížích je pro vás nesnadné"

Jednotlivé kroky v projevení empatie

- identifikujte emoci, zamyslete se co v pacientovi odehrává, - sdělte pacientovi, jakou emoci u něj vidíte,
- ověřte si správnost svého úsudku a vyjádřete své porozumění,
- respektujte, že pacient se s emoci musí vyrovnat, nabídněte svou podporu a spolupráci

Empatický lékař dává pacientovi příležitost vyslovit své mínění, vyhýbá se rychlým, neuváženým úsudkům, umožní pacientovi, aby se svěřil se svými pochybnostmi.

Dejte najevo, že jste si citů a myšlenek všiml. Nehodnoďte je však. "Chápu, že se operace obáváte. Musíme si o tom promluvit." Ne: "Není proč operace se obávat."

Dejte najevo, že jste si všiml pacientovy mimiky (ev. neverbální klíče) Výraz tváře sděluje city, ovšem ne vždy jsme si jisti jaké. Jeho komentování dává nicméně pacientovi možnost hovořit o citech. "Vidím, že se mračíte, když se zmiňuji o cvičení."

Řekněte i něco o sobě, když se to hodí. Nevyprávějte pacientovi o svém životě. Nechte pacienta spíše sdílet s vámi nějakou společnou zkušenost, pokud máte za to, že to přispěje k jeho pohodě.

11.5 Vychovávejte

Odhadněte pacientovy znalosti

Obvykle pacienti zapomenou asi 50% toho, co lékař řekl, už ve chvíli, kdy odcházejí. Je důležité dát jim informace, které překlenou mezery.

Zjistěte, co pacient ví, a co neví. zjistěte, jak pacient rozumí své situaci a tomu, co bude následovat.

Předjímejte otázky a obavy. Ne všichni pacienti se na vše zeptají, svěří se se svými obavami.

11.6 Zodpovězte možné otázky

Pacienti se chtějí ptát, ale ne vždy to udělají. Otázky předpokládejte. Zvykněte si předpokládat a zodpovídat následující otázky:

1. Pacientova situace

- a) *Co se mi stalo?*
- b) *Proč se to stalo právě mně?*
- c) *Co se mi přihodí v brzké a co ve vzdálenější budoucnosti?*

2. Lékařova opatření

- a) *Co se mnou budete dělat (vyšetření, testy)?*
- b) *Proč právě to a ne něco jiného(diagnostické a léčebné možnosti).*
- c) *Bude to bolet nebo mne to poškodí? Jak moc a na jak dlouho?*
- d) *Kdy a jak bude možné výsledky vyšetření interpretovat:*

Ověřte si, že pacient opravdu porozuměl.

Zeptejte se, zda se pacient zeptal na uše, na co se chtěl zeptati.

Zeptejte se, co a jak pacient porozuměl. Zjistěte, zda rozumí všemu, co je pro něj důležité. Neptejte se, zda porozuměl.

11. 7 Angažujte

Je důležité, aby se pacient stal vaším partnerem v péči o své zdraví.

Shodněte se s pacientem na diagnóze

Většina pacientů má svou představu o vlastní diagnóze. Pokud se vaše diagnóza liší od pacientovy, pacient se bude spíše spoléhat na svou diagnózu.

Ptejte se!

Jeden výzkum došel k této formulaci: "Myslím, že jsem došel k závěru, čím je vaše obtíž způsobena. Je to tak, že... Jak tento závěr souhlasí s tím, co jste si myslel vy?"

Proberte diskrepance mezi vaší a pacientovou diagnózou. Dbejte, abyste nehodnotili úsudek dalších osob (předešlý lékař, rodina spod.). Nemáte jistotu o věrohodnosti pacientova vyjádření a ani jistotu o tom, zda to opravdu dotyčný řekl.

Dohodněte se na způsobu léčby

Mějte na paměti, že je to pacient, kdo rozhoduje, zda se bude řídit lékařovými doporučeními, nebo ne. Průměr dodržení instrukcí je asi 50%. Úroveň spolupráce kolísá s komplexností léčby. Například u diabetu je asi 7%.

Zde je několik jednoduchých rad, jak zlepšit úroveň spolupráce:

Poradte jednoduchý léčebný režim.

Pokud má mnoho kroků, nemluvte o nich najednou. V jedné konzultaci proberte dva nebo tři.

Léčebný režim podejte písemně.

Pacienti zapomenou okamžitě asi 50% informací. Pokud používáte informačních letáčků, podtrhněte v nich důležité pasáže.

Popište, k jakým výsledkům léčba povede, a popište i časový rozvrh léčby a nástupu jejích účinků.

Není dostatečné jednoduše popsat léčbu či dát pacientovi předpis. Mějte na paměti, že jen polovina pacientů v takovém případě kvalitně spolupracuje.

Popište možné vedlejší účinky. Mějte pacienta k tomu, aby se zamyslel nad případnými překážkami v zachování léčeného režimu. Spolupracujte na přizpůsobení režimu v případě překážek, ev. na tom, jak se překážkám vyhnout.

Vyžádejte si zpětnou vazbu, abyste se ujistil, že pacient skutečně rozumí, co má dělat.

Úroveň spolupráce je významně ovlivněna spokojenosti pacienta a konzultací. *Nespokojený pacient říká, že Lékař:*

- byl nepozorný, roztržitý, - na pacienta spěchal,
- při konzultaci telefonoval, hovořil se sestrami,
- nevysvětlil, proč předepsal medikamenty,
- vyšetřoval pacienta, aniž by vysvětlil proč,
- nenaslouchal.

Spokojenost pacienta roste, když lékař

- je přátelský, ne hrubý,
- dává pacientovi úplnou informaci, jedná s pacientem jako rovný s rovným,
- pacientovi naslouchá,
- zajímá se o pacienta jako o člověka,
- povzbudí pacienta k dotazům, používá srozumitelný jazyk.

11.8 Ukončení rozhovoru

1. Zopakujte plán léčby.
2. Potvrďte důležitost a postup jednotlivých kroků.
3. Vyjádřete naději v úspěch.
4. Rozlučte se.
- 5.

12. Svízelné typy osob - zvládací strategie a prevence konfliktů

Inventář charakteristických znaků a zvládacích strategií v jednání u typů osob úzkostných, úzkostně agresivních, narcistně agresivních, bezohledně agresivních, pedanterních, nepřístupných, histrionských.

Uvedená metodika má své pochopitelné nedostatky a skrývá proto i určitá omezení. Tzv.: "Čisté typy" ve svých vyhrocených podobách - pokud se vůbec vyskytují - jsou vždy vzácností. Každá typologie proto může navozovat nežádoucí zkreslení či omyl, nebo vést k připsání neexistujících negativních vlastností.

Při nadměrné sebereflexi a násilné autokorekci vlastního jednání přestaneme být spontánní, staneme se křečovitě násilnými, strojenými, nepřesvědčivými. To pak může naopak přispět ke vzniku konfliktních situací.

12. 1 ÚZKOSTNÝ TYP

12. 1. 1 Charakteristické znaky a projevy jednání:

Schoulené držení těla, těkavý pohled, klopení zřaku, nejistá gesta. Výraz obličeje obráží zábrany, váhání, nerozhodnost.

V řeči nejisté pomlky, časté opakování dotazů, vysloveny obavy a naléhavé žádosti o ujištění.

Snadno podléhá vnitřní panice. Bojí se učinit rozhodnutí. Trpí pochybnostmi a výčitkami. Obviňuje sám sebe.

Nevěří si, kapituje, volí únikové cesty, odstupuje ze složitějších jednání.

Stydí se za své chování. Nevrací se tam, kde selhal.

Bere si na pomoc jiné osoby. Odvolává se na autority.

12. 1 .2 Zvládací strategie:

-Vyčkejme až se na nás obrátí, nezaujímejte pozici tváří v tvář, neulpívejte příliš zrakem v jeho obličej.

-Hovořme pomalu, klidným hlasem, podejte vyčerpávající informace.

- Vyvarujme se nátlaku na rozhodnutí a otázek typu "BUĎ a NEBO".

- Dopředu signalizujme dostatek času se mu klidně a ochotně věnovat, tolerovat návraty k původním východiskům a respektovat přehodnocení stanovisek.

- Uvažujme za něho nahlas. Kladme jím nevyslovené otázky a vyslovme za něho pochybnosti. Odpovídejme pak na ně.

- Nečiňme přímá rozhodování za něho. Přispějme ale rekapitulací otázek, obecným shrnutím závěrů, alternativ, sdělením zkušeností u jiných.

12.2. ÚZKOSTNĚ-AGRESIVNÍ TYP

12.2.1 Charakteristické znaky a projevy jednání:

- Štíhlá postava, stoj i sed křečovitě vzpřímený, nohy u sebe, energicky pevný úchop předmětů, bojovně odměřený pohled, sevřeně svráštělé rty.

- Věcná nesdílnost, strohost řečového projevu, stísněnost a nervozita v hlase, který přechází do vyšších poloh.
- Pocity újmy, křivdy a ústrků spojené s energicky rychlými obranářskými reakcemi.
- Kategorické odmítání projevů pomoci a péče, odhodlanost k sebeobětování, cynismus při domnělých prohrách.
- Jízlivé poznámky a zraňující výroky, vedené na city a morálku druhých.
- Křečovitě vypady provázené pláčem na krajíčku, útočnost za každou cenu.

12 . 2. 2 Zvládací strategie:

- Pohledem signalizujeme ochotu, nechme přistoupit a určit vzdálenost při jednání. Dodržme horizontální polohu pohledu z očí do očí. Uvarujme se tzv. pohledu spatra.
- Hovoří-li osoba, se zájmem hledme do obličeje. Hovoříme-li sami, střídejme pohled do očí s odklonem pohledu stranou.
- Hovořme klidně, věcně, srozumitelně. Vstřícně podejme vyčerpávající informace pro rozhodování se.
- Nezrychlujme tempo řeči, nezvyšujme hlas. Skočí-li nám do řeči, vyčkejme a pak pokračujme ve svém sdělení.
- Co nejméně používejme výrazu "NE" a nahradme ho výrazem "ANO, ALE".
- Dejme najevo, že jakékoli rozhodnutí osoby je pro ni důstojné a pro nás do značné míry akceptovatelné.

12. 3. NARCISTNĚ-AGRESIVNÍ TYP

12. 3. 1. Charakteristické znaky a projevy jednání:

- Časté sledování a upravování vlastního zevnějšku, pohrávání si s módními doplňky, důstojně okázalé vystupování, sebevědomá sebeprezentace, vůči druhým nadřazenecky přezíravá mimika a gestikulace.
- Nadbytečně "moudře" se vyjadřuje, mazlivě formuluje věty, zálibně opakuje výroky, rád se poslouchá.
- Nadstandartní péči připisuje majetnický svému velikášskému "Já.." "Můj krejčí, můj kadeřník, můj automechanik.."
- Běžná péče a pozornost zraňuje jeho sebeúctu. Připadá si nedůstojně pokořen a ponížen.
- V situacích domnělého ponížení reaguje okázale rezervovaným vyčkáváním, kroucením hlavou, ironií, sarkasmy, ostře vznesenou kritikou.
- V konfliktu se pak prezentuje bez skrupulí jako mocensky silný, vyjimečného postavení, vlivných konexí a netušených možností.

12. 3. 2. Zvládací strategie:

- Jděme mu vstříc jako první. Zpomalme a zastavme ve vzdálenosti asi 1,3m.
- Nemůžeme-li se věnovat ihned, signalizujme, že byl všimnut a vyžádejme strpení.

- Často vyhledáváme pohledy z očí do očí bez ohledu na to, kdo hovoří, nebo naslouchá.
- Buďme při jednání v pohybu kolem jeho osoby, bude pak doslova středem pozornosti a péče.
- Vyvarujme se tónu poučovat a mentorovat. Podejme úplné informace, jednejme ale jako se zasvěceným partnerem.
- Nejednejme ponížene či podbízivě. Jednejme důstojně a na úrovni. Při konfliktu, je-li to na místě, neváhejme se stručnou a krátkou profesionální omluvou.

12. 4. BEZOHLEDNĚ-AGRESIVNÍ TYP

12. 4. 1. Charakteristické znaky a projevy chování:

- Robustní postava. Neměnný, nechápavý, nepřátelský výraz obličeje.
- Nepohotové, pomalé myšlení, podezíravost a vztahovačnost.
- Hlučný, nespisovný, nelogický řečový projev. Vulgární výrazy.
- Nekultivované jednání, vehementní a netolerantní prosazování svých zájmů. **Zkratkovité, výbušné reakce.**
- Chování od hlučného, žoviálně bodrého překřikování druhých osob, až po neurvale útočné zastrašování submisivních a slušnějších jedinců.
- Nepřátelské postoje vůči obecně uznávaným hodnotám, ideálům, autoritám, konvencím a zvyklostem.

12. 4. 2. Zvládací strategie:

- Jako první zvolte vzdálenost 0,7 m vodorovně "z očí do očí" a neměňte v žádném případě tuto pozici.
- Hovoříte-li, nasadte rázně setrvalý pohled do očí. Hovoří-li osoba, odvráťte, ale neklopte, ani nezvedejte zrak..
- Hovořte klidně, věcně, pomalu, plynule, srozumitelně, jistým, nevzrušeným hlasem, neosobně, bez afektu.
- Stůjte uvolněně, gestikulujte pomalu, plynule. Nejednejte zmatečně, či zakřiknutě. Nepodlehnete panice.
- Jednejte vážně a důstojně, nikoli však s přehnanou kulturou projevu a nadřazeneckou noblesou.
- Důsledně stůjte na svých stanoviscích, projeďte však pochopení a uznání. Apelujte na čestnost a férovost. Neved'te jednání do slepé uličky. Nabídněte možnost důstojného ústupu.

12. 5. PEDANTERNÍ TYP

12. 5. 1. Charakteristické znaky a projevy chování:

- Pevné držení těla, zodpovědný výraz obličeje, přímý pohled, disciplinovaně uspořádaná gesta, ukázněné vystupování, střízlivé oblečení, pečlivá úprava zevnějšku.
- Důstojně poslušný a precizně pečlivý způsob konání věcí, ritualizovaný životní styl, pořádkumilovnost, obdiv k předpisům, směrnicím a nařízením.
- Jednosměrné, přísně logické myšlení. Neměnné zásady. Rozškatulkované vidění světa.

- Uspořádané a zákonitě probíhající děje ho uklidňují. Pro věcně, střízlivě jednající osoby má pochopení.
- Popudlivě odtažitý je vůči optimisticky nadšeným, srdečně otevřeným, dynamicky průbojným a výstředně se chovajícím osobám. Zdrženlivý vůči novým věcem.
- Dostane-li se vnější situace do rozporu s jeho vnitřním řádem, reaguje nedůtklivě, podrážděně, zlobně.

12. 5. 2. Zvládací strategie:

- Při setkání postupujme spolu s ním asi do vzdálenosti 0.9 m. Často hledme přímo do obličeje. Vhodná jsou společná setkání a společné odklony pohledů.
- Jednejme uspořádaně, klidně, věcně, střízlivě. Uvarujme se překotnosti, zmatečného jednání. Nezahlcujme informacemi.
 - Informace podejme vyčerpávajícím způsobem. Na dotazy odpovídejme logicky a stručně.
 - Signalizujme názorovou příbuznost, respekt k zásadám a tradicím. Projevme pochopení.
 - Vyvarujme se striktně oponentních stanovisek, bagatelizace hodnot, negace tradic.
 - Při mírné polemice se dovolávejme zákonitostí vývoje, chronologie postupů, kauzality. Apelujme na zkušenost. V konfliktu projevme úctu k jeho osobě a respekt k právu jeho svobodného rozhodování se.

12. 6. NEPŘÍSTUPNÝ TYP

12. 6. 1. Charakteristické znaky a projevy chování:

- Klidná, pomalá chůze, zdrženlivé reakce a pohyby. Většinou neurčitý a neměnný výraz tváře. Někdy známky skeptické rozmrzelosti a ironizující přezíravosti. Spontánně nevyhledává setkání pohledů.
- Nevyhledává fyzickou přítomnost druhých. Oblečením a gesty demonstruje odlišnost. Pozicí se distancuje od skupin.
- Místo otevřených názorů či přímých doporučení pouze polemické glosy, projevy skepse, nedůvěry, negace.
- Ironizuje druhé, ironizuje sám sebe. Hovoří pomalu, dává si načas. Projevy pozérství.
- Vyjadřuje se v narážkách, nadsázkách, paradoxech, příměrech a paralogických zvratech. Stává se nesrozumitelným.
- Vřelost, vděčnost a vstřícnost druhých odráží odměřeností, ironizací, zraňující upřímností a sebeznehodnocující vulgaritou.

12. 6. 2. Zvládací strategie:

- Nepřistupujme jako první. Nezkracujme, ani neprodužujme vzdálenost, kterou určil. Většinu času se dívejme do očí, a to zejména vždy, když hovoříme. Odklon pohledu je možný s jeho odklonem pohledu.
- Jednejme neosobně, klidně, důstojně. Informujme vyčerpávajícím způsobem, hovořme stručně, ale věcně. Neopakujme se.
- Nenechme se vyvést z míry jeho mlčením. Neudržíme hovor za každou cenu.

- Nepodléhejme panice, držme se předmětu a skutkové podstaty jednání.
- Vyvarujme se osobně prestižních reakcí a emotivních projevů.
- Nereagujme na to, co nebylo otevřeně řečeno. Vůči narážkám a dvojsmyslným invektivám zůstaňme hluchí. Užijme nedokončených vět, pomlky, nahozených a nezodpovězených otázek. Neuspěchávejme jednání, hrajme "na čas".

12. 7. HISTRIONSKÝ TYP

12. 7. 1. Charakteristické znaky a projevy chování:

- Rychlá chůze, prudká gesta, živá mimika vyjadřující emoce
- Osoba je režisérem a hercem v jedné osobě. Teatrálními projevy na sebe poutá pozornost druhých.
- Do hry vtahuje ostatní, infikuje emoce, vyvolává davovou psychózu.
- Chování má podoby expresivně vyjádřeného zoufalství a žalu, důrazně vyjadřovaného egocentrického hněvu, manipulativně teatrální roztomilosti a další.
- Řečový projev se často stává emocionálním výlevem, postrádajícím logiku.
- Při konfliktu dochází ke křiku, slovním výpadům, rozbíjení předmětů, trhání vlastního oděvu a dalším demonstrativním projevům agrese a autoagrese.

12. 7. 2. Zvládací strategie:

- Snižme možnost pohybu a gestikulace uvedením do těsnějšího prostoru, jednáním v sedě apod.
- Odvedme jednání mimo pozornost dalších osob.
- Budme vstřícní a chápající, vracejme ale stále jednání k předmětu věci.
- Zůstaňme hluší k odbočkám od tématu.
- Hovořme věcně, stručně, jednoznačně. Volme obraty a tvrzení, která vylučují možnost polemiky a smlouvání.
- Regulujme jednání tak, aby šlo k co nejrychlejšímu konci.
- Budme rozhodní, nesmlouvavě pevní, rázní, autoritativní.
 - Vyvarujme se ale despektu a agresivity.
 - Zůstaňme přátelští.

13. Hodnocení komunikačních dovedností lékaře

Jméno lékaře..... Šlo o případ.....

Datum Jméno simul. pac.

1. Navázání kontaktu ano ne nelze hod.

1. Pozdravil pac. --- --- ---

2. Oslovil pacienta jménem --- --- ---

3. Představil se a podal ruku --- --- ---

4. Uvedl pac. na místo rozh. --- --- ---

5. Podal nezbytná sdělení, ujasnění --- --- ---

6. Zaujal empatickou nasl. poz. --- --- ---

Celkově fázi 1 zvládl takto:

+...+...+...+...+...+...+...+...+...+

O velmi špatně 5 výtečně 10

2. Dohoda o tématu konzultace

7. Vhodně uvedl rozhovor, objasnil
důvod /důvody/ návštěvy, udělal
přehled všech problémů --- --- ---

8. Dohodl se na tématu konzultace --- --- ---

Celkově fázi 2 zvládl takto:

+...+...+...+...+...+...+...+...+...+

O velmi špatně 5 výtečně 10

3. Objasnění pacientova problému

9. Ustabil a udržel dobrý kontakt --- --- ---

10. Reagoval na verbální klíče --- --- ---

11. Reagoval na neverbální kl. --- --- ---

12. Zeptal se co si pac. myslí
o svých obtížích --- --- ---

13. Pac. povzbudil, parafrázoval --- --- ---

14. Vyžádal si objasnění, příkl. --- --- ---

15. Zajímal se jak nemoc ovl.
pacientův život --- --- ---

16. Zajímal se jak životní okol.
ovlivňují nemoc --- --- ---

17. Udržel "nit rozhovoru",
hledal těžiště obtíží --- --- ---

18. Pacienta nepřerušoval --- --- ---

19. Vhodně sumarizoval,
zopakoval co se dozvěděl,
ověřil si, že dobře rozuměl --- --- ---

Celkově fázi 3 zvládl takto:

+...+...+...+...+...+...+...+...+...+

O velmi špatně 5 výtečně 10

4. Vlastní vyšetření / somatické /

20. Dbal o pacientovo pohodlí
a důstojnost --- --- ---

21. Vždy napřed řekl, co bude
dělat --- --- ---

22. Vždy řekl, co zjistil --- --- ---

23. Vyvaroval se med. žargonu --- --- ---

Celkově fázi 4 zvládl takto:

+...+...+...+...+...+...+...+...+...+

O velmi špatně 5 výtečně 10

5. Zakončení konzultace

24. Zeptal se na ev. otázky --- --- ---

25. Vhodně konz. zakončil --- --- ---

/shrnutí, co a kdy příště, nechal si zopak. podané instrukce/

Celkově fázi 5 zvládl takto:

+...+...+...+...+...+...+...+...+...+

O velmi špatně 5 výtečně 10

6. Celkově

26. Projevoval empatii --- --- ---

27. Choval se s respektem a zájmem --- --- ---

7. V souhrnu hodnotím lékařovy komunikační dovednosti takto:

+...+...+...+...+...+...+...+...+...+

O mizivé 5 vynikající 10

8. Připojuji toto doporučení, komentář:

Podpis.

LITERATURA

Bendová M.: Komunikace s onkologicky nemocným v jednotlivých fázích onemocnění. *Onkol. péče*, 1, 1997, 3, s. 4-6

Bendová M., Honzák R.: Telekonference s onkologickými pacienty. *Praktický lékař* 81, 9, 2001, s. 531-532

Bendová M., Benda K.: Etika komunikace na radiologických pracovištích - jak a proč. *Slovenská radiológia*, 1, 12, 2005, s. 33-34

Errichetti, A. : Basic Communication Skills for Medical Students and Medical Residents, Philadelphia College, of Osteopathic Medicine 1996

Grueninger, V., Goldstein, M., Duffy, D. : Patient education in Lipkin M., Putman S. , Lazare A. (eds.), *The Medical Interview*, New York, Springer Verlag N. Y. 1990

Helman, N.: Diseases versus Illnes in general practice. *JIR. Coll. gen. Practs* 31, 1981, s. 548- 552

Hewson, M. G.: Patient Education through Teaching for Conceptual Change. *J. General Intern. Med.*, Volume 8 (July), 1993

Honzák, R.: Komunikační pasti v medicíně. Galen, Praha 1997

Honzák, R.: Problémy komunikace ve vstahu lékař – nemocný. *Prakt. Lék.*, 67, 1993, s. 11.

Křivohlavý, J.: Rozhovor lékaře s pacientem. Institut pro vzděl. stř. zdrav. prac., Brno 1988

Ley, P.: Communications in the clinical setting., *Brit. J. Orthodont.*, 1, 1974, s. 173 – 177

Ley, P.: Psychological studies in doctor – patient communication. In *Contributions to medical psychology Vol.1*, Pergamon, Oxford 1977

Pavlát, J.: Výuka komunikačních dovedností. *Čas. Lék. čes.*, 133, 1994, 14, s. 423- 425

Pedelton, D. A. , Schofield, T. P. C.: Doctor- patient communication: a review. In: Doctor Patient communication . Academic Press, London 1983.

Pedelton, D. A. , Schofield, T. P. C, Tate, P, Havelock, P.: The Consultation. An Approach to Learning and Teaching., Oxford Medical Publications, Oxford university Press, Oxford 1997

Steven A Cohen – Cole, M.D.: The Medical Interview. The Three- Function Approach, Mosby Year Book, St. Louis MO 1991

Sheehan, M. N. : The Changing Face of American Medical Education, America, Feb. 10., 1996

Whinney, Mc.: An introduction to family medicine. Oxford University Press., 1981

Zinn, V.: The Empatic Physician, Arch. intern. Med, 153, 1993, s. 306- 31