

E-learning Úvod do komunikace. Zahájení rozhovoru s pacientem.

Základní informace k lekci



Čas potřebný na absolvování E-learningu: **30 minut**



Je vhodné doma nezapomenout **zvědavost, respekt, kritické uvažování, kreativitu a také ochotu spolupracovat.**



Výukové cíle

- Student **rozumí důležitosti komunikace** jako dovednosti i přístupu, a to jak pro osobní rozvoj, ale i pro prognózu svých budoucích pacientů.
- Student **chápe důležitost zahájení rozhovoru s pacientem**, a to zejména ve smyslu zahrnutí agendy lékaře i pacienta, vytvoření iniciálního vztahu lékař-pacient a určení důvodu rozhovoru, a to za použití vhodných komunikačních dovedností.
- Student **rozlišuje mezi agendou lékaře a pacienta** a uvědomuje si důležitost zahrnutí obou agend již od začátku terapeuticko-diagnostického procesu.



Zapamatujte si („take home message“)

- Adekvátní klinická komunikace není o používání naučených frází, ale o pochopení a směřování k vytyčenému cíli a účelu rozhovoru.
- Rozhovor začíná přípravou na něj, přípravu nepodceňujeme.
- Klinické komunikační dovednosti je potřeba se učit, je to v zájmu našich pacientů i nás samotných.
- Zahrnutí agendy pacienta již od začátku rozhovoru nám poskytne cenné informace do diagnosticko-terapeutického postupu, které bychom jinak mohli opominout.

Kontaktní osoba: MUDr. Martin Janků, martin.janku@med.muni.cz



EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY

Vlastní e-learning k lekci

Úvodní slovo k lekci

Lekce Úvod do komunikace je zaměřena na zahájení rozhovoru s pacientem a slouží jako teoretický podklad pro praktické cvičení, které proběhne formou **uzavřených diskusí** a rozebráním demonstrací zahájení rozhovoru s pacientem dle Peytonova modelu.

Komunikačním dovednostem se učíme již od raného dětství. **Klinická komunikace ale vyžaduje znalosti a pochopení komunikačních scénářů, které se od těch v reálném životě podstatně liší.** Během výuky Propedeutiky I-III projdeme postupně dovednosti důležité nejen pro zahájení rozhovoru, ale i získávání informací (odběr anamnézy), komunikaci během fyzikálního vyšetření, dále edukaci a vysvětlování a také uzavření rozhovoru jako celku.

Nenechme se ale mýlit. Výuka komunikace, tedy osvojování si nových komunikačních scénářů, probíhá plynule napříč výukou, aniž bychom se o to snažili – počínaje náhodným rozdělením studentů vedoucím k nutnosti interakce s různými kolegy, diskusemi, dále podáváním a přijímáním zpětných vazeb, ale také pozorováním chování kolegů atd. Lektoři se přitom budou snažit prostředím výuky udržovat v rovině tzv. dospělé komunikace. Správná komunikace v širším slova smyslu není zdaleka jen o tom, jestli použijeme tu či onu frázi, ale co verbálně i neverbálně komunikujeme, co „vyzařujeme“, jaké hodnoty zastáváme a co je naším cílem. To ale jistě znáte již třeba z osobního života.

V cvičení Úvod do komunikace se budeme soustředit zejména na **zahájení rozhovoru**, jelikož tomu se budeme věnovat i v dalších cvičeních – např. v simulacích, ale i při podávání a přijímání zpětné vazby.

Každý rozhovor, každá komunikace, nějak začíná. A jako lékaři bude zejména na vaší zodpovědnosti, jak komunikace s pacientem proběhne.

Obsah

Základní informace k lekci	1
Čas potřebný na absolvování E-learningu: 30 minut	1
Výukové cíle	1
Zapamatujte si („take home message“).....	1
Vlastní e-learning k lekci	2
Úvodní slovo k lekci.....	2
Kapitola 1: Úvod do komunikace	3
Jak se komunikačním dovednostem učit?	3
Jaké komunikační dovednosti se budeme učit?.....	4
Kapitola 2: Příprava na rozhovor	5
Kapitola 3: První dojem	6
Kapitola 4: Zahájení rozhovoru s pacientem	7
Kapitola 5: Vztah lékař-pacient	8
Doctor-centred relationship (vztah orientovaný na lékaře)	8
Patient-centred relationship (vztah orientovaný na pacienta)	9
Kapitola 6: Lékař	10
Práce v pomáhajících profesích	10
Péče sama o sebe.....	10
Therapeutic Lifestyle Changes (TLC)	10
Shrnutí lekce	12
Take-home messages.....	12
Zdroje externích materiálů	12

Kapitola 1: Úvod do komunikace

Klinická komunikace (tedy obzvláště komunikace mezi pacientem a lékařem, ale i mezi lékařským a nelékařským zdravotnickým personálem, strukturované předávání informací apod.) je jednou ze základních lékařských dovedností. Komunikační dovednosti přispívají k **porozumění obtížím pacienta**, tedy k **platnějšímu stanovení prognózy**, a posilují tak naději lepšího vývoje, patří k tzv. „dobré lékařské praxi“. Komunikační dovednosti se podílí také na **osobním rozvoji lékaře**. Dle výzkumů lidé s dobrými komunikačními dovednostmi mají subjektivně i vyšší kvalitu života. Efektivní komunikace také přispívá k prevenci syndromu vyhoření a lepšímu zvládnání stresu.¹

Celkovou vizí výuky komunikace pak je, aby absolventi předmětu Propedeutika I-III byli v dalším studiu a následně každodenní práci motivováni následujícími pěti principy: **(K jednotlivým bodům/nadpisům „komiksové“ náskry, nechám na kreativě tvůrců)**

1. **Zvědavost** – projevující se například potřebou porozumět nejen onemocněním, ale také svým pacientům a situacím, ve kterých se nacházejí.
2. **Respekt** – projevující se přístupem k pacientům a kolegům, ovšem i respektem k sobě sama, ke svým dovednostem; svou práci a dovednosti sám nezhodnocuji.
3. **Kritické uvažování** – projevující se zamýšlením nad symptomy, indikovanými vyšetřeními a léčbou. Ale také zamýšlením se nad tím, co dělám, jestli a jaký to má smysl.
4. **Kreativita** – projevující se hledáním nových řešení starých problémů, vystupováním ze zajatých kolejí.
5. **Spolupráce** – projevující se schopností spolupracovat s kolegy a pacienty s cílem dosažení co nejlepšího možného výsledku, ale také nezištným předáváním nabytých znalostí a dovedností.²

Jak se komunikačním dovednostem učit?

V rámci kurikula komunikace předmětu Propedeutika I-III se setkáte s několika formami výuky. **E-learning** slouží k domácí přípravě a seznámení se s tématem.

Kontaktní výuka komunikace probíhá de facto v každém cvičení, a to na podkladu simulací a „na problém orientované výuky“. V užším slova smyslu je založena na sebezkušenosti, interakci s lektory, vyučujícími, studenty a zejména na vícezdrojové zpětné vazbě, a to v bezpečném prostředí Simulačního centra. **Nabyté znalosti a dovednosti je pak nutné aplikovat a zkoušet v reálném životě**, tedy například v předmětu Propedeutiky II a III na klinikách v rozhovorech s reálnými pacienty.

A to proto, že ani sebelepší e-learning ani jedno, dvě nebo deset cvičení nebo přednášek by vás samy o sobě neposunuly v rovině komunikace. Lidé fungují a komunikují na základě svých životních zkušeností, v komunikaci nazývaných **scénářů**, které si se sebou nesou už od dětství. Odporovali je už v prvních letech života zejména od svých rodičů, později pak ve školce, škole, ve vztazích, od kamarádů, vzorů atd. Nové scénáře si osvojí, jen pokud jsou novým komunikačním scénářům delší dobu vystaveni a poznají jejich benefit.

V těchto scénářích často hraje roli zejména **neverbální komunikace** – co člověk během mluveného projevu i mlčení vyzařuje – tedy, co my jako jedinci na ostatních „pozorujeme“. V neverbální i verbální komunikaci mají lidé tendenci tyto zažité a napozorované scénáře opakovat a uplatňovat i tam, kde se to primárně nehodí – například v komunikaci s pacientem.

¹ Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them. *BMJ* 2002; 325(7366):697-700.

² General Practice: Essential Clinical Communication – key tasks of the consultation. *University of Bristol, Medical School: Center for Academic Primary Care* [online]. UK Council of Communication Skills Teaching in Undergraduate Medical Education [cit. 2020-12-03]. Dostupné z: <http://www.bristol.ac.uk/medical-school/hippocrates/primarycare/Formularbeginn>

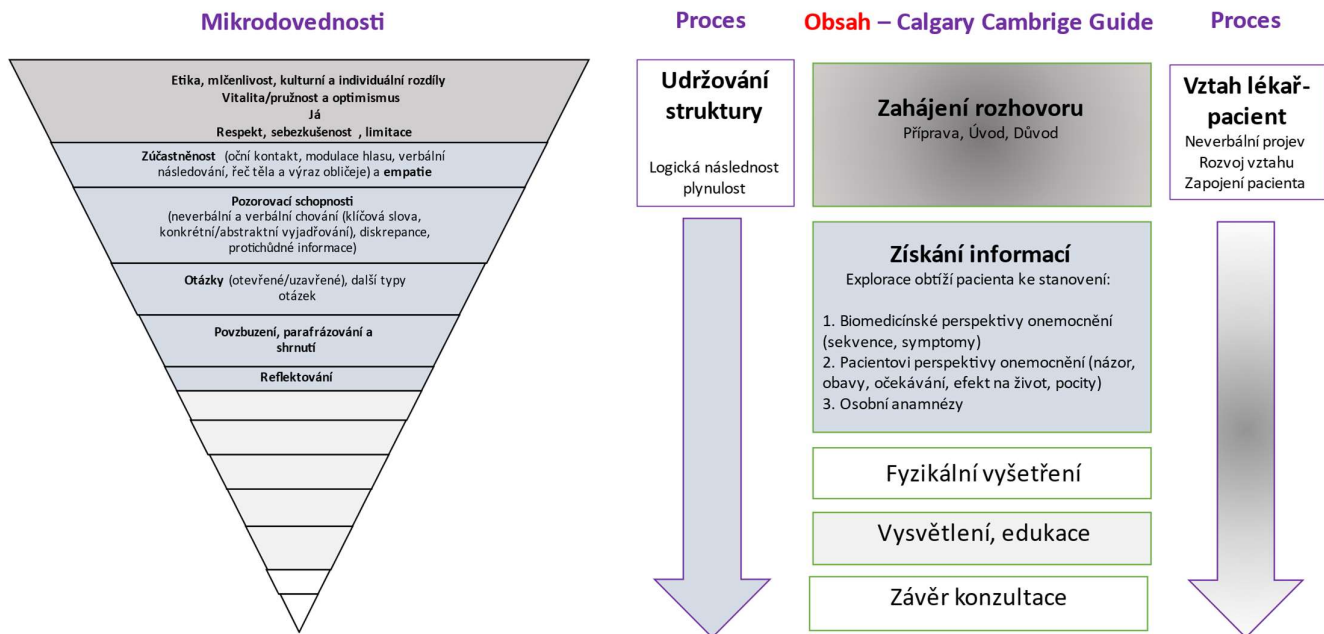
Předmět Propedeutika se bude snažit vám zprostředkovat prostředí tzv. dospělé komunikace a naučit vás základní klinické komunikační dovednosti.

Jaké komunikační dovednosti se budeme učit?

Kurikulum komunikace vychází zejména z **Calgary Cambridge Guides** (Kurtz, Silverman) publikovaného na přelomu tisíciletí. Tento průvodce rozděluje výuku komunikace po stránce obsahu a procesu celkem do sedmi částí s celkem 71 dovednostmi a je určen primárně pro výuku pregraduálních studentů

Další inspirací je koncept **Microskills** (základních dovedností) Allen E. Iveyho a spoluautorů. V letech 1966-68 představovaly Microskills první na videu založený výukový materiál týkající se komunikace. Microskills se postupně vyvíjely a představují pyramidu jednotlivých konzultačních dovedností, které je možné se systematicky učit.

Nákres hezcí.



KURTZ, Suzanne, Jonathan SILVERMAN, John BENSON a Juliet DRAPER. Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching. *Academic Medicine* [online]. 2003; 78(8), 802-809 [cit. 2020-11-01]. ISSN 1040-2446. Dostupné doi:10.1097/00001888-003080000011 IVEY, Allen E., Mary Bradford IVEY a Carlos P. ZALAJUETT. *Intentional Interviewing and Counseling: Facilitating Client Development in a Multicultural Society*. Boston, MA 02210 USA: Cengage Learning, 2016. ISBN 978-1-305-86578-5.

Kapitola 2: Příprava na rozhovor

Význam přípravy na rozhovor s pacientem má několik rovin. První z nich je **profesionalita lékaře**. Je otázka vlastní profesionality lékaře se na rozhovor připravit:

- obzvláště pokud jsou k dispozici **informace** o pacientovi o aktuálních obtížích nebo předchorobí, do kterých lze alespoň zběžně nahlédnout.
- Pokud jako studenti a později lékaři již pacienty známe, nedělá dobrý dojem, když o nich nevíme základní informace, ztrácíme tím **kredibilitu**. V dnešní praxi a množství pacientů si jen málokdo zapamatuje veškeré detaily o svých pacientech, i proto je důležité vést kvalitní dokumentaci.
- Příprava zahrnuje také „technický aspekt“ - **volba prostředí, situace**, popř. pomůcek (např. naslouchátka pro starší pacienty, ale i zápisník a tužka na poznámky apod.) k zajištění komfortu pacienta, ale i lékařského tajemství.

Příprava na rozhovor je dále otázkou **osobního zájmu lékaře**.

- Je potřeba se ujistit, že naše **znalosti** jako studentů a lékařů odpovídají předpokládaným potřebám pro daný rozhovor/činnost a pokud ne, tuto mezeru vyplnit, popř. přivolat zkušenějšího kolegu apod. Jako studenti můžeme rámcový přehled získat okamžitě např. konzultací s lékařem vedoucím výuku, nebo nahlédnutím do výukových materiálů. Nejlepším přítelem na telefonu mnoha začínajících lékařů jsou různé handboky, programy na léky, příručky, kartičky apod. Lepší je věnovat pět minut přípravě než odebrat anamnézu nedostatečně, provést špatně úkon, zranit pacienta, nebo neprofesionálním přístupem ztratit/nezískat jeho důvěru.
- Z hlediska aktuálního **Time-managementu** pracovního dne, pokud víme, že musíme za dvě minuty vyřídit důležitý hovor, je nevhodné začít rozhovor s pacientem. Stejně tak, pokud nás začíná bolet hlava, máme hlad nebo potřebujeme vykonat nějaké jiné základní potřeby, opět je vhodné to udělat před plánovaným rozhovorem, operací, vizitou apod.
- Z hlediska **spokojenosti s naší prací**. To neplatí jen o rozhovorech, ale i o praktických činnostech, vedení výuky a mnohém dalším.

Příprava na rozhovor je také jedním ze základních faktorů, které mohou ovlivnit iniciální vztah lékař-pacient, kterému se budeme věnovat v další části. Přípravou můžeme zásadně ovlivnit to, jestli nás např. po iniciálním kontaktu pacient bude považovat za kompetentního, nebo ne.

Shrnutí – jedním z klíčů k úspěchu je příprava. Improvizace je dobrá, ale v oblasti péče o zdraví jiných lidí určitě ne základem. Nezaměňujeme improvizaci s kreativitou. Pokud rozhovory a obecně to, co děláme, nebude probíhat tak, jak bychom si přáli, budeme mít špatný pocit, což může způsobit diskomfort, pocit napětí a vyhýbání se určitým situacím. To může ovlivnit naše aktuální i dlouhodobé rozpoložení, nespokojenost sama se sebou a vést např. k syndromu vyhoření.

Toto se netýká pouze přípravy na rozhovor, ale i na zkoušku, na výuku jako lektor a spousty dalších situací.

Jste v roli medika po čtvrtém ročníku studia na letní prázdninové chirurgické praxi.

Sedíte s lékařem v ordinaci na pohotovosti. Lékař váš požádá, abyste u následující pacientky jménem Nováková Jana s pořadovým číslem 123 odebrali anamnézu a vyšetřili ji. Pacientka je tu kvůli akutním bolestem v pravém podžebří. Až budete hotoví, máte ho vyzvednout na sesterně na oddělení.

Zamyslete se. Jak, proč a jestli vůbec se na takovouto situaci připravit?

Kapitola 3: První dojem

Tak jako i v běžném životě, i v prvních okamžicích setkání s pacientem zanechává lékař (i pacient) první dojem. Ne nadarmo se říká, že „první dojem neuděláš dvakrát“. První dojem přetrvává a je základem **pro iniciální vztah lékař-pacient**. Lékař i pacient během prvních minut zjišťují, co jeden od druhého mohou očekávat. Úvodní část rozhovoru dává také možnost vymezit základní rámec rozhovoru, jaký čas je na rozhovor vyhrazen a co je jeho cílem.

Pacienti si přitom všímají především lékaře, jak lékař komunikuje, jestli vyzařuje zájem a jestli se dá celkově pokládat na základě jeho verbální a neverbální komunikace za „kompetentního“. První dojem se nepřímo podílí na konečném výstupu z rozhovoru, tedy nejen na nabytých informacích, ale i na porozumění obou stran pacientovým symptomům a obavám a v konečném důsledku pak na compliance (spolupráce, „přilnutí“) pacienta k diagnosticko-terapeutickému procesu.

Zamyslete se: Co se může stát, pokud prvotní část rozhovoru nebude provedena správně nebo bude podceněna?

Další snímek teprve po odkliknutí/popřípadě odpověď po rozkliknutí.

Důsledky špatně zahájeného rozhovoru mohou být:

1. Pokud představení neproběhne správně, mohou vzniknout nejasnosti v tom, kdo s kým vůbec hovoří a proč.
2. Lékař nezjistí všechny obtíže a obavy pacienta.
3. Lékař a pacient neurčí správně aktuální hlavní obtíž pacienta na začátku rozhovoru.
4. Časový rámec rozhovoru nebude určen předem – to může vyústit v nedokončení rozhovoru, a také ve zklamání pacienta, jelikož neprobral svou agendu, a v negativní první dojem.

Podceněná úvodní část rozhovoru ze strany lékaře může tedy celkově vést k nedorozuměním, konfliktům a špatné compliance pacienta a tím k jeho horší prognóze. Zmatený a nejasný rozhovor s pacientem pak zvyšuje míru stresu lékaře.

Zamyslete se: Vzpomeňte si na situace, kdy vás v rozhovoru někdo očividně nevnímal nebo ignoroval. Jak jste se cítili? Čím vám dala druhá osoba najevo, že vás neposlouchá?

Pacient, který se cítí příjemně, tak, že je mu nasloucháno, pravděpodobně sdělí větší množství informací a detailů než ten, který si připadá ignorován a je např. v bolestech nebo v prostředí, ve kterém se necítí dobře (např. nedostatek soukromí). Komfortní a důvěrné prostředí přispívá k detailnějšímu a platnějšímu stanovení důvodů návštěvy pacienta z hlediska lékaře a pacienta, což zásadním způsobem ovlivňuje efektivitu a vypovídací hodnotu celého rozhovoru.

Další snímek teprve po odkliknutí/popřípadě odpověď po rozkliknutí.

Kapitola 4: Zahájení rozhovoru s pacientem

Cílem zahájení rozhovoru lékař-pacient je nastínit agendu (tedy jakýsi seznam bodů, který je třeba probrat) z pohledu **lékaře i pacienta**, zároveň položit základ pro vytvoření optimálního vztahu mezi lékařem a pacientem a určit důvody (příčiny) rozhovoru.

V rozhovoru má **lékař** zpravidla za cíl získat informace ke stanovení (pracovní) diagnózy jako první části diagnosticko-terapeutického procesu, nebo předat pacientovi informace či získat jeho informovaný souhlas. **Pacient** většinou chce objasnit své obtíže, získat informace o léčbě, nebo probrat svoje obavy. Profesionální odpovědnost za vedení rozhovoru a zahrnutí obou agend je na lékaři.

Metodická publikace od zakladatelů Calgary Cambridge Guide uvádí, že lékaři za svůj profesní život provede až 300 tisíc rozhovorů s pacientem. Téměř v polovině případů anamnestických rozhovorů se pacient a lékař po proběhlém anamnestickém rozhovoru neshodují na hlavní obtíži pacienta.³

K správnému zahájení rozhovoru, tedy k vytvoření optimálního prvotního vztahu mezi lékařem a pacientem a určení hlavní obtíže se váže následujících devět základních dovedností:⁴

1. **Pozdrav a ověření identity pacienta.**
2. **Představení se jménem a vysvětlení své role.**
3. **Vysvětlení účelu vyšetření/rozhovoru.**
4. **Získání informovaného souhlasu.**
5. **Demonstrace respektu a zájmu o komfort pacienta.**
6. **Použití vhodné úvodní otevřené otázky ke zjištění hlavní obtíže pacienta.**
7. **Aktivní naslouchání.**
8. **Hledání dalších obtíží pacienta.**
9. **Komunikace o dalším postupu s přihlédnutím k perspektivě lékaře i pacienta.**

Tyto dovednosti lze vnímat i jako položky rozhovoru, které na sebe volně navazují a často se doplňují. Např. k získání informovaného souhlasu k odběru anamnézy je nutné vysvětlit svoji roli a účel rozhovoru. K zjištění hlavní obtíže pacienta se váže aktivní naslouchání atd.

Výzkumy ukazují, že většina pacientů přichází k lékaři se svou vlastní agendou, která se často podstatně liší od agendy lékaře. Agenda pacienta může být v rovině nároků – volba lékaře, pokoje, léčby; ale také otázek, které chtějí pacienti lékaři položit, dále názory, jaké onemocnění by mohli mít, nebo co je mohlo způsobit. Samozřejmě přichází také s obavami a nejistotou.

Svou hlavní obtíž, tedy to, co pacienta nejvíce tíží nebo „omezuje na životě“, pacient také nemusí z mnoha důvodů sdělit na prvním místě. Ať již proto, že se stydí, nebo proto, že nezískal důvěru v lékaře.

Podobná videa budou natočena:

- Proklikat několik prvních videí týkajících se zahájení rozhovoru s pacientem a vytváření vztahu lékař-pacient. Vídeje budou natočena jako celek a pak vystřihány jednotlivé dovednosti do videí zvlášť. Plán je zapojit několik lékařů různých oborů v různých situacích v kontaktu s pacientem, v rozhovorech, které jsou denní rutinou. Za tímto účelem ideálně v SIMU vytvořit co nejrealističtější prostředí a ideálně sehnat herce tak, aby situace vypadaly co nejvěrohodněji.
- Vídeje budou natočena ideálně, jakmile to bude možné cestovat do České republiky
- Předloha pro studijní účely zatím tu on Medilectures and The UK Council of Clinical Communication in Undergraduate Medical Education (UKCCC) <https://vimeo.com/broadcastprods/medilectures/video/50521606>
-

³ 1. KURTZ, Suzanne M a Jonathan D SILVERMAN. The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes. *Medical Education* [online]. 1996, **30**(2), 83-89 [cit. 2020-11-01]. ISSN 03080110. Dostupné z: doi:10.1111/j.1365-2923.1996.tb00724.x

⁴ KURTZ, Suzanne, Jonathan SILVERMAN, John BENSON a Juliet DRAPER. Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching. *Academic Medicine* [online]. 2003, **78**(8), 802-809 [cit. 2020-11-01]. ISSN 1040-2446. Dostupné z: doi:10.1097/00001888-200308000-00011

Kapitola 5: Vztah lékař-pacient

Vztah lékaře a pacienta, jakkoliv to může znít samozřejmě, **zásadně ovlivňuje pacientovo zdraví**, a to napříč spektrem zdravotní péče. Toto je téma na dlouhou diskusi, pokusíme se jej ale v pár řádcích ilustrovat.

Důležité jsou již první zkušenosti se zdravotní péčí v dětství a mládí a vůbec výchova rodičů a vzor, jaký dětem dávají. Významnou roli hrají také obvodní lékaři a obzvláště jejich důvěryhodnost a kompetence. Později jsou to pak první zkušenosti s nemocničním prostředím, které začínají již u příjmu např. vlídností personálu, a pokračují průběhem hospitalizace a zvládnutím vlastních obav a strachu. Co se týče civilizačních chorob, zde se ukazuje, že alfa omega změn jsou opět obvodní lékaři.

Právě v „léčbě“ civilizačních chorob, popř. minimalizaci jejich škod, hraje významnou roli motivace pacienta i např. ke změně životního stylu nebo v dodržování režimových opatření a léčby. Statistiky z ČR bohužel chybí, např. ale v USA dle výzkumů nebere až 50 % pacientů léky na chronická onemocnění správně a až 20-30 % předepsaných léků nejsou vůbec vyzvednuty.⁵ Zato jsou data, kolik léků v ČR spláchneme do záchodu a vyhodíme. V případech zájmu si dohledejte.

Zamyslete se. Jakým způsobem lze například nejen nedostatečnou compliance, ale i spektrum civilizačních chorob a jejich rozložení ve společnosti změnit? A vůbec vést pacienty k prevenci vzniku onemocnění, popř. jejich komplikací?

Jedním z klíčů je bezpochyby **zapojit agendu a perspektivu pacienta již od začátku terapeuticko-diagnostického procesu** a jakkoliv to zní triviálně, snažit se pacienta vést ke zdraví, nejen ho zbavit v tomto momentu určité nemoci.

Obrazně řečeno, když k nám přijde pacient, nesnažit se z něj „extrahovat“ nemoc a léčit ji „mimo pacienta“, ale provázet pacienta na cestě ke zdraví (a ekvivalentně v paliativní péči na cestě ke smrti) s uvědoměním si jeho perspektivy. Samozřejmě léčba zahrnuje reálné kroky, které jsou tak jako tak často totožné.

Dále je důležité si uvědomit, že to, že nám lékařům připadá nějaký diagnosticko-terapeutický postup jako správný a jediný možný ještě neznamená, že to tak vidí i pacient, a že je pro něj opravdu vhodný a bude směřovat k maximálnímu možnému potenciálu naplnění jeho zdraví. Zdraví je totiž komplexní pojem, jedná se dle definice WHO o stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nejen nepřítomnosti nemoci nebo vady.⁶ V rozhodování pacienta hrají roli i jiné než jen zdravotní a medicínské aspekty. A právě pomocí jednotlivých komunikačních dovedností (např. v této lekci zmíněných otevřených otázek a hledání dalších než jen hlavních obtíží pacienta, principy aktivního naslouchání a respektujícího a vlídného přístupu k pacientovi) mu pomůžeme „otevřít dveře“ k péči o jeho zdraví, compliance, ale také spoluzodpovědnosti za výstup.

Lékaři tráví velké množství času dokumentací a administrativou, i proto zdánlivě na komunikaci s pacientem zbývá méně času. S pacientem lze efektivně a zúčastněně komunikovat vždy, i např. během fyzikálního vyšetření, čemuž se budeme věnovat mimo jiné i v dalším semestru.

Obecně existují dva modely vztahu lékař-pacient, vztah orientovaný na lékaře a vztah orientovaný na pacienta.

Doctor-centred relationship (vztah orientovaný na lékaře)

Práce lékaře by se dala často parafrázovat třeba jako hledání a stanovení správných diagnóz a správné léčby, odhalování a minimalizace rizik napříč tímto procesem.

V perspektivě pracovního dne lékaře je tato každodenní práce podmíněna pracovním prostředím. V tom hraje zásadní roli množství dostupného času na pacienta, aktuální dovolené/nemoci kolegů, nebo také výuka studentů.

⁵ BRODY, Jane E. The Cost of Not Taking Your Medicine. *The New York Times* [online]. © 2021 The New York Times Company, 2017 [cit. 2021-01-25]. Dostupné z: <https://www.nytimes.com/2017/04/17/well/the-cost-of-not-taking-your-medicine.html>

⁶ WHO, 1946

jak a proč? Jaká jsou rizika, pokud pacienta v tomto smyslu začneme poučovat? A proč to vlastně děláme? Jsou jiné možnosti, jak a kde např. naši frustraci ventilovat?

Kapitola 6: Lékař

Během klinické části studia medicíny se budete několik let setkávat s lékaři a pacienty v jedinečné perspektivě pozorovatele. Zamýšlejte se již během studia nad tím, jak různí lékaři a pacienti komunikují. Hledejte také paralely v chování lékařů a pacientů. A přemýšlejte, jací lékaři chcete být.

Zamýšlejte se nad tím, jak životní styl a zdraví lékaře ovlivňují jeho práci, ale i jak práce lékaře ovlivňuje jeho zdraví a životní styl.

V tomto smyslu přemýšlejte i nad svým zdravím a životním stylem již během studia. Dlouhodobý stres je téměř nevyhnutelnou součástí náročného studia medicíny a každý jsme se s ním vyrovnávali a vyrovnáváme trochu jinak.

Trocha stresu sice může posílit výkon, dlouhodobý stres ale zpravidla vede k únavě, snížení schopnosti se koncentrovat, rozhodovat, ale také k podrážděnosti a pocitu přehlcení. To ovlivňuje pak nejen vás, ale i vaše okolí.

Práce v pomáhajících profesích

V České republice se stále více diskutuje tzv. syndrom vyhoření nejen u lékařů a zdravotníků, ale obecně u pracovníků v pomáhajících profesích, kam patří i zaměstnanci ve školství, sociálních službách apod. Péče o ostatní může být naplňující, ale také velmi fyzicky, psychicky a časově náročná. Existují také tvrdá data o tom (ne pouze lidové rčení „kozel zahradníkem“), že lékaři a zdravotníci často opomíjejí své vlastní zdraví a popírají často až do očí bijící symptomy, se kterými normálně posílají své pacienty nebo blízké ke specialistům anebo je dokonce sami léčí.

Čas, energie a úsilí vložené do péče o ostatní totiž často vede k tomu, že péče o vlastní zdraví a svůj životní styl, tedy péče o vztahy, sport, odpočinek a podobě se dostává na vedlejší kolej.

Někteří z vás již toto možná pozorují na stážích, v okolí, ve své rodině, nebo sami na sobě.

Péče sama o sebe

Zamyslete se. Proč studujete medicínu?

Tato otázka ilustruje to, že chcete-li dosáhnout svého cíle, kvůli kterému studujete medicínu, měli byste se starat o své vlastní zdraví a pohodu, abyste měli předpoklady svůj cíl, popř. potenciál, vůbec naplnit.

V „kodexu lékaře“ ve Velké Británii („*Good medical practice*“⁷) stojí mimo jiné, že jako lékař byste měl navštěvovat pravidelně obvodního lékaře, měl byste vyhledat odbornou pomoc při známkách onemocnění, které by mohly ovlivnit vaši práci. Také byste neměli své kolegy a pacienty vystavovat riziku na základě vašeho aktuálního zdravotního stavu. K tomu patří mimo jiné i to, že lékaři ve Velké Británii jsou očkováni proti běžně komunitně přenosným infekčním onemocněním.

Jak si ale uvědomit, jaký vůbec mám životní styl, nebo jak ho změnit?

Therapeutic Lifestyle Changes (TLC)

Therapeutic Lifestyle Changes (TLC) je dietní systém sloužící ke snížení hladiny cholesterolu. V širším pohledu představuje cestu k uvědomění si svého životního stylu a rozpoznání konstruktivních a destruktivních vzorců

⁷ dostupné na: <https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-guidance-for-doctors/good-medical-practice>

chování. Celkově vede TLC k zamyšlení nad životním stylem. Příklady změn zahrnují např. oblasti fyzické aktivity, stravování, meditace, altruismu a kladou si za cíl **posílit resilienci jedince** (zjednodušeně jeho odolnost, volně vysvětleno jako schopnost překonat těžké životní situace) **a dosáhnout lepšího pocitu ze sebe sama.** ⁸

TLC si tedy představte spíše jako začátek procesu, první krok, kdy jen malá změna může vést celkově k nasměrování novým směrem.

Resilience člověka (lékaře, pacienta i všech dalších) se podílí nejen na fyzickém zdraví v širším slova smyslu, ale i na vzniku, průběhu i léčbě nemoci. Životní styl určuje zásadním způsobem např. compliance a prognózu u řady civilizačních onemocnění, má vliv na vzniku mnoha nádorových onemocnění atd. K tomu lze uvést několik citátů:

- Martin Seligman (americký psycholog, jeden ze zakladatelů „pozitivní psychologie“ – PERMA) ve svých výzkumech objevil, že „smysl“ je základním aspektem spokojeného života.
- Viktor Frankl (rakouský neurolog a psychiatr, přeživší z nacistického koncentračního tábora Auschwitz) postuloval, že smysl a životní vize dokáže přenést mnoho lidí přes těžké životní situace. ⁹

Samozřejmě jsou v medicíně onemocnění, kde vám „životní styl a vize“ nejsou z hlediska prognózy nic platné, ale z hlediska kvality života v nemoci tvoří jeden ze základních kamenů. To platí i pro kvalitu našeho života.

Na jedné z prvních přednášek na LF MUNI se dříve říkalo, že každý třetí z nás dostane rakovinu a každý druhý na ni umře. To je trochu drastický případ, který chtěl ilustrovat, že nikomu z nás se dříve nebo později nevyhnu těžké rány osudu postihující nás samotné nebo naše blízké, ať již zdravotní, nebo jiné povahy. Jakým způsobem se s nimi vyrovnáme a jak budeme žít dál, závisí z velké části na našem životním stylu a naší odolnosti z něho plynoucí.

⁸ IVEY, Allen E., Mary Bradford IVEY a Carlos P. ZALAUQUETT. Intentional Interviewing and Counseling: Facilitating Client Development in a Multicultural Society. 9. Boston, MA 02210, USA: Cengage Learning, 2016. ISBN 978-1-305-86578-5.

⁹ ad ibidem

Shrnutí lekce

A tím jsme se dostali na závěr.

Zamyslete se. O čem E-learning vlastně byl? A co si z něj odnášíte?

Take-home messages

- „Správná“ klinická komunikace není o používání „správných“ frází, ale o pochopení a směřování k „správnému“ cíli a účelu rozhovoru.
- Rozhovor začíná přípravou na něj, přípravu nepodceňujeme.
- Klinické komunikační dovednosti je potřeba se učit, je to v zájmu našich pacientů i nás samotných.
- Aktivně zjistit a zahrnout agendu pacienta již od začátku rozhovoru nám poskytne cenné informace, které bychom jinak mohli opominout.



Zdroje externích materiálů

- IVEY, Allen E., Mary Bradford IVEY a Carlos P. ZALAUQUETT. *Intentional Interviewing and Counseling: Facilitating Client Development in a Multicultural Society*. 9. Boston, MA 02210, USA: Cengage Learning, 2016. ISBN 978-1-305-86578-5.
- KURTZ, Suzanne, Jonathan SILVERMAN, John BENSON a Juliet DRAPER. *Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching*. *Academic Medicine* [online]. 2003, 78(8), 802-809 [cit. 2020-11-01]. ISSN 1040-2446. Dostupné z: doi:10.1097/00001888-200308000-00011
- Lipkin M, Jr. *Sisyphus or Pegasus? The Physician Interviewer in the Era of Corporatization of Care*. *Annals of Internal Medicine* 1996; 124(5):511-513.
- KURTZ, Suzanne M a Jonathan D SILVERMAN. *The Calgary-Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes*. *Medical Education* [online]. 1996, 30(2), 83-89 [cit. 2020-11-01]. ISSN 03080110. Dostupné z: doi:10.1111/j.1365-2923.1996.tb00724.x
- Maguire P, Pitceathly C. *Key communication skills and how to acquire them*. *BMJ* 2002; 325(7366):697-700. *General Practice: Essential Clinical Communication - key tasks of the consultation*. *University of Bristol, Medical School: Center for Academic Primary Care* [online]. UK Council of Communication Skills Teaching in Undergraduate Medical Education [cit. 2020-12-03]. Dostupné z: <http://www.bristol.ac.uk/medical-school/hippocrates/primarycare/>
- BRODY, Jane E. *The Cost of Not Taking Your Medicine*. *The New York Times* [online]. © 2021 The New York Times Company, 2017 [cit. 2021-01-25]. Dostupné z: <https://www.nytimes.com/2017/04/17/well/the-cost-of-not-taking-your-medicine.html>