

18

VEDENÍ KLINICKÉHO ROZHOVORU

OBSAH KAPITOLY

- 18.1 Jak komunikujeme
 - 18.1.1 Verbální komunikace
 - 18.1.2 Neverbální komunikace
- 18.2 Vedení klinického rozhovoru
 - 18.2.1 Model lékař a pacient
 - 18.2.2 Model Calgary-Cambridge
- 18.3 Obtížné rozhovory
 - 18.3.1 Komunikace s rozzlobeným pacientem
 - 18.3.2 Komunikace s úzkostným pacientem
 - 18.3.3 Komunikace s rozrušeným pacientem
- 18.4 Sdělování nepříznivých zpráv

Rámečky

- 18.1 Komunikace jako proces sdělování zpráv
- 18.2 Zahájení klinického rozhovoru
- 18.3 Shromažďování informací
- 18.4 Vysvětlení a plánování
- 18.5 Ukončení klinického rozhovoru

Případová studie

- 18.1 Sdělování nepříznivé zprávy

Obrázky

18.1 Agenda lékaře a pacienta

18.2 Model Calgary-Cambridge pro vedení klinického rozhovoru

Výzkum

18.1 Rozhovory zaměřené na pacienta a žaloby pro zanedbání péče

CÍLE UČENÍ

Tato kapitola si klade za cíl pomoci vám v následujících bodech:

- Umět popsat různé způsoby, jakými komunikujeme.
- Uvědomovat si důležitost pacientových témat při klinickém rozhovoru.
- Znat komunikační dovednosti potřebné v různých stádiích klinického rozhovoru.
- Umět popsat účinné způsoby, jak se při klinickém rozhovoru postavit k silným emocím, jako je zlost, úzkost nebo emoční napětí.
- Zamýšlet se nad faktory, které jsou důležité, když pacientům sdělujeme nepříznivé zprávy.

Jak jsme viděli v předchozí kapitole, způsob naší komunikace s pacienty je důležitou součástí lékařské praxe. Dobrá komunikace má vazbu na přesnější diagnózy, ze strany pacienta na lepší chápání, lepší dodržování léčby, větší spokojenost a zlepšení fyzických i emočních výsledků. Dobrá komunikace rovněž vede k nižší iatrogenii (tj. nepříznivým účinkům či komplikacím), menšímu množství komplikací a žalob.

Komunikace v klinickém prostředí vyžaduje zvláštní dovednosti. Při nácviku klinických dovedností se používají např. předstírané klinické rozhovory, hraní rolí, videozáznamy a zpětná vazba. Někteří studenti považují takový nácvik za umělý, důkazy ale svědčí o tom, že jde o účinný způsob, jak si tyto dovednosti osvojit. Autoři jedné studie např. hodnotili výkon studentů třetího ročníku medicíny při klinických zkouškách před a po zavedení nácviku komunikačních dovedností. Studenti, kteří absolvovali nácvik komunikačních dovedností, si při zkoušce vedli lépe. Byli hodnoceni jako kompetentnější, s lepšími vztahy s pacientem a lepší, pokud šlo o hodnocení pacienta, vyjednávání a rozhodování. Během klinické konzultace také projevovali lepší organizační dovednosti a lépe hospodařili s časem (Yedidia et al., 2003).

Začneme tím, jak komunikujeme prostřednictvím verbálních a neverbálních projevů. Ve druhé části se podíváme na vedení klinického rozhovoru včetně různých modelů vedení rozhovoru a specifických dovedností a technik, které při tom lze využívat.

V poslední části se budeme zamýšlet nad komunikačními dovednostmi, které potřebujeme mít při obtížných setkáních, např. s pacienty, kteří mají zlost nebo jsou stresovaní, a také při sdělování špatných zpráv.

18.1 JAK KOMUNIKUJEME

18.1.1 VERBÁLNÍ KOMUNIKACE

Součástí **verbální komunikace** je, *co* říkáme, a také, *jak* to říkáme. Řeč je často až překvapivě nesouvislá. Uvádíme příklad muže, který mluví o své sexuální aktivitě.

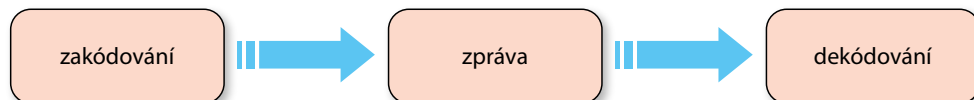
Otázka: „Jak moc je pro vás důležité být sexuálně aktivní?“

Odpověď: „Být sexuálně aktivní je důležité. Je to jen teď. No... Mám – řekl bych, že se asi k ženám nechovám nejlíp. Moje máma mi za to věčně nadává, ale já – chci říct, že je podvádím, jsem jim nevěrný, což je špatné, a já vím, že je to špaté, ale myslím, že jsem v tomhle ohledu asi tak nějak nejistý. Což je... Nevím proč, ale prostě je to tak. Jo... Sex mám docela hodně rád.“

Při interpretaci významu řečeného se používá celá škála faktorů včetně neverbálního chování a sociálního kontextu. V důsledku toho není výjimkou, že i když je naprosto jasné *co* říkáme, lidé si to přesto mohou vysvětlit špatně v důsledku svých očekávání, přesvědčení, sociálního kontextu, charakteristik řeči (např. našeho tónu) a neverbálního chování.

Na jednoduché úrovni lze komunikaci pojímat jako proces sdělování zpráv, jak ukazuje rámeček 18.1. V každém z těchto stadií může mít komunikace poruchu. Zpráva může být dvojnásobná (tj. potíže mohou být důsledkem způsobu, jakým jsme zprávu *zakódovali*), v důsledku šumu může být těžké zprávu slyšet (tj. potíže může být v *přenosu*



RÁMEČEK 18.1 Komunikace jako proces sdělování zpráv

zprávy) nebo může druhá osoba zprávu mylně interpretovat (tj. potíže mohou vzniknout při *dekódování*).

V lékařské praxi jsou důležitá jak slova, která používáme, tak způsob, jak je říkáme. Také způsob kladení otázek může ovlivnit to, jak pacienti odpovídají. **Uzavřené otázky**, které zpravidla začínají slůvky jako „*byl, je, měl, můžete*“, vyžadují ustálené odpovědi, zpravidla „*ano*“ nebo „*ne*“. Takový typ otázek je užitečný, jestliže potřebujeme získat konkrétní informaci nebo se o něčem ujistit, např. „*Měl jste už na to předepsané nějaké léky?*“ nebo „*Je ta bolest ostrá, nebo tupá?*“ Nevýhodou uzavřených otázek je, že přinášejí velmi omezené množství informací. **Otevřené otázky** naproti tomu vybízejí dotazované k tomu, aby mluvili volně, a zpravidla začínají slůvky „*co, jak, kdy, proč*“ atd. Takové otázky jsou užitečné, protože pacienty podněcují k tomu, aby vyjádřili, co je důležité, vlastními slovy, např. „*Kvůli čemu jste mě dnes vyhledal?*“ nebo „*Jaká ta bolest je?*“ Nevýhodou je, že se méně hodí k dosažení konkrétního cíle nebo objasnění konkrétních bodů.

Při vedení klinických rozhovorů jsou užitečné jak otevřené, tak uzavřené otázky. Běžný je přístup, který bývá označován jako „**od otevřených k uzavřeným**“ nebo „**trychtýř**“, kdy na začátku převládají otázky otevřené, které umožní získat širší obrázek o problému z pacientova pohledu. Umožňují lékařovi naslouchat pacientovi a zvažovat, jaké další informace by mohly být užitečné. Použití otevřených otázek na začátku rozhovoru je mimořádně užitečné pro prozkoumání problémů: jejich význam pro shromáždění informací nelze dost zdůraznit. Častou chybou při klinických rozhovorech je příliš rychlý přechod k otázkám uzavřeným. S tím, jak jde rozhovor kupředu, ovšem může použití konkrétnějších otevřených otázek, sondovacích otázek a otázek uzavřených objasnit informace a získat podrobnosti, o nichž by se pacient jinak možná nezmínil.

Některých stylů kladení otázek je třeba se vyvarovat. Patří mezi ně vícečetné a návodné otázky. **Vícečetné otázky** jsou ty, v nichž vlastně klademe dvě nebo více otázek naráz, např. „*Už jste s tím byl u jiného lékaře a co jste na to bral?*“ Výsledkem je, že lidé zpravidla odpoví jen na jednu část otázky. **Návodné otázky** v sobě obsahují nápovědu správné odpovědi, např. „*Takže jste tedy bez bolesti?*“ nebo „*Zatím jste žádné problémy se srdcem neměl?*“ Otázky tohoto typu vnucují pacientovi naše vlastní předpoklady a jsou postaveny tak, že je obtížné jim odporovat. Výzkum týkající se výsledků v soudním řízení ukázal, že i nepatrná obměna slovního vyjádření může ovlivnit úsudek. **Například odhad toho, jak rychle jelo auto, když se střetlo s kamionem, bude pod vlivem výběru slovesa užitého v otázce (např. „vletělo do kamionu“ nebo „střetlo se s kamionem“): při použití slova *vlétnout* lidé řeknou, že auto jelo rychleji (Wright a Loftus, 2008). Proto**

návodné otázky nebo ty, v nichž jsou užitá slova naznačující míru, mohou ovlivnit odpovědi pacientů a je třeba se jim vyhýbat.

Interpretaci významu sdělení ovlivňují také **charakteristiky řeči**. Charakteristiky, jako tón, výška, přestávky, vzdechy a rychlost, působí na to, jak je řeč interpretována. Mohou zcela změnit smysl věty. Například sarkastický tón naznačuje, že osoba má na mysli přesný opak toho, co říká. Charakteristiky řeči lze použít také jako výpověď o okamžité náladě. Rychlá řeč vysokým tónem zpravidla vypovídá o aktivaci, jako je vzrušení nebo úzkost, zatímco velmi pomalá řeč může značit depresi. To lze v klinické praxi využít pro odhad a ovlivnění pacientovy nálady. Pokud např. mluvíte s pacientem, který je rozčilený nebo úzkostný, zkuste ho zklidnit tím, že záměrně zpomalíte tempo vlastní řeči a budete mluvit hlubším tónem. V lékařské praxi mohou charakteristiky naší řeči hodně vypovědět o našem vztahu s pacientem. V jedné studii se pořizovaly zvukové záznamy konzultací chirurgů s pacienty a následně se hodnotila řeč chirurgů co do vřelosti, hostility, dominance, obav a úzkosti. Například dominance byla uváděna, jestliže byla řeč středně rychlá, hlasitá, v hlubokém tónu a jasně artikulovaná. **Mezi chirurgy, u nichž byla zjištěna vysoká dominance a nízké obavy a úzkost, bylo až téměř trojnásobně vyšší zastoupení těch, na něž pacienti někdy podali žalobu (Ambady et al., 2002).**

18.1.2 NEVERBÁLNÍ KOMUNIKACE

Neverbální komunikace hraje v komunikaci zásadní roli. Jde o výraz obličeje, pohyby očí, zacházení s prostorem, postoj, gesta, doteky a tělesný kontakt. **Výraz obličeje** je důležitou výpovědí o náladě či emocích, jak jsme si ukázali v kapitole 2 (obrázek 2.1). **Pohyby očí** a oční kontakt pomáhají navázat s druhou osobou příjemný vztah neboli raport. Lidé se více dívají na lidi, které mají rádi nebo se jim líbí, a častý nebo dlouhý oční kontakt je zpravidla známkou pozornosti. Naproti tomu omezený oční kontakt může signalizovat vyhýbání se nebo emoční problémy, např. depresi. Je důležité nalézt správnou rovnováhu očního kontaktu. Na jednu stranu chceme působit pozorně, takže potřebujeme hodně očního kontaktu, zejména na začátku konzultace. Na druhou stranu může být prodloužený oční kontakt chápán jako příliš důvěrný nebo agresivní: koneckonců dlouhý přímý oční kontakt pozorujeme u zamilovaných dvojic, zatímco boxeři se jím snaží svého protivníka zastrašit tím, že ho ještě před zápasem „srazí pohledem“.

Zacházení s prostorem je určitá forma neverbálního chování, která může vyjadřovat podporu, nebo zastrašování. Osobní prostor lze dělit do čtyř zón (Hall, 1966):

1. intimní zóna (0–45 cm) – do této zóny mají zpravidla přístup pouze milenci, blízcí příbuzní a velmi blízcí přátelé;
2. osobní zóna (45–120 cm) – do této zóny mají přístup přátelé a členové rodiny;
3. sociální zóna (120–360 cm) – v této zóně se zpravidla odehrávají hovory se známými a kolegy v práci;
4. veřejná zóna (360–760 cm) – tato zóna je často použita, jestliže někdo hovoří k publiku.



AKTIVITA 18.1

Až příště pojedete do kina veřejnou dopravou, věnujte pozornost tomu, kde lidé sedí. Pokud prostor není zcela zaplněn, lidé se zpravidla snaží držet se v určité vzdálenosti od lidí, které neznají.

Tyto vzdálenosti platí pro severoamerické a severoevropské kultury. Ve vymezení těchto zón panují značné kulturní rozdíly. Mnoho arabských, latinskoamerických a středozemních kultur dává i při běžných hovorech přednost menším vzdálenostem. Tyto odchylky v normách mohou při setkání lidí z různých kultur působit problémy, protože osoba zvyklá na větší prostor se může cítit nepříjemně nebo se domnívat, že druhá strana chápe jejich vztah jako důvěrnější. Odlišnosti se týkají také určitých skupin pacientů. Lidé se schizofrenií např. kolem sebe potřebují větší osobní prostor (Horowitz et al., 1969).

Každá kultura má nepsaná pravidla o využívání prostoru, což má vliv na všechno, počínaje tím, jaké místo zaujmeme v posluchárně, až po to, kam si položíme deku na pláži. Pokud je něčí osobní prostor narušen, zpravidla se stáhne. Pokud to není možné, mohou lidé k vyřešení situace použít jiné projevy neverbálního chování. Jestliže jsme např. nuceni stát v těsné blízkosti neznámých lidí, snášíme to lépe při omezeném očním kontaktu (Yoshida a Hori, 1989). To zřejmě vysvětluje netečnost lidí dojíždějící denně do práce!

Zacházení s prostorem má řadu důsledků pro klinickou praxi. Zprvu musíme dát pozor na své umístění vůči pacientům. Nesmíme být tak blízko, abychom narušovali jejich osobní prostor, ani tak daleko, abychom jim signalizovali formální setkání ve „veřejné zóně“. Tradiční uspořádání ordinace, kdy lékař sedí za stolem, příliš nepomáhá dobrému raportu. Pokud je psací stůl nutný, je mnohem lepší, když sedíme u jeho rohu, aby mezi námi a pacientem nebyla žádná překážka.

Zadruhé, tělesné prohlídky a procedury je třeba provádět velmi obezřetně, protože při nich vstupujeme do pacientovy intimní zóny. Necitlivé poznámky nebo to, že pacienta během vyšetření nebereme dostatečně na vědomí, může mít na pacienty mimořádně negativní dopad právě proto, že nás vpustili do svého intimního prostoru. A konečně ne všichni mají svůj osobní prostor nastavený stejně, takže bychom neměli předpokládat, že víme, co je vhodné. Namísto toho bychom měli sledovat neverbální náповědu svědčící o tom, že se pacienti v dané vzdálenosti necítí dobře.

Držení těla vypovídá o pozornosti, zájmu, sociálním vztahu a postoji člověka k nám. Uzavřené držení těla, kdy má člověk překřížené paže a nohy a/nebo je nahrbený, svědčí o nedostatku zapojení nebo o defenzivě. Při vedení klinického rozhovoru je vhodné:

- otevřené držení těla (nic není překříženo);
- tělo je otočeno směrem k pacientovi;
- pozorný postoj (naklánějící se kupředu);
- uvolněnost (vysílá sdělení „Jsem uvolněný, mám na vás čas“).

Pacienti vnímají lékaře, kteří takové držení těla používají, jako empatičtější a s lepším raportem (Harrigan et al., 1985).

V sociálních situacích držení těla rovněž nazačuje osobní spojenectví. Když k sobě lidé cítí náklonnost, často vzájemně zrcadlí svoji polohu těla. Výzkumy ukazují, že takové zrcadlení posiluje raport s pacienty při klinických rozhovorech (Sharpley et al., 2001), je však třeba dělat to uvážlivě. Není pochopitelně vhodné zrcadlit postoj silně úzkostného pacienta, který si překřížil paže i nohy a celý se schoulil do sebe. Zrcadlení je nejvhodnější používat po úvodním sezení, protože jisté nálezy naznačují, že při prvním setkání může působit i negativně (LaFrance a Ickes, 1981).

A konečně **dotek** může být velmi silnou, lidskou reakcí, zejména je-li někdo ve stresu. Dotek je třeba vždy použít přiměřeně, s patřičným ohledem na citlivost pacienta a kodexy profesního jednání. V tom, co lidé považují za přijatelný dotek, jsou značné individuální a kulturní rozdíly.

Doteky jsou součástí **klinických vyšetření** – někdy na velmi intimních partiích těla. Většina lidí to přijímá vzhledem k sociálním rolím pacienta a lékaře. Profesionální doteky ze strany lékaře se poji s lepšími výsledky pro pacienty (Field et al., 2007; Kiernan, 2002). Pro pozitivní používání doteků jsou důležité čtyři faktory (Gelb, 1982):

1. Terapeutické setkání musí mít jasně dané hranice.
2. Dotek musí být přiměřený okolnostem.
3. Pacient by měl mít pocit, že fyzický kontakt může ovládat.
4. Dotek musí být ku prospěchu pacienta, nikoli terapeuta.

Pokyny pro tělesné vyšetření jsou uvedeny v klinických poznámkách 18.1.

KLINICKÉ POZNÁMKY 18.1

Tělesná vyšetření

Při provádění klinických vyšetření platí tyto základní zásady dobré praxe:

- Vysvětlete, co budete dělat.
- Požádejte pacienta o svolení.
- Zeptejte se na případné obavy.
- Respektujte cudnost.
- Během vyšetření nikdy nekomentujte pacientovu anatomii nebo stav.
- Sledujte pacientovu řeč těla a všimněte si případných známek neklidu.



Shrnutí

- Lidé spolu komunikují prostřednictvím verbálního a neverbálního chování.
- Verbální komunikace se skládá z toho, co říkáme a jak to říkáme.
- Komunikace se může narušit ve stadiu (a) kódování, (b) přenosu zprávy nebo (c) dekódování.
- To, jak něco řekneme, může převážit nad smyslem toho, co říkáme (např. sarkasmus), a jde o dobrý ukazatel nálady.
- Mezi neverbální chování se řadí výraz obličeje, pohyby očí, zacházení s prostorem, držení těla a doteky.
- Dobrý klinický rozhovor lékař vede při relaxovaném, otevřeném držení těla, s dobrým očním kontaktem a za vhodného používání prostoru a doteků.

18.2 VEDENÍ KLINICKÉHO ROZHOVORU

Bylo vypracováno několik modelů, které mají lékařům pomoci lépe porozumět procesům ve vedení klinických rozhovorů a zlepšit si potřebné komunikační dovednosti. V této části se zaměříme na dva z nich. První nastiňuje odlišné úhly pohledu lékaře a pacientů a vybízí k přístupu, který je více zaměřený na pacienta (model lékař a pacient). Druhý popisuje různá stadia klinického rozhovoru a zamýšlí se nad tím, které komunikační dovednosti a techniky by mohly být v jednotlivých stádiích užitečné (model Calgary-Cambridge; Kurtz a Silverman, 1996).

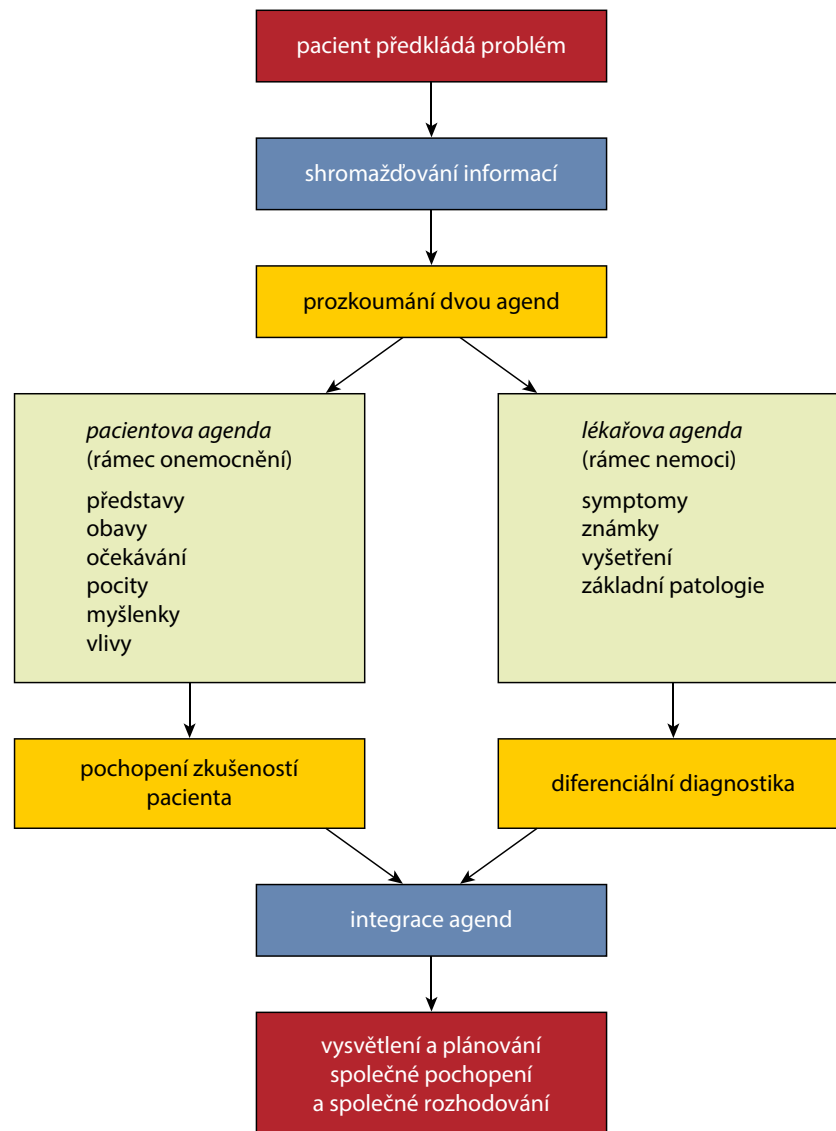
18.2.1 MODEL LÉKAŘ A PACIENT

Model lékař a pacient je zachycen na obrázku 18.1 (někdy je označován také jako model onemocnění a nemoc). Tento model zdůrazňuje, jak důležité je při vedení klinického rozhovoru uvažovat o odlišnosti agendy účastníků. První je **agenda lékaře**: lékař potřebuje prozkoumat a odhalit případné onemocnění. Proto se musí ptát na symptomy, provést vyšetření a zvažovat různé diagnózy. Druhá je **agenda pacienta**: ta vychází z pacientových potíží spojených s onemocněním (např. s nevolnostmi, které zažívá). Jak už jsme viděli v kapitole 4, pacienti mají své představy a svá přesvědčení o tom, co je v nepořádku, a mohou mít obavy z nemoci a z dopadů, které na ně bude mít.

Jednou ze silných stránek tohoto modelu je rovnocenný důraz kladený na obě agendy. Mnohé nálezy potvrzují důležitost požadavku brát v úvahu pacientovy představy a používat klinické rozhovory zaměřené na pacienta. Ukázalo se, že pokud se berou na zřetel přesvědčení a obavy pacienta, dochází k menšímu počtu následných kontrol,

vyšetření, posílání k jiným lékařům (Stewart et al., 1997), stížností a žalob kvůli zanedbání povinné péče (výzkum 18.1). Pacienti také spíše mluví o obtížných tématech, jako je prognóza rakoviny, a uvádějí vyšší míru spokojenosti s péčí (Shields et al., 2009).

Další silnou stránkou modelu je jeho zaměření na spolupráci mezi lékařem a pacientem. Model jasně říká, že po zvážení obou odlišných agend má dojít k jejich integraci, ke společnému plánování a společnému rozhodování o léčbě. Nálezy potvrzují větší účinnost přístupů k léčbě, které stojí na spolupráci. Přehled 48 studií např. odhalil, že konzultace se vztahy spolupráce, při nichž byl brán v potaz pacientův úhel pohledu, byly hodnoceny jako ty, které vedly k lepšímu dodržování léčby v případě souborů dětských i dospělých pacientů, a také jak v primární, tak v sekundární péči (Arbutnott a Sharpe, 2009).



OBRÁZEK 18.1 Agenda lékaře a pacienta (McWhinney, 1989)

VÝZKUM 18.1 Rozhovory zaměřené na pacienta a žaloby pro zanedbání péče



Metoda

Rutiní konzultace 115 lékařů primární péče byly nahrány na video, aby mohlo dojít k podrobnému prozkoumání jejich komunikačních dovedností. Lékaři byli rozděleni na ty, kteří dosud nebyli stíháni ani zažalováni pro zanedbání povinné péče, a ty, kteří již měli dvě a více takových žalob.

Výsledky

Lékaři bez žalob pro zanedbání péče:

- Používali více výroků usnadňujících orientaci, např. pacientům říkali, co mají očekávat, a upozorňovali je na to, co se během konzultace bude odehrávat.
- Více se smáli a používali humor.
- Žádali pacienty o jejich názor.
- Kontrolovali, zda pacienti všemu porozuměli.
- Povzbuzovali pacienty, aby mluvili.

Ironií je, že lékařům, na které byly podány žaloby, trvaly konzultace déle (18 minut) než lékařům bez minulých žalob pro zanedbání povinné péče.

Významnost

Tato a další studie celkem zřetelně dokazují, že dobré komunikační dovednosti a zřetel na pacientovu agendu vedou k lepší a efektivnější praxi.

Fotografie © Carlosseller/Fotolia

Levinson, W. et al. (1997) Physician-patient communication, *JAMA*, 277: 553–559.

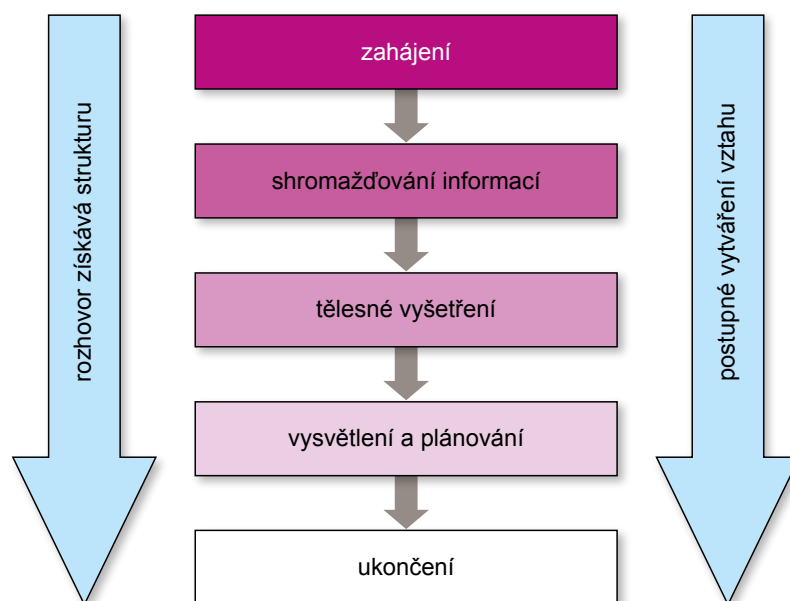
18.2.2 MODEL CALGARY-CAMBRIDGE

Model Calgary-Cambridge pro vedení klinických rozhovorů je znázorněn na obrázku 18.2. Tento model se od předchozího liší tím, že se zaměřuje na strukturu rozhovoru a uvádí, jaké dovednosti se v jednotlivých stádiích klinického rozhovoru mohou lékaři hodit. Nabízí jasnou strukturu, která je užitečná pro lékařské studium, protože pomáhá soustředit se na osvojení dovedností, které jsou v jednotlivých stádiích relevantní. Studenti tak mohou nabývat dovednosti s tím, jak se v každém ze stádií zdokonalují.

Zahájit setkání znamená začít s pacientem vytvářet dobrý vztah neboli raport a zjišťovat důvod konzultace. Seznam dovedností, které průvodce Calgary-Cambridge uvádí jako důležité pro toto stadium, je v rámečku 18.2. Je nesmírně důležité, zejména

v nemocničním prostředí, navázat první kontakt správně a nepředpokládat, že pacient ví, kdo jste, ani že je mu zřejmé, čeho se rozhovor bude týkat.

Užití otevřených otázek na začátku konzultace představuje velmi dobrý způsob, jak od pacienta získat maximum informací – za předpokladu, že potom poslucháme, co nám říká! Podle klasického výzkumu z osmdesátých let minulého století lékaři přeruší



OBRÁZEK 18.2 Model Calgary-Cambridge pro vedení klinického rozhovoru

RÁMEČEK 18.2 Zahájení klinického rozhovoru

Vytvořte výchozí raport

- Přivítejte pacienta a zeptejte se na jméno nebo si ho ověřte.
- Představte se a seznamte pacienta s vaší rolí.
- Projevte vůči pacientovi zájem a úctu.
- Udržujte dobrý oční kontakt a držení těla.

Zjistěte důvody konzultace

- Používejte otevřené otázky ke zjištění problémů, o nichž by si pacient rád promluvil.
- Naslouchajte pozorně tomu, co pacient říká a nepřerušujte ho.
- Ověřte si, zda si chce pacient promluvit ještě o něčem dalším (např. „Přišel jste tedy kvůli těm bolestem hlavy. Máte ještě něco dalšího, o čem byste si dnes potřeboval promluvit?“).

Upraveno podle: Silverman et al. (1997).

pacienta průměrně po 18 vteřinách (Beckman a Frankel, 1984). Přesto však na rozdíl od všeobecného přesvědčení platí, že čím víc lékař pacienta přerušuje, tím déle klinický rozhovor zpravidla trvá (Menz a Al-Roubaie, 2008). Přerušování naruší pacientovo soustředění a vede ho k přesvědčení, že má jen několik málo vteřin na to, aby řekl, co říct chce. Pozorně naslouchat je proto stejně důležité jako klást správné otázky.

Aktivní neboli pozorné naslouchání je osvojený proces, který se skládá z naslouchání, usnadňování odpovědí a zachytávání nářeků pacienta. Při úsilí pomoci pacientovi, aby pověděl svůj „příběh“ nebo uvedl podrobnosti o své situaci, lze použít řadu dovedností:

- **Povzbuzování:** neverbální a verbální povzbuzení, jako „aha“, „pokračujte“ nebo „chápu“, pacientovi signalizuje, že má ve svém příběhu pokračovat. Představuje jen minimální vyrušení a dává pacientovi nezbytnou jistotu, že může mluvit dál. Usnadňující poznámky by měly být **neutrální**, není tedy vhodné používat slůvka jako „správně“ nebo „dobře“, která by si pacient mohl vyložit jako vyjádření vašeho potvrzení správnosti toho, co říká.
- **Ticho:** verbální povzbuzování se mívá účinkem, pokud po něm nenásleduje pozorné ticho. Přesto je mnohým z nás takové ticho nepříjemné a máme snahu rychle do něj skočit, pokud odpověď pacienta nepřijde dost rychle. Užitečnou dovedností je proto vydržet trochu delší pauzu poté, co pacient přestal mluvit, než začneme mluvit my. Množství vícečetných otázek je důsledkem toho, že špatně snášíme ticho.
- **Zrcadlení (echo):** zrcadlení neboli ozvěna posledních několika slov, která pacient pronesl, ho může povzbudit k tomu, aby myšlenku rozvedl nebo pokračoval. Studenti se někdy obávají, že opakování bude znít nepřirozeně, pacienti ho ale přijímají velmi dobře. Opakování pacienta povzbuzuje k tomu, aby pokračoval v poslední větě, takže ho usměrňuje mnohem víc než povzbuzení nebo ticho.
- **Parafrázování:** parafrázovat znamená vyjádřit vlastními slovy obsah nebo pocity, které stojí za pacientovým sdělením. Není to přesně totéž jako shrnutí nebo ověření, protože smyslem není pouze si potvrdit, že jsme sdělení pochopili, ale toto pochopení současně zosvětlit. Parafrází si ověřujeme, že naše *interpretace* toho, co měl pacient na mysli, je správná.

Jistěže naslouchám, jak mi líčíte své duchovní utrpení. Cožpak jste si nevšimla, že s vámi udržuji oční kontakt, mám otevřené držení těla, nakláním se k vám a empaticky přikyvuji?



Druhým stadiem klinického rozhovoru je shromažďování informací. Spočívá v hlubším zkoumání problému, chápání pacientova úhlu pohledu a dodání struktury celé konzultaci. Podle průvodce Calgary-Cambridge jsou v tomto stadiu důležité komunikační dovednosti, které uvádíme v rámečku 18.3.

RÁMEČEK 18.3 Shromažďování informací

Prozkoumejte problém hlouběji

- Usnadňujte a vyjasněte si pacientovu výpověď příběhu o jeho problému.
- Používejte otevřené a uzavřené otázky.
- Používejte aktivní naslouchání.
- Shrňte občas pacientovy body pro kontrolu svého porozumění.
- Používejte jasné, stručné otázky nebo poznámky a vyvarujte se profesní hantýrky.

Pochopte pacientův úhel pohledu

- Prozkoumejte a potvrďte pacientovy představy a obavy ve vztahu k problému.
- Zjistěte, jak ovlivňuje pacientův život.
- Prozkoumejte pacientovy cíle a očekávání.
- Povzbudte pacienta k vyjádření pocitů a myšlenek.
- Všímejte si verbálních i neverbálních náповeđí pacienta, ověřte si je, a pokud je to vhodné, potvrďte.

Dodejte konzultaci strukturu

- Na konci zjišťování skutečností shrňte body pacientova problému, abyste se tak přesvědčili, že jste je správně pochopili, než pokročíte dál.
- Udejte směr přechodu z jedné části do druhé (např. „K tomu se ještě za minutku vrátíme, teď bych vám ale rád položil pár otázek o onemocněních ve vaší rodině.“).
- Postupujte při rozhovoru v logickém pořadí.
- Vhodně hospodařte s časem, držte se tématu rozhovoru.

Upraveno podle: Silverman et al. (1997).

O jednotlivých aspektech **vysvětlení a plánování** byla řeč v kapitole 17. Patří sem poskytování správného množství a typu informací, pomoc při přesném vybavování a chápání, dosahování společného pochopení, jehož součástí je pacientův úhel pohledu, a konečně spolurozhodování. Podle průvodce Calgary–Cambridge jsou v tomto stadiu důležité komunikační dovednosti, které uvádíme v rámečku 18.4.

Posledním stadiem je **ukončení rozhovoru**. Toto stadium může mít nepřiměřený vliv na to, co si pacient z rozhovoru odnese (efekt novosti a efekt pořadí v kapitole 10). Shrnutí toho, co bylo prodiskutováno a dohodnuto, dává příležitost ověřit si, že pochopení je sdílené a že je pacient s dohodnutou léčbou spokojený. Budoucím těžkostem můžete navíc předejít poskytnutím **záchranné sítě** – informací, co má pacient dělat, pokud by plán léčby nepřinášel výsledky nebo se objevily další symptomy. Pro celkový dojem pacienta z konzultace jsou velmi významné tak jednoduché věci, jako je zeptat se, zda má pacient ještě něco dalšího na srdci, a řádně se rozloučit. Podle průvodce Calgary–Cambridge jsou v tomto stadiu důležité komunikační dovednosti, které uvádíme v rámečku 18.5.

RÁMEČEK 18.4 Vysvětlení a plánování

Poskytujte správné množství a typ informací

- Zjistěte, co už pacient ví.
- Předávejte informace po zvládnutelných dávkách.
- Ověřujte si porozumění.
- Zeptejte se, jaké další informace by pacientovi mohly být užitečné.
- Dbejte o to, abyste informace poskytovali ve správném okamžiku.

Napomáhejte přesnému vybavování a chápání

- Uspořádejte informace do logických, oddělených částí.
- Používejte výslovné kategorie nebo dávky, např. „důležité jsou tři věci...“.
- Informace opakujte a shrňte.
- Používejte stručné, snadno pochopitelné věty a nepoužívejte profesní hantýrku.
- Na konci si ověřte, že pacient informace pochopil, a v případě potřeby je objasněte.

Dosáhněte společného pochopení

- Dejte vysvětlení do vztahu s problémem pacienta.
- Povzbuzujte pacienta k tomu, aby se zapojoval.
- Všímejte si verbálních i neverbálních náповeří pacienta.
- Zjistěte přesvědčení, reakce a pocity pacienta ohledně poskytnutých informací.

Společné plánování a rozhodování

- Pokud je to vhodné, podělte se o vlastní myšlenky, představy a dilemata.
- Zapojte pacienta tím, že mu místo instrukcí nabídnete možnosti, a dejte mu možnost volby.
- Domluvte se na oboustranně přijatelném plánu léčby.
- Ověřte si u pacienta, zda je pro něj plán přijatelný a zda mu něco nedělá starosti.

Upraveno podle: Silverman et al. (1997).

RÁMEČEK 18.5 Ukončení klinického rozhovoru

- Proveďte stručné shrnutí setkání a dohodnutého plánu léčby.
- Načrtněte a dohodněte s pacientem další kroky, které podniknete jednak vy, jednak pacient.
- Poskytněte záchranou síť: vysvětlíte možnost nečekaných výsledků a co dělat, jestliže se plán míjí účinkem – a také jak a kdy vyhledat pomoc.
- Ještě se naposledy ujistěte, že pacient s plánem souhlasí a vyhovuje mu.
- Zeptejte se, zda má pacient ještě nějaké otázky nebo si chce ještě o něčem promluvit.

Upraveno podle: Silverman et al. (1997).

Přibližně při jedné z pěti konzultací pacienti vznesou v tomto závěrečném stadiu rozhovoru nový problém (White et al., 1994). Často jde o problém, který pacienta znepokojuje nejvíc. Tomu, aby problém vyšel na světlo až na konci rozhovoru, se lze vyvarovat co nejprofesionálněji provedeným shromažďováním informací v dřívějším stadiu. **Výzkumy potvrzují, že lékaři, kteří se pacientů ptají na jejich přesvědčení, jsou vůči pacientům vnímaví, dávají plno informací a prodiskutují s nimi léčbu, se méně často setkávají s tím, že pacienti přijdou s novými problémy během stadia ukončování klinického rozhovoru (White et al., 1994).**

Shrnutí

- Model lékař a pacient ukazuje důležitost toho brát na zřetel agendu, s níž přichází pacient.
- Model Calgary-Cambridge je užitečným průvodcem komunikačními dovednostmi, které jsou důležité v jednotlivých stadiích klinického rozhovoru.
- Mezi dobré klinické dovednosti se řadí důkladný úvod, kdy představíte sebe a svou roli i účel rozhovoru a vyžádáte si souhlas.
- Shromažďování informací je nejúčinnější za použití trychtýře od otevřených k uzavřeným otázkám.
- Součástí tělesné prohlídky by mělo být vysvětlení, úcta a citlivost vůči signálům pacienta.
- Součástí vysvětlování a plánování je poskytnutí správného množství a typu informací způsobem, který vede ke společnému porozumění a vytvoření plánu léčby.
- Ukončení rozhovoru by mělo obsahovat shrnutí, kontrolu porozumění a dohody a poskytnutí záchranné sítě.

18.3 OBTÍŽNÉ ROZHOVORY

V medicíně pracujeme s pacienty od kolébky po hrob. Lékařskou péčí proto často provázejí mimořádné emoce, které jsou reakcí na narození, náročné události nebo onemocnění, život ohrožující příhody a smrt. Pro lékaře bývají nejobtížnější rozhovory, v nichž je přítomná vysoká hladina negativních emocí, jako je hněv, utrpení, zármutek, úzkost nebo strach. Takové emoce představují pro lékaře, který rozhovor vede, značnou výzvu. S pacientem, který prožívá silné emoce, je obtížné diskutovat a dělat rozhodnutí o léčbě. Je důležité uznat existenci aktuálních emocí pacientů a pracovat s nimi, protože budou značnou měrou ovlivňovat jejich myšlenky, činy a v konečném důsledku i jejich zdraví (kapitola 2).

V této části se zaměříme na komunikační dovednosti, které lékaři potřebují, aby dokázali pomáhat pacientům, kteří jsou rozčilení, zažívají úzkost nebo stres. Potom se v poslední části kapitoly podíváme na to, jak sdělovat smutné nebo nepříznivé zprávy.

18.3.1 KOMUNIKACE S ROZZLOBENÝM PACIENTEM

Zlost a agrese spolu sice souvisí, není to ale totéž. Zlost je emoce, zatímco agrese je projev chování, reakce, jejíž součástí je určitá forma útoku proti předmětu nebo osobě. Spojitost mezi zlostí a agresí znamená, že pokud jsme konfrontováni s rozzlobenými pacienty, je přirozené mít pocit, že jsme napadeni, zejména pokud je zlost obrácena proti nám. Skutečnou příčinou zlosti však může být něco jiného – např. nemoc, postižení nebo frustrace.

Bylo popsáno, že pokud jsou lékaři konfrontováni s rozzlobeným pacientem, reagují zpravidla jedním ze tří způsobů (Lipp, 1986): snaží se zlost přehlížet a pokračovat v rozhovoru „jakoby nic“, sami se také rozzlobí anebo se snaží pacienta uklidnit. Každá z těchto strategií může zlost ještě zhoršit. Jestliže něčí zlost ignorujeme, zřídka ji to zažene a konzultace bude v důsledku toho patrně probíhat špatně. Reagovat na zlost zlostí je sice přirozeně lidské, situaci to však jen vyhrotí. Situaci může zhoršit i snaha pacienta uklidnit (např. slovním pokynem, aby se uklidnil).

Jak jsme viděli v kapitole 2, zlost má na nás řadu účinků. Souvisí se silnou fyziologickou aktivací a zúženým zacílením na to, co hněv vyvolalo. Dokud zlost nevyprchá, bude obtížné, aby pacient uvažoval o něčem jiném nebo aby se čímkoli jiným zabýval. Mezi běžné příčiny zlosti se řadí:

- Pocit zranění nebo zrady: pokud lidé pocítují emoční zranění, často se chrání tím, že je to rozzlobí. V tomto případě zlost patrně směřuje proti konkrétní osobě nebo skupině. Vyjádření tohoto typu zlosti může vyústit v pláč.
- Porušení pravidel: podle kognitivní teorie máme všichni svá vlastní „pravidla“ týkající se toho, jak bychom se my sami a ostatní lidé měli chovat (kapitola 19). Jestliže lidé naše pravidla poruší, může nás to rozzlobit. Mohu mít např. pravidlo, které říká „Když mě lidé potřebují, vždycky jim musím být k dispozici“. Jestliže potom nějaký lékař není k dispozici, když ho potřebuji já (např. zruší objednání nebo mě nechá dlouho čekat), může mě to rozčílit.



AKTIVITA 18.2

- Vzpomeňte si, kdy jste se naposledy na někoho opravdu rozzlobili.
- Co bylo důvodem?
- Cítili jste se být zranění, nebo dotyčný porušil jedno z vašich pravidel?
- Co mohl dotyčný udělat, abyste přestali cítit takovou zlost?

- **Frustrace cíle:** pokud nám něco zabrání dělat, co chceme, nebo dosáhnout cílů, které jsou pro nás důležité, je přirozené cítit frustraci a zlost (kapitola 9). Zranění a nemoc lidem často zabrání dosáhnout jejich cílů, takže zlost a frustrace nejsou výjimkou.

Stejně jako v případě všech silných emocí musí být zlost vyjádřena a rozptýlena dřív, než může rozhovor pokračovat. Při snaze toho dosáhnout mohou být užitečné následující body:

- **Zkontrolujte si svou vlastní emoční reakci:** Pokud cítíte hněv, úzkost nebo rozčilení, bude pro vás obtížnější pacienta uklidnit. Připomeňte si, že zlost je emoce a nejde nutně o napadení a že zdrojem pacientovy zlosti může být jeho nemoc nebo zranění a nemusí se vás vůbec týkat.
- **Uznejte existenci hněvu:** Potvrďte pacientovi, že se zlobí a že je důležité se s tím vypořádat. Například můžete říct: „*Vidím, že se zlobíte, a myslím, že je důležité, abychom si o tom nejdřív promluvili.*“
- **Zjistěte zdroj hněvu:** Nechte pacienta mluvit! Poskytnout mu prostor vyjádřit slovy a ventilovat to, kvůli čemu se zlobí, je prvním krokem k rozpuštění této emoce. Lidé nemůžou zůstat rozzlobení napořád – zvláště v přítomnosti soucítící osoby.
- **Budte empatičtí:** Nejúčinnější způsob, jak ke zlosti přistupovat, je být empatický či chápající. Nemusíte s pacientem souhlasit, a přesto můžete chápat, proč se zlobí. Jako velmi účinné se mohou ukázat jednoduché výroky typu: „*Vidím, že se zlobíte.*“
- **Odbrojte pacienta:** Mnoho pacientů, kteří se zlobí, říká, že od dotyčného člověka nechtějí nic víc než pochopení a omluvu. Někteří zdravotníci se obávají, že pokud se omluví, připouštějí tím svou chybu nebo trestní odpovědnost, je ale možné vyjádřit svou lítost, aniž souhlasíme s tím, že má pacient pravdu; můžeme říct něco jako „*mrzí mě, jestli vás to rozčílilo*“. Za určitých okolností je ovšem vhodné připojit i jasnou omluvu.

18.3.2 KOMUNIKACE S ÚZKOSTNÝM PACIENTEM

Úzkost a strach jsou normální reakce na vnímané ohrožení nemocí nebo zraněním, a proto jsou ve zdravotnickém prostředí poměrně běžné. Lidé se mírou své úzkosti a reagováním na ni liší. Lidé s osobnostním rysem neuroticismu mají vyšší hladinu úzkosti (kapitola 2).

V důsledku úzkosti jsou lidé mimořádně ostražití vůči známkám ohrožení. Proto je pravděpodobné, že budou silně reagovat na nečekané události, symptomy nebo negativní zprávy. Následkem úzkosti jsou lidé také méně pružní ve svých strategiích zvládnání zátěže, takže rigidněji uplatňují určité konkrétní strategie. Úzkostní lidé často potřebují přesně vědět, co se bude dít dál, aby se snížilo další ohrožení nečekanými událostmi. Pouhé ujištění v případě úzkostných lidí zpravidla nezabírá – ve skutečnosti může mít opačný účinek, protože cítí, že je nechápete. Při jednání s úzkostným pacientem vám mohou pomoci následující podněty:

- **Využívejte prostředky verbální i neverbální komunikace:** Jak jsme viděli na začátku této kapitoly, charakteristiky našeho slovního projevu i řeči těla nám mohou pomoci někoho uklidnit. Zaujměte uvolněný a otevřený postoj (neohožující), snižte o něco tón hlasu a zpomalte tempo řeči.
- **Potvrďte existenci úzkosti:** Tak jako v případě zlosti uznajte, že je dotyčný v úzkosti (např.: „*Zřejmě máte dost velké obavy.*“).
- **Zjistěte hlavní zdroj úzkosti:** Úzkost se může stát generalizovanou, takže ptát se někoho, proč cítí úzkost, může přinést jen obecnou nebo obrannou reakci. Použijte zaměřenější otázku, např.: „*Trápí vás něco konkrétního?*“ nebo „*Copak vám dělá největší starost?*“ nebo „*Co tuhle úzkost vyvolalo?*“
- **Budte empatičtí:** Stejně jako v případě zlosti bývá empatie a pochopení velmi užitečnou reakcí i na další silné emoce. V případech nevyléčitelné nemoci, kdy je hrozba smrti nevyhnutelná, je empatie naprosto zásadní. V takových případech nemůžeme úzkost nebo jinou silnou emoci „spravit“ – můžeme jen projevít empatii a poskytnout podporu.
- **Minimalizujte hrozbu:** Úzkost vychází z vnímaného ohrožení. Jedním ze způsobů, jak úzkost snížit, je proto tuto hrozbu omezit nebo odstranit. Nejvhodnější je poskytnout informace, nikoli jen pouhé ujištění. Například těhotná žena může cítit úzkost z toho, že její dítě zemře. V takovém případě bude užitečnější zjistit, proč věří, že se to stane, a dát jí informace o skutečném riziku, že se to stane (nebo nestane), než jí říkat, že si nemá dělat starosti. V případě vysokého rizika potom zapojte pacientku do naplánování vyšetření nebo léčby, aby se riziko nepříznivých následků minimalizovalo.
- **Zvyšte pocity bezpečí:** Příbuznou technikou je zvýšit pocity bezpečí prostřednictvím informací. Můžete např. pacientce povědět o monitorování a dalších postupech, které předcházejí vzniku komplikací.

Strach a panika jsou krajní formy úzkosti a vyžadují jiný přístup. Vyvolávají velmi silné fyzické a behaviorální reakce, jako je útok, útek, ustrnutí nebo spoléhání na skupinu (kapitola 4). Uklidňující reakce za takových okolností jsou obdobné těm, jaké bychom použili u vyděšeného zvířete. K uklidnění takových osob můžete použít svou řeč těla a hlas. Nabídněte podporu a empatii, a pokud jejich strach nebo paniku spustilo něco konkrétního, odvedte je z této situace nebo přerušete proceduru. Silný strach nebo panika jen zřídka trvají dlouho, měly by proto ustoupit nejdéle po několika minutách. Budte připraveni s dotyčným zůstat a být v klidu, dokud se strach nebo panika nezmírní. Užitečné může být odvést nebo rozptýlit pacientovu pozornost, pokud to citlivě načasujete, protože tak pacientovi zpravidla pomůžete přestat myslet na to, čím se cítí být ohrožen.

18.3.3 KOMUNIKACE S ROZRUŠENÝM PACIENTEM

Rozrušení je velmi obecný pojem. Zde ho používáme jako označení situací, kdy se pacienti zhroutí a nemohou přestat plakat. Rozrušení může být výsledkem zlosti, úzkosti

nebo strachu, takže postup se řídí podobnými zásadami jako v případě těchto emocí. Je třeba mít na paměti dvě věci:

- Přestože je přirozené chtít, aby osoba přestala plakat, není užitečné jí říkat, ať přestane. Dokonce i tehdy, když to řeknete empaticky, v pozadí je sdělení o vašem přesvědčení, že by dotyčný neměl být rozrušený nebo by neměl plakat.
- Empatie a pochopení jsou sice důležité, ale příliš mnoho empatie může rozrušení zhoršit. V případě skutečného rozrušení je člověk stravován vlastními pocity a empatie může posloužit k tomu, že se člověk do těchto pocitů pohrouží ještě víc. V takových případech je užitečnější pokusit se o přesměrování pozornosti na konkrétní události nebo skutečnosti, které rozrušení sníží. Tím nechceme naznačit, že máte být zcela neempatičtí, jen že je třeba pomoci lidem zaměřit pozornost jinam. Můžete např. říct: „*Vídím, že je to opravdu znepokojivé – mohl bych někomu zatelefonovat, aby přišel a byl s vámi?*“



AKTIVITA 18.3

- Vzpomeňte si na okamžik, kdy vás opravdu rozrušilo něco důležitého.
- Když s vámi někdo soucítí, míra vašeho rozrušení se tím zvýšila, nebo snížila?

KLINICKÉ POZNÁMKY 18.2

Jak si poradit se silnými emocemi

- Pokud budete silné emoce ignorovat, konzultace bude obtížná a neefektivní.
- Zlost si spojujeme s agresí/napadením, ale není to totéž.
- Pokud lidem pomůžeme, mohou zlost vyjádřit bezpečně.
- Mezi užitečné techniky patří potvrzení emoce, zjištění jejího důvodu, empatie/porozumění a odzbrojení.
- Úzkost je výsledkem vnímané hrozby a pojí se s nadměrnou ostražitostí a nepružnými způsoby zvládnání zátěže.
- Úzkost můžeme zmírnit, když snížíme vnímanou hrozbu a zvýšíme pocity bezpečí.
- Vysoká míra rozrušení se zmírní, jestliže se jedinec zaměří na konkrétní události nebo skutečnosti.



18.4 SDĚLOVÁNÍ NEPŘÍZNIVÝCH ZPRÁV

Jedním z nejtěžších úkolů v medicíně je sdělovat pacientům nebo příbuzným nepříznivé zprávy. Může jít o škálu od diagnózy chronické nemoci až po zprávu o úmrtí nebo postižení. Smutná nebo špatná ovšem může být jakákoli zpráva, která představuje určité omezení nebo potenciální ztrátu. Pro sportovce bude špatnou zprávou vymknutý kotník, pro někoho, kdo měl právě ten den odjet na svou vysněnou životní dovolenou je špatnou zprávou infekční onemocnění.

Přehledy výzkumů v této oblasti odhalily tři důležité faktory. Zaprvé, lidé oceňují, je-li lékař laskavý, jistý, citlivý a starostlivý. Lidé také raději vidí, když lékař projevuje zájem a znepokojení, než když je povznesený a nezaujatý. Zadruhé, lidé více oceňují, když je zpráva podána jasně, s použitím jednoduchých pojmů a když mají čas o ní s lékařem mluvit a klást mu otázky. Zatřetí, lidé oceňují prostředí, kde je klid a soukromí (Joeckes, 2007).

Bylo vypracováno množství různých pokynů, jak nepříznivé zprávy sdělovat, většina z nich však vychází spíše z konsenzu než z vědeckých poznatků. Zásady v těchto pokynech se značně překrývají. Uvádíme přístup o šesti krocích, označovaný akronymem SPIKES (Baile et al., 2000; Buckman, 1992).

- 1. Soustředění na rozhovor:** na rozhovor se důkladně připravte. Ujistěte se, že máte všechny relevantní informace. Umístěte rozhovor do soukromí, kde nebudete rušeni. Vyhradte si dostatek času na sdělení zprávy a na následné reakce a otázky pacienta.
- 2. Pacientova perspektiva:** začněte zjištěním, kolik toho pacient už ví a chápe, abyste tomu mohli nepříznivou zprávu přizpůsobit. Použijte k tomu otevřenou otázku, např.: „*Co vám bylo zatím řečeno?*“
- 3. Informace, které jsou potřebné:** zeptejte se pacienta, kolik toho chce vědět o diagnóze, prognóze a léčbě. To vám pomůže přizpůsobit typ a množství předávaných informací tomu, co dotyčný chce slyšet a co je schopen strávit.
- 4. Konkrétní sdělení:** předejte informaci o nepříznivé zprávě. Může být užitečné vyslat nejprve jisté varování tím, že řekneme něco jako: „*Není to ta dobrá zpráva, v jakou jsme doufali*“ a potom se odmlčíte. Pacientovi tak poskytnete krátký čas na to, aby se na špatnou zprávu připravil. Předejte nepříznivou zprávu jasně a jednoduchým jazykem. Vyhněte se nejednoznačným výrokům (např. výroku, že test byl „*pozitivní*“, což má v patologii opačný význam než v jazyce laiků). Sdělujte informaci po malých, zvládnutelných dávkách.
- 5. Emoční reakce:** po sdělení nepříznivé zprávy může následovat celá škála emočních reakcí, jako je šok, nevíra, strach, úzkost, rozrušení, zármutek, zlost. Jak jsme uvedli v předchozí části této kapitoly, nejlepší způsob, jak se vypořádat s emočními reakcemi, je potvrdit jejich existenci a být empatičtí. V případě velmi špatných zpráv nemůžete udělat o mnoho víc, než nabídnout empatii a podporu. Průzkumy říkají, že to lidé oceňují.

6. **Shrnutí a strategie:** ke konci rozhovoru by měl lékař shrnout hlavní body nebo výsledky rozhovoru a zvážit nebo dohodnout budoucí strategii, jako je kurativní nebo paliativní péče. To pomůže zaměřit pozornost pacienta k dalším krokům, dodat mu určitou jistotu, poskytnout mu známé struktury podpory, a pokud je to možné, dodat mu naději.

KLINICKÉ POZNÁMKY 18.3

Sdělování nepříznivých zpráv

- Sdělujte nepříznivé zprávy v soukromí.
- Sdělujte zprávy jasně a zajistěte, aby bylo dost času o nich mluvit.
- Buďte laskaví a starostliví – je v pořádku projevit vlastní rozrušení (v rozumné míře).
- SPIKES je užitečná mnemotechnická pomůcka pro zapamatování: **S**oustředění na rozhovor, **P**acientovy perspektivy (co už ví), **I**nformací, které jsou potřebné, **K**onkrétního sdělení, **E**močních reakcí a **S**hrnutí a strategií.



PŘÍPADOVÁ STUDIE 18.1 Sdělování nepříznivé zprávy



Jackovi je 70 let a byla mu diagnostikována sekundární progresivní roztroušená skleróza.

„Když mi v nemocnici zjistili diagnózu, konzultant, který už šel naštěstí do penze, mi řekl: ‚Jo, už máme vaši diagnózu. Je mi líto, máte nevyléčitelnou nemoc a nemůžeme nic dělat.‘

Sice to byla pravda, ale myslím, že když za mnou potom přišel ten [jiný] doktor, ten doktor z oddělení, a když mi to vysvětlil podrobně a na obrázcích, cítil jsem se mnohem líp.“

Tazatel: Můžete mi říct, jak byste si představoval, že vám to mělo být sděleno?

„Tak jak to udělal ten [jiný] doktor, přisedl si ke mně na kraj postele, měl blok čistých papírů a tužku a nakreslil mi páteřní kanál, tak, a ukázal mi to zjizvení co nejvíc, co nejbliž mým skutečným jizvám.“

Vysvětlil mi, jak cestují signály, a řekl: ‚Potíž je, že když narazí na jizvu, zpozdí se, dorazí k další jizvě a zpozdí se o něco víc a víc a víc.‘ Pokud byste měl jen mírné zjizvení nebo velmi malé zjizvení, byla by to RS. Ale já mám bohužel dost těžké zjizvení, a tak jsou ty signály zpožděné docela hodně.“

Tazatel: Jak si myslíte, že by ta informace měla být podána?

„No, myslím, že by to mělo být tím způsobem, jako mi můj současný konzultant podal ty další zprávy. Posadí si vás a usmívá se na vás a nejdřív ze všeho si uvědomíte, že je na vaší straně, je s vámi a chápe vás a chápe vás jako člověka, a když vám poví nebo podá ty zprávy – jako když mi řekl tu konečnou diagnózu – udělal to tak, že mě vlastně držel za ruku, víte, a nejdřív mi to řekl a potom to rozvíjel, nebylo to tak, že by to na mě prostě jen vybafl.“

Tazatel: Mluvili jste o tom, jak cítíte, že by takové informace měly být podávány?

„Jemně, ale konkrétně, chci říct, někteří lidé rozhodně chtějí znát fakta, a já jsem jeden z nich, ale když mají být pořádně dramatická, tak si myslím, že je jenom správné, aby vám je podali hodně účastně, to je myslím to slovo, účastně a tak, abyste si uvědomoval, jako pacient, že ten člověk, co vám ty informace dává, chápe, že to budete muset vstřebat, strávit to a smířit se s tím, což pro mě bylo hodně těžké z dalších důvodů, a já myslím, že je moc důležitý ten způsob, jak se tyhle věci řeknou. Nezáleží vlastně na tom, jak moc je člověk statečný nebo není statečný, když člověk čeká špatná zpráva, jakákoli špatná zpráva, určitě musí existovat způsob, jak ji zmírnit, aby se dala předat co nejjemněji tomu člověku, co ji má dostat.“

(Upraveno podle: www.healthtalkonline.org.uk © DIPEX. Fotografie © iofoto/Fotolia.)

18.4.1 ZÁVĚR

V této kapitole jsme se podívali na různé způsoby, kterými komunikujeme, a viděli jsme, jak je lze využívat pro potřeby větší efektivity klinické praxe. Model klinického rozhovoru lékař a pacient nám připomíná, že agenda, s níž pacient na konzultaci přichází, je stejně důležitá jako agenda lékaře, a že jejich vztah by měl být postaven na spolupráci. Model Calgary-Cambridge poskytuje užitečný rámec, který nám pomáhá uvažovat o klinickém rozhovoru jako o sérii stadií, přičemž pro každé z nich jsou důležité určité konkrétní dovednosti.

V této kapitole byly rovněž popsány různé techniky a dovednosti, které jsou užitečné jak při rutinních, tak obtížných klinických rozhovorech. Dovednosti je však potřeba procvičovat, abychom si je mohli dobře osvojit. Zpočátku mohou působit nepřirozeně a náročně, ale s praxí vám začnou připadat snazší a přirozenější. Když si osvojujeme nějaké dovednosti, zpravidla postupujeme od (a) nevědomé nezpůsobilosti přes (b) vědomou nezpůsobilost a (c) vědomou způsobilost k (d) nevědomé způsobilosti. Klinické dovednosti jsou toho dobrým příkladem, takže čím více budete procvičovat, tím rychleji dosáhnete nevědomé způsobilosti!

DOPORUČENÁ LITERATURA

- Ayers, S. et al. (2007) *The Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (2nd ed.). Cambridge: Cambridge University Press. Obsahuje krátké kapitoly o sdělování rizik, komunikaci mezi zdravotníky a pacienty, předávání nepříznivých zpráv, vedení lékařského rozhovoru, písemné komunikaci a výuce komunikačních dovedností.
- Coulehan, J. L. et al. (2001) “Let me see if I have this right ...”: Words that help build empathy, *Annals of Internal Medicine*, 135: 221–227. Užitečný článek o tom, jak být empatický v klinických situacích.
- Platt, F. W., Gordon, G. A. (1999) *The Field Guide to the Difficult Patient Interview. A pocket guide to communication skills for difficult clinical interviews*. Snadná, čtivá kniha s užitečnými tipy.
- Silverman, J., Kurtz, S., Draper, J. (1998) *Skills for Communicating with Patients*. Oxford: Radcliff Medical Press. Podrobně popisuje přístup Calgary-Cambridge ke komunikačním dovednostem a je napsána přístupným stylem.

KONTROLNÍ OTÁZKY

1. Popište tři typy neverbálního chování a uveďte jejich význam pro klinickou praxi.
2. Jakým způsobem ovlivňují komunikaci charakteristiky naší řeči?
3. Popište model klinického rozhovoru lékař a pacient.
4. Uveďte důkazy svědčící o tom, že komunikace mezi lékařem a pacientem má vliv na léčebné výsledky pacienta.
5. Popište model klinického rozhovoru Calgary-Cambridge a uveďte, jaké komunikační dovednosti jsou potřebné v jednotlivých stádiích rozhovoru.
6. Popište klíčové komunikační dovednosti pro účinné shromažďování informací v klinickém rozhovoru.
7. Vyjmenujte šest hlavních bodů dobré klinické praxe při provádění tělesného vyšetření.
8. Jaké komunikační dovednosti jsou užitečné pro zmírnění zlosti v klinickém prostředí?
9. Uveďte komunikační dovednosti důležité pro ukončení klinického rozhovoru.
10. Popište model SPIKES pro sdělování nepříznivých zpráv.