

UNIVERZITA PAVLA JOZEFA ŠAFÁRIKA V KOŠICIACH

Lekárska fakulta

Ústav psychológie zdravia a metodológie výskumu



**Kompetencie pre klinickú prax
v oblasti komunikácie s pacientom**

Ivana Skoumalová - Zuzana Dankulincová

Košice 2023

Kompetencie pre klinickú prax v oblasti komunikácie s pacientom

Vysokoškolský učebný text

Autorky:

PhDr. Ivana Skoumalová, PhD.

doc. Mgr. Zuzana Dankulincová, PhD.

Ústav psychológie zdravia a metodológie výskumu, Lekárska fakulta UPJŠ v Košiciach

Recenzentky:

doc. MUDr. Michaela Kostičová, PhD., MPH

Lekárska fakulta Univerzity Komenského v Bratislave

doc. PhDr. Gabriela Mikulášková, PhD.

Inštitút psychológie, Prešovská univerzita v Prešove

Ing. Lucia Bosáková, PhD. et PhD.

Lekárska fakulta UPJŠ v Košiciach

Jazykové korektúry:

Mgr. Ján Hlodák

Tento text je publikovaný pod licenciou Creative Commons 4.0 - Creative Commons Attribution-NonCommercial-No-derivates 4.0 („Uveďte pôvod – Nepoužívajte komerčne - Nespracováajte“)



Za odbornú a jazykovú stránku vysokoškolského učebného textu zodpovedajú autorky.

Dostupné od: 01.08..2023

Umiestnenie: www.unibook.upjs.sk

ISBN 978-80-574-0205-3 (e-publikácia)

Obsah

Úvod.....	7
Stručný sprievodca textom	9
1. Komunikácia ako medicínska kompetencia	12
1.1. Kanadský model medicínskych kompetencií	12
1.1.1 Medicínsky expert.....	13
1.1.2 Tímový hráč.....	13
1.1.3 Manažér	14
1.1.4 Advokát zdravia.....	14
1.1.5 Akademik	14
1.1.6 Profesionál	14
1.1.7 Komunikátor	15
2. Medicínska konzultácia	18
2.1. Faktory ovplyvňujúce medicínsku konzultáciu	18
2.1.1 Faktory na strane zdravotníkov	18
<i>Štýl interakcie s pacientom</i>	18
<i>Rod zdravotníkov</i>	19
<i>Používanie jazyka</i>	19
<i>Osobnosť zdravotníkov</i>	19
<i>Dĺžka konzultácie</i>	20
2.1.2. Faktory na strane pacientov	20
<i>Vzdelanie</i>	20
<i>Vek</i>	20
<i>Zdravotná gramotnosť</i>	21
<i>Emocionálny stav pacienta</i>	21
<i>Osobnosť pacienta</i>	21
2.2. Calgary-Cambridge model medicínskej konzultácie	22
2.2.1 Iniciovanie stretnutia	23
2.2.2 Získavanie informácií.....	24
2.2.3 Fyzické vyšetrenie	24
2.2.4 Vysvetľovanie a plánovanie	24
2.2.5 Ukončenie stretnutia	25
2.2.6 Poskytovanie štruktúry a budovanie vzťahu.....	25
3. Perspektíva zdravotníkov a perspektíva pacientov	27
4. Budovanie vzťahu s pacientom.....	29
4.1. Praktické zručnosti pre budovanie vzťahu.....	30

4.1.1 Neverbálna komunikácia.....	30
4.1.2. Rozvíjanie vzťahu	33
4.1.3. Zapojenie pacienta.....	36
4.2. Čo hovoria výskumné zistenia o budovaní vzťahu s pacientom?	38
5. Inicievanie konzultácie.....	40
5.1. Praktické zručnosti pre efektívne iniciovanie konzultácie	42
5.1.1 Príprava	43
5.1.2 Nadviazanie počiatočného vzťahu	44
5.1.3 Identifikácia dôvodov návštevy pacienta.....	45
5.1.4 Dojednávanie agendy.....	47
5.2. Čo hovoria výskumné zistenia o iniciačnej fáze konzultácie?	47
6. Poskytovanie štruktúry	49
6.1. Praktické zručnosti pre štruktúrovanie konzultácie.....	50
6.1.1 Sumarizovanie.....	50
6.1.2 Označovanie.....	52
6.1.3 Staranie sa o tok rozhovoru	53
6.1. Čo hovoria výskumné zistenia na tému štruktúrovania rozhovoru	54
7. Získavanie informácií.....	55
7.1. Prepájanie medicínskej a patientskej perspektívy pri získavaní informácií	55
7.2. Praktické zručnosti pre efektívne získavanie informácií.....	58
7.3. Čo hovoria výskumné zistenia na tému získavania informácií?	67
8. Vysvetľovanie informácií o zdraví	69
8.1. Praktické zručnosti pre efektívne vysvetľovanie.....	70
8.2. Čo hovoria výskumné zistenia o téme vysvetľovania a plánovania.....	81
9. Plánovanie a zdieľané rozhodovanie	82
9.1. Praktické zručnosti na podporu zdieľaného rozhodovania	83
9.2. Čo hovoria výskumné zistenia o význame zdieľaného rozhodovania.....	87
10. Uzatváranie konzultácie	89
10.1. Praktické zručnosti pre ukončovanie stretnutia	89
11. Oznamovanie nepríjemných správ	92
11.1. Praktické zručnosti pri oznamovaní nepríjemných správ	96
Zoznam použitej literatúry.....	113

Úvod

Vážené študentky, vážení študenti,

tento text je vysokoškolským učebným textom k tréningu kompetencií pre klinickú prax. Poskytuje prehľadné informácie k jednotlivým častiam tréningu a je určený na získanie vedomostí, ktoré sú podkladom pre praktické zručnosti v medicínskej komunikácii a to najmä v komunikácii s pacientmi. Je určený študentom a študentkám všeobecného a zubného lekárstva na prehĺbenie vedomostí a získanie chýbajúcich zručností v medicínskej komunikácii, ktoré sú založené na dôkazoch a výskumne overených zručnostiach, ktoré majú preukázateľný pozitívny dopad na komunikáciu zdravotníka alebo zdravotníčky s pacientom.

Komunikácia je jedným z kľúčových komponentov pomoci pri ťažkostiach súvisiacich so zdravím. Bez komunikácie s pacientom by pomáhanie nebolo v mnohých prípadoch vôbec možné. Zdravotník, resp. zdravotníčka potrebuje pacienta a jeho zapojenie takmer v každom momente pomáhania, či je to získanie anamnézy, vyšetrenie, alebo plánovanie liečby. Následná spolupráca pacienta v prostredí domova, teda jeho adherencia s liečbou do veľkej miery závisí od toho, ako zdravotník alebo zdravotníčka dokáže informácie o zdraví komunikovať tak, aby im pacient rozumel a dokázal ich samostatne uplatniť.

Efektívna komunikácia zo strany zdravotníkov a zdravotníčok, ktorú sa snažíme podporiť aj prostredníctvom tréningu kompetencií pre klinickú prax, prispieva k úspešnejšej liečbe, ale aj k bezpečiu pacienta skrz transparentný, dôsledný a rešpektujúci vzťah a proces spolupráce, je prevenciou konfliktov, nedorozumení a chýb, ktoré môžu vyústiť k poškodeniu zdravia pacienta a negatívne zasiahnuť pomáhajúceho pracovníka alebo pomáhajúcu pracovníčku.

Efektívna komunikácia je často výzvou aj pre skúsených a erudovaných lekárov a lekárky, prípadne sestry alebo iných zdravotníckych pracovníkov. Chýbajú im mäkké komunikačné zručnosti, ktoré by im pomohli prekonať ťažkosti v komunikácii

s náročnejšími alebo horšie spolupracujúcimi pacientmi, alebo efektívne komunikovať v časovom strese a v návale pracovných povinností.

Myslíme si, že schopnosť efektívne komunikovať je zručnosť, ku ktorej by mali byť vedení zdravotníci a zdravotníčky od začiatku štúdia nie len preto, aby mohli efektívne pomáhať svojim pacientom, ale aj preto, aby chránili a kultivovali seba vo svojej profesii. Dúfame, že tento študijný text bude pre vás cenným zdrojom informácií, inšpirácie a podpory v náročných situáciách a konverzáciách, s ktorými sa stretnete počas svojej praxe.

Stručný sprievodca textom

Tento stručný sprievodca vás oboznámi s obsahom študijného textu a tým, aké vedomosti a zručnosti preštudovaním jednotlivých kapitol získate do svojej zdravotníckej praxe. Text je vystavaný tak, aby vám priniesol teoretické poznatky o téme, aktuálne výskumné zistenia v danej oblasti a praktické tipy na tréning zručností v praxi.

V prvej kapitole (Komunikácia ako medicínska kompetencia) vám predstavíme Kanadský model medicínskych kompetencií. Uvedomíte si mnohovrstevnatosť zdravotníckej profesie a jednotlivých rol, v ktorých sa budete ako pomáhajúci pracovníci a pracovníčky ocitať. Špecificky na zamierame na rolu Komunikátora.

V druhej kapitole vám predstavíme Calgary-Cambridge model medicínskej konzultácie, ktorý je rámcom pre medicínske kompetencie, ktoré sú ďalej predstavené v tomto učebnom texte, a ktorý je nosným modelom pre tréning kompetencií pre klinickú prax. Tento model vám poskytne prehľad o jednotlivých fázach medicínskej konzultácie, vďaka čomu sa už v procese konzultácie s pacientmi nebudete strácať.

Tretia kapitola textu je venovaná dvom pohľadom na zdravotné ťažkosti, liečbu a ďalšie aspekty zdravotnej starostlivosti, a to je perspektíva zdravotníkov a perspektíva pacienta. Informácie v tejto kapitole vám pomôžu pochopiť uvažovanie pacientov a zladíť vašu perspektívu s ich perspektívou.

Štvrtá kapitola sa venuje téme budovania vzťahu s pacientmi. Pojednáva o benefitoch budovania vzťahu pre efektívnejšiu komunikáciu a o výskumných zisteniach, ktoré dokazujú dôležitosť tohto aspektu pre efektívnu starostlivosť o pacientov. Veľká časť tejto kapitoly sa venuje praktickým tipom a zručnostiam, ktoré môžete postupne tréningovať už počas zdravotníckych štáží.

Piata kapitola sa venuje téme iniciácie konzultácie s pacientmi. Dozviete sa v nej, prečo sú prvé sekundy stretnutia s pacientmi dôležité pre budúcu spoluprácu a aké zručnosti v tejto fáze využijú pre vytvorenie dobrého štartu vzájomnej spolupráce.

Šiesta kapitola pojednáva o význame štruktúrovania konzultácie. Naučíte sa viesť rozhovor a rámcovať spoluprácu tak, aby bola efektívna.

Siedma kapitola sa venuje téme získavania informácií. Naučíte sa ako získať adekvátne informácie od pacientov tak, aby ste naplnili vaše klinické ciele a tiež to, ako poskytnúť pacientom priestor vyjadriť ich porozumenie symptómom a ťažkostiam, ktoré môžu byť aj pre vás veľmi informatívne.

Ôsma kapitola predstavuje zručnosti vysvetľovania informácií tak, aby ste boli schopní zaistiť adekvátne porozumenie týchto informácií pacientmi. Naučíte sa ako informácie podať, ako skontrolovať, či im pacienti rozumeli a ako ich podporiť, aby boli v konzultácii s vami aktívni, ak niečomu nerozumejú.

Deviata kapitola sa venuje plánovaniu a zdieľanému rozhodovaniu. Naučíte sa ako spolupracovať s pacientmi pri plánovaní liečby, ako podnecovať zdieľané rozhodovanie, ale tiež ako rešpektovať, ak si pacienti neprajú byť zahrnutí do zdieľaného rozhodovania.

Desiata kapitola predstavuje zručnosti pri uzatváraní konzultácie s pacientmi. Naučíte sa ako a kedy konzultáciu uzavrieť a na čo všetko pri tom myslieť, aby bola aj táto fáza konzultácie efektívna.

Posledná, jedenásta kapitola sa venuje špecifickej téme, a to je zdieľanie nepriaznivých správ s pacientom a/alebo s jeho príbuznými. Naučíte sa v nej ako citlivo, s ohľadom komunikovať nepriaznivé správy, ako naložiť s emóciami pacientov, ale i vlastnými potrebami v týchto náročných chvíľach. Túto kapitolu sme sem zaradili preto, aby sme poukázali na využitie jednotlivých komunikačných zručností v špecifickom kontexte. Týchto špecifických kontextov existuje samozrejme mnoho, napríklad práca s pacientmi a ich rodinami, ktorí nespolupracujú, prejavujú sa agresívne, alebo majú iné špecifické prejavy, ktoré môžu byť pre zdravotníka alebo zdravotníčku výzvou. Tieto témy si rozhodne zaslúžia pozornosť, presahujú však rozsah tohto učebného textu.

V tomto texte používame rodovo citlivý jazyk ak hovoríme o zdravotníkoch alebo zdravotníčkach. Kvôli lepšej čitateľnosti textu budeme v ostatných prípadoch (napríklad ak hovoríme o pacientoch, pacientkach, rodinných príslušníkoch a príslušníčkach a podobne) používať generické maskulínium. Tento prístup sme zvolili preto, aby sme neprispievali k zneviditeľňovaniu ženských pracovníčok

v zdravotníctve a zároveň sa vyhli nutnosti feminizácie celého textu, čo by sťažilo jeho čitateľnosť.

Celý text týchto vysokoškolských skrípt je koncipovaný čo najviac prakticky, s minimom teórie a akademického jazyka. V texte však odkazujeme na zaujímavé výskumy, ktoré môžu byť cenným zdrojom ďalších informácií pre vás. Pri písaní textu sme sa primárne opierali o vynikajúcu publikáciu autora a autoriek Silverman, Kurtz a Draper (2013), ktorú zároveň odporúčame ako doplnkový študijný materiál.

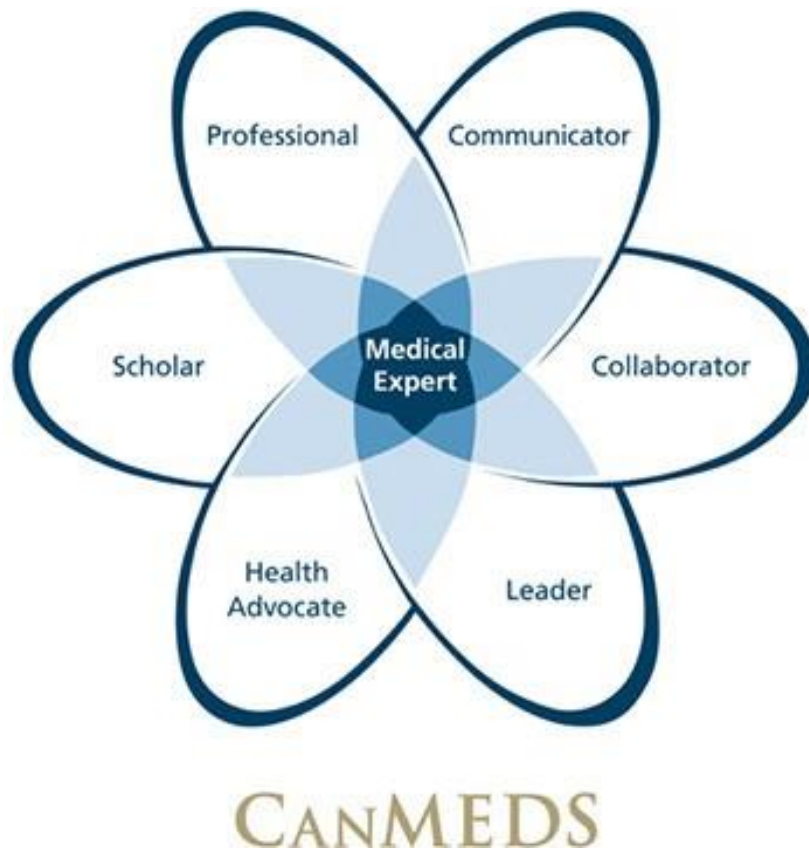
1. Komunikácia ako medicínska kompetencia

Komunikácia je jedným z kľúčových nástrojov práce zdravotníkov a zdravotníčok. Táto veta vás možno prekvapila, pretože všeobecne prevláda názor, že týmto kľúčovým nástrojom je, zjednodušene povedané, vyšetovanie a liečenie chorých, bezmocných pacientov. Faktom však je, že každodenné fungovanie zdravotníkov a zdravotníčok je zasadené do širokého kontextu vzťahov s pacientmi, zdravotníkmi, inými profesionálmi a profesionálkami, so systémom vzdelávania, systémom zdravotníctva, politikami ako aj do verejného diskurzu a toto fungovanie (liečenie pacientov) by nebolo možné bez komunikácie.

Špecificky sa komunikácia (ako medicínska kompetencia) uplatňuje v role Komunikátora, jednej z rolí zdravotníckych pracovníkov podľa kanadského modelu medicínskych kompetencií. V nasledujúcej podkapitole si jednotlivé roly tohto modelu popíšeme a špecifickú pozornosť zameriame na rolu Komunikátora, vzhľadom na to, že priamo súvisí s problematikou, ktorej sa venuje tento učebný text.

1.1. Kanadský model medicínskych kompetencií

Kanadský model medicínskych kompetencií, tzv. CanMEDS model, bol vytvorený v roku 1990 s cieľom definovať nevyhnutné kompetencie pre výkon lekárskeho vzdelávania. V súčasnosti patrí k svetovo najrozšírenejším modelom v rámci medicínskeho vzdelávania a praxe (Frank a kol. 2015). CanMEDS usporadúva kompetencie zdravotníkov do šiestich rolí (tímový hráč, manažér, advokát zdravia, akademik, profesionál a komunikátor), ktoré sa stretávajú v jednej ústrednej role medicínskeho experta (viď. obr. 1). V nasledovných riadkoch tieto roly stručne popíšeme a o niečo väčší priestor venujeme role komunikátora. Detailné informácie o tomto modeli nájdete na webovej stránke [CanMEDS Framework :: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada](#).



Obrázok č. 1: Kanadský model medicínskych kompetencií

(Zdroj: <http://canmeds.royalcollege.ca/>)

1.1.1 Medicínsky expert

V tejto role sa integrujú všetky nižšie spomenuté čiastkové roly modelu kompetencií. Kľúčové kompetencie medicínskeho experta zahŕňajú vykonávanie na pacientov zameranej starostlivosti, stanovenie plánu starostlivosti a dohliadanie na jeho kontinuitu, ale aj prispievanie k zlepšovaniu kvality starostlivosti a k zvyšovaniu bezpečnosti pacientov.

1.1.2 Tímový hráč

Byť tímový hráč znamená byť schopný efektívne spolupracovať jednak s pacientmi a jeho príbuznými, so zdravotníckymi pracovníkmi a ďalšími kľúčovými hráčmi z oblasti poskytovania zdravotná starostlivosti. Hlavným cieľom tímovosti je zabezpečiť bezpečnú a kvalitnú zdravotnú starostlivosť pre pacientov. Ťažiskom je

spolupráca založená na dôvere a rešpekte a na vytváraní priestoru pre zdieľanie a komunikáciu. Znamená to tiež snažiť sa o vzájomné porozumenie, riešenie konfliktov a zladžovanie potrieb.

1.1.3 Manažér

Rola manažéra zahŕňa schopnosť využívať personálne a finančné zdroje na pracovisku, schopnosť prispievať k efektívnemu využívaniu zdrojov na dosiahnutie efektívnej starostlivosti. Táto rola môže tiež zahŕňať riadenie ľudí v zdravotníckej organizácii, finančné hospodárenie a rozvíjanie organizácie s primárnym cieľom poskytovania kvalitnej zdravotnej starostlivosti a prispievania k skvalitňovaniu systému zdravotnej starostlivosti.

1.1.4 Advokát zdravia

V roli advokátov zdravia zdravotníci prispievajú k zlepšeniu zdravia komúnít a skupín pacientov, s ktorými pracujú. Snažia sa rozpoznať a pochopiť potreby pacientov a apelovať na zmeny v nastavení systému, tak aby lepšie zodpovedal potrebám pacientov. Obhajujú teda záujmy pacientov a komúnít a snažia sa o sociálne zodpovednú spoločnosť. V rámci tejto roly zdravotníci navigujú pacienta systémom zdravotníckych služieb a obhajujú jeho nárok na včasný prístup k potrebným službám.

1.1.5 Akademik

Zdravotníci sa často ocitajú v roli akademika. Vo svojej profesii sa potrebujú kontinuálne vzdelávať, študovať nové poznatky a rozvíjať tak svoje kompetencie. Mnohí zdravotníci sú angažovaní vo výskume, ktorý má rozširovať poznanie v danej oblasti a prispievať k rozvoju vlastného odboru. Odborne vedú študentov a mladších kolegov a podieľajú sa na vzdelávaní verejnosti.

1.1.6 Profesionál

Byť profesionálom vo svojej zdravotníckej profesii znamená uplatňovať najlepšie možné postupy a dodržiavať vysoké etické štandardy pri práci s pacientmi, dodržiavať štandardy a regulácie vo svojej profesii, udržiavať zdravie a subjektívnu

pohodu seba a svojich kolegov, aby bolo možné poskytovať optimálnu starostlivosť o pacienta a reagovať na očakávania spoločnosti vzhľadom na zdravotnú starostlivosť.

1.1.7 Komunikátor

V roli komunikátora by lekári mali byť schopní nadviazať a rozvíjať empatické vzťahy s pacientami a ich blízkymi, byť schopní aktívne počúvať a dávať priestor pacientom, aby mohli zdieľať svoje ťažkosti a problémy. Mali by viesť rozhovor s pacientmi takým spôsobom, ktorý im umožní zmapovať symptómy, ale tiež perspektívu pacientov na ich ťažkosti a očakávania týkajúce sa ochorenia a liečby. Informácie, ktoré získajú by mali byť schopní s porozumením integrovať do sociálneho kontextu daných pacientov, teda mali by rozumieť sociálnym determinantom zdravia, vývinovým štádiám života, pracovnej či osobnej situácii pacientov a ďalším relevantným psychologickým a sociálno-ekonomickým okolnostiam. Mali by byť schopní pacientom zrozumiteľným spôsobom vysvetliť informácie o zdravotnom stave a zdravotnej starostlivosti a doceliť porozumenie týchto informácií u pacientov uplatnením špecifických zručností. Ťažiskom na pacientov zameraného prístupu je zdieľané rozhodovanie, nájdenie spoločného základu s pacientmi pri vypracovaní plánu riešenia ich zdravotných problémov v súlade s ich cieľmi v oblasti ich zdravia, reflektujúc ich potreby, hodnoty a preferencie.

CanMEDS model presne definuje kľúčové kompetencie roly komunikátora:

1. Vytvorí profesionálne terapeutické vzťahy s pacientmi a ich blízkymi.

- Komunikovať pomocou prístupu zameraného na pacientov, ktorý podporuje dôveru a autonómiu pacientov a vyznačuje sa empatiou, rešpektom a súcitom.
- Optimalizovať fyzické prostredie pre pohodlie, dôstojnosť, súkromie a bezpečnosť pacientov.
- Rozpoznať, kedy hodnoty, predsudky alebo perspektívy pacientov, lekárov alebo iných zdravotníckych pracovníkov môžu mať vplyv na kvalitu starostlivosti, a podľa toho upraviť prístup k pacientom.
- Reagovať na neverbálne správanie pacientov, s cieľom zlepšiť vzájomnú komunikáciu.
- Zvládať prípadné nezhody a emocionálne nabité rozhovory v rámci komunikácie s pacientmi.
- Prispôbiť sa jedinečným potrebám a preferenciám pacientov a ich klinickému stavu a okolnostiam.

2. Zozbierať a syntetizovať presné a relevantné informácie so snahou porozumieť tomu, ako situáciu vnímajú pacienti a aké majú očakávania.

- Využívať zručnosti pri vedení rozhovoru zamerané na efektívne zhromažďovanie relevantných biomedicínskych a psychosociálnych informácií.
- Poskytovať jasnú štruktúru a riadiť tok celého stretnutia s pacientmi.
- Vyhľadávať a syntetizovať relevantné informácie z iných zdrojov, vrátane rodiny pacientov s ich súhlasom.

3. Zdieľať informácie o zdravotnom stave a možnej zdravotnej starostlivosti s pacientmi a ich blízkymi.

- Zdieľať informácie, ktoré sú jasné, presné a včasné, a zároveň kontrolovať, či im pacienti a ich rodinní príslušníci rozumejú.
- Presne a primerane informovať pacientov a ich rodiny o incidentoch, kedy by mohla byť alebo bola ohrozená bezpečnosť pacientov.

4. Zapájať pacientov a ich blízkych do tvorby plánov, ktoré reflektujú potreby a ciele zdravotnej starostlivosti o pacientov (zdieľané rozhodovanie).

- Uľahčovať diskusiu s pacientmi a ich rodinami spôsobom, ktorý je úctivý, neodsudzujúci a kultúrne bezpečný.
- Pomáhať pacientom a ich rodinám pri identifikácii, prístupe a využívaní informačných a komunikačných technológií na podporu ich starostlivosti a riadenia ich zdravia.
- Používať komunikačné zručnosti a stratégie, ktoré pomáhajú pacientom a ich rodinám robiť informované rozhodnutia týkajúce sa ich zdravia.

5. Dokumentovať a zdieľať písomné a elektronické informácie o stretnutí s pacientmi s cieľom optimalizovať klinické rozhodovanie, ich bezpečnosť, dôvernosť a súkromie.

- Zdokumentovať klinické stretnutia presným, úplným, včasným a prístupným spôsobom v súlade s regulačnými a právnymi požiadavkami.
- Efektívne komunikovať pomocou písomného zdravotného záznamu, elektronického zdravotného záznamu alebo inej digitálnej technológie.
- Zdieľať informácie s pacientmi a inými osobami spôsobom, ktorý rešpektuje súkromie a dôvernosť pacientov a zlepšuje porozumenie informáciám.

2. Medicínska konzultácia

Keď hovoríme o medicínskej konzultácii, myslíme ňou akékoľvek stretnutie a komunikáciu pacientov a lekárov, kedy dochádza k vyšetreniu, nastavovaniu liečby, konzultáciám o liečbe, príprave na lekárske zákroky a kedy dochádza k výmene informácií medzi lekármi a pacientmi, prípadne ich príbuznými.

Lekári počas svojho života uskutočnia obrovské množstvo medicínskych konzultácií, ktoré sa pohybuje rádovo na úrovni stotisícov. Je to podstatná súčasť ich práce a preto by príprave, vzdelávaniu a rozvíjaniu kompetencií v oblasti vedenia efektívneho rozhovoru malo byť venovaného viac priestoru a pozornosti než tomu bolo doteraz.

Efektívna komunikácia počas medicínskej konzultácie prispieva k vybudovaniu bezpečného a rešpektu-plného vzťahu medzi lekármi a pacientmi, k vzájomnej dôvere a spolupráci a k získavaniu adekvátnych a presných informácií o ťažkostiach a symptómoch, ktorými sa prejavuje ochorenie u pacientov. Vďaka efektívnej komunikácii je možné zlepšovať adhérenciu pacientov s odporúčaniami lekárov, ktorá je nevyhnutná pre úspešnú liečbu. Navyše, efektívna, rešpektujúca a príjemná komunikácia v rámci medicínskej konzultácie prispieva k spokojnosti na oboch stranách a je prevenciou vyhorenia u zdravotníckych pracovníkov.

2.1. Faktory ovplyvňujúce medicínsku konzultáciu

Efektívnosť či neefektívnosť medicínskej konzultácie ovplyvňujú rôzne faktory. V tomto študijnom texte spomenieme tie faktory, ktoré sa týkajú charakteristík zdravotníkov a pacientov.

2.1.1 Faktory na strane zdravotníkov

Štýl interakcie s pacientom

V porovnaní s lekármi sú zdravotné sestry pacientmi vnímané ako starostlivejšie. Pacientom sa s nimi ľahšie komunikuje, majú pocit, že sestry sú lepšie v načúvaní. Potvrďuje to napríklad štúdia Sarah Collins (2005). Zdravotné sestry viac reagujú na potreby pacientov, kým lekári skôr vedú konzultáciu a riešia témy dôležité z ich

perspektívy. Zdravotné sestry vysvetľujú problém vychádzajúc z perspektívy pacienta, kým lekári z biomedicínskej perspektívy.

Rod zdravotníkov

Rod zdravotníkov tiež vplýva na medicínsku konzultáciu. Z prehľadu vedeckých štúdií Debry Rotter a Julie Hall (2004) vyplýva, že ženy lekárky vedú medicínske konzultácie v priemere o 10% dlhšie ako muži a častejšie využívajú prvky na pacientov zameraného prístupu. Viac podporujú aktívne partnerstvo s pacientmi, sú pozitívnejšie v komunikácii a viac sa venujú psycho-sociálnym problémom pacientov. Na strane druhej, samotní pacienti sú otvorenejší voči ženám lekárkam než voči mužom lekárom.

Používanie jazyka

Použitie technického, medicínskeho jazyka vplýva na schopnosť pacientov porozumieť informáciám o zdraví. Naopak, použitie hovorového jazyka pomáha pacientom lepšie si informácie zapamätať a riadiť sa nimi. Jedna z mnohých výskumných štúdií (Thompson a Pledger, 1993) zistila, že vysokoškolsky vzdelaní účastníci poznali viac termínov ako ostatní. Rodový rozdiel v schopnosti porozumieť lekárskej terminológii sa neprejavil, ale objavil sa rozdiel v chápaní v závislosti od veku. Osoby staršie ako 65 rokov nepoznali toľko výrazov ako osoby vo vekovej skupine 45 až 64 rokov. Celkovo výsledky naznačujú, že lekári si musia byť ešte viac vedomí terminologickej priepasti, ktorá existuje medzi nimi a pacientmi, a musia prispôbiť svoj jazyk tak, aby zodpovedal úrovni vedomostí pacienta. K podobnému záveru na základe svojho výskumu dospeli aj Lerner a kol. (2000), ktorí zistili, že lekárska terminológia je často zle pochopená, najmä málo vzdelanými pacientmi. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti by mali pamätať na to, že aj bežne používaná lekárska terminológia by mala byť svojim pacientom starostlivo vysvetlená.

Osobnosť zdravotníkov

Uvedomenie si osobnostného nastavenia u zdravotníckych pracovníkov môže viesť k jasnejšiemu pochopeniu toho, ako fungujú na pracovisku, a môže podporiť reflexiu a pochopenie dôsledkov na proces poskytovania zdravotnej starostlivosti (Eley a Eley,

2011). Štúdia Del Canale a kol., (2012) ukázala, že pacienti v primárnej starostlivosti, ktorých lekár mal vyššiu schopnosť empatie vykazovali významne nižšiu úroveň metabolických komplikácií v porovnaní s pacientmi, ktorých lekár mal nižšiu schopnosť empatie.

Dĺžka konzultácie

Zvýšenie účasti pacientov v rámci komunikácie počas poskytovania zdravotnej starostlivosti znamená komplexnejšiu interakciu, ktorá si vyžaduje viac času. Dlhšie konzultácie sú však spojené s radom lepších výsledkov u pacientov a mali by byť profesionálnou prioritou (Freeman a kol., 2002). Štúdie o lekárskejších konzultáciách naznačujú, že aj keď sa mnohé aspekty správania lekára nemenia, dlhšie konzultácie môžu byť spojené s väčšou spokojnosťou pacienta a zvýšenou zdravotnou osvetou/preventívnymi opatreniami. (Wilson, 1991)

2.1.2. Faktory na strane pacientov

Vzdelanie

Vyššie uvedené výskumné štúdie naznačujú nutnosť zohľadňovať v prípade faktorov na strane pacientov ich vzdelanie, keďže to zohráva napríklad dôležitú úlohu v rámci pochopenia informácií poskytnutých v rámci medicínskej konzultácie (Thompson a Pledger, 1993, Lerner a kol., 2000)

Vek

Kľúčovým faktorom na strane pacienta sa z hľadiska faktorov na strane pacientov stáva aj ich vek. Medicínska konzultácia si vyžaduje uplatňovanie odlišných prístupov v rámci komunikácie, rešpektujúc charakteristiky jednotlivých vývinových štádií a s nimi súvisiacich vekových špecifik. Príkladom je vyššie spomenutá štúdia (Thompson a Pledger, 1993) poukazujúca na odlišnú mieru pochopenia odbornej medicínskej terminológie v závislosti od veku.

Zdravotná gramotnosť

Zdravotná gramotnosť je schopnosť vyhľadávať, analyzovať, vyhodnocovať informácie o zdraví a konať na základe nich. Úroveň zdravotnej gramotnosti u ľudí je rôzna v závislosti od mnohých faktorov, podstatné však je, že významne vplýva na schopnosť pacientov spolupracovať, chápať informácie, ktoré im zdravotníci poskytujú a konať na základe nich tak, aby bola liečba úspešná. Zdravotná gramotnosť sa manifestuje aj v (ne)schopnosti pacientov efektívne komunikovať so zdravotníkmi, byť aktívni v manažovaní ich zdravia, klásť otázky, overovať si informácie a podobne. Zdanlivo chápací pacienti, ktorí všetko odsúhlasia a na nič sa nepýtajú môžu byť tí s veľmi nízkou zdravotnou gramotnosťou. Tento faktor neskôr môže vysvetľovať neúspešný proces spolupráce, vracajúce sa ťažkosti pacientov v dôsledku neadherencie s liečbou a podobne.

Emocionálny stav pacienta

Emocionálny stav pacientov významne vplýva na medicínsku konzultáciu. Mjaaland a kol. (2011) zistili, že keď pacienti pomenúvali negatívne pocity, lekári mali tendenciu odkloniť sa od toho, aby ich riešili alebo sa na ne dopytovali a to obzvlášť v prípadoch, kedy tieto emócie boli vyjadrené explicitne ako problém.

Osobnosť pacienta

Osobnosť pacientov je dôležitým faktorom, ktorý vstupuje do medicínskej konzultácie. Pacienti, ktorí boli aktívni počas konzultácie, boli spokojnejší so svojimi lekármi a mali väčší pocit kontroly nad svojim ochorením (Brody a kol., 1989). Pravdepodobne je pomerne jednoduché pracovať so sympatickým, zorientovaným, pokojným a miernym pacientom, avšak mnohí pacienti takí nie sú. Náročných pacientov zdravotníci vnímajú negatívnejšie a majú tendenciu skracovať ich konzultácie.

2.2. Calgary-Cambridge model medicínskej konzultácie

V tomto vysokoškolskom texte budeme vychádzať z overeného modelu medicínskej konzultácie, ktorý nám poskytne rámec pre orientáciu v spleťosti a zložitosti medziľudskej komunikácie v medicínskom kontexte. Jedná sa o Calgary-Cambridge model medicínskej konzultácie tak ako ho definuje Silverman a kol. (2013).

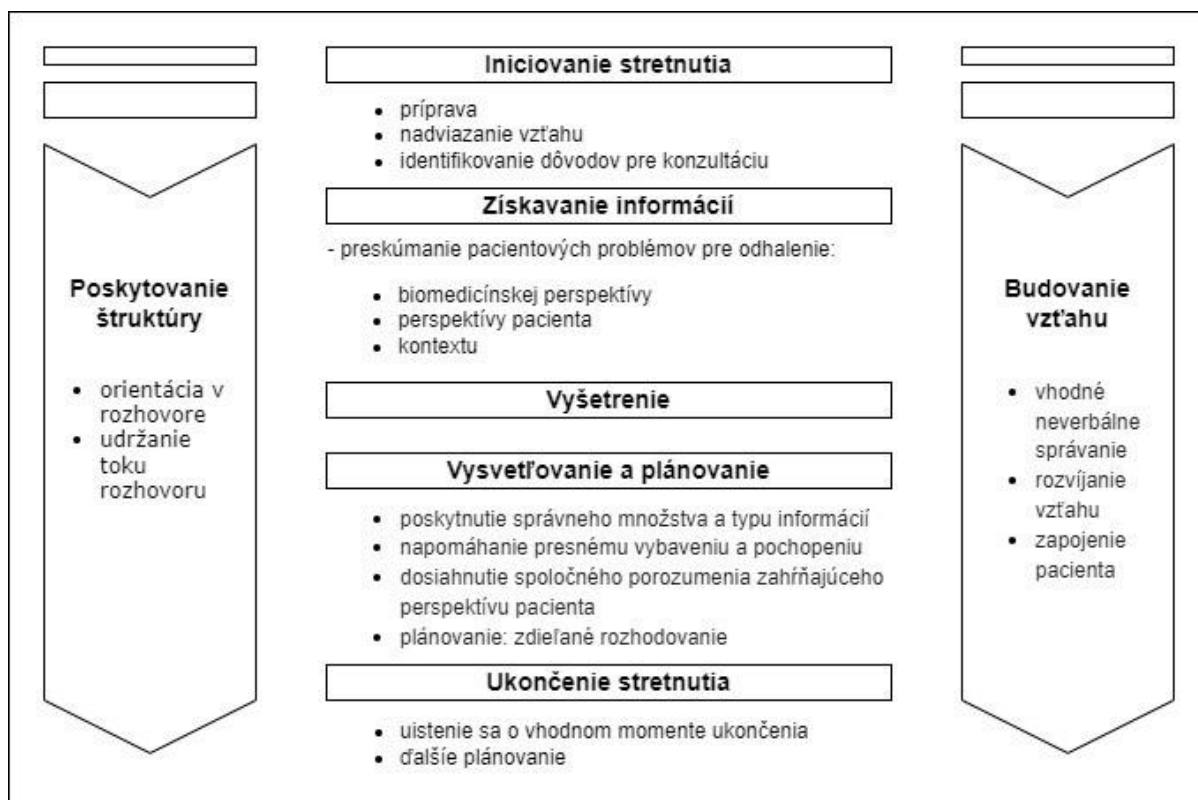
V roku 1993 sa dr. Jonathan Silverman z Cambridge rozhodol stráviť svoj sabbatical u prof. Suzanne Kurtz v Calgary. Spojili svoje skúsenosti z tréningov komunikačných zručností medikov aj s dr. Juliet Draper, ktorá mala skúsenosti z krajín Blízkeho východu a severnej Afriky a výsledkom je schéma vedenia medicínskej konzultácie, na základe ktorej vypracovali aj jeden z najprepracovanejších tréningových programov, aké poznáme; čo je dôvodom, prečo sa využíva na mnohých lekárskech fakultách.

Tento model zahŕňa **päť po sebe nasledujúcich krokov**, ktoré sa uskutočňujú v medicínskej konzultácii. V rámci jednotlivých krokov sú používané zručnosti a nástroje vedenia rozhovoru tak, aby bola komunikácia efektívna, príjemná a posilňujúca spoluprácu zdravotníkov a pacientov.

Kroky medicínskej konzultácie je možné zhrnúť v nasledovných bodoch:

1. Iniciovanie stretnutia
2. Získavanie informácií
3. Vyšetrenie
4. Vysvetľovanie a plánovanie
5. Ukončenie stretnutia

Všetky tieto kroky sú sprevádzané **budovaním vzťahu s pacientmi** dbaním na neverbálnu komunikáciu, prizývaním pacientov k aktívnej spolupráci a starostlivosťou o vzťah a štruktúrovaním rozhovoru, teda uľahčovaním orientovania sa v rozhovore a držaním toku rozhovoru tak, aby bol zmysluplný a konštruktívny.



Obrázok č. 2 Model medicínskej konzultácie (podľa Silverman a kol. 2013)

V nasledovnej časti si stručne predstavíme jednotlivé kroky medicínskej konzultácie a sprievodné procesy týchto krokov. Tieto budú v ďalších kapitolách učebného textu rozpracované hlbšie, vrátane popisu praktických zručností, ktoré je možné využiť v jednotlivých fázach konzultácie.

2.2.1 Iniciovanie stretnutia

Medicínska konzultácia začína prípravou, teda dokončením predošlých úloh, postaraním sa o vlastné potreby (napríklad napiť sa, ísť na toaletu, vybaviť si telefonát) a prípravou na prichádzajúceho pacienta. Druhým krokom je nadviazanie spojenia s pacientom, teda vytvorenie raportu pomocou prívetivého pozdravu, predstavenia sa navzájom a objasnenia zdravotníckej pozície – odborného zamerania. V tejto fáze stretnutia je dôležité demonštrovanie úcty, rešpektu, záujmu a starostlivosti o pohodlie pacienta. Ďalšou úlohou je identifikovanie dôvodu medicínskej konzultácie, teda prečo pacient prišiel a čo potrebuje. V tejto časti je dôležité vedieť položiť otvorenú otázku, dať pacientovi dostatok priestoru a času a

vypočuť si ich úvodné vyjadrenie, popis potrieb a ťažkostí a to ideálne bez prerušovania, či usmerňovania. Posledným krokom je dohodnutie si agendy konzultácie s pacientom, teda čo bude obsahom konzultácie. Je potrebné to urobiť explicitne a transparentne, tak aby táto agenda bola pochopená a prijatá obomi stranami, teda nebola len agendou lekára, ale reflektovala potreby pacientov.

2.2.2 Získavanie informácií

V momente kedy už máme s pacientom vyjasnenú agendu, začneme sa zaoberať získavaním informácií. Úlohou lekára je zmapovať ťažkosti pacienta a to jednak z biomedicínskej perspektívy a jednak z perspektívy pacienta. V tejto fáze sa tiež zaujímate o celkový kontext, pacientove sociálne zázemie a podobne. Lekár povzbudzuje pacienta, aby rozpovedal príbeh ťažkostí od začiatku, od prvých prejavov. Používa otvorené i zatvorené otázky, aktívne počúva, umožňuje pacientovi premyslieť si odpoveď, povzbudzuje pacienta prvkami verbálnej i neverbálnej komunikácie, ujasňuje si dôležité informácie z pacientovej výpovede, v pravidelných intervaloch sumarizuje výpoveď pacienta a overuje, či správne porozumel tomu, čo pacient hovorí.

2.2.3 Fyzické vyšetrenie

Po zmapovaní problému z biomedicínskej perspektívy a preskúmaní pacientovej perspektívy nasleduje fyzické vyšetrenie. V tejto fáze obvykle dochádza k rade úkonov, ktoré majú potvrdiť, resp. vyvrátiť, lekárovo hypotézy o povahe problému, napomôcť k stanoveniu správnej diagnózy a byť podkladom pre adekvátnu liečbu.

2.2.4 Vysvetľovanie a plánovanie

V tejto fáze lekár už má všetky informácie a tieto je potrebné zrozumiteľne vysvetliť pacientovi a naplánovať starostlivosť a liečbu. Hlavnou úlohou lekára je poskytnúť primerané množstvo a typ informácií pacientovi a to spôsobom, aby informáciám rozumel a vedel, čo na základe nich robiť, alebo nerobiť. Je tiež dôležité vedieť zhodnotiť štartovaciu čiaru pacienta, zmapovať, čo už o danej problematike vie, ako rozumie príznakom ochorenia, ale tiež to, koľko informácií chce dostať. Pacient si

môže želať nebyť informovaný o nepriaznivých skutočnostiach a je potrebné, aby lekár dokázal navigovať aj takéto situácie.

Cieľom je dospieť k zdieľanému porozumeniu ťažkostiam pacienta a plánu liečby, ktorý zahŕňa aj perspektívu pacienta aj biomedicínsku perspektívu. V tejto fáze má lekár vytvoriť dostatočný priestor pre otázky, vyjadrenie pochybností a pocitov pacienta. Takýmto spôsobom dochádza k vytvoreniu základov pre zdieľané rozhodovanie, ktoré stimuluje i pacientove odhodlanie, záväzok dohodnutý plán skutočne nasledovať.

Zdieľané rozhodovanie zahŕňa rozmanité zručnosti ako sú zdieľanie úvah lekára, prezentovanie možností a alternatív liečby, identifikovanie, do akej miery si pacient praje byť zapojený, byť zahrnutý, diskutovanie o závažnosti ochorenia, vyjednávanie jednotlivých krokov liečby spolu s pacientom, diskusia o vyšetreniach, postupoch a zdravotníckych službách a podobne. Samozrejme nie pri všetkých problémoch je rozhodovanie také komplexné. Všeobecne možno povedať, že vážne ochorenia, chronické, terminálne alebo vyžadujúce invazívne zákroky si vyžadujú v tejto fáze venovať pacientovi viac pozornosti.

2.2.5 Ukončenie stretnutia

Ak sme dospeli k spoločnému rozhodnutiu, dojednaniu plánu a postupu, prichádza čas zhrnúť na čom sme sa dohodli, vrátane manažmentu možných rizík a komplikácií pri plnení tohto plánu, teda to, čo by mohlo ohroziť dohodnutý plán a čo v takom prípade robiť. Úplne na záver je potrebné uistiť sa, že pacient súhlasí, je spokojný s konzultáciou a plánom, všetkému rozumie a vie, čo má robiť. Na záver je vhodné ešte predsa len položiť kontrolnú otázku, či ešte pacient má nejaké otázky. Často práve na záver stretnutia nejaké vyskočia a často to bývajú tie najdôležitejšie veci. Ak pacient už nemá otázky, dohodneme termín ďalšieho stretnutia a lúčime sa s ním rovnako dôstojne ako sme ho privítali.

2.2.6 Poskytovanie štruktúry a budovanie vzťahu

Priebežne počas stretnutia s pacientom lekár štruktúruje medicínsku konzultáciu, teda robí zjavnú organizáciu jednotlivých krokov. Oznamuje, čo sa bude diať

v ďalšom kroku, sumarizuje kroky, ktoré už prebehli a takýmto spôsobom usporadúva rozhovor do logickej štruktúry. Cieľom je pomôcť pacientovi orientovať sa v konzultácii a rozumieť následnosti jednotlivých krokov a úkonov.

Budovanie vzťahu s pacientom je proces, ktorý pretkáva všetky kroky medicínskej konzultácie. Dôležitou súčasťou budovania vzťahu je primeraná a vhodná neverbálna komunikácia (očný kontakt, mimika, gestá, postoj, intonácia reči) a jej súlad s verbálnou komunikáciou. Demonštrácia záujmu o pacienta, empatia, vytváranie bezpečného prostredia, poskytovanie opory pacientovi a starostlivosť o jeho komfort pomáha vybudovať dôverný a spolupracujúci vzťah, ktorý je základom úspešnej liečby.

3. Perspektíva zdravotníkov a perspektíva pacientov

V tejto kapitole si ukážeme dve perspektívy v súvislosti s liečbou ochorení a objasníme, prečo je dôležité preskúmať aj perspektívu na ochorenie, liečbu a seba-managment u pacientov samotných.

O perspektíve lekárov hovoríme ako o bio-medicínskej perspektíve. Tá zahŕňa symptómy ochorenia, vyšetovanie príčin vzniku ochorenia, posúdenie rizikových faktorov, diagnostiku a plánovanie liečby. Lekári dokážu na základe svojho vzdelania a praxe vyhodnotiť množstvo informácií, ktoré dostávajú od pacientov alebo z laboratórií, prípadne v podobe lekárskeho správ od iných špecialistov. Na základe nich stanovujú diagnózu, plánujú liečbu, sledujú jej efekt, obohacujú svoje odborné skúsenosti a na základe nich pomáhajú ďalším pacientom. Svet lekárov je často pacientovi skrytý a nakoľko on alebo ona postráda potrebné vzdelanie a skúsenosti, komunikácia medzi nimi nie je a pravdepodobne ani nemôže byť odborne rovnocenná.

Pacientska perspektíva zahŕňa myšlienky o ochorení, ale aj o svojej kvalite života a fungovaní s ochorením, očakávania voči lekárom alebo od liečby, pocity spojené s ochorením, liečbou a zdravotnou starostlivosťou a podobne. Aj pre perspektívu pacientov často platí, že ostáva skrytá a nevyzvedaná a to z viacerých dôvodov. Jedným je, že sa lekári o túto perspektívu nezaujímajú a nepýtajú sa na ňu. Iný dôvod je, že zdieľať svoje potreby, pocity a myšlienky nezapadá do očakávaní, ktoré majú pacienti v súvislosti s návštevou lekárov. To odráža ešte donedávna pretrvávajúci paternalistický model a prístup v zdravotníctve, a ktorý sa len postupne mení vplyvom moderného vzdelávania zdravotníkov.

Výhody zamerania sa na obe perspektívy popisuje Silverman a kol. (2013) nasledovne:

A. Budovanie vzťahu, porozumenia a podpory - Je veľmi dôležité vedieť včas diagnostikovať ochorenie a nastaviť liečbu, avšak rovnako dôležité je pochopiť, že pacient otázky so zdravím nevníma len technicky. Na konci konzultácie kedy ste mu povedali stanovenú diagnózu ste spokojný, pretože sa vám úspešne podarilo uplatniť

vaše vedomosti. Pacient, ktorý od vás odchádza však čelí mnohým otázkam, obavám, výzvam a aj trápeniu, ktoré bude istú dobu sprevádzať jeho život. Ak lekár chce porozumieť svojmu pacientovi, nastaviť dobrú spoluprácu a efektívne ho liečiť, potrebuje vnímať aj tieto ľudské stránky života s ochorením – pocity, obavy, zmarené plány, strach z bolesti, alebo smrti, dopad ochorenia na sexuálny alebo pracovný život a podobne. Tie sa totiž vypovedané či nevypovedané pretavia do vašej vzájomnej komunikácie a spolupráce, miery adherencie pacienta a podobne. Vedieť o nich znamená rátať s nimi a zakomponovať ich do liečby.

B. Pochopenie ťažkostí pacienta, ktoré nezapadajú do tradičného modelu chorôb -

Niekedy pacienti popisujú ťažkosti, alebo symptómy, ktoré nezapadajú do klinického obrazu, ktorý vyplýva z diagnostiky. Tieto ťažkosti môžu byť následkom stresu, skorým symptómom nejakého ochorenia, ktoré sa ešte nemanifestuje v laboratórnych výsledkoch, alebo skrátka vypovedajú o miere schopnosti pacienta popísať svoje ťažkosti v súlade s popisom, ktorý ponúka klasifikácia chorôb. Je však dôležité tieto ťažkosti zachytiť a zaoberať sa nimi. Niekedy je výsledkom poslanie pacienta za iným špecialistom.

C. Stanovenie presnejšej diagnózy - Preskúvanie pacientových myšlienok, spomienok na začiatok ochorenia, jeho laické hypotézy o príčinách a podobne môžu priniesť významné vodítka pre stanovenie správnej a presnej diagnózy. Napríklad výskum Epsteina a kolektívu (2005) ukázal, že na pacienta zameraný prístup, teda aj preskúvanie jeho perspektívy na zdravotné ťažkosti, súvisel s nižšími nákladmi spojenými s diagnostickými testami.

D. Príprava pôdy pre vysvetľovanie a plánovanie - Poznať dobre pacientovu perspektívu na ochorenie, liečbu alebo aj systém služieb v zdravotnej starostlivosti vám môže výrazne napomôcť v neskorších štádiách spolupráce, kedy budete s pacientom riešiť plán liečby, vysvetľovať mu dôvody istých návrhov a odporúčaní a podobne. Výskum Tucketta a kolektívu (1985) ukázal, že keď je rozdiel medzi pohľadom pacienta a zdravotníka na problém, má to dopad aj na medicínsku konzultáciu a ich spoluprácu.

4. Budovanie vzťahu s pacientom

Budovanie vzťahu je proces a práca, ktorá pretrkáva celú spoluprácu s pacientom od jeho začiatku do konca. Napriek tomu je však v zdravotníctve táto téma často opomínaná, podceňovaná, príliš psychologická a neuchopiteľná. Navyše, pri enormnej vyťažnosti zdravotníkov na budovanie vzťahu s pacientom neostáva čas. Napriek všetkému ostáva budovanie vzťahu s pacientmi jedným z najpodstatnejších komponentov spolupráce, ktorý má dopad na spokojnosť so starostlivosťou u pacienta, ale aj lekára, kvalitu spolupráce, efektivitu konzultácie, adhérenciu pacienta a v širšej perspektíve môže prispievať k prevencii vyhorenia u zdravotníka a k vyššej bezpečnosti pacienta.

Pacienti v zdravotnej starostlivosti nehľadajú len erudovaných odborníkov a odborníčky, špecialistov vo svojom odbore, ale taktiež empatických, načúvajúcich ľudí, ktorí im venujú pozornosť v čase, keď trpia zdravotnými ťažkosťami (Bensing a kol., 2011). V starostlivosti orientovanej na vzťah (relationship-centered care) je vzťah centrálnym komponentom terapeutického procesu. Tento koncept starostlivosti vyzdvihuje nie len vzťah medzi pacientom a lekárom, ale aj širšie vzťahy medzi pacientmi, lekármi, rodinnými príslušníkmi, opatrovateľmi, patientskými organizáciami a podobne (Suchman, Sluyter, Williamson, 2011).

Nedostatočná pozornosť venovaná budovaniu podporného, empatického a na dôvere založeného vzťahu môže mať v konečnom dôsledku negatívny dopad na zdravie pacienta, napríklad v dôsledku nízkej adhérencie s liečbou. Môže vplývať tiež na spokojnosť pacienta so starostlivosťou a ovplyvňovať mieru jeho zapojenia a účasti na spoločnom rozhodovaní. V prípade výskytu nežiaducich udalostí počas zdravotnej starostlivosti môže prispieť k eskalácii konfliktu a súdnej dohre, práve pre dlhodobu pretrvávajúcu nedôveru a slabý vzťah medzi lekárom a pacientom a nedostatočnú kapacitu následne spoločne takéto udalosti prekonať. Pozitívny a empatický vzťah teda chráni nie len pacienta, ale aj lekára a napriek tomu, že z rôznych dôvodov nie je niekedy ľahké to dosiahnuť, existujú zručnosti a vedomosti, na ktorých je možné stavať.

Budovanie vzťahu s pacientom sleduje rozmanité ciele. Zameralím sa na tento medziľudský aspekt medicínskej konzultácie dosahujeme nasledovné čiastkové ciele:

- a) Rozvíjanie vzťahu, ktorý dáva pacientovi pocit pochopenia, ocenenie a podpory
- b) Zníženie potenciálneho konfliktu medzi lekárom a pacientom
- c) Efektívne zhromažďovanie informácií, vysvetľovanie a plánovanie
- d) Umožnenie podporného poradenstva
- e) Rozvíjanie a udržiavanie vzájomného vzťahu v priebehu času
- f) Zapojenie pacienta tak, aby konzultáciu pochopil a bol spokojný s jej priebehom
- g) Zvýšenie spokojnosti lekára aj pacienta s konzultáciou a spoluprácou

4.1. Praktické zručnosti pre budovanie vzťahu

Existuje niekoľko overených zručností, ktorými môžeme naplniť vyššie spomenuté ciele budovania vzťahu s pacientom. Tieto zručnosti môžeme zhrnúť do troch kategórií:

- 1) zručnosti zamerané na neverbálnu komunikáciu
- 2) zručnosti na rozvíjanie vzťahu s pacientom
- 3) zručnosti na podporu zapojenia pacienta

Ďalej uvádzame v každej z týchto kategórií praktické rady a tipy, ktoré môžete aplikovať do svojej praxe, testovať ich a pozorovať účinky vašich nových zručností na spoluprácu s vašimi pacientmi.

4.1.1 Neverbálna komunikácia

Neverbálna komunikácia je veľmi podstatnou zložkou komunikácie a my ľudia sme na ňu vo všeobecnosti veľmi citliví. Všimame si ako sa človek tvári, keď s ním hovoríme, či stojí blízko alebo sa odťahuje, aké je podanie našich rúk pri prvom stretnutí. Na základe výrazu tváre odhadujeme, či s nami človek súhlasí, alebo skôr nie, či má podobný pohľad na vec ako my, alebo aká je jeho motivácia (napr. s nami spolupracovať). Význam neverbálnej komunikácie je hlboko zakorenený v našej kultúre a pomáha nám orientovať sa v zložitom svete ľudskej interakcie. Často sa

o neverbálne signály opierame viac než o obsah vypovedaného. Neverbálne prejavy môžu tiež prezradiť to, čo sa snažíme zakryť (nesúhlas, odpor, nesympatie, hnev a podobne).

Situácia medicínskej konzultácie je kontext, do ktorého často pacient vstupuje so zbystrenými zmyslami, zraniteľný, v strese. Potrebuje pomoc a má doslova „nastražené uši“ a „oči otvorené dokorán“, aby zachytil všetko, čo mu môže pomôcť s jeho zdravotnými ťažkosťami. Citlivo si všíma ako sa k nemu správame, ako s ním hovoríme. Zdvihneme zrak od počítača, keď pacient vchádza do ordinácie, alebo ďalej ťukáme a pozdrav precedíme cez zuby? Aký je stisk našej ruky pri zoznamovaní? Vrelý a uvoľnený, alebo studený a letný? Aký je tón nášho hlasu? Upokojuje, alebo skôr vytvára atmosféru stresu? Čo hovorí naša pozícia tela o tom, či sme prítomní tu a teraz pre pacienta?

V nasledujúcich riadkoch nájdete návody, praktické tipy a príklady ako upraviť svoju neverbálnu komunikáciu tak, aby ste vzbudzovali prijatie, ukazovali rešpekt a vytvárali bezpečnú atmosféru.

Preukazujte vhodné neverbálne správanie, napr. udržiajte očný kontakt, otočte sa k pacientovi, keď spolu hovoríte, pohybujte sa uvoľnene, majte prívetivý výraz tváre, hovorte pokojne.

Praktický tip

Zosúlad'te svoju verbálnu a neverbálnu komunikáciu. Ak sa verbálna a neverbálna stránka komunikácie nezhoduje, pacienti majú tendenciu opierať sa skôr o neverbálnu výpoveď. Napríklad ak lekár vyzve pacienta, aby mu povedal, čo ho trápi a zároveň to povie podráždene a pozerá sa pritom do počítača namiesto na pacienta, pacient to vyhodnotí tak, že lekára obťažuje a bude odpovedať s pocitom časového tlaku a stresu. To môže ovplyvniť aké informácie poskytnete, čo zamlčí a čo naopak zvýrazní.

Ak čítate, píšete poznámky alebo používate počítač, robte to spôsobom, ktorý nezasahuje do dialógu

Praktický tip

Povedzte pacientovi vopred o svojom zámere pozrieť sa na zdravotnú dokumentáciu, keď skončí s rozprávaním, aby rozumel procesu konzultácie. Kým rozpráva, venujte mu plnú pozornosť a očný kontakt.

Príklad

„Zaujíma ma teraz, čo vás trápi a aké máte ťažkosti. Potom sa pozrieme do zdravotnej dokumentácie a preberieme ďalšie detaily. Nech sa páči, hovorte.“

Praktický tip

Ak pacient rozpráva rýchlo a veľa, s rešpektom ho prerušte a vysvetlite, že si teraz zapíšete niekoľko poznámok, aby vám nič neušlo.

Príklad

„Prosím, na chvíľu sa zastavte, potrebujem si urobiť niekoľko poznámok a potom budeme pokračovať.“

Zachytávajújte neverbálne podnety pacienta (reč tela, reč, výraz tváre, emócie); kontrolujte ich a podľa potreby potvrdzujte.

Praktický tip

Niekedy môže byť ťažké porozumieť neverbálnemu správaniu u pacienta. Navyše máloktorý lekár je zároveň aj psychológ. Svoje interpretácie toho, čo asi pacient môže komunikovať, si môžeme s pacientom priamo overiť tým, že sa ho na to spýtame.

Príklad

„Vidím, že ste sa zamračili, znamená to, že s daným postupom nesúhlasíte, alebo niečo nie je jasné?“

„Zdá sa mi, že sa vám tento návrh veľmi nepáči, čo vám teraz ide hlavou?“

„Tvárite sa teraz trochu rozpačito, súvisí to nejako s tým, že vám odporúčam viac športovať, aby sa vaše zdravie posilnilo? Ste zvyknutý športovať, alebo je to pre vás niečo nové?“

4.1.2. Rozvíjanie vzťahu

Piliermi dobrých a fungujúcich vzťahov sú rešpekt, empatia a neposudzovanie. To platí aj pre špecifické vzťahy akým je nepochybne vzťah lekára a pacienta. Nie je to osobný vzťah, je skôr vzťahom formálnym. S pacientmi sme si cudzí a predsa s nimi preberáme intímne záležitosti týkajúce sa zdravia, o ktorých sme možno nikdy nehovorili s nikým iným. Je to vzťah, kde moc nie je rovnomerne rozdelená, kde lekár je ten kto má moc, vedomosti, návrhy a riešenia a pacient ten, kto stráda, trpí, potrebuje pomoc a podporu. Táto nerovnováha môže podnecovať konflikt, nespokojnosť, nesúhlas, pocit nepochopenia, nedorozumenia alebo pocit krivdy. Je však tomu možné predísť cieleným rozvíjaním vzťahu s pacientom prostredníctvom budovania a prehlbovania rešpektu, empatie a ohľaduplnosti. Na to, aby sme mohli efektívne pomáhať, potrebujeme sa naučiť uznať pacientove názory a nápady napriek tomu, že s nimi nesúhlasíme, prípadne celkom odporujú súčasnému vedeckému poznaniu. Potrebujeme sa vedieť zastaviť pri negatívnych, trápnych a zahanbujúcich pocitoch a situáciách a ošetriť ich. Potrebujeme byť ľudskí a chápaivi aj vtedy, ak je životná situácia pacienta pre nás nepochopiteľná a vzdialená a hľadať cestu ako mu

pomôcť. K tomu nám môže pomôcť niekoľko praktických tipov na zlepšenie zručností v tejto oblasti.

Uznajte názory a pocity pacienta aj v prípade, že sa líšia od vašich; neposudzujte pacienta, zaujmite akceptujúci postoj.

Praktický tip

Vyhňte sa negovaniu akceptácie príliš rýchlou reakciou na pacientovu výpoveď formou „Áno, ale...“ a umožnite pacientovi vyjadriť ako sa cíti, alebo čo si myslí. Je dôležité korigovať pacientove názory, ale urobte to až po tom, čo venujete chvíľu času pacientovej perspektíve a uznáte ju.

Príklad

Pacient: „Myslím, že mám rakovinu, v poslednom čase mám hrozné vetry.“

Lekár: „Máte obavy, že tieto ťažkosti môžu poukazovať na to, že máte rakovinu. Rozumiem tomu dobre, že by ste chceli, aby sme urobili testy a skontrolovali to?“

Pacient: „Áno. Moja mama umrela na rakovinu, keď mala 40 rokov a pamätám si, že tiež mala problém s vetrami. Strašne sa bojím, že to čaká aj mňa.“

Lekár: „Rozumiem vašim obavám. Vaša mama mala tieto symptómy a preto si myslíte, že dostanete aj vy rakovinu. Môžeme sa na to pozrieť, aj keď podľa mojich vedomostí, je to málo pravdepodobné. Rakovina sa väčšinou prejavuje.....“

Buďte empatickí a podporujúci, napr. vyjadrujte vaše obavy, porozumenie, ochotu pomôcť; oceňujte úsilie o zvládanie ochorenia u pacienta.

Praktický tip

V reakcii na to, čo pacient vyjadruje svojimi slovami alebo hovorením o pocitoch prepájajte „ja“ (lekár) a „vy“ (pacient).

Príklady

„Vidím (ja), že stratu pamäte u vášho manžela je pre vás (vy) náročné zvládnuť“

„Chápem(ja), aké ťažké je pre vás (vy) o tom hovoriť“

„Cítim (ja) váš (vy) hnev na fakt, že ste ochoreli“

„Viem (ja) si predstaviť, ako ste (vy) sa začali báť, keď sa bolesť objavila znovu“

Praktický tip

Vyjadrite podporu pomenovaním vašich obáv, vášho pochopenia, vašej ochoty pomôcť alebo ocenením pacientovej snahy.

Príklady

Obavy: *„Mám trochu obavy ako si poradíte doma s rukou v dlahe. Máte doma niekoho, kto vám môže pomôcť?“*

Pochopenie: *„Rozumiem, že sa hneváte, že nemocnica presunula vašu operáciu. Čakali ste na ňu dlho a teraz sa to opäť predĺži. To musí byť veľmi frustrujúce.“*

Ochota pomôcť: *„Ak je tu ešte niečo, čo môžem urobiť pre vášho manžela, prosím, dajte mi vedieť, som tu pre vás.“*

Ocenenie snahy: *„Myslím, že ste si skvele doma poradili s tou horúčkou a vracaním vášho syna.“*

Citlivo sa zaoberajte trápnyimi a zahanbujúcimi situáciami alebo témami týkajúcimi sa prežívania pocitov ako je napr. bolesť, a to aj v súvislosti s fyzickým vyšetrením.

Praktický tip

Vyjadrite pacientovi podporu verbálne ak ide o situácie, ktoré môžu byť pre pacienta trápne, alebo zahanbujúce. Aj keď ste citlivý a tolerantný, bez toho, aby ste to pacientovi povedali nemusí o tom vedieť. Zároveň umožnite pacientovi čo najväčší fyzický komfort aký je možný, ak ide o vyšetrenie.

Príklady

„Je mi ľúto ak je toto vyšetrenie pre vás mierne bolestivé. Pokúsim sa to urobiť čo najrýchlejšie, ako to bude možné.“

„Teraz budem potrebovať, aby ste sa vyzliekli od pol pásu nahor. Viem, že môže byť pre vás nepríjemné, takto sa odhaliť, ale uisťujem vás, že to bude trvať len chvíľku, kým vás vyšetrim. Ak si prajete, môžete sa otočiť bokom alebo chrbtom.“

„Strata vlasov je veľmi citlivá téma a to nie len u žien. Rozumiem, že je to pre vás niečo, čo by vám mohlo zabrániť nastúpiť na chemoterapiu.“

4.1.3. Zapojenie pacienta

Napriek existencii bohatých a cenných medicínskych vedomostí a prepracovaných diagnostických materiálov, nemôžeme pacienta efektívne liečiť bez toho, aby nám s tým nepomohol. Potrebujeme ho takmer vo všetkých fázach spolupráce, azda len z určovania diagnózy a diferenciálnej diagnostiky ho môžeme na chvíľu vynechať. Potrebujeme ho, aby popísal symptómy, ktorými trpí, aby bral lieky, alebo plnil odporúčania, ktoré súvisia s liečbou, potrebujeme ho, aby sa sledoval a podal nám o tom správu pri ďalšej kontrole. Preto, aby sa toto všetko dialo a aby pacient nebol len pasívny prijímateľ toho, čo lekár sám vymyslí, potrebujeme ho aktivizovať, podnietiť k spolupráci a ukázať mu partnerskú pozíciu v procese jeho liečby. To môžeme urobiť viacerými spôsobmi, resp. uplatnením zručností ako je zdieľanie úvah o ochorení a liečbe, vysvetľovaním informácií, zdôvodňovaním plánov a postupov

a v neposlednom rade konzultovaním s pacientom o navrhovaných vyšetreniach, procedúrach a podobne. Výsledkom bude edukovaný pacient, ktorý bude lepšie rozumieť obsahu vašich konzultácií a bude vám vedieť podať presnejšie informácie o svojich ťažkostiach a prežívaní. To všetko môže prispieť k bezpečnejšej, účinnejšej a príjemnejšej pomoci počas zdravotnej starostlivosti.

Zdieľajte vaše myšlienky a úvahy s pacientom s cieľom podporiť jeho zapojenie.

Praktický tip

Namiesto toho, aby ste si závery o príčinách symptómov domysleli sami, dajte priestor pacientovi obohatiť váš pohľad a získať viac informácií priamo od neho.

Príklad

Lekár: „Rozmýšľam nad tým, že niekedy je ťažké určiť, či bolesť pramení z fyzického ochorenia alebo zo stresu. Ako to vnímate vy?“

Pacient: „Máte pravdu, môže to byť stresom. V poslednej dobe mám dosť veľké problémy s dcérou a je to pre mňa veľmi stresujúce a ťažko to zvládam.“

Vysvetľujte a odôvodnite to, na čo sa pýtate alebo prečo je potrebné vykonať určité vyšetrenia.

Praktický tip

Vysvetlite dôvod, prečo sa pýtate na určité veci. Pacientovi to nemusí byť jasné a môže ho to miasť, napriek tomu, že vám to jasné je.

Príklad

Lekár: „Na koľkých vankúšoch spíte?“

Pacient: (nechápavo sa pozrie na lekára)

Lekár: „Viete, pýtam sa preto, lebo premýšľam, či tieto ťažkosti nemôžu byť zapríčinené tým, že ležíte bez opory hlavy a to vám spôsobuje, že sa vám horšie dýcha.“

Pri fyzickom vyšetrení vysvetľujte proces, žiadajte o povolenie urobiť vyšetrenie.

Praktický tip

Žiadajte o povolenie urobiť vyšetrenie pred tým, než sa do toho pustíte. Vyjadrite tým rešpekt pacientovi a zároveň ochránite seba pred prípadnými sťažnosťami. Aj keď vám je jasné, že vyšetrenie je potrebné urobiť, trvá to niekoľko sekúnd predísť nespokojnosti a zmätenému pocitu u pacienta, ktorý narúša váš vzájomný vzťah a môže eskalovať až k zažalovaniu.

4.2. Čo hovoria výskumné zistenia o budovaní vzťahu s pacientom?

Neverbálna komunikácia

- Lekári a lekárky, ktorí sú otočení telom smerom k pacientovi, udržiavajú očný kontakt a používajú pozíciu, kedy majú ruky v otvorenej pozícii, sú vnímaní ako empatickejší, zaujímavjší sa o pacienta a priateľskejší než lekári a lekárky, ktorí tieto zručnosti neverbálnej komunikácie nepraktizujú (Harrigan a kol., 1985).
- Neverbálne komunikačné zručnosti lekárov a lekárk ako sú priateľský dotyk, bližšie sedenie alebo státie pri pacientovi, natočenie sa na pacienta, sa vzťahujú k vyššej spokojnosti pacienta a k lepšiemu porozumeniu toho, o čom sa v konzultácii hovorí (Larsen, Smith, 1981).
- Lekári často reagujú na pacientove zvýšené zapojenie (napr. kladenie otázok, vyššia aktivita v rozprávaní) vlastným neverbálnym správaním, ktoré toto zapojenie pacienta blokuje (Zandbelt a kol., 2007).
- Health (1984) preskúmal dopady situácie, kedy lekár zároveň čítal zdravotné záznamy pacienta a zároveň počúval, čo pacient hovorí. Zistil, že kvalita pacientovej výpovede klesala, pretože prerušoval svoju výpoveď čakaním na kontakt s lekárom. Chýbajúci očný kontakt vedie k pomalému, prerušovanému rozprávaniu, ktoré je chudobnejšie na dôležité informácie. Navyše takáto simultánna činnosť lekára vedie k tomu, že si časť pacientovej výpovede nepamätá.

- Používanie počítača pri konzultácii negatívne vplýva na pacientove zapojenie v zmysle zníženej emočnej odpovede pacienta a nižšej schopnosti odhaliť lekárovi, či lekárke rôzne psychosociálne záležitosti a kontext (Margalit a kol., 2006).

Rozvíjanie vzťahu

- Rozoznanie pacientovej perspektívy v zmysle uznania jeho pocitov, myšlienok a názorov môže redukovať konflikt a uľahčiť situácie, kedy dôjde k vzájomnému nesúhlasu (napríklad pacient verí určitým názorom o zdraví, ktoré sú v konflikte s medicínskou praxou) (Steilhaug a kol., 2012).
- Kľúčom k uisteniu pacienta bola lekárova schopnosť uznať pacientovu perspektívu, ich ťažkosti a obavy. Pacienti, ktorí cítili toto uznanie od lekára, pociťovali väčší pocit uistenia a pochopenia (Donovan a Blake, 2000).
- U pacientov s rakovinou pľúc lekári len v 10% prípadov, kedy sa to ponúkalo, reagovali empaticky a ponúkli pacientovi emočnú oporu. Často rýchlo prepli na medicínske otázky o chorobe a liečbe (Morse a kol., 2008).
- Neuman a kol. (2009) uskutočnili prehľad literatúry a priniesli závery, že empatia v klinickom prostredí je základným determinantom klinickej starostlivosti, ktorá umožňuje lekárom efektívne plniť svoje úlohy a tým pádom prispievať k lepším zdravotným výsledkom u pacientov.
- Štúdia Del Canale a kol., (2012) ukázala, že pacienti v primárnej starostlivosti, ktorých lekár mal vyššiu schopnosť empatie vykazovali významne nižšiu úroveň metabolických komplikácií v porovnaní s pacientmi, ktorých lekár mal nižšiu schopnosť empatie.

Zapojenie pacienta

- Efektívnej spolupráci s pacientom veľmi napomáha, keď lekár zdieľa svoje premýšľanie o zdravotných ťažkostiach pacienta, pomenúva proces a obsah konzultácie a dôvody postupov a vyšetrení (Robins a kol., 2011).

5. Iniciovanie konzultácie

Iniciovanie konzultácie je jedna z najdôležitejších častí konzultácie. Prvé minúty stretnutia sú dôležitým momentom, kedy sa budujú základy spolupráce s pacientom, kedy sa definujú ciele spolupráce a nastavuje sa, ako sa za týmito cieľmi spolu s pacientom dostaneme.

Jedná sa skutočne o niekoľko minút, ktoré priamo ovplyvnia kvalitu ďalšej spolupráce s pacientom a tiež efektivitu liečby. Beckman a Frankel (1984) zistili, že lekári v primárnej starostlivosti prerušili pacientov už 18 sekúnd po úvodnej otázke (napr. „Čo vás trápi?“). V dôsledku toho sa im nepodarilo umožniť pacientom vyjadriť všetky svoje ťažkosti súvisiace so zdravím. Tento výskum sa týka USA, ale ani u nás nie je núdza o príklady, kedy nie je pacientovi venovaných ani 30 sekúnd, aby mohli nerušene rozprávať. Lekár sa v časovom strese chytá prvých symptómov, ktoré pacient pomenúva a zakrátko kladie doplňujúce otázky, ktoré majú viesť k diagnóze a nastavenej liečbe. Cielené otázky potvrdzujú predpokladaný scenár, čo však chýba je priestor pre možno neočakávané symptómy alebo ťažkosti, s ktorými pacient bojuje, prípadne chýba priestor pre podstatné informácie, ktoré by doplnili lekárov prehľad, stanovenie diagnózy a nastavenie liečby. Aj takto môže často dôjsť k chybám, ktoré vedú k poškodeniu zdravia pacienta. Navyše týchto pár sekúnd, kedy lekár nedá dostatočný priestor pacientovi, nastavuje atmosféru ďalšej spolupráce, učí pacienta hovoriť rýchlo a osekávať pre neho dôležité aspekty života s ochorením, alebo iné dôležité skutočnosti, pretože nie je čas a nie je tu odborník, ktorý by počúval. Výskum Beckmana a Frankela (1984) ďalej ukázal, že ak bolo umožnené pacientom voľne odpovedať na úvodnú otázku, väčšine z nich trvalo menej než 60 sekúnd, aby dokončili to, čo potrebovali povedať a žiadna z výpovedí netrvala dlhšie než 150 sekúnd, dokonca ani vtedy, ak boli pacienti povzbudzovaní pokračovať.

Úspešnému zahájeniu konzultácie predchádza príprava zdravotníka, dokončenie predošlých úloh, postaranie sa o vlastný komfort, prípadne naštudovanie zdravotnej dokumentácie pacienta, pripomenutie si predošlých vyšetrení a podobne. Či pacient

prichádza prvý krát, alebo opakovane, súčasťou budovania vzťahu a spolupráce je privítanie pacienta, predstavenie sa a postaranie sa o pacientov komfort.

Kľúčová časť tejto fázy konzultácie je identifikovanie potrieb pacienta a dojednanie agendy daného stretnutia. Aj keď sa môže zdať, že je to jednoduché a jednoznačné, často tomu tak nie je a už v tejto fáze starostlivosti môže dôjsť k chybám, ak lekár nevenuje dosť času počúvaniu pacienta a ujasňovaniu si, čo potrebuje. Pacienti často to najdôležitejšie povedia až neskôr, keď sa trochu uvoľnia a preto je chybou, ak zdravotník začne riešiť prvú sťažnosť, ktorú pacient vysloví a neskúma ďalšie problémy, ktoré pacient pravdepodobne potrebuje vyjadriť. Výsledkom môže byť zanedbanie dôležitých informácií a naštrbenie vzájomného vzťahu skrz pacientov pocit, že nebol vypočutý, že nemohol povedať, čo ho obťažuje, skrz pocit, že zdravotník sa o neho nezaujíma, nemá čas. Negatívnym dôsledkom tohto procesu môže pre zdravotníka byť pocit, že pacient neskôr nespolupracuje, že je náročné s ním hovoriť, že neplní na čom sa dohodli a podobne. Preto je dôležité nepodceniť túto fázu a pozorne si vypočuť pacienta, overiť si ešte raz, či bolo povedané všetko a až potom pristúpiť k ďalšiemu kroku a tým je dojednávanie agendy.

Dojednávanie agendy je ďalšia časť tejto fázy, ktorá môže trvať niekoľko sekúnd alebo minút. Jej význam tkvie v prizvaní pacienta k nastaveniu agendy, aby procesu rozumel, orientoval sa v ňom a mohol ho ovplyvniť. Je to čas na spoločné nastavenie toho, o čom bude konzultácia, ako dlho bude trvať a na zladenie očakávaní lekára a pacienta. Podcenenie tejto časti konzultácie môže vyústiť k tomu, že pacient nerozumie prečo lekár robí isté kroky alebo kladie isté otázky, v nedôvere a v pocit, že je pacient z procesu vynechaný, že starostlivosť je na ňom len vykonávaná bez toho, aby do toho mohol zasiahnuť.

Praktický tip

Dajte pacientovi neprerušovaný priestor odpovedať vám podľa svojich predstáv a potrieb na úvodnú otázku s čím za vami prišiel. Nastavte si vo svojej praxi pravidlo umožniť pacientovi rozprávať aspoň 2 minúty a potom mu položte doplňujúce otázky. Umožníte tak, aby na úvod zaznelo všetko, čo je z pacientovej perspektívy podstatné, vytvoríte atmosféru rešpektu a položíte základný kameň dobrej spolupráce s pacientom.

Táto fáza konzultácie sleduje viaceré ciele a tými sú:

- a) Vytvorenie podporného prostredia
- b) Rozvíjanie povedomia o emocionálnom stave pacienta
- c) Identifikácia všetkých problémov, ktoré pacient potrebuje prediskutovať
- d) Vypracovanie programu alebo plánu konzultácie
- e) Umožnenie pacientovi stať sa súčasťou procesu spolupráce

5.1. Praktické zručnosti pre efektívne iniciovanie konzultácie

Praktické zručnosti týkajúce sa iniciovania konzultácie môžeme rozdeliť do štyroch kategórií:

1. Príprava
2. Nadviazanie počiatočného vzťahu
3. Identifikovanie dôvodov pacientovej návštevy
4. Dojednanie agendy

5.1.1 Príprava

Odložte poslednú úlohu a upriamte pozornosť na nasledujúcu konzultáciu. Pozastavte sa na chvíľu nad svojimi potrebami, či už profesionálnymi alebo osobnými. Pripravte sa na nasledujúcu konzultáciu osviežením si pamäte k danému prípadu.

Praktický tip

Vytvoorte si nový rituál. Pred prijatím ďalšieho pacienta v ambulancii/na oddelení ostaňte na chvíľu sám/sama. Upriamte sa na svoje potreby a postarajte sa o seba. Potrebujem sa napiť, ísť na toaletu? Potrebujem si vybaviť niečo osobné, aby ma to nerušilo v ďalšej práci? Potrebujem sa najprv osamote pozrieť na pacientove zdravotné záznamy a výsledky vyšetrení? Alebo len potrebujem chvíľu ticha? Venujte si minútu dve takejto reflexie a urobte to, čo potrebujete, bez ohľadu na to, či je plná čakáreň. Váš výkon bude efektívnejší, vy budete spokojnejší/ia a napokon bude spokojnejší aj váš pacient.

Zapamätajte si

Nesústredenosť a ponáhľanie sa lekára je jedným z faktorov, ktoré prispievajú k chybám v zdravotnej starostlivosti.

5.1.2 Nadviazanie počiatočného vzťahu

Pozdravte prívetivo pacienta a opýtajte sa na jeho meno. Predstavte seba samého a vysvetlite, aké je vaše pracovné zameranie. Postarajte sa o fyzické pohodlie pacienta. Preukazujte záujem a rešpekt a to verbálne aj neverbálne.

Praktický tip

Vojdite do vašej ordinácie alebo na miesto, kde zvyčajne hovoríte s pacientmi a sadnite si na stoličku, ktorú im obvykle ponúknete. Sedí sa tam dobre? Keď pacienti sedia, sú blízko alebo ďaleko od vás? Sedia oproti oknu, z ktorého svetlo im môže brániť vidieť vám do tváre? Ako je osvetlená miestnosť? Je tam primerane teplo? Zažite svoje pracovisko v koži pacienta a urobte drobné zmeny, ktoré pomôžu pacientom cítiť sa u vás pohodlnejšie, aby nič nebránilo vašej efektívnej komunikácii.

Praktický tip

Pacienti si z rôznych dôvodov nie vždy dobre pamätajú rôznych zdravotníkov, s ktorými sa počas starostlivosti stretnú. Môžu mať kognitívny deficit, alebo sú rozrušení kvôli svojmu zdravotnému stavu. Preto je dôležité a priori nepredpokladať, že je pacient plne zorientovaný a uľahčiť mu to tým, že sa navzájom zoznámite. To, samozrejme, neplatí u pacientov, ktorí k vám chodia dlhodobo.

5.1.3 Identifikácia dôvodov návštevy pacienta

Položte otvárajúcu otázku, napomôže vám identifikovať problémy, ktoré si pacient želá prebrať.

Praktický tip

Trénujte svoje zručnosti pýtať sa otvorene. Otvorené otázky sú také, ktoré nelimitujú pacientove odpovede, ani ho nenavádzajú na výber z určitých možností. Budete tak mať istotu, že ste dali pacientovi priestor formulovať svoje ťažkosti a požiadavky otvorene, na základe čoho sa bude cítiť vypočutý a nestane sa vám, že opomeniete niečo dôležité. Položte otázku a počkajte dostatočne dlho, kým pacient povie všetko, čo potrebuje.

Príklady

„Ako vám môžem pomôcť?“

„Nech sa páči, povedzte mi s čím za mnou dnes prichádzate“

„O čom by ste dnes chceli so mnou hovoriť?“

Praktický tip

Veľmi častou otvorenou otázkou je táto: „Ako sa máte?“. Pacienti často na túto otázku reagujú obligátnou odpoveďou, akoby odpovedali známemu niekde na ulici. Odpoveď, ktorú vám dajú, napríklad: „Celkom dobre, ale stále zle spím“, nemusí byť ten problém, s ktorým za vami prišli. Položte teda kontrolnú otázku: „Je toto to, čo dnes potrebujete prebrať?“

Počúvajte úvodné vyhlásenie pacienta pozorne, bez prerušovania alebo pokusov o riadenie jeho odpovede.

Praktický tip

Pokúste sa pacienta počúvať tak, ako by ste boli cudzincom v jeho svete. Zaujímajte sa o pacientove prežívanie, jeho svet a trápenie s úprimnou zvedavosťou.

Mnohé konzultácie s pacientmi sú neúspešné, pretože sa nepodarí riadne identifikovať, prečo pacient prišiel. Je prerušený príliš skoro, bez toho, aby sa dostal k tomu, s čím vlastne prišiel. Barsky (1981) to nazval „skrytou agendou“ pacienta.

Pacient necháva podstatné veci na neskôr, napríklad kvôli zahanbeniu, úzkosti, alebo preto, že potrebuje viac času na uistenie sa o prístupe lekára. Ak je prerušený príliš skoro, alebo lekár začne riešiť úplne prvý problém, ktorý pacient vypovedal bez preskúmania tých ďalších, stane sa, že k tej najdôležitejšej veci sa nedostanú, pacient odchádza nespokojný a vzájomná spolupráca je nahnutá negatívnym smerom.

Zapamätajte si

„Skrytou agendou“ pacienta je to, čo pacient potrebuje riešiť, čo ho trápi, ale odkladá to, pretože sa necíti bezpečne o tom hovoriť.

Robte priebežne skrining pacientových ťažkostí, kontrolujte a potvrdzujte zoznam ťažkostí, ktoré si pacient želá prebrať.

Praktický tip

Po tom, čo ste si vypočuli pacientovu odpoveď na vašu otvárajúcu otázku, zosumarizujte jeho odpoveď a doplňte ju otázkou typu „Čo ešte?“. Zaistíte tak, že pacient dostal priestor vysloviť všetko, čo potrebuje. Zároveň mu tak dáte najavo, že máte záujem a čas ho vypočuť.

Príklad

„Takže to sú bolesti hlavy a únava, je ešte niečo, čo by ste chceli dnes prebrať?“

„Povedali ste, že ste v poslednej dobe veľmi unavená a podráždená a myslíte si, že môže ísť o anémiu. Ešte niečo?“

5.1.4 Dojednávavanie agendy

Dojednávajte agendu spolu s pacientom, zahrňte doň potreby lekára aj potreby pacienta.

Praktický tip

Zapájajte pacienta už od začiatku do partnerskej spolupráce. Ponechajte mu/jej možnosť vyjadriť sa k procesu konzultácie, čím im zároveň umožníte lepšie sa v tomto procese orientovať.

Vyjednávajte priority rozhovoru:

„Začneme s problémami, s ktorými ste dnes prišli, s nevoľnosťou a zvýšenou teplotou a potom sa pozrieme na dávkovanie liekov, s ktorými máte ťažkosti, je to tak OK?“

Vysvetlite pacientovi vaše plány:

„Podme sa pozrieť na vaše bolesti hlavy a potom by som ešte, ak súhlasíte, zmeral váš krvný tlak.“

Manažujte čas:

„Je toho dosť veľa, čo potrebujeme urobiť a mám dojem, že teraz nebude dosť času. Čo by ste povedali, keby sme dnes urobili tieto prvé vyšetrenia a zvyšok by sme dokončili budúci týždeň. Je pre vás v poriadku prísť o týždeň?“

5.2. Čo hovoria výskumné zistenia o iniciačnej fáze konzultácie?

- Ely a kol. (1995) skúmali príčiny chýb v zdravotnej starostlivosti, ktoré spôsobili všeobecní lekári. Najčastejšou príčinou existujúcich chýb bola podľa nich nesústreďenosť a ponáhľanie sa.
- Rhodes a kol. (2004) zistili, že spomedzi lekárov na pohotovosti sa predstavili pacientovi len dvaja z troch a len 8% z nich spomenulo, že sú ešte len študenti.
- McKinley a Middleton (1999) skúmali pacientov v starostlivosti všeobecných lekárov v Británii a zisťovali, s akými požiadavkami prichádzajú. Zistili, že všetci mali dopredu sformulované svoje požiadavky, s ktorými potrebovali pomôcť. Z nich 55% chcelo špecifickú liečbu, 60% chcelo diskutovať vlastnú predstavu,

prečo majú určité zdravotné problémy a 40% malo špecifické otázky o svojich symptómoch. Z výskumu vyplynulo, že pacienti majú sformulovaný problém, ktorý chcú u lekára riešiť.

- Barry a kol. (2000) v kvalitatívnej štúdií zistili, že len 4 z 35 pacientov mohlo v medicínskej konzultácii vyjadriť všetky svoje otázky a starosti týkajúce sa ich zdravia.
- Beckman a Frankel (1984) zistili, že lekári často chybné považujú prvú sťažnosť, ktorú pacienti vyslovia za jedinú sťažnosť, s ktorou pacienti prišli. Zároveň zistili, že pri nasledujúcej konzultácii lekári pokračujú v riešení predošlého problému bez toho, aby sa zaujímali, či je ešte niečo, čo pacienta trápi.
- Heritage a Robinson (2006) skúmali efekt rozdielne kladených otvorených otázok v úvode konzultácie v rôznych typoch zdravotnej starostlivosti. Otvorené otázky, v porovnaní s uzatvorenými, boli asociované s dlhšou prezentáciou problému a bohatším popisom symptómov.

6. Poskytovanie štruktúry

Medicínska konzultácia nie je neformálnym rozhovorom, ktorý sa deje len tak. Medicínska konzultácia má svoje ciele a najmä, má obmedzený časový limit, v ktorom sa má udiť. Je preto dôležité, aby lekári aj pacienti boli disciplinovaní v komunikácii. V medicínskej konzultácii sa objavujú vzorce správania, ktoré odrážajú našu kultúru, tradície a zvyklosti. Samotní participanti rozhovoru, teda lekár a pacient sa nad nimi často vôbec nezamýšľajú. Napríklad, je všeobecne akceptované a praktikované, že nad rozhovorom má moc lekár a túto moc v rámci rozhovoru aj uplatňuje – preruší pacienta kedy chce, ukončí rozhovor, kedy chce alebo potrebuje a podobne. Pacient je často v submisívnej roli, riadiaci sa pokynmi a odpovedajúci na otázky bez možnosti, alebo čo i len pomyslenia na to, že by mohol zasahovať, spoluriadiť, prinášať témy alebo body rozhovoru.

Na pacienta zameraný prístup prináša viac moci a zodpovednosti aj pacientom. Cieľom poskytovania štruktúry v konzultácii je to, aby sa pacient orientoval kam rozhovor smeruje a prečo, aby dokázal vo vhodnom čase priniesť svoje pripomienky, obavy, otázky, teda aby sa dokázal zapojiť do procesu.

Štruktúrovanie a pomenúvanie krokov, postupov a plánov je veľmi dôležité a pretkáva všetky fázy medicínskej konzultácie. Pomáha pacientovi orientovať sa v tom, čo sa deje, kam svojimi otázkami lekár smeruje, čo sa od neho očakáva a ako má informácie, ktoré sú podávané chápať. Preto dbáme na logickú sekvenciu informácií a pomenúvame čo robíme a prečo to robíme, aby tomu pacient lepšie rozumel a pomohlo mu to spolupracovať s nami. Zo štruktúrovania konzultácie však nebenefituje len pacient. Pre lekára takýto prístup pomáha starať sa o vzťah s pacientom, dávať mu priestor zapojiť sa a zároveň sledovať svoje profesionálne ciele a sledovať parametre, ktoré potrebuje, aby pacienta mohol úspešne liečiť.

Cieľom štruktúrovania je:

1. Umožniť viesť flexibilný, ale zároveň aj organizovaný rozhovor.
2. Pomôcť pacientovi pochopiť kam rozhovor smeruje a prečo.
3. Prizývať pacienta, aby bol súčasťou štruktúrovania procesu.
4. Posilňovať participáciu pacienta.
5. Umožniť adekvátnu výmenu informácií medzi lekárom a pacientom.
6. Efektívne využiť čas

6.1. Praktické zručnosti pre štruktúrovanie konzultácie

Existujú viaceré zručnosti na zviditeľnenie organizácie konzultácie:

1. **Sumarizovanie:** Deje sa na konci nejakej sekvencie konzultácie pre potvrdenie spoločného porozumenia veci pred posunutím sa ďalej v rozhovore.
2. **Označovanie („signposting“):** Používanie pomenovania, označenia pri prechode z jednej témy na inú, vrátane popísania toho, čo sa bude diať v nasledujúcej časti rozhovoru.
3. **Staranie sa o tok rozhovoru:** Patrí sem sekvenovanie rozhovoru a manažovanie času.

6.1.1 Sumarizovanie

Sumarizovanie poskytuje explicitné zhrnutie pacientovi. Poznáme dva typy sumarizovania – **vnútorné sumarizovanie**, ktoré sa sústreďuje na časť rozhovoru a **koncové sumarizovanie**, ktoré sa robí na konci rozhovoru a zhŕňa celkovú konzultáciu.

Sumarizácii na konci konzultácie sa budeme bližšie venovať v časti Uzatváranie konzultácie (Kapitola 10). **Sumarizovanie vnútorné**, teda počas konzultácie, vám umožní:

1. Zhrnúť, čo ste doteraz od pacienta počuli.
2. Vytvoriť z informácií, ktoré ste dostali ucelenú predstavu.
3. Ujasniť si, ktoré informácie si ešte potrebujete overiť.
4. Získať čas na premyslenie si, kam má konzultácia ďalej smerovať.
5. Oddeliť a zvážiť obe perspektívy – lekársku aj pacientsku.

Sumarizovanie tiež pomáha vytvoriť priestor pre pacienta dodať niečo dôležité pre jeho zdravie a kvalitu života zo svojej perspektívy. Umožnenie pacientovi zdieľať čokoľvek, čo mu pripadá podstatné prispieva k budovaniu vzájomného vzťahu. Dodatočné informácie môžu byť veľmi užitočné pri rozhodovaní sa o liečbe a ďalšom postupe starostlivosti o pacienta. Prípadne môžu odhaliť ďalší dôležitý aspekt, ktorému je potrebné venovať pozornosť, teda ho zaradiť do agendy.

Príklad

Lekárka: „Rada by som si overila, či som správne zachytila to, čo ste povedali – už niekoľko mesiacov máte bolesti nôh, obzvlášť pri chodení. Taktiež máte stuhnuté kĺby, najmä ráno a všeobecne ste veľmi unavený. Je to tak?“

Pacient: „Áno, je to tak. Kvôli tomu extrémne zle zvládam starostlivosť o svoje deti.“

Lekárka: „Počujem, že máte starosti so svojimi deťmi. Ak máte záujem, môžeme sa neskôr venovať aj tejto téme, ak pocítujete, že s tým potrebujete pomôcť. Mám kontakt na dobrú psychologičku, s ktorou by ste vaše zvládanie detí mohli prebrať.“

Sumarizovanie pomáha lekárovi uistiť sa, že správne rozumel a pacientovi pomáha zistiť, ako lekár rozumel tomu, čo povedal. Aj keď sa zdá, že všetko je pochopiteľné a informácie plynú hladko oboma smermi, pomerne často sa stáva, že dochádza

k nedorozumeniu a následne nesprávnemu stanoveniu diagnózy, zvoleniu nesprávneho postupu liečby, predpísaniu nie celkom adekvátnych liekov a podobne. K tomuto nedorozumeniu môže dôjsť napríklad preto, že pacient zabudol určitú informáciu uviesť, preto, že zle pochopil lekárovu otázku, alebo preto, že už niektorému zdravotníkovi o svojich ťažkostiach hovoril a predpokladal, že druhý zdravotník tieto skutočnosti pozná na základe záznamov, dokumentácie a podobne. Podiel na nedorozumení môže samozrejme mať aj zdravotník. Môže mylne interpretovať pacientove slová, môžu ho limitovať vlastné predsudky, napríklad o rase alebo rode pacienta, alebo predošlá skúsenosť s pacientom. Priebežné sumarizovanie povedaného teda poskytuje priestor nedorozumeniu predísť.

6.1.2 Označovanie

Označovanie (v angličtine „signposting“) je spôsob ako zvýrazniť a obrátiť pozornosť na to, čo bude nasledovať. Lekár jasne pomenúva, čo ide robiť, o čom ide hovoriť, alebo čo ide vysvetliť a s akým účelom. Takéto pomenovanie, označenie prizýva pacienta, aby uvažoval spolu s lekárom, aby držal krok a aby sa orientoval v tom, čo sa deje.

Príklady

„Sú tu tri dôležité veci, ktoré potrebujeme prebrať. Najprv vám chcem povedať o tom, čo si myslím, že nie je v poriadku, potom o tom, aké testy by bolo vhodné urobiť a po tretie, ako by sme mohli nastaviť liečbu.“

„Nakoľko sme sa ešte nevideli, pomohlo by mi teraz zistiť niečo viac o vašich ťažkostiach. Môžeme sa na to teraz pozrieť?“

„Ďakujem, myslím, že mám všetky informácie, ktoré nateraz od vás potrebujem. Urobili by sme teraz vyšetrenie, či sa niečo zmenilo a potom vám vysvetlím ďalší postup.“

„Viem, že mi chcete povedať o tom, ako vám zaberá nová liečba, ale pro než k tomu prídeme, potrebujem s vami naplánovať termín operácie. Je to pre vás ok?“

6.1.3 Staranie sa o tok rozhovoru

Sekvenovanie rozhovoru znamená, že v rozhovore prechádzame od jednej časti k druhej s cieľom prebrať všetko, čo je potrebné. Úlohou lekára je držať stráž nad efektívnym uskutočnením radu sekvencií v rámci rozhovoru. Pomáha mu v tom označovanie toho, čo ide robiť, ktorým premostí jednu sekvenciu rozhovoru s druhou. Dôležité je preto mať na pamäti štruktúru rozhovoru, ktorá je viac menej vždy rovnaká – privítanie, zorientovanie sa v ťažkostiach, vyšetrenie, vysvetľovanie informácií pacientovi a plánovanie a ukončenie stretnutia. V rámci týchto fáz sú ešte určité podfázy a tými lekár plynule prechádza spolu s pacientom.

Manažovanie času je ďalšia dôležitá zručnosť, ktorou by mal disponovať lekár s cieľom viesť efektívne konzultácie. V tom môže pomôcť aj jasné vymedzenie času, ktoré v ten deň na pacientov máme, aby aj oni mohli organizovať seba a nečakať príliš dlho na vyslovenie svojich obáv a ťažkostí v momente, kedy už nebude čas ich prebrať. Rovnako aj upozornenie na blížiaci sa koniec konzultácie môže napomôcť pacientovi aj lekárovi sústrediť sa na dosiahnutie vytýčených cieľov včas. Pacient často nevie, koľko času mu môžete venovať, zo skúseností pacienti často očakávajú, že toho času nie je veľa a preto môžu byť v strese. Manažovanie času môže mať teda upokojujúci efekt a dáva možnosť pacientovi vybrať si, čo chce riešiť dnes a čo nechá na inokedy.

Príklady

„Máme teraz približne pol hodinu na to, aby sme prebrali, čo vás trápi. Môžeme začať?“

„Sme približne v polovici našej dnešnej konzultácie a potrebujeme ešte prebrať, ktoré vyšetrenia je potrebné absolvovať. Mohli by sme k tomu prejsť, ak už ste mi povedali všetko ohľadne vašich ťažkostí?“

„Do konca konzultácie nám ostáva asi X minút, rád by som teraz zhrnul, na čom sme sa dohodli.“

6.1. Čo hovoria výskumné zistenia na tému štruktúrovania rozhovoru

- Sumarizovanie, spolu s ďalšími zručnosťami, podporovalo pacientov s rakovinou byť otvorenejší ohľadne svojich obáv (Maguire a kol., 1996).
- Výskum Floyda a kolektívu (1999) o štúdiu, ktorá sa týkala HIV ukázal, že pacienti boli otvorenejší komunikovať o otázkach spojených so sexualitou, keď zdravotnícky personál dopredu pomenoval, na čo sa budú pýtať a prečo.
- Mauksch a kolektív (2008) skúmali determinanty efektívnej komunikácie a pomenovali tri faktory: budovanie vzťahu, nastavenie agendy vopred a všímanie si emócií u pacienta. Kľúčovou zručnosťou je manažovanie času pre jednotlivé časti stretnutia.

7. Získavanie informácií

Zdravotníci v praxi v spolupráci s pacientmi čelia mnohým komunikačným výzvam, pre zvládnutie ktorých im však často chýba potrebný tréning. Samotní pacienti, ich socio-ekonomický status, úroveň zdravotnej gramotnosti, stratégie zvládania a komunikovania ochorenia túto úlohu často ešte sťažujú. Získavanie relevantných informácií od pacienta týkajúcich sa jeho symptómov, predošlej liečby, adherencie s odporúčaniami priamo súvisí s kvalitou vzťahu medzi lekárom a pacientom, mierou dôvery a kvalitou vzájomnej komunikácie. Efektívna komunikácia zároveň prispieva k bezpečiu na oboch stranách, u pacienta i u zdravotníka skrz transparentný, dôsledný a rešpektujúci vzťah a proces spolupráce.

Cieľom lekára vo fáze **získavania informácií** od pacienta je:

1. Získavať informácie tak, aby boli adekvátne, kompletne a pochopené rovnako.
2. Preskúmať informácie z biomedicínskej perspektívy, ale tiež z pacientovej perspektívy vrátane užitočných informácií o jeho životných podmienkach a zdrojoch sociálnej opory.
3. Umožniť pacientovi cítiť sa vypočutý, pochopený a podporený.
4. Budovať spolupracujúci vzťah s pacientom.
5. Budovať bázu pre zdieľané plánovanie a rozhodovanie.

7.1. Prepájanie medicínskej a patientskej perspektívy pri získavaní informácií

Teraz sa zameriame na zhromažďovanie informácií o ochorení z medicínskej a zároveň aj z patientskej perspektívy. Stanovenie diagnózy do veľkej miery stojí na preskúvaní pacientovej anamnézy. Ukázalo sa však, že anamnéza nemusí byť dostatočným zdrojom informácií pre stanovenie správnej diagnózy a liečby. Preskúvanie perspektívy pacienta môže tieto údaje významne doplniť, respektíve ukázať ich v inom svetle. Preto je dôležité nájsť efektívne spôsoby, ako zvládnuť túto časť konzultácie a ako zladiť medicínsku perspektívu s perspektívou pacienta.

Neexistuje jediný ideálny spôsob a každý zdravotník bude používať iný štýl. Existujú však zručnosti a rámce, o ktoré je možné sa oprieť, a ktoré môžu napomôcť efektívnej komunikácii, z ktorej bude benefitovať pacient aj lekár. V rámci získavania informácií od pacienta sa pozrieme na **obsah**, teda to, aké informácie zisťovať a tiež na **proces**, teda ako to robiť a aké zručnosti zapojiť, aby sa podarilo získať kompletne a relevantné informácie o pacientovom ochorení.

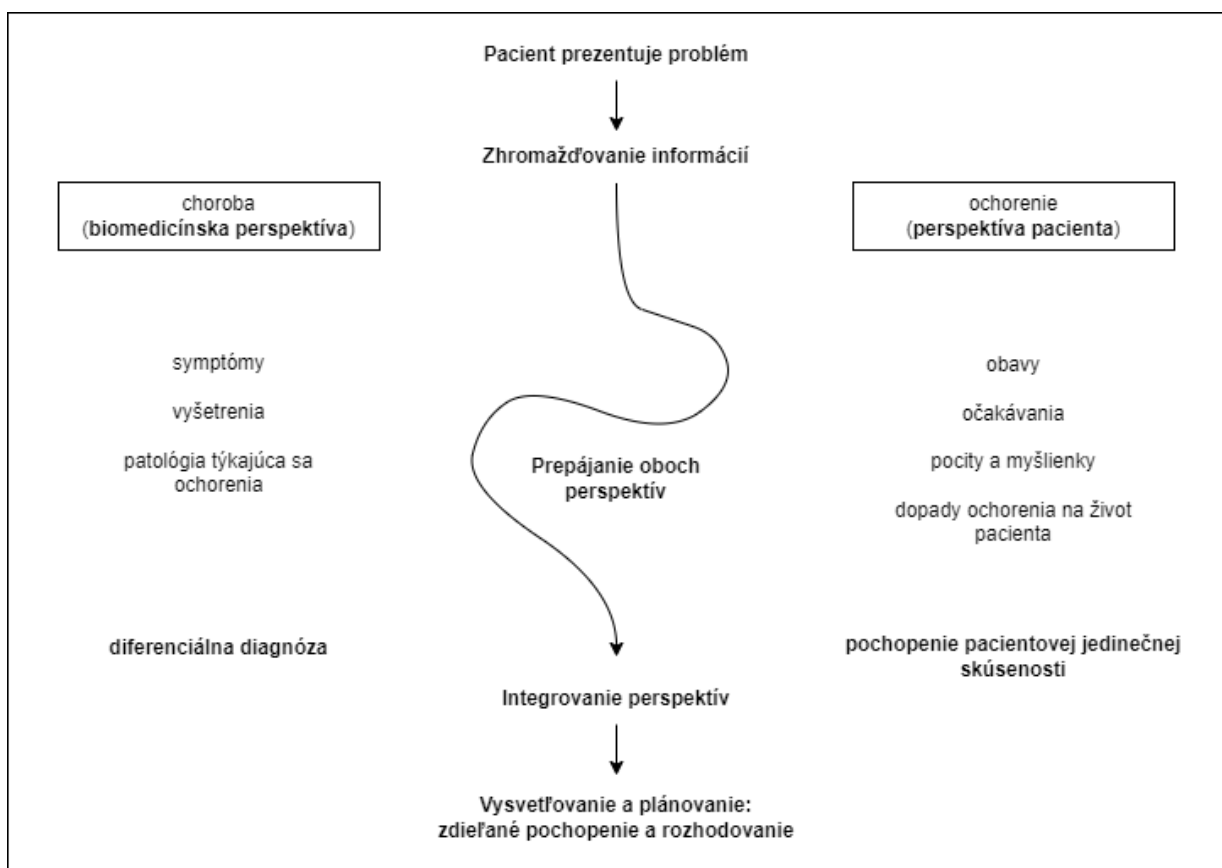
Pri definovaní zručností, ktoré súvisia s efektívnym získavaním informácií od pacienta sa oprieme o tzv. „**disease-illness model**“ (McWhinney, 1989). Do slovenčiny je tento názov náročne preložiť, pretože aj slovo „disease“ aj slovo „illness“ v slovenčine poznáme pod slovami „choroba“ alebo „ochorenie“. Významovo však tento názov poukazuje na **dve rozdielne perspektívy na ochorenie: 1) lekárovu respektíve medicínsku a 2) pacientovu**. Tento model má napomôcť sledovať dve línie medicínskej konzultácie tak, aby boli od pacienta zozbierané jednak informácie týkajúce sa klinickej stránky a jednak informácie, ktoré môžu byť dôležité z pohľadu pacienta, ktoré doplnia obraz o ochorení a pomôžu zdravotníkovi efektívnejšie navigovať zdravotnú starostlivosť. Nezanedbateľným aspektom takéhoto spôsobu získavania informácií je budovanie vzťahu s pacientom, kedy lekár preukazuje záujem o pacientov pohľad, potreby, obavy a jeho pochopenie informácií o zdraví, ochorení a následnej liečbe.

Prečo je dôležité zaujímať sa aj o pacientovu perspektívu? To isté ochorenie, s podobným klinickým obrazom, príčinami a symptómami je rôznymi pacientmi prežívané rôzne. To, ako pacienti o ochorení premýšľajú, aké majú očakávania od zdravotnej starostlivosti, ich myšlienky, pocity, alebo nádeje, všetky tieto faktory vplývajú na to, ako budú ochorenie, liečbu a spoluprácu s lekárom zvládať. Na to, aby sme odhalili toto subjektívne prežívanie ochorenia, nesmieme a priori robiť závery bez prizvania pacienta, v zmysle zaujímania sa o jeho skúsenosť, pohľad a potreby. Pacient je v tomto zmysle kľúčom k adekvátnemu, správne a efektívnemu nastaveniu ďalších procesov počas liečby.

Iným zaujímavým príkladom toho, prečo je potrebné zaujímať sa o perspektívu pacienta, sú asymptomatické ochorenia, ktoré ešte nezasahujú do kvality života

pacienta, avšak je potrebné ich liečiť. To znamená, že máme prítomné ochorenie, ale pre pacienta je náročné ho prežívať ako ochorenie vzhľadom na neexistenciu symptómov. Pri nedostatočnej komunikácii to môže viesť u pacienta k podceneniu liečby, potenciálne k nedôvere v rozhodnutia lekára a neadherenciu s liečbou. Ak je medzi pacientom a lekárom vytvorený kvalitný vzťah, pacient nebude mať problém vysloviť svoje pochybnosti alebo priznať neadherenciu s liečbou pre subjektívny pocit, že liečba nie je potrebná.

Pozitívnym dopadom uplatnenia zručností na preskúmanie pacientovej perspektívy (pozorné počúvanie, kladenie otvorených otázok, úprimná zvedavosť na pacientove vlastné hypotézy o ochorení, záujem o poznanie jeho potrieb a očakávaní), bude dobrý, spolupracujúci vzťah s pacientom, dobrá orientácia v jeho potrebách a životnej realite (napr. miera sociálnej opory, životné podmienky), starostlivo zvážená diagnóza, spokojný pacient, ktorý lekárovi dôveruje a cíti sa vypočutý a podporený.



Obrázok č. 3 Model choroby-ochorenia (prebraté z Silverman a kol., 2013)

Po dôslednom preskúmaní oboch perspektív (medicínskej a patientskej) potrebuje lekár informácie, ktoré získal, integrovať a hovoriť o tom s pacientom – aké závery

vyvodzuje, na základe čoho ich vyvodzuje, ako premýšľa o príčinách ochorenia, o prognóze a postupe liečby a podobne. Je to dôležité preto, aby došlo k spoločnému a rovnakému pochopeniu povahy problému a jeho následného manažmentu. V tejto fáze pacient môže klásť otázky, aby situáciu lepšie pochopil a takisto lekár môže ošetriť prípadné obavy, výhrady, alebo pochybnosti, ktoré sa u pacienta objavia. To je základ pre spoločné rozhodovanie, ktoré bude bližšie rozobraté neskôr.

Cieľom získavania informácií od pacienta je:

1. Skúmať a pochopiť ako pacient chápe svoje ochorenie
2. Pochopiť, aký význam prikladá svojim ťažkostiam.
2. Umožniť pacientovi cítiť sa vypočutý, aby mal pocit, že jeho názory a pohľad sú vítané a cenené.
3. Pokračovať v rozvoji podporného prostredia spolupráce.

7.2. Praktické zručnosti pre efektívne získavanie informácií

Všímajte si narácie pacienta, to, ako udalosti týkajúce sa ochorenia spája do príbehu od začiatku až po prítomnosť a tiež objasňujte, prečo práve teraz s touto ťažkosťou prichádza.

Praktický tip

Pokúste sa pacientovi klásť otázky rozvíjajúce jeho rozprávanie. Zvyčajne ide o otvorené otázky podnecujúce pacienta porozprávať udalosti svojimi slovami. Zároveň tým prejavujeme o pacienta záujem, čo prispieva k budovaniu dobrého vzťahu.

Príklady

“Začnite, prosím, od začiatku a preveďte ma tým, čo sa udialo”

“Čo sa stalo potom, keď ste si všimli tieto prvé príznaky?”

“Na základe čoho ste vyhodnotili, že tento problém bude mať súvis s minulou operáciou?”

Používanie **otvorených aj uzavretých otázok** je legitímne v medicínskej konzultácii. Lekár ako manažér rozhovoru rozhoduje, či potrebuje získať nové informácie od pacienta, bohatšie popisy a detaily, alebo preskúmať perspektívu pacienta, alebo potrebuje zistiť konkrétne, napríklad klinické informácie, ktoré mu/jej dopomôžu k pochopeniu povahy zdravotného problému. Podľa toho konštruuje otázku skôr ako otvorenú („Ako ste prišli na to, že máte nábeh na srdcové problémy?“) alebo uzavretú („Pocítujete nevoľnosť pri tomto lieku?“)

Používajte rôzne typy otázok: otvorené aj uzavreté.

Príklady

Uzavretá otázka

Lekár: „Jedná sa o tupú alebo ostrú bolesť?“

Pacient: „Skôr ostrú.“

Otvorená otázka

Lekár: „Ako by ste popísali bolesť, ktorú cítite na hrudi?“

Pacient: „Postupne sa stupňuje, posledné týždne je to horšie. Vždy som mal trochu problém s trávením a občas som pociťoval ostré pichnutie tu (ukazuje na hrud' v oblasti hrudnej kosti).

Napadlo mi, či to nemôže súvisieť s tabletkami čo beriem na kĺby...“

Zapamätajte si

Uzavreté otázky sú otázky, na ktoré je očakávaná odpoveď typu áno/nie alebo je pacient vyzvaný vybrať si z dvoch potenciálnych možností. Tieto otázky prinesú odpoveď v rámci vopred daného kontextu, možností, ktoré dá lekár.

Otvorené otázky sú otázky, ktoré pacientovi ponúkajú priestor odpovedať podľa vlastného uváženia a vybrať informácie, ktoré chce lekárovi povedať. Lekárovi môže takáto odpoveď priniesť nové informácie, ktoré mu uľahčia pochopiť situáciu pacienta a otvoria priestor novým otázkam.

Pozorne počúvajte a podporujte pacientove zapojenie.

Praktický tip: Trénujte aktívne, pozorné počúvanie

1. Položte pacientovi otvorenú otázku, aby ste ho podnietili rozprávať.
2. Neprerušujte ho kým sa sám nezastaví.
3. Udržiavajte očný kontakt, nedívajte sa však na pacienta neustále, môže to byť rušivé. Miestami pohľad odkloňte.
4. Dávajte pacientovi vedieť, že ste s ním v kontakte aj keď mlčíte, napr. občas pritakajte, pousmejte sa, ak je to vhodné, použite citoslovcia „uhm“ alebo slová „rozumiem“, „pokračujte“, „počúvam“.
5. Zosumarizujte svojimi slovami, čo ste počuli: „Ok, takže povedali ste, že mávate často bolesti hlavy a v poslednej dobe horšie spíte, najviac vás však trápia obavy, že sa vám znova vracia migréna, ktorú ste už dlho nemali a chceli by ste sa vrátiť k pôvodným liekom, rozumiem dobre?“
6. Položte pacientovi ďalšiu otázku proces opakujte

Praktický tip: Buďte manažérom/kou rozhovoru

Cieľom kladenia otvorených otázok nie je, aby pacient rozprával prídlho a aj o veciach, ktoré s vaším stretnutím nesúvisia. Vy ste manažér/ka rozhovoru a ak sa vám zdá, že pacient rozpráva prídlho, alebo už zachádza mimo, neváhajte ho prerušiť. Urobte to však s rešpektom.

Príklady

„Zaujímam ma čo hovoríte, ale potreboval/a by som sa vás ešte opýtať niekoľko detailov o liekoch, ktoré ste doteraz brali, OK?“

„Teší ma, že so mnou chcete zdieľať tieto informácie, trochu nás však tlačí čas a teda ak súhlasíte, sústreďme sa na to, čo je teraz podstatné pre vyriešenie vašich ťažkostí.“

„Vidím, že je toho viac, o čom by ste sa potrebovali porozprávať, obávam sa však, že tieto témy už tak celkom nie sú v mojej kompetencii. Môžem vám dať kontakt na klinickú psychologičku, s ktorou by ste mohli prebrať tieto negatívne pocity?“

Niekedy pacienti pomenúvajú rôzne symptómy, pocity, alebo súvislosti, aby sme však porozumeli tomu, čo potrebujú a aká je povaha ich ťažkostí, potrebujeme použiť sériu **objasňujúcich otázok**.

Overujte si a objasňujte si, čo pacient myslí pod pojмами, ktoré používa.

Príklad

"Keď hovoríte o závratoch, čo tým myslíte, ako ich pociťujete?"

„Môžete mi vysvetliť čo myslíte tým, že máte depresiu? Ako sa to prejavuje?“

Všimnite si v nasledujúcom prípade, ako objasňujúce otázky napomôžu ku komplexnejšiemu otvoreniu rozhovoru o ťažkostiach pacienta a ako odpovede na ne informujú ďalšie uvažovanie o depresívnych pocitoch u pacienta.

Prípád: depresívne symptómy sprevádzajúce iné ochorenie

Lekár: „Dobrý deň, čo vás dnes za mnou privádza?“

Pacient: „Viete, chcel som to už dlhšie riešiť, ale stále som mal dojem, že sa to nejako vyrieši samé. Podľa mňa trpím depesiou a mám pocit, že sa to zhoršuje“

Lekár: „Čo myslíte tým, keď hovoríte, že máte depesiou?“

Pacient: „Neviem sa na nič sústrediť a často mám pocit, že ma veci nebavia“

Lekár: „Hovoríte, že sa neviete sústrediť a nebavia vás veci, povedzte mi o tom viac“

Pacient: „V práci máme stále hluk, neustále ma niečo ruší a neurobil som za poslednú dobu veľa práce, potom nestíham a mám časový sklz. Doma potom ešte do noci premýšľam, čo všetko som nestihol a som z toho celý otrávený. Potom nespím a ráno som unavený“

Lekár: „Rozumiem, že v práci máte podmienky, v ktorých sa ťažko sústredí. Ako ste prišli na to, že máte depesiou?“

Pacient: „Lebo sa cítim skleslo a smutne a neschopne a tá únava je hrozná, bráni mi fungovať ako predtým“

Lekár: „Premýšľam, že vaše podmienky v práci môžu mať dopad na to ako sa cítite. Ale znepokojuje ma tiež únava, ktorú spomínate. Čo si vy myslíte o tom prečo máte takéto pocity? Myslíte si, že to môže súvisieť s vašou prácou, alebo sa tieto symptómy vyskytujú aj mimo práce, napríklad cez víkend, keď ste doma?“

Pacient: „Áno, unavený som aj cez víkend, oveľa ťažšie sa k niečomu dokopem, všetko mi dlho trvá“

Lekár: „Ako dlho to už trvá? Ako dlho sa cítite unavený a skleslo?“

Pacient: „Neviem, tieto pocity som začal mať už dávno, možno dva roky dozadu, teraz sú však výraznejšie.“

Lekár: „Čiže tieto pocity pravdepodobne nevznikli v práci. Máte nejaké klinické ochorenie, na ktoré sa liečite? Alebo sa deje vo vašom živote ešte niečo, čo môže s týmito pocitmi súvisieť?“

Pacient: „Áno, mám diagnostikovanú chronickú obličkovú chorobu v 3. štádiu, ale nejako ma to zatiaľ netrápi, občas chodím na kontrolu.“

Lekár: „To je zaujímavé. Totiž depresívne pocity bývajú sprievodným javom tohto ochorenia. Hovorili ste o týchto pocitoch s vaším nefrológom?“

Pacient: „Nie, bol som tam už dávno, myslím, že poslednú kontrolu som vynechal.....“

Parafrázovanie je prerazprávanie vlastnými slovami, čo hovoril pacient, prípadne čo pravdepodobne chce povedať, s cieľom uistiť sa, že tomu lekár dobre porozumel, alebo skontrolovať, či sú interpretácie lekára o pocitoch alebo potrebách pacienta správne.

Parafrázujte pacientovu výpoveď.

Príklad

Pacient: „Viete najprv to boli len bolesti chrbta, ale potom som začal zle spať a odvtedy to ide dolu vodou. Tie bolesti sa ešte dali vydržať, ale keď nespím, na druhý deň som ako mŕtvola. Moja práca vyžaduje, aby som fungoval, celý deň treba byť v pohybe a potom treba ešte riešiť veci doma. Keď si predstavím, že zase nebudem spať chytá ma panika.

Lekár: “Znepokojuje vás ako sa vaše ťažkosti hromadia a bojíte sa, že sa to bude ešte viac zhoršovať a vy to nezvládnete, rozumiem tomu správne?”

V medicínskej konzultácii sa zaujímate o obsah toho, čo pacient hovorí, ale veľmi veľa informácií môžeme získať aj **všímaním si neverbálnej zložky komunikácie**. Zmenil sa tón pacientovho hlasu? Je mu do plaču, keď ste začali hovoriť o prognóze? Prestal s vami udržiavať očný kontakt a stíchol? Náhle zmenil polohu a z ležérneho opretia sa oprel lakťami o kolená a naklonil sa k vám? Tieto neverbálne náznaky môžeme brať ako komunikačný akt a využiť ich v našej konzultácii pre lepšie porozumenie pacientovi a lepší vzájomný kontakt. Ak ich zachytíte, prineste ich do konzultácie a overte si ich význam. Opýtajte sa pacienta – najlepšie vie, čo cíti a čo potrebuje.

Všímajte si neverbálne náznaky pacienta a reagujte na ne.

Príklad

“Vidím, že ste sa zamračili, je tu niečo, čo vás momentálne znepokojilo?”

“Vidím, že je vám ťažko, asi si potrebujete poplakať. Som tu pre vás, môžeme pokračovať v rozhovore neskôr ak si prajete.”

„Vidím, že vás zaujalo to, čo hovorím, máte nejaké otázky?“

Zapamätajte si

Neverbálna komunikácia pacienta je mimoriadne cenným zdrojom informácií o jeho potrebách, myšlienkach alebo obavách, napríklad zmena výrazu tváre, tónu hlasu, zmena pozície tela alebo prejavy pocitov ako je plač alebo hnev.

Priebežné zhrnutie pomáha pacientovi sa orientovať v konzultácii, sumarizuje, čo bolo doteraz povedané a dohodnuté a dáva možnosť pacientovi poopraviť interpretácie lekára a doplniť chýbajúce údaje. Túto zručnosť využívame opakovane v priebehu konzultácie.

Zhŕňajte priebežne obsah konzultácie.

Príklad

“Rozprávali sme sa o.... a prišli sme k tomu, že.... Na základe toho by sme mohli vyvodiť, že.... Ale ešte by sme mali prebrať, či.... Čo si o tom myslíte?”

Schopnosť porozumenia informáciám o zdraví je u pacientov rôzna. V súvislosti s tým hovoríme aj o zdravotnej gramotnosti. Zdravotná gramotnosť je definovaná ako kognitívne a sociálne zručnosti, ktoré určujú motiváciu a schopnosť jednotlivcov získať prístup k pochopeniu a použitiu informácií spôsobom, ktorý podporuje a udržiava dobrý zdravotný stav (WHO, 1998). Používanie **stručných a ľahko zrozumiteľných vyjadrení, otázok a komentárov** je kľúčové na to, aby pacient informácii porozumel, zapamätal si ju a vedel podľa nej konať.

Vhodne používajte jazyk.

Praktický tip

Vyhňte sa používaniu odborných termínov a nahraďte ich slovami hovorového jazyka. Pristupujte k pacientom bez očakávania, že budú mať akékoľvek medicínske poznatky. Ak použijete medicínsky termín, doplňte ho otázkou: „Je vám tento termín známy?“

Zapamätajte si

Používajte vo svojej praxi taký jazyk (ideálne hovorový jazyk), aby vám porozumelo aj dieťa, starý človek, ktorý dobre nepočuje, alebo človek s nízkym vzdelaním. Aj človek, ktorý sa javí ako inteligentný a schopný, môže mať problém porozumieť informáciám o zdraví.

Pacientovu **perspektívu môžeme skúmať priamo** – kladením otázok a **nepriamo** – všímaním si verbálnych aj neverbálnych náznakov.

Skúmajte pacientove očakávania, potreby a predstavy.

Priame otázky na predstavy

„Čo si myslíte, že je príčinou týchto problémov?“

„Máte nejakú svoju teóriu, prečo sa toto deje?“

„Čo si o tom myslíte vy?“

Priame otázky na obavy

„Je tu niečo špecifické, čoho sa obávate?“

„Čo najhoršie vás napadlo, že by sa mohlo stať keď sa táto diagnóza potvrdí?“

„Keď sa cítite najhoršie, nad čím uvažujete?“

Priame otázky na očakávania

„Čo myslíte, že by mohol byť najlepší plán?“

„Čo by sa tu dnes malo stať, aby ste si povedali, že to bol dobrý nápad za mnou prísť?“

„V čo dúfate, že sa zmení vo vašom živote, keď liečba zaberie?“

Nepriame zachytenie verbálnych náznakov

„Povedali ste, že ste sa báli, že táto bolesť môže byť niečo vážne. Máte nejakú predstavu, čo by to mohlo byť?“

Nepriame zachytenie neverbálnych náznakov

„Vidím, že nie ste veľmi spokojný s vysvetleniami, ktoré ste doteraz dostal, je to tak?“

Lekári si často nechávajú pre seba o čom uvažujú, kým počúvajú pacienta alebo kým píšú záznamy. **Zdieľanie myšlienok a úvah s pacientom** nie len že posilňuje ich vzťah, ale môže podnietiť pacienta odhaliť ďalšie fakty, obavy alebo informácie, ktoré mu predtým nenapadli, alebo o ktorých si myslel, že o nich nemá zmysel hovoriť.

Zdieľajte s pacientom vaše myšlienky a úvahy.

Príklad

„Niekedý môžu byť bolesti na hrudníku spôsobené stresom – zaujímalo by ma, či máte pocit, že by to mohlo pre vás platiť?“

„Premýšľam, či je zvracanie sprevádzané aj inými ťažkosťami, pretože ak áno, možno by bolo potrebné urobiť ešte ďalšie testy.“

„Na chvíľu som sa zamyslela, lebo som uvažovala nad diagnózou, ktorú som vám práve stanovila. Aby som si bola istá, že je správna, mohli by ste mi ešte objasniť.....?“

7.3. Čo hovoria výskumné zistenia na tému získavania informácií?

- Rogers a Todd (2000) zistili, že v onkologickej starostlivosti lekári uprednostňovali určité informácie od pacientov pred inými, napríklad reagovali na tému bolesti, ak bola vo vzťahu k onkologickému ochoreniu, inak nie.
- Agledahl a kol. (2011) kvalitatívne skúmali prístup zdravotníkov v nemocnici ku konzultácii s pacientmi. Zistili, že zdravotníci sa primárne orientovali na medicínsku perspektívu a pacienti obavy a názory odkláňali a nezaujímal sa o ne hlbšie, hoci ich prístup bol príjemný a starostlivý.
- Tuckett a kol. (1985) zistili, že ak pacient a lekár nezdieľajú rovnaký pohľad na ochorenie a liečbu a nedostatočne o tom komunikujú, má to neblahý vplyv na ich spoluprácu.
- Maguire a kol. (1986) zistili, že pacienti s rakovinou odhalili viac starostí a obáv, ktoré súviseli s ich zdravím, ak im boli kladené otvorené otázky.

- Levinson a kol. (1997) priniesli poznatky, že na lekárov v primárnej starostlivosti, ktorí častejšie používali rôzne zručnosti pre efektívnejšiu komunikáciu s pacientom (uistenie sa, či boli informácie pacientom správne pochopené, povzbudzovanie pacienta rozprávať, parafrázovanie a interpretovanie), bolo menej sťažností za nedostatočnú starostlivosť.
- Mjaaland a kol. (2011) zistili, že keď pacienti pomenúvali negatívne pocity, lekári mali tendenciu odkloniť sa od toho, aby ich riešili, alebo sa na ne dopytovali a to obzvlášť v prípadoch, kedy tieto emócie boli vyjadrené explicitne ako problém.
- Levinson a kol. (2000) zistili, že ak lekári reagujú na podnety pacienta pozitívne, tzn. zaoberajú sa nimi, pacientovu návštevu u lekára to paradoxne skracuje.

Praktický tip na záver

Každý týždeň si zvolte jednu zručnosť, ktorú budete cielene trénovať v praxi. Napríklad aktívne počúvanie, zdieľanie svojich myšlienok a úvah, rôzne typy otázok, atď. Robte si poznámky o tom ako vám to šlo, kde to zadrhávalo a ako na to reagoval pacient. Takto môžete sledovať svoj progres. Keď si zručnosť osvojíte natoľko, že si uvedomíte, že už to robíte automaticky, obohatte svoj tréning o ďalšiu zručnosť.

8. Vysvetľovanie informácií o zdraví

Vytváranie plánu liečby, okrem zhromažďovania informácií a diagnostiky, zahŕňa aj vysvetľovanie informácií o zdraví pacientovi tak, aby informácie skutočne pochopil, zapamätal si ich a vedel na základe nich účinne konať. Efektívne vysvetľovanie informácií o zdraví je mimoriadne dôležité aj z hľadiska vytvárania dobrých podmienok pre participáciu pacienta na rozhodovaní o liečbe. To môže byť pre zdravotníkov náročnou úlohou najmä u pacientov s nižším vzdelaním, horšou zdravotnou gramotnosťou, nízkou sociálnou oporou alebo u pacientov s horšími kognitívnymi schopnosťami. Podceňiť túto fázu medicínskej konzultácie môže mať negatívne dopady na spoluprácu s pacientom, vzájomný vzťah lekár-pacient a v konečnom dôsledku na bezpečnosť pacienta.

Cieľom vysvetľovania informácií o zdraví je:

1. Vysvetliť informácie o zdraví tak, aby im pacient porozumel a zapamätal si ich.
2. Poskytovať informácie tak, aby sa vzťahovali k pacientovej perspektíve na problém.
3. Používať interaktívny prístup pre uistenie sa, že poskytnuté informácie pacient chápe rovnako ako zdravotník.
4. Pozvať pacienta k zdieľanému rozhodovaniu o liečbe na úrovni, na akej si praje byť zahrnutý a na akej je schopný spolupracovať.
5. Podnecovať podporujúci a spolupracujúci vzťah lekára a pacienta.

Vysvetľovanie informácií a plánovanie je mimoriadne dôležitou súčasťou konzultácie, ktorá nasleduje po tom, ako sa nám podarilo s pacientom nadviazať kontakt, zozbierať dôležité informácie o ťažkostiach, symptómoch, anamnéze, ale tiež o jeho pohľade na tieto ťažkosti, o jeho potrebách a preferenciách. Obsahom tejto fázy konzultácie je diferenciálna diagnostika, plán manažovania ochorenia vrátane alternatív liečby a dojednávanie plánu spolu s pacientom. Na tom, ako sa nám podarí všetky tieto informácie syntetizovať a vysvetliť ich pacientovi tak, aby im rozumel, záleží to, nakoľko aktívne bude pacient spolupracovať, nakoľko bude adherentný k liečbe v prostredí domova alebo či to, čo sme naplánovali, bude vedieť previesť

správne. Samozrejme, že vysvetľovanie a plánovanie nie je jediný faktor vplývajúci na zapojenie a adhérenciu pacienta, ale je jedným z kľúčových faktorov.

Podcenenie tejto fázy konzultácie môže zmaríť mnoho práce, pacientovi priniesť zmätok, pocit neporozumenia alebo rozčarovania nad prístupom zdravotníka. Všetky tieto stavy a pocity zároveň spôsobia, že pacient nebude vedieť čo má robiť, resp. v najhoršom prípade si môže poškodiť zdravie napríklad nesprávnym dávkovaním liekov alebo skomplikovať liečbu vynechaním dôležitých úkonov, ktoré súvisia so zdravím (napríklad vynechá dôležité vyšetrenie, na ktoré ste ho poslali a preto sa operácia ešte viac oddiali). Mnohé výskumy ukázali, že pacienti nenasledujú liečbu tak ako im ju predpísal alebo odporučil lekár v rámci prevencie, liečby akútnych ochorení a tiež liečby chronických ochorení. Zolnierek a Dimatteo (2009) ukázali, že efektívna komunikácia v zdravotnej starostlivosti súvisí s lepšou adhérenciou pacienta, a že lekári, ktorí majú tréning v efektívnej komunikácii, majú adherentnejších pacientov.

Ciele vysvetľovania a plánovania môžeme zhrnúť nasledovne:

1. Poskytovanie vhodného množstva a typu informácií.
2. Dosiahnutie adekvátneho pochopenia a vybavenia si informácií u pacienta.
3. Dosiahnutie vzájomného pochopenia, ktoré zahŕňa aj pacientovu perspektívu.
4. Pripravenie pôdy pre zdieľané plánovanie a rozhodovanie.

8.1. Praktické zručnosti pre efektívne vysvetľovanie

Existuje niekoľko zručností, ktoré môžeme praktizovať na to, aby sme docielili, že pacient bude z ordinácie alebo oddelenia odchádzať s pocitom, že rozumie, čo sa udialo počas konzultácie a vie, čo má robiť ďalej.

Poskytujte vhodné množstvo a typ informácií

Často sa stáva, že lekári pacientovi neposkytnú dostatok informácií napríklad o účele predpisania istého lieku, o rizikách zákroku a podobne. Niekedy naopak pacienta zahltia množstvom detailov, ktoré nie je schopný spracovať a vybrať tie najkľúčovejšie informácie. Niekedy lekári ani neskúmajú, aké informácie si pacient praje alebo nepraje a sami o tom rozhodnú. Môže to vyplývať zo štýlu práce, ktorý si lekár osvojil a z jeho odborných predpokladov o tom, čo je vhodné pacientovi povedať a čo nie. Dôvodom tiež môže byť, že lekár nepozná dostatočne dobre svojho pacienta a nekomunikuje s ním o tom, čo potrebuje. Je nutné povedať, že lekári takto jedajú v dobrej viere a v snahe pacientovi pomôcť. Aj preto je škoda, že bývajú paradoxne neužitoční a efektivita konzultácie je nízka.

Mnohé výskumy ukázali, že lekári nadhodnocujú alebo podhodnocujú typ a množstvo informácií, ktoré si pacient praje dostať. Nejde o to, aby si pacient diktoval, čo bude alebo nebude počúvať, ale o rešpektovanie voľby pacienta. Na to, aby sme to mohli urobiť, najprv o tejto voľbe musíme vedieť. Výskum ukázal, že väčšina pacientov informácie chce, ale sú tu aj takí, ktorí ich z rôznych dôvodov nechcú. Proaktívne zistiť koľko informácií pacient chce, alebo potrebuje a tiež o aký typ informácií stojí, vám ušetrí energiu, čas a prispeje k budovaniu dobrého vzťahu s pacientom skrz zaujímanie sa o jeho potreby. Zároveň je potrebné myslieť na to, že aj pacientove preferencie sa môžu v čase meniť, tzn. je potrebné si overiť spolu s pacientom z času na čas, či sa niečo zmenilo. Napríklad pri terminálnych ochoreniach pacienti prechádzajú procesom prijímania tejto situácie a ak sa predtým bránili vedieť určité informácie, teraz je to možno už inak a sú viac otvorení oboznámiť sa s detailmi liečby, prognózy a podobne.

Poskytujte vhodné množstvo a typ informácií.

Praktický tip

Zistite koľko informácií pacient potrebuje/chce/už má

„Máte záujem, aby som vám vysvetlil podrobnejšie ako funguje tento prístroj?“

„Neviem koľko toho už viete o cukrovke. Pomohlo by mi keby ste mi povedali, čo všetko už viete, aby som vám mohol informácie doplniť.“

„O Parkinsonovej chorobe je ešte mnoho informácií, o ktorých sme doteraz nehovorili. Niektorí pacienti sa radi dozvedia všetko čo sa len dá a niektorí chcú počuť len tie najpodstatnejšie informácie. Ako to máte vy?“

Zistite aký typ informácií pacient potrebuje

„Chceli by ste vedieť viac o samotnej diagnóze, alebo rovno prejdeme k plánu liečby?“

„Zaujímajú vás aj príčiny ochorenia? Ak áno, môžeme tomu venovať pár minút.“

„Prajete si vedieť, aká je prognóza? Ak nie, prajete si, aby som o tom pohovoril s vaším manželom, alebo niekým iným komu dôverujete?“

Čo však v prípade, ak pacienti nechcú informácie? Výskum Jenkinsa a kol. (2001) u onkologických pacientov ukázal, že síce 87% z nich chcelo čo najviac informácií, 13% preferovalo tieto informácie nevedieť. Pacienti môžu mať rôzne dôvody prečo nechcú isté informácie počuť. Môžu mať strach poznať prognózu alebo riziká určitej liečby a prajú si ponechať rozhodnutia na lekárovi, aby ich tieto informácie príliš psychicky nezasahovali. Paradoxne im teda menej informácií pomáha lepšie ochorenie zvládať. Je dôležité tieto dôvody vnímať ako legitímne, pýtať sa na ne pacienta, aby sme im porozumeli a napokon ich rešpektovať.

Praktický tip

Preukážete pacientovi rešpekt voči jeho voľbe určité informácie nevedieť, ale pokúste sa aj porozumieť jeho dôvodom, prečo tieto informácie nechce. Potom sa môže podariť niektoré jeho obavy otvoriť, ošetriť a podobne. Ponechajte diskusiu otvorenú, aby pacient mohol o informácie požiadať, keď sa na to bude cítiť pripravený.

Príklad

„Hovoríte, že nechcete poznať prognózu vášho ochorenia. Mohli by ste mi vysvetliť vaše dôvody? Budem to samozrejme rešpektovať, ale napriek tomu by som vám rada porozumela.“

„Vidím, že vás desí hovoriť o podrobnostiach operácie, ale tieto informácie sú veľmi dôležité. Ak ich nechcete vedieť, rád by som hovoril s vašou manželkou a informácie dal jej. Bolo by to pre vás v poriadku?“

„Chápem, že je to naraz veľa informácií a s každou ďalšou sa vynárajú ďalšie obavy. Môžeme to nateraz nechať tak, ale keď budete pripravená, bolo by dobre prebrať aspoň niektoré veci, ktoré sa týkajú najbližších mesiacov s týmto ochorením. OK?“

V rozhovore s pacientom používajte jednoduchý, hovorový jazyk

Lekári často používajú technický, odborný jazyk, ktorému mnohí pacienti nerozumejú. Dokonca ani vzdelanejší pacienti nemusia rozumieť odborným medicínskym výrazom alebo žargónu, ktorý lekári používajú v rozhovoroch medzi sebou. Lekári tieto termíny často nevysvetlia a očakávajú, že pacienti sú jasné a zrozumiteľné.

Preto je dôležité, aby ste používali jednoduchý, hovorový jazyk, kratšie vety a vyhli sa lekárskeho žargónu a odborným termínom. Ak ich použijete, uistite sa, že pacient danému slovu rozumie. Stačí na to jedna kontrolná otázka: „Viete, čo to znamená?“, „Poznáte tento pojem?“. Navyše, pacienti s oslabenými kognitívnymi schopnosťami, napríklad horšie počujúci, trpiaci únavou alebo nesústredením môžu mať problém

držať krok s tokom vašej reči, preto je potrebné svoju reč prispôbiť nie len obsahovo, ale aj formou, napríklad hovoriť pomalšie, hlasnejšie, zreteľne artikulovať a podobne.

V rozhovore s pacientom používajte jednoduchý, hovorový jazyk.

Praktický tip

Vždy sa snažte zameniť odborný medicínsky termín, alebo odborné slovo za také, ktorému porozumie aj človek s nižším vzdelaním, človek v strese, alebo človek s kognitívnymi obmedzeniami.

Príklady

Namiesto „toto je veľmi atypický výsledok“ povedzte „takýto výsledok nebýva veľmi častý“

Namiesto „sú tu dve komorbidity vo vašom prípade“ povedzte „máte dve ochorenia, ktoré vás trápia súčasne“

Namiesto „metabolický syndróm“ povedzte „skupina rizikových faktorov, ktoré zvyšujú riziko porážky alebo infarktu“

Namiesto „máte negatívny výsledok“ povedzte „výsledky testu naznačujú, že problém nie je prítomný“

Namiesto „hypertenzia“ povedzte „vysoký krvný tlak“

Namiesto „hyperkalémia“ povedzte „veľmi vysoké množstvo kalcia v krvi“

Overujte si porozumenie informáciám u pacienta

Porozumenie informáciám na strane pacienta je pre liečbu absolútne kľúčové. Mnoho pacientov však často z ordinácie odchádza s veľkým otáznikom. Nie sú si istí, či chápu, čo lekár povedal a či vlastne vedia, čo majú robiť ďalej. Častou chybou je, že lekári sa pacientov neopýtajú, či danému výrazu alebo celému zdeleniu rozumeli a nevyzývajú ich, aby kládli otázky. Mnohým lekárom sa môže zdať, že pacient rozumie, pretože nekladie otázky, prikyvuje, že rozumel. Môžu byť spokojní, akého majú spolupracujúceho pacienta, ale opak môže byť pravdou. Aj keď sa opýtajú „Rozumeli ste všetkému?“ pacienti môžu odpovedať kladne len preto, lebo zaneprázdneného lekára nechcú zdržiavať, alebo pociťujú zahanbenie, že nerozumejú, čo lekár povedal. Je to situácia, ktorá potencuje chyby a preto by sme nikdy nemali a priori predpokladať, že pacient nám rozumie. Radšej si vyhradíme minútu na kontrolu. Chránime tým pacienta aj seba pred nežiaducimi udalosťami, ktoré môžu poškodiť zdravie pacienta.

Samozrejme, za neporozumením pacienta môže stáť neschopnosť spracovávať a vybaviť si informácie, ktoré sme pacientovi poskytli. Ak je informácií priveľa, je takmer isté, že si ich pacient nezapamätá. Preto potrebujeme informácie dávkovať, overovať si priebežne ako im pacient rozumie a prípadne si pomôcť aj vizuálnymi pomôckami, ktoré podpora porozumenie pacienta.

Technika „teach-back“ (spätne vysvetliť, naučiť).

Technika „teach-back“ je účinnou metódou na zabezpečenie toho, aby pacienti rozumeli tomu, čo ste im povedali. Vyzýva pacientov, aby vysvetlili alebo ukázali, čo im bolo povedané.

Praktický tip

Overte si jednoducho, či pacient rozumel a zapamätal si všetky dôležité informácie. Zaraďte túto techniku do bežnej každodennej praxe vždy vtedy, keď pacientovi podávate informáciu, ktorú chcete, aby si určite zapamätal.

Príklady

„Zopakujte mi teraz svojimi slovami ako máte brať predpísaný liek, aby som si bola istá, že som vysvetlila všetko a že si to pamätáte správne.“

„Mohli by ste mi teraz povedať ako ste rozumeli tomu, čo som povedala?“

„Mohli by ste mi zhrnúť, na ktoré vyšetrenia sme sa dohodli, že pôjdete tento týždeň?“

„Keď prídete domov a váš manžel sa opýta, čo povedal doktor, čo mu poviete?“

„Chcem si len pre istotu overiť, či obaja správne chápeme, čo máte robiť, môžete mi to zopakovať?“

„Váš inhalátor je dôležitý pre vaše zdravie. Mohli by ste mi ukázať, ako ho máte doma používať?“

„Prebrali sme niekoľko dôležitých informácií o vašich liekoch. Pre istotu, môžete mi zopakovať varovné znaky, ktoré si treba všímať, keď začnete brať tento liek?“

Informácie kúskujte, aby ste zabezpečili ich dobré vybavenie

Ľudia majú rôznu úroveň mentálnej kapacity, ktorá sa týka sústredenia, zapamätávania si informácií, ich vyhodnocovania a chápania. Situácia stresu túto kapacitu obvykle znižuje a stres je s návštevou lekára spojený pomerne často. Priveľa detailných informácií na mnoho ľudí pôsobí zahlcujúco, po niekoľkých minútach vypnú svoju pozornosť, alebo sa stratia a nedokážu držať krok s lekárom. Faktor hanby môže spôsobiť, že o tom zdravotníkovi nič nepovedia a všetko súhlasne „odkývajú“. Preto by sme informácie mali podávať po kúsku a vždy si overiť, či pacient rozumel. Až potom by sme mali pokračovať ďalej a pridávať ďalšie informácie. Informácie potrebujeme kúskovať na základe nejakej logiky, napríklad najprv vysvetlíme plán liečby na hypertenziu, potom preberieme informácie týkajúce sa fyzického cvičenia. To znamená, že vždy, za určitým dôležitým zdelím skontrolujeme, či pacient porozumel, čo sme povedali. Túto metódu používame vždy, keď vysvetľujeme dôležité veci o zdraví a zdravotnej starostlivosti ako je napríklad:

- Nová diagnóza
- Lieky
- Inštrukcie na domácu liečbu
- Plán liečby
- Odporúčané zmeny v správaní
- Používanie nového prístroja
- Ďalšie kroky spolupráce

Informácie kúskujte, aby ste zabezpečili dobré vybavenie informácií.

Praktický tip

Osojite si používanie metódy „Chunk and check“ (dávka a kontrola)

- ✓ DÁVKA (rozdeľte informáciu do viacerých kusov, dávok)
- ✓ KONTROLA po každej dávke
- ✓ Požiadajte pacienta, aby vám informáciu vysvetlil („teach-back“)
- ✓ ZOPAKUJTE v prípade, že pacient nevysvetlí informácie správne
- ✓ Znovu skontrolujte
- ✓ Používajte hovorový jazyk po celý čas

Príklad

Lekárka: Potrebujete upraviť svoju diétu. Je to dôležité pre to, aby liečba bola úspešná, OK? Jedzte viac ovocia, zeleniny a nízkotučné produkty. Vyhnite sa jedlu, kde je veľa tuku. Každé ráno si dajte nejaké ovocie, buď čerstvé alebo sušené, ale tam si treba skontrolovať, či tam nie je pridaný cukor. Môžete mi prosím zopakovať, čo som povedala?

Pacient: Tak musím začať s diétou. Viac ovocia, zeleniny a nemá tam byť priveľa cukru. A tiež nemám jesť mastné veci, ale radšej tie, čo sú nízkotučné. A čo ešte?

Lekárka: Výborne, pamätáte si to dobre. Ešte je dôležité, aby ste jedli každé ráno trochu ovocia.

Pacient: To je koľko – trochu?

Lekárka: Napríklad jedno jablko alebo za hrsť hrozna. Dajte si však pozor na pridaný cukor, ak by ste jedli sušené, kupované ovocie. OK?

Pacient: OK, čiže v čerstvom cukor nevedí, ale v sušenom áno a také by som jesť radšej nemal.

Lekárka: Správne. Môžeme teraz prebrať vaše lieky? Aj tu bude malá zmena.

Pacient: Dobre.

Lekárka: Lieky bude brať 2x denne pred jedlom. Prvých 5 dní si dáte polovicu lieku 2x za deň pred jedlom a potom ďalších 10 dní budete brať 2x celú tabletku. Rozumiete? Skúste mi to teraz povedať, ako tie lieky budete brať.

Pacient: To si pamätám, že pred jedlom dvakrát denne, ale tých čísel tam už bolo veľa, najprv 10 dní polovicu, potom 5 dní celú?

Lekárka: Správne si pamätáte, že tabletky budete brať 2x denne pred jedlom. Výborne. Pozvoľna zvýšime dávku, takže 5 dní polovičku a ďalších 10 dní už celú tabletku. OK?

Pacient: OK, 5 dní polovicu, 10 dní celú.

Lekárka: Koľko krát denne?

Pacient: 2x a pred jedlom.

Lekárka: Výborne. Dohodneme sa tak, že ak sa vám ťažkosti neupraví, prídete na vyšetrenie keď vyberiete lieky. Zavolajte dopredu ráno v ten deň a dohodnite so sestrou stretnutie, OK?

Pacient: OK, ak to neustúpi, ráno zavolám a prídem sem.

Lekárka: Kedy prídete?

Pacient: Keď doberiem lieky a neustúpi to.

Lekárka: Áno, správne. Najprv si dohodnete stretnutie so sestričkou, áno?

Pacient: Áno, ďakujem pekne.

Zapamätajte si

Ak chcete, aby si pacient informácie zapamätal, skúste si osvojiť nasledovný prístup: Povedzte pacientovi o čom sa chystáte rozprávať, povedzte to a potom popíšte, o čom ste hovorili.

Perspektíva pacienta môže byť často odlišná od perspektívy lekárov. Ako teda dosiahnuť to, aby sme **spoločne s pacientom zjednotili tieto perspektívy**? Informácie je dôležité vysvetľovať tak, aby sa vzťahovali k pacientovej perspektíve na problém. Tú však potrebujeme najprv preskúmať. Potrebujeme **dať priestor pacientovým myšlienkam, pocitom a úvahám**. Nie len že sa tak dozvieme často veľmi podstatné

informácie, ale zároveň tým prizývame pacienta participovať na uvažovaní o pláne liečby, čím posilňujeme jeho/jej participáciu a tým podporujeme adhérenciu s liečbou. Napokon pacientovi potrebujeme umožniť klásť otázky, aby sme mohli vyjasniť niektoré informácie.

Docielte zdieľané porozumenie zahrnutím pacientovej perspektívy.

Praktický tip

Pri vysvetľovaní začnite témami, ktoré priniesol pacient a nasadte vysvetľovanie na túto perspektívu. Docielite tak, že pacient prepojí svoje počiatočné úvahy o svojich ťažkostiach s medicínskou perspektívou, resp. vašou perspektívou a to pripraví bázu pre dosiahnutie rovnakého porozumenia na oboch stranách.

Príklad

Lekár: „Povedali ste mi, že máte obavy, že by ste mohli mať rakovinu, lebo trpíte plynatosťou a tieto obavy sú založené na tom, že niečo podobné preživovala vaša mama a nakoniec rakovine podľahla. Je to tak?“

Pacient: „Áno, bol by som rád, keby ste mi urobili testy, či to naozaj nie je rakovina.“

Lekár: „Rozumiem. Proč než začneme s akýmkoľvek testami, vysvetlil by som vám, prečo si myslím, že vaše symptómy nebudú súvisieť s rakovinou, OK?“

Pacient: „OK“

Príklad

Lekárka: „Spomínali ste, že si myslíte, že máte angínu...“

Pacientka: „Áno, bolí ma hrdlo už niekoľko dní.“

Lekárka: „Chápem, prečo usudzujete, že sa jedná o angínu, avšak ja si myslím, že skôr pôjde o bolesť svalov. Vysvetlím vám, prečo si to myslím, OK?“

Pacientka: „No dobre a dáte mi na to nejaké antibiotiká?“

Lekárka: „Najprvo by som s vami rada prebrala, o čo vlastne ide a potom môžeme diskutovať o tom, ako to liečiť, dobre? Antibiotiká možno nebudú potrebné. Vysvetlím vám to o chvíľu.“

8.2. Čo hovoria výskumné zistenia o téme vysvetľovania a plánovania

- Výskum všeobecných lekárov a pacientov v Británii ukázal, že pacienti hodnotili ako najdôležitejšie informácie o diagnóze, príčinách ochorenia a prognóze. To však bolo u lekárov prehliadnuté a z ich pohľadu boli najdôležitejšie informácie o liečbe a medikamentoch (Kindelan a Kent, 1987).
- Výskum Castro a kol. (2007) ukázal, že lekári používali žargón pri diabetických pacientoch s nízkou zdravotnou gramotnosťou, ktorému pacienti nemohli rozumieť a to aj v prípade, kedy hovorili o kľúčových klinických informáciách alebo o odporúčaníach.
- Výskum Dunna a kol. (1993) priniesol poznatky, že z prvej konzultácie si onkologickí pacienti pamätali len 45% z toho, čo lekár povedal.
- Štúdia Murphy a kol. (2004) poukázala na to, že 30% pacientov, ktorí podstúpili laparoskopiu nedostali informácie o tomto zákroku alebo si neboli schopní tieto informácie vybaviť.
- Faden a kol. (1981) skúmali prístup k poskytovaniu informácií u lekárov a ich pacientov s epilepsiou. Pacienti preferovali dostať detailné informácie o všetkých rizikách spojených s liekmi, dokonca aj tie, ktoré sú zriedkavé. Naopak, lekári uvádzali riziká najmä v prípadoch, kedy šlo o vysoko pravdepodobné riziko výskytu. Stál za tým predpoklad, že ak budú pacientom podané príliš detailné informácie, zníži to ich adhérenciu. Pacienti však mali na to presne opačný pohľad. Vedieť o rizikách spojených s liekmi by ich adhérenciu skôr zvýšilo.
- Tucket a kol. (1985) zistili, že 19% pacientov sa nepýtalo lekára žiadne otázky, pretože nemali záujem poznať tieto medicínske informácie.
- V inom výskume, ktorý sa týkal matiek s novonarodenými deťmi s rizikom respiračného zlyhania, bolo matkám po podaní stručných informácií o umelej ventilácii umožnené dostať viac detailných informácií. Iba polovica z nich chcela ďalšie informácie (Broyles a kol., 1992).
- Výskum ukázal, že za nedostatočným poskytovaním informácií pacientovi môže stáť potreba lekára pacienta pred nimi chrániť (Pinder, 1990).

9. Plánovanie a zdieľané rozhodovanie

Mnohé desaťročia v zdravotníctve prevládal skôr paternalistický prístup k pacientom a k rozhodovaniu o liečbe. Zodpovednosť za rozhodnutia ležala na pleciach lekárov a pacient mohol len pasívne prijímať ich nariadenia. Za posledné dekády však došlo k posunu vo vnímaní plánovania a rozhodovania a tiež zodpovednosti za tieto rozhodnutia a manažovanie liečby.

Model zdieľaného rozhodovania predpokladá aktívne zapojenie lekára a pacienta do rozhodovania interaktívnou formou, kedy je pacient zahrnutý do každého štádia rozhodovania (Charles a kol., 1997). Rôzne výskumy ukázali (Eisenthal a kol., 1979; Schulman, 1979), že ak je pacient zahrnutý do rozhodovania, má to pozitívny dopad na jeho spoluprácu a adhérenciu s liečbou. Medzi benefity spoločného rozhodovania patrí aj pacientove lepšie pochopenie informácií o ochorení a liečbe, možnostiach manažovania ochorenia a podobne. Pacient sa učí vnímať perspektívu lekára, učí sa lepšie si všímať symptómy, komplikácie aj zlepšenia stavu a efektívnejšie o nich informovať lekára. Rozhodovanie je výsledok partnerskej spolupráce, kde je zodpovednosť rovnako nesená obomi – lekárom i pacientom, prípadne jeho rodinnými príslušníkmi, ak sú do procesu zapojení. Obaja pracujú spoločne na dosiahnutí konsenzu. Tento konsenzus zahŕňa prebratie alternatív liečby, rizík liečby, variantov postupu a vytvára bázu pre informované rozhodovanie. Takýto postup chráni lekára pred potenciálnymi sťažnosťami pacienta, pretože o jednotlivých krokoch spolurozhoduje a preberá za ne tiež zodpovednosť. Úlohou lekára je, samozrejme, dobre pacienta informovať, predostrieť alternatívy, ponúkať spoločné uvažovanie nad benefitmi a rizikami určitých krokov.

Podľa Makoula a Claymana (2006) je esenciálnou zložkou zdieľaného rozhodovania definovanie problému a vysvetlenie problému, prezentovanie možností, diskutovanie o benefitoch a rizikách, preskúmanie pacientových preferencií, diskutovanie o pacientových schopnostiach alebo bariérach, kontrola či obaja aj lekár aj pacient zdieľajú rovnaké porozumenie problému a možnostiam liečby a napokon učinenie rozhodnutia, s ktorým súhlasí aj pacient zo svojej patientskej perspektívy.

9.1. Praktické zručnosti na podporu zdieľaného rozhodovania

Zdieľané rozhodovanie je interaktívny proces. Na jeho podporu je možné využiť mnohé zručnosti ako je podnecovanie pacienta byť aktívny počas konzultácie, podporovanie pacientovho zapojenia zdieľaním vlastných (lekárových) myšlienok, úvah a pochybností, spoločným diskutovaním rizík a benefitov všetkých alternatív liečby a napokon dojednávaním rozhodnutia. Súčasťou tohto procesu sú aj zručnosti, ktoré sa všeobecne týkajú budovania vzťahu, ako je neverbálna komunikácia, empatia, posilňovanie pacienta, aby zdieľal svoj pohľad, obavy, potreby a podobne. Cieľom je podporiť pacienta, aby prijal partnerskú pozíciu pri rozhodovaní o liečbe.

V zdravotníctve dlho panovala kultúra, kde hral pacient pasívnu rolu. Lekárovi rozhodnutia mal pasívne prijímať, neodporovať a bez otázok vykonávať to, čo mu bolo odporúčané. Tento paternalistický prístup zo strany zdravotníkov sa počas posledných dekád postupne mení na viac partnerský, avšak najmä u staršej generácie pacientov pretrváva pasívny prístup. Vyplýva z rôznych obáv (napríklad, že ak budú lekárovi v niečom odporovať, odmietne ich ošetrovať) a z pocitu závislosti, nekompetentnosti a bezmocnosti pri riešení zdravotných problémov. Tak ako sa lekári postupne učia novému prístupu, rovnako je potrebné k tomu viesť pacientov.

Podnecujte pacienta byť aktívny počas konzultácie.

Praktický tip

Podporte rozvoj pacientových zručností pre jeho lepšie zapojenie. Odporúčte mu/jej, aby si pred každou návštevou pripravil/a zoznam tém, o ktorých chce s vami hovoriť. Môže sa zdať, že je to banalita, avšak príprava takéhoto zoznamu umožní pacientovi sústrediť sa na svoje potreby, skúmať ich a explicitne ich sformulovať.

Zoznam je tiež nápomocný na to, aby pacient na nič dôležité nezabudol a z konzultácie vyťažil čo najviac. Zároveň má väčšiu kontrolu nad obsahom konzultácie.

Zisťujte, či a nakoľko chce byť **pacient zahrnutý do zdieľaného rozhodovania**. V predchádzajúcej kapitole sme uviedli, že nie každý pacient preferuje vedieť všetky informácie o ochorení, liečbe, prognóze, atď. To isté platí aj pre ochotu zúčastňovať sa na zdieľanom rozhodovaní. Môže sa to zdať paradoxné, ale pre niektorých pacientov je prijateľnejšie, keď sú rozhodnutia robené za nich (Levinson et al., 2005). Dôvodom môže byť, že sa necítia byť dostatočne kompetentní, alebo majú problém porozumieť niektorým informáciám. Často tiež ide o pacientov starších, s nižším vzdelaním a takých, ktorí trpia závažnými chronickými ochoreniami (Belcher a kol., 2006). Iným prípadom môžu byť pacienti, ktorí svojmu lekárovi dôverujú natoľko, že ponechajú rozhodnutia na neho. Nemusieť znášať ťarchu rozhodovania môže pre pacienta úľavou. Nebyť zahrnutý do rozhodovania o liečbe je voľba, ktorú potrebujeme u pacienta rešpektovať. Napriek tomu je však vhodné vždy mu dávať možnosť zapojiť sa, keď to bude potrebovať.

Zisťujte, či a nakoľko chce byť pacient zahrnutý do zdieľaného rozhodovania.

Zapamätajte si

Nie každý pacient si praje byť zahrnutý do zdieľaného rozhodovania. Namiesto toho, aby sme automaticky predpokladali, že je to vhodné pre každého, opýtajme sa na to pacienta.

Príklad

„Niektorí pacienti si prajú dopodrobna prebrať všetky možnosti a aktívne sa rozhodovať o všetkom, čo súvisí s ich liečbou. Niektorí si zase prajú rozhodovať len pri vážnych krokoch, ktoré môžu prinášať isté riziká. No a niektorí sa spoľahnú na rozhodnutie lekára. Ako to máte vy?“

Podporte **pacientovo zapojenie zdieľaním svojich myšlienok, úvah a dilem**. Uvedomte si, že pacient do vašej hlavy nevidí a rovnako nemá dostatočné odborné znalosti na to, aby dokázal sám uvažovať o možnom pláne liečby, o rizikách určitých postupov a podobne. Navyše môže mať rôzne mylné informácie z internetu, alebo

laických rozhovorov, ktoré môžu kolidovať s vedeckým poznaním. Ak lekári s pacientom nekomunikujú počas konzultácie, plán vytvárajú sami a nehovoria o tom, ako uvažujú, môže to mať viaceré negatívne dopady na vzťah s pacientom a následnú adhérenciu s navrhnutými postupmi. Pacient sa môže cítiť neistý, nerozumie, na základe čoho ste vyvodili isté závery a v súvislosti s inými (často mylnými) informáciami, ktoré má a nehovorí o nich, môže vnútorne spochybňovať vaše návrhy. Zdieľanie vlastných myšlienok a úvah je zručnosť, z ktorej bude benefitovať pacient, lekár a rovnako aj samotná spolupráca.

Podporte pacientovo zapojenie zdieľaním svojich myšlienok, úvah a dilem.

Praktický tip

Hovorte o tom, čo vám ide hlavou, keď analyzujete informácie o pacientovom zdraví, aby ste vytvorili plán liečby.

Príklad

„Sú dve možnosti, čo sa týka vysvetlenia vašich symptómov. Buď ide o vred alebo o žlčové kamene, ale len na základe dnešného vyšetrenia neviem posúdiť, či ide o jedno alebo druhé. Uvažujem teraz nad dvomi možnosťami ako postupovať ďalej. Môžeme to liečiť ako vred, lebo skôr by som sa prikláňala k tejto diagnóze, alebo ešte urobíme testy, aby sme spresnili diagnózu.“

Skúmajte možnosti liečby spolu s pacientom. Väčšinou existuje viacero alternatív, ktorými je možné pristúpiť k liečbe. Spoločné preberanie týchto alternatív zahŕňa pomenúvanie rizík a benefitov tej ktorej varianty. Na to, aby sa nám to podarilo, potrebujeme zvoliť vhodný jazyk a formu, napríklad môžeme využiť rôzne vizuálne pomôcky, ktoré pomôžu pacientom lepšie informácie pochopiť. Na to, aby sa pacient vedel rozhodnúť medzi rôznymi variantmi, potrebuje dostať čo najpresnejšie informácie, na základe ktorých sa môže v spolupráci s lekárom informovane rozhodnúť.

Skúmajte možnosti liečby spolu s pacientom.

Praktický tip

Keď hovoríte o rizikách, hovorte radšej o frekvencii ako o percentách. Je to pre pacientov uchopiteľnejšie. Zároveň buďte čo najviac konkrétni.

Príklad

„Ak sa sto ľudí, ktorí majú také ochorenie ako vy, vôbec nelieči, o 10 rokov šiesti z nich dostanú infarkt. Ale ak sa počas tých 10-tich rokov liečia liekmi na vysoký krvný tlak, infarkt dostanú len štyria.“

Dojednávajte s pacientom finálny plán a postup. Dojednanie plánu a postupu liečby je završením zlad'ovania pacientovej perspektívy a medicínskej perspektívy (viac podrobností o perspektíve pacienta a medicínskej perspektíve nájdete v prednáške Komunikačné zručnosti pre budovanie bezpečného vzťahu s pacientom. Získavanie informácií). Finálny plán je výsledkom zlúčenia pacientových preferencií a možností liečby, ktoré sú založené na medicínskych poznatkoch. Odráža zváženie rizík a benefitov pre pacienta, pre jeho fyzické zdravie, ale aj kvalitu života. Rešpektuje rozmanité osobitosti prípadu a prihliada na sociálne a ekonomické zdroje pacienta.

Dojednávajte s pacientom finálny plán a postup.

Praktický tip

Pýtajte sa pacienta na jeho preferencie

„Čo si o tom celom myslíte? Čo sa vám viac pozdáva?“

„Obe riešenia sú schodné, ktoré preferujete?“

Manažujte odlišnosti v pohľade na navrhnutý plán

„To čo vám navrhujem je z môjho pohľadu to najlepšie, ale ak máte pocit, že vám to nevyhovuje, môžeme skúsiť nájsť iné riešenie. Čo by ste navrhovali?“

„Rozumiem, že je pre vás náročné zaradiť si do vašej dennej rutiny také časté návštevy rehabilitácie, ale je to potrebné. Môžeme však znížiť frekvenciu o trochu, aby to bolo pre vás realizovateľné, OK?“

Overujte si s pacientom, či s plánom súhlasí

„Vyhovuje vám to takto? Je to pre vás zvládnuteľné?“

„Viete si predstaviť brať takto lieky? Je to dosť zložité, ale rozdeľovač liekov a podrobné poznámky vám pomôžu.“

„Zvážili sme pre a proti a zvolili konzervatívnu liečbu v tomto momente. Chcem sa uistiť, že súhlasíte. Ak máte ešte nejaké otázky, budem rád, ak ich položíte, aby sme niečo nezanedbali.“

9.2.Čo hovoria výskumné zistenia o význame zdieľaného rozhodovania

- U žien s rakovinou prsníka iba 42% zo skúmanej vzorky malo pocit, že mali takú kontrolu, akú preferovali v robení rozhodnutí o svojej liečbe (Degner a kol., 1997).
- Pacienti, ktorí boli aktívni počas konzultácie, boli spokojnejší so svojimi lekármi a mali väčší pocit kontroly nad svojim ochorením (Brody a kol., 1989).

- U pacientov s hypertenziou, len 53% z nich chcelo byť zahrnutých do zdieľaného rozhodovania (Strull a kol., 1984).
- Ziebland a kol. (2006) skúmali to, ako ženy s rakovinou vaječníkov vnímali a prežívali situáciu rozhodovania sa o liečbe. Niektoré nemali možnosť byť zahrnuté do zdieľaného rozhodovania, iné sa cítili zmätené alebo ustarostené, keď lekári jasne nezaujali postoj alebo nevyjadrili preferenciu istého postupu. Niektoré tiež mali obavy, že ak nebudú súhlasiť s plánom lekára, ovplyvní to budúcu starostlivosť o ne.
- Lekárova reakcia na neistotu ohľadne liečby súvisela s tým, ako spokojné boli pacientky s rakovinou s rozhodnutím o liečbe. Lekárova úzkosť z neistoty ohľadne rozhodnutí o liečbe súvisela s nižšou spokojnosťou s rozhodnutím u pacientiek s rakovinou (Politi a kol. 2011).

Zapamätajte si

Klasifikácia chorôb, usmernenia postupov v liečbe, roky a roky vzdelávania a poznatkov vám dávajú istotu v tom ako pacienta liečiť. Pred vás si však sadá vždy človek, ktorý má jedinečnú históriu, jedinečné potreby, špecifické preferencie a taktiež rôzne limity a bariéry, ktoré budú pri liečbe predstavovať výzvu. Reflektovať ich znamená chrániť seba i pacienta pred chybami a nedorozumeniami.

10. Uzatváranie konzultácie

Uzatváranie konzultácie je poslednou fázou medicínskej konzultácie, avšak nie je o nič menej dôležitá ako ostatné fázy konzultácie. Ak ste podcenili predošlé fázy a rady pre komunikáciu, môže sa stať, že ukončovanie stretnutia nepôjde úplne hladko, napríklad v momente, kedy už chcete končiť, pacient vytiahne tú najpodstatnejšiu informáciu, ktorá celkom zmení, čo ste naplánovali a musíte začať odznovu. Obvykle však už nie je čas podrobne klásť otázky a nechať si veci od pacienta vysvetliť, pretože čas na konzultáciu ste už vyčerpali. Je to rizikový moment, kedy môže dôjsť k chybám a preto je vhodné mu predísť. Ako sme už naznačili, takýmto problémom sa vyhnete, ak vediete konzultáciu efektívne od začiatku, aby ste sa na koniec konzultácie mohli skutočne venovať ukončovaniu.

Cieľom uzatvárania konzultácie je:

1. Potvrdiť si dohodnutý plán starostlivosti.
2. Vyjasniť ďalšie kroky, ktoré má urobiť pacient a lekár.
3. Vytvoriť si pohotovostný plán.
4. Maximalizovať pacientovu adherenciu.

10.1. Praktické zručnosti pre ukončovanie stretnutia

Na to, aby sme predišli komplikáciám pri ukončovaní, je v prvom rade potrebné dbať na používanie komunikačných zručností pre efektívnu komunikáciu v skorších fázach konzultácie.

V úplných začiatkoch konzultácie je to **aktívne počúvanie a ponechanie priestoru pacientovi povedať všetko, čo potrebuje**, inak pacient informáciu zadržáva až do momentu, kedy má pocit, že už je priestor to povedať a to býva obvykle na konci stretnutia. Barsky (1981) tento jav pomenúva ako „skrytú agendu“. Moral a kol. (2006) zistili, že pacienti častejšie na konci priniesli nejaký „nový“ problém, ak nedostali možnosť dokončiť svoje úvodné zdelenie ťažkostí. To znamená, že boli príliš skoro

prerušení a k podstate problému sa nedostali. Lekár sa venoval svojej agende a preto nemohol vedieť, že pacient nedopovedal celý príbeh a nepomenoval to najdôležitejšie, čo si nechával nakoniec zdelenia. Nepodarilo sa im teda pracovať na spoločnej dojednanej agende, čo poukazuje na dôležitosť použitia ďalšej zručnosti v úvode konzultácie a to je **naplánovanie agendy** stretnutia.

Vo fáze získavania informácií pomáha **priebežné označovanie**, čo robíme a prečo, **preskúvanie pacientovej perspektívy**, pocitov a myšlienok a **preberanie psychosociálnych otázok** týkajúcich sa pacientovho života.

Vo fáze vysvetľovania a plánovania pomáha venovanie sa **dôslednému vysvetľovaniu** informácií a **kontrola toho ako pacient porozumel**. V priebehu celej fázy, ale aj celého rozhovoru je veľmi dôležité, aby pacient dostal **priestor klásť otázky**.

Je dôležité otvorene pomenovať, aké **kroky budú nasledovať a dohodnúť sa, čo zabezpečí lekár a čo je zodpovednosť pacienta**. Sem patrí napríklad pomenovanie spôsobu ako lekár alebo lekárka informuje pacienta o výsledkoch testov a dohodnutie, čo urobí pacient po tom.

Dohodnite sa s pacientom, čo sa bude následne diať a kto má akú zodpovednosť.

Príklad

„Posielam vám do lekárne recept, ktorý si môžete vyzdvihnúť hneď ako odtiaľto odídete. Akonáhle prídu výsledky vášho vyšetrenia, sestra vám zavolá. Ak nebude volať, výsledky sú v poriadku. Ak zavolá, vysvetlí vám, aký je stav a dohodnete sa na ďalšom postupe. OK?“

Súčasťou uzatvárania stretnutia je aj krátky rozhovor o tom, čo robiť, ak dohodnutý plán nefunguje. Čo robiť, ak napríklad pacient pociťuje vážne nežiaduce účinky lieku, ktorý mu bol predpísaný, alebo sa jeho stav zhorší.

Dohodnite si pohotovostný plán čo robiť, ak veci nepôjdu tak, ako ste naplánovali.

Príklad

„Dostali ste nový liek a ešte nevieme ako naň budete reagovať. V niektorých prípadoch sa môžu objaviť nežiaduce účinky a bolo by dobre, aby ste mi dali vedieť ak sa to stane. Stačí ak zavoláte sestru ráno medzi 7:00 -8:00 a poviete jej o čo ide. Ja sa vám následne ozvem akonáhle dokončím konzultácie s pacientmi. OK?“

Už v predošlých častiach textu sme hovorili o sile sumarizácie, čiže zhrnutia pre efektívnejšiu konzultáciu. V tejto chvíli, pri ukončovaní konzultácie krátko **zhrnieme celú konzultáciu** a zopakujeme tie najdôležitejšie míľniky, alebo body, ktoré sme prebrali. Taktiež zopakujeme plán, na ktorom sme sa dohodli a uistíme sa, že pacient rozumel, čo má robiť.

Urobte záverečné zhrnutie.

Príklad

„Lekárka: Takže to zrekapitulujem. Myslím, že váš diabetes sa trochu vymkol z pod kontroly za posledný rok, pravdepodobne preto, že ste pribrali, ale veríme, že hladinu vášho cukru dáme do poriadku, ak by sa vám podarilo trochu zhodiť váhu. Nájdem pre vás ten manuál k diéte, čo som spomínala a potom sa stretneme približne o dva mesiace a uvidíme, ako sa vám darí. Dáva to zmysel, keď takto zhrniem, na čom sme sa dohodli?“

Pacient: Samozrejme, pani doktorka, ako som hovoril, nemal som veľmi čas cvičiť odkedy mala manželka infarkt, ale teraz je to už lepšie, takže sa pokúsím na tom popracovať.“

Záverečná kontrola zahŕňa kontrolu, či pacient všetkému rozumel a či to s čím odchádza je v súlade s tým, na čom ste sa dohodli. Nič nepokazíte, keď úplne na záver pacientovi umožníte položiť ešte nejakú otázku, ak potrebuje. Ak ste nepodcenili predošlé fázy konzultácie, pacient sa už len poďakuje a odíde. Nezapudnite sa dôstojne rozlúčiť, podať pacientovi ruku, postaviť sa a vyprevadiť ho/ju.

11. Oznamovanie nepríjemných správ

Oznamovanie nepríjemných správ je súčasťou práce lekára. Niektorí sú s touto povinnosťou konfrontovaní zriedka, ale sú takí, pre ktorých je to súčasť skoro každého pracovného dňa. Pre väčšinu lekárov je to náročná úloha, mnohí sa pri nej necítia komfortne, nie je to súčasť vrodenej výbavy a jej nezvládnutie môže mať nežiadúce dopady nielen na prežívanie zúčastnených strán, ale aj na vzťah a spoluprácu s pacientom. V súčasnosti je k dispozícii už niekoľko overených protokolov, ako oznamovať nepríjemné správy, ktoré v kombinácii so základnou zručnosťou viesť medicínsku konzultáciu môžu zlepšiť túto špecifickú kompetenciu. To, ako často sú lekári konfrontovaní s touto povinnosťou, závisí od pracoviska. Niektorí sa to učia od skúsených, zrelých kolegov, ktorí to naozaj robia dobre, intuitívne, alebo ako zručnosť zdedenú od svojich predchodcov, ale nie všetci majú také šťastie.

Zlé správy sú tie, ktoré drastickým a negatívnym spôsobom zmenia pacientove vyhliadky a plány do budúcnosti (VandeKieft, 2001). Môže to byť oznámenie infaustnej diagnózy, oznámenie diagnózy limitujúcej aktivity pacienta, vyžadujúcej zmenu životného štýlu, oznámenie nepriaznivých výsledkov genetických testov, alebo zrušenie operácie, či nemožnosti podstúpiť plánovanú liečbu, informovanie o nežiadúcich vedľajších účinkoch liečby, ktoré sa vyskytli alebo o zlyhaní liečby, správa, že pacienta nie je možné prepustiť domov resp., že je nutné pokračovanie hospitalizácie alebo umiestnenie do zariadenia poskytujúceho starostlivosť, oznámenie, že je potrebné odpojenie od prístrojov, alebo oznámenie, že došlo k náhlemu úmrtiu blízkej osoby.

Napriek tomu, že byť poslom zlých správ nie je príjemné, existuje viacero dôvodov, prečo to robiť, a najmä prečo sa snažiť to urobiť dobre. V prvom rade pacient má právo byť plne informovaný o svojej zdravotnej situácii. Drvivá väčšina pacientov si želá byť plne informovaná, aj keď ide o veľmi nepriaznivé správy o ich zdravotnej situácii. Je to ich život, častokrát ich najvzácnejší čas, lebo možnosť využiť ho môže byť výrazne časovo obmedzená a potrebujú aj čas spracovať zlú správu, aby ho mohli využiť. To, nakoľko dobre sa podarí oznámiť nepriaznivú správu má vplyv na vzťah

pacienta so zdravotníkom, jeho rozhodnutie o ďalšom liečebnom postupe, adherenciu, proces liečenia (Girgis a Sanson Fischer 1998, Munjal 2017 in Meitar, Karnieli Miller 2021). Môže byť traumatizujúce, ak sa to nepodarí, alebo naopak, podporujúce adaptáciu na zdravotnú situáciu a vyťaženie najvyššej možnej miery kvality života vďaka dobrej spolupráci s pacientom.

Aké to je byť poslom zlých správ? Čo prežívajú lekári konfrontovaní s touto povinnosťou? Bez tréningu je zdieľanie nepríjemných správ pacientovi spojené s diskomfortom a úzkosťou (VandeKieft 2001). Nepríjemné emocionálne prežívanie môže viesť k tomu, že sa lekár tejto povinnosti vyhýba, oddiaľuje ju alebo sa snaží emocionálne oddeliť od pacienta, potlačiť svoje emócie. Najstť spôsob, ako individualizovať správu pre konkrétneho pacienta nie je jednoduché, teda je to náročná úloha, aj keď sa lekár snaží zo všetkých síl. Je to nepríjemná povinnosť, lebo beriete pacientovi nádej, beriete mu plánovanú budúcnosť. Lekári sa oprávnene obávajú reakcií pacienta a jeho blízkych, ktorí môžu reagovať nedôverou, hnevom, strachom, ale aj obviňovaním lekára a zvládnuť tieto emocionálne reakcie je veľmi náročné a nemusí sa to podariť. Emocionálna reakcia pacienta vôbec nemusí byť namierená proti lekárovi, ale stačí, že je intenzívna alebo vyvoláva spomienky, pripomína zraniteľnosť (Narayanan a kol. 2010); a tak okrem emocionálnej reakcie pacienta sa musí lekár vysporiadať aj s vlastným nastavením a prežívaním. Zdieľanie nepríjemných správ je ťažšie, ak majú s pacientom dlhodobý vzťah, ak boli veľmi optimistickí, ak je pacient v mladšom veku (Narayanan a kol. 2010). A na záver, zlé veci sa dejú bez ohľadu na našu pripravenosť, a tak sa môže stať, že ich musia lekári zdieľať pacientom aj v situácii, keď si nedokážu vytvoriť vhodné podmienky, keď sa to nedá realizovať osobne, v súkromí, alebo bez časovej tiesne a rušenia.

“Lekári sú u nás nastavení na to, že liečime a vyliečime, a keď pacienta nevieme vyliečiť, berieme to ako zlyhanie. To nie je pravda. Starostlivosť o pacienta a jeho sprevádzanie v neskorších fázach ochorenia, keď už mu nevieme poskytnúť liečbu, ktorá by smerovala k vyliečeniu, sú po všetkých stránkach, aj komunikačnej, náročné. Ale veľmi, veľmi dôležité. A nie vždy sa to lekárom darí a v istom zmysle opúšťajú takéhoto pacienta, alebo sa

komunikácii na túto tému vyhýbajú. Nemyslím si, že je za tým nezáujem, ale skôr nedostatok komunikačných zručností. Obava z rozhovorov tohto typu.”

M. Andrášiová v rozhovore pre Denník N s V. Folentovou.

Z rozhovorov s pacientami vieme, že mnoho pacientov reportuje, že boli plne informovaní. Niektorí sa ale nepriaznivé správy dozvedeli nepriamo – vytušili to zo spôsobu, ako sa k nim začali správať, vypočuli si rozhovor, prečítali dokumenty. A niektorí sa to dozvedeli neskoro.

„Ne, pretože oni s vámi nemluvíli, kedyby prostě přišli a řekli... Já si myslím, že nemocnice, když člověka propouští, tak aspoň lékař by u toho měl být. Mě propouštěly zdravotní sestry: ‘Papír, co a kde a jak a proč, to my nevíme.’ “

49-ročný pacient hospicu (hovoryozdravi.cz/paliativni-pece/)

„Ne, já jsem byla poslaná po 10 ozářkách domů. A víte, co je zvláštní? Že se mnou ten den kromě sestřiček vůbec žádný doktor nepromluvil. Je to zvláštní, papíry, všechno jsem dostala v pořádku.“

45-ročná pacientka hospicu (hovoryozdravi.cz/paliativni-pece/)

„Ne, ne. On mi jenom řekl: ‘Je tam spousta vody a to není dobré, slibte mi, že půjdete hned za paní doktorkou, že nepůjdete s tím domů a nepřijдете až někdy.’ To je jediné, co mi řekl. Ale bylo to tak, že mi tu zprávu dal do ruky, já jsem ji otevřela a tam jsem četla takové hrůzy. Takže někde vám to neřeknou, a jinde vám dají takhle papír a porad' si s tím.“

63-ročná pacientka hospicu (hovoryozdravi.cz/paliativni-pece/)

„... a jak mě vyšetřoval, tak zrovna říkal sestře: ‘Podívejte se, tamto, už to je u žaludku a už to jde do žaludku.’ A takovýmto způsobem jsem to všechno slyšela. Všechno jsem to slyšela. Nebylo to pro mě už tenkrát moc milé, protože jsem ležela a musela jsem zhluboka dýchat, jak mě vyšetřovali.“

70-ročná pacientka hospicu (hovoryozdravi.cz/paliativni-pece/)

Pre niektorých je veľmi dôležité, aby v tej chvíli mali pri sebe niekoho blízkeho, neostali pri tom sami. Pre niektorých je lepšie, ak im tú informáciu povie ich blízky a niektorí nechcú vedieť všetko, chcú tú ťarchu poznania detailov prenechať na iných a mať len filtrovaný prístup k informáciám.

„Tak udělala dobře, že tam šla ona teda. On o mně takhle ví všechno. A nechala mi hned napsat i léky a vyzvedla mi je z lékárny, takže já vlastně nikam nejdu. Tady jsou doktoři velice hodní, všichni, veškerý personál, klobouk dolů.

Já jsem s ní nemluvila, tam byla právě dcera, ta to tam všechno vyřídila a řekla mi zase jenom to, co chci slyšet. To je jasné, že negativa mi povídat nebude. Takže já vlastně celkem nevím, o co jde, a zase vím, že mám raka. Víc už vědět nemusím, to už stačí.“

80-ročná pacientka hospicu (hovoryozdravi.cz/paliativni-pece/)

Pre pacienta a jeho blízkých je to zlomový bod. Drvivá väčšina z nich to chce vedieť a ocení, že dostali čas zariadiť si veci. Je ale dôležité, aby to bola správa, pri ktorej ich neopustia. A to je možné, len ak je dostatočné povedomie o paliatívnej starostlivosti, ak je dostupná, ak sú so zomieraním zmierení samotní zdravotnícky pracovníci. Nemalo by sa stávať, že niet toho, kto by to pacientovi povedal, že si ho presúvajú medzi sebou, kým si niekto nevytiahne čierneho Petra, že ich samých to desí, že nevedia uistiť pacienta, že bude sprevádzaný, nebude opustený ani v tejto poslednej fáze.

Prijatie nepriaznivej správy je pre väčšinu z nich šok a to napriek tomu, že väčšina z nich to tuší. A to znamená, že majú čo robiť, aby zvládli emócie a nedokážu sa plne sústrediť, nedokážu plne vnímať, nezachytia všetko, čo im hovoríte. Preto nemá zmysel snažiť sa povedať všetko v jednej konzultácii. Má zmysel rozdeliť informáciu do menších dávok a dať čas na spracovanie počas rozhovoru, ísť krok za krokom. Určite treba otvoriť možnosť ďalšej konzultácie a aj treba rátať s tým, že to nie je na jeden rozhovor.

Rovnako je dôležité prijať a normalizovať priania požiadať o druhý názor. Je to súčasť zmierovacieho procesu, nie je to prejav nedôvery alebo kritiky. A je lepšie ich nasmerovať k odborníkom, ako ich nechať blúdiť sociálnymi sieťami a internetom.

„Pre mnohých ľudí je diagnóza rakoviny veľkým šokom, ktorý otrasie ich psychikou a každodenným životom ako náhle zemetrasenie. V prvých dňoch a týždňoch po diagnóze môžu prežívať kolotoč emócií vrátane intenzívnej úzkosti, strachu z budúcnosti a smrti, obáv nielen o seba, ale aj o svoju rodinu. Môžu sa pridať nespavosť a nechúť do jedla. Niekedy je sled udalostí – rôznych vyšetrení a plánov na počiatočnú liečbu – taký rýchly, že to všetko nemajú čas úplne spracovať. Tie emócie tam však sú a môžu sa z podvedomia „vyplaviť“ až o niečo neskôr.“

dr. J. Salman v rozhovore s Ž. Lysou pre Denník N.

11.1. Praktické zručnosti pri oznamovaní nepríjemných správ

Existuje niekoľko protokolov ako viesť rozhovor, ktorého cieľom je zdieľanie zlých správ. Napríklad 6-krokový protokol onkológa Roberta Buckmana z roku 1995 alebo protokol ABCDE (Rabow a McPhee 1999), SPIKES (Baile, 2000), BREAKS (Naranayan a kol. 2010), COMFORT (Willagran a kol. 2010), či S-P-w-ICE-S (Meitar, Karnielli-Miller 2021), čo je revíziou protokolu SPIKES. Špeciálnym prípadom je protokol CONSOLE (Kok-Yew Tan a kol. 2019), ktorý sa zameriava na informovanie v krízových situáciách, ako sú letecké nešťastia. Základná schéma tohto druhu rozhovoru vychádza z modelu medicínskej konzultácie (Silverman a kol. 2013) a jednotlivé protokoly sa veľmi nelíšia. V nasledujúcej časti si niektoré z týchto protokolov predstavíme a podrobnejšie sa budeme venovať protokolu S-P-w-ICE-S. Podrobnejšie odporúčania ako postupovať pri zdieľaní zlých správ nájdete aj v práci Timothyho Gilligana (Gilligan a kol. 2017). Špecifiká zdieľania zlých správ počas pandémie COVID-19 rozoberá štúdia Tanzi a kolektív (Tanzi a kol 2020).

Protokol ABCDE

A Advance preparation/ Príprava na stretnutie

- (1) Vyberte vhodné miesto pre stretnutie poskytujúce súkromie, alokujte si primerané množstvo času pre stretnutie bez vyrušovania, prípadne inštruujte personál, aby vás nerušili.
- (2) Oboznámte sa so zdravotnou situáciou, klinickými údajmi, prognózou a terapeutickými možnosťami.
- (3) Urobte si plán, čo a ako chcete pacientovi oznámiť, prípadne si urobte poznámky, premyslite si rôzne scenáre, prípadne požiadajte o konzultáciu so skúsenejším kolegom.
- (4) Emocionálne sa naladíte na stretnutie.

B Building therapeutic relationship/ Budovanie vzťahu

- (1) Zmapujte čo a do akých detailov si pacient želá počuť.
- (2) Ešte pred stretnutím overte, či si pacient želá, aby s ním niekto bol a ak áno, zabezpečte prítomnosť podpornej osoby.
- (3) Zoznámte sa so všetkými zúčastnenými.
- (4) Informujte pacienta, že mu idete povedať zlé správy, napr. „Je mi to ľúto, ale mám pre Vás zlé správy.“
- (5) Ak je to vhodné, využite aj fyzický kontakt.
- (6) Uistite pacienta, že budete k dispozícii, naplánujte následné stretnutie, navigujte pacienta v systéme starostlivosti a podpory.

C Communicate well/ Dobrá komunikácia

- (1) Zistite, čo už pacient vie o svojej zdravotnej situácii a ako tomu rozumie, zmapujte jeho očakávania vzhľadom k zdravotnej situácii.
- (2) Buďte úprimný, ale súcitný, vyhýbajte sa eufemizmom a medicínskemu žargónu, nevyhýbajte sa nepříjemným slovám ako je rakovina či smrť.

(3) Vytvorte priestor pre ticho i slzy, nesnažte sa potlačiť svoj diskomfort rozprávaním, prispôbte sa tempom a obsahom zdieľania pacientovi.

(4) Berte do úvahy, že šok z nepríjemnej správy môže spôsobiť, že si pacient nepamätá mnohé z toho, čo bolo povedané, že je zmätený a povzbudíte ho, aby sa pýtal. Na nasledujúcom stretnutí sa môžete k téme vrátiť a overiť si, či si to pacient pamätá a ako tomu rozumie a v prípade potreby správu korigovať.

(5) V závere stretnutia zosumarizujte obsah a dohodnite sa na ďalších plánoch.

D Dealing with patient and family reactions/ Vysporiadanie sa s reakciami pacienta a jeho blízkych

(1) Vnímajte emocionálne reakcie pacienta či jeho blízkych a vhodne na nich reagujte. Berte do úvahy, že môžu využívať rôzne stratégie zvládania náročných situácií, ako napríklad popieranie, obviňovanie, akceptovanie a pod. Sledujte reč tela, monitorujte emocionálny stav pacienta a jeho prípadné suicidálne prežívanie. Prejavte empatiu.

(2) Nehádajte sa s kolegami pred pacientom, nekritizujte ich, vyhýbajte sa defenzívnym postupom.

E Encouraging, validating emotions/ Povzbudíte a podporte pacienta

(1) Aj keď vyliečenie nie je možné, ponúknite pacientovi nádej a povzbudenie, hovorte o dostupných možnostiach starostlivosti a dohodnite si potrebné stretnutia.

(2) Preskúmajte, čo táto správa znamená pre pacienta, aké má emocionálne alebo spirituálne potreby a či má niekoho, na koho sa môže obrátiť, prípadne ho navigujte v systéme opory, pomoci, starostlivosti.

(3) Postarajte sa aj o seba, svoje potreby.

Protokol BREAKS

B Background/ Príprava

Získajte čo najviac informácií o pacientovi, jeho zdravotnej situácii, perspektíve, emocionálnom stave, spôsobilosti zvládať náročné životné situácie, vzdelaní, dostupnej sociálnej opore, kultúrnom a etnickom zázemí. Zorganizujte stretnutie, zabezpečte nerušené súkromie a dostatok času.

R Rapport/ Spojenie

Vytvorte spojenia s pacientom, zabezpečte pohodlie pacienta, očný kontakt, využívajte otvorené otázky.

E Explore/ Preskúmanie

Zmapujte, čo už pacient vie, ako tomu rozumie, či nechce mať pri sebe niekoho blízkeho.

A Announce/ Oznámenie

Oznámte pacientovi, že nemáme dobré správy a zmapujte, či ich chce počuť, v akom rozsahu, akým spôsobom mu majú byť oznámené (osamote, v prítomnosti niekoho, niekomu inému).

K Kindling/ Emocionálna reakcia

Vytvorte bezpečný priestor a čas pre emocionálnu reakciu pacienta a až sa zmierni, overte, či môžete pokračovať. Naďalej overujte, či vníma, rozumie. Pokračujte v poskytovaní informácií v malých dávkach, dávajte priestor informácie stráviť, ponúkajte možnosť pýtať sa. Zohľadňujte selektívnosť vnímania (len to, čo chce počuť).

S Summarize/ Zhrnutie

Zhrňte obsah stretnutia vrátane perspektívy pacienta, teda toho, ako pacient vníma svoju situáciu, čoho sa obáva, čo si želá. Toto zhrnutie by malo obsahovať aj ďalšie možnosti starostlivosti a plán. Je dobré, ak toto zhrnutie je aj písomné, aby sa k tomu pacient mohol vrátiť, až sa upokojí. Povzbudte pacienta a umožnite mu ďalší telefonický alebo osobný kontakt. Uistite ho, že nebude opustený, že o neho bude postarané. Ponúknite mu, že môžete informovať príbuzných, ak je to pre neho náročné. Overte, či sa dostane bezpečne domov, či ho má kto sprevádzať, či má niekoho, kto ho môže v prípade potreby podporiť, pomôcť mu.

SPIKES

S Setting/ Vytvorenie podmienok pre konzultáciu

Začína nastavením sa na rozhovor, plánovaním konzultácie. Je potrebné nájsť vhodné miesto poskytujúce súkromie, vytvoriť si nerušený časový priestor, zmobilizovať sociálnu oporu pacienta, teda opýtať sa ho, či má niekoho, kto mu je blízky, koho chce mať v náročnej situácii pri sebe a zabezpečiť prítomnosť blízkej osoby. Na začiatku stretnutia je potrebné pohodlne usadiť pacienta a uistiť sa o jeho komforte, čo veľmi pomáha aj nadviazaniu vzťahu s pacientom, informovať pacienta, koľko času mu môžete venovať.

P Perception/ Perspektíva pacienta

Cieľom tohto kroku je zmapovať, čo už pacient vie a ako tomu rozumie. Snažíme sa zmapovať terén, perspektívu pacienta, teda ako svoju zdravotnú situáciu vníma, čoho sa obáva, v čo dúfa.

I Invitation/ Vyžiadanie pozvania

Vyžiadanie pozvania. Pacienta sa spýtame, či chce byť informovaný, koľko toho pacient chce vedieť o svojej situácii a prognóze, aké ďalšie informácie chce dostať od lekára.

K Knowledge/ Zdieľanie informácií

Nasleduje zdieľanie informácií, ktoré by malo prebiehať zrozumiteľnou formou, v rozumných dávkach, bez opustenia pacienta. Ak už nie je možné zvrátiť prognózu, pacient by mal dostať informáciu o tom, čo stále je možné urobiť pre zachovanie čo najvyššej kvality života.

E Empathy/ Emocionálna opora

Vytvorenie bezpečného priestoru a podpory (reflektovanie, empatické reagovanie) pre emocionálnu reakciu pacienta na podanú správu.

S Summary/ Zhrnutie

V tejto časti je potrebné zhrnúť najdôležitejšie časti komunikovanej správy, overiť, či ju pacient vnímal, porozumel jej a dohodnúť sa s pacientom o ďalšom pláne starostlivosti. Tiež je potrebné ponúknuť možnosť dodatočného vysvetlenia či konzultácie v prípade potreby.

Protokol S-P-w-ICE-S je revíziou protokolu SPIKES a jeho autormi sú Dafna Meitar a Orit Karnieli-Miller (2021). Písmená označujú jednotlivé kroky rozhovoru zdieľajúceho zlé správy a my si ich krok za krokom predstavíme.

S-P-w-ICE-S

S Setting/ Vytvorenie podmienok pre konzultáciu

P perception/ Perspektíva pacienta

w Warning call & Pause/ Ohlásenie a pauza

I Providing Information/ Poskytovanie informácií

C Clarifying Needs and Comprehension / Mapovanie potrieb a porozumenia

E Empathy/ Emocionálna opora

S Summary/ Zhrnutie

Rozhovor s pacientom o jeho nepriaznivej zdravotnej situácii by mala predchádzať príprava. Každý z nás má isté osobnostné charakteristiky, vychádza z istého kultúrneho prostredia, uznáva isté hodnoty viac a iné menej, má isté postoje, tendencie posudzovať situácie istým spôsobom, vlastné emocionálne prežívanie a tiež nazbierané skúsenosti z praxe a toto všetko má vplyv na schopnosť byť autentický prítomný, naladený na potreby pacienta, viesť rozhovor. Uvedomenie si svojich silných a slabých stránok, špecifik, potrieb pomáha lepšie zacieliť prípravu na rozhovor. Čo potrebujem vedieť o situácii, čo chcem pacientovi oznámiť, akú stratégiu zvolím, čo to so mnou robí a čo potrebujem urobiť, aby som bol pripravený pre takýto rozhovor? Lekár sa musí rozhodnúť o vhodnom načasovaní rozhovoru, či – a ak áno tak koho – prizvať k rozhovoru, pričom to môže byť niekto blízky pre pacienta ako emocionálna opora alebo zdravotná sestra či špecialista ako konzultant. Musí sa rozhodnúť, čo budú kľúčové body správy, ako ich sformuluje a tiež, čo chce týmto rozhovorom dosiahnuť, prípadne si premyslieť aj rôzne scenáre vývoja rozhovoru.

Zlé správy sú málokedy zásahom z jasného neba a v drvivej väčšine im predchádza nejaké obdobie, keď pacient je v starostlivosti alebo prebiehajú nejaké vyšetrenia; teda ešte skôr, než sa potvrdia zlé správy, komunikačný proces medzi lekárom a pacientom prebieha. Práve toto obdobie by malo byť využité na prípravu pacienta na rôzne scenáre, možnosti. Nemalo by sa stávať, že pacient podstupuje celú sériu vyšetrení na potvrdenie závažného ochorenia a nikto ho na tento scenár nepripraví, neinformuje ho dostatočne, takže potvrdenie diagnózy je pre neho prekvapenie, niečo, s čím vôbec nerátal. Informácie o svojej zdravotnej situácii a možných scenároch by mal dostávať priebežne. Počas tohto obdobia je možné tiež zmapovať jeho nastavenie, jeho preferencie, jeho perspektívu, jeho obavy, lepšie ho spoznať, zorientovať sa v tom, aký postup zdieľania zlej správy bude pre neho najvhodnejší.

***Príklad:** Čo by to pre Vás znamenalo, ak by sa potvrdili nepriaznivé výsledky? Čoho sa obávate? Čo si myslíte, že by sa zmenilo vo Vašom živote? Ako by na to reagovali Vaši blízki? Chceli by ste, aby Vás niekto sprevádzal, až prídu výsledky?*

S Setting/ Vytvorenie podmienok pre konzultáciu

Táto fáza teda začína nastavením sa na rozhovor, plánovaním a organizovaním konzultácie. Je potrebné nájsť vhodné miesto poskytujúce súkromie, vytvoriť si nerušený časový priestor, vypnúť si mobil, rádio, požiadať personál, aby vás nerušili. Už v príprave si treba ujasniť, kde a kedy sa uskutoční stretnutie, kto má byť prítomný a čo bude obsahom správy, teda aké informácie o diagnóze, možnej starostlivosti, prognóze a možnej podpore chceme, aby pacient dostal počas rozhovoru. Tiež je dobré premyslieť si, ako ohlásiť a ako otvoriť stretnutie.

Ďalšou dôležitou úlohou je zmobilizovať sociálnu oporu pacienta, teda opýtať sa ho, či má niekoho, kto mu je blízky, koho chce mať v náročnej situácii pri sebe a zabezpečiť prítomnosť blízkej osoby. Aj keď ste sa s pacientom rozprávali predtým, čo by chcel – i tak si to treba u pacienta overiť. Špeciálnym prípadom recipienta informácie nie je pacient, ale rodič, či niekto blízky, pretože v takýchto situáciách je potrebné zväžiť

legislatívne rámce, teda komu a za akých okolností je možné zdieľať informácie o zdravotnom stave.

Príklad: *Bude vás niekto sprevádzať? Chcete, aby bol prítomný pri našom rozhovore?*

Čaká nás vážny rozhovor, prejdeme si výsledky vyšetrení a ďalší postup a tak sa chcem opýtať, či chcete, aby bol niekto s Vami, keď sa budeme rozprávať.

Niektorí pacienti chcú byť sami, nechcú, aby niekto bol svedkom ich emocionálnej reakcie, chcú mať súkromie na intímne otázky. Iní zase chcú, aby s nimi bol niekto a poskytoval im oporu, prípadne im dovysvetlil veci, lebo je akoby ich mediátorom zdravotnej starostlivosti. Sú tiež takí, ktorí nechcú byť informovaní priamo a chcú, aby im niekto blízky filtroval informácie. Samotné zvládanie diskomfortu a úzkosti môže byť tak náročné, že je pre nich dôležité len rozhodnutie dôverovať osobe, ktorá za nich rozhodne, lekárom, ktorí sa o neho/ju starajú a neplytvajú žiadnu energiu na prijímanie a spracúvanie informácií.

Pacienta pohodlne usadíme, uistíme sa o jeho komforte, predstavíme všetkých zúčastnených, informujeme ho o tom, koľko času mu môžeme venovať. Vhodná je pozícia v sede, ideálne nie oproti sebe, nie cez stôl, alebo počítač, v otvorenej pozícii tela, teda nie s prekríženými rukami a nohami. Úprimný záujem o pacienta prejavovaný v starostlivosti o pohodlie pacienta, verbálne a neverbálne prejavy záujmu a aktívneho načúvania, úvodné „small talks“ pomáhajú nadviazať vzťah a vytvoriť atmosféru bezpečia a prirodzene vychádzajú z vnútorného nastavenia lekára byť prítomný, byť oporou.

V istých situáciách, ako bola napríklad pandémia, nie je možné zlé správy zdieľať osobne a v takom prípade je dôležité aj overiť, či prijímateľ správy je v situácii vhodnej na prijímanie zlých správ. Môže šoférovať, nakupovať v obchode, starať sa o malé dieťa, teda byť v situácii, keď zvládanie emocionálnej reakcie na správu môže byť veľmi náročné až nebezpečné.

P perception/ Zmapovanie toho, čo už vie a ako tomu rozumie

Mnoho pacientov pozná vážnosť svojho zdravotného stavu a očakáva zlé správy, teda lekár ich vlastne len potvrdzuje. Mnoho pacientov je priebežne veľmi dobre informovaných, sú zorientovaní v svojej zdravotnej situácii a možnostiach, správa je jednou z možností, o ktorých už počuli. Sú pacienti, ktorí informáciu dostali, ale nechcú ju počuť, sú vo fáze popierania. Ale sú aj pacienti, pre ktorých to bude rana z čistého neba, niečo, čo ich ani nenapadlo, že by sa ich mohlo týkať. Títo pacienti budú možno potrebovať zopakovať informácie z priebehu, z predchádzajúcich vyšetrení a v oveľa pomalšom tempe a menších krokoch sa zorientovať v situácii, aby dokázali porozumieť správe v plnom slova zmysle. Aj preto je veľmi dôležité na úvod zorientovať sa v perspektíve pacienta, zmapovať terén, zistiť, čo vie a ako tomu rozumie, zozbierať informácie, ktoré vám môžu pomôcť porozumieť situácii pacienta, teda čoho sa obáva, v čo dúfa, čo si myslí, že potrebuje.

***Príklad:** Ako ste sa mali/cítili od nášho posledného stretnutia?*

Spomenuli ste, že ste mali v noci ťažkosti s dýchaním. Ako veľmi Vás to znepokojilo? Čomu ich pripisujete?

Máte predstavu, čo by mohlo spôsobiť tieto symptómy/ zhoršenie?

Určite s Vami už rozprávali a potreboval by som vedieť, čo už viete o situácii, ale tiež, čo si o tom myslíte.

Čo Vám povedal lekár, keď Vás ku mne posielal?

w Warning call & Pause/ Ohlásenie a pauza

Aj keď väčšina pacientov chce byť informovaná, cítia sa zradení lekárom, ak to tak nie je; sú aj pacienti, pre ktorých je toto bremeno príliš ťažké a chcú, aby to bremeno niesol partner, ich deti a k nim sa dostali len filtrované správy a sú aj takí, ktorí nechcú vedieť nič, plne dôverujú lekárovi, nemajú ambíciu byť informovaní, rozumieť či vstupovať

do rozhodovania. Ohlásenie a pauza je prechodom od počúvania a zbierania informácii k zdieľaniu a je to bod, z ktorého sa už nedá vrátiť.

Môže to byť krátka veta oznamujúca, že nesiete zlé správy formulovaná s ohľadom na to, čo už o probléme pacient vie a ako to vníma. Je dobré oprieť sa o predchádzajúcu výpoveď pacienta, symptómy, ktoré vnímal a ich interpretáciu a buď ich teda bohužiaľ potvrdiť alebo nepotvrdiť.

Príklad: „Bohužiaľ Vaše podozrenie bolo správne a mám zlé správy.“

„Viem, že ste si mysleli, že to krvácanie súvisí s hemoroidmi, ale bohužiaľ laboratórne vyšetrenie potvrdilo inú príčinu.“

V tom prvom prípade to môže pacientovi dať pocit kontroly nad situáciou, uistenie, že jeho pocity majú opodstatnenie, zmysel. V tom druhom prípade ho uistíte, že ho vnímate, počúvate, beriete vážne a je to tiež príležitosť na redefinovanie interpretácie symptómov. Po tomto ohlásení/varovaní by mala nasledovať krátka pauza, ktorá umožní pacientovi sa vzchopiť, pripraviť sa na to, čo príde.

Príklad: „Je na Vás, koľko toho chcete počuť a o čom. Chcete, aby som Vám povedal všetko, popísal všetky detaily toho, čo sa deje a bude diať, alebo mám vybrať iba nevyhnutné informácie a sústrediť sa na plánovanú starostlivosť?“

I-C-E

V nasledujúcej časti rozhovoru už kroky nejdú postupne za sebou, ale je to skôr striedanie aktivít. Lekár reaguje na to, čo v danej chvíli pacient potrebuje – či potrebuje pokračovať v informovaní a ak áno, tak o čom a do akej hĺbky, či potrebuje poskytovať vysvetľovať informácie o zdravotnej situácii a jej dôsledkoch alebo či potrebuje emocionálnu oporu pri zvládaní svojej reakcie na správu.

I Providing Information/ Poskytovanie informácií

Informácia by mala pomenovať zdravotný problém, dať do súvisu prežívané symptómy, ale aj laboratórne výsledky s diagnózou, vysvetliť laboratórne výsledky. Priebežne je potrebné sa pýtať a uisťovať sa, či rozumie termínom, ako tomu pacient rozumie, aby sa vyhlo nedorozumeniam. Je možné využívať schémy, modely, náčrtky. V prvej fáze treba informovať len o diagnóze, prípadne očakávanom priebehu, príčinách, prognóze a až v druhom kroku hovoriť o možnostiach liečby či starostlivosti. Tento postup je odlišný oproti pôvodnému protokolu SPIKES. Autori revidovanej verzie, Dafna Meitar a Orit Karnielli-Miller tému ďalšej starostlivosti presúvajú až do posledného kroku, teda až po akom-takom upokojení a za tým nasleduje zhrnutie obsahu rozhovoru, plánu a poskytnutie podpory.

Každý pacient má svoju vlastnú kapacitu či schopnosť absorbovať nové informácie, ktoré sú navyše poznačená prežívanými emóciami. Sú to zlé správy a je prirodzené, že vyvolávajú silnú emocionálnu reakciu a znižujú schopnosť vnímať; preto je potrebné informácie poskytovať v častiach, nebáť sa tichých páuz, uisťovať sa, či rozumie, či sa nechce niečo opýtať, podporovať prejav emócií a uisťovať pacienta, že v tom neostane sám a bez pomoci. Ak mu lekár oznamuje, že už nie je možné zvrátiť prognózu, mal by mať pripravenú aj informáciu o tom, čo pre pacienta je možné a bude možné urobiť.

C Clarifying Needs and Comprehension / Mapovanie potrieb a porozumenia

Tento krok zodpovedá v protokole SPIKES kroku „Invitation“, teda mapovanie toho, čo pacient vie/nevie, o čom chce/nechce byť do akých detailov informovaný. V pôvodnom protokole je tento krok zaradený pred poskytovanie informácií, ale pre mnohých lekárov to bolo máťúce, lebo je ťažké pýtať sa, čo chce vedieť, kým mu nezačnete poskytovať informácie, kým on sám nevie, o čo pôjde. Je to jednoducho iteratívny proces. V revidovanej verzii teda to základné pozvanie informovať je ohlásením, varovaním, po ktorom nasleduje pauza a potom nasleduje postupné mapovanie informačných potrieb a ich napĺňanie striedané so zvládaním emocionálnej reakcie pacienta. Navyše do tohto kroku autori revidovanej verzie pridali aj overovanie, či a nakoľko pacient rozumie správe.

Príklad: *Počuli ste už niečo o demencii? Takže toto už viete. Chcete, aby som Vám povedal o tomto niečo viac? Je ešte niečo, čo sa ma chcete o tom opýtať? A ako to teraz vidíte, ako tomu rozumiete? Máte ešte nejaké otázky? Môžem pokračovať?*

Ešte ma dokážete vnímať? Dajte mi vedieť ak by ste potrebovali prestávku.

Dáva Vám to zmysel? Rozumiete tomu?

E Empathy/ Emocionálna opora

Ľudia reagujú na zlé správy rôznymi spôsobmi. Niektorí sa rozplačú, iní stíchnu alebo sa snažia postaviť a chodiť po miestnosti, reagujú popieraním, hnevajú sa, odmietajú uveriť správe, dožadujú sa overovania, obviňujú seba alebo niekoho, iného, zmrznú alebo reagujú čiernym humorom, alebo sa im uľaví, lebo poznanie desí menej ako tušenie. Ich emocionálne prejavy sa môžu meniť aj počas rozhovoru. Spôsob prejavovania emócií je viazaný na prostredie, kultúru, v ktorej pacient žil, žije a čím viac sa líši od prostredia lekára, tým náročnejšie je pre lekára rozpoznať a reagovať na emocionálne prejavy. Neistota či overovanie je úplne v poriadku. Je dobré emócie pomenovať a dať prežívaniu priestor – tichom, gestom, dotykom a potom slovným povzbudením. Ponúkame pacientovi, že s ním budeme, že môže prejavovať emócie, že sme tu pre neho, ak o nich chce hovoriť, že vytvárame časopriestor, aby ich mohol v bezpečí vyplaviť, uistiť ho, že je to v poriadku, že každý to má inak a stále je to v poriadku. Potrebujú bezpečný priestor, čas, povzbudenie a oporu, aby mohli emocionálne reagovať. Väčšina pacientov nie je schopná plne vnímať to, čo lekár hovorí po oznámení zlej správy, sú zahltení emóciami. Odporúča sa nechať priestor pre emocionálnu reakciu a potom overiť otázkou, či je možné pokračovať.

Príklad: *„Musí to byť ťažké počuť takéto správy.“*

„Ako Vám je? Povedzte mi čo prežívate teraz, keď som Vám oznámil túto ťažkú správu.“

„Čoho sa obávate? Z čoho máte najväčší strach?“

„Veľmi by som si želal, aby som Vám mohol priniesť lepšie správy.“

Dobrou pomôckou pre nácvik empatickej reakcie môže byť tzv. **NURSE**. Intenzita emócií má tendenciu zmierniť sa, ak sú identifikované a pomenované. Teda prvý krok je pomenovať emócie. Emócie komunikujú správu a ak sa nám podarí rozlúštiť ju, porozumieť im a verbalizovať to, akoby naplnili svoj účel komunikovať správu a je to signál, že nemusia byť už tak intenzívne, že sa môžu upokojiť. Druhý krok je teda porozumieť emóciám. V žiadnom prípade by sme sa ale nemali snažiť predstierať, že rozumieme všetkému, alebo podsúvať svoje významy emocionálnym prejavom pacienta. Je úplne v poriadku sa pýtať, overovať si, či tomu správne rozumieme. Tretím krokom je vyjadrenie rešpektu. Uznajte pacientovu snahu vysporiadať sa so situáciou, povzbudíte ho. Štvrtým krokom je podpora a uistenie, že ho neopustíte. Piatym krokom je aktívne mapovanie emócií. Neuspokojte sa s tým, čo sa vám zdá, alebo si myslíte, že sa deje. Opýtajte sa pacienta, čo prežíva, povzbudíte ho, aby vám povedal, čo sa v ňom deje.

NURSE

N - name the emotion / pomenuj emóciu

„Vidím, že Vás to rozrušilo/ že Vás to úplne pohltilo/ že sa hneváte.“

U - understand the emotion / porozumieť

„Viem si predstaviť, že takáto správa vyvolá obavy, strach.“

R - respect them for how they are coping/ rešpekt k ich zvládaniu

„Obdivujem Vás ako to zvládáte.“

S - support them so they don't feel alone

„Budeme tu pre Vás, nebojte sa, nenechávame Vás v tom samého.“

„Urobím všetko, čo bude v mojich silách, aby sme to spolu zvládli.“

E - explore the emotion further/ mapujte emócie

„Rozprávajte. Teraz je na to čas a priestor. Povedzte mi viac o tom, ako sa cítite, ako to prežívate.“

Nápomocné sú aj nasledovné tri stratégie:

- (1) Povedzte mi viac,
- (2) Spýtaj sa – povedz – spýtaj sa,
- (3) Prial by som si.

„Povedzte mi viac o“ je dobré použiť, keď ste si nie istí, ako to pacient myslel, alebo máte pocit, že je tam ešte niečo dôležité nevypovedané. Je to určite lepšie, ako preskočiť k ďalšej téme bez tejto možnosti.

„Spýtaj sa – povedz – spýtaj sa“ je dobrý spôsob, ako rozdeliť informáciu na časti a posúvať ju pacientovi. Je to aj dobrý spôsob edukácie pacienta, korigovania jeho naivných teórií o zdraví a chorobe. Čo si myslíte o tomto symptóme? No testy ukázali ... Dáva Vám to takto zmysel?

„ Prial by som si“ je veta, ktorá umožňuje vyjadriť spolunáležitosť s pacientom, ale zároveň vniesť do rozhovoru reálny stav vecí.

Skôr než prejdeme k zhrnutiu, ešte jedno zamyslenie. Ako je možné, že napriek snahe lekára plne a zrozumiteľne informovať pacienta, stále príliš mnoho z nich vníma svoju zdravotnú situáciu nerealisticky?

“Vyše 60 percent pacientok povedalo, že si myslia, že sa vyliečia úplne. Je to o tom, že sa snažia pozitívne myslieť, alebo aj o tom, že lekári nevedia hovoriť o reálnych rizikách?

Môže byť na to viacero dôvodov. Prvý je, že lekár nedal pacientke kompletnú informáciu. Druhým, oveľa častejším dôvodom je, že lekár informáciu poskytol, ale pacient jej celkom nerozumel. Lekári si často neoverujú, či a ako pacient informácii porozumel. Veľakrát si to pacienti interpretujú inak, než bola vyslovená, alebo vôbec nerozumejú, lebo lekár použil priveľa cudzích slov. Alebo bolo informácií jednoducho priveľa. Ale ktorý pacient chce vyzeráť ako hlupák a povie: prepáčte, pani doktorka, ja vám nerozumiem, mohli by ste mi to povedať inak? Preto na tréningoch lekárov vedieme k tomu, aby si overovali mieru porozumenia pacienta. To znižuje riziko nedorozumení, ktoré sa týkajú pochopenia ochorenia a jeho prognózy.

Ktoré sú ďalšie dva faktory?

Obranné mechanizmy – pacient dostane informáciu, ale vytesní ju, poprie to, bagatelizuje, racionalizuje. Lebo je to taký šok a nápor na psychiku. A môže to byť aj o pozitívnom nastavení – viem, že to tam je, ale ja sa z toho dostanem. To môže byť super motivujúci faktor, avšak s istým rizikom následného sklamaní a demotivácie pri ďalšej liečbe, keď sa stav nevyvíja tak, ako si pacient predstavoval.”

M. Andrášiová v rozhovore pre Denník N s V. Folentovou (prieskum)

S Strategy and Summary/ Stratégia a zhrnutie

Zhrnutie je záverečnou fázou, v ktorej by mal lekár zhrnúť informáciu, overiť, či ju pacient vnímal, porozumel jej a dohodnúť sa s pacientom o ďalšom pláne starostlivosti a ponúknuť možnosť dodatočného vysvetlenia či konzultácie v prípade potreby. Dafna Meitar a Orit Karnielli-Miller v revidovanej verzii do tohto kroku pridávajú aj tému plánovania, teda predstavenie možností ďalšej starostlivosti. Predtým ale navrhujú overiť, či je pacient schopný, pripravený o tejto téme hovoriť, či ešte má kapacitu, prípadne ponúknuť pokračovanie až na ďalšom stretnutí. Výnimkou je iba prípad, keď nie je možné odložiť rozhodnutie o ďalšej starostlivosti. Vtedy je možno vhodné ponúknuť prestávku.

Pacient potrebuje vedieť, čo to urobí s jeho životom, čo ho čaká – hospitalizácia, operácia, rehabilitácia po operácii, chemoterapia, obmedzenie jeho aktivít. Po tomto rozhovore by mal mať jasnú predstavu o súčasných, realistických, dosiahnuteľných cieľoch, o ktoré sa budeme snažiť. Je dobré zhrnúť, čo pacienta trápi, kombinujúc objektívny nález i pacientovu výpoveď a rozlíšiť čo je alebo nie je riešiteľné a do akej miery. Lekár by mu mal popísať možné liečebné postupy alebo postupy starostlivosti vrátane možných benefitov, ale i rizík a možných vedľajších dopadov. Mal by odporúčať zdroje informácii – brožúry, články, internetové zdroje, a takisto ponúknuť mu aj ďalšie stretnutie, prípadne stretnutie s iným špecialistom, ak by mal prípadné otázky. Mal by sa pokúsiť identifikovať pacientove stratégie zvládania, teda to, ako si vie poradiť s ťažkosťami a podporiť ich. Tiež by mal zmapovať pacientove zdroje sociálnej opory a zmobilizovať ich. Mal by dať dostatočný priestor pre otázky pacienta a na záver by mu mal predstaviť časový plán, teda čo sa bude diať.

Čo to urobí s jeho životom, vzťahmi je oveľa širšia téma ako diagnóza a terapia. Zahŕňa to napríklad otázky: čo s mojím zamestnaním, ako to mám povedať partnerovi, deťom, kolegom, priateľom, budem sa môcť ďalej venovať svojej obľúbenej činnosti, plávať, šoférovať, zmení to môj vzťah, budem sa cítiť zle, ovplyvní to môj sexuálny život, ako to zvládajú iní pacienti? Nie na všetky otázky musí mať lekár odpoveď a je to v poriadku – je v poriadku povedať: neviem. Aj keď lepšie je povedať – neviem, ale viem, že existuje diskusná skupina pacientov alebo stránka patientských skúseností, alebo psychologická poradňa, alebo odpoveď „každý pacient to má trochu inak a niektorí takto, iní takto, iní takto“.

Je to aj krok, kde je vhodné na záver ešte raz vyzvať pacienta, či sa nechce niečo opýtať; dobrým spôsobom, ako overiť, či si pacient odnáša zo stretnutia informačné minimum s porozumením, ako sme plánovali je požiadať ho, aby skúsil zhrnúť obsah rozhovoru a pokojne aj priznať, že účelom je overiť, či ste nič dôležité nezabudli a či ste všetko dôležite správne vysvetlili. Tak ho žiadate, aby vám to skúsil zhrnúť a pochválite ho, prípadne skorigujete či doplníte. Ste tím, spolupracujete, ide vám to – vytvárate alianciu lekár a pacient, čo je veľmi dôležité. Dá sa to urobiť napr. vetou „Dnes sme

hovorili o mnohých veciach. Veľmi mi pomôže, ak mi teraz na záver skúsíte zhrnúť, ako to vidíte, na čom sme sa dohodli, aby som sa uistil, že sme na nič nezabudli“. Písomná správa môže pacientovi pomôcť vrátiť sa k obsahu rozhovoru doma v pokoji, prípadne oprieť sa o ňu pri informovaní blízkych. Informovanie blízkych môže byť niečo, čoho sa pacient obáva. Ponúknite mu, že môžete informovať príbuzných, ak je to pre neho náročné.

Povzbudte pacienta a umožnite mu ďalší telefonický alebo osobný kontakt. Uistite ho, že nebude opustený, že o neho bude postarané. Overte, či sa dostane bezpečne domov, či ho má kto sprevádzať, či má niekoho, kto ho môže v prípade potreby podporiť, pomôcť mu.

Po rozhovore je dobré urobiť si písomný záznam o obsahu stretnutia tak, aby bol dostupný aj ďalším, ktorí s pacientom pracujú. Okrem toho je dobré nájsť si čas na reflexiu, teda zhodnotenie toho, ako to prebiehalo, čo bolo dobré a čo by sa možno dalo nabudúce inak, lepšie. V neposlednom rade je potrebné postarať sa o seba. Ako sa cítite po tomto rozhovore? Zmapujte svoje prežívanie, nenechajte ho utopiť sa v pracovnom zhone, dajte si krátku pauzu, nájdite si čas hoci na reflexiu alebo krátky rozhovor s kolegom/kolegyňou, aké to bolo, aký z toho máte pocit, čo sa udialo.

Zoznam použitej literatúry

Agledahl, K.M., Gulbrandsen, P., Forde, R., Wifstadt, A. (2011). Courteous but not curious: how doctors' politeness masks their existential neglect: a qualitative study of video-recorded consultations. *J Med Ethics*. 37 (11): 650-654.

Baile W.F., Buckman R., Lenzi R., Glober G., Beale E. Kudelka A.P.: SPIKES – A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist* 2000;5:302-311

Barry, C. A., Bradley, C. P., Britten, N., Stevenson, F. A., & Barber, N. (2000). Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 320(7244), 1246–1250.

Beckman, H. B., & Frankel, R. M. (1984). The effect of physician behavior on the collection of data. *Annals of internal medicine*, 101(5), 692–696.

Belcher VN, Fried TR, Agostini JV, Tinetti ME. Views of older adults on patient participation in medication-related decision making. *J Gen Intern Med*. 2006 Apr;21(4):298-303.

Bensing, J. M., Deveugele, M., Moretti, F., Fletcher, I., van Vliet, L., Van Bogaert, M., & Rimondini, M. (2011). How to make the medical consultation more successful from a patient's perspective? Tips for doctors and patients from lay people in the United Kingdom, Italy, Belgium and the Netherlands. *Patient education and counseling*, 84(3), 287–293.

Brody DS, Miller SM, Lerman CE, Smith DG, Caputo GC. Patient perception of involvement in medical care: relationship to illness attitudes and outcomes. *J Gen Intern Med*. 1989 Nov-Dec;4(6):506-11.

Broyles, S., Sharp, C., Tyson, J., & Sadler, J. (1992). How should parents be informed about major procedures? An exploratory trial in the neonatal period. *Early human development*, 31(1), 67–75.

Buckman R.: How to Break Bad News: A Guide for Health Care Professionals. Baltimore. Johns Hopkins Universty Press 1992

Busch, I. M., Moretti, F., Purgato, M., Barbui, C., Wu, A. W., & Rimondini, M. (2020). Psychological and Psychosomatic Symptoms of Second Victims of Adverse Events: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of patient safety*, 16(2), e61–e74.

Castro, C. M., Wilson, C., Wang, F., & Schillinger, D. (2007). Babel babble: physicians' use of unclarified medical jargon with patients. *American journal of health behavior*, 31 Suppl 1, S85–S95.

Collins, S. (2005) Explanations in consultations: the combined effectiveness of doctors' and nurses' communication with patients. *Medical Education*, 39 (8). pp. 785-796.

Degner, L. F., Kristjanson, L. J., Bowman, D., Sloan, J. A., Carriere, K. C., O'Neil, J., Bilodeau, B., Watson, P., & Mueller, B. (1997). Information needs and decisional preferences in women with breast cancer. *JAMA*, 277(18), 1485–1492.

Del Canale, S., Louis, D. Z., Maio, V., Wang, X., Rossi, G., Hojat, M., & Gonnella, J. S. (2012). The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 87(9), 1243–1249.

Donovan, J. L., & Blake, D. R. (2000). Qualitative study of interpretation of reassurance among patients attending rheumatology clinics: "just a touch of arthritis, doctor?". *BMJ (Clinical research ed.)*, 320(7234), 541–544.

Dunn, S. M., Butow, P. N., Tattersall, M. H., Jones, Q. J., Sheldon, J. S., Taylor, J. J., & Sumich, M. D. (1993). General information tapes inhibit recall of the cancer consultation. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*, 11(11), 2279–2285.

Eisenthal S, Emery R, Lazare A, Udin H. "Adherence" and the negotiated approach to patienthood. *Arch Gen Psychiatry*. 1979 Apr;36(4):393-8.

Eley, D. S., & Eley, R. M. (2011). Personality traits of Australian nurses and doctors: challenging stereotypes?. *International Journal of Nursing Practice*, 17(4), 380-387.

- Ely, J. W., Levinson, W., Elder, N. C., Mainous, A. G., 3rd, & Vinson, D. C. (1995). Perceived causes of family physicians' errors. *The Journal of family practice*, 40(4), 337–344.
- Epstein, R. M., Franks, P., Shields, C. G., Meldrum, S. C., Miller, K. N., Campbell, T. L., & Fiscella, K. (2005). Patient-centered communication and diagnostic testing. *Annals of family medicine*, 3(5), 415–421.
- Faden, R. R., Becker, C., Lewis, C., Freeman, J., & Faden, A. I. (1981). Disclosure of information to patients in medical care. *Medical care*, 19(7), 718–733.
- Fallowfield L., Jenkins V.: Communicating sad, bad, and difficult news in medicin. *Lancet* 2004, 263.
- Frank J. R., et al., eds. (2015). *CanMeds Physician Competency Framework*. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Freeman, G. K., Horder, J. P., Howie, J. G., Hungin, A. P., Hill, A. P., Shah, N. C., & Wilson, A. (2002). Evolving general practice consultation in Britain: issues of length and context. *Bmj*, 324(7342), 880-882.
- Floyd, M., Lang, F., Beine, K. L., & McCord, E. (1999). Evaluating interviewing techniques for the sexual practices history. Use of video trigger tapes to assess patient comfort. *Archives of family medicine*, 8(3), 218–223.
- Gilligan T. a kol.: Patient-Clinician Communication: American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline. *Journal of Clinical Oncology*, 2017,35(31):3618-3632.
- Girgis A, Sanson-Fisher RW.:Breaking bad news 1: current best advice for clinicians. *Behav Med*. 1998,24(2):53–59.
- Groves J.E.: Taking Care of the Hateful Patients. *N Engl J Med* 1978; 298:883-887
- Hanganu B., Iorga M., Muraru I., Ioan B.G.: Reasons for and Facilitating Factors of Medical Malpractice Complaints. What Can Be Done to Prevent Them? *Medicina* 2020, 56, 259; doi:10.3390/medicina56060259
- Harrigan, J. A., Oxman, T. E., Rosenthal, R. (1985). Rapport expressed through non-verbal behaviour. *J Nonverbal Behav*. 9(2):95 –110.

- Hašto J. (2005). *Vztáhová väzba*. Vydavateľstvo F.
- Heath C. (1984). Participation in the medical consultation: the co-ordination of verbal and nonverbal behavior between the doctor and patient. *Sociology of health & illness*, 6(3), 311-338.
- Heritage, J., & Robinson, J. D. (2006). The structure of patients' presenting concerns: physicians' opening questions. *Health communication*, 19(2), 89-102.
- Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med*. 1997 Mar;44(5):681-92.
- Jenkins, V., Fallowfield, L., & Saul, J. (2001). Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres. *British journal of cancer*, 84(1), 48-51.
- Kevin Kok-Yew T., Pangb A., Xiaoting Kanga J.: Breaking bad news with CONSOLE: Toward a framework integrating medical protocols with crisis communication. *Public Relations Review* 2019, 45 (1):153-166.
- Kindelan, K., Kent, G. (1987). Concordance between patients information preferences and general practitioners' perceptions. *Psychol Health*. 1 (4): 399-409.
- Larsen, K. M., & Smith, C. K. (1981). Assessment of nonverbal communication in the patient-physician interview. *The Journal of family practice*, 12(3), 481-488.
- Lerner, E. B., Jehle, D. V., Janicke, D. M., & Moscati, R. M. (2000). Medical communication: do our patients understand?. *The American journal of emergency medicine*, 18(7), 764-766.
- Levinson, W., Gorawara-Bhat, R., & Lamb, J. (2000). A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *JAMA*, 284(8), 1021-1027.
- Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted RA. Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences. *J Gen Intern Med*. 2005 Jun;20(6):531-5.
- Levinson, W., Roter, D. L., Mullooly, J. P., Dull, V. T., & Frankel, R. M. (1997). Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*, 277(7), 553-559.

Ley, P. (1988). *Communication with patients. Improving satisfaction and compliance.* Croom Helm, London.

Maguire, P., Fairbairn, S., Fletcher, C. (1986). Consultation skills of young doctors. *BMJ.* 292 (6535): 1576-8.

Makoul G, Clayman ML. An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns.* 2006 Mar;60(3):301-12.

Margalit, R. S., Roter, D., Dunevant, M. A., Larson, S., & Reis, S. (2006). Electronic medical record use and physician-patient communication: an observational study of Israeli primary care encounters. *Patient education and counseling*, 61(1), 134-141.

Mauksch, L. B., Dugdale, D. C., Dodson, S., & Epstein, R. (2008). Relationship, communication, and efficiency in the medical encounter: creating a clinical model from a literature review. *Archives of internal medicine*, 168(13), 1387-1395.

McKinley, R. K., & Middleton, J. F. (1999). What do patients want from doctors? Content analysis of written patient agendas for the consultation. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 49(447), 796-800.

McSweeney W., Leaning M., Dastouri D., Parkinson D., Hendaheva R.: It's not you, it's me: a descriptive study of patient complaints and surgeon understanding. *ANZ Journal of Surgery* 91 (2021) 1991-1995

McWhinney, I. (1989). The need for a transformed clinical method. In: Stewart, Roter (eds.) *Communicating with medical patients.* Sage Publications, Newbury Park, CA.

Meitar D, Karnieli-Miller O. : Twelve tips to manage a breaking bad news process: Using S-P-w-ICE-S – A revised version of the SPIKES protocol. *Medical Teacher* 2021.

Mjaaland, T. A., Finset, A., Jensen, B. F., & Gulbrandsen, P. (2011). Physicians' responses to patients' expressions of negative emotions in hospital consultations: a video-based observational study. *Patient education and counseling*, 84(3), 332-337.

Morrison V., Bennett P.: *Introduction to Health Psychology*, 4th Edition, Pearson 2016

- Morse, D. S., Edwardsen, E. A., & Gordon, H. S. (2008). Missed opportunities for interval empathy in lung cancer communication. *Archives of internal medicine*, 168(17), 1853–1858.
- Munjal S.: Breaking bad news. *Curr Psychiatry*, 2017,16(9):e1–e3.
- Murphy, S. M., Donnelly, M., Fitzgerald, T., Tanner, W. A., Keane, F. B., & Tierney, S. (2004). Patients' recall of clinical information following laparoscopy for acute abdominal pain. *The British journal of surgery*, 91(4), 485–488.
- Narayanan V, Bista B, Koshy C.: 'BREAKS' protocol for breaking bad news. *Indian J Palliat Care* 2010,16(2):61–65.
- Neumann, M., Bensing, J., Mercer, S., Ernstmann, N., Ommen, O., & Pfaff, H. (2009). Analyzing the "nature" and "specific effectiveness" of clinical empathy: a theoretical overview and contribution towards a theory-based research agenda. *Patient education and counseling*, 74(3), 339–346.
- Pinder, R. (1990). *The management of chronic disease: patient and doctor perspectives on Parkinson's disease*. MacMillan Press, London.
- Politi MC, Clark MA, Ombao H, Légaré F. The impact of physicians' reactions to uncertainty on patients' decision satisfaction. *J Eval Clin Pract*. 2011 Aug;17(4):575-8.
- Ptacek, J. T., & Eberhardt, T. L. (1996). Breaking bad news. A review of the literature. *JAMA*, 276(6), 496–502.
- Rhodes, K. V., Vieth, T., He, T., Miller, A., Howes, D. S., Bailey, O., Walter, J., Frankel, R., & Levinson, W. (2004). Resuscitating the physician-patient relationship: emergency department communication in an academic medical center. *Annals of emergency medicine*, 44(3), 262–267.
- Robins, L., Witteborn, S., Miner, L., Mauksch, L., Edwards, K., & Brock, D. (2011). Identifying transparency in physician communication. *Patient education and counseling*, 83(1), 73–79.
- Rogers, M.S., Todd, C. J. (2000). The „right kind“ of pain: talking about symptoms in outpatient oncology consultations. *Palliat Med*. 14 (4) 299-307.

Roter D.L., Hall J.A.: Physician Gender and Patient-Centered Communication: A Critical Review of Empirical Research *Annu. Rev. Public Health* 2004. 25:497–519

Schulman BA. Active patient orientation and outcomes in hypertensive treatment: application of a socio-organizational perspective. *Med Care*. 1979 Mar;17(3):267-80.

Silverman et al (1998) *Skills for communication with patients* Oxford, Radcliffe Medical Press.

Steihaug, S., Gulbrandsen, P., & Werner, A. (2012). Recognition can leave room for disagreement in the doctor-patient consultation. *Patient education and counseling*, 86(3), 316–321.

Stewart (1985). Comparison of two methods of analysing doctor-patient communication. North American Primary Care Conference, Seattle, 14-17. April 1985.

Strull WM, Lo B, Charles G. Do patients want to participate in medical decision making? *JAMA*. 1984 Dec 7;252(21):2990-4.

Suchman, A., Sluyter, D.M., Williamson, P.R. (2011). *Leading change in healthcare: transforming organisations using complexity, positive psychology and relationship-centered care*. Radcliffe Publishing, Oxford.

Tanzi S., Alquati S., Martucci G., de Panfilis L.: Learning a palliative care approach during the COVID-19 pandemic: A case study in an Infectious Diseases Unit. *Palliative Medicine*. 2020,34(9):1220–1227.

Thompson, C. L., & Pledger, L. M. (1993). Doctor-patient communication: is patient knowledge of medical terminology improving?. *Health Communication*, 5(2), 89-97.

Tuckett, D., Boulton, M., Olson, C., Williams, A (1985). *Meeting between Experts: an approach to sharing ideas in medical consultations*, Tavistock, London.

VandeKieft G.: Breaking bad news. *Am Fam Physician* 2001,64(12): 1975–1978.

Villagran M., Goldsmith J., Wittenberg-Lyles E., Baldwin P.: Creating COMFORT: A Communication-based model for Breaking Bad News. *Communication Education* 2010,59(3):220-234

Wilson, A. (1991). Consultation length in general practice: a review. *British Journal of General Practice*, 41(344), 119-122.

Wolf I., Waissengrin B., Pelles S.: Breaking Bad News via Telemedicine: A New Challenge at Times of an Epidemic *The Oncologist* 2020;25:e879–e880.

World Health Organization, Health Promotion Glossary. Geneva 1998. (online). <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>.

Zandbelt, L. C., Smets, E. M., Oort, F. J., Godfried, M. H., & de Haes, H. C. (2007). Patient participation in the medical specialist encounter: does physicians' patient-centred communication matter?. *Patient education and counseling*, 65(3), 396–406.

Zolnierek, K. B., & Dimatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical care*, 47(8), 826–834.

Ziebland S, Evans J, McPherson A. The choice is yours? How women with ovarian cancer make sense of treatment choices. *Patient Educ Couns*. 2006 Sep;62(3):361-7.

Kompetencie pre klinickú prax v oblasti komunikácie s pacientom
Vysokoškolský učebný text

Autorky: PhDr. Ivana Skoumalová, PhD
doc. Mgr. Zuzana Dankulincová, PhD.

Vydavateľ: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach
Vydavateľstvo ŠafárikPress

Počet strán: 119
Rozsah: 5,2 AH
Vydanie: prvé

ISBN 978-80-574-0205-3 (e-publikácia)

