

Komunikační dovednosti

J. Pavlát

Lékaři se často domnívají, že k úspěchu léčby postačí, když stanoví správnou diagnózu a zvolí účinnou terapii. Obvykle se málo uvažuje o pacientově postoji k léčbě a o tom jak ho ovlivnit. V této souvislosti na důležitost lékařské konzultace, komunikace mezi lékařem a pacientem, poukazuje řada prací. To, že se pacient bude řídit lékařovými pokyny, není zdaleka samozřejmé, velká část pacientů lékařské pokyny nedodrží.

Údaje o disciplíně pacientů jsou shrnuty v tabulce 1.

Tabulka jasně ukazuje, že nedodržování lékařských pokynů je velmi rozšířené a že průměrné hodnoty se navzájem dosti shodují: asi polovina všech lékařských pokynů není respektována.

Typ léku	Barofsky [1]	Ley [111]	Food [5]
antibiotika	39	42	43
psychofarmaka	39	42	42
léky proti hypertenzi	-	43	61
léky proti tuberkulóze	39	42	43
jiné léky	48	54	46
procento pacientů, kteří léky neužívají	8-92	11 - 95	6-83

Bylo rovněž dokázáno, že lékařovými pokyny se spíše řídí pacienti, kteří jsou s konzultací spokojeni. Pacienti jsou spokojenější, jestliže lékař objeví jejich starosti a naděje, jestliže se jimi zabývá, když z něj vyzařuje vřelost, zájem a starost o ně, když ochotně poskytne množství informací a vysvětlí situaci pacientovi tak, aby ji mohl pochopit. To nám nemusí připadat příliš obtížné, avšak například Tuckett upozornil na nízkou úroveň poznání, s níž pacienti z konzultací odcházejí. Zdá se, že tato úroveň souvisí s nedostatečnými vysvětleními poskytnutými lékařem. V Tuckettově studii se zjistilo, že praktičtí lékaři jen zřídka zjišťují názory pacientů na jejich problémy, a že ještě vzácněji zaměřují svá vysvětlení na názory pacientů.

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

Další technikou, která může pacientovi napomoci, aby si informace podržel v paměti, je použití diagramů a letáčků, které mohou pacienti dostat. Tato metoda například prokazatelně zvyšuje účinnost lékařova pokynu, aby pacient přestal kouřit.

Někteří autoři ukázali, že pacienti zapomínají polovinu z toho, co jim lékař řekne. Další autoři dokázali, že pacienti méně zapomínají ty informace, které pochopili. Je tedy třeba, aby lékař nejen vysvětlil, ale navíc si i ověřil, zda jeho vysvětlení bylo správně pochopeno.

Další práce ukázaly, že pacienti se spíše řídí lékařovými pokyny, když je jim umožněno přiměřeně se na rozhodování o léčbě podílet. Existují doklady o tom, že pacienti se více řídí

pokyny v případě, že se účastnili rozhodnutí. Společné rozhodování umožňuje vzájemné ovlivňování lékaře a pacienta. Obvykle bývá největší zájem o realizaci rozhodnutí, k nimž partneři dospěli spolu. Pacienti, kteří byli do rozhodování zapojeni, se budou řídit pokyny ve větší míře než ti, kdož byli z rozhodovacího procesu vyloučeni. Vhodnějším termínem než „dodržování pokynů“ by tedy bylo „dodržení společného plánu“, neboť z něj nevyplývá autoritativní chování lékaře.

Aby léčba byla úspěšná, pacient se v ní musí aktivně angažovat. Toho lze docílit jen tehdy, když pacient má informace o tom, co a proč má dělat a jaké výsledky lze očekávat. Pacient například potřebuje anticipovat a překonávat obtíže, na které by mohl narazit.

Cokoli brání pacientovi v dodržování pokynů je součástí problému, který negativně ovlivňuje pacientovo zdraví a musí se stát předmětem konzultace. Konzultace má centrální roli. Aby byla efektivní, musí pacienta vychovávat, ovlivnit pacientovy názory na zdraví a rozvinout pacientovo chápání faktů o jeho zdraví ovlivňují.

K aktivní angažovanosti v léčbě napomáhá, když je pacientovi umožněno monitorovat úspěch zvoleného léčebného postupu - když se mu dostane zpěti o výsledku léčby, na níž se podílí (například důsledným dodržováním předepsané medikace).

Grieninger popisuje sedm kroků základní motivační sekvence:

1. Ověřte si míru spolupráce,
2. Objasněte specifické překážky spolupráce,
3. Reagujte na emoce a nabídněte podporu, partnerství a respekt,
4. Vyžádejte si vyjádření ochoty spolupracovat,
5. Dohodněte se na řešení;
6. Vyžádejte si potvrzení ochoty držet se řešení a referovat o výsledcích,
7. Průběžně reagujte na emoce.

I pouhé objasnění problému v atmosféře porozumění má terapeutické účinky. Ukazuje se také, že kvalita komunikace mezi lékařem a pacientem nejen významně zlepšuje kvalitu diagnózy, ale je rozhodující i pro spokojenost pacienta a pro jeho spolupráci v procesu léčby. Pacient je s konzultací spokojen, když lékař projevuje nejen dobrou klinickou kompetenci, ale když je i ochoten naslouchat mu a poskytnout dostatek informací a vysvětlení. Pacienti také vítají, když se mohou zúčastnit rozhodování o postupu léčby.

Zájem je třeba věnovat i pozorování pacientova neverbálního chování, a zvláště jeho shody s verbálními sděleními. Reflektování takového pozorování v dalším rozhovoru povzbuzuje pacienta a vede k podání dalších informací. Takové vyjádření zájmu, udržení kontaktu s pohledem pacienta a eventuální přiměřeně použité mlčení, zvyšuje produktivitu rozhovoru. Každý lékař potřebuje především rychle navázat dobrý kontakt a získat důvěru pacienta a orientovat se v problému, s nímž pacient přichází. Pacient je s konzultací spokojen, když lékař projevuje dobrou klinickou kompetenci a když je ochoten naslouchat mu a poskytnout mu dostatek informací a vysvětlení. Pacienti také vítají, když se mohou zúčastnit rozhodování o postupu léčby.

Lékařovy komunikační dovednosti ovlivňují: 1. přiměřenost rozhovoru, 2. spolupráce a souhlas s postupem léčby, 3. zapamatování si rady, 4. spokojenost s péčí, 5. dopad potenciálně stresujících lékařských a chirurgických zákroků.

Žádoucí průběh konzultace z hlediska komunikace mezi lékařem a pacientem se řídí těmito pravidly:

- Dosáhněte spolupráce

- Navažte kontakt

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

Po příchodu pacienta do ordinace se doporučuje následující postup:

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

Komunikujte, vřele vítejte. Chovejte se podobně jako při setkání hostitele s hostem. Představte se. *Zajímejte se více o osobu než o čistě medicínské problémy.* Hledejte společnou zkušenost, podobné zážitky, problémy, dosáhněte vzájemné důvěry a pocitu pohody.

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

Při navazování kontaktu se zdůrazňuje:

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

Povzbud'te pacienta k vyličení obtíží

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

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

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

Některé další možné reakce:

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

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

- klidně a zdvořile se zeptat, co se chci dozvědět ("Ano, ale nyní se chci zeptat, jak je to a vašim spánkem");
- zopakovat, co je hlavním účelem rozhovoru ("Dnes jsme chtěli probrat především vaši rodinnou situaci");
- vrátit pacienta zpět k těžišti rozhovoru ("Musíme se teď soustředit na vaše obtíže se žaludkem").

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

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

- co pacient říká,
- co on jako lékař vidí,
- jak se on - lékař - cítí (i to je důležitá informace).

Ustanovte, na čem budete pracovat

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

Vyslechněte si všechny obtíže.

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

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

- verbálních klíčů (jsou to důležitá slova a fráze o problémech, starostech, pocitech),
- neverbálních klíčů (změny v mimice, pantomimice, v očním kontaktu, ale i v tónu, tempu řeči apod.).

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

- položení otevřené otázky (...řekněte mi ještě něco víc o tom, jak se cítíte...),
- vyžádání objasnění (...co tím míníte, když říkáte...),
- požádání o příklad (...co jste si řekli, když jste se nepohodli naposledy), komentování neverbálních klíčů (...zdá se, že to noční probouzení vás opravdu trápí).

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

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

Vcítujte se

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

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

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

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

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

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

Vytvořte pocit bezpečí

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

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

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

Jednotlivé kroky v projevení empatie

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

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

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

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

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

Vychovávejte

Odhadněte pacientovy znalosti

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

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

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

Zodpovězte možné otázky

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

1. Pacientova situace

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

2. Lékařova opatření

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

Ověřte si, že pacient opravdu porozuměl.

Zeptejte se, zda se pacient zeptal na vše, na co se chtěl zeptat.

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

Angažujte

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

Shodněte se s pacientem na diagnóze

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

Ptejte se!

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

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

Dohodněte se na způsobu léčby

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

Zde je několik jednoduchých rad, jak zlepšit úroveň spolupráce:

- *Poradte jednoduchý léčebný režim.*

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

- *Léčebný režim podejte písemně.*

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

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

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

- *Popište možné vedlejší účinky. Mějte pacienta k tomu, aby se zamyslel nad případnými překážkami v zachování léčeného režimu. Spolupracujte na přizpůsobení režimu v případě překážek, ev. na tom, jak se překážkám vyhnout.*
- *Vyžádejte si zpětnou vazbu, abyste se ujistil, že pacient skutečně rozumí, co má dělat.*

Úroveň spolupráce je významně ovlivněna spokojeností pacienta a konzultací.

- *Nespokojený pacient říká, že Lékař:*
 - byl nepozorný, roztržitý, - na pacienta spěchal,
 - při konzultaci telefonoval, hovořil se sestrami,
 - nevysvětlil, proč předepsal medikamenty,
 - vyšetřoval pacienta, aniž by vysvětlil proč,
 - nenaslouchal.
- *Spokojenost pacienta roste, když lékař*

- je přátelský, ne hrubý,

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

Ukončení rozhovoru

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

Jaké jsou nejčastější problémy v komunikaci mezi lékařem a pacientem?

Lze rozlišit pět druhů takové komunikace:

1. Ignorování pacienta nebo ignorování jeho pokusů o komunikaci

Například ticho, když je očekávána odpověď: „A budu pak v pořádku?“ Žádná odpověď. Nebo: Lékař odejde, zatímco pacient mluví, lékař se zabývá něčím jiným, zatímco pacient mluví. Lékař ignoruje to, co pacienta zajímá, změní náhle téma, nevhodné, bez upozornění. Často se stává, když lékař usoudí, že je třeba získat další informace z jiné oblasti a zeptá se na ně, aniž by objasnil, proč ho zajímají. Pacient se také často cítí ignorován v důsledku dlouhé čekací doby, pokud není vysvětlena, omluvena.

2. Komunikační styl, který znemožňuje či znesnadňuje participaci pacienta

Pacient líčí své obtíže, lékaři se zdá, že vidí nějaký zajímavý trend, pacienta přeruší otázkami, ten je nucen nechat si pro sebe něco důležitého, co chtěl říci. Nebo lékař vede monolog. To se často stává při vizitách, kdy lékař probere jen informace z chorobopisu. Časté je kladení uzavřených otázek, chování, které omezuje možnost volného vyjádření. Některé studie ukázaly, že lékaři se často spoléhají na specifické otázky a dávají pacientovi malou příležitost objasnit a vysvětlit hlavní obtíž.

3. Chování, kterým se lékař od pacienta vzdaluje, ev. Distancuje

Může jít o vyhýbání se očnímu kontaktu, užívání neosobní mluvy, například: „jak se máme“, namísto jak se vám vede. Časté je skrývání vlastních emocí. Lékaři se domnívají, že nedat najevo jak na ně pacient a jeho obtíže působí, je profesionální přístup. Další příklad takového chování je zamítání toho, co pacient cítí a jaké má potřeby a otázky. Například při vyšetření: „To přece nebolí.“

Lékaři často porušují běžná konverzační pravidla, jako představení se, odpovědi na otázky, často neberou v úvahu to, co pacienta zajímá, jako například sdělení diagnózy a příčin nemoci, průběhu léčení a prognózy. Studie ukázaly, že asi 90% pacientů trpících rakovinou chtělo úplnou informaci, ale setkávali se s vytáčkami a falešnými útěchami.

4. Vyjádření, která jsou kontradiktorická nebo ambivalentní

Velmi obvyklé je užívání odborného žargonu, který pacienty mate či zavádí. Častá je kontradiktoričnost verbálního a neverbálního sdělení, obvykle když se lékař snaží pacienta utěšit, i když skutečnost je jiná. Pacienti se spíše spoléhají na neverbální sdělení. Do této kategorie patří i věnování pozornosti pouhé části pacientova sdělení - v časové tísní lékař reaguje jen na to, co považuje za důležité.

Jednotlivé studie ukázaly, že tato kategorie chyb v komunikaci je velmi obvyklá. Odborný žargon bez ohledu na to, zda pacient porozumí, užívali lékaři ve více než polovině případů

5. Odmítavý postoj k pacientovi (ponižující poznámky, negativní hodnocení apod.)

Tato kategorie se pravděpodobně vyskytuje méně často, nicméně je téměř pravidelná tam, kde je lékař pacientem žalován.

Literatura

1. Barofsky, I.: The chronic psychiatry patient in the community. Plenum, New York 1980. -2. Becker, M. H.: Understanding patient compliance: the contributions of attitudes and other psychosocial factors. New directions in patient compliance. (ed. S. Cohen). Lexington Books, New York 1979. - 3. Errichetti, A.: Basic Communication Skills for Medical Students and Medical Residents, Philadelphia College of Osteopathic Medicine 1996. - 4. Fink, D. L.: Tailoring the consensual regimen. In Compliance with therapeutic regimens (ed. D. L. Sackett and R. B. Haynes). Johns Hopkins University Press, Baltimore 1976. -5. Food and Drug Administration. Prescription drug products: patient labelling requirements. In Federal Register 44, 1979, s. 40016-40041. -6. Gimpel, J.R.: The Osteopathic Primary Patient Care Skills Course Guidebook,. Philadelphia College of Osteopathic Medicine 1996. - 7. Grueninger, V., Goldstein, M., Duffy, D.: Patient education in Lipkin M., Putman S., Lazare A. (eds.), The Medical Interview. New York, Springer Verlag N. Y. 1990. - 8. Hewson, M. G.: Patient Education through Teaching for Conceptual Change. J. General Intern. Med., Volume 8 (July), 1993. - 9. Honzák, R.: Komunikační pasti v medicíně. Galén, Praha 1997. -10. Honzák, R.: Problémy komunikace ve vztahu lékař-nemocný. Prakt. Lék., 67, 1993, s. 11. - 11. Korsch, B. M., Freemon, B., Negrete, V. F.: Practical implications of doctor-patient interaction: analysis for pediatric practice. Amer. J. Dis. Child., 121, 1971, s. 110-114. - 12. Křivohlavý, J.: Rozhovor lékaře s pacientem. Institut pro vzděl. stř. zdrav. prac., Brno 1988. - 13. Ley, P.: Communications in the clinical setting. Brit. J. Orthodont., 1, 1974, s. 173-177. - 14. Ley, P.: Towards better doctorpatient communications. In Communications between doctors and patients (ed. A. E. Bennett). Oxford University Press for Nuffield Provincial Hospitals Trust 1976. - 15. Ley, P.: Psychological studies in doctor-patient communication. In Contributions to medical psychology Vol. 1, (ed. S. Rachman). Pergamon, Oxford 1977...-16. Ley, P.: Patients understanding and recall in clinical communication failure. In: Doctor-patient communication (ed. P. Pendleton a J. Hasler), Academic Press, London 1983. -17. Lipkin, M. Jr., et al.: The Medical Interview, Springer Verlag, N.Y., 1995. - 18. Pavlát, J.: Výuka komunikačních dovedností. Čas. Lék. čes., 133, 1994, 14, s. 423-425. - 19. Pavlát, J.: Výsledky výuky komunikačních dovedností na 1. LF UK v Praze, Čas. Lék. čes., 133, 1994, 22, s. 699 - 701. - 20. Pendleton, D. A., Schofield, T. P. C.: Doctor-patient communication: a review. In: Doctorpatient communication (ed. D. A. Pendleton and J. C. Hasler). Academic Press, London 1983. - 21. Podell, R. N.: Physician's guide to compliance in hypertension. Merck, Pennsylvania 1979. - 22. Russell, M. A. H., Wilson, C., Taylor, C., Baker, C. D.: Effect of general practitioners advice against smoking. Brit. med. J., 1979, s. 231-235. -23. Sackett, D. L., Snow, J. C.: The magnitude of compliance and noncompliance. In: Haynes, R., Taylor, D., Sackett, D. L. (eds.), Compliance in Health Care. Baltimore, J. Hopkins University Press 1979. - 24. Sheehan, M. N.: The Changing Face of American Medical Education, America, Feb. 10., 1996. - 25. Tuckett, D.: Final report on the patient projed. Health Education Council, London 1982. - 26. Zinn, W.: The Empatie Physician, Arch. intern. Med., 153, 1993, s. 306-312.

Další doporučené zdroje:

Honzák, R.: Komunikační pasti v medicíně, Galén, 1999.

Otázky:

1/ Při navazování kontaktu s pacientem je důležité:

dobry oční kontakt

pevné a podporující podání ruky

sympatizující úsměv

vše uvedené

2/ Na počátku konzultace pacient:

má odpovídat na otázky lékaře

nemá se na nic ptát

má stručně říct proč přišel

má mít možnost vylíčit své obtíže

3/ Lékař na počátku konzultace:

naslouchá

dělá si poznámky

zvažuje diagnózu

zopakuje si základní údaje o pacientovi

4/ Na líčení obtíží lékař reaguje:

přikyvováním

povzbuzením

občasnou otázkou

starostlivým pohledem

5/ Verbální klíče jsou:

změny v tónu řeči

důležitá slova a fráze

změny v tempu řeči

nejdůležitější problémy