

Přehled zásad a kroků komunikace lékaře a pacienta

PAVLÁT J.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha, přednosta prof. MUDr. J. Raboch, DrSc.

SOUHRN

Autor podává souhrn zásad komunikace mezi lékařem a pacientem. Probírá, jak dosáhnout dobré spolupráce. Podává přehled jednotlivých kroků a technik navázání kontaktu, povzbuzení pacienta k vylíčení obtíží, ustanovení, na čem bude lékař s pacientem pracovat uvádí základní zásady, jako je vytvoření příjemného ovzduší a pocitu bezpečí, probírá postupy výchovy pacienta a jeho angažování v postupech *léčby*, dává rady, jak zlepšit úroveň obecně překvapivě nízké úrovně spolupráce, uvádí, co způsobuje nespokojenost pacienta s konzultací a jak rozhovor ukončit.

Klíčová slova: lékařské interview - rozhovor lékaře s pacientem - komunikace, spolupráce v léčbě - compliance.

SUMMARY

Pavlát J.: Principles and Steps in the Communication between Physician and Patient

The author presents a summary of principles of communication between physician and patient and discusses how to achieve satisfactory collaboration. He submits an account on individual steps and techniques of establishing contact, encouraging the patient to describe his complaints, defines cooperation between physician and patient, discusses basic principles how to create a pleasant atmosphere and sensation of safety, deals with training of the patient and his involvement in treatment, he provides advice how to improve the surprisingly low general standard of cooperation, mentions what causes the patient's dissatisfaction with consultations and how to terminate the interview.

Key words: medicine) interview- interview of physician and patient- communication - compliance.
O. Prakt. Lék., 79, 1999, No. 9, p. 538-540.

Dosáhněte spolupráce

Navážete 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. Hleďte 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 vylíčení obtíží

Pacient má něco na srdci a chce to sdělit. Je to i prožitek nemoci a starostí. 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. Nestací 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.

Posadte 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 emoci musí vyrovnat, nabídněte svou podporu a spolupráci

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

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

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

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

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 uše, na co se chtěl zeptati.

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

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 (předošlý 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 dostatečně 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.

Literatura

1. Barofsky, I.: The chronic psychiatric 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., Freeman, 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. Pendelton 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. Pendelton, 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.
15.4. 1999

PhDr. Josef Pavlát Ke Karlovu 11 128 21 Praha 2