

Vztah lékaře a pacienta

Terapeutický vztah

Vztah lékaře a pacienta je v medicíně zásadní a nezastupitelný. Lékař se v celé historii medicíny vždy zabýval člověkem, který trpí nemocí. Neomezoval svůj zájem na chorobu. Hippokratovu maximu, že je důležitější znát pacienta, který trpí nemocí než nemoc, kterou pacient má, lze parafrázovat tak, že lékař se má zajímat o člověka ve zdraví a v nemoci a ne pouze o nemoc v člověku (Honzák, 2014).

Kvalitní terapeutický vztah je zvláště důležitý v psychiatrii, kde informace získané od pacienta mají zásadní důležitost již pro stanovení diagnózy. Pacient je ochotný otevřeně referovat o svém stavu, o souvisejících skutečnostech svého osobního života, své rodinné anamnéze, svých těžkostech a obavách, až po vybudování dobrého vzájemného vztahu, Nemocný musí cítit, že je lékařem akceptován takový jaký je, bez výhrad a připomínek, zažívat pocit bezpečí.

V terapii duševních nemocí má pak současná medicína k dispozici účinné léky. Je nicméně třeba být si vědomi, že spolu s účinnou látkou podáváme i placebo. Vhodný komentář k podávanému léku podaný v rámci spolehlivého terapeutického vztahu může placebo efekt významně posílit. Kromě toho prožitek bezpečí, péče, možnosti spolehnout se a sdílení terapeutického optimismu významně podporuje samouzdravné procesy.

Ptáček (Ptáček, 2014) konstatuje, že „náležitou komunikaci lékaře s pacientem i prostou kvalitou jejich kontaktu lze zcela bez pochyb hodnotit jako samostatný účinný faktor, který ovlivňuje nejen to, jak pacient bude léčbu dodržovat, ale i to, jak bude účinná, jak dlouho bude trvat apod. (Ptáček, Bartůněk, 2011; Ptáček, Bartůněk, Mach, 2013). A: „Řada studií popisuje, že dostatečně individualizovaný a tedy i empatický kontakt s pacientem může i zásadním způsobem ovlivňovat úspěšnost léčby (Stavropoulou, 2011).“ „Nicméně právě komunikaci se v moderní medicíně lékaři věnují čím dál tím méně - spoléhají se primárně na „objektivní“ účinky moderních metod a pacienti, zcela pochopitelně, tento kontakt čím dál tím více postrádají.“ Nicméně řada odborných textů i studií poukazuje na skutečnost, že lékaři stále častěji při své práci vůbec nepřemýšlejí o pacientech jako o „lidech“, ale jako o izolovaném nálezu. To je více než znepokojivá skutečnost.“

Honzák (Honzák, 2014) má za to, že „medicína, zatížena prokletím platónského rozpolcení člověka na tělo a duši, požehnaného na konci středověku Descartem, nevěnuje pozornost emocím, hybatelům zdraví i nemocí, považujíc je za jakési efemérní hnutí mysli. Zcela přitom zapomíná, že to jsou prastaré řídicí mechanismy ovlivňující zásadním způsobem fyziologické a posléze patofyziologické pochody v těle. „, A: „Descartův model je v podstatě modelem současné evidence based medicine, medicíny založené na důkazech, která jde po poruchách buněk, tkání, orgánů, protože na člověka hledí jako na ryze biologický mechanismus a

nezaintegroává do něj kromě faktorů biologických i ty psychosociální, případně spirituální, tedy smysl.“

Ptáček (2014) cituje Lachse (Lachs, 1995): Pacienti chtějí komunikovat, chtějí, aby jim lékař porozuměl, věnoval jim dostatek času a poskytl jim pocit, že je vnímá jako osobu, nikoliv pouze jako „případ nebo „nález". V klinické praxi se to ovšem často neděje a pacienti se cítí zanedbáni.

Honzák (Honzák 2014) uvádí, že „mezi hospitalizačními stížnostmi výrazně převažují ty na nezájem. Pacient chce kontakt. „,

Ptáček (2014) shrnuje studii Readera (Reader a kolektiv, 2014): „ Ze studie vyplývá, že pro pacienty je významnější, jak je zdravotní péče organizovaná a jakým způsobem jím je poskytována (úhrnem 64,1 %), než jaká je její kvalita. To samozřejmě souvisí i s tím, že pacient hodnotí především to, „,čemu rozumí““; nicméně potvrzuje skutečnost, že jestliže pacient svému lékaři důvěřuje, není pro něj podstatné jaké má znalosti. O těch začne pochybovat, až když mu věřit přestane.“

Pacient tedy oceňuje hodnotný terapeutický vztah. Ten prokazatelně ovlivňuje míru jeho spolupráce a výsledek léčby. V psychiatrii jde o ovlivnění zásadní.

Problémy vztahu lékaře a pacienta, jejich řešení

Vztah mezi lékařem a pacientem je problematický ze své podstaty. K problematičnosti vede zřetelný rozdíl v moci a autoritě. Sociální psychologie dokázala, že takto strukturovaný vztah obecně neprospívá spolupráci.

- 1/ Mocnější dávají přednost větší distanci od méně mocných
 - 2/ Mocnější vnímají méně mocného jako objekt manipulace.
 - 3/ Čím je větší rozdíl moci, tím častější jsou pokusy ovlivnit méně mocného.
- (Kipnis, 1972)

Problém stojící před lékařem tedy je strukturovat vztah pacienta a lékaře jako rovnocennější. Lékař by měl dokázat zvýšit statut pacienta.

Jak postupovat při budování funkčního terapeutického vztahu?

Prvním úkolem je vytvoření počáteční shody. Vztah lékař-pacient začíná ve chvíli, kdy se lékař a pacient poprvé spatří, ještě dříve, než cokoli řeknou. Pacient i lékař si vytvoří mnoho úsudků o druhém ještě před vznikem verbálního kontaktu.

Držení těla, oční kontakt, úroveň zájmu a mnoho dalších neverbálních podnětů - to vše bude pacientovi i lékaři komunikovat důležité informace. Klíčem ke shodě je obecné projevení zájmu o pacienta jako o osobu. Toho lze dosáhnout projevením účasti a pozornosti. Působí-li

lékař uspěchaně, unaveně, vyčerpaně nebo nepozorně, může tím vážně narušit vztah k pacientovi. V počáteční fázi rozhovoru se doporučuje, aby lékař dal pacientovi dostatečnou možnost říci vše, co považuje za důležité, ventilovat problém, pokud možno s minimem přerušování ze strany lékaře. V průběhu líčení problému je třeba reagovat na všechny pacientovy emoce. Lékař si má všimnout verbálních i neverbálních projevů emocí, tedy emoci identifikovat, zamyslet se co se v pacientovi odehrává a sdělit mu jakou emoci u něj vidí. Ověřit si správnost úsudku a vyjádřit porozumění. Je třeba respektovat, že pacient se s emocí musí vyrovnat. Pak nabídnout podporu a spolupráci. Pacient tak cítí, že je mu rozuměno, že je respektován. Vztah mezi ním a lékařem se posiluje, roste pacientova ochota sdělit podstatné, eventuálně důvěrné informace.

Pacienti jsou spokojenější, jestliže tak 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 (Pendelton, Schofield, 1983, Wooley, 1978). Jednotlivé práce (Freeman, 1971, Korsch, 1968, 1972) dokázaly, že pacientova spokojenost s pozitivně ovlivňuje úroveň spolupráce na straně pacienta. Spokojenost s konzultací navíc snižuje pravděpodobnost žaloby pro špatnou či zanedbanou léčbu (Cissna, 1981, Strain, 1975). Některé studie (Cline, 1998, Doyxle 1977, Honzák, 1997, Korsch, 1971, Ley, 1977) nicméně ukázaly, že nespokojenost s konzultací je velmi častá - až 64% pacientů (Korsch, 1971). Lékaři porušují i běžná konverzační pravidla, jako představení se, odpovědi na otázky (Ley, 1977, Rosenhan, 1973), často neberou v úvahu to, co pacienta zajímá, jako například sdělení diagnózy a příčin nemoci, průběhu léčení a prognóza (Blum, 1957, Ley, 1977). Odborný žargon bez ohledu na to, zda pacient porozumí, užívali lékaři ve více než polovině případů (Ley, 1977).

Změny je možné dosáhnout osvojením si dovedností, které vedou k ocenění hodnoty pacienta a pomáhají vytvořit neohrožující, podporující prostředí. Jsou to například potvrzující reakce (Cohen-Cole, 1991). Chování, které komunikuje uznání druhého jako hodnotné osobnosti a dává najevo ochotu pacienta akceptovat:

- Přímý pohled a dobrý oční kontakt.
- Mírný náklon k pacientovi.
- Promptní reakce na pacientova sdělení a otázky.
- Probrání toho, co pacienta zajímá.
- Věnování plné pozornosti.
- Nepřerušování pacienta.
- Používání otevřených otázek především na počátku konzultace.
- Užívání neverbálních signálů pozornosti (přikyvování apod.).
- Úsměv ve vhodném kontextu.
- Povzbuzení pacienta k otázkám.
- Otázka, zda již pacient sdělil vše, co ho tíží.
- Vyžádání si zopakování daných instrukcí, ověření, zda pacient rozumí.

Reflektující naslouchání. Je to parafrázování pacientových slov a vět, které vyjadřují pocity. Reflektující naslouchání akceptuje to, co nám druhý sděluje, aniž by dávalo najevo úsudek, hodnocení, doporučení či rady. Je důležité zejména na začátku rozhovoru, kdy je třeba vybudovat kontakt a získat důvěru pacienta.

Já formulace. Tento prostředek je možné užít ke sdělení lékařových pocitů, mínění či nápadů tak, aby pacient cítil respekt a akceptaci a nebyl zatlačen do defenzívy. Například v případě, že pacient neužívá předepsané léky: „Já vím jak je vám nepříjemné být závislý na lécích, ale že je neužíváte, mi dělá starost.“ Spíše než se uchýlit ke kárnému tónu je dobré postavit se na stranu pacienta: „Musíte mít dobré důvody, že předepsané léky neberete. Rád bych se je dozvěděl“. Takové věty komunikují pocit lékařské odpovědnosti, ale současně dávají prostor odpovědnosti pacienta. Formulace užívající zájmeno vy jsou konfrontační, dávají příkazy („Je třeba, abyste léky užíval“). Já formulace jsou zvláště vhodné k vyjádření zájmu o pacienta, porozumění jeho zájmům, motivům a podobně.

Zásadou každého kroku je transparence - je třeba, aby pacient vždy věděl, co se s ním děje, proč se to děje, a s každým krokem souhlasil. Pacientovi musí být zřejmé, že vztah mezi ním a lékařem je důvěrný, to znamená především, že pacient od lékaře očekává, že v každé situaci bude jednat v jeho zájmu a ne v zájmu jakékoli třetí strany. Vztah s pacientem je důležitější než eventuální informace získané za cenu toho, že příbuzný sdělí cokoli, co si pacient nepřeje, nebo by si mohl nepřát aby sdělil.

Důležité je být si vědom intervence pozitivní či negativní transference - při navazování terapeutického vztahu pacient často rychle, aniž by nad tím přemýšlel, zaujme k lékaři postoj, který je učován jeho předchozí zkušeností jak s lékaři, tak především s lidmi, kteří hrají či hráli významnou roli v jeho osobním životě a které mu lékař může připomínat. S touto skutečností je nutné počítat a je třeba konstruktivně ji zvládnout. I lékařův vztah k pacientovi může být ovlivněn podobným způsobem (kontratransference). Gimpel (Gimpel, 1996) považuje za nutné, aby si lékař rychle uvědomil problém, aby své prožívání používal jako diagnostický nástroj. Nejčastěji se dostaví všeobecná tíseň (něco je v nepořádku, nejraději bych zmizel). Někdy se nedostaví zřejmá emoce a je třeba spolehnout se na formální varovné známky (časté přerušování rozhovoru, stereotypní odpovědi). Je třeba zastavit se a přemýšlet (jde o můj problém, pacientův problém, objektivní obtíže, jde o všechny tři možnosti), pak se rozhodnout, zda lékař chce s pacientem pracovat, a když ne, jaké jsou další možnosti. Radí seznámit pacienta s obtížemi, které lékař pocítuje: „Je pro mne obtížné, když vidím, že hodnotím situaci jinak než vy.“ „Kladu si otázku, zda by nebylo možné zlepšit úroveň naší spolupráce.“ I pacientovy reakce je třeba rozpoznat a vhodně reflektovat: „Cítím, že se na mne hněváte. Mohli bychom to prodiskutovat?“ „Zdá se, že je pro vás obtížné o tom hovořit. V krajním případě se může stát, že lékař není s to udržet konstruktivní terapeutický vztah například s pacientkou, která mu ve všem všude silně připomíná manželku, která ho v rozvodovém řízení připravila o možnost pečovat o děti.

Efektivita konzultace závisí na schopnosti jak lékaře, tak pacienta přizpůsobit se potřebám a stylu druhého. Z praxe je známé, že existují lékaři, kteřísi dobře poradí s pacientem, kterého jiní vnímají jako obtížného. Za obecně obtížné považují jednotliví autoři (Honzák, 1997, Lipkin, 1996, Smolík, 1996) konzultace s pacienty, kteří trpí poruchami osobnosti. Honzák (Honzák, 1997) Zdůrazňuje, že vždy je třeba problémovému pacientovi věnovat plnou pozornost, jeho chování brát vážně a s pochopením, nikdy se nedat strhnout k impulzivní odpovědi, k nestandardní situaci přistupovat jako ke zkoušce profesionality, v níž je třeba obstát.

Safran (Safran, 2011) a Samstag (Samstag (1998) zdůrazňují, že je třeba všimnout si problémů v terapeutickém vztahu a tyto problémy řešit. Mají za to, že pokud problém ve vztahu s

pacientem terapeut řeší, může to ve výsledku terapeutický vztah posílit. Nicméně podle Safrana (Safran, 2011) i zkušenosti terapeutů si často negativního nastavení pacienta nejsou vědomi.

Společným jmenovatelem těchto rad je plné profesionální nasazení, pečlivě vedená dokumentace, trpělivost, vlídnost, plné vysvětlení všech kroků a pevné stanovení mezí možností lékaře.

Zajímavý je nálezy, že přestože jednání s obtížnými pacienty lékaři často prožívali jako stresující, referovali, že zvládání obtížných problémů je významným zdrojem profesionálního uspokojení. (Linn, 1985)

Ohrožený terapeutický vztah

Panuje shoda v tom, že profese lékaře je obtížná a stresující. Je stále obtížnější držet krok s novými poznatky a informacemi a integrovat je do péče o pacienty, s tím jak se mnoho lékařů octlo v pozici podnikatele roste administrativa a finanční rizika, přibývá pacientů, kteří k lékařské péči zaujímají postoj náročného konzumenta. Po lékaři se chce, aby vedle medicínských znalostí byl i expertem v komunikaci jak s pacienty, tak s veřejností, aby čelil rostoucí hrozbě stížností a žalob, to vše v situaci, kdy balancuje mezi finančními, odbornými, právními a etickými tlaky. V literatuře se objevuje názor, že situace lékaře se stále zhoršuje, že v existuje zřetelný trend k technizaci a byrokratizaci medicíny (Spurgeon, 1995), takže se vytrácí tradiční vztah mezi lékařem a pacientem (Mawardi, 1979). Řada lékařů dochází k názoru, že hodnoty, které je vedly k volbě studia medicíny jsou v praxi zanedbávány (Qill, 1990). Myerson (Myerson, 1993) dochází k závěru, že tato situace vede k tomu, že se zhoršují osobní vztahy, degradují klinické dovednosti a klesá spokojenost s profesí. Řada prací (Quill, 1990, Linn, 1885, Mawardi, 1979) nicméně dokazuje, že primární medicínská motivace pomoci člověku v nouzi je silná a že přes všechna negativa většina zdravotníků čerpá ze své práce vysoké uspokojení (na příklad 81 % vzorku, ((Alexander, 2001)). .

Spurgeon (Spurgeon 1995) provedl rozsáhlý výzkum mezi praktickými lékaři v jihozápadní Anglii. Na základě faktorové analýzy definoval a popsal následující stresující okolnosti: 1. požadavky nového uspořádání profese (především administrativa, komunikace s koordinátory zdravotní péče v regionu, vládní nařízení a pod.), 2. vyvážení požadavků profese s dalšími závazky, 3. zvládání náročných pacientů, 4. obavy z možných chyb (ev. stížností, žaloby), 5. vyrušování během práce s pacientem, 6. spolupráce s kolegy a personálem praxe, 7. nevhodné požadavky pacientů, 8. čtyřicetihodinová odpovědnost (noční telefonáty, telefonáty během rodinných a společenských událostí), 9. udržování vztahů s nemocnicemi (podávání zpráv, sjednávání hospitalizace apod.), 10. mimo klinické povinnosti (například zvládání nových informačních technologií, finanční management). Za zvláště zatěžující považovali lékaři to, že svou praxi musí pojmát jako podnikání a že s přesunem důrazu od pacienta k administrativě se mění preferované hodnoty a lékař ztrácí svou autonomii.

Mawardi (Mawardi, 1979) pomocí dotazníku a strukturovaného interview zkoumala zdroje stresu a profesionálního uspokojení u absolventů jedné americké lékařské fakulty. Došla k tomu, že nejsilnějším zdrojem stresu lékařů jsou tyto okolnosti (v pořadí podle

intenzity) : 1.časový stres, 2.terapeutické neúspěchy a problémy s pacienty, 3.problémy s kolegy, 4. finanční otázky, 5. nedostatečné možnosti systému zdravotní péče. Konstatovala, že většina lékařů se obává žalob ze strany pacientů a že řada z nich s takovou žalobou má traumatizující zkušenost. Někteří z lékařů referovali, že jejich rozhodování verifikovat diagnózu nebo volit tu či onu terapii je významně ovlivňováno ohledem na možnou žalobu a její eventuální průběh. Někteří lékaři se z tohoto důvodu zcela vzdali volby věcně odůvodněných ale riskantních postupů. Lékaři si často stěžovali na rostoucí zátěž udržování odborné kompetence, rostoucí administrativu a zhoršující se vztah s pacienty - pacienti tráví více času s personálem laboratoří a speciálních diagnostických center než s lékařem, systém zdravotní péče honoruje lépe speciální vyšetření než sestavené anamnézy a klinické vyšetření. To vše vede k oslabení terapeutického vztahu.

Webová stránka Medical Economics (Medical Economics, 3013) se obrátila na své lékaře s otázkou co považují za hlavní hrozbu pro terapeutický vztah. 42% procent stížností se týkalo administrativní zátěže (na příklad komunikace s pojišťovny, přechod na mezinárodní klasifikaci ICD 10), 26% stížností se týkalo nutnosti vést elektronické záznamy, 11 % stížností se týkalo nepřiměřeného finančního ohodnocení. Jen jedno procento stížností se týkalo špatné spolupráce pacientů. Jeden z lékařů referoval o tom, že do jeho péče přešli pacienti, kteří si stěžovali, že jejich původní lékař z patnáctiminutové konzultace strávil deset minut u počítače. Další lékaři si stěžovali na to, že většina dokumentace, kterou vedou, se týká účtování nákladů péči a nemá nic společného s kvalitou péče.

V souvislosti se ztrátou schopnosti navázat a udržet terapeutický vztah se užívá termín vyhoření (burn out). Obvykle se popisuje jako kombinace emocionálního vyčerpání (únava, iritabilita, deprese), depersonalizace (malá schopnost vztahů - ztráta pozitivního vztahu k sobě i k okolí) a nízké pracovní schopnosti (spolu s pocity neproduktivity).

Ti, kdo jsou postiženi vyhořením, často ventilují svůj hněv a frustraci, jsou paranoidní. Znamky vyhoření mohou být snadno pozorovány ve vztahu k pacientům: postižený lékař se jím vyhýbá, prodlužuje přestávky, zkracuje konzultace, předepisuje více léků. (Wise a Berlin, 1981). Ve vážných případech vede k alkoholismu a k závislosti na lécích.

Jaké charakteristiky činí lékaře zvláště zranitelnými?

Smith (Smith, 1983) za rizikovou považuje „terapeutickou horlivost“ – přesvědčení, že lékař musí pomoci za každou cenu a za všech okolností. Je to neuvědomění si skutečnosti, že pacienti často nedělají co je třeba a terapeutické možnosti že jsou často omezené. Za další rizikový faktor považuje přílišnou identifikaci s pacientem, tedy sympatii na místě žádoucí empatie a opakující se zkušenost špatných výsledků.

Jaké jsou doporučované strategie zvládnání stresů lékařské profese?

Smith (Smith, 1983) shrnuje řadu prací a klinické zkušenosti a dospívá k následujícím doporučením jak se vyrovnávat s obtížnými pacienty a dalšími stresy lékařské profese: Lékař, terapeut, si má vypěstovat schopnost systematicky pátrat po příčině obtížného chování pacienta, má se snažit porozumět mu a zaujmout empatický postoj, přistupovat tedy k pacientovi z

profesionální perspektivy, dále doporučuje osvojit si schopnost udržet si přiměřenou distanci tak, aby empatie nepřešla v nepřiměřenou emoční účast.

Zvláště pro psychiatry považuje za důležitý prostředek prevence stresu a syndromu vyhoření dobré zázemí mimo profesních zájmů. Wise a Berlin (Wise a Berlin, 1981) konstatovali, že pro psychiatry je zvláště zatěžující častý kontakt s pacienty trpícími poruchami osobnosti a pacienty se závažnými sociálními obtížemi.

Smith (Smith, 1983) zdůrazňuje, že nejúčinnější prevencí je vyvážený životní styl. Terapeut si musí být vědom, že je především třeba zachovat si zdraví a duševní rovnováhu, a pak teprve je možné prospět pacientům.

Goold, Lipkin (Goold, Lipkin, 1999) zdůrazňují, že lékař si musí věnovat bedlivou pozornost možnému konfliktu svých ekonomických zájmů a rozhodnutí o náležité terapii.

Quill (Quill, 1990) dotazoval všeobecné lékaře, internisty a rodinné lékaře a zaměřil se na zvládání profesionálního stresu. Z jejich dopovědí došel k následujícím doporučením: důležité je sebepoznávání, vědomí vlastních slabin i předností a akceptace, faktu, že není vždy možné být perfektní, schopnost sdílet vlastní emoce, pocity, nezdary, vyhnout se mezi lékaři časté osamělé práci a izolaci. Toho lze docílit konzultováním s kolegy, hovorem o pacientech, odbornými semináři, bálintovskými semináři, a podobně. Zdůrazňuje nutnost vědomí vlastních fyzických i emočních potřeb, rovnováhu mezi profesí a péčí o sebe (dobrá životospráva, vyvážený životní styl, přestávky v práci, omezení práce o víkendech).

Jako příčiny zanedbávání pacientů, nedostatečné ochoty ke komunikaci nebo jejího opomíjení jsou uváděny dvě základní skupiny faktorů: (1) nadměrná pracovní zátěž, syndrom vyhoření a neuspokojivé pracovní podmínky a (2) nedostatečné vzdělání a trénink v komunikaci (Schubert et al., 2013; Reader, 2013; Ptáček, Raboch, Kebza, 2013).

Můžeme uzavřít, že vedle tradičních stresů lékařské profese (především časový stres, jednání s obtížnými pacienty, terapeutické neúspěchy, zasahování profese do soukromého života) se dnešní lékař musí vyrovnávat s rostoucí administrativou a rostoucími finančními tlaky. Roste důraz na pomocné diagnostické metody, specializace a byrokratizace medicíny. Se spotřebitelským vztahem k lékařské péči roste i nebezpečí stížností a žalob.

To vše jsou skutečnosti oslabující terapeutický vztah.

Literatura

Honzák, R. , Červenková, R. Všichni žijem' v blázinci. Praha, Vyšehrad, 2014.

Ptáček, R. Bartůněk, P a kol.. Etické problémy medicíny na prahu 21. století. Praha, Grada Publishing, a.s., 2014.

PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P. (eds.) Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada Publishing, 2011.

PTÁČEK, R., BARTŮNĚK, P., MACH, J. (eds.) Lege artis v medicíně. Praha: Grada Publishing, 2013.

STAVROPOULOU, C. Non-adherence to medication and doctor-patient relationship: Evidence from a European survey. Patient education and counseling, 2011; 2010; 83(1), s. 7-13.

LACHS, M., PILLEMER, K. Abuse and neglect of elderly persons. N Engl J M 1995; 332, s. 437-443.

READER, T. W., GILLESPIE, A., ROBERTS, J. Patient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomy. BMJ Qual Saf. Aug., 2014; 23(8), s. 678-689.

Kipnis, D. : Does power corrupt? J. Pers. Soc. Psychol. 24, 1972

Pendelton, D.A., Schofield, T.P.C.: Doctor-patient communication: a review. In Doctor-patient communication (ed. D.A. Pendleton and J.C. Hasler). Academic Press, London 1983.

Wooley, F.R. et al.: The effects of doctor-patient communication on satisfaction and outcome of care. Soc. Sci. Med. 12, 1978.

Freeman, B. et al.: Gaps in doctor - patient communication: Doctor - patient interaction analysis. Pediat. Res. 5, 1971.

Korsch, B.M., Gozzi, E.K., Morris, M.J.: Gaps in doctor-patient communication: I. Doctor-patient interaction and satisfaction. Pediatrics 42, 1968.

Korsch, B.M., Negrete, V.F.: Doctor-patient communication. Sci. Am. 227, 1972.

Cissna, K.N.L., Siegburg, E.: Patterns of interactional confirmation and disconfirmation, In: C. Wilder and J.H. Weakland (eds.). Rigor and Imagination, New York, Praeger, 1981.

Strain, J.J., Grossman, S.: Psychological Reactions to Medical Illness and Hospitalization, in: Strain, J.J., Grossman, S. (eds.): Psychological Care of the Medically III: A Primer in Liaison Psychiatry, New York, Appleton, 1975

Cline J.R.: Interpersonal Communication Skills for Enhancing Physician - Patient Relationship. In primary Care Skills I, Philadelphia College of Osteopathic Medicine, 1998.

Doyxle, B.J., Ware, J.E, Jr.: Physician conduct and other factors that affect consumer satisfaction with medical care. *J. Med. Educ.* 52, 1977.

Honzák, R.: *Komunikační pasti v medicíně*. Galén, Praha 1997.

Korsch, B.M., Freemon, B., Negrete, V.F.: Practical implications of doctor-patient interaction : Analysis for pediatric practice. *Am. J. Dis. Child.* 121, 1971, pp. 11-114.

Ley, P.: Psychological studies in doctor-patient communication. In *Contributions to medical psychology*. Vol. 1.(ed. S. Rachman). Pergamon, Oxford 1977.

Rosenhan, D.L.: On being sane in insane places. *Science* 179, 1973.

Blum, R.H.: *The psychology of malpractice suits*. San Francisco: The California Medical Association, 1957.

Cohen-Cole, Steven, A.: *The Medial Interview*. Mosby-Zear Book, 1991.

Gimpel, J. R.: Difficult Physician-Patient Relationship, in: Gimpel, J. R. *The Osteopathic Primary Patient Care Skills Course Guidebook*. Philadelphia College of Osteopathic Medicine 1996.

Lipkin, M. Jr.: The Medical Interview and Related Skills in: Gimpel, J. R., *The Osteopathic Primary Patient Care Skills Course Guidebook*. Philadelphia College of Osteopathic Medicine 1996.

Smolík, P.: *Duševní a behaviorální poruchy. Průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha, Maxdorf, 1996.

Samstag LW, Batchelder S, Muran JC, et al. Predicting treatment failure from in-session interpersonal variables. *J Psychother Pract Res* 1998; 5:126.

Safran JD, Muran JC, Eubanks-Carter C. Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy (Chic)* 2011; 48:80.

Linn, L. S. et al.: Health Status, Job Satisfaction, Job Stress and Life Satisfaction Among Academic and Clinical Faculty. *Jama.* 1885, 254, 2775-2782.

Spurgeon, P. at al.: Types of Work Stress and Implications for the Role of General Practitioners. *Health Services Management Research.* 1995, 8, 186-197.

Mawardi, B. H.: Satisfaction, Dissatisfaction and Causes of Stress in Medical Practice. *Jama.* 1979, 241, 1483-1486.

Medical Economics Practice. Management Electronic health records. Can the doctor-patient relationship survive? December 10, 2013. Dostupné na

<http://medicaleconomics.modernmedicine.com/medical-economics/content/tags/electronic-health-records/can-doctor-patient-relationship-survive?page=full>

Quill, T. E. at al.: Healthy Approaches to Physician Stress. Arch. Intern. Med. 1990, 150, 1857-1861.

Myerson, S.: The effects of policy change on family doctors stress in general practice under the new contract. Journal of Management in Medicine. 1993, 7, 7-26.

Linn, L. S. et al.: Health Status, Job Satisfaction, Job Stress and Life Satisfaction Among Academic and Clinical Faculty. Jama. 1985, 254, 2775-2782.

Alexander, D.A., Klein, S.: Impact of accident and emergency work on mental health and emotional well being. The British Journal of Psychiatry. 2001, 178, 76-81.

Spurgeon, P. at al.: Types of Work Stress and Implications for the Role of General Practitioners. Health Services Management Research. 1995, 8, 186-197.

Wise, T.N., Berlin, R.M.: Burnout: Stresses in Consultation-liaison Psychiatry. Psychosomatics. 1981, 22, 744-45.

Smith, R.J., Steindler, E.M.: The Impact of Difficult Patients upon Treaters. Bulletin of the Menninger Clinic. 1983, 47, 107-116.

Goold, S., Lipkin, M. The Doctor–Patient Relationship. Challenges, Opportunities, and Strategies. J Gen Intern Med. 1999 Jan; 14 (Suppl 1): S 26–S33.

Quill, T. E. at al.: Healthy Approaches to Physician Stress. Arch. Intern. Med. 1990, 150, 1857-1861.

SCHUBERT, M., GLASS, T., CLARKE, S. et al. Rationing of nursing care and its 2007;relationship to patient. Reader and Gillespie BMC Health Services Research, 2013; 13,s. 156.

READER, T. W., GILLESPIE, A. Patient neglect in healthcare institutions: a systematic review and conceptual model. BMC Health Services Research, 2013; 13(1), s. 156

PTÁČEK, R., RABOCH, J., KEBZA, V. (eds.) Burnout syndrom jako mezioborový jev. Praha: Grada Publishing, 2013.