

## Ze současné medicíny

# Síla lékařova slova

VĚRA LINHARTOVÁ

Slovo je pro lidské vědomí velmi silným signálem. Člověk je jeho mocí natolik ovládán a natolik síle slova věří, že ho předsunul i samému vzniku světa – nejvelkolepější mýtus začíná snad nejnámější větou: Na počátku bylo slovo – *Stañ se; Bud'...* byla v něm touha (plán), vůle a čin, tvořivá síla. Mimořádný účinek si slovo podržuje stále. Každý máme tu zkušenost – dlouho si pamatujeme slova libá, vzbuzující pozitivní emoce, a nezapomeneme na ta, která se našeho ega nešetřně dotkla.

Lidská zkušenost učí, že slovo v ústech lékaře může být stejně lékem a nadějí jako vražedné beznadějí, hrubstvím, surovostí. Pacienti si při nejrůznějších příležitostech více než na léčbu stěžují na komunikaci s lékařem (ve zdravotnickém zařízení obecně), na nedostatečnou komunikaci, popřípadě na vůbec žádnou. To, že z ordinací mizí slovo, není jev posledních let; slovo se vytrácí zhruba od konce předminulého století, úměrně tempu, jímž postupně pronikala do lékařovy ordinace diagnostická technika. Když lékař neměl možnost podívat se do člověka rentgenem, musel s ním rozmlouvat, aby zjistil, co, kde, kdy a jak ho bolí, vyšetřoval poklepem a poslechem, dotýkal se ho. Stále dokonalejší diagnostické přístroje a moderní laboratorní vyšetřování poskytují lékařům mnohdy dostačující množství informací o tělesném stavu, aby mohl stanovit diagnózu a léčbu, netřeba se proto zdržovat rozhovory s pacientem. Možná, že znáte Jiránkův obrázkový vtip – sestra říká pacientovi: „Svlékat jste se nemusel, pane, mám vás tady celýho na disketě“. Docela výstižné pro odhumanizovaný přístup k nemocnému člověku.

Dehumanizace medicíny je obecně veřejností přijímána s nelibostí a ne jeden lékař je kritizován za to, že s pacientem mluví nedostatečně, popřípadě vůbec.

V r. 2004 prováděl Institut zdravotní politiky a ekonomiky v Praze zajímavý výzkum vztahu pacientů k nemocničním, praktickým a ambulantním lékařům. Jeho výsledky zveřejnily Zdravotnické noviny (č. 47, 2004) v článku P. Klusákové *Jak pacienti hodnotí své lékaře*. Jako nejčastější nedostatek v něm pacienti uváděli právě komunikaci. Dotazovani ji charakterizovali přívlasky – špatná, nedostatečná, hrubá, zlehčující, nepřiměřená situaci či chápání pacientovu. Obecně sdělovali, že očekávají u lékaře otevřený a rovnocenný dialog, to, aby jim lékař o jejich zdravotním stavu říkal pravdu a srozumitelným jazykem. Chtějí slyšet dostatečné množství informací nejen o svém akutním stavu a o nemoci, jíž trpí, ale také o jejím obvyklém průběhu, o perspektivě, o možné léčbě, popřípadě o různých léčebných alternativách, ale ne jednu také o prevenci, o rekonvalescenci, i o tom, kde se na typ jeho choroby specializují, kde ji léčí jinak a s jakými výsledky, kde může svoji diagnózu

ještě konzultovat... Otázek velmi mnoho, podle Práv pacientů, etického kodexu, který Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky přijala 25. února 1992, mají na takové informace právo.

Lékaři se kritice brání, argumentují velkými počty pacientů, nedostatkem času na jednu návštěvu; podle rozhodnutí pojišťoven je to pět až deset minut, výjimečně dvacet. Jak vidno – pojišťovací praxe žene lékaře do pastí, do zjevného rozporu s lékařskou etikou, ale také s obecnými zásadami správné komunikace. Podle zákona o veřejném zdravotním pojištění nedostane lékař čas věnovaný pacientovi nad stanovenou míru zaplacen. Edukační rozhovory o prevenci, o životním stylu, nutný rozhovor s rodinnými příslušníky je hrazen pouze v případech zvlášť definovaných a specifikovaných zákonem. K rozhovorům nad stanovenou normu je lékař motivován jen svou ctí, vztahem k nemocnému, odpovědností. A tak altruisté a nadšenci cítící lékařské etické kodexy platí za to stálým nedostatkem času, stresem.

Ale i ve vymezených minutách k rozhovoru lze uplatnit zásadu vlídného a přímého jednání a ohleduplného zacházení s pacientem. A na co si pacienti v citovaném výzkumu nejvíce stěžovali? Na nedostatečné informování – o léčbě, o nemoci, na nesrozumitelné lékařské termíny, na zlehčování svých problémů, na ponižující zacházení („jednají se mnou jako s dítětem“), dokonce na hrubosti a vulgárnosti. Také jim vadí, že nikoho nezajímá jejich názor, že není respektován jejich strach, že jim lékař nevěří bolest, že se nezeptá na jejich souhlas s léčbou, že je mnohdy vyšetřován v přítomnosti dalších osob, aniž s tím vyslovil souhlas, a že bez souhlasu jsou informace o jeho zdravotním stavu sdělovány třetím osobám. Téměř všem účastníkům výzkumu vadily dlouhé objednáací lhůty na ošetření i dlouhé čekání v čekárnách. Jsou tak pojmenovány skutečně nejčastější chyby zdravotníků, bez ohledu na jejich pracovní zařazení a charakter zdravotnického zařízení. Dokonce i lékaři sami mají se svými kolegy stejné zkušenosti, ocitnou-li se v roli pacienta anebo doprovázejí-li partnera či dítě.

Článek *Doktor u doktora aneb všední praxe v našem ambulantním zdravotnictví* napsal např. do Zdravotnických novin MUDr. J. Kovalský (4. 5. 2005). Líčí zážitky z pohotovosti, kam přišel se synem, u něhož začínala spála:

V čekárně mě klidně přijala sestra a usadila na židličku. **Dvacet minut se nic nedělo**, třebaže jsem upozornil, že chlapec je velmi špatně. Dveře se otevřely až poté, kdy skončila první třetina přenosu hokejového utkání, což bylo do čekárny jasně slyšet. Lékař vyšel **upocený, neholený, v kdysi bílém plášti s mastnými vlasy a povoleným páskem u kalhot...** **Nepozdravil** a ani se na nás **nepodíval**. Přes rameno se zeptal sestry: „Co to je?“ Ta vlídně odpověděla a on ponurým **zhnusným** hlasem vyzval dítě, aby otevřelo ústa. Následovala stejně **odpudivým** hlasem směrem k sestře pronesená věta: „Bude to spála, pošli to na píchane péňák (**rozuměj pícháný penicilin**) na Bulovku.“ A zmizel **bez pozdravu** za postranními dveřmi, za nimiž začínalo drama další třetiny utkání Zlín – Vsetín.

Když se autor tohoto článku sám ocitl v roli pacienta, o své návštěvě v Medicentru mj. napsal:

„Dědula, lehce parkinsonický praktik, mě uložil na vyšetřovací lůžko v kalhotách – přes ně naznačil vyšetření břicha. při tom jednovteřinově přiložil fonendoskop... (při mé sportovní bradykardii mohl zaslechnout nejvýše jeden úder)... následovalo polechtání fonendoskopem vždy v délce jednoho nádechu po stranách hrudníku někde tam, kde člověk cítí bazální plíce... Na poslední rektální vyšetření se ani nezeptal, snad z obavy, že by si musel navléci rukavici a do rekta sáhnout.

V prvním případě všechna zvýrazněná slova svědčí jednak o tom, jak odpudivě působil lékař svým neuspořádaným zevnějškem, jednak o nezvládnuté komunikaci a o jednání nepřiměřeném situaci. Druhý je příkladem neprofesionálního, ledabylého a neodpovědného přístupu k výkonu povolání.

I mně řekla klinická lékařka:

„Žerete antibiotika, trajdáte do práce, tak se netvařte tak blbě, když na vás křičím.“

Křičela hlavně proto, že jsem se dožadovala po několikahodinovém čekání ošetření, měla jsem limeskou boreliózu komplikovanou neurologickým zánětem a nutně jsem potřebovala ztlumit dlouhotrvající bolest.

A ještě jednu osobní negativní zkušenost. Nedávno jsem musela na funkční vyšetření plic. Poslali mě do místnosti, kde už sedělo několik lidí. Našla jsem si volnou židličku a čekala, co se bude dít. U stolu s hlavou obrácenou ke zdi, seděla sestra a psala. Po chvíli, aniž by jakkoliv změnila polohu, řekla: „Vyndejte si z pravého ucha náušnici.“ Pokyn zcela přesný, ale nikdo nemohl vědět, komu patří. Zareagovala jsem na něj až napotřetí, seděly tam další ženy, a já jsem proto hned nepochopila, že pokyn patří mně, protože sestra mluvila do zdi. Její chování mě dost rozčílilo, ale ona si ničeho nevšimla, protože se na mě vůbec nepodívala. Pak spíše po paměti mi strčila do ruky navlhčenou gázu a poručila: „Třete si ucho.“ Teprve teď jsem si všimla, že si vlastně všichni pacienti třou ušní lalůčky, a tak jsem je kopírovala. Po chvíli mě začal boltec silně pálit, a než jsem se dozvěděla, že právě proto ten úkon dělám, zažila jsem strach, že jsem si tím usilovným třením rozedřela kůži a tou neznámou tekutinou si způsobím nepříjemnost. Zuřila jsem, závěr byl jednoznačný – do tohoto zařízení už nikdy nepůjdu.

Tentokrát se neprofesionálně chovala sestra. Ale se sestrami se také musí setkávat, sestry také musí dodržovat zásady správné komunikace a hlavně se podle nich chovat.

**Ve všech výše uvedených případech jsou zřetelné zásadní chyby v komunikaci zdravotníků, a to v její složce neverbální (oděv, vzezření, absence očního kontaktu) i verbální (nepříjemný hlas i tón, hrubá až vulgární mluva). Kolik času věnuje lékař, popřípadě sestra pacientovi a jak s ním oba mluví, značně ovlivňuje kvalitu vzájemně se vytvářejícího vztahu, který by měl být**

vztahem důvěry. Míra uspokojení pacienta se neřídí jen kvalitou poskytované péče, ale jak se tu snažíme přesvědčit, také kvalitou komunikace lékaře s pacientem. Lékař, který se svým pacientem umí dobře promluvit, už tím jej vlastně začíná léčit; celkový dojem z rozhovoru pacient málokdy přehlédne.

Pacient přichází do ordinace v jistém diskomfortu; má problémy, něco ho bolí, má strach, co se bude dít v ordinaci, ale i mimo ni, jak eventuálně nemoc ovlivní jeho dosavadní osobní život, popřípadě jeho rodinu, zaměstnání. To, co nás trápí, bývá většinou doprovázeno strachem nejružnějšího původu, ale nejčastěji z bolesti a z obav špatné prognózy. Je nám nepříjemně, „necítíme se ve své kůži“ (takové metaforické pojmenování jsme si vymysleli pro tento zvláštní psychický stav). A právě ten také způsobuje, že jsme mnohem zranitelnější a citlivější na každé slovo, dokonce i na každý pohyb, jsme vztahovační, máme sklon spíše k emocionálním než k racionálním reakcím – prostě ocitáme se zcela přirozeně v „roli dítěte“, jdeme k lékaři, od něhož jako „od rodiče“ očekáváme účast a pomoc, někdy dokonce žádáme i záznaky. Zkušený a dovedný lékař to všechno ví, a proto mluví a jedná tak, aby emocionální rozpoložení převedl na racionální spolupráci a spoluúčast a aby pacient odešel z ordinace, pokud možno „jako dospělý“, to znamená s nadějí, zklidněný, poučený.

Samozřejmě, že jsou sestavovány obecné modely chování pro lékaře i pro sestry (srv. např.: Tate, P., Komunikace pro lékaře. Praha: Grada, 2005), ale ty mají jen doporučující charakter. Každá situace je jiná, protože každý pacient je jiný. Po lékaři se vyžaduje, aby bylo jeho jednání i konání profesionální (do jisté míry naučené), ale také aby byl dobrým psychologem a sociologem, aby projevil pacientovi empatickou účast, ale jeho přístup musí být současně i individualizovaný, tvůrčí, takřikajíc pacientovi „šitý na míru“.

Komunikace s lékařem začíná vlastně otevřením dveří do místnosti. Ještě než z přítomných kdokoliv promluví, proběhne mezi nimi řada interaktivních informací, které vytvářejí první dojem, velmi důležitý pro další jednání, navozující celkovou atmosféru, v níž by se měl odvíjet (více či méně) důvěrný a důvěryhodný rozhovor. Lékař by měl zásadně přijímat každého pacienta jako jedinečnou osobu, do ordinace totiž nevstoupila nemocná ledvina, ale pan Novák. Nikdy by neměl chybět pozdrav, doporučuje se podat ruku. To podání ruky by ovšem ze strany lékaře nemělo být pouze zformalizovaným společenským gestem, ale pokud možno provázeno „odebíráním informací“ – ta ruka je teplá nebo studená, suchá či vlhká, mnoho prozradí způsob stisku, chvěje se anebo je pevná – to jsou psychosomatické informace, které mají svou vypovídající hodnotu. Lékařův hlas, jímž se k pacientovi obrací, by měl být klidný a vlídný, dostatečně slyšitelný, lékař by měl zřetelně artikulovat, zásadně mluvit směrem k pacientovi, udržovat s ním oční kontakt, zase nejen proto, že je slušné dívat se na toho, s kým mluvíme, ale že svůj protějšek sleduje vědomě, vidí na něm, v jakém je psychickém komfortu, dovede z mimiky odhadnout pacientovu upřímnost, otevřenost či uzavřenost atd. Mnoho přece přečte v pacientově obličejí, v jeho gestech, ze způsobu jak sedí či naopak (klidně anebo neklidně) stojí. To jsou všechno informace získatelné během vteřin, jež velmi

pomohou při vedení rozhovoru; lékař na ně může reagovat, aniž by byl utrácen čas nadbytečnými dotazy. V ordinaci by měl probíhat rozhovor, nikoliv výslech a lékař by měl pacienta oslovovat jménem (titulem), neměl by se na pacienta dívat přes jakoukoliv překážku, ani ne přes počítač. Jeho mluva by měla být laická, pacient musí rozumět všemu, co mu lékař sděluje, proto je vhodné občas se o tom přesvědčit. Nikoliv pouze dotazem – Rozumíte tomu? Tomu pacient přikývne, i když nerozumí. Vidí-li lékař neklid či strach, je možné nabídnout i papír na poznámky, nechce-li, aby bylo opomenuto z jeho návštěvy něco důležitého.

I pacient musí dostat možnost zeptat se, říci svůj názor, vyslovit pochybnost, musí se přece dozvědět co nejvíce, pokud má např. podepsat informovaný souhlas. Informovaný souhlas je nový fenomén a lékař se ho musí naučit využívat tak, aby byl chráněn a pacient spokojen, protože se nic neděje proti jeho vůli a bez jeho vědomí. Psát do zdravotní dokumentace – pacient byl informován – je z hlediska právního nedostatečné. A počítejme s tím, že si pacient nikdy nezapamatuje všechno, i když je to sebedůležitější. Lékařovo mluvené slovo je nenahraditelné. Ani tehdy, dáme-li pacientovi informační letáčky či brožury. Lékař musí dodatečně najít příležitost, jak zkontrolovat, zda tomu všemu psanému dobře pacient porozuměl; často musí svá doporučení i několikrát opakovat, aby je vzal pacient na vědomí.

Špatně pochopený pokyn, význam anebo i gesto může pacienta poškodit, mnohdy významně. Stačí někdy, aby lékař snímek či laboratorní výsledky doprovodil nějakou nápadnou mimikou, nejasným gestem anebo nevhodnou poznámkou typu – „no, to jsem si myslel“ – bez jakéhokoliv dalšího vysvětlení a problém – a to velký – je na světě. Pacient je zpravidla náchylný vysvětlit si vše ve svůj neprospěch, a když právě v tu chvíli nenajde odvahu (a to bývá často), aby se zeptal, jak to vlastně lékař myslel, propadne úzkosti, strachu, panice, nejednou až depresi, zvláště jedná-li se o pacienta úzkostného, citlivého. Jednou jsem byla svědkem, jak paní nadšeně svému manželovi sdělovala, že má nádor, ale *solidní!* Termínu solidní nádor, onkologické diagnóze, která je neradostná, rozuměla po svém; solidní znamená přece dobrý!

Onkologická onemocnění jsou obecně přijímána jako ortely smrti. Při sdělování takové diagnózy, a obecně špatné zprávy vůbec, záleží na lékařově chování a na jeho slovech velmi mnoho.

Vžívá se tendence sdělovat pravdivou diagnózu, nic nezastírat, ale neznamená to, že ten způsob sdělování bude surový. Mýlí se lékaři, kteří bezohlednou přímočarost považují za profesionální jednání s odůvodněním, že vyhověli požadavku pravdivosti.

Jedna sestra mi vyprávěla o tom, jak primář při vizitě mluvil s pacientem způsobem, který je omráčil. Pacient se právě probral z narkózy po operaci žlučníku s přesvědčením, že je tím jeho zdravotní problém vyřešen, ale primář mu stroze sdělil: „Tak jsme vás otevřeli a moc jsme toho neudělali. Máte plně břicho metastáz, do měsíce umřete.“ A opustil místnost. Navíc to bylo před ostatními pacienty. Hrubě tím porušil pacientova práva na ohleduplné zachá-

zení. Zpráva, vyslovená tak tvrdě, bez jakékoliv empatie a bez naděje, způsobila pacientovi hlubokou psychickou trýzeň.

Na sdělení špatné zprávy musí lékař připravit sebe i pacienta. Musí se naučit profesionálně empatické účasti. Sdělování špatné zprávy „tváří v tvář“ je psychickou zátěží pro oba. Sdělení diagnózy musí být pravdivé, ale současně ohleduplné a šetrné, s ohledem na psychický stav pacienta, účastně doprovázeno také neverbálními prostředky, přesvědčivou mimikou a gesty. Oznamit přicházející a neodvratnou smrt (a současně nezbatit naděje na dobrou smrt, bez zbytečného utrpení), nevést monolog, ale rozmluvu s pacientem o jeho vzniklých sociálních potřebách, reagovat na jeho šok věcně, eticky, umět ho podpořit v nejtěžší chvíli a taktně nabídnout případnou pomoc, doporučit paliativní léčbu či umístění v hospici, když už jiná léčba je nevhodná – to všechno je komunikační umění, dovednost, která se ovšem od lékařů očekává. V praxi se sdělování špatných zpráv nejednou odehrává naprosto špatně – hlavně na nevhodném místě, v rychlosti, bez spoluúčasti, bez naděje. Právě v krajních životních situacích se prokáže skutečná lékařova profesionalita, k níž promyšlená, nikoho nepoškozující komunikace patří jako samozřejmost. V ústech lékaře má slovo mimořádný význam, zvláště neumí-li dosud problém současná medicína vyřešit, podstatně ovlivňuje psychiku pacienta, kvalitu jeho života.

Odpovědnost, citlivý i citový vztah k pacientovi si mnozí z lékařů uvědomují. MUDr. J. Daneš v předmluvě ke knize O. Walló *Sekundární zisky* (2005), v níž se vyznává ze svých prožitků při léčbě onkologických pacientů, píše:

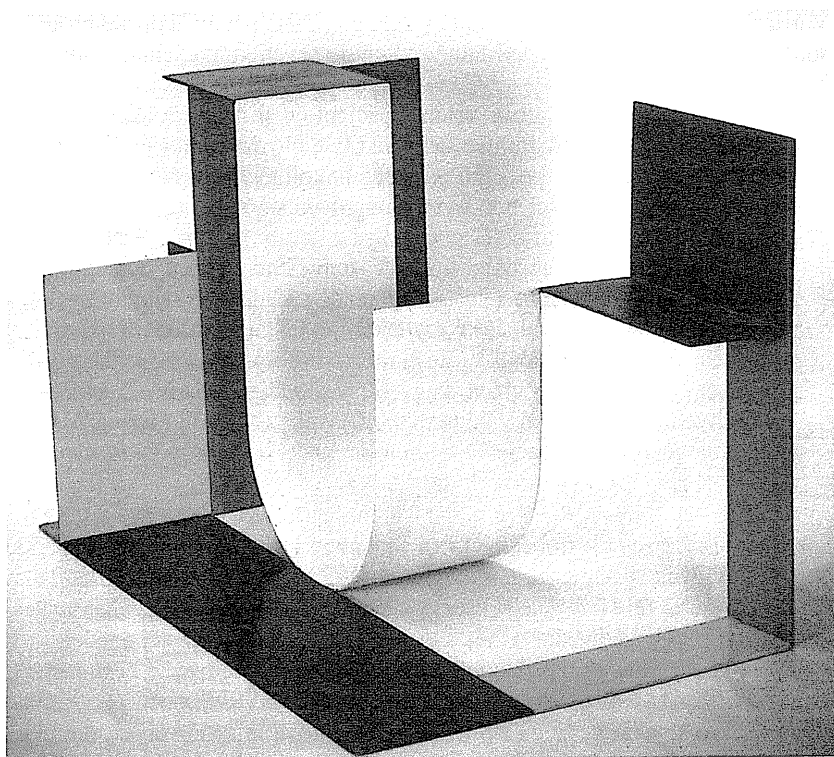
„Včerejší, vlastně dnešní noc jsem nemohl vůbec usnout, je bolestivé a zároveň poučné se dozvědět pocity žen z ‘druhé strany’. Naslouchal jsem dostatečně pozorně přáním každé ženy? Sděлил jsem ohleduplně a jasně té pozitivní ženě neradostnou diagnózu a udělal maximum nejen pro její tělo, ale i duši? Jak často my lékaři podléháme pokušení být příliš profesionální, nepouštět si neštěstí druhých k tělu, brát práci jako rutinní! Jak často jsme uspěchaní, unavení, rozhodujeme o věcech pro život druhých tak zásadních v běhu, bez zastavení a vlídného slova! Místo spokojenosti našich pacientů hodnotíme počty výkonů a fakturované částky.“

Komunikace se stává obecným problémem, částečně je na vině technika, kterou se člověk spíše nechá uhranout, ovládat, místo aby ji ovládal sám; stačí se podívat na mládež, více si esemeskuje, než spolu mluví a znalost mateřštiny nepovažuje za důležitou, neuvědomuje si, že jazyk také učí myslet.

Ze vztahu lékař – pacient (je interaktivní!) se slovo nemůže a nesmí vytratit, spíše naopak. Každý institucionální dialog má však své specifické zásady. Snažili jsme se ukázat, že na něm záleží pacientova informovanost, potřebná a účinná spolupráce s lékařem a přinejmenším pacientův psychický komfort. Slovo v ústech lékaře by mělo být stejné jako skalpel v ruce zručného chirurga – promyšlené, přesně cílené, hojivě „zraňující“, pacientovi na míru, při-

nášejší naději a úlevu. Také srozumitelné, ale i respektované. Částečně záleží na vlohách a povaze lékaře, částečně se dá dobré komunikaci naučit, částečně se přejímá (slyší) od „vzorů“ v praxi. Příprava na komunikaci s pacientem představuje komplex psychologických a medicínských problémů i řečových dovedností, měla by být organickou součástí pregraduální přípravy a samozřejmě součástí lékařovy profesionality, hodnotou, jíž lze tuto profesionalitu také měřit.

*Literatura:* Linhartová, V., Praktická komunikace v medicíně. Praha: Grada, 2007. (Tam také další literatura.)



Katarzyna Kobro, **Prostorová konstrukce 4**, 1929