

KOMUNIKÁCIA LEKÁRA AKO SÚČASŤ JEHO PROFESIONALITY

ANNA MACEJOVÁ

Stupeň, forma, ročník štúdia: PhD., externá, 2.

Študijný program: etika

Konzultant: prof. PhDr. Viera Bilasová, CSc.

Kľúčové slová: efektívna komunikácia, dôvera, komunikačné zručnosti, komunikačný tréning, lekár, pacient

Úvod

Efektívna komunikácia medzi lekárom a pacientom je spojená s viacerými pozitívami, či už je to pacientova spokojnosť s liečbou, dodržiavanie liečby stanovenej lekárom, zníženie výskytu komunikačných chýb a pod. Komunikácia medzi lekárom a pacientom často krát nie je ideálna kvôli viacerým faktorom, ako napríklad nedostatok času lekára vyčleneného na konzultáciu s pacientom, vzdelanie pacienta a jeho schopnosť porozumieť lekárovi, mentálny problém pacienta, či jeho charakterové črty – agresívny pacient a pod. Na druhej strane komunikácia vo vzťahu lekár a pacient nemusí prebiehať ideálne kvôli lekárovej neschopnosti efektívne komunikovať. Neschopnosť lekára efektívne komunikovať môže byť spôsobená na jednej strane nedostatkom komunikačných zručností – neschopnosť lekára viesť dialóg s pacientom, poskytovanie malého množstva informácií, problém s jasným vysvetlením a popísaním diagnózy. Komunikáciu lekára a pacienta ovplyvňujú aj vonkajšie faktory – ako vyčerpanosť lekára po nočnej službe, veľký počet pacientov v čakárni čakajúcich na ošetrovanie a málo času vyčleneného na pacienta, či komunikácia s problémovým pacientom, ktorý lekárovi bráni v efektívnej komunikácii. Mojou snahou v tomto príspevku je zistiť, či by komunikačné tréningy mohli prispieť k zdokonaleniu sa v komunikácii s ohľadom na pozitíva tak pre pacienta, ako aj pre lekára.

Medicína je humánna veda, kladiem si preto otázku, či samotná deontológia ako metodologická platforma pre medicínsku prax vo vzťahu lekára a pacienta je dnes postačujúca. V spojitosti s vymedzením pojmu dobra, v týchto kontextoch, sa pýtam, čo znamenalo byť dobrým lekárom v minulosti a čo to znamená byť dobrým lekárom v dnešnej dobe? Akými vlastnosťami a cnosťami by mal dobrý lekár disponovať? Mala by byť schopnosť efektívne komunikovať súčasťou profesionality lekára alebo niečím navyše? Dnes vstupujú na medicínske pole nové problémy, ktoré v minulosti neexistovali, mení sa postavenie lekára, ale aj pacienta v spoločnosti oproti minulosti. Dnešná etika, zvlášť medicínska etika, musí brať do úvahy aj širšie zmeny v spoločnosti a nachádzať vhodné teoretické východisko pre riešenie nových problémov.

Vzťah medzi pacientom a lekárom predstavuje dušu i srdce medicíny. Tento vzťah je kľúčovým predmetom každodennej praxe, ako aj súčasťou „vyššieho“ humánneho poslania medicíny. Je súčasne objektom hľadania, skúmania a predmetom teoretického analyzovania spojeného s etickou reflexiou vzťahu lekára a pacienta a jeho chápania aj interpretácie predovšetkým v pozitívnom zmysle. Ak vidíme, že sa medicína uberá nakrivo, kamsi „vybočuje“, nemali by sme viniť vedecké alebo spoločenské vplyvy. Skôr by bolo potrebné sústrediť pozornosť na vplyv ideálneho liečenia a interakcie, v spojitosti s cnostným liečením, ktoré potrebuje cnostného liečiteľa a pacienta (Donovan, 2000, s. 13). Jedným z aspektov, ktorý si zaslúži pozornosť je preto aj komunikácia.

Komunikačné schopnosti nepredstavujú len akúsi nadstavbu, či pridanú hodnotu vo vzťahu ku klinickým kompetenciám, ale patria medzi základné predpoklady pre výkon medicínskeho povolania. Komunikácia patrí medzi základné predpoklady, ktorými by mal dobrý lekár disponovať (Ptáček a kol., 2011, s. 37) a považujem ju za súčasť profesionality lekára.

Ako som už uviedla, medicína je predovšetkým humánna veda, v ktorej centre pozornosti je človek-pacient. V medicíne dnes už nejde len o samotné liečenie (cure), ale aj o starostlivosť o pacienta, ktorého treba vnímať komplexne, a to predovšetkým ako osobu (care). Objektom medicíny bol a je človek a vynára sa nám otázka, či dnešná deontológia metodologicky spĺňa požiadavky kladené na etické aspekty medicíny a či je vhodná pre medicínsku profesiu, či dokáže úspešne vyriešiť aktuálne a zložité problémy, ktoré sa vynárajú vo vzťahu lekára a pacienta? Ukazuje sa, že vo vzťahu lekára a pacienta absentuje priestor pre etické hodnoty a princípy, ktoré sa viažu na dispozície lekára a jeho profesionalitu. Mám na mysli obohatenie prístupu k pacientovi o oživenie medicínskeho prístupu etikou cnosti, ako metodologickou možnosťou na prehĺbenie humanizácie vzájomného vzťahu. Dnes už nestačí liečiť len chorobu, je potrebné zohľadniť celého pacienta, aj jeho názor. Oproti minulosti nastal posun aj vo vzťahu lekára a pacienta (paternalizmus nahradil partnerský vzťah), etika i medicína to musí reflektovať, ak nám ide o dobro a zdravie pacienta.

Kvalitná komunikácia je kľúčová a v dobrej klinickej praxi a predstavuje neoddeliteľnú súčasť kompetencie lekára. Vo všetkých prípadoch, kedy lekár prichádza do styku s pacientom, je schopnosť správne komunikovať rovnako dôležitá pre obidve strany (Ptáček a kol., 2011, s.199).

Komunikácia medzi lekárom a pacientom sa často zameriava len na samotné ochorenie, menej pozornosti je venovanej pacientovi, ako osobe, ktorá trpí nie len fyzicky, ale aj psychicky. Pacient sa musí so svojim stavom vyrovnat' a nie vždy je to jednoduché. Choroba pacienta nezasahuje len osobu pacienta, ale má oveľa širší dopad – či už je to rodina pacienta, jeho osobný i pracovný život. Preto je dnes potrebné zohľadňovať aj tieto faktory.

Prvotným záujmom lekára má byť dobro a zdravie pacienta. Lekár by nemal len slepo plniť svoju povinnosť nasledovaním istých pravidiel. Týmto vôbec nespochybňujem ich funkčnosť v medicíne, naopak myslím si, že k špecifikám vzájomného vzťahu lekára a pacienta patrí i rešpekt k jedinečnosti pacienta a situácii, ktorá si vyžaduje aj špecifický prístup, vrátane etickej spôsobilosti lekára. Deontológia a pravidlá poskytujú pre konanie lekára akúsi platformu, návod, ako by mal konať. Lekár by však nemal zabúdať byť pacientovi aj oporou a uplatniť osobný prístup a poskytnúť pacientovi aj psychickú podporu, bez ohľadu o akého pacienta ide. Mal by pristupovať ku každému pacientovi individuálne a s rešpektom k jeho dôstojnosti.

Obzvlášť v medicíne je potrebné rovnako nazerať na každého pacienta, nerobiť rozdiely v poskytovaní starostlivosti na základe odlišností medzi pacientmi. Dnešní lekári by mali umožniť pacientovi pýtať sa, dať mu právo podieľať sa na liečbe, súhlasiť, respektíve nesúhlasiť s navrhovanou liečbou a potom spoločne hľadať iné riešenia. To zahŕňajú deontické princípy, ale práve oni si vyžadujú komunikačný aspekt, aby boli zrozumiteľné, pochopiteľné a aj akceptovateľné nie len v podobe pravidla. Sú teda akýmsi rozvinutím a prehĺbením samotného princípu autonómie. V dnešnej dobe je potrebné rešpektovať pacienta ako osobu, ktorá potrebuje pomoc, nielen v oblasti nastavenia liečby, ale aj v oblasti ľudskej pomoci – lekár by sa mal dokázať vcítiť do pacientovho prežívania. Pacient mnoho krát prichádza so strachom, očakáva, že lekár mu pomôže. Od lekára sa očakáva, že bude rešpektovať pacientov, bez ohľadu na ich pôvod, vzdelanie, rasu a pod. Samozrejme tento rešpekt by sa mal prejavovať aj opačne zo strany pacienta k lekárovi, ako odborníkovi, ktorého cieľom je pomôcť, vyliečiť, ozdraviť a poskytnúť oporu a pocit, že je tu pre pacienta. Možno sa nám to javí ako akýsi ideál lekára, ktorému je ťažké sa dopracovať. Aj keď sa to možno nedá dosiahnuť hneď, je treba k tomu aspoň smerovať a pokúšať sa tomuto ideálu prispôbiť a postupne sa zlepšovať. Jedným z pozitív deontológie je aj to, že požaduje od človeka bezpodmienečnú úctu ku každému, bez rozdielu. Pacient by nikdy nemal byť vnímaný ako prostriedok, či nástroj, ale vždy ako cieľ: „Konaj tak, aby si ľudstvo v sebe i v osobe druhého používal vždy ako účel a nikdy nie ako prostriedok“ (Kant, 1990, s. 91).

I keď v medicínskej praxi má deontológia dlhú tradíciu, predsa len má i svoje slabé stránky. Slabinou deontológie v medicínskej praxi je predovšetkým jej formalizmus a univerzalizmus. Deontológia nerieši extrémne situácie, v ktorých by konajúci možno neuposlúchol nejaké pravidlo, ale riadil by sa

situačne, s dobrým úmyslom, s cieľom dosiahnutia dobra. Etika cnosti naopak kladie dôraz na charakter človeka a konkrétnu situáciu. Nevýhodou deontológie je teda jej prísnosť a požadovanie slepeho dodržiavania pravidiel, bez ohľadu na okolnosti, či dokonca dôsledky v niektorých prípadoch. Niekedy sa však subjekt (lekár), ktorý koná, ocitá v situácii, keď pravidlá nestačia – napríklad, keď lekár čelí etickej dileme, či má odpojiť od prístrojov pacienta alebo nie, ak je rozhodnutie len na jeho rodinných príslušníkoch, alebo podať onkologickému pacientovi pravdivú informáciu o jeho zdravotnom stave, ak manželka pacienta si to neželá, pretože vie, že keby by vedel, že trpí na onkologické ochorenie, siahol by si na život sám. Je otázne, či tu majú hrať podstatnú rolu empatia, intuícia, pocity, či ľudský pohľad, alebo skôr slepé nasledovanie toho, čo mi káže imperatív, lekárska povinnosť a nárok pacienta na pravdivé informácie? Neexistuje jediná, najsprávnejšia etická teória, ktorá by nám ukazovala vždy a všade, za každých okolností presný postup k správne konaniu. Existuje však etika deontologická, ktorá nám poskytuje jasné pravidlá, často krát nápomocné pri rozhodovaní sa ako konať, čo je jej obrovským plusom. Obohatenie deontických východísk o niektoré aspekty etiky cnosti sa javia ako metodologicky produktívny krok, ktorý v priestore medicínskej praxe môže priniesť posun k hlbšiemu riešeniu problémov. Dnes je trend zlučovať etické teórie, a deontológia sa sama javí ako neúčinná pre medicínsku prax v kritických, či dilematických situáciách. V súčasnosti potrebujeme istú formu „hybridnej“ etickej teórie, ktorá by poskytla širšie možnosti riešenia a analýzu problémov z viacerých uhlov. Možno by bolo vhodné skombinovať etiku cnosti a deontológiu v situáciách, keď lekár nevie ako má konať.

V posledných rokoch narastá zo strany odborníkov tlak na lekárov (a zdravotníkov všeobecne), aby zlepšili svoje komunikačné schopnosti. Komunikácia a kontakt lekára s pacientom do istej miery predurčuje úspešnosť liečby pacienta, ovplyvňuje i dĺžku liečby a náklady s ňou spojené. Možno teda konštatovať, že komunikácia v medicíne je kľúčová. Mnohé štúdie dokazujú, že efektívna komunikácia v medicíne má pozitívny vplyv i na presnosť diagnózy, dodržiavanie liečby a terapeutický vzťah medzi lekárom a pacientom, výsledky liečby, spokojnosť s liečbou na oboch stranách – lekára i pacienta (Ptáček a kol., 2011, s. 37). Zastávam názor, že komunikácia v medicínskej praxi je nevyhnutná a tvorí súčasť profesionality lekára a lekár by mal vedieť efektívne komunikovať.

Dôležitosť efektívnej komunikácie je daná i nasledujúcimi dôvodmi. Je známe, že základ správnej diagnózy a jej porozumenie tvorí práve profesionálne vedená komunikácia, ktorá je prostriedkom na získanie kvalitnej anamnézy a s tým spojenou účinnou liečbou. Druhý dôvod spočíva v tom, že komunikácia predstavuje prostriedok, ktorým sa buduje (často krát však nie) dôvera medzi pacientom a lekárom. S tým súvisí aj pacientova ochota spolupracovať pri liečbe a dodržiavať liečbu (tzv. pacientove compliance). Tretím dôvodom je lekárova snaha komunikovať s pacientom a dozvedieť sa viac, inak povedané, správne slovo v správny čas môže mať aj terapeutický účinok. Dôraz sa kladie na citlivú komunikáciu profesionála (lekára) s klientom (pacientom) a Balint to vyjadril veľmi presne: lekár môže dávkovať seba ako liek. Štvrtý dôvod sa spája s predchádzajúcim, týka sa sťažností pacientov na ich lekárov. Sťažnosti sa netýkajú odbornej stránky, nedostatku medicínskych znalostí či vedomostí, ale nedostatkov v komunikácii s ľuďmi. Týka sa to predovšetkým necitlivého prístupu k chorému, nezaujím o problémy chorého, neopatrné vyjadrovanie sa, či neochota načúvať pacientovi. Chorý človek je viac citlivý na to, čo mu lekár hovorí, a ako to hovorí. To je zdrojom konfliktov a lekár sa dostáva do komunikačnej pasce. Pacient pri komunikácii s lekárom musí nadobudnúť pocit rešpektu zo strany lekára, lekár by mal rešpektovať tieto zásady: autonómiu pacienta (dodržiavanie jeho všeobecných ľudských práv, práv ako pacienta, jeho dôstojnosť, slobodu a možnosť sa spolupodieľať na liečbe), non-maleficiencie (neškodiť osobe pacienta fyzicky či psychicky, dodržiavať mlčanlivosť, ochranu údajov, v pravý čas odoslať pacienta k špecialistovi, ak si to vyžaduje jeho stav), beneficencie (snažiť sa nájsť najlepšiu liečbu a zohľadňovať kvalitu pacientovho života), spravodlivosti (ekvity – zaistiť rovnosť medzi pacientmi, s ohľadom na diagnózu, stupeň ochorenia, vek, pacientov pocit spravodlivosti pri rozhodnutí lekára, ako aj naliehavosť riešenia) (Ptáček a kol., 2011, s. 200).

Skutočnosť, že komunikácia s lekárom, spôsob akým lekár od začiatku rozpráva a ako sa počas stretnutia k pacientovi správa, svedčí aj spokojnosť (nespokojnosť) jeho pacientov.¹

¹ Štúdiá prevedená doktorom Petrom Maguire v Manchestri zisťovala spokojnosť pacientov, ktorých vypočúvali študenti medicíny. Štúdiá zisťovala, aké schopnosti pacienti uprednostňujú u študentov, ktorí im kladli otázky. Väčši-

Správna (vhodná) komunikácia vo vzťahu lekára a pacienta je nevyhnutná kvôli lepšej starostlivosti o pacientov. Lekári, ktorí komunikujú s pacientmi vhodne, určia správnu diagnózu. Vhodné komunikačné zručnosti im umožňujú zozbierať informácie o pacientových problémoch, ktoré sú zrozumiteľné, preukázateľné a presné. Lekári, ktorí prešli komunikačným tréningom lepšie určili psychiatrickú diagnózu u svojich pacientov v porovnaní s tými, ktorí sa tréningu nezúčastnili, určili aj emocionálne utrpenie u pacientov, mali pacientov, ktorí boli spokojní so starostlivosťou, ktorá im bola poskytovaná a menej sa zaoberali svojimi problémami, pacienti ich rady nasledovali a súhlasili s nimi. Je taktiež dokázané, že vhodná komunikácia môže mať pozitívny vplyv na pacientov fyzický stav a na krvný tlak (Llyold – Bor, 1996, s. 3 – 4). Svedčí o tom aj ďalšia štúdia, ktorá dokázala, že pacienti, ktorí mohli vyjadriť svoje obavy o svoj zdravotný stav, mali väčší pokles krvného tlaku ako tí, ktorí túto možnosť nedostali. Dôležité je uvedomiť si skutočnosť, že komunikácia predstavuje dialóg, rozhovor medzi dvomi ľuďmi, na to by lekár nemal zabúdať. Pacientovi by mal byť vytvorený priestor na vyjadrenie a pýtanie sa. Lekár by mal efektívne komunikovať a pacientovi tento priestor na jeho vyjadrenie sa poskytnúť. Dnes nie je problém nájsť nevhodnú komunikáciu medzi lekárom a pacientom. Štúdia na Floride porovnávala názory odborníkov (pôrodníkov), ktorí boli obvinení zo zanedbania povinnej zdravotnej starostlivosti s odborníkmi, ktorých pacienti neobvinili. Bolo zistené, že pacienti sa sťažovali skôr na aspekty komunikácie s lekárom, ako na technické aspekty poskytnutej starostlivosti. Najčastejšie sťažnosti sa týkali toho, že lekári im nepodali informácie, nevypočuli ich, nepreukázali voči pacientovi rešpekt, či dokonca prejavili nedostatočný záujem o pacienta (Llyod – Bor, 1996, s. 4).

Pacienti sa teda častejšie sťažujú na spôsob, akým s nimi lekár komunikuje a koľko informácii im poskytne. Dokazuje to aj nasledujúci prípad. Správa z výskumu uskutočneného v Británii zahŕňa aj slová pacientky trpiacej na rakovinu: „Povedali mi len, že pôjdem na mastektómiu. Žiadna voľba, ani vysvetlenie. Nediskutujú veľmi s pacientmi. Uprednostnila by som, keby mi vysvetlili viac.“ (Llyod – Bor, 1996, s. 4).

Je veľmi dôležité, aby sa lekár vcítil do pozície pacienta, pre ktorého nie je všetko tak samozrejmé, jasné a už vôbec nie, ak sa jedná o vážne ochorenie, kde sú prítomné obavy a pocity ako strach, neistota, beznádej a iné. Pacient nemôže dôverovať lekárovi a spolupracovať na liečbe, ak lekár neprejaví svoje city – vlídnosť, úctu, rešpekt a empatiu.

Súhlasím s názorom, že v závere každého stretnutia lekára s pacientom, by sa mal lekár presvedčiť, že mu pacient dobre porozumel, že chápe svoj zdravotný problém, ako ho možno riešiť, aké sú opatrenia a prečo sú tieto opatrenia potrebné. „Pacient by si mal zo stretnutia s lekárom odnášať nie len dostatok informácii, ale taktiež pocit dôvery“ (Ptáček a kol., 2011, s. 198).

Svenaesus si v spojitosti s komunikáciou kladie otázku či empatia patrí k etickej komunikácii? Predstavuje empatia len aktuálny emočný prejav alebo trvalejší záujem? Môžeme empatiu považovať za osobnostný rys alebo reálnu a nevyhnutnú súčasť správania lekára? Už Aristoteles poskytol svojim konceptom praktickej múdrosti (phronésis) podnet na zamyslenie. Phronésis nepredstavuje len schopnosť rozhodnúť sa pre uskutočnenie a dosiahnutie nejakého cieľa, znamená i schopnosť predvídať pozitívny koniec nášho úsilia a nášho záujmu o dobro každého človeka (Ptáček a kol., 2014, s. 41).

Aj podľa Anscombe by sme sa mali vrátiť naspäť k Aristotelovskej etike, k jeho pohľadu, kde normy nie sú založené formalisticky. Naopak, sú založené na koncepcii „rozkvetu“ ľudskej prosperosti s cnosťou v jej centre, ktoré morálnej filozofii poskytujú jedinú nádej pre udržanie jej jediného významu (Crisp, 1998, s.1). Lekár by sa mal usilovať o to, aby bol pacientovi prospešný i prostredníctvom ich vzájomnej komunikácie, kedy je to práve on, ktorý vystupuje v roli odborníka a dôverníka.

Podľa Irwina, existuje kontrast medzi etikou cnosti modernou a antickou. Otázka, ako by som mal žiť by bola vyjadrená a zodpovedaná pomocou pojmu cnosti (areté, excellence), čo predstavuje dokonalosť (Crisp, 1998, s. 3).

na z pacientov sa zhodla na týchto vlastnostiach a prejavoch, ktoré sa im u študentov páčili: študenti boli prívetiví a sympatickí, ľahko sa s nimi komunikovalo (jednoduchá komunikácia), v úvode rozhovoru sa predstavili, vystupovali sebaisto, boli schopní vypočuť pacienta a reagovať na jeho verbálne prejavy (otázky a pod.), pýtali sa ľahko zrozumiteľné otázky a neopakovali sa (Llyold a Bor, 1996, s. 3).

Myslím si, že v každom povolání by mal človek smerovať k akémusi dokonalému ideálu, ktorý by mi mal byť príkladom hodným nasledovania. Na to, aby sme sa aspoň priblížili k ideálu, musíme mať predstavu o tom, kto sa za ideálneho považuje a kto nie.

Irwin poukazuje, že rôzne sociálne roly, požadujú rôzne cnosti a niekto môže mať jednu cnosť, pričom iná mu chýba a pod. Sociálne roly požadujú rôzne cnosti, niektoré cnosti môžu byť dokonca zlé pre človeka, ktorý ich vlastní, tým, že sú intuitívne – vyžadujú intuitívne riešenie, ale nevyžadujú rozumové vedomosti (Crisp, 1998, s.3). Etika cnosti by mala presne zadefinovať, ktoré cnosti sa požadujú od lekárov, aby sa približovali k ideálu? Taktiež by nám malo byť jasné, ktoré charakterové črty sú nevhodné v povahe lekára, lebo môžu viesť k vytvoreniu negatívneho vzťahu medzi lekárom a pacientom a následne aj k nevhodnému a neúspešnému liečeniu.² Podobne by bolo vhodné presne určiť komunikačné zručnosti, ktorými by mali lekári disponovať, a ako ich môžu získať, ale aj to, čomu by sa v komunikácii mali vyhnúť, aby predišli komunikačným chybám. Práve to je cieľom komunikačných tréningov.

Odborná príprava na to, aby sa niekto stal lekárom v sebe zahŕňa získanie vedomostí, zručností a správnych postojov. Študenti získajú vhodné postoje pomocou asimilácie – sledovaním a napodobňovaním správania svojich učiteľov. Ale ani to ešte nemusí zaručiť, že takýto lekár bude mať dobré komunikačné vlastnosti. Platí teda, že samotná prax nepostačuje a potrebný je formálny tréning komunikačných zručností. Dokazujú to i prevedené štúdie. V roku 1970 bolo uskutočnených niekoľko štúdií u študentov medicíny počas ich 4-ročnej praxe na psychiatrii. Štúdia zistila, že pred tréningom mali študenti problém získať od pacientov informácie o ich predošlej anamnéze. Medzi významné problémy patrilo napríklad to, že: študenti nezískali od pacienta dôležité informácie, zabudli zistiť, ako vplývajú problémy pacienta na samotného pacienta, ale aj na iných členov jeho rodiny, zlyhali pri pozorovaní verbálnych i neverbálnych signálov pacienta, niektorí boli z vyšetovania znudení a pod. (Llyold – Bor, 1996, s. 4 – 5). Súčasťou štúdie bolo aj rozdelenie študentov na kontrolnú skupinu a „feedback“ skupinu. Za pätnásť minút mali obe skupiny získať informácie o predošlej anamnéze pacienta. Počas rozhovorov medzi študentmi a pacientmi, mali študenti zapisovať odpovede pacientov. „Feedback“ skupina mala ešte vypočuť dvoch pacientov navyše. Všetky rozhovory boli nahrané na video. Študenti potom videá s rozhovormi videli, rozobrali a porovnali s inštrukciami, ktoré v úvode dostali. Nakoniec obe skupiny urobili posledné rozhovory s pacientmi, ktoré boli opäť nahrané na video. Tieto rozhovory, ako aj rozhovory pred tréningom, boli hodnotené „zaslepeným“ psychológom, ktorý nevedel do ktorej zo skupín, študenti patria. Štúdiou sa zistilo, že študenti, ktorí mali „feedback“ tréning boli pri komunikácii s pacientmi úspešnejší. Pri porovnaní s kontrolnou skupinou získali tri krát viac relevantných a presných informácií o pacientovom zdravotnom probléme. Rovnako získali lepšie hodnotenie od pacientov. Rovnaké štúdie boli urobené aj u iných pracovníkov a dokázali, že tí ktorí mali tréning sú lepší v komunikácii s pacientmi, ako netrénovaní pracovníci. Otázkou zostáva, či zručnosti získané pri tréningu pretrvávajú, alebo sa po čase vytratia? Aj preto boli podobné štúdie uskutočnené o štyri a šesť rokov neskôr. Zistilo sa, že študenti, ktorých nahrávali na video ešte stále mali získané zručnosti: boli empatickejší, viac sebaistí pri vyšetovaní a vypočúvaní pacienta, mali lepšie komunikačné zručnosti, boli otvorení pri pýtaní sa a odpovedaní na verbálne signály pacientov (Llyold – Bor, 1996, s. 5).

V tejto súvislosti možno konštatovať, že komunikačné zručnosti môžu byť naučené a lekárom, ktorí komunikačný tréning podstúpia získané vlastnosti pretrvávajú aj neskôr. Komunikačný tréning pre efektívnu komunikáciu v medicínskej praxi svoj význam má. Vynára sa nám na tomto mieste otázka, ako možno rozvíjať komunikačné zručnosti aj naďalej, po tréningu, aby sa stali rutinou lekára?

² Pre pracovníkov v oblasti zdravotníctva existujú tzv. etické cnosti zdravotníkov, medzi ktoré patria dobročinnosť, úprimnosť, rešpekt, priateľskosť a spravodlivosť (Drane, 1988). Taktiež sem možno zaradiť podľa Pellegrina a Thomasa (1993) súcit, phronésis – praktický rozum, statočnosť, sebavedomie, striedmosť, čestnosť, sebazaprenie. V zdravotníckej oblasti a práci s mentálne chorými by mali poskytovatelia zdravotnej starostlivosti podľa Dyera vlastníť cnosti, akými sú napr. dôveryhodnosť, rešpektovať súkromné informácie. Christianson hovorí, že zdravotníkom by nemal chýbať súcit, poctivosť, spoľahlivosť, pokora (skromnosť). Podľa Beauchampa vrúcnosť, citlivosť, oddanosť. Podľa Dickensona a Fulforda húževnatosť, pokora, skromnosť, poníženosť. Podľa Fräsera a Crowdena praktický rozum = phronésis. A starostlivosť (care) podľa Blocha a Greena (Walker – Ivanhoe, 2007, s. 114).

Naučiť sa komunikačné zručnosti je odlišné od naučenia sa úkonov, akým je napríklad zmeranie krvného tlaku. Predmety zamerané na rozvoj komunikačných zručností, ktoré sú dnes zaradené do učebných osnov (na väčšine medicínskych škôl) umožňujú zlepšenie komunikácie s pacientom. Komunikačný tréning umožňuje spoznať tieto zručnosti a precvičiť si ich na spolužiakoch alebo „simulujúcich“ pacientoch, kedy sa naučia získať od pacienta predchádzajúce diagnózy, alebo sa ocitnú v zložitej situácii, keď musia pacientovi diagnostikovať a oznámiť onkologické ochorenie, alebo v hocikakej inej situácii, ktorá sa môže javiť ako zložitá pre lekárov i pacientov. Nie je ľahké sa s takouto situáciou vyrovnávať, je potrebný tréning, nacvičiť si to a spoznať svoje pocity a postoje k týmto problémom. Veľkou podporou je „podporujúce“ prostredie počas tréningu. Práca Petra Maguirea dokazuje, že študenti najlepšie nadobudnú komunikačné zručnosti za podmienok, kedy študenti dostanú písomné inštrukcie a informácie, ktoré zručnosti počas tréningu získajú a ako ich môžu využiť, dostanú príležitosť precvičiť si tieto zručnosti so simulujúcimi pacientmi (pod kontrolou), získajú „feedback“ o ich výkone (video nahrávku) a budú schopní diskutovať o svojom výkone s ich tútorom. Mnoho študentov a dnes aj skúsených odborníkov (lekárov) si možno povie, že komunikačné semináre nie sú pre mňa. Myslia si, že ich nepotrebujú, alebo by to bola pre nich strata času. Avšak štúdia prevedená u medicínskych študentov ukazuje, že aj tí najsebavedomejší, zvyknú byť najmenej kompetentní v komunikácii s pacientmi. Učenie sa musí odohrať „v procese“ a o tom je komunikačný tréning (Llyold – Bor, 1996, s. 6).

Opäť sa nám len potvrdzuje, že by bolo vhodné zaradiť komunikačné tréningy už počas štúdia do učebných osnov, zároveň opakovať tieto komunikačné tréningy počas vykonávania samotnej odbornej medicínskej praxe, už vo funkcii lekára a utvrdiť sa vo svojej schopnosti efektívne komunikovať. Výhodou by bolo, keby tieto tréningy boli povinné.

Komunikácia zameraná na pacienta dnes predstavuje problém i kvôli nedostatku času, ktorý má lekár pre pacienta vyčlenený. Ak je to možné, lekár by mal čas venovaný pacientovi rozvrhnúť tak, aby pacient pocítil záujem lekára o jeho osobu, mali by riešiť ochorenie pacienta v širších súvislostiach. Mnohokrát majú pacienti po príchode do ambulancie strach a obavy. Úlohou lekára je navodiť atmosféru, kedy bude pacient cítiť záujem a podporu lekára, nie aroganciu či odpor. Komunikácia by mala byť zameraná výlučne na pacienta, ktorý by mal opúšťať ambulanciu spokojný (čo sa týka komunikácie s lekárom).

O komunikácii orientovanej na pacienta sa dá uvažovať dvomi spôsobmi. Prvým je inštrumentálne uvažovanie o komunikácii, ako o prostriedku k dosiahnutiu vzdialenejších cieľov. Ide o citlivú komunikáciu, čo sa prejavuje napríklad vo zvýšenej účinnosti liečby, pacient sa spolupodieľa na liečbe, pričom dochádza k zlepšovaniu jeho zdravotného stavu. Druhým spôsobom je uvažovanie o komunikácii, ako o jave, ktorý má tak pre lekára, ako aj pre pacienta hodnotu sám o sebe. Ide o akýsi eticko-mravný pohľad, ktorý má podporu tak u lekárov, ako aj u pacientov. V komunikácii medzi lekárom a pacientom ide o ľudské (humánne) stretnutie, v ktorom jeden zo zúčastnených (pacient) je v núdzi. Snaží sa prekonať zložitú zdravotnú (mnohokrát psychickú, osobnú) situáciu. V tejto situácii je hlavnou povinnosťou lekára byť s pacientom, komunikovať s pacientom tak, aby dodal pacientovi nádej, silu a poskytol riešenie jeho problému (možnú liečbu). Vo vzťahu lekára a pacienta, kvalitná komunikácia neodzrkadľuje len lekárovi nadanie či vlohy. Nemožno ani povedať, že niekomu je „dané“ komunikovať s ľuďmi a iným nie. Ide predovšetkým o schopnosť komunikovať, ktorá sa dá nacvičiť, podobne ako iné schopnosti (Ptáček a kol., 2011, s. 199).

Hertzberg a Bedney rozdelili lekárov do piatich kategórií podľa komunikačných problémov.³ Niektorí lekári by sa mali naučiť komunikovať s pacientmi a lepšie vysvetľovať (popísať diagnózu). Väč-

³ Prvú skupinu tvoria lekári, ktorí popisujú existenciu problému v komunikácii (nie je ich veľa), druhú skupinu tvoria lekári, ktorí naozaj vhodne komunikujú (tvoria menšinu), treťou skupinou sú lekári, ktorí veria, že všetci ostatní lekári majú komunikačný problém, ale oni tvoria výnimku (veľká skupina), štvrtú skupinu tvoria tí, ktorí komunikujú „celkom“ dobre (spôsob, ako sa zlepšiť v komunikačných zručnostiach však nie je na ich zozname povinností – je ich väčšina), poslednú skupinu tvoria lekári, ktorí uznávajú potrebu zlepšiť sa v komunikácii, je ich malá skupina. Potreba zlepšiť sa v komunikačných zručnostiach je nevyhnutná. Súhlasím s autorom, že komunikácia lekára a pacienta, nezahŕňa len interakciu medzi lekárom a pacientom. Dokonca aj komunikácia vo vzťahu lekár a lekár (kolega) si dnes vyžaduje revitalizáciu, ale na to v mojom príspevku nie je vytvorený priestor. V komunikácii s pacientom sa lekári niekedy obávajú, pretože sa od nich očakáva, že by mali byť veľmi presní. Často krát zabúdajú na to, že pravda je

šina lekárov sa musí naučiť aktívne počúvať a klásť správne otázky. Lekári by predovšetkým mali chcieť hovoriť a odolávať komunikačným zábránam, či rezistencii (odporu), že niečo povedia nevhodne, že budú odhalení a označení ako nekompetentní, že ich pacient správne nepochopí, že spôsobia pacientovi stres a pod. Existuje veľa prípadov, jedným z vážnych je aj ich obava, že urobia pre pacienta viac ako treba (Hertzberg a Bedney, 2002, s. 129).

Na druhej strane, správnym rozhovorom získa lekár dôležité informácie od pacienta. Všetko je ľahšie pochopiteľné, vysvetlené, je na to vytvorený časový priestor a pacientove obavy sa tak zmierňujú. Komunikácia týmto spôsobom urobí z pacienta trpiaceho chorobou viac- osobu.

Podľa Llyolda a Bora je vhodná komunikácia s pacientom dôležitá, pretože pacientovi poskytujú lepšiu starostlivosť (Llyold – Bor, 1996, s. 4). Pokiaľ lekár dokáže vybudovať dobrý vzťah s pacientom, vzťah ktorý je založený na dôvere, uľahčí to obom stranám komunikovať o citlivých, psychicky náročných a mnohokrát i nepriaznivých témach. Výskumy i prax samotná ukazujú, že pri vytváraní pozitívneho vzťahu medzi lekárom a pacientom, pomáha starostlivosť orientovaná na pacienta (na jeho osobu) – nie na chorobu. Do popredia teda vystupuje chorý človek-pacient, pohľad chorého na ochorenie a jeho ťažkosti, informácie o tom, ako ochorenie ovplyvňuje rodinu, prácu či osobný život. Lekár nazerá na pacienta ako na partnera (Ptáček a kol., 2011, s. 202 – 203).

Lekár si nemôže len plniť svoju povinnosť- liečiť, ale mal by sa otvoriť pred pacientom aj z inej ako odbornej stránky, nemal by liečiť len chorobu ale aj dušu pacienta. Pacient potrebuje cítiť záujem lekára a uistiť sa, že mu môže dôverovať. Počas komunikácie a stretnutia v ambulancii sa zverí lekárovi so súkromnými informáciami. Dnes sa pacient chce podieľať na liečbe, diskutovať o možnostiach, alternatívach liečby, chce o sebe sám rozhodovať. Lekár by to mal rešpektovať a poskytnúť mu na to priestor.

Možno, že vývoj účinnejších liekov a operácie robia úlohu lekára menej osobnou. Isté vniknutie poisťovní a štátnych platcov urobili liečbu cenovo dostupnou, no tiež znížili bezprostrednosť vzťahu medzi tým, čo bolo predtým, kedy bol vzťah len medzi lekárom a pacientom a žiadnou inou treťou stranou. Niet divu, že súčasní pozorovatelia sa snažili reinterpretovať a zmeniť vzťah lekára a pacienta vzhľadom k tomuto vývoju. Dnes potrebujeme vzťah medzi lekárom a pacientom, ktorý najlepšie zodpovedá potrebám lekára, pacienta a komunity. Pellegrino a Thomasma oživilí koncept dobročinného vzťahu medzi pacientom a lekárom. Kritiky prvých variantov tohto modelu mali spoločné to, že ho označovali za istý druh paternalizmu, v ktorom lekár diagnostikuje a lieči podľa toho, v čo on verí, že je dobré pre pacienta. Model Pellegrina a Thomasma, modelu *beneficence – in-trust*, keď sa lekár a pacient spoja vo vzájomnej snahe vyhovieť potrebám pacienta. Lekár vykoná „správny a dobrý čin“ v mene pacienta. Čin je dobrý, ak je vedecky správny a medicínsky platný. Čin je dobrý, len v prípade, že spĺňa potreby pacienta v konkrétnej situácii, podľa hodnôt pacienta. Preto je dobrý čin lekára aj morálnym činom, s cieľom obnoviť zdravie pacienta. Zdravie sa považuje za obchodovateľný tovar, ktorý sa môže pohybovať raz hore a inokedy dole, v hierarchii hodnôt, ako ho vníma pacient. V tomto vzťahovom modeli, liečebné procedúry nie sú ani predpísané, ani zadržané bez toho, aby neboli konzultované s pacientom. Tento *beneficence – in-trust* model nepotláča autonómiu pacienta a určite nehľasa paternalizmus. To potvrdzuje skutočnosť, že pacienti, v ich stave choroby a nedostatku vedomostí, sú stále autonómny bytosťami. Tento vzťahový model sa vyhýba paternalizmu aj tým, že trvá na dobročinnosti a dôvere, čo vyplýva zo samotného názvu. Tento dôverný vzťahový model závisí na znovu zdôraznení etiky cnosti, viac než etiky pravidiel a práv. Dobročinný vzťah, založený na dôvere, umožňuje diskusiu a opiera sa o koncepciu zaoberania sa celým človekom, vrátane jeho potrieb a hodnôt. Táto koncepcia sa vyhýba paternalizmu aj tým, že kombinuje princíp dobročinnosti s rešpektom a smeruje k autonómii pacienta. *Beneficence – in-trust* znamená, že lekári a pacienti vydržia vo vzájomnej dôvere, s cieľom konať čo najlepšie pre dobro oboch v ich vzájomnom terapeutickom vzťahu (Donovan, 2000, s. 17 – 19).

Záver

Etika cnosti vyžaduje od konajúceho vysokú úroveň morálneho vývoja, aby bol konajúci schopný sám rozlišovať a zdôvodňovať, čo je správny čin a čo nie je. Dnes je dôležité, aby si lekár vedel priznať, či komunikuje s pacientom vhodne alebo nie. V medicínskej praxi možno hovoriť v tejto súvislosti o skúsených lekároch, o lekároch sebakritických, ktorí budú sústavne pracovať na svojom profesijnom raste, a nezabudnú pritom na etiku a oblasti komunikačných zručností. Základom každého vzťahu aj medzi lekárom a pacientom je komunikácia, cnostný lekár by mal neustále pracovať i na svojich komunikačných zručnostiach. Cnostní lekári, budú na problémy nazerať aj z pohľadu etiky, pretože dnes zdravotný problém je zároveň aj etickým problémom. Podstatné je, aby samotným lekárom záležalo na ich zdokonaľovaní sa tak po stránke odbornej, ako aj humánnej – ktorá sa prejavuje cez komunikáciu. Možno by sme sa na záver mali zamyslieť, či aj dnes platí výrok Senecu: „*Lekárovi platíme za liečbu, ale za srdce mu zostávame dlžní.*“

Literatúra:

- CRISP, R.: How Should One Live? Essays on the Virtues, Oxford: Oxford University Press 1998. 272 s.
- DONOVAN, G. K.: The Physician-Patient Relationship. In: Thomasma, D. C. – Kissell J.L.: The Health Care Professional as Friend and Healer: Building on the Work of Edmund D. Pellegrino, Washington, DC: Georgetown University Press 2000, s. 13 – 23.
- HERTZBERG, M. A. – BEDNEY, S.: The Most Unhealthy Relationship of All: A Guide to Better Doctor - Patient Communication, New York: Marquee 1 2002. 167 s.
- KANT, I.: Kritika praktického rozumu, Bratislava: Spektrum 1990. 184 s.
- LLYOLD, M. – BOR, R. et al.: Communication skills for medicine. New York: Churchill Livingstone 1996. 190 s.
- PTÁČEK, R., Bartůněk, P. a kol.: Etika a komunikace v medicíne. Edice celoživotného vzdelávani ČLK. Praha: Grada Publishing a.s. 2011. 528 s.
- PTÁČEK, R., Bartůněk, P. a kol.: Etika a komunikace v medicíne. Edice celoživotného vzdelávani ČLK. Praha: Grada Publishing a.s. 2014. 517 s.
- RADDEN, J.: Virtue Ethics as Professional Ethics: The Case of Psychiatry. In: Walker, R. L. – Ivanhoe, P. J.: Working Virtue Virtue Ethics and Contemporary Moral Problems, Oxford England: Clarendon 2007, s. 113 – 135.