

**UNIVERZITA PAVLA JOZEFA ŠAFÁRIKA V KOŠICIACH**  
**Lekárska fakulta**



**KOMUNIKÁCIA V ZDRAVOTNÍCKEJ  
PRAXI**

**Renáta SUCHANOVÁ**  
**Lucia DIMUNOVÁ**

**Košice 2020**

## **Komunikácia v zdravotníckej praxi**

*Vysokoškolská učebnica*

### **Autorky:**

PhDr. Renáta Suchanová, PhD.

doc. PhDr. Lucia Dimunová, PhD.

*Ústav ošetrovateľstva, Lekárska fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika  
v Košiciach*

### **Recenzenti:**

PhDr. Ilona Plevová, PhD.

*Ústav ošetrovateľství a porodní asistence, Lékařská fakulta, Ostravská  
univerzita.*

doc. PaedDr. PhDr. Viera Simočková, PhD.

*Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita  
v Ružomberku.*

Tento text je publikovaný pod licenciou Creative Commons 4.0 - Attribution CC BY NC ND Creative Commons Attribution –NonCommercial - No-derivates 4.0 („Uveďte pôvod – Nepoužívajte komerčne - Nespracováajte“)



Za odbornú a jazykovú stránku vysokoškolskej učebnice zodpovedajú autorky.  
Rukopis neprešiel redakčnou ani jazykovou úpravou.

Umiestnenie: [www.unibook.upjs.sk](http://www.unibook.upjs.sk)

Dostupné od: 30.12.2020

ISBN 978-80-8152-958-0 (e-publikácia)

## **Predhovor**

Predkladaná vysokoškolská učebnica je zameraná na problematiku komunikácie v zdravotníckej praxi. Je určená predovšetkým poslucháčom študijných odborov všeobecného lekárstva a ošetrovateľstva, ale aj pre poslucháčov iných zdravotníckych študijných odborov, ktorí z nej môžu čerpať. Komunikovať a pristupovať k človeku, ktorý je v neľahkej situácii, trápí sa, má bolesť, prežíva strach, úzkosť či hnev, nie je jednoduché. Využívanie špecifických komunikačných zručností zdravotníckych pracovníkov ovplyvňuje významným spôsobom prežívanie a správanie pacienta. Uplatňované komunikačné zručnosti a prístup k pacientovi majú výrazný vplyv na to, ako zvláda liečbu a ako počas nej spolupracuje. Kvalita vzťahu, prístupu a komunikácie ovplyvňuje mieru jeho stresu či obáv a podstatným spôsobom určuje aj mieru spokojnosti s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou.

Predkladaná publikácia má poslúžiť študentom k poznaniu, pochopeniu a porozumeniu psychického stavu chorého človeka. Jeho subjektivite, potrebám, postojom, správaniu, ale i prežívaniu choroby. Pozornosť je venovaná budovaniu vzťahu medzi zdravotníckym pracovníkom a pacientom s dôrazom na rešpekt, úctu, porozumenie a nádej v komunikácii, ktoré považujeme za kľúčové aspekty humanizácie v zdravotníckej praxi. Dôraz kladieme na efektívne komunikačné zručnosti a postupy v interakcii s pacientom, ako aj na uplatňovanie empatie a proaktívneho prístupu. Keď sa nám podarí osvojiť si efektívne komunikačné zručnosti, podarí sa nám zároveň zvýšiť dôveru našich pacientov a znížiť riziko nedorozumení, čo v konečnom dôsledku znamená aj šetrenie nášho času a zníženie rizika vyhorenia.

Prajeme všetkým študentom príjemne strávený čas pri osvojovaní si, ako aj nácviku efektívnych komunikačných zručností a veríme, že vám pomôžu získať si úctu a rešpekt vašich pacientov.

*Renáta Suchanová*

## Obsah

1 Choroba v prežívaní človeka ( <i>R. Suchanová</i> ) .....	6
1.1 Mechanizmy psychickej adaptácie .....	14
1.2 Bolesť, strach a úzkosť ako súčasť ochorenia .....	17
1.3 Efektívne spôsoby prístupu a komunikácie k pacientom s úzkosťou a strachom .....	24
1.3.1 Aspekty psychoterapeutického prístupu a komunikácie .....	26
1.3.2 Psychoterapeutické komunikačné techniky.....	29
1.4 Osobnosť pacienta .....	31
2 Budovanie vzťahu medzi zdravotníckym pracovníkom a pacientom ( <i>L. Dimunová</i> ) .....	36
2.1 Partnerský verzus mocenský prístup v zdravotníckej praxi.....	38
2.1.1 Rešpekt a úcta ako základný postoj v komunikácii a vo vzťahu k pacientovi.....	40
2.1.2 Autorita a pravdivosť v komunikácii s pacientom.....	43
2.1.3 Porozumenie a nádej v komunikácii s pacientom .....	45
2.2 Terapeutická komunikácia s pacientom .....	47
2.3 Postavenie rozhovoru v zdravotníckej praxi.....	50
2.3.1 Typy rozhovorov .....	52
2.3.2 Nedirektívny empatický rozhovor .....	57
3 Efektívne komunikačné zručnosti a postupy v interakcii s pacientom ( <i>R. Suchanová</i> ) .....	60
3.1 Vidím (počujem Vás), že... (popis, konštatovanie) .....	61
3.2 Informácia (odovzdanie, oznámenie).....	65
3.3 Vyjadrenie vlastných cieľov a očakávaní zdravotníckeho pracovníka. Možnosť voľby pre pacienta. ....	67
3.4 Priestor pre spoluúčasť a aktivitu pacienta .....	69
3.5 Komunikačné stratégie na zvládanie negatívnych emócií .....	70

3.5.1 Bagatelizovanie, popieranie a porovnávanie .....	73
3.6 Vplyv negatívnych emócií na rozumovú zložku psychiky pacienta .....	74
3.6.1 Čo sa stalo? (vypytyvanie sa). Mali by ste... (rady). Musíte pochopiť, že... (objektívizácia, poučovanie, vysvetľovanie) .....	76
3.7 Nákazlivosť (prenášanie) emócií v komunikácii s pacientom.....	79
4 Empatia v komunikácii zdravotníckych pracovníkov ( <i>R. Suchanová</i> ) .....	84
4.1 Zložky empatickej reakcie.....	86
4.2 Uplatňovanie empatických postupov v zdravotníckej praxi .....	89
4.3 Ovládanie negatívnych emócií u zdravotníckych pracovníkov .....	94
4.4 Proaktívny prístup v interakcii k pacientom.....	100
4.5 Zhrnutie princípov efektívnej komunikácie v zdravotníckej praxi.....	102

## **1 Choroba v prežívaní človeka (R. Suchanová)**

Komunikácia v zdravotníckej praxi je v mnohých aspektoch veľmi špecifická. Ovplyvnená je predovšetkým chorobou, ktorú človek mnohokrát intenzívne prežíva. Choroba je pre človeka v danom okamihu záťaž, ktorá prináša rôznorodé problémy a komplikácie. Stáva sa tzv. nepriaznivou situáciou, ktorá môže neraz prerásť až do životnej krízy. Stále častejšie sa v posledných desaťročiach začína tematizovať rozdiel medzi chorobou (disease) a nemocou (illness). Tieto dve slová intuitívne odlišujú dva aspekty zdravotného stavu: chorobu, ako súbor špecifických príznakov a nemoc, ako nešpecifické príznaky, v popredí ktorých je fakt chýbania moci nad sebou (nemoc). Je možné, že označuje aj jemnú hranicu medzi prácou lekára a sestry. Dominantnejším záujmom lekára je človek a jeho choroba a hlavnou náplňou práce sestry je človek a jeho nemoc. Choroba je to, čo je danému orgánu, nemoc je to, čo má človek. Ako konštatujú niektorí autori, nemoc je to, s čím človek do ordinácie prichádza, choroba tým, čo mu je, keď od lekára odchádza. Ide o dve rôzne veci, ku ktorým je dôležité i rôzne pristupovať. Práve z tohto mnohokrát pramení celý rad sťažností pacientov na lekára: „Tomu lekárovi akoby nešlo o nič iné, len o moje obličky. Ja ho vôbec nezaujímam.“ Chorobu pacient vníma iba ako slovo, označenie, a až to, čo sa o nej dozvedá, ho naplňa emóciami. Nemoc ho oslovuje bezprostredne: znepríjemňuje mu život, prináša mu nepríjemné zmyslové zážitky, predovšetkým bolesť, obmedzenie pohybu, jedla, návykov a pôžitkov. Niektorí odborníci vidia rozdiel medzi chorobou a nemocou v tom, že nemoc je považovaná za súbor príznakov u konkrétneho človeka, zatiaľ čo pri chorobe ide o abstraktné vymenovanie príznakov, ktoré by mali byť prítomné pre stanovenie diagnózy. Iní chorobu chápu ako abnormalitu a nemoc (zdravotná nepohoda), ktorá je podľa nich charakterizovaná negatívnou emocionálnou kvalitou. Vysvetľujú, že oboje, choroba i nemoc, býva neoddeliteľne spojená, pretože sa spravidla vyskytuje súčasne. Choroba obvykle predchádza nemoci a slabnúce príznaky nemoci môžu znamenať ústup choroby. Niekedy sa môže stať, že sa jedna vyskytne bez druhej. Nie je nijako výnimočné, že človek je postihnutý chorobou a nemá pocity nemoci. Človek môže mať vysoký krvný tlak alebo aj niektoré formy

rakoviny a dlho o nich nevedieť, nebyť „nemocný“. Rovnako tak aj na druhej strane, napríklad somatoformné poruchy môžu vykazovať bohatú škálu príznakov bez klinických nálezov. Vzťah medzi chorobou a nemocou nie je teda jednoduchý, ani jednosmerný. Obvyklejšie je, že choroba predchádza nemoc, ale nemusí to tak byť vo všetkých prípadoch. Môže tiež dochádzať k zacykleniu. Choroba síce spôsobuje nemoc, nemoc zhoršuje chorobu a tá opäť pôsobí nepriaznivo na nemoc. Ako uvádzajú viacerí autori, lekári neliečia chorobu, liečia pacientov, ktorí chorobu majú. Pacient je človek, ktorý má tak chorobu, ako aj nemoc. Bude mu lepšie len do tej miery, do akej mu vieme pomôcť tak s jeho chorobou, ako aj s nemocou. Hovoríme o tom preto, že pre zdravotnícku prax z komplexného prístupu vyplýva, že jedinec nemôže byť posudzovaný izolovane, ale iba ako celistvá osoba a osobnosť začlenená do určitého sociálneho prostredia. Priebeh ochorenia je veľmi často intenzívne ovplyvnený psychickým stavom pacienta, jeho náladou, obavami, nádejou, znalosťami i neznalosťami priebehu jeho ochorenia, ako aj jeho osobnostnými charakteristikami, pôsobením rodiny, školy, pracoviska i zdravotníckych pracovníkov a spolupacientov. Všetky tieto aspekty sa významne premietajú do správania a komunikácie pacienta so zdravotníckymi pracovníkmi. Každý človek prežíva ochorenie iným spôsobom, odlišne, podľa individuálnych osobnostných rysov aj podľa sociálnej situácie, v ktorej sa práve nachádza. Aby sme pacientovi porozumeli, mohli ho liečiť, ošetrovať a efektívne s ním komunikovať, potrebujeme ho vidieť ako holistickú bytosť.

Postoj pacienta k ochoreniu môže byť rôznorodý, individuálne odlišný. Závisí mnohokrát od spôsobu jeho vyrovnávania sa s náročnou životnou situáciou, ako aj od druhu ochorenia, situácie, podmienok, v ktorých sa práve nachádza. Podľa toho, akú hodnotu má choroba pre pacienta, môžeme postoj k ochoreniu rozdeliť do nasledujúcich skupín:

- **normálny postoj** – pacient je na ochorenie primerane adaptovaný,
- **bagatelizujúci postoj** – pacient podceňuje závažnosť choroby, nelieči a nešetrí sa, navrhované opatrenia nedodržiava,
- **repudiačný postoj** – je charakterizovaný potlačením myšlienok na ochorenie, u pacienta je prítomný prvok strachu,

- **disimulačný postoj** – ide o zámerné skresľovanie ťažkostí, prípadne ich popieranie, ktoré môže mať rôzne motívy, napr. obava pred stratou zamestnania alebo postavenia v práci. Je vždy signálom utajovaného strachu,
- **nozofóbny postoj** – môžeme charakterizovať ako neprimeranú obavu z choroby, kedy sa pacient necháva opakovane vyšetrovať, strieda lekárov. Preceňuje svoje drobné, nevýznamné ťažkosti, obáva sa predovšetkým ťažko liečiteľných ochorení (nádorové ochorenia). Pacient si je do určitej miery vedomý, že jeho obavy sú prehnané, tie sa mu však neustále vnucujú a on sa im nedokáže ubrániť. Môžeme sa stretnúť napr. s karcinofóbiou, kardiofóbiou,
- **hypochondrický postoj** – ide o rôzne pevné presvedčenie pacienta, že trpí vážnou telesnou chorobou, alebo prežívanie ťažkostí ľahšieho ochorenia s intenzívnym zaujatím. Svojim ťažkostiam podlieha, nebojuje s nimi. To, čo je obsahom hypochondrického presvedčenia, je pre pacienta realitou, a je celkom naivné a neprofesionálne mu to vyhovárať,
- **nozofilný postoj** – je prípadom pozitívneho vzťahu k faktu ochorenia (gr. nosos = choroba, filein = milovať), je spojený s uspokojením a s príjemnými stránkami ochorenia. Chorý nemusí plniť svoje povinnosti, okolie sa o neho intenzívnejšie stará, berie sa na neho väčší ohľad. Často sa s ním stretávame u detí,
- **účelový postoj** – vzniká eskaláciou nozofilného postoja, ide o nekorektný prostriedok, pomocou ktorého sa získava nejaký cieľ. Ciele môžu mať rôznu motiváciu a rozličné prejavy. Motiváciou býva najčastejšie: získanie súcitu, snaha vyhnúť sa zodpovednosti, získanie výhod, zvýšenie spoločenskej prestíže. Vonkajšie prejavy účelového postoja môžu byť rôzne:
  - a) **agravácia** – zosilňovanie príznakov ochorenia, zveličovanie. Môže byť **nevedomá**, napr. starý opustený človek zveličuje svoje ťažkosti preto, aby získal kontakt s ľuďmi. **Vedomá, zámerná** – vedomé, úmyselné prehánanie ťažkostí zo strany pacienta, aby si napr. predĺžil pracovnú neschopnosť, pobyt v nemocnici. Agravácia je vždy signálom akéhosi volania o pomoc,



b) **simulácia** – je na rozdiel od agravácie vedomá lož, zámerné predstieranie príznakov ochorenia s cieľom dosiahnuť nejakú výhodu. Má vždy výrazný motív, ktorý vlastne vzbudí podozrenie, napr. žiak sa chce vyhnúť vyučovaniu, dospelý chce získať invalidný dôchodok a pod.,

c) **repudiácia** – je tiež niekedy označovaná za nevedomú disimuláciu.

Lekári a sestry by v komunikácii s pacientom mali byť pripravení na čokoľvek a ich snahou by malo byť kontrolovanie vlastného verbálneho i neverbálneho prejavu. Vyvolávajúcim činiteľom agravácie bývajú často aj neverbálne prejavy lekárov a sestier, ktorými dávajú najavo, že pacientove ťažkosti pokladajú za bezvýznamné. Celý ošetrojúci tím, by preto mal dbať na to, aby správne porozumel správaniu pacienta.

Prístup pacienta k vlastnej chorobe je subjektívny, osobné zážitky sú v centre jeho záujmu a pozornosti a nie sú z hľadiska diagnostiky a terapie zanedbateľným javom. V nedocenení funkcie subjektívneho zážitku ochorenia tkvie mnohokrát psychologické nepochopenie pacienta zo strany zdravotníckeho pracovníka. Subjektívne činitele ochorenia nie je možné zjednodušene redukovať na nepodstatné zážitky, ktoré rýchlo odznejú. Tieto zážitky sú totiž sami symptómami zložitosti vzťahu pacienta k vlastnej chorobe, o to viac, ak ide o závažné ochorenie. Pre chorého človeka je jeho postihnutie či choroba ťažkou životnou situáciou, ktorú sa snaží rôznym spôsobom a rôznymi prostriedkami vyriešiť. S negatívnym vzťahom človeka k ochoreniu by mal zdravotnícky pracovník počítať. Iba v takom prípade bude môcť pochopiť, prečo niekedy pacient odmieta akceptovať lekársku diagnózu, prečo nechce spolupracovať a komunikovať s ošetrojúcim tímom. Lekári a sestry si mnohokrát neuvedomujú fakt, že pacient ešte neprekonal odpor k ochoreniu a bráni sa pred svojou novou rolou chorého človeka. Ochorenie je samo o sebe zvláštnou psychologickou situáciou, ktorá určuje vzťahy a možnosti komunikácie medzi zdravotníckym pracovníkom a pacientom.

V zdravotníckej psychológii sa pri objasňovaní subjektívneho prežívania ochorenia používa pojem – **autoplastický obraz ochorenia**. V ňom môžeme rozlíšiť nasledujúci aspekt:

- **senzitívny** – ide o lokálne prejavy ochorenia (zmena farby pokožky, bolesť a pod.),

- **emocionálny** – lokálne zážitky nie sú neutrálne. Vzbudzujú emócie, ktoré môžu byť negatívne, napr. úzkosť, strach, obava, beznádej, zúfalstvo. V niektorých prípadoch sa stretávame aj s pozitívnymi emóciami, ako je radosť, nádej,
- **vôľový** – vyvolávanie určitej aktivity, úsilia na zdoľovanie ochorenia,
- **racionálny a informačný** – týka sa miery, do akej pacient vyhľadáva informácie o podstate ochorenia, alternatívach liečby a či jeho počínanie má racionálny základ, či je primerané vážnosti ochorenia a pod.

Jednotlivé aspekty autoplastického obrazu nepôsobia oddelene, ale všetky sa vzájomne prelínajú. Závažnosť objektívneho nálezu a subjektívneho prežívania ochorenia nebýva priamoúmerná. Ukazuje sa, že čím je viac funkčných ťažkostí v objektívnom náleze, tým je prežívanie pacienta intenzívnejšie. Autoplastický obraz ochorenia býva podmienený viacerými okolnosťami, ktoré sú aj z hľadiska komunikácie zdravotníckeho pracovníka s pacientom dôležité. Ide o **charakter a štádium ochorenia** (akútny/chronický stav), **druh liečby** (ambulantná/ústavná, konzervatívna/chirurgická), **vek, premorbídnu osobnosť** (t. j. osobnosť, aká bola pred začiatkom ochorenia), **okolnosti**, za ktorých choroba prebieha (neistota a problémy týkajúce sa rodinného života, finančné problémy, miera zavinenia choroby a pod.) a **sociálne postavenie**.

Takmer každé ochorenie pôsobí na človeka nepriaznivo a v mnohých prípadoch ovplyvňuje jeho správanie a reakcie, emočné prejavy, prípadne i niektoré osobnostné rysy. Človek býva náladový, mrzutý, plačlivý, mnohokrát sú prítomné poruchy spánku, nepokoj. Iným spôsobom prežíva situáciu dospelý človek, inak dieťa či jeho rodina. Zmeny v prežívaní v priebehu ochorenia sú závislé na bio-psycho-sociálnych a spirituálnych faktoroch, ktoré ochorenie ovplyvňujú. Akútne či chronické ochorenie, prípadne úraz znamenajú silný zásah do života človeka a jeho najbližších sociálnych vzťahov. To, ako túto náročnú životnú situáciu ľudia prežívajú a ako sa s ňou vyrovnávajú, záleží okrem iných faktorov aj na množstve a kvalite informácií, ktoré o ochorení majú. Dôležitou súčasťou uplatňujúcou sa pri prežívaní ochorenia je tiež sociálne ukotvenie pacienta v rodine, ktoré môže vytvárať bezpečné zázemie a podporu. Medzi ďalšie okolnosti ovplyvňujúce prežívanie ochorenia môžeme zaradiť vlastnú liečebnú a ošetrovateľskú starostlivosť – predovšetkým dôveru

pacienta k lekárom, sestram a zdravotníckemu zariadeniu. Všetky predchádzajúce okolnosti sú vo významnej miere závislé na osobnosti pacienta, pretože človek sám, jeho temperament, postoje a skúsenosti tvoria finálnu podobu toho, ako situáciu vyvolanú chorobou hodnotí, prežíva a ako sa nakoniec správa.

Vážne ochorenie znamená mnohokrát výzvu pre pacienta a jeho najbližších, výzvu na vyrovnanie sa s jeho dôsledkami a obmedzujúcim spôsobom života. Kľúčovú úlohu v tomto prípade zohráva to, ako človek ochorenie vníma a hodnotí z hľadiska ohrozenia jeho bezpečnosti. Človek, ktorý sa cíti byť chorý, sa zároveň cíti byť ohrozený. Chronické, ťažké a nevyliciteľné ochorenie, podobne ako umieranie, predstavuje pre človeka veľkú záťaž a skúšku osobnosti. Týka sa to nielen pacientov a dôležitých osôb z ich života, ale i zdravotníckych pracovníkov, ktorí by mali byť na tieto situácie pripravení predovšetkým z hľadiska adekvátnej profesionálnej a empatickej komunikácie.

Reakcia na závažnú diagnózu býva u chorého človeka ovplyvnená celým radom rôznych faktorov, od veku chorého, priebehu a dĺžky ochorenia, cez invazívne vyšetrovacie metódy či jeho vzťah k rodinným príslušníkom. Na závažnú diagnózu či blížiacu sa smrť reagujú ľudia rôznym spôsobom. Existuje celý rad rôznych reakcií:

1. zmierenie a vyrovnanie sa so situáciou (prijatie neodvratného stavu),
2. pasívna rezignácia (ľahostajnosť a nezáujem),
3. únik do spomienok, na to, aké to kedysi bolo,
4. únik do fantázie a úvah o nesmrteľnosti,
5. pozitívna kompenzácia – snaha o dokončenie začatého diela,
6. negatívna forma kompenzácie – prepadnutie alkoholu, drogám, prejedanie sa, sexuálne výstrelky a pod.

Doktorka Elizabeth Küblerová-Rossová opísala fázy prežívania, ktorými prechádza väčšina týchto pacientov (niektorí autori hovoria skôr o rôznych spôsoboch reagovania pacienta v jednotlivých etapách liečby). Poznanie týchto fáz či rôznych etáp v prežívaní pacienta pomáha lekárom i sestram lepšie porozumieť tomu, čo pacient aktuálne prežíva a následne prispôbiť komunikačný štýl danej etape, v ktorej sa pacient nachádza.

1. **Šok** – prvá reakcia pacienta po oznámení závažnej diagnózy. Je spojená s pocitmi zmätenosti, paniky, bezradnosti i úzkosti. V niektorých prípadoch je prítomná aj disociácia – strata integrity vnímania, myslenia, cítenia a konania, prejavujúca sa derealizáciou (pacient vníma všetko ako film) alebo depersonalizáciou (pacient situáciu prežíva, ako keby sa netýkala jeho osoby). Na telesnej úrovni sa môžu objaviť ťažkosti s dýchaním, potenie, tras a pod. V tejto fáze je z hľadiska komunikácie dôležité, aby sme pacientovi poskytli dostatočný časový priestor na prejavenie emócií, pocitov, uplatnili voči nemu empatiu a tým v podstate zmiernili jeho úzkosť, obavy a tenziu.
2. **Popretie** – môže nastúpiť po odznení prvotného šoku. Ide o obranný mechanizmus psychiky, ktorý pomáha človeku vyrovnáť sa so život ohrozujúcim ochorením. Časový interval popierania reality je rôzny, niektorí pacienti potrebujú viac času, u iných sa striedajú obdobia prijatia s popieraním reality ochorenia a sú aj takí, ktorí svoju chorobu nie sú schopní akceptovať vôbec. V tejto etape je dôležité, aby zdravotnícky personál akceptoval pacientove problémy s prijatím ťažkej reality a nesnažil sa ho presvedčiť o tom, že sa mýli. Informácie je vhodné poskytovať „po lyžičkách“, opakovane.
3. **Zlosť a negativizmus** – pre túto fázu je typická otázka „Prečo práve ja?“ Niektorí pacienti hľadajú príčinu svojho ochorenia v genetike, iní sa obviňujú za nevhodný spôsob života a ďalší chápu chorobu ako trest či nespravodlivú ranu osudu. Mnohokrát sa pacienti dožadujú odpovede na túto otázku aj od lekárov a sestier, s tým úzko súvisí aj prípadná útočnosť pacienta voči zdravotníckemu personálu. Dôležité je, aby lekári a sestry nebrali hnev a obviňovanie osobne. Ak dôjde ku konfliktu, ak je pacient nahnevaný, či útočný, profesionálne je nereagovať naspäť hnevom. Najvhodnejšie je použiť empatickú odpoveď (neznamená to, že súhlasíte s tým, čo pacient hovorí, ale že rozumiete jeho emočnému stavu). Prípadne je vhodné povedať pacientovi, aké emócie vzbudzuje vo vás jeho správanie („Nie je mi to príjemné, keď ma obviňujete“), vysloviť to pokojným, vyrovnaným tónom hlasu a nepodľahnúť emóciám.
4. **Vyjednávanie** – môže byť jednou z fáz prežívania a spracúvania ochorenia. Pacient prosí lekára, sestru či Boha o vyzdravenie alebo predĺženie času,

ktorý mu zostáva a sľubuje, čo všetko vo svojom živote zmení, keď sa vylieči.

5. **Depresia, smútok** – môžu sa u pacienta prejaviť opakovane v rôznych etapách ochorenia a liečby. Prejavujú sa pochmúrnymi myšlienkami, smútkom, plačom. Je dôležité tieto zmeny v prežívaní a správaní sledovať, pretože môžu sklíznuť do obrazu klinickej depresie. V tejto etape je vhodné pokúsiť sa o identifikáciu emócie, ktorá je za slzami a o prejavenie empatie. Zostať pri pacientovi, kým sa neupokojí. Uplatniť proaktívny prístup (podať vodu, vreckovku). Obvykle po krátkej chvíli akútny plač ustane a pacient vie aj so slzami v očiach pokračovať v komunikácii.
6. **Akceptácia reality ochorenia** – je záverečnou fázou náročného procesu vyrovnávania sa s ochorením. Znamená prijatie choroby, ako novej životnej situácie. V ideálnom prípade to znamená, že pacient spolupracuje pri liečbe a aj sám je aktívny v hľadaní možností, ako svoj stav zlepšiť. Nie je však samozrejmou to, že už nebude smutný alebo nebude cítiť strach či hnev. Tieto emócie sú prirodzenou súčasťou v akejkoľvek fáze spracúvania ochorenia a významným spôsobom sa premietajú do správania a komunikácie so zdravotníckym personálom.

Uvedené fázy psychického spracovania ochorenia sa u pacientov vyskytujú s individuálnymi odlišnosťami. Nemusia sa objaviť všetky fázy v tomto poradí za sebou, môžu sa objaviť v inom, ako v uvedenom poradí, môžu sa vzájomne prelínať, striedať a opakovane sa vracieť. V určitých prípadoch je možné, že sa pacient môže v niektorej fáze tzv. zaseknúť. Závisí to okrem iného aj od toho, akým spôsobom je pacient informovaný o svojej diagnóze, príčinách ochorenia, liečbe a tiež prognóze. Jednotlivé fázy a spôsoby vyrovnávania sa s ochorením sa netýkajú len samotného pacienta, ale aj jeho rodiny a blízkych. Každý z nich nimi prechádza svojim vlastným tempom a spôsobom. Mnohokrát to môže byť príčinou vážnych komunikačných problémov medzi zdravotníckymi pracovníkmi, pacientom a jeho príbuznými, blízkymi. Môže to byť v situácii, keď je pacient v terminálnom štádiu ochorenia už so svojim osudom vyrovnaný, ale jeho rodina je ešte stále v štádiu popierania a dožaduje sa pokračovania v liečbe, hoci už liečba nemá žiadny efekt. Takáto situácia je pre lekára i sestry častokrát komunikačne veľmi náročná. Úlohou lekára a sestier nie je posúvať pacienta z jednej fázy do druhej, ale porozumieť jeho

prežívaníu, reaktivite a v najvyššej možnej miere ju akceptovať. Práve akceptácia a prejavenie porozumenia prežívaníu pacienta v danej fáze, sú veľmi účinné komunikačné stratégie, ktoré pacientovi pomôžu lepšie zvládnuť aktuálnu fázu a posunúť sa ďalej.

## 1.1 MECHANIZMY PSYCHICKEJ ADAPTÁCIE

Choroba je pre človeka **záťaž**, záťaž znamená nerovnovážny stav medzi vonkajšími nárokmi a kapacitou osobnosti primeraným spôsobom na nich reagovať. Kvantitatívne ju môžeme odstupňovať ako **bežnú, zvýšenú, hraničnú a extrémnu**. Pri prežívaní akejkoľvek záťaže dochádza v organizme k celkovej aktivizácii, ktorá sa prejavuje vzrušením, zrýchleným pulzom a dychom, motorickým nepokojom, napätím, zvýšenou motiváciou alebo aj zvýšenou myšlienkovou aktivitou. Môže však nastať aj opačný stav s prejavmi strachu, úzkosti, neistoty, útlmu a mlčania. Všeobecne sa dá povedať, že v záťažových situáciách sa okrem prispôsobivých prvkov vyskytujú i prvky neadaptívne až patologické, ktoré môžu zvládnutie záťaže znemožňovať. Pri prekonávaní záťaže záleží okrem stupňa záťaže aj na vlastnostiach a stave organizmu a tiež na tom, ako jedinec k danej situácii pristupuje. Odolnosť voči náročným životným situáciám je závislá na vrodených vlastnostiach organizmu, na veku, intelektu, životných skúsenostiach, akútnom stave organizmu, sociálnych okolnostiach a pracovnej činnosti. V záťažových situáciách sa prejavia **adaptačné mechanizmy** osobnosti pacientov. Zdravotnícki pracovníci, ktorí sú v neustálej interakcii s pacientmi, by ich mali dôverne poznať. Sú v pozadí každého psychického príznaku, reakcie alebo konfliktu. Z fylogenetického hľadiska môžeme adaptačné dynamizmy odvodiť od dvoch elementárnych tendencií správania: **útoku** a **úniku**. V priebehu vývinu jedinca môžeme pozorovať, ako sa tieto dve formy adaptácie vplyvom výchovy postupne diferencujú, socializujú, symbolizujú i ritualizujú. Napríklad agresia sa u dospelého jedinca zvyčajne už neprejavuje brachiálnym útokom, ale v súťaživých hrách a športoch, v humore, intrigovaní a pod. Aj únik má svoje socializované podoby, ako napr. únik do choroby, do práce, do sveta filmu, hry, do zmenených stavov vedomia, ako je napr. alkoholová či iná intoxikácia a pod. Od úniku odvodzujeme dynamizmy, ktoré majú v sebe zakomponovanú tendenciu vyhnúť sa záťaži. Azda najbežnejším dynamizmom, s ktorým sa

denne stretávame, je jav kompenzácie a hyperkompenzácie. **Kompenzáciou** človek vyvažuje nedostatky v jednej oblasti, výkonmi v inej oblasti. **Hyperkompenzáciou** ich zakrýva alebo od nich odpútava pozornosť.

Sigmund Freud opísal osem dynamizmov, ktorými sa osobnosť vyrovnáva so záťažou: represiu, projekciu, prenesenie, identifikáciu, kompenzáciu, fixáciu, regresiu a opačné reagovanie. Edward Jones ako prvý opísal mechanizmus racionalizácie. V odbornej literatúre je množstvo klasifikácií, ktoré sa pokúšajú usporiadať jednotlivé mechanizmy do určitého systému.

**Zdolávacie mechanizmy** sú procesy, pomocou ktorých osobnosť pacienta primeraným spôsobom zvláda záťažové situácie. Ich charakteristickým znakom je realizmus, orientácia na cieľ, na budúcnosť, ohľad na prítomnosť, pružnosť. Patrí k nim objektivita, zapojenie intelektu, logická analýza, koncentrácia pozornosti, empatia a pod.

V krízových situáciách sa v psychike človeka aktivujú tzv. **obránné mechanizmy**, ktoré napomáhajú zvládať tieto situácie a chrániť tak psychické zdravie. Pri ich aktivácii sa môže narušiť pacientovo vnímanie reality, môže dôjsť k jej skreslenému vyhodnoteniu a následne k sťaženej komunikácii a spolupráci s pacientom. Ich charakteristickým znakom je popieranie, že nejaká záťaž vôbec existuje. Ďalšími znakmi sú: nutkavosť, rigidnosť, riadenie minulosťou, ako aj viera, že negatívne emócie možno nejakým magickým spôsobom odčiniť. K pomerne častým obranným mechanizmom, s ktorými sa zdravotníci pracovníci u pacientov stretávajú, môžeme zaradiť:

1. **popieranie** – pacient sa správa, akoby choroba nejstvovala, neberie ju na vedomie, odmieta realitu ochorenia, napr. pacient v terminálnom štádiu zhubného ochorenia si robí plány na prestavbu domu a pod.,
2. **izoláciu afektov** – znamená oddelenie emócií od uvedomovanej udalosti, spôsobuje racionálny prístup k chorobe. Pacient o svojom ochorení rozpráva bez akýchkoľvek emócií, akoby hovoril o niekom inom,
3. **racionalizáciu** – v tejto oblasti ide o racionálne vysvetlenie problému. Chorý človek sám seba presvedčí, že jeho ochorenie alebo výsledky vyšetrenia nie sú závažné. Racionalizácia znižuje napätie a pocit viny tým, že si človek prikrášľuje motiváciu,

4. **intelektualizáciu** – citovo ťaživý problém pacient predstavuje ako intelektuálny, tým sa vyhýba potrebe prejsť emocionálnu reakciu,
5. **projekciu** – pacient premieta vlastné pocity, ktoré by boli pre neho ohrozujúce a nepríjemné na ošetrojúci personál,
6. **regresiu** – ide o návrat na prekonanú vývinovú úroveň a objavenie sa vývinovo „mladších“ spôsobov správania. Môžeme sa s ňou stretnúť u hospitalizovaných detí, ktoré prestanú rozprávať, strácajú už osvojené hygienické návyky alebo vyžadujú, aby boli kŕmené a pod.,
7. **negativizmus** – máme možnosť vidieť často u detí, ktoré sa bránia voči požiadavkám dospelých. U dospelého, môže ísť o prejav opozičného postavenia za každú cenu, niekedy i prejav bezradnosti. S pacientmi je v tejto situácii veľmi zlá spolupráca, nedodržiavajú liečebné pokyny,
8. **agresiu** – môže mať formy kriku, afektov zlosti, záchvatov hnevu, vyhrážok, urážok, fyzického násillia a pod. V mnohých prípadoch sa týmto spôsobom snaží pacient upútať pozornosť personálu alebo reagovať na obmedzenie kontaktov s okolím,
9. **identifikáciu** - ide o hľadanie opory v silnej osobnosti. Môže prebiehať na úrovni jednania, ale i fantázie. Častejšie sa vyskytuje u neistých pacientov, ktorí medzi ostatnými zdôrazňujú svoje postavenie, známosti s lekármi a pod.,
10. **rezignáciu** – odovzdanie sa. Je to stav, ktorý je sprevádzaný ľahostajnosťou, pasivitou, apatiou vo vzťahu k záťaži, depresívnymi pocitmi a bezmocnosťou,
11. **represiu** – ide o potlačenie citovo zraňujúceho obsahu, priania či nápadu, a to ešte pred jeho vyslovením. Nejde o zabúdanie v pravom zmysle slova, ale o potlačenie nepriaznivej myšlienky alebo predstavy, ktoré sú v rozpore so všeobecne uznávanými hodnotami a s vlastným svedomím. Súvisí s tým aj únik pred riešením problémov, ktoré sa po čase opäť objavia. Niektorí pacienti majú problémy či zábrany komunikovať so zdravotníckym personálom a požiadať ich o akúkoľvek formu pomoci,
12. **opačné reagovanie** – prejavuje sa v zosilnenom odpore voči potlačovanej tendencii. Ide o správanie, ktoré je protichodné skrytým prianiam či motívom. U pacientov sa prejavuje na rôznych úrovniach. Môže ísť o averziu voči ostatným pacientom, kedy človek potláča negatívne city, až



odpor voči nim, ale správa sa k nim starostlivo. Vyskytuje sa i smerom k sebe, keď sa pacient bojí prejaviť svoje emócie, aby to okolie proti nemu nezneužilo.

Uvedené obranné mechanizmy sú spravidla uplatňované pri riešení nepriaznivých životných situácií. Pomáhajú udržiavať psychickú rovnováhu redukciou psychického napätia a môžu byť vhodnou formou adaptácie. V momente, keď sa stávajú dominujúcimi spôsobmi riešenia náročných situácií, ukazujú na nevhodné prispôsobenie osobnosti, a v takom prípade, hovoríme o **maladaptívnom mechanizme**, ktorý pôsobí v neprospech pacienta a sťažuje celý proces liečby i ošetrovania. Je však potrebné si uvedomiť, že ich pacient nepoužíva vedome či účelovo, preto je dôležité byť v reakciách na neadekvátne prejavy v správaní a komunikácii pacienta opatrný. Jednotlivé obranné mechanizmy sa v živote človeka rôznym spôsobom kombinujú a dopĺňajú. Je známe, že ľudia s maladaptívnymi znakmi tvoria v populácii značné percento, preto je viac-menej isté, že sa zdravotnícki pracovníci pri svojej každodennej práci stretnú s jedincami so zníženou adaptačnou kapacitou, ktorá významným spôsobom ovplyvňuje ich správanie, jednanie a komunikáciu. Na zvládanie každodenných problémových situácií by preto lekári a sestry mali byť pripravení aj po stránke profesionálnej komunikácie.

## 1.2 BOLEŠŤ, STRACH A ÚZKOSŤ AKO SÚČASŤ OCHORENIA

Bolesť, strach a úzkosť veľmi často sprevádzajú chorého človeka a mávajú rôzny obsah a podobu. Každý zdravotnícky pracovník sa denne stretáva s týmito prejavmi ochorenia, tak v ústavnej, ako aj v ambulantnej sfére, preto je dôležité uvedomiť si, ako môžeme pomôcť pacientovi pri zvládaní týchto ťažkostí a emočných reakcií hlavne našim profesionálnym prístupom a adekvátnou komunikáciou.

**Bolesť** je nepríjemným sensorickým a emocionálnym zážitkom, ktorý je spojený so skutočným či domnelým poškodením tkaniva, prípadne, ktorý je popisovaný v termínoch takéhoto poškodenia. Môže mať rozličnú intenzitu (od slabej po neznesiteľnú) a trvanie (krátke, dlhé, prerušované). Môže byť lokálna alebo difúzna, akútna či chronická. Má i rôzne citové zafarbenie. Z **hľadiska prežívania má bolesť viac významov**: je to **signál**, **utrpenie** i **rozkoš**. Ako **signál** je veľmi dôležitá, lebo spôsobuje to, že človek sa vyhýba zdrojom

bolesti. V niektorých prípadoch však môže byť signál falošný, ako je to pri fantómovej bolesti (bolesť týkajúca sa chirurgicky odstránenej končatiny alebo inej časti tela, lokalizovaná do miesta chýbajúcej časti tela). Bolesť upozorňuje na poruchu a motivuje k ošetrovaniu, resp. liečbe. Bolesť ako **utrpenie**, ktoré by sme mohli charakterizovať ako subjektívny zážitok, ktorý môže mať rôznu intenzitu (nepohodlie, únava, slabosť, nevoľnosť, ťažoba, vyčerpanie). Citový sprievod utrpenia môže mať podobu úzkosti, strachu, depresie, zúfalstva, hrôzy, beznádeje i citovej tuposti. Utrpenie však môže mať i pozitívnu stránku. Človek v ňom precíti svoj ľudský údel, všetko, čo v každodennom zhone vytlačal do nevedomia, pred čím unikal, čím nechcel byť obťažovaný. V utrpení neraz osobnostne dozreje a dospeje k významným predsavzatiam, ktoré zmenia jeho doterajší spôsob života. V utrpení je i nádej. Bolesť má však i vzťah k **rozkoši**. Napr. neurotické deti znižujú svoju tenziu tým, že sa škrabú alebo si vytrhávajú vlasy. Z psychopatológie pudov je známy masochizmus – sexuálna rozkoš z bolesti a pod.

Bolesť môže byť vnímaná rôzne i u toho istého človeka za rôznych okolností a situácií:

- silnejšie je bolesť prežívaná, keď je organizmus vyčerpaný, unavený, keď je sprevádzaná strachom, napr. z vyšetrenia, operácie,
- úzkostní, neistí, neurotíckí pacienti sú spravidla na bolesť oveľa viac citlivejší, ako ľudia psychicky dobre naladení. Menej citliví sú obvykle pacienti v stave ťažkej depresie,
- záleží tiež na situácii, ako k bolesti došlo, či bola zapríčinená vlastnou osobou, alebo niekým iným,
- bolesť je tiež ovplyvnená osobnostnými vlastnosťami, výchovnými a kultúrnymi vplyvmi,
- ľahšie sa znáša bolesť, ktorú môže pacient aspoň čiastočne kontrolovať, napr. použitím analgetík, ktoré bolesť tlmia,
- správanie pacienta pri bolesti je tiež do významnej miery ovplyvnené učením.

Môžeme teda povedať, že spôsob správania sa pacientov s bolesťou je závislý na ich osobnosti, na predchádzajúcich skúsenostiach s bolesťou a je ovplyvnený kultúrnym prostredím a učením. Každému pacientovi je preto

potrebné veriť, že má ťažkosti, bolesti a podľa toho sa k nemu správať a komunikovať s ním. V žiadnom prípade nie je vhodné, jeho ťažkosti a bolesť mu vyhovárať. Okrem farmakoterapeutického prístupu k pacientovi s bolesťou má veľký význam i uplatňovanie **vplyvu slova a psychoterapeutického prístupu**. Prostriedky spomínaného prístupu by mali byť podporované zdravotníkovou autoritou a jeho adekvátnym celkovým vystupovaním. Musíme ich zvoliť s ohľadom na osobnosť pacienta, vek, vzdelanie a špecifické vlastnosti ochorenia. Práve v týchto situáciách, zameraných na redukciu bolesti u pacientov, je na mieste uplatňovať tzv. **psychoterapeutický prístup**. Je jednou zo základných podmienok utvárania a formovania efektívneho interaktívneho a komunikačného procesu medzi zdravotníckym pracovníkom a pacientom. Nemali by sme si ho však zamieňať so psychoterapiou. Všeobecne sa dá povedať, že psychoterapeutický prístup vychádza zo psychoterapie, ale táto mu je nadradená a je užšie špecializovaná. Podľa viacerých koncepcií pri psychoterapii ide vždy o zámerné liečebné ovplyvňovanie psychických procesov psychologickými prostriedkami, a jej cieľom je zmena doterajšieho správania osoby, jej vzťahov alebo telesných procesov. Pojem psychoterapia sa okrem toho používa v dvoch základných významoch – ako „samostatný vedný odbor“ a ako „činnosť“. Môže ju vykonávať len odborník (najčastejšie psychiater, klinický psychológ), ktorý psychoterapiu študoval a absolvoval výcvikové programy. Východiskovou základňou realizácie psychoterapeutického prístupu je psychoterapia ako „činnosť“ – **liečebné pôsobenie a komunikácia**, pričom ich cieľom je uľahčiť pacientovi situáciu, v ktorej sa ocitol. Práve prvky psychoterapeutického pôsobenia a komunikácie (okrem farmakoterapeutického prístupu) je vhodné zo strany lekárov a sestier využívať u pacientov s bolesťou. Odporúčajú sa nasledujúce:

1. **racionálny psychoterapeutický prístup** – je založený na logickom myslení pacienta, na logickej argumentácii zo strany zdravotníckeho pracovníka. Spočíva v radách, návodoch a odporúčaní. Formy racionálneho psychoterapeutického prístupu sú zamerané na:

- objasňovanie súvislostí a príčin vzniku choroby,
- reorientáciu - odstraňovanie nesprávnych názorov a postojov na všetkých úrovniach, a to vo vzťahu k chorobe, k sebe samému a k okoliu,

- odpútavanie pozornosti od chorobných príznakov, napr. bolesti,
- usmerňovanie názorov pacienta pozitívnym smerom (životná filozofia, zdravý životný štýl, vytváranie harmonických interpersonálnych vzťahov).

Základom tohto prístupu je účelne vedený rozhovor. Pre lepšie pochopenie, zapamätanie a prijatie informácií môže zdravotnícky pracovník využívať konkrétne príklady, názorné pomôcky a pod.,

2. **indirektívny psychoterapeutický prístup** – zdravotnícky pracovník nezasahuje priamo do myslenia, správania a konania pacienta. Vytvára prostredie a príležitosti na to, aby sa sám pacient zorientoval vo svojich problémoch, odpovedal na otázky, ktoré ho ťažia a na ktoré nepozná odpovede. Podnecuje ho k slovným, citovým alebo činnostným prejavom. Vyhyba sa radám, návodom, presadzovaniu vlastných názorov a ponecháva mu zodpovednosť za svoje rozhodnutia,
3. **odreagovanie (abreakcia)** – snaží sa zneškodniť predpokladané patogénne pôsobenie negatívnych emócií sprevádzajúcich bolesti. Cieľom je ventilácia uvedomovaných, resp. potláčaných citov. Abreakcia má katarznú (úľavovú) hodnotu. Princíp odreagovania sa realizuje v širokom spektre rozhovorov s pacientom,
4. **empatický psychoterapeutický prístup** – znamená vytvorenie dostatočného priestoru pacientovi na vyrozprávanie o sebe, o jeho ťažkostiach (napr. bolesti) a problémoch. Pomáha mu pomenovať city vo vzťahu k situáciám. Vytvára podmienky na sebaexploráciu („sebaodkrývanie“). Pacient rozpráva o svojich problémoch, prežívaní ako aj o čiastočne alebo úplne zmenených potrebách zapríčinených chorobou. Sestra alebo lekár sa usiluje vidieť situáciu a udalosti tak, ako ich vníma a vidí pacient,
5. **zavedenie foriem sociálneho a iného odmeňovania pacientov** – v súvislosti s redukciou bolesti. Osvedčuje sa predovšetkým u pacientov s chronickými bolesťami,
6. **spontánna ventilácia** – nastáva v situáciách, keď pacient sám vyhľadá sestru alebo lekára, aby sa „vyrozprával“ a „vyplakal“. Problém nastáva vtedy, ak prichádza za sestrou/lekárom v čase pracovnej exponovanosti a oni sa mu v danej chvíli nemôžu venovať. Dôležité je v takom prípade

uistiť pacienta, že ho navštívia hneď, ako prácu dokončia (uviesť orientačné časové hľadisko) a slovo samozrejme dodržať,

**7. vyprovokovaná ventilácia** – znamená, že sám zdravotnícky pracovník sa stáva stimulom na uvoľnenie nepríjemných emócií a zážitkov. Využíva ju v prístupe k nespokojným, introvertným pacientom, ale aj k pacientom s vysokou mierou sebaovládania či sebakontroly. Lekár alebo sestra evokuje pacienta k verbalizácii svojich emócií, zážitkov a problémov. Môže sa však stať, že pacient nevie akým spôsobom by sa mal zdôveriť, aby „neklesol v očiach“ sestry alebo lekára.

**Úzkosť** a **strach** výrazne ovplyvňujú emočné prejavy i celkový priebeh ochorenia a zhoršujú prežívanie bolesti. V podstate ide o jednu z obranných foriem organizmu, v ktorého pozadí stojí pud sebazáchovy. **Úzkosť** vyplýva väčšinou zo skrytých vnútorných rozporov, preto je len veľmi ťažké určiť jej zdroje. Môžeme ju definovať aj ako nepríjemný zážitok a stav, pri ktorom si neuvedomujeme jeho bezprostrednú príčinu, teda určitý predmet či situáciu, ktorá ju vyvoláva. Je reakciou na tušenie a neznáme nebezpečenstvo. Býva väčšinou nepríjemnejšia ako strach, pretože očakávanie niečoho nepríjemného a neznámeho je horšie než udalosť samotná. Úzkosť v chorobe je bezpredmetná, má ráz neurčitého ohrozenia. Nemusí byť iba psychickou reakciou, ale aj tzv. primárnym príznakom, napr. pri infarkte myokardu, pľúcnej embólii a pod. Veľmi častá je úzkosť pri psychických poruchách. Niektorí ľudia sú zasa svojím typom osobnosti disponovaní k strachu (úzkostlivé osoby). Čím viac je človek úzkostlivý, tým viacej situácií vníma ako nebezpečné a reaguje väčším strachom. Úzkosť bežne prechádza do strachu a naopak. Nedajú sa od seba oddeliť, pretože sa vzájomne podmieňujú a splývajú.

**Somatické a psychické prejavy úzkosti** sú všeobecne známe, patrí k nim: rozčúlenie a podráždenie, útlm (niekedy až strnulosť), ustrašený výraz tváre, neisté (nekoordinované) pohyby, zvýšenie svalového napätia, rýchla reč, roztržitosť, znížená psychická koncentrácia, znížené uchovávanie vnemov (pamäť), tendencia k zabúdaniu, rozšírené zrenice, zrýchlený pulz a dych, zvýšený krvný tlak, zblednutie, sucho v ústach, žalúdočná nevoľnosť, hnačka, zvracanie, časté močenie, nervozita, potenie. Úzkosť môže teda spôsobiť i celý rad nepriaznivých mentálnych dôsledkov, ako je zníženie pozornosti, zúženie vnímania, problémy s pamäťou a pod., čo sa negatívne prejaví aj v komunikácii

s ošetrovateľským personálom. Všetky tieto prejavy spojené s úzkosťou a strachom môžu mimoriadne zhoršiť priebeh ochorenia ako aj spoluprácu medzi pacientom a zdravotníckym personálom. Niektorí psychológovia uvádzajú dva základné zdroje strachu a úzkosti u pacientov so život ohrozujúcim ochorením. Prvým je existenčná úzkosť, pretože choroba ohrozuje život pacienta a konfrontuje ho s myšlienkou na vlastnú konečnosť. Pacient sa obáva nejasnej budúcnosti, toho, ako choroba poznačí jeho dovtedajší život, rodinu, prácu a sociálne postavenie. Druhým zdrojom úzkosti a strachu je samotná liečba, jej vedľajšie účinky, nejasná dĺžka trvania a neistý efekt. U niektorých pacientov sa objavuje aj tzv. anticipačná úzkosť, pri ktorej už samotné očakávanie liečby, vstup do nemocnice a pod. spôsobuje nepríjemné stavy rôznej intenzity. Ak sú pocity strachu a úzkosti masívne a dlhodobé, vyžadujú si psychologickú, prípadne psychiatrickú liečbu.

**Strach** môžeme charakterizovať ako nepríjemný zážitok viazaný na určitý predmet alebo situáciu, ktoré v jedincovi vyvolávajú obavu z ohrozenia. Je teda reakciou na poznané nebezpečenstvo a má signálnu a obrannú funkciu. Ohrozenie môže byť vonkajšie (napr. nástup do nemocnice) či vnútorné (obava, že niečo nezvládnem). Často sa však obidva faktory prelínajú, pretože ľudská predstavivosť, skúsenosti a schopnosť predvídať spôsobujú, že obidva svety, subjektívny i objektívny, mnohokrát spolu splývajú. Strach môže byť tiež reálny, alebo nereálny (často u ľudí psychicky chorých). V priebehu reakcie strachu dochádza k fyziologickým zmenám, ale tiež k rôznym prejavom v správaní, k úniku zo situácie alebo k zabráneniu tomu, čo v nás strach vyvoláva. Za užitočný považujeme tzv. primeraný strach, ktorý nás chráni pred zbytočným rizikom. Opačom je strach nadmerný, niekedy označovaný ako panický strach, ktorý vedie človeka ku škodlivým reakciám, neúčelnému konaniu. Strach, ktorý vedie k vyhľadávaniu pomoci, sa stretáva so strachom z nepríjemných lekárskejších, ošetrovateľských zákrokov, a tak mnohokrát komplikuje u pacientov diagnostiku i liečbu (napr. tachykardia ruší vyšetrenie srdca a ciev a pod.). Chorý alebo chorobou ohrozený človek sa bojí množstva vecí. **Predmetom strachu môže byť:**

- bolesť – ktorú človek pozná z predchádzajúceho ochorenia, vyšetrenia, alebo rozprávania iných,

- strata životných možností – bojí sa neschopnosti pracovať, starať sa o rodinu (hlavne, keď sa jedná o dlhšiu dobu),
- odlúčenie od svojich najbližších,
- vzhľad – bojí sa, že ho choroba trvalo poznamená (napr. rôzne kožné ochorenia),
- nutnosť zmeny spôsobu života – vyradenie z doterajšieho spôsobu života a zo spoločnosti,
- strach z liečenia,
- strach zo smrti a umierania.

Strach vyvolávajú signály ohrozenia, ktorých je pri jednotlivých ochoreniach mnoho. Jedná sa o príznaky, ktoré na sebe pozorujeme, ale i o nepriaznivé správy od zdravotníckeho personálu alebo nepriaznivý výsledok laboratórneho vyšetrenia a pod. V niektorých prípadoch majú strach a úzkosť hlbšiu príčinu, než je samotné ochorenie. Ide napr. o nasledujúce situácie:

- ochorenie môže aktualizovať vnútorné rozpory pacienta, napr. neschopnosť znášať záťaž, predchádzajúce negatívne výchovné vplyvy (strach z lekára, zo zákroku),
- u detských a primitívnych pacientov môže nabrať úzkosť formu panickej reakcie, ktorá sa prejavuje v skratovom nepremyslenom konaní (útek z nemocnice, útok na zdravotníckeho pracovníka a pod.), iným prejavom úzkosti je fóbia – chorobný, bezdôvodný strach pred nejakou situáciou, osobou, napr. nozofóbia (neopodstatnený strach z choroby) a pod.,
- rozšíreným javom u chorých je tiež hypochondria (chorobný strach z ochorenia), chorý si nie je vedomý neopodstatnenosti svojho strachu, býva presvedčený, že lekári jeho chorobe nerozumejú, že niektoré podstatné veci prehliadli,
- strach a úzkosť sa väčšinou rozvíjajú okrem somatickej oblasti na neurotickom poli, preto je veľmi dôležité, aby zdravotnícky personál pri silných prejavoch úzkosti bral do úvahy celú premorbídnu (vyskytujúcu sa pred chorobou) osobnosť pacienta.

### 1.3 EFEKTÍVNE SPÔSOBY PRÍSTUPU A KOMUNIKÁCIE K PACIENTOM S ÚZKOSŤOU A STRACHOM

Spôsob, ako jednať a komunikovať s pacientom, ktorý prežíva strach a úzkosť, nie je jednoduchý. Vždy záleží na profesionálnom prístupe, správaní a efektívnej komunikácii zdravotníckych pracovníkov. Prvým krokom je správnosť identifikovania prejavov (znakov) úzkosti či strachu u pacienta a porozumenie jeho prežívaniu. Úzkosť, ktorú lekári a sestry nerozpoznajú, môže viesť k nevhodným intervenciám, ktoré zvýšia nepohodu pacienta. Okrem už spomínaných somatických a psychických prejavov úzkosti sa konkrétnejšie zameriame na **verbálne, paralingvistické a neverbálne prejavy**, ktoré by zdravotnícky pracovník mal správne dekódovať. **Rečový prejav** pacienta s úzkosťou je: rýchly alebo pomalý, vyhubý, náhlivý, nesúvislý, obyčajne veľa rozpráva, opakovane verbalizuje zážitok úzkosti, môže byť aj plačlivý. **K neverbálnym prejavom** úzkostlivého pacienta môžeme zaradiť: motorický nepokoj, nervózne gestá a pohyby, posturickú strnulosť, vystrašený výraz tváre, málo diferencovanú mimiku, častý odklon pohľadov, zhrbenú (submisívnu) postúru, „krčovitú“ polohu, nervóznú chôdzu „hore-dolu“, bariéry z horných a dolných končatín.

Prístup k úzkostlivým pacientom by mal byť vľúdny a pevný zároveň, aby sa nám podarilo zmobilizovať ich dospelé JA, ktoré je schopné testovať realitu a robiť predpoklady ďaleko vecnejšie než ustráchané malé dieťa (jeho druhé JA), ktoré v ňom úzkosť prebúda. Dôležité je podávanie presných informácií, pretože dostatok presných informácií vytvára pocit kontroly nad situáciou a zmierňuje tak pocit úzkosti z neistoty. Zároveň je potrebné venovať pozornosť citlivej príprave na diagnosticko-terapeutické výkony. **K ďalším významným komunikačným zásadám**, ktoré je vhodné uplatňovať v praxi môžeme začleniť: zachovávanie pokojného prístupu typu dospelý k dospelému (zvýšená starostlivosť stavia pacienta do role dieťaťa a podporuje tak úzkostné modely správania), poskytnutie dostatočného časového priestoru na rozhovor, zvolenie vhodného miesta na rozhovor (súkromie), pozitívne reakcie na otázky pacienta, podporovanie v jeho rozhodovaní, umožnenie mu kontaktu s blízkymi (rozhovor s nimi zmierni pocity osamelosti). Vhodné sú i nasledujúce **komunikačné praktiky**, ktoré sa okrem iného týkajú i ovládania neverbálnych



prejavov zdravotníckeho pracovníka v interakcii s úzkostlivým pacientom: vhodné je nekumulovať zrakový objem, vyhýbať sa sliedivým (skúmovým) pohľadom, eliminovať výrazné a prudké pohyby rúk i tela, využívať primerané a pokojné rečové tempo, aktívne počúvať, vyslovovať za pacienta jeho pochybnosti a myšlienky, poskytnúť mu priestor na vyrozprávanie (pomáha zmierniť napätie), pomôcť mu pomenovať prežívané city a určiť ich vyvolávajúcu príčinu, ako aj akceptovať jeho city. Niektorí psychológovia uvádzajú na zmiernovanie pacientovho prežívania aj nasledujúce **komunikačné stratégie**:

- **aktívne prejaviť porozumenie empatiou** – môže to pomôcť pacientovi prežiť emócie efektívnejšie, spracovať ich a hovoriť o nich (verbalizovať ich), napr. „Rozumiem, že je to pre Vás teraz ťažké...“.
- **poskytnúť pacientovi čas na upokojenie a čakať** – povedať pacientovi, že rozumiete tomu, že je to pre neho nová, náročná situácia a že chvíľu počkáte, kým sa z prvotného šoku spamätá. To mu dáva pocit porozumenia a čas na zvládnutie prvých emócií. Vhodné je zostať pri ňom, prejaviť porozumenie, podať mu pohár vody, vreckovku a po pár minútach si overiť, či vás dokáže ďalej vnímať, napr. „Rozumiem, že to potrebujete chvíľu predýchať...“.
- **poskytnúť pacientovi spätnú väzbu a ak je to potrebné povzbudiť ho ku komunikácii** – okrem empatie je možné pacientovi ukázať, že ho vnímame, napr. „Vidím, že plačete..“ a vyzvať ho, aby aj v takejto situácii spolupracoval na tom, aby ste emóciu spoločne zvládli, napr. „Keď budete môcť so mnou ďalej hovoriť, som pripravený, bude pre nás oboch dobré porozprávať sa, vyjasniť si veci, dohodnúť ďalší postup...“.

Tieto stratégie môžu po niekoľkých minútach pomôcť zmierniť pacientovu úzkosť, strach i iné negatívne emočné reakcie a tým prejsť k zmysluplnej diskusii, resp. spolupráci s pacientom. Ak toto nepomôže, je pravdepodobne psychická reakcia pacienta hlbšia, a ak nemajú lekár alebo sestra momentálne toľko času, aby mu pomohli, je lepšie stretnutie ukončiť a vrátiť sa k rozhovoru neskôr. Ukončenie rozhovoru s pacientom je potrebné urobiť taktne a citlivo, aby v ňom nezostal pocit zlyhania a zahanbenia. Napr. „Rozumiem, že je teraz pre Vás ťažké rozprávať a ja to úplne chápem. Napíšem Vám základné informácie na papier, aby ste si ich mohli neskôr prečítať...“.

Uvedenou reakciou sme prejavili porozumenie pre pacientov momentálny stav a môžeme si dohodnúť iný termín na dokončenie nášho rozhovoru. V prípade, že lekár alebo sestra vidí, že pacientov emočný stav je vážny, je vhodné odporučiť mu odbornú pomoc psychológa alebo psychiatra a vysvetliť, v čom táto pomoc spočíva (vyrovnať sa psychicky s náročnou situáciou). Ak pacient súhlasí, môže zdravotnícky pracovník kontaktovať psychológa/psychiatra. Ak pacient nie je hospitalizovaný, vhodné je ponúknuť mu kontakt.

Problémom interakcie a komunikácie s úzkostlivým pacientom je mnohokrát aj to, že sa dožaduje neustáleho ubezpečovania, istoty, ochrany a podpory kedykoľvek a kdekoľvek, čo môže byť príčinou odmietavého postoja lekára alebo sestry. Následnou pacientovou reakciou môže byť agravácia alebo simulácia. Jednoznačne platí, že čím širšie spektrum informácií (odpovede na otázky „čo?“, „kde?“, „kedy?“ „ako dlho?“, „ako bolestivo?“) pacientovi poskytneme, tým viac a priamoúmerne klesá jeho úzkosť. Dôležité je však pacienta **nezaťažovať prílišnými detailami**, ktoré by mohli podnieť úzkosť. Chybou by tak isto bolo prijatie dominancie nad pacientom, pretože rodičovský prístup ďalej podporuje nezrelé reakcie (keď sa k niekomu budem správať ako rodič, on začne reagovať ako dieťa). Žiaduce je vylúčiť vety ignorujúce úzkosť (napr. „nič to nebude“), pretože eskalujú úzkosť a v žiadnom prípade nezosmiešňovať pacienta (napr. „chlap ako hora a nevie sa premôcť“).

### **1.3.1 Aspekty psychoterapeutického prístupu a komunikácie**

O psychoterapeutickom prístupe a komunikácii sme sa už čiastočne zmienili pri riešení problematiky prežívania bolesti u pacienta, ako o vhodnom spôsobe uplatňovanom v tejto situácii. Je však dôležité venovať mu väčšiu pozornosť aj v situáciách, v ktorých pacient trpí úzkosťou či strachom. Využívanie komponentov psychoterapeutického prístupu má veľký význam nielen pre pacienta samotného, ale i pre lekárov a sestry. Lekárom a sestram umožňuje lepšie pochopiť osobitosti prežívania, správania a konanie pacienta, ako aj zmierňovať u neho citové napätie. Okrem iného pomáha posilňovať žiaduce reakcie, správanie a konanie pacienta a práve naopak, oslabuje tie nežiaduce. Napomáha zlepšovať sociálnu adaptáciu, podporovať pacientovu sebaúctu a tiež podporovať jeho rozhodnutie, že sa lieči predovšetkým vo vzťahu k sebe samému. Jednotlivé zložky psychoterapeutického prístupu

a komunikácie by mali lekári a sestry využívať aj v priebehu celého dňa, nemali by byť iba jednorazovou záležitosťou. Uplatňovanie prvkov spomínaného prístupu u pacienta je zamerané na uvedomenie si, že pacient samotný je v centre záujmu lekára i sestry, že ho akceptujú, prijímajú takého, aký je, bez úsilia „pretvoriť“ ho na svoj obraz. Uvedomuje si, že zdravotnícki pracovníci sú ochotní porozumieť mu, pomôcť a podporiť ho, ako aj umožniť mu rozprávať o svojich problémoch, starostiach a tiež rešpektovať jeho názory, myšlienky a postoje. Medzi komponenty psychoterapeutického pôsobenia môžeme zaradiť:

- **otvorenosť** – je možné ju uplatňovať prostredníctvom **aktívneho počúvania**, napr. „Počúvam Vás“, „Rozprávajte ďalej.“ **Prejavením porozumenia**, napr. „Chápem, čo mi chcete povedať.“ „Čo by som pre Vás teraz mohol/la urobiť, aby som Vám pomohol/la?“ **Vyjadrením záujmu o pacientove city, resp. prežívanie**, napr. „Cítim Váš strach.“ „Vidím, že ste smutný.“ „Teším sa z Vášho pokroku.“
- **pomoc pri porozumení pacientovej situácie** – prostredníctvom **podporovania a porovnávaní jeho rôznych hľadísk**, napr. „Je teraz pre Vás dôležitejšie uzdraviť sa, alebo získať finančné zdroje?“ A tiež **pomôcť pacientovi pri sebporozumení**, napr. „Ako si to vysvetľujete?“ „Aké pocity vo Vás vyvoláva aktuálna situácia?“
- **pomoc pri hľadaní vlastného riešenia problémov** – poukázaním a hľadaním rôznych možností, napr. „Aké možnosti vidíte pri riešení svojho problému?“ Tiež **porovnávaním navrhovaných možností riešenia**, napr. „Ktorá z možností je pre Vás prijateľnejšia?“ Ako aj **stimuláciou pacienta k prijatiu vybraného riešenia**, napr. „Zaujímalo by ma, čo Vám bráni, resp. môže brániť správať sa podľa rozhodnutia, ktoré ste prijali.“ „Aký by bol Váš najbližší krok?“
- **podporu vlastných pacientových rozhodnutí** – vyvarovaním sa rozhodnutiu za pacienta, napr. „Čo považujete za správne?“ „Rozhodnutie je len na Vás.“,
- **podporu úcty k sebe samému** – pomáhaním **podporovať sebaúctu** u pacienta, napr. „Človek nemá sám seba rád len preto, čo v živote dosiahol alebo nedosiahol. Má sa rád preto, lebo je taký, aký je.“,

- **samotné poskytnutie podpory a pomoci pacientovi** – asistenciou pri riešení jeho problémov, napr. „Mám chvíľu čas a môžem ho venovať Vám, pani Nováková?“ „Vyzeráte rozrušená, chcete, aby som zostal/a s Vami?“ „Odprevadím Vás do izby“.,
- **akceptáciu** – prijatím pacienta, jeho prejavov v správaní, konaní, napr. „Pokojne sa vyplačte.“ „Zostaňte so svojimi myšlienkami“. „Povedzte mi, čo teraz cítite.“ Ako aj **akceptáciou jeho „nechápanosti“**, napr. „Je ťažké zapamätať si naraz toľko informácií, pokojne Vám ich ešte raz zopakujem.“ „Je pre Vás asi ťažké pochopiť, čo sa stalo.“ A tiež **rešpektovaním jeho zmien v psychickej oblasti**, napr. „Je normálne, že prežívate strach.“,
- **prejavenie spoluúčasti** – používaním prvej osoby množného čísla, napr. „Skúsime to spolu.“ „Spolu to zvládneme.“ Tiež **parafrázovaním**, napr. „Keď som Vás správne pochopila, dcéra sa nebude môcť o Vás doma starať. Chodí do práce, má dve malé deti.“ Ako aj **zapojením rodiny resp. podporných osôb**, napr. „Myslíte si, že by Vám mohol pomôcť niekto z rodiny alebo priateľov?“,
- **uvádzanie do súvislostí** – upozornením pacienta na súvislosti, napr. „Je prirodzené, že máte strach o svoju rodinu, zamestnanie.“ „Smútok je reakciou na Vaše nesplnené očakávania.“,
- **využívanie „zlatých“ komunikačných slov** – ide o slová, ktoré podporujú či uľahčujú komunikáciu, napr. „Prosím Vás...“, „Buďte taká láskavá...“, „Ďakujem.“, „Urobila som to rada“. „Pokojne sa opýtajte.“,
- **motivovanie** – uplatňovaním motivácie voči pacientovi so zameraním na nové formy správania či konania, napr. „Cvičíte výborne, neprestávajte, pokračujte.“,
- **pozitívne posilňovanie** – využívaním konkrétnych pochvál a ocenení voči pacientovi, napr. „To, že si už sám dokážete umyť zuby, je veľký pokrok.“ „Každým dňom prejdete samostatne ďalej a ďalej.“

Iní odborníci hovoria o štyroch základných atribútoch psychoterapeutického prístupu. Prvým je **dobrá informovanosť pacienta a jasné pravidlá vzájomnej spolupráce**. Druhým je **vzájomné porozumenie**, z čoho vyplýva, že ak sú pacientovi jasne oznámené pravidlá spolupráce, neznamená to ešte, že ich pacient musí prijať a podľa nich sa začne aj riadiť.

Okrem osobnostných vlastností, vstupuje do procesu vzájomného porozumenia viacero psychologických faktorov, vrátane minulých skúseností alebo obranných mechanizmov, ktoré môžu spoluprácu komplikovať. V každom prípade má byť pri psychoterapeutickom prístupe iniciatíva na vzájomné porozumenie v rukách zdravotníckych pracovníkov, a to bez ohľadu na to, ako sa pacient správa. V prvom rade by k tomu mala slúžiť empatia a ľudská snaha porozumieť pacientovi. Tretím atribútom psychoterapeutického prístupu je podľa uvedeného autora **rešpekt k individualite pacienta**. Pod rešpektom v prvom rade rozumie toleranciu, ktorá uznáva rozdiely medzi ľuďmi a rešpektuje ľudskú bytosť bez ohľadu na ochorenie, postihnutie či zanedbanosť. Rešpektovať individualitu pacienta znamená brať ho so všetkými jeho zvláštnosťami a odlišnosťami, ktoré však nemusíme vnútorne prijímať alebo schvaľovať. Pacient by nemal byť pre zdravotníckych pracovníkov iba anonymná diagnóza. Primárnym znakom, že pacienta rešpektujeme je jeho oslovenie priezviskom, poznanie jeho anamnézy, psychologických zvláštností (reaktivita alebo emotivita), resp. poznanie jeho osobnej alebo rodinnej histórie. Štvrtým atribútom je **psychologická podpora pacienta**, ktorá je založená na poskytovaní pocitu istoty, že pacient na zvládanie problémov súvisiacich s jeho ochorením nie je sám. K psychologickéj podpore pacienta patrí najmä snaha lekárov a sestier znižovať u pacienta záporné emócie, najmä úzkosť, strach, hanbu a beznádej, ktoré veľmi často sprevádzajú každé ochorenie. Základom psychologickéj podpory je empatia, jej súčasťou je najmä trpezlivé vypočutie si pacientových otázok, obáv, ťažkostí. Medzi jednoduché techniky psychologickéj podpory, ktoré by mali lekári a sestry v zdravotníckej praxi využívať, zaraďujeme aj vytvorenie možnosti na vyrozprávanie sa pacientovi, zdieľanie jeho obáv alebo nádejí, ako aj dodávanie odvahy s primeranou aktivizáciou pacienta. V neposlednom rade sú to ocenenia a pochvaly za každú aktivitu, ktorú pacient vykoná navyše a signalizujú zlepšovanie jeho zdravotného stavu.

### **1.3.2 Psychoterapeutické komunikačné techniky**

Okrem už spomínaných komponentov a konkrétnych prvkov psychoterapeutického prístupu k pacientovi, ktorý sa nachádza v emočne vypätých situáciách, si dovoľíme uviesť ďalšie vhodné komunikačné techniky,

ktoré vychádzajú zo spomínaného psychoterapeutického pôsobenia a komunikácie. Ide predovšetkým o:

- **otvorené otázky** – prostredníctvom nich lekár alebo sestra podnecuje pacienta k viacslovnnej odpovedi. Dozvedá sa viac a detailnejšie o jeho prežívaní, emóciách, myšlienkových procesoch, názoroch, záujmoch a potrebách. Pacient tak dostáva priestor na vyjadrenie toho, čo chce povedať. Dôležité je na strane zdravotníckeho pracovníka ovládanie správnej techniky kladenia otvorených otázok. Ak chce dosiahnuť, aby sa pacient obširnejšie vyjadril, začína otázku slovesom. Napr. „Porozprávajte mi, prosím, o...“, „Vysvetlite mi, prosím, ako...“, „Opíšte mi, prosím...“, „Upresnite mi, prosím...“ a pod.,
- **navodzujúce slová** – ide o neutrálne výrazy, ktorými lekár alebo sestra podnecuje pacienta k ďalšej komunikácii. Týmito slovami dáva najavo zaujatosť a ochotu vypočuť si ho. Napr. pacient: „Moja manželka je teraz na všetko sama.“ Sestra: „Rozumiem Vám.“ Pacient: „Určite všetko nestíha. Máme veľký dom, aj záhradu.“ Sestra: „Počúvam Vás, pokojne pokračujte.“,
- **ticho** – má veľký význam pre zdravotníckeho pracovníka a zároveň pre pacienta, pretože im umožňuje usporiadať si myšlienky, uvažovať o význame toho, čo bolo povedané a tiež načrtávať smer ďalšej komunikácie. Ak trvá u pacienta už dlho a neplní svoju funkciu, môže sestra alebo lekár zareagovať napr. nasledujúcim spôsobom: „Dlhší čas mlčíte, o čom premýšľate?“,
- **reverbaliáciu** – znamená opakovanie toho, čo nám povedal pacient. Najčastejšie sa s reverbaliáciou stretávame vo forme otázky. Napr. pacient: „Sestrička, takmer som to nevydržal.“ Sestra: „Takmer ste to nevydržali?“
- **klarifikáciu** – umožňuje lekárovi alebo sestre vyzvať pacienta k objasneniu pomocou otázok, príkladov, protikladov a prirovnaní. Napr. pacient: „Som nahnevaný, pretože som dlho čakal na vyšetrenie.“ Lekár/sestra: „Čo sa stalo?“
- **fokusáciu** – zdravotnícky pracovník vyberá z pacientových informácií tie, na ktoré chce, aby zameral svoju pozornosť. Napr. pacient: „Mnoho vecí mi tu prekáža. Nevieť si zvyknúť na denný režim, nevyspím sa dobre, nechutí

mi strava. Najviac mi však prekáža nuda.“ Lekár/sestra: „Zdá sa, že nečinnosť Vás dosť stresuje. Čomu sa venujete doma?“,

- **interpretáciu** – prostredníctvom nej lekár alebo sestra rozvíja sebauvedomenie pacienta. Najskôr verbalizuje postreh sociálnej percepcie a potom interpretuje správanie a konanie pacienta. Napr. „Vidím, že dnešná návšteva Vás nepotešila. Asi sa Vám o tom ťažko rozpráva.“,
- **konfrontáciu** – ide o postavenie pacienta tvárou v tvár k svojmu počínaniu. Lekár alebo sestra ho vedie k tomu, aby si uvedomil svoje správanie, konanie a ich dôsledky. Napr. „Pán Novák, máte neslanú diétu a pri obede som videl/a, ako si pridávate do polievky soľ.“ Pri konfrontácii musíme rátať s obrannou reakciou. Dôležité je akceptovať akýkoľvek prejav v správaní a konaní pacienta, a ponúknuť mu pomoc.

Uplatnením psychoterapeutického prístupu môžu zdravotnícki pracovníci očakávať zmeny v prežívaní, správaní a konaní pacienta v tom zmysle, že sa lepšie adaptuje na chorobu, resp. hospitalizáciu, že sa zlepší miera jeho sociability, že sa zmierni jeho úzkosť, strach a tým sa zefektívni aj naša spolupráca s ním.

## 1.4 OSOBNOSŤ PACIENTA

Východiskom pre pochopenie osobnostných prejavov pacienta je poňatie osobnosti ako jednoty a vzájomného pôsobenia biologických, psychických, sociálnych i spirituálnych faktorov. Ak chceme porozumieť psychickým zvláštnostiam pacientov, je nevyhnutné vnímať, akým spôsobom somatické procesy, zmeny i situácie, v ktorých sa konkrétny pacient nachádza, ovplyvňujú a formujú jeho prežívanie a správanie. Súčasne s tým sa nastoľuje i otázka, nakoľko prežívanie pacienta, a predovšetkým jeho intenzívnejšie emócie ovplyvňujú priebeh fyziologických procesov. Do procesu liečby akéhokoľvek ochorenia vstupuje pacient so svojim temperamentom, emočnou výbavou, postojoými i vôľovými vlastnosťami ako aj intelektovou úrovňou a pod. Všetky tieto aspekty osobnosti do veľkej miery ovplyvňujú prežívanie pacienta ako aj schopnosť spolupráce s ním. Každý typ temperamentu (sangvinik, choleric, melancholik i flegmatik) a osobnostná dimenzia (introverzia – extroverzia) majú svoje silné i slabé stránky. Existujú však aj niektoré

osobnostné charakteristiky, ktorých masívna prítomnosť v psychickom nastavení pacienta sťažuje kvalitu ich života a aj spoluprácu pri liečbe. Ide predovšetkým o **depresivitu** (nie ako o reakciu na životné okolnosti, ale ako o osobnostnú črtu). Správanie takého pacienta môžeme charakterizovať ako rigidné, ktorý si vyberá z možných stratégií zvládania ťažkostí len niekoľko jemu známych (hoci nemusia byť efektívne) a jeho prístup k riešeniu problémov môžeme označiť ako pasívny. V druhom prípade ide o syndróm **hopelessness – helplessness (beznádej – bezmocnosť)**. V konfrontácii so stresovou situáciou sa takýto pacient vyznačuje pocitmi bezmocnosti, beznádeje, zníženou schopnosťou ju riešiť a s tendenciou rýchlo sa vzdávať a nekonať. Syndróm sa môže objaviť ako reakcia na psychickú záťaž, napr. po informácii o nepriaznivej diagnóze. Môže však byť aj fixovaným životným postojom pacienta. V treťom prípade ide o pacientov s **nízkym skóre hardiness (hardiness = odolnosť proti záťaži, stresu)**. Títo pacienti vnímajú ochorenie ako životnú prehru, ktorej nie sú schopní čeliť. Ich postoj k liečbe je pasívny a viera v uzdravenie minimálna.

Niektorí odborníci hovoria o **type osobnostnej súdržnosti** u pacientov (SOC – sense of coherence), ktorá má tri dimenzie a tie sa podieľajú na tom, či sa daný pacient dá ťažkosťami ľahko „zlomiť“, alebo či im bude vzdorovať. Jednu dimenziu tvorí tzv. zmysluplnosť situácie v protiklade k odcudzeniu (strate zmysluplnosti situácie). V druhom prípade ide o zrozumiteľnosť v protiklade s chaotickosťou. Tretia je zvládnuteľnosť oproti predstave nezvládnuteľnosti situácie. Tam, kde pacient vidí svoju situáciu ako zmysluplnú, zrozumiteľnú a zvládnuteľnú zaujíma nádejnejší postoj v boji s ťažkosťami. Ďalší typ osobnostnej charakteristiky je tzv. **húževnatosť** (reziliencia). S húževnatosťou či nezlomnosťou sa stretávame u pacientov, ktorí sa tvárou v tvár ťažkostiam ľahko nevzdávajú, nestoja rigidne proti chorobe, ale sú schopní flexibilne pristupovať k riešeniu ťažkostí rôznymi spôsobmi. Podobne sa pri zvládaní zdravotných ťažkostí podieľa i osobnostná charakteristika **optimizmu** a zvlášť tzv. **naučeného optimizmu** (learned optimismus), **sebadôvery a sebahodnotenia** (self-esteem), **vnímanej osobnostnej zdatnosti** (self-efficacy), **ľahkej zraniteľnosti** (vulnerability) ako aj prítomnosť tzv. **zvnútornej náboženskej viery** (intrinsic faith). Ukázalo sa, že pre pacientov s ischemickou chorobou srdca hrá podobnú rolu



**typ osobnosti A** (na rozdiel od osobnosti typu B). Správanie **typu osobnosti A** je charakterizované nadmernou súťaživosťou, snahou po úspechu, agresivitou (často potlačovanou), neustálou časovou tiesňou, nepokojom, hostilitou, výbušnosťou, zvýšenou rýchlosťou a hlasitosťou reči, napätím tvárových svalov. Protikladom typu osobnosti A, je **typ osobnosti B**, pre ktorý je charakteristické uvoľnené, pokojné a neunáhlené správanie. Existujú práce, ktoré popisujú **typ osobnosti C** (cancer personality) rakovinovú osobnosť, pre ktorú je kľúčovou charakteristikou strata dôležitého citového vzťahu pred prvým príznakom onkologického ochorenia. Okrem už spomínaných typov uvedieme ešte **osobnosť typu D** (depresívna osobnosť), ktorá sa vyznačuje poruchou sebahodnotenia, nedostatkom pružnosti a zníženou schopnosťou zvládať záťaž.

V priebehu ochorenia sa v psychike človeka môžu prejaviť aj zvláštne rysy osobnosti, ktoré ovplyvňujú jej ďalší priebeh. Napríklad **sugestibilita** – zvýšená vnímavosť prijímať nekritické informácie z okolia pacienta, býva posilnená submisivitou. Týka sa predovšetkým povahy a typu ochorenia. Ovplyvňuje optimistické alebo pesimistické naladenie pacienta. **Vzťahovačnosť** zasa súvisí s podozrievavosťou ako osobnostnou vlastnosťou. Chorý človek prežíva svoje ochorenie ako prioritný problém a predpokladá, že i ostatní zdravotnícki pracovníci sa ním intenzívne zaoberajú. Považuje za dôležité i tie okolnosti, výroky a udalosti, ktoré sa ho vôbec netýkajú. **Egocentrizmus**, s ktorým sa môžeme stretnúť u niektorých pacientov, znamená sústredenie sa na seba a svoje problémy. **Precitlivenosť** vzniká zasa oslabením a senzibilizáciou nervovej sústavy. Môže byť spôsobená dlhotrvajúcou bolesťou, strachom z diagnostických a terapeutických zákrokov, nespavosťou a pod. Nepriaznivé rysy v psychike pacienta sa môžu vzájomne ovplyvňovať alebo posilňovať. Pacient sa stále viac sústreďuje na svoju chorobu, na jednej strane sa s ňou nemôže zmieriť, na druhej strane stráca psychické sily podniknúť niečo, čím by tieto negatívne prejavy utlmil. Z tohto hľadiska je teda nesmierne dôležité, aby lekári a sestry okrem kvalitnej terapeuticko-ošetrovateľskej starostlivosti uplatňovali voči pacientovi aj individuálny psychoterapeutický prístup a podporu.

## Literatúra

- ANDRÁŠIOVÁ, M., BEDNARČÍK, A. *Budem k vám úprimný*. Bratislava: Slovenská onkopsychologická spoločnosť, OZ, 2015. 286 s. ISBN 978-80-971960-0-4.
- BERAN, J. *Základy psychoterapie pro lékaře*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2000. 156 s. ISBN 80-7169-932-2.
- ČAKRT, M. *Typologie osobnosti v medicíně: lékaři, sestry, pacienti*. Praha: Management Press, 2017. 272 s. ISBN 978-80-7261-496-7.
- HAŠKOVCOVÁ, H., PAVLICOVÁ, J. *Ošetrovatelství: ideály a realita v ambulantní péči*. Praha: Galén, 2013. 160 s. ISBN 978-80-749-2063-9.
- JOBÁNKOVÁ, M. a kol. *Vybrané problémy psychologie zdravotnické činnosti*. Brno: IDVZP, 1992. 215 s. ISBN 80-7013-127-6.
- KLEINMANN, K. a kol. *Komunikácia pre zdravotníckych pracovníkov*. Bratislava: Salvus, s.r.o., 2016. 101 s. ISBN 978-80-970-920-5-4.
- KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009. 182 s. ISBN 978-80-8063-160-3.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
- KÜBLER-ROSS, E. *O smrti a umírání*. Praha: Portál, 2015. 320 s. ISBN 978-80-262-0911-9.
- MOROVICSOVÁ, E. a kol. *Komunikácia v medicíne*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, 2014. 212 s. ISBN 978-80-223-3620-8.
- NAKONEČNÝ, M. *Emoce*. Praha: Triton, 2012. 504 s. ISBN 978-80-738-7614-2.
- NAKONEČNÝ, M. *Motivace chování*. Praha: Triton, 2015. 600 s. ISBN 978-80-738-7830-6.
- NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*. Praha: Triton, 2020. 536 s. ISBN 978-80-755-3842-0.
- PELTOVÁ, N. *Umění řešit konflikty*. Praha: Advent-Orion, 2013. 160 s. ISBN 978-80-717-2858-0.
- POKORNÁ, A. *Komunikace sa seniory*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2012. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8.
- ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. 208 s. ISBN 978-80-247-3133-9.

ZACHAROVÁ, E. *Komunikace v ošetrovateľskej praxi*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2016. 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.

ZACHAROVÁ, E., HERMANOVÁ, M., ŠRÁMKOVÁ, J. *Zdravotnícká psychologie*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2017. 264 s. ISBN 978-80-271-0155-9.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie osobnosti*. Praha: Karolinum, 2010. 468 s. ISBN 978-80-246-1832-6.

VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8.

VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.

VÝROST, J., RUISEL, I. *Kapitoly z psychológie osobnosti*. Bratislava: VEDA, 2000. 282 s. ISBN 80-224-0622-8.

VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008. 404 s. ISBN 80-247-1428-8.

## 2 Budovanie vzťahu medzi zdravotníckym pracovníkom a pacientom (L. Dimunová)

Primárnou funkciou rozhovoru s pacientom je vytvorenie fungujúceho vzájomného kontaktu. Ten slúži ako základňa vyváženého vzťahu, na ktorom sa dá v priebehu diagnosticko-terapeutického i ošetrovateľského procesu stavať. Vzťah medzi nimi je do značnej miery určovaný vzájomným očakávaním a tým, do akej miery ho obidve strany naplnia. **Pacient očakáva**, že v zdravotníckom pracovníkovi nájde človeka, ktorý bude ochotný ho vypočuť. Očakáva nielen somatické vyšetrenie, stanovenie diagnózy, príslušnú terapiu a ošetrovateľskú či inú starostlivosť, ale i to, čo označujeme termínom **sociálna opora**. V jej pozadí je dôvera. Vzájomná dôvera – dôvera lekára a sestry k pacientovi a pacienta k lekárovi a sestre. Nielen dôvera, ale aj tzv. **prosociálny postoj** – ochota pomôcť pacientovi v celej šírke jeho osobných problémov (nielen v tom, čo ho trápí somaticky). Pacient očakáva, že bude prijatý ako človek a nie ako „ďalší prípad“. Ide o atmosféru, ktorá vzniká pri prijatí pacienta. Termínom **atmosféra** sa obvykle vyjadruje postoj ľudí k sebe navzájom, a to v emocionálnej dimenzii. Atmosféra môže vyjadrovať prívetivosť alebo jej opak. Môže „dýchať“ autentickým či predstieraným záujmom, prípadne záujmom malým až takmer nezaujmom. Môže sa prejaviť kladným príklonom lekára a sestry k pacientovi, láskavým prístupom k nemu. Ten je evidentný v hlase (v paralingvistických aspektoch reči – tón hlasu, intonácia, rýchlosť reči, hlasitosť a pod.), a v neverbálnych prejavoch (mimika, proxemika, vizika, gestika, posturika a pod.) lekára a sestry. Jedným z dôležitých prání pacientov je tiež pomoc v **hľadaní príčin jeho zdravotných ťažkostí**. Keď pacient dostane nejasnú, prípadne nezrozumiteľnú odpoveď, spokojný nie je. Veľmi často sa pýta spôsobom: „Čo je príčinou mojej choroby?“ alebo „Čo to spôsobilo?“ „Prečo to asi vzniklo?“ Lekár môže na túto otázku odpovedať zreteľne a jasne: „Neviem.“ Takú odpoveď pacient akceptuje (chápe a uznáva). Lekár mu môže prezentovať pohľad rôznych príčin, ktoré boli v iných štúdiách podobných prípadov už zistené a sú známe z medicínskej literatúry, s uistením, že „to sú len rôzne možnosti príčinných súvislostí, nemusí to však tak byť v pacientovej situácii.“ Aj to pacient chápe a uznáva.

Podstatne iná situácia nastáva vtedy, keď je informovanie hmlisté. Keď lekár len niečo hovorí preto, aby sa niečo povedalo a pacient z toho, čo počul, múdrejší nie je. To pacient „veľmi neberie“ (nechápe a neuznáva) a aj to ovplyvňuje hodnotenie daného lekára a jeho vzťah k nemu v ďalšom priebehu liečby. Pri chronických ochoreniach sa predstava o zdravotnom stave a postoj pacienta k ochoreniu mnohokrát mení. Je veľmi vhodné túto zmenu predstáv a postojov postrehnúť. Hlavne v prípade zhoršenia zdravotného stavu pacienta môže ísť o prežívanie mnohých negatívnych emócií – úzkosť, depresívna nálada a pod. Aj na tieto negatívne emócie očakáva pacient reakciu lekára a sestry. Pokiaľ sa chronicky chorý pacient lieči v domácom prostredí, je vhodná návšteva lekára i sestry u pacienta doma. Je to nielen profesionálna, ale i veľmi osobná záležitosť pre všetky zúčastnené strany. Pacient sa na takú návštevu teší. Očakáva nielen somaticky orientovanú prehliadku a napísanie receptu či ošetrovanie rany, ale tiež povzbudenie, posilnenie nádeje a silu k ďalšiemu boju s chorobou.

Na druhej strane **lekár a sestra očakávajú** od pacienta podriadenosť a vďačnosť. Očakávajú, že sa pacientov zdravotný stav bude rýchlo zlepšovať až do úplného uzdravenia. V prípade dlhej a „neúspešnej“ liečby a ošetrovateľskej starostlivosti bývajú frustrovaní a môžu mať tendenciu hľadať chybu v malej spolupráci pacienta, prípadne jeho rodiny. Počítajú s tým, že pacient s nimi naplno spolupracuje, nie je to však automatický proces, práve naopak, pri subjektívnom zlepšení zdravotného stavu musíme pacienta neustále k spolupráci motivovať, povzbudzovať, pretože inak môže prestať naše odporúčania dodržiavať. Lekári a sestry tiež od pacienta očakávajú, že im pravdivo odovzdá všetky vyžiadané informácie, vrátane informácií dôverného charakteru, a že sa nechá vyšetriť i ošetriť aj v najintímnejších oblastiach. Ďalej majú tendenciu považovať za samozrejmosť, že pacient strpí narušovanie vlastnej telesnej integrity, bolestivú i zraňujúcu manipuláciu, či tiež statočné podrobenie sa a vydržanie rôznych úkonov, ktoré sú alebo môžu byť pre neho nebezpečné.

Vzájomný vzťah medzi pacientom a lekárom či sestrou je ovplyvňovaný aj ich prípadnou **osobnou svojráznosťou**. Ľudia s podobnými vlastnosťami sa spravidla navzájom lepšie chápu, rozumejú si, sú si blízki a sympatickí. Na druhej strane človeka niekedy priťahuje pravý opak – teda to, čomu nerozumie.

Preto zdravotnícki pracovníci môžu v praxi subjektívne uprednostňovať pacientov s podobnými osobnostnými charakteristikami (napr. úzkostlivosť, depresívnosť), alebo naopak pacientov komplementárnych (napr. pedantov priťahuje impulzívnosť a naopak). Okrem toho je veľmi dôležité **sebapoznanie** na strane zdravotníckych pracovníkov. To môže významným spôsobom spoluurčovať vzťah medzi nimi a pacientom, a to hlavne v súvislosti s nasledujúcimi vplyvmi – **prenosu a protiprenosu**. Ide o nevedomé iracionálne tendencie v správaní či prežívaní (či na strane pacienta alebo lekára, sestry), ktoré vychádzajú zo vzťahov a skúseností k subjektívne významným osobám v detstve. V prípade, že pacient prenáša svoje skúsenosti z detstva do jeho vzťahu s lekárom, sestrou v dospelosti, hovoríme o **prenose**. V opačnom prípade – zo strany lekára, sestry na pacienta hovoríme o **protiprenose**. Rozoznávame tri typy prenosu, resp. protiprenosu:

1. **pozitívny** – prejavuje sa myslením, prežívaním a správaním, v ktorých prevládajú sympatie, radosť a náklonnosť,
2. **negatívny** – v myslení, prežívaní a správaní je prítomný hnev, hostilita, sklamanie, strach a podozrievavosť,
3. **ambivalentný** – v myslení, prežívaní a správaní sa súčasne vyskytujú vyššie popísané kvality v pozitívnej i negatívnej forme.

Existuje ešte celý rad rôznych okolností, ktoré tento vzťah dotvárajú a niekedy i podstatne určujú. Sú to napr. vekové kategórie pacientov, ale i medicínsky odbor, typ ochorenia, miera naplnenia dôležitej ľudskej potreby – potreby akceptácie (prijatia) a uznania, ako aj potreba bezpečia a istoty, ktorú pacient vo vzťahu k lekárovi alebo sestre očakáva. U lekára a sestry je to naopak snaha po potvrdení profesionálnej zdatnosti, čo súvisí s vytváraním a upevňovaním si ich identity a sebavedomia.

## **2.1 PARTNERSKÝ VERZUS MOCENSKÝ PRÍSTUP V ZDRAVOTNÍCKEJ PRAXI**

S výrazom **partnerský prístup** lekára alebo sestry k pacientovi sa v súčasnej dobe stretávame pomerne často. Má vyjadrovať myšlienku rovnocennosti vzťahu a myšlienku spolupráce. Medzi jeho základné hodnoty patrí sloboda a možnosť voľby. Ľahko sa ale môže stať, že verbálne (slovami) zdravotnícki pracovníci vyznávajú partnerský prístup k pacientovi, ale

skutkami, činmi ho popierajú. Väčšinou sa to stáva vtedy, keď chýba lekárom a sestram porozumenie podstaty partnerského prístupu a presvedčenie o jeho nevyhnutnosti. A tiež keď im chýbajú komunikačné zručnosti, ktorými ich môžu aplikovať do každodennej zdravotníckej praxe. Je pochopiteľné, že v priebehu života sme si vytvorili určité návyky, ktoré sa týkajú nášho myslenia a správania. Zmeniť ich nie je zďaleka také jednoduché, ako zaradiť do svojho slovníka vety, ktorými sa hlásime k myšlienke partnerského prístupu k pacientom. Komunikácia nespočíva len v obsahovej (denotatívnej) stránke, ale rovnako je dôležitá aj stránka vzťahová (konotatívna), v ktorej sú „skryté posolstvá“ – nevy povedané informácie o tom, čo si ľudia o sebe navzájom myslia a predovšetkým, aký k sebe majú vzťah. „Skryté posolstvá“ nevnímajú naši pacienti iba zo slov, ale taktiež z mimoslovných (paralingvistických) prejavov (tón, intenzita hlasu, rýchlosť reči a pod.), neverbálnych prejavov (mimika, vizika, gestika, haptika, posturika a pod.) a celkového správania lekárov a sestier. (Aké skryté posolstvo o našom vzťahu k pacientovi odovzdávame napríklad tým, že zaklopeme na dvere pacientovej izby ešte predtým ako do nej vstúpime? A aké signály vysielame pacientovi keď to neurobíme?) Pretože „skryté posolstvá“ nie sú vypovedané slovom, obvykle si ich ani príjemca neuvedomuje v pojmoch, ale skôr pocitovo. Pokiaľ sa pacient nachádza v zdravotníckom prostredí, v ktorom sa uplatňuje **paternalistický prístup** (mocenský model), či už ako individuálny prístup niektorých zdravotníckych pracovníkov alebo ako nastavenie organizačnej kultúry v rámci oddelenia/kliniky, pacient sa stáva „objektom“ starostlivosti. V takom prípade sa lekár, resp. iný zdravotnícky pracovník usiluje o vecný, racionálny prístup, pacienta nevypočuje, riadi sa výlučne sebou a tým, čo je potrebné urobiť z hľadiska ochorenia, ktoré chápe ako výlučne biologickú záležitosť. Lekár vo vzťahu jednoznačne vedie a určuje, čo má pacient robiť, je direktívny, vyžaduje pacientovu poslušnosť. Medzi ním a pacientom nebýva dialóg, skôr odovzdanie stručných informácií a príkazov či návodov k tomu, čo má pacient robiť, ako má zmeniť svoje správanie (rady). Medzi oboma nie je osobný vzťah, resp. lekár ho nepripúšťa a pokusom pacienta o jeho nadviazanie sa bráni. Pokiaľ lekár uplatňuje vo vzťahu k pacientovi paternalistický prístup (mocenský model), ktorého základom je nerovnosť, vzťah nadradenosti a podradenosti, používanie mocenských prostriedkov, pacient môže nadobúdať nasledujúce

pocity: „Lekár mi musí hovoriť, čo mám robiť. On chce za mňa rozhodovať. Mám pocit, že vždy mi chce niekto rozkazovať. Urobím, čo chce a budem mať pokoj. Splním, čo mi povedal a keď odídem z nemocnice, aj tak si budem robiť, čo budem chcieť ja.“

**Partnerský prístup** je založený na rovnocennosti a rešpektovaní dôstojnosti pacienta. Dáva priestor na vyjadrenie jeho názoru, návrhov na riešenie rôznych situácií a vyjadruje dôveru, že pacient urobí to najlepšie, čo môže vzhľadom k svojmu zdravotnému stavu a skúsenostiam. V ňom je zakomponovaná zodpovednosť a komunikáciou sa vyjadruje presvedčenie o hodnote a kompetentnosti pacienta, ako aj záujem o to, čo prežíva. Sú aj situácie emočne napäté, keď pacienti nie sú v psychickej pohode, práve naopak sú nahnevaní, ale i v takýchto situáciách sa k nim môžeme správať rešpektujúcim spôsobom a dávať to najavo vecnou, férovou a nezraňujúcou komunikáciou.

### **2.1.1 Rešpekt a úcta ako základný postoj v komunikácii a vo vzťahu k pacientovi**

Rešpektovať pacienta a správať sa k nemu s úctou, znamená predovšetkým dve veci: správať sa k nemu tak, aby to nezraňovalo jeho ľudskú dôstojnosť. Základnou vodiacou líniou je pritom nedovoliť si k nemu nič, čo nechceme, aby si on dovolil k nám. Druhým dôležitým aspektom je prijať fakt, že sa od nás môže líšiť, že má iné názory, hodnoty, iný komunikačný štýl a ešte mnoho iných odlišností, no napriek tomu si uvedomiť, že nie je lepší alebo horší ako my. Je v podstate iný. Rešpektovať pacienta jednoducho neznamená vychádzať mu vo všetkom v ústrety, nič od neho nežiadať alebo mu všetko tolerovať. Existujú **rešpektujúce komunikačné postupy**, ktorými môžeme pacientovi oznamovať svoje oprávnené požiadavky, riešiť náročné situácie, a keď je to potrebné, tak i vyjadrovať svoj nesúhlas alebo brániť sa. To, ako sa cítíme je pre nás dosť významné. Niekto si možno povie, že mu je jedno, ako sa cítia pacienti, že je to ich problém. To je však dosť krátkozraký pohľad. Problém je v tom, že našimi pocitmi sa to nekončí. To, čo pacienti prežívajú, veľmi významne ovplyvňuje ich správanie – a to, ako sa správajú, už zdravotníckym pracovníkom tak jedno nebude.



Potreba „byť rešpektovaný“ patrí medzi základné ľudské potreby, ktoré majú všetci jedinci bez ohľadu na vek, pohlavie alebo rasu. Každému človeku bola daná potreba cítiť sa ako hodnotná ľudská bytosť, pokiaľ táto potreba nie je rozvíjaná a uspokojovaná, prináša to problémy, ktoré môžu vyústiť do závažných porúch psychického, sociálneho a morálneho vývinu. Pretože ide o vrodenu potrebu, nemal by byť základný rešpekt k druhým ľuďom ničím podmienený („Budem Vás rešpektovať, keď...“, môžete si sami doplniť, aké podmienky, či už vyslovené alebo nevyslovené, si môžu zdravotnícki pracovníci klásť vo vzťahu k pacientovi). Niečo iné je, keď hovoríme, že si niekoho vážime – pretože jedná férovo, hovorí pravdu, poskytujeme nám informácie a rôzne podnety, ktoré nám pomáhajú v živote, v práci, pristupuje k nám s porozumením, v prípade problémov je ochotný venovať nám svoj čas... (Môžete si opäť doplniť, prečo ešte si vážime druhých ľudí. Prečo si môžeme vážiť pacienta...., Prečo si môže pacient vážiť lekára, sestru...). Je teda užitočné rozlišovať medzi rešpektom a uznaním. **Rešpekt** k druhému človeku chápeme v zmysle ničím nepodmieneného ohľadu na jeho ľudskú dôstojnosť a prijatie jeho odlišností. **Uznanie**, ktorým dávame najavo, že si niekoho vážime pre to, aký je, ako sa správa. Základný rešpekt je to, čo by malo zostať medzi ľuďmi i vtedy, keď si jeden druhého prestanú vážiť. Nie je to len „služba“ druhému človeku, rešpektujúce správanie k druhým nám pomáha šetriť i vlastnú ľudskú dôstojnosť (krik, vyhrážanie, manipulácia a ďalšie nerešpektujúce spôsoby ju naopak znižujú). Rešpekt umožňuje, aby i prípadné konfliktné situácie prebehli kultivovaným spôsobom. Zachovať si rešpektujúci prístup k pacientovi i v situácii, keď on nerešpektuje nás, nie je ľahké, keď to ale dokážeme, zostáva nádej na zlepšenie našich vzťahov v budúcnosti.

**Prvé stretnutie pacienta s lekárom alebo sestrou** spravidla určuje aký je a bude vzájomný vzťah medzi nimi, a následne zásadným spôsobom ovplyvní i kvalitu ich spolupráce. Preto je veľmi vhodné, aby sme od samého začiatku s pacientom jednali a komunikovali ako s vítaným hosťom, o ktorého sa **osobne zaujímame** a na ktorého sa **plne sústredíme**. Prejavovaný osobný záujem o pacienta pôsobí na neho anxiolyticky a antidepresívne, pretože pacient prestáva byť ľudsky sám a dostáva nádej na zmenu k lepšiemu, pretože lekár alebo sestra jasne naznačujú, že sú pacientovi k dispozícii. Je dôležité, aby pacient z nášho postoja a komunikácie vycítil, že jednoznačne stojíme na jeho

strane a že sme tými spoľahlivými ľuďmi, od ktorých môže očakávať reálnu pomoc. Tento postoj však neznamená nekritické prijímanie všetkého a súhlas so všetkým, čo druhý hovorí a robí. V tomto prípade platí v plnom rozsahu nasledujúca veta: „chápať by sme mali všetko, tolerovať mnoho, ale súhlasiť s málom.“

Úcta a rešpekt sa týkajú i oblasti **fyzickej a psychickej intimity** pacienta. Je preto dôležité byť v tejto oblasti ohľaduplný. Prejavovanou úctou a rešpektom zmenšujeme tiež asymetriu vzťahu, čo uľahčuje komunikáciu. Pacient sa nebojí povedať, čo považuje za dôležité, opýta sa, vyjadrí svoj názor a pod. Vhodné je taktiež zmieniť sa o **postojovej indukcii**, ktorá býva príznačná pre asymetrické vzťahy, v tejto súvislosti môžeme teda hovoriť aj o vzťahu pacienta a lekára. Pokoj u lekára navodzuje i pokoj u pacienta, naopak agresivita vyvoláva agresivitu. Pokiaľ veríme pacientovi, rastie aj jeho dôvera voči nám, pokiaľ ho považujeme za zodpovedného, postupne sa zodpovedným stáva. Keď sa správame k pacientovi a jeho rodine s úctou a rešpektom, následne i oni voči nám zaujímajú podobný postoj a taktiež zaujímajú podobný postoj aj voči sebe navzájom, čo je nesmierne dôležité v prípadoch, keď sa pacient cíti byť menejcenný vplyvom rôznych zdravotných ťažkostí. Zároveň je potrebné spomenúť, že nižšia miera rešpektovania ľudskej dôstojnosti v jednaní a komunikácii zdravotníckych pracovníkov sa častejšie vyskytuje v situáciách, v ktorých pacient stráca „ľudské charakteristiky“ (napr. nekomunikuje, je zmätený, znečistený, v bezvedomí). Taktiež v týchto prípadoch je potrebné uplatňovať rešpekt i úctu, pretože i títo pacienti často vnímajú a rozumejú nášmu prejavu omnoho viac, ako by sme si mohli vzhľadom k ich zdravotnému stavu a správaniu myslieť. V prípade, že základný postoj úcty a rešpektu nedodržiavame (napr. u pacienta v hlbokom bezvedomí), poškodujeme nevhodným jednaním seba, znižujeme vlastnú citlivosť k sebe samým i blízkym v našom súkromnom živote. Vzniká tak jedna z foriem profesionálnej deformácie, obvykle nazývaná **cynizmus**, ktorá zákonite presahuje i do súkromného života zdravotníckych pracovníkov a môže tiež narušiť ich osobný život

Dá sa teda konštatovať, že prejavovaná úcta a rešpekt voči pacientovi sú nevyhnutnou podmienkou získania jeho dôvery, následnej efektívnej spolupráce a komunikácie s ním.

### 2.1.2 Autorita a pravdivosť v komunikácii s pacientom

Slovo autorita môžeme vnímať v dvoch základných významoch: **autorita v zmysle moci** a **autorita v zmysle vplyvu**. Často počúvame vetu, že ľudia, a zvlášť deti potrebujú autoritu. Nie je tým však mienená mocenská autorita. O prejavy moci ľudia nestoja (pokiaľ nejde o osobnosť, ktorá sa stala silno závislou na autorite a prejavy moci prijíma ako oprávnené správanie „toho nad sebou“). Vadí nám, keď nám niekto rozkazuje, povyšuje sa nad nás, správa sa arogantne, povýšenecky, nepodáva nám informácie, posudzuje nás, jeho správanie je ťažko predvídateľné, pretože k nám pristupuje a rozhoduje sa na základe svojich nálad a názorov, a nie na základe faktov, dohôd a pravidiel.

Iné to je s **autoritou v zmysle vplyvu**. Mnohokrát sa v tomto prípade hovorí o prirodzenej autorite. Môžeme ju prepojiť s tým, čo sme uvádzali o rešpekte, úcte a uznaní. Niekto má na nás vplyv, pretože sa k nám správa rešpektujúcim spôsobom a vážime si ho preto, aký je. Takáto autorita je v každom prípade žiadúca i pre pacienta. Ponúka mu i významný pocit bezpečia a istoty. Je dôležité, aby lekár ale i sestra boli pre pacienta ľudskou autoritou, aby si ich mohol vážiť, aby z ich prejavu vyžarovala istota (nie suverenita či autoritárstvo, tie bývajú známkou osobnej nezrelosti) a pokoj.

S autoritou je nerozlučne spätá **pravdivosť**, preto by sme ju principiálne nemali upierať ani chorému človeku a jeho príbuzným. Mali by sme byť ochotní a schopní pacienta pravdivo informovať o jeho zdravotnom stave, príčinách ochorenia, diagnostických, terapeutických i ošetrovateľských opatreniach, ako aj o prognóze, perspektívach a možných komplikáciách. Lekár alebo sestra, o ktorých sa pacienti dozvedia, že im odovzdávali vedome skreslené informácie, strácajú ich dôveru. Prepojenosť autority a pravdivosti v komunikácii je podstatná a znamená, že sme voči pacientovi a jeho príbuzným taktne a citlivo úprimní. Pravdivosť je princípom nášho vzťahovania sa k druhému človeku, princípom, výrazne sa prejavujúcim i v našej komunikácii. Okrem tejto informačnej pravdivosti je žiadúce, aby i lekárov či sestrin komunikačný prejav bol pravdivý, teda nerozporný v zmysle „byť sám sebou“. Takýto „rýdži“ zdravotnícky pracovník je nezáhadný a transparentný. Pacienti mnohokrát ospravedlnia aj jeho svojráznosť, pokiaľ cítia, že pred nimi „nehrá“ len nejakú rolu, ale že má k nim pozitívny vzťah.

Autorita spojená s pravdivosťou prispieva k vytvoreniu vzťahu, ktorý je pre pacientov, vzťahom spoľahlivým. Pacienti a ich príbuzní sa vnútorne upokojujú, cítia oporu a bezpečie. Zdravotnícky pracovník zasa pôsobí sugestívne, zvyšuje sa váha jeho slov a jednaní. V ojedinelých situáciách sa však môže stať, že pacient sa chce zriecť pravdy, resp. nemá záujem o informácie, ktoré sa týkajú jeho zdravotného stavu. V takom prípade to rešpektujeme a pacienta požiadame, aby nám v tejto záležitosti podpísal informovaný súhlas.

V situáciách, keď ľudia strácajú vplyv, majú tendenciu prikláňať sa k mocenským spôsobom. Uplatnenie moci je prostriedok, ktorý ľudia používajú na dosahovanie svojich cieľov. Nech sú ciele akékoľvek, použitie mocenských prostriedkov má samo o sebe vždy veľké riziká v tom, čo vyvolá ďalej. Tieto riziká nemusia byť okamžite viditeľné. Keď sa pacient ocitne v zdravotníckom prostredí, ktoré mu ponúka prevažne mocenské modely vzťahov, pravdepodobne prijme za svoje, že v tomto vzťahu má byť zdravotnícky pracovník v nadradenej a on v podradenej pozícii. Ďalšie okolnosti pacienta, jednak vrodené (temperament, citlivosť, intelekt a pod.), ako aj vyplývajúce zo sociálneho prostredia (hodnoty, sociálne, ekonomické postavenie a pod.) sa budú podieľať na tom, do čoho vyústi prijatie mocenského modelu u pacienta: či do vzdoru, vzbury, boja o moc alebo naopak do prijatia podriadenej role – do poslušnosti. Akonáhle sa situácia vyhrotí do boja o moc, neexistuje už dobré riešenie. Je to potvrdenie toho, že ide hlavne o výhru, nie o vhodné, kooperatívne správanie. V prípade, že sa pacient stotožní s podriadenu pozíciou, prijíma obraz seba samého ako toho menej schopného, málo kompetentného na riadenie svojho vlastného života. Takíto pacienti obyčajne vykonávajú bez akéhokoľvek odporu všetko, čo im zdravotnícky pracovník povie (i keď s tým napr. sami nesúhlasia), chcú sa zavďačiť, získať priazeň tých, ktorých vnímajú ako nadradených. **Protikladom „poslušnosti“ pacientov je ich zodpovednosť.** Jej podstatou nie je závislosť pacienta na tom, čo robí alebo hovorí autorita, ale sú to vnútorne prijaté hodnoty a normy správania, podľa ktorých sa riadi, a to i v situáciách keď ho zdravotnícky pracovník nevidí, nie je pri ňom prítomný. Paternalistický model oznamuje: „Prinútim Ťa robiť, čo je správne.“ Partnerský model oznamuje: „Táto vec má tento a tento zmysel, také a také dôsledky. Očakávam, že urobíš to, čo je správne.“

### 2.1.3 Porozumenie a nádej v komunikácii s pacientom

**Porozumenie** ako významnú súčasť psychologického prístupu a komunikácie s pacientom a jeho príbuznými môžeme chápať v trojakom význame:

1. **Ľudské porozumenie na základe empatie** – znamená, že sa pomocou vcítienia snažíme pochopiť, prečo pacient koná, tak ako koná, resp. aké sú motívy jeho správania. Zaujíma nás, ako sa pacient cíti a čo ho vedie k tomu, že veci hodnotí práve tak, a nie inak. K porozumeniu patrí teda orientácia v prežívaní a ostatných oblastiach psychického života (v konkrétnych radoostiach, starostiach, vzťahoch, hodnotách a pod.). Psychologicky porozumieť znamená predovšetkým ľudsky porozumieť s uplatňovaním empatie, ktorá patrí medzi ľudské schopnosti. Empatický zdravotnícky pracovník vyvolá v pacientovi dojem subjektívnej blízkosti a osobného záujmu a týmto postojom zmierňuje úzkostné obavy, tenziu a mnohé iné nežiadúce emócie. Je dôveryhodný, chápaný, upokojujúci a subjektívne posilňujúci. Vyššia schopnosť vcítienia by podľa nášho názoru mala byť samozrejmomou psychickou výbavou zdravotníckeho pracovníka v komunikačnom procese s pacientom. Chceme, ale upozorniť, že porozumenie vcítiením by nemalo viesť k stotožneniu (identifikácii) s pacientom, to znamená k strate subjektívneho odstupu. Vnútorne stotožnenie s pacientom by predstavovalo komplikáciu a mohlo by pre pacienta znamenať reálne ohrozenie zo strany lekára alebo sestry, ktorí by mohli stratiť objektivitu pri poznávaní, hodnotení a rozhodovaní.
2. **Porozumenie vzťahu medzi pacientom a zdravotníckym pracovníkom** – je pre liečbu, ošetrovateľskú starostlivosť a vedenie pacienta veľmi dôležitá okolnosť. Poukázali na to aj psychológovia, ktorí vzťah k osobnosti lekára považovali plným právom za často zabudnutý prostriedok liečby, v ktorom mnohokrát môžeme nájsť kľúč k poznaniu typu spolupráce a často i k základnému postoju pacienta k svojej chorobe. Lekár i sestra by mali venovať pozornosť akémukoľvek nápadnejšiemu správaniu pacienta vo vzťahu k sebe, napr. prečo sa až príliš ochotne podriaďuje, alebo naopak oponuje a zdanlivo bezdôvodne vzdoruje. Dôvodom bývajú mnohokrát

nielen fantazijné očakávania pacienta, ale pokiaľ ide o liečbu a lekára, aj subjektívny postoj lekára k pacientovi - o ktorom lekár nie je zvyknutý premýšľať v týchto dimenziách. Tým, že si uvedomíme, ako pacienta prežívame a čo v nás subjektívne vyvoláva, môžeme svoje jednanie, komunikáciu a postoj zmeniť, či prinajmenšom dostať pod kontrolu (napr. polárna dimenzia medziosobného vnímania, prežívania, jednania a komunikácie, ktorú môžeme stručne pomenovať **sympatia - antipatia**). Vzťah medzi lekárom a pacientom ako aj medzi sestrou a pacientom sa vyvíja. V prípade ťažkostí je vhodné, aby sme sa s pacientom otvorene, ale v žiadnom prípade nie autoritatívne, porozprávali o našej ďalšej spolupráci a spoločne hľadali príčiny, ktoré ju môžu komplikovať. Bez porozumenia vzťahu, nie je možné porozumieť pacientovi.

3. **Identifikácia psychosociálnych vplyvov** je treťou rovinou, na ktorej sa odohráva porozumenie pacientovi. Je postavená na hypotézach, ktoré sa týkajú etiopatogenézy ochorenia a ich udržiavacích mechanizmov. Poznať psychosociálnu stránku ochorenia je žiadúce z preventívnych i terapeutických dôvodov, pretože celý rad významných záťažů prichádza práve z tejto oblasti. Práve kvôli tomu, nemôžeme pri každom závažnejšom ochorení pacienta zabudnúť na psychosociálne faktory (napr. otázka medziosobných vzťahov – rodinného a pracovného života, hodnotového systému a pod.).

Porozumenie pacientovi má teda tri úrovne: osobnostnú, vzťahovú a tú, ktorá sa týka poznania psychosociálnych faktorov súvisiacich s etiopatogenézou ochorenia. Psychoterapeutický prístup lekára i sestry k pacientovi a dôležitým osobám z jeho života znamená rešpektovanie a reflektovanie ich osobností, psychického stavu a medziosobných vzťahov, ktorými žijú. Vytvárame tak atmosféru pochopenia, istoty, dôvery a nádeje, teda určitého rámca, v ktorom by sa mala realizovať akákoľvek práca s pacientom.

**Nádej** úzko súvisí s dôverou a je dôležitou až nevyhnutnou podmienkou liečebného pôsobenia, aj keď si ju pacient nemusí vďaka svojmu psychickému zdravotnému stavu vždy pripúšťať. V niektorých prípadoch ju dokonca môže i odmietať, napr. depresívny pacient. Z pohľadu zdravotníckych pracovníkov ide o rozlišovanie **reálnej** (racionálnej) a **nereálnej** (iracionálnej) **nádeje**.

**Reálna** nádej vyplýva z pozitívneho zhodnotenia situácie pacienta a **nereálna** nádej sa dostáva na miesto reálnej vtedy, keď objektívna pravdepodobnosť zmeny k lepšiemu je nízka až nulová. Je to „viera v zázrak“. Zdravotnícki pracovníci ale i samotní pacienti sa vo väčšej miere zaujímajú o reálnu nádej, v niektorých prípadoch, keď sú na tom pacienti veľmi vážne, môže do popredia u nich (aj ich blízkych) vystupovať skôr nádej iracionálna. Prístup lekára k pacientovi vychádza z princípu ľudskej vzájomnosti, ktorý môžeme zjednodušene vyjadriť takýmto spôsobom: „Jednajte tak, ako by ste si priali, aby s Vami v podobnej situácii jednali iní.“

## 2.2 TERAPEUTICKÁ KOMUNIKÁCIA S PACIENTOM

Terapeutická komunikácia významne pomáha pacientovi z psychického hľadiska. Dôležitý pri jej realizácii je úprimný, autentický a nefalšovaný záujem o pacienta zo strany zdravotníckeho pracovníka. Predstieraný záujem pacient rýchlo odhalí, čím sa znemožní nielen rozvoj pozitívneho vzťahu, ale aj komunikácie samotnej. Obsahom terapeutickéj komunikácie sú tri nasledujúce zložky:

1. **Aktívne počúvanie** – znamená používanie všetkých zmyslov na rozdiel od pasívneho počúvania, ktoré využíva iba sluchové vnemy. Je to aktívny proces vyžadujúci energiu a koncentráciu zdravotníckeho pracovníka. Patrí k nemu sústredenie pozornosti nielen na obsah vysielanej informácie, ale aj neverbálne prejavy a celkové prvky v správaní a konaní pacienta. Ide o prijatie nielen obsahu, ale aj emócií, ktoré pacient lekárovi či sestre sprostredkúva.
2. **Objasňovanie** – využíva sa v situáciách, keď komunikácia viazne, ak pacient niečomu nerozumie. Na objasnenie môže zdravotnícky pracovník informáciu buď zopakovať, doplniť, preformulovať, alebo požiadať samotného pacienta, aby ju zopakoval, prípadne preformuloval svoje myšlienky. K objasňovaniu patrí aj potvrdenie predpokladu. Vtedy sa lekár či sestra usilujú objasniť postoj pacienta bez toho, aby ho interpretovali.
3. **Zameranie** – využíva sa v prípade, keď je komunikácia pacienta nevýrazná, keď hovorí nesúvislo alebo o viacerých veciach naraz. Pomáha pacientovi zamerať sa na jeden špecifický aspekt komunikácie. Je dôležité poskytnúť mu priestor na vyrozprávanie a až následne sa zamerať na určitý problém.

Zdravotnícky pracovník by sa mal naučiť diferencovať neterapeutické spôsoby, ktoré bránia konštruktívnej komunikácii. Ide najmä o **neschopnosť aktívne počúvať**, ktorá je primárnou brzdou efektívnej komunikácie. Pasívnym počúvaním, resp. nepočúvaním vôbec lekár alebo sestra sprostredkuje pacientovi nasledujúcu informáciu: „Nezaujímate ma.“ „Je to nuda.“ „Nie ste pre mňa dôležitý.“ K ďalším neterapeutickým spôsobom komunikácie môžeme zaradiť **bezdôvodné utešovanie (upokojuvanie)**, ktoré neakceptuje aktuálne emócie ani náladu pacienta. V mnohých prípadoch ich však lekár či sestra paušálne používa. Výroky typu „to nič nie je“, „onedlho sa budete cítiť lepšie“, „netrápte sa“, „nebojte sa“ sú neprimerané a majú tendenciu poskytovať falošnú nádej. Pacient, ktorý má pred operáciou strach, sa potrebuje o svojich obavách predovšetkým porozprávať. Nie je vhodné, ak ho budeme utešovať s nádejou, že všetko sa dobre skončí. Ani ďalšia neterapeutická odpoveď – **poskytovanie všeobecných rád**, neumožňuje pacientovi rozhodovať sa samostatne. Stavia ho do submisívnej pozície, v ktorej pociťuje, že nie je dostatočne kompetentný, aby sa mohol rozhodnúť sám. Všeobecné rady v porovnaní s odbornými, ktoré majú terapeutický účinok, sú neefektívne, pretože sa pacient nimi neriadi. Všeobecné reakcie lekára alebo sestry sa často vzťahujú aj na súkromné záležitosti pacienta, o ktorých rozhoduje sám. Odpoveď lekára alebo sestry: „Ja na Vašom mieste by som to urobil/urobila...“ na otázku pacienta: „Mám s ňou ďalej žiť?“ je neprofesionálna až nerozumná. Je potrebné pacienta podporovať v samostatnosti rozhodovania o sebe samom. **Odsudzujúce reakcie** môžeme taktiež zaradiť k neterapeutickým spôsobom komunikácie, pretože pacientovi naznačujú, že musí myslieť a konať v súlade s predstavami lekára alebo sestry, ak chce, aby bol akceptovaný. Schvaľujúce alebo neschvaľujúce výroky typu: „To nie je dobre.“ „Musíte to robiť inak.“ „Ešte stále Vám to nejde.“ „Nesmiete to robiť“ - pacientovi naznačujú, že sa musí dostať na úroveň zdravotníckeho pracovníka, a nie zamerať sa na vlastné ciele. To, čo lekár alebo sestra pokladá za „zlé“, pacient môže vnímať ako „dobré“ alebo „dostačujúce.“ Ďalšou chybou je **poskytovanie stereotypných odpovedí**. Ak pacient hovorí „...mám bolesti“, zdravotnícky pracovník odpoveďou „iní pacienti sa obyčajne po tomto výkone na bolesť nesťažujú“ potláča nielen to, čo cíti, ale oberá ho aj o možnosť myslieť a prežívať po svojom. Medzi uvádzané neterapeutické spôsoby komunikácie zaraďujeme



i **obranný postoj zdravotníckeho pracovníka**, ktorý zaujíma predovšetkým vtedy, keď pacient spochybňuje jeho prácu, nie je spokojný s priebehom liečby, ošetrovateľskej starostlivosti alebo kritizuje zdravotnícke zariadenie. Cíti sa byť ohrozený až napádaný a zaujíma nasledujúci obranný postoj: „Keď sa Vám nepáči, nikto Vás tu nasilu nedrží.“ „Nemáme tu len Vás.“ Takéto odpovede bránia pacientovi vyjadriť to, čo ho trápi. Zdravotnícky pracovník dáva najavo – „nemáte sa čo sťažovať.“ Obranným postojom sa bráni pred priznaním vlastných nedostatkov, prípadne slabých miest v poskytovaní zdravotnej starostlivosti. Ani **skúmavé** či **testujúce (vyzývavé) odpovede** nemajú svoje miesto v terapeutickú komunikácii. Skúmavosť je dožadovanie sa informácií zo zvedavosti, a nie so zámerom pomôcť. Častá otázka „prečo?“ je vtieravá a stavia pacienta do obrannej pozície. Ak oznamuje: „Zabudol som si vypýtať snímky...“, zdravotnícky pracovník otázkou: „Prečo ste si ich zabudli?... dáva najavo, že ho až priveľmi zaujíma dôvod. Testovacie (vyzývavé) otázky nútia pacienta niečo pripustiť. Zvyčajne obmedzujú odpoveď. Testovanie vychádza v ústrety potrebám zdravotníckeho pracovníka, a nie potrebám pacienta. Výrok typu: „Čo si o sebe vlastne myslíte?“ núti pacienta prijať iba rolu „chorého“ v hierarchii zdravotníckeho prostredia. Podobne i **popretie zdravotníckeho pracovníka** je reakcia, ktorá núti pacienta potvrdiť jeho stanovisko. Ten spravidla vyjadrenie neberie do úvahy, pretože pokladá za potrebné brániť sa. Popieraním výrokov ich pacient nezmení, naopak, často sa v nich utvrdzuje, pretože hľadá dôkazy na ich potvrdenie. Napríklad odpoveď sestry: „Azda si nemyslíte, že som Vám vymenila lieky...“ na poznámku pacienta: „Doteraz som dostával iné lieky.“

Pre terapeutickú komunikáciu je charakteristická atmosféra porozumenia, rovnakého naladenia, dôvery a spolupráce. Vychádza z predpokladu, že tzv. „citová komunikácia“ má pozitívny vplyv na osobnosť pacienta a priebeh liečby. Zdravotnícky pracovník sa snaží u pacienta v rámci celkovej terapie eliminovať záporné city, prekonávať komplexy menejcennosti, podporovať telesnú i psychickú aktivitu ako aj sebestačnosť pacienta, navrátiť citovú stabilitu, zvyšovať jeho mieru sociability, orientovať ho na stanovenie nových cieľov i plánov, vyvolať zmeny v postojoch k sebe samému, k vlastnej chorobe, k druhým ľuďom, k vlastnej budúcnosti ako aj orientovať ho na zmysluplnú existenciu a podporovať rozvoj jeho vôle.

## 2.3 POSTAVENIE ROZHOVORU V ZDRAVOTNÍCKEJ PRAXI

Rozhovor lekára či sestry s pacientom, prípadne jeho rodinnými príslušníkmi má veľký význam, pretože je cenným prostriedkom na vytváranie pracovného spoločenstva, ktorého nosnou konštrukciou je vzťah medzi zdravotníckym pracovníkom a pacientom. Pracovné spoločenstvo je tvorené vzťahmi a spolupracou medzi lekárom, sestrou a pacientom, ako aj jeho príbuznými s cieľom dosiahnutia ich efektívnej spolupráce a optimálneho diagnosticko-terapeutického, ošetrovateľského alebo rehabilitačného výsledku. Pacient a príbuzní so zdravotníkymi pracovníkmi aktívne spolupracujú, dodržiavajú odporúčania a všetko, na čom sa spolu dohodli; pacient a jeho príbuzní sú úprimne zdieľajúci a pravdovravní.

Psychoterapeutické pôsobenie na pacientov sa uskutočňuje prostredníctvom správania sa a komunikácie zdravotníckych pracovníkov. Malo by byť zámerné a uvedomované. Ovplyvňujeme ním nežiadúce psychické stavy – úzkosť, strach, tenziu, depresívne prežívanie. Integrujeme osobnosť pacienta – robíme ju celkovo odolnejšou a stenickou. Napomáhame pacientovi orientovať sa v sebe samom a vo svojej aktuálnej životnej situácii. Učíme ho rozhodovať sa a jednať v zhode s jeho založením, možnosťami a s ohľadom na ostatných ľudí tak, aby sa nedostával do zbytočných konfliktných a tenzných situácií. Pôsobíme teda buď psychoterapeuticky, alebo psychotraumaticky, tretí spôsob neexistuje. Kľúčovým slovom charakterizujúcim vzťah medzi lekárom, sestrou a pacientom je **dôvera**. Z nej vyplýva i pre rozhovor a celkovo vzťah nevyhnutná atmosféra bezpečia, prijatia a intimity.

Pacient vycíti postoj lekára či sestry nielen z ich konkrétneho jednania, ale predovšetkým z toho, akým spôsobom s ním komunikujú. Spokojnosť pacienta so zdravotníkymi pracovníkmi, liečbou či poskytovanou ošetrovateľskou starostlivosťou býva do značnej miery tvorená spokojnosťou so „zaobchádzaním“, ktorého hlavnou súčasťou je práve komunikácia.

**Rozhovor** je spôsob rečovej komunikácie medzi dvoma či viacerými účastníkmi. Ide teda o zvláštny prípad sociálnej interakcie, kde oznamujeme a zdieľame určité významy, čo sa deje účelovo. Vytvárame ním vzťah, pacienta ovplyvňujeme, odovzdávame a získavame potrebné informácie. Rozhovor má

svoju vlastnú **dynamiku**, teda priebeh, ktorý je určovaný obidvoma partnermi, avšak určitú prevahu má zdravotnícky pracovník, ktorý ho priamo či nepriamo riadi (môže pacientovi „dovoliť“ prevzatie iniciatívy). Dôležitým prvkom dynamiky rozhovoru je indukcia. **Indukcia** znamená, že jeden člen interakčnej dyády (dvojice) vyvoláva v druhom psychické deje, ktoré práve prebiehajú u neho samotného, alebo sú i trvalejšej povahy (napr. názor). Pokojný lekár alebo sestra prenáša pokoj aj na pacienta, optimista vyvoláva optimizmus aj u druhých. Indukcia je ešte silnejšia v prípade sugestívneho pôsobenia, keď pacient vníma lekára alebo sestru ako dôveryhodnú autoritu (autorita nemá nič spoločné s autoritárstvom, ktorý býva prejavom lekárovej či sestrinej neistoty, potreby „vyťahovať sa“ alebo má blízko k osobnostnému rysu nazývanému dogmatizmus). Vplyv indukcie je i opačný. V tom prípade prechádza z pacienta na lekára či sestru. Bezradný pacient môže vyvolať i bezradnosť a neistotu u lekára či sestry. Pacient, ktorý svoje ťažkosti bagatelizuje, môže v niektorých prípadoch spôsobiť, že lekár či sestra sa stanú menej pozornými a prikladajú jeho ťažkostiam menšiu váhu, akú v skutočnosti majú. Lekár alebo sestra sa indukcií negatívnych pocitov a postojov zo strany pacienta môžu brániť tým, že vytvárajú a udržiavajú si vzhľadom k pacientovi väčší sociálny dištanc, alebo negatíva berú menej vážne. Nenechávajú sa nimi zasiahnúť. V niektorých prípadoch to je do značnej miery aj nevyhnutné, napr. pri zúfalých a veľmi trpiacich pacientoch, ale mali by si byť toho vedomí a na základe takýchto skúseností si nevytvárať všeobecný postoj k pacientom.

Pre priebeh rozhovoru medzi lekárom či sestrou a pacientom býva mnohokrát príznačné **selektívne počúvanie a reagovanie**, čo znamená, že partneri určité obsahy vôbec nevnímajú, alebo na nich nereagujú adekvátne. Môže tak dochádzať k informačnému skresleniu, prípadne si lekár alebo sestra vytvorí obraz, ktorý len potvrdzuje ich hypotézu, ale nezodpovedá skutočnosti.

Pre priebeh rozhovoru sú veľmi dôležité otázky a spôsob ich formulovania. Získavame nimi nové informácie a tiež prejavujeme svoj záujem o pacienta. Dôležité je však upozorniť, že v súčasnej klinickej praxi sa lekári a sestry mnohokrát pýtajú dosť direktívne (ako pri výsluchu), niekedy i pomerne netrpezlivo a neposkytujú dostatok priestoru pacientovi k vlastnému vyjadreniu. Nie je to zapríčinené tým, že majú málo času, ale skôr tým, že sa to naučili a do určitej miery tým dávajú najavo dominantný, autoritatívny

postoj k pacientovi. V zdravotníckej praxi rozoznávame tieto **základné druhy otázok: otvorené** – dávajú pacientovi priestor k voľnejšiemu vyjadreniu, sú menej konkrétne, ale veľmi vhodné pri nadväzovaní kontaktu, napr. „Môžete mi povedať, čo Vás k nám privádza?“ **Otázky doplňujúce a detailné** – získavame nimi bližšie informácie o oblasti, ktorá nás zaujíma. Napr. „Kedy je tá únava najhoršia?“ alebo „V ktorom mieste sú tie bolesti najväčšie?“ **Otázky katalógové** – necháme pacienta, aby si vybral z viac ako dvoch možností, napr. „Tá bolesť je tupá, bodavá, kľčovitá alebo pálčivá?“ **Otázky alternatívne** – ponúkame pacientovi odpoveď medzi dvomi možnosťami, napr. „Pocitujete bolesť pred najedením alebo po?“ **Otázky účastné** – dávame nimi najavo, že s pacientom cítime a zároveň sa dozvedáme o tom, čo je pre neho subjektívne dôležité, napr. „Vidím, že ste s tým výsledkom rehabilitácie trochu sklamaný. Môžete mi k tomu povedať niečo viac?“ **Otázky sugestívne** – nemali by sme ich v interakcii s pacientom používať, pretože nimi pacientovi vnucujeme určitú odpoveď, ktorú spravidla potom budeme aj počuť (nechce si nás pohnevať). Napr. „Nie je to tak, že sú tie bolesti pri záťaži silnejšie?“ Pokiaľ ide o techniku pýtania sa, je dôležité dodržiavať za akýchkoľvek okolností zdvorilosť a otázky formulovať jasne, zrozumiteľne, stručne a trpezlivo. Pýtajme sa len vtedy, keď je to nutné a držíme sa zásady, že menej znamená viac, pretože otázkami okrem iného brzdíme spontánnosť rozhovoru a pri direktívnom pýtaní sa spôsobíme, že pacient mlčí a čaká na otázky zdravotníckeho pracovníka. Nedovolí si opýtať sa nás na niečo, či vyjadriť svoj názor a pod. V mnohých situáciách sa dá priamym otázkam vyhnúť tým, že my sami urobíme popis určitej situácie alebo môžeme o to požiadať pacienta (viac informácií o popise v 3. kapitole). V zdravotníckej praxi sa odporúča pri kladení otázok pacientovi zvoliť **stratégiu „lievika“**, kedy sa najprv pýtame všeobecnejšie (používame otvorené otázky) a postupne prechádzame k upresňovaniu a k dôležitým detailom.

### 2.3.1 Typy rozhovorov

Každý rozhovor má stránku vecnú (informácie získavame a odovzdávame) a stránku **sociálne emočnú**, ktorá je daná postojom zdravotníckeho pracovníka k pacientovi (jeho otvorenosťou,

transparentnosťou, či naopak uzavretosťou a neosobnosťou), mierou jeho direktivity a schopností vcítiť sa do pacienta.

**Podľa účelu a cieľa** môžeme rozdeliť rozhovory používané v zdravotníckej praxi na také, ktorými: informácie získavame, informácie odovzdávame a rozhovory, ktorými sa snažíme navodiť zmenu psychického stavu, osobnosti a správania pacienta. **Informácie získavame** napr. prostredníctvom prvého rozhovoru, keď spravidla prichádzame po prvýkrát do kontaktu s pacientom, resp. aj jeho príbuznými (príjem pacienta na oddelenie/kliniku). Informácie získané z prvého rozhovoru použijeme napr. na spísanie prijímacej správy (lekárskej, ošetrovateľskej).

**Anamnestický rozhovor** býva hlavným zdrojom informácií, preto musí byť podrobný. Zaujímame sa o tri elementárne roviny údajov: o údaje týkajúce sa biologickej stránky ochorenia vo vývoji (aktuálne ťažkosti, vývoj ochorenia, prekonané ochorenia, úrazy v minulosti a pod.); o psychologickú rovinu (osobnosť pacienta, prežívanie, postoj k chorobe a pod.) a o sociálnu rovinu (vzdelanie, zamestnanie, bývanie a pod.). Anamnéza je nevyhnutnou súčasťou vyšetrenia v zdravotníckej praxi.

**Diagnostický rozhovor** sa prekrýva s anamnézou a býva významný zvlášť vtedy, keď nemáme k dispozícii príliš mnoho iných diagnostických metód. Pomáha nám analyzovať správanie pacienta, odkryť problémy, ktoré môžu mať úzky vzťah k danému ochoreniu.

**Exploratívny rozhovor** sa zameriava na určitú oblasť života pacienta alebo jeho ťažkostí. Ide o dôkladné a detailné získanie informácií, napr. o stravovacích zvyklostiach pacienta.

**Informácie odovzdávame** prostredníctvom objasňujúceho a vysvetľujúceho rozhovoru, pri ktorom pacientovi oznamujeme výsledky jednotlivých vyšetrení, oboznamujeme ho s terapeutickým plánom, príčinami i prognózou ochorenia, ako aj s plánom ošetrovateľskej starostlivosti. Zaraďujeme tu aj odporúčania a rôzne režimové opatrenia pre pacienta týkajúce sa životosprávy.

**Záverečný rozhovor** pred prepustením pacienta zo zdravotníckeho zariadenia býva na odovzdanie informácií bohatý. Pacientovi, príp. jeho príbuzným musíme dať dostatočný priestor na ich otázky.

V klinickej praxi býva štandardné vzájomné prepojenie oboch základných typov rozhovorov, kedy svoje informácie súčasne dopĺňame a pacienta, príp. jeho blízkych, priebežne informujeme. Napr. informačný rozhovor s príbuznými a vizita, pri ktorých sa spravidla informácie pohybujú obidvoma smermi.

**Poradensko-informačný rozhovor** je dobrým príkladom kombinácie oboch kritérií. Jeho cieľom je porozprávať sa s pacientom o tom, čo ho subjektívne zaťažuje a doplniť mu chýbajúce informácie, pokiaľ sú objektívneho charakteru (napr. aké sú jeho obmedzenia v súvislosti so zamestnaním). Pohybujeme sa prevažne na racionálnej, vecnej úrovni. Pokiaľ sa jedná o problematiku osobného života pacienta (napr. rozvod a pod.) nie je vhodné dávať rady. Je vhodnejšie prebrať iba možnosti, ktoré pripadajú do úvahy, pričom samotné rozhodnutie necháme v rukách pacienta. Nebudeme radiť a preberať zodpovednosť tam, kde nám to neprislúcha. Práve v tejto oblasti lekári a sestry prekračujú svoje kompetencie a môžu tak pacientovi uškodiť, pretože vo veciach osobného života premietajú do druhých vlastné skúsenosti a názory, čo hodnotíme ako neadekvátne.

Pri rozhovoroch za účelom získavania a odovzdávania informácií je dôležité držať sa zásady **zrozumiteľnosti** (nepoužívame odborné termíny), snažíme sa vyhnúť **informačnej nadbytočnosti** (dôležité informácie opakujeme a vyjadrujeme rôznym spôsobom). Rešpektujeme pri tom intelektovú úroveň pacienta, resp. jeho príbuzných, ako aj vzdelanie a samozrejme zdravotný stav. Rozhovor nesmie pacienta zaťažovať a musí byť vedený šetrne. Vhodná je **názornosť** a **konkrétnosť**.

**Zmenu psychického stavu, osobnosti a správania pacienta** navodzujeme prostredníctvom uplatnenia psychoterapeutických prvkov v prístupe k pacientovi. Môžeme ho ovplyvniť (príp. jeho rodinu) priamo v priebehu interakcie a to odovzdávaním informácií, ktoré môžu viesť k zmene. Vieme to realizovať nasledujúcimi typmi rozhovorov.

**Nedirektívnym empatickým rozhovorom** – do pacienta a jeho situácie sa priebežne vciťujeme a naše porozumenie mu dávame najavo. Podporujeme jeho sebaexploráciu, teda hľadanie psychologických súvislostí medzi subjektívne významnými a zaťažujúcimi skutočnosťami. Empaticky vedeným nedirektívnym rozhovorom navodzujeme atmosféru blízkosti, bezpečia, dôvery

a zároveň pomáhame pacientovi lepšie sa zorientovať v jeho duševnom živote. **Interpretujúcim rozhovorom** pacientovi oznamujeme, ako pravdepodobne jeho prejav a myšlienky, prípadne i niektoré zdravotné ťažkosti súvisia s motiváciou. Taktným a pre pacienta prijateľným spôsobom mu naznačujeme „čo za tým všetkým môže byť“. Skúsenosti ukazujú, že je dôležité, aby sa takto postupujúci zdravotnícki pracovníci a pacienti držali reality a zásady, že „menej znamená viac“. Pacient sa tak učí porozumieť rôznym súvislostiam vo svojom živote.

**Podporným a upokojujúcim rozhovorom** povzbudzujeme pacienta a dávame najavo, že sme na jeho strane a že ho neopustíme. Vyjadrujeme postoj, že urobíme všetko preto, aby sa jeho zdravotný stav zlepšil. Dôležitý je aj optimistický pohľad zdravotníckych pracovníkov, ktorý však nesmie byť neúmerný realite, teda falošný. Pacientovi tak pomáhame preklenúť náročné obdobie či psychicky vypätú situáciu, avšak nie za cenu vytvárania ilúzií.

**Presvedčujúcim rozhovorom** sa môžeme vo výnimočných prípadoch pokúsiť využiť autoritu a racionalitu – kritické, logické a zvažujúce myslenie. Takýto dialóg je direktívne vedený. Pacienta obyčajne smerujeme k opaku toho, čo si na základe dlhotrvajúcej nálady myslí a čo hovorí. Pokúšame sa mu vyvrátiť rôzne iracionálne domnienky a predstavy. Využívame na to našu autoritu, vedecké poznatky, v niektorých prípadoch i emočné presvedčanie pomocou názorných a pôsobivých príkladov. V zásade chceme pacientovi ukázať, v čom sa mýli a z akých falošných predpokladov vychádza. Logické a ďalšie argumenty sa spájajú v tomto prípade so sugestívnym pôsobením. Presvedčujúci rozhovor sa tiež nazýva persuzívnym (z lat. slova persuadere = prehovárať, presvedčať). Využíva sa napr. v určitých situáciách u depresívnych pacientov. Uvedené typy rozhovorov s uplatnením psychoterapeutických prvkov v prístupe k pacientovi je dôležité si osvojovať a trénovať v rámci sociálnych výcvikov alebo aj pod vedením skúsených kolegov z klinickej praxe. Nie je vhodné ich „skúšať“ na pacientoch bez predchádzajúceho výcviku alebo vedenia.

Rozhovory môžeme ďalej deliť aj podľa iných kritérií. Na základe vnútorného usporiadania sa delia na štruktúrované (majú presne stanovené otázky, poradie) alebo neštruktúrované – voľné. Iným kritériom rozdelenia je počet účastníkov rozhovoru. V zdravotníckej praxi prevláda rozhovor vo

dvojici – dyadický. V mnohých situáciách by však bol vhodný rozhovor s pacientom a jeho rodinou súčasne, prípadne s celou rodinou bez pacienta. Môžeme tým zabrániť skresľovaniu informácií a rôznych záležitostí, ktoré sa týkajú všetkých a ktoré by sa mali riešiť spoločne. V prípade rozhovoru s viacerými ľuďmi sa odporúča, aby si zdravotnícky pracovník prizval k sebe ešte jedného zdravotníka – cíti sa istejší, môžu si navzájom poskytnúť spätnú väzbu, môžu sa podeliť o príp. „nátlak zo strany rodiny“ a pod.

Rozhovor v zdravotníckej praxi má aj svoje **dimenzie**. Sú to kvality, ktoré môžeme vyjadriť i kvantitatívne, a preto sú vzájomne porovnateľné. V každom rozhovore môžeme nájsť polárne dimenzie, ktorými sa dajú popísať. Nasledujúce charakteristiky rozhovoru, ktoré uvedieme zodpovedajú postojom, ktoré vyplývajú z prístupu na pacienta orientovanej medicíny (partnerský vzťah k pacientovi):

- **nedirektivita** – zdravotnícky pracovník menej hovorí, občas sa niečo opýta, nepresadzuje sa. Pacient býva aktívny, typický je dialóg, zdravotnícky pracovník pacienta pri rozhovore ho skôr „sprevádza“,
- **emočná blízkosť** – zdravotnícky pracovník dáva najavo osobný záujem, pacienta nehodnotí a bez výhrad jeho prejavy (i samotného pacienta) akceptuje,
- **empatia** – zdravotnícky pracovník sa do pacienta vciťuje a vidí skutočnosti jeho očami, pozorne a aktívne ho počúva,
- **autenticita** – zdravotnícky pracovník je v prejave sám sebou, transparentný, nefalšovaný. Je zrejmé, že to, čo hovorí a robí, myslí vážne a za „seba“, neštylizuje sa do žiadnej role,
- **informačná bohatosť** – zdravotnícky pracovník priebežne a zrozumiteľne informuje pacienta, prispôsobuje svoj prejav jazyku, úrovni a komunikačným možnostiam pacienta.

Nasledujúce charakteristiky rozhovoru, ktoré uvedieme poukazujú na postoje blízke prístupu, v ktorom hrajú dominantnú rolu zdravotnícki pracovníci a medicína (paternalistický vzťah k pacientovi):

- **direktivita** – zdravotnícky pracovník dáva otázky, prejavuje sa autoritatívne, vedie skôr monológ, rozhovor drží „pevne v rukách“, vystupuje ako „expert“,



- **emočná vzdialenosť (dištanc)** – zdravotnícky pracovník je vnútorne neangažovaný, udržuje si od pacienta odstup, používa hodnotiace kategórie typu: správny-nesprávny, dobrý-zlý,
- **chladná racionalita** – zdravotnícky pracovník sa nezaujíma o prežívanie a vnútorný svet pacienta, striktne sa drží objektivity,
- **rola zdravotníckeho pracovníka** – vystupuje neosobne a štylizuje sa do „autority bieleho pláštá“. Drží sa tradičnej a „predpísanej“ (nadiradenej, autoritatívnej) role,
- **informačná striedmosť** – zdravotnícky pracovník komunikuje s pacientom málo, používa odbornú terminológiu, nerešpektuje úroveň a komunikačné možnosti pacienta.

Každému zdravotníckemu pracovníkovi je bližší určitý spôsob vedenia rozhovoru s pacientom, ktorý zároveň vypovedá o jeho vzťahu k druhým ľuďom. Dovoľme si v nasledujúcej kapitole venovať sa spôsobu vedenia nedirektívneho empatického rozhovoru s pacientom, ktorý sa v našej zdravotníckej praxi v súčasnosti príliš často nevyužíva. Tento spôsob rozhovoru vyjadruje partnerský vzťah, resp. prístup k pacientovi v zdravotníckej praxi.

### 2.3.2 Nedirektívny empatický rozhovor

Ide o určitý spôsob komunikácie s pacientom, ktorý má svoje pravidlá, vychádzajúce z psychoterapeutického smeru nazývaného **psychoterapia rozhovorom** (na osobu zameraná terapia). Jeho zakladateľom je nestor americkej psychológie C. G. Rogers.

Nedirektívny empatický rozhovor obsahuje mnohé z toho, čo je príznačné pre psychologický prístup k pacientovi. Pri jeho vedení je snahou zdravotníckeho pracovníka vytvoriť priateľskú a pre pacienta bezpečnú atmosféru, ktorá zvyšuje dôveru. Má charakter reálnej a prirodzenej komunikácie s cieľom porozumieť tomu, čo je pre pacienta subjektívne dôležité a čo spravidla súvisí s jeho zdravotnými a životnými problémami. Iniciatívu nechávame skôr na pacientovi, ktorému dávame najavo, že s ním sympatizujeme, že akceptujeme to, čo hovorí, prejavujeme záujem a snažíme sa byť empatickí. Vo vyjadrovaní vlastných názorov či postrehov sme opatrní

a zdržanliví. Autoritu nezdôrazňujeme, pretože ju máme a človek v krízovej situácii býva vo zvýšenej miere sugestibilný, rozhovorom by sme ho mohli dostávať do rôznych pozícií, ktoré pre neho nie sú komfortné. Príznačný je nedirektívny postoj, ktorý niekedy nebýva ľahké si osvojiť. Nedirektívny postoj neznamená v tomto prípade pasivitu či ľahostajnosť, ale to, že zdravotnícky pracovník vychádza zo subjektivity pacienta a vzdáva sa akejkolvek formy manipulácie. Rozhovor riadi nepriamo svojim empatickým prístupom a pacienta tak vedie k rozprávaniu o pocitoch, ktoré vedú pre neho k subjektívne dôležitým témam. Otázky kladie zdravotnícky pracovník iba vtedy, keď nimi podporí sebapoznávanie pacienta, či vyjadrí svoj záujem, resp. účasť. Pacient by z otázok nemal cítiť nátlak či zvedavosť. Nedirektívny postoj tlmočí presvedčenie, že človek je schopný najlepšie riešiť svoje problémy vlastnými silami a úlohou zdravotníckeho pracovníka je iba vytvoriť optimálne podmienky na uskutočnenie tohto procesu. Lekár alebo sestra pacienta nevedú, iba ho sprevádzajú a sú mu oporou pri jeho hľadaní. Osvojenie si komunikačných zručností potrebných na vedenie nedirektívneho empatického rozhovoru nie je ľahké. Využíva sa v situáciách, ktoré sú pre pacienta emočne silné. Predpokladáme, že samotný pacient nepotrebuje v týchto situáciách priamo odpoveď či radu. Ide mu skôr o nadviazanie kontaktu s ďalším človekom. Pacient potrebuje ventilovať svoje obavy. Z klinickej praxe môžeme uviesť niekoľko situácií, ktoré poukazujú na vhodnosť uplatnenia spomínaného rozhovoru. Napr. Pacient hovorí: „Nikto za mnou nechodí...“; „Celú noc som nemohol zaspať“; „Bojím sa, že umriem“; „Nič ma už neteší, najradšej by som sa už neprebudil...“; „Bojím sa, že to doma nezvládnem. Budem manželke a deťom na príťaž.“

Nedirektívny empatický rozhovor sa do značnej miery líši od štandardnej komunikácie odohrávajúcej sa medzi pacientmi a zdravotníckymi pracovníkmi, ktorí dávajú pokyny, vypyujú sa, aby získali informácie a dávajú pacientovi rady. Platí, že čím sa pacient cíti subjektívne horšie (dôvod nerozhoduje), tým väčšiu pozornosť a komunikáciu zo strany zdravotníckeho pracovníka potrebuje. Práve tento typ rozhovoru predstavuje jeden z možných spôsobov poskytovania psychologickkej starostlivosti pacientovi, ktorý mu prináša úľavu, upokojenie a často i poznanie príčin zmeneného psychického stavu.

## Literatúra

- ANDRÁŠIOVÁ, M., BEDNAŘÍK, A. *Budem k vám úprimný*. Bratislava: Slovenská onkopsychologická spoločnosť, OZ, 2015. 286 s. ISBN 978-80-971960-0-4.
- BALINT, M. *Lékař, jeho pacient a nemoc*. Praha: Grada Publishing, a. s., 1999. 336 s. ISBN 80-716-9734-6.
- BAŠTECKÁ, B., MACH, J. a kol. *Klinická psychologie*. Praha: Portál, 2015. 640 s. ISBN 978-80-262-0617-0.
- BAVELASOVÁ, J. B. *Pragmatika lidské komunikace*. Praha: Newton Books, 2011. 284 s. ISBN 978-80-873-2500-1.
- BERAN, J. *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. 144 s. ISBN 978-80-247-1125-6.
- KLEINMANN, K. a kol. *Komunikácia pre zdravotníckych pracovníkov*. Bratislava: Salvus, s.r.o., 2016. 101 s. ISBN 978-80-970-920-5-4.
- KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovatelstve*. Martin: Osveta, 2009. 182 s. ISBN 978-80-8063-160-3.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál, 2015. 195 s. ISBN 978-80-262-0978-2.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
- MASLOW, A. H. *O psychologii bytí*. Praha: Portál, 2014. 232 s. ISBN 978-80-262-0618-7.
- PTÁČEK, R., BARTŮNEK, P. a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011. 528 s. ISBN 80-247-3976-2.
- ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J. *Základní otázky komunikace*. Praha: Galén, 2009. 135 s. ISBN 978-80-726-2599-4.
- TAVRISOVÁ, C, ARONSON, E. *Chyby se stali (ale ne mou vinou)*. Praha: Dokořán, 2012. 232 s. ISBN 978-80-736-3366-0.
- THUN, F. *Jak spolu komunikujeme*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2005. 200 s. ISBN 80-247-0832-9.
- VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.

### **3 Efektívne komunikačné zručnosti a postupy v interakcii s pacientom (R. Suchanová)**

Zmysluplnosť kontaktu a komunikácie s pacientom závisí vo významnej miere od toho, akým spôsobom je zdravotnícky pracovník schopný uplatňovať efektívne komunikačné zručnosti. Na to, aby zvládol komunikáciu s pacientom takým spôsobom, aby mu bol nápomocný nielen odbornými znalosťami, ale aj po stránke ľudskej, potrebuje okrem iného využívať nasledujúce zručnosti na zvládanie štyroch fáz komunikácie:

- 1. rozumieť vlastným verbálnym i neverbálnym prejavom komunikácie a vedieť ich riadiť žiadúcim smerom** – pre zdravotníckeho pracovníka je dôležité, aby rozumel svojmu správaniu a dokázal ho vedome usmerňovať tak, aby získal dôveru pacienta a jeho spoluprácu. Je dôležité rozumieť tomu, čo a ako hovoríme a vedieť tomu prispôbovať svoje správanie. Zdravotnícky pracovník, ktorý túto kompetenciu rozvíja, sa počas rozhovoru s pacientom sám seba v duchu pýta: „Ako mám vysvetliť veci tak, aby mi pacient rozumel?“ „Ako prispôbiť svoju komunikáciu konkrétnemu pacientovi?“ „Snažím sa pre pacienta urobiť to najlepšie, čo viem?“
- 2. Vedieť riadiť rozhovor s pacientom tak, aby zdravotnícky pracovník v danom čase naplnil svoje ciele aj potreby pacienta** – dôležité je naplniť odbornú (medicínsku, ošetrovateľskú) agendu a zároveň poskytnúť pacientovi priestor na jeho potreby. Ak chce zdravotnícky pracovník vhodne riadiť rozhovor s pacientom, hľadá odpovede na nasledujúce otázky: „Ako dám pacientovi najavo, že chcem zladiť svoju agendu s potrebami pacienta?“ „Smerujem rozhovor tak, aby sa naplnili moje ciele a aj potreby pacienta?“
- 3. Vedieť z pacientových prejavov zachytiť signály a porozumieť im** (vedie to k lepšiemu pochopeniu pacienta) – žiadúce je zamerať sa nielen na potreby pacienta spojené s jeho chorobou, telesnými prejavmi, ale i na potreby, ktoré nie sú s chorobou priamo spojené a sú pre neho dôležité (napr. rešpekt). Môžeme tým posilniť efektívnosť liečenia i samotnú motiváciu liečiť sa. Aby to tak bolo, zdravotnícky pracovník hľadá odpovede na nasledujúce otázky: „Čo pacient prežíva, čo si myslí, aké má postoje?“

„Keď takto reaguje, čo mi tým chce povedať?“ „S akými jeho potrebami, emóciami sú spojené jeho prejavy?“ „Čo potrebuje pacient odo mňa na ľudskej úrovni?“

4. **Vedieť vhodne reagovať na pacienta** – porozumieť pacientovi je len prvý krok. Pacient potrebuje vidieť, že mu rozumieme. Práve tento krok má terapeutický účinok. Porozumenie pomáha ovplyvňovať prežívanie i komunikáciu pacienta. Prejavenie porozumenia pomáha pozitívne ovplyvniť aj fyzické symptómy ako aj psychické zvládanie choroby a liečby. Zdravotnícky pracovník, ktorý má snahu vhodne reagovať na pacienta, sa samého seba pýta: „Ako môžem dať najavo pacientovi, že mu rozumiem?“ „Ako mám reagovať na jeho silné emócie alebo mlčanie?“ „Ako mu povedať veci citlivo a pravdivo zároveň?“ „Ako vhodne reagovať na jeho otázky, žiadosti či sťažnosti?“

V tejto časti by sme si okrem už spomínaných komunikačných zručností následne **podrobnejšie popísali i nasledujúce, ktoré sa týkajú oblastí – čo, ako, kedy a prečo hovoriť**. Chceli by sme vám predložiť zhrnutie tých najlepších skúseností z oblasti dobre fungujúcej komunikácie medzi ľuďmi. Niektorí ľudia ich používajú úplne prirodzene, možno i preto, že mali to šťastie stretnúť sa s nimi v detstve pri vlastnej výchove alebo neskôr, len ich možno nepoužívajú vedome a nemajú ich spojené s pojmi, pod ktorými ich uvádzame my. Niektorí sa s nimi stretli možno v menšej miere, pre niektorých môžu byť novinkou. Dobrou správou pre všetkých však je, že sa dajú naučiť. Určite to nie je ľahká a pohodlná cesta, ale cesta, ktorá vyžaduje presvedčenie, vôľu ako aj vlastné úsilie, ktoré však prinášajú pozitívnu spätnú väzbu minimálne v zmysle spokojného, pochopeného a kooperujúceho pacienta. Ide o hodnoty rešpektujúceho prístupu v komunikácii a vo vzťahoch zároveň.

### **3.1 VIDÍM (POČUJEM VÁS), ŽE... (POPIS, KONŠTATOVANIE)**

*Vidím, že ste si ustlali posteľ, usporiadali veci na nočnom stolíku.  
Vidím, že ešte nie ste pripravený na vizitu. Počujem, že kričíte. Počujem, že plačete. Vyzeráte prekvapene.*

Popis (taktiež môžeme povedať „konštatovanie“) znamená, že sme si niečo všimli, niečo pozorujeme a hovoríme to druhým (pacientom). Buď niečo

je, alebo nie je v poriadku – v druhom prípade popisom naznačujeme, že očakávame nápravu. Podstatou popisu je, že hovoríme o tom, čo vnímame, bez toho, aby sme to posudzovali. Napr. „Vidím, že ste už skoro oblečená.“ Práve tým sa popis líši od hodnotenia osoby, ktorým naopak vyjadrujeme, aký kto je (posudzujeme trvalejšie vnútorné rysy, vlastnosti, charakter, napr. „Vám to obliekanie dnes, ale trvá.“).

**Zameriavame sa na to, čo sa stalo, nie na toho, kto to urobil.** Napr. „Pani Nováková, **lieky** zostali v liekovke.“ (Namiesto: „Zasa ste (**vy**) neužili lieky.“) Uvedený príklad popisuje výsledok činnosti alebo správanie pacienta – v akom stave sa niečo nachádza, čo je a čo nie je v poriadku. Obraciame sa síce k pacientovi, ale hovoríme o liekoch, ktoré zostali v liekovke a nehodnotíme pacienta. Keby sme sa na to pozreli z gramatického hľadiska, tak stačí zmeniť gramatickú štruktúru vety: „Pani Nováková, neužili ste tabletky.“ – „Pani Nováková, tabletky zostali v liekovke.“ - Z výčitky sa stane popis (konštatovanie). Tón hlasu je pri popise (konštatovaní) priateľský alebo aspoň vecný. Dôležitou súčasťou je samozrejme oslovenie pacienta priezviskom. Podráždený tón a slová typu „zasa“, „stále“ urobia z vety, ktorá mala byť popisom (konštatovaním), výčitku. Napr. „A tie tabletky sú **zasa** v liekovke.“ Podobne pôsobí, keď v popise použijeme citovo negatívne zafarbené výrazy. Významne **pomáha používanie nasledujúcich slov: vidím, počujem, cítim, že...** Napr. „Vidím, že ste prestali jesť.“ „Počujem, že sa Vám ťažko dýcha.“ „Počujem, že máte smutný hlas.“

Popis sa týka väčšinou skutočnosti, ktorá je pozorovateľná aktuálne (práve teraz). Preto môžeme často používať slovesá zmyslového vnímania (vidím..., počujem..., cítim...). Pomôžu nám naozaj popisovať (konštatovať) a vyhnúť sa tak neefektívnym spôsobom komunikácie s pacientom. V každej situácii existuje niekoľko možností, ako začať s popisom (konštatovaním). Každý z nás si môže vybrať tú, ktorá mu najviac vyhovuje, aby sa správal a komunikoval čo najprirodzenejšie. **Je možné popísať i to, čo sa opakuje.** Napr. „Pani Nováková, dnes je to už druhýkrát, čo ste boli fajčiť – ráno a na obed.“ (Namiesto: „Pani Nováková, zasa ste boli fajčiť.“) Pokiaľ ide o opakovaný problém, popisujeme to, čo pozorujeme aktuálne (práve teraz), prípadne i to čo sa odohralo v minulosti, čo najobjektívnejšie. Preháňanie a zovšeobecňovanie vedie k tomu, že sa druhá strana sústreďí na obranu proti

krivde („Ako to, že zasa! Včera a predvčerom som...“) a nerieši sa podstata veci – oprávnená požiadavka.

**Popis (konštatovanie) dáva viac priestoru ako otázky.** Napr. „Pani Nováková, vidím, že nemáte snímky.“ (Namiesto: „Prečo nemáte snímky?“ – podobnosť výsluchu). Otázky majú samozrejme v komunikácii s pacientom významné miesto. Ide však o to, aké sú to otázky, resp. ako sú formulované. Ťažko by sme sa zaobišli bez otázok, ktorými zisťujeme informácie o pacientovi potrebné k tomu, aby sme mohli určiť čo najpresnejšiu diagnózu a následne naplánovať a zrealizovať čo najvhodnejší spôsob liečby a ošetrovateľskej starostlivosti. Druhým veľmi „užitočným“ typom otázok v interakcii zdravotnícky pracovník – pacient sú otázky, ktorými pacientov **nabádame na spoluprácu a spoluúčasť** pri riešení ich ťažkostí. Ide napr. o otázky: „Čo by ste teraz navrhovali?“ „Čo s tým urobíme?“ „Čo si o tom myslíte?“ Je to opäť vzájomný vzťah zúčastnených osôb, ktorý nám pomôže odlíšiť efektívne, „bezpečné“ otázky od neefektívnych, navodzujúcich pocit neistoty a ohrozenia.

Otázky, ktorými žiadame pacienta o informácie alebo o spoluprácu, bez toho, aby sme vyvíjali nátlak alebo uvádzali ho do rozpakov, vyjadrujú partnerský vzťah. Existujú však aj otázky, ktoré signalizujú nedôveru a kontrolu, a vyjadrujú tak mocenský vzťah k pacientovi. Zvlášť otázkami, ktorými sa zameriavame na dôvody alebo príčiny nejakého správania pacienta („Prečo ste sa tak rozhodli?“ „Prečo ste to urobili?“) môžeme pacientov dostať do rozpakov. Niekedy si dôvody nejakého správania ani sami neuvedomujú, v iných situáciách ich nechcú povedať, pretože majú obavu z reakcie zdravotníckeho pracovníka. Otázky začínajúce slovom „Prečo...?“ môžu častejšie vyvolať snahu obhajovať sa u pacienta. Niekedy i za cenu poloprávd a prehánania. Mnohé zo štandardne používaných otázok zdravotníckeho pracovníka môžu predstavovať nátlak. I keď to nebolo vedomým zámerom, môžu vyjadrovať jeho nadradenosť: on určuje kedy, kde, o čom a ako dlho sa bude rozprávať. A pokiaľ sa postaví do role „sudcu“ odpovedí, svoju mocenskú pozíciu tým len zdôrazní.

Mnoho otázok môžeme nahradiť popisom (konštatovaním). Tým dávame pacientovi priestor, aby sa rozhodol, či a ako bude reagovať. **Dať priestor je znakom rešpektujúceho prístupu k pacientovi.** Keď sa učíme vedome

používať popis (konštatovanie), pomôže nám uvedomiť si, že kedykoľvek je na konci vety otáznik, takmer isto sa o popis (konštatovanie) nejedná. Za popis však môžeme pripojiť otázky, ktorými vyzývame pacienta k spoluúčasti na riešení danej situácie. **Popis + otázka („Čo by ste navrhovali?“ príp. „Čo s tým urobíme?“ príp. „Čo si o tom myslíte?“) = jedna zo základných komunikačných stratégií.** Napr. „Vidím, že nemáte snímky.“ „Čo navrhujete?“ resp. „Čo s tým urobíme?“

Popisom sa celý problém často ešte nevyrieši, je to však prvá veľmi dôležitá veta, ktorá určuje smer ďalšej komunikácie. Dávame ňou najavo, že nemáme záujem bojovať, ale spolupracovať na riešení problému. Tým, čo povieme hneď na začiatku, môžeme i na dlhšiu dobu určiť charakter celej následnej komunikácie. Z rôznych dôvodov však môže nastať situácia, keď sa síce nerozvinie konflikt, ale na druhej strane sa ani nedeje to, čo by sa malo diať. Aby sme sa vyhli návratu k pokynom, príkazom, výčitkám či moralizovaniu, môže významne pomôcť použitie jedného typu otázok, ktorými vyjadrujeme partnerský vzťah. Ide o otázky, ktorými nabádame pacienta k spoluúčasti a spoluzodpovednosti na riešení problému. Dávame nimi súčasne najavo dôveru v jeho schopnosti a kompetenciu. Keď problém stručne popíšeme, môžeme sa pýtať: „Čo s tým urobíme?“ „Čo Vy na to?“ „Čo navrhujete?“ „Čo si o tom myslíte?“ „Čo by Vám pomohlo?“ resp. použiť ešte ďalšie podobné otázky.

Popis môžeme samozrejme kombinovať s poskytovaním informácií a ďalšími komunikačnými zručnosťami, o ktorých budeme ešte písať. **Kombinácia popisu a otázok typu: „Čo s tým urobíme?“ sa však osvedčuje ako jedna zo základných komunikačných stratégií.** Keď použijeme popis, väčšinou sa **dozvieme aj dôvody.** Napr. Sestra: „Pani Nováková, v liekovke zostali Vaše tabletky.“ Pacientka: „Viem sestrička, len mi je nejako ťažko na žalúdku po tom obede, ešte polhodinku počkám a tak ich užijem.“ Výhodou popisu je i to, že sa môžeme dozvedieť viac o tom, prečo sa pacient zachoval určitým spôsobom, a môžeme následne reagovať s lepším porozumením situácie. Keď sa druhá strana necíti posudzovaná, ochotnejšie sa s nami podelí o dôvody svojho jednania.

Popis môžeme použiť i v situáciách, keď chceme poukázať na dosiahnuté úspechy pacienta. **Pozitívny popis** pomáha pacientom uistiť sa o správnosti



nejakej svojej činnosti a vytvárať si pozitívne sebahodnotenie. Je podstatou spätnej väzby a súčasťou ocenenia. Popísať hoci aj malé úspechy pacientov, motivuje oveľa viac, ako poukazovať na ich nedostatky. To, či použijeme v interakcii s pacientom popis, alebo naopak pokyn, príkaz či iné neefektívne spôsoby, má ďalekosiahle účinky. Dobrou pomôckou, keď sme si nie úplne istí, či sme niečo povedali „vhodne“ môžu byť otázky: **„Keby sme boli na mieste pacienta, chceli by sme to počuť?“** „Čo by sme mali chuť na to povedať alebo urobiť?“ Prípadne: „Ako inak by sme to chceli počuť?“ Pomôže nám to preformulovať vetu tak, aby neznela príliš strojene a aby v nej nezostalo nič, čo by mohlo pacienta nejakým spôsobom popudiť.

### 3.2 INFORMÁCIA (ODOVZDANIE, OZNÁMENIE)

*Je..., Je potrebné..., Pomôže, keď..., Toto robíme (tak a tak)...*

*Je obed. Je potrebné prísť do jedálne. Pomôže, keď si budeme dôverovať, naša spolupráca bude oveľa lepšia.*

Prednosťou popisu je, že vyjadruje partnerský vzťah a navodzuje pocit bezpečia (nechceme bojovať, ale spolupracovať). **Prednosťou informácií je, že naplňajú našu potrebu zmysluplnosti.** Informácie sú pre pacienta správy o tom, prečo, ako či a kedy sa niečo odohráva alebo robí, čo sa očakáva, aké sú dôsledky určitých činností alebo správania. **Informácia je oznamovacia veta alebo súvetie s podmetom v 1. alebo 3. osobe. Tým sa zásadne líši od pokynov, príkazov či rád, ktoré majú spoločné to, že sú formulované v 2. osobe (vy, ty).** Informácia, podobne ako popis (konštatovanie), neohrozuje, pretože sa zaoberá situáciou a nehodnotí osobu. Sprostredkuje poznatky, ktoré sú pre pacienta užitočné v mnohých situáciách, a súčasne ho nestavia do pozície nekompetentného človeka. Čím názornejšie a zrozumiteľnejšie je informácia pacientovi sprostredkovaná, tým väčšia je pravdepodobnosť jej prijatia, porozumenia a účinku. Informácia núti pacienta premýšľať, zvažovať rôzne možnosti, porovnávať pozitíva a negatíva, rozhodovať sa.

**Kľúčovým znakom rešpektujúceho prístupu je, že nechávame na zvážení a rozhodnutí druhej osoby, či informácie využije. Pri radách či pokynoch naopak očakávame, že sa druhá strana zariadi podľa nás.**

**Informácia rozvíja zodpovednosť – rady a pokyny poslušnosť.** Informácie môžeme rozdeliť do niekoľkých kategórií.

1. **Informácie o súčasnej situácii pacienta** (čo sa práve s pacientom deje, čo je potrebné, čo o jeho ochorení zatiaľ vieme, kedy a čo môže nastať...). Všetky informácie (vety) odovzdávame tak, že majú podmet v 1. alebo 3. osobe.
2. **Informácie o zvyklostiach, organizácii, dennom režime** na klinike/oddelení, resp. v domácom prostredí.
3. **Informácie o tom, čo pomáha v určitej situácii.** Mnohým pokynom a príkazom sa dá vyhnúť tak, že iba preformulujeme vetu, aby neobsahovala rozkazovací spôsob, ale obrat. Napr. „Pomôže, keď sa na chvíľu zastavíme v rozhovore a popremýšľame, čo je potrebné urobiť hneď a čo sa dá odložiť na neskôr.“
4. **Informácie o dôsledkoch** napr. ochorenia, rôznych činností, správania pacienta. Napr. keď sa pacient sťažuje, že v domácnosti si nevládze urobiť bežné každodenné práce súvisiace s plynulým chodom domácnosti. Vhodná reakcia by mohla byť, napr. „Keď sa práca v domácnosti rozdelí na menšie časti a na viackrát, je potom ľahšie zvládnuteľná, máme do toho i väčšiu chuť, ako keď sa má zvládnuť všetko naraz.“
5. **Informácie o postupoch** (prečo a ako sa to robí), ktoré sú základom pre nácvik rôznych praktických zručností pacienta (napr. aplikácia inzulínu, ošetrovanie stómie a pod.).

Všeobecná platnosť dodáva informáciám váhu. Je to práve gramatická forma informácie, obvykle 1. osoba množného čísla (niečo platí pre nás), alebo 3. osoba jednotného i množného čísla (takto sa dejú veci), ktorá umožňuje ľahšie pochopenie a prijatie určitých pravidiel a zákonitostí. Keď niečo platí všeobecne, má to väčšiu váhu a je väčšia šanca, že sa tým budeme riadiť, i keď nebude na blízku nikto, kto by vydal pokyny či príkazy.

Veľmi účinným postupom je tiež **zameriť sa na pozitíva**. Všimáť si to, čo sa pacientovi podarilo (pozitívny popis) a snažiť sa o pozitívnu formuláciu informácií všade tam, kde je to len trochu možné a kde to má zmysel. K tomu, aby sme robili veci dobre, nestačí vedieť, čo nemáme robiť, ale potrebujeme mať pozitívne oporné body „ako áno“. V každodennej zdravotníckej praxi sa väčšina pokynov a rád dá nahradiť informáciami. Pokyny dávame v situáciách,

ktoré sa často opakujú, rady skôr v nových alebo menej častých situáciách. Spoločné majú to, že aj pri pokynoch aj pri radách sa používa 2. osoba množného čísla (urobte to, alebo mali by ste to urobiť). Pokyny ani rady však nedávajú pacientovi priestor pre zvažovanie a rozhodovanie.

Podobne ako k popisu môžeme aj **k informáciám pripojiť otázky typu:** „Čo navrhujete?“ „Čo s tým urobíme?“ Práve nimi pacientovi zdôrazňujeme, že nechceme riešiť problémy či ťažkosti za neho a bez neho, ale spolu s ním, že očakávame aj od neho aktivitu, spoluúčasť a zodpovednosť.

### **3.3 VYJADRENIE VLASTNÝCH CIEĽOV A OČAKÁVANÍ ZDRAVOTNÍCKEHO PRACOVNÍKA. MOŽNOSŤ VOĽBY PRE PACIENTA.**

*Pri(a) by som si, aby sme sa mohli v pokoji dohodnúť. Poprosil(a) by som Vás teraz asi o desať minút Vašej pozornosti, aby som Vám mohol(a) vysvetliť priebeh vyšetrenia (liečebnej metódy, ošetrovateľského postupu).*

Svojou podstatou sú to vlastne informácie, ktorými zdravotnícki pracovníci dávajú pacientovi najavo, aké majú ciele, čo potrebujú, resp. očakávajú v rámci poskytovania zdravotnej starostlivosti od pacienta. Hovoríme ich v 1. osobe jednotného čísla. Vyjadrujeme sa **pozitívne** - čo by nám pomohlo, čo by nám bolo príjemné. Jasné pozitívne odovzdanie informácie zabráni rôznym nedorozumeniam. Samozrejme môžeme vyjadriť i to, s čím nie sme úplne spokojní a to pomenovaním toho, ako sa práve cítime. Pokiaľ však použijeme výrok v podobe priania alebo očakávania (čo očakávame teraz alebo do budúcnosti), ide síce o mierny komunikačný prostriedok, ale dosť významne účinný. Tón hlasu by mal byť priateľský, alebo aspoň neutrálny. Pacienti budú radšej počúvať naše priania, zvlášť keď sú zmysluplné, ako keby mali počúvať vyjadrenia našich negatívnych pocitov, ktoré vyvolali oni svojim správaním. To by u nich mohlo ľahko vyvolať pocity viny a neschopnosti.

V niektorých situáciách by nám pomohlo, keby pacienti urobili niečo, čo potrebujeme, ale nehovoríme o tom. Niekedy i preto, že nie sme si úplne istí, či to vieme vhodne vyjadriť slovami. Viac či menej očakávame, že sa to pacienti sami dovtípi. Keď k tomu ale nedôjde, bývame sklamaní alebo podráždení.

Takýmto nedorozumeniam sa dá predísť práve tým, že o svojich cieľoch, potrebách i prianiach pacienta informujeme vetami, ktoré sa začínajú: „Potrebovala by som Vašu pomoc...“ „Pomohlo by mi, keby...“ Keď tieto vety zdravotnícki pracovníci vo vzťahu k pacientom používajú, rozvíja sa tým vzájomná citlivosť a porozumenie medzi nimi. Možnosť voľby (dať na výber) pre pacienta je ďalšou komunikačnou zručnosťou, ktorá spĺňa kritérium neohrozenia a vyjadruje partnerský vzťah medzi zdravotníckym pracovníkom a pacientom. Keď dávame na výber, akoby sme hovorili: „Považujeme Vás za kompetentnú osobu, ktorá je schopná sa rozhodnúť a urobiť, čo je potrebné.“ Skutočná možnosť voľby spočíva vo vymenovaní a dôslednom vysvetlení pozitívnych i negatívnych stránok, dvoch alebo viacerých konkrétnych možností riešenia situácie pacienta. Tento spôsob stimuluje poznávacie procesy, ako je porovnávanie, hodnotenie, zvažovanie pre a proti u pacientov. Keď si pacient vyberie niektorú z ponúkaných možností, rešpektujeme to. Nejde o používanie techník, ktoré by viedli k tomu, aby pacient nakoniec urobil to, čo chceme my! Môžu nastať i situácie, keď pacient navrhne niečo iné, ako mu ponúkame my. Pokiaľ je tento návrh prijateľný a pre pacienta bezpečný, môžeme mu dať prednosť. Za svoj vlastný návrh bude pacient cítiť ešte väčšiu zodpovednosť. K vlastným návrhom môžeme pacienta aj priamo nabádať. Napr. „Môžete povedať ešte ďalšie návrhy, možnosti riešenia tejto situácie.“ „Máte ešte iný návrh, ako by sme túto situáciu mohli vyriešiť?“ Vedieť sa rozhodovať patrí k životným zručnostiam človeka.

Niekedy sa môže stať, že si pacient nevie vybrať z ponúkaných možností. V takej situácii môže byť problém aj na našej strane – v tom, že výber bol pre pacienta veľmi náročný alebo sme spolu s výberom neposkytli pacientovi dostatočné informácie potrebné pre rozhodovanie. Môže byť za tým aj submisívnejšia osobnosť pacienta, prípadne menej rozvinutá schopnosť rozhodovať sa u pacientov, ktorí boli vo svojom živote zvyknutí hlavne na pokyny či príkazy. Bez rozhodovania sa ale v živote len ťažko zaobídeme. Pokiaľ sa ale pacient nevie rozhodnúť, môžeme reagovať empaticky. Napr. „Niekedy je dosť ťažké rozhodnúť sa, čomu dáme prednosť.“ A chvíľu počkáme. Pokiaľ je i naďalej bezradný, môžeme znovu poukázať na výhody a nevýhody jednotlivých možností. Vhodné je v tejto situácii navrhnúť i odklad rozhodnutia na neskôr. Napr. „Možno si to chcete ešte premyslieť. Môžete mi

to prísť povedať pokojne i zajtra, ako ste sa rozhodli.“ Pokiaľ ani to nepomôže, môžeme stručne povedať, čo by sme v tejto situácii urobili my a prečo. Je však dôležité dať pozor na to, aby sme neskĺzli k poučovaniu a nepoukazovali na seba, ako na vzor. Popísaný postup posilňuje sebaobraz pacienta, ako schopného, kompetentného a zodpovedného v danej situácii. Ubúdajú tým zbytočné konflikty a to nakoniec významne šetrí čas aj zdravotníckych pracovníkov.

Možnosť vybrať si a rozhodovať sa je podmienkou prevzatia zodpovednosti. Mať na veci vplyv posilňuje pocit istoty a bezpečia, robiť veci na základe svojho rozhodnutia patrí medzi základné ľudské potreby. Ľudia, ktorí majú sklon rozhodovať za niekoho, nie sú zodpovední za druhých, sa ochudobňujú o ich podnety a iniciatívy. Možnosť voľby je výrazom rešpektu k pacientovi, ktorý pomáha budovať dobré vzájomné vzťahy.

### 3.4 PRIESTOR PRE SPOLUÚČASŤ A AKTIVITU PACIENTA

*Čo s tým urobíme? Čo si o tom myslíte Vy? Čo navrhujete? Čo by Vám pomohlo?*

Tieto otázky a ich varianty môžeme použiť v situáciách pomoci pacientovi pri hľadaní jeho vlastného riešenia problémov, ako aj pomoci pri seba porozumení jeho aktuálnej situácie a ťažkostí. Pokiaľ by pacient odpovedal, že nevie, nie je to ešte dôvod k tomu, aby sme problém vyriešili a rozhodli my (zdravotnícki pracovníci). Môžeme dať výberom čas na rozmyslenie. Napr. „Poradíme sa o tom hneď alebo budeme chvíľu premýšľať, čo by sa s tým dalo urobiť, a stretneme sa o dvadsať minút vo vyšetrovni.“ Alebo opäť formou výberu navrhnúť pacientovi viaceré konkrétne možnosti. Dlhodobým ziskom týchto riešení je návyk pacienta aktívne riešiť svoju situáciu, budovať v ňom pocit kompetentnosti, dobrej sebaúcty a preberanie vlastnej zodpovednosti za svoj zdravotný stav.

Ďalším vhodným spôsobom na poskytnutie spoluúčasti a vlastnej aktivity pacienta pri riešení jeho ťažkostí by mohol byť **návrh**. Sú situácie, keď môže byť pacient bezradný (nič ho nenapadne). V takom prípade môžeme predostrieť svoj návrh vetami, ktoré sa začínajú slovami: „Možno by ste...“, „Zvážte, či by...“. Takto formulované návrhy nechávajú dostatočný priestor pre

rozhodovanie pacienta, je na ňom, čo s návrhom urobí. Pokiaľ náš návrh nevyužije a neskôr sa to ukáže ako nesprávne rozhodnutie, nebudeme mu to pripomínať (skúsenosť s dôsledkom vlastných rozhodnutí je veľmi efektívnym učením).

V niektorých situáciách je vhodné v interakcii s pacientom uplatniť i **otázkový „ping-pong“**. Napr. „Čo už o tom viete?“ „Ako si to vysvetľujete?“ „To je zaujímavá otázka. Čo si o tom myslíte Vy?“ (Napri. keď pacient zisťoval informácie o svojej diagnóze na internete a následne nám dáva otázky). Namiesto toho, aby sme „okupovali“ komunikačné pole dlhým monológom, poskytneme priestor pacientovi tým, že mu jeho otázku vrátime („pinkneme“) späť. Používanie tejto zručnosti nám priblíži spôsob uvažovania pacienta, umožní skorigovať mylné informácie, často odkryje aj jeho prekvapujúce obavy a úzkosti. Okrem toho, má pacient príležitosť hovoriť to, čo sám považuje v danej veci za dôležité, dostáva priestor na premýšľanie, nachádzanie súvislostí.

V súvislosti s uplatňovaním priestoru pre aktivitu pacienta je dôležité povedať, že záujem o pacienta sa dá prejavovať aj inak, než otázkami. V týchto prípadoch sa dá **otázkami šetriť**. Napr. „Vyzeráte rozrušený po tej návšteve. Keď mi budete chcieť o tom povedať, veľmi rada si Vás vypočujem. Budem vo vyšetrovni.“ Táto veta vyjadruje záujem, ale súčasne rešpektuje pacienta. Zásada „hovoríť menej“ v mnohých situáciách dobrej komunikácii prospieva, pokiaľ súčasne vieme aktívne počúvať a dať najavo svoj záujem. Nedávať otázky nemusí znamenať, že vôbec nič nehovoríme. Mnohokrát sa pri tomto prístupe komunikácie môžeme dozvedieť ešte viac informácií.

Účinok komunikačných zručností sa zvyšuje, keď ich kombinujeme. Efektívnych spôsobov komunikácie je menej ako neefektívnych. Môžeme sa ich učiť používať postupne alebo ich rovno kombinovať.

### **3.5 KOMUNIKAČNÉ STRATÉGIE NA ZVLÁDANIE NEGATÍVNYCH EMÓCIÍ**

Porozumieť emóciám pacienta a pomôcť mu pri zvládaní náročných emočných reakcií a stavov je znakom správania zdravotníckeho pracovníka, ktoré môžeme označiť ako „emočne inteligentné“. Dôležité je uvedomiť si nasledujúce tri zásady, ktoré sa týkajú emócií všeobecne: **máme právo**

**prežívať to, čo prežívame. Keď sme v emóciách, logické myslenie ide bokom. Emócie sú „nákazlivé“.** V kontexte týchto zásad lepšie porozumieme tomu, prečo niektoré spôsoby, ktorými sa snažíme reagovať na negatívne emócie nepomáhajú a iné naopak áno. Postupy, ktoré zdravotnícki pracovníci v klinickej praxi pomerne často používajú, keď pacienti prežívajú negatívne emócie a ktoré nepovažujeme za efektívne, sú nasledujúce:

1. Neplačte, resp. neplačte, všetko bude dobré. Nič si z toho nerobte. (bagatelizovanie, popieranie).
2. Musíte sa na to pozerieť z inej stránky. (porovnávanie).
3. Čo sa stalo? (vypytyvanie sa).
4. Mali by ste.... (rady).
5. Musíte pochopiť, že... (objektívizácia, poučovanie, vysvetľovanie).
6. Vy máte pravdu. (súhlas).
7. Môžete si za to sám. (obvinenie).
8. Vy ste taký chudáčik... (ľutovanie).
9. Za všetko môžu ONI. (zvaľovanie viny).

Neefektívnosť týchto postupov nespočíva iba v tom, že nemajú okamžitý účinok (väčšinou pacientom nepomáhajú upokojiť sa), ale týkajú sa aj dlhodobějších dopadov. Neprispievajú k rozvoju schopností rozpoznávať, zvládať a využívať vlastné emócie. Ich ďalším spoločným znakom je nadradený vzťah, ktorý sa prejavuje predovšetkým hodnotením. Mnohokrát v zdravotníckej praxi vidíme i používanie kombinácií rôznych neefektívnych postupov, napr. bagatelizovanie, vypytyvanie sa a rady.

Rešpektujúce a zároveň efektívne komunikačné stratégie v situáciách, keď sa v negatívnych emóciách ocitne pacient, sú **reakcie empatické – prijatie jeho pocitov**. Empatickou reakciou dávame pacientovi najavo: **Máte právo cítiť sa tak, ako sa cítite. Ponúkam Vám svoju podporu.**

Emócie sú súčasťou nášho života, ale intenzívnejšie ich obvykle vnímame vtedy, keď ich sila prekročí určitú hranicu a o to viac, keď ide o emócie negatívne. Potvrzuje to i skutočnosť, že väčšina jazykov má pre negatívne emócie niekoľkonásobne viac výrazov ako pre emócie kladné (výskumy uvádzajú tri až štyrikrát väčší počet). Pacienti mnohokrát prežívajú negatívne emócie, ako je strach, úzkosť, sklamanie, ľútosť, hnev a pod. a v hĺbke duše veria a prajú si, aby sme ich prežívanie brali vážne. Akonáhle

začneme hodnotiť a posudzovať ich emócie ako prehnané alebo neoprávnené, vysielame k nim nasledujúce skryté posolstvá: **To, čo cítite, cítite zle** (nesprávne). **Mali by ste cítiť niečo iné** (najlepšie to, čo Vám hovorím ja). Hodnotenie je prejavom nerovnocenného vzťahu. Hodnotenie emócií pacientov môže mať rôzny stupeň a charakter. Od bagatelizovania cez morálne odsudzovanie až po popretie emócie. Pacientovi nepomôže, keď odsúdime jeho emócie ako neoprávnené a dáme mu najavo, hoci aj nepriamo, že by mal prežívať niečo iné než prežíva. Keď sa nachádzame v nejakých emóciách, jednoducho nie sme schopní ich razom nemať alebo prežívať iné. Pokiaľ niekto naše emócie bagatelizuje alebo dokonca odsudzuje, vyvoláva to len ďalšie negatívne emócie – pocity viny, zahanbenie, zlosť. Niektoré emócie, napr. hnev môžu viesť k nevhodnému alebo až k deštruktívnemu správaniu u pacienta. Aby sme sa snažili takému správaniu predísť alebo boli schopní na neho efektívne reagovať, je nevyhnutné zaoberať sa jeho príčinou – negatívnymi emóciami. Pre niektorých lekárov alebo sestry môže byť však **ťažké prijať niektoré negatívne emócie pacientov a zvolia prístup, ktorý je zameraný proti emóciám s cieľom potlačiť ich a odstrániť**. Emócie, ktoré prežívajú pacienti hodnotia ako zlé, nevhodné a neprimerané (Např. „Nebojte sa, to nič nie je.“) Uplatnením takejto reakcie zo strany zdravotníckeho pracovníka sa ich však pacienti nezbavia. Odsúdiť a „zakázať“ negatívne emócie neznamená, že už ich pacienti nebudú prežívať. Práve naopak, v mnohých prípadoch ešte zintenzívnia, i keď sa ich pacienti súčasne možno snažia skryť. Emócie môžeme skrývať, potlačovať alebo vytesniť, tým však dosiahneme len to, že s nimi stratíme vedomý kontakt, ale ďalej budeme jednať pod ich vplyvom. Potlačenie a vytesnenie patrí medzi obranné mechanizmy (písali sme o nich už v 1. kapitole). Pri potlačení ide o vedomý proces, kedy sú neprijateľné myšlienky, emócie a prania potláčané na okraj vedomia. Pri vytesnení ide už o ich neuvedomované odsunutie ešte hlbšie, do nevedomia, odkiaľ však skryto pôsobia ďalej. Prístup k negatívnym emóciám, ktorý sa snažíme v tejto kapitole sprostredkovať, spočíva v tom, že emócie pacientov naopak prijímame (akceptujeme). Prijímame skutočnosť, že v danej situácii má daný pacient práve tie emócie, ktoré má a neposudzujeme ich správnosť. Samozrejme snažíme sa svojim prístupom a komunikáciou v klinickej praxi predchádzať situáciám, ktoré môžu viesť k negatívnym emóciám. Keď už takéto emócie u pacienta



vzniknú (mnohokrát sú spojené predovšetkým s ochorením pacienta), ich prijatie je podmienkou toho, aby sme s nimi mohli niečo urobiť – pomôcť pacientovi ich zmierniť, zvládnuť, ale tiež ich lepšie pochopiť. Prijímať negatívne emócie pacienta neznamená, že súhlasíme s jeho správaním, ktoré tieto emócie vyvolali. Emócie a správanie je potrebné rozlišovať.

Emócie plnia v živote človeka tri dôležité funkcie, ktoré sa navzájom prelínajú:

- **ochrannú** – napr. strach, hnev, hanba...,
- **motivačnú** – emócie spojené s uspokojovaním základných ľudských potrieb. Jednak negatívne (pocit hladu, smädu, nedostatku pohybu, ohrozenia, odmietania, zahanbenia, menejcennosti, nedostatočného uplatnenia,..), ako aj pozitívne (záujem, zvedavosť, láska...),
- **informačnú** – akákoľvek emócia, či už naša vlastná alebo emócia druhého človeka, či kladná alebo záporná, je informáciou, z ktorej sa môžeme učiť. Keď sme napríklad komunikačne nezvládli nejakú situáciu a cítime mrzutosť, je to signál, že niečo malo byť inak. Keď si to uvedomíme a nabudúce sa podľa toho zariadime, pocítíme uspokojenie, povzbudenie – a to je signál, ktorý nám hovorí: touto cestou by sa asi dalo ísť.

### 3.5.1 Bagatelizovanie, popieranie a porovnávanie

*To nič nie je. Nič si z toho nerobte. Všetko bude dobré. Netrápte sa. Nebojte sa. Nerobte si z toho ťažkú hlavu. To sa predsa stáva.*

Hodnotenie emócií ako neprimeraných je podstatou **bagatelizovania** a **porovnávania**, ktoré môžeme označiť ako neefektívne reakcie zdravotníckych pracovníkov na emočnú nepohodu pacientov. Vedomým zámerom lekára alebo sestry, ktorí tieto vety vyslovili bolo utešiť a stlmiť emócie pacienta. Nevedome tam môže byť snaha zabrániť prenosu negatívnych emócií na seba. Otázkou, ktorá sa nám však naskytuje je, ako by sme sa cítili my, keby tieto vety boli určené nám samotným? Pomerne často od pacientov zaznievajú vety: „Neberú vážne to, čo prežívam.“ „Neberú ma vážne.“ A aký vplyv to môže mať na emócie pacienta, pomôže to? Odpoveď väčšinou býva, že

nie. K pôvodným emóciám pacienta sa pridala ďalšia, a to sklamanie z nepochopenia. Reakciou pacienta na zľahčovanie alebo popieranie jeho trápení či bolesti býva väčšinou, že sa buď stiahne a nemá už chuť ďalej sa zveriť so svojimi emóciami, alebo naopak začne preháňať. Zdravotnícki pracovníci v takom prípade väčšinou berú pacientov ešte menej vážne a začarovaný kruh pokračuje. Návyk preháňať, aby nás druhí brali vážne, môže niekedy pretrvávať veľmi dlho.

*Musíte sa na to pozerat' z inej stránky. Zoberte život z tej lepšej stránky. Predstavte si, že by ste boli ležiaci, to by ste mali iné problémy.*

Či už lekár alebo sestra dáva za príklad seba, alebo porovnáva trápenie pacienta s niečím horším, čo sa deje niekomu inému, alebo naopak pripomína pozitívne veci – všetko spomínané má za cieľ ukázať, že to, čo práve pacient prežíva, je vlastne malicherné. Hodnotenie emócií stojí teda i za **porovnávaním**. Vnútoraná odozva pacienta býva podobná ako pri bagatelizácii. „Nechápu ma.“ „Nemal som radšej hovoriť nič.“ „Je síce teoreticky pravda, čo hovoria, ale to mi nepomôže.“ „Ešte aby som sa cítil previnilo.“ Keď postavíme pacientovi pred oči porovnanie s niečím ešte horším, čo ho mohlo stretnúť, môže to u neho vyvolať ďalšie negatívne emócie, napr. obavu, pocit, že obťažuje s niečím, čo je vlastne bezvýznamné, prípadne podráždenie, že z neho robíme nerozumnú bytosť, ktorá robí zo všetkého problém. Pripomenúť si, čo je v našom živote pozitívne, keď sa cítíme niečím sklúčením, môže povzbudiť. Naozaj to ale pomáha iba vtedy, keď si toto „porovnávanie hodnôt v hlave“ urobíme sami, v žiadnom prípade nie vtedy, keď nám niekto iný predhadzuje, za čo máme byť v živote vd'ačný. Je to veľmi užitočná zručnosť, ktorá pomáha prelad'ovať naše emócie.

### **3.6 VPLYV NEGATÍVNYCH EMÓCIÍ NA ROZUMOVÚ ZLOŽKU PSYCHIKY PACIENTA**

Emócie sú jednou oblasťou našej psychiky, racionálne uvažovanie druhou. Keď sa cítíme bezpečne, komfortne obidve oblasti môžu vzájomne kooperovať. Mierne alebo stredne silné pozitívne emócie majú podporujúci účinok na ostatné psychické funkcie i na naše jednanie, správanie

a komunikáciu. Napríklad záujem a nadšenie pre nejakú činnosť sú zdrojom i sprievodcom efektívneho učenia. Empatia a starosť o niekoho sú zasa zdrojom ústretového správania. (Silné pozitívne emócie môžu mať niekedy naopak tlmiaci vplyv.)

Pokiaľ sa pacienti dostávajú do situácie, v ktorej sa cítia ohrození v ich mozgu sa vytvárajú negatívne emócie, ktoré im dodávajú energiu na boj alebo na únik. Mozgové centrá, ktoré sú pri tom aktívne, majú tlmiaci účinok na mozgovú kôru, v ktorej sídli rozumová zložka (logika). Čím silnejšia je negatívna emócia, tým väčší je jej tlmiaci vplyv na rozumové zložky pacientovej psychiky. Takým spôsobom im negatívne emócie na jednej strane pomáhajú mobilizovať energiu, na strane druhej im ale neporadia správne v tom, kam túto energiu zamerať. Pod vplyvom silnejších, predovšetkým negatívnych emócií sa môže stať správanie pacientov skratovým, nekontrolovaným a neproduktívnym.

Emócie výrazne ovplyvňujú aj **kognitívne procesy** u pacientov. Začína sa to už **pozornosťou a vnímaním**. Pacient, ktorý je naplnený obavami a vystrašený vníma i neutrálny pohyb príp. poznámku ako ohrozujúcu a podľa toho aj reaguje. Rozrušení pacienti majú problém sústrediť sa, koncentrovať a spracovávať všetky informácie a podnety, ktoré k nim od zdravotníckych pracovníkov prichádzajú. Nemali by sme na to zabúdať. Silná emócia môže tiež obmedziť u pacienta vnímanie vonkajšieho okolitého sveta. Emócie ovplyvňujú i **myslenie** pacientov. Rozrušenie, hnev, ale i pozitívna emócia ako napr. šťastie, dokážu u pacienta narušiť schopnosť myslieť, riešiť problémy, osvojovať si nové informácie a pracovať s nimi. V psychológii a psychiatrii sa používa výraz „katatýmne skreslené myslenie“ – myslenie skreslené emóciami. Keď sa napríklad na niekoho hneváme, máme tendenciu vyložiť si aj jeho neutrálne alebo dokonca pozitívne správanie spôsobom, ktorý nás utvrdí v tom, že si náš hnev zaslúži. Podobným spôsobom dochádza pri silnejších emóciách u pacientov aj k narušeniu funkcie **pamäti**. Rozrušení, úzkostní pacienti nie sú schopní adekvátne si zapamätať informácie a tiež si ich aj neskôr primeraným spôsobom vybaviť. Mali by sme na to myslieť, keď pacientovi odovzdávame potrebné informácie.

Fyziologické reakcie (sčervenanie, zblednutie, búšenie srdca,..), ktoré sprevádzajú emócie, nás upozorňujú, že emočné stavy súvisia s určitými

chemickými zmenami, ktoré pripravujú organizmus k akcii. Aj keď podnet, ktorý emóciu vyvolal, už pominul, trvá ešte určitú dobu, než sa organizmus vráti do stavu rovnováhy. Ako dlho to trvá, záleží predovšetkým na intenzite emócií a taktiež na vzrušivosti nervovej sústavy. To priamo súvisí s temperamentom človeka. Poznáme ľudí, ktorí sa vedú veľmi rýchlo a ľahko rozčúliť, ale pomerne rýchlo ich to aj prejde (cholericí). Iných zasa len tak niečo „nerozhádže“, ale keď už, trvá potom dosť dlho, kým sa upokoja (flegmaticí). Dôležitú rolu v tomto prípade zohrávajú aj samotné postoje ľudí a tiež osobnostná zrelosť.

Ako dlho určitá emócia trvá, záleží tiež na tom, aká je reakcia okolia. Niektoré reakcie pomáhajú negatívne emócie postupne zmierniť, iné ich ešte predĺžia alebo aj zosilnia. V čase, keď prežívame intenzívnejšie negatívne emócie, môžu byť utlmené niektoré psychické funkcie, predovšetkým racionálne (logické) uvažovanie. Zmiernenie emócií by preto malo predchádzať racionálnemu riešeniu situácie. Len potom sme schopní opäť uvažovať, dobre sa rozhodovať a prijímať zodpovednosť za svoje rozhodnutia. Platí to tak pre naše vlastné emócie, ako aj pre situácie, keď sú v emóciách naši pacienti.

Jednou z najčastejších komunikačných chýb zdravotníckych pracovníkov je, že nevenujú pozornosť emóciám pacientov a zameriavajú sa rovno na logické riešenie ich problémov či ťažkostí.

### **3.6.1 Čo sa stalo? (vypytyvanie sa). Mali by ste... (rady). Musíte pochopiť, že... (objektívizácia, poučovanie, vysvetľovanie)**

Pre málo efektívne komunikačné postupy, ktoré sú uvedené v názve tejto podkapitoly je typické, že reagujú na emócie z pozície racionálneho (logického) uvažovania. **„Čo sa stalo?“ (vypytyvanie sa).** Otázky zdravotníckeho pracovníka uplatňované voči pacientovi, ktorý plače, je smutný príp. má obavy napr. „Čo sa Vám stalo?“ „Prečo plačete?“ „Čo sa s Vami deje?“ a pod. nie sú najvhodnejšie na zmiernenie jeho prežívaných negatívnych emócií. Otázky sú všeobecne považované za prejavenie záujmu. Záleží však na tom, koľko ich je a aké sú to otázky. Otázky typu „Čo by Vám pomohlo?“ „Ako by som Vám mohla pomôcť?“ a ďalšie, ktorými pozývame druhých k spoluúčasti na riešení nejakého problému, majú úplne iný charakter ako vypytyvanie sa, ktoré sme uviedli v predchádzajúcom príklade. Mohli ste si

povedať, že je to ako výsluch, príp., že lekára alebo sestru zaujíma všetko možné, len nie to, ako sa pacient cítil.

Otázky predstavujú úlohu. A úloha zaväzuje k splneniu. Keď však prežívame negatívne emócie, väčšinou o žiadne takéto úlohy nestojíme. Otázky, ktoré nás vracajú k príčinám našej nepohody, môžu ďalej jatriť naše emócie. Navyiac sa takmer vždy týkajú vonkajších okolností situácie, nie prežívania, o ktorom by človek, ktorý je v nepohode rád hovoril. Otázky prichádzajú z racionálnej, logickej úrovne, ktorá sa míňa s emočnou rovinou druhého. Pre toho, kto prežíva negatívne emócie, bude možno ťažké sa na nich sústrediť, nie to ešte na nich odpovedať. Vypytyvanie sa môžeme zaradiť k ďalším z nátlakových, mocenských spôsobov komunikácie zdravotníckych pracovníkov. Pri vypytovaní sa určuje o čom sa bude hovoriť a ako dlho ten, ktorý sa pýta, zatiaľ čo priestor by mal dostať ten, kto prežíva negatívne emócie. Mocenským prvkom otázok je taktiež to, že môžu byť vnímané ako nástroj kontroly: „Kde ste boli?“ „Kto Vám to povedal?“ a pod. Keď sa zdravotnícki pracovníci veľa vypyujú, môžu mať pacienti i pochybnosti: na čo vlastne využijú lekári a sestry získané informácie? Skúsenosti ukazujú, že diskretnosť je aj pomerne často porušovaná.

**Mali by ste... (rady).** Po otázkach k pacientovi často nasledujú rady od zdravotníckych pracovníkov. Samozrejme dobre mienené. Mnoho lekárov i sestier považuje priamo za svoju povinnosť prísť s dobrou radou, keď im len pacient naznačí, že má nejaký problém. Napr. sestra k pacientovi, ktorý je nahnevaný, že sa mu nedarí nácvik samostatnej chôdze: „Nerozčuľujte sa a urobte si chvíľu pauzu. Potom zavoláme fyzioterapeutovi, ako máme pokračovať...“ Čo by si na túto reakciu sestry mohol pomyslieť pacient? Napr. „Vám sa to povie – nerozčuľujte sa! Toľko času tomu venujem a nejde mi to! A prečo by sme hneď mali volať fyzioterapeutovi. Rozhodnem sa radšej sám, ako budem pokračovať.“

Rady podobne ako otázky prichádzajú z racionálnej (logickej) úrovne zdravotníckeho pracovníka. Je potrebné si však uvedomiť, že pacient prežíva intenzívne negatívne emócie. V silných emóciách rady často ani nevníma, niekedy práve naopak vyvolávajú ešte ďalšiu vlnu negatívnych emócií („Kto ich o to prosil... však ma vôbec nepočúvajú...čo to hovoria, toto predsa nič nevyrieši....“). Ale aj keby sa nič z toho čo sme popísali nenastalo, je tu ešte

najväčšie riziko rád – pozícia „poradcu“ jasne vyjadruje nadradenosť niekoho, kto to vie lepšie a vysiela k druhému signál, že sám vlastne nie je dost' kompetentný k riešeniu svojej situácie. Ten, kto radí (zdravotnícky pracovník), robí tak v dobrej viere, že druhému (pacientovi) pomáha. V skutočnosti, ale pomáha skôr sám sebe, aby sa tvárou v tvár emóciám pacienta nemusel cítiť bezmocne. „Vám sa to povie, skúste si to sama!“ – to je typická odozva, ktorá ale väčšinou nezaznie od pacienta nahlas. Aj keby to bola tá „správna“ rada, ktorú chceme pacientovi poskytnúť, najväčšiu cenu má to, čo sme urobili z vlastného rozhodnutia a presvedčenia. Väčšinou by sme sami prišli na to, čo nám druhí radia, samozrejme vtedy, ak by sme sa upokojili. Za vlastné riešenie preberáme vždy väčšiu zodpovednosť a uskutočňujeme ho s väčším nasadením, ako keď príde z cudzej hlavy. Rady môžu viesť k neprijímaniu vlastnej zodpovednosti u pacienta a k obviňovaniu druhých („To Vy ste mi tak poradili...!“).

Jedným zo zlatých pravidiel efektívnej komunikácie s pacientom je: **Nedávať nevyžiadané rady**. Iná situácia nastáva vtedy, keď **pacient o radu požiada**, to sa však väčšinou stáva vtedy, keď sa emócie zmiernia. Aj vtedy však existuje riziko prenášania zodpovednosti na „radcu“ (zdravotníckeho pracovníka). Keď si myslíme, že máme k problému pacienta čo povedať, môžeme ponúknuť svoj názor napr. takýmto spôsobom: „Zaujíma Vás, čo si o tom myslím?“ alebo „Chcete vedieť čo by som urobila v tejto situácii?“ A samozrejme rešpektujeme rozhodnutie pacienta, či to chce počuť a či náš názor určitým spôsobom využije.

**Musíte pochopiť, že... (objektivizácia, poučovanie, vysvetľovanie)**  
Např. pacient je nespokojný, mierne nahnevaný a sťažuje sa lekárovi, že mu sestra neposkytla dostatočné a zrozumiteľné informácie ohľadom režimových opatrení. Lekár reaguje: „To sa ani nedá, každého pacienta stopercentne informovať. Na to nemá sestrička čas. Ja Vašu sestričku veľmi dobre poznám, určite Vám nič nechcela zatajiť. Keď sa budete viac snažiť, sústrediť a počúvať, určite si nabudúce zapamätáte viac.“ Objektivizácia alebo vysvetľovanie patrí k ďalším komunikačným štýlom, v ktorých reagujeme na emócie z hľadiska racionálnej, logickej úrovne. S akou vnútornou odozvou by sa mohol konfrontovať pacient pri reakcii lekára v uvedenom príklade? Možno: „To sa Vám pekne hovorí, ale chápete vôbec mňa?“ Na koho strane vlastne ste?“

„Nestojím o vysvetľovanie, pomohlo by mi, keby ste ma pochopili!“ „Keď to nedokážete, tak radšej mlčte!“ Možno si hovoríte, že to, čo povedal lekár v uvedenom príklade, je pravda. Ale „emočná pravda“ býva iná, ako tá logická. Z hľadiska toho, kto vysvetľuje ide o poukázanie na logické súvislosti. Na tom nie je nič zlé, snaží sa predsa o objektívny pohľad, ktorý tomu druhému oznamuje celkom vládne a priateľsky.

Z hľadiska emócií toho, kto tieto vety počuje, sa to ale javí úplne inak. Je nemožné alebo veľmi ťažké „na príkaz“ zapojiť logiku. Rovnako tak je ťažké mať pochopenie pre druhých, keď sami prežívame negatívne emócie. A ten, kto nám v tejto situácii vysvetľuje, ako veľmi je dôležité pochopiť druhých, od nás vlastne žiada niečo, čo v tej chvíli sám nerobí. Dalo by sa to presnejšie vystihnúť v takejto situácii otázkou: „Mám robiť to, čo hovoríte, alebo to, čo robíte?“

Vysvetľovanie, poučovanie či objektivizácia vyjadruje v týchto situáciách nadradenosť. Ich skrytým posolstvom je poukazovanie na pacientove nedostatky. Týmto spôsobom mu nepriamo vytýkame, že nie je schopný prijať jednoduchú logiku, akú mu predkladáme a súčasne prejavíť porozumenie pre druhých ľudí.

### **3.7 NÁKAZLIVOSŤ (PRENÁŠANIE) EMÓCIÍ V KOMUNIKÁCIIS PACIENTOM**

K prenášaniam emócií, tak kladných ako aj záporných dochádza čiastočne nevedome. Vo väčšine prípadov sa omnoho ľahšie šíria tie negatívne a keď sa nimi necháme „nakaziť“ jednáme a komunikujeme pod ich vplyvom. Veľmi „nákazlivé“ bývajú emócie, ktoré sú výrazne prejavené. Práve preto zdatný rečník sprevádza svoj verbálny prejav zreteľným emočným sprievodom, aby prebudil emócie u divákov či poslucháčov.

Z bežných emócií je najviac „nákazlivý“ hnev. Často stačí, že sme iba svedkami agresívnych prejavov pacientov, ktoré ani nemusia byť zamerané voči našej osobe a cítime ako nám začína stúpať hladina adrenalínu v krvi. Môžeme si to vysvetliť ochrannou funkciou emócií. Keď sa niekde v našom blízkom okolí vyskytuje agresívne správanie, chápeme to ako možné ohrozenie, a to mimovoľne spúšťa obranné reakcie. V niektorých situáciách potom môžeme riešiť určité problémy pacienta už s myslou, ktorá je „zatemnená“ emóciami,

ktorými sme sa práve „nakazili“ a situácia sa môže ešte zhoršiť.

Nasledujúce štyri neefektívne spôsoby komunikácie, resp. reakcie na emočnú nepohodu pacientov majú spoločné to, že sa negatívnymi emóciami pacienta buď necháme „nakaziť“, alebo sa im naopak snažíme brániť. Opäť je tu prítomné hodnotenie, ktoré vyjadruje nerovnocenný vzťah medzi zdravotníckym pracovníkom a pacientom.

**Vy máte pravdu (súhlas).** Je prirodzené snažiť sa vyjadriť pacientovi, ktorý je v nepohode, podporu a porozumenie. Niekedy sa to však zamieňa za súhlas s jeho správaním. Pritakávanie pacientovi ide však mnohokrát ruka v ruke s tým, že priamo alebo nepriamo vystupujeme proti niekomu ďalšiemu, koho často ani osobne nepoznáme. Je potrebné uvedomiť si riziká, ktoré vyplývajú z jednostrannej reakcie. Hodnotenie je vždy subjektívne, často ani nemusíme mať dostatok informácií, aby sme mohli zaujať určité stanovisko. Napr. pacient sa sťažuje lekárovi na jeho kolegu z inej nemocnice: „Ten doktor postupoval nesprávne. Najprv mi povedal, že mi urobí vyšetrenia krvi a až potom ma pošle na CT. Pričom mi nakoniec žiadne odbery neurobil a teraz musím čakať na CT ešte dva týždne.“ Lekár: „Máte pravdu. Tie odbery Vám mal predsa urobiť, nechápem prečo sa tak rozhodol.“

**Môžete si za to sám (obvinenie).** Tým, že budeme pacientovi pripomínať jeho chyby, ako by sme mu hovorili, že my sme tu tí lepší. Je to ale tiež spôsob, ako sa vysporiadať s prenášaním emócií. V tomto prípade sa zdravotnícki pracovníci snažia od seba emócie odraziť a vrátiť ich tam, odkiaľ prišli. V niektorých prípadoch aj v intenzívnejšej miere, pretože sa k nim môžu pridať ešte ďalšie emócie – vo vzťahu k pacientovi to môžu byť aj pochybnosti o tom, či zdravotnícki pracovníci urobili naozaj všetko preto, aby sa pacientov zdravotný stav zlepšil. Pomerne častý spôsob, ako sa vysporiadať s pochybnosťami. resp. pocitmi viny, je obviňovať tých druhých. Na vedomej úrovni si zdravotnícki pracovníci snažia nahovoriť, že pacientom prospievajú, keď ich upozorňujú na to, čo robili zle, príp., že nedodržiavali ich rady a odporúčania. Napr. pacient sa ponosuje lekárovi, že jeho ťažkosti sa po štvrtroku užívania liekov vôbec nezmiernili. Lekár reaguje: „Keby ste dodržiavali naordinovanú diétu, prestali fajčiť a začali sa viac hýbať, tak by ste sa cítili omnoho lepšie. Môžete si za to aj sám.“ Aká by mohla byť prípadná nevyslovená reakcia zo strany pacienta? Napr. „Toto teda hovoriť nemusel. To



viem aj sám, že sa musím omnoho viac riadiť jeho odporúčaniami. Nabudúce radšej nebudem hovoriť nič.“ V takomto prípade môže pacient nadobudnúť dojem, že sme proti nemu. Pretože sa cíti byť ohrozený, bráni sa alebo sa sťahuje do svojho vnútra.

**Vy ste taký chudáčik... (Ľutovanie).** Motívom ľutovania je poskytnúť účasť a podporu. Ľutovanie a účasť však nie je to isté. Väčšina pacientov nemá rada ľutovanie. Ľutovanie vyvoláva pocit bezmocnosti, postavenie porazeného u pacienta a jeho závislosť na vonkajších okolnostiach. Pacient potrebuje prijatie a rešpekt, ľútosť mu nepomôže. Účasť a prijatie posilňuje pacientovu sebadôveru a schopnosť vysporiadať sa so svojimi emóciami, ľútosť ju naopak oslabuje. Ľutovaním vlastne niekoho označujeme za „obet“, i keď to tak vôbec nemusíme myslieť. Ľuďom, ktorí zaujali životný postoj obete, je ľutovanie príjemné a svojimi nárekmi si ho niekedy priamo vynucujú. Nie však všetko čo je ľuďom príjemné, je pre nich tiež prospešné. Každá ďalšia dávka ľutovania zo strany zdravotníckeho pracovníka upevní u pacienta postoj „som obeť“. To môže znižovať schopnosť pacienta vziať život do vlastných rúk a začať bojovať s chorobou a tiež vyhýbať sa riešeniu problémov, zbavovať sa zodpovednosti a presúvať ju na iných. Mnohokrát to môže viesť aj k „parazitovaniu“ na druhých osobách a prípadnej manipulácii s nimi.

**Za všetko môžu ONI (zvaľovanie viny).** Tento štýl komunikácie môžeme tiež pomenovať ako „nadávanie na pomery“. Môžeme sa s ním stretnúť u pacientov, ale aj u zdravotníckych pracovníkov. Spoločne si zanádať môže ľudí zblížovať a pomáha to odreagovať sa. Cena za to je ale príliš vysoká – zvykáme si vzdávať sa zodpovednosti a možnosti ovplyvňovať veci. Utvrdzujeme sa v postoji, že sa nedá nič zmeniť, pretože za všetko môžu iní ľudia alebo vonkajšie okolnosti. Energia negatívnych emócií, ktorá by pri správnom nasmerovaní mohla viesť k zmene – buď nás samotných, alebo pomerov okolo nás, je takto zmarená.

Pri čítaní predchádzajúcich stránok ste si možno viackrát dávali otázku: Keď nie takto, tak ako by sme mohli komunikovať s pacientom a uplatňovať voči nemu vhodný prístup? Odpoveď môžeme nájsť pod pojmom **empaticky**.

## Literatúra

- BASU, A., FAUST, L. *Umění úspěšné komunikace*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2013. 112 s. ISBN 978-80-2475-032-3.
- BERCKHAN, B. *Komunikace bez zábran*. Praha: Portál, 2012. 112 s. ISBN 978-80-262-0066-6.
- GOLEMAN, D. *Práce s emoční inteligencí*. Praha: Columbus, 1999. 366 s. ISBN 80-7249-017-6.
- GOULSTON, M. *Domluvit se dá s každým*. Praha: Portál, 2018. 224 s. ISBN 978-80-262-1399-4.
- JANOŮŠEK, J. *Psychologické základy verbální komunikace*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2015. 384 s. ISBN 978-80-247-4295-3.
- KOPŘIVA, P. et al. *Respektovat a být respektován*. Chvalčov: Spirála, 2017. 286 s. ISBN 978-80-904030-0-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak přežít vztek, zlost a agresi*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2004. 156 s. ISBN 80-2470-818-3.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Konflikty mezi lidmi*. Praha: Portál, 2008. 192 s. ISBN 80-7367-407-6.
- LINHARTOVÁ, V. *Praktická komunikace v medicíně*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. 152 s. ISBN 978-80-2471-784-5.
- LOJA, R. *Emoce pod kontrolou*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2019. 208 s. ISBN 978-80-2712-217-2.
- McKAY, M., WOOD, J. C., BRANTLEY, J. *Emoce pod kontrolou*. Praha: Portál, 2020. 264 s. ISBN 978-80-2621-561-5.
- MOTSCHNIG, R., NYKL, L. *Komunikace zaměřená na člověka*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011. 172 s. ISBN 978-80-2473-612-9.
- ROSENBERG, M. B. *Co řeknete změni váš svět*. Praha: Portál, 2015. 144 s. ISBN 978-80-262-0912-6.
- ROSENBERG, M. B. *Nenásilná komunikace*. Praha: Portál, 2016. 224 s. ISBN 978-80-262-1079-5.
- ŠTĚPANÍK, J. *Umění jednat s lidmi*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. 162 s. ISBN 80-2471-527-9.
- THEOBALD, T., COOPER, C. *Nemluv! Naslouchej!* Praha: Ekopress, 2007. 162 s. ISBN 80-2471-527-9.

URY, W. *Jak překonat nesouhlas*. Praha: Management Press, 2015. 168 s. ISBN 978-80-7261-300-7.

VYBÍRAL, Z. *Lži, polopravdy a pravda v lidské komunikaci*. Praha: Portál, 2015. 176 s. ISBN 978-80-262-0869-3.

VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, 2009. 319 s. ISBN 978-80-736-7387-1.

VYMĚTAL, Š. *Krizová komunikace*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2009. 162 s. ISBN 80-2471-527-9.

## **4 Empatia v komunikácii zdravotníckych pracovníkov (R. Suchanová)**

Empatiu by sme si mohli definovať ako emocionálnu a sociálnu schopnosť, ktorá nám pomáha cítiť a chápať emócie, stavy, úmysly, myšlienky a potreby druhých ľudí natoľko, že s nimi dokážeme citlivo, vnímavo a vhodne komunikovať a poskytovať im podporu.

Do určitej miery môžeme empatiu nazývať akýmsi emocionálnym a sociálnym „lepidlom“, ktoré nám pomáha vytvárať a upevňovať vzťahy s inými ľuďmi. Je to schopnosť, ktorú vlastníme v rôznej miere všetci. U niektorých z nás je vyvinutá veľmi silno, zatiaľ čo niektorí majú problém s vycítením potrieb ostatných ľudí, iní sú zasa na emócie, stavy a potreby všetkých a všetkého okolo nás mimoriadne citliví. Dobrou správou je, že empatia a vôbec empatická reakcia sa dá rozvíjať, trénovať a naučiť.

Karla McLarenová rozdelila empatické procesy do šiestich samostatných, ale vzájomne súvisiacich aspektov.

1. **Emocionálna nákazlivosť** – ešte predtým ako môže nejaká empatia vzniknúť, musíme cítiť, že niekto prežíva emócie alebo, že sa od nás emócie očakávajú. V súčasnosti prebiehajú diskusie o tom, ako dochádza k emocionálnej „nákaze“ a ako si vôbec uvedomíme, že sa od nás očakávajú emócie. Doposiaľ bola dosiahnutá zhoda v tom, že proces empatie závisí na našej schopnosti cítiť a zdieľať emócie. Empatia je teda predovšetkým emocionálnou schopnosťou.
2. **Empatická presnosť** – ide o schopnosť presne identifikovať a chápať emočné stavy, myšlienky a úmysly u seba aj u druhých.
3. **Regulácia emócií** – aby sme mohli byť efektívne empatickí, potrebujeme rozvíjať schopnosť svoje emócie chápať, regulovať ich a pracovať s nimi. Musíme si byť vedomí samých seba. Keď dokážeme jasne identifikovať a regulovať vlastné emócie, budeme neskôr schopní úspešne reagovať i pri silných emóciách (vlastných i druhých ľudí) a nenecháme sa nimi premôcť alebo ochromiť.
4. **Pohľad očami druhých** – táto zručnosť nám umožní predstaviť si samých seba na mieste tých druhých, vidieť situáciu ich očami a presne vnímať, čo

cítia a čo si myslia, takže dokážeme pochopiť ich možné túžby alebo potreby.

5. **Záujem o druhých** – empatia nám pomôže napojiť sa na ostatných, ale kvalita našej reakcie závisí tiež na našej schopnosti mať o ostatných záujem. Keď vnímame emócie druhých, keď ich dokážeme presne identifikovať, regulovať a pozrieť sa na veci očami druhých, náš citlivý záujem nám pomôže s ostatnými komunikovať spôsobom, ktorý vyjadrí našu starostlivosť a spoluúčasť.
6. **Vnímavé zapojenie** – táto schopnosť nám umožní robiť vnímavé rozhodnutia založené na našej empatii a reagovať, či priamo jednať (pokiaľ je to potrebné) spôsobom, ktorý je pre ostatných prínosný. Vnímavé zapojenie môže byť chápané ako vrchol empatickej zručnosti, pretože kombinuje schopnosť vnímať a správne identifikovať emócie, myšlienky a úmysly druhých; regulovať vlastné emócie; pozeráť sa na veci očami niekoho iného; sústrediť sa na neho s adekvátnou starostlivosťou a potom na základe vnímania urobiť niečo zmysluplné. Pri vnímavom zapojení sa často stáva, že pre niekoho urobíme niečo, čo by pre nás samotných vôbec nefungovalo a možno to ani nie je v našom najlepšom záujme. Vnímavé zapojenie znamená naplňovať potreby druhých.

Týchto šesť aspektov empatie sa opiera jeden o druhý. Aj keď emocionálna nákazlivosť má tendenciu vznikať spontánne, inštinktívne, ostávajúce aspekty sú úmyselnejšie. Všetky je však možné rozvíjať, v prípade hyperempatie potlačiť.

Zdravotnícky pracovník schopný empatie „vstupuje“ na okamih do subjektivity pacienta (opustí vlastné myšlienky, predstavy a problémy) a usiluje sa prežívať jeho nálady, myšlienky, emócie, vzťahy a chorobou nezmenené, prípadne čiastočne alebo úplne zmenené potreby. Prostredníctvom vlastného prežívania prejaví pacientovi porozumenie a spoluúčasť. Empatizácia poskytuje zdravotníckemu pracovníkovi ucelený obraz o pacientovom prežívaní.

Väčšina ľudí a teda aj pacientov vníma empatickú reakciu ako akýsi „kruh bezpečia“. Cítia sa vypočutí, nikto ich nespovedá ani nehodnotí, môžu sami premýšľať čo ďalej. Pritom cítia porozumenie a podporu, akokoľvek sa v určitej záležitosti rozhodnú. Väčšinou sa ich emócie postupne zmierňujú.

Keď pacienti nadobudnú emočnú rovnováhu, môžu si sami uvedomiť mnohé z toho, čo im predtým v dobrej viere vnucovali zdravotnícki pracovníci, ale v danej situácii toho neboli schopní kvôli ich prežívaným emóciám.

Mnoho zdravotníckych pracovníkov hovorí: „Áno, empatia – vcítenie sa, to poznám.“ To, že je nám jasný význam nejakého pojmu, však ešte neznamená, že v praxi robíme to, čo tento pojem vyjadruje. Zdravotnícki pracovníci, ktorí vedia, čo je to empatia, sa spoznávajú aj v neempatických reakciách. Problém vo väčšine prípadov totiž nie je v tom, že by neboli schopní vcítiť sa do prežívania pacienta, ale v naučených spôsoboch, akými v danej chvíli reagujú. Napr. lekár alebo sestra vidia, že pacient prežíva strach pred operáciou, ich výraz tváre môže jasne hovoriť, že s pacientom cítia, ale slová, ktoré vyslovia, sú tieto: „Nič si z toho nerobte, netrápte sa, všetko bude dobré.“ (Bagatelizovanie). Tým mnohokrát môžu u pacientov vyvolať zmätok, ktorý v podstate vychádza z rozporu ich neverbálnej (citovej) a verbálnej (rozumovej) úrovne komunikácie. Je veľmi dôležité, aby denotatívna (obsahová) a konotatívna (vzťahová) úroveň komunikácie u zdravotníckych pracovníkov bola vo vzájomnej zhode. Empatická reakcia lekára alebo sestry by v tomto prípade mohla byť napr. „Vidím, že máte strach, rozumiem Vám, resp. chápem Vás.“

#### 4.1 ZLOŽKY EMPATICKEJ REAKCIE

Základné zložky empatickej reakcie, ktoré môžu v zdravotníckej praxi v rôznych situáciách a v rôznej miere vystupovať do popredia, sú nasledujúce tri:

1. **aktívne počúvanie pacienta** (sústredené počúvanie sprevádzané prejavmi účasti zo strany zdravotníckeho pracovníka).
2. **pomenovanie jeho pocitov, zámerov, príp. jeho očakávaní.**
3. **vyjadrenie podpory pacientovi.**

Keď sa emócie u pacienta zmiernia, môžeme mu pomôcť riešiť jeho problém. Komunikačné zručnosti, ktoré môžeme v týchto situáciách použiť, sme opísali v tretej kapitole.

**Aktívne počúvanie** patrí k jednej zo základných komunikačných zručností zdravotníckeho pracovníka. Nie všetci ho však ovládajú. Položíme si teraz niekoľko otázok, ktoré nám môžu pomôcť uvedomiť si, čo tvorí jeho

náplň: Ako sa cítíme, keď nás niekto počúva? Ako sa cítíme, keď nás niekto nepočúva? Ako spoznáme, že nás niekto naozaj počúva? Ako sa taký človek správa? Čo vidíme, že robí? Ako spoznáme, že nás niekto nepočúva – ako sa správa, čo robí? Sú to užitočné otázky, na ktoré si skúste teraz, po prerušení čítania, odpovedať. Pokúste sa pripomenúť si konkrétne situácie, v ktorých ste sa stretli s pozorným poslucháčom, a naopak situácie, keď vás niekto nepočúval.

Aktívne počúvanie pacienta je sprevádzané prejavmi záujmu, pozornosti a účasti. Tieto prejavy sú predovšetkým **neverbálne**: pohľad do očí, prikývnutie, fyzická blízkosť; tam kde je to vhodné dotyk, prípadne objatie. Výraz našej tváre zrkadlí emócie, ktoré hovoriaci pacient vyjadruje. **Verbálne** prejavy účasti sú najmä krátke slovíčka, ako: Hm... áno... aha...chápem... Nie sú mienené ako súhlas s tým, čo pacient hovorí, ale dávame nimi najavo svoj záujem a pozornosť. Vyhýbať sa zľahčovaniu (bagatelizácii), porovnávaniam, vypytovaniam a ďalším neempatickým reakciám, nezdôrazňovať svoju osobu a svoj názor a jednoducho len počúvať – už to môže znamenať veľmi veľa pre pacienta ako aj pre vzájomný vzťah s ním, ktorý bude založený na dôvere a efektívnej spolupráci. Ku komunikačným zručnostiam, ktoré sa môžeme učiť v súvislosti s aktívnym počúvaním patrí: byť dobrým poslucháčom; v situácii, keď sami niečo hovoríme, zvažovať, či sa to dá počúvať a aj tomu porozumieť a v určitých situáciách sa vedieť taktne a zdvorilo presadiť (keď niekto zneužíva našu ochotu aktívne počúvať).

V komunikácii s pacientmi, ktorí dávajú najavo negatívne emócie, často stačí len aktívne počúvanie a prejavy spoluúčasti. Aj im však pomáha, keď sa pokúsime pomenovať to, čo pravdepodobne prežívajú: napr. „To Vás asi sklamal, že tie výsledky ešte nie sú celkom v poriadku...“ „Asi sa už nemôžete dočkať dňa odchodu domov...“ „Asi si robíte starosti, že sa Vám dcéra ešte neozvala...“

**Pomenovanie emócií je teda podstatnou zložkou empatickej reakcie** aj u dospelých pacientov. O niečo viac však u detských pacientov, ktorým pomáha rozvíjať schopnosť uvedomovať si, čo cítia a to je predpokladom toho, aby sa svoje emócie naučili ovládať. Napr. „Vidím, že Ti je za rodičmi a sestrou smutno...“ Pomenovanie toho, čo pacient prežíva, adresujeme priamo jemu a používame pri tom slová vy alebo ty, vám alebo tebe (2. osobu). Napr. „To

sa Vás asi dotklo.“ Niekedy i 2. osobu množného čísla: napr. „Ste už asi unavený a musíte byť aj hladný po tom vyšetrení.“ Ide o oznamovacie vety, nie o otázky – na konci vety je teda pomyselná bodka alebo tri bodky, ktorými dávame pacientovi priestor, pokiaľ by chcel reagovať. Predstava spomínaných bodiek nám môže pomôcť, aby sme sa odmlčali a „nepokazili“ empatickú reakciu tým, že by sme dodali ešte niečo z predchádzajúcich neefektívnych spôsobov. Niekedy môžeme hovoriť o bežných emocionálnych reakciách na všeobecnej úrovni: Napr. „To človeka nahnevá, keď niekto nedodrží, čo sľúbi.“ Tým dávame najavo, že aj iní ľudia prežívajú v takej situácii niečo podobné, a že je to „normálne“. Takýmto spôsobom môžeme formulovať empatickú reakciu tiež v takých situáciách, kde by pomenovanie skutočných emócií mohlo byť zraňujúce. Aj keď je počet slov pre emócie značne obmedzený, dá sa komunikačným tréningom naučiť sformulovať reakcie „šité na mieru“ najrôznejším situáciám v zdravotníckej praxi a vyhnúť sa tak príliš často používaniu „štandardných“ reakcií typu: „To Vás sklamalo... „To muselo byť nepríjemné...“ Práve k tomu nám pomáha rozšírenie slovníka aj o pomenovanie očakávaní, prianí či zámerov pacienta: „Čakali ste asi, že...“; „Počítali ste s tým, že...“; „Vy ste sa tak tešili na...“; „Vy ste veľmi chceli...“; „Vy ste si priali...“

Empatickou reakciou zo strany zdravotníckych pracovníkov určite nie sú kategorické vyjadrenia typu: „Viem presne, ako Vám je!“ V tomto prípade tu chýba pomenovanie toho, čo pacient skutočne cíti. Takéto výroky skôr pacienta popudia a zdravotnícky pracovník sa môže od pacienta dočkať nasledujúcej reakcie: „Nemôžete to vedieť.“ Podobne „nešťastne“ môže vyznieť iba strohý výrok zdravotníckeho pracovníka: „Chápem Vás.“ Pacienta viac presvedčí, že sa ho snažíme pochopiť, keď sa pokúsime nájsť pár konkrétnych slov, ktorými popíšeme to, čo práve prežíva: „Vidím, že ste sklamaný, počítali ste s tým, že dnes už pôjdete domov.“ Nevadí, pokiaľ sa do prežívania pacienta úplne presne „netrafíme“. Pacient väčšinou ocení, že sme sa o porozumenie snažili, a môže sám upresniť, ako sa naozaj cíti. To, že pripúšťame i iné emócie, ktoré môže pacient prežívať, dávame najavo slovami napr. „asi“, „možno“: „Asi Vám je smutno...“, „Možno by ste boli radšej, keby...“

**Vyjadrenie podpory pacientovi** môžeme uplatniť takým spôsobom, že empatickú reakciu ukončíme takými vetami, ktorými vyjadrujeme svoj záujem



a podporu do budúcnosti. Napr. „Budem na Vás myslieť.“ „Budem Vám držať prsty.“ „Veľmi by som si priała, aby to vyšetrenie dopadlo dobre...“ „Keby ste niečo potrebovali, môžete ma zavolať...“

Efekt empatickej reakcie nie je len v zmiernení negatívnych emócií u pacientov, ale tiež v udržiavaní dobrých vzťahov a efektívnej spolupráce s nimi. Prejavy empatie k pacientovi zvyšujú tiež jeho ochotu pri plnení našich oprávnených požiadaviek na neho. V situácii, keď majú pacienti splniť nejakú našu požiadavku, je empatická reakcia prejavom ústretovosti, ktorá vyvoláva pozitívne emócie. To má za následok väčšiu ústretivosť voči splneniu požiadavky.

Všetky tri zložky empatickej reakcie – aktívne počúvanie, pomenovanie toho, čo pacient prežíva a vyjadrenie podpory – signalizuje záujem, prijatie (akceptáciu) a starostlivosť voči pacientovi, čo významným spôsobom blahodarne pôsobí na pozitívne budovanie vzťahu s ním.

## **4.2 UPLATŇOVANIE EMPATICKÝCH POSTUPOV V ZDRAVOTNÍCKEJ PRAXI**

V tejto kapitole si opíšeme niekoľko empatických a zároveň veľmi efektívnych konkrétnych komunikačných postupov, ktoré sú vhodné v prístupe k pacientovi v zdravotníckej praxi. Keď sa učíme pomenovávať to, čo pacienti prežívajú, pomôže nám nasledujúci postup:

1. najprv je dôležité si **pre seba uvedomiť, aké pocity asi pacient prežíva** (obvykle sa nejedná o jeden pocit, ale zmes rôznych, často i protichodných pocitov),
2. až potom mu to môžeme povedať **jednoduchou oznamovacou vetou** – vetou s bodkou alebo ešte lepšie s tromi bodkami na konci. Tri bodky znamenajú, že dávame pacientovi priestor, pokiaľ by chcel niečo povedať. Napr. pacienta nemôžeme prepustiť z nemocnice do domáceho liečenia v ten deň, ako sme to plánovali. Pocity pacienta: ľútosť, sklamanie, hnev. Empatická reakcia zdravotníckeho pracovníka – pomenovanie pocitov pacienta: „Je Vám ľúto, že nemôžete ísť ešte dnes domov...“ alebo „To ste asi nečakali, že to takto dopadne...“ V niektorých situáciách je potrebné na zmiernenie emócie u pacienta použiť niekoľko empatických viet. Riziko takejto rozšírenej reakcie je však v tom, že môžeme sklznúť k neefektívnym

komunikačným štýlom. Začneme síce empatiou, ale následne bagatelizujeme (zľahčujeme), vysvetľujeme, poskytujeme rady... („Vidím, že Vás to sklamaralo..., ale nič si z toho nerobte. Berte to tak, že to mohlo dopadnúť aj horšie...“).

Opakované pomenovanie pocitov pacienta v situácii „emočného zranenia“ môžeme prirovnať k obväzu – ten tiež musíme niekoľkokrát ovinúť cez fyzické poranenie, aby sme zastavili krvácanie. Medzi niekoľkými empatickými vetami by mali byť odmlky, aby mal pacient, pokiaľ by chcel, možnosť reagovať. Napr. pacient hovorí: „Tie kompresné pančuchy sú také nepríjemné. Je mi v nich strašne tesno. Už ich nebudem nosiť!“ Pocity pacienta: pocit nepohodlia (dyskomfort), nechúť, hnev. Zdravotnícky pracovník (namiesto vysvetľovania, prečo sú pre pacienta kompresné pančuchy dôležité, prijme pocity pacienta): „Verím Vám, že to môže byť nepríjemné, hlavne zo začiatku... Pacient: „To teda je!“ Zdravotnícky pracovník: „Boli by ste asi najradšej, keby ste ich nemuseli nosiť...“ Pacient: „To áno!... Ja viem, že ich potrebujem, ale nečakal som, že mi budú až tak prekážať!“ Zdravotnícky pracovník: „Najlepšie by asi bolo, keby ste si ani nevšimli, že máte nejaké kompresné pančuchy, všakže...“ Pacient: „Keby sa to tak dalo urobiť...“ Keď sa emócie u pacienta zmiernia, môžeme použiť komunikačné zručnosti z 3. kapitoly. Na prvom mieste prizvať pacienta k spoluúčasti na riešení situácie: „Viete o niečom, čo by Vám pomohlo prekonať toto nepohodlie?“ A ďalej môžeme kombinovať všetky komunikačné zručnosti: empatiu, odovzdanie informácie, možnosť voľby, popis (konštatovanie).

Veľmi dôležité je tiež **vytvorenie si empatického „slovníka“**. Pre niektorých lekárov alebo sestry môže byť empatická reakcia omnoho náročnejšia, pretože nemajú pohotovo k dispozícii vhodné slová, ktorými by popísali, čo sa s pacientom po emocionálnej stránke pravdepodobne deje. Prvé pokusy preto niekedy vyznievajú umelo, neprirodzene. Je to ale vec cviku, tréningu. Nie je potrebné používať žiadne cudzie, resp. zvláštne slová, ani odborné termíny; popísať to, čo asi pacient prežíva, sa dá veľmi jednoducho. Pomáha však rozšíriť slovník o názvy bežných emócií. Vety, v ktorých sa snažíme pomenovať pocity, môžeme striedať s vetami, v ktorých sa zmieňujeme o ďalších okolnostiach danej situácie. Zvlášť v tom prípade, keď sa rozvinie dialóg to pomáha k tomu, aby sme neskĺzli k neefektívnym

komunikačným štýlom. Komunikačnú zručnosť, ktorú môžeme v tomto prípade použiť, je popis (konštatovanie). Napr. pacient hovorí: „Mám po nálade. Chvíľu som sa prechádzal po izbe, aby som nadobudol viac sily po tej operácii a už mám zvýšenú teplotu.“ Zdravotnícky pracovník: „Viem, že ste sa už včera pripravovali na to, ako dnes vstanete z postele a budete sám chodiť...“ Pacient: „No práve!“ Zdravotnícky pracovník: „Teraz máte pocit, že to bolo zbytočné...“ Pacient: „No, aspoň som si to skúsil...“

V situáciách, keď chceme napríklad detskému pacientovi pomôcť prekonať negatívne emócie, niekedy viac pomáha, keď s ním **hovoríme skôr o pozitívnych veciach**, o tom, čo by si dieťa prialo alebo na čo sa teší. Môžeme mu povedať, napr. „Ty sa už na mamičku tešíš, už by si chcel, aby tu bola...“ (Namiesto: „Cnie sa Ti za mamičkou...“). Pomerne častými neempatickými reakciami, s ktorými sa stretávame v zdravotníckej praxi, sú otázky a predostieranie hotových riešení formou rád alebo pokynov zo strany zdravotníckych pracovníkov. Dá sa im vyhnúť napríklad tak, že v rámci empatickej reakcie môžeme hovoriť o tom, čo by si pacient pravdepodobne prial.

Mnohokrát, keď vidíme, že je pacient v nepohode a my buď vôbec netušíme, čo sa mu mohlo stať, alebo nás momentálne nenapadne žiadna vhodná veta, ktorou by sme sa pokúsili popísať, čo asi prežíva, stačí dať najavo záujem o pacienta tým, že jednoducho len **popíšeme správanie, ktoré vidíme**, alebo dáme najavo, že vnímame to, že sa s pacientom niečo deje. Napr. „Vidím, že Vás niečo trápi...“, „Vidím, že plačete...“, „Asi sa Vám stalo niečo nepríjemné...“. Je to omnoho šetrnejší spôsob prístupu k pacientovi, ako otázky. (Napr. „Čo sa Vám stalo?“ „Prečo plačete?“). Pacient, ktorý prežíva negatívne emócie obvykle pri takýchto jemných výzvach začne hovoriť, čo sa s ním deje.

**Empatické reakcie** v komunikácii s pacientom **nie sú určené iba pre náročné situácie**. Niekedy ich účinnosť „testujú“ zdravotnícki pracovníci práve iba v náročných situáciách, keď im bežne používané (väčšinou neefektívne) komunikačné techniky zlyhávajú. V takých prípadoch to nemusí byť veľmi úspešné a vyznieva to neprirodzene a málo presvedčivo. Taktiež pacient, ktorý nie je na takúto reakciu od zdravotníckeho pracovníka zvyknutý, sa môže cítiť zaskočený a ohrozený („Čo to na mňa tá sestra skúša? To má byť

nejaká nová finta?“) Základným odporúčaním, ktoré platí pre všetky komunikačné zručnosti, o ktorých sme písali, je skúšať a využívať ich v štandardných (bežných) situáciách v zdravotníckej praxi, ale i v situáciách každodenného života. Až keď ich zvládneme v bežných situáciách, môžeme sa učiť používať ich aj v tých náročnejších. Niekedy dokonca nemusíme hovoriť vôbec nič. Stačí pozorný pohľad, výraz tváre, ktorý hovorí za nás, že sme si všimli, že niečo nie je v poriadku. Pacienta, ktorý sa nachádza v emočnej nepohode môžeme pohladať, objasť alebo uplatniť iný spôsob pozitívnej haptiky, ktorá má na neho terapeutický a zároveň posilňujúci účinok.

**Empatia** by v profesii zdravotníckeho pracovníka mala byť zároveň aj **činom, skutkom**. Slová by mali ísť ruka v ruke s činmi. Sú situácie, keď nestačí dať najavo len porozumenie, ale je potrebné napríklad odstrániť príčinu bolesti či inej nepohody. Len v takom prípade, slová padnú na úrodnú pôdu. Metaforicky sa to dá vyjadriť tak, že keď má pacient smäd a my mu môžeme podať pohár vody, nebudeme mu iba hovoriť, že smäd dokáže človeka potrápiť, ale zo všetkého najskôr mu poskytneme vodu.

Môže sa stať, že v situácii, keď pacient prežíva silné emócie sa zdravotnícky pracovník neovládne a povie niečo neempatické, čo pacientovu nepohodu ešte zvýši. Dá sa to však napraviť – **dodatočnou empatiou**. Napr. Sestra: „Uvedomila som si až teraz, že ste dnes mali náročné vyšetrenie a preto ste už nevládali cvičiť. To moje naháňanie Vám asi nepridalo na nálade.“

Je dôležité si však uvedomiť, že **empatická reakcia nie je univerzálnou zručnosťou**. Zdravotnícki pracovníci sa niekedy snažia reagovať empaticky i v situáciách, keď by bolo vhodnejšie použiť iné komunikačné zručnosti a postupy. Empatická reakcia je vhodná predovšetkým v situáciách, keď sa my samotní cítime relatívne v pohode a chceme dať najavo záujem o pacienta, ktorý prežíva negatívnu emóciu, určitú záťaž v súvislosti so svojou chorobou či celkovú nepohodu. Ani v týchto situáciách však nie je jediným možným začiatkom. Dá sa použiť napríklad popis (konštatovanie), ale i iné efektívne komunikačné techniky, napr. oznámenie informácie či možnosť voľby (písali sme o nich v 3. kapitole). Všetkými týmito komunikačnými zručnosťami signalizujeme rešpekt a partnerský prístup k pacientovi. Keď sami prežívame negatívne emócie, je oveľa ťažšie prejaviť empatiu pacientovi. Zvlášť v takých prípadoch, keď nás druhá strana (pacient, resp. jeho rodinný príslušník)

verbálne atakuje, obviňuje, resp. vyhráza sa sťažnosťou na našu osobu, príp. kliniku z dôvodu napr. neúčinnnej liečby, resp. neadekvátne poskytnutej ošetrovateľskej starostlivosti alebo aj v situáciách, keď pacient ignoruje naše odporúčania týkajúce sa liečby či režimových opatrení. V takých prípadoch je vhodná a efektívna komunikačná stratégia v podobe ja-výroku. (Opíšeme ju neskôr).

**Empatická reakcia neznamená automaticky súhlas.** Ako sme sa už zmienili na začiatku tejto kapitoly, dôležité je rozlišovať emócie (napr. hnev) a ich prejavy (agresívne správanie). Prijatť môžeme od pacienta všetky emócie, nevhodné prejavy správania však máme právo obmedzovať. Sú situácie, v ktorých si vystačíme s empatickou reakciou. V mnohých iných situáciách sú prejavy empatie voči pacientovi len prvými, pre ďalšiu komunikáciu však zásadnými prvkami celej série komunikačných stratégií a postupov, ktoré už smerujú k riešeniu určitého problému. Empatická reakcia sa dá veľmi efektívne kombinovať s komunikačnými zručnosťami a postupmi opísanými v 3. kapitole. Dovoľme si však pripomenúť základnú zásadu rešpektujúcu komunikáciu pri riešení určitého problému s pacientom. Dôležité je to, aby sme boli sprievodcom, nie riešiteľom problému. Nevnucovali pacientom naše riešenie, ale pomáhali im, aby hľadali to svoje, s tým úzko súvisí poskytnutie im dostatočného priestoru, nabádanie ich k spoluúčasti, poskytovanie zrozumiteľných informácií a umožnenie im výberu.

Prvými vetami, ktoré môžeme mať v rezerve, keď vidíme, že sa emócie zmiernili a pacient je ochotný a schopný zaoberať sa riešením problémovej situácie, môžu byť otázky, ktorými otvárame priestor pre jeho aktivitu a návrhy. Napr. „Čo by Vám pomohlo?“ „Chcete so mnou o tom ešte hovoriť?“ „Čo by ste navrhovali?“ „Môžem pre Vás niečo urobiť?“ a ďalšie otázky, ktoré nabádajú k premýšľaniu a hľadaniu jeho vlastných riešení.

Podstata empatickej reakcie sa dá zhrnúť do nasledujúceho prehľadu:

1. Namiesto posudzovania pacienta sa ho snažíme aktívne počúvať a prijať jeho pocity.
2. Namiesto bagatelizácie (zľahčovania) jeho pocitov či ťažkostí ich berieme vážne.
3. Namiesto otázok, prejavíme záujem oznamovacou vetou.

4. Namiesto poskytovania rád a pokynov, mu dáme priestor, aby sa vyjadril, resp. pokúsil sa nájsť riešenie sám.
5. Namiesto ľutovania mu prejavíme spoluúčasť a vyjadríme podporu.
6. Namiesto zvaľovania viny, mu pomôžeme hľadať pozitíva a možnosti riešenia jeho problému.

### **4.3 OVLÁDANIE NEGATÍVNYCH EMÓCIÍ U ZDRAVOTNÍCKYCH PRACOVNÍKOV**

Hlavnou témou tejto kapitoly bude zvládanie negatívnych emócií u samotných zdravotníckych pracovníkov. Sú situácie v klinickej praxi, v ktorých sú lekári i sestry konfrontovaní s hnevom, agresivitou i obviňovaním pacientov alebo ich rodinných príslušníkov z rôznych dôvodov. Ako sme už uvádzali v predchádzajúcich riadkoch, pre mnohých z nich je uplatnenie empatickej reakcie v týchto situáciách voči pacientovi oveľa ťažšie, ako by sme si vedeli predstaviť. Súvisí to predovšetkým s tým, že ide o záťažové (krízové) situácie, v ktorých pacienti, resp. ich rodinní príslušníci prekročia vo svojom správaní únosnú mieru zdravotníckeho pracovníka, ktorý sa pod ich vplyvom dostáva do celkovej nepohody. Dôležité je však aj v týchto prípadoch zachovať si profesionálnu komunikáciu a pokúsiť sa ovládať v maximálnej možnej miere svoje negatívne emócie. V týchto situáciách nám môže pomôcť uplatnenie komunikačnej techniky, ktorá sa nazýva – **ja-výrok**, resp. kombinácia empatickej reakcie (ak je zdravotnícky pracovník schopný tejto reakcie) a ja-výroku. Uplatnenie ja-výroku môže v týchto situáciách plniť nasledujúce funkcie:

- dávame ním najavo, že sme si vedomí, čo sa s nami emocionálne deje, a že preberáme zodpovednosť za svoje emócie. (Neobviňujeme pacientov, resp. ich rodinných príslušníkov, že za naše emócie môžu práve oni.)
- Je to aj informácia pre pacientov, či rodinných príslušníkov o tom, čo prežívame my, či už na tom majú nejaký podiel alebo nie.
- Niekedy môže mať ja-výrok aj význam ako signál STOP – tu sa už prekračujú únosné medze.

- Ja-výroky slúžia predovšetkým ako neútočné, neagresívne „vypustenie“ emócií zdravotníckeho pracovníka (keď dáme najavo, ako nám je, uľaví sa nám).
- Ja-výroky chránia našu vlastnú sebaúctu.

Ja-výrok je komunikačná zručnosť, ktorou dávame pacientovi najavo, ako sa cítíme a prečo, s čím sme počítali alebo čo si prajeme, želáme, resp. očakávame. V širšom zmysle slova sú ja-výroky akékoľvek oznámenia informácií o nás samotných. Používame v nich nasledujúce tvary zámena ja (ja, mne, ma, mňa, mi).

V užšom slova zmysle sa označenie ja-výroku používa na oznámenie pacientovi, v ktorom hrajú rolu naše emócie a prania. Napr. „Pani Nováková, mrzí ma, že sme sa nedokázali dohodnúť. Dúfam, že sa k tomu zajtra vrátíme a pokúsime sa spolu nájsť riešenie.“ Ja-výrokmi môžeme vyjadrovať buď negatívne emócie pacientovi, napr. „Nie je mi to príjemné, keď ma obviňujete.“ „Som z toho sklamaná.“ alebo pozitívne, napr. „Pani Nováková, mám veľmi dobrý pocit z toho, že na všetkom čo sme sa dohodli, Vám záleží a maximálne to dodržiavate.“

Ja-výrok sa môže skladať z troch častí:

1. Hovoríme o tom, ako sa cítíme (zásadne používame len tvary zámena ja (ja, mne, mi).
2. Oznamujeme, čo vyvolalo naše emócie (základnou komunikačnou zručnosťou je pri tom popis, konštatovanie alebo oznámenie informácie).
3. Vyjadrujeme svoje prania, želania či očakávania, ako vzniknutú situáciu riešiť.

V mnohých prípadoch sa používa iba prvá alebo len tretia časť ja-výroku. Prvá časť výroku – **hovoríme o tom, ako sa cítíme** – je zameraná na vyslovenie svojich pocitov, ktoré v nás vyvolala určitá situácia, udalosť alebo samotné správanie pacienta. Z gramatického hľadiska sa obvykle odporúča podmet týchto viet formulovať v 1. alebo 3. osobe. Tým sa vyhneme obviňovaniu, kritike alebo inému hodnoteniu samotného pacienta. Vety, ktoré vyjadrujú hodnotenie pacienta, spravidla obsahujú zámená vy, vás, vám, váš (vaše). Môžeme použiť vety, napr. „Som naozaj dosť sklamaná.“ „Nie je mi príjemný ten krik.“ Zásadne hovoríme iba sami za seba, nie za ďalšie osoby. Dôležitá je autenticnosť, úprimnosť našich slov – hovoríme o svojich skutočných pocitoch.

Nebudeme teda hovoriť: „Som sklamaná, resp. smutná, keď som nahnevaná.“ Dať najavo svoj hnev, ktorý prežívame v určitých situáciách práve takýmto spôsobom, o ktorom sa zmieňujeme nepôsobí neprofesionálne a predovšetkým je potrebné si uvedomiť, že pacienti veľmi pozorne vnímajú aj našu neverbálnu stránku komunikácie, ako aj paralingvistiku – tón nášho hlasu, ktoré by mohli pacientovi signalizovať niečo úplne iné, ako to čo hovoríme. Tón hlasu by mal tiež zodpovedať našim emóciám – môže byť razantnejší, zvýšený, smutný, sklamaný. Podobne ako pri empatickej reakcii, ktorú niekedy musíme zopakovať viackrát, môžeme i o vlastných emóciách hovoriť vo viacerých vetách, úmerne tomu, aké sú intenzívne.

Pokiaľ správanie pacienta alebo jeho rodinných príslušníkov prekračuje určité hranice a my sa stále budeme tváriť trpezlivo, ústretovo a pokojne, môže v niektorých situáciách dôjsť aj k zásadnému nedorozumeniu. Pacienti, resp. ich rodinní príslušníci si náš pokoj môžu vysvetliť aj inak: napr. ako nezáujem o ich osobu, resp. ich problém; môžu nadobudnúť pocit, že všetko je v poriadku; môžu si dokonca myslieť, že predvádzame našu dokonalosť a „nepriestrelnosť“ (a oni sa naopak znemožňujú). Zvlášť ich posledný výklad môže vyvolať snahu u určitej skupiny pacientov zistiť, či taká dokonalosť, ktorú vidia, môže mať aj nejakú trhlinu. Môžu vo svojom nevhodnom, resp. emocionálne vypätom správaní zámerne pokračovať, resp. ešte „pritvrdia“, aby nás otestovali, čo vydržíme. Potom sa nám naozaj môže stať, že situáciu už nezvládneme a „tlakový hrniec“ v nás vybuchne, inak povedané budeme sa správať a komunikovať neprofesionálne.

Druhá časť ja-výroku – **oznamujeme, čo vyvolalo naše emócie** – je zameraná na vyslovenie príčin našej nepohody. Komunikačnými zručnosťami, ktoré uplatníme v tomto prípade sú popis (konštatovanie) a oznámenie informácie. Pripomíname zásadu pre ich uplatnenie – hovoríme o probléme samotnom, nie o pacientovi, ktorého správanie našu nepohodu vyvolalo (vyhnúť sa vyčítaniu, porovnávaniam, moralizovaniu...). Opäť nám pri formulácii viet pomôže gramatické hľadisko – používame 1. alebo 3. osobu, vyhýbame sa 2. osobe. V niektorých prípadoch, keď sa to nedá uplatniť, používame 2. osobu v neutrálnej podobe a zdržíme sa všetkých vyjadrení, ktoré by mohli vyznievať ako obviňovanie a negatívne hodnotenie. Napr. „Mrzí ma, že tie tabletky sú ešte v liekovke.“ Povedať iba informácie o tom, ČO vyvolalo



naše negatívne emócie, nie je ľahké, pretože máme tendenciu pomenovať práve OSOBU, ktorej správanie našu nepohodu vyvolalo. To však zákonito vzbudzuje negatívne emócie i na druhej strane (u pacienta, resp. rodinného príslušníka). Reakciou na obvinenie môže byť z ich strany napr. protiútok, hádka, nával zlosti, kričanie alebo sa môžu tváriť, že ich sa to netýka. Túto časť ja-výroku, ak to nie je nutné môžeme vynechať.

Tretia časť ja-výroku – **vyjadrujeme svoje priania, želania či očakávania, ako vzniknutú situáciu riešiť** – môže byť aj napriek tomu, že sa vyhýbame obviňovaniu, pre pacienta nepríjemná. Táto časť ja-výroku slúži na to, aby sme negatívne emócie druhej strany (pacientov, rodinných príslušníkov) vyvážili poukázaním na možnosti pozitívneho riešenia problému. Skrytým posolstvom tejto časti ja-výroku je, že nechceme zotrvať v nepohode a prajeme si, aby sa veci i vzťahy dali zasa do poriadku. Súčasne dávame pacientovi, resp. jeho príbuzným najavo, že ich považujeme za hodnotných a kompetentných ľudí schopných riešiť rôzne problémy. Priania, želania či očakávania, ktoré v týchto prípadoch oznamujeme, sa môžu týkať prítomnosti alebo budúcnosti. Napr. „Cítim sa touto situáciou, ktorá nastala zaskočená. Potrebovala by som čas na premyslenie. Navrhujem, aby sme sa porozprávali zajtra ráno.“ Podľa okolností môžeme alebo nemusíme tretiu časť ja-výroku uplatniť. Môže sa tiež použiť samostatne, ako uvádzame v tretej kapitole o efektívnych komunikačných technikách a postupoch.

**Ja-výroky sú informácie pre druhých** (pacientov, ich príbuzných), že niečo prežívame, často v súvislosti s tým, že práve ich správanie prekročilo určité hranice. Keď ľudia pociťujú hnev, sklamanie, oveľa častejšie siahajú k obviňovaniu, moralizovaniu, vyčítaniu či súdeniu druhého človeka. Vlastne tým hovoria, že chcú, aby sa zmenil a oni sami so sebou neplánujú urobiť nič (prečo aj, keď na vine je ten druhý!) Práve tieto spôsoby však zabraňujú druhým, aby sa menili – cítia sa urazení, dotknutí, cítia hnev nad osočovaním svojho charakteru. To im umožňuje, aby si nepripustili svoj podiel na situácii – čo je predpokladom toho, aby so sebou niečo urobili. Nemáme však moc zmeniť druhého človeka. Jediná osoba, ktorú môžeme zmeniť sme my sami. Máme však možnosť jasne vyjadrovať, aké správanie nie sme ochotní tolerovať, a čo hodláme urobiť v prípade, keď by také správanie aj naďalej pokračovalo.

Ja-výrok je práve na to dobrým nástrojom. Neútočná forma dáva pacientom, resp. ich príbuzným druhú šancu svoje správanie skorigovať.

**Ja-výroky pomáhajú tiež nám samotným.** Predovšetkým uľaviť našim emóciám, chrániť si svoju sebaúctu, uvedomiť si niečo o sebe samom. K tomu, aby sme si uvedomili, ako sa cítíme, prečo, a čo by sme potrebovali, nie je vždy nevyhnutné povedať to nahlas. Každý z nás už zažil situáciu, keď mu pomohlo, že si uvedomil svoje negatívne emócie a zariadil sa podľa toho, napr. odložil dôležité rozhodnutie, vyhol sa ďalšej konfrontačnej komunikácii, zmenil činnosť, oddýchol si a pod.

**Ja-výrok vyjadruje, že to nie sú druhí (pacienti, ich blízki), ktorí majú vládu a moc nad našimi emóciami, ale že sme to my sami.** Pokiaľ si povieme: ON/ONA ma nahneval/a!, ako by sme si tým hovorili, že niekto iný je zodpovedný za to, ako sa teraz cítíme a my s tým vlastne nemôžeme takmer nič urobiť. Ako by sme čakali, že tí, ktorí nás nahnevali, nás zasa „odhnevajú“. Pokiaľ si povieme: „Som teraz nahnevaný/á!“, vyplýva z toho, že je to náš hnev a predovšetkým na nás záleží, čo s ním urobíme. Keď to povieme nahlas, dávame tým najavo i svojmu okoliu, že prijímame zodpovednosť za svoje emócie.

Dôležité je tiež **hovorit' v komunikácii s pacientom skôr o tom, čo si prajeme, želáme, než o tom, čo nám vadí.** Ja-výroky, ktoré vyjadrujú negatívne emócie, by sme nemali používať príliš často. Dali by sa obrazne prirovnať k soli alebo ku koreniu – sú dôležité, ale nesmie byť ich priveľa. Keď sa používajú často, prestávame im prikladať potrebnú váhu a strácame tak efektívnu komunikačnú zručnosť.

Pokiaľ neprežívame silné negatívne emócie, je účinnejšie uplatňovať namiesto prvej časti ja-výroku, ktorou vyjadrujeme svoju nepohodu, pozitívne oznámenie o tom, čo si želáme, prajeme či očakávame, a prípadne doplniť informáciu o tom, aké to bude mať pozitívne prirodzené dôsledky. Napr. „Pani Nováková, potrebujem teraz asi 10 minút Vašej pozornosti, aby som Vám mohla vysvetliť užívanie nových liekov.“ (Namiesto: „Vadí mi, že Vám nemôžem v pokoji vysvetliť užívanie nových liekov.“) alebo „Očakávam, že sa budeme rozprávať otvorene.“ (Namiesto: „Nepáči sa mi, že sa nerozprávame otvorene.“)

Ja-výroky sa dajú aj zmierniť tým, že nehovoríme o negatívnych emóciách priamo, ale skôr nepriamo – tak, že popíšeme, čo sme si priali, očakávali, alebo v čo sme dúfali (a čo nenastalo a prinieslo to negatívne dôsledky). Napr. „Nečakala som, že to tak dopadne.“ alebo „Predpokladala som, že všetky laboratórne výsledky krvi dnes budem mať k dispozícii. Keďže ich všetky nemám, nemôžem Vašu diagnostiku dnes doriešiť.“

Uplatnenie ja-výrokov je v niektorých prípadoch, o ktorých sme sa už zmienili, úplne namieste. Zároveň je však potrebné povedať, že **najvhodnejšie je pri tomto type výroku súčasne uplatňovať i empatickú reakciu**. Ja-výrokmi dávame najavo, že očakávame, že i druhí budú brať ohľad na to, ako sa cítíme a empatickou reakciou zasa dávame najavo, že sa snažíme pochopiť, čo cítia a potrebujú druhí. **Ja-výroky používame teda v situáciách, keď my sami prežívame intenzívnejšie negatívne emócie**, empatické reakcie zasa v situáciách, keď sme my v relatívnej pohode, ale negatívne emócie prežívajú druhí (pacienti). Obidve komunikačné zručnosti sa však môžu použiť i súčasne. Pokiaľ sú emócie na oboch stranách, pomáha takáto reakcia ošetriť obidve „emočné zranenia“. Podľa okolností sa môže ako prvá uplatniť empatia a následne ja-výroky, alebo to môžeme urobiť aj naopak, prípadne obidve komunikačné zručnosti striedať. Aj v tomto prípade **pomáha vytvoriť si „slovník“**. Aby sme vedeli hovoriť o tom, čo prežívame, alebo o tom, čo prežívajú a potrebujú druhí, nezaobídeme sa bez rozširovania slovnej zásoby na pomenovanie emócií, motívov, prianí, želaní či očakávaní. Niektoré vety nám zo začiatku môžu znieť neprirodzene, umelo, ale postupne môžeme nájsť také slová, ktoré budú znieť prirodzene a vierohodne nám samotným, ako aj ľuďom, ktorým budú určené.

Ja-výroky ako aj empatické reakcie by nemali byť frázami, ktoré opakujeme neustále dookola. Neopozierané a úprimné slová majú väčší účinok.

V niektorých prípadoch môžu druhí reagovať na ja-výrok bez ústretovosti alebo pokračujú v agresívnom správaní. V takom prípade môžeme povedať, napr. „Pani Nováková, vyčítanie ma mrzí. Veľmi rada by som sa o tom porozprával/a, ale nie týmto spôsobom.“ Pacientka by mohla reagovať, napr. „Mne je jedno, že Vás to mrzí. To je Váš problém.“ V tomto prípade by asi bolo najúčinnnejšie so všetkou dôstojnosťou zopakovať ja-výrok ešte raz. Napr. „Pani Nováková, naozaj ma to mrzí, nechcem, aby sme sa rozprávali takýmto

spôsobom.“, prípadne „Pani Nováková, naozaj by som si želala, aby sme sa pokojne porozprávali.“ Mnohokrát je nízka miera ústretovosti iba prejavom nedostatočných sociálnych zručností. Niektorí ľudia nevedia, ako majú reagovať, keď im druhí hovoria, že im je niečo ľúto, že ich niečo mrzí a podobne. Tento postup chráni tiež našu sebaúctu, aj keď v niektorých prípadoch neuspejeme, povieme asertívnym spôsobom to, čo cítime a dáme tak najavo aj svoj nesúhlas.

#### **4.4 PROAKTÍVNY PRÍSTUP V INTERAKCII K PACIENTOM**

Dobry, zodpovedný prístup uplatňovaný k pacientom v zdravotníckej praxi, je **prístup proaktívny**. Proaktívny prístup znamená, že sa snažíme mať vplyv na to, aby sa stali tie „správne“ veci. Sme iniciatívni a prijímame zodpovednosť za seba a tiež za udalosti okolo seba v klinickej praxi, ktoré môžeme ovplyvniť. To, čo robíme, robíme preto, že sme pochopili a prijali určité hodnoty a princípy. Opakom je **reaktívny prístup**. Znamená, že nerozpoznávame alebo nevyužívame príležitosti, ktoré nám pomôžu ovplyvňovať veci správnym smerom v klinickej praxi. Reagujeme na problémy, namiesto toho, aby sme im predchádzali. Ľudia, ktorí jednajú reaktívne, často zvaľujú zodpovednosť na druhých a nevedia, že tým jediným, koho môžu zmeniť, sú oni sami. **Reaktívne jednanie, resp. prístup, znamená byť súčasťou problému, proaktívne jednanie, resp. prístup, znamená byť súčasťou riešenia alebo predchádzania problému.** Dá sa povedať, že proaktívny prístup uplatňovaný k pacientom v zdravotníckej praxi, je tou najlepšou prevenciou, ako sa dostať do situácií, v ktorých je každá rada drahá, a v ktorých už mnohokrát ani neexistujú žiadne dobré riešenia iba voľba tzv. „menšieho zla“. Bývajú to obvykle situácie plné negatívnych emócií, napätia a bezradnosti.

Jednou z kľúčových oblastí proaktívneho prístupu k pacientom je **budovanie vzťahov** s nimi. Zmienili sme sa o tejto problematike už v 2. kapitole. Dovoľme si však ešte krátko pripomenúť najdôležitejšie aspekty. Vzťah medzi zdravotníckym pracovníkom a pacientom má dve zložky: profesionálno-funkčnú a osobnú. Podceňovanie jednej alebo druhej zložky vzťahu môže mať negatívne dôsledky na vzájomnú spoluprácu s pacientom. Je preto veľmi dôležité, aby sme sa snažili o rovnováhu týchto dvoch zložiek

vzťahu. Obvykle sa častejšie v zdravotníckej praxi podceňuje význam osobného vzťahu lekára alebo sestry k pacientovi. Je potrebné si však uvedomiť, že práve starostlivosť o osobný vzťah s pacientom nám mnohokrát výrazne pomáha v tom, aby pacienti naše odporúčania či požiadavky týkajúce sa ich zdravotného stavu akceptovali a následne ich aj dodržiavali. Ak sa pokúsime pacientom porozumieť aj „ľudsky“ a náš vzťah k nim bude založený na prejavoch starostlivosti, úcty, rovnocennosti a priateľstva o to väčšia bude ich snaha riadiť sa našimi odporúčaniami a efektívne s nami spolupracovať.

Komunikačné zručnosti, techniky a postupy, ktoré sme ponúkli v predchádzajúcich kapitolách, rozvíjajú obidve zložky vzťahu medzi zdravotníckym pracovníkom a pacientom. Budovať dobrý vzťah s pacientmi sa dá tým, že sa **zaujímate o to, čo prežívajú**. Základnou komunikačnou zručnosťou na našej strane je aktívne počúvanie. To znamená, že sa snažíme zdržať sa rád, hodnotenia, posudzovania a šetriť otázky. Na úskalia vypytovania sa sme už upozornili v 3. kapitole o efektívnych komunikačných technikách a postupoch.

**Nájsť si na pacienta čas** počas služby a venovať mu aspoň chvíľu času. Asi najčastejším argumentom je „že to je všetko síce pekné, ale nie je na to čas“. Nemyslíme tým, že musíte s pacientom tráviť hodiny času (na to naozaj nemáte priestor), nejde však ani tak o množstvo času, ale omnoho viac o to, ako ho využijete, keď ste s pacientom aj napríklad pri realizovaní rôznych medicínskych či ošetrovateľských intervencií a postupov.

**Oceňovať pacienta**, všimáť si, čo sa mu v boji s chorobou podarilo a úprimne to oceniť je dôkazom skutočného záujmu o pacienta, s blahodarným účinkom na naše vzájomné vzťahy. (Dávajte si však pozor na „lacné“ pochvaly typu: „Ste šikovný“ a pod.). Namiesto toho môžete napr. pacienta oceniť za to, že sa snaží dodržiavať vami predpísanú diétu nasledujúcim spôsobom: „To musíte mať určite dobrý pocit, že ste odolali chuti zjesť ten rezeň.“

**Dat' najavo podporu a porozumenie** pacientovi. Predovšetkým v ťažkých, krízových situáciách, keď už nezvláda boj s chorobou, keď sa nachádza v silných negatívnych emóciách – hlavne vtedy je dôležité nezabúdať na empatiu. Je to tiež čas na prejavy veľkorysosti a láskavosti z našej strany. Čas na otázky typu: „Čo môžem pre Vás urobiť?“ „Ako Vám môžem pomôcť?“

Za nevhodným, emočne vypätým správaním pacienta sa mnohokrát môžu skrývať aj jeho neuspokojené potreby. Pokiaľ sú niektoré potreby výrazne, opakovane alebo dlhodobo nedostatočne uspokojované, môžu sa začať presadzovať zosilneným spôsobom. Môže ísť napr. o zvyšujúcu sa úzkosť, strach alebo hnev, ktoré súvisia s nedostatočnou informovanosťou pacienta, jeho sociálnou izoláciou od rodiny, ale aj s nedostatkom spánku, dlhotrvajúcou bolesťou a pod. Rešpektovať potreby pacienta a umožniť ich uspokojovanie v maximálnej možnej miere, ako sa len dá v súvislosti s jeho zdravotným stavom, je omnoho účinnejšie ako ich ignorovať, resp. nevšimáť si ich, prípadne ich obmedzovať. Väčšia citlivosť voči ľudským potrebám pomáha tiež rozvíjať používanie empatickej reakcie v zdravotníckej praxi. Aby sme vedeli popísať, čo pacient prežíva, musíme najprv chvíľu pozorovať a premýšľať, čo sa s ním asi deje. Práve tá chvíľa pozorovania a premýšľania nám niekedy pomôže vytyšiť, čo sa za určitým správaním pacienta skrýva. Znalosť problematiky základných ľudských potrieb a používanie efektívnych komunikačných zručností a postupov pomáha rozvíjať jeden veľmi užitočný myšlienkový návyk. Namiesto toho, aby sme v situácii, keď pacient prežíva negatívne emócie, je napr. nahnevaný a kričí uvažovali: „Ako ho donútiť, aby už prestal?, skôr si položili otázky typu: „Prečo môže byť nahnevaný?“ „Čo za tým je?“

Rešpektovať druhých znamená tiež uznať, že aj keď majú rovnaké potreby ako my, môžu sa líšiť v spôsobe ich uspokojovania.

#### **4.5 ZHRNUTIE PRINCÍPOV EFEKTÍVNEJ KOMUNIKÁCIE V ZDRAVOTNÍCKEJ PRAXI**

Dovolíme si v závere sumarizovať tie najpodstatnejšie zásady, ktoré by sme mali mať na zreteli pri používaní postupov popísaných v tejto učebnici. Mohli by sme ich pomenovať aj princípy efektívnej komunikácie. Sú akoby „neviditeľné“ a na prvý pohľad môžu uniknúť pozornosti. Fungujú však ako skelet, ktorý síce nie je viditeľný, ale vďaka nemu drží pohromade to ostatné.

Porozumenie týmto princípom môže byť praktickou pomôckou pre komunikáciu s pacientmi v zdravotníckej praxi. Naplní nás schopnosťou riešiť nespočetné množstvo situácií, na ktoré nie sú k dispozícii žiadne hotové

riešenia. Je to, ako by sme otvárali sto dverí s použitím niekoľkých málo univerzálnych kľúčov.

**Držať sa prítomnosti** – rešpektovanie tohto princípu pomáha zaistiť pocit bezpečia. V podstate ide o komunikáciu zameranú na to, čo je „tu a teraz“. V niektorých situáciách potrebujeme hovoriť i o veciach, ktoré sa vzťahujú k minulosti alebo budúcnosti, má to však zmysel iba vtedy, keď sa s tým dá niečo urobiť v prítomnosti. Držať sa prítomnosti znamená vyhýbať sa vyčítaniu, moralizovaniu, varovaniu. Z efektívnych komunikačných zručností vyjadruje zásadu prítomnosti predovšetkým popis (konštatovanie) a oznámenie informácie.

**Držať sa problému – vyhnúť sa hodnoteniu pacienta.** Dodržiavanie tohto princípu taktiež zaisťuje, aby sme sa v komunikácii cítili bezpečne. Hodnotenie pacienta môže byť priame, ako aj nepriame. Držať sa problému znamená okrem iného vyhýbať sa zhadzovaniu a irónii, porovnávaniu a tiež manipulácii pacienta. Vhodnými komunikačnými zručnosťami, ktoré môžeme aj v tom prípade použiť, sú popis (konštatovanie) a oznámenie informácie.

**Sprostredkovať zmysluplnosť.** Tento princíp vychádza v ústrety vrodenej potrebe nášho mozgu chcieť vedieť **prečo a ako**. Znamená obmedziť príkazy a pokyny a namiesto nich podávať predovšetkým **informácie**. Zmysluplnou informáciou môže byť tiež ja-výrok, ktorým oznamujeme, ako sa cítime a aké máme želania, prania či očakávania.

**Dávať priestor** – znamená znižovať počet príkazov a pokynov, vyhýbať sa vyhrážaniu, zastrášaniam a tiež manipulácii k pocitom viny. Namiesto nich ponúknuť pacientovi **spoluúčasť na riešení problému** alebo **možnosť voľby**.

**Zamerat' sa na pozitíva.** Správať sa a komunikovať s pacientom na pozitívnej úrovni motivuje omnoho viac, ako ho kritizovať a hľadať chyby. Snažiť sa na to využívať pozitívny popis a ocenenie. Komunikovať pozitívne znamená tiež snažiť sa vyhýbať zákazom a namiesto nich používať informácie o tom, čo a za akých podmienok pacient môže.

**Brat' do úvahy emócie pacienta.** V emočne vypätých situáciách často emócie zanedbávame a snažíme sa rovno riešiť problém, čo zbytočne komplikuje situáciu. Keď dáme najavo najprv snahu o porozumenie, ako sa pacient cíti, zmierni to negatívne emócie a motivuje k spolupráci. Podobný efekt má, keď si uvedomíme, aké emócie prežívame my a vhodne to vyjadríme.

Prijat' emócie pacienta znamená vyhýbať sa ich bagatelizácii a porovnávaníu, radám a otázkam („Prečo...?“). Komunikačnou zručnosťou, ktorou v tejto situácii dávame najavo záujem a prijatie, je empatická reakcia. Zručnosti, ktoré pomáhajú vysporiadať sa s vlastnými emóciami, sú ja-výroky.

**Pri oznamovaní požiadaviek šetriť slovami.** Keď riešime určitý problém, nemáme radi dlhé reči. Šetriť slovami znamená vyhnúť sa kázaniu a namiesto toho používať jasné, stručné a pre pacienta zrozumiteľné informácie alebo ja-výroky, prípadne vyjadrovať želania, priania či očakávania.

**Strážiť si tón hlasu.** Pokiaľ by sme vo svojej komunikácii rešpektovali všetky predchádzajúce princípy, ale v tóne nášho hlasu by bolo počuť nadradenosť, iróniu či dešpekt, pacienti by to mohli vnímať ako oznámenie: „Si nerovnocenný, si nekompetentný“. Sú situácie, keď oprávnene môžeme zvýšiť hlas, alebo sa môžeme nahnevať, ale ani vtedy nemusí z nášho hlasu zaznievať nadradenosť. Pre väčšinu situácií by malo platiť, že keď už nemôže byť tón nášho hlasu prívetivý a milý, mal by byť aspoň vecný. Vhodné je oslovenie pacienta priezviskom.

Uvedené princípy efektívnej komunikácie sú veľmi dobrou pomôckou v situáciách, keď niečo v našej komunikácii nefunguje tak, ako by sme si priali. Dajú sa použiť aj ako kritériá, skôr než s pacientom komunikovať začneme. Keď sa ešte pred komunikáciou na dané princípy pozrieme, väčšinou zistíme, že je tu aspoň jedna vec, ktorú by sme sa mohli pokúsiť zmeniť, aby sa naša komunikácia s pacientom zlepšila.

Princípy efektívnej komunikácie sú ako kompas, ktorý nás vytrvalo upozorňuje na smer, ktorý je potrebné sledovať. Je však ešte dôležité poukázať na praktické informácie o ceste, po ktorej veríme, že sa s nami vydáte a tiež na odporúčania, ktoré môžu pomôcť putovať po nej s dobrou výbavou. Sú zhrnutím skúseností tých, ktorí sa na ňu už vydali.

**Je lepšie začať hneď.** Nie je vhodné vyčkávať na nejaký „najlepší okamih“, pretože potom to môže byť aj nikdy.

**Najprv budete počuť to, čo ste predtým nepočuli a takmer vôbec ste tomu nevenovali pozornosť.** V situáciách, ktorých nie sme emocionálne zaangažovaní, si môžeme urobiť malé mentálne cvičenie: „Ako by to mohlo byť inak?“ „Čo by sa dalo povedať namiesto toho?“ Keď takýmto spôsobom v pokoji, s odstupom a nadhľadom sformulujeme vetu alebo dve s použitím



efektívnych komunikačných spôsobov, ktoré by mohli zaznieť namiesto neefektívnych, budeme mať väčšiu šancu použiť ich aj potom v situáciách „naostro“, ľahšie sa nám budú formulovať. Tak, ako budete počuť a rozpoznávať komunikačné štýly iných ľudí v zdravotníckej praxi, budete počuť aj samých seba. Pravdepodobne si uvedomíte, že používate niektoré z efektívnych komunikačných zručností. Budete vedieť ich aj pomenovať a chápať ďalšie súvislosti. Ale taktiež budete schopní rozoznávať i neefektívne spôsoby komunikácie, ktoré vám môžu zo „zotrvačnosti“ vyklízuť z úst. Uvedomiť si to, je prvý krok k zmene.

**Na začiatok je dobré vybrať si jednu efektívnu komunikačnú zručnosť a zamerať sa na ňu.** Je dobré si napríklad povedať, že dnes budete trénovať popis (konštatovanie). Alebo sa zameriate na odbúravanie pokynov: v situáciách, v ktorých by ste dali pokyn, budete hľadať iné vyjadrenie – popis, oznámenie informácie, výber a ich kombinácie. Niektorý deň sa zasa môžete zamerať na vnímanie emócií ľudí – len vnímať, koľko situácií je emocionálne podfarbených, v koľkých by sa dala použiť empatická reakcia. Inokedy si môžete skúšať ja-výroky, spätnú väzbu či ocenenie.

**Nové komunikačné zručnosti si nevyžadujú viac času.** Predstava, že efektívne komunikačné zručnosti sú časovo náročnejšie, môže byť vnútornou brzdou ich používania. Keď ideme niekam prvýkrát, vnímame cestu ako omnoho dlhšiu, než keď tade chodíme opakovane. Nové veci prežívame akoby v spomalenom toku času. Použiť popis, oznámenie informácie, výber a pod. samo o sebe nezaberie veľa času (väčšinou omnoho menej ako výčitky, poučovanie, moralizovanie...). Ale naučiť sa ich – to určitý čas a úsilie potrebuje.

**Skúšať nové postupy najprv v pokojných situáciách.** Keď sú emócie pod kontrolou, vtedy je príležitosť začať skúšať nové zručnosti a pravdepodobne to povedie k úspechu. Inak by to mohlo byť v emočne vypätých situáciách, kde by mohlo dôjsť k nezvládnutiu uplatnenia nových postupov a niektorých ľudí to vedie k neoprávnenému záveru, že „tieto komunikačné zručnosti vôbec nefungujú tak dobre, ako sa uvádza.“

**Skúšať nové postupy najprv s pacientmi bez problémového správania.** Podobne by mohol dopadnúť pokus „otestovať“ si nové zručnosti najprv u pacientov s problémovým správaním (napr. agresívny, narcistický,

histriónsky pacient a pod.). Zložitý kontext takejto situácie by mohol spôsobiť neúspech, ktorý by sme si mohli opäť vysvetliť tak, že tieto zručnosti nefungujú. Vo všeobecnosti sa dá povedať, že pacienti s problémovým správaním si vyžadujú uplatňovanie premyslených, taktických komunikačných stratégií. Postupy, ktoré uvádzame v tejto učebnici môžu pomôcť zvládnuť i takéto situácie, ale najprv je potrebné si ich lepšie osvojiť v menej náročných situáciách a s pacientmi, ktorí takéto prvky problémového správania nevykazujú.

**Radšej mlčať.** V situáciách, kde by sme predtým používali vyčítanie, utešovanie, rady a pod., si naraz uvedomíme, že toto by sme hovoriť nemali. A pretože nám vhodné postupy v danej chvíli automaticky neprídu na myseľ, radšej mlčíme. Teda aspoň neuplatníme žiadny z neefektívnych komunikačných štýlov. Často už tento krok znamená podstatný posun. Nie je vôbec ľahké zdržať sa nevyžiadaných rád a neponáhľať sa so zaručeným riešením v situácii, keď nám pacient len opisuje svoje pocity.

**Získať čas na premyslenie, keď je to možné.** Niektoré situácie v zdravotníckej praxi nemusíme riešiť okamžite. Niekedy je dobré naučiť sa povedať a dohodnúť sa s pacientom, že sa k danej situácii vrátíme a nebudeme ju riešiť hneď teraz. Získame tak čas na premyslenie efektívnejšej reakcie.

**Vytvoriť si vlastný „slovník“.** V každodennej zdravotníckej praxi v interakcii s pacientmi sú určité situácie, ktoré sa opakujú. Napr. príjem pacienta, vizita pri jeho lôžku, príprava pacienta na vyšetrenie, operáciu, informovanie o liečbe, príčinách ochorenia či prognóze a pod. Odporúčame nájsť si čas a tieto najčastejšie situácie si spísať, a následne v pokoji porozmýšľať a sformulovať si pre každú takú situáciu niekoľko viet s použitím efektívnych komunikačných zručností – tak, aby boli pre vaše vyjadrovanie bežné, aby vám „sedeli“ a pôsobili autenticky.

**Je to podobné, ako sa učiť cudzí jazyk.** S efektívnymi komunikačnými zručnosťami, ktoré zatiaľ nie sú v našom bežnom repertoári, je to podobné ako so slovíčkami a vetami pri učení sa cudzieho jazyka. Aj v tom prípade si v priebehu učenia zostavujeme slovník so slovíčkami i celými výrazmi a vraciame sa k nemu, aby sme si ich opakovali. Najprv nám to môže znieť neobvykle, ale dôležité je pokračovať. Sú ľudia, ktorí si osvoja efektívne komunikačné zručnosti pomerne rýchlo, zatiaľ čo iným to pôjde pomalšie

a namáhavejšie. Naučiť sa to však dá, len sa netreba dať odradiť práve tým, že to zo začiatku až tak dobre nejde.

**Vnútorne prijatie.** Niektorí ľudia necítia potrebu niečo meniť, pretože si myslia, že pokyny, posudzovanie, moralizovanie a iné neefektívne komunikačné zručnosti v praxi celkom dobre fungujú. Pokiaľ je pre niekoho neprijateľná predstava o rovnocennosti – partnerskom prístupe k pacientovi v zdravotníckej praxi, môže sa stať, že bude skúšať nové zručnosti ako nástroj manipulácie, alebo sa bude s podvedomým prianím snažiť dokázať, že nefungujú. V takom prípade je možné vnímať túto učebnicu, ako informáciu o existencii iných prístupov k pacientovi a ako ponuku, ku ktorej sa dá vrátiť aj neskôr.

Zdravotnícki pracovníci môžu svojim prístupom a komunikáciou významným spôsobom ovplyvniť prežívanie a správanie pacienta. Kvalita prístupu a uplatňovanie efektívnych komunikačných zručností v interakcii s pacientom ovplyvňujú mieru jeho stresu a obáv, ktoré choroba prináša a podstatným spôsobom určujú aj mieru spokojnosti pacienta s poskytovanou zdravotnou starostlivosťou. Okrem toho zvyšujú vzájomnú dôveru, zabezpečujú efektívnu spoluprácu a v konečnom dôsledku znižujú aj riziko nedorozumení. Zdravotnícki pracovníci si tým šetria svoj čas a znižujú riziko vyhorenia.

## **Literatúra**

AYERS, S., DE VISSER, R. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2015. 568 s. ISBN 978-80-247-5230-3.

GOLEMAN, D. *Emocionálna inteligencia*. Bratislava: Citadella, 2017. 432 s. ISBN 978-80-8182-086-1.

HASSON, G. *Emoční intelligence*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2015. 176 s. ISBN 978-80-247-5630-1.

HONZÁK, R. *Emoce od A po P*. Praha: Galén, 2020. 203 s. ISBN 978-80-7492-492-7.

HONZÁK, R. et al. *Úzkostný pacient*. Praha: Galén, 2020. 236 s. ISBN 978-80-7492-475-0.

KOPŘIVA, P. et al. *Respektovat a být respektován*. Chvalčov: Spirála, 2017. 286 s. ISBN 978-80-904030-0-0.

- LOŠŤÁKOVÁ, O. *Empatická a asertivní komunikace*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2020. 172 s. ISBN 978-80-271-2227-1.
- McLARENOVÁ, K. *Reč emócií*. Bratislava: Noxi, s.r.o., 2018. 376 s. ISBN 978-80-8111-486-1.
- McLARENOVÁ, K. *Umění empatie*. Bratislava: Noxi, s.r.o., 2020. 336 s. ISBN 978-80-8111-528-8.
- NAZARE-AGA, I. *Nenechte sebou manipulovat*. Praha: Portál, 2014. 226 s. ISBN 978-80-2620-652-1.
- PLETEZER, M. A. *Emoční inteligence*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2009. 176 s. ISBN 80-2473-057-8.
- PREKOPOVÁ, J. *Empatie*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2004. 132 s. ISBN 978-80-2470-672-5.
- ROGERS, C. R. *Ako byť sám sebou*. Bratislava: Inštitút psychoterapie a socioterapie, 2020. 361 s. ISBN 978-80-9710-333-0.
- ROGERS, C. R. *Klientom centrovaná terapia*. Modra: Persona, 2000. 497 s. ISBN 80-9679-803-0.
- ROGERS, C. R. *Teorie a terapie osobnosti*. Praha: Portál, 2020. 248 s. ISBN 978-80-2621-665-0.
- ROGERS, C. R. *Způsob bytí*. Praha: Portál, 2014. 312 s. ISBN 978-80-2620-597-5.
- ROSENBERG, M. B. *Nenásilná komunikace*. Praha: Portál, 2016. 224 s. ISBN 978-80-262-1079-5.
- STUHLÍKOVÁ, I. *Základy psychologie emocí*. Praha: Portál, 2007. 226 s. ISBN 80-7367-282-0.
- VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X.
- VYMĚTAL, J. a kol. *Speciální psychoterapie*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. 396 s. ISBN 80-2471-315-1.
- VYMĚTAL, J., REZKOVÁ, V. *Rogersovský přístup k dospělým a dětem*. Praha: Portál, 2000. 236 s. ISBN 80-7178-8561-X.
- ZÁŠKODNÁ, H., MLČÁK, Z. *Osobnostní aspekty prosociálního chování a empatie*. Praha: Triton, 2010. 392 s. ISBN 978-80-7387-306-6.

## **Komunikácia v zdravotníckej praxi**

*Vysokoškolská učebnica*

Autorky: PhDr. Renáta Suchanová, PhD.  
doc. PhDr. Lucia Dimunová, PhD.

Vydavateľ: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach  
Vydavateľstvo ŠafárikPress

Rok vydania: 2020

Počet strán: 109

Rozsah: 6,42 AH

Vydanie: prvé

ISBN 978-80-8152-958-0 (e-publikácia)

