

Miroslav Světlák, Alena Slezáčková, Rastislav Šumec a kolektiv

# Praktický průvodce lékařskou psychologií

Jak najít správná slova v klinické medicíně





Miroslav Světlák, Alena Slezáčková, Rastislav Šumec a kolektiv

---

# Praktický průvodce lékařskou psychologií

Jak najít správná slova v klinické medicíně

---

**Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy**

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

Automatizovaná analýza textů nebo dat ve smyslu čl. 4 směrnice 2019/790/EU a použití této knihy k trénování AI jsou **bez souhlasu nositele práv zakázány**.

**doc. PhDr. Miroslav Světlák, Ph.D., doc. PhDr. Alena Slezáčková, Ph.D.,  
MUDr. Rastislav Šumec, Ph.D. a kolektiv**

## **Praktický průvodce lékařskou psychologií**

**Jak najít správná slova v klinické medicíně**

Recenzenti

doc. MUDr. Tomáš Kazda, Ph.D.

prof. MUDr. Pavel Šlampa, CSc.

Vydala GRADA Publishing, a. s.

U Průhonu 22, Praha 7

tel.: 234 264 401

[www.grada.cz](http://www.grada.cz)

jako svou 10 587. publikaci

Realizace obálky Robert Prokopec

Sazba Robert Prokopec

Odborné redaktorky Ing. Michaela Průšová, Ing. Šárka Kratochvílová

Počet stran 464

První vydání, Praha 2026

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod a.s.

© GRADA Publishing, a. s., 2026

ISBN 978-80-247-9551-5 (ePub)

ISBN 978-80-247-9549-2 (pdf)

ISBN 978-80-271-5556-9 (print)

# Obsah

## Úvod

Jak používat tuto knihu . . . . .	9
Úvod do lékařské komunikace: proč na slovech záleží. . . . .	11
<b>Část I – Vnitřní nastavení lékaře a základní komunikační dovednosti . . . . .</b>	<b>41</b>
Jak aplikovat všímavé postoje v medicíně . . . . .	42
Jak se vnitřně připravit na rozhovor s pacientem . . . . .	47
Jak být plně přítomný při komunikaci s pacientem . . . . .	51
Jak být soucitný k sobě v kontextu zdravotnické profese . . . . .	55
Jak rozvíjet empatii a soucit v klinické praxi . . . . .	60
Jak využít nenásilnou komunikaci v medicíně . . . . .	66
Jak a kdy mlčet v komunikaci s pacientem. . . . .	71
Jak komunikovat, když v daný moment nevíme, jak dál. . . . .	77
Jak se nenechat chytit do pastí odborné odpovědi . . . . .	81
Jak pomoci pacientům i sobě projít obdobím nejistoty. . . . .	85
Jak pracovat s vlastními emocemi a jak je bezpečně projevat v komunikaci s pacientem . . . . .	90
Jak pracovat s emocí znechucení . . . . .	97
Jak neztratit smysl pro humor v medicíně. . . . .	103
Jak připustit vlastní chybu a omluvit se . . . . .	107
<b>Část II – Navázání a vedení rozhovoru s pacientem . . . . .</b>	<b>113</b>
Jak komunikovat s pacienty téma limitovaného času na konzultaci . . . . .	114
Jak rozvíjet a podporovat bezpečí ve vztahu s pacientem . . . . .	118
Jak rozvíjet a podporovat důvěru ve vztahu s pacientem. . . . .	122
Jak zjistit, co je pro pacienta důležité . . . . .	128
Jak mluvit o očekáváních, aby podpořila spolupráci a důvěru . . . . .	133
Jak přizvat rodinné příslušníky ke konzultaci. . . . .	139
Jak citlivě přerušit rozhovor . . . . .	144
Jak komunikovat s upovídaným pacientem . . . . .	148
Jak komunikovat s pacientem s kognitivním deficitem . . . . .	153
<b>Část III – Vysvětlování, edukace a sdílení informací. . . . .</b>	<b>157</b>
Jak dávkovat informace, aby byly užitečné a vedly ke spolupráci a lepším výsledkům léčby . . . . .	158
Jak edukovat pacienty systematicky a efektivně. . . . .	163
Jak rozvíjet konkrétní dovednosti pacientů při zvládnání nemoci. . . . .	168
Jak vysvětlit, že další vyšetření nebo farmakoterapie nejsou potřeba . . . . .	173
Jak mluvit a edukovat pacienty o medicínsky nevysvětlitelných symptomech . . . . .	179

Jak v komunikaci rozšířit pacientovu perspektivu o vliv psychosociálních faktorů na nemoc a zdraví . . . . .	185
Jak reagovat, když si pacient zjišťuje a ověřuje informace na internetu a prostřednictvím AI . . . . .	190
Jak reagovat, když pacient ví o něčem více než my . . . . .	195
Jak mluvit s pacientem o integrativní medicíně. . . . .	200
Jak doporučit eHealth řešení jako součást zdravotní péče. . . . .	206
Jak začlenit péči o duševní zdraví do celkové péče o pacienta. . . . .	210
<b>Část IV – Podpora spolupráce a změny chování . . . . .</b>	<b>215</b>
Jak rozvíjet a podporovat adherenci k léčbě . . . . .	216
Jak motivovat pacienta ke změně rizikového chování . . . . .	221
Jak podpořit sebedpěči a změnu životního stylu pacienta. . . . .	227
Jak a kdy mluvit o osobní odpovědnosti za zdraví . . . . .	231
Jak nevyvolávat v pacientech pocity viny za jejich nemoc . . . . .	236
Jak odpovídat na pacientovu otázku, co bychom dělali na jeho místě . . . . .	240
Jak pacienta motivovat k účasti na procesu sdíleného rozhodování . . . . .	244
Jak vysvětlit invazivní zákrok, tak aby se snížil strach a zvýšila se spolupráce pacienta . . . . .	249
Jak připravit pacienta na operační výkon v celkové anestezii . . . . .	255
<b>Část V – Komunikace v náročných situacích . . . . .</b>	<b>259</b>
Jak komunikovat s pacientem, který popírá svou situaci a nemoc . . . . .	260
Jak komunikovat s pacientem, který má nerealistická očekávání od průběhu a možnosti léčby. . . . .	266
Jak komunikovat s pacientem odmítajícím léčbu . . . . .	271
Jak pracovat s manipulací . . . . .	276
Jak pracovat s verbálně agresivním pacientem . . . . .	282
Jak komunikovat s pacientem, který si stěžuje na kolegy . . . . .	286
Jak reagovat, když pacient mluví o tom, že už nechce žít . . . . .	289
Jak činit etická rozhodnutí. . . . .	297
Jak reagovat na dar od pacienta. . . . .	301
Jak reagovat na pacientovu otázku, zda má ještě naději . . . . .	308
Jak komunikovat s pacientem s genderovým nesouladem. . . . .	313
Jak komunikovat s lidmi bez domova . . . . .	317
<b>Část VI – Práce s emocemi a psychickými obtížemi pacienta . . . . .</b>	<b>323</b>
Jak pracovat s úzkostí pacienta . . . . .	324
Jak pracovat s pacientem s depresivním laděním . . . . .	329
Jak pracovat se smutkem. . . . .	334
Jak pracovat se studem a jak o něm mluvit . . . . .	338

<b>Část VII – Krizové situace a psychická podpora</b> . . . . .	<b>343</b>
Jak poskytnout krizovou intervenci . . . . .	344
Jak poskytnout pacientovi první psychickou pomoc . . . . .	349
Jak vytvořit krizový plán . . . . .	354
Jak doporučit péči psychologa. . . . .	360
Jak vést rozhovor, který pomáhá pacientovi žít s přetrvávajícími tělesnými obtížemi . . . . .	364
<b>Část VIII – Komunikace s dětmi a rodinou</b> . . . . .	<b>371</b>
Jak mluvit s rodiči v ambulanci při přípravě dítěte na lékařský zákrok . . . . .	372
Jak připravit dítě na zákrok v celkové anestezii . . . . .	377
Jak dítěti vysvětlit nemoc . . . . .	382
Jak sdělit závažnou zprávu dítěti . . . . .	387
Jak vytvořit bezpečný rámec pro dítě po ztrátě blízké osoby . . . . .	392
<b>Část IX – Závažné zprávy, závěr života a paliativní péče</b> . . . . .	<b>397</b>
Jak sdělit závažnou zprávu. . . . .	398
Jak mluvit s pacientem a rodinou o procesu umírání . . . . .	403
Jak doporučit paliativní péči . . . . .	409
Jak s pacientem otevřít téma konečnosti, závěru života a smrti. . . . .	413
Jak komunikovat o limitaci léčby v kontextu stanovení cílů a plánu péče . . . . .	417
Jak komunikovat o dříve vyslovených přáních a určení osoby s právem zástupného souhlasu. . . . .	422
Jak s pacientem komunikovat o cílech péče a plánu péče . . . . .	428
Jak komunikovat s truchlícím pacientem . . . . .	433
Jak podpořit rodinu po úmrtí pacienta . . . . .	437
<b>Část X – Komunikace a spolupráce ve zdravotnickém týmu</b> . . . . .	<b>443</b>
Jak poskytovat zpětnou vazbu, tak aby podporovala bezpečí, učení a spolupráci ve zdravotnickém týmu . . . . .	444
Jak řešit konflikty mezi členy zdravotnického týmu . . . . .	450
Jak udržet přívětivou atmosféru ve zdravotnickém týmu . . . . .	454
Jak rozvíjet dobrou firemní kulturu v týmu a celé nemocnici. . . . .	458
Medailonky autorů . . . . .	462



# Jak používat tuto knihu

Tato kniha vychází z každodenní praxe klinické medicíny v nemocnicích a ambulancích, kde se často pracuje pod výrazným časovým tlakem, s vysokou mírou odpovědnosti a na hraně personálních kapacit. V takovém provozu není realistické očekávat, že se zdravotníci budou systematicky věnovat studiu lékařské psychologie v celé její šíři a komplexitě. Smyslem této knihy proto není předávat další teorii, ale nabídnout klinicky a vědecky ukotvenou oporu v přemýšlení o komunikačně náročných situacích. Text ukazuje způsoby, jak se v těchto situacích zorientovat a jakým směrem se ubírat, aby komunikace byla srozumitelná, citlivá a podporovala pocit bezpečí ve vztahu mezi pacientem a zdravotníkem. Slova a formulace, které vám v knize nabízíme, nejsou míněny jako návody, ale jako příklady a varianty dobré praxe, které lze modifikovat, kombinovat a jakkoli přizpůsobovat vaší jedinečné zkušenosti a osobnosti.

Kniha je rozdělena do dvou vzájemně se doplňujících částí. První část tvoří teoretický úvod do lékařské psychologie, který shrnuje základní principy a východiska, bez nichž se klinická komunikace v každodenní praxi neobejde. Zaměřuje se na porozumění prožívání pacienta, dynamice vztahu zdravotník – pacient a psychologickým procesům, které ovlivňují spolupráci, důvěru a rozhodování v péči.

Druhou část tvoří krátké, prakticky zaměřené kapitoly, které vždy začínají slovem *Jak*. Každá kapitola se věnuje jednomu konkrétnímu problému nebo klinické situaci, například jak sdělit závažnou zprávu, jak pracovat s obavami pacienta, jak reagovat na nerealistické požadavky nebo jak mluvit s rodiči dítěte před zákrokem v celkové anestezii. Kapitoly jsou záměrně stručné a strukturované tak, aby bylo možné je číst samostatně, klidně i těsně před konzultací s pacientem nebo jeho rodinou.

Kniha tak může sloužit jak k systematickému studiu, tak jako praktický průvodce pro opakované klinické situace, které se ve vaší praxi vracejí a stávají se zdrojem nejistoty či zátěže. Čtenář se k ní může vracet také ve chvílích, kdy si chce ověřit vlastní postup, získat oporu nebo si ujasnit, zda zvolený způsob komunikace skutečně podporuje spolupráci a bezpečí ve vztahu s pacientem.

Ideálním způsobem, jak číst tuto publikaci, je začít obecným úvodem, který propojuje jednotlivá témata do širšího psychosociálního pole medicíny a vztahu zdravotník – pacient. Zároveň ale platí, že to není podmínkou. Kniha je psána tak, aby fungovala i při nesystematickém čtení, tedy čtení vedeném jen vaší aktuální klinickou potřebou nebo zvědavostí.

Možná si při čtení všimnete, že se některé principy, postoje nebo formulace v různých kapitolách opakují. Nejde o redakční ani odbornou nedůslednost, ale o odraz reality klinické praxe. Různé situace totiž často stojí na stejných psychologických základech,

například na potřebě bezpečí, porozumění, respektu, autonomie a důvěry. Tyto principy se pak znovu a znovu promítají do konkrétních rozhovorů a nabývají různých podob a forem komunikace.

Cílem této knihy není nabídnout hotové scénáře ani vytvářet iluzi jediné „správné“ komunikační cesty. Stejně tak nemá ambici dělat ze zdravotníků psychoterapeuty. Smyslem knihy je pomoci vám být srozumitelnější, klidnější a jistější v rozhovorech, které jsou přirozenou součástí medicíny, ale na které nebýváme v rámci pregraduálního i postgraduálního studia medicíny systematicky připravováni. Pokud vám jediná věta z některé kapitoly pomůže zvládnout jeden náročný rozhovor o něco lépe, splnila kniha svůj účel.

# Úvod do lékařské komunikace: proč na slovech záleží

Miroslav Světlák a Adam Suchý

Každodenní medicína je ve své podstatě pragmatická. Jejím cílem je co nejučinněji pomoci nemocnému člověku v konkrétních podmínkách, s omezeným časem, zdroji a nejistotou. Zdravotníci proto přirozeně hledají způsoby, jak zvyšovat přesnost, efektivitu a přínos své práce, nejen pro pacienty, ale i pro tým a systém, ve kterém pracují.

V tomto rámci může téma lékařské komunikace působit jako něco okrajového nebo „měkkého“, bez přímého vztahu k tělesnému zdraví. Ve srovnání s technicky náročnými výkony, jako jsou operace nebo transplantační medicína, se může zdát, že způsob, jakým mluvíme, nemá zásadní význam. Pokud je diagnóza správná a léčba odborně vedená, proč by měly hrát roli tón hlasu, formulace sdělení nebo vztahová rovina kontaktu?

Právě zde se však klinická zkušenost i výzkum s tímto intuitivním předpokladem rozcházejí. Způsob komunikace často rozhoduje o tom, zda léčba vůbec začne, zda pacient porozumí doporučením, zda jim bude důvěřovat a zda je bude schopen dlouhodobě dodržovat. Nejde tedy o doplněk k „opravdové medicíně“, ale o jeden z mechanismů, který přímo ovlivňuje průběh a výsledky péče. Tento pohled podporují i studie ukazující, že většina stížností pacientů na lékaře se netýká odborné kompetence nebo technického provedení péče, ale způsobu, jakým s nimi bylo komunikováno a jak se v kontaktu cítili (Ha & Longnecker, 2010).

V říjnu 2012 zavedl americký program Medicare systém úhrad nemocnic označovaný jako Value-Based Purchasing (VBP), který váže část financování na kvalitu poskytované péče, včetně bezpečnosti, klinických výsledků a spokojenosti pacientů (Centers for Medicare & Medicaid Services, 2012). Cílem tohoto kroku bylo posunout pozornost zdravotnických zařízení od samotného objemu výkonů k jejich smysluplnosti a reálnému dopadu na pacienta. Tento přístup zároveň ukazuje, že v některých zdravotnických systémech se kvalita komunikace a patientská zkušenost stávají legitimní součástí hodnocení péče.

V českém prostředí se obdobné uvažování zatím prosazuje spíše okrajově, například v debatách o úhradách preventivních programů nebo o hodnocení kvality péče. Převládajícím modelem zůstává financování podle výkonu (DRG), v němž kvalita komunikace hraje zatím jen minimální roli. Přesto zkušenosti ze zahraničí naznačují, že srozumitelná, pravdivá a vztahově citlivá komunikace může být v budoucnu vnímána nejen jako etický standard, ale i jako systémový ukazatel kvality péče.

Současně je však nutné vzít vážně perspektivu zdravotníků. Při rostoucích nárocích na odbornost, administrativu, výkon, dostupnost a celoživotní vzdělávání může být další důraz na komunikaci oprávněně vnímán jako další položka na nekonečném seznamu požadavků. Zdravotníci mohou mít pocit, že se od nich očekává, aby kromě odborné péče zvládali emoce pacientů, regulovali své vlastní prožívání a zároveň obstáli

v systému hodnocení kvality, dotazníků spokojenosti a veřejných očekávání. V takovém kontextu může komunikace působit jako morální apel navíc, který zvyšuje tlak, ale sám o sobě nic neulehčuje.

Právě proto je důležité chápat komunikaci nikoli jako abstraktní pojem, měkkou dovednost nebo další techniku, kterou je třeba se „naučit“, ale jako funkční a klinicky relevantní součást medicíny. Ne jako něco navíc, ale jako nástroj, který může péči zpřesňovat, zefektivňovat a zároveň chránit pacienta i zdravotníka.

### 1.1 Výhoda správných slov v klinické medicíně

Následující kapitola shrnuje hlavní oblasti, v nichž má kvalitní klinická komunikace prokazatelný dopad na průběh péče, spolupráci pacientů i pracovní zátěž zdravotníků. Nejde o teoretické ideály, ale o opakovaně potvrzené výsledky výzkumů z klinické praxe.

#### 1.1.1 Efektivní komunikace zvyšuje adhezenci pacientů k léčbě

Meta-analýza potvrzuje, že kvalita vztahu mezi lékařem a pacientem významně souvisí s lepší adhezencí k léčbě napříč diagnózami (DiMatteo, 2004). Komunikace přitom nepůsobí pouze přenosem informací, ale prostřednictvím konkrétních mechanismů: zvyšuje porozumění léčbě, posiluje důvěru a terapeutickou alianci, podporuje motivaci a pocit sebeúčinnosti, zapojuje pacienta do rozhodování a pomáhá regulovat emoce spojené s nemocí. Tyto procesy následně vedou k lepším zdravotním výsledkům včetně vyšší adhezence (Street et al., 2009). Adherence tak není primárně otázkou „poslušnosti“ pacienta, ale kvality vztahu a komunikačního rámce, který zdravotník vytváří (World Health Organization [WHO], 2003).

#### 1.1.2 Kvalitní komunikace šetří čas a předchází stížnostem

Většina nedorozumění a stížností ve zdravotnictví nevzniká z odborné chyby, ale z nesouladu v očekáváních nebo z nejasně předaných informací. Přitom často stačí krátká časová investice na začátku konzultace. Pokud necháme pacienta v klidu popsat, co ho přivádí, a teprve poté budeme strukturovat rozhovor, komunikace se výrazně zefektivní. Výzkumy ukazují, že lékaři obvykle přeruší pacienta už po 6 až 18 sekundách. Pokud ho však nechají domluvit, trvá to v průměru méně než jednu minutu, medián je 31 sekund a průměr 46 sekund. Tento krátký prostor konzultaci nezdržuje, ale naopak šetří čas, protože snižuje počet doplňujících dotazů, opravování nedorozumění i následných telefonátů (Coyle, Yen & Elwyn, 2022; Mulder Vos et al., 2023; Rhoades et al., 2001). Podle doporučení American Society of Clinical Oncology patří k nejúčinnějším postupům následující pořadí kroků: zjistit priority pacienta, společně nastavit agendu, sdělovat informace v krátkých blocích a průběžně ověřovat porozumění (Gilligan et al., 2017). Takto vedená komunikace vede k menšímu počtu preventabilních chyb i stížností. Analýzy opakovaně potvrzují, že většina sporů a žalob souvisí právě s komunikačním selháním, zatímco lékaři, kteří komunikují otevřeně a srozumitelně, čelí stížnostem výrazně méně často (Levinson et al., 1997; Tiwary et al., 2019). Krátké a klidné naslouchání na začátku konzultace tak není ztrátou času, ale jednou z nejúčinnějších investic do kvality péče, bezpečí i důvěry.

### 1.1.3 Komunikace je také ochranným faktorem proti syndromu vyhoření

Kvalitní klinická komunikace nepřináší pozitiva pouze pacientům, ale představuje také významný ochranný faktor pro samotné zdravotníky. Systematická přehledová studie kontrolovaných intervencí ukazuje, že programy zaměřené na vztahovou stránku práce, komunikaci a smysluplnost klinické role vedou k prokazatelnému snížení syndromu vyhoření u lékařů (Panagioti et al., 2017). Intervenční studie z klinické praxe zároveň ukazují, že strukturovaný trénink komunikačních dovedností je spojen nejen se zvýšením spokojenosti pacientů, ale také se zvýšením empatie, sebe-účinnosti a snížením míry emočního vyčerpání u lékařů (Boissy et al., 2016). Výsledky výzkumu také ukazují, že v době vysoké prevalence vyhoření mezi lékaři je kvalita každodenní komunikace jedním z klíčových faktorů, které podporují profesní spokojenost a udržitelnost práce v medicíně (Shanafelt et al., 2015). Podobně novější meta-analýza korelačních studií ukazuje, že kvalitní lékařsko-pacientská komunikace je systematicky spojena nejen s lepší adaptací pacientů, ale i s lepší psychickou adaptací samotných lékařů (Alves Nogueira et al., 2024). Současně je třeba zdůraznit, že psychická pohoda zdravotníků není pouze otázkou jejich osobního komfortu. Systematický přehled ukazuje, že vyšší míra vyhoření a zhoršené duševní zdraví zdravotnického personálu jsou spojeny s vyšší mírou chyb a nižší bezpečností pacientů (Hall et al., 2016). Péče o psychologickou stránku práce tak nepředstavuje luxus, ale součást odpovědnosti za kvalitu a bezpečí péče.

## 1.2 Nestačí to, co už umím?

Spoléhat se na intuici a vlastní zkušenost je v medicíně přirozené. Právě v náročných situacích, při sdělování závažné zprávy, při silných emocích, v časovém stresu nebo při střetu očekávání, se však ukazuje, že intuice nemusí stačit. Tam, kde máme pocit, že jednáme v souladu se zkušeností a s tzv. „*selským rozumem*“, se můžeme nechtěně dopustit zbytečných chyb. Řekneme něco necitlivě nebo neobratně, přehlédneme potřeby druhé strany, nebo se naopak emočně přetížíme sami.

Mnozí lékaři otevřeně přiznávají, že si v těchto situacích nejsou jistí tím, co přesně říct, jak reagovat na emoce pacienta nebo jak srozumitelně a zároveň lidsky vymezit své hranice a komunikovat vlastní limity. Nejde tedy jen o práci s emocemi pacienta, ale i o zvládnání vlastních reakcí v zátěžových okamžicích.

Tato příručka není o tom, co musíte. Je o tom, co můžete a co se v klinické praxi opakovaně ukazuje jako užitečné. Ukazuje se, že komunikace není otázkou talentu, ale souboru dovedností, které lze cíleně trénovat a rozvíjet. A že se dá kultivovat nejen způsob vyjadřování, ale i empatie, soucit a vnitřní stabilita v obtížných rozhovorech.

## 1.3 Každý z jiného místa

Zdravotníci vstupují do komunikace s pacienty z různých výchozích pozic. Někteří mají pro komunikaci přirozený cit. Dokážou navázat vztah, mluvit vlídně i jasně a reagovat srozumitelně. Pro ně může být tato příručka především strukturou a mapou, která jejich vlastnímu stylu dává jasnější rámec.

Jiní se v komunikaci necítí jistě. Pro ty je důležité vědět, že existují ověřené postupy, doporučení a jednoduché struktury, které mohou sloužit jako opora v náročných situa-

cích. Mít k dispozici „správná slova“, jasnou orientaci a představu, kudy rozhovor vést, není známkou slabosti, ale profesionální přípravy.

Podobně jako se posádky v letectví opírají o jasná komunikační pravidla, mohou i lékaři těžit z dobře strukturovaných postupů, zejména v emočně náročných a časově vypjatých situacích. Cílem není uniformita, ale bezpečný a srozumitelný rámec, o který se lze opřít.

## 1.4 Dvě nejčastější námitky

Při zavádění tématu komunikace do klinické praxe se opakovaně setkáváme se dvěma základními námitkami. První zpochybňuje, zda je komunikace vůbec něčím, co lze systematicky učit a rozvíjet, nebo zda jde spíše o osobnostní rys. Druhá vychází z každodenní zkušenosti zdravotníků a týká se nedostatku času v reálném provozu.

### 1.4.1 Komunikační dovednosti lze rozvíjet

Dobrou zprávou je, že schopnost efektivně komunikovat s pacienty není vrozenou vlastností, nýbrž je to dovednost, kterou lze cíleně rozvíjet. Řada studií a přehledů ukazuje, že vzdělávání v komunikaci má měřitelný dopad jak na chování zdravotníků, tak na výsledky péče.

Meta-analýza Haskard Zolnierkové a DiMattea (2009) ukázala, že u lékařů s nižší kvalitou komunikace je riziko nízké adherence pacientů významně vyšší, zatímco po absolvování komunikačního tréninku se pravděpodobnost dodržování léčby zvyšuje přibližně 1,6krát. Systematický přehled osmi studií (Mata et al., 2021) dále potvrdil, že i relativně krátké vzdělávací programy, často v rozsahu několika hodin až dnů, vedou k významnému zlepšení komunikačních dovedností i sebedůvěry zdravotníků, a to bez ohledu na délku jejich praxe.

Klasická studie Levinsona a kolegů (1997), která porovnávala lékaře s nulovým počtem žalob a s opakovanými žalobami, ukázala, že lékaři bez žalob používali specifické komunikační návyky. Patřilo mezi ně orientování na pacienta v průběhu konzultace, vyjadřování empatie, přiměřený humor a aktivní vybízení k otázkám.

### 1.4.2 Na komunikaci není čas?

Častým argumentem v klinické praxi je, že na komunikaci s pacientem nezbyvá čas. Dostupné výzkumy však ukazují jiný obraz. Nejde o to, že by komunikace čas „šetřila“, ale o to, že čas investovaný do kvalitní a strukturované komunikace má smysl a v praxi se vyplácí.

Studie sledující dopad komunikačního tréninku na délku konzultace ukazují, že komunikace vedená podle odborných doporučení nevede k prodlužování konzultací, přestože je více zaměřená na pacienta (Iversen et al., 2021; Wolderslund et al., 2021). Klíčovým zjištěním je, že kvalitní komunikace není o delších rozhovorech, ale o efektivnějším využití dostupného času.

## 2 Lidská medicína cestou oslovení lidskosti v nás

Pokud má komunikace v medicíně takto konkrétní a měřitelné dopady na průběh léčby, spolupráci pacientů i duševní zdraví zdravotníků, vyvstává logická otázka: z čeho vlastně dobrá klinická komunikace vyrůstá. Je především otázkou technik, postupů a dovedností, nebo se opírá o něco hlubšího, co do každého klinického setkání přinášíme ještě dříve, než promluvíme?

Zkušenost z klinické praxe i dostupná evidence ukazují, že samotné komunikační techniky nestačí. Mohou rozhovor strukturovat, dát mu jasnější tvar a snížit riziko nedorozumění, samy o sobě však nezaručují lidský a důvěryhodný kontakt. Stejná věta může pacienta uklidnit, nebo naopak znejistit. Stejně sdělení může posílit spolupráci, nebo vyvolat odpor. Rozdíl často neleží ve slovech samotných, ale v postoji, ze kterého jsou vyslovena.

V klinické praxi navíc neexistuje jeden univerzální návod, který by fungoval ve všech situacích. Ve stresu a časovém tlaku na doporučení často zapomínáme nebo na jejich uplatnění nemáme dostatek psychické kapacity. Každý pacient je jiný a každý zdravotník vstupuje do kontaktu s pacienty s jinou mírou únavy, empatie, frustrační tolerance a vnitřních zdrojů. Tyto rozdíly se výrazně projevují například po noční službě, v období zvýšené administrativní zátěže nebo dlouhodobého přetížení.

Místo hromadění dalších doporučení je proto užitečnější opřít se o několik základních principů, které tvoří hlubší strukturu lidské komunikace. Pokud je začneme vědomě rozvíjet, promění se náš přístup k pacientům postupně a přirozeně, bez nutnosti neustálé sebekontroly.

Nejde o morální imperativ, ale o klinický kompas. Pokud ho máme k dispozici, zvyšuje se šance, že v náročných situacích nesejdeme z pomyslné cesty efektivní, strategické a zároveň empatické komunikace.

### 2.1 Postoj jako zdroj skutečné změny

V posledních letech se stále zřetelněji ukazuje, že skutečně účinná komunikace ve zdravotnictví nevyrůstá primárně z osvojení nových technik, ale z proměny vnitřního postoje. Pokud se lékař dívá na pacienta jako na partnera, nikoli jako na případ, mění se kvalita komunikace často bez vědomého úsilí. Jak shrnují Branch, Kern a Haidet (2001), rozvoj profesionality ve smyslu lékařské lidskosti nespočívá v nácviu empatických frází, ale v kultivaci schopnosti vidět pacienta jako osobu, s níž lékaře spojuje společná lidská zkušenost.

Tato změna pohledu se spontánně promítá do tónu hlasu, míry trpělivosti i volby slov, často bez předem připraveného scénáře. Epstein a Krasner (2013) zároveň ukazují, že vědomá přítomnost a autenticita lékaře nejsou pouze etickými ideály, ale také zdrojem klinické účinnosti a profesní odolnosti. Když se lékař opírá o vnitřní smysl své práce, nikoli pouze o formální roli, klesá jeho stres a zvyšuje se kvalita péče.

Změna postoje ke komunikaci v medicíně tedy nevychází z ideálu „lepšího chování“, ale z realistického porozumění sdílené lidské zranitelnosti a vzájemné závislosti v klinickém setkání. Pacient i zdravotník vstupují do kontaktu jako lidé, kteří jsou v danou chvíli funkčně propojeni a kteří společně nesou nejistotu, omezený čas i emoční zátěž

situace. Právě z tohoto rámce vycházejí principy moderní klinické komunikace, k nimž se v následujících kapitolách budeme postupně vracet.

## 2.2 Vzájemná závislost

Zdraví patří v naší společnosti k nejvyšším hodnotám. Ve chvíli, kdy se člověk ocitne v roli pacienta, se jeho svět často zúží na několik základních potřeb: cítit se v bezpečí, být pochopen a mít oporu. Tato situace přirozeně vytváří vztahovou asymetrii. Pacient se dostává do závislé pozice, která však není projevem slabosti, ale důvěry. Tím, že se nám svěří, propůjčuje smysl naší odbornosti.

Role lékaře, sestry či jiného zdravotníka z této důvěry vyrůstá. Nejsme zdravotníky sami o sobě, ale stáváme se jimi ve vztahu k druhému člověku, který naši odbornost právě potřebuje. Bez pacienta by odborné znalosti zůstávaly abstraktní. Teprve v kontaktu s konkrétním člověkem získávají svůj význam.

V prostředí zdravotnického zařízení může snadno vzniknout dojem, že pacient je jednostranně závislý na nás. Tento pohled je však zjednodušující. Mimo nemocnici se role obracejí. Jsme závislí na lidech, kteří pečují o naše děti, zajišťují dopravu, vyrábějí léky, dodávají energii nebo pěstují potraviny. Jsme součástí komplexní sítě vzájemné závislosti, která umožňuje fungování společnosti jako celku.

Uvědomění si této skutečnosti pomáhá vyvažovat vztahovou asymetrii v klinickém setkání. Neznamená popření odborné role ani zlehčení odpovědnosti zdravotníka. Znamená opuštění iluze výlučnosti a moci a návrat k realistickému chápání vztahu: k setkání dvou lidí v různých rolích, z nichž jeden má odborné znalosti a druhý je v danou chvíli potřebuje. Zítřka se tyto role mohou změnit.

Vědomí vzájemné závislosti není sentimentálním postojem, ale základem vztahové etiky v medicíně. Pomáhá zachovat pokoru bez ztráty sebeúcty a podporuje komunikaci, která je pevná, respektující a lidská zároveň.

Rita Charon (2001), autorka konceptu narativní medicíny, připomíná, že medicína je místem setkání dvou příběhů: příběhu pacienta a příběhu zdravotníka. Každý z nich přináší vlastní jazyk, obavy i očekávání. Smysl nevzniká v jednom z nich, ale v prostoru mezi nimi. Schopnost tento prostor vnímat, naslouchat a porozumět druhému označuje Charon jako narativní způsobilost. Jde o klinickou kompetenci, která umožňuje dělat medicínu odborně i vztahově citlivě.

## 2.3 Sdílená lidskost

Dalším klíčovým principem, který ovlivňuje způsob, jakým v medicíně komunikujeme, je vědomí sdílené lidskosti. Rozdíl mezi lékařem a pacientem je především rozdílem rolí, nikoli rozdílem v lidské zkušenosti. Tyto role jsou navíc proměnlivé. Každý z nás může být v různých obdobích života zdravý i nemocný, silný i zranitelný.

To, co nás spojuje, nejsou jen biologické procesy, ale základní lidské zkušenosti: strach z bolesti, nejistota, obavy ze ztráty kontroly, naděje a potřeba porozumění. Uvědomění si této společné roviny neznamená zpochybnění odborné role, ale její ukotvení v realitě lidského prožívání.

Ostatně i lékaři se v průběhu života ocitají v roli pacientů a někdy máme možnost tomu v klinické praxi přímo přihlížet. Reuters popsala v roce 2020 příběh Marty Gravellone, lékařky s onkologickým onemocněním, která se proslavila péčí o pacienty s onemocněním

ním COVID-19 (Reuters, 2020). Onkolog Peter B. Bach popsal v roce 2014 pro New York Magazine v textu *The Day I Started Lying to Ruth* bolestné nahlédnutí do světa lékaře, když jeho žena umírala na karcinom prsu, a on si poprvé naplno uvědomil, jaké je prožívat léčbu a rozhodování z druhé strany (Bach, 2014). Podobnou zkušenost popsal i plicní onkolog Ross Camidge, kterému byl diagnostikován právě ten typ onemocnění, který celý profesní život léčil. Teprve tehdy naplno poznal skutečný dopad nežádoucích účinků léčby na pacienta, v kontrastu s tím, jak bývají zachyceny v některých klinických studiích.

V klinické praxi přitom nejde o velká gesta ani o demonstrativní projevy empatie. Často stačí krátké vnitřní zastavení a připomenutí si, že člověk sedící přede mnou by se mohl ocitnout v mé roli a já v jeho. Toto uvědomění mění tón rozhovoru, tempo i způsob, jakým reagujeme na otázky a emoce pacienta.

Sdílená lidskost neoslazuje profesionalitu, ale dává jí pevnější základ. Lékař, který si dovolí vnímat pacienta jako člověka s lidským prožitkem, neztrácí autoritu, ale získává důvěru. Právě v tomto prostoru vzniká vztah, který podporuje spolupráci, snižuje napětí a vytváří podmínky pro smysluplnou léčbu.

Sdílená lidskost tak nepředstavuje alternativu k odbornosti, ale její doplnění. Připomíná, že medicína není jen o vědě a výkonech, ale také o vztahu, v němž se odehrává rozhodování, naděje i přijetí limitů.

## 2.4. Flexibilita mezi póly: umění pohybu mezi odborností a lidskostí

Lékařství je neustálý pohyb mezi dvěma světy. Na jedné straně stojí svět exaktní, racionální a objektivní, svět diagnóz, protokolů, algoritmů a rozhodnutí. Na druhé straně je to pak svět subjektivní, lidský a proměnlivý, svět emocí, vztahů, nejistot a příběhů. Každý zdravotník se mezi těmito světy pohybuje, a právě schopnost plynule mezi nimi přecházet určuje, jak odborná a zároveň lidská medicína bude.

Potřebujeme oba póly. Bez racionality ztrácíme jistotu, strukturu a schopnost rozhodovat. Bez lidskosti ztrácíme smysl, soucit a kontakt s člověkem, který před námi sedí, a nakonec i sami se sebou.

Flexibilita mezi těmito póly znamená schopnost vědomě a citlivě přecházet podle toho, co situace vyžaduje. Jsou chvíle, kdy musíme být především odborníky: rozhodní, techničtí, s odstupem, který umožňuje zachovat klid, když druhý ztrácí jistotu. Pacient v těchto momentech potřebuje cítit, že je v rukou někoho, kdo ví, co dělá. A pak přicházejí chvíle, kdy je třeba odstup zjemnit, přiblížit se a být člověkem, který chápe, že bolest, strach nebo bezmoc nejsou projevem slabosti, ale přirozenou reakcí na zátěž.

Schopnost pohybu mezi těmito polohami je známkou profesní zralosti. Rigidita na jedné straně vede k odcizení, rigidita na straně druhé k vyčerpání. Zdravotník, který se uzavře pouze do odborné role a ztratí kontakt s lidskostí, začne dříve či později pociťovat ztrátu smyslu nebo cynismus. Zdravotník, který se naopak příliš ztotožní s utrpením pacientů, riskuje vyhoření a únavu ze soucitu. Rovnováha vzniká tam, kde si člověk uvědomuje, že vzdálenost i blízkost jsou dva póly téhož kontaktu a téže medicíny.

Tento pohyb nelze „nacvičit“ pouze z doporučení. Rozvíjí se s praxí, se schopností sebereflexe, s uvědomováním si vlastních hranic i s odvahou přiznat si nejistotu. Zdravotník, který dokáže přecházet mezi odborností a lidskostí, v sobě postupně rozvíjí klinickou moudrost – schopnost jednat odborně a zároveň zůstat lidsky dostupný.

## 2.5. Komunikace z vnitřního přesvědčení: když lidskost není povinnost

Častý komentář, který od lékařů a sester slyšíme, zní: „*To všechno je sice hezké, ale je to další věc, kterou po nás někdo chce.*“ Empatie a komunikace pak působí jako další položka na seznamu povinností. Něco, co bychom „měli“ dělat, přestože už nyní pracujeme na hranici svých možností. Administrativa, časový tlak, únava a k tomu očekávání, že budeme ještě citlivější, dostupnější a empatičtější. Pokud je lidskost vnímána jako povinnost, stává se paradoxně dalším zdrojem stresu.

Výzkumy přitom ukazují zásadní rozdíl mezi jednáním z donucení a jednáním z vnitřního přesvědčení. Olga Klimeckí a kolegové (2014) ukazují, že soucit není vyčerpávající tehdy, když vychází z opravdového vztahu, a nikoli z přetvářky. Pokud se snažíme být empatičtí jen proto, že „*bychom měli*“, aktivuje se stresová odpověď. Pokud však komunikujeme z postoje vnitřní lidskosti a smyslu, zapojují se jiné neurobiologické systémy, spojené s odměnou, propojením a regulací stresu. Prosociální chování a autentický soucit snižují aktivitu sympatického nervového systému a zároveň aktivují centra spojená s uspokojením, radostí a smysluplností (Inagaki & Eisenberger, 2016; Moll et al., 2006; Harbaugh et al., 2007).

Jednání z hlubší motivace pomoci tak prospívá nejen pacientovi, ale i zdravotníkovi. Neurovědy popisují fenomén „*helper's high*“ – stav, v němž činnost zaměřená na druhé přináší klid, uspokojení a pocit vnitřní jistoty. Naopak hraná a neautentická komunikace, kdy předstíráme empatii, kterou necítíme, vytváří emoční disonanci, jež je psychicky i fyziologicky vyčerpávající (Hülshager & Schewe, 2011). Dlouhodobě taková strategie zvyšuje riziko cynismu, únavy ze soucitu a vyhoření.

Změna proto nespočívá v tom, že „*musíme být empatičtější*“, ale v tom, že se učíme dívat na druhé i na sebe jiným způsobem. Když se promění rámec, tedy to, z jakého postoje do rozhovoru vstupujeme, mění se i tón naší řeči, míra trpělivosti a to, jak se v práci cítíme. Není potřeba si neustále připomínat, že máme být laskaví. Často stačí připomenout si, že jsme na stejné lodi a se stejnými základními potřebami jako ti, které léčíme. Z tohoto postoje už komunikace nevypadá jako morální úkol navíc, ale jako přirozená součást dobré klinické praxe.

## 3 Základní psychologické potřeby v klinické komunikaci

Na vzájemnou závislost a sdílenou lidskost v klinickém setkání navazuje další důležité pozadí komunikace v medicíně: uvědomění si společných základních psychologických potřeb. Role lékaře a pacienta jsou rozdílné, jejich psychologické fungování však vychází ze stejných potřeb bezpečí, respektu a přijetí. To, jak jsou tyto potřeby v klinickém kontaktu naplňovány, nebo naopak frustrovány, má přímý vliv na průběh komunikace, emoční reakce i míru spolupráce.

Psychologická gramotnost v medicíně neznamená požadavek, aby byl zdravotník psychoterapeutem. Znamená spíše schopnost rozumět tomu, co se v klinickém setkání odehrává na emoční rovině, v pacientovi i v něm samotném. Takový vhled umožňuje lépe porozumět chování pacienta, nepřipisovat mu zbytečně negativní motivy a vést komunikaci tak, aby neeskalovala k napětí a konfliktům tam, kde to není nutné.

### 3.1 Emoční bolest jako reakce na frustraci psychologických potřeb

Emoční bolest vzniká jako přirozená reakce na zranění nebo frustraci základních psychologických potřeb. V klinickém prostředí se nejčastěji týká situací, kdy je narušeno bezpečí, pocit přijetí nebo zachování důstojnosti. Emoční reakce pacienta, ať už má podobu strachu, studu, smutku nebo následné zlosti, má v tomto smyslu svou vnitřní logiku a význam.

Pro porozumění klinické situaci je užitečné rozlišovat mezi primárními emocemi, které vznikají přímo v reakci na ohrožení potřeby, a sekundárními emocemi, které na ně navazují. Strach, stud nebo smutek bývají často skryté a nevyjádřené, zatímco zlost, podrážděnost nebo odpor ke spolupráci jsou viditelné a rušivé. Právě tyto sekundární projevy bývají v praxi nejčastěji označovány jako „*problémové chování*“, přestože jsou spíše signálem předchozího emočního zranění než záměrným narušováním spolupráce.

### 3.2 Chronická zátěž pacienta a situace, které spoluvytváříme

V klinické komunikaci je zásadní rozlišovat mezi tím, co si pacient přináší do kontaktu ze svého života, a tím, co vzniká přímo v rámci zdravotnické konzultace. Řada pacientů žije s dlouhodobě nenaplněnými základními psychologickými potřebami, mohou se cítit osamělí, nejistí, nedocenení nebo ohrožení. Tuto chronickou zátěž nelze v ambulanci ani u lůžka vyřešit a zdravotník za ni nenese odpovědnost.

Současně však existuje oblast, kterou zdravotník ovlivnit může. Způsob, jakým je informace sdělována, jak reaguje na otázky nebo emoce pacienta a jak vymezuje vzájemný vztah, může základní psychologické potřeby buď podpořit, nebo je naopak zbytečně frustrovat. Nejde o to potřeby vždy uspokojit, to v dospělém životě ani v medicíně často není možné, ale o to je zbytečně nefrustrovat.

### 3.3 Typické komunikační situace jako spouštěče emoční aktivace

V klinické praxi se opakovaně setkáváme se situacemi, které mohou u některých pacientů frustrovat základní psychologické potřeby a tím přispívat k emoční aktivaci. Nejde o univerzální spouštěče, ale o okolnosti, které se v kontextu nemoci, nejistoty a zátěže stávají citlivými místy komunikace.

Jedním z nejčastějších spouštěčů je nejistota a omezená orientace v tom, co se děje. Pokud pacient nerozumí povaze svého onemocnění, dalším krokům nebo důvodům rozhodování, může být narušena jeho potřeba bezpečí a kontroly. Informace sdělované příliš rychle, bez struktury nebo bez prostoru pro dotazy nemusí být zachyceny v celku. Reakcí pak může být úzkost, zlost, opakované dotazování nebo zdánlivá nespokojenost, která je spíše výrazem zahlcení než odmítnutí.

Další citlivou oblastí je situace, kdy má pacient dojem, že jeho zkušenost nebo obavy nejsou brány jako legitimní. Bagatelizace obtíží a ironický tón mohou narušovat potřebu respektu a důstojnosti. Často se zde aktivuje stud, který bývá navenek méně patrný a může být rychle překryt zlostí, vzdorem nebo také stažením se a pasivitou.

Třetí oblastí je pocit odmítnutí nebo emoční opuštění pacienta. Pokud pacient nemá prostor pro otázky, je opakovaně přerušován nebo má dojem, že obtěžuje, může být frustrována potřeba přijetí a sounáležitosti. Reakcí může být stažení, pasivita, ale i zvýšená agresivita a vzdor jako reakce na frustraci psychologických potřeb.

Tyto situace obvykle nevznikají ze špatného úmyslu zdravotníka, ale v důsledku časového tlaku, rutiny a vysoké zátěže. Právě proto má smysl o nich vědět a počítat s nimi. Ne proto, abychom jim vždy dokázali zabránit, ale abychom zbytečně neposilovali emoční napětí a frustraci.

### 3.4 Validace potřeb bez slibu jejich uspokojení

Důležitým principem klinické komunikace je rozlišování mezi uspokojením psychologické potřeby a jejím uznáním. Ne všechny potřeby lze v konkrétní situaci naplnit a není to ani cílem zdravotnického kontaktu. Nelze vždy nabídnout jistotu tam, kde je prognóza nejistá, ani vyhovět všem přáním pacienta. Tyto limity jsou přirozenou součástí medicíny i role zdravotníka.

Uznání, tedy validace potřeby, spočívá v tom, že zdravotník dává najevo porozumění tomu, co je pro pacienta v dané chvíli důležité, a že tato potřeba dává smysl vzhledem k situaci. Validace neslibuje řešení ani změnu reality, ale vytváří rámec, v němž pacient není se svým prožíváním osamocený nebo zpochybněný.

Samotné pojmenování a uznání potřeby může mít výrazný regulační efekt. Pokud pacient cítí, že jeho obava nebo potřeba bezpečí je pochopitelná, snižuje se pravděpodobnost aktivace sekundárních emocí, jako je zlost nebo vzdor. Validace tak není „měkkým“ prvkem komunikace, ale praktickým nástrojem, který usnadňuje spolupráci i tam, kde nelze vyhovět.

### 3.5 Potřeby jako praktický kompas pro krátkou konzultaci

Porozumění základním psychologickým potřebám nepřidává zdravotníkům další povinnosti. Nabízí orientační rámec, který pomáhá lépe se vyznat v tom, co se v klinickém kontaktu odehrává. Umožňuje rozlišit, co je nevyhnutelnou součástí situace, a co je naopak zbytečným zdrojem napětí. Znalost toho, co všichni a za všech okolností potřebujeme, tvoří základní výchozí komunikační bod. Víme tak, co je třeba hned na začátku komunikace oslovit, abychom eliminovali frustraci potřeb a následnou aktivaci obranných emocí, kterými je nejčastěji ve zdravotnictví zlost a agresivita. Cílem není dokonalá komunikace, ale minimalizace zbytečných spouštěčů, které komplikují spolupráci. Právě v krátkých a časově omezených setkáních může tento rámec sehrát klíčovou roli. Pomáhá udržet strukturu rozhovoru, snižuje riziko eskalace emocí a podporuje věcnou spolupráci.

### 3.6 Základní psychologické potřeby zdravotníka

Základní psychologické potřeby nejsou specifické pouze pro pacienty. Stejně potřeby bezpečí, přijetí a respektu má i zdravotník. Rozdíl spočívá především v roli, která od něj vyžaduje zvládnání, rozhodování a nesení odpovědnosti. Tyto potřeby však rolí nezaniikají, pouze se stávají méně viditelnými a hůře přiznatelnými.

Dlouhodobá frustrace těchto potřeb se může projevit podrážděností, cynismem, stažením, rigiditou nebo emočním otupěním. Nejde o selhání profesionality, ale o lidskou reakci na přetížení. V klinickém kontaktu se pak snadno setkávají dvě emočně aktivované strany.

Péče o vlastní psychologické potřeby proto není luxusem, ale předpokladem dlouhodobě udržitelné práce. V praxi se projevuje především jasným vymezením role a hranic, schopností strukturovat rozhovor a otevřeně pojmenovat omezení. Takové jednání není nedostatkem empatie, ale způsobem ochrany vlastní kapacity i kvality vztahu.

Z klinického hlediska je proto užitečné vnímat základní psychologické potřeby jako obousměrné. Nejde o jednostrannou péči o pacienta, ale o setkání dvou lidí, jejichž potřeby se v daném prostoru setkávají.

## 4 Empatie a soucit v klinické medicíně

Empatie patří v oblasti komunikace k často zmiňovaným pojmům současné medicíny. Od zdravotníků se očekává, že budou empatičtí k pacientům, jejich rodinám i k utrpení, se kterým se v klinické praxi setkávají. Empatie je součástí etických kodexů, vzdělávacích programů i hodnocení kvality péče. Přesto však často zůstává spíše normativním požadavkem než jasně vymezenou klinickou kompetencí. Zdravotníci jsou vyzýváni k empatii, aniž by bylo systematicky vysvětleno, co empatie znamená, jak funguje a kde jsou její limity.

Tento nedostatek porozumění vytváří v klinické praxi zásadní paradox. Profese, které jsou nejvíce vystaveny lidskému utrpení a kde je kladen silný důraz na empatii, zároveň vykazují vysokou míru emočního vyčerpání, depersonalizace pacientů a syndromu vyhoření. Tento rozpor nelze vysvětlit nedostatkem empatie. Naopak se ukazuje, že empatie sama o sobě zdravotníky nechrání. Pokud zůstává neuchopená, netrénovaná a oddělená od schopnosti emoční regulace, může se stát faktorem, který vyhoření urychluje. Empatie proto v klinické medicíně nemůže fungovat jako samostatná ctnost, ale jako proces, který je třeba zasadit do širšího regulačního rámce.

### 4.1 Emoční empatie jako mechanismus přenosu distresu

Jednou ze základních forem empatie je emoční neboli afektivní empatie. Jde o schopnost emočně rezonovat s prožíváním druhého člověka. Zdravotník vnímá pacientův strach, bolest nebo bezmoc a v určité míře tyto stavy sdílí. Tato forma empatie je rychlá, automatická a evolučně hluboce zakořeněná. Neurovědecké výzkumy ukazují, že při emoční empatii dochází k aktivaci nervových okruhů podobných těm, které se aktivují při vlastní bolesti a distresu (de Waal & Preston, 2017). Utrpení pacienta se tak do určité míry stává i utrpením zdravotníka.

Emoční empatie má v klinickém kontaktu důležitou roli. Přispívá k lidskému naladění, pocitu porozumění a vzniku důvěry. Zároveň je však touto formou empatie zdravotník vystaven přímému přenosu distresu. Pokud je emoční empatie dlouhodobě aktivována bez dostatečné regulace, vede k emočnímu zahlcení, pocitu bezmoci a postupnému vyčerpání. Právě zde vzniká riziko únavy ze soucitu a syndromu vyhoření.

Z biologického hlediska je tento proces dobře popsán modelem perception-action, podle něhož empatie funguje na principu přenosu distresu. Utrpení pacienta aktivuje stresovou reakci zdravotníka, která vytváří silnou motivaci k jednání. Pomoc druhému pak vede nejen k úlevě pacienta, ale i k úlevě samotného zdravotníka, což je neurobiologicky zakódováno jako vnitřní odměna (Preston & de Waal, 2002; de Waal, 2008). Po-

máháme tedy druhému nejen proto, že mu chceme ulevit, ale také proto, že nepomoci je pro nás emočně zatěžující.

V klinické praxi má tento mechanismus konkrétní důsledky. Pokud je tolerance zdravotníka k emočnímu distresu nízká, může vést k rychlým a někdy předčasným intervencím. Typickým příkladem je sdělování závažné diagnózy. Pacientova silná emoční reakce aktivuje stresový systém zdravotníka a vzniká tendence „něco udělat“, aby byl distres co nejrychleji zmírněn. Taková intervence však nemusí vždy sloužit pacientovi, ale může primárně regulovat nepohodlí zdravotníka.

#### **4.2 Soucit jako regulační odpověď na utrpení**

Adaptivní odpovědi na opakované setkávání s utrpením druhých není emoční stažení ani potlačení empatie, ale rozvoj soucitu. Na rozdíl od empatie, která spočívá ve sdílení utrpení druhého, soucit představuje způsob vztahování se k utrpení, který nevyžaduje jeho plné emoční převzetí. Empatie zůstává východiskem, ale není konečným bodem.

Soucit zahrnuje postoj zájmu, péče a motivace ulevit, aniž by zdravotník musel nést plnou emoční tíhu pacientovy bolesti. Zatímco emoční empatie představuje pasivní expozici distresu, soucit je aktivní a regulační odpovědí. Feldman a Kuyken (2011) popisují soucit jako orientaci mysli, která rozpoznává utrpení jako univerzální lidskou zkušenost a umožňuje setkat se s bolestí s vlídností, vyrovnaností a trpělivostí.

Empirické výzkumy ukazují, že soucit je spojen s aktivací prosociálního chování, pozitivních emocí a pocitu vnitřní odměny a vede k větší tendenci zůstat v kontaktu s druhými i v náročných situacích (Klimecki et al., 2014). V klinické praxi je soucit spojován s lepší komunikací, vyšší spokojeností pacientů a lepší spoluprací (Epstein et al., 2005), zatímco dlouhodobé emoční přetížení bez regulačního rámce soucitu souvisí se zhoršením kvality péče a vyšším rizikem vyhoření (Najjar et al., 2009).

#### **4.3 Všímavost jako předpoklad soucitu**

Soucit jako regulační postoj se neobejde bez schopnosti regulovat vlastní emoční reakce. Touto základní regulační kapacitou je všímavost (mindfulness). Mindfulness lze definovat jako záměrnou, otevřenou a nehodnotící pozornost k přítomnému okamžiku (Kabat-Zinn, 2003; Bishop et al., 2004). V klinickém kontextu umožňuje zdravotníkovi zaznamenat vlastní emoční reakci na utrpení pacienta, aniž by byl okamžitě stržen k impulzivnímu jednání nebo obrannému odstupu.

Z tohoto důvodu je mindfulness považována za klíčový předpoklad rozvoje soucitu. Bez schopnosti všímavě regulovat vlastní distres se soucit snadno zvrhne buď v emoční zahlcení, nebo naopak v profesionální distanci. Mindfulness vytváří psychologický prostor, v němž může být utrpení vnímáno bez nutnosti jeho okamžité neutralizace. Soucit pak tento prostor naplňuje aktivní, vztahovou a motivační odpovědí.

#### **4.4 Soucit k sobě jako protektivní faktor v klinické medicíně**

Stejný mechanismus, který umožňuje soucitný vztah k utrpení pacienta, se uplatňuje i ve vztahu zdravotníka k sobě samému. Klinická praxe nevyhnutelně přináší situace selhání, nejistoty a limitů. Léčba nevede k očekávanému výsledku, pacient umírá, rozhodnutí

bylo nutné učinit pod tlakem. Tyto situace jsou často doprovázeny silnou sebekritikou, která je v medicíně někdy mylně považována za projev odpovědnosti.

Z klinického hlediska však tvrdá sebekritika odpovídá aktivaci systému ohrožení, která zvyšuje stres, zužuje pozornost a dlouhodobě podkopává psychickou odolnost. Soucit k sobě nepředstavuje popření chyby ani vyvázání se z odpovědnosti. Znamená změnu vnitřního postoje, která umožňuje rozpoznat vlastní utrpení, unést s ním spojené emoce a zvolit jednání podporující učení a adaptaci.

Empirické studie ukazují, že vyšší míra soucitu k sobě je spojena s nižší mírou stresu, depresivních symptomů a dalších forem psychické zátěže, a zároveň s vyšší psychickou odolností, včetně zdravotnických profesí (MacBeth & Gumley, 2012; Krieger et al., 2016; Světlák et al., 2021).

#### **4.5 Soucit k sobě není rezignace, ale změna vztahu k výkonu**

Obava, že soucit k sobě povede ke snížení nároků nebo ztrátě motivace, není empiricky podložena. Výzkumy ukazují, že soucit k sobě souvisí s vyšší mírou osobní odpovědnosti, větší ochotou učit se z chyb a realističtějším sebehodnocením (Neff et al., 2005; Breines & Chen, 2012). Klíčový rozdíl spočívá ve zdroji motivace. Zatímco sebekritika motivuje strachem a studem, soucit k sobě podporuje motivaci založenou na učení a dlouhodobé profesní udržitelnosti.

#### **4.6 Shrnutí pro klinickou praxi**

Empatie je nezbytnou součástí klinického kontaktu, ale bez regulačního rámce zdravotníka nechrání. Emoční empatie představuje mechanismus přenosu distresu, který při dlouhodobé expozici zvyšuje riziko vyhoření. Soucit nabízí regulační alternativu, která umožňuje zůstat v kontaktu s utrpením pacienta bez emočního zahlcení. Mindfulness vytváří základní regulační kapacitu, na níž může soucit vyrůstat. Soucit k sobě pak představuje nezbytný předpoklad dlouhodobě udržitelné profesionální péče.

Změna postoje ke komunikaci v medicíně proto nespočívá ve výzvě k větší empatii, ale v porozumění tomu, jak s empatií, soucitem a vlastní zátěží zacházet způsobem, který je odborný, lidský a dlouhodobě udržitelný.

## **5 Sebereflexe jako součást klinické zralosti: co sami přinášíme do medicíny**

V klinické praxi nepracujeme pouze s diagnózami, symptomy a postupy, ale také se sebou samými. Každý zdravotník vstupuje do kontaktu s pacientem s určitým vnitřním nastavením, s únavou, napětím, očekáváním, obavami i osobními zkušenostmi. Tyto faktory nejsou vedlejší. Mají přímý vliv na to, jak pacienta vnímáme, jak s ním mluvíme a jaké kroky v péči volíme.

Sebereflexe je schopnost tyto vlivy rozpoznat a vědomě s nimi pracovat. V lékařské psychologii ji chápeme jako klinickou dovednost, nikoli jako osobní nadstavbu nebo sebezpytování. Pomáhá zdravotníkovi rozlišit, co do situace patří pacientovi a co si do ní přináší sám. Díky tomu zpřesňuje klinický úsudek a snižuje riziko zkratkovitých reakcí.

V praxi často automaticky připisujeme napětí v kontaktu pacientovi. Mluvíme pak o „těžkém pacientovi“, „náročném komunikaci“ nebo „problémové spolupráci“. Část těchto situací však souvisí spíše s naším vlastním stavem – s únavou, časovým tlakem, frustrací nebo obavou, že situaci nezvládneme. Pokud si tyto vlivy neuvědomujeme, promítají se do způsobu komunikace, tónu hlasu, tempa rozhovoru i do klinického rozhodování. Vznikají pak nedorozumění, zbytečné konflikty a postupně také profesní vyčerpání.

Sebereflexe umožňuje včasné zachycení těchto momentů. Neznamená dlouhé zastavování ani psychologickou analýzu, ale krátké rozlišení toho, co se právě děje ve mně a jak to ovlivňuje moji reakci. I takto jednoduché uvědomění často stačí k tomu, aby zdravotník reagoval klidněji, přesněji a s větším respektem k pacientovi i k sobě. Stejně jako se učíme pracovat s nejistotou, s chybou nebo s omezeným časem, můžeme se učit i pracovat se svými vnitřními reakcemi. Neoslabuje to profesionalitu, naopak ji posiluje: zdravotník, který si je vědom vlastních reakcí, má větší kontrolu nad svým jednáním a menší potřebu obranných postojů.

Dříve než se budeme věnovat konkrétním komunikačním postupům, stojí proto za to položit si základní otázku: **co do každého klinického kontaktu přináším já sám a jak s tím mohu odborně pracovat?**

## 5.1 Paradox lékařského vzdělávání

V prvních letech studia medicíny je přirozené, že většinu energie spotřebuje odborná příprava. Studium, příprava k atestaci, služby a neustálé doplňování znalostí jsou náročné a zaměřené především na to „*vědět a umět*“. V tomto kontextu může psychologie, komunikace nebo práce se sebou samým působit jako něco navíc, co není bezprostředně nutné pro zvládnutí klinické práce.

Praxe však poměrně brzy ukáže druhou polovinu této rovnice. Bez odbornosti se medicína dělat nedá, ale samotná odbornost často nestačí. Zdravotníci se v každodenní práci setkávají s emočně náročnými situacemi, nejistotou, utrpením, konflikty, omezeným časem a vysokou odpovědností. Právě v těchto momentech se ukazuje význam dovedností, které pomáhají zvládat vztahovou a psychickou stránku péče.

Paradoxem současného systému vzdělávání je, že psychosociální témata se objevují především v raných fázích studia, kdy ještě nemají jasný klinický kontext. Jakmile se však lékaři a zdravotní sestry dostanou do praxe a začnou tyto aspekty medicíny skutečně zažívat – ve službách, na odděleních a při rozhovorech s pacienty a jejich rodinami – systematická podpora v této oblasti často chybí. Sebereflexe, práce s emocemi a vztahovou dynamikou nejsou běžnou součástí předatestační přípravy ani povinného postgraduálního vzdělávání. Pokud se k nim zdravotník vrací, děje se to většinou z vlastní iniciativy.

Po několika letech praxe zdravotníky obvykle nejvíce nevyčerpávají diagnostické nebo terapeutické algoritmy, ale opakující se napjaté situace, těžká sdělení, prožitky bezmoci a dlouhodobá emoční zátěž. Výstižně to shrnuli účastníci výzkumu mezi onkologickými zdravotníky slovy: „Mám rád svou práci, ale nerad chodím do své práce“ (Světlaček & Suchý, 2011). Tato formulace dobře vystihuje stav, kdy zůstává zachována identifikace s profesí, ale vytrácí se radost z její každodenní podoby.

Právě v tomto bodě se sebereflexe ukazuje jako klíčová klinická dovednost. Nepodkopává jistotu ani autoritu, ale naopak podporuje rozvahu a zpřesňuje klinický úsudek. Umožňuje zdravotníkovi lépe rozlišovat, kdy reaguje na situaci pacienta a kdy na vlastní únavu, frustraci nebo obavy. Vzdělávání, které rozvíjí profesní identitu, tedy způsob,

jak zdravotník myslí, jedná a prožívá svou roli, ukazuje, že osobní rozvoj není v rozporu s profesionalitou, ale je její součástí (Cruess, Cruess & Steinert, 2014). Programy zaměřené na všímavost a reflexi navíc prokazatelně přispívají ke snížení vyhoření a ke zlepšení kvality vztahu s pacienty (Epstein, 1999; Krasner et al., 2009).

## 5.2 Co znamená sebereflexe v každodenní praxi

Sebereflexe v klinické praxi neznamena absolvovat psychoterapii ani psychoterapeutický výcvik. V běžném provozu jde o jednoduchou a praktickou dovednost, která se uplatňuje v krátkých momentech během dne. Základem je schopnost rozlišit, co do konkrétní situace přináší pacient a co si do ní přináší zdravotník sám.

Často stačí krátké zastavení mezi podnětem a reakcí. V takovém okamžiku si lze položit jednoduchou otázku: „*Co se právě děje ve mně a jak to ovlivňuje mou reakci?*“ Toto krátké uvědomění může změnit způsob, jakým do rozhovoru vstoupíme. Umožní reagovat klidněji, s menší mírou obrany a větší přesností.

Takové drobné reflektivní momenty mají přímý dopad na kvalitu klinického vztahu s pacientem. Snižují potřebu hraného „zvládnání“ situace a podporují komunikaci opřenou o přijaté profesní hodnoty. Když se zdravotník opírá o to, co považuje za smysluplné a správné, roste jeho vnitřní motivace a klesá tlak neustálého pocitu „měl bych“ (Deci & Ryan, 2000).

Reflexe má často velmi nenápadnou podobu. Může jít o krátké uvědomění po náročném rozhovoru, které ovlivní přístup k dalšímu pacientovi. Pokud se tyto drobné kroky opakují, postupně se stávají stabilní součástí způsobu práce. Výzkumy ukazují, že opakovaně zaměřená pozornost se ukládá do návyků a snižuje zátěž rozhodování (Wood & Runger, 2016). Teorie implementačních záměrů navíc potvrzuje, že propojení konkrétní situace s jednoduchým vnitřním krokem („*když... tak se na vteřinu zastavím a všimnu si, co se ve mně děje*“) zvyšuje pravděpodobnost žádoucí reakce (Gollwitzer, 1999). V klinickém dni je právě tento typ „*mikrointervencí*“ realistický a uchopitelný.

## 5.3 Reflexe prostředí, ve kterém pracujeme

Sebereflexe se netýká pouze jednotlivce. Každý zdravotník je součástí určité kultury, týmu, oddělení nebo nemocnice a tato kultura výrazně ovlivňuje způsob práce i komunikace. Mnohé postupy přebíráme automaticky, bez vědomého rozhodnutí. Některé z nich jsou funkční a podpůrné, jiné mohou naopak posilovat odstup, ztuhlost nebo depersonalizaci.

Užitečnou reflexivní otázkou je: „*Dělám to tak proto, že to považuji za správné, nebo proto, že se to tak dělá?*“ Způsoby vedení rozhovoru, reakce na stížnosti, používání humoru nebo mluvení o pacientech v jejich nepřítomnosti se snadno přenáší mezi kolegy a postupně spoluutvářejí klima pracoviště.

Reflexe proto neznamena pouze pohled dovnitř, ale i kolem sebe. Pomáhá rozpoznat, zda nás prostředí, ve kterém pracujeme, podporuje, nebo spíše uzavírá. Na pracovištích, kde zdravotníci spolupracují dlouhá léta bez systematické zpětné vazby, může mít toto uvědomění zásadní význam pro kvalitu péče i pro dlouhodobou udržitelnost práce.

Také fyzické prostředí má významný vliv na psychiku a chování. Uspořádání prostoru, hluk, světlo i možnost soukromí ovlivňují, jak se zdravotníci i pacienti cítí a jak spolu komunikují. Prostorů podporujících klid, férovost a pocit sounáležitosti snižuje riziko vyhoření a podporuje empatii (Leiter & Maslach, 2004; Ayers & de Visser, 2018).

Naopak prostředí charakterizované trvalým hlukem, časovým tlakem a absencí prostoru pro rozhovor zvyšuje riziko depersonalizace a ztráty smyslu práce.

#### 5.4 Od sebereflexe k vnímání pole: rozšíření pohledu

Sebereflexe je prvním krokem k dobré klinické praxi v pomáhající profesi a nutnou podmínkou osobnostního i profesního růstu. Pomáhá nám rozpoznat, co do situací přinášíme my sami – naše postoje, nálady, očekávání a obrany. Jakmile se však naučíme tento vnitřní pohyb pozorovat, můžeme jít o krok dál: začít vnímat také to, **jak vzniká samotná situace**.

Každé setkání s pacientem, každá konzultace, každé slovo se odehrává v určitém poli vztahů a významů, které vytváříme společně. Zatímco sebereflexe obrací pozornost dovnitř, klinická fenomenologie a aplikace teorie pole rozšiřují naši perspektivu směrem ven, k prostoru mezi námi. Učí nás zpomalit, vnímat, co se skutečně děje, a uvědomit si, že realita klinického setkání není daná předem. Vzniká v každém okamžiku, v každém pohledu, tónu hlasu i v tichu, které mezi slovy zůstává.

V následujících kapitolách se proto budeme vedle individuální sebereflexe opakovaně vracet také k otázce, jak spolu se svými pacienty, kolegy a systémem vytváříme klinické „pole“, ve kterém se rozhodujeme a jednáme. Právě v tomto poli se pak odehrává vše, čemu se budeme v praktické části knihy věnovat: sdělování závažných zpráv, práce s emocemi, nastavování hranic i sdílené rozhodování.

## 6 Klinická fenomenologie a teorie pole v medicíně

### 6.1 Klinická fenomenologie: jak vidět pacienta takového, jaký je

Klinická praxe je místem setkávání dvou světů. Na jedné straně stojí svět odborných teorií, znalostí a klinických schémat, na druhé svět živé zkušenosti, emocí a lidského prožívání. Fenomenologický přístup v medicíně nám pomáhá neztratit to, co je nejcennější: schopnost skutečně vidět druhého člověka tak, jak se nám ukazuje, ještě před tím, než si o něm začneme myslet, kým je nebo co jeho chování znamená.

Často můžeme podlehnout představě, že chceme-li vnímat objektivně, musíme „vypnout“ naši mysl a pocity. Jenže to není možné. Naše mysl funguje prediktivně. Neustále vytváří a aktualizuje předpovědi o světě kolem nás na základě minulých zkušeností. Mozek nečeká pasivně, co se stane, ale aktivně předpovídá, co by se stát mohlo (Friston, 2010; Clark, 2013; Hohwy, 2013). To, co vnímáme, není prostým odrazem reality, ale výsledkem interakce mezi vnějším podnětem a vnitřním modelem světa, do kterého spadá i to, jak vnímáme svou roli zdravotníka, jak o tom budeme ještě dále podrobně pojednávat. Vnímání je proto vždy do určité míry interpretací.

Tento princip, označovaný jako prediktivní zpracování, vysvětluje, proč dva lidé mohou stejnou situaci prožít zcela odlišně. Lékař vidí diagnózu, pacient ohrožení. Když mozek dostane podnět, který neodpovídá jeho předpovědím, vzniká napětí, tzv. predikční chyba, a systém se jí snaží minimalizovat. V klinické komunikaci to znamená, že pokud si vytvoříme obraz situace nebo člověka příliš rychle, začneme reagovat spíše na svou představu než na to, co se skutečně děje.

Právě zde se fenomenologie stává mimořádně užitečnou. Nevyžaduje, abychom přestali myslet, ale abychom si uvědomili, co vnímáme a co se v nás děje. Učí nás zpomalit okamžik mezi vnímáním a hodnocením, abychom dali prostor skutečné zkušenosti. Fenomenologie není o „vypnutí“ myšlenek, ale o reflexi toho, jak naše mysl tvoří význam. Svět kolem nás existuje skrz významy, které mu dáváme. Voják vidí v kupce sena místo, kde se může skrýt, milenci místo pro radovánky. On se krade opatrně, oni běží nedočkavě. Nad hořící svíčkou na stole se jeden z partnerů může rozplývat, jaká je to romantika, zatímco druhý může nervózně pozorovat vosk, jestli nekape na stůl a nezničí ho. Fenomenologie tedy přímo ovlivňuje i naše chování.

Tento princip lze přiblížit i pomocí fyzikální analogie. V kvantové mechanice částice nezaujímá pevnou polohu, dokud není pozorována; její stav je pravděpodobnostní, dokud se akt pozorování nestane součástí systému. V okamžiku měření „kolabuje vlnová funkce“ a z možností se stává jedna skutečnost. Podobně i v klinické interakci se fenomén, který pozorujeme, ustaluje podle toho, jak se na něj díváme. Naše přítomnost, pozornost a způsob naslouchání mění to, co se děje. Tento vztah mezi pozorovatelem a pozorovaným je nevyhnutelný, ale můžeme se učit, jak jeho vliv zpřesnit a vědomě reflektovat.

Fenomenologický přístup nám dává několik základních postojů a kroků, jak tento proces zpomalit a zpřesnit: závorkování (epoché), fenomenologickou redukci a deskriptivní orientaci na prožívání. Na tyto základní kroky pozdější fenomenologická psychologie a klinické směry navazují pojmem horizontální vnímání situace (horizontalizace), tedy schopností vnímat jev vždy v širším kontextu vztahů, významů a možností, které jsou v daném setkání přítomny. Mj. to také znamená dát na začátku všem jevům stejný význam a nerozhodovat za pacienta, co je pro něj důležité.

## 6.2 Tři principy klinické fenomenologie

### 6.2.1 Závorkování (epoché)

Edmund Husserl (1913/1983) označil jako epoché schopnost dočasně „pozastavit“ naše soudy o tom, co věci znamenají. Nejde o to přestat myslet nebo ztratit odbornost, ale o krátké pozdržení interpretace, které nám umožní dívat se znovu čerstvým pohledem. V klinické praxi to znamená například neinterpretovat hned pacientovo chování, ale nejprve si všimnout, co přesně se děje. Místo „*pacient pláče, protože je asi labilní*“ se můžeme spolehnout na to, co vidíme, tedy „*má slzy v očích*“. Na chvíli závorkujeme své vlastní dojmy, pocity, sympatie či antipatie, a prostě jen pozorujeme. Závorkování pomáhá oddělit pozorování od výkladu, otevírá prostor pro přesnější porozumění a umožňuje nám se ptát. A tak můžeme např. zjistit, že pacient se bojí, protože podobné potíže, které zažívá, nedávno předcházely úmrtí jeho blízkého člověka.

### 6.2.2 Deskripce

Fenomenologický popis je pečlivé pojmenování toho, co se právě ukazuje, bez hodnocení. Husserl (1913/1983) a později Merleau-Ponty (1945/2012) zdůrazňovali, že pravé poznání nezačíná teorií, ale vnímáním. Deskripce v klinické komunikaci znamená vrátit se k tomu, co je přímo pozorovatelné. Například místo „*pacient je úzkostný a labilní*“ můžeme říct „*mluví tiše, dívá se do země, ruce se mu jemně chvějí*“. Takový popis nezavádí předčasný závěr a umožňuje, aby pacient sám popsal význam svého prožívání.

### 6.2.3 Horizontální vnímání (horizontalizace)

Tento pojem označuje schopnost nahlížet všechny aspekty situace (tělesné, emoční i verbální) jako rovnocenné, aniž bychom hned vyzdvihli jeden z nich jako klíčový. Každý jev má na začátku stejnou váhu a teprve později, v průběhu rozhovoru nebo vyšetření, se na horizontu pozorování vynořují ty, které se ukazují jako podstatné. Tím se vyhneme tomu, že by první dojem určoval celý obraz pacienta. Tento princip chrání před diagnostickými zkratkami a podporuje klinickou všímavost (Galvin & Todres, 2013).

### 6.3 Klinická aplikace fenomenologie

Fenomenologický přístup má dlouhou tradici i v klinické psychiatrii. Karl Jaspers (1913/1997) jej popsal jako způsob, jak zkoumat pacientovu zkušenost „zevnitř“ a bez předběžných interpretací. Fenomenologicky zaměřený rozhovor se nesoustředí primárně na vysvětlení symptomů, ale snaží se pochopit, jak pacient prožívá svět, své tělo, nemoc a vztah k druhým lidem. Z této tradice vycházejí i současné práce Susan Toombs (1993) nebo Havi Carel (2016), které ukazují, že nemoc není jen biologická událost, ale zásadní proměna způsobu, jakým člověk zakouší svět a sebe sama.

Ve výuce lékařské psychologie je možné tento přístup trénovat jednoduchými cvičeními. Například studenti mohou popsat pacienta pouze pomocí pozorovatelných jevů, bez domněnek o jejich příčině. Nebo mohou po rozhovoru formulovat dvě verze popisu: jednu „co jsem skutečně viděl a slyšel“ a druhou „co si o tom myslím“. Tento rozdíl pomáhá rozpoznat, kde končí deskripce a kde začíná interpretace, a tím prakticky zakoušet principy závorkování a fenomenologické redukce.

Fenomenologie tak přirozeně navazuje na sebereflexi. Učí nás rozlišovat mezi tím, co do situace vnášíme my sami, a tím, co je vlastní druhému člověku. Čím více jsme si vědomi svých postojů, očekávání a tendence k rychlému výkladu, tím více se dokážeme přiblížit skutečné zkušenosti pacienta. To je klíčový krok k autentickému porozumění, které nelze nahradit žádnou technikou ani komunikačním manuálem.

### 6.4 Fenomenologie jako klinická všímavost

V praxi se fenomenologický postoj podobá klinické mindfulness. Zpomaluje automatické hodnocení a umožňuje vnímat jemné detaily projevu pacienta, tón hlasu, gesta, rytmus řeči i výraz v očích. Tím se lékař stává citlivějším nejen k pacientovi, ale i k sobě. Jak upozorňuje Finlay (2011), fenomenologická všímavost rozvíjí schopnost být přítomen, aniž bychom situaci ovládali nebo přetvářeli. Vytváří prostor, v němž může vyrůstat opravdové setkání.

### 6.5 Teorie pole v klinické praxi

Fenomenologický pohled přirozeně zapadá do teorie pole, kterou popsal Kurt Lewin (1936) a kterou později dále rozvinula gestalt terapie (Perls, Hefferline & Goodman, 1951). Teorie pole nahlíží realitu jako na celek propojených částí, které se vzájemně ovlivňují (s tím, že vzniklý celek je více než prostá suma jeho částí). Každý prvek, člověk, prostředí, tělo, vztah i širší kontext je proměnlivou součástí dynamického systému, v němž spolu vše souvisí.

Fenomenologii lze v tomto smyslu chápat také jako **způsob, jakým toto pole vnímáme a zakoušíme**. Jak ukazuje už Edmund Husserl, zkušenost nikdy nevzniká izolovaně, ale vždy ve vztahu k okolnímu světu. Člověku proto nelze porozumět odděleně od prostředí, v němž žije a jedná. Bez kontaktu s druhými a s konkrétní situací například nelze smysluplně určit, zda je někdo introvertní či extrovertní, tyto rysy se vždy ukazují a projevují až v poli vztahů.

Jedna výstižná metafora tuto myšlenku dobře ilustruje: nelze si odnést vlnu z moře do bazénu a tam ji studovat. Pokud chceme porozumět vlně, musíme se vydat na moře, být v pohybu vody, vnímat vítr, proudy a souvislosti. Stejně tak v klinické praxi nelze člověka pochopit izolovaně, vytrženého z jeho pole (životního prostředí, životního stylu, vztahů, sociálních podmínek atd.).

V medicínské praxi to znamená, že žádný pacient, rozhovor ani zdravotník neexistují odděleně. Porozumění vzniká v živém kontaktu. Každý pohled, každé slovo a každé gesto mění a ovlivňuje podobu celého pole. Pokud lékař zaujme obranný postoj, pacient na něj reaguje uzavřením. Když se lékař uvolní a zůstane v kontaktu, proměňuje se atmosféra rozhovoru, tempo i kvalita naslouchání.

Z tohoto pohledu přestává být pacient izolovanou jednotkou, kterou posuzujeme zvenčí. Můžeme se místo toho dívat na situaci, ve které se s pacientem nacházíme, jako na společně utvářený celek. To, co se v rozhovoru objeví, úzkost, podráždění, bezmoc, klid, není jen „jeho“ nebo „naše“. Je to fenomén, který vzniká v poli mezi námi.

Takto chápané pole proměňuje samotný způsob myšlení o léčbě i komunikaci. Připomíná, že žádný vztah není jednostranný a že uzdravení se často děje právě v prostoru mezi lidmi, nikoli uvnitř jednoho z nich. Zdravotník, který vnímá vztah jako pole, se stává citlivějším, méně soudícím a odolnějším. Není to projev pasivity, ale hlubší formy porozumění: vědomí, že to, co vidím, jsem pomohl spoluvytvořit.

Taková perspektiva nás chrání i před přetížením. Pokud se něco v rozhovoru nedaří, nemusíme to chápat jako osobní selhání. Můžeme se ptát, co se v poli mezi námi právě děje a jak se do něj mohu zapojit jinak. Teorie pole tak poskytuje rámec, který spojuje fenomenologické vidění, sebereflexi i etiku péče: učí nás vidět, že vztah není prostředek k léčbě, ale sám je léčebným procesem.

Fenomenologie a teorie pole nejsou v této knize pouze filozofickým pozadím, ale tvoří základní rámec celého přístupu. Ve všech následujících kapitolách se k nim budeme implicitně vracet v tom, jak popisujeme klinické situace, jak hledáme správná slova, jak rozumíme emocím i tomu, co se děje v prostoru mezi lidmi.

Zároveň tento pohled přesahuje samotné setkání pacienta se zdravotníkem. Teorie pole nám připomíná, že člověku nelze porozumět izolovaně, vytrženému z kontextu jeho vztahů, životních podmínek a dlouhodobých způsobů zvládnání zátěže. Symptomy, emoce i tělesné obtíže často nevznikají „v člověku samotném“, ale v dynamickém poli jeho každodenního života – v opakovaných konfliktech, chronickém stresu, nefunkčních copingových strategiích či dlouhodobém přetížení. Rámec fenomenologie a teorie pole nám tak pomáhá nejen lépe porozumět pacientově zkušenosti, ale také citlivěji uvažovat o tom, jak se potíže udržují a kde se může otevřít prostor pro změnu.

## 7 Profesní socializace, odpovědnost a role zdravotníka v klinické komunikaci

Dosavadní kapitoly ukázaly, že kvalita klinické komunikace není dána pouze technikami rozhovoru, ale vychází z hlubších psychologických předpokladů, které zdravotník do kontaktu s pacientem přináší. Patří k nim způsob, jak pracuje se svou empatií a soucitem, jak rozumí vlastním emocím i emocím pacienta a jak nahlíží na svou profesní odpovědnost.

V této kapitole se zaměříme na tři vzájemně propojené oblasti:

1. **profesní socializaci a emoční odstup,**
2. **realistické pojetí profesní odpovědnosti a limitů medicíny,**
3. **sebereflexi role zdravotníka mezi mocí a partnerstvím.**

Cílem není zdravotníky kritizovat, ale pojmenovat procesy, kterými jsme v medicíně formováni, často nevědomě. Teprve tam, kde jim rozumíme, dává smysl hledat udržitelnější způsoby, jak být s pacienty i se sebou v kontaktu.

### 7.1 Profesní socializace: mezi odstupem a klinickou empatií

Většina lékařů a zdravotních sester nevstupuje do medicíny bez empatie. Zájem o druhé, citlivost k lidskému utrpení a potřeba vykonávat smysluplnou práci patří k nejsilnějším motivům ke studiu zdravotnických profesí. Přesto se u mnoha zdravotníků v průběhu let objevuje pocit, že se jejich vztah k pacientům proměnil. Postupně se může objevit větší odstup, větší racionalita, menší emoční otevřenost.

Tento posun bývá v praxi často interpretován osobně: jako selhání, vyhoření, ztráta ideálů nebo „otupění“. Takový výklad je však zjednodušující a nespravedlivý. Současná odborná literatura ukazuje, že jde ve velké míře o předvídatelný důsledek profesní a emoční socializace v medicíně, nikoli o individuální morální deficit. Zdravotníci se v průběhu studia a praxe neučí pouze odborné znalosti a dovednosti, ale také to, jaký vztah mít k emocím, utrpení, blízkosti a odstupu.

Tento proces detailně shrnuje přehledový článek Undermanové a Hirshfieldové (2016), který ukazuje, že moderní lékařské vzdělávání systematicky formuje emoční nastavení zdravotníků, často implicitně a bez explicitní reflexe. Autoři navazují na klasické sociologické práce a popisují, jak se ideál profesionálního odstupu stal jedním ze základních kamenů lékařské identity.

Již Renée Fox ve své zásadní studii o vzdělávání lékařů popsala, že budoucí lékaři se učí pracovat v podmínkách nejistoty, utrpení a smrti tím, že si osvojují specifický způsob emoční regulace. Tento proces označila jako „trénink nejistoty“ (Fox, 1957). Z něj se postupně vyvinul koncept tzv. detached concern, profesionálního odstupu kombinovaného se zájmem o pacienta. Odstup zde neměl znamenat nezájem, ale ochranný mechanismus, který umožňoval lékařům jednat a rozhodovat i v emočně extrémních situacích.

Undermanová a Hirshfieldová však ukazují, že v podmínkách současné medicíny se tento původně adaptivní mechanismus často proměňuje v rigidní normu profesionality. Odstup přestává být vědomou strategií a stává se automatickým očekáváním. Emoce jsou vnímány jako něco, co je třeba potlačit, skrýt nebo delegitimizovat. Tento posun přitom neprobíhá prostřednictvím formální výuky, ale skrze každodenní praxi.

Zásadní roli zde hraje tzv. skryté kurikulum. Hafferty (1998) upozornil, že hodnoty, postoje a způsoby jednání se v medicíně předávají především neformálně, prostřednictvím organizační kultury, reakcí nadřízených, způsobu komunikace na oddělení a implicitních očekávání. Studenti a mladí lékaři se tak učí nejen tomu, co dělat, ale především jakým způsobem to dělat, aby zapadli do systému. Z tónu vizit, z humoru na pracovišti, z reakcí na chybu nebo nejistotu si osvojují představu, že emoce jsou slabost a že profesionál „to má zvládat“. Podobnou roli bohužel sehrávají i způsoby, jakými zdravotníci mluví o pacientech v jejich nepřítomnosti.

V tomto kontextu se objevuje fenomén, který je v literatuře popisován jako pokles či eroze empatie v průběhu studia a rané klinické praxe. Longitudinální studie Hojata a kol. (2009) ukázala, že k nejméně výraznějšímu poklesu dochází často v období přechodu do klinické výuky. Systematický přehled Neumanna a kol. (2011) tento jev potvrdil napříč různými vzdělávacími systémy a zeměmi. Autoři se shodují, že nejde o ztrátu schopnosti empatie, ale o adaptivní reakci na kombinaci časového tlaku, kognitivní zátěže, emoční expozice a nedostatku bezpečného prostoru pro reflexi.

Z tohoto pohledu není emoční odstup selháním lidskosti, ale strategií přežití. Problém nastává ve chvíli, kdy se tato strategie stává jediným dostupným způsobem fungování. Kritické práce upozorňují, že nadměrný důraz na emoční neutralitu může vést k depersonalizaci pacientů, morálnímu distancování a postupné ztrátě smyslu práce (Wear & Aultman, 2005). Zdravotník pak může fungovat technicky správně, ale vztahově prázdně.

V reakci na tuto kritiku se v odborném diskurzu objevuje posun od rigidního modelu detached concern ke konceptu klinické empatie. Judith Halpern (2001) ji popisuje nikoli jako emoční pohlcení nebo soucit v běžném slova smyslu, ale jako schopnost porozumět pacientově zkušenosti tak, aby toto porozumění zlepšovalo klinický úsudek a rozhodování. Emoce zde nejsou překážkou odbornosti, ale zdrojem informací, pokud s nimi zdravotník dokáže vědomě a reflektovaně pracovat.

Undermanová a Hirshfieldová tento posun interpretují jako hledání nové rovnováhy mezi odstupem a angažovaností. Nejde o návrat k idealizovanému humanismu, ale o rozšíření pojetí profesionality. Klíčovou kompetencí moderního zdravotníka není potlačení emocí, ale schopnost pohybovat se mezi blízkostí a odstupem podle toho, co situace vyžaduje (Underman & Hirshfield, 2016). Tam, kde je zdravotník schopen flexibilně regulovat svou emoční angažovanost, klesá riziko vyhoření a zároveň roste kvalita vztahu s pacientem. Naopak rigidita – ať už na straně chladného odstupu, nebo na straně přetížení soucitem – zvyšuje riziko selhání na obou úrovních.

Tato kapitola proto nevychází z předpokladu, že zdravotník „málo cítí“ nebo „málo umí“, ale z porozumění tomu, že v průběhu profesní cesty se učíme mnoho věcí automaticky a některé z těchto adaptací nám v současných podmínkách už nemusí sloužit. Smyslem není tyto procesy zpochybnit, ale učinit je vědomými.

## 7.2 Profesní odpovědnost a její hranice

Jedním z nejčastějších zdrojů dlouhodobé psychické zátěže v medicíně je nejasné nebo nerealistické pojetí profesní odpovědnosti. Zdravotníci se v každodenní praxi často setkávají s implicitním přesvědčením, že nesou odpovědnost za pacienta ve všem a za všech okolností. Toto přesvědčení nebývá explicitně formulováno, ale projevuje se v pocitech viny, bezmoci a sebekritiky v situacích, kdy se pacientův stav nevyvíjí podle očekávání, kdy pacient nedodrží doporučení nebo kdy léčba selže navzdory odborně správnému

postupu. Právě tato nevyčtená představa všezahrnující odpovědnosti patří k hlavním psychologickým mechanismům, které dlouhodobě zatěžují zdravotníky a zvyšují riziko emočního vyčerpání a vyhoření.

V klinické realitě je však odpovědnost zdravotníka vždy **časově i obsahově ohraničená**. Zdravotník nese odpovědnost za kvalitu diagnostického uvažování, za volbu adekvátní léčby, za technické provedení výkonu, za srozumitelnou, poctivou a přiměřenou komunikaci a za doporučení, která vycházejí z aktuálních odborných poznatků. Tato odpovědnost je plně přítomná v okamžiku konzultace, během operačního výkonu nebo v průběhu hospitalizace.

Ve chvíli, kdy pacient odchází z ordinace nebo z nemocnice, vstupuje do hry další rovina reality, kterou zdravotník již nemůže kontrolovat. Pacient činí vlastní rozhodnutí, interpretuje doporučení v kontextu svého života, zvažuje jejich dopad a nese odpovědnost za to, jak s nimi naloží. Pokud zdravotník tuto hranici vnitřně nerozlišuje, snadno se dostává do pozice, v níž na sebe přebírá odpovědnost i za to, co je mimo jeho reálný vliv. Sebekritika se pak neaktivuje pouze při odborné chybě, ale i v situacích, kdy pacient nedodržuje léčbu, odmítá změnu životního stylu nebo činí rozhodnutí, s nimiž zdravotník odborně nesouhlasí. Takové přebírání odpovědnosti za celý pacientův život je psychologicky neudržitelné a dlouhodobě vede k pocitu selhání, vyčerpání a k tendenci emočně se od pacientů distancovat.

Tento problém nelze pochopit ani řešit pouze na úrovni organizační či technické. Dotýká se hlubší existenciální roviny medicíny, v níž se každodenně setkávají svoboda, odpovědnost a biologické a existenciální limity lidského života. Existenciální psychologie dlouhodobě upozorňuje na to, že lidská odpovědnost nemůže být chápána jako kontrola nad výsledkem, ale jako vztah k situaci, v níž se člověk ocitá. Viktor Frankl ve svých základních pracích opakovaně zdůrazňuje, že člověk není svobodný ve volbě okolností, které ho potkávají, ale zůstává svobodný ve volbě postoje, jaký k nim zaujme (Frankl, 1946/2006; Frankl, 1969). V kontextu medicíny to znamená, že zdravotník nemá odpovědnost za všechny proměnné, které ovlivňují výsledek léčby, ale má odpovědnost za to, jak jedná v rámci své role a jak se vztahuje k realitě, kterou již nemůže změnit.

Franklovo pojetí odpovědnosti není výzvou k heroickému výkonu ani k omnipotenci. Naopak vychází z přijetí lidské omezenosti jako základní skutečnosti. Smysl profesionální role zdravotníka se tak často nenaplnuje dosažením ideálního výsledku, ale kvalitou přítomnosti, rozhodování a postoje v situacích, kde výsledek nelze zaručit. Toto pojetí odpovědnosti umožňuje zachovat profesní integritu bez nutnosti nést tíhu všemocné kontroly nad životem a zdravím druhého člověka.

Na tuto perspektivu navazuje Irvin Yalom, který ve své existenciální psychoterapii rozlišuje mezi vinou vyplývající z reálného zanedbání odpovědnosti a vinou, která vzniká z přisvojení odpovědnosti za to, co bylo mimo kontrolu jednotlivce (Yalom, 1980). V medicíně je toto rozlišení zásadní. Pokud zdravotník nerozlišuje mezi tím, co mohl ovlivnit, a tím, co již ovlivnit nemohl, snadno se dostává do chronického pocitu selhání, který je pro život destruktivní. Taková vina nevede k učení, ke zlepšení péče ani k růstu a klinické moudrosti, ale k emočnímu stažení, aktivaci ego-obranných mechanismů nebo cynismu.

Existenciální pojetí odpovědnosti zároveň zdůrazňuje, že se léčebný proces vždy odehrává v prostoru sdílené odpovědnosti. Odpovědnost zdravotníka končí tam, kde začíná odpovědnost pacienta. Pacient není pasivním objektem péče, ale aktivním účastníkem, který činí vlastní volby a nese jejich důsledky. Sdílené rozhodování v tomto

smyslu nepředstavuje pouze etický ideál moderní medicíny, ale také důležitý ochranný faktor duševního zdraví zdravotníka. Umožňuje jasně komunikovat, co je v moci zdravotníka, co je v moci pacienta a kde se oba setkávají s limity, které nelze odstranit ani nejlepší možnou péčí.

Celá tato učebnice vychází z předpokladu, že profesní odpovědnost zdravotníka nelze dlouhodobě udržet bez systematické práce s těmito tématy. Následující praktické kapitoly se proto zaměřují na konkrétní komunikační a psychologické dovednosti, které umožňují odpovědnost realisticky vymezovat, sdílet a nést – včetně práce s očekáváními, sdíleným rozhodováním, komunikací nejistoty i s pocity viny, selhání a chybování.

### 7.3 Limity medicíny jako součást profesionální role

V klinické praxi je důležité otevřeně pracovat také s tématem **limitů medicíny a limitů vědění**. Ne proto, abychom pacienty strašili nebo jim brali naději, ale proto, že nepojmenované limity vytvářejí nerealistická očekávání, která se později promění ve frustraci, pocit nespravedlnosti a často i v hledání viníka. Citlivé pojmenování limitů je ve skutečnosti způsobem, jak chránit důvěru. Pacient snáze unese nepříznivý vývoj, pokud byl předem připraven na to, že medicína je silná a vysoce kompetentní, ale nikoli všemocná, a že výsledky léčby nejsou vždy plně v rukou lékaře ani pacienta.

Současná kultura navíc často posiluje obraz medicíny jako technicky dokonalého systému, který „*má řešení*“ na většinu problémů, a pokud řešení nepřichází, je to nutně chyba konkrétního člověka nebo instituce. Tento obraz nevzniká jen z individuálních očekávání, ale i z mediální prezentace medicíny, která přirozeně zdůrazňuje průlomy, zázraky a úspěchy, zatímco méně viditelná zůstává každodenní práce s nejistotou, pravděpodobností, komplikacemi a limity lidského těla. O to větší odpovědnost pak mají zdravotníci jako profesionálové, kteří mohou pomáhat kultivovat realističtější porozumění tomu, co medicína umí, co teprve hledá a co někdy navzdory maximální snaze ovlivnit nelze.

Karl Jaspers popsal tyto situace jako **mezní situace (Grenzsituationen)** – nemoc, utrpení a smrt, tedy situace, které nelze odstranit lepší organizací práce, větší odborností ani větším osobním nasazením (Jaspers, 1938/1970). Nejde o problém, který by bylo možné technicky vyřešit, ale o realitu, se kterou je třeba se naučit profesionálně zacházet.

V klinické praxi mají mezní situace konkrétní podobu: léčba nevede k očekávanému výsledku, nemoc postupuje navzdory správnému postupu, pacient umírá, i když bylo uděláno vše možné, nebo činí rozhodnutí, s nimiž zdravotník odborně nesouhlasí. V těchto chvílích naráží běžná logika medicíny založená na kontrole, intervenci a zlepšování výsledku na své limity. Jaspers upozorňuje, že v mezních situacích se neukazuje nedostatek odbornosti, ale hranice lidské kontroly. Pokud jsou tyto situace vnitřně chápány jako osobní selhání nebo důkaz nedostatečné odpovědnosti, stávají se významným zdrojem pocitů viny, bezmoci a dlouhodobé psychické zátěže.

Klíčové je, aby se o limitech mluvilo průběžně a včas, nikoli až ve chvíli, kdy se situace zhoršuje. Předběžné rámování očekávání je forma profesionální péče. Neříká pacientovi „nejde to“, ale „uděláme maximum a současně počítáme s tím, že vývoj může mít více scénářů“. Takový rámec nechává prostor pro naději, ale ukotvuje ji v realitě. Naděje pak nemusí být definována jen jako naděje na úplné uzdravení, ale může se transformovat do naděje na úlevu, stabilizaci, důstojnost, čas, smysluplné rozhodování a co nejlepší kvalitu života v daných podmínkách.

Z praktického hlediska má taková komunikace ještě jeden důležitý dopad na duševní zdraví zdravotníka. Pokud jsou limity medicíny v rozhovoru s pacientem jasně a průběžně pojmenovávány, snižuje se pravděpodobnost, že zdravotník bude později čelit přenesenému hněvu, obviněním nebo tlaku na „zázračné řešení“, a současně se snižuje riziko, že si sám bude přisvojovat odpovědnost za to, co nikdy nemohl garantovat. Otevřená práce s limity tak podporuje nejen realističtější očekávání pacienta, ale i udržitelnější pojetí profesní odpovědnosti.

#### 7.4 Mezi mocí a partnerstvím: sebereflexe role zdravotníka

Reflexe limitů medicíny a sdílené odpovědnosti s pacientem není náročná pouze odborně a komunikačně, ale také psychologicky. V pozadí tohoto tématu se často odehrává méně viditelný, avšak podstatný proces, který se týká **identity zdravotníka a jeho role**.

Medicína historicky i kulturně vytvářela obraz lékaře jako nositele výjimečného vědění a moci, jako toho, kdo ví, rozhoduje a zachraňuje. Tento obraz nebyl pouze společenským konstruktem, ale po dlouhou dobu odpovídal i reálným asymetriím ve znalostech a možnostech rozhodování. V moderní medicíně se však tento obraz postupně proměňuje. Rozvoj informovanosti pacientů, důraz na autonomii, sdílené rozhodování a individualizaci péče posouvají zdravotníka z pozice autority, která „ví a rozhoduje“, do role odborného partnera, který své znalosti nabízí ve službě pacientovým hodnotám, cílům a životnímu příběhu.

Tento posun je eticky žádoucí a klinicky smysluplný, ale z psychologického hlediska nemusí být snadný. Přijetí limitů vlastní moci a kontroly může v některých případech znamenat i narušení idealizovaného obrazu sebe sama v profesní roli. V psychoanalytické i existenciální literatuře se tento proces popisuje jako forma narcistního zranění, tedy konfrontace mezi představou o vlastní výjimečnosti a realitou lidské omezenosti. V kontextu medicíny nejde o patologický narcismus, ale o běžnou lidskou reakci na ztrátu role, která poskytovala pocit jistoty, kontroly a významu.

Edmund Pellegrino, jeden ze zakladatelů moderní filozofie medicíny, upozorňuje, že právě pokušení moci je v lékařské profesi strukturálně přítomné a že etická zralost lékaře spočívá mimo jiné ve schopnosti tuto moc reflektovat a vědomě omezovat ve prospěch pacienta (Pellegrino & Thomasma, 1988). Přechod od role „poloboha v bílém plášti“ k roli partnera neznamena ztrátu profesionality ani odborné autority. Znamená však změnu zdroje smyslu profesní identity. Smysl již není primárně odvozen od kontroly nad výsledkem, ale od kvality procesu, vztahu a schopnosti nabídnout odborné vedení v souladu s pacientovým životním kontextem.

Tuto perspektivu rozvíjí i Eric Cassell, který opakovaně zdůrazňuje, že cílem medicíny není pouze boj s nemocí, ale péče o člověka, jehož nemoc zasahuje celkově v jeho životě, hodnotách a vztazích (Cassell, 2004). V tomto pojetí není medicína cílem sama o sobě, ale prostředkem, který má sloužit tomu, aby nemocný mohl žít svůj život v kontextu svých hodnot, potřeb a smyslu života a v souladu s vlastním porozuměním zdraví a nemoci.

Z tohoto pohledu lze odpovědnost zdravotníka chápat méně jako kontrolu a více jako službu. Zdravotník nabízí své znalosti, zkušenosti a doporučení proto, aby pacient mohl činit informovaná rozhodnutí v souladu se svými hodnotami, prioritami a cíli. Medicína zde není nadřazeným systémem, který určuje, co je „správné“, ale odborným rámcem, který pomáhá pacientovi orientovat se v možnostech, rizicích a důsledcích jednotlivých voleb. Emanuel a Emanuel (1992) popisují tento posun jako přechod od paternalistické-

ho modelu k modelu partnerskému, v němž lékař není tím, kdo rozhoduje za pacienta, ale tím, kdo mu pomáhá porozumět tomu, co jednotlivé volby znamenají pro jeho život.

Právě zde se ukazuje etická i psychologická problematičnost rozhodování „za pacienta“ bez explicitního zohlednění jeho hodnot. Doporučit léčbu, která prodlouží přežití za cenu výrazného omezení kvality života, zamřít nejistoty nebo neotevřít téma alternativ může být motivováno snahou pomoci, ale zároveň může znamenat, že medicína přestává sloužit životu pacienta a začíná sloužit vlastní logice výkonu, prodloužování či statistického úspěchu. Takové jednání může být v rozporu s pacientovou autonomií, ale i s dlouhodobou profesní integritou zdravotníka.

Sebereflexe vlastní role je proto nezbytnou součástí práce s odpovědností. Umožňuje zdravotníkovi vnímat, kdy jej k rozhodování vede skutečný zájem o pacienta a kdy může hrát roli nepojmenovaná potřeba kontroly, významu nebo ochrany vlastního profesního obrazu. Tato reflexe není známkou slabosti, ale naopak znakem profesní zralosti. Umožňuje zůstat odborníkem, aniž by bylo nutné setrvávat v iluzi všemocnosti, a přijmout roli partnera, který nese odpovědnost za proces péče, nikoli za celý život druhého člověka.

V tomto smyslu se odpovědnost, limity medicíny, empatie, soucit a sebe-soucit setkávají v jednom bodě. Přijetí vlastní lidské omezenosti chrání zdravotníka před vyčerpáním, pacienta před ztrátou autonomie a vztah před narušením důvěry. Medicína se tak může znovu stát tím, čím má být ve svém nejhlubším smyslu: odbornou a lidskou službou, která podporuje život v jeho konkrétní, jedinečné a někdy i bolestně omezené podobě.

## 7.5 Integrativní závěr: od postoje k praxi

Lékařská psychologie a komunikace nejsou samostatnou disciplínou vedle medicíny. Jsou pozadím, ze kterého medicína a každé lidské setkání v ní vyrůstají. To, jak rozumíme vzájemné závislosti, sdílené lidskosti, základním psychologickým potřebám, vlastní emoční reakci i limitům medicíny, určuje, jak budeme v klinické praxi rozhodovat, mluvit a nést odpovědnost. Nejde o doplněk k odbornosti, ale o rámec, který dává odbornosti směr a udržuje ji lidskou i dlouhodobě udržitelnou.

Sebereflexe a schopnost vnímat „pole“ mezi námi a pacientem nám připomínají, že klinická situace nikdy nevzniká izolovaně. To, co se odehrává v rozhovoru, v emocích a v těle pacienta, není jen „jeho“ nebo „naše“, je to společný produkt vztahu, očekávání, prostředí a systému, ve kterém pracujeme. Jak v tomto poli vnímáme, formulujeme a reagujeme, má přímý dopad na průběh péče, kvalitu rozhodování i na naši vlastní zátěž.

Druhá část knihy se proto posouvá od postoje k praxi. Nabízí konkrétní situace, kroky a věty pro klinickou medicínu, jak sdělovat závažné zprávy, jak pracovat s obavami, jak mluvit o nejistotě, jak nastavovat hranice nebo jak se nenechat vtáhnout do pasti čistě odborné odpovědi. Nejde o seznam „správných vět“, ale o praktické návody, jak principy lidské, psychologicky poučené medicíny převést do každodenních rozhovorů tak, aby byla péče srozumitelná, účinná a zároveň únosná pro pacienta i pro zdravotníka.

## 8. Literatura

Alves Nogueira, A. C., Melo, A. K., Góis, A. C., Pereira, M., Carona, C., & Canavarro, M. C. (2024). The associations between physician–patient communication and adjustment outcomes of patients and physicians: A systematic review and meta-analysis of correlations. *Health Communication*, 39(9), 1781–1794. <https://doi.org/10.1080/010410236.2023.2243043>

- Ayers, S., & de Visser, R. (2018). *Psychology for medicine and healthcare* (3rd ed.). SAGE.
- Bach, P. B. (2014, May 5). The day I started lying to Ruth. *New York Magazine*.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice, 11*(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Boissy, A., Windover, A. K., Bokar, D., Karafa, M., Neuendorf, K., Frankel, R. M., Merlino, J., & Rothberg, M. B. (2016). Communication skills training for physicians improves patient satisfaction. *Journal of General Internal Medicine, 31*(7), 755–761. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3597-2>
- Branch, W. T., Kern, D., Haidet, P., Weissmann, P., Gracey, C. F., Mitchell, G., & Inui, T. (2001). Teaching the human dimensions of care in clinical settings. *JAMA, 286*(9), 1067–1074. <https://doi.org/10.1001/jama.286.9.1067>
- Breines, J. G., & Chen, S. (2012). Self-compassion increases self-improvement motivation. *Personality and Social Psychology Bulletin, 38*(9), 1133–1143. <https://doi.org/10.1177/0146167212445599>
- Carel, H. (2016). *Illness: The cry of the flesh* (2nd ed.). Routledge.
- Cassell, E. J. (2004). *The nature of suffering and the goals of medicine* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Centers for Medicare & Medicaid Services. (2012). Hospital value-based purchasing. <https://www.cms.gov/>
- Charon, R. (2001). Narrative medicine: A model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA, 286*(15), 1897–1902. <https://doi.org/10.1001/jama.286.15.1897>
- Clark, A. (2013). Whatever next? Predictive brains, situated agents, and the future of cognitive science. *Behavioral and Brain Sciences, 36*(3), 181–204. <https://doi.org/10.1017/S0140525X12000477>
- Coyle, A. C., Yen, R. W., & Elwyn, G. (2022). Interrupted opening statements in clinical encounters: A scoping review. *Patient Education and Counseling, 105*(8), 2653–2663. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.03.016>
- Cruess, R. L., Cruess, S. R., & Steinert, Y. (2014). Teaching professionalism: Supporting the development of a professional identity. *Academic Medicine, 89*(11), 1446–1451. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000000425>
- de Waal, F. B. M. (2008). Putting the altruism back into altruism: The evolution of empathy. *Annual Review of Psychology, 59*, 279–300. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.59.103006.093625>
- de Waal, F. B. M., & Preston, S. D. (2017). Mammalian empathy: Behavioural manifestations and neural basis. *Nature Reviews Neuroscience, 18*(8), 498–509. <https://doi.org/10.1038/nrn.2017.72>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry, 11*(4), 227–268. [https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104\\_01](https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01)
- DiMatteo, M. R. (2004). Social support and patient adherence to medical treatment: A meta-analysis. *Health Psychology, 23*(2), 207–218. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.23.2.207>
- Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1992). Four models of the physician–patient relationship. *JAMA, 267*(16), 2221–2226. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03480160079038>
- Epstein, R. M. (1999). Mindful practice. *JAMA, 282*(9), 833–839. <https://doi.org/10.1001/jama.282.9.833>
- Epstein, R. M., & Krasner, M. S. (2013). Physician resilience: What it means, why it matters, and how to promote it. *Academic Medicine, 88*(3), 301–303. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318280cff0>
- Epstein, R. M., Franks, P., Shields, C. G., Meldrum, S. C., Miller, K. N., Campbell, T. L., & Fiscella, K. (2005). Patient-centered communication and diagnostic testing. *Annals of Family Medicine, 3*(5), 415–421. <https://doi.org/10.1370/afm.348>
- Feldman, C., & Kuyken, W. (2011). Compassion in the landscape of suffering. *Contemporary Buddhism, 12*(1), 143–155. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564831>
- Finlay, L. (2011). *Phenomenology for therapists: Researching the lived world*. Wiley-Blackwell.
- Fox, R. C. (1957). Training for uncertainty. In R. K. Merton, G. G. Reader, & P. L. Kendall (Eds.), *The student-physician* (pp. 207–241). Harvard University Press.
- Frankl, V. E. (1969). *The will to meaning*. New American Library.

- Frankl, V. E. (2006). *Man's search for meaning*. Beacon Press.
- Friston, K. (2010). The free-energy principle: A unified brain theory? *Nature Reviews Neuroscience*, 11(2), 127–138. <https://doi.org/10.1038/nrn2787>
- Galvin, K. T., & Todres, L. (2013). *Caring and well-being: A lifeworld approach*. Routledge.
- Gilligan, T., Coyle, N., Frankel, R. M., Berry, D. L., Bohlke, K., Epstein, R. M., & Baile, W. F. (2017). Patient–clinician communication: American Society of Clinical Oncology consensus guideline. *Journal of Clinical Oncology*, 35(31), 3618–3632. <https://doi.org/10.1200/JCO.2017.75.2311>
- Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, 54(7), 493–503. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.7.493>
- Ha, J. F., & Longnecker, N. (2010). Doctor–patient communication: A review. *Ochsner Journal*, 10(1), 38–43.
- Hafferty, F. W. (1998). Beyond curriculum reform: Confronting medicine's hidden curriculum. *Academic Medicine*, 73(4), 403–407.
- Hall, L. H., Johnson, J., Watt, I., Tsipa, A., & O'Connor, D. B. (2016). Healthcare staff wellbeing, burnout, and patient safety: A systematic review. *PLOS ONE*, 11(7), e0159015. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0159015>
- Halpern, J. (2001). *From detached concern to empathy: Humanizing medical practice*. Oxford University Press.
- Harbaugh, W. T., Mayr, U., & Burghart, D. R. (2007). Neural responses to taxation and voluntary giving reveal motives for charitable donations. *Science*, 316(5831), 1622–1625. <https://doi.org/10.1126/science.1140738>
- Haskard Zolnieriek, K. B., & DiMatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Medical Care*, 47(8), 826–834. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819a5acc>
- Hohwy, J. (2013). *The predictive mind*. Oxford University Press.
- Hojat, M., Vergare, M. J., Maxwell, K., et al. (2009). The devil is in the third year: A longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Academic Medicine*, 84(9), 1182–1191. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181b17e55>
- Hülsheger, U. R., & Schewe, A. F. (2011). On the costs and benefits of emotional labor: A meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 16(3), 361–389. <https://doi.org/10.1037/a0022876>
- Husserl, E. (1983). *Ideas pertaining to a pure phenomenology and to a phenomenological philosophy* (F. Kersten, Trans.). Martinus Nijhoff.
- Inagaki, T. K., & Eisenberger, N. I. (2016). Giving support to others reduces sympathetic nervous system-related responses to stress. *Psychophysiology*, 53(4), 427–435. <https://doi.org/10.1111/psyp.12580>
- Iversen, E. D., Wolderslund, M., Kofoed, P.-E., et al. (2021). Communication skills training: A means to promote time-efficient patient-centered communication in clinical practice. *Journal of Patient-Centered Research and Reviews*, 8(4), 307–314. <https://doi.org/10.17294/2330-0698.1782>
- Jaspers, K. (1971). *Philosophy of existence* (R. F. Grabau, Trans.). University of Pennsylvania Press. (Original work published 1938)
- Jaspers, K. (1997). *General psychopathology* (J. Hoenig & M. W. Hamilton, Trans.). Johns Hopkins University Press.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
- Klimecki, O. M., Leiberg, S., Ricard, M., & Singer, T. (2014). Differential pattern of functional brain plasticity after compassion and empathy training. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 9(6), 873–879. <https://doi.org/10.1093/scan/nst060>
- Krasner, M. S., Epstein, R. M., Beckman, H., et al. (2009). Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *JAMA*, 302(12), 1284–1293. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1384>
- Krieger, T., Berger, T., & Holtforth, M. G. (2016). The relationship of self-compassion and depression: Cross-lagged panel analyses in depressed patients after outpatient therapy. *Journal of Affective Disorders*, 202, 39–45. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.032>

- Levinson, W., Roter, D. L., Mullooly, J. P., Dull, V. T., & Frankel, R. M. (1997). Physician–patient communication: The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*, 277(7), 553–559. <https://doi.org/10.1001/jama.1997.03540310051034>
- Lewin, K. (1936). *Principles of topological psychology*. McGraw-Hill.
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545–552. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.06.003>
- Mata, Á. N. de S., et al. (2021). Training in communication skills for self-efficacy of health professionals: A systematic review. *Human Resources for Health*, 19, 30. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00574-3>
- Merleau-Ponty, M. (2012). *Phenomenology of perception* (D. A. Landes, Trans.). Routledge. (Original work published 1945)
- Moll, J., Krueger, F., Zahn, R., et al. (2006). Human fronto-mesolimbic networks guide decisions about charitable donation. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 103(42), 15623–15628. <https://doi.org/10.1073/pnas.0604475103>
- Mulder Vos, I. A., et al. (2023). Doctor-patient communication at the start of a consultation in family practice. *BMJ Open*, 13, e072624. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-072624>
- Najjar, N., Davis, L. W., Beck-Coon, K., & Carney Doebbeling, C. (2009). Compassion fatigue. *Journal of Health Psychology*, 14, 267–277.
- Neff, K. D., Hsieh, Y.-P., & Dejjitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4(3), 263–287. <https://doi.org/10.1080/13576500444000317>
- Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., et al. (2011). Empathy decline and its reasons. *Academic Medicine*, 86(8), 996–1009.
- Panagioti, M., Panagopoulou, E., Bower, P., Lewith, G., Kontopantelis, E., Chew-Graham, C., Dawson, S., van Marwijk, H., Geraghty, K., & Esmail, A. (2017). Controlled interventions to reduce burnout in physicians: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 177(2), 195–205. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.7674>
- Perls, F. S., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality*. Julian Press.
- Preston, S. D., & de Waal, F. B. M. (2002). Empathy: Its ultimate and proximate bases. *Behavioral and Brain Sciences*, 25(1), 1–20. <https://doi.org/10.1017/S0140525X02000018>
- Reuters. (2020, April 24). Italian doctor's cancer battle helps her bond with coronavirus patients.
- Rhoades, D. R., McFarland, K. F., Finch, W. H., & Johnson, A. O. (2001). Speaking and interruptions during primary care office visits. *Family Medicine*, 33(7), 528–532.
- Shanafelt, T. D., Hasan, O., Dyrbye, L. N., et al. (2015). Changes in burnout and satisfaction with work–life balance. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(12), 1600–1613. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.08.023>
- Street, R. L., Makoul, G., Arora, N. K., & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? *Patient Education and Counseling*, 74(3), 295–301. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.015>
- Světlák, M., & Suchý, A. (2011). Psychologická péče o zdravotníky v onkologii. *Klinická onkologie*, 24(4), 302–307.
- Světlák, M., Daňhelová, Š., Kóša, B., Slezáčková, A., & Šumec, R. (2021). Self-compassion in medical students. *BMC Medical Education*, 21, 500. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02930-2>
- Tiwary, A., Rimal, A., Paudyal, B., Sigdel, K. R., & Basnyat, B. (2019). Poor communication by health care professionals may lead to life-threatening complications: Examples from two case reports. *Wellcome Open Research*, 4, Article 7. <https://doi.org/10.12688/wellcomeopenres.15042.1>
- Toombs, S. K. (1993). *The meaning of illness: A phenomenological account of the different perspectives of physician and patient*. Kluwer Academic Publishers.
- Underman, K., & Hirshfield, L. E. (2016). Detached concern? Emotional socialization in twenty-first century medical education. *Social Science & Medicine*, 160, 94–101. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.05.027>

Wear, D., & Aultman, J. M. (2005). *Professionalism in medicine: Critical perspectives*. Springer.

Wolderslund, M., Kofoed, P.-E., & Ammentorp, J. (2021). The effectiveness of a person-centred communication skills training programme for the health care professionals of a large hospital in Denmark. *Patient Education and Counseling*, 104(6), 1423–1430. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.11.018>

Wood, W., & Rüniger, D. (2016). Psychology of habit. *Annual Review of Psychology*, 67, 289–314. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122414-033417>

World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. World Health Organization.

Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. Basic Books.



# ČÁST I

## VNITŘNÍ NASTAVENÍ LÉKAŘE A ZÁKLADNÍ KOMUNIKAČNÍ DOVEDNOSTI

# Jak aplikovat všímavé postoje v medicíně

Rastislav Šumec

## 1. Podstata a praktický rozměr

Empatická a kvalitní komunikace mezi zdravotníkem a pacientem není jen projevem lidskosti v medicíně, ale také klíčovým předpokladem pro efektivní diagnostiku, terapii a pacientovu spokojenost i adherenci k léčbě. Paradoxně však prostředí klinik a nemocnic tomuto vztahu často nenahrává. Zdravotníci jsou pod tlakem, ve stresu, zahlceni požadavky a časovými omezeními. Uprostřed tohoto shonu jako by na pacienta – jako na lidskou bytost – často nezbýval prostor.

V takovém prostředí máme tendenci fungovat na autopilota: nepřítomně, zrychleně, impulzivně a reaktivně. Udržet si v tom všem lidskost, psychickou odolnost a zdravou mysl není něco, co se děje samo od sebe. Naopak – vyžaduje to vědomou iniciativu. Schopnost vnímat, co se děje v naší mysli i těle, okamžik za okamžikem, je dovednost, kterou lze rozvíjet. Této dovednosti se říká všímavost (angl. mindfulness).

Všímavost je prvním krokem k tomu, abychom se naučili zacházet se svou pozorností v medicíně záměrně. A právě toto vědomé nakládání s pozorností je základním pilířem zachování lidskosti, vlídnosti a empatie v naší profesi.

## 2. Všímavé postoje

Mindfulness není jen pasivní, neutrální pozorování vlastní zkušenosti – má jasně definované kvality. Profesor a lékař Jon Kabat-Zinn hovoří o devíti tzv. všímavých postojích (Kabat-Zinn, 1991). Jejich pochopení nejen prohlubuje porozumění mindfulness jako takové, ale také nabízí cenný návod k reflexi nad tím, jak přistupujeme ke své práci v medicíně.

V následující části tyto postoje stručně vysvětlujeme a doplňujeme relevantními příklady z praxe. Zkuste si je projít jako pomyslný „*checklist*“ a zamyslet se, do jaké míry jsou přítomny ve vaší každodenní práci s lidmi.

**1. Nesouzení** – V klinické praxi je nevyhnutelné setkávat se s pacienty i kolegy, kteří v nás vyvolávají nejrůznější reakce. Tendence k rychlému hodnocení je přirozeným automatickým mechanismem, ale může negativně ovlivnit naši schopnost vnímat realitu objektivně a s porozuměním.

**Situace z každodenní praxe:**

- Pacient přichází do ordinace a už od dveří se tváří podrážděně. Moje okamžitá reakce: „*No super, další konfliktní typ, co se bude hádat.*“
- Kolega, který neustále něco nestíhá, dnes přišel na vizitu se zpožděním. Moje první reakce: „*To je ale neschopný člověk.*“

**2. Trpělivost** – Časový tlak a neustálé přerušování práce jsou v medicíně každodenní realitou. Přesto právě schopnost vědomě zpomalit v klíčových momentech může znamenat rozdíl mezi efektivní a frustrující komunikací.

**Situace z každodenní praxe:**

- Pacient s těžkou hypakuzí odpovídá na moje otázky úplně jinak, než jsem se ptal/a. Snažím se mu vysvětlit léčbu, ale stále se vrací k tomu, co ho tíží nejvíc – k bolestem, které s tím nesouvisí.
- Starší pacientka, která zapomene, že jsem jí už třikrát vysvětloval/a, jak si brát léky.

**3. Mysl začátečníka** – Rutina a zkušenost jsou nezbytné pro rychlé a správné rozhodování. Zároveň mohou vést k předčasným závěrům a přehlížení detailů, které nejsou v souladu s našim očekáváním.

**Situace z každodenní praxe:**

- Přichází pacient s bolestí břicha. V hlavě se mi okamžitě zapne „*autopilot*“: „*Asi zase snědl něco zkaženého.*“ Ale co když tentokrát ne? Co když přehlížím něco důležitého? Jsem opravdu otevřený/á tomu, co mi pacient říká, nebo jen hledám potvrzení své první domněnky?

**4. Důvěra** – Efektivní klinické rozhodování nevychází pouze z empirických dat, ale také z důvěry ve vlastní úsudek a zkušenost pacienta. Nedostatek důvěry může vést k nejistotě, přetížení a rigidnímu přístupu k diagnostice a terapii.

**Situace z každodenní praxe:**

- Pacient mi říká, že jeho léky mu „nedělají dobře“, ale podle laboratorních výsledků i mých znalostí je léčba nastavena ideálně. Mám tendenci jeho subjektivní pocit přehlédnout. Ale co když jeho vnímání vlastního těla zachytilo něco, na co jsem při zadávání odběrů nepomyslel/a?

**5. Neusilování** – Vysoké pracovní nasazení je v medicíně normou. Existují však situace, kdy nadměrné úsilí nevede k lepším výsledkům, ale naopak ke ztrátě efektivity, vyčerpání a frustraci.

**Situace z každodenní praxe:**

- Snažím se pacienta přesvědčit, že musí přestat kouřit. Opakuji argumenty, ukazuji mu rizika, ale on jen přikyvuje a je jasné, že mě neposlouchá.

- Běhám mezi třemi lůžky, zároveň odpovídám na telefon, a ještě se snažím napsat rychle záznam. Pak se divím, že mi pacient něco důležitého řekl, a já to vůbec nevním/a.

**6. Přijetí** – Odmítání reality, jaká je, někdy nevede ke změně, ale k psychickému vyčerpání. Přijetí neznamená rezignaci, ale schopnost jasně vidět situaci, abychom na ni mohli adekvátně reagovat.

#### **Situace z každodenní praxe:**

- Mám na ambulanci dvacet pacientů a vím, že nebudu schopný/á každému dát tolik času, kolik bych chtěl/a.
- Na konci služby mi řeknou, že musím zůstat déle, protože kolega onemocněl. Můžu se vztekat, nebo si říct: „Tak jo, je to nyní tak, jak to je.“ A soustředit se na to, co teď mohu udělat.

**7. Nechat být** – V medicíně se často potýkáme se situacemi, které nemáme plně pod kontrolou. Schopnost neulpívat na očekáváních a nechat některé věci plynout je z dlouhodobého hlediska klíčová pro duševní pohodu.

#### **Situace z každodenní praxe:**

- Dnes jsem měl/a složitý rozhovor s rodinou pacienta v terminálním stadiu nemoci. Celou cestu domů na to myslím, přehrávám si, co jsem mohl/a říct jinak. Až když si to uvědomím, můžu si říct: „*Udělalí jsme, co jsme mohli. Teď je čas nechat to být.*“

**8. Vděčnost** – Medicína je náročná, ale přináší i momenty, které mají hluboký smysl. Vědomé zaměření na to, co nám naše práce dává, pomáhá udržet motivaci a duševní rovnováhu.

#### **Situace z každodenní praxe:**

- I když byl den náročný, pacient mi poděkoval. Starší paní se na mě usmála a řekla, že jí můj přístup pomohl. Uvědomím si, že mám práci, která má skutečný dopad. A že i když jsem unavený/á, tohle jsou chvíle, které stojí za to.

**9. Štědrost** – Laskavost a velkorysost v medicíně nejsou jen doplňkem, ale neoddělitelnou součástí kvalitní péče. Mnohdy jsou to právě drobné projevy štědrosti, které pacientům i kolegům dodají sílu.

#### **Situace z každodenní praxe:**

- Pacient má spoustu otázek a já už cítím, jak mě tlačí čas. Ale pak se na chvíli zastavím, podívám se na něj a řeknu si: „Co když mu teď věnuji ještě minutu navíc? Co když právě tohle udělá rozdíl v tom, jak se bude cítit?“

### 3. Jak vnášet všímavé postoje do své praxe

Devět všímavých postojů by nemělo zůstat pouze teoretickým konceptem. Klíčem k jejich využití je aktivní a vědomé zapojení do každodenní praxe. Následující tři kroky vám pomohou začlenit je do vaší práce systematicky a efektivně: na začátku dne, v jeho průběhu a na jeho konci.

#### 1. Ranní nastavení: stanovení záměru

- Udělejte si krátkou mentální pauzu při cestě do práce, před vstupem do nemocnice nebo během prvního šálku kávy. Vyberte si jeden postoj, na který se budete daný den soustředit. Například: „*Dnes bude mým záměrem být trpělivější.*“ nebo „*Dnes se chci v práci zaměřit na vděčnost.*“
- Připomeňte si, proč je tento postoj důležitý a jak by mohl příznivě ovlivnit vaši komunikaci s pacienty či kolegy.
- Vizualizujte si situace, kde jej můžete použít – například při rozhovoru s pacientem, který si opakovaně stěžuje, nebo během krizového momentu na oddělení.

Tento jednoduchý rituál pomáhá usměrňovat vaši pozornost a vytváří pevný základ pro všímavější přístup k práci.

#### 2. Všímavost v průběhu dne: pravidelné připomenutí

Během hektického pracovního dne se snadno dostaneme do automatického režimu. Proto je užitečné si zvolený postoj několikrát během dne připomenout.

- Stanovte si předem 1 až 3 konkrétní momenty, kdy si vědomě vybavíte svůj ranní záměr. Například: (1) Po ranní poradě. (2) Před dopolední vizitou. (3) Po obědě nebo během přestávky. (4) Jako součást „P“ v technice STOP (Viz kapitola „*Jak se vnitřně připravit na rozhovor s pacientem?*“).
- Každý z těchto momentů využijte ke krátkému zastavení. Zeptejte se sami sebe: „*Jak se mi daří naplňovat svůj dnešní záměr?*“
- Pokud zjistíte, že jste na něj zapomněli, neodsuzujte se. Místo toho se k němu s vlídností vraťte.

Postupem času si vytvoříte automatický návyk, který vás bude přirozeně vést k rozpominání se na vaši všímavou práci s lidmi.

#### 3. Večerní reflexe: ohlédnutí za dnem

Tento krok pomáhá posilovat pozitivní změny v chování a umožňuje hlubší porozumění vlastním reakcím.

- Na konci pracovního dne si dopřejte několik minut na krátkou reflexi.
- Zamyslete se nad tím, kdy se vám podařilo zvolený postoj aplikovat. Například: „*Dokázal/a jsem být trpělivější s pacientem, který potřeboval delší vysvětlení.*“ Oceňte svůj pokrok. I drobný posun si zaslouží uznání – vědomé úsilí o změnu je úspěchem samo o sobě.

- Pokud jste na svůj postoj během dne zapomněli, zamyslete se proč. Místo sebe-kritiky se ptejte: „*Co bych mohl/a zítra udělat jinak, abych si jej lépe připomněl/a?*“

Tato večerní praxe pomáhá integrovat všímavé postoje do vaší práce a umožňuje také její kreativní adaptaci dle vašich potřeb.

## 4. Závěr

V prostředí, kde tlak, stres a emočně náročné situace patří k běžné realitě, může vědomá práce s vlastní pozorností výrazně zlepšit nejen kvalitu komunikace s pacienty a kolegy, ale také osobní spokojenost a duševní pohodu zdravotníků.

Začlenění všímavých postojů do praxe nevyžaduje dramatické změny. Stačí drobné, ale vědomé kroky: nastavení záměru na začátku dne, jeho připomínání v průběhu pracovního režimu a krátká reflexe na konci. Tyto jednoduché techniky postupně vedou k hlubší odolnosti, efektivnější komunikaci a zachování lidskosti v každodenní praxi.

Pokud chceme, aby medicína nebyla jen precizní, ale také hluboce lidská, musíme začít u sebe. Každý okamžik, ve kterém si zvolíme všímavost místo reaktivity, je krokem k lepší péči – nejen pro pacienty, ale i pro nás samotné.

## 5. Literatura

Kabat-Zinn, J. (1991). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York, NY: Delta Trade Paperbacks.