

Komunikační strategie pro neurology při rozhovoru s pacienty s roztroušenou sklerózou při zhoršení diagnózy

PhDr. Eva Růžičková

Psychologická péče, Praha

Článek se zaměřuje na komunikační strategie pro neurology při rozhovoru s pacienty s roztroušenou sklerózou (RS) při zhoršení jejich zdravotního stavu. Sdělování špatných zpráv je obtížné a často nedostatečně pokryté lékařským vzděláním, což může vést k citovému odpoutání lékařů od pacientů a syndromu vyhoření. Cílené školení komunikačních dovedností zlepšuje vztah lékař-pacient. Doporučené komunikační strategie posilující compliance zahrnují: přípravu prostředí, strukturovaný průběh rozhovoru, zjištění informovanosti pacienta, budování terapeutického vztahu, upřímné a empatické sdělení diagnózy, srozumitelnou edukaci o léčebném postupu a využití multidisciplinarity. Zásadní je i péče o vzdělávání lékařů a psychické zdraví týmu.

Klíčová slova: sdělování špatných zpráv, zhoršení diagnózy, komunikační strategie, vztah lékař-pacient, empatie, komunikační dovednosti, multidisciplinarita, psychohygienu, roztroušená skleróza, compliance.

Communication strategies for neurologists when interviewing patients with multiple sclerosis when the diagnosis deteriorates

The article focuses on communication strategies for neurologists when talking to multiple sclerosis (MS) patients as their diagnosis deteriorates. Breaking of bad news is difficult and often insufficiently covered in medical education, which can lead to emotional detachment of physicians from patients and burnout. Targeted communication skills training improves the physician-patient relationship. Recommended communication strategies to enhance the compliance include: preparation of the environment, structured interview process, ascertaining the patient's awareness, building a therapeutic relationship, honest and empathetic communication of the diagnosis, understandable education about the treatment procedure and the use of multidisciplinarity. It is also essential to take care of the physicians education and the team and physicians mental wellbeing.

Key words: breaking of bad news, deterioration of the diagnosis, communication strategies, physician-patient relationship, empathy, communication skills, multidisciplinarity, physician wellbeing, sclerosis multiplex, compliance.

Úvod

Komunikace mezi lékařem a pacientem s roztroušenou sklerózou (RS) je klíčovým prvkem v poskytování kvalitní komplexní péče. Sdělení pacientovi zhoršení diagnózy a infor-

mování ho o léčebných možnostech jsou pro lékaře náročné úkoly vyžadující vysokou míru vnímavosti, empatii, rozvinuté komunikační dovednosti, apel na vlastní psychohygienu, ochotu se vzdělávat a spolupracovat mezioborově.

DECLARATIONS:

Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects adopted by the 18th WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

Conflict of interest:

Not applicable.

Consent for publication:

Not applicable.

Cit. zkr: *Neurol. praxi.* 2024;25(6):486-490

<https://doi.org/10.36290/neu.2024.052>

Článek přijat redakcí: 26. 6. 2024

Článek přijat k publikaci: 31. 8. 2024

PhDr. Eva Růžičková

terapiieva@gmail.com

Strategie

1. Příprava

Před sdělením zhoršení diagnózy je důležité lékařovo zklidnění a koncentrace. Lékař by měl zajistit důvěrné a klidné prostředí, v němž se oba mohou cítit bezpečně, kde má pacient posléze možnost vyjádřit své emoce, zvláště obavy a doptat se na to, co mu není jasné. Dialog s pacientem by se měl odehrávat za zavřenými dveřmi. Pacient by neměl mít pocit, že lékař spěchá.

Prostředí lékařovy pracovny s pacientem neverbálně komunikuje. Emoční i kognitivní nastavení lékaře je pacientem citlivě vnímáno. Proto je vhodné se před náročnou komunikací připravit několika způsoby:

a/ **Vytvořit bezpečné prostředí**, viz výše.

b/ I když je lékař zpravidla v časové tísní, vyplácí se před rozhovorem, věnovat **pár okamžiků podkladům z vyšetření**, aby si ujasnil, co a jak pacientovi řekne a nemusel dlouze hledat v podkladech v přítomnosti pacienta. Pro navázání vztahu a iniciaci důvěry je podmínkou udržovat s pacientem **oční kontakt** (Silverman et Kinnersley, 2010) a **natočit se tělem** k pacientovi (Robinson, 2006).

K naladění se na náročný rozhovor pomůže vybavit si konkrétního pacienta před jeho příchodem, zná-li ho lékař z minulých návštěv.

c/ Přes bohaté profesní zkušenosti a psychickou odolnost lékaře se jeho role může občas stát emočně velmi náročná, a proto je prospěšné věnovat několik desítek vteřin **vlastnímu zklidnění** před rozhovorem.

Tip: Techniky mindfulness, kam spadá i vědomá práce s dechem, redukuje stres (Janssen et al., 2018). Např. „čtvercové“ dýchání (4:4:4:4). Při sdělování špatné zprávy čelí lékaři stresu a neměli by zapomínat na laskavou péči i o sebe.

Těmito zdánlivě nepatrnými kroky je možné předejít komunikačním chybám a podpořit pacientovu compliance.

2. Informace o struktuře rozhovoru

Lékař představí strukturu rozhovoru. V jedné větě popíše, že:

a/ **se chce dozvědět, jak pacient svůj zdravotní stav teď vnímá a**

b/ **poté s ním projde výsledky vyšetření a vysvětlí mu, co z nich vyplývá.**

Tip: Pokud by lékař ihned zmínil vyplývající diagnózu, zhoršení zdravotního stavu nebo změnu léčby, vzbudí u pacienta úzkost. Úzkostranný pacient by se nemusel již od počátku dobře soustředit na sdělované informace (Bednařík et Andrášiová, 2020).

3. Utváření vztahu dotazováním, aktivním nasloucháním

Chystá-li se lékař pacientovi sdělit závažnou informaci, jež zasáhne jeho dosavadní život, pak je výhodou mít s pacientem alespoň trochu navázaný vztah a rozvíjet důvěru. I pár minut stačí k dobrému osobnímu kontaktu, který se může vyvíjet ke kýžené spolupráci, pokud lékař udržuje oční kontakt, vnímá neverbalitu pacienta i svou, klade dotazy a aktivně naslouchá odpovědím.

Lékař by měl **projevit zájem o pocity a postoje pacienta** tím, že se zeptá, jak se cítí, jak svůj zdravotní stav vnímá a co o něm teď ví.

Ze studií (Weber et al., 1999) a praxe vyplývá, že vhodně projevovaný zájem o pacienta tímto způsobem přináší lékaři zásadní informace, jež následně šetří čas.

Lékař: Prošel jste vyšetřeními a tak bych chtěl/a vědět, co o svém stavu víte? ... Jak své potíže vnímáte? ... Jak rozumíte tomu, co je ve zprávě?

Ať již pacienta lékař zná z minulých návštěv či nikoliv, takto započatý rozhovor mu přinese důležité informace o osobnosti pacienta. Dozví se o temperamentu, emočním ladění, stupni energie či únavy, úrovni kognice. Vyplýne, co pacient o svém aktuálním stavu skutečně ví, čemu nerozumí, nebo naopak co si dobře pamatuje, a hned je patrné, na která témata se zaměřit. Tím lékař efektivně pracuje s časem.

Pacienti z projevené empatie profitují (Decety, 2020). Empatická komunikace je důstojná, čas šetřící i protektivní. Aktivním nasloucháním lékař rozvíjí kýženou důvěru a předchází nedorozuměním, emočním afektům a konfliktům v průběhu dialogu, dále i případnému rozvoji úzkostranných či depresivních stavů (případně PTSD), jež se mohou rozvinout po necitlivém sdělení špatné zprávy.

Z odborné literatury i praxe vyplývá, že pokud byl pacient o svém zdravotním stavu informován nevhodně, může stadium šoku nebo některého z obranných mechanismů přetrvávat, a tím se fixuje maladaptace. Znakem maladaptativního mechanismu je komplikovaný proces léčby (Bednařík et Andrášiová, 2020). Snížená compliance se může projevit popíráním, bagatelizací závažnosti zdravotního stavu a odmítáním nebo nedodržováním léčby.

4. Sdělení výsledků vyšetření a zhoršení zdravotního stavu. Obranné emoční reakce

Lékař rekapituluje výsledky vyšetření a dostává se ke sdělení špatné zprávy.

Pacient může prožívat některé obranné reakce na stres: nejčastěji **úzkost, vztek** nebo **zamrznutí**. Všechny jsou přirozeně očekávatelné. Lékař by měl emoce pacienta akceptovat a pracovat laskavě i s vlastním napětím, (které může uvolnit dechem/napít se/změnit posturu apod.), aby se pro tento náročný okamžik mohl plně věnovat potřebám pacienta.

Typ emoční reakce závisí na osobnosti. Extroverti své pocity otevřeně vyjadřují, zatímco introverti mohou působit zatuhle a mlčet. Lékař by měl i mlčení vnímat a vyzvat pacienta k verbalizování prožívání (např. „Můžete mi prosím říct, co se teď s vámi děje?“, „Pro některé lidi může být náročné o tom mluvit, jak to vnímáte vy?“). Lékařova empatie pacientovi uleví a pomáhá předcházet komplikacím maladaptace na stres. Někdy je třeba akceptovat, že pacient ani po citlivém vyzvání není schopen nebo ochoten sdílet své emoce: Vhodnou reakcí může být: „Chápu, že je teď pro vás těžké o tom mluvit.“

Tip: Vyhněte se levnému uklidňování: „To bude dobré“, „Vím, jak vám je.“

5. Edukovat nebo uklidňovat?

Oznámení závažné diagnózy nebo zhoršení zdravotního stavu může způsobit šok. Vyznačuje se zmatkem emocí, myšlenek a chování. Jsou známé reakce od pláče, rozčilení po emoční i myšlenkovou paralýzu. Rozbouřené **stresové emoce** oslabují kognitivní funkce. Konkrétně **zabraňují soustředění** na obsah a význam lékařových slov. „Výzkumy v této oblasti ukázaly, že pacienti jsou schopni **zapamatovat si** z tak-

vého rozhovoru asi jen jednu třetinu informací.“ (Bednařík et Andrášiová, 2020).

Primárně se doporučuje zaměřit pozornost na emoce pacienta a uklidnit je. Bude-li lékař ignorovat rozrušení pacienta, bude snaha o laskavou edukaci marná. Člověk ve stresových emocích evolučně **vypíná kritické uvažování** a dle osobnostního nastavení tenduje k popírání, vytěsnění aj. psychickým obranným mechanismům. Je žádoucí, aby lékař nejprve uklidnil emoce a teprve pak pokračoval v edukaci.

6. Jak uklidňovat?

Lékař by měl být schopen rozpoznat emocionální stav pacienta a adekvátně na něj reagovat verbálně i neverbálně. K vyjádření empatie může lékař kromě slov využít mírná gesta, laskavý tón hlasu, mimiku (De Vries et al., 2019).

Empatická reakce lékaře pomáhá pacientovi cítit se lépe a otevřeně mluvit o svých potřebách a obavách (Birks et al., 2019). V zájmu lékaře, pacienta a jejich spolupráce je dát emocím průchod a nepotlačovat je. A to tak, že **lékař pacientovy emoce pojmenuje a přijme jejich přítomnost bez jakýchkoliv soudů**.

Základní komunikační techniky:

a/ Zrcadlení

Principem je **nazvat prožívaný pocit pacienta a přijmout** jej bez ohledu na to, co si lékař myslí nebo jak nepříjemný pocit to může být.

Ilustrační příklad:

Pacientka: „To je strašné, tak já přijdu na kontrolu, všechno vypadalo dobře, říkali jste, že je to dobré a po pár měsících takové zhoršení? Jak to, něco jste přehlídli?!“, vyčítá a lituje se, „já se tak snažila vše dodržovat... a teď tohle? Nezvládnou to.“

*Lékař pocity pojmenuje: „Vidím, že jste rozčilená a zároveň z toho všeho i smutná a zklamáná, takový zvrat jsme opravdu nemohli předpovídat. Ale je moc dobře, že jste na kontrolu přišla a jsem moc rád/a, že se **teď** o tom spolu bavíme. Můžeme **nyní** napnout síly k další léčbě...“*

Zrcadlení funguje, jelikož legitimizuje pacientovo prožívání. Pacient má na pocity

právo, jsou normální a nemusí se za ně stydět. Zároveň je v zrcadlení velmi důležitý apel na přítomnost. Slovo „**teď**“ je nezbytnou součástí zklidnění, protože **odvádí pozornost od beznaděje k tomu, co ovlivnit můžete**.

b/ Parafráze, rekapitulace řečeného

Výhodná technika, když se pacient rozhovoří o svém prožívání a lékař potřebuje dialog regulovat, někdy zdvořile zastavit. Parafrázování a zrcadlení se mohou prolínat.

Ilustrační příklad:

Pacient: „Já myslel, že už to bude dobré. Změnil jsem stravu... a více odpočívám a teď taková rána. Co si počnu? Nechci nikoho zatěžovat. Co když se mi ta chůze už nespraví, jak budu pracovat?“

Lékař rekapituluje: „Slyším, že jste na sobě hodně zapracoval a opravdu se snažíte. To je přeci moc dobře, že se o sebe tak staráte.“ Pacient s lékařem naváže oční kontakt a zklidňuje se, lékař dále zrcadlí. „Máte teď mnoho obav, chápou to. Uděláme všechno pro to, aby se situace stabilizovala. Navrhuji...“ Lékař dále edukuje.

Pacienty také uklidňuje, bere-li lékař v potaz jejich **specifické potřeby v komunikaci** a přizpůsobí jim svůj projev řeči (tempo, hlasitost). Vidíme sníženou schopnost koncentrace, únavu nebo problémy s řečí. Bývá užitečné použít: jednoduchých a konkrétních instrukcí, které pacient dostane vytištěné, opakování klíčových informací nebo poskytování přestávky pro odpočinek během rozhovoru (Hallett et al., 2013).

Zvládne-li lékař zklidnění emocí pacienta, přistupuje k plánování terapie.

7. Informování o léčebném postupu

Lékař jako autorita má velkou moc slova, zvláště v krizové situaci. Slova povzbudí nebo navodí depresivně-úzkostné ladění. Pro pacientovo budoucí nastavení (compliance) je důležité, aby lékařovo sdělení vyznívalo realisticky a zároveň vedlo k naději.

a/ Srozumitelnost

Je prospěšné vyhnout se lékařskému žargonu a vědeckým termínům. Pacient má mít možnost plně porozumět informacím o zdravotním stavu a léčebných možnostech, a to včetně případných rizik a komplikací (Berger, 2009).

b/ Poskytnutí podpory a informací

Po sdělení zhoršení diagnózy je důležité poskytnout pacientovi emoční podporu a informace o dalších krocích. Lékař by měl být připraven odpovědět na otázky a předat relevantní zdroje informací, včetně kontaktu na speciálně vyškoleného psychoterapeuta RS centra majícího zkušenosti s péčí o osoby s RS.

Z výzkumů i praxe vyplývá, že sdělení špatné zprávy je dlouhodobý proces, který často vyžaduje psychoterapeutickou intervenci ke zpracování náročných emocí (Anestis et al., 2022). V psychoterapii pacient dožívá emoce z rozhovoru, zpracovává dopad lékařových slov, klade dotazy a získává doplňující informace. Psycholog/psychoterapeut podporuje pacienta k adherenci a compliance a posiluje vztah lékař-pacient (viz kontakty v Závěru).

c/ Plánování budoucí péče

Lékař by měl s pacientem otevřeně diskutovat o možnostech léčby a strategiích pro zvládání příznaků. Je podstatné vytvořit individuální plán péče jako záchranný bod spolupráce odpovídající potřebám pacienta. Aktivní spolupráce mezi lékařem a pacientem při rozhodování o léčebných možnostech je stěžejní (Foss et al., 2017).

d/ Poskytnutí naděje

I při sdělování zhoršení diagnózy je užitečné zachovat naději a optimismus. Lékař by měl zdůraznit možnosti léčby (co nyní dělat lze), podporovat pacienta v jeho úsilí o zlepšení stavu, připomínat mu jeho sílu a odolnost (Shrestha et al., 2019).

e/ Kontinuální komunikace

Komunikace s pacientem s RS je dlouhodobého charakteru. Častým požadavkem pacientů je možnost konzultovat zdravotní stav s jedním vybraným lékařem. Lékař by měl pravidelně monitorovat stav pacienta, reagovat na jeho preference a přizpůsobovat léčbu podle aktuálních potřeb (Hallett et al., 2015).

8. Další aspekty komplexní péče

Kvalitní komplexní péče je podmíněna i ochotou lékařů spolupracovat mezioborově, vzdělávat se a pracovat na psychohygieně.

a/ Multidisciplinarita

Komplexní péče o pacienty s RS vyžaduje součinnost více profesí. Neurologové RS center by měli aktivně spolupracovat se specialisty, jako jsou fyzioterapeuti, psychologové/psychoterapeuti nebo sociální pracovníci, aby pro pacienty zajistili co nejlepší výsledky (Buchanan et al., 2019). V RS centrech (tj. v centrech vysoce specializované péče o RS pacienty) lze od r. 2019 navázat spolupráci s kolegy zmiňovaných profesí (viz kontakty v Závěru). Efektivní sdílení informací v týmu přispívá k lepší koordinaci péče a poskytnutí kvalitní podpory pacientům s RS (Ehrsson et al., 2016).

b/ Zvyšování odbornosti

Většina neurologů není dostatečně školená v oznamování špatných zpráv a cítí potřebu vzdělávání (Anestis et al., 2023). Například britská studie ukázala, že 75 % neurologů se neřídí žádnými protokoly pro sdělování diagnózy a 78 % projevilo zájem o další školení (Anestis et al., 2021). Podobně australská studie zjistila, že 70 % neurologů vnímá sdělování diagnózy jako velmi obtížné a 65 % uvedlo, že pociťují střední až vysoký stres a úzkost (Samar et al., 2016). Zlepšení komunikačních dovedností prostřednictvím školení může vést k efektivnější péči, lepšímu vztahu s pacientem a snížení emocionální zátěže lékařů (Kurtz et al., 2005).

c/ Psychohygienu lékaře a týmu

Komunikace s pacienty s RS bývá emočně náročná a vyžaduje, aby neurologové efektivně zvládali svůj emoční stres a nedospěli

k citovému odpoutání, případně syndromu vyhoření (VandeKieft, 2001). Důležitá je sebereflexe a podpora kolegů snižující pocit izolace a zvyšující pracovní spokojenost (Back et al., 2009). Interdisciplinární přístup a zapojení psychologů do supervizních setkání poskytuje odbornou podporu a možnost sdílet a reflektovat zkušenosti, což bývá klíčové pro zvládání obtížných situací.

Závěr

Článek shrnuje známé principy efektivní komunikace mezi lékařem a pacientem, jak jsou popsány v odborné literatuře. Zdůrazňuje dále nutnost širšího zapojení multidisciplinárního přístupu v komplexní péči o pacienty s RS a potřebu rozvíjet měkké dovednosti, jež podporují srdečnější vztah lékař-pacient. Apel na kvalitní vztah je obzvláště důležitý u chronických onemocnění, kde je dlouhodobý kontakt zásadní a přínosný pro pacientovu celkovou pohodu a compliance. Dlouhodobý kontakt může být pro lékaře zároveň občas emočně náročný, a proto je důležitá průběžná psychohygienu.

Komunikace s pacienty s RS vyžaduje: komplexní přístup zohledňující individuální potřeby pacienta a dodržování několika základních principů vytvářejících respektující prostředí. Mezi tyto principy patří aktivní naslouchání, empatie, respekt, jasné a srozumitelné sdělení, otevřenost a podpora (Eisenberg et al., 2017).

Sdělování špatných zpráv je jednou z nejobtížnějších povinností lékaře a formální vzdělání neposkytuje dostatečný výcvik v této oblasti,

což může vést k narušené důvěře mezi lékařem a pacientem, i k syndromu vyhoření. Cílené školení v komunikačních dovednostech zlepšuje spokojenost pacientů a pohodlí lékaře při sdělování špatných zpráv (Anestis et al., 2021).

Komunikační strategie sdělování zhoršení zdravotního stavu zahrnují: přípravu dokumentace a prostředí pro rozhovor; zjištění, kolik toho pacient ví nebo tuší; poskytování informací srozumitelně s ohledem na emoce pacienta; schopnost reagovat na pocity pacienta, akceptovat je, uklidňovat; poskytnutí relevantních informací včetně kontaktů na spolupracující odborníky a uzavření kontraktu budoucí spolupráce (Weber et al., 1999).

Otevřenost lékařů k vlastní psychohygieně a využívání multidisciplinárního týmu, včetně služeb psychoterapeutů a supervizí, přispívá k efektivní péči o pacienty s RS a dobrým vztahům na pracovišti.

Užitečné kontakty pro zlepšení dostupnosti následné péče při sdělování zhoršení diagnózy:

- **speciální adresář kontaktů, na vyškolené odborníky** (včetně psychoterapeutů) v problematice RS při RS centrech, nabízí Spolek MS Rehab: <https://msrehab.cz/mapa-kontaktu.htm>,
- **ověřené informace** (nejen) pro pacienty k onemocnění RS: www.aktivnizivot.cz, www.nfimpuls.cz, www.rskompas.cz, www.mladisklerotici.cz, www.roska.eu,
- **obecné adresáře psychoterapeutů**: www.psychoterapeuti.cz, <https://czap.cz/adresar>.

LITERATURA

1. Anestis E, Eccles FJR, Fletcher I, et al. Healthcare professionals' involvement in breaking bad news to newly diagnosed patients with motor neurodegenerative conditions: a qualitative study. *Disability and Rehabilitation*. 2022;44(25):7877-7890. doi: 10.1080/09638288.2021.2002436.
2. Anestis E, Eccles FJR, Fletcher I, et al. Neurologists' current practice and perspectives on communicating the diagnosis of a motor neurodegenerative condition: a UK survey. *BMC Neurology*. 2021;21(1):34. doi:10.1186/s12883-021-02062-6.
3. Anestis E, Eccles FJR, Fletcher I, et al. Neurologists' lived experiences of communicating the diagnosis of a motor neurodegenerative condition: an interpretative phenomenological analysis. *BMC Neurology*. 2023;23(1):178. doi:10.1186/s12883-023-03233-3.
4. Back AL, Bauer-Wu SM, Rushton CH, et al. Compassionate silence in the patient-clinician encounter: A contemplative approach. *Journal of Palliative Medicine*. 2009;12(12):1113-1117. doi: 10.1089/jpm.2009.0175.
5. Bednařík A, Andrášiová M. Komunikace s nemocným. Grada. 2020. ISBN 978-80-271-2288-2.
6. Berger B. Communication skills for pharmacists: building relationships, improving patient care. American Pharmacists

- Association. 2009; 121 s. ISBN 978-1582121321.
7. Birks Y, McKendree J, Watt I, et al. Emotional intelligence and perceived stress in healthcare students: A multi-institutional, multi-professional survey. *BMC Medical Education*. 2019;19(1):255.
8. Buchanan RJ, Ju H, Bachman SS. Disability and the future of rehabilitation and development research. *Disability and Health Journal*. 2019;12(2):177-183.
9. De Vries M, Witlox M A, Van Der Geest V, et al. Non-verbal communication in physician-patient interaction: evidence from a simulation study. *Patient Education and Counseling*. 2019;102(5):934-940.
10. Decety J. Empathy in Medicine: What It Is, and How Much We Really Need It. *American Journal of Medicine*. 2020;133(5):561-566. doi: 10.1016/j.amjmed.2019.12.012.
11. Ehrsson M, Langius-Eklöf A, Sundberg K, et al. Nursing management of patients with multiple sclerosis: communication, information and education. *Journal of Clinical Nursing*. 2016;25(3-4):320-329. doi:10.1111/jocn.13054.
12. Eisenberg S, Shen H, Bai G. Clinician-patient communication practices in a US public hospital setting: Distinct patterns

and the role of health literacy. *Patient Education and Counseling*. 2017;100(9):1702-1710.

13. Foss C, Hofos D, Romoren TI. Elderly persons' experiences of participation in hospital discharge process. *Patient Experience Journal*. 2017;4(1):13-24.
14. Hallett V, Ronaldson S, Whittaker W. The acceptability to patients of PhysioDirect telephone assessment and advice services: a qualitative interview study. *BMC Health Services Research*. 2013;13(1):174. ISSN 0572-3612.
15. Janssen M, Heerkens Y, Kuijer W, et al. Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on employees' mental health: A systematic review. *San Francisco, CA: Public Library of Science*. 2018;13(1):e0191332. doi: 10.1371/journal.pone.0191332.
16. Kurtz S M, Silverman J, Draper J. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. *Health Expect*. 2005;8(4):363-365. doi: 10.1111/j.1369-7625.2005.00351.x.
17. Robinson J D. Nonverbal communication and physician-patient interaction: Review and new directions. In V. Manusov & M. L. Patterson (Eds.), *The Sage handbook of nonverbal communication*. Sage Publications. 2006;437-459. doi:10.4135/9781412976152.n23.

18. Samar MA, Breen LJ, Edis R, et al. Breaking the news of a diagnosis of motor neurone disease: A national survey of neurologists' perspectives. *Journal of Neurological Sciences*. 2016;15:367:368-74. doi: 10.1016/j.jns.2016.06.033.

19. Shrestha N, Iizaka S, Yoshino T, et al. The association between optimism and insomnia symptoms among uni-

versity hospital nurses in Japan: a cross-sectional study. *Journal of Occupational Health*. 2019;61(6):464-472.

20. Silverman J, Kinnersley P. Doctors' non-verbal behaviour in consultations: look at the patient before you look at the computer. *British Journal of General Practice*. 2010;60 (571):76-78. doi: <https://doi.org/10.3399/bjgp10X482293>.

21. VandeKieft GK. Breaking bad news. *American Pharmacy Journal*. 2001;64(12):1975-8.

22. Weber M, Werner A, Nehring C, et al. Breaking of bad news. Practical advice to physicians for successful communication with patients. *Medizinische Klinik*. 1999;15;94(8):453-7. doi: 10.1007/BF03044731.