

PROBLEMATICA COMUNICĂRII MEDIC-PACIENT ÎN PRACTICA MEDICALĂ. MODALITĂȚI DE ABORDARE A PACIENTULUI ÎN CAZURILE COMPLICATE

*Problems of doctor-patient communication in medical practice.
Ways to approach the patient in complicated cases*

Asist. Univ. Dr. Ana Maria Alexandra Stănescu¹, Șef Lucr. Dr. Ioana Veronica Grajdeanu¹,
Conf. Dr. Ovidiu Gabriel Bratu^{1,4,5}, Asist Univ. Dr. Cristina Olariu^{1,6}, Șef Lucr. Dr. Mihaela Adela Iancu¹,
Dr. Ioana Florentina Codreanu^{1,2}, Șef Lucr. Dr. Camelia Cristina Diaconu^{1,3}

¹Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila“, București

²INSMC „Alessandrescu-Rusescu“, București

³Spitalul Clinic de Urgență, București

⁴Spitalul Universitar de Urgență Militar Central „Dr. Carol Davila“, București

⁵Academia Oamenilor de Știință din România

⁶Institutul Național de Boli Infecțioase „Prof. Dr. Matei Balș“, București

REZUMAT

La ora actuală, relația medic-pacient este una bidirecțională, în centrul căreia se află comunicarea. Comunicarea nu mai este privită ca fiind o opțiune, ci ca un necesar în practica de zi cu zi a medicilor. Modalitatea în care folosim comunicarea poate face o mare diferență asupra relației medic-pacient, asupra înțelegerii bolii, tratamentului și asupra conduitei ulterioare a pacientului. Abordarea acestui subiect vine în lipsa cursurilor de formare pentru medici în ceea ce privește comunicarea, un lucru necesar și benefic atât medicului, cât și pacientului.

Cuvinte cheie: comunicare, medic, pacient

ABSTRACT

Currently, the physician-patient relationship is a bidirectional one, the center of which is communication. Communication is no longer regarded as an option but as a necessity in the day-to-day practice of physicians. The way we use communication can make a big difference on the physician-patient relationship, on the understanding of the disease, the treatment, and on the subsequent conduct of the patient. The approach to this subject comes in the absence of formal courses for doctors in communication, a necessary and beneficial thing both for the doctor and for the patient.

Keywords: communication, doctor, patient

INTRODUCERE

Comunicarea în medicină

Este bine cunoscut faptul că pacientul este expus la stres și cu cât este mai mare gravitatea afecțiunii pe care o are, cu atât stresul este mai intens. În cazul bolilor cronice, stresul devine permanent

pentru acești pacienți, fie că realizează sau nu realizează acest fapt.

Stresul la care este expus pacientul a fost intens studiat, comunicarea medic – pacient devenind un factor extrem de important în practica de zi cu zi.

Comunicarea cu pacientul a ajuns la ora actuală să aibă aceeași importanță ca punerea diagnosticu-

Autor corespondență:

Asist. Univ. Dr. Ana Maria Alexandra Stănescu, Intrarea Pinului nr. 34, bl. 6, ap. 10, sector 6, București, România

E-mail: alexandrazotta@yahoo.com

lui corect sau instituirea terapiei corespunzătoare. De asemenea, așa cum adaptăm terapia în funcție de pacient, este necesar să adaptăm și modul de comunicare (1).

Pe de altă parte, mai puțin discutat este stresul zilnic la care este expus medicul, luând decizii cu referire la viața pacientului, fiind necesar să îi comunice acestuia starea de sănătate, terapia și, nu de puține ori, vești nu tocmai așteptate de pacient (vești negative) (2).

Persoanele cu probleme de vorbire, auz sau tulburări mintale necesită asistență specială în comunicare, în special în scopuri medicale (3).

Medicul se confruntă zilnic cu presiunea timpului, decizii conflictuale cu colegii, complexitatea cazuisticii, gestionarea propriilor emoții și ale pacienților, stresul expunerii la suferință, la boală, la moarte.



FIGURA 1. Factori ce influențează comunicarea medic-pacient (4)

Comunicarea suboptimală este cea mai mare sursă de eroare care poate fi prevenită în practica medicală (5).

Problematica comunicării veștilor nefavorabile

Vestea proastă poate fi definită ca „orice informație care afectează negativ și grav viziunea unui individ asupra viitorului său” (6).

Comunicarea veștilor rele poate fi deosebit de stresantă atunci când medicul nu are experiență, pacientul este tânăr sau opțiunile terapeutice sunt puține cu o rată de succes scăzută (7).

Percepția pacientului dar și a aparținătorilor este în general însoțită de un șoc, mai ales în cazul cancerului.

În cazul cancerului, un studiu pe 1.251 de pacienți din anul 1982 arată că 96% dintre pacienți doreau să li se spună dacă aveau diagnostic de cancer, iar 85% doreau să știe prognosticul real al bolii și cât mai aveau de trăit; un alt studiu mai recent efectuat pe 250 de pacienți din Scoția a arătat că 91% și, respectiv, 94% dintre pacienți au dorit să știe șansele de vindecare a cancerului și efectele secundare ale tratamentului (8,9).

Modalitatea de transmitere a veștilor proaste poate influența gradul de înțelegere al pacientului, satisfacția față de actul medical, speranța, dar și suportul psihologic necesar ulterior.

În urma studiilor, a fost descris efectul „MUM”, referitor la persoana care transmite vești proaste: aceasta poate experimenta emoții puternice, cum sunt anxietatea, teama de evaluare negativă și responsabilitatea asumării veștilor proaste (10).

Este necesară o instruire suplimentară a personalului medical, cu referire la modalitatea dezvoltării informațiilor nefavorabile, această instruire fiind benefică atât pentru medic, cât și pentru pacient.

Pregătirea mentală a medicului înaintea comunicării veștilor proaste este foarte importantă, me-

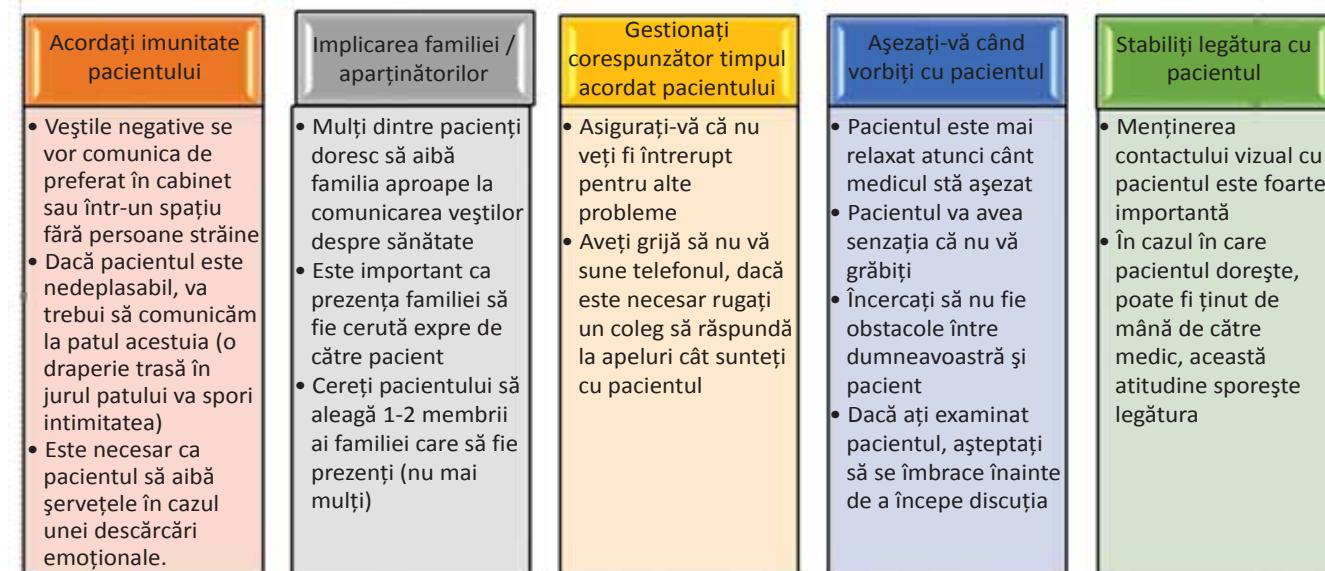


FIGURA 2. Pregătirea pentru comunicarea veștilor nefavorabile (11)

dicul trebuie să știe exact ceea ce dorește să comunice pacientului, cum să răspundă la posibilele reacții emoționale ale acestuia și să revizuiască posibilele întrebări ale pacientului.

Evaluati pacientul din punct de vedere al percepției sale. Începeți discuția prin întrebări adresate pacientului pentru a determina percepția pacientului asupra bolii, asupra gravității acesteia și dacă există un anumit grad de negare. Întrebările vor fi centralizate pentru a afla ce informații are până acum despre starea lui actuală, dacă înțelege de ce a fost supus investigațiilor, dacă omite detalii importante ale bolii sau dacă are așteptări nerealiste cu privire la tratament (12).

În continuare, pacientul poate exprima clar ceea ce dorește să știe sau să nu știe despre starea lui de sănătate, sunt pacienți care vor dori să se focalizeze pe tratament și nu pe prognostic, complicații etc. Acești pacienți vor trebui întrebați dacă au pe cineva în familie cu care medicul va putea discuta restul detaliilor (13).

Avertizarea pacientului despre vestea proastă care va urma poate diminua șocul acestuia. Informațiile medicale vor fi adaptate la nivelul de înțelegere al pacientului, în general, se vor înlocui, pe cât posibil, termenii medicali specifici cu un limbaj comun sau, atunci când nu este posibil, se vor explica termenii medicali pacientului. Informația trebuie dată gradual și verificat dacă pacientul a înțeles mesajul.

Reacțiile pacienților sunt diferite – tăcere, plâns, negare sau furie –, fiind necesar ca medicul să dea dovadă de empatie.

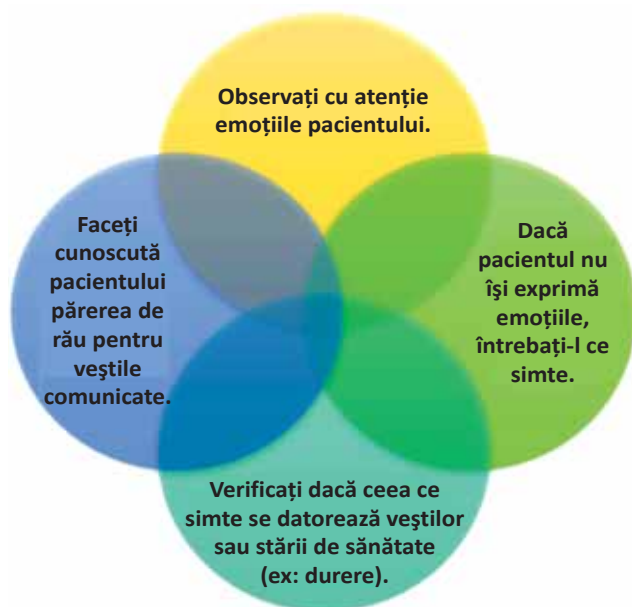


FIGURA 3. Observarea atentă a pacientului (11)

Pentru a evita ca pacientul să se izoleze, comunicați-i acestuia că sentimentele pe care le are sunt normale și dați dovadă de empatie în continuare. Se va evita a se merge mai departe cu discuția până când pacientul nu își liniștește emoțiile.

În continuare, atenția pacientului trebuie îndreptată către planul terapeutic, atunci când există unul. Responsabilitatea tratamentului revine atât medicului, cât și pacientului, acesta din urmă trebuie să înțeleagă atât beneficiile și ținta terapeutică, cât și toate riscurile, inclusiv rata de eșec.

Abordarea discuției prognosticului și conduitei terapeutice, de cele mai multe ori, determină medicul la teama de a nu distruge speranța pacientului, incertitudine față de așteptările pacientului, propria sa reacție la emoțiile pacientului.

În final, trebuie alocat timp suficient pacientului pentru a pune toate întrebările la care se gândește, apoi se va face programarea următorului control.

DISCUȚII

Lipsa cursurilor de formare în ceea ce privește comunicarea medic-pacient a dus la un impas din acest punct de vedere. Un studiu efectuat de Shea pe 2.516 oncologi a arătat că 40% dintre ei nu numai că nu aveau nici o pregătire în comunicare, dar nici nu au avut ocazia de a-i observa pe alți practicieni cu experiență în comunicarea veștilor negative (14).

Sunt necesare instruirea în comunicare încă din timpul facultății, pentru a avea timp să pună în practică cele învățate, și, de asemenea, stabilirea unui ghid pentru eficacitatea comunicării în medicină (15).

CONCLUZII

Comunicarea în medicină reprezintă la ora actuală o provocare pentru medic, fiind absolut necesară în practica de zi cu zi. Cu cât este mai gravă afecțiunea pacientului și cu cât este mai nefavorabil prognosticul, cu atât devine mai dificilă comunicarea. Ghidarea medicilor în astfel de situații poate fi de mare ajutor. Rămâne încă necesitatea cursurilor de specialitate în comunicarea medicală.

BIBLIOGRAFIE

1. **Per Vaglum.** Rules of thumb – An educational tool in teaching clinical communication to medical students. *Patient Education and Counseling*, Volume 100, Issue 11, 2017, Pages 2151-2153,
2. **Regina Katharina Studer, Brigitta Danuser, Patrick Gomez.** Physicians' psychophysiological stress reaction in medical communication of bad news: A critical literature review, *International Journal of Psychophysiology*, Volume 120, 2017, Pages 14-22,
3. **Krzysztof Wołk, Agnieszka Wołk, Wojciech Glinkowski.** A Cross-Lingual Mobile Medical Communication System Prototype for Foreigners and Subjects with Speech, Hearing, and Mental Disabilities Based on Pictograms. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*, vol. 2017, Article ID 4306416, 9 pages, 2017.
4. **Rebecca Ashkenazy.** Precision medical communication to optimize stakeholder information exchange: A '4M-Quadrant' approach. *Drug Discovery Today*, Volume 21, Issue 7, 2016, Pages 1039-1041,
5. **Peter G. Brindley, Katherine E. Smith, Pierre Cardinal, Francois LeBlanc.** Improving Medical Communication: Skills for a Complex (And Multilingual) Clinical World. *Canadian Respiratory Journal*, vol. 21, no. 2, pp. 89-91, 2014.
6. **Buckman R.** *Breaking Bad News: A Guide for Health Care Professionals.* Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1992:15.
7. **Ptacek J.T., Eberhardt T.L.** Breaking bad news. A review of the literature. *JAMA* 1996; 276:496-502
8. **Morris B., Abram C.** Making Healthcare Decisions. The Ethical and Legal Implications of Informed Consent in the Practitioner-Patient Relationship. Washington: United States Superintendent of Documents, 1982:119.
9. **Meredith C., Symonds P., Webster L. et al.** Information needs of cancer patients in West Scotland: Cross sectional survey of patients' views. *BMJ* 1996; 313:724-726.
10. **Tesser A., Rosen S., Tesser M.** On the reluctance to communicate undesirable messages (the MUM effect). A field study. *Psychol Rep* 1971; 29:651-654.
11. **Walter F. Baile, Robert Buckman, Renato Lenzi, Gary Glober, Estela A. Beale, Andrzej P. Kudelka.** SPIKES – A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist* 2000; 5:302-311; doi:10.1634/theoncologist.5-4-302
12. **Lubinsky M.S.** Bearing bad news: Dealing with the mimics of denial. *Genet Couns* 1999; 3:5-12.
13. **Gattellari M., Butow P.N., Tattersall M.H. et al.** Misunderstanding in cancer patients: Why shoot the messenger. *Ann Oncol* 1999; 10:39-46.
14. **Shea J.A., Frenkel E.P., Webster G.D.** Training and practice activities of hematology and medical oncology diplomates. *Arch Intern Med* 1990; 150:145-148
15. **Manyuk, L., Kuchumova N.** Undergraduate Medical Communication Training by Means of Information and Communication Technologies in the USA and Ukraine. *Comparative Professional Pedagogy*, 2018. 8(1), 27-32.