

COMUNICAREA ÎN MEDICINA – FUNDAMENT AL RELATIEI PERSONAL MEDICAL - PACIENT

COMMUNICATION IN MEDICINE – FOUNDATION OF MEDICAL STAFF-PATIENT RELATIONSHIP

drd. *Simona Grigorescu*, șef lucrări dr. *Dan Grigorescu*, prof. univ. dr. *Liliana Rogozea*,
Facultatea de Medicină, Universitatea Transilvania Brașov
Autor corespondent: Simona Grigorescu. simo.grigorescu@yahoo.com

Abstract:

In the medical area communication became in the past years another clinical skill, but a fundamental one. In our days it is generally accepted that the medical staff (doctors and nurses) must communicate with the patients and their relatives more often than fulfilling their medical and nursing procedures.

An effective communication between medical staff and patients must determine the increasing of efficiency and of the level of understanding related to the treatment, could improve the patients' compliance and, in some cases, is able to lead to an improvement in the health status. Poor communication is always associated with medical errors and negative health outcomes.

Essential changes in the philosophy and culture of the environment of medical care are indeed necessary for increasing the efficiency of the medical communication.

Key-words: *communication, skills, medical staff*

1. Introducere

Prin intermediul comunicării este realizat un proces complex, prin care informațiile sunt transmise, recepționate, stocate, prelucrate și utilizate între două sau mai multe entități. Comunicarea este, din acest motiv, una din caracteristicile societății umane în evoluția ei istorică, privită atât din punct de vedere individual, cât și global [24].

Comunicarea este caracterizată de elemente specifice în orice domeniu, așa încât și în medicină se poate pune în evidență un tip caracteristic de comunicare.

Specificitatea comunicării în medicină este determinată de faptul că relația dintre cele două părți (personalul medical și pacient) este mult mai complexă, implicând, pe lângă nivelul bazal al palierului terapeutic, și un nivel superior de comunicare de tip existențial. Aceasta din urmă este implicată în comunicarea medicală, deoarece actul medical interferează cu destinul pacientului, legat, la rândul său, de elemente de incertitudine și/sau instabilitate individuală [12].

În domeniul medical, „comunicarea reprezintă o abilitate clinică fundamentală, medicii și asistentele comunică cu pacienții și cu familiile acestora mult mai frecvent decât

îndeplinesc orice altă procedură medicală sau de nursing” [19].

Un alt element de specificitate al acestei relații este reprezentat de faptul că poziția celor două entități, personal medical, respectiv pacient, este diferită și inegală. Dacă pentru primii boala este mai ales privită ca o problemă științifică și obiectivă, pentru bolnav ea este, în primul rând, o problemă emoțională și subiectivă [12].

Pentru crearea unei adevărate alianțe terapeutice, subiectele care ar trebui abordate în comunicarea dintre personalul medical și pacient sunt legate de diagnosticul și prognosticul bolii, de planul și obiectivele de îngrijire, de evaluarea psihosocială și suportul emoțional al pacientului, de valorile acestuia și de factorii importanți pentru el și familie [18].

Efectele determinate de discuțiile inter-profesionale asupra pacientului purtate în prezența acestuia reprezintă, de asemenea, un subiect uneori extrem de important.

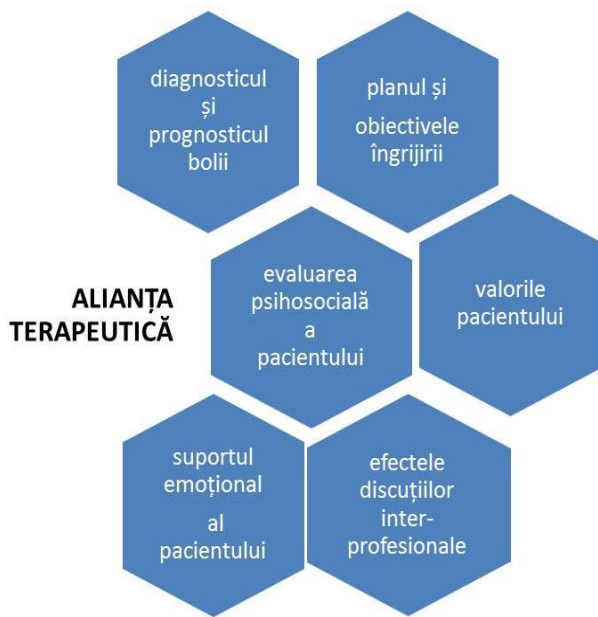


Fig. 1 Subiectele comunicării personal medical-pacient determinante ale alianței terapeutice

Este dovedit că o bună comunicare are ca principal efect faptul că, succesiv sau concomitent creează relații, acordă valoare celorlalte persoane, reduce izolarea, permite colectarea cu acuratețe a informațiilor, permite informarea adecvată a pacientului și exprimarea sentimentelor, reduce incertitudinea și poate oferi satisfacții celor implicați [18, 19].

2. Caracteristici generale ale relației terapeutice în medicină

O primă caracteristică a comunicării din cadrul relației terapeutice personal medical-pacient este faptul că este directă, fiind realizată față în față, fără a fi nevoie de un intermediar și având un caracter lipsit de formalism [27]. Între cei doi subiecți are loc un schimb permanent de informații, ceea ce va conduce la realizarea obiectivelor propuse și aflarea unor răspunsuri cu privire la modificarea stării de sănătate și evaluarea acesteia, a remediilor propuse pentru înlăturarea sau estomparea acestora și a modalităților practice de acțiune [12].

Multitudinea elementelor componente determină ca această relație, personal medical-pacient, să fie una specială și complexă [27]. Această relație, inițial, este una inegală, pentru că are ca punct de plecare cerința unei persoane suferinde adresată altei persoane, bazată pe faptul că aceasta din urmă știe cum să-l vindece sau să-i aline suferința. Acest tip de conexiune,

oferă o reală putere echipei medicale asupra fizicului și psihicului omului aflat în suferință. Ulterior, această relație se îmbogățește din punct de vedere emoțional, transformând-o și umanizând-o. [12, 28].

De cele mai multe ori, transferul este pozitiv (medicul/asistentul medical corespunde cu așteptările și nevoile pacientului), rezultând sentimente de simpatie, de securitate, de încredere nu doar în acesta, ci și în actul medical și echipa terapeutică. Pacientul ajunge însă de multe ori la a căuta relația mai mult cu persoana de specialitate, decât cu știința la care aceasta a ajuns prin instruire și educație profesională. Această relație, axată inițial pe îngrijirea corpului bolnav, este ulterior dominată atât de afecțiunea și emoțiile pacientului, cât și de cele ale medicului sau ale membrilor echipei terapeutice [12].

Capacitatea de empatizare a specialistului (asistent medical, medic) este necesară în toate situațiile medicale cu care acesta se confruntă. Empatia la acest nivel presupune nu doar o simplă simpatie sau intuiție a emoțiilor pacientului, ci și o identificare cu trăirile lui, cu stările biologice și psihologice pe care acesta le trăiește [16].

S-a constatat faptul că se pune mult mai mult accentul pe ceea ce spunem decât pe modul în care spunem ceea ce spunem [21]. Pentru evaluarea comportamentului nonverbal este utilizat acronimul E.M.P.A.T.H.Y.

E	E (eye contact) - contactul vizual
M	M (muscles of facial expression) – musculatura mimicii
P	P(posture) – postura
A	A (affect)- afectele
T	T (tone of voice) – tonul vocii
H	H (hearing the whole patient) – ascultarea deplină a pacientului
Y	Y (your response) - răspunsul tău

Fig. 2 Explicarea acronimului de evaluare a comportamentului nonverbal

În situațiile în care utilizarea limbajului de specialitate este limitată, comunicarea non-verbală devine esențială [13].

Identificarea de către pacient în persoana medicului/asistentului a unor imagini neplăcute, determină apariția unei atitudini de antipatie, chiar suspiciune, având ca finalitate apariția unei „atmosfere conflictuale cu conotație antiterapeutică” [12]. În aceste cazuri este vorba de transferul negativ.

Contratransferul, care se referă la proiecția unor sentimente, gânduri ale cadrelor medicale față de persoana pe care aceștia o îngrijesc, este de multe ori pozitiv, manifestându-se printr-o exprimare a interesului, simpatiei, altruismului acestuia față de omul bolnav. Există însă și situații, întâlnite mai puțin frecvent, de contratransfer negativ manifestat prin respingere, agresivitate pasivă, inconștientă.

Orice component al echipei terapeutice trebuie să fie conștient de faptul că, atât pacienții, cât și familiile acestora, așteaptă totul de la persoana sa și că nu i se va ierta nimic în caz de nereușită [12].

Dezvoltarea de abilități puternice de comunicare devine un factor generator de ofertă efectivă de sănătate. Cercetările din ultimii ani au evidențiat faptul că buna comunicare dintre medic/asistent și pacient a fost legată de o scădere a acțiunilor în justiție pentru malpraxis [5, 12], fiind generată de o îmbunătățire a satisfacției pacientului [8], de o creștere a complianței la tratament [17] și de o mai bună îngrijire a acestuia [9].

Dezvoltarea abilităților de comunicare interpersonală (ca parte a terapiei suportive a pacientului) au fost asociate cu:

- a) creșterea abilității pacienților de a face față bolii (mecanisme de coping);
- b) sporirea încrederii în furnizorii de servicii de sănătate;
- c) complianța la tratament și
- d) reducerea distresului emoțional și a poverii psihosociale [25].

În acest sens, lipsa acestor abilități va conduce la o comunicare deficitară, generând asupra pacientului următoarele efecte negative (fig.3)

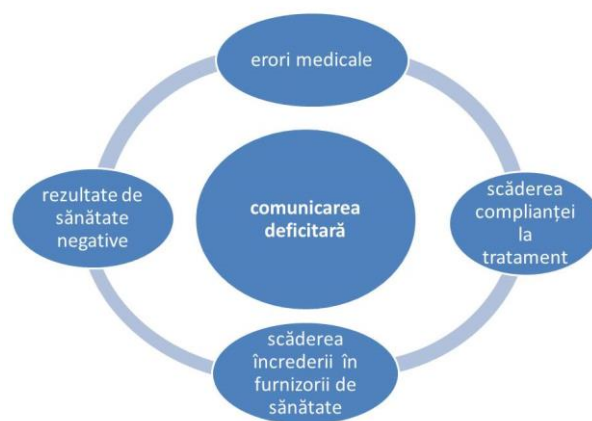


Fig. 3 Efecte negative ale comunicării deficitare asupra pacientului

Dezvoltarea unei bune comunicări ca abilitate absolut necesară specialistului în scopul creării unei reale alianțe terapeutice necesită solide cunoștințe medicale pentru a diagnostica și trata boala, abilități în obținerea a cât mai multor informații de la pacient, abilități interpersonale de a răspunde la sentimentele și îngrijorările pacientului, abilitatea de a crea și a menține relația terapeutică și o ofertă concretă de informații și educație medicală [18].

Pentru a comunica eficient cu pacienții, mai ales cu cei cu boli cronice severe, sunt absolut esențiale „schimbări în filozofia și cultura comunicării din mediul de îngrijire” [31]. Întreg personalul medical trebuie să primească o instruire adecvată [10, 18] care să răspundă nevoilor lor și care se concentrează pe abordarea holistică a pacientului [30].

Cu toate acestea, însă, apar iminent și situații în care, la nivelul comunicării, se întâlnesc bariere ce minimalizează efectul așteptat al acțiunii în cauză (mod diferențiat de a percepe anumite fenomene, cunoștințe deficitare, lipsa de interes, emoții, personalitatea).

Comunicarea este importantă nu doar în interacțiunea profesioniști – pacient, ci și în cadrul echipei terapeutice. Comunicarea deficitară în cadrul echipei medicale este asociată cu erori medicale și rezultate de sănătate negative [10, 14].

O comunicare eficientă între membrii echipei terapeutice și pacient determină o creștere a eficacității și a nivelului de înțelegere al acestuia cu privire la tratament, îmbunătățește complianța [17], și, în unele cazuri, determină o

îmbunătățire a stării de sănătate [10].

Un alt beneficiu poate fi reprezentat și de faptul că în cazul unei erori medicale, pacienții sunt mai puțin dispuși a se plânge în instanță dacă au avut o comunicare bună cu membrii echipei terapeutice [15, 29]. Beneficiile unei comunicări eficiente între aceștia determină, pe lângă bune relații profesionale între aceștia, și optimizarea legăturii a fiecăruia dintre ei cu pacientul însuși.

Într-o cercetare mai recentă sunt dezvăluite trei tipuri de comunicare deficitară văzute din prisma pacientului:

1. omisiuni obișnuite, de zi cu zi;
2. neînțelegeri sistemice;
3. atitudine repetitiv ofensatoare a unor clinicieni ale căror patternuri de comunicare generează pacientului distress permanent [25].

Comunicarea problematică contribuie și la apariția sindromului burn-out [6], la scăderea satisfacției și împlinirii profesionale și la o creștere a incidenței afecțiunilor psihologice [11, 30].

3. Cauze ale comunicării deficitare în relația personal medical - pacient

Comunicarea deficitară poate fi determinată de oricare dintre cei doi participanți la acest proces, respectiv atât de medic/asistent, cât și de pacient.

În literatura de specialitate sunt identificate cinci elemente cheie predictive ale problemelor de comunicare legate de cultura celor două părți:

- (1) diferențele culturale în modelele explicative ale sănătății și bolii;
- (2) diferențele în valorile culturale;
- (3) diferențele culturale în preferințele pacienților privind relația personal medical-pacient;
- (4) distorsiuni de percepție rasiale;
- (5) bariere lingvistice [23].

Prin includerea acestor variabile într-un model de cercetare, viitoarele studii pe acest subiect pot fi îmbunătățite atât din perspectivă teoretică, cât și metodologică.

Ca element diferențial, însă, medicii, în special, pot determina o comunicare defectuoasă deoarece, din dorința creșterii eficienței și a acțiunii prompte, se cantonează pe tipul de relație medic-activ, pacient-pasiv, fără a permite

exprimarea liberă a bolnavului sau răspunsul la multiplele lui întrebări [4].

Acest tip de relație este caracterizată de:

- a) anamneza ce urmărește mai ales criteriile tehnice, centrată cu precădere pe simptom;
- b) dezumanizarea prin transformarea pacientului într-un caz („eventrația” de la salonul X patul al 2-lea etc.);
- c) scăderea la minim a duratei contactului cu pacientul (mai ales în urgență) și chiar a duratei spitalizării (motivată prin necesitatea creșterii eficienței și a veniturilor);
- d) impactul frecvent, violent și frustrant cu incurabilitatea sau cu moartea, care amenință echilibrul psihologic nu numai al bolnavului, dar și al medicului și întregii echipe;
- e) lipsa de timp pentru comunicare datorită numărului mare de pacienți sau datorită deficitului de personal medical;
- f) acomodarea imediată defectuoasă a pacientului la noua schemă corporală sau la restricțiile severe impuse postoperator datorită unei informări și comunicări defectuoase în prealabil din partea medicului;
- g) tehnici defectuoase și inadecvate de comunicare.

O altă diferență în abordarea subiectului comunicării poate fi observată în relația medic chirurg-pacient, despre care studiile au evidențiat faptul ca această fațetă relațională este limitată, mai mult decât în cazul altor specialități, atât datorită petrecerii unui timp mai îndelungat în sala de operație, cât și structurii psihologice și temperamentului chirurgilor [4].

Specific mai poate fi și faptul că pacienții pot genera importante bariere în comunicare prin tendința de a-și ascunde emoțiile în fața medicului, teama de a fi pus într-o situație jenantă, dorința de a se conforma așteptărilor medicului curant și de a nu devia de la prezentarea „tehnică” a simptomelor, teama derivată din respectul excesiv față de medic [12].

4. Particularități în comunicarea medicală a informațiilor negative

Comunicarea unei vești rele solicită, din partea personalului medical o mare capacitate de dăruire, empatizare și abilități de comunicare deosebite [1]. Comunicarea veștilor proaste, pacientului și familiei sale, reprezintă un act de

responsabilitate enormă, cu impact asupra calității vieții și complianței la tratament. De aceea, anunțarea unei vești neplăcute ar trebui făcută cu profesionalism, ca orice act medical, însă nu mulți realizează cu succes această sarcină [2].

În ultimii ani, au fost publicate ghiduri medicale pentru comunicarea veștilor proaste (bad news) pacienților. Cursuri de formare în această direcție au fost incluse în programa universităților, la specializare sau pentru educație medicală continuă. Obiectivul acestei analize a fost acela de a evalua dovezile existente în literatura de specialitate privind eficacitatea unei astfel de formări [9, 22]. Au fost identificate doar șapte studii, dintre care patru randomizate, care au pus în evidență o îmbunătățire a abilităților de comunicare ale cursanților. Aceste constatări sugerează că formarea universitară și postuniversitară în domeniul comunicării veștilor proaste, este absolut necesară [2, 25].

Atunci când pacientul este tânăr, când și-a manifestat în mod continuu optimismul în ceea ce privește rezultatele tratamentelor efectuate și ale investigațiilor sau atunci când relația cu pacientul este pe termen lung, transmiterea veștilor proaste (bad news) din partea personalului medical se realizează cu dificultate. Pentru a evita ca anunțul veștii proaste să aibă un efect distructiv, medicul/asistentul trebuie să-și adapteze discursul în funcție de nivelul de comprehensiune al pacientului sau de structura psihologică a acestuia [12].

Profesioniștii trebuie să fie extrem de responsabili în alegerea cuvintelor, acestea putând reprezenta la un moment dat importante „arme” ce pot fi folosite în situații extreme de către personalul medical. Discursul pe care medicii/asistenții medicali îl utilizează poate avea atât efecte benefice, cât și distructive asupra ambelor părți implicate.

Au fost inițiate studii în scopul de a determina frecvența și paternul fenomenului nocebo (NP) indus în mod neintenționat de comunicarea chirurgilor și anesteziștilor în cursul diferitelor proceduri intervenționale și de comunicarea elementelor cruciale în cadrul întâlnirilor cu pacienții lor.

Concluzia unui studiu de acest tip [3] este că fenomenul nocebo a fost o constantă în practica clinică a chirurgilor și anesteziștilor în

timpul comunicării lor cu pacienții, fiind întâlnit mult mai frecvent la rezidenții și profesioniștii de sex feminin cu mai puțin de cinci ani experiență de muncă. Ashraf și Zaman [3] au evidențiat și necesitatea creării unor modalități de avertizare în rândul profesioniștilor cu privire la mesajele negative subtile generate de comunicarea cu efect nocebo și la conștientizarea faptului că efectele nocebo au repercusiuni negative asupra rezultatelor terapeutice obținute.

Comunicarea în situațiile speciale în medicină prezintă ca particularitate necesitatea respectării altor două reguli importante:

1. adresarea de întrebări cu privire la informațiile deținute de pacient, asupra a ce dorește și cât anume dorește să afle,

2. permisiunea oferită pacientului de a-și exprima grijile și sentimentele [19].

5. Concluzii

Comunicarea este caracterizată de elemente specifice în orice domeniu, așa încât și în medicină se poate pune în evidență un tip caracteristic de comunicare.

Specificitatea comunicării în medicină este determinată de faptul că relația dintre cele două părți (personalul medical și pacient) este mult mai complexă, implicând, pe lângă nivelul bazal al palierului terapeutic, și un nivel superior de comunicare de tip existențial. Aceasta din urmă este implicată în comunicarea medicală, deoarece actul medical interferează cu destinul pacientului, legat, la rândul său, de elemente de incertitudine și/sau instabilitate individuală

Este dovedit că o bună comunicare are ca principal efect faptul că, succesiv sau concomitent, creează relații, acordă valoare celorlalte persoane, reduce izolarea, permite colectarea cu acuratețe a informațiilor, permite informarea adecvată a pacientului și exprimarea sentimentelor, reduce incertitudinea și poate oferi satisfacții celor implicați.

Comunicarea în domeniul medical, ea însăși diferită față de alte tipuri de comunicare, este caracterizată de apariția suplimentară, în cadrul ei, a unor diferențe specifice importante determinate de poziția relațională a medicilor în raport cu pacienții, diferită de cea a asistentului medical, care poate produce efecte negative, de

asemenea specifice. Acestea trebuie gestionate după criterii bine stabilite, începând cu includerea în pregătirea profesională a unor cursuri de specialitate.

Ca și concluzie globală, rezultă că procesul de comunicare devine, din ce în ce mai mult, un procedeu terapeutic, o abilitate clinică fundamentală. Pentru a comunica eficient cu pacienții, sunt absolut esențiale schimbări în filozofia și cultura din mediul de îngrijire.

Întreg personalul medical trebuie să primească o instruire adecvată care să răspundă nevoilor pacienților și care să se concentreze pe abordarea holistică a acestuia.

Bibliografie:

- [1] Abbaszadeh A. Ehsani SR. - Nurses' perspectives on breaking bad news to patients and their families: a qualitative content analysis. *J Med Ethics Hist Med*. 2014 Nov.
- [2] Alelwani S.M., Ahmed Y.A. - Medical training for communication of bad news: A literature review. *J Educ Health Promot*. 2014 Jun 23; 3:51.
- [3] Ashraf B., Zaman K.U. - Qualitative study of Nocebo Phenomenon (NP) involved in doctor-patient communication. *nt J Health Policy Manag*. 2014 Jun 2;3(1):23-7.
- [4] Bălan C. - Implicații psihologice al anxietății operatorii. Ed Psihimedia, Sibiu, 2009.
- [5] Beckman H. B., Markakis K. M., Suchman A. L., Frankel, R. M. - The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. *Archives of Internal Medicine*, 1994, 154(12) 1365-1370,
- [6] Bencová V., Communication as a part of the supportive treatment in cancer care, *Klin Onkol*. 2013; 26(3): 195-200.
- [7] Boykins A.D. - Core communication competencies in patient-centered care. *ABNF J* 2014; 25(2): 40- 5.
- [8] Bramhall E. - Effective communication skills in nursing practice. *Nurs Stand*. 2014 Dec 3; 29(14):53-9.
- [9] Brindley P.G. - Improving medical communication with patients and families: Skills for a complex (and multilingual) clinical world. *Can Respir J*, 2014 Mar-Apr; 21(2):89.
- [10] Brock D. - Interprofessional education in team communication: working together to improve patient safety. *Postgrad Med J*. 2013, Nov; 89(1057): 642-51.
- [11] Butow P., Sharpe L. - The impact of communication on adherence in pain management. *Pain*, 2013 Dec. 154 Suppl 1:S101-7.
- [12] Cosman D. - Psihologie medicală, Editura Polirom, Iași, 2010.
- [13] Ennis G., Reid-Searl K. - The importance of communication for clinical leaders in mental health nursing: the perspective of nurses working in mental health. *Issues Ment Health Nurs*, 2013, Nov; 34(11): 814-9.
- [14] Fallowfield L., Jenkins V. - Effective communication skills are the key to good cancer care, *Eur. J. Cancer* 35(11) Oct. 1999 1592-1597.
- [15] Huntington B., Kuhn N. - Communication gaffes: A root cause of malpractice claims. *Baylor University Medical Center Proceedings*, (2003), 16, 157-161.
- [16] Larson E. B., Yao X. - Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship, *Journal of American Medical Association*, 2005, 293(9), 100-1106.
- [17] Matusitz J., Spear J. - Effective doctor-patient communication: an updated examination. *Soc Work Public Health*. 2014; 29(3): 252-66.
- [18] MedInfo Consulting. Communication skills for healthcare professionals. www.oscehome.com
- [19] Moșoiu D. - Teză de doctorat - Comunicarea Diagnosticului și a prognosticului în cancer, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj- Napoca, 2009.
- [20] O'Hagan S., Manias E., Elder C., Pill J. - What counts as effective communication in nursing? Evidence from nurse educators' and clinicians' feedback on nurse interactions with simulated patients. *J Adv Nurs*. 2014 Jun;70(6):1344-55. doi: 10.1111/jan.12296. Epub 2013 Nov 14.
- [21] Riess H., Kraft-Todd G. - E.M.P.A.T.H.Y: a tool to enhance nonverbal communication between clinicians and their patients. *Acad Med*, 2014 Aug; 89(8):1108-12.
- [22] Rolfé A., Cash-Gibson L. - Interventions for improving patients' trust in doctors and groups of doctors. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014, Mar 4; 3: CD004134.
- [23] Schouten B.C., Meeuwesen L. - Cultural differences in medical communication: a review of the literature. *Patient Educ Couns*. 2006, Dec;64(1-3):21-34.
- [24] Scripcaru Gh., Ciucă A., Astărăstoae V., Scripcaru C. – Bioetica, științele vieții și drepturile omului, Ed. Polirom, Iași, 1998

- [25] Thorne S., Oliffe J.L. – Poor communication in cancer care: patient perspectives on what it is and what to do about it. *Cancer Nurs.*, 2013 Nov-Dec; 36(6): 445-53.
- [26] Travaline J.M., Ruchinskas R., D'Alonzo G.E. Jr. – Patient - physician communication: why and how, *J Am Osteopath Assoc.* 2005 Jan; 105(1):13-8.
- [27] Tudose Fl. – Orizonturile psihologiei medicale, Ed. Medicală, București, 2003
- [28] Warnecke E. - The art of communication. *Aust Fam Physician.* 2014 Mar; 43(3):156-8.
- [29] Weinert M., Mayer H. – Skilled communication as "intervention": Models for systematic communication in the healthcare system. *Anaesthetist.* 2014, Dec.
- [30] Zalihić A., Černi Obrdalj E. – Fundamental communication skills in medical practice as minor elective subject. *Acta Med Acad.* 2014; 43(1): 87-91.
- [31] Zamanzadeh V., Rassouli M. - Factors Influencing Communication Between the Patients with Cancer and their Nurses in Oncology Wards. *Indian J Palliat Care.* 2014 Jan;20(1):12-20. doi: 10.4103/0973-1075.125549.

ACKNOWLEDGEMENT:

Această lucrare este susținută prin Programul Operațional Sectorial de Dezvoltare a Resurselor Umane (POS DRU), ID 134378 finanțat de Fondul Social European și de Guvernul României