



COMUNICAREA IN RELAȚIA MEDIC – PACIENT

Sef Lucr. Dr. Mihail Cristian Pîrlog, Asist. Univ. Dr. Dan Bondari



Comunicarea in practicaa medicala

- Proces cheie în medicină, comunicarea îmbracă mai multe forme și poate fi întâlnită în diverse situații, cea mai importantă dintre ele fiind fără îndoială cea între medic și pacient, care furnizează o mare parte din datele necesare stabilirii diagnosticului.
- Comunicarea devine chiar unica modalitate de tratament în cazul unor boli cronice, prin sfaturi, suporturi, informații găsindu-se stilul de viață impus de boală.
- Ameliorarea relației de comunicare între medic și pacient presupune înțelegerea complexității și subtilității comportamentelor interpersonale

(Doblin, Klamen, 1997).



Comunicarea pentru sănătate (I)

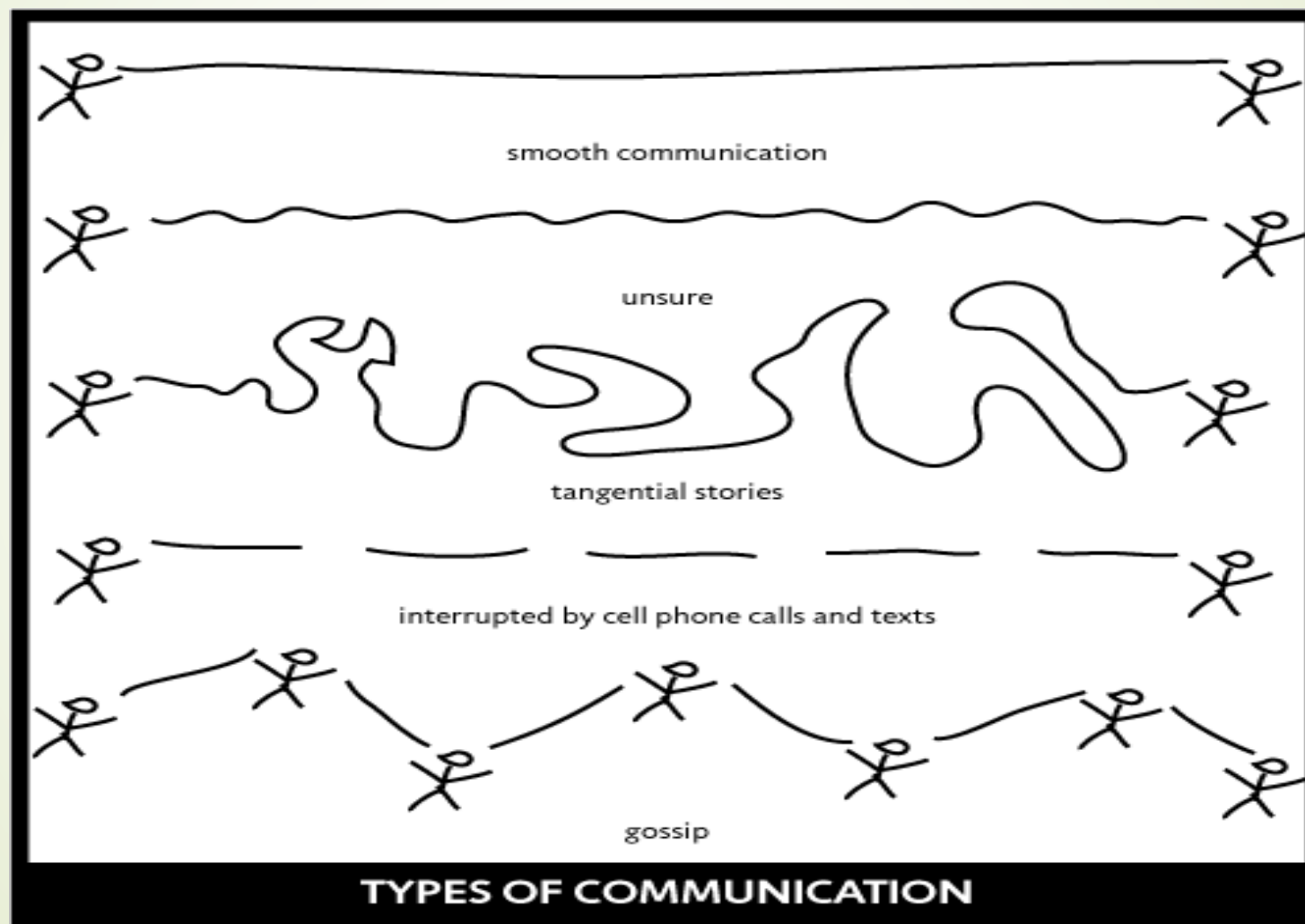
- “Comunicarea în domeniul sănătății este studiul mesajelor care creează sens în relație cu bunăstarea fizică, mentală și socială.” (Health Communication – Theory, Method and Application, Nancy Grant Harrington, 2015)
- “Arta și tehnica de a informa, influența și motiva audiența la nivel individual, instituțional și public asupra problemelor importante de sănătate, cu scopul îmbunătățirii calității vieții și a sănătății indivizilor.” (Healthy People 2010)



Comunicarea pentru sănătate (II)

- “Abordare multidimensională și multidisciplinară pentru a ajunge la un public diferit cu scopul de a transmite informațiile legate de sănătate, de a influența, angaja și sprijini indivizi, comunități, profesioniști din domeniul sănătății, grupuri speciale, factori de decizie politică și publicul să promoveze, să susțină un comportament, o practică sau o politică care va îmbunătăți în cele din urmă rezultatele în domeniul sănătății.” (Renata Schiavo; Health communication, from theory to practice; 2007)
- A devenit oficial o subdiviziune a comunicării în 1975 la Convenția anuală a Asociației Internaționale a Comunicării.

Stiluri de comunicare



Cu cine comunicăm?

- Cu noi înșine (intrapersonal communication)
- Pacientul
- Familie/anturaj
- Colegi:
 - Interdisciplinar: alte specialități clinice, medic familie
 - Ierarhic: manager -> personal auxiliar
 - Administrativ: consiliul medical, comisii
- Populația generală (mass communication)
- Institutii – spitale, Colegiul medicilor, asociații profesionale
- Media
- Etc.

Domenii ale comunicării pentru sănătate:

- ✓ Comunicarea interpersonală
- ✓ Comunicarea organizațională
- ✓ Marketingul social
- ✓ Entertainment- education
- ✓ Jurnalism medical

Caracteristici ale comunicării pentru sănătate (I)

- Precizie: conținutul este valabil, fără erori / interpretări
- Coerența: conținutul rămâne consistent pe parcursul timpului
- Echilibru: conținutul prezintă beneficiile și riscurile potențialelor acțiuni
- Informații bazate pe dovezi științifice relevante, care au făcut obiectul unei revizui cuprinzătoare și al unei analize riguroase
- Fiabilitate: sursa conținutului este credibilă, iar conținutul în sine este actualizat
- Disponibilitate: conținutul este difuzat/plasat în locuri accesibile pentru public
- Competență culturală: adaptare la problemele speciale ale grupurilor de populație selectate
- Înțelegere: nivelul și formatul sunt adecvate pentru publicul țintă.

Caracteristici ale comunicării pentru sănătate (II)

- Repetiție: livrarea / accesul la conținut este continuată sau repetată în timp, atât pentru a consolida impactul cu un public dat, cât și pentru a ajunge la generații noi.
- Promptitudinea: conținutul este furnizat sau este disponibil atunci când publicul este cel mai receptiv sau cel mai mult în nevoie de informațiile specifice.
- Acoperire (cantitativ): conținutul ajunge sau este disponibil pentru cel mai mare număr posibil de persoane din populația țintă.
- Strategic: să facă parte dintr-o strategie națională / internațională
- Cost – eficienta
- Creativitate
- Diversificare: pentru persoane fără auz, fără vedere etc.



Comunicarea cu pacientul

- Unde începe comunicarea (relația) pacient – spital / medic?
- Întrebări universale ale pacientului:
 - Care este problema mea?
 - Ce trebuie să fac?
 - De ce este important să fac asta (riscurile)?



Așteptările pacientului

- Să afle dintr-o singură apelare toate formalitățile de internare
- Cât are de așteptat înainte de intrarea în operație?
- Nu i se comunică cât are de așteptat și de ce are de așteptat pentru investigații; nu se scuză nimeni pentru întârziere.
- La externare: nu îl mai vede medicul și i se spune să vină a doua zi după bilet.
- O bună parte din așteptări pot fi rezolvate în câteva minute!



Modele de comunicare medic-pacient

- Implicit: relațiile implicite sunt caracterizate printr-o lipsă de control (interes) al ambelor părți
- Paternalist: medici dominanți și pacienți pasivi
- Consumismul: modelul invers, concentrându-se asupra drepturilor pacienților și a obligațiilor medicilor
- Reciprocitatea: împărtășire a procesului de luare a deciziilor (este cel mai bun tip relație; este posibil însă să nu se potrivească tuturor tipurilor de pacienți și este adesea dificil de realizat în practică).

(Roter, Hall, 1992)



Modelul paternalist (I)

- autocratic
 - asumă că medicul știe cel mai bine
 - medicul prescrie tratamentul și așteaptă ca pacientul să fie compliant
 - poate fi dezirabil în unele situații
-
- pacientul primește intervenția terapeutică care îi maximizează starea de sănătate (definită din perspectiva terapeutului)



Modelul paternalist (II)

Obligațiile terapeutului:

- ▶ terapeutul acționează ca și apărător al pacientului, articulând și implementând ce este cel mai bine pentru el
- ▶ doctorul își folosește abilitățile și profesionalismul pentru a recomanda testele terapeutale, diagnostica boala, și recomanda tratamentul cel mai bun.
- ▶ terapeutul prezintă pacientului informații selectate, încurajându-l să consimtă la intervenția considerată cea mai bună, iar în extrem, doctorul își impune autoritatea pentru inițierea tratamentului.



Modelul informativ (I)

- Medicul furnizeaza informația
- Nu face sugestii
- Alegerea aparține în totalitate pacientului
- Ar putea fi utilă în unele situații
- Atitudinea medicului poate fi percepută de pacient ca fiind rece și lipsită de interes
- Vede pacientul nerealist de autonom



Modelul informativ (II)

Obligațiile terapeutului:

- terapeutul este un furnizor de informații tehnice
- solicită colaborarea/părerăa altor specialiști dacă profesionalismul său nu acoperă în întregime o anumită situație



Modelul interpretativ (I)

- Medicul face recomandări ținând cont de caracteristicile individuale ale pacientului
- Decizia este în comun cu pacientul
- Medicul furnizează informații și explorează sentimentele pacientului în raport cu diverse opțiuni terapeutice
- Ia în considerație criticile și sugestiile alternative

Modelul interpretativ

Obligațiile terapeutului:

- ▶ aceleași ca și în modelul informativ:
- ▶ **terapeutul este un furnizor de informații tehnice**
- ▶ solicită colaborarea/părerea altor specialiști dacă profesionalismul său nu acoperă în întregime o anumită situație
- ▶ dar în plus necesită angajarea/colaborarea pacientului în luarea deciziilor (este **consilier al pacientului**)



Modelul deliberativ (I)

- Medicul acționează ca un prieten sau ca un sfatuitor
- Nu numai prezintă informațiile
- Dar și pledează pentru un curs terapeutic considerat de medic ca fiind de dorit



Modelul deliberativ (II)

Obligațiile terapeutului:

- angajează pacientul într-un dialog asupra celui mai bun curs al acțiunii, spunându-i în final nu numai ce ar putea să facă ci și ce ar trebui să facă (terapeutul acționează ca un profesor)

Cauzele insuficienței comunicării medic-pacient (I)

► Atitudinea profesională

- Mulți medici afirma că timpul consultației trebuie redus în favoarea educației de specialitate.
- Dacă unii medici nu oferă informații pacienților, considerând că acestea le-ar putea afecta psihicul, o altă categorie de medici consideră comunicarea informațiilor legate de boală către pacient, indiferent dacă au fost sau nu solicitate, drept o parte integrantă a îndatoririlor lor.
- Dacă în primul caz se poate vorbi despre o delimitare clară a rolurilor, de control asupra consultației și de accentuare a distanței dintre ele, în a doua categorie se regăsește deja o relație de reciprocitate, medicul recunoscând în pacient un factor activ pe tot parcursul desfășurării relației medicale.

Cauzele insuficienței comunicării medic-pacient (II)

- Stiluri de interviu

- s-au diferențiat mai multe stiluri de interviu, printre care se numără: birocratic (cel mai comun, sondaj eficient, limitare a sensibilității pacientului, nediferențiere în funcție de pacient), orientat spre persoană (empatia și conștientizarea sentimentelor pacienților sunt obiectul comunicării), orientat spre pacient, orientat spre medic.

- Problema incertitudinii

- este des întâlnită în cazul bolilor cronice, unde etiologia lor nu este suficient cunoscută, astfel neputându-se oferi informații satisfăcătoare. Menținerea incertitudinii este și o practică de menținere a controlului asupra pacientului și tratamentului.

Cauzele insuficienței comunicări medic-pacient (III)

- Neîncrederea pacientului
 - o contribuție importantă își aduce și diferențierea socială impusă de medici în procesul de comunicare a informațiilor legate de boală, dar și modul în care se răspunde pacienților ce solicită informații.
- Perspective diferite ale medicului și pacientului
 - perspectiva medicului se îndreaptă spre raționamentul științific și datele psiho-clinice în evoluția bolii, în timp ce pacientul acordă importanță experienței subiective a bolii și semnificației duratei acestei experiențe.

Cauzele insuficienței comunicări medic-pacient (IV)

- Dificultăți legate de înțelegere și memorie
 - apar atunci când informațiile furnizate pe parcursul consultației nu sunt înțelese ori sunt uitate într-un timp relativ scurt după consultație.
 - Între factorii care contribuie la aceste aspecte se numără vocabularul tehnic al medicilor, agitația pe care o produce vizita medicală, cantitatea prea mare de informație furnizată uneori de către medic, chiar și într-un limbaj comun, selecția convenabilă a informației de către pacient.

Factori legați de pacient care influențează comunicarea

- ▶ Simptomele fizice (durerea, gradul de disconfort)
- ▶ Factori psihologici legați de boală și/sau tratament medical (negare, anxietate, mânie, depresie)
- ▶ Experiențe anterioare legate de tratament
- ▶ Experiențe legate de tratamentul actual

Factori legați de medic care influențează comunicarea

- ▶ Încrederea în propriile abilități de comunicare
- ▶ Personalitatea
- ▶ Factori fizici (oboseala)
- ▶ Factori psihologici (anxietatea)

Factorii care contribuie la o stare anxioasă

- ▶ Mediu nefamiliar
- ▶ Pierderea spațiului personal
- ▶ Separarea de familie și prieteni
- ▶ Pierderea independenței și a intimității
- ▶ Mirosoși neobișnuite
- ▶ Sunete neobișnuite (secțiile de terapie intensivă)
- ▶ Mâncarea din spital
- ▶ Problemele financiare puse de boală
- ▶ Incertitudinea față de diagnostic și tratament



Factori la nivelul pacientului

- Convingerile pacientului despre boală și sănătate
- Problemele pe care pacientul dorește să le discute
- Expectațiile pacientului cu privire la acțiunile medicilor (de multe ori se bazează pe experiențe anterioare de boală)
- Cum percepe pacientul rolul doctorului

Factori ce țin de locul unde se desfășoară interviul

➤ Asigurarea intimității

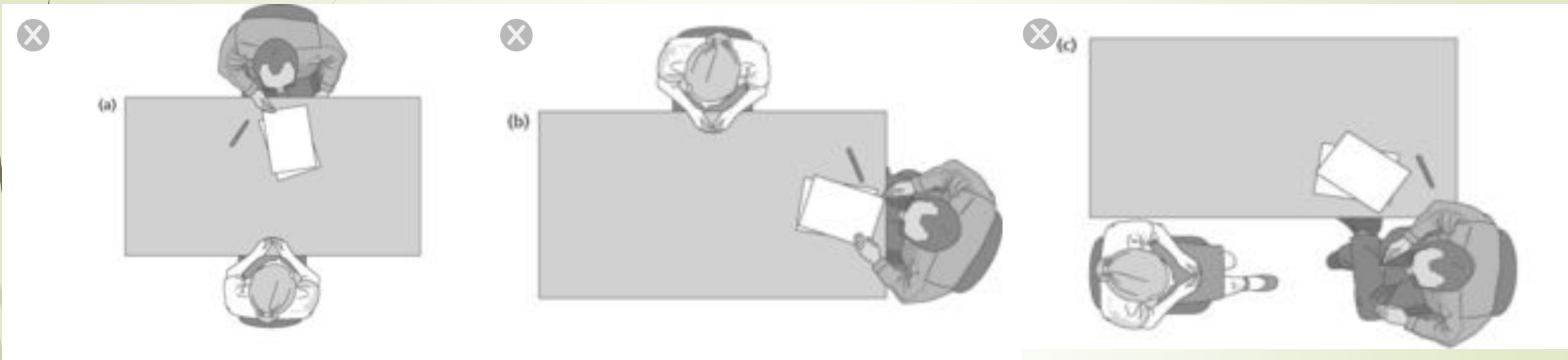
- Cele mai multe consultații au loc în secțiile sau ambulatorul spitalelor. Asigurarea intimității (și a confidențialității consultației) este esențială.

➤ Un mediu confortabil

- ▶ Un pacient întins într-un pat căruia i se pun întrebări la vizită de exemplu nu va dezvălui informații sensibile dacă știe că pacientul de alături aude tot.
- ▶ Pe cât posibil încercați să vă asigurați că nu veți fi întrerupți în timpul consultației.

➤ Așezarea corectă a medicului și a pacientului

Așezarea corectă a medicului și a pacientului



- Poziția a în care pacientul și medicul stau față în față cu un birou între ei n-o să-l facă pe pacient să se simtă în largul lui (chiar dacă doctorul s-ar putea să simtă că deține controlul). Biroul este și o barieră.
- Pozițiile b și c sunt mai informale și vor facilita comunicarea.

Așezarea corectă a medicului și a pacientului

- ▶ Un alt aspect care trebuie luat în considerare este distanța dintre medic și pacient.
- ▶ Dacă scaunele sunt prea apropiate pacientul s-ar putea să se simtă amenințat (i se invadează distanța personală), iar dacă distanța dintre scaune este prea mare medicul ar putea da impresia că nu este interesat de ceea ce spune pacientul.
- ▶ Cele mai multe consultații au loc la o distanță între 1.25-2.75 metri, dar distanța poate să se modifice în timpul interviului dacă medicul se apropie de pacient pentru a-l liniști.

Efectele comunicării adecvate în practica medicală (I)

- Controlul durerii postoperatorii
 - fenomen fiziologic identic la toți indivizii, durerea presupune, pe lângă „senzația de durere“ cu răspunsurile ei imediate și o serie de stări afective asociate în „experiența durerii“.
 - Comunicarea cu pacienții înainte de actul operator reduce atât nervozitatea acestora, care este legată de durere, cât și durerile postoperatorii, contribuind la îmbunătățirea stării lor fizice.

Efectele comunicării adecvate în practica medicală (II)

- Reducerea anxietății și stresului preoperator
 - neliniștea dinaintea intervenției chirurgicale influențează starea pacientului, uneori fiind necesară mărirea dozei de anestezic
 - O bună comunicare cu pacientul înainte de actul operator contribuie la optimizarea stării fiziologice generale a pacientului, la reducerea stresului și la scăderea complicațiilor somatice care survin după operație, precum și a acuzelor de neglijență profesională.

Efectele comunicării adecvate în practica medicală (III)

- Respectarea indicațiilor medicale
 - mulți pacienți nu respectă întru totul recomandările medicului privind tratamentul pe care trebuie să îl urmeze.
 - la originea acestei atitudini se găsesc doi factori principali, calitatea consultației și durata tratamentului, dar și lipsa de comunicare dintre medic și pacient.
 - nerespectarea indicațiilor medicale crește astfel atunci când medicul nu oferă explicații privind natura și cauzele bolii ori când manifestă dezinteres în implicare pacientului într-o relație de colaborare având drept scop ameliorarea stării de sănătate.

Efectele comunicării adecvate în practica medicală (IV)

- Model de coparticipare la decizia privind tratamentul adecvat (Charles, 1997):
 - medicul și pacientul sunt participanți în luarea deciziilor medicale
 - trebuie să își transmită reciproc informațiile pe care le dețin
 - trebuie să facă pași în direcția consensului necesar pentru aplicarea metodei de tratament adecvată
 - trebuie să ajungă la un acord asupra tratamentului aplicat.

Efectele comunicării adecvate în practica medicală (V)

- Satisfacția pacientului față de îngrijirea medicală primită
 - pacienții au tendința de a pune accent pe calitățile personale ale medicului, în defavoarea abilităților tehnice, profesionale.
 - buna comunicare medic – pacient va conduce la scăderea nemulțumirii celui din urmă în ceea ce privește calitatea serviciilor medicale primite și a acuzelor de neglijență profesională.

Metode de îmbunătățire a comunicării în practica medicală

- ▶ Pentru eficientizarea relației de comunicare între cei doi actori ai actului medical, au fost elaborate câteva sugestii (Ley, 1976):
 - ▶ îndrumările și recomandările să fie date la începutul interviului
 - ▶ să fie accentuată importanța recomandărilor și indicațiilor medicale
 - ▶ să se folosească propoziții și cuvinte scurte
 - ▶ informația ce trebuie comunicată să fie furnizată în propoziții clare
 - ▶ recomandările să fie repetate
 - ▶ să fie furnizate informații concrete, precise, în mod detaliat, mai degrabă decât informațiile generale.
 - ▶ să fie date și informații scrise pacientului, pentru a se putea orienta atunci când este cazul.
 - ▶ desemnarea unei persoane specializate în comunicare a cu pacientul din rândul echipei terapeutice.