



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Swiss Agency for Development  
and Cooperation SDC  
Agenția Elvețiană pentru  
Dezvoltare și Cooperare



Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale



Trimbos  
Moldova  
Sănătatea mintală accesibilă în comunitate

# MENSANA

Suport pentru reforma serviciilor  
de sănătate mintală în Moldova

# Comunicarea medic-pacient

Dr. Raluca NICA

- ▶ Cea mai eficientă modalitate de vindecare include concentrarea și pe motivațiile, valorile și nevoile pacientului (convingeri și emoții, cât și pe experimentarea bolii).
- ▶ Există însă evidențe certe care arată că într-un interviu clinic în care evaluăm atât componenta emoțională cât și simptomatologia fizică se reduc semnificativ și timpii de lucru.
- ▶ Rezultatele unui interviu centrat pe pacient sporesc gradul de satisfacție atât pentru pacient cât și pentru cadrul medical.

- ▶ Pentru specialiștii din sănătate este o provocare atât să stabilească un diagnostic cât și să găsească „ambalajul verbal” cel mai eficient pentru comunicarea cu pacientul
- ▶ **Limbajul uzual este considerat cel mai important „instrumentul de diagnostic și tratament” din tolba unui medic.**
- ▶ Cu toate acestea clinicienii adesea ajung în ipostaza în care simt (constată) că nu își găsesc cuvintele necesare pentru dialog.

- ▶ Dezvoltarea unui repertoriu personal de evaluare și intervenție implică redefinirea limbajului tehnic în cuvinte simple și pe înțelesul pacientului.
- ▶ În calitate de clinicieni suntem obișnuiți să întrebăm:
- ▶ „Unde doare?”
- ▶ „Altundeva?”
- ▶ „Ați constatat vreo cauză care determină o creștere a durerii?”

- ▶ „Vorbiți-mi puțin despre dumneavoastră” (feedback verbal care uneori poate fi suficient pentru validarea emoțională a pacientului).
- ▶ Desigur că o singură frază este în aceeași măsură eficientă pentru toți clinicienii și toți pacienții, dar putem admite că medicii care aleg să îmbogățească conținutul întrebărilor pur biologice sunt mult mai favorizați în depășirea limitelor și identificarea unor abordări autentice.

- ▶ Psihiatrul canadian Lipowski (1987) identifică posibilele semnificații atribuite bolii de către pacient. Tipul de atribuire este relevant pentru înțelegerea reacțiilor la boală și a modului de a face față (coping) bolii.
- ▶ ***Boala ca experiență umană firească***: pacientul acceptă boala ca o altă experiență din viață prin care trebuie să treci și să faci față; în general, o astfel de interpretare declanșează ajustări active, flexibile, raționale. Pacientul luptă cu boala ca și cu o altă situație de viață.



- ▶ **Boala ca inamic:** pacientul percepe boala ca pe o „invazie”, ca pe o forță inamică care a cucerit organismul. O astfel de interpretare poate declanșa frică, anxietate sau furie și revoltă. La fel ca în situații de război, cel copleșit poate să se resemneze și să capituleze, fără luptă, sau poate mobiliza resurse de luptă de care nici pacientul nu era conștient că le posedă.
- ▶ **Boala ca pedeapsă:** pedeapsă poate fi percepută ca fiind dreaptă, meritată datorită „păcatelor” săvârșite de pacient iar boala și suferința ca având valoare „de purificare”. Bolnavul poate adopta o atitudine plină de stoicism, chiar de umilință. Dacă boala este percepută ca o pedeapsa nemeritată și deci nedreaptă, furia și revolta pot să devină trăirile emoționale preponderente și să complice lupta împotriva bolii.

- ▶ **Boala ca eșec:** unii pacienți percep boala ca un semn de slăbiciune personală, de care se simt jenați. Uneori deci, situația trebuie ascunsă. Pentru aceștia confruntarea cu situația de „slăbiciune” este atât de dureroasă încât, uneori o ascund, alteori o neagă. În consecință se comportă ca și cum nimic nu s-ar fi întâmplat.
- ▶ **Boala ca eliberare:** boala poate fi și o soluție la conflicte intrapsihice, de ex. nemulțumire de sine pentru neîmpliniri personale sau profesionale. Pentru a evita confruntarea cu situația conflictuală, persoana se refugiază în rolul de bolnav. Acesta îi oferă posibilitatea de a raționaliza situația: „nu am putut să îmi termin studiile deoarece m-am îmbolnăvit”; sau de a se sustrage unor sarcini și responsabilități care îi revin. Discuțiile unui astfel de pacient vor fi centrate pe boala sa, pe diagnostic, pe restricțiile pe care i le impune boala.



- ▶ **Boala ca strategie:** beneficiile secundare ale bolii au fost descrise încă de Freud. Soțul bolnav obține mai multă atenție din partea familiei; soția primește mai multor ajutor în treburile casnice; fiica adolescentă este în sfârșit înțeleasă de părinți; fratele mic devine mai interesant față de cel mare. Boala poate fi utilizată ca strategie și pentru a obține avantaje materiale/financiare.
- ▶ **Boala ca pierdere iremediabilă:** unii văd boala, uneori chiar minoră, ca o catastrofă, ca ceva ce nu mai poate fi recuperat. Convingerea că viața nu mai merită a fi trăită este relativ frecventă la persoanele care percep boala ca o pierdere iremediabilă. Pacienții au un risc crescut pentru suicid, mai ales dacă boala este mai serioasă.

- ▶ **Boala ca valoare:** boala poate deveni o situație de învățare, te învață să prețuiești ceea ce este cu adevărat important în viață. Boala determină la unii pacienți o reevaluare a valorilor personale, o nouă imagine asupra vieții. Orgoliile mărunte, sunt înlocuite cu valori spirituale, estetice, afective. Nu de puține ori pacienții spun „boala m-a învățat cât de importantă este familia, sau micile bucurii ale vieții”.

## RĂSPUNSUL EMOȚIONAL LA BOALĂ

- ▶ Starea de discomfort, de boală, diagnosticul, confruntarea cu tratamentul, cu un mediu străin, cu o evoluție incertă, cu suspendarea, cel puțin temporară, a planurilor de viitor, declanșează o gamă largă de emoții negative. Printre cele mai întâlnite reacții emoționale amintim:
- ▶ **Anxietate** (înainte de diagnostic, de procedurile medicale, legată de evoluție).
- ▶ **Furie** (față de starea de depersonalizare tipică mai ales în mediul spitalicesc, față de „soarta nedreaptă”).

- ▶ **Depresie** (cauzată de pierderea controlului, a independenței, a rolului social activ, de restricționare în manifestări, de incertitudine a viitorului).
- ▶ **Însingurare** (în experiența bolii, pacientul simte deseori că nu este înțeles, că între el și cei sănătoși s-a interpus o distanță greu de depășit).
- ▶ **Neajutorare** (cauzată de dependența față de alte persoane, pierderea sentimentului de control asupra propriei vieți).
- ▶ **Lipsa de speranță** (pesimism privind evoluția bolii, a eficienței tratamentului, demisia în lupta cu boala).

- ▶ **Emoțiile negative complică evoluția bolii și interferează cu recuperarea bolnavului. Uneori pot fi atât de intense încât necesită tratament psihiatric.**
- ▶ **Totuși, de cele mai multe ori, asistența psihologică a bolnavului somatic îl va ajuta să depășească momentele de criză.**
- ▶ **Afectivitatea negativă poate să nu ia forma explicită a emoțiilor descrise mai sus, ci să se manifeste mascat: prin insomnii, inapetență, apatie, stare de oboseală, dezinteres.**
- ▶ **Identificarea formelor mascate de depresie sau anxietate poate avea un rol vital în prevenția suicidului, a renunțării la tratament, a negării bolii.**



## REPREZENTAREA MENTALĂ A BOLII

Leventhal (1989) dezvoltă așa numitul model cognitiv al bolii care subliniază importanța reprezentării bolii în adaptarea la boală dar și la măsurile de prevenție a ei. Convingerile (percepțiile) despre boală ale persoanelor „laice” (nespecialiste) pot fi organizate în cinci dimensiuni derivate de autori din interviurile realizate cu pacienți suferinzi de diverse boli

Dimensiunile reprezentării/percepției bolii

- ▶ *Identitatea / recunoașterea bolii*: semne, simptome, numele bolii
- ▶ *Cauze*: percepția cauzelor bolii
- ▶ *Evoluție*: percepția duratei bolii
- ▶ *Consecințe*: percepția consecințelor fizice, sociale, economice și emoționale ale bolii
- ▶ *Curabilitate/ controlabilitate*: percepția gradul în care boala este vindecabilă și controlabilă



- ▶ Diversele cercetări realizate în domeniul reprezentării cognitive a bolii atestă faptul că este un predictor semnificativ a recuperării din boală, și a reintegrării profesionale și sociale.
- ▶ Cu cât reprezentarea mentală a bolii este mai apropiată de prototipul bolii (imagine și informații acurate despre boală, furnizate de specialiști) cu atât mai corect poate fi anticipată ajustarea la boală. Nu trebuie omise influențele sociale și culturale în formarea reprezentărilor.
- ▶ Reprezentarea cognitivă a bolii nu își are originea în mintea unei persoane ci este mai degrabă rezultatul interacțiunii dintre individ și mediul în care trăiește.

- ▶ **Aderența la tratament**, numită și **compliance**, este definită ca și coincidența dintre sfaturile medicului și comportamentul pacientului. **Fenomenul aderenței s-a dovedit a fi foarte important în recuperarea din boală.**
- ▶ Cercetările demonstrează că non-aderența la tratament este un fapt mult mai răspândit decât s-ar putea crede.
- ▶ S-a dovedit că peste 50% dintre pacienți fie abandonează tratamentul înainte de termen, fie îl iau incorect.
- ▶ În cazul unor boli cronice și asimptomatice, cum este cazul hipertensiunii arteriale sau diabetului, aderența poate fi prezentă doar la 30% dintre pacienți.
- ▶ **Compliance** este mult mai mare în cazul bolilor însoțite de dureri sau de imobilitate.

- ▶ Medicii supraestimează nivelul de cooperare al pacientului, considerând că este interesul său să urmeze indicațiile sale, sau pur și simplu îl blamează pe acesta pentru non-complianță.
- ▶ Aderența este în realitate un fenomen mult mai complex decât pare la prima vedere. Însumează fațete psihice, sociale, culturale, de competență profesională a medicului, de eficiență a sistemului medical, a produselor farmaceutice și a politicilor sanitare.

- ▶ Cunoașterea cauzelor care generează non-aderența furnizează pârghiile pentru combaterea ei. Deși se utilizează conceptul de aderență la tratament (sau complianță) fenomenul aderenței, în sensul său larg, nu include doar comportamentul față de tratament. Toate segmentele anterioare tratamentului sau concomitente, sunt la fel de importante pentru vindecare astfel:
- ▶ **Aderența față de comportamentele preventive** (de ex. măsurarea regulată a tensiunii arteriale, analize de laborator periodice, radioscopii anuale etc.);
- ▶ **Aderența față de direcționarea spre medic** când apar primele semne sau simptome de boală (unele persoane solicită un consult de specialitate la primul semn de boală, alte persoane amână săptămâni, luni sau chiar ani când boala a evoluat uneori spre un prognostic fatal);

- ▶ **Aderența față de procedurile de diagnosticare** (sunt persoane care în ciuda faptului că au consultat medicul renunță să finalizeze demersul; proceduri de diagnosticare invazive și riscante (ex. cateterism, angiografie), neplăcute (endoscopie) sau costisitoare (tomografie, mamografie);
- ▶ **Aderența la tratamentul prescris** (de cele mai multe ori aderența nu este prezentă sau absentă 100%; non-aderența poate fi accidentală, circumstanțială dar și intențională; ea se manifestă și prin luarea în exces a medicației);



- ▶ **Aderența la modificarea stilului de viață** (multe din tratamentele medicamentoase sunt ineficiente dacă nu sunt asociate cu modificarea factorilor de risc, de precipitare sau de menținere cum sunt: fumatul, consumul de alcool, alimentația bogată în glucide sau lipide, sedentarismul, obezitatea etc.);
- ▶ **Aderența la comportamentul de monitorizare și evaluare a evoluției bolii** (revenirea la controalele periodice; unii pacienți la primele semne de însănătoșire renunță la tratament și la controalele periodice).



- ▶ Non-aderența nu are repercursiuni negative doar asupra pacientului. Evoluția bolii spre cronicizare, complicațiile ei, întârzierea recuperării și reinsertiei sociale a pacientului cresc nu doar costul psihic plătit de bolnav, dar și costul social.
- ▶ O hipertensiune arterială netratată și complicată cu un accident vascular cerebral are consecințe grave atât pentru persoana în cauză cât și pentru sistemul medical și social.
- ▶ Prin urmare reducerea non-complianței nu mai poate fi privită ca o problemă individuală ci ca un socială.

## Căi de reducere a non-aderenței:

- ▶ Oferirea de informații despre diagnostic, boală, tratament, evoluție
- ▶ Solicitarea de feed-backuri din partea pacientului
- ▶ Combaterea efectelor adverse ale tratamentului
- ▶ Modificarea cognițiilor despre boală și sănătate
- ▶ Relația medic-pacient interactivă, personalizată, bazată pe empatie și încredere
- ▶ Asistarea psihologică a pacientului și familiei
- ▶ Cooperarea cu alte instituții sociale
- ▶ Ameliorarea sistemului de asistență medicală
- ▶ Creșterea calității vieții în boală

Elementul cheie în aderență este comunicarea medic (clinician) - pacient.

- ▶ Favorizează aderența la tratament și satisfacția cu tratamentul prin oferirea de control, decizie și participare activă a pacientului.

## CONCEPTUALIZAREA STADIILOR SCHIMBĂRII

Ideea de bază din spatele acestei teorii este dată de importanța cunoșterii stadiului de pregătire în care se află pacientul. În funcție de stadiul de schimbare se transmite un mesaj care pentru a promova trecerea la un alt stadiu.

- ▶ Conform modelului stadiilor schimbării propus de Prochaska și Di Clemente indivizii (pacienții) se pot afla în cinci stadii distincte:
- ▶ **PRECONTEMPLARE** - individul nu-și propune să facă o schimbare la nivel de comportament deoarece este “inconștient” cu privire la importanța unor comportamente alternative pentru el. Individul încă nu realizează că manifestă un comportament de risc.
- ▶ **CONTEMPLAREA** - individul începe să analizeze cognitiv comportamentul lui, ajungând la idea că acesta este unul de risc și contemplă la nevoia de schimbare. Este etapa în care individual conștientizează nevoia de <sup>24</sup> mai multe informații.

- ▶ **PREGĂTIREA** - individual se angajează la schimbare și implementează câteva demersuri pentru a iniția schimbarea comportamentului. Individul se poate înscrie la un curs de transmitere de informații cu privire la un stil alimentar sănătos, un grup de dezvoltare a abilităților de reglare emoțională etc.
- ▶ **ACȚIUNEA** - individul își exersează intens noul comportament. Consumă regulat o masă lipsită de grăsimi, își identifică (recunoaște) emoțiile și le exprimă etc.
- ▶ **MENTȚINEREA** - comportamentul nou este perfectat și se fac pași pentru a preveni recăderea la comportamentul de risc. Individul se înscrie la un grup de suport, merge la vizite medicale periodice.

## Importanța modelului:

- ▶ Individul (pacientul) în stadii diferite are nevoie de un anumit tip de mesaj transmis într-o manieră potrivită (în funcție de cât de pregătit este pentru schimbare).
- ▶ De exemplu pentru a trece de la etapa de Precontemplare la Contemplare mesajele dezirabile sunt: de conștientizare, de informare, exemple concrete de comportamente sanogene;
- ▶ Pentru a trece de la etapa de Pregătire la Acțiune pacientul are nevoie de o motivație - pacienții trebuie să fie motivați să facă ceva pentru a se proteja;
- ▶ Pentru a asigura o etapă de Menținere eficientă și a preveni Recăderea mesajul trebuie să conțină elemente despre: comportament sanogen, autoeficacitate, exerciții pentru a face o rutină din noul comportament, înlăturarea barierelor care inhibă comportamentele sănătoase.



## CE TREBUIE SĂ NU UITĂM DESPRE PACIENT ȘI STAREA SA DE SĂNĂTATE

### Nevoi biologice:

- ▶ intervenție farmacologică
- ▶ monitorizarea efectelor dorite și a efectelor secundare ale medicației
- ▶ identificarea problemelor fizice și emoționale, pe măsură ce ele apar
- ▶ odihnă și exercițiu fizic
- ▶ dietă echilibrată

## Nevoi psihologice:

- ▶ suport și asistență variabilă în funcție de nevoile și de gradul de dependență al pacientului la un moment dat
- ▶ relație de suport cu o persoană sau cu o echipă care să îi ofere respect și încredere în potențialul său de recuperare
- ▶ să facă față la experiența bolii
- ▶ să se simtă important și util
- ▶ un echilibru între substimulare și suprastimulare
- ▶ atmosferă caldă
- ▶ rutină zilnică (inclusiv serile, weekendurile sau sărbătorile/vacanțele)
- ▶ dezvoltarea comportamentelor responsabile (prin metode de management comportamental)
- ▶ sublinierea punctelor tari și a potențialului personal; minimizarea handicapurilor (respectarea și încurajarea independenței atât cât este posibilă)

## Nevoi sociale:

- ▶ dezvoltarea abilităților de comunicare și de rezolvare de probleme
- ▶ dezvoltarea unei rețele de suport social (prevenirea sindromului ”eșecului” social)
- ▶ ajutor instrumental pentru managementul bugetului familial, transport, găsirea/menținerea unui loc în reșeaua școlară

## CE NU TREBUIE SĂ UITĂM DESPRE SARCINILE DE COMUNICARE ÎN COMUNICAREA DINTRE PERSONAL MEDICAL- PACIENT

### 1. Colectarea de informații despre:

- ▶ problemele principale ale pacientului;
- ▶ percepția pacientului și ale familiei despre acestea;
- ▶ impactul fizic, emoțional și social ale problemelor pacientului asupra sa, precum și asupra familiei sale;

### 2. Analizarea reacției pacientului la informațiile primite și îngrijorărilor sale;

### 3. Identificarea măsurii în care pacientul și familia acestuia doresc să participe în decizia de tratament (când opțiunile de tratament sunt disponibile);

4. Discutarea opțiunilor de tratament cu pacientul, astfel încât acesta să înțeleagă implicațiile;
5. Adecvarea informației furnizate la ce anume dorește pacientul să știe și verificarea celor înțelese de pacient;
6. Maximizarea probabilității ca pacientul să urmeze tratamentul agreat și celelate prescripții medicale.

## CUNOAȘTEREA EXPERIENȚEI SUBIECTIVE A PACIENTULUI

Abilitățile de a explora modul în care pacientul trăiește boala, problemele și îngrijorările sale.

- ▶ De ce să utilizăm aceste abilități ?
- ▶ Colectarea tuturor informațiilor relevante despre pacient contribuie la realizarea unui diagnostic corect și la construirea eficientă a planului de intervenție.
- ▶ De asemenea îl încurajează pe pacient să coopereze și să facă eforturi în urmarea planului de recuperare.
- ▶ Explorarea modului în care pacientul trăiește experiența bolii îl ajută pe acesta să înțeleagă și să își reamintească informațiile primite.



- ▶ Când se prezintă la medic, pacienții doresc suport și ajutor pentru mai multe probleme decât una singură, cu care încep discursul sau pe care o prezintă atunci când sunt întrebați.
- ▶ 40% - 80% dintre pacienți nu urmează recomandările primite, dacă acestea nu sunt relaționate cu nevoile, prioritățile, așteptările pacientului.
- ▶ Explorarea convingerilor pacienților despre problemele sale este predictor pentru rezultatele obținute de pacient în urma intervenției medicale.

## Cum să facem ?

- ▶ Invitați pacientul să vă povestească despre problemele lui: “Povestiți-mi cum vă simțiți?”.
- ▶ Utilizați întăriri verbale și non-verbale pentru a încuraja pacientul să exprime alte îngrijorări sau emoții:
- ▶ Permiteți/ acordați timp pacientului să continue sau să răspundă, înainte de a pune o altă întrebare.
- ▶ Identificați care este cea mai presantă problemă a pacientului și negociați discutarea ei în acea întâlnire.
- ▶ Formulați întrebări care să vă ajute să înțelegeți cum problema afectează viața de zi cu zi a pacientului. “Ce schimbări ați observat că au apărut în viața dvs. de când vă confrunțați cu problema X?”

- ▶ Formulați întrebări despre contextul de viață al pacientului (evenimente sau persoane implicate); aceste informații pot ghida decizia clinică de tratament. “cu cine locuiți?”, “au apărut schimbări acolo unde locuiți?”, “cu cine vă petreceți cea mai mare parte a timpului?”, “cu cine preferați să stați?”, “sunt lucruri care vă deranjează sau vă îngrijorează în prezent?”, “sunt lucruri care urmează să se întâmple și vă gândiți la ele?”
- ▶ Întrebați pacientul care este, în opinia sa cauza problemei ?  
“Din ce cauză credeți că a apărut... ?”

- ▶ Identificați așteptările pacientului despre modul în care problema sa poate fi ameliorată.
- ▶ Pacienții vin cu propriile lor așteptări despre soluționarea unor probleme/ simptome și, dacă ele sunt diferite de cele primite, scade probabilitatea urmării recomandărilor medicale.
- ▶ Sumarizați ce ați înțeles despre îngrijorările și așteptările cheie ale pacientului legat de problemele sale și despre ce poate fi făcut.
- ▶ Invitați pacientul să completeze sau să corecteze modul în care dvs. ați înțeles.

## CARE SUNT MOTIVELE PENTRU CARE COMUNICAREA PERSONAL MEDICAL-PACIENT NU ESTE EFICIENTĂ?

Motivele pentru care comunicarea nu este eficientă țin de variabilele implicate: **pacienți, personalul medical, context.**

Motive pentru care pacienții nu facilitează comunicarea eficientă:

- ▶ Convingerea că nimic nu poate fi făcut;
- ▶ Teama de a nu-l deranja/suprasolicita pe medic;
- ▶ Teama de a nu fi considerat patetic;
- ▶ Teama că îngrijorările lor vor fi confirmate;

- ▶ Importanța deosebită pe care o acordă simptomelor, spre deosebire de personalul medical care abordează boala ca pe un întreg și se concentrează pe tratament;
- ▶ “Ducerea în eroare” a personalului medical - pacienții prezintă cele mai mari temeri ale lor ca îngrijorări minore;
- ▶ Evită să adreseze întrebări de teamă că temerile lor vor fi confirmate sau din convingerea că nu li se va răspunde cu seriozitate;
- ▶ Comportamentul blocant al personalului medical;
- ▶ Nu au oportunitatea de a-și identifica nevoile de comunicare;



## Comportamente ale personalului medical care blochează comunicarea eficientă:

- ▶ Oferă sfaturi înainte ca principalele probleme să fie identificate;
- ▶ Explică disconfortul sau suferința ca ceva normal;
- ▶ Schimbă topica conversației pacientului;
- ▶ Minimalizează problemele pacientului;
- ▶ Utilizează jargonul sau limbajului medical tehnic;
- ▶ Subestimează capacitatea pacientului de a comunica sau de a înțelege;
- ▶ Depersonalizează pacientul (se adresează aparținătorului, vorbește despre pacient la persoana a III-a când acestea este de față);
- ▶ Personalul medical “preferă” bolile acute celor cronice deoarece acestea din urmă au multe incertitudine și semne de întrebare legate de prognostic, față de bolile acute.

## Capcane de evitat în comunicarea cu pacientul:

- ▶ Utilizarea limbajului medical tehnic;
- ▶ Acordarea insuficientă a atenției pentru îngrijorările exprimate de pacient;
- ▶ Întreruperea pacientului atunci când vorbește;
- ▶ Schimbarea subiectului început de pacient;
- ▶ Omiterea verificării modului în care pacientul a înțeles informația transmisă;
- ▶ Utilizarea unui ton impersonal și distant în comunicare;
- ▶ Indisponibilitate pentru pacient.