

PROVOCARILE COMUNICĂRII ÎN ANESTEZIE ȘI TERAPIE INTENSIVĂ

Gabriela Droc*

205

Motto: « ... il y a plus de quarante ans que je dis de la prose sans que j'en susse rien ...»

Moliere, *Le Bourgeois Gentilhomme*

Introducere

Comunicarea este un proces crucial și reprezintă o parte importantă din viața fiecăruia dintre noi ca ființe sociale. Comunicăm la școală, la serviciu, acasă iar interacția dintre noi și alte ființe umane este inevitabilă. Putem face asta mai bine sau mai prost în tentativa noastră de a transmite mesaje, intenții, sentimente sau pur și simplu informație.

Comunicarea nu reprezintă însă numai simplu dialog între două persoane ce își vorbesc, ci este un proces dinamic care presupune atât interacții verbale cât și non-verbale. Vorbitorul trebuie nu numai să-și transmită mesajul ci să aibă și parte de un feed-back din partea ascultătorului pentru a vedea dacă stilul lui de comunicare a fost eficient. Atunci când comunicarea este ineficientă apar problemele inter-personale. O bună comunicare este mult mai greu de descris decât de recunoscut. Doctorii nu pot practica medicina fără să posede calități de comunicator.(1)

A ști să comunici nu este o calitate înnașcută, reprezintă o unealtă în practica noastră pe care trebuie să învățăm cum să o folosim.

În profesia noastră comunicarea se desfășoară pe mai multe nivele:

1. Comunicarea cu pacientul și/sau rudele lui
2. Comunicarea în cadrul echipei de lucru (colegi, asistente, chirurghi etc.)

* Institutul Clinic Fundeni, București
gabi.droc@hotmail.com

Fiecare nivel isi are particularitatile lui si de aici nevoia de mijloace specifice pentru a asigura o buna comunicare pe oricare dintre treptele mentionate.

1. Comunicarea cu pacientul si/sau rudele lui

Atunci cand interactioneaza doi indivizi, de exemplu anestezistul si pacientul intre ei comunicarea se desfasoara in mod natural pe mai multe trepte verbale si non-verbale, implicite si explicite.

Modul in care informatia este perceputa de catre interlocutor este in cea mai mare parte legata de modul in care o spunem si numai intr-o proportie mica de 10% va receptiona continutul a ceea ce spunem (vezi figura 1).

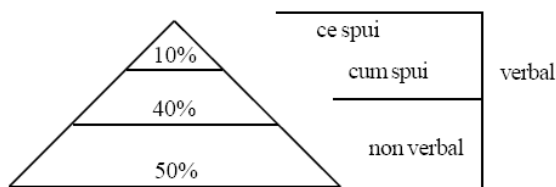


Fig.1. Triunghiul comunicarii (2)

Simplu, de aici deducem importanta tinutei pe care o avem, a posturii, a zambetului a atitudinii ca si a tonului folosit. Putem genera o gama intrega de emotii si reactii la pacientul cu care stam de vorba de la incredere la teama.

Pe parcursul pregatirii noastre suntem invatati pana la nivel molecular mecanismul de actiune al unui medicament precum si tehnica manipularii unor masinarii la fel de complexe ca un avion dar nimeni nu ne invata cum sa vorbim cu un pacient sa-l pregatim pentru ceea ce urmeaza sau cum sa facem fata unui chirurg nervos si speriat in plaga. Si totusi acestea sunt lucruri cu care noi ne confruntam zilnic. Ele pot fi generatoare de nemulumiri pentru noi si pentru cei din jur. Proasta comunicare poate duce la greseli medicale, la atmosfera tensionata de lucru sau chiar la reclamatii.(3)

Comunicarea medicului anestezist cu pacientul poate fi clasificata in trei faze distincte:

- Vizita preanestezica
- Momentul perioperator
- Etapa postanestezica

Spre deosebire de alte specialitati, informatiile despre bolnav anestezistul trebuie sa si le culeaga intr-un interval relativ scurt de timp in care de obicei nu va cunoaste si personalitatea pacientului. Anestezia este un moment in-

fricosator pentru pacienti in care pierd controlul de sine, starea de constienta este alterata, nu pot comunica verbal, memoria le va fi alterata. De aceea vizita preanestezica prin mesaje pe care le transmite are o puternica viza anxiolitica, de educare a pacientului asupra evenimentelor ce vor urma si de planificare impreuna cu acesta a momentului postoperator.(4) Comunicarea trebuie croita dupa nevoile individuale ale pacientului, adaptata nivelului lui de cunoastere, educatie si, de ce nu, nivelului lui de curiozitate.

Dar si mai dificila este stabilirea unui dialog si a unei zone de incredere cu pacientul de terapie intensiva sau cu rudele acestuia, cu atat mai greu cu cat este un pacient terminal. Vestile pe care noi le vom da sunt privite cu teama, nemulțumire sau false sperante. Cum abordam problema pacientului terminal?

Exista mai multe moduri in care medicul practician poate purta dialogul cu pacientul de terapie intensiva, sau de cele mai multe ori cu familia acestuia folosita drept substitut. Tipurile de discutii si modurile de abordare a suferintei si consecintele ei cu bolnavii si cu ceea ce deseori numim apartinatorii pot fi clasificate in patru modele sau tipologii:

- Modelul **conducator** – medicul stie ce face, isi asuma intrega responsabilitate, pacientul nu are nimic de spus
- Modelul **informativ** – pacientului i se expun variantele si trebuie sa aleaga fara sa fie indrumat (model la capatul opus al celui conducator)
- Modelul in **colaborare** – intermediar intre primele doua in care ingrijirea este un proces ce se desfasoara in colaborare intre medic pacient/familie
- Modelul de **incurajare** – tot model intermediar dar cu mai multe accente emotionale (5;6)

Orice medic de terapie intensiva va recunoaste ca acest contact cu familiile pacientilor critici este unul din cele mai dificile si stresante lucruri cu care se confrunta.

2. Comunicarea in cadrul echipei de lucru (colegi, asistente, chirurgi etc.)

Un studiu recent arata ca 90% dintre anesteziști cred ca o proasta comunicare poate determina intarzieri in desfasurarea anumitor proceduri si ca mai trebuie facute demersuri in sala de operatie pentru imbunatatirea comunicarii anestezișt-chirurg.(7)

Ciudat este ca comunicarea este perceputa diferit de anesteziști, chirurgi si asistente in sala de operatie. In general chirurgii sunt multumiti, asistentele o percep ca putand fi imbunatatita iar anesteziștii sunt complet nemultumiti.(8)

Ce putem face pentru a imbunatati acest lucru? Exemplul ce ne sta la indemana este luat din aviatie, unde s-au facut progrese enorme in gestionarea sau evitarea situatiilor de criza care pot duce la o catastrofa prin imbunatatirea comunicarii; cele mai multe accidente aviatice nu s-au datorat unei defectiuni tehnice ci mai degraba factorului uman care include si coordonarea echipei si comunicarea intre membrii acesteia. Programele instituite pentru ameliorarea acestui element au dus la scaderea incidentei accidentelor aviatice. Putem invata din acest lucru? Intalnim aici elemente aplicabile si blocului operator unde de asemenea ne intalnim cu situatii de criza de a caror gestiune corecta depinde viata unor oameni?(9)

Analiza situatiei dintr-o sala de operatie se poate face in mai multi pasi astfel incat aparitia unei probleme sa poata fi identificata imediat. Aceste etape sunt:

- **Constientizarea situatiei** in fiecare moment – fiecare din membrii echipei trebuie sa stie in ce moment operator se afla si ce pasi sunt de urmat
- **Identificarea problemei** atunci cand ea apare si comunicarea ei tuturor membrilor echipei
- **Luarea unei decizii** prin analiza eventualelor variante si riscurile pe care le-ar putea implica
- **Distribuirea sarcinilor** – fiecare membru din echipa trebuind sa stie exact ce are de facut
- **Managementul timpului** – presupune luarea si executarea unei decizii in timp util
- **Rezolvarea conflictelor** – presupune capacitatea de a asculta pe altii, de a stabili puncti acolo unde sunt diferente si de a construi respect reciproc. (10)

Concluzie

O buna comunicare nu este greu de obtinut. Ea poate fi definita de umatorii termeni:

- Oferă **siguranta** – scade morbiditatea si mortalitatea
- Este **accessibila** – oricine poate sa ajunga sa o cunoasca, sa o controleze cu practica si fara un efort prea mare
- Este **eficienta** – imbunatateste munca de echipa si poate fi salvatoare de bani si timp

Si atunci care ar fi problemele? In calea unei bune comunicari se ridica insa si anumite bariere, lipsa de timp in meseria noastra dar uneori si lipsa de energie si dorinta de a achizitiona noi cunostiinte.

Trebuie retinut inasa ca medicii care sunt prosti comunicatori vor atinge mai greu treptele succesului profesional si vor fi mai des confruntati cu reclamatii din partea pacientilor.

Bibliografie:

1. Cyna AM, Andrew MI, Tan S. Structures. In Communication in Anesthesia and Critical Care. Edited by Cyna AM, Andrew MI, Tan S, Smith AF. Oxford University Press, 2011, p.17-29.
2. Iovanut S. Introducere. In Comunicarea. Editura Waldpress, 2001, p.5-6.
3. Smith AF, Pope C, Goodwin D. Communication between anesthesiologists, patients and the anesthesia team: a descriptive study of induction and emergence. Canadian Journal of Anesthesia 2005; 52:915-920.
4. Kopp VJ, Shafer A. Anesthesiologists and perioperative communication. Anesthesiology 2000; 93:548-555.
5. Gauntlett R, Laws D. Communication skills in critical care. Continuing Education in Anesthesia Critical Care & Pain 2008; 8:121-124.
6. Reader TW, Flin R, Cuthbertson BH. Communication skills and error in the intensive care unit. Current Opinion in Critical Care 2007; 13:732-736.
7. Elks KN. A survey of anesthesiologists' perspectives of communication in the operating suite. Anesthesia and Intensive Care 2009; 37:108-111.
8. Awad S, Fagan SP, Bellows C, et al. Bridging the communication gap in the operating room with medical team training. The American Journal of Surgery 2005; 190:770-774.
9. Rivers RM, Swain D, Nixon WR. Using aviation safety measures to enhance patient outcome. AORN J 2003, 77:158-162.
10. Davies JM: Team communication in the operating room. Acta Anaesthesiologica Scandinavica 2005; 49:898-901.