

Berek & Novak Ginecologie

Ediția a 15-a

Jonathan S. Berek, MD, MMS

Professor and Chair
Department of Obstetrics and Gynecology
Stanford University School of Medicine
Director, Stanford Women's Cancer Center
Stanford Cancer Institute
Stanford, California

Editorial Assistant & Design

Deborah L. Berek, MA

Illustrations by

Timothy C. Hengst, CMI, FAMI

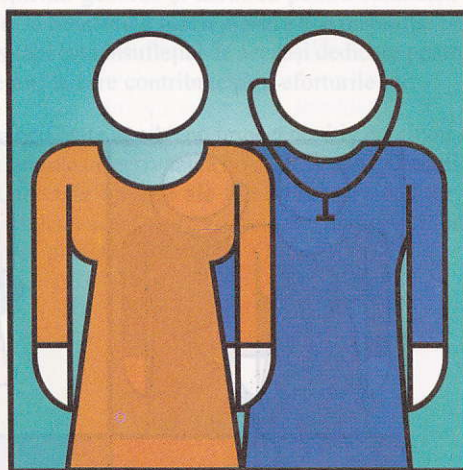
George Barile



Editura Medicală
CALLISTO
www.callisto.ro

Evaluarea inițială și comunicarea

Jonathan S. Berek
Paula J. Adams Hillard



- Noi toți suntem produși ai mediului, ai experiențelor din trecut și ai culturii din care facem parte. Importanța evaluării status-ului general, social și familial al pacientei nu trebuie hiperbolizată. Medicul trebuie să evite prejudecățile proprii, în special în ceea ce privește întrebările despre practicile și orientarea sexuală.
- O bună comunicare este esențială pentru evaluarea și tratamentul pacientei. La baza acesteia stau patru abilități cheie: empatia, ascultarea cu atenție, cunoștințele aprofundate și raportul stabilit. Aceste deprinderi pot fi învățate și rafinate.
- Jurământul lui Hippocrate cere ca medicii să fie prudenți în ceea ce privește informațiile confidențiale. Pentru o comunicare eficientă, pacienta trebuie să fie convinsă că își poate discuta problemele în profunzime și încredere deplină.
- Diferite stiluri de comunicare pot afecta abilitatea medicului de a percepe statusul pacientei și de a atinge scopul unei evaluări optime și a unui tratament de succes. Natura intimă și foarte personală a multor probleme ginecologice necesită o sensibilitate particulară pentru a obține un răspuns deschis.
- Unele paciente nu dețin informații precise despre afecțiunile lor. Înțelegerea incompletă sau inadecvată a unei boli poate duce la insatisfacție îndreptată către actul medical, anxietate crescută, suferință, dificultăți de adaptare, eșecul tratamentului sau răspuns slab la acesta.
- După stabilirea unui dialog, evaluarea pacientei continuă cu anamneza completă și examinarea fizică. Ambele se bazează pe o interacțiune bună pacientă – medic și atenție sporită la detalii.
- După terminarea evaluării, pacienta trebuie informată asupra rezultatelor. Dacă acestea sunt normale, este indicată liniștirea în consecință a femeii. Când există o posibilă afecțiune, aceasta trebuie comunicată imediat; discuția va avea loc după examinare, cu pacienta îmbrăcată.

Practicarea ginecologiei necesită numeroase aptitudini. Pe lângă cunoștințele medicale, medicul trebuie să-și însușească arta comunicării și a relațiilor interpersonale, ce promovează interacțiunea pacient – medic și relația de încredere. Evaluarea este a „întregii paciente”, nu doar a statusului medical general al acesteia. Ar trebui să includă orice afecțiune aparentă, precum și status-ul psihologic, social și familial. **Pentru a evalua pacienta în contextul adecvat, vor fi luate în considerare aspectele de mediu și culturale.** Această abordare este valabilă atât în timpul consultului de rutină, cât și în anumite condiții medicale specifice, oferind oportunități pentru prevenție și consiliere pornind de la fundamente.

Variabile care afectează statusul pacientei

O pleiadă de variabile externe influențează pacienta și îngrijirea pe care o primește. Unii dintre acești factori includ „celelalte lucruri semnificative” ale persoanei – familia, prietenii și relațiile personale și intime (Tabelul 1.1). Aceste variabile din exterior includ termeni psihologici, genetici, biologici, sociali și economici. Factorii care afectează percepția pacientei asupra bolii și durerii și mijloacele prin care ea a fost învățată să facă față afecțiunii includ educația, atitudinea, înțelegerea funcției de reproducere și a sexualității umane precum și antecedentele patologice familiale (1–3). Cultura, statusul socio-economic, religia, etnia, limbajul, vârsta și orientarea sexuală sunt factori importanți în înțelegerea răspunsului pacientei la îngrijirea medicală.

Cu toții suntem produși ai mediului, ai experiențelor din trecut și ai culturii din care facem parte. Importanța evaluării status-ului general, social și familial al pacientei nu trebuie hiperbolizată (4). Sensibilitatea culturală poate fi foarte însemnată în asigurarea sănătății reproductive (5).

Contextul familial al pacientei poate și trebuie evaluat direct. Antecedentele eredo-colaterale vor include o analiză atentă a celor care au avut afecțiuni semnificative, cum ar fi neoplasmul sau o boală pe care femeia o percepe ca pe o potențială cauză a simptomatologiei proprii. Perspectiva ei poate oferi informații importante care vor influența decizia medicală; întrebările specifice în acest sens îmbunătățesc interacțiunea (6).

Tabelul 1.1 Variabile care influențează statusul pacientei

Pacienta	
Vârsta	
Antecedentele personale patologice	
Atitudinea și percepția	
Orientarea sexuală	
Obiceiurile (e.g., consumul de alcool, tutun și alte medicamente)	
Familia	
Statusul pacientei (e.g., căsătorită, despărțită, trăind în concubinaj, divorțată)	
Persoanele în îngrijire (e.g., copii mici, copii cu dizabilități, părinți în vârstă)	
Frați, surori (e.g., număr, vârste, gradul de apropiere)	
Istoricul (e.g., boli)	
Mediul	
Mediul social (e.g., comunitatea, conexiunile sociale)	
Statusul economic (e.g., sărăcia, lipsa asigurărilor de sănătate)	
Religia (e.g., religiozitatea, spiritualitatea)	
Trecutul etnic și cultural (e.g., prima limbă vorbită, comunitatea)	
Carierea (e.g., mediul de lucru, satisfacția, responsabilitățile, stresul)	

Respect pentru oameni și cărți

Este importantă înțelegerea de către pacientă a evenimentelor cheie din istoricul medical al familiei și influența lor asupra sa. Trecutul său sexual, relațiile și obiceiurile trebuie analizate și evaluat nivelul funcțional al satisfacției în aceste domenii. **Doctorul trebuie să evite prejudecățile proprii, în special în ceea ce privește întrebările despre practicile și orientarea sexuală** (vezi Capitolul 11).

Comunicarea

Pentru evaluarea și tratamentul pacientei este esențială o comunicare bună. Relația medic – bolnavă se bazează pe conversația într-o manieră deschisă, onestă și atentă ce permite ca situația și problemele ei să fie corect înțelese și să se realizeze o colaborare pentru obținerea de soluții eficiente. O relație bună necesită răbdare, dedicație și practică și implică atât ascultarea atentă cât și comunicarea verbală și non-verbală.

La baza comunicării stau patru abilități cheie: empatia, ascultarea cu atenție, cunoștințele aprofundate și capacitatea de a stabili un raport. Acestea pot fi învățate și rafinate (4,7,8). Când se stabilește o relație inițială cu pacienta, medicul trebuie să utilizeze tehnicile de intervievare cu vigilență, astfel încât să-și creeze continuu oportunități pentru înțelegerea temerilor femeii (9). Încrederea este un element fundamental ce încurajează comunicarea deschisă a sentimentelor, preocupărilor și ideilor pacientei, și nu ascunderea informațiilor (10).

Un element esențial al comunicării – împărtășirea unei culturi și a unui limbaj comune – poate lipsi atunci când medicul interacționează cu o pacientă care are cunoștințe minime sau absente de limba cunoscută de examinator. În multe discuții despre comunicare se presupune concordanța între limba vorbită de pacientă și medic. Peste 18% dintre americani vorbesc o altă limbă decât engleza acasă, și peste 8% au competențe limitate (11). Aceste bariere se asociază cu educația sanitară limitată, compromiterea îngrijirii interpersonale și o satisfacție mai scăzută a pacientei după consulturile medicale (11, 12). Traducătorii pot diminua acest efect. Statul California a recunoscut importanța discuției în interacțiunea medic-pacient printr-o prevedere în Codul Sănătății și al Siguranței ce afirmă „acolo unde există bariere de limbaj și comunicare între pacienții și personalul oricărui spital pentru medicină de urgență, trebuie luate măsuri pentru găsirea de traducători sau profesioniști bilingvi pentru a asigura dialogul adecvat și rapid între bolnavi și medici” (13). În școlile de medicină din Statele Unite se acordă o atenție crescută pentru educarea viitorilor medici în vederea colaborării cu traducătorii, ceea ce va contribui la îmbunătățirea practicii și va reduce diferențele dintre serviciile de sănătate acordate (14).

Deși există multe stiluri de interacțiune cu bolnavii, fiecare medic trebuie să determine și să-și dezvolte cea mai bună cale de relaționare cu pacientele, să transmită că poate și dorește să asculte și să recepționeze informațiile în condiții de strictă confidențialitate (1). **Jurământul lui Hippocrate cere ca medicii să fie rezervați în ceea ce privește informațiile despre pacienți.** Legea portabilității și a responsabilității asigurării medicale (HIPAA) ce a intrat în vigoare în 2003, stabilește standarde naționale ce ar trebui să protejeze confidențialitatea informației privitoare la sănătatea personală. Temerile inițiale despre impactul regulilor HIPAA și potențialul asupra răspunderii legale au dus la discuții despre comunicarea adecvată și raționamentele medicului bazate pe principiile etice ale confidențialității în oferirea de servicii medicale de calitate (15,16) (vezi Capitolul 2).

Abilitățile de comunicare

Pentru medic este esențială comunicarea cu pacienta într-un mod care îi permite acesteia să continue să solicite atenția medicală adecvată. Cuvintele folosite, felul de a vorbi, modul în care sunt rostite propozițiile, chiar și limbajul corpului și privirea directă, toate sunt aspecte importante ale interacțiunii medic-pacientă. Rolul tradițional al medicului a fost unul paternalist, în care acesta trebuia să dea comenzi directe sau „ordine” și îndrumări specifice în toate problemele (4). În prezent, pacientele revendică și așteaptă o comunicare cât mai echilibrată. Deși nu au cunoștințe medicale la nivelul înalt, pacientele cer să fie tratate cu considerație și respect, într-un mod care le recunoaște persoana ca fiind pe picior de egalitate cu medicul (17). Comunicarea între cei doi primește mai multă atenție în educația medicală actuală și este recunoscută ca temă majoră a învățământului profesional de-a lungul vieții și un element cheie al furnizării de servicii medicale de succes (18).

Ca rezultat al accesului electronic la informație, uneori, paciențele au cunoștințe medicale mult mai întinse asupra unor probleme decât medicul. În acest caz, medicul trebuie să evite să fie defensiv. Deseori, pacienta nu posedă cunoștințe mai largi decât contextul problemei, nu este conștientă asupra siguranței și exactității surselor electronice, și nu are abilitatea de a evalua un anumit studiu sau publicație într-un context sau în comparație cu alte surse despre tema în cauză, nu cunoaște interacțiunile medicamentoase, nu are abilitatea de a menține distanța intelectuală obiectivă sau îi lipsește experiența esențială în arta și știința medicinei. Medicul are aceste aptitudini și cunoștințe vaste, pe când pacienta se concentrează intens asupra problemei personale în situația ei specifică. Studiile efectuate despre percepția medicilor asupra impactului informației de specialitate de pe Internet asupra relației medic-pacient au arătat păreri atât pozitive cât și negative; ei și-au arătat îngrijorarea în ceea ce privește eficientizarea timpului unei consultații, dar au avut o opinie pozitivă despre efectele potențiale asupra calității superioare a îngrijirii și evoluției pacienților (19). **O colaborare ce permite pacienților implicarea interactivă mai mare în relația cu medicul poate avea rezultate mai bune asupra stării de sănătate (1,20,21).**

Interacțiunea medic – pacientă

Modul de a vorbi al medicului poate influența interacțiunile cu pacienta. În tabelul 1.2 sunt prezentate unele componente importante ale comunicării eficiente dintre cei doi. Există dovezi că abilitățile de interviu dezvoltate științific și validate empiric pot fi predate și învățate iar utilizarea lor conștientă poate avea ca urmare evoluții favorabile (8). O astfel de expunere se găsește în Tabelul 1.3.

Comunicarea dintre medic și pacientă va fi eficientă dacă aceasta din urmă percepe că își poate discuta problemele în profunzime și încredere. Constrângerile temporale impuse de programările consultațiilor pentru a face față realităților economice îngreunează acest lucru; atât medicul cât și pacienta trebuie să-și reevalueze frecvent prioritățile. Dacă femeia simte că participă la stabilirea deciziilor și că primește suficientă informație, aceasta va răspunde la planul de tratament aprobat în comun cu niveluri mai joase de anxietate și depresie, abordându-l ca pe un proiect mutual de acțiune. Ea ar trebui să poată propune alternative sau modificări la recomandările medicului care să reflecte propriile păreri și atitudini. Există dovezi ample că discuția, înțelegerea și rezultatul tratamentului sunt mai bune atunci când comunicarea cu medicul este sub forma unui dialog și nu a unei prelegeri. În plus, dacă pacienții simt că există un teren pe care se poate negocia, rețin mai multe informații despre recomandările cu privire

Tabelul 1.2 Concepte importante ale comunicării dintre pacientă și medic: Rolul medicului

Medicul este:	Medicul nu este:
Un bun ascultător	Contradictoriu
Empatic	Combativ
Compătitor	Argumentativ
Onest	Condescendent
Sincer	Arogant
Respectuos	Dogmatic
Echitabil	Cu prejudecăți
Susținător	Paternalist
Medicul utilizează:	
Limba inteligibil	
Limba al corpului adecvat	
O abordare de colaborare	
Dialogul deschis	
Atitudinea emoțională corespunzătoare	
Umorul și apropierea	

Tabelul 1.3 Atitudini asociate cu cele 14 elemente structurale ale interviului^a

Pregătirea ambianței		Negocierea unei probleme prioritare	
Creați intimitatea		Aflați prioritățile pacientei	
Eliminați zgomotul și perturbările		Afirmati propriile priorități	
Oferiți un loc confortabil astfel încât nivelul privirii să fie egal		Stabiliți interesele comune	
Asigurați accesul		Ajungeți la un acord asupra ordinii abordării problemelor	
Pregătirea proprie		Dezvoltarea unui act narator	
Eliminați distragerile și întreruperile		Dezvoltați metode personale de a cere pacientei să-și spună povestea	
Concentrați-vă		Întrebați când s-a simțit sănătoasă ultima dată	
Autohipnoza		Întrebați despre întreaga evoluție a afecțiunii	
Meditația		Întrebați despre episodul recent sau despre unul caracteristic	
Imaginile constructive		Stabilirea contextului din viața pacientei	
Eliminați gândurile nepotrivite		Folosiți prima ocazie de a întreba despre detalii personale și sociale	
Observația		Aflați istoricul dezvoltării	
Creați o listă personală de categorii de observație		Informați-vă despre sistemul de suport al pacientei	
Exersați în mai multe situații		Întrebați despre casă, loc de muncă, vecini, siguranță	
Observați semnele fizice		Stabilirea unei plase de siguranță	
Prezentarea		Memorați o analiză completă a sistemelor	
Afecțiunea		Revedeți chestiunile adecvate unei probleme specifice	
Ce s-a spus și ce nu		Prezentarea constatărilor și a opțiunilor	
Întâmpinarea		Fiți succint	
Creați o introducere personală stereotipă		Determinați nivelul de înțelegere al pacientei, stilul cognitiv	
Prezentați-vă		Cereți pacientei să repete și să specifice că a înțeles	
Verificați numele pacientei și pronunția lui		Rezumați și verificați	
Creați un ambient social pozitiv		Înregistrați și oferiți pacientei caseta	
Introducerea		Întrebați despre perspectivele pacientei	
Explicați-vă rolul și scopul		Negocierea planurilor	
Descoperiți așteptările pacientei		Stimularea pacientei	
Negociați diferențele în perspectivă		Acordul asupra problemelor fezabile	
Asigurați-vă că așteptările sunt congruente cu ale pacientei		Respectați alegerile pacientei oricând este posibil	
Descoperirea și depășirea barierelor de comunicare		Încheierea	
Dezvoltați o listă personală de bariere de căutat		Cereți pacientei să revadă planurile și acordurile	
Folosiți un limbaj adecvat		Clarificați ce trebuie făcut provizoriu	
Impedimente fizice cum sunt surditatea, delirul		Programați următoarea consultație	
Includeți barierele culturale		Spuneți „La revedere!”	
Recunoașteți barierele psihologice ale pacientei, cum sunt rușinea, teama și paranoia			
Probleme de cercetat			
Dezvoltați metode personale de inițiere a descrierii problemelor			
Întrebarea „Altceva?” până când problemele sunt elucidate			

^aLipkin M Jr. Physician-patient interaction in reproductive counseling. *Obstet Gynecol* 1996;88:31S–40S.

Adaptat după Lipkin M, Frankel RM, Beckman HB, et al. Performing the interview. În: Lipkin M, Putnam SM, Lazare A, eds. *The medical interview: clinical care, education and research*. New York: Springer-Verlag, 1995: 65–82.

Respect pentru oameni și că

la starea de sănătate. Conceptul de a planifica în colaborare cu pacientele este considerat o alianță mult mai eficientă decât modelul precedent în care doctorul formula decizii (22). Astfel, li se recunoaște dreptul în procesul de alegere a îngrijirii medicale. De exemplu, deciziile despre riscurile și beneficiile terapiei de substituție hormonală în menopauză trebuie discutate în contextul istoricului familial și personal precum și al propriilor convingeri și scopuri. Femeia decide dacă beneficiile potențiale depășesc eventualele riscuri și ea va hotărî dacă va urma sau nu tratamentul respectiv. În timp ce majoritatea femeilor confruntate cu incertitudini preferă stabilirea unei decizii în comun, unele doresc o abordare mult mai directă printr-o discuție bazată pe dovezi despre riscuri și beneficii (23). **Datoria medicului este de a personaliza interacțiunea și comunicarea.**

Există dovezi că, atunci când pacienții sunt auziți și înțeleși, ei devin mai elocvenți și curioși, iar starea lor de sănătate se îmbunătățește (9). Participarea facilitează investiția și încrederea. **O bună comunicare este esențială pentru menținerea unei relații între medic și pacientă și va perpetua îngrijirea în timp.** Astfel, poate exista o relație de cauzalitate directă între păstrarea sănătății și interacțiunile pozitive dintre cei doi. Femeile care au încredere în medicul lor vor comunica probleme sau temeri și vor transmite informații despre potențiale riscuri; vor fi mai receptive la recomandările lui. Acest tip de raport poate promova eficiența intervențiilor în domeniul sănătății, inclusiv modificările comportamentului. Aceasta ajută ca pacientele să revină în vederea controalelor regulate pentru că simt că medicul este într-adevăr interesat de binele lor și au încredere în calitatea tratamentului și a îndrumărilor primite.

Starea de boală face pacientele vulnerabile, expuse fizic și psihologic, lipsite de putere. Medicul, prin cunoștințele și statusul său, are o poziție ce poate fi intimidantă. Este esențial ca doctorul să fie conștient de această disproporție, astfel încât „balanța puterii” să nu fie înclinată prea mult către el. Reechilibrarea acesteia către pacientă poate îmbunătăți evoluția (1,20,21). Comportamentul medicului poate sugera că nu își respectă pacientele. Acțiuni precum incapacitatea de a respecta programările efectuate, discuțiile substanțiale de rutină cu pacienta dezbrăcată, sau adresarea din ortostatism în timp ce pacienta se află în clinostatism sau în poziție de litotomie, pot înclina balanța dominației în relația stabilită.

În evaluarea efectelor interacțiunii pacientă – medic asupra evoluției afecțiunilor cronice, au fost identificate trei caracteristici asociate cu o îngrijire mai bună a sănătății (21):

1. Un medic empatic și un nivel ridicat al implicării pacientei în timpul anamnezei.
2. Ex primarea emoțiilor de către ambii interlocutori.
3. Furnizarea informațiilor de către doctor ca răspuns la întrebările pacientei.

La pacienții cu diabet, aceste caracteristici au determinat o valoare mai bună a valorilor tensiunii arteriale diastolice și o reducere a hemoglobinei A_{1c}. Cele mai bune răspunsuri s-au obținut atunci când un medic empatic a oferit informații și clarificări suficiente, a răspuns deschis și onest la întrebările pacienților și a arătat o gamă largă de emoții, inclusiv umor. Evoluțiile au fost mai bune atunci când relația nu a fost dominată de medic (21).

În studii care au inclus sexul și limbajul, bărbații au tendința să vorbească mai mult decât femeile, le întrerup cu succes și controlează subiectele conversației (24). Ca urmare, medicii de sex masculin tind să preia conducerea și acest dezechilibru al dominației poate fi amplificat în domeniul obstetricii și ginecologiei, unde toate pacientele sunt femei. Bărbații pot fi mai fermi decât colegele lor medici. Discursul lor tinde să fie caracterizat de întreruperi, comenzi și prelegeri, pe când al doamnelor este silențios, cuprinde întrebări și propuneri (25,26). Unele paciente se pot simți mai reticente în prezența unui bărbat, pe când altele vor fi mai deschise cu un medic de sex opus decât cu o femeie (27). Preferința pacienților pentru un doctor de sex masculin sau feminin se poate baza pe aceasta, cât și pe experiența, competența, stilul de comunicare și alte aptitudini (28, 29). Deși aceste date generale nu se aplică în cazul tuturor medicilor, ele pot determina conștientizarea asupra variatelor stiluri de comunicare și cum influențează ele relația medic-pacientă (30,31). Aceste modele indică faptul că **toți medicii, indiferent de sex, trebuie să fie atenți cu modul de adresare pentru că poate altera abilitatea de a obține răspunsuri deschise și sincere din partea pacienților (32,34).**

Femeile au tendința să-și exprime sentimentele pentru a valida, împărtăși și a se asigura de înțelegerea preocupărilor lor sau de stabilirea contribuției la grijile lor (22,24,25).

Stilurile diferite de comunicare pot afecta abilitatea medicului de a percepe statusul pacientei și de a atinge scopul de evaluare optimă și tratament eficient. Natura intimă și foarte personală a multor afecțiuni ginecologice necesită o capacitate deosebită de a obține un răspuns onest.

Stilul

Arta comunicării și a persuasiunii se bazează pe respectul reciproc și favorizează înțelegerea de către pacientă a circumstanțelor stării sale de sănătate. Aceasta se obține cel mai bine atunci când femeia este încurajată să pună întrebări medicului și când nu este presată să ia decizii. Cele care se simt „puse la colț” au complianța cea mai scăzută la tratamentele recomandate (20).

Tehnici care ajută la realizarea unui raport cu pacientele sunt următoarele:

1. **Folosiți un limbaj pozitiv (e.g., de înțelegere, aprobare și umor).**
2. **Construiți un parteneriat (e.g., recunoașterea înțelegerii, aflarea opiniilor, parafrizarea și interpretarea cuvintelor pacientei).**
3. **Reformulați întrebările.**
4. **Oferiți răspunsuri complete la nedumeririle pacientei.**

Modul în care un medic conduce discuția cu o bolnavă va determina nivelul ei de înțelegere și abilitatea de a-și duce la final tratamentul. Termenul *compliance* este utilizat de mult timp în medicină și sugerează că pacienta va urma recomandările sau „ordinele” doctorului; dar este criticat ca fiind prea paternalist; de aceea a fost propus un termen alternativ: *aderență* la tratament (35–37). Acest termen implică faptul că medicul va dicta terapia. O abordare mai adecvată este sugerată de expresia *utilizare cu succes* a tratamentului, care implică reciproc atât doctorul cât și pacienta. Aceasta înseamnă că reușita tratamentului se datorează și bolnavei (38). Dacă se recomandă administrarea unui medicament fără a discuta raționamentul pentru care este prescris, pacientele pot să nu-l administreze, în special dacă instrucțiunile sunt confuze sau dificil de urmat. Bariere în fața complianței pot apărea din considerente practice: aproape toată lumea consideră un regim de administrare de patru ori pe zi (qid) mai dificil decât utilizarea zilnică. Un factor major al aderenței cu succes este simplitatea regimului (39,40). Alți parametri practici ce afectează reușita includ considerațiile financiare, acoperirea de către asigurările medicale și nivelul de educație (41). Discutarea și înțelegerea raționamentului tratamentului, precum și a potențialelor riscuri și beneficii sunt componente necesare ale administrării cu succes; dar acestea pot fi insuficiente în fața barierelor practice. Specificarea momentului și a modului de a folosi medicamentele, inclusiv ce trebuie făcut atunci când se neglijează o administrare, are impact asupra utilizării cu succes. Comunicarea pozitivă între medic și pacientă este corelată cu aderența acesteia la recomandarea medicală (42).

Stilul prezentării informației este cheia eficienței. După cum am menționat, medicul trebuie să stabilească o balanță a puterii în relație, inclusiv conducerea discuțiilor serioase despre diagnosticul și strategiile de abordare atunci când pacienta este complet îmbrăcată și față în față cu doctorul într-o cameră privată. Limbajul corpului este important în timpul interacțiunii cu pacientele. Medicul trebuie să evite să fie foarte neoficial, ceea ce poate transmite o lipsă de respect sau compasiune. Bolnava trebuie privită direct și stabilit un contact vizual cu ea astfel încât doctorul să nu fie perceput ca „fiind pierdut în spațiu” (9).

Râsul și umorul

Umorele este o componentă esențială care promovează comunicarea deschisă. Poate fi adecvat sau nu. Primul permite pacientei să se relaxeze și să înțeleagă că (chiar și în situațiile dificile) râsul poate fi sănătos (43,44). Cel inadecvat va îngrozi, ofensa, speria sau va face pacienta să se simtă în general neconfortabil sau insultată. Râsul poate fi folosit ca un mijloc adecvat pentru relaxarea bolnavei și crearea unei stări de confort.

Râsul este o „metaforă pentru întregul ansamblu de emoții pozitive.” Este răspunsul ființelor umane la nepotriviri și una dintre cele mai înalte manifestări ale procesului cerebral. Ajută la facilitarea tuturor emoțiilor pozitive – iubirea, speranța, încrederea, dorința de a trăi, veselia, intenția și determinarea (43). Râsul este un răspuns fiziologic, o eliberare ce ne ajută să ne simțim mai bine și ne permite să cuprindem coliziunea dintre

Respect pentru oameni și cărți

logică și absurditate. Boala, sau perspectiva ei, ne intensifică conștientizarea lipsei de congruență dintre existența noastră și abilitatea de a controla evenimentele ce ne influențează viețile și viitorul nostru. Folosim răsul pentru a combate stresul, iar reducerea acestuia este un mecanism esențial folosit în lupta cu boala.

Strategiile pentru îmbunătățirea comunicării

Toți medicii ar trebui să aprecieze importanța artei comunicării în timpul interviului medical. Este esențial ca interacțiunile cu paciențele să fie profesionale, onorabile și oneste. Chestiunile care au fost raportate a fi importante pentru doctori în ceea ce privește interacțiunea pacientă – medic sunt prezentate în Tabelul 1.4. În mod similar, bolnavele au remarcat valoarea multora dintre ele în facilitarea stabilirii unei decizii în comun (45).

În cele ce urmează sunt prezentate câteva aspecte generale care pot ajuta la îmbunătățirea comunicării:

1. **Ascultați mai mult și vorbiți mai puțin.**
2. **Încurajați dezvoltarea subiectelor prezentate de paciențe și importante pentru acestea.**
3. **Minimizați obiceiurile de a controla discuția, cum sunt întreruperile, comenzile și prelegerea.**
4. **Căutați întrebări și oferiți răspunsuri complete și inteligibile.**
5. **Fiți conștient de orice disconfort care apare în timpul interviului, recunoașteți atunci când medicul are tendința de a prelua controlul și redirecționați încercarea.**

Tabelul 1.4 Importanța relației pacientă - medic^a

Număr	Serviciile de suport din partea medicilor	Întotdeauna sau deseori (%)	Rar sau niciodată (%)
1	Răspunsul la întrebările pacientei despre boală și tratamentul ei, efecte secundare și evoluții posibile	99	1
2	Asigurarea că pacienta înțelege clar explicațiile și procedurile de tratament	99	1
3	Încurajarea pacientei să adopte o atitudine de speranță și optimism în ceea ce privește rezultatul tratamentului	95	5
4	Ajustarea planului terapeutic pentru a crește complianța atunci când pacienta nu poate respecta propunerile	88	12
5	Sfătuirea directă a membrilor familiei	87	13
6	Continuarea exercitării funcției de medic principal atunci când pacienta primește tratament suplimentar de la o altă unitate	85	15
7	Îndrumarea pacientei către grupuri de suport social	83	17
8	Oferirea de materiale educaționale pacientei	81	19
9	Ajutarea pacientei să dezvolte metode de a-și îmbunătăți calitatea vieții	74	26
10	Asistarea pacientei în descoperirea celor mai bune mecanisme de luptă împotriva bolii și ajutorul să le activeze	62	38
11	Trimiterea pacientei la consiliere psihologică	57	43

^aRezultate ale unui studiu care a inclus 649 medici oncologi cu privire la comunicarea pacient – medic.

Modificat din Cousins N. *Head first: the biology of hope and the healing power of the human spirit*. New York: Penguin Books, 1989:220, cu permisiune.

6. Asigurați pacientele că au ocazia să își discute problemele în întregime.

7. Recunoașteți momentele când pacientele ar putea căuta empatie și validarea sentimentelor lor mai mult decât o soluție. Câteodată tot ceea ce este necesar este să fiți prezenți ca o ființă umană plină de compasiune.

Pentru conducerea anamnezei este important ca medicul să înțeleagă temerile pacientei. Având în vedere realitățile supraîncărcării programărilor la cabinete, o vizită în plus ar putea fi necesară pentru a discuta anumite chestiuni mai în profunzime. Studiile asupra tehnicilor de intervievare au arătat că, deși medicii folosesc multe stiluri divergente, cele care au succes sunt cele care tind să caute „ferestre de oportunitate” (adică, ascultare cu atenție, replicând sau punând întrebări la momentele oportune). Această abilitate de comunicare este în mod particular eficientă pentru explorarea chestiunilor psihologice și sociale în timpul interviurilor scurte. Aptitudinea esențială care îi permite medicului să perceapă problemele este abilitatea de a asculta cu atenție.

Un interviu ce permite transmiterea maximală de informație către medic este cel mai bine obținut prin următoarea abordare (10):

- 1. Începeți conversația cu o întrebare deschisă.**
- 2. Pe măsură ce pacienta începe să vorbească fiți atenți la răspunsurile ei, la emoțiile și la limbajul corporal în general.**
- 3. Continuați cu a doua întrebare sau cu un comentariu pentru a încuraja pacienta să vorbească.**
- 4. Permiteți femeii să răspundă fără întreruperi, folosind eventual tăcerea, aprobarea prin semne sau comentarii reduse, încurajând-o să vorbească în timp ce medicul ascultă.**
- 5. Medicul ar trebui să recapituleze periodic ceea ce pricepe, pentru a confirma acuratețea istoricului.**
- 6. Expresii de empatie și înțelegere la sfârșitul interviului împreună cu un sumar al evaluărilor planificate și al recomandărilor vor facilita încheierea anamnezei.**

Tehnicile unui bun interviu medical sunt caracterizate prin atenție, crearea unei legături și a unei relații de colaborare. Întrebările deschise („Cum vă simțiți?” „Cum sunt lucrurile acasă?” „Cum vă face să vă simțiți?”) sunt în general de dorit, în special când sunt cuplate cu tehnici de ascultare potrivite (46).

Încheierea prematură a unui interviu și lipsa abilității de a obține informații complete de la pacientă pot apărea din mai multe motive. Printre motive se numără incapacitatea de a recunoaște o anumită problemă a pacientei și de a oferi oportunitatea adecvată pentru discuție, disconfortul medicului de a împărtăși emoțiile femeii, sau lipsa de încredere în capacitatea de a trata preocupările ei. Unul din factorii principali care subminează succesul unui interviu este lipsa timpului. Acesta este un motiv de îngrijorare realist, dar medicii iscusiți pot facilita considerabil interacțiunea chiar într-un timp scurt prin încurajarea comunicării deschise (47).

Unele paciente nu dețin informații corecte despre afecțiunile lor. Înțelegerea incompletă sau inadecvată a unei afecțiuni poate conduce la nemulțumiri legate de îngrijirea medicală, anxietate crescută, mâhnire și dificultăți de urmărire a evoluției, ceea ce va duce la un răspuns slab la tratament, sau chiar absent. Pe măsură ce pacientele solicită mai multe informații despre bolile lor, iar medicii încearcă să le ofere discuții mai deschise și interactive, se naște o nevoie crescută de comunicare clară și eficientă. Deși pacientele sunt diferite ca nivel intelectual, cultură medicală, grad de anxietate, negare și abilitate de discuție, înțelegerea greșită poate fi rezultatul tehnicilor de comunicare slabe ale medicului, lipsei timpului de consultație și, în unele cazuri, ascunderii informațiilor considerate detrimentale stării de bine a femeii (48).

Dacă rezultatele clinice sau testele de confirmare sunt foarte sugestive pentru o afecțiune gravă (e.g., neoplazie), gravitatea și urgența acestei situații trebuie transmise într-un mod care nu alarmează excesiv sau sperie pacienta. Răspunsuri oneste trebuie oferite oricărei întrebări specifice pe care pacienta dorește să o discute (49,50).

Este importantă alocarea de timp suficient pentru întrebări, precum și programarea vizitelor de urmărire pentru a discuta variantele de tratament după ce pacienta a

Respect pentru oameni și că

avut oportunitatea de a lua în considerare opțiunile și recomandările. Femeia ar trebui încurajată să fie însoțită de partener sau de un membru al familiei pentru suport moral, pentru a asculta, reține și digera discuția și a solicita informații. Ea își poate nota eventualele întrebări sau nelămuriri pe care să le prezinte la următoarele consultații; chestiunile importante pot fi uitate în timpul unei evaluări la cabinet. Dacă pacienta dorește o a doua opinie, aceasta ar trebui facilitată întotdeauna. Medicii nu ar trebui să se simtă amenințați de încercările bolnavei de a obține date noi și informații.

Informații valoroase pot fi oferite de interviurile realizate de personalul auxiliar și prin oferirea de broșuri și alte materiale produse pentru educarea pacienților. Unele studii au demonstrat că utilizarea acestora este foarte eficientă pentru promovarea înțelegerii unei afecțiuni și a opțiunilor de tratament. Altele au arătat că utilizarea de casete audio, video sau a informațiilor de pe o pagină de Internet are un impact pozitiv asupra cunoașterii și poate diminua anxietatea (51–53).

Există numeroase pagini medicale pe Internet care pot fi accesate, deși acuratețea informației este variabilă și trebuie evaluată cu atenție de către medic înaintea recomandării. Medicii ar trebui să cunoască sursele ce prezintă date corecte și să fie pregătiți să ofere adresele acestor pagini dacă pacienta se arată interesată (54).

Relația dintre pacientă și medicul ei, ca și toate aspectele interacțiunilor sociale, este supusă schimbării constante. Starea sănătății noastre este dinamică și afectează abilitatea noastră de a discuta cu alții, inclusiv conversațiile dintre doctori și bolnavi. **Comunicarea deschisă dintre cei doi poate ajuta la obținerea eficienței maxime în stabilirea diagnosticului, a tratamentului și complianței tuturor pacienților.**

Vorbește-i inimii, spune-i sufletului.

Privește ființa și îmbrățișează forma figurii.

Caută în profunzime, cu mâinile întinse.

*Vorbește intens, către locul înțelepciunii,
căci viața este grație.*

Adu pacea într-un chip fragil.

Caută confortul unei ore liniștite

Prin reflecție veselă și liberă

cunoaște cealaltă față a trupului din carne.

JSB

Anamneza și examenul clinic

După ce s-a stabilit un dialog, evaluarea pacientei continuă cu obținerea unui istoric complet și efectuarea unui examen clinic. Ambele aspecte se bazează pe un schimb reciproc între medic și pacientă și atenție la detalii. În acest timp trebuie identificați factorii de risc ce necesită o atenție specială. Aceștia ar trebui revăzuți împreună cu bolnava în momentul elaborării unui plan pentru îngrijirea ei viitoare (vezi Capitolul 8).

În funcție de împrejurări – cabinet ambulatoriu, spital sau centru chirurgical – înregistrarea datelor este facilitată de formulare sau șabloane (scrise sau în format electronic), ce oferă puncte pentru elementele importante ale istoricului medical, familial și social. Utilizarea înregistrării electronice a datelor a crescut atât în cabinete cât și în spitale. O provocare este dată de faptul că ambele tipuri de stocare a informațiilor pot fi indisponibile periodic, ele nefiind întotdeauna „corelate”. Eforturile de a dezvolta mijloace de înregistrare a datelor deținute de pacientă nu au fost adoptate încă pe scară largă.

Anamneza

După ce s-au stabilit motivele principale ale prezentării și caracteristicile afecțiunilor actuale, trebuie obținut istoricul individual. Acesta ar trebui să includă trecutul complet medical și chirurgical, reproductiv (inclusiv datele menstruale și obstetricale), tratamentele actuale (inclusiv medicamentele fără prescripție medicală, terapii complementare și alternative) și un istoric familial și social complet.

Ginecologie

CUPRINS

PARTEA I :Principiile practicii

1	Evaluarea inițială și comunicarea	2
2	Principiile îngrijirii pacientelor	23
3	Siguranța și calitatea actului medical	34
4	Cercetarea clinică	47

PARTEA II: Principii de bază

5	Anatomie și embriologie	62
6	Biologie moleculară și genetică	112
7	Fiziologia reproducerii	138

PARTEA III: Medicină preventivă și asistența medicală primară

8	Medicină preventivă și screening	160
9	Asistență medicală primară	180
10	Planificare familială	211
11	Sexualitatea, disfuncțiile sexuale și abuzul sexual	270
12	Probleme psihiatrice frecvente	305
13	Terapii complementare	335

PARTEA IV: Ginecologie generală

14	Afecțiuni benigne ale tractului reproducător la femeie	374
15	Fibroame uterine	438
16	Durerea pelviană și dismenoreea	470
17	Endometrioza	505
18	Infecții genitourinare și boli cu transmitere sexuală	557
19	Leziuni intraepiteliale ale colului uterin, vaginului și vulvei	574
20	Avortul precoce și sarcina ectopică	619
21	Afecțiuni benigne ale sânelui	652

PARTEA V: Chirurgie ginecologică

22	Evaluarea preoperatorie și îngrijirea postoperatorie	682
23	Endoscopie ginecologică	749
24	Histerectomia	803
25	Chirurgie robotică	843

PARTEA VI: Uroginecologie și chirurgie pelviană reconstructivă

26	Afecțiuni ale tractului urinar inferior	862
27	Prolapsul organelor pelviene	906
28	Disfuncția anorectală	940

PARTEA VII: Endocrinologia reproducerii

29	Pubertatea	992
30	Amenoreea	1035
31	Boli endocrine	1066
32	Infertilitatea și tehnicile de reproducere asistată	1133
33	Pierderea recurentă a sarcinii	1190
34	Menopauza	1233

PARTEA VIII: Oncologie ginecologică

35	Cancerul uterin	1250
36	Cancerul de col uterin și cancerul vaginal	1304
37	Cancerul ovarian, al trompelor uterine și al peritoneului	1350
38	Cancerul vulvar	1428
39	Boala trofoblastică gestațională	1458
40	Cancerul mamar	1479
	Index	1505