

KOMUNIKACIJA I ZDRAVSTVENI ISHODI S OSVRTOM NA BOLESNIKE KOJI BOLUJU OD GASTROINTESTINALNIH BOLESTI

GORANKA PETRIČEK^{1,2}, VENIJA CEROVEČKI^{1,3} i ZLATA OŽVAČIĆ ADŽIĆ^{1,2}

¹Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Katedra za obiteljsku medicinu, ²Dom zdravlja Zagreb Centar, Ordinacija opće medicine, Siget 18a i ³Dom zdravlja Zagreb Centar, Ordinacija opće medicine Milana Šufflaya 2, Zagreb, Hrvatska

Unatoč rezultatima istraživanja koji ukazuju na jasnu povezanost komunikacije liječnika i pacijenta i zdravstvenog ishoda, nedovoljno su jasni mehanizmi njihova djelovanja. Iako razgovor sam po sebi može biti terapijski (umanjenjem pacijentove tjeskobe, pružanjem nade i utjehe), komunikacija između liječnika i pacijenta većinom utječe na zdravstvene ishode neizravnim putem. Proksimalni ishodi interakcije uključuju razumijevanje, povjerenje i dogovor liječnika i pacijenta. Navedeno utječe na intermedijarne ishode (povećanje adherentnosti, bolju vještinu samokontrole i samoliječenja) te u konačnici na zdravlje i blagostanje pacijenta. Sedam je domena putem kojih komunikacija može dovesti do unaprjeđenja zdravlja: povećanjem dostupnosti skrbi, povećanjem pacijentova poznavanja karakteristika bolesti i liječenja, zajedničkim razumijevanjem problema, donošenjem kvalitetnih medicinskih odluka, unaprjeđenjem terapijskog saveza, jačanjem socijalne podrške, jačanjem osnaženosti i zastupanja pacijenta, te povećanjem pacijentove sposobnosti nošenja s emocijama. Iako su ove domene utvrđene temeljem potreba onkološkog pacijenta, one su svakako primjenjive i u drugim zdravstvenim stanjima, pa tako i u skrbi bolesnika koji boluju od gastrointestinalnih bolesti.

Ključne riječi: komunikacija, zdravstveni ishodi, gastrointestinalne bolesti

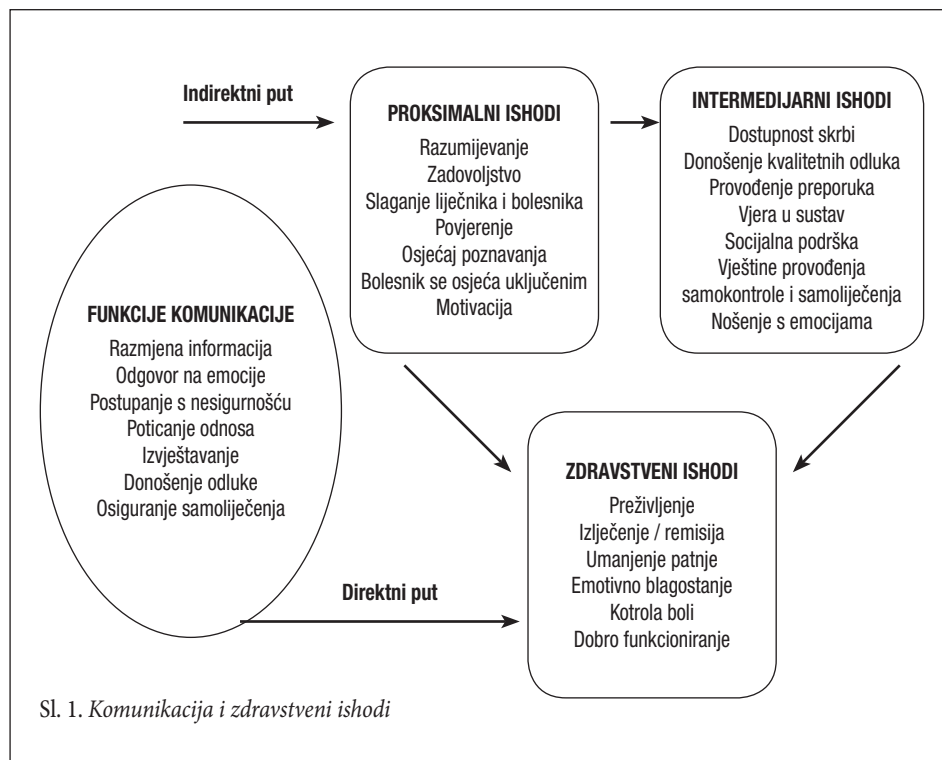
Adresa za dopisivanje: Doc. dr. sc. Goranka Petriček, dr. med.
Katedra za obiteljsku medicinu
Medicinskog fakulteta u Zagrebu
ŠNZ «Andrija Štampar»
Rockefellerova 4
10 000 Zagreb, Hrvatska
E-pošta: goranka.petricek@mef.hr

UVOD

Komunikacija liječnika i bolesnika najvažnija je i najčešća vještina u medicinskoj praksi na putu do uspješne dijagnoze i liječenja te uspostave dobrog odnosa s bolesnikom (1,2). U četrdesetgodišnjem radnom vijeku liječnik prosječno ima oko 200 tisuća konzultacija, što komunikaciju stavlja na prvo mjesto svih vještina kojima se koristi u svakodnevnom radu (1). Istraživanja jasno ukazuju na važnost komunikacije i odnosa liječnik – pacijent u skrbi o pacijentu koji imaju brojne utjecaje na ishode liječenja, kao i na zadovoljstvo liječenjem, adherentnost, klinički ishod i kvalitetu života, sigurnost pacijenta, timski rad, kulturalnu osjetljivost i smanjeni broj pritužbi na liječnički rad (1,2).

Da bismo kao profesionalci razumjeli zašto i na koji način komunikacija utječe na zdravstvene ishode po-

trebno je identificirati domene putem kojih komunikacija utječe na zdravlje i blagostanje pacijenta. Street i sur. preporučili su najmanje sedam mogućih domena kojima komunikacija može pridonijeti poboljšanju zdravlja, i koji će biti prikazani u ovom radu (sl. 1) (3). To su: dostupnost potrebnoj skrbi, povećanje pacijentova znanja i zajedničko razumijevanje problema, jačanje terapijskog saveza (između liječnika, pacijenta i obitelji), unaprjeđenje sposobnosti pacijentova nošenja s emocijama, jačanje obiteljske i socijalne podrške, povećanje kvalitete medicinskih odluka (informirane, na bazi medicine temeljene na dokazima, u suglasju s pacijentovim vrijednostima, međusobno usuglašene), te jačanje osnaženosti i zastupanja pacijenta. Iako su ove domene utvrđene temeljem potreba onkološkog pacijenta, one su svakako primjenjive i u drugim zdravstvenim stanjima, pa tako i u skrbi bolesnika koji boluju od gastrointestinalnih (GIT) bolesti.



Sl. 1. Komunikacija i zdravstveni ishodi

ćinom gledaju i doživljavaju zdravlje i bolest kroz različiti sustav leća (5). Klinički dokazi su, tipično u obliku vjerojatnosti ishoda, većinom primjenjivi na opću populaciju, ali ne i na individualnog pacijenta. Pacijentovo razumijevanje je složeno i temelji se na kombinaciji osobnih iskustava, tumačenju znanstvenih dokaza (većinom stečeno putem masovnih medija ili interneta), i “zdravo-razumskog” razumijevanja zdravlja i bolesti („Lijek za hipertenziju treba uzeti kad se osjećaš napet!“). I liječnici i pacijenti moraju posjedovati vještinu kako bi predstavili svoj okvir donošenja odluka (engl. *frame-of-reference*),

Sedam domena kojima komunikacija može pridonijeti unaprjeđenju zdravlja sukladno Streetu i sur. (3) su sljedeće:

1. Dostupnost skrbi

Osim ekonomskih zapreka (siromaštvo, odsutnost zdravstvenog osiguranja) opisane su i druge prepreke dostupnosti skrbi. Sve više pacijenata treba pomoć u navigaciji unutar složenog zdravstvenog sustava, a mnogi od njih nisu ni svjesni da njihov problem zahtijeva liječničku pomoć. Stoga liječnici mogu doprinijeti poboljšanju dostupnosti skrbi, ne samo definiranjem potreba za dijagnostičkom obradom ili liječenjem, već i osiguranjem informacija o mjestu dobivanja određenih zdravstvenih usluga, olakšanjem suradnje zdravstvenih djelatnika i zagovaranjem (u ime pacijenta) osiguranja potrebnih usluga i servisa unutar klinike i zajednice (4). Pacijenti će možda trebati i pomoć u otklanjanju „nekih drugih“ zapreka dostupnosti skrbi (nedostatak prijevoza, obiteljski otpor) te suradnju s liječnicima kako bi se sugerirala potencijalna rješenja.

2. Pacijentovo znanje i zajedničko razumijevanje problema

Pacijenti moraju razumjeti svoju bolest, rizike i prednosti različitih mogućnosti liječenja kako bi mogli donijeti informirane odluke o medicinskoj skrbi. Stoga se ističe potreba informiranja bolesnika o bolesti i opcijama liječenja. Postizanje zajedničkog razumijevanja bolesti često je teško, jer liječnici i pacijenti ve-

ali i vidjeti gledišta onog drugog, kao i imati sposobnosti da istraže svoja vlastita zdravstvena uvjerenja, razumiju relevantne kliničke dokaze i artikuliraju svoje vrijednosti i sklonosti. Kada su u tome uspješni, efektivno prenošenje informacija može povećati zadovoljstvo, olakšati konzultaciju, povećati sposobnost pacijenta da se nosi s bolesti, te dovesti do većeg povjerenja u svoje liječnike, što pridonosi povećanju adherentnosti na preporučeno liječenje (6,7).

3. Jačanje terapijskog saveza

Terapijski savez uključuje odnose između pacijenta i različitih zdravstvenih profesionalaca, prijatelja, članova obitelji i skrbnika. Pokazatelji snažnog terapijskog saveza su uzajamno povjerenje među svim navedenim stranama, koordinirana i kontinuirana zdravstvena zaštita, te pacijentov doživljaj da ga se poštuje i da je važan (8). Takvi su savezi „terapijski“ jer svojom kvalitetom mogu utjecati na zdravstveni ishod s dva aspekta. Prvo, percepcija pacijenta da ima dobru njegu, da neće biti napušten i da ga se razumije može pridonijeti emocionalnom blagostanju pacijenta, posebno pri suočavanju s ozbiljnom i po život opasnom bolesti. Drugo, pacijentovo povjerenje u liječnike i zdravstveni sustav može indirektno rezultirati i većim zadovoljstvom pacijenta s medicinskim odlukama, osiguranjem kontinuirane skrbi, te većom adherentnosti pacijenta na preporučeno liječenje (9). Savez liječnika i pacijenta unaprjeđuje se ako liječnici pružaju adekvatne informacije uz empatični pristup, ako pacijenti imaju mogućnost izražavanja svojih briga, te

ako pacijenti primaju dosljedne poruke i koordiniranu skrb od tima zdravstvenih profesionalaca.

4. Unaprjeđenje pacijentove sposobnosti nošenja s emocijama

Pacijentova zabrinutost za vlastito zdravlje može izazvati niz negativnih emocija (ljutnju, tugu, strah, brige) koje mogu ugroziti njegovo emocionalno blagostanje, pa čak i fizičko zdravlje (10). Liječnici mogu pomoći pacijentima u nošenju s tim emocijama i izravno ili neizravno ublažiti ili umanjiti patnje. Prvo, pružanjem jasnih i detaljnih objašnjenja o zdravlju i mogućnostima liječenja, pacijent može steći osjećaj veće kontrole nad bolešću, imati više nade, i bolje se nositi s nesigurnosti. Drugo, upoznavanje i vrednovanje pacijentovih emocija može umanjiti njegovu anksioznost i depresiju. Treće, komunikacija koja povećava pacijentov osjećaj vrijednosti, povjerenja i nade može dati smisao, motivaciju i energiju potrebnu da nastavi sa svojim radnim i slobodnim aktivnostima, te omogućiti adekvatnu kvalitetu života usprkos bolesti. Pomoć pacijentima u nošenju s negativnim emocijama često je otežana, jer liječnici većinom nisu osobito dobri suci u procjeni pacijentovih emocija, pacijenti često pokušavaju prikriti svoju uznemirenost, a neki pacijenti smatraju da raspravljanje o negativnim osjećajima nije unutar granica odnosa liječnik –pacijent. Liječnici pak mogu olakšati pacijentovu sposobnost nošenja s emocijama pružajući jasne i iskrene informacije o dijagnostičkim i terapijskim postupcima, pokazivanjem interesa za pacijentov život, aktivnim slušanjem pacijenta, te vrednovanjem pacijentova neverbalnog izražavanja emocija (11).

5. Jačanje obiteljske i socijalne podrške

Utjecaj socijalne podrške na fizičko zdravlje i kvalitetu života je višestruk. Prvo, percepcija posjedovanja socijalne podrške može izravno utjecati na fiziološke procese sniženjem uzbuđenja i umanjnjem učinaka hiperaktivacije hipotalamo-hipofizarne osi i psihički izazvane imunomodulacije. Socijalna podrška može poboljšati pacijentovo emocionalno blagostanje osiguranjem osjećaja povezanosti s drugima, kao i mogućnosti da se razgovara o teškim situacijama. Društvena mreža podrške također može pružiti instrumentalnu pomoć (prijevoz), financijska sredstva, ohrabrenje i zastupanje u osiguranju pristupa potrebnim zdravstvenim uslugama. Komunikacija liječnik-pacijent na nekoliko načina može doprinijeti i osiguranju socijalne podrške. Prvo, i sama je komunikacija s liječnikom oblik podrške pružanjem ohrabrenja, pohvale, sigurnosti, savjetovanjem i zagovaranjem (8). Drugo, liječnici mogu razgovarati s pacijentima o načinima jačanja postojeće društvene mreže kako bi osigurali konkretnu, emocionalnu potporu; mogu također

predložiti nove izvore potpore, kao što je npr. mreža podrške (12). Konačno, liječnici mogu potencijalno umanjiti, ili barem osvijestiti, učinak „negativne“ socijalne podrške (pritisak vršnjaka da provode nezdrava ponašanja).

6. Jačanje osnaženosti i zastupanja pacijenta

Komunikacija liječnik – pacijent može unaprijediti zdravlje i osnaživanjem pacijenata da budu aktivni, sposobni akteri u upravljanju svojim zdravljem. Kako bi adekvatno upravljao svakodnevnim aktivnostima povezanim sa zdravljem, pacijent mora posjedovati vještine širokog spektra sudjelovanja unutar skrbi, od aktivnog sudjelovanja u konzultaciji i sposobnosti donošenja odluka do vještina samokontrole i samoliječenja (13). Uključenost pacijenta može dovesti do kvalitetnijih odluka koje su bolje prilagođene samom pacijentu, njegovim jedinstvenim potrebama i okolnostima. Liječnici mogu olakšati uključivanje pacijenta u proces donošenja odluka, potičući ih da aktivno traže informacije, pojašnjavanjem ciljeva liječenja te poticanjem izražavanja brige i osjećaja (13). Teme na koje se pacijent i liječnik trebaju osvrnuti su samostalnost pacijenta u provođenju terapije, samoučinkovitost, specifične vještine u upravljanju svojim zdravljem, i gdje se može dobiti pristup sredstvima za samoliječenje (internetske stranice, društvene grupe) koji pak mogu dovesti do veće sposobnosti i motivacije za rješavanjem problema vezanih uz zdravlje, nošenjem s bolešću, i praćenjem učinaka liječenja (14).

7. Donošenje odluka visoke kvalitete

Pacijenti će češće doživjeti zdravlje boljim ako zajedno s liječnicima donesu odluke koje se temelje na medicini temeljenoj na dokazima, u skladu su s vrijednostima pacijenata, međusobno su dogovorene, i moguće ih je provesti (8,15). Sukladno Charlesu i sur. postupak donošenja medicinskih odluka odvija se u tri faze: razmjena informacija, razmatranje i donošenje odluke (15). Razmjena informacija sastoji se od iznošenja perspektive liječnika i bolesnika (klinički dokazi u svezi pacijentova problema i izražavanje uvjerenja, vrijednosti, sklonosti i očekivanja pacijenta). Razmatranje uključuje raspravu usmjerenu na pronalaženje zajedničke osnove, pomirenje razlika u mišljenju i uvjerenjima, isticanje nesigurnosti, te postizanje zajedničkog razumijevanja zdravstvena stanja pacijenta te rizika i koristi od različitih mogućnosti liječenja. Završna faza je donošenje odluke. Brojni su izazovi za liječnika i bolesnika pri donošenju odluka visoke kvalitete. Prvo, mnoge odluke komplicira nedostatak kliničkog dokaza ili je dokaz dvosmislen odnosno nekonzistentan. Drugo, mnogi pacijenti imaju poteškoća u razumijevanju stručnih informacija, a liječnici se pak moraju truditi da prikažu te podatke u kontekstu

pacijentova jedinstvenog zdravstvenog stanja. I konačno, liječnici i pacijenti često drugačije doživljavaju rizik. Dok liječnici pristupaju riziku analitički, fokusirajući se na epidemiološke dokaze, pacijenti uočavaju opasnost temeljem osobnog iskustva i asocijativnog razumijevanja. Nedostatak zajedničkog razumijevanja rizika i koristi povezanih s različitim preporukama liječenja i kako se te preporuke uklapaju u pacijentove vrijednosti i životne okolnosti mogu dovesti do medicinskih pogrešaka, stvaranja plana liječenja koji nije moguće provesti, te manje adherentnosti pacijenta. Stoga, u cilju donošenja odluka visoke kvalitete koje će unaprijediti zdravlje pacijenata, potrebno je ostvariti konzultacije u kojima pacijenti (i obitelji) i liječnici izražavaju i razumiju perspektive i jednih i drugih, nalaze zajedničko tlo, mire razlike, postižu konsenzus o liječenju i, ako se različitosti ne mogu pomiriti, dogovaraju uzajamno prihvatljiv plan liječenja.

Cilj ovog rada je istražiti osobitost komunikacije s bolesnicima oboljelima od gastrointestinalnih bolesti i utjecaju dobre komunikacije na mjerljive ishode.

Sa svrhom dobivanja uvida u osobitost komunikacije s bolesnicima oboljelima od gastrointestinalnih bolesti i utjecaju dobre komunikacije na mjerljive ishode pretraživana je baza Pubmed (Medline) po ključnim riječima: komunikacija, zdravstveni ishodi, gastrointestinalne bolesti. U pretraživanju literature korišten je pristup „snow balling“ radi identificiranja literature s liste referenci relevantnih znanstvenih članaka. Pretraživani su članci objavljeni u razdoblju od 1995. do 2015. godine.

RASPRAVA

Sukladno Streetu i sur. komunikacija na zdravstvene ishode utječe izravno i neizravno (3). Razgovor može imati izravni terapijski ishod ako liječnik istraživanjem pacijentove perspektive ili pružanjem empatije pridonosi pacijentovom psihološkom blagostanju – umanjnjem negativnih te jačanjem pozitivnih emocija (16). Komunikacija može također utjecati i na fizičke simptome. Tako je Kwekkeboom utvrdio da empatičko komuniciranje liječnika umanjuje fiziološko uzbuđenje i bol u pacijenata sa sindromom iritabilnog crijeva (17). Konačno, elementi neverbalne komunikacije (dodir, boja glasa, pogled) mogu izravno pridonijeti povećanju pacijentova blagostanja umanjnjem njegove tjeskobe ili pružanjem utjehe (16,18). Unatoč istaknutim izravnim učincima komunikacije, ipak je utjecaj komunikacije na zdravlje većinom neizravan, proksimalnim ishodima interakcije (zajedničko razumijevanje problema, zadovoljstvo, dogovor liječnika i pacijenta, motivacija za provođenje preporuka, povjerenje u liječnika i sustav) koji dalje utječu na zdravlje

ili pak mogu doprinijeti intermedijarnim ishodima komunikacije (dostupnost skrbi, donošenje kvalitetnih medicinskih odluka, adherentnost na preporučeno liječenje, vještina samokontrole i samoliječenja, socijalna podrška, bolje nošenje s emocijama) koji pridonose boljem zdravlju (veće preživljenje, izlječenje/remisija, emotivno blagostanje, bolja kontrola boli, funkcionalna sposobnost te vitalnost) (2,3,6). Liječnik jasnim objašnjenjem i pružanjem podrške može dovesti do većeg povjerenja pacijenta i razumijevanja mogućnosti liječenja (proksimalni ishodi). To nadalje može olakšati pacijentovo provođenje preporuka liječenja (intermedijarni ishod), što zauzvrat poboljšava određeni zdravstveni ishod (kontrola bolesti, emocionalno blagostanje). Nadalje, dogovaranje terapijskog plana s pacijentom može pomoći liječniku da bolje razumije pacijentove potrebe i prioritete, ali i otkriti eventualne zablude pacijenta o mogućnostima liječenja. Tada je važno da liječnik uputi bolesnika u neutemeljenost njegove zablude te da ga informira o preporukama medicine temeljene na dokazima, ali na način da ga pacijent razumije, sa ciljem donošenja odluke o liječenju visoke kvalitete (temeljem zajedničkog dogovora koji se najbolje uklapa u bolesnikove okolnosti).

Još je Balint 60-tih godina prošlog stoljeća opisao liječnika kao najpotentniji lijek i time pomaknuo fokus od samog liječenja na način pružanja liječenja. Brojni su empirijski pokazatelji uloge komunikacije liječnika i bolesnika u učinkovitosti skrbi bilo direktno (smanjujući stres i anksioznosti) ili indirektno utječući na suradljivost pacijenta, njegovu samoučinkovitost, te zadovoljstvo i pacijenta i liječnika (1,2). Istodobno, tendencija i pritisak u zdravstvenom sustavu da liječnik „obrađi“ sve veći broj pacijenata u sve manje vremena umanjuje važnost komunikacijskih vještina za samog liječnika te one postaju manje prioritetne u njihovu radu (19). Unatoč navedenom, razvoj komunikacijskih vještina danas se smatra bitnim preduvjetom za razumijevanje bolesnikovih mišljenja i emocija, te za stjecanje i pružanje empatije u kliničkoj praksi, posebice u skrbi za pacijente od kroničnih i iscrpljujućih bolesti kao što su npr. upalne bolesti crijeva. Stoga su komunikacijske vještine postale obvezan i važan dio edukacije u medicinskim fakultetima zapadnog svijeta, što upućuje na opće prihvaćanje središnje uloge komunikacije i liječnika u pružanju učinkovite skrbi (1,19).

Moira Stewart također je u svojem preglednom članku utvrdila pozitivnu povezanost učinkovite komunikacije liječnik – pacijent i zdravstvenih ishoda, te je istaknula važnost liječnikova postavljanja pitanja širokog spektra - ne samo o fizičkim aspektima pacijentova problema, već i o pacijentovim osjećajima, strahovima, razumijevanju problema, očekivanju od liječenja te pacijentova doživljaja kako problem utječe na funkcioniranje (2). Pacijenti moraju osjećati da su

aktivni sudionici u skrbi, da je njihov problem u potpunosti razmotren, te sudjelovati u donošenju odluke o liječenju. Liječnici ih trebaju poticati na postavljanje pitanja te odgovarati jasnim odgovorima, gdje je to moguće, uz pružanje emotivne podrške i davanje pisanih materijala. Dogovor pacijenta i liječnika o prirodi samog problema i predviđenom tijeku aktivnosti za njihovo rješavanje jedan je od preduvjeta uspješnog ishoda skrbi, te je ključna varijabla koja ima utjecaj na zdravstvene ishode (2). Pri tome pacijent neće imati koristi ako liječnik odluku naprosto prepusti njemu, već ako zajednički i liječnik i pacijent razmotre moguće opcije liječenja s aspekta medicine temeljene na dokazima, i uklupe ih u jedinstveni psihosocijalni kontekst pacijenta (2). Hulsman nadalje ističe da je za uspješnu komunikaciju liječnika i pacijenta važno definirati ciljeve komunikacije te provoditi refleksiju (20). Navodi dva cilja medicinske komunikacije. Primarni ciljevi vezani su uz razlog dolaska pacijenta, kao što je ispitivanje anamneze, pružanje informacija (o dijagnozi, rezultatima dijagnostičke obrade i sl.), priopćavanje loših vijesti, donošenje odluke (o liječenju i skrbi), savjetovanje (životni stil). Sekundarni ciljevi (ili podciljevi) usmjereni su na identificiranje i odgovor na kognitivni i emotivni status, te potrebe pacijenta. Na primjer, prilikom zajedničkog donošenja odluke o mogućnostima liječenja, više je mogućih podciljeva komunikacije: informiranje o mogućnostima liječenja, prilagođavanje informacija bolesnikovoj razini kognitivnog razumijevanja (podešavanje, engl. *tuning*), prikupljanje bolesnikovih prioriteta za svaku od opcija, donošenje odluke i slično (20-22). Svaki podcilj zahtijeva posebnu akciju. Nadalje, u razvoju ponašanja usmjerenog cilju ističe se važnost ne samo prakticiranja ovih vještina, već i refleksije na proces i postignute ishode. Refleksija pomaže učeniku da bolje razumije kompleksne i ponekad zabrinjavajuće situacije (za koje ponekad nema pravog rješenja) te ih pretvori u novo znanje i nove akcije u budućnosti. Refleksivno učenje najčešće se modelira kao ciklički proces koji se sastoji od 5 stadija: akcija, refleksija na učinjeno, svjesnost ključnih aspekata i ciljeva, kreiranje alternativnih odgovora i rješenja, te testiranje novo dizajniranih strategija (22). Primjena refleksije uklapa se u kulturu zdravstvenih profesionalaca koja potiče promatranje učinjenog i samoprocjenu, te se analizom i uočavanjem slabih i dobrih strana profesionalcu omogućava da poveća samoučinkovitost te poduzima akcije s većom sigurnošću (22).

Istraživanja sve više upućuju i na važnost primjene placeboa, te je preporučeno da ga, kao dio neupitnog i uspješnog dijela brojnih liječenja, zdravstveni profesionalci potiču primjenjujući upravo usmjerene komunikacijske vještine (1,23). Tako komunikacija liječnika i pacijenta kao novi „kut gledanja na placebo“ dobiva središnju ulogu, s obzirom na njezinu ulogu u učin-

kovitosti skrbi bilo direktno smanjujući stres i anksioznost ili indirektno utječući na adherentnost pacijenta, samoučinkovitost te zadovoljstvo (1,3). Danas se placebo učinak ili placebo odgovor odnosi na terapijski ishod, po primjeni inertnog liječenja, te je oblikovan čitavim psihosocijalnim kontekstom. Mnogi medijatori i moderatori placebo učinka u GIT bolestima slični su i kod drugih medicinskih dijagnoza i nisu specifični za GIT bolesti (23). Meta-analize placebo učinka u gastrointestinalnim bolestima upućuju da se placebo učinak kreće između 20 % i 35 % u upalnim bolestima crijeva, 20-40 % u sindromu iritabilnog crijeva, funkcionalnoj dispepsiji, želučanom i duodenalnom ulkusu, te GERB-u, s marginalnim razlikama između somatskih i funkcionalnih poremećaja (24-27). Nadalje, kod upalnih bolesti crijeva, te sindromu iritabilnog kolona, pozitivni prediktori placebo odgovora bili su veći intenzitet kao i veći broj konzultacija liječnika i pacijenta, te prisutnost simptoma blagog do umjerenog intenziteta (24,25). Kod duodenalnog ulkusa placebo učinak bio je veći ako je preporučeni broj doza lijeka bio manji (npr. 2 u odnosu na 4 doze po danu), dok je erozivni ezofagitis bio povezan sa smanjenim placebo učinkom. Stoga je jasnije razumijevanje varijabilnosti u odgovorima na placebo važan istraživački cilj, koji bi mogao dovesti do intervencijskih strategija koje su više individualizirane, te temeljene na načelima placeboa (26). Jedna takva intervencija primijenjena je u bolesnika podvrgnutih velikom abdominalnom kirurškom zahvatu (28). Pacijenti su podijeljeni u dvije skupine: jedna je primila specifične verbalne upute s ciljem umanjenja postoperacijskog ileusa, druga ih nije primila. U skupini sa specifičnim verbalnim uputama utvrđeno je prosječno kraće vrijeme ponovne uspostave crijevne peristaltike (2,6 u odnosu na 4,1 dana), brže otpuštanje iz bolnice, uz prosječnu uštedu od 1200 dolara po pacijentu, za ovu petominutnu intervenciju (28).

Analogno s placebo učinkom (latinski za „ja ću zadovoljiti“), spominje se i pojam *noceba* (latinski za „ja ću naškoditi“) (1,29). U načelu, *nocebo* učinak uključuje sva negativna očekivanja i posljedice prošlih negativnih iskustava s bilo kojim medicinskim postupkom. Kao takav, posebno je važan kod kroničnih stanja koja se očituju izmjenjivanjem egzacerbacije i relapsa, kao što su upalne bolesti crijeva te sindrom iritabilnog crijeva, potom u invazivnim dijagnostičkim postupcima kao što su endoskopske pretrage, te u slučaju postizanja kontinuirano nedovoljno učinkovitih rezultata liječenja unatoč različitim terapijskim postupcima i pokušajima (bolesnici s funkcionalnim gastrointestinalnim poremećajima). Istraživanja upućuju da se *nocebo* učinak češće javlja uz neprikladnu komunikaciju liječnik – pacijent, potom nakon postavljanja netočne ili krivo doživljene dijagnoze, kao i nakon bolesnikova čitanja uputa o lijeku (29).

Iako rezultati istraživanja upućuju da je učinkovitost placebo intervencija oblikovana kvalitetom odnosa liječnik – pacijent, potrebni su novi dokazi (30). Nadalje, ideja je da je komunikacija liječnik – pacijent prediktor ishoda lakše prihvaćena u primjerice, funkcionalnim poremećajima crijeva, kao što je sindrom iritabilnog crijeva; međutim kada su dijagnoze nedvosmisleno „organske“ etiologije još uvijek nije postignut konsenzus. U konačnici, znanje o placebo i nocebo učinku stečeno bazičnim, pretkliničkim i kliničkim istraživanjima učinilo je kristalno jasnim jedan od temeljnih aspekata skrbi za pacijenta: najveći potencijal za pozitivan klinički ishod leži u interakciji između pacijenta i liječnika (23). U svakom slučaju, istraživanja o placebo naglašavaju ključnu ulogu psihosocijalnih čimbenika, od komunikacije liječnika i pacijenta, preko informiranog pristanka, pa do cjelokupnog okruženja u kojem se liječenje odvija.

Razvidno je, utjecaj komunikacije na zdravstvene ishode ostvariv je izravnim i neizravnim putovima, uz poštovanje relevantnih unutarnjih i vanjskih modifikatora. Kako je „ljudska riječ“ u obiteljskoj medicini osnovna dijagnostička i terapijska metoda rada, prikazana istraživanja još jednom potvrđuju njenu učinkovitost. Stoga je važno da liječnik obiteljske medicine poznaju moguće pozitivne i negativne učinke komunikacije na zdravstvene ishode, te u svakodnevnom radu svjesno maksimalizira terapijske učinke komunikacije, postizanjem njenih proksimalnih (razumijevanje, zadovoljstvo, slaganje liječnika i bolesnika, povjerenje, poznavanje, uključivanje, motivacija) i intermedijarnih ishoda (dostupnost skrbi, donošenje kvalitetnih odluka, provođenje preporuka, vjera u sustav, socijalna podrška, vještine provođenja samokontrole i samoliječenja, nošenje s emocijama) s ciljem unaprjeđenja zdravlja bolesnika za koje skrbi.

ZAKLJUČAK

Utjecaj komunikacije na zdravstvene ishode ostvariv je izravnim i neizravnim putovima, uz poštovanje relevantnih unutarnjih i vanjskih modifikatora. Sedam je domena kojima komunikacija može dovesti do unaprjeđenja zdravlja: povećanjem dostupnosti skrbi, uvećanjem pacijentova poznavanja karakteristika bolesti i liječenja, zajedničkim razumijevanjem problema, donošenjem kvalitetnijih medicinskih odluka, unaprjeđenjem terapijskog saveza, povećanjem socijalne podrške, zastupanjem i osnaživanjem pacijenta, te poboljšanjem pacijentove sposobnosti nošenja s emocijama. Iako su ove domene utvrđene temeljem potreba onkološkog pacijenta, one su svakako primjenjive i u drugim zdravstvenim stanjima, pa tako i u skrbi bolesnika koji boluju od GIT bolesti. Uz isticanje

važnosti i učinkovitosti svakog pojedinog puta kojim komunikacija dovodi do unaprjeđenja zdravlja i poboljšanja blagostanja pacijenta, važno je naglasiti da će učinak svakog pojedinog puta ovisiti o ishodu interesa, zdravstvenom stanju, trenutnoj poziciji pacijenta na putanji vlastite bolesti, te pacijentovim životnim okolnostima.

L I T E R A T U R A

1. Đorđević V, Braš M. Komunikacija u medicini - čovjek je čovjeku lijek. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
2. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ* 1995; 152: 1423-33.
3. Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns* 2009; 74: 295-301.
4. Ayanian JZ, Zaslavsky AM, Guadagnoli E i sur. Patients' perceptions of quality of care for colorectal cancer by race, ethnicity, and language. *J Clin Oncol* 2005; 23: 6576-86.
5. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley, CA: University of California Press, 1980.
6. Ožvačić Adžić Z, Katic M, Kern J, Lazic D, Cerovečki Nekić V, Soldo D. Patient, physician, and practice characteristics related to patient enablement in general practice in Croatia: cross-sectional survey study. *Croat Med J* 2008; 49: 813-23.
7. Hagerty RG, Butow PN, Ellis PM i sur. Communicating with realism and hope: incurable cancer patients' views on the disclosure of prognosis. *J Clin Oncol* 2005; 23: 1278-88.
8. Epstein RM, Street RL. Patient-centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2007 [NIH Publication No. 07-6225].
9. Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract* 2004; 53: 974-80.
10. Levinson W, Gorawara-Bhat R, Lamb J. A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *JAMA* 2000; 284: 1021-7.
11. Street RL, Cauthen D, Buchwald E, Wiprud R. Patients' predispositions to discuss health issues affecting quality of life. *Fam Med* 1995; 27: 663-70.
12. Rice VH, Templin T, Fox DH i sur. Social context variables as predictors of smoking cessation. *Tob Control* 1996; 5: 280-5.
13. Heisler M, Bouknight RR, Hayward RA, Smith DM, Kerr EA. The relative importance of physician communication, participatory decision making, and patient understanding in diabetes self-management. *J Gen Intern Med* 2002; 17: 243-52.
14. Glasgow RE, Emont S, Miller DC. Assessing delivery of the five 'As' for patient centered counseling. *Health Promot Int* 2006; 21: 245-55.

15. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Soc Sci Med* 1999; 49: 651-61.
16. Petriček G, Vrcić-Keglević M, Lazić D, Murgić L. How to deal with a crying patient? A study from a primary care setting in Croatia, using the 'critical incident technique'. *Eur J Gen Pract*. 2011; 17: 153-9.
17. Kwekkeboom KL. The placebo effect in symptom management. *Oncol Nurs Forum* 1997; 24: 1393-9.
18. Henricson M, Ersson A, Maatta S, Segesten K, Berglund AL. The outcome of tactile touch on stress parameters in intensive care: a randomized controlled trial. *Complement Ther Clin Pract* 2008; 14: 244-54.
19. Saypol B, Drossman DA, Schmulson MJ i sur. A review of three educational projects using interactive theater to improve physician-patient communication when treating patients with irritable bowel syndrome. *Rev Esp Enferm Dig* 2015; 107: 268-73.
20. Hulsman RL. Shifting goals in medical communication. Determinants of goal detection and response formation. *Patient Educ Couns*. 2009; 74: 302-8. doi: 10.1016/j.pec.2008.12.001. Epub 2009 Jan 9. Review.
21. Korthagen F, Vasalos A. Levels in reflection: core reflection as a means to enhance professional development. *Teach Teach Theor Pract* 2005; 11: 47-71.
22. Eva KW, Regehr G. Self-assessment in the health professionals: a reformulation and research agenda. *Acad Med* 2005; 8: S46-54.
23. Elsenbruch S, Enck P. Placebo effects and their determinants in gastrointestinal disorders. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2015; 12: 472-85. doi: 10.1038/nrgastro.2015.117. Epub 2015 Jul 21.
24. Garud S, Brown A, Cheifetz A, Levitan EB, Kelly CP. Meta-analysis of the placebo response in ulcerative colitis. *Dig Dis Sci* 2008; 53: 875-91.
25. Gallahan WC, Case D, Bloomfield RS. An analysis of the placebo effect in Crohn's disease over time. *Aliment Pharmacol Ther* 2010; 31: 102-07.
26. Ford AC, Moayyedi P. Meta-analysis: factors affecting placebo response rate in the irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2010; 32: 144-58.
27. Cremonini F, Ziogas DC, Chang HY i sur. Meta-analysis: the effects of placebo treatment on gastro-oesophageal reflux disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2010; 32: 29-42.
28. Disbrow EA, Bennett HL, Owings JT. Effect of preoperative suggestion on postoperative gastrointestinal motility. *West J Med* 1993; 158: 488-92.
29. Bingel U. The Placebo Competence Team. Avoiding nocebo effects to optimize treatment outcome. *JAMA* 2014; 312: 693-4.
30. Kaptchuk TJ, Lisa A, Davis RB i sur. Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *BMJ* 2008; 336: 999-100.

SUMMARY

COMMUNICATION AND HEALTH OUTCOMES IN PATIENTS SUFFERING FROM GASTROINTESTINAL DISEASES

G. PETRIČEK^{1,2}, V. CEROVEČKI^{1,3} and Z. OŽVAČIĆ ADŽIĆ^{1,2}

¹University of Zagreb, Andrija Štampar School of Public Health, School of Medicine, Department of Family Medicine, ²Zagreb Centar Health Center, Family Medicine Office, Siget 18a and ³Zagreb Centar Health Center, Family Medicine Office, Milana Šufflaya 2, Zagreb, Croatia

Although survey results indicate clear connection between the physician-patient communication and health outcomes, mechanisms of their action are still insufficiently clear. The aim was to investigate the specificity of communication with patients suffering from gastrointestinal diseases and the impact of good communication on measurable outcomes. We performed PubMed (Medline) search using the following key words: communication, health outcomes, and gastrointestinal diseases. Seven pathways through which communication can lead to better health include increased access to care, greater patient knowledge and shared understanding, higher quality medical decisions, enhanced therapeutic alliances, increased social support, patient agency and empowerment, and better management of emotions. Although these pathways were explored with respect to cancer care, they are certainly applicable to other health conditions as well, including the care of patients suffering from gastrointestinal diseases. Although proposing a number of pathways through which communication can lead to improved health, it should be emphasized that the relative importance of a particular pathway will depend on the outcome of interest, the health condition, where the patient is in the illness trajectory, and the patient's life circumstances. Besides, research increasingly points to the importance of placebo effect, and it is recommended that health professionals encourage placebo effect by applying precisely targeted communication skills, as the unquestionable and successful part of many treatments. It is important that the clinician knows the possible positive and negative effects of communication on health outcomes, and in daily work consciously maximizes therapeutic effects of communication, reaching its proximal (understanding, satisfaction, clinician-patient agreement, trust, feeling known, rapport, motivation) and intermediate outcomes (access to care, quality medical decision, commitment to treatment, trust in the system, social support, self-care skills, emotional management) to improve the health of patients he cares for.

Key words: communication, health outcomes, gastrointestinal diseases