



UNIVERSITATEA
DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„VICTOR BABEȘ” DIN TIMIȘOARA

Daniela Kohn
Bianca-Karla Țăriu
(coord.)

Dialogul de anamneză cu pacientul standardizat

ARHITECTURA UNUI PROIECT PILOT



EDITURA „VICTOR BABEȘ” TIMIȘOARA, 2023

Editura „Victor Babeș”

Piața Eftimie Murgu nr. 2, cam. 316, 300041 Timișoara

Tel./Fax 0256 495 210

e-mail: evb@umft.ro

www.umft.ro/editura

Director general: Prof. univ. emerit dr. Dan V. Poenaru

Colecția: HIPPOCRATE

Referent științific: Prof. univ. dr. Andrei Motoc

© 2023

Toate drepturile asupra acestei ediții sunt rezervate.

Reproducerea parțială sau integrală a textului, pe orice suport, fără acordul scris al autorilor este interzisă și se va sancționa conform legilor în vigoare.

ISBN 978-606-786-320-8

Centrul de cercetare Lingvistică aplicată și studii culturale comparate

CUVÂNT ÎNAINTE

Proiectul pilot *Dialogul de anamneză cu pacientul standardizat*, desfășurat la Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” din Timișoara în perioada octombrie – decembrie 2022, își găsește prin acest volum împlinirea lui firească.

Volumul debutează cu o prezentare a întregului proiect, cu toate componentele lui, urmată de analize ample dedicate fiecărei părți constitutive. Sunt prezentate materialele elaborate special pentru acest proiect (cardurile de rol și grilele de evaluare), etapele parcurse de studenții mediciști și de actori pentru a intra în rolul medicului, respectiv al pacientului standardizat, informații teoretice absolut necesare în contextul comunicării medicale, cât și experiențele individuale și de grup.

Lucrarea profită în mod deosebit de perspectivele variate ale participanților, fie ei cadre didactice de la cele trei Universități implicate, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” din Timișoara, Universitatea de Vest din Timișoara și Universitatea de Medicină din Viena, medici cu diferite specializări medicale și specialiști în lingvistică și comunicare sau în artele spectacolului, fie studenți, prin vocea unei reprezentante din partea studenților mediciști implicați în proiect.

Mulțumirile merg pe această cale către toți cei care au pus umărul la această primă ediție a unui proiect inedit pentru studiile medicale la UMFVBT, pentru cadre didactice și studenți, fiecare venind cu experiența, cunoștințele și motivația proprie, creând împreună un minunat cadru de învățare. Iar acest volum, născut din experiențele participanților la proiect, pregătește considerabil terenul pentru o continuare a sa.

Daniela Kohn & Bianca-Karla Ițariu

CUPRINS

	pag.
<i>Daniela Kohn</i>	
I. Blueprint sau arhitectura unui proiect pilot. Dialogul de anamneză cu pacientul standardizat	6
<i>Bianca-Karla Ițariu</i>	
II. Comunicarea cu pacienții. Importanța comunicării în profesia de medic	32
<i>Daniela Șilindean</i>	
III. Eșafodaje – construcția cardurilor de rol	56
<i>Gabriela-Mariana Luca</i>	
IV. Protocol de intrare în rol: medicul. Privire din fața și din spatele „scenei”	64
<i>Constantin Tovarnițchii</i>	
V. Protocol de intrare în rol: pacientul standardizat. Bolnavul imaginar sau <i>learning by doing</i>	74
<i>Simona Olaru-Poșiar</i>	
VI. Tipologia caracterială și comunicarea medic-pacient	78
<i>Diana Boc-Sînmărghișan</i>	
VII. Feedback 360° sau comunicarea inversă în dialogul de anamneză	91
<i>Karina Dimcea</i>	
VIII. Întâlnirea cu pacientul standardizat. Pregătirea unui studiu calitativ	106
IX. Carduri de rol	
Carduri de rol în limba română	116
<i>Elena Amăricăi</i>	117
Rol 1A/1B	
Rol 2A/2B	

<i>Andreea Iana</i>	121
Rol 3A/3B	
Rol 4A/4B	
<i>Bianca-Karla Ițariu</i>	125
Rol 5A/5B	
Rol 6A/6B	
Carduri de rol în limba engleză	130
<i>Elena Amăricăi</i>	131
Rol 1A/1B	
Rol 2A/2B	
<i>Andreea Iana</i>	135
Rol 3A/3B	
Rol 4A/4B	
<i>Bianca-Karla Ițariu</i>	139
Rol 5A/5B	
Rol 6A/6B	
Carduri de rol în limba germană	144
<i>Elena Amăricăi</i>	145
Rol 1A/1B	
Rol 2A/2B	
<i>Andreea Iana</i>	149
Rol 3A/3B	
Rol 4A/4B	
<i>Bianca-Karla Ițariu</i>	153
Rol 5A/5B	
Rol 6A/6B	
Carduri de rol în limba franceză	158
<i>Elena Amăricăi</i>	159
Rol 1A/1B	
Rol 2A/2B	
<i>Andreea Iana</i>	163
Rol 3A/3B	
Rol 4A/4B	
<i>Bianca-Karla Ițariu</i>	167
Rol 5A/5B	
Rol 6A/6B	

Diana Boc-Sînmărghișan, Daniela Kohn

X. Grile de evaluare. Performanța SM în dialogul cu PS 172

- 1. Evaluarea colegială**
- 2. Evaluarea realizată de pacientul standardizat**
- 3. Fișa de reflecție a studentului medicinist**

Prezentarea contributorilor 178

I. BLUEPRINT SAU ARHITECTURA UNUI PROIECT PILOT. DIALOGUL DE ANAMNEZĂ CU PACIENTUL STANDARDIZAT

Daniela Kohn

1. Introducere

1.1. Proiectul și participanții

Implicarea inteligenței artificiale (IA) este tot mai vizibilă în ultima perioadă în numeroase domenii de activitate umană, iar domeniul medical nu face excepție. Potențialul său uriaș este simțit deja în ajutorul pe care îl poate oferi în stabilirea diagnosticului (analiza datelor medicale și de laborator), pentru planificare și tratament personalizat pentru fiecare pacient în funcție de nevoile și caracteristicile individuale, pentru monitorizarea sănătății sau chiar în proceduri chirurgicale. Ceea ce încă nu poate inteligența artificială este, însă, să dea dovadă de empatie în mod comparabil cu cel al ființelor umane. Deși cercetările din domeniul IA și al învățării automate continuă să facă progrese semnificative în îmbunătățirea capacităților sale de a simula și de a înțelege emoțiile și stările umane, cu toate acestea, empatia este un concept foarte complex și multifactorial și implică mai mult decât recunoașterea expresiilor faciale sau tonurilor vocale (ceea ce unii roboți sunt capabili să facă deja).

Calitatea interacțiunii cu un robot este și va rămâne pentru multă vreme departe de a se putea compara cu ceea ce ne aduce o interacțiune cu o ființă umană, iar dialogul între medic și pacient¹ va rămâne în continuare esențial pentru o îngrijire medicală de calitate și poate aduce beneficii semnificative pentru ambele părți. Învățarea și exersarea a ceea ce reprezintă o comunicare eficientă între medic și pacient poate ajuta la îmbunătățirea înțelegerii, a colaborării și a respectului reciproc, conducând la o mai bună îngrijire a pacientului și la rezultate mai bune.

¹ În acest volum, pentru o lectură fluidă, va fi utilizat termenul generic la masculin (*student, actor, medic, pacient, specialist* etc.), acesta cuprinzând, însă, și femininul.

Accentuarea învățării, deja din timpul studiilor medicale, a modului cum comunic eficient cu pacientul, arătând empatie față de cel din fața mea, nu poate decât să apropie viitorul medic de nivelul de excelență în tratarea pacientului, un atribut care le este rezervat încă pentru mult timp în acest domeniu exclusiv ființelor umane.

Importanța comunicării (eficiente) între medic și pacient este recunoscută și i se acordă o tot mai mare atenție de către specialiști începând cu a doua jumătate a secolului 20, iar tehnicile și metodele de aprofundare a temei cunosc o evoluție constantă până astăzi. Nu întâmplător, G.E. Engel și W.L. Morgan numesc dialogul medical deja în 1973 *„the most powerful and sensitive and most versatile instrument available to the physician”*² (Engel, Morgan 1973, *apud* Keifenheim *et al.* 2015). Cercetătorii în domeniu au dovedit importanța comunicării în practica medicală prin nenumăratele studii publicate în ultimele decenii, iar cuceririle din domeniul tehnologic au ajutat, pe de altă parte, aprofundarea sistematică și dedicată a temei comunicării în teorie și practică:

„Two primary factors have been responsible for this major shift in attitude and practice. The first factor was the exponential growth of the evidence base regarding communication in medicine and the advocacy that has resulted from that research. While substantive evidence was already available as much as 20 or 30 years ago, most of the work has been done in the past decade. The second development was the advent of videotape, which allowed us to improve both our research and our teaching methods in this area.” (Kurtz 2002: 24)

Se vorbește de un număr impresionant de până la 200.000 de dialoguri de anamneză pe care un medic le poartă de-a lungul carierei sale (Kurtz 2002: 26), iar dobândirea competențelor necesare unei comunicări medicale eficiente este accentuată astăzi în universitățile de medicină, în general, și în Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” din Timișoara³, în special. Cursul de comunicare medicală, nenumăratele exerciții practice de comunicare efectuate în timpul seminariilor la diferitele discipline medicale etc. oferă o bază importantă în acest sens, iar proiectul nostru, *Dialogul de anamneză cu pacientul standardizat*, nu vine decât să lărgască paleta de exercițiu pentru studenții mediciniști în vederea obținerii performanței în comunicarea medicală.

² „cel mai puternic, mai sensibil și mai versatil instrument aflat la dispoziția medicului”, în traducerea noastră.

³ În continuare ca UMFVBT.

Proiectul *Dialogul de anamneză cu pacientul standardizat* l-am inițiat și coordonat împreună cu dr. med. Bianca-Karla Ițariu de la Universitatea de Medicină din Viena, în cadrul Centrului de cercetare Lingvistică aplicată și studii culturale comparate, iar ediția pilot s-a desfășurat în lunile octombrie – decembrie 2022 la UMFVBT. Un proiect complex ca acesta a implicat o echipă multidisciplinară formată din cadre didactice de la trei universități - două din Timișoara și una din Viena - cu specializări diferite și 60 de studenți de la două universități timișorene. Așadar, echipa a fost formată din coordonatoarele proiectului, Daniela Kohn (conferențiar univ. dr. în cadrul UMFVBT) și dr. Bianca-Karla Ițariu (cadru didactic și cercetător la *Medizinische Universität Wien*, medic specialist la *Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien - AKH*, Austria), specialiștii în domeniul limbă și comunicare: Gabriela-Mariana Luca (conferențiar univ. dr. în cadrul UMFVBT), Daniela Șilindean (conferențiar univ. dr. în cadrul UMFVBT și critic de teatru), Diana Boc-Sînmărghișan (conferențiar univ. dr. în cadrul UMFVBT) și Simona Olaru-Poșiar (șef de lucrări dr. în cadrul UMFVBT și psiholog). Specialiștii în medicină care au făcut parte din echipă, pe lângă doamna dr. Ițariu, au fost Elena Amăricăi (profesor universitar dr. în cadrul UMFVBT) și Andreea Iana (asistent universitar dr. în cadrul UMFVBT), dr. Liliana Eleonora Vasile (Spitalul Clinic Municipal de Urgențe, Timișoara) și Gabriel Găman-Ceaușu (medic rezident în neurologie la *Centre hospitalier Notre-Dame de la Miséricorde*, Ajaccio, Corsica). Cel care ne-a stat alături, specializat fiind în artele spectacolului și cu experiență în abordarea temei *Pacientul standardizat*, dobândită la universități de medicină din Canada, a fost Constantin Tovarnițchii, asistent univ. drd., cadru didactic la Universitatea de Vest din Timișoara⁴, Facultatea de Muzică și Teatru, actor, colaborator al Teatrului Național Mihai Eminescu din Timișoara.

Studenții implicați în programul pilot al proiectului au fost studenții mediciști de la UMFVBT și studenți la actorie de la UVT, Facultatea de Muzică și Teatru. Atelierele propuse în cadrul proiectului s-au desfășurat în patru limbi, română, engleză, germană și franceză, iar singura condiție pentru studenții mediciști, atunci când au optat să se înscrie la una sau alta dintre grupe, a fost competența de comunicare în limba aleasă la un nivel avansat, nivelul B2 sau C1⁵, de preferință. Indiferent de anul de studiu în care se aflau, studenții mediciști au putut participa la seria de ateliere, învățând unul de la altul, fiecare venind cu

⁴ În continuare ca UVT.

⁵ Conform descrierii nivelurilor de competență lingvistică prezente în CECR (2003).

un aport important de cunoștințe și experiențe, având șansa cu toții, studenți, medici și profesori participanți, de a învăța unii de la alții. Actorii / studenții la actorie care au participat la proiect au fost selectați, nu în ultimul rând în funcție de limbile pe care le stăpâneau, limbile în care puteau juca un rol de pacient standardizat ce se bazează nu de puține ori pe improvizație. Așadar, actorii implicați erau buni vorbitori de limbă engleză, germană sau franceză și, bineînțeles, de limba română.

Scopul proiectului a fost acela de a crea un spațiu propice învățării, cât mai apropiat de cel real în care au loc întâlnirile medic-pacient, dar, în același timp, un spațiu controlat, de confort și siguranță pentru toți cei implicați, un spațiu în care greșeala este transformată în sursă de învățare, un spațiu în care am putut observa și conștientiza perspectivele nu de puține ori diferite asupra aceluiași dialog. Au avut un rol în învățare atât observația ghidată a felului cum au acționat verbal și nonverbal colegii mediciști intrați în rolul medicului, cum au gestionat comunicarea cu pacientul standardizat, dar și exercițiul repetat de intrare efectivă în rolul medicului, de identificare și recurgere la diferite strategii de rezolvare a sarcinilor secundare ce apar în timpul unui dialog medic-pacient. Posibilitatea de a repeta o situație, de a încerca să structurezi altfel dialogul, de a reacționa diferit, respectiv mai adecvat la impulsurile venite dinspre celălalt, de a lucra la propriile reacții verbale și nonverbale înseamnă exercițiu. Și s-a dovedit a fi unul valoros. De asemenea, etapa ulterioară de reflecție și autoreflecție, concentrată pe ceea ce s-a petrecut în fața ta, respectiv pe ceea ce ai făcut efectiv, este o etapă importantă și necesară în învățare și perfecționare.

1.2. Limbă și comunicare în context medical

Ideea proiectului are la bază două surse, iar prima ar fi tematizarea dialogului de anamneză la cursurile de limbă străină pentru avansați, a comunicării medicale eficiente și a pregătirii efective a studenților mediciști pentru a excela în viața profesională. Această temă complexă a adus în atenția noastră și implicarea pacienților standardizați la majoritatea universităților de medicină de prim rang din lume. În timpul cursurilor online, studenții noștri au avut șansa de a putea discuta cu medici de la Universitatea de Medicină din Viena, cum ar fi dr. med. Bianca-Karla Itariu sau dr. Thomas Koller care le-au transmis din experiența lor de învățare în timpul studiilor medicale în străinătate sau despre implicarea pacienților standardizați în tematizarea și exersarea

eficientă a subiectului medical. Experiențele de la Universitățile de Medicină din Viena și Cambridge sau de la diverse conferințe de specialitate unde a fost tematizată implicarea pacientului standardizat au trezit interesul studenților mediciști din Timișoara și dorința lor de a profita de o experiență similară în timpul propriilor studii la UMFVBT.

Un alt impuls pentru organizarea acestor serii de ateliere vine dinspre testele de competență lingvistică pentru nivelul C1, limbaj medical, un test obligatoriu pentru orice medic ce dorește să profeseze internațional⁶. Aceste teste cuprind o parte de comunicare medicală orală, un dialog medic-pacient/medic/apartinător, având în rolul interlocutorului un pacient standardizat sau un alt medic. Așadar, un exercițiu de acest gen este binevenit pentru toți cei care doresc să susțină un astfel de examen de competență lingvistică, iar ideea de a organiza atelierele în patru limbi își are și aici sursa.

Observăm din analiza celor două impulsuri accentele multiple ce urmau să fie puse în pregătirea pentru întâlnirea studentului medicinist cu pacientul standardizat. Pe de-o parte, accentul cade pe tematica medicală, cu tot ceea ce înseamnă ea, cunoștințe medicale și vocabular de specialitate, pe de altă parte, sunt aprofundate tehnici diverse de comunicare în funcție de context, interlocutor etc., sunt analizate structuri verbale și forme de exprimare ce se încadrează mai bine sau nu în acest gen textual, diferențele pe care trebuie să le conștientizăm atunci când utilizăm o limbă sau alta pentru comunicare în general și comunicarea medicală în special, când ne mișcăm în conversație într-o cultură sau alta. În fond, sunt unghiuri diferite de abordare ce conduc înspre o îmbunătățire a comunicării în general și a celei medicale în special.

1.3. Dialogul de anamneză

Cât de important poate fi dialogul de anamneză dacă un medic, de-a lungul carierei sale, are poate mai mult de 200.000 de astfel de dialoguri cu pacienții, iar competențele sale de a purta acest dialog

⁶ Vezi, ca exemplu, testele de competență lingvistică în limba germană, în domeniul medical, *FaMed* sau *telc Medizin* (despre testul de competență lingvistică obiectiv structurat, *FaMed*, vorbesc Lenz *et al.* 2019). Îi mulțumesc pe această cale dlui prof. univ. dr. med. Martin R. Fischer de la Facultatea de Medicină, Universitatea Ludwig Maximilian din München, unul dintre inițiatorii testului *FaMed*, care mi-a oferit șansa în septembrie 2022 de a participa la un workshop cu pacienți standardizați organizat la Chiemsee/München pentru cadrele universitare / medicii din Germania.

influențează semnificativ procesul de însănătoșire a pacientului? Începând cu identificarea problemelor medicale, stabilirea diagnosticului, până la complianța pacientului și adeziunea sa la schema terapeutică, îndeplinirea cu succes a acestor etape este datorată, nu în ultimul rând, comunicării eficiente, creării unei bune relații de colaborare între medic și pacient. Cercetători în domeniu susțin că în 76% din cazuri poate fi stabilit diagnosticul doar pe baza dialogului de anamneză, iar 60-80% din informația primită în timpul acestuia este direct relevantă pentru stabilirea diagnosticului (Peterson *et al.* 1992, *apud* Keifenheim *et al.* 2015).

Desigur, o pregătire adecvată poate dezvolta considerabil competențele de comunicare în context medical ale studenților mediciniști: capacitatea de a-și structura potrivit dialogul, de a adresa întrebările relevante, de a găsi tonul potrivit, de a ține cont atât de latura informațională, dar și de cea emoțională, astfel încât dialogul să aibă finalitatea dorită. Metode diferite pot conduce înspre dobândirea competențelor de comunicare specifice dialogului de anamneză, și anume, prin analiza dialogurilor înregistrate video sau a jocului de rol între studenții mediciniști, respectiv apelul la pacienți standardizați pentru o apropiere cât mai mare de situațiile reale în care au loc dialogurile medic-pacient. Includerea în învățare a unei etape de feedback, oferit de mentor și/sau colegi, respectiv de autorefecție a celui care a intrat în rolul medicului este, de asemenea, un element esențial ce ajută la dezvoltarea competențelor de comunicare necesare în acest context.

1.4. Pacientul standardizat

Implicarea unui pacient-actor, fie el profesionist sau amator, în procesul de studiu al medicinei a fost făcută pentru prima dată în 1963 de către neurologul Howard S. Barrows, pe atunci la *University of Southern California*, SUA. Metoda sa de implicare în procesul didactic a unui *programmed patient* sau *simulated patient* (Barrows 1993: 443) nu a fost acceptată de la început de către specialiști, vorbindu-se de o intervenție prea scumpă sau chiar de o cucerire a Medicinei de către Hollywood: „*Hollywood Invades USC Medical School*”⁷ (*apud* Wallace 1997: 7) sau „*Scantily clad models are making life a little more interesting*

⁷ „*Hollywood Invades USC Medical School*”, în *LA Herald-Examiner*, Sept. 27, 1965, A20, *apud* Wallace 1997: 7.

for the USC medical students.”⁸ (apud Wallace 1997: 7). De la început, însă, implicarea unui pacient standardizat ține cont de cele două elemente cheie: un caz medical pregătit minuțios de cel care preia rolul pacientului și o grilă de evaluare a performanței studentului medicinist din perspectiva pacientului.

Doctorul Barrows își consacră conceptul și practica în Canada, la Universitatea McMaster din Hamilton, Ontario, unde ia naștere o facultate de medicină cu un curriculum bazat pe învățarea experiențială, un accent deosebit punându-se aici și pe feedback. Barrows accentuează învățarea de către studenții medicinisti a felului cum să filtreze întrebările dintr-un dialog de anamneză și să stabilească ce întrebări sunt adecvate fiecărui caz, astfel încât, în timpul scurt alocat unei întrevederi medic-pacient, aceștia să poată fi cât mai eficienți împreună în rezolvarea problemei medicale (Wallace 1997: 6).

Termenul de *pacient standardizat* este introdus în anii '80 de către psihometricianul canadian G. Norman și cuprinde un element esențial, și anume, pacientul *standardizat* este pacientul care pune în timpul unor întâlniri consecutive medic-pacient fiecare student medicinist în fața acelorași dificultăți, standardizează performanța pacientului în întâlnirea cu studentul medicinist, oricare ar fi acesta. H.S. Barrows este convins de acest nou concept și adoptă, la rândul său, termenul umbrelă de *pacient standardizat*:

„I use the term simulated patient for a normal person who has been carefully coached to accurately portray a specific patient when given the history and physical examination. I reserve the term standardized patient as a broader umbrella for both simulated patients and actual patients who have been carefully coached to present their own illnesses in a standardized, unvarying way. The advantage to this is that the term standardized patient will not reveal to the students whether they are actually dealing with a simulated patient or a real patient in their teaching and assessment contacts.” (Barrows 1993: 444)

De asemenea, foarte important, *pacientul standardizat* este pacientul pregătit nu numai să interpreteze un pacient real, ci și să evalueze performanța studentului medicinist, având la bază standarde clare și rezultate predictibile. Așadar, termenul de *pacient standardizat* cuprinde atât standardizarea performanței, cât și feedback-ul avizat. Iar acest termen atât de potrivit se impune în timp în literatura de specialitate.

⁸ „Models Who Imitate Patients: Paradise for Medical Students”, în *San Francisco Chronicle*, Sept. 28, 1965, 3, *apud* Wallace 1997: 7.

Apelul la un pacient standardizat în procesul de învățare face posibil ca studenții medicali să se afle în fața unui pacient în totalitatea sa, trecând împreună cu el prin tot procesul medical ce conduce înspre îmbunătățirea condiției acestuia din urmă. Se face, astfel, trecerea de la învățarea teoretică la cea experiențială (*learning by doing*), fără a „agresa”, în același timp, un pacient real:

„The standardized patient offers the student an opportunity to come face to face with the totality of the patient, with his „stories”, physical symptoms, emotional responses to his illness, attitudes toward the medical profession, stresses in coping with life, work and his family — in other words, everything a real patient brings to a clinician, overt and hidden (except the necessity of actually „making the patient better”), allowing the student to go about the process of unfolding all that he needs to know from the veritable interaction with the patient in order to assist that person to heal.” (Wallace 1997: 6)

Tot mai mult se apelează începând cu anii '90 la pacientul standardizat pentru pregătirea viitorilor medici, pentru evaluarea abilităților clinice dobândite de aceștia, dar și a competențelor de comunicare în dialogul medic-pacient. Evaluarea competențelor clinice în formate ca OSCE⁹ (*Objective Structured Clinical Examination*) sau CPX¹⁰ (*Clinical Performance Exam*) etc. este o practică întâlnită între timp la tot mai multe universități de medicină, iar pacientul standardizat își are locul bine precizat în cadrul acestor examinări.

Am recurs în cadrul proiectului nostru la termenul de *pacient standardizat* considerându-l cel mai exact și cuprinzător, capabil să includă atât standardizarea performanței pacientului-actor, cu un rol

⁹ „OSCEs are very helpful in medical education because they allow a student to practice and demonstrate clinical skills in a standardized medical scenario. Students have the opportunity to demonstrate competency in communication, history taking, physical examination, clinical reasoning, medical knowledge, and integration of these skills. It is meant to be a fair and accurate way to assess competence, as well as identify areas that need more work and practice.” – University of Washington (OSCE: General Information - UWSOM Intranet (uwmedicine.org)).

¹⁰ „The Clinical Performance Examination (CPX) is a standardized patient examination administered to all medical students in the state of California, to be taken at or towards the end of the core clerkships. The examination is a standardized patient-based clinical skills assessment; demonstration of at least minimum competency on this exam is a requirement for graduation. [...] Students must demonstrate at least minimum competency in each of four skill areas: History taking, Physical examination, Communication skills, Clinical reasoning.” – din programul de la Stanford Medicine (4.14: Clinical Performance Examination (CPX) Series | MD Program | Stanford Medicine).

prestabilit (simptome și tip de comportament), cât și feedbackul avizat pe care acesta îl oferă studenților mediciști, având noțiuni clare de evaluare a performanței.

2. Ateliere

În cadrul proiectului nostru au fost organizate atât ateliere pentru studenții mediciști, cât și pentru actori. Au fost formate patru grupe de studenți mediciști în funcție de limba pe care și-au ales-o: română, engleză, germană sau franceză. Fiecare grupă a beneficiat de o serie de șase ateliere, fiecare atelier având ca mentor un cadru didactic specializat pe limbă și comunicare și un medic specialist, cadru didactic pentru o disciplină medicală. Actorii, la rândul lor, au beneficiat de întâlniri cu specialiștii în limbă și comunicare, cu medicii implicați în proiect pentru a aprofunda tema centrală, dialogul de anamneză și pentru a clarifica elementele mai puțin evidente legate de simptomatologia cazului medical, de posibilitățile de configurare cât mai veridică a personajului în rolul căruia urmau să intre. De asemenea, actorii au fost pregătiți să evalueze performanța studenților mediciști din timpul dialogului de anamneză, să dea un feedback avizat acestora. Un cadru didactic specializat pe partea de actorie, Constantin Tovarnițchi, a îndrumat studenții în procesul de pregătire scenică a rolului.

2.1. Ateliere pentru studenții mediciști: pregătind rolul medicului

2.1.1. Atelier 1

Primul atelier a fost unul introductiv în tematica *Dialogul de anamneză și Pacientul standardizat* și am beneficiat aici cu toții de experiența în domeniu a doamnei dr. Bianca-Karla Ițariu, experiență bogată ca medic specialist, dar și cadru didactic universitar la Universitatea de Medicină din Viena. Acest curs introductiv a reactivat cunoștințele obținute de studenți la cursul de comunicare medicală din anul I sau de la alte discipline medicale, dezvoltând tematica și introducând elementul inedit al proiectului, și anume, simularea dialogului de anamneză cu un pacient standardizat. Înainte de a aborda nuanțe de comunicare, este importantă cunoașterea acestui gen textual cu tot ceea ce ține de el, de caracteristicile sale interne și externe, cum ar fi: funcția, structura, caracteristicile stilistice și lingvistice etc. De asemenea, nu sunt deloc de neglijat tipurile de pacient ce pot fi întâlnite

și modurile de comunicare eficientă cu fiecare dintre ele. Gravitatea informației ce trebuie transmisă de către medic influențează, deopotrivă, modul de comunicare. Fiind prima ediție a acestui proiect, am preferat să nu abordăm cele mai dificile teme ale dialogului medic-pacient, cum ar fi, transmiterea informației despre o boală gravă de care suferă pacientul sau informarea unui aparținător despre moartea pacientului, urmând a le tematiza în edițiile viitoare.

S-a accentuat în această introducere și importanța de a vedea pacientul ca ființă umană, în totalitatea sa, nu doar ca un caz medical. Perspectiva pacientului asupra bolii și a tratamentului nu este deloc de neglijat și ocupă un loc important în întregul proces al vindecării. De aici și atenția sporită acordată în timpul dialogurilor de anamneză perspectivei pacientului prin accentuarea obținerii de informații de la acesta, a informațiilor referitoare la ceea ce este cunoscut în literatura de specialitate sub acronimul ICE, respectiv „*ideas, concerns, expectations*”¹¹.

2.1.2. Atelier 2

Al doilea atelier a avut ca focus specificul dialogului de anamneză în fiecare dintre limbi și nuanțarea culturală ce vine odată cu limba de comunicare și spațiul în care are loc dialogul. Dacă primul atelier a fost mai informativ teoretic, al doilea s-a axat pe partea practică, cu exerciții concrete de exprimare a empatiei, de ascultare activă (de rezumare, parafrază, reflexie, încurajare de a continua etc.), studenții au învățat cât de important este să ai răbdare, să poți face o pauză de vorbire fără ca aceasta să intrige sau să devină inconfortabilă, să adresezi întrebările potrivite, deschise sau închise în funcție de etapa dialogului și scopul lor. De asemenea, am exersat acordarea atenției pentru celălalt, atenție îndreptată înspre ceea ce se percepe la exterior, înspre ceea ce exprimă celălalt prin mimică și gestică, coroborat cu informația transmisă verbal de interlocutor.

Selecția de către medic a vocabularului și a expresiilor utilizate, respectiv a construcției frazei în funcție de nivelul de înțelegere al interlocutorului este, de asemenea, important și trebuie exersat. Cunoașterea unor uzanțe într-o limbă sau alta, într-o cultură sau alta, este extrem de necesară pentru a crea un spațiu de confort, o relație de încredere între medic și pacient, pentru a putea evita, de exemplu,

¹¹ Idei, preocupări, așteptări.

eventuale stigmatizări involuntare. Limbajul utilizat își pune amprenta asupra gândirii, iar modul de a vorbi despre boală poate influența însăși forma de raportare a pacientului la boala pe care o are, îi poate motiva responsabilitatea sau, dimpotrivă, îi crează o imagine nerealistă ce îi poate declanșa sentimente de vinovăție, suprasolicitare și eșec (Thiel 2020). Venind aici cu câteva exemple, în limba germană trebuie evitat astăzi, de exemplu, termenul *Diabetiker* (diabeticul) și înlocuit cu *Menschen mit Diabetes* (oameni cu diabet); în locul sintagmei *an Diabetes leiden* (a suferi de diabet) este recomandată formularea *mit Diabetes leben* (a trăi cu diabet), pentru *gute/schlechte Blutzuckerwerte* (valori bune sau rele ale glicemiei) se recomandă *hohe/niedrige Blutzuckerwerte* (nivel crescut sau scăzut al glicemiei) etc. Aceeași recomandare de „people-first language” (limbaj ce pune omul pe primul loc) se pretează și în cazul celor cu obezitate. Aici, recomandarea este de a evita termenul de *obez* și de a utiliza termenul de *pacient cu obezitate* (vezi și recomandările făcute în acest sens de EASO, *The European Association for the Study of Obesity*¹²).

2.1.3. Atelier 3

Al treilea atelier, coordonat de Constantin Tovarnițchii, a avut ca temă jocul actoricesc, respectiv comunicarea nonverbală. Studenții mediciști au învățat cât de importante sunt în comunicare gesturile și mimica noastră sau atitudinea pe care o exprimăm cu ajutorul corpului, adăugându-se aici și intonația sau intensitatea vocii în timpul dialogului. Conștientizarea a ceea ce exprim dincolo de cuvintele alese, sintaxa sau stilistica celor spuse, conștientizarea lui CUM revărsat prin toți porii în comunicare este cel mai nuanțat activată în timpul învățării din jocul de scenă al actorilor. Însușirea unor elemente ce țin de tehnicile de pregătire specifice în zona artelor spectacolului nu poate fi decât un bun câștigat pentru șlefuirea comunicării în general și a comunicării medic-pacient în cazul nostru.

Studenții mediciști „au intrat pe scenă”, au ieșit din propriul eu pentru a prelua un rol și a deveni mai conștienți de ceea ce pot face prin postură, mimică, gestică, voce etc. L-am privit pe celălalt în ochi, ne-am pus masca chirurgicală și am observat ce mai rămâne vizibil pentru celălalt din expresia de pe fața noastră, ne-am jucat cu sprâncenele și

¹² https://cdn.easo.org/wp-content/uploads/2018/12/16195533/EASO-People-first-Language_Version-5-RGB-for-screen.pdf.

ridurile/liniile create prin zâmbet, i-am arătat celui alt deschidere prin postura întregului corp, i-am arătat că ne interesează, ne-am testat vocea, am șoptit, am vorbit tare și foarte tare. Ne-am exprimat ca întreg și am observat reacția interlocutorului.

2.1.4. Atelier 4

În al patrulea atelier studenții mediciști au pregătit propriu-zis un dialog de anamneză și au intrat în rolul medicului. Pentru ca exercițiul să fie unul cât mai eficient, rolul pacientului a fost preluat de un medic specialist. Pregătirea dialogului a pornit de la o pereche de carduri ce aveau ca temă anemia (carduri realizate de dr. Bianca-Karla Ițariu), un card ce conținea informațiile necesare pentru medic și unul cu informațiile pentru pacient, identice ca structură cu cele de la dialogul final cu pacientul standardizat (atelierul 6). De asemenea, înainte de a trece la pregătirea unui dialog de anamneză concret, s-a tematizat evaluarea performanței celui care intră în rolul medicului. Grila de evaluare este cea care contribuie la conștientizarea elementelor importante ale dialogului, clarifică, în ultimă instanță, ceea ce se așteaptă de la cel evaluat. Au fost introduse mai multe perspective de evaluare a performanței celui ce intră în dialog în rolul medicului: evaluarea colegială oferită de colegi și medici specialiști, cadre didactice implicate, autorefecția după realizarea dialogului, dar și perspectiva pacientului asupra a ceea ce s-a întâmplat, cum s-a simțit, cum apreciază dialogul medic-pacient etc. Partea de feedback este o componentă esențială a pregătirii, a procesului de învățare, iar forma aleasă, feedback-ul de 360° a venit cu o plusvaloare evidentă. Vom reveni în cele ce urmează și la grilele de feedback, un element atât de important al întregului proces.

Se face în acest moment trecerea de la teorie la practică, la punerea împreună a tuturor informațiilor obținute despre ce și cum este dialogul de anamneză, culminând cu dialogul propriu-zis. Am optat aici pentru lucrul în echipe mici, de trei-patru studenți, fiecare echipă pregătind dialogul de anamneză de pe poziția medicului, rolul acestuia. Pentru început, studenții mediciști au primit doar cardul medicului, neavând informațiile cuprinse pe cardul pacientului, s-au documentat în ce privește informațiile medicale, au clarificat cu medicul specialist eventualele nelămuriri, au verificat cu specialistul pe limbă și comunicare elementele specifice de structurare a dialogului, de selecție a elementelor

necesare stabilirii diagnosticului, de nunațare lingvistică sau de adecvare stilistică.

Pregătirea în echipe a dialogului a fost urmată de dialogul propriu-zis. Pentru ca presiunea pe unul singur să nu fie atât de mare, iar capacitatea de a se putea concentra pe esența exercițiului să crească, am optat pentru varianta ca rolul medicului să fie preluat de o echipă de doctori formată din câte un reprezentant al fiecărei grupe de lucru. A dispărut, astfel, presiunea complexității dialogului de pe umerii unuia singur, sarcina fiind împărțită. Cel care a condus dialogul ca medic „principal” a putut găsi la colegii săi susținerea, dar a beneficiat și de eventualele completări necesare pentru ca dialogul să își îndeplinească sarcinile stabilite în card. Deoarece grupul de medici proaspăt format și pus să îndeplinească sarcina împreună nu a apucat să se rodeze, acest fapt a dăunat uneori dialogului, structurii clare a acestuia. Cu toate acestea, completările aduse, chiar dacă acestea au venit mai târziu în timpul dialogului, au arătat că studenții stăpânesc conținutul, iar ceea ce este necesar pentru ca dialogul să devină unul foarte bun este să-l exerseze propriu-zis, să facă cât mai des trecerea de la teorie la practică.

Evaluarea performanței în comunicare a venit cu implicarea activă a tuturor. Cei care nu au participat efectiv la dialog au avut rolul important de observatori și „critici” ai celor petrecute în fața lor. De asemenea, ei au exersat tehnica de oferire a unui feedback constructiv tip sandvici: cu elemente pozitive observate, urmate de elementele care au fost poate mai puțin bune și trebuie îmbunătățite, numind în final punctele forte ale performanței și încurajarea pentru un demers viitor. Medicul specialist, aflat de data aceasta în rolul pacientului, a putut să facă o evaluare a felului cum a decurs dialogul de anamneză din punctul de vedere al pacientului, iar autorefecția celor care au condus dialogul, îmbinată cu reflecția lor la cele spuse de cei din jur au rotunjit analiza.

Cardul de rol al pacientului vine și cu un mic bonus motivațional, asemeni celor dintr-un joc. Atunci când medicul este empatic și reușește să se apropie cât mai mult de pacient, să afle cât mai multe despre acesta, să-i adreseze întrebările potrivite și să-i observe comportamentul nonverbal (ce vine și el cu informații importante), pacientul dezvăluie ceea ce pe cardul său apare ca informație ascunsă. Această informație ascunsă nu este esențială pentru punerea diagnosticului, dar este o componentă importantă ce marchează faptul că pacientul s-a simțit în largul său să o spună, fie că medicul a întrebat direct, fie că s-a apropiat foarte tare de subiect, unul dintre interlocutori verbalizând-o.

Verbalizarea informației ascunse, „descifrarea codului” a devenit pentru participanți simbolul „excelenței”, al câștigării „premiului cel mare”. Toți cei implicați știau că există o informație ascunsă ce poate fi aflată, iar acest element de joc a relaxat, pe de-o parte, și a ambiționat în același timp participanții, având efectul auxiliar de amplificare a dorinței de a deveni mai bun, de a trece la nivelul următor, nivelul superior.

2.1.5. Atelier 5

Atelierul al cincilea s-a axat în continuare pe cardurile de rol, de data aceasta având ca temă pregătirea efectivă a dialogului de anamneză cu pacientul standardizat, pacientul-actor. Studenții mediciști au putut beneficia în cadrul acestui atelier de îndrumarea tuturor cadrelor medicale care au conceput cardurile de rol, au avut șansa de a clarifica eventualele nelămuriri legate de sarcinile ce trebuie îndeplinite, de cazul medical tematizat, de modul de a obține cât mai multe informații despre simptome și diagnostic, despre informațiile necesare medicului pentru a pune un diagnostic sau altul, de interpretarea analizelor medicale, de felul cum trebuie să efectueze examinarea fizică. De asemenea, au putut verifica dacă stăpânesc vocabularul de specialitate în limba străină la care se recurge în cazul descris pe card, să își fixeze puțin mai bine structurile lingvistice necesare în contextul dat, să conștientizeze diferențele între limbajul de specialitate și cel general, precum și posibilitățile de a verbaliza informația într-un registru lingvistic sau altul în funcție de gradul de înțelegere și pregătire al pacientului. De la un exercițiu de înțelegere la lectură a unui text scris (cardul medicului), trecând prin îmbogățirea și clarificarea cunoștințelor medicale legate de tema dată, au ajuns în procesul de pregătire până la schițarea unui dialog posibil/imaginat de anamneză cu structura potrivită și tehnicile, respectiv strategiile de comunicare necesare îndeplinirii cu succes a sarcinilor indicate pe card.

Chiar dacă punerea în practică a acestui dialog cu pacientul standardizat se îndepărtează cu siguranță de schița pregătită, neprevăzutul, prezent în orice dialog cu o persoană vie, cu un pacient în carne și oase, lăsându-și cu siguranță amprenta, totuși, o pregătire minuțioasă a dialogului de către studenții mediciști poate ajuta considerabil ca sarcinile să fie cât mai bine îndeplinite, iar conștientizarea fiecărui element al dialogului este mult susținută. Schițele de pregătire ale studenților arată procesul de lucru, numeroase reveniri la șirul întrebărilor necesare stabilirii diagnosticului, la secvențierea lor repetată,

la variante de formulare pentru a explica pacientului următorii pași, investigațiile medicale sau diagnosticul propriu-zis. Studenții au înțeles că, atunci când ei stăpânesc bine subiectul, îl pot explica și interlocutorului mai simplu și mai clar.

2.1.6. Atelier 6

Ultimul dintre ateliere a avut ca temă însăși întâlnirea studenților mediciști cu pacientul standardizat pentru dialogul de anamneză. Cele patru grupe de studenți mediciști organizate în funcție de limba de comunicare (română, engleză, germană, franceză) au parcurs sesiuni paralele de întâlnire cu pacientul standardizat. S-au desfășurat patru dialoguri în limba română și engleză, trei în limba germană și unul în limba franceză, număr stabilit în funcție de numărul studenților mediciști participanți în fiecare grupă, de numărul de actori implicați în proiect și de limbile stăpânite de aceștia. Studenții mediciști au lucrat în echipe de 2-4 studenți, fiecare grupă concentrându-se pe o temă, pe un card al medicului, într-o anumită limbă. Din grup a fost desemnat un student care urma să poarte în fața celorlalți dialogul de anamneză cu pacientul standardizat, colegii și specialiștii analizându-i în acest timp performanța și pregătind feedbackul. Timpul alocat pentru fiecare dialog a fost de 20 de minute, iar timpul pentru feedback de 10 minute. După ce toate dialogurile s-au finalizat în grupa de limbă, actorii au stat la dispoziția studenților mediciști, iar cei care nu purtaseră încă dialogul de anamneză au putut să o facă de data aceasta într-un cadru mai puțin formal, beneficiind, însă, de experiența valoroasă a dialogului cu pacientul standardizat.

Deși limita de timp de 20 de minute a fost percepută inițial ca fiind o piedică în dezvoltarea dialogului, ea nu s-a dovedit deloc a fi așa, toate dialogurile de anamneză purtate fiind duse la bun sfârșit în acest interval de timp. Deoarece cadrul de desfășurare era unul de exercițiu, iar numărul dialogurilor unul nu foarte mare, aceste limitări de timp au fost doar orientative. În situație de examen, însă, așa cum se întâmplă la alte universități performante de medicină din lume, cronometrarea fiecărei intervenții este extrem de importantă pentru întreaga desfășurare a examenului, pentru solicitarea actorilor ce trebuie să intre consecutiv în rol, de nenumărate ori, cu foarte mulți studenți mediciști. Limitarea dialogului medic-pacient este la opt minute, de exemplu, la Facultatea de Medicină din cadrul Universității Ludwig Maximilian (LMU) din

München¹³, atunci când se apelează în situație de examen la evaluarea competențelor de comunicare cu pacientul standardizat.

După desfășurarea dialogului medic-pacient, cei doi interlocutori părăsesc sala, fiecare concentrându-se la rândul său pe partea de evaluare. Pacientul standardizat se pregătește să îi dea un feedback oral celui cu care a intrat în dialog, pornind de la grila de evaluare a performanței medicului din perspectiva pacientului pe care, de asemenea, o completează și în scris. Iar studentul medicinist reflectează la ceea ce a reușit să îndeplinească din sarcinile stabilite, modul cum a făcut-o etc. Colegii rămași în sală împreună cu specialiștii pregătesc în acest timp feedbackul oral pentru colegul lor ce a intrat în rolul medicului, urmărind grila de evaluare colegială. În final, studentul medicinist care a purtat dialogul medic-pacient primește un feedback consistent din mai multe perspective, un feedback valoros pentru toți participanții și o sursă importantă de învățare.

2.2. Ateliere pentru actori: pregătirea pacientului standardizat

Atelierele pentru actori s-au concentrat atât pe conținutul medical, pe intrarea în rol, respectiv jocul de scenă, cât și pe formarea lor ca evaluatori ai performanței studentului medicinist. Inițierea actorilor în ceea ce înseamnă dialogul de anamneză, cum se desfășoară el, care sunt etapele acestui gen textual, tipurile de întrebări pe care le poate adresa medicul, colaborarea medic-pacient pe care se bazează desfășurarea cu succes a dialogului etc. a fost esențială pentru pregătirea celor care urmau nu numai să intre în rolul pacientului, dar și a celui care va putea da un feedback avizat studentului medicinist referitor la performanța acestuia în rolul medicului. Așadar, actorii au beneficiat de o întâlnire cu medicii specialiști pentru prezentarea teoretică a dialogului de anamneză, urmată de o întâlnire mult mai practică axată pe tematica din cardurile de rol.

Cardurile de rol i-au surprins la început pe actori, obișnuiți să primească un rol cu replici gata stabilite. Construcția specifică a acestora

¹³ Vezi mai multe despre proiectul complex KomMeCuM reprezentând programul longitudinal de comunicare în domeniul medical introdus la Facultatea de Medicină, Universitatea Ludwig Maximilian din München, program coordonat și prezentat de prof. univ. dr. med. Bärbel Otto și Alexander Benz în *Implementierung eines longitudinalen Kommunikations-Curriculums an der Medizinischen Fakultät der LMU München* (2021).

le-a impus integrarea exercițiului de improvizație, element nelipsit în etapa de pregătire a jocului actoricesc, improvizarea extinzându-se, de data aceasta, și asupra textului. Din moment ce cardurile de rol creionau doar personajul, actorul trebuia să îl dezvolte, să-i dea consistență, respectiv, viață. Pentru ca acest lucru să fie posibil, pentru ca elementele adăugate la imaginea personajului de către cel care îl interpretează să nu intre în conflict cu diagnosticul de pe card, actorii au avut întâlniri cu medicii specialiști care au conceput cardurile și au avut șansa de a discuta cu ei despre comportamentul pacientului, despre simptomele acestuia, modul lui de viață etc., informații absolut necesare pregătirii rolului pe care actorii le-au putut primi prin filtrul valoros al medicului specialist. De asemenea, au aflat de la specialiști și cum se desfășoară o examinare fizică a piciorului, de exemplu, în cazul gutei, cum ar trebui să simtă o palpăre făcută corect sau cum să mimeze o semipareză facială.

Dacă la început a existat o nedumerire a actorilor privind construcția dialogului de anamneză, ce a condus și înspre o teamă legată de nenumăratele informații medicale ce păreau că trebuie știute, pe parcursul pregătirii, ideile s-au nuanțat. Pacientul standardizat cunoaște bine structura unui dialog de anamneză, dar nu el este cel care conduce dialogul. La cunoștințele sale teoretice privind acest gen textual apelează mai ales la final, pentru evaluarea dialogului și a performanței de comunicare a studentului medicinist.

În pregătirea dialogului din punctul de vedere al pacientului, acesta are, totuși, câteva replici pe care și le poate pregăti, urmând să le adapteze pe parcursul dialogului real. Și pentru că un dialog bun de anamneză începe cu ceea ce spune pacientul, motivele ce îl aduc la medic, simptomele pe care le are, istoricul bolii etc. (iar literatura de specialitate accentuează necesitatea ca medicul să lase aici pacientul să vorbească 2-3 minute despre ceea ce-l doare sau îl preocupă) actorii au fost rugați să își pregătească această secvență în cazul în care sunt lăsați de către medic să vorbească 2-3 minute. Sugestii privind replici posibile ale pacientului au existat și pentru cazul în care întrebările medicului se îndreptau spre informații legate de pacient ce nu erau prestabilite și, pentru a nu-l induce în eroare în stabilirea diagnosticului, actorul urma să utilizeze replici de genul: *nu știu, nu cred, nu cunosc, nu știu, habar n-am* etc. Acestea funcționau oarecum ca reorganizatori tematici ai dialogului și redirecționau atenția medicului.

Dacă textul unei piese de teatru cuprinde și informații legate de comportamentul personajelor, de atmosferă etc., cardurile de rol

utilizate în această situație specială au indicatori minimali în acest sens. Dar este precizată în carduri o caracteristică (definitorie) a pacientului în jurul căreia se poate construi personajul. Tipurile de pacient ce au fost incluse pe carduri la această primă sesiune au fost: pacientul suspicios, temător, nemulțumit, agresiv, nesigur, defensiv, reținut. Aceste indicații „regizorale” au ajutat mult la conturarea personajului de către actor, el mișcându-se în paletarul caracteristicilor date, fără a le duce, însă, la extrem și făcând astfel foarte dificilă purtarea dialogului.

Recuzita actoricească a fost redusă la minimum, dat fiind faptul că situațiile trebuiau să pară cât mai reale, pacienții fiind oameni „obișnuiți”. Machiajul a ajutat mai mult unui singur personaj, pentru a-i reda paloarea feței, iar îmbrăcămintea utilizată a fost în general cea „normală”, „de stradă”. Am apelat la un singur costum mai special pentru rolul pacientului cu obezitate. Pentru a intra mai bine în pielea personajului supraponderal, dar evitând ridicolul, costumul a oferit celui care îl îmbrăca o greutate și circumferință specială. Chitul conținea săculeți cu nisip ce aveau o greutate totală de 10 kg și un combinezon ce mărea circumferința taliei. Purtând acest costum, se îngreuna considerabil mișcarea, iar actorul putea intra mai ușor în pielea unui pacient supraponderal, exersând dificultatea unor mișcări aparent banale ca așezarea pe scaun sau desfacerea șireturilor de la pantof.

Constantin Tovarnițchii a coordonat întreaga activitate a actorilor, pregătirea laborioasă de creare și intrare în rol, dar și partea de analiză a performanței și oferire de feedback studentului medicinist. Actorii, obișnuiți să fie atenți la interlocutor, au putut observa comportamentul verbal și nonverbal al medicului, construindu-și feedbackul oral ca un feedback constructiv, rezumându-l la două-trei elemente cheie, realizând, în fond, o evaluare cu o fundamentare serioasă transmisă, în același timp, cu umor.

3. Materiale elaborate

Un mare câștig al acestui proiect îl constituie materialele special create pentru desfășurarea lui, și anume, cardurile de rol și grilele de evaluare a performanței studentului medicinist, materiale cuprinse și în acest volum. Colaborarea dintre cadrele medicale și lingviștii specialiști în comunicare a condus înspre realizarea unui set de lucru consistent pentru atelierele ce s-au desfășurat în limbile română, engleză, germană și franceză.

3.1. Cardurile de rol

Cele șase perechi de carduri de rol (fiecare pereche cuprinzând cardul de rol pentru medic și cardul de rol pentru pacient; vezi capitolul IX) au fost realizate de către medicii implicați în proiect: dr. Elena Amăricăi, dr. Andreea Iana și dr. Bianca-Karla Ițariu. Cardurile au fost elaborate într-o singură limbă, fiind ulterior traduse în celelalte trei în care s-a desfășurat proiectul (Simona Olaru-Poșiar - traducere în limba engleză, Gabriela-Mariana Luca - traducere în limba franceză, Daniela Kohn - traducere în limba germană/română). Fiecare pereche de carduri a primit un număr, iar diferențierea între cardul medicului și cel al pacientului s-a obținut prin marcarea lor cu litere: A = cardul medicului, B = cardul pacientului. Diagnosticile tematizate sunt: pareză facială, tendinită, gută, pancreatită acută, durere toracică, obezitate. Chiar dacă au un subiect comun, perspectivele consemnate pe cele două carduri-pereche sunt extrem de diferite. Pe de-o parte, avem perspectiva medicului și a ceea ce trebuie el să parcurgă/afle/îndeplinească în dialogul de anamneză și alta este perspectiva pacientului ce vine la consultație pentru a-și rezolva o problemă medicală. Iată, așadar, că aceste perspective variate duc, bunăoară, și la o diferențiere majoră a informației aflate pe cele două carduri-pereche.

Cardul medicului conține informații ca: descrierea situației, elementele pe care se concentrează examinarea, sarcinile pe care studentul medicinist trebuie să le îndeplinească în timpul dialogului său cu pacientul standardizat, precum și modul de încheiere al dialogului de anamneză. Limbajul acestor carduri se caracterizează printr-o tehnicitate crescută, limbajul științific medical fiind preponderent, iar cunoștințele medicale pentru înțelegerea lui, respectiv a operării cu acest bagaj informațional, absolut necesare. Nu de puține ori, studentul medicinist este îndrumat să excludă unele diagnostice, iar pentru a face acest lucru trebuie să includă întrebări specifice în dialogul său cu pacientul, să recurgă la investigații suplimentare, să examineze pacientul.

Sarcinile ce trebuie îndeplinite de studentul medicinist în timpul dialogului sunt de diferite naturi. De la sarcina generală de a face anamneza și, uneori, examinarea clinică, poate apărea precizarea clară de evitare a stigmatizării sau de utilizare a tehnicilor de ascultare activă, cum ar fi parafraza și rezumarea celor spuse de pacient, dar și de concentrare a atenției asupra opiniei pacientului referitoare la diagnosticul sau tratamentul posibil, temerile sale legate de acestea sau așteptările pe

care le are. Toate informațiile obținute de la pacient pot contribui considerabil la o mai bună relație medic-pacient, dar și la un rezultat final mai bun. Această atenție asupra perspectivei pacientului a urmărit elementele a ceea ce în literatura de specialitate este cunoscut sub acronimul ICE, *ideas, concerns, expectations*. Se subliniază astfel, încă o dată, abordarea noastră privind comunicarea medic-pacient, și anume, una centrată pe cel de-al doilea. A arăta curiozitate și interes pentru cel din fața ta poate neîndoios ajuta la completarea imaginii și la descoperirea a ceea ce poate nu este evident de la bun început.

Rezumând, informațiile cuprinse în cardul medicului îl conduc pe cel care intră în acest rol prin întregul dialog de anamneză, punctând elementele necesare, structurarea acestora fiind dictată de ceea ce studenții mediciniști știu a fi dialogul de anamneză, cu specificul acestui gen textual. Libertatea maximă sau, mai degrabă, nuanțarea și zona în care exercițiul este necesar apare, însă, în formularea propriu-zisă a replicilor în dialogul cu pacientul standardizat, practica conducerii dialogului ducând spre o potențare a preciziei și eleganței acestora. Îmbinarea elementului verbal al dialogului cu tot ce ține de acesta (selecția vocabularului, modul de formulare etc.) cu cel nonverbal (mimică, gestică) și paraverbal (tonalitatea vocii, ritmul de vorbire, intonația, ticurile verbale etc.) devine piatra de încercare și tema centrală a exercițiului continuu pentru excelență.

Cardul pacientului este într-un registru lingvistic complet diferit de cel al medicului, el fiind elaborat într-un limbaj comun, inteligibil tuturor, fără ca înțelegerea să depindă de un bagaj specific de cunoștințe medicale. Informațiile cuprinse în cardul pacientului sunt mai întâi date generale despre pacient, cum ar fi numele, prenumele, vârsta, înălțimea, greutatea, profesia, iar, în funcție de actorul ce preia rolul, datele fizice pot fi ușor modificate pentru a se plia mai bine pe o persoană reală. Numele și prenumele pacientului nu au fost incluse de la început pe card, ci au fost lăsate intenționat la alegerea actorului, oferindu-i astfel acestuia posibilitatea de a participa activ la crearea personajului. De asemenea, se regăsesc pe card informații legate de situația în care se află pacientul, motivul care îl aduce la medic, condițiile sale de viață și situația emoțională. Rămâne aici, însă, și mult loc pentru imaginație. Actorii au putut să își completeze imaginea pacientului pe care urmau să-l joace, să îi insufle viață, îmbogățind astfel informația succintă din card. Iar pentru ca un novice în arta medicală să poată urmări mai bine finalitatea dialogului, este precizat pe card și modul de încheiere a acestuia, și

anume, după stabilirea de comun acord, medic și pacient, a planului de tratament.

Cardul pacientului conține și o informație ascunsă, o informație pe care actorii nu au voie să o divulge imediat, ci doar în urma unor întrebări pertinente ale medicului. Această informație ascunsă are valoarea unui bonus pentru studenții mediciști pe care îl obțin dacă dialogul purtat a fost unul bun. Dacă aceste informații sunt divulgate în timpul dialogului doctor-pacient, înseamnă că medicul a avut răbdarea necesară, nu s-a grăbit, a arătat empatie și interes pentru pacient, a întrebat și a aflat toate informațiile necesare punerii diagnosticului, a aflat care sunt preocupările pacientului, temerile sale și la ce se așteaptă de la întâlnirea cu medicul.

3.2. Grilele de evaluare & feedback

Componenta de evaluare și feedback face parte din procesul de învățare și joacă un rol important atât ca feedback formativ în timpul procesului didactic orientat spre dezvoltarea de competențe, cât și ca unul sumativ, la finalul modulului de învățare. Prin feedback se îmbunătățește performanța celui evaluat prin însuși faptul că îi sunt recunoscute punctele forte, iar greșelile pot fi corectate, zonele de nesiguranță diminuate, un proces atât de necesar evoluției în domeniul respectiv.

Deprinderea abilității de a evalua propriile performanțe sau pe cele ale altora, respectiv de a oferi feedback nu este accentuată neapărat în sistemul nostru educațional, iar studenții nu sunt neapărat obișnuiți să o facă. Am inclus această componentă ca parte importantă în proiectul *Dialogul de anamneză cu pacientul standardizat* obținând, deloc surprinzător, creșterea interesului studenților pentru tema evaluării și a autoevaluării avizate, a metodelor de transmitere a aprecierii celui evaluat și educarea analizei critice, nu în ultimul rând, a acceptării evaluării făcute de ceilalți, a punctului lor de vedere.

Să pornim, așadar, abordarea temei evaluării performanței și transmiterii de feedback de la, așa-numita, *fereastră Johari*¹⁴, un model elaborat de psihologii Joseph Luft și Harry Ingham în 1955. *Fereastră Johari* este un model psihologic și schițează o imagine a felului cum funcționează comunicarea între indivizi, comunicare prin care oferim, dar și primim informații despre propria persoană și despre interlocutor(i). În

¹⁴ Denumirea de *Johari Window* vine de la combinarea prenumelor celor doi psihologi care au elaborat modelul, Joseph Luft și Harry Ingham (Taylor, Hamdy 2013).

măsura în care avem deschiderea necesară/antrenată, putem să ne ajutăm unul pe celălalt să ne cunoaștem mai bine și să evoluăm. Diferențele între felul cum individul se percepe pe sine însuși, ce știe despre propriul eu și ce nu, respectiv modul cum îl văd ceilalți sunt supuse schimbării prin comunicare. Din realizarea unei relații de încredere între interlocutori, din schimbul de informații deschis și sincer, respectiv al unui schimb de feedback, au de câștigat toți cei implicați.

Pentru o mai bună cunoaștere a propriilor puncte forte, dar și a celor vulnerabile, pentru a putea progresa ca individ în comunitate este necesară o coroborare a informațiilor venite despre sine dinspre propria persoană, dar și dinspre cei din jur. Intrarea în dialog este forma ce poate aduce lumină și în „unghiul mort”, poate face cunoscute individului informații ce sunt accesibile la un moment dat doar celorlalți despre el (Luft, Ingham 1955, *apud* Taylor, Hamdy 2013). Pentru a putea progresa, individul este, așadar, mai mult sau mai puțin, dependent de perspectiva celorlalți asupra sa, asupra performanței sale. De aici și propunerea noastră de a accentua feedbackul venit din mai multe direcții, cu scopul clar de a afla cât mai mult din ceea ce nu știm despre noi înșine, dar este vizibil/cunoscut pentru/de ceilalți sau pot afla de la mine însumi prin reflecție.

Am optat, așadar, în cazul acestui proiect pentru abordarea unui *feedback de 360°*, un feedback consistent, venit din mai multe surse ce poate contura mai bine performanța individului prin coroborarea diferitelor perspective. Aceste perspective sunt obținute atât din rolurile diferite pe care le joacă cei din jur, cât și din experiența și cunoștințele variate pe care aceștia le au. Obiectul evaluării l-a reprezentat performanța studentului medicinist în rolul său de medic în timpul dialogului de anamneză cu pacientul standardizat. Iar, pentru diferitele perspective ale evaluării, pentru a putea formula o apreciere cât mai avizată, au fost elaborate grile speciale ce au în vedere întregul parcurs al dialogului de anamneză medic-pacient (vezi capitolul X). Această performanță în rolul medicului a fost evaluată de către colegii mediciniști, cărora li s-au alăturat cadrele didactice, specialiștii în medicină și comunicare. De asemenea, o altă evaluare a venit de la pacientul standardizat, din perspectiva pacientului, cum a perceput el dialogul cu medicul, cum s-a simțit ca pacient. A treia perspectivă este cea a studentului medicinist însuși, implicat în dialogul de anamneză cu pacientul standardizat. Vorbim aici, așadar, de o reflecție asupra celor întâmpinate, o evaluare a propriei performanțe, a ceea ce fiecare

consideră că a făcut bine sau ce ar trebui să îmbunătățească într-un dialog viitor. Un element important în această reflecție-autorefecție este și componenta de analiză a celor spuse de ceilalți, de înțelegere și filtrare a evaluării făcute de ceilalți participanți.

Grilele de evaluare au fost concepute, în primul rând, pornind de la *Ghidul Calgary-Cambridge* (vezi Kurtz *et al.* 2003), un instrument complex și validat pentru analiza dialogului de anamneză (conținut și proces), adaptat și coroborat cu grilele de evaluare lingvistică, limbaj medical, schimbând perspectiva, medic sau pacient standardizat, găsind o formulă propice pentru această situație specială. Am optat pentru împărțirea grilelor noastre de evaluare (evaluarea colegială și evaluarea realizată de pacientul standardizat) în trei secțiuni, din care prima se referă la evaluarea performanței medicului în identificarea motivelor pe care le-a avut pacientul pentru a veni la consultație, a problemelor de sănătate ale acestuia, recomandarea pașilor următori, respectiv a tratamentului. A doua secțiune se concentrează asupra limbajului, a structurării dialogului și a comportamentului comunicațional. Iar, la final, în a treia secțiune, evaluatorul face o apreciere globală privind gradul general de competență în comunicarea medicală a celui evaluat, studentul medicinist în dialog cu pacientul standardizat.

Scala de evaluare pentru care am optat are patru trepte. Un număr impar pentru ca decizia să nu rămână ezitant la mijloc, ci să fie forțată o apreciere mai degrabă spre polul pozitiv sau spre cel negativ. Această scală de evaluare pornește de la (- -) sau nesatisfăcător, trece prin (-) satisfăcător, la (+) bine și ajunge la (+ +) foarte bine.

Grilele de evaluare au fost cele care au ghidat feedbackul, dar deosebit de valoroasă a fost și componenta de feedback oferită oral, prin viu grai, de către colegi și specialiști, respectiv de către pacientul standardizat imediat după terminarea dialogului de anamneză. Este vorba despre o rezumare a ceea ce s-a observat și în grila de evaluare scrisă, dar, acest tip de feedback oral aduce cu sine și un iz personal, de căldură umană, cu reguli precise ce trebuie, însă, la rândul lor, învățate și urmate. Grupa de studenți învață în acest demers nu numai modul de a da feedback, ci și acceptarea acestuia, evaluarea fiind una profesională și nicidecum personală. Un *feedback tip sandvici*¹⁵, de exemplu, oferă un feedback echilibrat, concentrându-se atât pe elementele ce trebuie îmbunătățite, dar și pe cele pozitive, pe care cel evaluat le stăpânește

¹⁵ *Feedbackul de tip sandvici* presupune începerea aprecierii cu un comentariu pozitiv, urmat de cel critic/negativ și încheind cu o apreciere pozitivă, constructivă.

bine. O sarcină importantă a fost, de asemenea, ca, în timpul acestor ateliere, să formăm și o cultură a feedbackului, un element atât de valoros în procesul de învățare. Pacientul standardizat devine și el în acest demers un evaluator important, se alătură celorlalți, colegi și specialiști, reclamându-și un veritabil rol formator.

Un ultim feedback pentru studenții mediciști a fost în formă de joc: un sondaj online. Cei care „au urcat pe scenă” în rolul medicului au primit o ultimă apreciere de la colegii lor. În fiecare grupă de limbă, studenții au putut vota pentru cel/cea care a condus dialogul de anamneză profesionist și cu cele mai bune rezultate. Dacă în unele grupe locul întâi s-a detașat bine de locul al doilea, au fost și cazuri în care decizia a fost mult mai dificilă. A fost important, însă, impulsul dat prin acest sondaj, și anume, de a reflecta încă o dată la ceea ce s-a petrecut în fața noastră, de a cântări încă o dată ce a fost bine sau mai puțin bine.

4. Cuvânt de încheiere

Proiectul nostru pilot a încercat să răspundă la întrebarea pe care mai toți studenții mediciști și-o pun la un moment dat: „Oare cum mă voi descurca cu pacienții?” / „Oare cum mă voi descurca ca medic?”. Răspunsul vine prin exercițiu, feedback și autorefecție, iar proiectul *Dialogul de anamneză cu pacientul standardizat* a venit cu aceste componente în întâmpinarea celor interesați de performanță.

Dacă în introducere vorbeam despre atuurile inteligenței artificiale (IA), trebuie să precizăm că unii cercetători în domeniu sunt îngrijorați de procesul de „dezumanizare” văzut ca „*the cognitive state of failing to perceive another human as fully human ... and the experience of being subjected to those acts that express a lack of perception of one's humanity.*”¹⁶ (Emily M. Bender, *apud* Weil 2023). Tocmai riscul acestei dezumanizări poate fi, din nefericire, imanent la un moment dat sau altul în profesia de medic, iar pentru acest lucru nu este nevoie de IA. Cu atât mai importantă este sensibilizarea față de această tematică în perioada formatoare, nu doar prin identificarea subiectului, ci mai ales prin posibilitatea de a învăța cum se comunică profesional, uman și empatic cu ajutorul pacientului standardizat și al instrumentului de feedback.

¹⁶ În traducerea noastră: „incapacitatea cognitivă de a percepe un alt om ca deplin uman... și experiența de a fi supus unor acțiuni care manifestă insensibilitate față de umanitatea celui alt.” (Emily M. Bender, *apud* Weil 2023).

Bibliografie

- Barrows 1993: Howard S. Barrows, „An Overview of the Uses of Standardized Patients for Teaching and Evaluating Clinical Skills”, în *Academic Medicine*, vol. 68, nr. 6, iunie 1993, pp. 443-451.
- CECR 2003: Consiliul Europei, *Cadrul european comun de referință pentru limbi: învățare, predare, evaluare* (CECR), Diviziunea Politici Lingvistice, Strasbourg, 2003.
- Engel, Morgan 1973: G.E. Engel, W.L. Morgan, *Interviewing and patient care*, Philadelphia, Saunders, 1973, *apud* Keifenheim et al. 2015: K.E. Keifenheim, M. Teufel, J. Ip, N. Speiser, E.J. Leehr, S. Zipfel, A. Hermann-Werner, „Teaching history taking to medical students: a systematic review”, în *BMC Medical Education*, 15, 159, 2015.
- Lenz et al. 2019: H. Lenz, A. Opiz, D. Huber, F. Jacobs, W. Gang Paik, J. Roche, M.R. Fischer, „Sprache zählt: Entwicklung eines objektiven strukturierten Sprachtests für ausländische Ärztinnen und Ärzte – Ergebnisse einer Pilotstudie in Deutschland”, în *GMS Journal for Medical Education*, 36(1), 2019.
- Luft, Ingham 1955: Joseph Luft, Harry Ingham, „The Johari window, a graphic model of interpersonal awareness”, în *Proceedings of the western training laboratory in group development*, Los Angeles, UCLA, 1955, *apud* Taylor, Hamdy 2013: D.C.M. Taylor, H. Hamdy, *Adult learning theories: „Implications for learning and teaching in medical education: AMEE Guide No. 83”*, în *Medical Teacher*, vol. 35, nr. 11, 2013, pp. e1561-e1572.
- Keifenheim et al. 2015: K.E. Keifenheim, M. Teufel, J. Ip, N. Speiser, E.J. Leehr, S. Zipfel, A. Hermann-Werner, „Teaching history taking to medical students: a systematic review”, în *BMC Medical Education*, 15, 159, 2015.
- Kurtz 2002: Suzanne Kurtz, „Doctor-Patient Communication: Principles and Practices”, în *The Canadian Journal of Neurological Sciences*, 29(S2), 2002, pp. 23-29.
- Kurtz et al. 2003: Suzanne Kurtz, Jonathan Silverman, John Benson, Juliet Draper, „Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary–Cambridge Guides”, în *Academic Medicine*, 78(8), august 2003, pp. 802-809.
- Otto, Benz 2021: Bärbel Otto, Alexander Benz, „Implementierung eines longitudinalen Kommunikations-Curriculums an der Medizinischen Fakultät der LMU München”, în vol. D. Frey, M.

- Uemminghaus (ed.), *Innovative Lehre an der Hochschule. Konzepte, Praxisbeispiele und Lernerfahrungen aus COVID-19*, Berlin, Heidelberg, Editura Springer, 2021.
- Peterson *et al.* 1992: M.C. Peterson, J.H. Holbrook, D. Von Hales, N.L. Smith, L.V. Staker, „Contributions of the history, physical examination, and laboratory investigation in making medical diagnoses”, în *The Western Journal of Medicine*, 156(2), 1992, pp. 163–165 *apud* Keifenheim *et al.* 2015: K.E. Keifenheim, M. Teufel, J. Ip, N. Speiser, E.J. Leehr, S. Zipfel, A. Hermann-Werner, „Teaching history taking to medical students: a systematic review”, în *BMC Medical Education*, 15, 159, 2015.
- Taylor, Hamdy 2013: D.C.M. Taylor, H. Hamdy, „Adult learning theories: Implications for learning and teaching in medical education: AMEE Guide No. 83”, în *Medical Teacher*, vol. 35, nr. 11, 2013, pp. e1561-e1572.
- Thiel 2020: Antje Thiel, „Sensible Sprache: Bitte nicht mehr „Diabetiker“ Sagen”, în *Deutsches Ärzteblatt*, nr. 1-2, 2020.
- Wallace 1997: Peggy Wallace, „Following the Threads of an Innovation: The History of Standardized Patients in Medical Education”, în *Caduceus. A Humanities Journal for Medicine and the Health Sciences*, Department of Medical Humanities, Southern Illinois University School of Medicine, vol. 13, nr. 2, toamnă 1997, pp. 5-28.

Surse electronice

- CPX: 4.14: Clinical Performance Examination (CPX) Series | MD Program | Stanford Medicine [accesat la 7.04.2023].
EASO: https://cdn.easo.org/wp-content/uploads/2018/12/16195533/EASO-People-first-Language_Version-5-RGB-for-screen.pdf [accesat la 7.04.2023].
OSCE: OSCE: General Information - UWSOM Intranet (uwmedicine.org) [accesat la 7.04.2023].
FaMed: Startseite (famed-test.de), accesat la 7.04.2023.
Telc Medizin: telc - telc Deutsch B2-C1 Medizin [accesat la 7.04.2023].
Weil 2023: Elizabeth Weil, „You Are Not a Parrot”, în *Intelligencer*, 1 martie 2023, ChatGPT Is Nothing Like a Human, Says Linguist Emily Bender (nymag.com) [accesat la 7.04.2023].

II.

COMUNICAREA CU PACIENȚII.

IMPORTANȚA COMUNICĂRII ÎN PROFESIA DE MEDIC

Bianca-Karla Ițariu

„Ein grundlegendes Element, das wir reparieren müssen, ist die Sprache. Das ist dringend notwendig, denn in der Sprache liegt die Vermittlung unseres ganzen Wissens. Wir brauchen die Sprache, um alle Elemente unseres Denkens zu erfassen, zu ordnen, auszudrücken und zu teilen.“ (Antonia Agreda¹)

„Respect and compassion are the least we owe each other.“
(Prințul Harry²)

1. Introducere

În timpul primei mele sarcini mergeam la control la doi medici ginecologi: „ginecologă mea”, la care mergeam de ani de zile, dar care nu lucra la spitalul unde urma să nasc și doctorița cu specializarea obstetrică-ginecologie care urma să asiste la nașterea copilului. La una dintre consultațiile făcute cu câteva săptămâni înainte de naștere la a doua doctoriță, aceasta a observat la ecografie o scurtare a colului uterin, „insuficiență cervicală” fiind denumirea de specialitate. Mi-a comunicat diagnosticul ca între colege, folosind termeni de specialitate, cu o anumită îngrijorare (imanentă experienței dintr-un spital universitar unde se prezintă în general cazuri cu un risc mare, iar rata de complicații este corespunzător de ridicată). Sprânceana ei ridicată era pentru mine un semnal de alarmă. „Ce pot să fac?”, am întrebat. „Nimic. Doar să aveți

¹ „Limbajul este un element fundamental pe care trebuie să îl reparăm. Trebuie reparat cât mai repede, pentru că prin limbaj transmitem toată știința și toate cunoștințele noastre. Avem nevoie de limbaj pentru a ne ordona gândurile, a le exprima și împărtăși.” (Agreda 2022: 164). În traducerea noastră.

² Prince Harry, *Spare*, Penguin Random House, 2023.

grijă, să nu vă extenuați, restul vom vedea.” Cum ar veni, „ce să faci, n-ai ce să faci”, vorba de suflet a bunicii mele. Iar starea de gravidă îngrijorată nu este una bună. O avalanșă de gânduri negre și imagini care mai de care îmi treceau prin cap și, chiar dacă au trecut de atunci câțiva ani, îmi aduc aminte și acum sentimentul neplăcut de neajutorare și frică pe care îl simțeam.

Am avut însă noroc cu prima doctoriță-ginecolog. Până la naștere am avut în continuare vizite săptămânale la ea. La următorul control în cabinetul ei, mi-am spus „oful”. Perspectiva ei era, în schimb, total diferită. Mi-a ascultat temerile, m-a întrebat de ce mi-e frică mai mult și ce așteptări aș avea. Mi-a spus să nu îmi fac griji, după săptămâna 36 copilul poate să vină oricând, fără să fie riscul foarte mare de complicații. M-a asigurat că în momentul de față nu era niciun pericol iminent, m-a încurajat și mi-a povestit experiența ei la prima sarcină, cu mulți ani în urmă. Viitoarele mame lucrau până la nașterea copilului și așa a procedat și ea. A lucrat în sala de operații până la naștere, cu tot cu insuficiență cervicală, iar rezultatul a fost: „totul e bine când se termină cu bine”. La finalul consultației mi-a luat o piatră de pe inimă. Eram încrezătoare că nu o să urmeze o catastrofă și că sunt în stare să duc sarcina la termen. (Spoiler: fiica mea s-a născut în săptămâna 38+2, după ce mi s-a „rupt apa” spontan, fără nicio complicație semnificativă.) Încă sunt pacientă a primei doctorițe-ginecolog pe care o apreciez mai mult ca oricând.

M-aș încumeta să spun că aproape fiecare dintre noi a avut cel puțin o experiență cu un medic care i-a influențat atitudinea față de profesia medicală în general, în bine sau în rău, și care îi va influența, bunăoară, interacțiunile medic-pacient ce vor urma. Acest exemplu de comunicare sper să vă pună pe gânduri.

Comunic, deci exist – este principiul de bază în profesia de medic. Cu greu mă pot gândi la o profesie în care comunicarea nu este importantă, având în vedere că „actul comunicării este o condiție *sine qua non* a vieții umane și a ordinii sociale” (Watzlawick *et al.* 2011: 70). Medicina este, din punctul de vedere al comunicării, extrem de expusă: actul medical constă, în mare parte, din comunicare. Ca medici, suntem solicitați zi de zi să ne exprimăm opinia profesională, punctul de vedere și reflecțiile legate de diverse subiecte medicale. În cursul unei cariere de medic, vom acumula între 150.000 – 400.000 de dialoguri cu pacienți și aparținători, număr ce diferă în funcție de specialitatea medicală. Ce rămâne în urma unei consultații sunt vorbele care s-au spus și emoția care a fost generată.

Abilitatea de a comunica eficient este, prin urmare, esențială pentru a putea oferi servicii medicale de calitate, respectiv pentru succesul profesional. Această abilitate nu înseamnă doar a comunica un diagnostic sau tratament în termeni de specialitate sau accesibili tuturor, nu înseamnă nici a ne asigura ca medicii că am spus tot răul ce se poate întâmpla, pentru a nu avea ulterior reclamații de tipul „nimeni nu mi-a spus că...”. Această abilitate de a comunica necesită empatie și, foarte important, filtrare: ce informații să transmit interlocutorului și în ce mod. Felul de a comunica va determina relația pe care o avem cu pacienții (o relație bazată pe frică, respectiv o relație bazată pe încredere și respect reciproc), iar conținutul comunicării va determina rezultatul final.

Contextul în care are loc comunicarea diferă de la o zi la alta și de la caz la caz. De exemplu, a comunica unei paciente diagnosticul „aveți insuficiență cervicală” (când colul uterin începe să se scurteze existând riscul să se deschidă înainte de a ajunge sarcina la termen) poate fi interpretat diferit în funcție de nivelul de pregătire: o pacientă cu cunoștințe medicale, care știe ce poate însemna o naștere prematură, receptează altfel propoziția de mai sus, versus o pacientă care nu cunoaște terminologia și poate nu realizează, dacă nu i se explică corespunzător, ce risc există. De aceea, comunicarea medicală nu înseamnă rutină, chiar dacă este vorba de același diagnostic.

În practica de zi cu zi, apar pe parcurs și situații „dificile”, pentru care e nevoie de pregătire suplimentară, cum ar fi, de exemplu: obținerea consimțământului pacienților înainte de o intervenție chirurgicală (ce e nevoie să spun, în ce fel, cum mă asigur că pacientul a înțeles), explicații legate de diagnostic și tratament, cât și alternative de tratament, cum să abordăm teme sociale și tulburări psihice (singurătate, dependența de substanțe nocive, sărăcie, abuz în familie etc.), cum să ne asigurăm că am fost înțeleși în totalitate, iar pacienții vor urma tratamentul în conformitate cu recomandările noastre, cum asigurăm confidențialitatea actului medical etc.

În profesia de medic, o parte a timpului de lucru o acordăm „managementului așteptărilor”: pacienții se așteaptă să fie tratați competent, cu empatie și respect, vor să se poată baza pe medic și, în cel mai bun caz, să se însănătoșească sau, cel puțin, să li se amelioreze starea. Așteptările nu vin doar din direcția pacienților, ci și a colegilor, a subalternilor sau a conducerii instituției unde profesăm și, de ce nu, chiar de la noi înșine.

Numeroase studii care se ocupă de calitatea actului medical confirmă faptul că o comunicare defectuoasă duce la neînțelegeri, afirmații false sau tratamente incorecte (de exemplu, pacientul ia o doză greșită de medicamente, nu aplică unguentul cum i s-a recomandat etc.), predispune la burn-out și mărește numărul de reclamații și plângeri cu care se poate confrunta un medic (vezi și Zawisza *et al.* 2020, Mohd Salim *et al.* 2023, Boissy *et al.* 2016). Din contră, însă, dacă reușim să comunicăm bine, avem o relație cu pacienții ce se bazează pe încredere reciprocă, empatie și respect, respectarea tratamentului crește, iar calitatea vieții este îmbunătățită (atât a pacientului, cât și a medicului) (Kumar, Clark 2021: 76).

Reputația profesiei de medic a cunoscut suișuri și coborâșuri. Scriitorul irlandez, George Bernhard Shaw, spunea, de exemplu:

„I do not know of a single thoughtful and well-informed person who does not feel that the tragedy of illness at present is that it delivers you helplessly into the hands of a profession which you deeply mistrust [...]” (Shaw 1906, *apud* Wikisource³).

Nu puține persoane au și în prezent temeri asemănătoare și este de datoria fiecărui student și fiecărei studente la Medicină să se întrebe „Ce fel de doctor vreau să devin?”, dar și datoria universităților formatoare, respectiv a cadrelor didactice să reflecteze asupra ideii „Ce fel de profesioniști dorim să pregătim pentru viitor?”. Presupun că toți cititorii noștri își doresc, la fel ca noi, ca profesia de medic să fie practică cu excelență, compasiune și corectitudine, dat fiind faptul că la baza profesiilor din domeniul sănătății se regăsesc „orientarea și abordarea umanistă și socială care recurg la rezultatele obținute în domeniul științific, tehnologic și de cercetare pentru a ajuta omul” (Kumagai 2014: 982⁴). Filozoful Emmanuel Levinas (1906-1995) spunea în acest sens: „*The foundation of being human is the relationship with the Other, and this relationship is at its core ethical.*” (*apud* Nooteboom 2012).

Meseria se învață și nimeni nu își începe viața profesională fără o pregătire temeinică. Având în vedere că o competență de bază a practicii medicale este comunicarea, este logic faptul că această competență trebuie abordată și dezvoltată corespunzător în timpul studiilor. Dacă vă întrebați, poate, unde se găsesc studiile ce confirmă că o comunicare

³ G.B. Shaw, *The Doctor's Dilemma* (1906), *apud* Wikisource, https://en.wikisource.org/wiki/The_Doctor%E2%80%99s_Dilemma/Doubtful_Character_Borne_by_the_Medical_Profession.

⁴ În traducerea noastră.

reușită cu pacienții va conduce la rezultate mai bune, atunci ar trebui să ne punem doar întrebarea dacă avem neîndoios nevoie de studii care să justifice faptul că trebuie să ne tratăm pacienții ca pe ființe umane.

Scopul proiectului nostru, *Dialogul de anamneză cu pacientul standardizat*, respectiv a acestui material didactic este de a ajuta studenții medici să își dezvolte competențele în comunicarea cu pacienții: de la dialogul de anamneză, în special, la comunicarea profesională din domeniul medical, în general. Comunicarea cu pacienții este un act medical ca oricare altul, de la sutura unei plăgi, la eliberarea unei rețete, iar acțiunile medicale necesită repetiție și exercițiu. În cele ce urmează veți avea ocazia să aflați care sunt aptitudinile de comunicare necesare studenților medici și medicilor, cum pot contribui pacienții standardizați la o îmbunătățire a comunicării medicale și de ce se pretează bine actorii profesioniști pentru astfel de roluri.

„Mergeți și vorbiți cu pacienții!” a fost mantra pe care mulți studenți medici din generația mea au auzit-o în timpul studenției. Reformulez: în majoritatea manualelor de medicină pe care le citim în perioada studiului învățăm elemente tehnice: fiziopatologie, scheme de tratament, prognostic etc., dar impactul pe care boala o are asupra unei persoane nu poate fi învățat din manuale. Doar vorbind cu pacienții putem accesa aceste informații – ce înseamnă să trăiești cu o boală (atât pentru pacienți cât și pentru aparținători) – și putem deveni profesioniști în meseria de medic. Acest lucru nu e inclus, în general, în cărțile de medicină din secolul trecut, deși este un element atât de valoros în a-și putea exersa profesia la cel mai înalt nivel. Dar fiecare invitație la comunicare trebuie, desigur, încurajată și susținută prin oferirea unei pregătiri a modului cum se poate efectua optim acest lucru.

Se nasc o serie de întrebări: Cum să vorbim cu pacienții? Ce structură ne ajută să ne ordonăm gândurile? Cum să vorbim în așa fel încât interlocutorul/interlocutoarea să se simtă auzit/ă, respectat/ă, înțeles/înțeleasă și ajutat/ă? Care sunt informațiile de care avem nevoie pentru a oferi un act medical performant sau cel puțin „good enough”? Care sunt tehnicile de comunicare prin care schimbul de informații este util, eficient și autentic? Ce așteptări au pacienții de la dialogul medical?

Ca să putem răspunde la întrebările de mai sus sunt necesare deopotrivă un bagaj teoretic, dar și exercițiul practic. De aceea, vă invit să reflectăm împreună în cele ce urmează asupra actului comunicării *a priori* și să ne însușim informații despre structura, stilul și conținutul comunicării medicale. Iar când vine timpul punerii în practică a celor

învățate, trebuie, mai întâi, să putem exersa și repeta în condiții de siguranță, fără trac de „scena deschisă”.

Dar nu doar „*repetitio est mater studiorum*”, ci și feedbackul este important. Acest instrument valoros oferă, prin evaluarea avizată, posibilitatea de a îmbunătăți considerabil actul comunicării medicale, îmbunătățire realizată oarecum „din mers”. Feedback înseamnă, pentru cel/cea care exersează comunicarea, șansa de a primi o critică constructivă, șansa de a înțelege cum interlocutorul/interlocutoarea percepe și procesează mesajul comunicat și șansa de a se autoperfecționa. Rezultatul final este un mod de a comunica mai eficient în viața profesională, ceea ce duce fără echivoc la îmbunătățirea actului medical.

Experiența este un element de bază în procesul didactic. Pentru a oferi tuturor studenților șansa de a avea experiențe în comunicarea cu pacienții, aceste experiențe trebuie standardizate, astfel încât fiecare student sau studentă să întâlnească aceleași tipologii de pacienți, aceleași probleme și teme de comunicare, de a le putea analiza împreună cu specialiștii și colegii, pentru a primi un feedback avizat și a putea reflecta asupra stilului și conținutului unei conversații medic-pacient. Iar experiența standardizată în dialogul cu pacientul necesită, firesc, pacienți standardizați. Aceștia sunt actori profesioniști sau amatori, oricine se „încumetă” să intre într-un rol predefinit.

2. *In media res*: relația doctor-pacient

Relația doctor-pacient începe din momentul în care cei doi fac cunoștință. Relația lor poate fi de scurtă sau de lungă durată și are la bază nu doar o comunicare bazată pe încredere și empatie, dar și pe abilitatea de a pune întrebări și de a asculta. Prin această relație, studenții mediciști / medicii reușesc să obțină informațiile necesare legate de problemele medicale ale pacienților (inclusiv informații ascunse la prima vedere, legate de mentalitate și circumstanțe de viață), să își facă o impresie despre personalitatea pacientului și, în același timp, să recunoască și să reducă, atât cât este posibil, anxietatea și nesiguranța pacientului. Îngrijirea medicală are la bază construirea acestei relații.

Pacienții au așteptări de la medicii pe care îi consultă: să fie competenți, de încredere, „să știe meserie”, să fie calmi, să sprijine și să fie disponibili din punct de vedere emoțional. Când pacienții sunt rugați să enumere atribute și caracteristici ale unei relații reușite doctor-

pacient, cel mai adesea apar următoarele: atenție și căldură, empatie, respect, sprijin și încredere. Am întrebat pe pagina mea de Instagram care este cel mai important element în dialogul medical și am primit în comentarii următoarele răspunsuri: „răbdare”, „să fiu ascultată”, „să mi se explice limbajul de specialitate, abrevierile”, „să aibă loc contactul vizual după ce sunt întrebată ce poate face medicul pentru mine”, „să mă ia în serios”, „să îmi asculte problemele și să fie înțelegător”, „să fiu văzută și auzită în afara bolii”, „să pot tematiza frica pe care o simt”, „să mi se explice investigațiile medicale pas cu pas, nu doar să se desfășoare”, „să fie implicați aparținătorii atunci când este nevoie”, medicul „să rezume și să întrebe dacă am înțeles tot și nu doar dacă mai am întrebări”, „să nu fiu tratată de medic ca pe banda rulnantă și să nu mă judece doar după aparențe”, „să aibă o atitudine deschisă, să nu mă judece și să aibă o reacție adecvată când exprim sentimente sau temeri”⁵.

În orice relație există un nivel emoțional și un nivel cognitiv. Reflectând asupra celor două nivele, recomandăm studenților să își pună următoarele întrebări: „Cum aș reacționa eu în situația de față?” sau „Ce mi s-ar părea mie important să spună sau să facă medicul?”. E bine de știut că în orice relație are loc și un „transfer” - termen împrumutat din psihanaliză - însemnând că are loc o proiectare a anumitor dorințe sau emoții asupra celuilalt. Sunt necesare mai multe elemente pentru ca relația să pornească cu bine, printre care enumerăm:

- (1) asigurați-vă că atmosfera este plăcută și nu vă deranjează nimeni;
- (2) stați într-o poziție comodă, față în față cu pacientul/pacienta, aveți în vedere ca mobilierul să fie corespunzător (birou nu prea mare sau prea îngust);
- (3) să aveți un aspect îngrijit;
- (4) nu tratați pacientul cu condescendență;
- (5) arătați un interes sporit: ascultați cu atenție pacientul, semnalizați nonverbal că îl înțelegeți, de exemplu, dând din cap sau verbal prin parafrază („Deci, spuneți că obosiți repede?”);
- (6) arătați înțelegere: „vă înțeleg” sau „asta nu mă surprinde”;
- (7) aveți răbdare, abordați un stil amical, arătați sensibilitate: „Doriți să vorbiți despre asta?” „Permiteți-mi să vă pun o întrebare.”;

⁵ Sondaj online pe rețeaua de socializare Instagram la care au răspuns 9 participante (28.03.2023).

(8) strângerea de mână, ce a devenit problematică în timpul pandemiei și după, iar în acest moment este la latitudinea fiecăruia să decidă când și cui oferă o strângere de mână.

În relația doctor-pacient, comunicarea poate lua forma discuției sau a dialogului. Dar care e diferența între *discuție* și *dialog*? Să luăm, de exemplu, cazul unui medic care explică aparținătorilor schema de tratament pentru pneumonia bunicii (antibiotic, steroid, oxigen, respirație invazivă, durata tratamentului, prognoza), versus aparținătorii care povestesc medicului cum o îngrijesc pe bunica la domiciliu după ce a fost diagnosticată cu demență avansată. În primul caz, are loc discuția, iar cel de-al doilea caz este o invitație la dialog (vezi Figura 1). Din punct de vedere al semnelor de punctuație, am putea spune că discuția se încheie cu semnul exclamării, pe când dialogul se poate încheia cu semnul întrebării.

	Discuție	Dialog
Abordare	cerebrală	cerebrală, dar și emoțională
Accentul pus pe..	evidență/știință	sentimente, relație
Autoritatea	menținută (medic)	împărțită sau inversată
Scop	soluționarea problemei	înțelegerea aprofundată a problemei (posibilități și teme noi)

Figura 1. Diferențe între *discuție* și *dialog* în context medical (adaptare după A. Kumagai 2018⁶)

3. Experiența austriacă

După absolvirea studiilor la UMFVBT⁷, am ales să urmez un program de studii doctorale la Universitatea de Medicină din Viena, Austria. Concomitent cu studiile doctorale, am urmat și specializarea Medicină internă și am avut, de asemenea, și activitate didactică în cadrul Universității. Unul dintre lucrurile care m-au surprins în mod pozitiv a fost importanța comunicării în curriculumul de studiu pentru *Medical Humanities*.

⁶ <https://www.youtube.com/watch?v=b9hiJrqQlfs>.

⁷ Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” Timișoara. În continuare ca UMFVBT.

În primul semestru, studenții urmează un curs de competență socială, al cărui scop este de a sensibiliza studenții în ce privește comunicarea adecvată, realizată prin arătarea empatiei și a aprecierii în relația cu persoanele cu boli cronice și dizabilități, precum și dobândirea unui comportament profesional în cadrul echipei interdisciplinare. Reflecția asupra rolului propriu al studenților este încurajată. Studenții învață să reflecteze asupra determinantilor sociali și culturali ai sănătății și bolii. Într-o serie de seminarii teoretice și practice, studenții reflectează asupra comportamentului profesional, asupra unei comunicări adecvate cu pacienții, cu colegii ce au alte profesii în domeniul sănătății și cu aparținătorii. În mod ideal, studenții dobândesc o atitudine conștientă și reflexivă cu privire la importanța în sistemul de sănătate a asistenților medicali și a altor profesii din domeniul sănătății. Ei sunt îndrumați să aprecieze persoanele în vârstă, minoritățile etnice, culturale și de altă natură, să ia în calcul diferențele dintre cele două sexe în ceea ce privește sănătatea și boala, să reflecteze asupra bolilor geriatrice și chiar asupra morții.

În al doilea an de studiu (începând cu semestrul al treilea), studenții participă timp de șapte săptămâni la cursuri de competențe medicale de bază și un curs special *Dialogul de anamneză (Ärztliche Gesprächsführung)*. La acest curs practic se învață și se aprofundează aspectele generale legate de diferențele de sex, diferențe medicale, biografice, familiale, psihosociale și specifice ce își pun amprenta asupra dialogului de anamneză în special și asupra dialogului medical în general. Se lucrează în grup, sub supraveghere și se exersează primul interviu cu un pacient standardizat. În cadrul acestor cursuri, studenții învață elementele de bază ale unei comunicări competente cu pacienții cu privire la diagnostic și tratament. În cadrul a șase module sunt abordate următoarele teme:

- (1) cum oferim și cum primim feedback, salutul, cadrul conversației medic-pacient, motivele consultului medical, construirea relației cu pacientul;
- (2) motivul consultului medical în detaliu, cu țelul de a putea obține o imagine completă a simptomelor actuale;
- (3) Care este mediul social din care provine pacientul? Cine este acesta? Cum trăiește (cu simptomele pe care le are)?
- (4) anamneza medicală și anamneza vegetativă, rezumatul și încheierea conversației;
- (5) teme de *Gender medicine*;

(6) teme legate de telemedicină.

În cursul acestor seminarii, studenții au ca material de lucru grile de verificare a dialogului medic-pacient. Acestea urmăresc trei teme:

A. conținutul informativ al comunicării (anamneza, cadrul comunicării, rezumatul și încheierea);

B. stilul comunicării;

C. relaționare/contact.

Aceste puncte sunt verificate și în cadrul examenului final: se evaluează cât de eficient, detaliat și complet este dialogul de anamneză (conținut), cât de competent este stilul de comunicare (întrebări deschise, întrebări de precizare, rezumat, pauze utile în conversație, nivelul lingvistic, conversație fluidă, dar bine structurată, precum și analiza atitudinii față de reacțiile emoționale ale pacientului, nivelul de empatie și respect în relaționare, cât de bine și consistent răspunde studentul la nevoile pacientului).

În catalogul austriac de competențe medicale, comunicarea ocupă un loc aparte. Din momentul în care studenții și-au însușit cunoștințe teoretice și au absolvit exerciții practice cu pacienți standardizați, se consideră că sunt pregătiți pentru practica în spital (*Famulatur*) pentru „a merge și vorbi cu pacienții” cu scopul de a dezvolta o oarecare rutină. Următoarele aptitudini sunt necesare și vor fi verificate în această etapă:

(1) clarificarea așteptărilor și preocupărilor pacientului legate de consultație;

(2) susținerea unui dialog de anamneză competent (bazat pe structura învățată: simptome curente, circumstanțe de viață, percepție asupra bolii, așteptările pacientului, mediul lui social și cultural, antecedentele medicale);

(3) receptare și reacție la semne de comunicare nonverbală;

(4) identificarea unui stil de viață nesănătos, a comportamentelor de risc;

(5) comunicarea în grup, în echipe multidisciplinare.

La nivel de licență sunt necesare următoarele aptitudini teoretice și practice (dintre care unele puncte sunt examinate doar cu pacienți standardizați):

(1) informarea corectă și etică a pacienților și aparținătorilor cu respectarea reglementărilor de rigoare;

(2) asigurarea că pacientul a înțeles informația furnizată de medic;

(3) verificarea complianței pacientului și adeziunea sa la schema terapeutică;

- (4) desfășurarea unei convorbiri telefonice cu pacienți și aparținători, corect și etic, cu respectarea reglementărilor de rigoare;
- (5) informarea pacienților privind declarațiile de consimțământ pentru anumite tratamente / proceduri medicale;
- (6) comunicarea, direct pacientului sau aparținătorilor, a veștilor mai puțin bune, a unui prognostic infaust (situație simulată cu pacientul standardizat);
- (7) compunerea unei scrisori medicale;
- (8) recomandarea unui tratament în caz de durere, în tratamentul paliativ și la sfârșitul vieții unui pacient;
- (9) completarea unui certificat de deces sau a unui aviz de autopsie (situație simulată);
- (10) rezumarea punctelor celor mai importante legate de diagnostic și tratamentul unui pacient;
- (11) codificarea diagnosticului după ICD-10;
- (12) formularea cerințelor concrete către personalul de asistență medicală privind supravegherea medicală a unui pacient și formularea criteriilor pentru înștiințarea imediată a medicului;
- (13) recurgerea la recomandările de tratament stabilite la nivel național și internațional (protocol de tratament, directive);
- (14) crearea de scenarii didactice în practica clinică (predate studenților, transmiterea informațiilor de specialitate);
- (15) abordarea reținută atunci când este vorba despre boli auto-limitate care nu au nevoie de tratament specific;
- (16) obținerea istoricului medical prin terți pentru evaluarea situației psiho-sociale, economice și de igienă, de a evalua factorii de risc pentru cădere la pacienții în vârstă sau cu delir;
- (17) recunoașterea situațiilor critice din punct de vedere etic;
- (18) comunicarea profesională cu pacienți geriatrici;
- (19) evaluarea situațiilor prin care pacientul își pune sănătatea în pericol (în afară de riscul de sinucidere);
- (20) comunicarea profesională cu copii și tineri, inclusiv aparținătorii lor, indiferent dacă au sau nu anumite handicapuri;
- (21) sfătuirea și încurajarea pacienților (*empowerment*);
- (22) recomandarea posibilităților de contracepție.

Anamneza și comunicarea au un loc special în catalogul de competențe pe care trebuie să le aibă studenții ce se pregătesc pentru licență. În acest catalog, bunăoară, sunt cuprinse următoarele competențe:

- (1) dialogul de anamneză și orientarea discursului în funcție de ipoteza de lucru;
- (2) dialogul de anamneză cu terți (aparținători etc.);
- (3) dialogul de anamneză / examenul clinic psihiatric;
- (4) comunicarea cu pacienți grav bolnavi / în stadiu terminal;
- (5) comunicarea cu pacienții cu probleme de limbaj;
- (6) generarea unui arbore genealogic;
- (7) anamneza de călătorie (boli tropicale);
- (8) anamneza specifică bolilor legate de medicina muncii;
- (9) anamneza legată de factori de risc, inclusiv droguri, substanțe psihoactive care pot da dependență;
- (10) formularea unei ipoteze de lucru și cercetarea literaturii de specialitate pentru rezolvare;
- (11) informarea colegilor și a personalului medical, respectiv asigurarea asupra celor înțelese de interlocutori;
- (12) documentația examenelor paraclinice în *Foaia de observație clinică generală*;
- (13) consultul și sfatul legat de un stil de viață sănătos (dietă, activitate fizică, nutriție, fumat, alcool);
- (14) evaluarea stării emoționale și a statusului mental;
- (15) evaluarea geriatrică;
- (16) adaptarea corespunzătoare a comportamentului în caz de agresiune externă;
- (17) cooperarea în echipe multidisciplinare.

În afara comunicării aprofundate în timpul studiului Medicinii, studenții au ocazia de a aprofunda comunicarea prin seminarii de dezvoltare personală, prin participarea la cursuri postuniversitare în care această tematică este abordată. De exemplu, comunicarea pe subiecte sensibile, cum ar fi comunicarea unui prognostic infaust aparținătorilor, poate fi exersată de medicii cu diferite specialități în cursul unor seminarii speciale cu pacienți standardizați.

Ca orice competență, comunicarea eficientă poate fi învățată și necesită exercițiu pentru a putea fi dezvoltată și bine pusă în practică. În cele ce urmează vom prezenta în detaliu noțiuni de comunicare cu pacienți standardizați.

4. Comunicarea: între talent și metodologie

Filozoful Salius Geniusas remarcă paucitatea dialogului în medicina clinică, spunând: „*The history of clinical medicine has been a history of the decline of dialogue and the upsurge of the technically mediated discourse on tissue*”. El sugerează că medicul și pacientul pot trece doar prin dialog peste decalajul ontologic care îi separă – iar acest decalaj este experiența bolii ca pe o suferință, versus perspectiva tehnică și dezumanizantă/obiectivă a medicinei (Geniusas 2016). Acest decalaj poate fi rezumat și prin următoarea schemă (Figura 2):

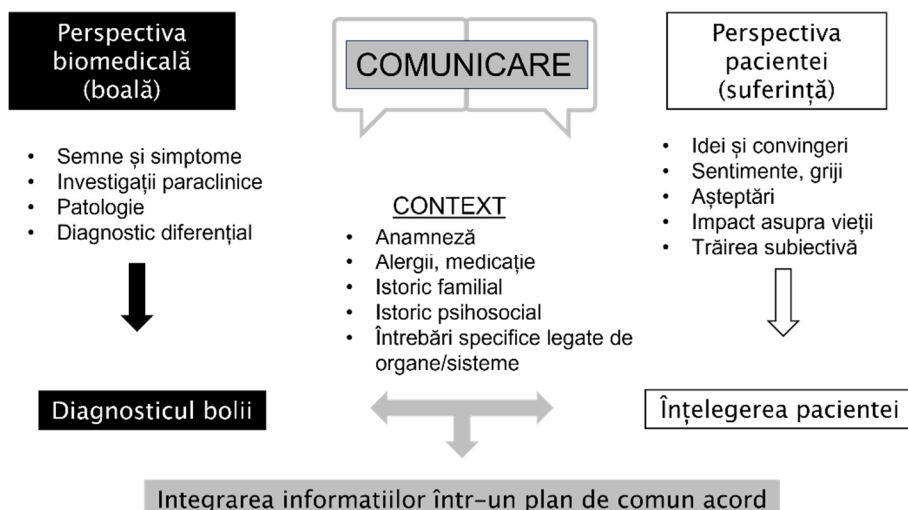


Figura 2 – Rolul comunicării în actul medical⁸ (adaptare după Kumar, Clark 2021)

⁸ Medicul vede boala din perspectiva biomedicală, tehnică – caută să interpreteze semnele și simptomele bolii în așa fel încât să poată deduce cu ajutorul investigațiilor paraclinice patologia care cauzează boala, să poată face un diagnostic diferențial și, în final, să pună corect diagnosticul bolii și să propună planul de tratament cel mai bun. Pacienta sau pacientul vede boala ca suferință. Venind la medic, are idei și convingeri, griji și sentimente legate de boală și așteptări legate de prognostic sau de decursul investigațiilor. Suferința va avea un impact asupra vieții cotidiene a pacientului care trebuie să trăiască cu boala și trăirea subiectivă a bolii poate fi diferită de la caz la caz – medicul neputând nega simptomul pacientului. Scopul comunicării este de a corobora perspectiva biomedicală cu perspectiva pacientului cu ajutorul dialogului/discuției în contextul dialogului standardizat de anamneză care cuprinde puncte fixe, dar poate și varia pentru a obține informațiile necesare cât mai eficient și exhaustiv. Dacă comunicarea este reușită, se poate realiza un plan de comun acord între medic și pacient care privește următorii pași către diagnostic și/sau tratament.

Comunicarea între medic (sau student medicinist) și pacienți se desfășoară din două perspective diferite: perspectiva biomedicală, tehnică, ce urmează o schemă predefinită, menită să încadreze semnele și simptomele pacientului într-o anumită schemă, având în vedere investigațiile necesare pentru a înțelege modificările patologice ce au loc în organism cu scopul de a ajunge la diagnosticul diferențial. Perspectiva pacientului asupra bolii este una subiectivă în care predomină ideile și convingerile pacientului, sentimentele, grijile și așteptările sale, impactul pe care boala îl are sau îl va avea asupra vieții de zi cu zi, toate aceste elemente redând trăirea subiectivă a bolii. Anamneza și istoricul medical sunt „instrumentele” de bază ale acestei comunicări care, în mod ideal, duc la diagnosticul corect al bolii, dar și la înțelegerea pacientului și ajută la integrarea informațiilor obținute în așa fel încât să se stabilească un plan de tratament de comun acord între medic și pacient.

Care este, așadar, structura pe care trebuie să o urmărim atunci când vorbim cu pacienții? În Figura 3 am rezumat elementele care țin de structură, în ce constă competența medicală în contextul dat și care este nivelul relațional ce se consolidează:

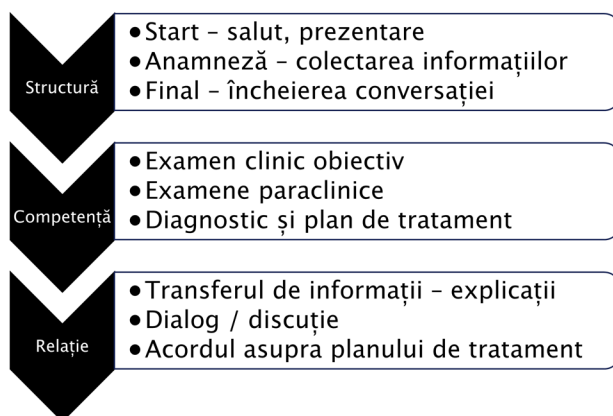


Figura 3 Nivelurile dialogului medical⁹ (adaptare după Silverman *et al.* 2013)

⁹ Dialogul de anamneză și comunicarea medic-pacient urmează o structură predefinită. La începutul conversației, protagoniștii se salută și se prezintă reciproc (nu presupuneți că pacienții știu cine este medicul curant, mai ales în cadrul spitalicesc). Anamneza este un element bine structurat în cadrul dialogului, urmărind o serie de întrebări standard – cu adaptările de rigoare, cu scopul de a colecta informațiile necesare. Finalul conversației, la fel ca introducerea este inițializat de medic. Acesta rezumă conținutul discuției și se asigură asupra celor înțelese de pacient. Spre deosebire de o discuție obișnuită, dialogul medical diferă de o conversație obișnuită prin nivelul de competență – scopul în sine al consultației fiind de a oferi pacientului opinia profesională. Medicul este cel care are competența de diagnostic și tratament. În cursul dialogului de

De asemenea, este bine să fie prezentată pacienților și agenda conversației, mai ales timpul pe care îl aveți la dispoziție, să rezumați pe parcurs ce a fost spus, să faceți conexiunea între punctele din anamneză, astfel încât dialogul să decurgă cât mai fluent. Aveți în vedere să nu pierdeți firul conversației.

Elementele care au fost evaluate și în studii clinice ca fiind utile pentru a obține informațiile de la pacienți sunt:

- facilitarea (intervievatorul încurajează pacientul să continue să vorbească),
- „conul deschis spre închis” (îngustarea treptată a focalizării de la o abordare inițială nondirectivă / întrebări deschise la o explorare mai directă),
- rezumarea (a oferi pacientului un rezumat verbal explicit al informațiilor adunate până atunci).

(Takemura *et al.* 2007: 124)

Modelul de interviu „Calgary-Cambridge” este o metodă de a structura dialogul de anamneză și examenul clinic obiectiv utilizată de multe universități de medicină din lume (Kurtz, Silverman 1996). Acest model include modul de a iniția dialogul, de a obține informația, de a explica și a planifica pașii următori și de a încheia conversația. Acest model poate clarifica rolurile, poate îmbunătăți calitatea actului medical, poate ajuta la punerea în practică a unor noțiuni teoretice și (poate unul dintre cele mai importante lucruri) reprezintă o resursă didactică de valoare. Modelul de comunicare „Calgary-Cambridge” (vezi Figura 4) a fost actualizat și „optimizat” pentru a putea fi pus în practică cât mai eficient (Albanese 1999, Kurtz *et al.* 2003):

Problemele pacientului

Explorarea acestor probleme:

Perspectiva biomedicală (boala)

- Secvența de evenimente
- Analiza simptomelor
- Întrebări specifice legate de simptomul principal

Perspectiva pacientului (suferința)

- Idei și convingeri

anamneză apare și nivelul relațional care facilitează sau, din contră, îngreunează transferul de informații, respectiv obținerea unui acord comun asupra planului de tratament.

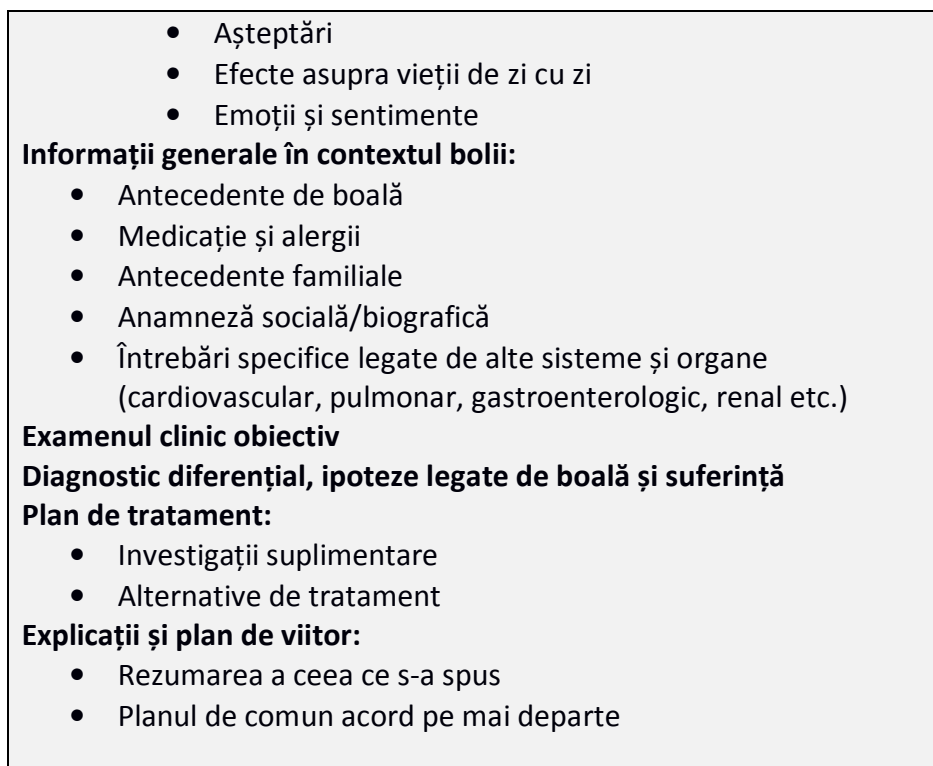


Figura 4 Structura dialogului de anamneză după modelul revizuit Calgary-Cambridge (Kurtz *et al.* 2003: 808)

Fiecare pacient vine la consultație cu experiențe, convingeri, așteptări și preocupări pe care dorește, de cele mai multe ori, să le exprime. În spațiul anglo-saxon s-a consolidat deja cu ani în urmă tehnica „*ideas, concerns, expectations*”, pe scurt, ICE, prin care medicii sunt îndrumați să evalueze în cadrul anamnezei ideile, grijile și așteptările pacienților (Brown *et al.* 1989). Aceasta este o tehnică esențială a interviului orientat către pacient (*patient-centered*). Studii calitative arată că această tehnică e percepută de pacienți ca semn că medicul îi ia în serios și vrea să ajute, că duce la construirea de relații și la ideea că medicul este „de partea lor” (Holt *et al.* 2015). Cu toate acestea, pacienții se așteaptă și la competență profesională și apreciază opinia de specialist a medicului pentru care, de fapt, se și prezintă la consultație.

Cum comunicăm opinia profesională? Care sunt criteriile prin care putem informa pacienții în mod profesional? Conținutul informativ trebuie să fie destul de cuprinzător și adecvat, să respecte nevoile individuale de informare și stilul de comunicare al pacientului (cu un medic în calitate de pacient pot folosi alt limbaj, decât cu un pacient care

nu a avut niciodată contact cu sistemul medical). Arta este de a spune destul, dar nu prea mult.

Când tatăl meu a trebuit să își dea consimțământul înaintea operației de artroplastie de șold a fost cel puțin șocat când medicul rezident i-a recitat toate complicațiile ce pot apărea în cursul sau după intervenție: o serie de complicații printre care și amputația piciorului afectat în urma unei hemoragii renitente. Când am întrebat cât de frecvent se poate întâmpla așa o catastrofă, rezidentul a spus că sub 1:1000 de cazuri, că nu a văzut niciodată așa un caz, dar că este scris în foaia de consimțământ, așa ca trebuie menționat.



Figura 5 Privirea unui pacient care a primit prea multă informație, mai mult decât putea procesa. Sursa: dr. Ițariu, arhiva personală.

Tocmai de aceea este bine ca informația să fie oferită fragmentat și să aibă loc o verificare pe parcursul convorbirii a ceea ce s-a înțeles. Aflați întâi ceea ce știe pacientul și întrebați ce vrea să afle. Oferiți explicații la momentul potrivit, dar evitați să dați sfaturi, prea multe informații sau să faceți prea devreme asigurări că „totul va fi bine”. Scriitoarea Hannah Arendt spunea: „...*the authority of a mountain guide comes not just from knowledge of the terrain, but also an assumption of responsibility for those guided*” (apud Dinerstein 2019). Această responsabilitate trebuie luată cât mai în serios.

5. Între empatie și fișe de anamneză

Dacă în primii ani de studiu studenții sunt deschiși și empatici, această capacitate de a empatiza scade adesea pe măsură ce trec anii. Acest lucru sugerează că empatia față de pacienți în timpul stagiilor clinice trebuie încurajată și exersată. Într-un studiu care a avut scopul de a identifica stilul de intervieware ce facilitează cel mai bine empatia și „obiceiurile” din practica medicală (care, mai degrabă, reduc empatia) descoperim informații interesante. Autorii acestui studiu, J. Benbassat și R. Bauml (2004) au concluzionat că:

- (1) empatia este un proces ce se consolidează în mai multe etape prin care medicul sau studentul ia aminte asupra preocupărilor pacientului. Acest fapt acționează la nivel emoțional, ducând la compasiune și generează un impuls de a ajuta pacientul;
- (2) primul pas în acest proces - detectarea preocupărilor pacientului - este o abilitate care poate fi predată și învățată.

Este sugerat faptul că un interviu „orientat către pacient” (ICE), încurajează pacienții să-și împărtășească preocupările, mai ales când aceste preocupări sunt investigate și înregistrate corespunzător în locul din foaia de anamneză a pacientului rezervat, în mod normal, pentru „motivul consultației”. Elementele din practică ce pot descuraja pacienții să-și împărtășească preocupările includ:

- (1) scrierea anamnezei în timpul interviewării pacientului (analog sau pe calculator);
- (2) concentrarea prea devreme asupra simptomului principal;
- (3) efectuarea unui examen clinic obiectiv mult prea devreme.

Cei doi cercetători concluzionează că susținerea empatiei și promovarea profesionalismului medical în rândul studenților mediciști poate necesita o schimbare a stilului de interviu predominant în toate mediile de predare clinică și o relocare a unei proporții mai mari de stagii clinice din mediul spitalicesc la clinicile de asistență primară (cabinete de medicina familiei) și asistență pentru bolnavi cronici (îngrijire la domiciliu și facilități de tipul unităților de asistență medico-socială) unde studenții pot stabili o relație mai îndelungată cu pacienții (Benbassat, Bauml 2004).

6. Pacientul standardizat

Pentru a putea exersa dialogul medical într-un mediu protejat, fără a afecta pacienți reali, dar și pentru a putea avea o evaluare și examinare a abilităților de comunicare ale studenților și/sau ale medicilor a fost introdus în educația medicală *pacientul standardizat* (*standardized patient* sau *simulated patient*). Acest „pacient” este un actor sau un cetățean (neturmentat, de data aceasta) care joacă un rol predefinit. Rolul cuprinde date biografice, date medicale și o structură psihică predefinită pe care cel ce intră în rol le întrupează devenind *pacient standardizat*, un pacient ce poate fi examinat de mai multe ori consecutiv de studenți sau medici în scop didactic (practică & examen). Aceste situații quasi-identice în care are loc dialogul de anamneză dau posibilitatea studenților de a se putea compara între ei și de a da feedback. Cadrele didactice care evaluează calitatea dialogului de anamneză pot compara, de asemenea, mai eficient performanța studenților.

Metoda implicării pacientului standardizat în procesul de pregătire a viitorilor medici a fost validată în studii clinice (vezi Pieters *et al.* 1994) și este utilizată de foarte multe universități de medicină din Europa, America de Nord, Asia și Australia. Pacientul standardizat a fost introdus în anii '60 ai secolului 20 în SUA, iar la Universitatea de Medicină din Viena din anii '90 și continuă până în prezent. Experiența controlată în situații standardizate duce la îmbunătățirea abilităților studenților. Actorii se pregătesc temeinic pentru rolul pe care îl joacă fiind, de asemenea, pregătiți și pentru a da feedback studenților. Feedbackul are loc la sfârșitul conversației. În timpul dialogului cu pacienți standardizați elementul de „feedback-în-acțiune” rulează pe fundal: prin reacțiile lor, actorii dau semnale verbale sau nonverbale pe care studenții le pot percepe și își pot îmbunătăți performanța.

Experiența este un element central în învățare (conform conceptului de *experiential learning theory*) (MacDonald-Wicks, Levett-Jones 2012) și facilitează reflexia în acțiune: a te gândi la ceea ce faci în timp ce faci. Studenții apreciază posibilitatea de a reflecta asupra acțiunilor lor. La sfârșitul dialogului, are loc feedbackul propriu-zis în timpul căruia actorii (rămânând în rol sau ieșind din el) spun studentului cum apreciază interacțiunea, ce a fost bine și ce necesită îmbunătățire.

7. *Dialogul de anamneză cu pacientul standardizat* – proiect pilot la UMFVBT, octombrie-decembrie 2022

În experiența mea clinică și didactică la Universitatea de Medicină din Viena am avut nenumărate dialoguri de anamneză și am avut ocazia să îmi împărtășesc experiența clinică cu studenții mediciniști la seminarii și lucrări practice pe teme de medicină internă. În timpul pandemiei, în anul 2021, am acceptat cu drag invitația UMFVBT venită prin conf. dr. Daniela Kohn de a vorbi cu studenții despre dialogul de anamneză și despre importanța comunicării medicale adecvate. Reacția studenților a fost una pozitivă, studenții au fost activi, interesați, au pus multe întrebări și au spus că și-ar dori să aprofundeze tema pe viitor.

Astfel, s-a conturat colaborarea mea cu Centrul de cercetare Lingvistică aplicată și studii culturale comparate din cadrul UMFVBT la proiectul *Dialogul de anamneză cu pacientul standardizat*, ediția pilot din anul 2022. Doamna conf. dr. Daniela Kohn a inițiat proiectul, iar eu am avut deosebită plăcere de a susține cursul introductiv pe tema dialogului de anamneză. Împreună cu ceilalți medici implicați în proiect am elaborat carduri de rol pe boli și situații predefinite, frecvent întâlnite în practica clinică și cât mai apropiate de realitate. În continuare, am discutat structurarea unui dialog de anamneză și am exersat cu studenții dialogul propriu-zis, intrând eu însumi în rolul unei paciente cu anemie. La următorul seminar, studenții au exersat dialogul cu cardurile de rol împreună cu medicii care au conceput cardurile, iar în decembrie 2022 am asistat la dialogul cu pacienții standardizați, dialoguri desfășurate, în funcție de grupă, în limba română, engleză, germană sau franceză.

Proiectul este unul inedit la UMFVBT, iar studenții au fost foarte activi, foarte interesați și foarte receptivi. Efortul didactic a fost pe măsură. Studenții au primit idei noi, materiale didactice, feedback și multă susținere din partea cadrelor didactice. Atelierele au fost structurate foarte temeinic și exhaustiv. Situația de a da și de a primi feedback a fost receptată de studenți cât se poate de bine, studenții „și-au dat drumul” și au contribuit activ la feedback. Când părerile au fost împărțite în legătură cu feedbackul dat, studenții au „negociat” între ei și au ajuns la un acord comun. În afară de feedback, am remarcat că și cunoștințele lingvistice și medicale au putut fi îmbunătățite, acolo unde era cazul, având în vedere faptul că studenții au fost în grupe neomogene, din ani diferiți și cu experiență clinică diferită. De aceea, se pune întrebarea: care ar fi momentul ideal pentru a implementa dialogul cu

pacienți standardizați ca materie fixă în curriculumul unei universități de medicină? Experiența mea și datele venite dinspre alte universități sugerează că momentul cel mai bun de a începe este în al doilea sau al treilea semestru de studiu, având grijă să existe posibilitatea de a continua studiul comunicării și în semestre mai avansate, acolo unde este nevoie (comunicarea în situații standard vs. situații limită etc.).

Partea cea mai interesantă pentru mine a fost atelierul final cu pacienții standardizați unde am văzut în timp real dialogul și feedbackul dat de actori și de grupă. Am observat cum unii studenți ghidează dialogul de la început într-o direcție anume, în timp ce alții apelează la multe întrebări deschise. Majoritatea întreabă despre „*ideas, concerns, expectations*”, sunt empatici și folosesc expresii ca de exemplu „*sorry to hear*”. Pe de altă parte, am observat și atitudini care promit prea mult: „*I will do everything in my power to prevent that, I assure you.*”, spune un student unei paciente cu durere toracică, încercând astfel să îi ia teama de infarct. Un alt student dă pacientului un număr de telefon spunând „*Call me anytime.*”. Într-un alt caz, examenul clinic obiectiv decurge ușor stângaci, studentul lăsând pacientul cu piciorul gol fără să îl îndemne până la finalul dialogului să se încălțe.

Studenții recapitulează în timpul dialogului conținutul medical și conținutul informativ, rezumă dialogul și planifică pașii următori împreună cu pacienții. Din punct de vedere lingvistic apar din când în când termeni ce trebuie corectați sau clarificați ulterior împreună cu personalul didactic, fapt bine primit de studenți.

Întâlnirile cu actorii și pregătirea lor au decurs separat, iar la o parte dintre ateliere am participat și eu. I-am inițiat în ceea ce înseamnă un dialog de anamneză, care sunt etapele lui, la ce tipuri de întrebări să se aștepte, cum să se pregătească pentru întâlnirea cu medicul, dar și ce înseamnă *pacient standardizat*, la ce să fie atenți în timpul dialogului, cum să dea feedback studenților mediciști. În general, actorii au fost destul de bine pregătiți pentru rol, au intrat în pielea pacientului și i-au înțeles simptomele.

8. *To be continued*

Pentru a evalua proiectul, am propus împreună cu Daniela Kohn un studiu calitativ ca lucrare de licență. Acesta va consta în interviuri 1:1 cu studenții care au participat la proiect, bineînțeles, după acordul lor

prealabil. Aștept, desigur, cu mare interes rezultatele. Sentimentul și impresia de final legate de acest proiect este: *to be continued*.

Bibliografie

- Albanese 1999: M.A. Albanese, „Students are not customers: a better model for medical education”, în *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 74 11, 1999, pp. 1172-1186.
- Benbassat, Bauml 2004: J. Benbassat, R. Bauml, „What is empathy, and how can it be promoted during clinical clerkships?”, în *Academic Medicine*, 79(9), sept. 2004, pp. 832-839.
- Boissy *et al.* 2016: A Boissy, A.K. Windover, D. Bokar, M. Karafa, K. Neuendorf, R.M. Frankel, J. Merlino, M.B. Rothberg, „Communication Skills Training for Physicians Improves Patient Satisfaction”, în *J Gen Intern Med.*, 31(7), iulie 2016, pp. 755-761.
- Brown *et al.* 1989: J.B. Brown, W.W. Weston M.A. Stewart, „Patient-Centred Interviewing Part II: Finding Common Ground”, în *Canadian Family Physician*, vol. 35, ianuarie 1989, pp. 153-157.
- Dinerstein 2019: C. Dinerstein, *The Physician As Sherpa*, 8 mai 2019, The Physician as Sherpa | American Council on Science and Health (acsh.org) [accesat la 7.04.2023].
- Geniusas 2016: Salius Geniusas, „Phenomenology of Chronic Pain: De-Personalisation and Re:Personalisation”, în Simon van Rysewyck (ed.), *Meanings of Pain*, Cham, Springer International Publishing, 2016, pp. 162-163.
- Holt *et al.* 2015: N.J. Holt, T. Pincus, S. Vogel, „Reassurance during low back pain consultations with GPs: a qualitative study”, în *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 65 (639), oct. 2015, pp. e692-701.
- Kumagai 2014: A. Kumagai, „From Competencies to Human Interests: Ways of Knowing and Understanding in Medical Education”, în *Academic Medicine*, 89(7), 2014, pp. 978-983.
- Kumar, Clark 2021: P. Kumar, M.L. Clark, *Kumar and Clark's Clinical Medicine*, Adam Feather, David Randall, Mona Waterhouse (ed.), Ediția a X-a, New York/London, Editura Elsevier, 2021.
- Kurtz, Silverman 1996: S.M. Kurtz, J.D. Silverman, „The Calgary—

- Cambridge Referenced Observation Guides: an aid to defining the curriculum and organizing the teaching in communication training programmes”, în *Medical Education*, 30(2), 1996, pp. 83-89.
- Kurtz *et al.* 2003: S. Kurtz, J. Silverman, J. Benson, J. Draper, „Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary–Cambridge Guides”, în *Academic Medicine*, 78(8), 2003, pp. 802-809.
- MacDonald-Wicks, Levett-Jones 2012: L. MacDonald-Wicks, T. Levett-Jones, „Effective teaching of communication to health professional undergraduate and postgraduate students: A Systematic Review”, în *JBI Libr Syst Rev*, 10(28 Suppl), 2012, pp. 1-12.
- Mohd Salim *et al.* 2023: N.A. Mohd Salim, N.S. Roslan, R. Hod, S.F. Zakaria, S.K. Adam, „Exploring Critical Components of Physician-Patient Communication: A Qualitative Study of Lay and Professional Perspectives”, în *Healthcare* (Basel), 11(2):162, ian. 2023.
- Nooteboom 2012: B. Nooteboom, „Levinas: Philosophy of the Other”, în B. Nooteboom (ed.), *Beyond Humanism: The Flourishing of Life, Self and Other*, Palgrave Macmillan UK, Londra, 2012, pp. 162-184.
- Pieters *et al.* 1994: H.M. Pieters, F.W. Touw-Otten, R.A.d. Melker, „Simulated patients in assessing consultation skills of trainees in general practice vocational training: a validity study”, în *Medical Education*, 28, 1994.
- Silverman *et al.* 2013: Jonathan Silverman, Suzanne Kurtz, Juliet Draper, *Skills for Communicating with Patients*, Ediția a III-a, London, CRC Press, 2013.
- Takemura *et al.* 2007: Y.C. Takemura, R. Atsumi, T. Tsuda, „Identifying medical interview behaviors that best elicit information from patients in clinical practice”, în *The Tohoku journal of experimental medicine*, 213(2), oct. 2007, pp. 121-127.
- Watzlawick *et al.* 2011: P. Watzlawick, J.H. Beavin, D.D. Jackson, *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*, Ed. Hogrefe AG, 12., aprilie 2011.
- Zawisza *et al.* 2020: K. Zawisza, A. Galas, B. Tobiasz-Adamczyk, „Factors associated with patient satisfaction with health care among Polish older people: results from the polish part of the COURAGE in Europe”, în *Public Health*, 179, 2020, pp. 169-177.

Surse electronice

Kumagai 2018: <https://www.youtube.com/watch?v=b9hiJrqQlfs> [accesat la 7.04.2023].

G.B. Shaw, *The Doctor's Dilemma* (1906), *apud* Wikisource, https://en.wikisource.org/wiki/The_Doctor%E2%80%99s_Dilemma/Doubtful_Character_Borne_by_the_Medical_Profession [accesat la 7.04.2023].

III.

EȘAFODAJE – CONSTRUCȚIA CARDURILOR DE ROL

Daniela Șilindean

Proiectul *Dialogul de anamneză cu pacientul standardizat* a presupus, de la bun început, familiarizarea cu abordarea medicală centrată pe pacient și cu tehnicile de comunicare specifice acesteia. Privirea participanților la program a fost ațintită pe dialogul medical în care parteneriatul este unul activ, unde pacientul este privit nu numai ca sursă de informație (nicidecum doar purtător al unei boli), ci și ca parte din procesul de luare a deciziei în privința tratamentului. Perspectiva pacientului este esențială și o întregește pe cea a medicului pentru obținerea unui diagnostic corect, dar și a unei experiențe medicale faste.

Seria de ateliere *Dialogul de anamneză cu pacientul standardizat* a fost concepută, așadar, sub semnul abordării centrate pe pacient și a principiilor care decurg din ea. De aceea, atunci când medicii au alcătuit cardurile au avut în minte și provocările care pot apărea astăzi în dialogul clinic. Câteva dintre principiile la care s-a făcut referire, fie implicit, ca subtext, fie explicit, prin conceperea situațiilor de pe *cardul de rol* sunt: explorarea bolii, dar și a experienței individuale a bolii, așa cum este ea trăită de pacient; înțelegerea persoanei în contextul său social personal; găsirea unui teren comun, prevenția, promovarea sănătății, în general; îmbunătățirea relației pacient-medic prin grijă; realism în privința constrângerilor de timp și a resurselor (cf. Langberg *et al.* 2019).

Cardurile de rol realizate de medicii care s-au alăturat proiectului și au creat și supervizat informațiile medicale au folosit o structură care să înglobeze, pe de o parte date și fapte, pe de altă parte o zonă care ține de relaționare. Ele sunt extrem de simplu de cuprins cu privirea și de urmărit, împărțite în secvențe logice care să ghideze cu ușurință atât studentul medicinist care preia rolul medicului, cât și studentul la specializarea Actorie, care preia rolul pacientului. Prima secțiune se referă la diagnosticul final pe care doctorul îl stabilește în urma întâlnirii cu pacientul. Apoi, o scurtă descriere obiectivă a situației ne relevă un punct zero al întâlnirii – ceea ce vede medicul, înainte de a avea dialogul

cu pacientul și înainte de a efectua examenul clinic. Mai mult, unele dintre carduri ne aduc aminte că, uneori, în întrevederea medic-pacient, agendele celor doi nu coincid întocmai, dar, în mod ideal, prin conducerea atentă, cu sprijin, prin răspunsuri empaticе, cele două pot fi armonizate. „E ușor să presupunem că pacientul a venit pentru un control de rutină... când, de fapt, pacientul are o agendă mai urgentă sau, cel puțin o a doua agendă de discutat.”¹ (Silverman *et al.* 2005).

Informațiile de pe cardurile de rol se completează cu diagnosticele de suspiciune, cele care trebuie excluse și anunțate, pe măsură ce ele sunt eliminate. Un nou pas inclus pe cardurile de rol este cel legat de examinarea propriu-zisă a pacientului și de constatările că anumite simptome și semne sunt prezente sau absente. Regulile examinării cu tot ce presupune ea (de la asigurarea demnității pacientului, până la confortul conferit, ghidajul pas cu pas, anunțarea intențiilor, dar și – la momentul oportun – a descoperirilor medicale – pentru a numi numai câțiva dintre itemii de urmărit) sunt și ele vizate prin intermediul etapei de examinare. Apoi, toate interviurile au în vedere și un alt aspect extrem de important – construirea unei relații cu pacientul.

De însemnătate este și structura interviului, cu toate etapele sale, așa cum sunt ele prevăzute în ghiduri de comunicare, de pildă, *Calgary Cambridge Guide to the Medical Interview* – pentru pașii de urmat – deschiderea discuției, adunarea informației, controlul comun asupra consultației, înțelegerea perspectivei pacientului, stabilirea de comun acord a unui plan de tratament, încheierea întâlnirii. Sau, în cazul *Communication Assessment Tool (CAT)*² pentru modul în care pacientul poate evalua interacțiunea cu medicul și rezultatele sale. Câteva dintre elemente se referă la: modul de a întâmpina pacientul, tratarea cu respect, manifestarea interesului pentru ideile pacientului, atenția acordată (ascultarea activă și contactul vizual), includerea temerilor, lipsa întreruperilor, oferirea de informații, verificarea înțelegerii, încurajarea întrebărilor și a clarificărilor, folosirea termenilor pe care pacientul să îi înțeleagă, implicarea sa în discuție, discutarea pașilor următori, grija. Referitor la tehnicile folosite, pentru a ajunge la rezultatele scontate, studenții au nevoie de parafrază, clarificare, sumar, întrebări deschise și închise (ideal în tehnică de tip „con”), dar și de urmărirea reacțiilor

¹ „It is easy to assume the patient has come for their routine check-up... when in fact the patient has a more pressing or at least a second agenda to discuss.” (Silverman *et al.* 2005). În text, în traducerea noastră.

² Instrument în 14 itemi – vezi Makoul *et al.* 2007, *apud* Brown *et al.* (ed.) 2016.

verbale și nonverbale, organizarea informației, sublinieri, confirmări, încurajări.

În crearea cardurilor de rol, medicii au apelat la patologii care să le fie mai accesibile atât studenților mediciști care interpretează rolul doctorului, cât și studenților actori care să le poată înțelege în manifestările lor și să le poată integra prin limbaj verbal și nonverbal în dialog. De pildă, pareză facială periferică stângă trebuia să excludă diagnosticele de suspiciune accident vascular cerebral cu pareză facială de tip central; tumoră cerebrală – în sarcinile studentului medicinist. Iar în ceea ce privește examinarea, fața, dar și mersul intrau în competența clinică. De asemenea, integrate, abilitățile de observație sunt esențiale pentru a descoperi eventuale asimetrii (clar vizibile, în acest caz), pliurile frontale, dar și reacțiile corpului în mișcare – fie că e vorba despre pronunție, despre deficitul motor sau prezența paresteziilor. La ele, se adaugă, interpretarea rezultatelor RMN-ului cerebral.

În cardul al doilea diagnosticul final era cel de tendinită, iar medicul trebuia să excludă altele trei: fractura oaselor articulației pumnului; sindromul de tunel carpian; poliartrita reumatoidă. În excluderea acestora, apelul la radiografie și la ecografie era necesar. Din nou, integrarea informațiilor care țin de viața personală a pacientului sunt importante. Ceea ce poate părea obiectiv doar o tendinită se transformă în factor medical care afectează major viața pacientului. Faptul că nu mai poate exersa la vioară – în condițiile în care pacientul este student, membru într-un cvartet reduce o activitate care poate fi definitorie pentru personalitatea sa. La ea se adaugă imposibilitatea de a juca tenis, sportul preferat. Deja tendinita afectează în mod apăsător calitatea vieții. Stresul ei este dublat de alți factori de stres care țin de educație – nu poate tasta, iar acest fapt duce la un stres suplimentar: neputința de a preda la timp un referat.

Alte două carduri (3 și 6) trimit și la o altă problemă care necesită o atenție suplimentară: consumul de alcool și obezitatea. Ele aduc în subtext și o reflecție asupra subiectelor sensibile și asupra modului de a le aborda – cu deschidere, fără supoziții și fără a imprima un sentiment de vină. E important de atras atenția că, în unele cazuri, aspecte pe care unii le-ar putea considera puncte sensibile sau chiar nevralgice pentru unele persoane, pot părea lipsite de semnificație pentru altele. Poate că în confruntarea cu aceste categorii e și mai mult necesară conștientizarea aspectelor culturale, personale, la fel și a barierelor psihologice (a preconcepțiilor și a stereotipurilor, a efectului de halo, gestionarea

emoțiilor negative). În procesul de anamneză este extrem de importantă (și în aceste cazuri) citirea semnelor verbale și nonverbale care ar putea indica furia, nesiguranța, lipsa de încredere (orice se poate constitui drept semn – de la poziția corpului așezat pe scaun la tonul vocii, la evitarea contactului vizual, la modul de răspuns la întrebările adresate).

În cazul pacientului cu gută (cardul 3) este necesar un examen al membrului inferior dureros. Parte din interviul clinic presupune abordarea corectă – în acest caz – a discuției despre consumul de alcool. Pacientul bea zilnic bere, nu face sport și este deranjat când i se spune că ar trebui să facă sport (această ultimă informație face parte dintre informațiile ascunse, la care medicul are acces doar dacă reușește să conducă bine dialogul clinic atât de bine, să creeze o relație de încredere, astfel încât să deblocheze informațiile). Criza care premerge controlul este declanșată de consumul de carne și de băutură. Pacientul are o meserie care îl solicită foarte mult fizic: parchetar. Nu este adeptul unui stil de viață care să implice sportul, ba mai mult, reacționează agresiv, defensiv atunci când cineva aduce acest aspect în discuție. Aceasta e informația care trebuie accesată, împreună cu grijile referitoare la posibilitatea pierderii locului de muncă, respectiv la presiunea familiei care trebuie întreținută.

În cazul cardului pacientului cu obezitate (cardul 6) sentimentele de vină și de rușine trebuie, în mod cert, evitate. La fel și depistarea depresiei întinsă pe mulți ani, care este ținută sub control prin antidepressive. Într-un cerc vicios se află greutate excesivă și tratamentul medicamentos care poate avea ca efect depunerea unor kilograme în plus. Pacientul se simte neputincios și lipsit de control – așadar, e vulnerabil, iar greutatea e motiv de stigmatizare. O necesitate suplimentară apare în acest caz – aceea de a manevra cu tact, de a evita cu orice preț discursuri acuzatoare sau aluzii care ar putea fi ofensatoare. Cu atât mai mult cu cât persoana este deja fragilizată și vulnerabilă. De aceea, ceea ce poate funcționa ca tehnică este explicația: obezitatea este o boală cronică și există și mai multe opțiuni de tratament. Discutarea planurilor de tratament trebuie, desigur, să includă perspectiva pacientului. Implicarea acestuia în discuții și în agreearea pașilor de tratament, fie ei pe cale medicamentoasă, fie ca operație (una care implică și costuri – decontate sau nu prin sistemul de asigurări – și etape asumate de pacient) conduce la complianță, la urmarea tratamentului prescris. Parte din teamă este și clarificarea conceptelor: intervenția chirurgicală de micșorare a stomacului – ceea ce poate crea așteptări

false. De partea pacientului există mai multe informații care trebuie descoperite, vizate: un comportament depresiv al pacientului, lipsa de încredere, contextul familial în care obezitatea este norma și apăsarea care trenează în privința cauzei morții, în care obezitatea era o comorbiditate.

Pentru pacientul care suferă de pancreatită (cardul 4) și care acuză dureri abdominale – starea de disconfort fizic este una foarte mare, dar așa cum avea să afle doctorul, în cazul în care conducea bine interviul, nici starea emoțională a interlocutorului nu era bună – lupta cu greutatea, lipsa încrederii și a îngrijirii indică și o stare emoțională de disconfort. La fel ca în cazul pacientului cu durere toracică (cardul 5), unde frica de infarct este una care planează vizibil. Ea este asociată cu evenimentele recente din viața personală a pacientei (perioada de doliu, respectiv moartea cumnatei). Durerea intensă din piept se constituie în sursă de frică și îngrijorare. Contextul este amplificat și de schimbarea doctorului pe care îl are de 10 ani – fapt care contribuie la starea de teamă. O relație de lungă durată care implică nu numai lipsa elementului de surpriză (în privința relaționării), ci și instituirea unui spațiu de încredere, de familiar.

Ca parte a procedurii, studenții au avut parcursul standard al interviului clinic. Anamneza pacientului a fost printre obiective, cu tot ce implică ea, dar, desigur, ea nu a presupus numai obținerea de date, ci și construirea (sau menținerea) unei relații cu pacientul. Ea necesită, desigur confortul fizic, dar și emoțional al pacientului, evitarea stigmatizării, și includerea în acest demers a ideilor, preocupărilor și grijilor, a așteptărilor pe care le poate avea pacientul – ICE (*ideas, concerns, expectations*). „Comunicarea doctor-pacient nu este limitată la efectuarea anamnezei pacientului. Așteptarea e ca doctorii să privească pacientul ca pe un întreg și să aibă în vedere nevoile, temerile și grijile în timpul consultației, adoptând o atitudine centrată pe pacient.” (Perera 2015).³

Găsirea ritmului adecvat, a cuvintelor care să însoțească parcursul – indiferent de limbă, asemenea detalii cum sunt cele ce țin de rostire, de frazare, de managementul vocii, precum și empatia, demonstrarea respectului, menținerea demnității au creat contextul ideal pentru exersarea unor situații credibile. Dialogul în sine și-a extras resursele și

³ „Doctor-patient communication is not limited to the extraction of the history from the patient. Doctors are expected to take the patient as a whole and attend to their needs, fears and concerns during the consultation, adopting a patient-centred attitude.” (Perera 2015). În text, în traducerea noastră.

din comunicarea nonverbală. „O vorbă bună, un salut vesel, o privire plină de înțelegere – pe acestea pacientul le înțelege”, o spunea deja Sir William Osler la începutul secolului trecut. Desigur că, e recunoscută importanța mimicii, a ascultării active, a distanței / proximității, a tehnicilor de clarificare a mesajului transmis, de rezumare, a tonului și a ritmului în care e rostită informația, prezența empatiei, contactul vizual. Ele sunt câteva dintre elementele care pot contribui la o comunicare eficientă sau, din contră, pot sabota comunicarea.

În mod tradițional, anamneza include(a): motivul pentru care pacientul se prezintă la medic, istoricul bolii, antecedente heredo-colaterale, antecedente personale fiziologice și patologice, condiții de viață și de muncă, istoricul medicamentelor și al alergiilor. La ele se adăugau informații despre sisteme. Anamneza este urmată de examenul fizic obiectiv. În cazul abordării centrate pe pacient, informațiile legate de explorarea problemei medicale cu care se prezintă pacientul sunt, desigur, în continuare cele legate de perspectiva biomedicală, de informații care țin de context, dar marea modificare de paradigmă – extrem de necesară – este că face apel și la perspectiva pacientului (inclusiv printr-o evaluare inițială a nivelului de informații pe care îl deține pacientul și la nevoia de a ști, la dozarea informațiilor date de doctor).

Cardul pacientului este, în primul rând o reflectare – și în limbaj – a perspectivei non-medicale, o „traducere” în limbaj comun a simptomelor, dar și o punere mai largă în context, oferind informații legate atât de antecedente medicale, de condiții de viață. În plus, include tot din zona ICE – îngrijorări, gânduri care pot afecta în mod major calitatea traiului și pot avea un impact negativ asupra vieții pacientului. Cu alte cuvinte, informații care trec în zona protocoalelor de transmitere de vești proaste. Dacă pacientul are profesia de actor, așa cum e cazul în primul card, pareza intră, cu siguranță în zona veștilor negative pentru acest pacient care și-a construit viața în jurul profesiei, își folosește corpul și expresivitatea lui pentru a-și realiza rolurile. Fără a include această perspectivă, întâlnirea nu ar fi completă.

De aceea, cardurile includ și o informație suplimentară, „secretă”, ascunsă pe care medicul o poate accesa, dacă îi câștigă încrederea pacientului. În acest caz, e vorba despre o proiecție negativă asupra gravității bolii, pacientul crede că suferă de ceva grav: o tumoră în gât sau la nivel cranian și suspectează că medicul nu îi spune adevărul. Despre câștigarea încrederii și despre construirea unei relații vorbesc mult studiile de comunicare medicală. Și e firesc să fie așa.

„Punând laolaltă afirmații empaticе, exploratorii și care validează este una dintre căile cele mai puternice de a asigura sprijin. Reduce izolarea pacientului, exprimă solidaritate și validează sentimentele sau gândurile pacientului ca fiind normale sau de așteptat.” (Baile *et al.* 2002, *apud* McCullagh, Wright 2007).

Cardurile de rol au marele avantaj că structurează în secvențe logice informații esențiale pentru realizarea rolurilor preluate în simularea interviurilor clinice. Concepute de medici cu experiență clinică, dar și de învățare (familiarizați și cu limbajul de specialitate și cu cel comun), cardurile includ etape clare în abordarea rolurilor de doctor, respectiv, de pacient. Pașii sunt ușor de urmat în ceea ce trebuie îndeplinit (diagnostic, examinare, interpretare de date, investigații) – ei creează nu numai drumul către un diagnostic corect, ci problematizează și teme precum stigmatizarea, anunțarea veștilor proaste. Există mereu, prin intermediul lor, situații care provoacă, care impun câștigarea încrederii, stabilirea unei relații bazate pe respect și pe control împărtășit al consultației. Toate trebuie realizate cu un instrumentar larg ce are nevoie de antrenament constant ca limbaj verbal sau nonverbal. Cardurile sunt excelente priviri în mic asupra unor situații medicale și de viață, se constituie în eșafodaje perfecte pentru construcțiile care se înalță cu încredere în dialogurile dintre echipele de studenți proiectate în cele ale viitorilor medici cu pacienții lor.

Bibliografie

- Brown *et al.* (ed.) 2016: Jo Brown, Lorraine Noble, Alexia Papageorgiou, Jane Kidd (ed.), *Clinical Communication in Medicine*, Wiley Blackwell, 2016.
- Kurtz *et al.* 2005: S.M. Kurtz, J.D. Silverman, J. Draper, *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*, Radcliffe Medical Press, Oxford, 2005.
- Langberg *et al.* 2019: Emil Mørup Langberg, Lise Dyhr, Annette Sofie Davidsen, „Development of the concept of patient-centredness – A systematic review”, în *Patient Education and Counseling*, vol. 102, nr. 7, iulie 2019, pp. 1228-1236.
- McCullagh, Wright 2007: M. McCullagh, R. Wright, *Good Practice. Communication Skills in English for the Medical Practitioner*, Cambridge University Press, 2007.
- Perera 2015: Jean Perera, „Effective Communication Skills for Medical

Practice”, în *Journal of the Postgraduate Institute of Medicine*, noiembrie 2015, DOI:10.4038/jpgim.8082.

Silverman *et al.* 2005: J.D. Silverman, S.M. Kurtz, J. Draper *Skills for Communicating with Patients*, Radcliffe Medical Press Oxford, 2005.

IV.

PROTOCOL DE INTRARE ÎN ROL: MEDICUL. PRIVIRE DIN FAȚA ȘI DIN SPATELE „SCENEI”

Gabriela-Mariana Luca

„Joaca de-a doctorul” sau pregătirea pentru un examen clinic obiectiv și structurat (ECOS¹)?

Este întrebarea al cărui răspuns îl vom formula în calitate de observator, dar și de formator, foarte interesat de cercetarea transdisciplinară, atent la informația obținută prin îmbinarea a două sau mai multe voci profesionale.

Modelele educaționale contemporane sunt într-o permanentă adaptare, într-o continuă căutare a formulei care să aducă multă cunoaștere într-un timp cât mai scurt. Firesc, de altfel, pentru că „Gen Zs”² își desfășoară existența într-o dinamică tot mai rapidă a constantelor spațiu-timp.

În toată această permanentă adaptare la noile structuri tehnologice, didactice și socio-profesionale, firul narativ păstrează, totuși, fapt deloc de neglijat, același tipar în procesul de inițiere în profesia medicală. Copilul de altădată, care visa să salveze vieți, este acum student medicinist. Medic va fi doar peste câțiva ani buni: șase de facultate, trei sau șase de rezidențiat – în funcție de specialitatea aleasă, mii de pagini de literatură medicală asimilate, sute de ore de stagii, sute de cazuri

¹ ECOS este examenul care evaluează abilitățile și cunoștințele studenților medicinisti din ciclul 3 și este unul din factorii care influențează ierarhizarea națională a studenților (în cazul citat de noi, francezi) la sfârșitul anului VI, în vederea ocupării poziției de rezident. ECOS este integrat în programa școlilor medicale superioare și face posibilă confruntarea studentului cu toate situațiile legate de viitoarea sa profesie într-o manieră cât mai realistă.

² Colocvial, cunoscuți drept „zoomers” sau post-milenarii, cei care preced generația Alpha; vezi studiul din 2018, disponibil pe internet la https://identityshifters.rpa.com/report-download/Identity-Shifters_An-RPA-Report.pdf.

întâlnite de-a lungul formării profesionale, un vocabular îmbogățit cu peste 12 000 de termeni noi – o inițiere absolută prin limbaj și prin gesturi medicale. Cum pot toate acestea să se alinieze la un numitor comun în condițiile în care fiecare an de studii face diferența? Abilitățile se diversifică și se aprofundează pe măsură ce informația se adună, iar timpul nostru fizic (implicit istoric) chiar „nu mai are răbdare”³. Cum putem anticipa cea mai echilibrată versiune practică de peste doi sau de peste cinci ani în condițiile în care informația și oamenii se modelează într-un ritm atât de alert?

Am urmărit pregătirea studenților mediciști implicați în proiectul *Dialogul de anamneză cu pacientul standardizat*, în fapt, pregătirea întâlnirii cu *pacientul actor*⁴, de-a lungul celor trei luni de formare, octombrie – decembrie 2022, pe trei direcții:

- comunicare profesională,
- lingvistic,
- socio-antropologic.

Fiecare dintre acestea a deschis cel puțin un cadru specific pentru compoziția, abordarea și exprimarea rolului medicului.

În acest tip de construcție didactică a conceptului de comunicare profesională centrată pe pacient⁵, studentul medicinist se află în situația de a intra în propriul său rol, într-o proiecție a sa dintr-un viitor foarte apropiat.

Întâlnirea inițială, formarea grupelor de lucru pe limbi (română, engleză, germană și franceză – limbile care se studiază la Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” din Timișoara⁶), a adus împreună studenți din ani diferiți, cu niveluri de limbă străină diferite și cu experiențe profesionale la fel de diferite. Astfel, cei din preclinic, anii 1-3, până la momentul intrării în proiect, interacționaseră mult mai puțin cu un pacient față de cei din clinic, anii 4-6 de studii, dar aveau în curriculum un semestru de studiu în comunicare medicală, disciplină introdusă în

³ Parafrazându-l pe Marin Preda care, în *Moromeții*, scria „se pare că timpul avea cu oamenii o nesfârșită răbdare”.

⁴ Școala medicală britanică preferă termenul de *care actor*, traducere ușor forțată în limba română, „actor de îngrijire”, pentru că : „... descrie mai exact acest rol decât *pacientul standardizat*. Actorii de îngrijire din cursurile noastre CPC au devenit contribuitori integrali la procesul de educație, servind nu numai ca pacienți simulați, ci și ca antrenori și colaboratori.” (Hardy, Kasper 2005, traducerea noastră)

⁵ Descriind foarte responsabil tot ceea ce transformă o medicină de tip paternalist într-una de tip autonom, bio-psihosocial.

⁶ UMFVBT în continuare.

programul Universității în 2018. Preclinicul avea la start un lexic medical mai restrâns și posibilități de exprimare în limba străină mult mai puțin antrenate în practica medicală.

Mai mult, grupele formate pe limbi au pornit cu un decalaj semnificativ de nivel lingvistic într-o cursă comună, iar procesul de formare a protocolului de intrare în rol a pornit cu următoarele cadre de referință sub lupă:

Cadrul 1: Limba

Studentii participanți la acest proiect pilot au, majoritatea, ca limbă nativă limba română.

Sarcina nr. 1: armonizarea nivelului de limbă străină⁷ pentru grupele în engleză, germană și franceză, dacă acesta se dovedește a fi diferit; verificarea și aprofundarea noțiunilor gramaticale necesare bunei expresii orale în limba de lucru; **afinarea instrumentului principal de expresie a rolului**⁸.

Observație: Dacă pentru limbile engleză și germană această etapă a fost mai ușor de activat – grupele fiind mai omogene (engleză C1–C2, germană B2–C1, situație generată de forma de școlarizare anterioară admiterii la facultate: școli bilingve, diplome internaționale de limbă străină, iar în cadrul programului PS⁹ medici și actori buni vorbitori ai celor două limbi menționate), grupa în limba franceză și-a completat antrenamentul

⁷ Orice referire în text la nivelul de limbă străină face trimitere la CECRL (*Cadrul european comun de referință pentru limbi* care a stabilit șase niveluri de stăpânire a unei limbi străine: A1, A2, B1, B2, C1 și C2.).

⁸ Pentru grupa de limbă franceză, de exemplu, cel mai puțin omogenă ca nivel de limbă al participanților; grupă alcătuită din șase studenți: trei în anul al II-lea (nivelele A2 și B1), unul în anul al III-lea (nivel B2), unul în anul al IV-lea (B2) și unul în anul al VI-lea (B1), depășim dificultățile lingvistice prin tehnica bulgărelui de zăpadă, onorând și încurajând posibilitățile de expresie în limba franceză ale fiecărui membru al echipei.

Inițierea dialogului cu pacientul, construcții standard, exemple de formule standard:

A2 – comunicare simplă: „*Bonjour ! Ça va ? Qu'est-ce qui vous arrive ?*”

B1 – inițiază autonomia discursului: „*Que puis-je faire pour vous ?*” / Verbul „pouvoir” are două forme pentru persoana I singular la prezentul indicativ: *peux* și *puis*. Când verbul se află înaintea subiectului (mai cu seamă în fraza interogativă), folosim întotdeauna *puis*. „*Que puis-je faire pour vous ? - Cu ce vă pot ajuta ?*”

B2 – ușor spontan, susținut de o practică a limbii: *C'est moi qui vais m'occuper de vous*. (vezi Fassier, Talavera-Goy 2008), manualul de referință folosit în cadrul cursului practic de limba franceză predat la UMFVBT).

⁹ Programul PS stă aici pentru proiectul în discuție, *Dialogul de anamneză cu pacientul standardizat*.

pentru rol (anamneza și limbajul medical aplicat) și prin întâlniri online, via Zoom, cu medici care profesează în Franța¹⁰.

Cadrul nr. 2: Cardul de rol

Pregătit de medic, cardul de rol indică o situație patologică cu sarcini clare de lucru atât pentru studentul medicinist, cât și pentru pacientul actor.

Sarcina nr. 2: Clarificarea problemei medicale pentru toți studenții implicați și **documentarea pentru rol** în funcție de serviciul medical în cadrul căruia va avea loc întâlnirea medic-pacient.

Observație: Având experiențe profesionale diferite, înțelegerea situației medicale și asimilarea limbajului profesional specific transformă grupurile în dialoguri transdisciplinare: studentul, medicul și profesorul de limbă străină. Un rol deosebit în mentorat l-au avut medicii participanți în proiect: dr. med. Elena Constanța Amăricăi, dr. med. Andreea Iana, dr. med. Bianca-Karla Țariu și dr. med. Liliana Eleonora Vasile. Experiențele profesionale și atitudinile specifice au adus informație și corecție de neprețuit pentru fiecare grup de lucru, în rezolvarea situației medicale propusă de card.

Un exemplu:

Ne sprijinim argumentarea pe problema descrisă de cardurile 1 A (pentru medic) și 1 B (pentru pacient), carduri create de dna dr. Amăricăi, specialist în Medicină fizică și reabilitare. Disciplina se face pentru generaliști în anul VI de studii. Pe scurt, situația medicală aduce în atenție cazul unei tinere violoniste care alunecă pe gresia umedă din baie și, în cădere, se sprijină pe mâna dreaptă. Din acel moment încep durerile și nevoia de a consulta un medic în vederea stabilirii unui diagnostic și aflarea unei soluții terapeutice. Membrii echipelor medicale vor avea, în primul rând, de aprofundat cunoașterea care să aducă la un nivel comun de înțelegere informația medicală (care, conform curriculumului, s-ar obține în ultimul an de studii medicale) și a putea gestiona corect scenariul impus de diagnosticele de suspiciune: „fractură la nivelul articulației pumnului drept; tendinită/tenosinovită la nivelul tendoanelor de la nivelul articulației pumnului drept; sindrom de tunel carpian; poliartrita reumatoidă.”

¹⁰ Mulțumiri dlui dr. Gabriel Găman-Ceaușu, rezident în neurologie la *Centre hospitalier Notre-Dame de la Miséricorde* din Ajaccio, Corsica, pentru sesiunile online referitoare la anamneză în limba franceză.

Dialogul direct cu medicul care a formulat problema acoperă plenar nevoile formative și informative. Studenții, indiferent de anul de studiu, înțeleg situația și colaborează între ei. Atitudinea și limbajul doamnei doctor sunt preluate subsidiar, aproape involuntar, transformând-o mutual într-un model de urmat.

Observăm tacit aceste trăsături în antrenamentul studenților și le înscrinem ca necesare în pregătirea pentru rol, respectiv, legate de maniera de a învăța prin mimetism și reflecție practică¹¹ și ne abținem de la orice mențiuni care ar putea tulbura compoziția rolului. Studenții sunt încântați de oportunitățile oferite de rolul în care trebuie să intre, repetă, dezbate, schimbă informație și feedback. Rolul devine tot mai realist.

Cadrul nr. 3: Comunicarea medicală

Odată situația medicală stăpânită, se face trecerea la pasul următor: pregătirea pentru comunicarea cu pacientul (în cadrul proiectului, *cu pacientul actor*¹², care, în paralel, își pregătește propriul rol pentru întâlnirea finală, fapt cunoscut și precizat deja).

Sarcina nr. 3: Explicarea și aprofundarea noțiunilor de comunicare medicală centrată pe pacient, **intrarea în rol.**

Observație: La start, studenții au niveluri diferite de înțelegere a relației medic-pacient, adesea subiectiv-intuitive, abilități diferite de comunicare profesională. Învățăm împreună să deosebim faptele, să ne formulăm opiniile, să ne recunoaștem și să ne controlăm emoțiile. Simplificăm dialogurile și încercăm să le arătăm studenților cum să folosească o unealtă de comunicare atât de sensibilă cum este emoția¹³.

¹¹ Fapte confirmate și reconfirmate de o întreagă literatură de specialitate al cărui pionier rămâne dr. Michael Balint (*The Doctor, His Patient and the Illness*, prima ediție, 1957, London, Churchill Livingstone, după publicarea în *Lancet*, în 1955, a articolului cu același titlu).

¹² Lucrul cu *pacientul actor* este folosit pe scară largă în multe școli medicale superioare. În activitățile desfășurate în proiectul PS / UMFVBT, medicii s-au antrenat pentru întâlnirea cu PS alături de cadre didactice medicale, de lingviști și de actori profesioniști pentru a dezvolta sincron gradul de conștientizare a studenților la suita de provocări generate de practica medicală.

¹³ Un exercițiu foarte bun se dovedește a fi exercițiul celor trei fraze: *Când tu procedezi așa... eu mă simt... pentru că...*. Dacă nu pot fi completate frazele amintite mai sus înainte de a face o observație cuiva, aceasta poate indica faptul că remarcă este nejustificată. Vezi lucrările lui Corinne Perdrix 2017 și Longin 2006.

Scenariul: Ghidul Calgary–Cambridge¹⁴

Toate grupele s-au subordonat acestui model clinic de investigație, respectând fiecare nivel de abordare și adaptându-l cardului de rol primit spre rezolvare.

Observație: dacă am analiza acest protocol ca pe etapele cronologice ale unui scenariu de film, am putea spune că s-au „jucat” următoarele acte, folosindu-se atât tehnici de restructurare sau ajustări dramatice, cât și „decupajul” cu toate indicațiile sale de ordin tehnic, astfel încât performanța finală să se încadreze în 20–25 de minute. Așadar, au fost de străbătut, în rezumat, următorii pași:

- Inițierea sesiunii dintre doi experți: medicul expert și pacientul, în unele situații chiar pacientul expert.¹⁵
- Colectarea informației și respectarea discursului pacientului, a emoțiilor sale. Profesorul și medicul francez Didier Sicard (2014), fost președinte al Comitetului Consultativ Național de Etică din Franța, obișnuia să spună că „adesea, un medic care ascultă este mai util decât unul care prescrie”.
- Construirea relației dintre cei doi actanți, cu verificarea înțelegerii mesajelor transmise prin rezumare, reformulare.
- Structurarea consultației.
- Explicarea și planificarea conduitei terapeutice.
- Încheierea întâlnirii.

Abordarea complexă impusă de acest model de consultație și îmbrăcând forma unei scheme logice se instituie în model pentru un interviu medical în orice context.

De asemenea, de-a lungul *scenariului*, studenții au avut oportunitatea de a verifica, prin exerciții repetate, cum se poate construi o relație de comunicare complementară, ce presupune trecerea de la simetric la complementar, cum se pot poziționa non-liniar față de pacientul lor, acordându-i acestuia suficient spațiu de expresie.

¹⁴ Vezi în acest sens Bourdy *et al.* 2004.

¹⁵ Înțelegând prin *pacientul expert*, noțiune calchiată din limba engleză și impusă de actori importanți de pe scena medicală, cum ar fi EURORDIS – Asociația Europeană a Pacienților cu Boli Rare, ori EMA – Agenția Europeană a Medicamentului, acea persoană care suferă de o boală cronică și care a dezvoltat de-a lungul timpului o cunoaștere aprofundată a suferinței căreia îi face față.

Cadrul nr. 4: Antrenamentul comunicării și depășirea barierelor psiho-emoționale

A vorbi în public și a face gesturi care depășesc granițele cu care suntem obișnuiți și care ne scot din zona de confort pot constitui o provocare semnificativă pentru fiecare dintre noi.

Sarcina nr. 4: eliminarea inhibițiilor și creșterea stăpânirii de sine, **gestionarea „spontaneității” controlate.**

Observație: Interesul și bucuria vie a studenților mediciști de a fi antrenați de un actor profesionist, cu reale valențe pedagogice, în persoana lui Constantin Tovarnițchii, actor și cadru didactic la Universitatea de Vest din Timișoara¹⁶.

Seminarul condus de dl Tovarnițchii a adus o altă lumină asupra corpului uman față de cea cu care studentul medicinist este obișnuit. În general, studiul medical se apleacă asupra corpului celuilalt: cadavru, mulaj, planșă, pacient etc. și mult mai puțin asupra lui însuși. Prin tehnicile actoricești de descoperire și exploatare a performanțelor corporale, s-au produs adevărate momente de revelație. Propriul corp în mișcare (studiată și explicată în fața tuturor colegilor prezenți), astfel conștientizat, s-a transformat într-un instrument de comunicare complet.

Cadrul nr. 5: Elemente de socio-antropologie

Fiecare card a adus o cohortă de personaje, actanți ai unui ritual funcțional de mii de ani: boala, medicul, pacientul, vindecarea. Dacă pentru medic putem aduce în discuție inițierea într-un profil profesional, etapă cu etapă, personificarea bolii și a stării de sănătate vizate țin de condiția plenară a pacientului, văzut ca un tot: condiție socială, accesul la informație bio-medicală de bună calitate, complex emoțional.

Sarcina nr. 5: Înțelegerea și respectarea condiției umane, foarte clar exprimată prin tehnicile de antropologie aplicată care „identifică, evaluează și rezolvă problemele contemporane” (Gezen, Kottak 2014: 240).

Observație: Practica medicală este o practică socială, deci o practică simbolică în profunzime, unde ritualul se substituie protocolului.

¹⁶ Prima întrebare pe care mediciștii, curioși și ușor sceptici la startul workshop-ului, au adresat-o actorului profesionist a fost : „În ce filme ați jucat?”. Răspunsul actorului: „ Uitați-vă la fața mea! De băiat rău, nu asta vă inspiră?” Tot ce a urmat apoi a ținut un dialog fluent și jovial.

Cadrul nr. 6: Performanța

Odată însușită și traversată fiecare etapă, studenții mediciști sunt mai aproape cu fiecare replică de definirea lor profesională, de a se adapta situațiilor de lucru viitoare. Metaforic vorbind, putem spune că acest exercițiu complex îl aduce pe viitorul medic în situația de a performa impecabil rolul unei Juliete, adolescența eternă, indiferent de vârsta reală a actorului.

Sarcina nr. 6: Rolul în desfășurare

Studentul medicinist, în rolul său de maturitate - medicul, pregătit lingvistic, profesional și socio-emoțional, sprijinindu-se pe recuzita personală minimală (halat, stetoscop, sfigomanometru, ciocănel pentru reflexe etc.) este gata să se verifice ca profesionist.

Observație: „Joaca de-a doctorul” este, în acest moment, simulare profesională cu argumente profesionale și poate răspunde imperativului: „Acțiune!”

Ochiul cameramanului profesionist a înregistrat sub semnătura lui Cristian Văduva. Preocuparea studentului medicinist pentru rol a împletit interesul pentru soluționarea sarcinii medicale dictate de cardul de rol cu interesul pentru îmbunătățirea propriei imagini.

Concluzie

Proiectul *Dialogul de anamneză cu pacientul standardizat*, multidisciplinar și complex, l-a adus pe studentul medicinist în atât de invocatul prezent prin „aici și acum” în situația reală a viitoarei sale practici profesionale. Sunt multe metafore care pot descrie situația pentru că suntem conștienți de faptul că „viitorul începe astăzi” în orice profesie, dar mai cu seamă în cea medicală. Pregătirea pentru rol l-a condus pe studentul implicat în activități la o suită întreagă de conștientizări: revelația propriului corp, repoziționarea față de pacientul său, antrenamentul comunicării, dresarea propriilor emoții și nesiguranțe, înlăturarea barierelor comportamentale, a blocajelor profesionale, verificarea și corectarea informației medicale, rafinarea elementelor lingvistice de compoziție. Și lista poate continua fără riscul vreunei redundanțe.

Studenții noștri, ai domnului altor studenți care participă în astfel de programe (vezi de exemplu Nestel *et al.* 2002; Nestel, Tierney 2007) s-au bucurat și au învățat împreună într-un cadru mult mai puțin formal decât

de obicei, descoperindu-se pe sine într-o realitate profesională anticipată. Formularele de feedback completate de participanți (medic-medic / actor-medic), construite și analizate de ceilalți colegi formatori confirmă din plin reușita activităților și necesitatea de a consolida acest proiect educațional.

Revenind la sarcina noastră de lucru, putem spune că pregătirea medicului pentru rol este un amplu exercițiu de cercetare transdisciplinară. Toate firele, astfel derulate, s-au țesut într-o structură solidă și credibilă.

Ceea ce am văzut la sfârșit, întâlnirea cu pacientul actor, la fel de complex pregătit pentru rolul său, este confirmarea faptului că medicina este artă și știință, deopotrivă, cu un destin bio-cultural menit să restabilească echilibrul ființei.

Chiar dacă medicul nu-i va spune niciodată pacientului său tot ceea ce gândește despre el și situația sa medicală (evităm cu bună știință termenul „caz”), orice relație medic-pacient se poate construi ca relație terapeutică dacă o replică de tipul: „Ceea ce-mi spuneți dumneavoastră merită toată atenția mea!” se va regăsi în scenariul amândurora.

Bibliografie

- Balint 1955: Michael Balint, *The Doctor, His Patient and the Illness*, în „Lancet”, 2 aprilie, 1955, disponibil pe [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(55\)91061-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(55)91061-8/fulltext).
- Bourdy *et al.* 2004: Christian Bourdy, Bernard Millette, Claude Richard, Marie-Thérèse Lussier, *Guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale – les processus de communication*, Montréal, janvier 2004, disponibil pe <https://rouen.cnge.fr/IMG/pdf/calgary.pdf>.
- Fassier, Talavera-Goy 2008: Thomas Fassier, Solange Talavera-Goy, *Le français des médecins: 40 vidéos pour communiquer à l'hôpital*, PUG, 2008.
- Gezen, Kottak 2014: Lisa Gezen, Conrad Kottak, *Culture*, Ediția a 2-a, New York, McGraw-Hill, 2014.
- Hardy, Kasper 2005: Hardee, James T, Kasper, Ilene K, „From standardized patient to care actor: evolution of a teaching methodology”, în *PubMed*, 9(3), 2005, pp. 79-82. doi: 10.7812/TPP/05-030, disponibil online pe: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22811638/>.

- Perdrix *et al.* 2017: Corinne Perdrix, Xavier Gocko, Catherine Plotton, *La relation médecin-patient*, Collège National des Généralistes Enseignants, 2017, pp. 132-187.
- Longin 2006: Pierre Longin, *Agir en leader avec la PNL, 50 exercices d'application*, Éditions Dunod, 2006.
- Nestel *et al.* 2002: Debra Nestel, Elizabeth Muir, Marilyn Plant, Jane Kidd, Sue Thurlow, „Modelling the lay expert for first-year medical students: the actor-patient as teacher”, în *PubMed*, 2002 Sep;24(5), pp. 562-4. doi: 10.1080/0142159021000042649, disponibil online pe: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12450482/>.
- Nestel, Tierney 2007: Debra Nestel, Tanya Tierney, „Role-play for medical students learning about communication: guidelines for maximising benefits”, în *PubMed*, 2007, Mar 2, pp. 7:3. doi: 10.1186/1472-6920-7-3, disponibil online pe: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17335561/>.
- Sicard, Didier 2014: Didier Sicard, citat, în *Le Monde*, 17 septembre 2014, disponibil online pe: <https://citations.ouest-france.fr/citation-didier-sicard/medecin-ecoute-souvent-utile-medecin-108105.html>.

V.
PROTOCOL DE INTRARE ÎN ROL: PACIENTUL STANDARDIZAT.
BOLNAVUL IMAGINAR SAU *LEARNING BY DOING*

Constantin Tovarnițchii

O nouă experiență la Facultatea de Medicină și Farmacie din Timișoara

În calitate de cadru didactic al Facultății de Muzică și Teatru din cadrul Universității de Vest din Timișoara, în cuprinsul cursurilor pe care le susțin cu studenții aplic și metodele „învățării experiențiale”, aceasta câștigând tot mai mult teren în învățământul superior. În cultura organizațională din corporații și în antrenamentele susținute de mine în multinaționale, acest tip de învățare destinată adulților este numită și „*learning by doing*”. Unul dintre cei mai importanți savanți din domeniul învățării adulților este dr. David Kolb (președintele Experience Based Learning Systems - EBL, o organizație pe care a fondat-o în 1980 în vederea promovării cercetării și practicii privind învățarea experiențială), cel care a explorat și aprofundat conceptul de „învățare prin experiență”, pornind de la conceptul de „învățare prin acțiune” al psihologului american John Dewey (1859- 1952).

Dr. David Kolb propune un model ciclic de dezvoltare a cunoștințelor, în cadrul căruia se combină recunoașterea conștientă a indivizilor și transformarea experienței. Acest ciclu presupune patru moduri de învățare adaptivă: „experiență concretă, observație reflexivă, conceptualizare abstractă și experimentare activă”¹ (Kolb 1984: 40), primul dintre ele fiind chiar experiența concretă (văzută ca punct de pornire al învățării experiențiale), următoarele două fiind reprezentate de procesele complexe ce au loc în mintea cursanților, în timp ce ultimul revine pe teritoriul experiențelor. În baza modelului învățării experiențiale propus de dr. David Kolb și, după cum am precizat și într-unul din Rapoartele lucrării mele de doctorat, în cadrul cursurilor cu

¹ În traducerea mea.

studenții le expun faptul că experiența presupune a trăi, a face, a cunoaște oameni, lucruri, situații, observarea și implementarea deprinderilor, valorilor, cunoștințelor dobândite atât din punct de vedere cognitiv, cât și emoțional și senzorial. Astfel, procesul învățării din experiență este continuu, depășind momentul încheierii studiilor, în cadrul său toate conversațiile, interacțiunile cu alte persoane, cu alți profesioniști, cu situații dintre cele mai diverse, formând actualului student, viitorului profesionist un mod progresiv, uneori inconștient, de a înțelege și evalua evenimente și situații și, în special, de a dobândi cunoștințe și metode noi de aplicare a lor.

Pornind de la experiența proprie acumulată în Canada pe parcursul a unsprezece ani, m-aș referi punctual la colaborarea cu Departamentul din cadrul Universității din Toronto ce are ca nucleu tematic *pacientul standardizat*, așa-numitul *Standardized Patient Program*. Acest Departament, prin lunga sa istorie de furnizare de servicii de simulare pentru toate programele de Medicină, Medicină dentară sau Farmacie ale Universității din Toronto vine atât în sprijinul dezvoltării competențelor de comunicare necesare viitorilor medici sau farmaciști, cât și al facilitării unei evaluări nuanțate a competențelor dobândite de aceștia. Implicarea pacientului standardizat în procesul educațional este o sursă valoroasă ce oferă studenților posibilitatea de a pune în practică multitudinea cunoștințelor teoretice de specialitate acumulate pe parcursul anilor de studiu prin simulări live desfășurate într-un cadru profesionist și perfect securizat.

Principiile de bază ale acestui tip de învățare sunt următoarele:

- (1) educațional: comunicarea eficientă ca abilitate clinică de bază;
- (2) social: crearea unei alianțe terapeutice sănătoase între profesioniști din domeniul sănătății și pacienți, precum și între obiectivele și așteptările medicilor și nevoile individuale și culturale ale pacienților;
- (3) practic: prin învățare experiențială studenții se angajează în simulări live pentru a-și dezvolta și perfecționa inclusiv abilitățile de comunicare într-un cadru sigur și securizat.

Având la bază diversitatea etnică a populației canadiene, studenții medici sunt îndrumați permanent către echitate, diversitate, incluziune, reflectând just asupra specificului fiecărui tip de pacient.

Cunoscându-mi această experiență, criticul de teatru, conf. univ. dr. Daniela Șilindean m-a prezentat colegei sale, conf. univ. dr. Daniela Kohn, ambele cadre universitare active la Disciplina de limbi moderne și

limba română din cadrul Universității de Medicină și Farmacie din Timișoara. Conf. univ. dr. Daniela Kohn îi aparține inițiativa introducerii în cadrul Universității de Medicină din Timișoara a programului *Pacientul standardizat*, demers realizat și cu sprijinul colegilor de la Universitatea de Medicină din Viena.

Așa a început acest proiect pilot și colaborarea noastră. După câteva întâlniri și discuții am stabilit bazele pe care trebuie să se desfășoare această colaborare și coordonare. Am coordonat două întâlniri, două ateliere cu studenții de la Medicină ce au avut ca teme: modalități de gestionare a emoțiilor și de comunicare eficientă; ce transmite corpul și limbajul nonverbal.

Pentru început am lucrat la pregătirea studenților și la modul de colaborare dintre studenții de la Medicină și cei de la Teatru. Pentru primul atelier, am stabilit că este nevoie de șase studenți de la Teatru, organizatorii solicitând ca anamneza să se facă în patru limbi: română, germană, franceză și, desigur, engleză. Drept urmare, am fost nevoit să caut în Facultatea de Teatru studenți care comunică bine și se simt confortabil performând în cele trei limbi străine, selectând pentru acest proiect trei studenți ce joacă lejer în limba germană, unul în limba franceză și patru în limba engleză, fiecare dintre ei putând prelua, desigur, rolul și în limba română.

Odată stabilite echipele de lucru, s-a trecut la construirea unor cazuri/pacienți/personaje în cadrul căreia colegii de la Medicină au asigurat simptomatologia cazurilor de boală. În cursul a câtorva întâlniri față în față sau online cu profesori de la Facultatea de Medicină, studenții de la Teatru și-au clarificat nelămuririle cu privire la istoricul, simptomatologia și biografia fiecărui personaj, făcând exact ceea ce învață în facultate: însușirea personajelor.

Înainte de desfășurarea workshop-urilor propriu-zise, studenții de la Teatru au mai avut o întâlnire pregătitoare, în cadrul căreia au detaliat și și-au însușit modalitățile de exprimare și modul de livrare a feedback-ului constructiv către colegii lor mediciști.

Fiecare workshop s-a desfășurat într-una din cele patru limbi stabilite anterior și, trebuie să recunoaștem, au fost marcate și de emoții foarte mari de ambele părți, niciuna dintre ele având parte până atunci de o experiență similară, cu toate că studenții de la Teatru au mai jucat până atunci partitura „bolnavului închipuit”, dar nu în fața unor profesioniști ai Medicinii.

După fiecare atelier de lucru, cu toții au realizat cât de mult au putut să învețe din aceste experiențe și cât de benefic este exercițiul practic de a juca o situație reală într-o atmosferă de siguranță și cât de valoros este câștigul acestui exercițiu. Totodată, actorii și-au dat seama și cât de benefic este feedbackul colegilor de la o facultate diferită, oferit într-un cadru amical și o atmosferă jovială. Studenții de la Medicină au înțeles cât de importante sunt pentru medic, în relație cu pacientul, vocea, tonul, postura, știut fiind faptul că acestea pot transmite încredere sau îndoială. Același lucru a fost și pentru studenții de la actorie, ei realizând neajunsurile ce au apărut când au uitat nuanțe și au dus în eroare colegii medici, confirmându-li-se astfel faptul că un actor trebuie să-și ducă întotdeauna rolul până la capăt. Au fost niște întâlniri constructive pentru ambele părți și sper să fie de bun augur, proiectul urmând a deveni o colaborare de lungă durată între Universitatea de Medicină și Farmacie din Timișoara și Facultatea de Muzică și Teatru din Timișoara, fără a rămâne doar un proiect-pilot.

Acest proiect sper să atragă după sine conștientizarea necesității creării unui departament special, cel al „pacientului standardizat”. În plan personal, participarea mea în acest proiect urmărește implicarea mea directă în crearea unei societăți mai bune, mai deschisă dialogului direct, în cadrul căreia actul medical să fie ridicat la un nivel mai înalt, bazat pe comunicarea onestă dintre pacient și medic.

Bibliografie

Kolb, 1984: David A. Kolb, *Experiential learning: experience as the source of learning and development*, NJ: Prentice Hall, Englewood Cliffs, 1984.

VI. TIPOLOGIA CARACTERIALĂ ȘI COMUNICAREA MEDIC-PACIENT

Simona Olaru-Poșiar

Comunicarea stă la baza interacțiunii umane. Psihologia a catalogat mereu comunicarea, ca fiind componenta principală de la care pornim evaluarea clinică a fiecărui subiect, a fiecărui pacient.

Tipologia caracterială a fiecărui individ, influențează în mod definitoriu, analiza finală a reacției unui subiect-receptor la impulsul transmis de emițător. Energia transmisă va fi percepută în funcție de mediul în care se află subiectul, cât și de încărcătura genetică, de informația pe care acesta o moștenește sau o dobândește pe parcursul dezvoltării sale interculturale.

O bună comunicare implică atât schimbul de informații relevante, cât și dezvoltarea unor relații terapeutice pozitive. Conform îndrumărilor GMC¹, medicii trebuie: să asculte pacienții, să le ceară și să le respecte opiniile cu privire la sănătatea lor și să răspundă la preocupările și preferințele lor.

Relația medic-pacient s-a schimbat de-a lungul istoriei, pe măsură ce rolul medicului s-a transformat. Medicii moderni trebuie să fie educați cu privire la modul de utilizare al cunoștințelor de înaltă specializare atunci când abordează pacientul ca pe o persoană unică și completă care trăiește într-un anumit context psihologic, social și material. Această relație a evoluat de la un model paternalist la unul cooperativ-deliberativ, reprezentând o întâlnire între doi „experți”: medicul ca expert în medicină și pacientul ca expert în el însuși, pacientul fiind singurul ghid ce poate desluși harta sinelui și îl poate ghida pe medic să ajungă la centrul suferinței, al bolii. Conform acestui model, comunicarea dintre pacienți și medici trebuie să se bazeze pe o înțelegere comună, într-o relație grijulie și dinamică care implică și familia pacientului. Cu toate acestea, această

¹ Good Medical Guide.

nouă abordare nu este lipsită de dificultăți, deoarece medicii trebuie să învețe să se adapteze la cerințele sale. Această situație a condus la un nou concept cunoscut sub numele de „pacient împuternicit” (Chiaramonte 2008), ce deține puterea sau, pe scurt, cel ce, așa cum menționam mai sus, este capabil psiho-emoțional, cognitiv să îl ajute pe medic în dinamica interviului terapeutic, să deslușească științific, prin intermediul cunoștințelor medicale, diagnosticul sau măcar să traseze, să schițeze simptomatologia bolii.

Pentru a discuta despre boală și sănătate, avem nevoie de definiția clară a celor două noțiuni. Noțiunea de boală este descrisă ca fiind „o stare particulară a organismului condiționată de acțiunea nocivă a diverși factori determinanți din mediu și, caracterizată printr-un complex de modificări morfologice și funcționale - locale și generale, cu caracter reactiv și lezional, ce tulbură regalarea și activitatea la diferite niveluri funcționale. Prin acestea se realizează limitarea capacităților de adaptare, respectiv reducerea capacității de muncă, printr-un proces ce afectează organismul în ansamblul unității sale biologice și sociale complexe” (Saragea 1985: 33).

Starea de sănătate este „o stare de completă bunăstare fizică, mentală și socială, și nu doar absența afecțiunilor sau bolilor”². Comunicarea eficientă între medic și pacient este o funcție clinică centrală în construirea unei relații terapeutice. Prin urmare, în ultimele decenii s-a acordat o mare atenție calității comunicării în medicină. Proiectul *Dialogul de anamneză cu pacientul standardizat* și implicit cercetarea din jurul său constituie un demers nou și de interes pentru medicii și studenții mediciști din estul Europei și nu numai, el fiind un proiect cu colaborare europeană, cu o universitate de prestigiu, Universitatea de Medicină din Viena, prin reprezentanta sa, dr. Bianca-Karla Ițariu.

Pe parcursul celor opt săptămâni în care s-a derulat proiectul, studenții mediciști au învățat să comunice eficient cu pacientul. Studenții Universității de Medicină și Farmacie *Victor Babeș* din Timișoara studiază Comunicare medicală încă din primul an, iar cei din anul al treilea studiază structura unui interviu de anamneză, după modelul prezentat pe parcursul proiectului, modelul Calgary- Cambridge³.

Cu toate acestea, deși informațiile teoretice erau deja predate și studenții participanți în proiect, studenți din anul I până în anul al VI-lea,

² OMS.

³ https://www.physio-pedia.com/Calgary-Cambridge_Guide_to_the_Medical_Interview

fuseseră deja participanți activi la cursurile de anamneză și comunicare medicală, absolviseră cu succes inclusiv modulul de Psihologie, predat în anul I, fuseseră deja de mai multe ori implicați în activități practice (voluntariat medical în cadrul organizațiilor studențești de la nivelul Facultății, practică de vară în cadrul spitalelor județene din țară), participaseră la numeroase conferințe pe teme medicale, nu au reușit sau nu au realizat conștient nevoia unui feedback real, calibrat la rece, al interacțiunii față în față cu un pacient simulant, un pacient actor, școlit pentru a simula, dar și a observa reacțiile firești și naturale ale medicinistului cu care interacționează.

Și, pentru că la începutul capitolului vorbeam de acțiune-reacțiune, emițător-mesaj-receptor, ceea ce proiectul a subliniat extraordinar este tocmai esența comunicării medic-pacient: reacția pacientului la mesajul medicului, fie că vorbim de limbajul trupului - feedback oferit direct, cu argumente clare de pacientul standardizat, 7percepute de pacientul standardizat, au creat un cadru propriu de *feedback real* pentru medicii.

Surpriza experimentului însă, a fost și mesajul de tip reacție inversă îndreptată către pacientul standardizat, simulant, care a început să se confunde cu rolul, să reacționeze la stimulul oferit de medicinist. Deși a fost un act de repetiție, un interviu de pregătire, deși atent calibrat, dozat în replici și reacții oarecum predictibile, dinamica celor doi protagoniști, medicul și pacientul standardizat, s-a aflat în permanentă modificare, evoluție sau regres emoțional datorită reacțiilor și replicilor spontane ale pacienților standardizați care, puși față în față cu pacienții, au reușit să recreeze un cadru viu, spontan, de reorganizare a arhitecturii unui dialog medical standardizat.

Cu alte cuvinte, actorii au reușit, asemenea unor psihologi cu experiență, să transforme dialogul într-unul cât mai real, păstrând schița diagnosticului și a bolii, păstrând traseul clinic pe care urmau să îl descopere tinerii medici și au reușit să creeze *triggere*, factori declanșatori, care să devină jaloane în comunicarea cu pacientul. Acești factori-piedică au apărut spontan, negândiți în prealabil, dar, asemenea pulsului sangvin, au fost introduși pentru a îmbunătăți comunicarea medicală, pentru a-l pune pe medicinist într-o situație unică, de unde acesta trebuie să iasă prin forțe proprii.

Scopul comunicării dintre pacientul standardizat și medicul/medicinistul participant nu a fost de a-l pune pe acesta din urmă în dificultate, ci tocmai de a aduce o situație tensionată la suprafață,

pentru ca medicul să vadă clar cum reacționează și să poată să îi ofere singur feedback, feedback-ul colectiv fiind util doar pentru reacțiile corporale, nonverbale inconștiente, cu alte cuvinte, pe care nu le putem conștientiza cu ușurință.

Însușirea abilităților de comunicare este un proces important și necesar, acestea făcând parte din bagajul obligatoriu al fiecărui medic, generalist sau specialist. Coeficientul emoțional (EQ), măsura capacității de a menține pacea cu ceilalți, de a păstra timpul, de a fi responsabil, de a fi sincer, de a respecta limitele, de a fi modest, autentic și atent, a fost instrumentul cheie utilizat. Pe parcursul proiectului s-a făcut apel la bine-cunoscutul IQ (măsura nivelului de înțelegere, măsura nivelului de cunoștințe acumulate pentru a diagnostica, a înmagazina informațiile primite și rezumate prin cardurile de rol), dar apelul se face către EQ, către capacitatea studentului medicinist de a putea filtra emoția transmisă de pacient: frustrări, angoase, comportamente defensive și mecanisme moștenite sau instinctiv instalate ca barieră de protecție în fața pericolului.

La Universitatea de Medicină și Farmacie *Victor Babeș* din Timișoara, proiectul *Pacientul standardizat*, de comunicare în medicină, a fost introdus pentru studenți pentru a-i familiariza cu metode de învățare experiențială: jocuri de rol, întâlniri simulate cu pacienți standardizați, întâlniri și discuții pe diagnostic cu medici, precum și exersarea interviului de anamneză după modelul Calgary-Cambridge. Au fost dezvoltate abilitățile medicale practice, împărțite în componente de abilități clinice, cardurile de rol cu descrierea bolilor, diagnostice, dar și discuțiile privind tabloul clinic împreună cu medicii și abilitățile de comunicare cu pacientul exersate cu pacientul standardizat, cât și cu colegii de proiect, cu coordonatorii din sfera lingvistică și psihologică.

Interacțiunea din timpul practicii de vară este una bruscă și nu este înlesnită de niciun reper psihologic sau medical, ci doar de un chestionar sau o fișă cu caracter medical, pe care, de cele mai multe ori, studentul medicinist o parcurge cognitiv, o citește înaintea sau chiar în timpul exercițiului, interviul de anamneză cu pacientul real, care nu va avea timp și nu va fi pregătit să îi dea un feedback imediat și nu va ști să interpreteze Ekg-ul comunicării medicale.

Tocmai din acest motiv, proiectele privind pacientul standardizat oferă acel răspuns pe care viitorul medic îl caută dincolo de răspunsul imediat, cel clinic, al diagnosticului complet: am folosit corect și clar comunicarea medicală? Am transmis în calitate de emițător mesajul clar

și concis? Am liniștit pacientul, oferindu-i cu toate acestea informațiile cerute? Am clarificat motivul sosirii lui în cabinet? Am reușit să evaluez pacientul ca un profesionist?

Dar întrebarea la care toți studenții participanți în proiect așteptau un răspuns era totuși feedbackul suprem: am reușit să stabilesc cu pacientul o legătură de încredere, aproape de ceea ce numim real, astfel ca acesta din urmă să revină la cabinet, să aibă încredere în actul medical?

Într-un proiect de cercetare îndrăzneț, un așa zis experiment imaginar unește și își dorește să transforme un exercițiu de joc de rol într-un exercițiu, o situație viitoare reală, de încredere și cooperare multilingvistică, pentru că acest proiect vizează comunicarea medicală și structurarea exercițiului de anamneză în patru limbi (limba română, limba engleză, limba germană și limba franceză). Două limbi latine și două limbi germanice folosite ca procedeu lingvistic, mecanism de mijlocire, de transmitere a mesajului medical și 40 de studenți care împreună cu actorii-pacienți crează și calibrează comunicarea medicală într-un proiect multidisciplinar: lingvistic, filologic, medical, psihologic și, nu în ultimul rând, artistic.

Dincolo de elementele psihologiei clinice, ale tipologiei caracteriale, esențiale în portretizarea pacientului standardizat, comunicarea s-a realizat eficient în cadrul proiectului, datorită cadrului sigur creat, cu reguli precise. Acestea au fost impuse și urmărite conform modelului Calgary-Cambridge pentru interviul medical. Mai mereu studenții afirmă că un interviu, un exercițiu nu se concretizează datorită lipsei unui plan clar.

Arhitectura acestor workshopuri, comunicarea a fost una clară și eficient dozată, tocmai datorită sistematizării inițiale, organizării clare a diagnosticelor, a schemelor clinice pe cartonașe și schițe clare traduse în toate cele patru limbi ale proiectului. Astfel, studentului i-a fost înlesnită schema cognitivă a primei etape de rezumare a tabloului clinic al bolii. Un mare plus în comunicare l-a reprezentat aportul specialiștilor, al medicilor, căci diagnosticul e pur medical, al filologului și psihologului, ce au furnizat mijloacele de comunicare eficientă și organizată, al actorului, studentul explorând cu ochii minții comunicarea nonverbală, cât și mijloacele de comunicare proprii pacientului standardizat. Într-un fel, studentul și actorul, au putut schimba halatele și au putut să înțeleagă fiecare mijloacele de comunicare ale celuilalt. Lentila fină în

microcosmosul fiecăruia a creat un nucleu solid pentru comunicarea în echipă: medic-pacient standardizat.

Vorbeam de atuul medicinistului: fiecare medicinist a lucrat în echipă, așa cum se întâmplă pe o secție spitalicească și a știut, datorită medicului coordonator, diagnosticul inițial. În stabilirea tabloului clinic, cel mai greu este stabilirea diagnosticului. Conform chestionarului Calgary-Cambridge, acesta se stabilește și se descrie după o discuție-interviu de aproximativ 20 de minute, mai mult sau mai puțin în funcție de secție și situație medicală.

În cadrul tuturor grupelor, pe parcursul workshopurilor am văzut și observat studenții mai mari care erau ușor precauți, introvertiți și își întrebau mereu coechipierii dacă observă detalii clinice ce le scapă. Alții, mai încrezători, de tip extrovertit menționau ușurința exercițiului, trecând peste detaliul esențial: cum calibrăm, cum dozăm comunicarea, informația medicală atunci când științific, medical cunoaștem toate datele, dar nu putem prezice, presupune și reacțiile pacientului din simplul motiv că, pacient sau nu, acesta nu poate fi tipizat, încadrat într-un tipar de personalitate, reacțiile lui fiind imprevizibile chiar și atunci când avem de-a face cu un pacient care a învățat tipologia caracterială pe care trebuie să o integreze în jocul actoricesc. Pacientul a fost din start încadrat în mai multe tipologii caracteriale, deseori și-a ieșit din tipologia prestabilită, a devenit ambivalent, în funcție de situația redată sau cea creată de jocul de rol.

Psihologic vorbind, deși vom vorbi mai jos despre principalele tipologii caracteriale integrate în proiect, reacția medicului și pacientului au fost total imprevizibile, iar feedbackul final s-a hrănit și construit tocmai din imaginea deconstruită din personalitatea celui din fața noastră, a persoanei cu care fiecare participant a interacționat. Un student a afirmat în urma proiectului: „am descoperit un alt Sine, o altă imagine pe care nu o cunoașteam”. Acel Sine, a fost pus în situația de a comunica adevărat, real, de a întreba pacientul cum se simte și, cel mai important, ce așteptări are acesta de la el, iar răspunsul „nu știu”, „mi-e frică”, „mă încred în dumneavoastră, domnule doctor”, dincolo de zâmbete și emoții date de publicul spectator, colegi și profesori, medici coordonatori, într-un cuvânt, echipa, a pus viitorul medic într-o situație nouă, aceea de responsabilitate ivită în urma unor cuvinte, parte a unei comunicări medicale menite să învețe tânărul medic cum să interacționeze lingvistic, psihologic, medical cu pacientul, cum să treacă de granița barierei lingvistice. Mă refer aici la studenții români care s-au

exprimat și au trebuit să își aleagă și să își construiască discursul medical pe o fundație lingvistică nouă, în engleză, germană sau franceză.

Deși *a comunica*, *to communicate*, *kommunizieren*, *communiquer* au o formă comună, mijlocirea mesajului e diferită etimologic în fiecare limbă străină și nu poate fi limitată la a comunica, a emite un mesaj fie el unul științific, un diagnostic. Atunci când comunicăm, mijlocim de fapt un schimb de informații între două structuri de personalitate (Olaru-Poșiar 2015: 120). Asul din mânecă al actorilor a fost tocmai acest lucru: pacienții standardizați și-au pregătit rolurile în funcție și bazându-se cu tărie pe cele șapte tipuri de personalitate: *suspicios* (pacientul nesigur pe propriile reacții și pe diagnostic), *temător* (pacientul ipohondru, mereu susceptibil, temător în viitorul imediat, de ce i s-ar putea întâmpla), *nemuțumit* (neîncrezător în abilitățile de examinare ale medicului), *agresiv* (puternic instinctiv ca trăsătură dominantă de personalitate), *nesigur*, *reținut*, *defensiv*, toate aceste caracteristici conturând aspectul precaut al fiecărei tipologii de personalitate, influențate și de mediul intraspitalicesc, cât și de experiența anterioară sau bagajul emoțional- familial, antecedentele heredocolaterale. Aceste tipuri de personalitate nu le-au fost dezvăluite medicilor, nici ele, nici caracteristicile comportamentale ce însoțesc aceste însușiri ale pacientului standardizat.

Dialogul de anamneză a fost condus de către medic, dar este bine să știm care sunt etapele acestui tip de dialog. Ceea ce nici pacientul standardizat, dar poate ceea ce medicul ar fi putut anticipa, este faptul că fiecare tratament se pliază diferit pe fiecare pacient, așa cum, la fel, dozată, identic calibrată, comunicarea este asemenea unei străzi cu două sensuri, iar un mesaj poate și este interpretat diferit de cele mai multe ori.

Astfel că, reacția receptorului la mesajul transmis a fost unică, reală, iar proiectul a demonstrat că în medicină, în psihologia comunicării și a individului, reacția nu poate fi perfect anticipată, frumusețea și calitatea experimentului social, psihologic rezultând din unicitatea dată de reacția umană la stimulul mediului, ai interlocutorului-pacient și al mesajului în sine.

Boala ca proces joacă și ea un rol definitoriu, însă nu schimbă reacția pacienților la interviul de tip anamneză, interviu ce a respectat toate rigorile și regulile medicale impuse, dar care nu a putut anticipa reacția la stimul.

Pentru acest lucru, fiecare pacient standardizat a studiat formularul Calgary-Cambridge și cardurile de rol ale pacientului,

formulate în jurul tipologiei de personalitate urmărite. Actorul a fost angrenat într-o realitate și o comunicare cu aplicativitate reală: descrierea simptomatologiei, de când s-a instalat simptomatologia prezentă, dacă s-a intensificat în timp, boli în familie, alergii, boli avute în copilărie, medicamentele pe care le ia pacientul, dacă acesta din urmă a călătorit în ultima vreme. Nu au existat bariere în a întreba medicul (ne referim la studentul medicinist în timpul dialogului jucat) dacă au existat neclarități în comunicare, informația primită a fost rezumată, cât și informația percepută, ceea ce s-a înțeles din comunicare, recomandările ulterioare conversației, dialogului medical, au fost notate în chestionare, așteptările, grijile de la întâlnirea în cabinet.

Actorii au fost încurajați să își facă o schiță a rolului pe care să o poată discuta cu medicul specialist. Pe partea de discurs, profesorii coordonatori filologi, au oferit la nevoie asistență actorilor. Decizia de feedback în comunicare și, desigur, cum se oferă acest feedback a aparținut pacientului standardizat. Formularul de feedback a fost analizat pentru a vedea la ce trebuie să fie atenți, cum să analizeze comportamentul verbal și nonverbal al medicului în timpul dialogului. Feedbackul a fost rezumat la 2-3 elemente cheie, de exemplu: clar, concis, prietenos sau la polul opus, ezitant, neclar, temător, defensiv, feedback ce a urmărit la final îmbunătățirea comunicării, o încurajare și o oglindire reală a dialogului de anamneză.

Întâlnirea finală a fost structurată astfel (respectând modelul Calgary-Cambridge): 20 de minute de dialog și 10 minute de feedback. Pentru a da feedback, actorii au ieși din sală după dialog și au avut 3-4 minute la dispoziție pentru a-și structura feedbackul oferit medicului, feedback bazat pe grila de feedback. Feedbackul actorilor-pacienți, mai ales modalitatea de a oferi feedback a fost foarte importantă pentru că majoritatea studenților s-a încadrat, așa cum am subliniat mai sus, în tipul de personalitate introvertit sau extrovertit, poli opuși, dar tipuri de personalități, care pot fi destabilizate ușor de un mod prea abrupt sau direct de feedback argumentativ.

Tipurile de pacient: suspicios, temător, nemulțumit, agresiv, nesigur, reținut, defensiv

La începutul anilor 1900, Carl Jung⁴ a teoretizat că există patru funcții psihologice primare prin care experimentăm lumea: senzația, intuiția, sentimentul și gândirea. Katharine Cook Briggs și fiica sa, Isabel Briggs Myers, au extins această teorie pentru a crea o întrebare despre personalitate care, în cele din urmă, se va transforma în 1962 în *Indicatorul de tip Myers-Briggs (MBTI)*. Acest test produce o combinație de patru dihotomii:

1. extraversiune vs. introversiune;
2. sensibilitate vs. intuiție;
3. gândire vs. sentimente;
4. judecată vs. percepție⁵.

Indicatorul de tip Myers-Briggs (MBTI) este un test de screening fiabil și valid pentru a descrie personalitatea naturală a unui individ, în special în domeniul medical. Indicatorul oferă unui individ o abreviere din patru litere care rezumă caracteristicile sale de personalitate. Categoriile includ: extraversiune (E) (EXTROVERSION) / introvertire (I) (INTROVERSION), simț (S) (SENSE) / intuiție (I), sentiment (F) (FEELING) / gândire (T) (THOUGHT) și percepție (P) (PERCEPTION)/ judecată (J) (JUDGEMENT).

Tipurile de personalitate ale medicilor variază considerabil în domeniul medical. Tipuri specifice de personalitate indicate de Myers-Briggs⁶ se potrivesc mai bine cu anumite specialități medicale decât cu altele. O trăsătură de personalitate este un model caracteristic de gândire, de sentiment sau de comportament care tinde să fie consecvent în timp și în toate situațiile relevante (Soto 2018: 240-241).

Alinierea personalităților medic-pacient și efectul acestora asupra încrederii și complianței pacientului au o importanță potențială în gestionarea unor tulburări, cum ar fi, de exemplu, în cazul studiului de față, anxietatea în fața morții ce îl face pe pacient să ascundă în spatele unui comportament de tip ezitant-defensiv, frica iminentă de boală, de

⁴ C.G. Jung, *Opere complete. Vol. 17, Dezvoltarea personalității*, Editura Trei, traducere de Viorica Nișcov, București, 2006, p.122.

⁵ Asociația Americană de Psihologie, *Dicționar de psihologie clinică*, Editura Trei, 2020, p. 367.

⁶ Link către chestionarul de evaluare Meyer's Briggs: <http://www.myersbriggs.org/my-mbti-personality-type/take-the-mbti-instrument/> [accesat la 20.02.2023].

moarte. Pacientul este nesigur, defensiv, doctorul fiind nevoit să își adapteze discursul și anamneza în funcție de tipul de personalitate observat. Analizăm mai jos alinierea personalităților medic-pacient și efectul acestuia asupra încrederii pacientului și a rezultatelor tratamentului.

În ultimii ani, importanța îmbunătățirii comunicării dintre medic și pacient a fost abordată în literatura medicală. De exemplu, studiile efectuate pe pacienți preoperatori au raportat rezultate mai bune ale tratamentului în cazul medicilor care au stabilit o comunicare eficientă cu pacienții lor (Britten *et al.* 2000: 320). Alte studii au demonstrat, de asemenea, o legătură între abilitățile de comunicare ale medicilor și satisfacția pacienților în ceea ce privește interacțiunea și tratamentul lor. Un studiu realizat de serviciul de medicină internă generală al Spitalului Universității din Chicago, care a chestionat 300.120 de pacienți, a constatat o relație pozitivă între satisfacția generală și evaluarea comportamentelor de comunicare ale medicilor curanți. Doar treizeci și trei la sută dintre medici au primit o notă ridicată în toate categoriile de comunicare măsurate, ceea ce relevă o mare diferență de comunicare între percepțiile și așteptările medicilor și pacienților (Clever *et al.* 2008).

Un alt studiu clinic realizat în Marea Britanie a indicat faptul că formarea medicilor în ceea ce privește tipurile de personalitate poate aduce beneficii în comunicarea medic-pacient și în rezultatele tratamentului. Mai exact, medicii și pacienții au prezentat cele mai semnificative diferențe în ceea ce privește preferințele lor, în ceea ce privește dobândirea și prelucrarea informațiilor legate de diagnosticarea și gestionarea afecțiunilor pacienților. În ceea ce privește îndemânarea necesară pentru a potrivi personalitatea medicului și a pacientului, „clinicienii experimentați sunt susceptibili de a învăța cum să facă acest lucru prin încercări și erori de-a lungul multor ani de practică medicală și prin dezvoltarea maturității [...] studenții la Medicină pot beneficia de învățarea acestor diferențe într-o etapă timpurie a formării lor, astfel încât să fie conștienți de ele și să poată aprecia efectul acestor diferențe în timpul întâlnirilor clinice. Acest lucru i-ar putea ajuta să își dezvolte capacitatea de a-și ajusta sau flexibiliza stilul mai rapid, bazându-se doar pe experiență”⁷ (Clack *et al.* 2004: 177).

Ca atare, am exemplificat studiul clinic efectuat în Marea Britanie și exemplul studiului Spitalului Universității din Chicago pentru a sublinia importanța înțelegerii efectelor tipurilor de personalitate în comunicarea

⁷ În traducerea noastră.

medic-pacient asupra încrederii pacientului, ce ar trebui să îmbunătățească îngrijirea și interacțiunile cu acesta, cât și diferența de comunicare între percepțiile și așteptările medicilor și pacienților, ceea ce noi vrem să transmitem, dar ceea ce este perceput în realitate.

Foarte important este de menționat raportarea la realitate: cu cât jocul de rol dispare, iar situația devine mai apropiată de realitate, reacția subiectului se intensifică, crescând gradul de subiectivitate. Cu alte cuvinte, dacă spre exemplu, un pacient standardizat s-a aflat în postura descrisă de cardul de rol, el poate oferi un feedback cât mai aproape de o situație reală, dar atitudinea acestuia din urmă poate evolua către un feedback subiectiv. Este important ca pacientul standardizat să își mențină un grad de obiectivitate, să se afle într-o postură imparțială atât față de medicinist, cât și față de situația medicală prezentată, pentru a oferi un feedback obiectiv.

Pentru o comunicare eficientă, studenții medicinisti au învățat să își dozeze reacția la stimuli și să comunice eficient, ce prezintă dozarea/calibrarea comunicării, realizarea unei evaluări pe baza cardurilor de rol în legătură cu ceea ce știm deja despre pacient: diagnostic, simptomatologie, antecedente heredocolaterale, pentru a putea preveni și anticipa reacțiile ulterioare.

Cu toate acestea, o înțelegere de bază a influențelor personalității asupra comunicării și a rezultatelor pentru pacienți nu este inclusă în majoritatea programelor de studii medicale. În ciuda unei instruiți extinse, medicii își supraestimează în mod constant abilitățile de comunicare și se bazează în mare măsură pe tehnicile de comunicare de bază învățate în timpul școlii de Medicină. Îmbunătățirea abilităților de comunicare poate crea și susține o relație terapeutică medic-pacient de succes, care constă în percepții și sentimente comune cu privire la natura problemei, obiectivele tratamentului și sprijinul psiho-social. Prin urmare, este nevoie de o mai mare atenție asupra alinierii trăsăturilor de personalitate medic-pacient în cadrul curriculumului medical modern și al pregătirii medicinistilor. O metodă de îmbunătățire a comunicării în cadrul domeniului medical este prin aplicarea Indicatorului de tip Myers-Briggs (MBTI).

Medicina forțează persoane cu personalități diferite să lucreze pentru a atinge un obiectiv comun, acela de a oferi cea mai bună îngrijire posibilă pacienților în circumstanțe neideale și cu resurse limitate. Cea mai importantă interacțiune are loc între pacient și medic. Fără conștientizarea contribuției pe care o are tipul de personalitate în

interacțiunile medic-pacient, comunicarea inefficientă duce la un management, o coordonare și o înțelegere deficitară.

Presiunea exercitată asupra medicilor și a personalului medical pentru a diagnostica și trata mai mulți pacienți cu nevoi medicale complexe va scădea probabil timpul și calitatea interacțiunilor medic-pacient. Cu toate acestea, nevoia de îmbunătățire a interacțiunilor medic-pacient rămâne crucială pentru asigurarea îngrijirii și siguranței pacienților.

Viitoarele studii medicale și proiecte cu studenții mediciști și pacienți standardizați, pot cu siguranță ajuta în a analiza preferințele pacienților în ceea ce privește personalitatea medicului în diferite departamente clinice și ar putea îmbunătăți considerabil interacțiunile pacient-medic.

Comunicarea în Medicină este considerată o abilitate importantă pentru a stabili o relație cu pacientul, deschizând calea către un diagnostic și un tratament de succes. Formarea abilităților de comunicare este acceptată la nivel internațional ca o componentă esențială a educației medicale. Deoarece abilitățile de comunicare pot fi învățate și stăpânite prin practică, învățarea experiențială este importantă, iar formatul individualizat și interactiv de predare ar trebui aplicat aderând la principiile medicinei bazate pe dovezi și centrate pe persoană. Relația umană este ceea ce contează cel mai mult, iar antrenarea comunicării prin interacțiunea cu pacienții de tip standardizat reprezintă un punct forte în îmbunătățirea comunicării medic-pacient, cât și în conturarea personalității și structurii caracteriale a viitorului medic.

Bibliografie

- Asociația Americană de Psihologie 2020: Asociația Americană de Psihologie , *Dicționar de psihologie clinică*, Editura Trei, 2020.
- Britten *et al.* 2000: Britten N, Stevenson FA, Barry CA, Barber N, Bradley CP, *Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study*, BMJ, 2000 Feb 19; 320(7233), pp. 484-8.
- Chiaramonte 2008: Chiaramonte D, „A piece of my mind. Who's afraid of the empowered patient?”, JAMA, 2008 Sep 24; 300(12), pp. 1393-1394.
- Clack *et al.* 2004: G.B. Clack, J. Allen, D. Cooper, J.O. Head, „Personality

- differences between doctors and their patients: implications for the teaching of communication skills”, în *Med Educ.*, 2004 Feb; 38(2), pp. 177-186.
- Clever *et al.* 2008: S.L. Clever, J. Jin, W. Levinson, D.O. Meltzer, „Does doctor-patient communication affect patient satisfaction with hospital care? Results of an analysis with a novel instrumental variable”, în *Health Serv Res*, 2008 Oct; 43(5 Pt 1), pp. 1505-1519.
- Jung 2006: C.G.Jung, *Opere complete. Vol. 17, Dezvoltarea personalității*, Editura Trei, Traducere de Viorica Nișcov, București, 2006.
- Olaru-Poșiar 2015: Simona Olaru-Poșiar, *Wahn und Wahnsinn in der deutschen Literatur*, Mirton, 2015.
- Saragea 1985: M. Saragea, *Delimitarea conceptului de boală, Secțiunea Probleme fundamentale de patologie generală, Vol. I, Tratat de Fiziopatologie*, Ed. Academiei R.S.R., 1985.
- Soto 2018: C.J. Soto, „Big Five personality traits”, în M.H. Bornstein, M.E. Arterberry, K.L. Fingerman, J.E. Lansford (ed.), *The SAGE Encyclopedia of Lifespan Human Development*, SAGE Publications: Thousand Oaks, CA, USA, 2018, pp. 240–241.

Surse electronice

GMC (Good Medical Guide): <https://www.gmc-uk.org/ethical-guidance/ethical-guidance-for-doctors/good-medical-practice> [accesat la 20.02.2023].

OMS (Organizația Mondială a Sănătății): <https://www.oamr.ro/organizatia-mondiala-a-sanatatii/> [accesat la 20.02.2023].

<http://www.myersbriggs.org/my-mbti-personality-type/take-the-mbti-instrument/> [accesat la 20.02.2023].

<https://patient.info/doctor/history-taking>, accesat la 20.02.2023.

https://www.physiopedia.com/CalgaryCambridge_Guide_to_the_Medical_Interview [accesat la 20.02.2023].

VII.

FEEDBACK 360°

SAU COMUNICAREA INVERSĂ ÎN DIALOGUL DE ANAMNEZĂ

Diana Boc-Sînmărghișan

Introducere

Etimonul grecesc *ἀνάμνησις* care stă la baza termenului *anamneză* se traduce literal prin „a apela la minte”, vezi și *fr. anamnèse*, „a-și aminti / aducere aminte”). Particula *ana* semnifică, atât ca prefix verbal, cât și atunci când este folosită ca prepoziție „în sus” sau „înspre în sus” (DEX). Extrapolând, prin intermediul comunicării inverse sau a feedbackului, de fapt, am urmărit o reformulare ghidată de specialiști, lingviști și medici, a dialogului de anamneză bazat pe un algoritm¹ ce respectă parametrii² codului de deontologie medicală.

Argument

Necesitatea de a le oferi studenților noștri mediciști achizițiile necesare unor viitori profesioniști de succes ne conduce spre o permanentă structurare, adaptare și completare a materialelor destinate învățării. Învățarea bazată pe formarea de competențe, înțeleasă drept un ansamblu de cunoștințe, aptitudini și atitudini adecvate contextului este mobilul acestei continue preocupări. Cu acest deziderat am pornit în realizarea formularelor de feedback, convinși fiind de faptul că finalitatea va fi motivarea studentului prin relevanța acestor auxiliare în deplin acord cu așteptările și nevoile pe care ei le au.

¹ LSCC: Limbaj, structură și comportament comunicațional.

² Cu privire la: stabilirea și consolidarea relației cu pacientul; solicitarea și oferirea de informații de la pacient; luarea deciziilor privind diagnosticul, îngrijirea, supravegherea și schema de tratament; manifestarea empatiei prin oferirea de răspunsuri suport cu privire la îngrijorările pacientului, la preocupările și așteptările acestuia în vederea complianței terapeutice.

Comunicarea inversă ori feedbackul, ca suport al procesului de învățare, este esențial pentru a îmbunătăți performanța, funcționând drept catalizator al motivării. Importanța lui în procesul de predare-învățare-evaluare este incontestabilă.

Cadrul teoretic

Cohen (1985) spunea despre feedback că ar fi una dintr-una dintre cele mai puternice caracteristici din proiectarea instrucțională, dar și cea mai puțin înțeleasă³. Bibliografia amplă⁴ din ultimii 50 de ani pe subiectul feedbackului, ca etapă esențială în procesul de învățare, dovedește importanța incomensurabilă a acestuia mai ales datorită legăturii directe pe care o are cu performanța. Părerile sunt contradictorii, însă toate admit că un feedback este eficient numai dacă prin intermediul lui se alimentează continuarea procesului didactic și/sau dacă este folosit de către cursant pentru îmbunătățirea performanței (William 2011: 120) și numai dacă se bazează pe rezultate obiective și pe evidențierea progreselor.

Hattie (2014) e de părere că feedbackul poate fi dat raportându-ne la patru niveluri:

1. **nivelul sarcinii de lucru și al rezultatelor**, centrat pe informație (corectă sau incorectă) ce include aspecte concrete, legate de conținut; cu formulări de tipul: „*Aici ai fi putut discuta mai în detaliu despre...*”/„*Aici ai fi putut aborda problema și din punctul de vedere al...*”;
2. **nivelul procesului de învățare**, raportat la modul în care s-a realizat sarcina, la identificarea de alternative în rezolvarea sarcinilor, la oferirea de indicii pentru o căutare mai ușoară a informațiilor, oferind chiar indicii despre diferite strategii și modalități de identificare a eventualelor erori;
3. **nivelul autoreglării**, orientat pe monitorizarea de către cursant a propriului proces de învățare, cu rol în îmbunătățirea competențelor de autoevaluare, acesta le oferă o încredere sporită pentru o ulterioară implicare în sarcină.

³ „...is one of the more instructionally powerful and least understood features in instructional design.” (Cohen 1985: 33).

⁴ Vezi Bangert-Drowns et al. 1991; Kluger, Denisi 1996; Kulhavy, Stock 1989; Kulhavy, Wager 1993; Mory 2004; Narcis, Huth 2004.

„... când elevii își pot monitoriza sau autoregla învățarea, ei pot folosi mai eficient feedbackul pentru a reduce discrepanța dintre nivelul la care sunt în propria învățare și rezultate școlare dorite” (Hattie 2014: 245);

4. **nivelul sinelui**, cu trimitere directă la apreciere, laudă, oferind astfel liniștire și suport, însă distrăgând atenția de la sarcină, proces și autoreglare⁵.

Demersul specialiștilor din domeniul educației cu privire la modalitățile de a interveni asupra conceptului de sine contingent cu performanțele scăzute s-au materializat în două direcții de intervenție: una *directă* (prin programe de autocunoaștere, analiză și înțelegere a propriei persoane și a celorlalți) și *indirectă* (prin creșterea performanței și evidențierea progreselor) (O'Mara *et al.* 2006). Cele două orientări, luate separat, au condus la rezultate îndoielnice, efectul conducând la schimbările produse pe termen scurt. Pe de o parte, studenții care sunt stimulați să dezvolte reprezentări pozitive ale sinelui nu-și mențin aceste autoevaluări decât dacă ele sunt confirmate de performanțele obținute. Pe de altă parte, cei care sunt incluși în programe instructive pentru formarea competențelor nu-și mențin aceste performanțe pe termen lung fără a fi încurajați printr-un feedback pozitiv și prin monitorizarea progreselor, fiindcă au tendința de a se descuraja la cele mai mici dificultăți sau eșecuri. Prin urmare, cadrelor didactice le revine datoria de a sprijini studenții în dezvoltarea competențelor care trebuie confirmate periodic, mai ales prin indicatori ai progresului realizat. Doar competențele dobândite printr-o astfel de manieră vor deveni surse de valori individuale.

Susținătorii teoriei autoeficienței admit că factorul care asigură succesul în învățare este în directă legătură cu autoeficacitatea înțeleasă. Conștientizând acest fapt, studentul va reuși să-și stabilească obiectivele, să caute strategiile cele mai potrivite sau să-și urmărească progresele etc. (vezi Bandura 1997; Zimmerman 1994, 1995; Zimmerman 1998). Așadar, învățarea în orice domeniu presupune dezvoltarea simultană a autoeficienței percepute, precum și a competențelor necesare.

Formarea abilităților de comunicare este acum acceptată la nivel internațional ca o componentă esențială a educației medicale, iar ghidul cunoscut în multe țări și folosit ca metodă de structurare a interviurilor

⁵ Despre **sine** / **concept de sine**, autoeficacitate, succes și eșec în determinarea performanțelor în învățare vorbește și Versavia Curelaru dintr-o perspectivă cognitivă și sociocognitivă în lucrarea *Conceptul de sine și performanța școlară*.

medicale (v. Burt *et al.* 2014) este *Calgary-Cambridge — Communication Process Skills*. Acest îndrumător este conceput pentru a oferi o structură clară dialogului de anamneză și pentru a ajuta la construirea relației dintre clinician și pacient. Modelul e unul cuprinzător (Mehay *et al.* 2012), bazat pe 73 de abilități și tehnici care, aplicate în cadrul dialogului de anamneză, s-a observat că îmbunătățesc comunicarea cu pacienții, incluzând aici menținerea contactului vizual, ascultarea activă, rezumarea frecventă a informațiilor, preocuparea pentru ideile și convingerile pacienților și manifestarea empatiei.

Comunicarea eficientă între medic și pacient este o abilitate de bază, esențială în clinică. Abilitățile interpersonale și de comunicare ale medicilor au un impact semnificativ asupra îngrijirii pacienților și se corelează cu rezultate îmbunătățite în domeniul sănătății. În cartea *Skills for Communicating with Patients* (2013, ediția a treia), autorii Jonathan Silverman, Suzanne Kurtz și Juliet Draper vin cu o abordare cuprinzătoare a predării și învățării abilităților de comunicare la toate nivelurile de educație medicală, atât în medicina de specialitate, cât și în medicina de familie. Ei arată cum pot fi dobândite abilitățile de comunicare în vederea unui dialog de anamneză de succes, furnizând totodată dovezi ale cercetării care validează importanța lor atât pentru medici, cât și pentru pacienți. Bibliografia consistentă⁶ pe care se sprijină cartea oferă multe titluri de referință pentru aprofundarea subiectului.

Formularele de feedback și evaluarea performanței SM⁷ în dialogul de anamneză cu PS⁸

Cercetările arată că, la niveluri egale ale competenței, învățarea devine mai facilă pentru cei care au o încredere mai mare în eficacitatea proprie. Prin intermediul formularelor noastre de feedback, am urmărit ca studentul să fie capabil să înțeleagă mult mai ușor ce trebuie să facă pentru a practica cu adevărat o comunicare eficientă cu pacientul într-o limbă care nu-i este nativă, în funcție de obiectivele, criteriile și standardele așteptate. Rezultatele au facilitat dezvoltarea autoevaluării (reflecția) în învățare, furnizând studenților noștri informații concrete despre gradul de asimilare. Mai mult, dialogul dintre profesori și studenți,

⁶ Ultimele 30 de pagini, 284-314, sunt o adevărată radiografie a ceea ce s-a scris în domeniu până în anul 2013, anul apariției celei de-a treia ediții a cărții.

⁷ Student medicinist (& studentă).

⁸ Pacient standardizat (& pacientă).

dar și între colegi a fost dirijat în jurul învățării astfel încât convingerile motivaționale pozitive și stima de sine să fie încurajate. Le-au fost oferite oportunități pentru a diminua diferența dintre performanțele atinse și cele dorite. De un real folos ne-au fost și informațiile pe care feedbackul ni le-a oferit nouă, cadrelor didactice și pe care, cu siguranță, le vom folosi în optimizarea predării.

Aceste formulare de feedback au fost pregătite din timp, gândindu-le cu rol formativ pentru învățare, scopul nostru fiind acela de a îmbunătăți abilitățile de comunicare care, alături de empatie, sunt esențiale viitorilor medici, influențând direct relația terapeutică și gradul de satisfacție al pacienților, dar și al profesioniștilor, cu impact asupra compliancei terapeutice.

În realizarea lor, am avut ca reper înțelegerea clară aceea ce reprezintă *anamneza* în domeniul medical, anume:

„totalitate a datelor pe care medicul le obține **interogând** bolnavul cu privire la apariția și evoluția bolii de care suferă, la antecedentele ei.” (DEX).

Pentru stabilirea unui diagnostic corect, un plan de prevenție/tratament adecvat și complet e nevoie, așadar, ca pacientul să fie ghidat cu multă răbdare, astfel încât, în urma dialogului de anamneză și a unei analize detaliate a datelor, toate elementele care alcătuiesc portretul de sănătate al pacientului, să fie scoase în evidență. Comunicarea inversă sau feedbackul nostru a gravitat în jurul celor două axe principale ilustrate în schema de mai jos:

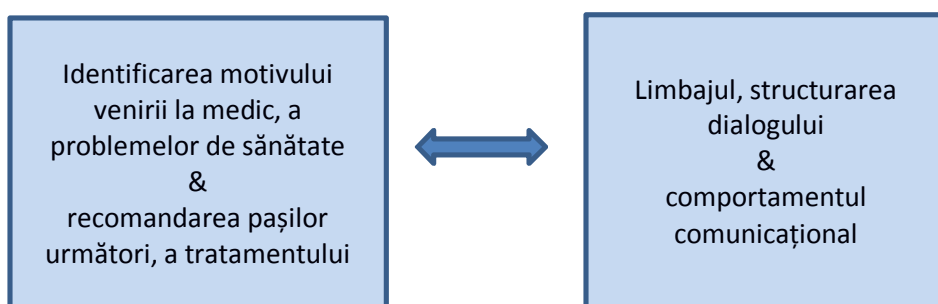


Figura 1: Schema de feedback – Dialogul de anamneză cu PS

Realizat din mai multe direcții, feedbackul complet⁹, specific și clar a avut menirea să le dea cursanților noștri răspunsuri punctuale imediate cu privire la dialogul de anamneză efectuat, oferindu-le sugestii pertinente prin care greșelile vor putea fi corectate. Într-un mediu convențional, cu standardele clar definite, rezultatele au fost predictibile, studenții fiind dirijați cum să aprofundeze anumite aspecte, care ar fi aspectele care ar trebui evitate, au fost încurajați și motivați astfel încât comunicarea cu pacientul să aibă efectele scontate.

1. Formularele de feedback și evaluarea colegială

Falchikov (2005) sugerează că „evaluarea colegială” poate fi realizată între grupuri, dar și la nivel individual în cadrul unui grup. Topping (2009) susține și el această idee, adăugând faptul că această formă de evaluare trebuie să fie efectuată între studenții care împărtășesc același statut și nivel. Roberts et alii (2006) continuă în această direcție, subliniind că evaluarea de la egal la egal trebuie să includă un element de reflexie critică și abia apoi, dacă este considerat adecvat, poate conduce la aprecierea muncii. Pe de altă parte, „co-evaluarea” este comparată de Falchikov (1986) cu „evaluarea colaborativă”, pentru că este necesar ca atât studenții, cât și profesorii să fie implicați în comun în evaluare. Falchikov (2005) dezvoltă problema în continuare punând accentul pe nevoia ca profesorii și studenții să poată împărtăși responsabilitatea pentru criteriile de evaluare, conducând astfel cu adevărat la o evaluare participativă.

Reflecția interpersonală înseamnă a acorda atenție relațiilor interpersonale ce sunt esențiale pentru desfășurarea unei anumite activități. Examinarea acțiunilor interpersonale, cum ar fi, în cazul de față, student medicinist - student medicinist poate ajuta la aplicarea normelor stabilite pentru activitatea educațională, influențând luarea deciziilor. Percepțiile de sine ale studentului au devenit percepțiile modului în care ele sunt văzute de alții, în general. (vezi în acest sens Shrauger, Schoeneman 1979)

Dezvoltând teoria atribuirii cauzale, Weiner și colaboratorii săi subliniază dubla perspectivă asupra motivației: intrapersonală și interpersonală (Weiner 2000; Weiner 2005; Hareli, Weiner 2002).

⁹ De 360°, așa cum a fost gândit, primit de la cadrele didactice de specialitate medicală și lingvistică deopotrivă, de la colegi, de la pacient (studentul actor), dar și propria reflecție asupra dialogului (autorefecția).

Motivația interpersonală este determinată de așteptările pe care le au ceilalți cu privire la cursant. În general, oamenii sunt motivați să acționeze astfel încât să satisfacă așteptările celor din jur, pentru a obține recompense și pentru a evita eșecul. În cazul de față, feedbackul primit de la colegii aflați în etape diferite de învățare¹⁰ a avut un rol deosebit de important, părerile celorlalți cu privire la calitatea dialogului de anamneză provocând uneori repercusiuni neașteptate și/sau indirecte, dar care, cu siguranță, au influențat în mod pozitiv.

Iată și câteva exemple:

„Ai uitat să te prezinți!”

„Nu strica să dai dovadă de mai multă empatie! Atunci când pacientul îți explica problema lui, tu păreai preocupat mai degrabă de scris.”

„Nu i-ai explicat pacientului procedura, ce urmează să faci. L-ai cam luat prin surprindere și nu părea prea fericit.”

Formularele de feedback au arătat că, într-un procent de 87%, colegii au admis faptul că dialogul de anamneză a fost bine realizat respectând parametrii ce au făcut trimitere către:

- stabilirea raportului și consolidarea relației cu pacientul;
- atitudinile pentru consolidarea relației cu acesta;
- identificarea motivelor consultației;
- înțelegerea problemei de sănătate a pacientului și a modului în care îi afectează viața;
- explorarea perspectivei pacientului asupra problemei sale de sănătate;
- structurarea conținutului informațional și luarea deciziilor.

Iată mai jos diagrama care ilustrează procentual răspunsurile oferite de colegii mediciști cu privire la prestația dialogului de anamneză cu PS (Diagrama 1):

¹⁰ Studenții participanți, cei care au oferit feedback, au fost din toți anii, 1-6, de studiu de licență în Medicină.

IDENTIFICAREA MOTIVELOR VENIRII LA MEDIC, A PROBLEMELOR DE SĂNĂTATE & RECOMANDAREA PAȘILOR URMĂTORI, A TRATAMENTULUI

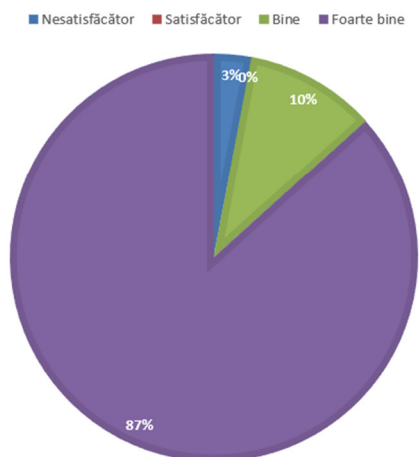


Diagrama 1: Evaluarea colegilor privind dialogul de anamneză cu PS conform formularelor de feedback

Limbajul, structurarea dialogului și comportamentul comunicațional au stat sub lupă în egală măsură, 80% dintre respondenți având aprecieri pozitive cu privire la abilitatea colegilor de a asculta, întreba și informa pacientul cu privire la problemele de sănătate pentru care s-a prezentat (vezi Diagrama 2).

LIMBAJUL, STRUCTURAREA DIALOGULUI & COMPORTAMENTUL COMUNICAȚIONAL

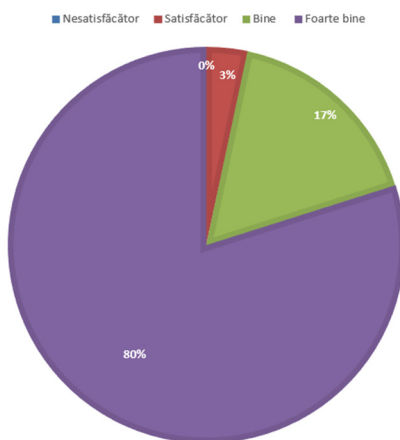


Diagrama 2: Evaluarea colegilor privind dialogul de anamneză cu PS conform formularelor de feedback

2. Formularele de feedback și evaluarea realizată de pacientul standardizat

În lumea profesioniștilor din domeniul medical, feedbackul rămâne cel mai important, pentru că oferă informații despre modul în care activitatea a fost sau nu desfășurată cu succes și dacă a condus sau nu la complianță terapeutică.

Întrebați fiind despre importanța feedbackului oferit de pacient, studenții mediciști înscriși la grupa de limba română au răspuns în unanimitate că este extrem de important jucând un rol **formativ, pentru învățare**, pentru că prin intermediul lui se poate vedea progresul unui profesionist din domeniul medical într-un anumit moment al carierei sale:

„Dacă vrei să progresezi continuu, acesta este tipul de feedback pe care îl vei dori pentru a reflecta și primi sfaturi despre redirecționarea efortului (acolo unde este cazul).”

(Student, grupa de limba română)

Perspectiva oferită de pacient (de studentul actor în rol de pacient) a avut menirea de a-i ajuta pe studenți să conștientizeze punctele lor forte, dar și pe cele la care mai au de lucrat, având drept scop susținerea unui comportament eficient. 67% dintre repondenți au apreciat faptul că dialogul de anamneză a fost condus cu abilitate de către studentul medicinist, în timp ce doar 3% dintre aceștia au avut aprecieri negative (vezi Diagramele 3 și 4).

Aptitudinile tehnice, abilitățile de comunicare, empatia, dar și emoția, și nesiguranța au alcătuit portretul viitorului medic pus în fața pacientului actor. Câteva dintre răspunsurile studenților actori în rolul pacientului sunt grăitoare:

„Ai avut răbdare și asta mi-a plăcut.”

„M-ai tratat cu respect și mi-ai dat încredere.”

„A fost bine, dar m-ai luat prin surprindere când m-ai examinat. M-ai cam speriat.”

„Nu te-ai prezentat.”

**IDENTIFICAREA MOTIVELOR VENIRII LA MEDIC, A
PROBLEMELOR DE SĂNĂTATE
&
RECOMANDAREA PAȘILOR URMĂTORI, A TRATAMENTULUI**

■ Nesatisfăcător ■ Satisfăcător ■ Bine ■ Foarte bine

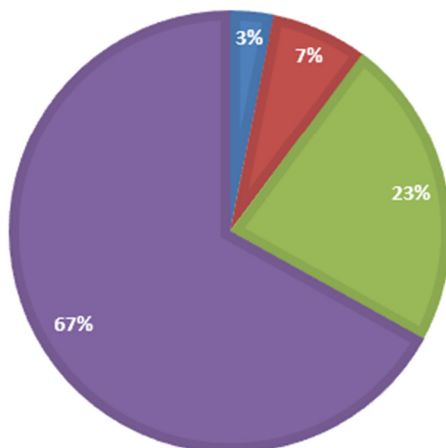


Diagrama 3: Evaluarea pacientului standardizat conform formularelor de feedback

**Limbajul, structurarea dialogului
&
comportamentul comunicațional**

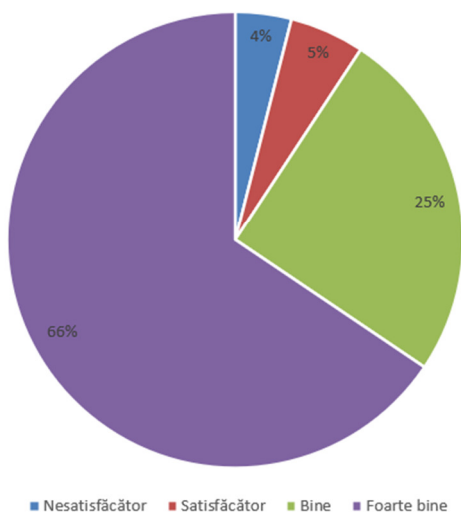


Diagrama 4: Evaluarea pacientului standardizat conform formularelor de feedback

3. Autoevaluarea

Aceste formulare au fost concepute cu scopul de a-i ajuta pe studenții noștri să se autoevalueze, să accepte feedbackul și să îl utilizeze în conformitate. Conform lui Larrivee (2000), reflecția personală poate fi considerată un set de filtre, cum ar fi experiența, dorințele și aspirațiile, care sunt aduse în fața oricărei situații și care influențează răspunsurile/rezultatele ce derivă din acestea. Pornind de la aceste convingeri, am invitat studenții medici să reflecteze și să răspundă la 4 întrebări:

1. Care a fost scopul dialogului?
2. Ce a fost bine?
3. Cum aş proceda altfel?
4. Ce părere au colegii?

Reflecția personală oglindită în răspunsurile primite de la studenții noștri medici poate fi descrisă, în termenii lui Colbourne și Sque, ca pe o auto-inspecție (Colbourne, Sque 2004), reflexivitate personală (v. Brookfield 1993), conștiință de sine sau capacitate de a se reprezenta pe sine (v. Giddens 1976).

Importanța stăpânirii depline a limbii de comunicare cu pacientul este esențială, iar bariera pe care o limbă străină o poate pune înaintea reușitei în acest domeniu a fost conștientizată:

„Am comunicat corect în limba franceză.”

sau

„Trebuie să practic mai mult limba română.”

Tabloul sinoptic oferit de răspunsurile studenților medici conturează imaginea unui viitor profesionist mulțumit în general de parcursul său și conștient de aspectele pe care va trebui să le îmbunătățească pentru a se putea autodepăși.

A fost bine pentru că...

„...a fost o atmosferă prietenoasă.”

„am liniștit pacientul și am atins punctele cheie ale dialogului de anamneză.”

„am avut curaj să încerc.”

Pe viitor ar fi de dorit:...

„...să îmi aleg cuvintele mai bine, să pot consola mai bine.”

„...să nu mai fiu atât de grăbit.”

„...să nu mai uit să mă prezint.”

„...să nu mă mai bâlbâi.”

„...să explic schema de tratament.”

Concluzii

Prin formularele de feedback am urmărit, în primul rând, să motivăm și să încurajăm învățarea continuă și astfel să îmbunătățim comunicarea în cadrul dialogului de anamneză și într-o limbă care nu-i este nativă viitorului medic, fie că este vorba despre limba română, franceză, engleză sau germană. Am pus accentul asupra modului în care profesioniștii din acest domeniu trebuie să comunice cu pacientul, asupra atitudinii lor și a abilităților de comunicare necesare pentru a putea crește încrederea viitorilor pacienți și a familiilor acestora în serviciile medicale, aspecte esențiale în gestionarea cu succes a problemelor de sănătate pe care le au. Toate acestea sunt deziderate cu care studenții noștri mediciști au pornit pe acest drum, iar noi îi asigurăm că le vom fi alături pentru a le putea concretiza.

Feedbackul complet, primit din mai multe direcții, de la cadrele didactice de specialitate, de la colegi, de la pacientul actor a sporit gradul de participare, a atras atenția asupra unor dimensiuni importante ale performanței și a condus la identificarea oportunităților de dezvoltare, a adus reflecție proprie crescând eficiența și încurajând atingerea scopului.

Bibliografie

- Bandura 1997: A. Bandura, *Self-efficacy. The exercise of control*, W. H. Freeman and Company, New York, 1997.
- Bangert-Drowns *et al.* 1991: R.L. Bangert-Drowns, C.C. Kulik, J.A. Kulik, M.T. Morgan, *The instructional effect of feedback in test-like events. Review of Educational Research*, 61(2), 1991, pp. 213-238.
- Brookfield 1993: John Brookfield, „Haldane's rule is significant”, în *Evolution*, vol. 47(6), 1993, pp. 1885-1888.
- Burt *et al.* 2014: J. Burt, G. Abel, N. Elmore, J. Campbell, M. Roland, J. Benson, J. Silverman, *Assessing communication quality of consultations in primary care: initial reliability of the Global Consultation Rating Scale, based on the Calgary-Cambridge Guide to the Medical Interview*, BMJ Open, 2014.
- Cohen 1985: V. B. Cohen, „A reexamination of feedback in computer-based instruction: Implications for instructional design”, în *Educational Technology*, 1985, pp. 33-37.

- Colbourne, Sque 2004: L. Colbourne, M. Sque, „Split personalities: role conflict between the nurse and the nurse researcher”, în *Journal of Research in Nursing*, 9 (4), 2004, pp. 297-304.
- Curelaru 2014: Versavia Curelaru, *Conceptul de sine și performanța școlară*, Iași, Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza”, 2014.
- Falchikov 1986: N. Falchikov, *Product comparisons and process benefits of collaborative peer group and self assessments*, *Assessment and Evaluation in Higher Education*, 11, 1986, pp. 146-166.
- Falchikov 2005: N. Falchikov, *Improving Assessment through Student's Involvement: Practical Solutions for Aiding Learning in Higher and Further Education*, Routledge, 2005.
- Giddens 1976: A. Giddens, *New Rules of Sociological Method*, Hutchinson, London, 1976.
- Hareli, Weiner 2002: S. Hareli, B. Weiner, „Social emotions and personality inferences: a scaffold for a new direction in the study of achievement motivation”, în *Educational Psychologist*, 37(3), 2002, pp. 183-193.
- Hattie 2014: L. Hattie, *Învățarea vizibilă. Ghid pentru profesori*, București, Editura Trei, 2014.
- Kluger, Denisi 1996: A. N. Kluger, A. Denisi, „The effects of feedback interventions on performance: A historical review, a meta-analysis and a preliminary feedback intervention theory”, în *Psychological Bulletin*, 119(2), 1996, pp. 254-284.
- Kulhavy, Stock 1989: R. W. Kulhavy, W. Stock, „Feedback in written instruction: The place of response certainty”, în *Educational Psychology Review*, 1(4), 1989, pp. 279-308.
- Kulhavy, Wager 1993: R. W. Kulhavy, W. Wager, „Feedback in programmed instruction: Historical context and implications for practice”, în J. Dempsey & G. Ales (ed.), *Interactive instruction and feedback*, Englewood Cliffs, NJ, Educational Technology Publications, 1993, pp. 3-20.
- Kurtz et al. 2003: Suzanne Kurtz, Jonathan Silverman, John Benson, Juliet Draper, „Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary–Cambridge Guides”, în *Academic medicine*, vol. 78, nr. 8/august 2003, pp. 802-809.
- Larrivee 2000: Barbara Larrivee, *Transforming Teaching Practice: becoming the critically reflective teacher*, *Reflective Practice*, vol. 1, nr. 3, 2000, pp. 293-307.

- Main *et al.* 2010: C.J.. Main, R. Buchbinder, M. Porcheret, N. Foster, „Addressing patient beliefs and expectations in the consultation”, în *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 2010.
- Mehay *et al.* 2012: Ramesh Mehay, Robin Beaumont, Juliet Draper, Iain Lamb, Liz Moulton, Damian Kenny, „Revisiting Models of the Consultation”, în Ramesh Mehay (ed.), *The Essential Handbook for GP Training & Education*, 2012.
- Mory 2004: E. H. Mory, „Feedback research review”, în D. Jonassen (ed.), *Handbook of research on educational communications and technology*, Mahwah, NJ: Erlbaum Associates, 2004, pp. 745-783.
- Narciss, Huth 2004: S. Narciss, K. Huth, „How to design informative tutoring feedback for multimedia learning”, în H.M. Niegemann, D. Leutner, R. Brunken (ed.), *Instructional design for multimedia learning*, Munster, New York, Waxmann, 2004, pp. 181-195.
- O'Mara *et al.* 2006: A.J. O'Mara, H.W. Marsh, R.G. Craven, R.L. Debus, „Do self-concept interventions make a difference? A synergistic blend of construct validation and meta-analysis”, în *Educational Psychologist*, 42(3), 2006, pp. 181-206.
- Roberts *et al.* 2006: B. W. Roberts, P. Harms, J. L. Smith, D. Wood, M. Webb, „Using Multiple Methods in Personality Psychology”, în M. Eid & E. Diener (ed.), *Handbook of multimethod measurement in psychology*, American Psychological Association, 2006, pp. 321–335.
- Shrauger, Schoeneman 1979: J.S. Shrauger, T.J. Schoeneman, „Symbolic interactionist view of self-concept: through the looking glass darkly”, în Blair T. Johnson (ed.), *Psychological Bulletin*, 86(3), 1979, pp. 549-573.
- Silverman *et al.* 2013: Jonathan Silverman, Suzanne Kurtz, Juliet Draper, *Skills for Communicating with Patients*, Ediția a treia, CRC Press, 2013.
- Topping 2009: K. J Topping, *Peer assessment. Theory into practice*, 48(1), 2009, pp. 20-27.
- Weiner 2000: B. Weiner, „Intrapersonal and interpersonal theories of motivation from an attributional perspective”, în *Educational Psychology Review*, 12, 1, 2000, pp. 1-14.
- Weiner 2005: B. Weiner, „Motivation from an attribution perspective and the social psychology of perceived competence”, în A.J. Elliot, C.S. Dweck (ed.), *Handbook of competence and motivation*, New York, The Guilford Press, 2005, pp. 73-84.

- Wiliam 2011: D. Wiliam, „What is assessment for learning?”, în *Studies in Educational Evaluation*, vol. 37, nr. 1, martie 2011, pp. 3-14.
- Zimmerman 1994: B.J. Zimmerman, „Dimensions of academic selfregulation: A conceptual framework for education”, în D.H. Schunk, B.J. Zimmerman (ed.), *Self-regulation of learning and performance*, Hillsdale, NJ, Erlbaum, 1994, pp. 3-21.
- Zimmerman 1995: B.J. Zimmerman, „Self-efficacy and educational Development”, în A. Bandura (ed.), *Self-efficacy in changing societies*, Cambridge University Press, 1995, pp. 202-231.
- Zimmerman 1998: B.J. Zimmerman, „Academic studying and the development of personal skills: a self-regulatory perspective”, în *Educational Psychologist*, 33(2-3), 1998, pp. 73-86.

VIII.

ÎNTÂLNIREA CU PACIENTUL STANDARDIZAT. PREGĂTIREA UNUI STUDIU CALITATIV

Karina Dimcea

1. Introducere sau despre importanța comunicării în domeniul medical

Cât de importantă este comunicarea în complexitatea unui act medical reușit? Probabil că răspunsul la această întrebare este în mare parte subiectiv, personal și greu de enunțat într-un mod concret. Medicii subliniază importanța anamnezei prin prisma faptului că pe baza ei reușesc să-și clădească diagnosticul, să-și confirme sau infirme suspiciuni. Pe scheletul anamnezei se clădesc idei, presupuneri, curiozități care vin a fi susținute de consulturi auxiliare, paraclinic și imagistică. Acestea din urmă evoluează într-un ritm alert, devin din ce în ce mai complexe și pot minimiza aparent importanța scheletului în sine, a comunicării medic-pacient. Însă, clinicienii continuă să afirme dificultatea stabilirii diagnosticului doar pe baza acestor investigații care de multe ori deschid alte drumuri și eclipsează problema principală când sunt scoase din context. Astfel, putem considera că pentru majoritatea clinicienilor anamneza, în ciuda valorii istorice pe care o deține în medicină, își păstrează importanța rămânând baza practicii lor.

Pentru pacient, comunicarea și dialogul cu medicul capătă o altă dimensiune, una personală, chiar spirituală. Acesta, aflat într-o situație mai dificilă a vieții sale, de labilitate fizică sau psihică, are nevoie de discuția cu cadrul medical pentru a dezvolta încredere, curaj și perspective optimiste de viitor. Bolnavul creează cu medicul curant o relație intimă în care își povestește experiența neplăcută, speranța vindecării, iar atenția medicului și comunicarea în sine devine de-o importanță crucială. Prin susținerea morală a bolnavului, șansele de reușită a tratamentului cresc atât din perspectiva confortului psihic, cât și prin complianța crescută a pacientului la un tratament cronic pe care-l

înțelege și care i-a fost explicat prin intermediul unei comunicări sănătoase medic-pacient.

Pentru prima dată am înțeles cu adevărat importanța unei comunicări sănătoase în cadrul actului medical în vara trecută, când am avut oportunitatea să finalizez practica de vară la Viena, la *Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien* (AKH). Primul lucru care m-a surprins acolo a fost respectul și înțelegerea pentru pacient. Discreția pentru patologia fiecărui spitalizat în parte m-a impresionat din primul moment și prin asta mă refer la faptul că, deși fiind spital universitar, cu un flux uriaș de studenți și practicanți, nu a existat niciodată situația ca explicațiile legate de patologia unui bolnav să fie discutate în fața acestuia. Acest lucru se realiza în cabinetul medicilor și înainte de vizită, cu ușa saloanelor închisă, erau dezbătute discret noi aspecte, analize nou venite sau modificări în boala fiecăruia. Acest aspect mi s-a părut deosebit de important, încrederea bolnavului fiind sporită și anxietatea limitată. Atunci am văzut întâia oară necesitatea unei forme responsabile de comunicare ce pune pe primul loc siguranța pacientului. Odată acest lucru remarcat, am început să-mi doresc din ce în ce mai mult să învăț noi modalități prin care pot transmite pacientului un mesaj profesionist, realizând că forma de prezentare și siguranța a ceea ce spunem sunt deosebit de importante.

2. Proiect și metodă

Având în vedere importanța incontestabilă a anamnezei, privită ca puncte de comunicare între ambele „tabere” ale actului medical (pacient-medic) a apărut și dorința mea de a participa și a mă implica în acest proiect inedit, *Dialogul de anamneză cu pacientul standardizat*. Experiența personală, dar și colectivă, a studenților și actorilor, legată de acest proiect m-a motivat să evaluez proiectul sub forma unei lucrări de licență care va conține un studiu calitativ despre întâlnirea studentului medicinist cu un pacient standardizat și felul în care acesta a perceput acțiunea desfășurată în cadrul proiectului. Studiul calitativ va prezenta și perspectiva pacientului standardizat, a actorului, legată de anamneză, dar și de rolul jucat.

Ideea de realizarea a unui studiu calitativ este relativ nouă și are avantajul de a ne ajuta să înțelegem felul în care anamneza este percepută de către studenți, dar, în același timp, prin intermediul studiului sunt generate și idei noi legate de comunicare pacient standardizat - student medicinist și posibil enunțate plusuri sau minusuri

legate de dialogul de anamneză cu care studenții sunt familiarizați deja din timpul facultății. Un alt aspect care va fi punctat se referă la necesitatea introducerii unui modul de anamneză cu un pacient standardizat în cadrul anilor de studiu la Facultatea de Medicină ca o completare sau o experiență premergătoare stagiilor clinice.

Studiul va consta inițial în colectarea de date, acest lucru se va face sub formă de interviu într-un cadru intim, personal, în care studenții să-și poată exprima opiniile păstrând anonimatul (anonimizarea datelor fiind păstrată pe parcursul întregului proiect). Interviuul va fi înregistrat, iar apoi transcris, proces ce va fi repetat pentru fiecare persoană în parte. Ne propunem, pe cât posibil, să interviuăm cât mai mulți participanți la acest proiect. Întrebările adresate se vor modifica în funcție de rolul avut în cadrul proiectului, student sau actor, dar rămân aceleași în cadrul categoriei.

3. Interviuuri

3.1. Experiența studenților mediciști

Pentru primul eșantion, cel al studenților mediciști, dorim să aflăm motivația care a stat la baza implicării lor în proiect, ce i-a determinat să-și asume această activitate extracurriculară. Răspunsurile pe care ne așteptăm să le obținem ar fi: o posibilă dorință de a-și îmbunătăți discursul de anamneză (pentru studenții din anii clinici), de a fi introduși în ceea ce presupune anamneza înaintea studierii efective sau de a avea o experiență premergătoare (anii preclinici), de a exersa într-un cadru organizat anamneza sau din dorința de a-și îmbunătăți competențele lingvistice, limbajul medical în limba străină (pentru participanții la grupele de germană, franceză, engleză).

În continuare vom analiza beneficiul pe care l-au avut studenții mediciști în urma participării la proiect. Dorim să vedem dacă au evoluat și din ce punct de vedere au făcut-o în urma timpului și energiei dedicate. Întrebarea este deschisă și așteptăm răspunsuri cât mai variate, de la simpla socializare și consolidarea de noi relații, la beneficii clare precum o îmbunătățire a cunoștințelor ce se pot sedimenta în viitorul lor discurs ca medici.

Dat fiind faptul că înaintea experienței de anamneze propriu-zise au avut loc și alte ateliere interactive în care studenții au fost implicați, precum prezentări făcute de medici despre anamneză în practica zilnică (experiența vastă a medicilor participanți la proiect extinzându-se în spațiul

european), aceștia le-au putut împărtăși diverse variante de abordare a pacientului, aspect care a entuziasmat. Au existat, de asemenea, ateliere care au pregătit cazul clinic ce avea să fie abordat de fiecare grup în parte la exercițiul final unde medicii care au proiectat cazurile medicale ipotetice au ajutat studenții să-și contureze o abordare clinică optimă. Ne dorim să aflăm ce anume a impresionat cel mai mult participanții.

Ca o urmare a întrebării anterioare vine clarificarea aspectelor mai puțin plăcute din cadrul atelierelor care se referă la ce anume nu a fost pe măsura așteptărilor. Întrebarea aceasta are o importanță deosebită pentru că ne poate ajuta pe viitor, în caz de reluare a proiectului, să îmbunătățim aspecte chiar la sugestia participanților care, anonim, se pot exprima liber. Suntem interesați să aflăm dacă există un punct comun a ceea ce nu a fost plăcut și să analizăm răspunsul, poate chiar să-l corelăm cu situații din cadrul experienței academice zilnice și să găsim soluții.

Un alt aspect care trebuie analizat este beneficiul personal adus de implicarea în proiect. Acest aspect poate fi diferit în funcție de anul de studiu al participantului. Ne așteptăm ca, pentru studenții din anii terminali, cazurile clinice să fi venit ca o recapitulare, reverificare și fixare a informațiilor deja dobândite pe parcursul stagiilor clinice, iar pentru studenții aflați în anii preclinici vrem să vedem cum au făcut față fluxului de informații medicale cu care probabil s-au întâlnit pentru prima dată și dacă informația medicală a fost clară, înțeleasă, iar exercițiul devine un posibil ajutor pentru viitor.

Axându-ne pe participanții care au ales un grup cu o limbă diferită de cea maternă (engleză, germană, franceză) vom analiza prin răspunsul lor la întrebare impactul asupra cunoștințelor lingvistice, cum s-a îmbunătățit capacitatea lor de conversație în urma pregătirii discursului de anamneză. Totodată, este interesant de aflat și dacă au făcut o autoevaluare a competențelor de comunicare pe care le au în limba respectivă. Pentru cei care au apelat în dialogul de anamneză la limba maternă, întrebarea se poate referi la îmbunătățirea utilizării termenilor medicali sau la nuanțarea exprimării în general.

Pentru realizarea anamnezei pe un pacient standardizat a fost necesară pregătirea unor cazuri clinice ce au fost explicate de medicii participanți în cadrul atelierelor, cât și pregătite de studenți în timpul liber. Ne propunem să aflăm procesul de pregătire al acestora, de unde s-au informat, cât timp au citit și ce anume au pregătit. Se poate ca unii să se fi axat pe informația medicală, alții să fi pus accentul pe comunicare și pregătirea unei abordări confortabile pentru pacient, iar cei ce au

participat la anamneza într-o limbă străină probabil că au alocat timp și pregătirii pe plan lingvistic.

Am conceput o întrebare care va fi pusă în formă diferită în funcție de tipul activității desfășurate de student. Au fost două tipuri de situații, una în care studentul a purtat discuția cu pacientul standardizat într-un cadru formal, în fața colegilor, organizatorilor, profesorilor și cadrelor medicale, aceasta fiind înregistrată audio-video. Cea de-a doua variantă propusă a dat celorlalți studenți din cadrul grupelor posibilitatea de a face anamneza pacientului-actor într-un cadru informal, având același caz cu protagonistul (studentul medicinist ce a purtat dialogul în cadrul formal). S-a oferit astfel șansa de a exersa și persoanelor mai emotive sau mai puțin avansate în comunicarea într-o limbă străină. Ne interesează experiența personală a fiecăruia, în primul caz experiența emoțională pe care au avut-o studenții în momentul anamnezei, care a fost impactul emoțional și cum s-au simțit ei în postura de a fi priviți de un grup divers de oameni în timp ce performau și cum ar compara sentimentul sau situația cu experiența lor zilnică avută cu pacientul. În cel de-al doilea caz, suntem curioși să descoperim dacă studenții au fost mai relaxați, dacă i-a ajutat experiența, cum au perceput-o și dacă le-a oferit încredere de a participa pe viitor și la un dialog într-un cadru formal.

Un aspect important din cadrul ultimului atelier, cel în care a avut loc anamneza pacientului standardizat, a fost faptul că medicul-student a primit feedback, atât din partea colegilor, a coordonatorilor medici, cât și din partea actorului aflat în postura pacientului. Acest aspect este destul de neîntâlnit în experiența medicală a unui student la medicină, regula fiind feedbackul din partea asistentului de grupă, colegii și pacienții nefiind puși în postura de a-și formula opinia legată de discursul celui în cauză. Ne dorim să analizăm în cadrul studiului modul cum a fost percepută această postură de a primi un răspuns despre munca depusă din partea mai multor persoane aflate în posturi diferite, dacă există diferențe între propria percepție și feedbackul primit, care ar fi diferența și dacă sugestiile primite le sunt de folos. Pe lângă acest aspect, a avut loc și reversul monedei în care studenții au fost puși în postura de a da un feedback colegilor lor și de a argumenta deschis plusurile și minusurile sesizate. Va fi dezbătută în cadrul interviului și această ipostază avută de studenți, de a analiza cât mai obiectiv anamneza colegilor.

După conturarea unei imagini de ansamblu despre experiența interviuatului mai rămâne de stabilit un singur aspect, și anume, dacă, în opinia participantului, ar trebui extins proiectul pilot pentru mai mulți

colegi mediciști. Ne dorim să aflăm dacă studenții participanți consideră importantă extinderea proiectului la o scară mai largă și dacă l-ar vedea ca fiind util sau chiar necesar în cadrul materiilor de studiu ale Facultății de Medicină pe care o urmează. În funcție de răspunsul primit, dacă acesta este afirmativ și participanții consideră utilă extinderea conceptului propus de proiect, suntem doriți să aflăm momentul în care aceștia consideră că ar trebui introdus și sub ce formă (disciplină obligatorie, modul intensiv, curs opțional etc.). Căutăm un numitor comun în viziunea participanților studenți pentru a decela un moment optim în decursul celor șase ani de studiu în care să fie utilă implementarea pe o scară mai largă a dialogului studentului medicinist cu un pacient standardizat.

3.2. Experiența actorilor

Cel de-al doilea pilon de susținere al proiectului pilot este reprezentat de rolul esențial al actorilor participanți, cu ajutorul cărora ideea de pacient standardizat a prins viață. Pacientul standardizat este, de fapt, un bolnav ipotetic care reușește să se plieze pe un anumit caz clinic elaborat în prealabil de medici specialiști. Datorită muncii și implicării actorilor, studenții au reușit să exerseze dialogul de anamneză, să-și modeleze atitudinea și să practice un model eficient de comunicare pe care vor putea să le adopte în practica lor clinică ulterioară.

Părerea actorilor fiind foarte importantă în realizarea studiului, vom organiza interviuri în mod similar celor avute cu studenții mediciști. Vor avea loc întâlniri prin care vom încerca să captăm cât mai mult din experiența actorilor participanți în încercarea de a surprinde cât mai bine viziunea pacientului nostru standardizat. Acest lucru va fi posibil prin aplicarea unui alt set de întrebări gândit pentru actori la care așteptăm răspunsuri cât mai deschise și personale din partea fiecăruia, rămânând apoi de analizat dacă există puncte comune și care ar fi acelea.

Vom începe interviul interesându-ne despre motivația fiecărui actor în parte de a participa la proiect, ce a stat în spatele asumării acestui rol. Răspunsurile pot fi cât mai diverse, de la curiozitate la dorința unei noi provocări sau alte scopuri posibil mai pragmatice. Dată fiind tinerețea și efervescența actorilor noștri suntem conștienți că motivele ne vor surprinde și vom putea descoperi noi subiecte de discuție.

În continuare este interesant de aflat dacă experiența rolului din cadrul proiectului le-a adus un beneficiu personal. Se pot presupune

posibile câștiguri personale referitoare la profesie, în sensul că experiența avută să le fi îmbunătățit jocul scenic sau să fie considerată drept beneficiu oportunitatea de a cunoaște oameni noi, alți tineri, dintr-un domeniu diferit care să le ofere o nouă viziune despre viață. Pentru unii dintre actori este posibil ca noile cunoștințe dobândite din sfera medicală să fie un câștig în sine, acumulând informații pe care le pot folosi pe viitor în viața cotidiană sau chiar unii dintre ei să-și fi schimbat viziunea despre medici în sine interacționând cu oameni din acest domeniu.

În speranța că vom reuși să pătrundem cât mai mult în spatele scenei, ne-ar plăcea să ne fie împărtășite unele trucuri actricești despre cum au reușit să intre în rol, astfel încât să poată întruchipa bolnavul în toată complexitate lui. Suntem curioși să aflăm detalii din procesul premergător jocului actricesc, să înțelegem mai bine cum este posibil să transmiți anxietate, frică, durere, tristețe, iar apoi împăcare, acceptare și încredere față de medicul-student și cum au reușit să aducă atât de multă veridicitate într-o situație ipotetică.

Pentru ca totul să fie posibil, a fost necesară o muncă de cercetare medicală din partea actorilor. A fost nevoie ca ei să-și înțeleagă patologia, să conștientizeze impactul bolii atât din punct de vedere fiziologic, cât și psihologic pentru ca reprezentarea lor să poată fi cât mai autentică. Ne dorim să aflăm cum au reușit să asimileze conținutul medical și cât de profund au reușit să-și înțeleagă patologia pe care au pus-o în scenă. Suntem curioși să descoperim care a fost strategia lor de asimilare a conținutului medical, dacă au folosit materiale auxiliare și cât de mult timp au acordat studiului bolii în sine. De asemenea, ne interesează și gradul de dificultate la care ar încadra această parte a muncii lor.

Vom reflecta și asupra punctului culminant al proiectului, scena consultului, patronat de anamneza studentului și vrem să conturăm cât mai clar opinia actorului despre acest moment. Viziunea acestuia se suprapune, în limite largi, celei a bolnavului, de aceea ne dorim să aflăm, în primul rând, cum a perceput el această experiență, cum s-a simțit în timpul anamnezei făcute de student, dacă au existat momente de nesiguranță sau în care se simțea neînțeles. Vrem să descoperim ce a sesizat actorul ca fiind optim sau mai puțin satisfăcător în discursul de anamneză al studenților cu care a intrat în contact, atât pentru el, actorul, cât și pentru pacientul al cărui rol l-a interpretat. De asemenea găsim important de diferențiat dialogul medic-pacient din cadrul formal, asistat de spectatori și înregistrat, de cel susținut într-o manieră informală. Pentru a reuși această diferențiere din mai multe unghiuri, vom ruga

actorul să-și prezinte părerea despre cele două situații, să enumere puncte comune și distincte între cele două cadre ale dialogului de anamneză.

Pentru că feedbackul dat de actor studentului medicinist a avut o semnificație deosebit de mare, oglindind ipotetic opinia pacientului, este important să aflăm cum s-a simțit acesta în postura de a analiza și aprecia, pozitiv sau negativ, comportamentul comunicațional al studentului-medic. Intră aici în discuție și gradul de sinceritate al feedbackului și felul în care și-a cosmetizat actorul comunicarea aprecierilor negative, astfel încât să nu descurajeze viitorul medic.

Pregătind terenul pentru extinderea proiectului pe viitor, suntem interesați să aflăm ce anume ar vrea actorii să facă diferit în cadrul rolului pe care îl au de jucat, ce au învățat din experiența acestei ediții și ce ar face altfel într-un context similar. Și, bineînțeles, suntem curioși să aflăm dacă ar mai vrea să participe și pe viitor la acest joc de rol cu scop educativ pentru tinerii doctori sau doctorii în devenire. Exprimarea dorinței de a participa sau nu în continuare la o ipotetică nouă ediție a proiectului va fi argumentată pe cât posibil de către fiecare actor interviuat.

4. Prelucrarea informațiilor – un studiu științific

După colectarea acestor date anonimizate, voi transcrie din formatul audio inițial (interviul fiind înregistrat) conținutul interviurilor. Textul va fi procesat de un software special cu scopul de a evidenția ideile principale, conturând practic aspectele comune regăsite în răspunsurile celor două eșantioane. Pornind de la acestea, vom trage concluziile legate de proiectul derulat și despre viziunea studenților mediciniști asupra necesității existenței unui exercițiu de anamneză cu un pacient standardizat.

Ineditul și spontaneitatea sunt elemente cheie ale studiului calitativ. Plăcerea de a descoperi teme recurente, flexibilitatea studiului, dar și nota personală dată de experiențe umane diferite care se suprapun totuși neintenționat pentru a da ființă unor idei, toate acestea pot face din acest studiu un deschizător de drumuri despre un nou mod în care poate fi privită anamneza. Sperăm să descoperim cât mai multe ipoteze și concepte revelatoare despre felul în care este văzută comunicarea medicală în rândul studenților și să verificăm posibila dorință a studenților de a învăța anumite aspecte ce țin de medicină și într-un mod nou.

5. Întâlnirea cu pacientul standardizat – o experiență personală

În finalul scurtei prezentări a planului viitoare mele lucrări de licență care se axează pe dialogul de anamneză cu un pacient standardizat, pus în practică în cadrul atelierelor ce au avut loc la facultatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” din Timișoara, coordonate de doamna conf. dr. Daniela Kohn, doresc să împărtășesc câteva opinii despre modul în care am perceput eu activitatea desfășurată și impresiile sădite în propria memorie. Așadar, pentru mine, fiecare atelier a avut un farmec aparte reușind să mă surprindă plăcut de fiecare dată. Mi-a plăcut unicitatea fiecărei întâlniri și informația nouă transmisă într-un mod cât se poate de interesant. Mi-a plăcut implicarea coordonatorilor, a medicilor ce au venit în ajutorul nostru, aceștia ne-au fost alături în construirea corectă a cazului clinic, a atitudinii terapeutice adecvate și ne-au împărtășit cu drag și pasiune din experiența lor medicală. Am fost plăcut surprinsă să observ deschiderea lor față de noi și plasticitatea cu care își mulau sfaturile în funcție de nivelul nostru de experiență clinică. Trebuie precizat faptul că participanții au fost studenți de niveluri diferite în studiul medicinei, în sensul că, unii dintre noi am fost ani terminali, anul cinci sau șase, iar alții, cei mai curajoși, au fost anul doi sau chiar întâi. Paleta largă a participanților a fost interesant de observat pentru că, într-un mod sau altul, acest lucru s-a reflectat în motivația participării. Cei la început de drum erau entuziasmați că au oportunitatea de a fi inițiați în munca clinică la care visează și, cumva, întâlnirea cu un pacient standardizat a reușit să-i ambiționeze în studiul materiilor preclinice, iar cei din anii terminali erau focusați pe completarea experienței, dar și a lacunelor resimțite ca fiind prezente în experiențele cumulate deja până atunci. Lucrurile au fost interesante și pentru îmbunătățirea cunoștințelor lingvistice, lucru deosebit de apreciat de cei care erau în proces de învățare a unei limbi străine și care au avut oportunitatea să-și dezvolte vocabularul în sfera medicală, practic zona în care au cea mai mare nevoie de exercițiu.

Am văzut o socializare caldă și deschisă între participanți creându-se chiar un spirit puternic de lucru în echipă și colegialitate. Despre atelierul final în care a avut loc întâlnirea pacient standardizat - student medicinist continui să am cuvinte de laudă. Dacă ar trebui să rezum într-un cuvânt, acesta ar fi: seriozitate. Totul a fost tratat cu un interes deosebit, momentele fiind meticolos pregătite atât de studenți, cât și de actori care, cu o măiestrie deosebită, au interpretat fiecare rol și ne-au

transpus cu adevărat într-un cabinet medical. Toți participanții au fost impresionati de veridicitatea momentului și au aplaudat cu drag și apreciere scena. Ideea de feedback a fost îmbrățișată de către participanți, cei puși în postura de a primi feedback recunoscând la finalul atelierului că au primit opinii pe care le vor păstra pe viitor.

Unul dintre aspectele mele preferate a fost faptul că a existat posibilitatea și disponibilitatea din partea actorilor de a ne sta la dispoziție și pentru anamneza într-un cadru informal. Acest lucru a fost un exercițiu fantastic pentru studenții emotivi sau cei care nu stăpâneau limba străină la un nivel atât de avansat, astfel încât nimeni nu cred că a plecat în urma proiectului cu regrete.

În plan personal am rămas cu amintiri frumoase, am dobândit cunoștințe utile și am dezvoltat relații deosebite cu colegii. Personal, sper ca proiectul să se implementeze pe scară largă pentru ca toți studenții să aibă parte de această experiență și să înțeleagă pe deplin rolul major, esențial și incontestabil al comunicării în activitatea medicală.

6. Un exercițiu viitor

Sper ca implementarea acestui mod modern în care se poate învăța baza unei anamneze corect făcute să reușească, inclusiv extinderea către un examen obiectiv făcut pe un pacient standardizat. Consider că acest exercițiu ar da siguranță studentului aflat la început și în momentul întâlnirii cu un pacient real, în cadrul stagiilor, va fi mai bine pregătit și nu va mai trece prin momentele de anxietate date de nou și incertitudine, atât de cunoscute studenților în primul semestru de semiologie medicală. De altfel, cred că un student mai bine pregătit, mai sigur pe ce are de făcut va face mai plăcută și experiența bolnavului în spital. Sper ca pe viitor, bine-cunoscutul îndemn „mergeți și vorbiți cu pacientul” să fie susținut și printr-un conținut în prealabil tematizat și discutat din punct de vedere lingvistic/comunicațional și medical, prin crearea de situații similare celor din practica reală prin intermediul unui pacient standardizat, un pacient-actor. Confortul psihic al studentului, chiar și al practicianului neexperimentat, ar fi cu siguranță îmbunătățit prin simularea în prealabil a interacțiunii cu diferite tipuri de pacient (depresiv, traumatizat, iritat, agresiv etc.) sau simularea unor contexte neplăcute în care reacțiile firești nu sunt poate cele mai potrivite.

Speranța mea în evoluția dialogului în medicină este mare și cred profund în puterea comunicării medic-pacient, în aportul adus de aceasta în tratarea bolnavului.

IX.

CARDURI DE ROL

LIMBA ROMÂNĂ

dr. Elena Amăricăi & dr. Andreea Iana & dr. Bianca-Karla Ițariu

Card de rol Medic	1A
Secție: Medicină fizică și de reabilitare Diagnostic: pareză facială periferică stângă Situație: • pacientul/pacienta vine la dvs. cu un deficit motor la nivelul hemifaciesului stâng instalat brusc; • diagnostice de suspiciune: pareză facială periferică stângă; accident vascular cerebral cu pareză facială de tip central; tumoră cerebrală. Examinare: • examinați pacientul/pacienta (fața, mișcările active ale membrelor superioare și inferioare, mersul); • observați în repaus: asimetrie facială, ștergerea pliurilor frontale stângi, fanta palpebrală stângă mai deschisă comparativ cu partea dreaptă. • observați în dinamică: nu poate încreți fruntea de partea stângă (atunci când se încruntă); imposibilitatea de închidere a ochiului stâng, nu poate arăta dinții de partea stângă; suflatul, fluieratul și pronunțarea consoanelor, labialelor (<i>m, b, p</i>) se face cu dificultate; în timpul vorbitului, comisura bucală este trasă de partea sănătoasă (dreapta) și se accentuează asimetria facială; • pacientul/pacienta nu prezintă deficit motor la nivelul hemicorpului drept; • pacientul/pacienta nu prezintă parestezii la nivelul hemicorpului drept; • RMN-ul cerebral: fără modificări patologice; • trebuie să excludeți următoarele diagnostice: accident vascular cerebral cu pareză facială de tip central; tumoră cerebrală. Sarcini: • să faceți anamneza; • să examinați clinic pacientul/pacienta; • să interpretați RMN-ul; • evitarea stigmatizării; • apelul la tehnicile de comunicare: ICE (<i>ideas, concerns, expectations</i>), parafrază, rezumare etc. Finalul dialogului: după stabilirea de comun acord a planului de tratament.	

Autor: dr. Elena Amăricăi

Card de rol Pacient/pacientă	1B
Secție: Medicină fizică și de reabilitare Diagnostic: pareză facială periferică stângă	
Date generale: • nume, prenume; • aveți 60 de ani; • ocupație: actor/actriță; • înălțime: 1,70m; • greutate: 95 kg. Situație: • dimineața ați observat că partea stângă a feței este mai rigidă; • aveți probleme să închideți ochiul stâng și nu puteți mesteca și bea lichide ca înainte pe partea stângă; simțiți că mâncarea rămâne în partea stângă a gurii. Beți apă cu paiul, altfel ar fi dificil; • când v-ați uitat în oglindă, ați observat că v-au dispărut ridurile de pe partea stângă a frunții; nu mai puteți încreți fruntea pe partea stângă; • obrazul stâng vi se pare mai căzut, chiar și colțul gurii; • aveți dificultăți la vorbire și pare că gura deviază spre dreapta atunci când vorbiți; nu puteți sufla și fluiera fără dificultăți; nu puteți pronunța ușor <i>M, B, P</i> când vorbiți; • aveți dificultăți la spălatul pe dinți; nu puteți arăta medicului dinții de pe partea stângă; • puteți mișca fără probleme umărul, brațul, mâna, șoldul, genunchiul și piciorul drept; nu simțiți amorțeală sau înțepături în membrele de pe partea dreaptă; • aveți la dvs. rezultatele RMN-ului cerebral; • ați citit deja mai multe articole pe internet și presupuneți că sunteți destul de bine informat/ă despre posibilul diagnostic. Condiții de viață & situație emoțională: • ați avut gripă acum două săptămâni; • aveți diabet zaharat tip 2 și luați medicamente: Siofor; • aveți un spectacol peste o săptămână și nu știți dacă puteți juca. Finalul dialogului: după stabilirea de comun acord a planului de tratament. Informație ascunsă: Credeți că suferiți de ceva grav: o tumoră în gât sau intracranian, iar medicul evită să vă spună adevărul. Credeți că, în general, aveți mult ghinion.	

Autor: dr. Elena Amăricăi

Card de rol Medic	2A
Secție: Medicină fizică și de reabilitare Diagnostic: tendinită Situație: • pacientul/pacienta vine la dvs. după 2 săptămâni de la un traumatism prin cădere (prin alunecare) cu sprijin pe mâna dreaptă; durerea este prezentă la nivelul pumnului drept, cu caracter mecanic; • diagnostice de suspiciune: fractură la nivelul articulației pumnului drept; tendinită/tenosinovită la nivelul tendoanelor de la nivelul articulației pumnului drept; sindrom de tunel carpian; poliartrită reumatoidă. Examinare: • examinați pumnul și mâna dreaptă a pacientului/pacientei; • observați o ușoară tumefacție la nivelul feței palmare a pumnului drept și o durere ușoară la palparea regiunii palmare a pumnului drept; • pacientul/pacienta acuză o durere moderată la efectuarea activă a mișcărilor de flexie, extensie, înclinare (deviație) radială și ulnară de la nivelul pumnului drept; • nu există modificări de culoare tegumentară, temperatură sau de sensibilitate tactilă (simte la fel la nivelul pumnului drept și stâng); • trebuie să excludeți următoarele diagnostice: fractura oaselor articulației pumnului; sindromul de tunel carpian; poliartrita reumatoidă. Sarcini: • să faceți anamneza; • să examinați clinic pacientul/pacienta; • să interpretați investigațiile imagistice: radiografia (radiografia mână și pumn drept: aspect normal) și ecografia (ecografie mâna dreaptă: aspect de tendinită la nivelul tendoanelor flexoare degete mâna dreaptă, fără semne de sinovită la nivelul pumnului și articulațiilor metacarpofalangiene și interfalangiene proximale mâna dreaptă. Ecografia pumn drept: fără modificări de aspect ale nervului median); • apelul la tehnicile de comunicare: ICE (<i>ideas, concerns, expectations</i>), parafrază, rezumare etc. Finalul dialogului: după stabilirea de comun acord a planului de tratament.	

Autor: dr. Elena Amăricăi

Card de rol Pacient/pacientă	2B
Secție: Medicină fizică și de reabilitare Diagnostic: tendinită Date generale: • nume, prenume; • aveți 22 de ani; • ocupație: student/studentă; cântați la vioară într-un cvartet; • greutate: 70 kg; • înălțime: 176 cm. Situație: • acum două săptămâni ați căzut pe gresia umedă de la duș; v-ați sprijinit pe mâna dreaptă; de atunci vă doare pumnul drept; • ați luat ibuprofen (ocazional, la nevoie) și pare că durerea a mai cedat; • durerea nu a devenit mai puternică în timp; • aveți probleme când vă spălați pe corp, la pieptănat, când tăiați cu cuțitul alimente solide, la spălat vase, atunci când cărați obiecte de aproximativ 1 kg; nu puteți să utilizați calculatorul sau mouse-ul; aveți probleme la tastare; • nu mai puteți exersa la vioară; • nu mai puteți juca tenis, sportul dumneavoastră preferat; • ați fost la medicul de familie care v-a trimis la specialist; aduceți cu dvs. o radiografie și o ecografie a mâinii drepte și a pumnului drept. Condiții de viață & situație emoțională: • la facultate aveți de predat un referat peste o săptămână, dar nu puteți tasta textul pe tastatură; aveți mari emoții că nu reușiți să terminați la timp referatul; • exersați la vioară zilnic, dar acum nu puteți; a fost necesar să anulați un concert pe care îl aveți cu cvartetul în care cântați; • nu luați alte medicamente; • nu știți să aveți alte boli; • nu simțiți amorțeală sau furnicături în degetul arătător, mijlociu și inelar de la mâna dreaptă. Finalul dialogului: după stabilirea de comun acord a planului de tratament. Informație ascunsă: Sunteți foarte agitat/ă. Aveți un concert în SUA peste o lună și vă doriți foarte mult să mergeți. Planificați asta de mult timp cu colegii din cvartet. Cu toții ați primit deja viza. Dacă nu puteți cânta la vioară, este periclitată întreaga deplasare a cvartetului.	

Autor: dr. Elena Amăricăi

Card de rol Medic	3A
Secție: Medicină internă Diagnostic: gută	
Situație: • nu cunoașteți pacientul; • diagnostic de suspiciune: atac acut de gută. Investigații: • examinați degetul mare de la piciorul pacientului: reacție inflamatorie locală (în 60% din cazuri de gută este afectată articulația metatarsofalangiană), degetul este cald, roșu edematizat și dureros la palpare; • tipic: debut brusc al durerii după câteva ore de la consumul de alimente bogate în purine; • pe baza prezentării clinice tipice stabiliți ca diagnostic de suspiciune: atac acut de gută; investiții suplimentare nu sunt necesare în prima fază; recoltarea unei probe de sânge pentru determinarea nivelului de acid uric este indicată doar după dispariția simptomelor deoarece nu la toți pacienții poate fi depistată creșterea acidului uric în cazul unui atac acut de gută. Sarcini: • să faceți anamneza; • faceți următoarele investigații: tensiunea - 125/80 mmHg, HF - 92/min; temperatura - 37.9°C, examen clinic al membrului inferior dureros; • să stabiliți factorii de risc; • să recomandați pacientului/pacientei o dietă săracă în purine, să nu consume alcool, să bea suficiente lichide, să tindă spre o greutate normală; tratament cu uricostatice și uricosurice; • să evitați stigmatizarea; • să apelați la tehnicile de comunicare centrate pe pacient: ICE (<i>ideas, concerns, expectations</i>), ascultare activă, parafrază, rezumare etc.	
Finalul dialogului: după stabilirea de comun acord a planului de tratament.	

Autor: dr. Andreea Iana

Card de rol Pacient	3B
Secție: Medicină internă Diagnostic: gută	
Date generale: • nume, prenume; • aveți 39 de ani; • ocupație: parchetar; • înălțime: 181 cm; • greutate: 102 kg. Situație: • după un grătar cu prietenii seara trecută v-ați trezit noaptea cu dureri îngrozitoare la degetul mare de la piciorul stâng; fiecare atingere a degetului este un chin; • nu vă amintiți să vă fi accidentat; • seara trecută ați băut multă bere și ați mâncat multă carne. Condiții de viață & situație emoțională: • aveți o muncă istovitoare, lucrați până la 10 ore/zi; • aveți tensiune mare și luați de câțiva ani ramipril și hidroclorotiazidă; • nu știți să aveți alte boli; • mâncați regulat carne și beți zilnic bere; • nu faceți și nu doriți să faceți sport; • vă faceți griji că nu puteți lucra. Antecedente heredocolaterale: • tatăl dumneavoastră a avut probleme cu rinichii. Finalul dialogului: după stabilirea de comun acord a planului de tratament. Informație ascunsă: Nu doriți să vă pierdeți locul de muncă. Aveți o familie de patru persoane de întreținut. Vă deranjează să vi se spună că trebuie să faceți sport. Reacționați agresiv.	

Autor: dr. Andreea Iana

Card de rol Medic	4A
Secție: Medicină internă Diagnostic: pancreatită acută	
Situație: - pacienta se prezintă de urgență cu dureri abdominale puternice în cadranul superior, dureri ce radiază în bară până în spate. Investigații: - tensiune: 110/80 mmHg, HF: 91/min; - temperatură: 37.1°C, SpO2 97%; - icter scleral; - torace: murmur vezicular slab inferior hemitorace stâng; - abdomen: dureri difuze în cadranul superior, zgomote intestinale prezente, cicatrice postapencitectomie nedureroasă; - rezultatele analizelor de laborator sunt gata; acestea sunt: leucocite 13900 g/l, GOT 71U/l, GPT 82 U/l, gama GT 209U/l, bilirubina totală 2.9mg/dl, lipaza 2028 U/l, amilaza pancreatică 916U/l; - pacienta a făcut în ultimele luni o ecografie; - diagnosticul dumneavoastră: pancreatită acută (dacă sunt valabile două din următoarele criterii: dureri abdominale persistente acute în cadranul superior, creșterea valorilor lipazei și amilazei, modificări tipice la examenele imagistice (ecografie, CT sau RMN)); - diagnosticul diferențial se face în primul rând cu patologii ce determină dureri epigastrice acute precum colecistita, ulcerul gastric sau duodenal, infarctul mezenteric, infarctul miocardic, embolia pulmonară, disecția sau anevrismul de aortă abdominală; - ecografia abdominală este necesară pentru stabilirea diagnosticului de certitudine; - radiografia de torace antero-posterioară este necesară pentru diagnosticul prezenței unei pleurezii; - conduita: preluare pe secția de terapie intensivă, rehidratare, analgezice, sonda nazogastrică, antibioterapia, profilaxia trombozei, terapie patogenetică. Sarcini: - să faceți anamneza (de ce vine pacienta la medic, ce o doare, ce o neliniștește); - să explicați pacientei diagnosticul și următorii pași; - să apelați la tehnicile de comunicare centrate pe pacientă: ascultare, parafrază, conștientizarea emoțiilor pacientei, colaborare în luarea deciziei de tratament, rezumare. Finalul dialogului: după stabilirea de comun acord a planului de tratament.	

Autor: dr. Andreea Iana

Card de rol Pacientă	4B
Secție: Medicină internă Diagnostic: pancreatită acută	
Date generale: • nume, prenume; • aveți 33 de ani; • ocupație: judecătoare; • înălțime: 164 cm; • greutate: 68 kg. Situație: • sunteți internată de urgență cu dureri puternice abdominale în partea de sus; durerile au început după prânz și le simțiți până spre spate; • un coleg v-a invitat la masa de prânz împreună cu alți colegi pentru a sărbători împreună ziua lui de naștere; a fost un prânz copios și ați mâncat mult; ați băut și un pahar cu vin. Condiții de viață & situație emoțională: • vă faceți griji din cauza greutății dumneavoastră; doriți să slăbiți, dar nu reușiți; după ce țineți o dietă vă cuprinde o foame de lup și mâncați prea mult; • mâncați cu plăcere carne, unt, brânzeturi și prăjituri; • nu beți regulat alcool; • durerile de burtă au apărut brusc; • nu aveți arsuri în stomac și gât; • aveți un scaun regulat; • aveți adesea dureri de cap și simțiți un gust de acru în gură; • medicul dumneavoastră de familie v-a descoperit litiază biliară (pietre la fiere) în ecografia pe care ați făcut-o acum o lună; • în copilărie ați avut apendicită, iar apendicele a fost scos; cicatricea nu doare. Antecedente heredocolaterale: • în familie nu are/a avut nimeni boli ale sistemului digestiv. Finalul dialogului: stabilirea de comun acord a planului de tratament. Informație ascunsă: Nu aveți multă încredere în dumneavoastră, nici în viața privată și nici la locul de muncă. Nu puteți avea grijă cât și ce mâncați. Nu ați putut ține nicio dietă serios.	

Autor: dr. Andreea Iana

Card de rol Medic	5A
Secție: Cabinet medical de medicină internă Diagnostic: durere toracică Situație: - vă înlocuiți colegul de cabinet, dr. Popescu, și o consultați pentru prima dată pe una dintre pacientele sale; aceasta a sunat înainte de masă solicitând o consultație urgentă la cabinet acuzând dureri în piept; - pacienta acuză dureri înțepătoare de câteva zile în zona toracică stângă, intercostal; aceste dureri s-au intensificat de ieri; - pacienta se teme de un infarct; - durerea este resimțită la efort, diferă în intensitate, localizată în spațiul intercostal stâng 5-6, la efort scade în intensitate și se agravează în poziția șezând; - pacienta vine regulat la cabinet, ia zilnic două medicamente pentru tensiune și un medicament de scădere a colesterolului; valorile analizelor de sânge au fost până acum în parametrii normali; - caracteristicile durerii: durerea nu este tipică pentru o angina pectorală; diagnostic de suspiciune: tensionare/durere neuropată; îi faceți un EKG care indică rezultate normale; - încercați să liniștiți pacienta și să-i înțelegeți mai bine teama; - doriți să risipiți grijile pacientei și discutați despre pașii de diagnoză și terapie (probe de sânge, analgezice) ce trebuie urmați în continuare. Sarcini: - să faceți anamneza (de ce vine pacienta la medic, ce o doare, ce o neliniștește); - să ameliorați frica pacientei de a face un infarct; - să explicați pacientei următorii pași: recoltarea probei de sânge (CK, CK-MB și, în caz că este crescută, TnT), hemoleucograma și CRP; îi prescrieți un analgezic și o chemați a doua zi la o nouă consultație; dacă durerile se intensifică, sfătuiți pacienta să meargă la urgențe; - să apelați la tehnicile de comunicare centrate pe pacientă: ascultare, reflexie, parafrază, conștientizarea emoțiilor pacientei (înțelegere pentru starea de anxietate și durere profundă / tristețe / mâhnire / doliu, dacă e vorba de o pierdere concretă), colaborare în luarea deciziei de tratament, rezumare. Finalul dialogului: după stabilirea de comun acord a planului de tratament.	

Autor: dr. Bianca-Karla Țțariu

Card de rol Pacientă	5B
Secție: Cabinet medical de medicină internă Diagnostic: durere toracică	
Date generale: • nume, prenume; • aveți 65 de ani; • înălțime: 155 cm; • greutate: 70 kg; • BMI 29,1 kg/m²; • tensiune: 120/70 mmHg. Situație: • sunteți în doliu; cumnata dumneavoastră a murit acum zece zile; • de câteva zile simțiți o durere înțepătoare, un junghi între coaste; intensitatea durerii se schimbă dacă sunteți în mișcare sau repaus; vă doare mai tare când apăsați în locul respectiv; • vă e teamă să nu faceți un infarct și mergeți la medicul dumneavoastră internist; • sunteți de zece ani pacienta medicului internist Popescu; • luați zilnic două medicamente pentru tensiune și un medicament de scădere a nivelului colesterolului: Valsartan 80 mg, Nebivolol 5 mg și Atorvastatin 20 mg; valorile analizelor de sânge au fost până acum în parametrii normali; • internistul nu este la cabinet; vă consultă medicul care îi ține locul; • sunteți îngrijorată de sănătatea dumneavoastră. Condiții de viață & situație emoțională: • sunteți învățătoare pensionată, aveți o alimentație mixtă, fumați rar și beți o dată pe săptămână alcool; nu aveți alergii; • nu ați povestit familiei despre dureri ca să nu-și facă griji; • dormiți prost și aveți coșmaruri; • părinții sunt internați la azilul de bătrâni; nu aveți frați. Finalul dialogului: după stabilirea de comun acord a planului de tratament. Informație ascunsă: Cumnata dumneavoastră a murit acum zece zile în urma unui infarct. Vă e teamă că vi s-ar putea întâmpla același lucru.	

Autor: dr. Bianca-Karla Ițariu

Card de rol Medic	6A
Secție: Endocrinologie Diagnostic: obezitate	
Situație: • întâlniți pentru prima dată pacientul/pacienta care a fost trimisă la dumneavoastră de către medicul de familie; • pacientul/pacienta suferă de câțiva ani de obezitate grad 3; • pacientul/pacienta are o tensiune arterială crescută și netratată; ia antidepresive de mai mulți ani (de atunci crește și în greutate); • pacientul/pacienta a încercat mai multe diete, dar n-a primit niciodată un tratament pentru obezitate (nu a luat medicamente); s-a gândit la o intervenție chirurgicală de micșorare a stomacului, dar îi este frică / nesiguranță; • doriți să-i explicați pacientului/pacientei că obezitatea este o boală cronică de care nu trebuie să se jeneze și că există opțiuni de tratament medical care ar putea să-l/s-o ajute; nu toate sunt suportate de CAS; • știți că cea mai eficientă este intervenția chirurgicală de micșorare a stomacului și doriți să îl/o ajutați să-și învingă teama. Sarcini: • să faceți anamneza (de ce vine pacienta la medic, ce se așteaptă de la această consultație); • să depistați factorii de risc / comorbiditățile; • să-i explicați opțiunile de tratament: medicamentos (cu perspectiva unei scăderi în greutate cu până la 20% într-un an; costurile nu sunt acoperite de CAS; costuri de tratament: cca. 550 lei/lună), intervenție chirurgicală (diferite tipuri de intervenții, scădere în greutate de cel puțin 30%, necesită tratament continuu, costurile nu sunt, în general, suportate de CAS); • să apelați la tehnicile de comunicare centrate pe pacient/pacientă: ascultare, reflexie, parafrază, conștientizarea emoțiilor pacientului/pacientei, colaborare în luarea deciziei de tratament, rezumare. Finalul dialogului: stabilirea de comun acord a planului de tratament	

Autor: dr. Bianca-Karla Ițariu

Card de rol Pacient/pacientă	6B
Secție: Endocrinologie Diagnostic: obezitate	
Date generale: • nume, prenume; • aveți 48 de ani; • înălțime: 170 cm; • greutate: 160 kg; • BMI 55 kg/m². Situație: • de mulți ani aveți o greutate excesivă, nesănătoasă, ați încercat să țineți multe diete, sunteți la terapie din cauza unei depresii și, de când luați antidepressiv, creșteți în greutate; • aveți amețeli și simțiți că vă pierdeți controlul, aveți o senzație de neputință și lipsă de control, de stăpânire, nu doriți să fiți consolată/ă, ci aveți nevoie de un tratament medical corespunzător; știți că nu „regimul” este răspunsul, iar greutatea pe care o aveți nu vă permite să faceți sport. Investigații: • ultimele rezultate de laborator arată valori mari ale colesterolului și o glicemie crescută, dar încă nu aveți diabet; vă este teamă că, dacă nu se schimbă nimic, veți muri prematur în urma altor complicații. Condiții de viață & situație emoțională: • în ultimii 10 ani v-ați îngrășat 50 kg; • nu reușiți singur/ă să scădeți în greutate; niciodată nu vă simțiți sătul/ă și aveți impresia că nu mâncați mult, ci, dimpotrivă, chiar puțin; • faceți mișcare în timpul zilei; aveți grijă de nepoți și obosiți repede; • aveți o alimentație mixtă; de obicei, mâncați tot ce lasă ceilalți în farfurie; • sunteți sărac/ă, aveți ajutor de șomaj și apelați la medicamentele gratuite pe rețetă; • nu beți alcool și nu fumați; • nu aveți un somn liniștit (sforăiți); • ați auzit că ar exista operații pentru micșorarea stomacului, prietena dumneavoastră și-a făcut acum câțiva ani așa ceva, dar nu s-a simțit bine mult timp și nici nu a prea slăbit; vă este teamă de o intervenție chirurgicală; • de fapt, ați renunțat la ideea de a vă putea controla greutatea, dar doriți să vă interesați care sunt opțiunile de terapie medicală. Antecedente heredocolaterale: • toată familia dumneavoastră suferă de obezitate; ambii părinți au murit timpuriu din această cauză (mama în urma unui accident cerebral, tatăl de insuficiență cardiacă). Finalul dialogului: stabilirea de comun acord a planului de tratament.	

Informație ascunsă: Vă e teamă de stigmatizare. Nu mergeți cu plăcere la doctor, dar ați dori să urmați un tratament. Sunteți defensive/ă, reținut/ă. Aveți nevoie de încredere în medic, să vă dea informațiile necesare, să vă ajute să urmați tratamentul.

Autor: dr. Bianca-Karla Ițariu

CARDURI DE ROL

LIMBA ENGLEZĂ

dr. Elena Amăricăi & dr. Andreea Iana & dr. Bianca-Karla Ițariu

Role Card Doctor	1A
Department: Physical medicine and rehabilitation Diagnosis: Peripheral facial paralysis (left side)	
Background: • The patient comes to you with a suddenly installed motor deficit of the left hemifacial side. • Suspected diagnoses: left peripheral facial paralysis; stroke with central facial paralysis; brain tumour. Examination: • Examine patient (face, active movements of upper and lower limbs, gait). • Observe at rest: facial asymmetry, left frontal folds cleared, left eyelid slit more open compared to right side. • Observe in dynamics: unable to wrinkle forehead on left side (when frowning); unable to close left eye, unable to show teeth on left side; blowing, whistling and pronouncing consonants, labials (m, b, p) with difficulty; when speaking, the corner of the mouth is pulled to the healthy (right) side and facial asymmetry is pronounced. • The patient has no motor deficit in the right upper and lower limbs. • The patient has no paresthesia in the right upper and lower limbs. • Brain MRI: no pathological changes. • You must exclude the following diagnoses: stroke with central facial paralysis; brain tumour. Tasks: • Take the history of the patient. • Clinically examine the patient. • Interpret the MRI. • Avoid stigmatization. • Use communication techniques: ICE (ideas, concern, expectations), paraphrasing, summarising, etc.	
End of the dialogue: after agreeing on the treatment plan.	

Autor: dr. Elena Amăricăi

Role Card Patient	1B
Department: Physical medicine and rehabilitation Diagnosis: Peripheral facial paralysis (left side)	
General information: • Name, first name • You are 60 years old. • Occupation: actor/actress • Height: 1.70m • Weight: 95 kg Background: • In the morning you notice that the left side of your face is stiffer. • You have trouble closing your left eye and cannot chew and drink liquids as before on the left side. You feel that food stays in the left side of your mouth. You drink water through a straw, otherwise it would be difficult. • When you looked in the mirror you noticed that the wrinkles on the left side of your forehead have disappeared. You can no longer wrinkle your forehead on the left side. • Your left cheek looks dropped, even the corner of your mouth. • You have difficulty speaking and your mouth seems to deviate to the right when you speak. You cannot blow and whistle without difficulty. You cannot pronounce M, B, P easily when you speak. • You have difficulty brushing your teeth. You cannot show the doctor your teeth on the left side. • You can move your shoulder, arm, hand, hip, knee and right leg without any problems. You do not feel numbness or pins and needles in the right upper and lower limbs. • You have your brain MRI results with you. • You have already read several articles on the internet and assume that you are fairly well informed about the possible diagnosis. Living & emotional situation: • You had the flu two weeks ago. • You have type 2 diabetes and are taking medication: Siofor. • You have a show in a week and don't know if you can perform. End of the dialogue: after agreeing on the treatment plan. Hidden information: You think you have something serious: a tumour in your throat or intracranial, and the doctor avoids telling you the truth. You think you are generally very unlucky.	

Autor: dr. Elena Amăricăi

Role Card Doctor	2A
Department: Physical medicine and rehabilitation Diagnosis: Tendinitis	
Background: • Patient comes to you 2 weeks after a fall (slip) injury with right hand support; pain is present in the right fist; it increases with fist movement. • Suspected diagnoses: fracture of the right wrist; tendinitis/tenosynovitis of the tendons of the right wrist; carpal tunnel syndrome; rheumatoid arthritis. Examination: • Examine the patient's right fist and hand. • Note slight swelling on the palmar part of the right fist and mild pain on palpation of the palmar region of the right fist. • The patient experiences moderate pain when actively performing flexion, extension, radial and ulnar tilt (deviation) movements of the right fist. • There are no changes in skin colour, temperature or tactile sensitivity (feels the same in the right and left fist). • You should rule out the following diagnoses: fracture of the wrist joint bones; carpal tunnel syndrome; rheumatoid arthritis. Tasks: • Take a medical history. • Clinically examine the patient. • Interpret imaging investigations: X-ray (X-ray of right hand and wrist: normal) and ultrasound (ultrasound of right hand: appearance of tendinitis in the flexor tendons of the fingers of the right hand, without signs of synovitis in the wrist and the proximal metacarpophalangeal and interphalangeal joints of the right hand. Ultrasound right wrist: no changes in appearance of median nerve). • Use of communication techniques: ICE (ideas, concerns, expectations), paraphrasing, summarising, etc.	
End of the dialogue: to be performed after agreeing on the treatment plan.	

Autor: dr. Elena Amăricăi

Role Card Patient	2B
Department: Physical medicine and rehabilitation Diagnosis: Tendinitis General information: • Name, first name • You are 22 years old. • Occupation: student; play violin in a quartet • Weight: 70 kg • Height: 176 cm Background: • Two weeks ago you fell on wet tiles in the shower. You leaned on your right hand. Since then your right fist has been hurting. • You have taken ibuprofen (occasionally as needed) and the pain seems to have subsided. • The pain has not become worse over time. • You have problems when washing your body, combing your hair, cutting solid food with a knife, washing dishes, carrying objects weighing about 1 kg. You can't use the computer or mousetrap. You have trouble typing. • You can no longer practise the violin. • You can no longer play tennis, your favourite sport. • You have been to your GP who has referred you to a specialist. Bring an X-ray and ultrasound of your right hand and right fist. Living & emotional situation: • At college you have a paper due in a week, but you can't type on the keyboard. You are very nervous about not being able to finish the report on time. • You practice violin every day, but now you can't. You had to cancel a concert you had with the quartet you play in. • You are not taking any more medication. • You don't know you have any other illnesses. • You do not feel numbness or tingling in the index, middle and ring fingers of your right hand. End of the dialogue: after agreeing on the treatment plan. Hidden information: You are very nervous. You have a concert in the US in a month and you really want to go. You have been planning this for a long time with your quartet colleagues. You have all already received your visas. If you can't play the violin, it jeopardises the whole quartet trip.	

Autor: dr. Elena Amăricăi

Role Card Doctor	3A
Department: Internal medicine Diagnosis: Gout	
Background: - You do not know the patient. - Suspected diagnosis: acute attack of gout Investigation: - Examine the patient's big toe: local inflammatory reaction (In 60% of cases of gout the metatarsophalangeal joint is affected), the toe is warm, red edematous and painful on palpation. - Typical: sudden onset of pain a few hours after eating foods high in purines. - On the basis of the typical clinical presentation establish as the diagnosis of suspicion: acute attack of gout. Further investigation is not necessary in the first phase. Collection of a blood sample for determination of uric acid levels is indicated only after the symptoms have disappeared because not all patients can be detected to have increased single acid in an acute attack of gout. Tasks: - Take medical history. - Do the following investigations: blood pressure - 125/80 mmHg, HF - 92/min; temperature - 37.9°C, clinical examination of painful lower limb. - Determine risk factors. - Recommend the patient a low-purine diet, not to consume alcohol, to drink enough fluids, to aim for normal weight; treatment with uricostatics and uricosurics. - Avoid stigmatization. - Use patient-centered communication techniques: ICE (ideas, concerns, expectations), active listening, paraphrasing, summarizing. End of the dialogue: after agreeing to the treatment plan.	

Autor: dr. Andreea Iana

Role Card Patient	3B
Department: Internal medicine Diagnosis: Gout	
General information: • Name, first name • You are 39 years old. • Occupation: parker • Height: 181 cm • Weight: 102 kg	
Background: • After a barbecue with friends last night you woke up in the night with excruciating pain in your left big toe. Every touch of the toe is an ordeal. • You don't remember injuring yourself. • Last night you drank a lot of beer and ate a lot of meat.	
Living & emotional situation: • You have a strenuous, demanding job, working up to 10 hours/day. • You have high blood pressure and have been taking Ramipril and hydrochlorothiazide for several years. • You are not aware of any other illnesses. • You regularly eat meat and drink beer daily. • You don't practice and don't want to practice sports. • You worry about not being able to work.	
Family history: • Your father had kidney problems.	
End of dialogue: after agreeing on treatment plan.	
Hidden information: You don't want to lose your job. You have a family of four to support. It bothers you to be told that you have to exercise. You react aggressively.	

Autor: dr. Andreea Iana

Role Card Doctor	4A
Department: Internal medicine Diagnosis: Acute pancreatitis	
Background: • Patient presents urgently with severe abdominal pain in the upper quadrant, pain radiating into the bar up to the back. • Investigation: BP: 110/80 mmHg; HF=91/min; temperature: 37.1°C; SpO2 97%; scleral jaundice; chest weak vesicular murmur lower left hemi thorax, abdomen: diffuse upper quadrant pain, bowel sounds present, painless post-appendectomy scar. • Lab results are back. They are: leukocytes 13900 g/l, GOT 71U/l, GPT 82 U/l, gamma GT 209U/l, total bilirubin 2.9mg/dl, lipase 2028 U/l, pancreatic amylase 916U/l. • The patient has had an ultrasound within the last months. • Your diagnosis: acute pancreatitis (if two of the following criteria are valid: persistent acute abdominal pain in the upper quadrant, increased lipase and amylase values, typical changes on imaging tests (ultrasound, CT or MRI). • Differential diagnosis is primarily made with pathologies causing acute epigastric pain such as cholecystitis, gastric or duodenal ulcer, mesenteric infarction, myocardial infarction, pulmonary embolism, abdominal aortic dissection or aneurysm. • Abdominal ultrasound is necessary to establish the diagnosis with certainty. • Antero-posterior chest radiography is necessary for the diagnosis of the presence of pleurisy. • Management - ICU admission, rehydration, analgesics, nasogastric tube, antibiotic therapy, thrombosis prophylaxis, pathogenic therapy. Tasks: • Take anamnesis (why the patient comes to the doctor, what hurts, what makes her anxious). • Explain the diagnosis and next steps to the patient. • Use patient-centered communication techniques: listening, paraphrasing, awareness of patient's emotions, collaboration in treatment decision making, summarizing. End of the dialogue: after agreeing on the treatment plan.	

Autor: dr. Andreea Iana

Role Card Patient	4B
Department: Internal medicine Diagnosis: Acute pancreatitis	
General information: • Name, first name • You are 33 years old. • Occupation: Judge • Height: 164 cm • Weight: 68 kg Background: • You are admitted as an emergency patient with severe abdominal pain in the upper abdomen. The pains started after lunch and you feel them all the way to your back. • A colleague has invited you to lunch with other colleagues to celebrate his birthday together. It was a hearty lunch and you ate a lot. You also had a glass of wine. Living & emotional situation: • You worry about your weight. You want to lose weight, but you can't. After dieting you get a wolfish hunger and overeat. • You enjoy eating meat, butter, cheese and cakes. • Don't drink alcohol regularly. • Belly pains have suddenly appeared. • You do not have heartburn in your stomach and throat. • You have a regular stool. • You often have headaches and feel a sour taste in your mouth. • Your family doctor discovered gallstones (gallstones) in the ultrasound you had a month ago. • As a child you had appendicitis and your appendix was removed. The scar doesn't hurt. Family history: No one in the family has/had digestive system disease. End of the dialogue: agree on the treatment plan. Hidden information: You do not have much confidence in yourself, neither in your private life nor at work. You can't watch how much and what you eat. You have not been able to keep any serious diet.	

Autor: dr. Andreea Iana

Role Card Doctor	5A
Department: Internal medicine medical practice Diagnosis: Thoracic pain	
Background: - You substitute your colleague, Dr. Popescu, and see one of his patients for the first time. She calls before lunchtime requesting an urgent consultation at the office with chest pain. - The patient has been experiencing stabbing pains for several days in the left thoracic, intercostal area. These pains have intensified since yesterday. - The patient fears a heart attack. - The pain is felt on exertion, differs in intensity, localized in the left intercostal space 5-6, on exertion decreases in intensity and worsens in sitting position. - The patient comes regularly to the office, takes daily two blood pressure medicines and a cholesterol lowering medicine. Blood test values have so far been within normal parameters. - Pain features: pain not typical for angina pectoris; suspected diagnosis: tension/neuropathic pain. You do an EKG which shows normal results. - Try to reassure the patient and better understand her fear. - You want to allay the patient's worries and discuss the diagnostic and therapeutic steps (blood samples, analgesics) to be taken next. Tasks: - Take an anamnesis (why the patient comes to the doctor, what hurts, what makes her anxious). - Relieve the patient's fear of having a heart attack. - Explain to the patient the following steps: blood sample collection (CK, CK-MB and, if increased, Troponin T high sensitive), C.B.C and CRP. Prescribe a painkiller and call her the next day for another consultation. If the pain intensifies, advise the patient to go to the emergency department. - Use patient-centered communication techniques: listening, reflection, paraphrasing, awareness of the patient's emotions (understanding for anxiety and deep pain/sadness/anger/grief if it is a concrete loss), and collaboration in treatment decision making, summarizing. End of dialogue: after agreeing on the treatment plan.	

Autor: dr. Bianca-Karla Itariu

Role Card Patient	5B
Department: Internal medicine medical practice Diagnosis: Thoracic pain	
General information: • Name, first name • You are 65 years old. • Height: 155 cm • Weight: 70 kg • BMI 29.1 kg/m² • Blood pressure: 120/70 mmHg Background: • You are in mourning. Your sister-in-law died ten days ago. • For several days you have felt a stabbing pain, a lump between your ribs. The intensity of the pain changes if you are moving or resting. It hurts more when you press on the spot. • You're afraid of having a heart attack and you go to your internist. • You've been an internist's (Dr. Popescu) patient for ten years. • You take two blood pressure medicines and one cholesterol-lowering medicine daily: Valsartan 80 mg, Nebivolol 5 mg and Atorvastatin 20 mg. Blood test values have so far been within normal parameters. • The internist is not in the office. Your attending physician is consulting you. • You are concerned about your health. Living & emotional situation: • You are a retired teacher, have a mixed diet, rarely smoke and drink alcohol once a week. You have no allergies. • You haven't told your family about your pain so they don't worry. • You sleep badly and have nightmares. • Your parents are in a nursing home. You have no siblings. End of the dialogue: agree on the treatment plan. Hidden information: Your sister-in-law died ten days ago of a heart attack. You're afraid the same thing might happen to you.	

Autor: dr. Bianca-Karla Ițariu

Role Card Doctor	6A
Department: Endocrinology Diagnosis: Obesity	
Background: • Meet for the first time the patient who has been referred to your GP. • The patient has been suffering from grade 3 obesity for several years. • The patient has untreated high blood pressure. Has been taking antidepressants for several years (since then also gaining weight). • Patient has tried several diets but has never received treatment for obesity (has not taken medication). Has considered stomach reduction surgery, but is afraid/unsure. • You want to explain to the patient that obesity is a chronic disease that he/she should not be embarrassed about and that there are medical treatment options that could help him/her. Not all of them are covered by the National Health Insurance Company • You know that the most effective is stomach-shrinking surgery and you want to help him/her overcome his/her fear. Tasks: • Take the anamnesis/history of the patient (why the patient comes to the doctor, what is expected from this consultation). • Screen for risk factors/comorbidities. • Explain treatment options: medication (with the prospect of up to 20% weight loss in a year; costs not covered by; treatment costs: approx. 550 lei/month), surgery (various types of intervention; weight loss of at least 30%, requires continuous treatment; costs are not fully covered by National Health Insurance Company). • Use patient-centred communication techniques: listening, reflection, paraphrasing, awareness of patient's emotions, collaboration in treatment decision making, summarizing. End of the dialogue: agree on the treatment plan.	

Autor: dr. Bianca-Karla Ițariu

Role Card Patient	6B
Department: Endocrinology Diagnosis: Obesity General dates: • Name, first name • You are 48 years old. • Height: 170 cm • Weight: 160 kg • BMI 55 kg/m² Background: • For many years you have been overweight, unhealthy, have tried many diets, are in therapy due to depression and since taking antidepressants you are gaining weight. • You feel dizzy and out of control / a feeling of powerlessness and lack of control, you do not want to be comforted but need proper medical treatment. You know that "dieting" is not the answer and the weight you are at does not allow you to exercise. • Investigation: • Your latest lab results show high cholesterol values and a high blood sugar, but you don't have diabetes yet. You are afraid that if nothing changes, you will die prematurely from other complications. Living & emotional situation: • In the last 10 years you have gained 50 kg. • You are unable to lose weight on your own. You never feel full and feel that you are not eating much, but rather less. • Exercise during the day. Take care of your grandchildren and you tire quickly. • You have a mixed diet. You usually eat whatever others leave on your plate. • You're poor, on unemployment benefits and on free prescription drugs. • You don't drink alcohol or smoke. • You don't sleep well (you snore). • You've heard that there are operations to shrink your stomach, your friend had this done a few years ago, but she didn't feel well for long and didn't lose much weight. You are afraid of surgery. • In fact, you've given up on the idea of being able to control your weight, but you want to look into medical therapy options. Family history: • Your whole family suffers from obesity. Both parents died early from it (mother from a stroke, father from heart failure). End of the dialogue: agree on the treatment plan.	

Hidden information: You are afraid of stigmatisation. You don't like going to the doctor, but you would like to have treatment. You are defensive, reserved. You need to trust the doctor to give you the information you need, to help you follow treatment.

Autor: dr. Bianca-Karla Ițariu

CARDURI DE ROL

LIMBA GERMANĂ

dr. Elena Amăricăi & dr. Andreea Iana & dr. Bianca-Karla Ițariu

Rollenkarte Arzt/Ärztin	1A
Abteilung: Physikalische Medizin und Rehabilitation Diagnose: Fazialisparese	
Hintergrund: • Der Patient / die Patientin kommt zu Ihnen mit einem plötzlich aufgetretenen motorischen Defizit im linken Gesichtsbereich. • Verdachtsdiagnosen: periphere linksseitige Gesichtslähmung; Schlaganfall mit zentraler Gesichtslähmung; Gehirntumor. Untersuchungen: • Untersuchen Sie den Patienten / die Patientin (das Gesicht, die Beweglichkeit der Arme und Beine, den Gang). • Beobachten Sie im Ruhezustand: Gesichtssymmetrie, verstrichene Stirnfalten auf der linken Seite, linke Lidspalte offener im Vergleich zur rechten. • Beobachten Sie in Bewegung: erschwertes Stirnrunzeln auf der linken Seite, der Patient / die Patientin kann das linke Auge nicht vollständig schließen, kann die Zähne auf der linken Seite nicht zeigen, hat Schwierigkeiten beim Backen aufblasen, Pfeifen oder Aussprache einiger Laute (die Lippenlaute <i>m, b, p</i>); während des Sprechens zieht sich der Mundwinkel nach rechts, in die Richtung der gesunden Seite und die Gesichtssymmetrie wird betont. • Der Patient / die Patientin weist keine motorischen Defizite im rechten Körperteil auf. • Der Patient / die Patientin weist keine Parästhesien im rechten Körperteil auf. • Kopf-MRT: keine pathologischen Veränderungen. • Folgende Diagnosen müssen ausgeschlossen werden: Schlaganfall mit zentraler Gesichtslähmung; Gehirntumor. Aufgaben: • das Patientenanliegen erfassen; • den Patienten / die Patientin ärztlich untersuchen; • den Befund nach der Kopf-MRT-Untersuchung erklären; • Stigmatisierung vermeiden; • Kommunikationstechniken anwenden: ICE (<i>ideas, concerns, expectations</i>), Spiegeln, Paraphrasieren, Zusammenfassen. Ende des Gesprächs: gemeinsame Vereinbarung des weiteren Vorgehens.	

Autor: dr. Elena Amăricăi

Rollenkarte Patient/Patientin	1B
Abteilung: Physikalische Medizin und Rehabilitation Diagnose: Fazialisparese	
Allgemeine Informationen: • Name, Vorname • Sie sind 60 Jahre alt. • Beruf: Schauspieler/Schauspielerin • Höhe: 1,70 m; Gewicht: 95 kg Hintergrund: • Am Morgen haben Sie bemerkt, dass Ihre linke Gesichtshälfte etwas steifer ist. • Sie haben Schwierigkeiten, das linke Auge zu schließen, Sie können nicht wie gewohnt auf der linken Seite kauen oder etwas trinken. Sie spüren, dass das Essen im Mund auf der linken Seite bleibt. Sie trinken Wasser mit einem Strohhalm, anders wäre es schwierig. • Im Spiegel haben Sie bemerkt, dass Ihre Stirnfalten auf der linken Seite verschwunden sind; Sie können auf der linken Seite nicht mehr Ihre Stirn runzeln. • Ihre Wange und Ihr Mundwinkel auf der linken Gesichtshälfte scheinen schlaff herunterzuhängen. • Sie haben Sprachschwierigkeiten und es scheint als ob der Mund nach rechts zieht, wenn Sie sprechen. Sie können nicht pfeifen oder die Backen aufblasen. Sie haben Schwierigkeiten bei der Aussprache der Laute <i>M, B, P</i>. • Sie haben Schwierigkeiten beim Zähneputzen. Dem Arzt / der Ärztin können Sie Ihre Zähne auf der linken Seite nicht zeigen. • Sie können problemlos Ihre rechte Hand und Schulter, Ihren rechten Arm und Becken, Ihr rechtes Knie und Bein bewegen. Sie haben kein Taubheitsgefühl in den rechten Gliedern und Sie empfinden auch kein Stechen auf der rechten Seite. • Sie haben den Befund nach der Kopf-MRT-Untersuchung dabei. • Sie haben mehrere Informationen über Ihre Symptome im Internet gelesen und vermuten eine mögliche Diagnose. Lebensgewohnheiten & Befindlichkeit: • Sie hatten vor zwei Wochen die Grippe. • Sie haben Diabetes Typ 2 und nehmen Medikamente ein: Siofor. • Sie haben eine Vorführung in einer Woche und wissen nicht, ob Sie spielen können. Ende des Gesprächs: gemeinsame Vereinbarung des weiteren Vorgehens. Verborgene Information: Sie glauben, dass Sie eine ernste Krankheit haben: ein Hals- oder Gehirntumor, aber der Arzt / die Ärztin meidet es, Ihnen die Wahrheit zu sagen. Sie glauben, dass Sie generell viel Pech haben.	

Autor: dr. Elena Amăricăi

Rollenkarte Arzt/Ärztin	2A
Abteilung: Physikalische Medizin und Rehabilitation Diagnose: Tendinitis	
Hintergrund: • Der Patient / die Patientin kommt nach einem Sturz (Ausrutschen) mit Stützung auf der rechten Hand zu Ihnen. Schmerzen treten im rechten Handgelenk auf und haben einen mechanischen Charakter. • Verdachtsdiagnosen: Fraktur des rechten Handgelenks; Sehnen-/Sehnenscheidenentzündung am rechten Handgelenk; Karpaltunnelsyndrom; rheumatoide Arthritis. Untersuchungen: • Sie untersuchen das rechte Handgelenk und die rechte Hand des Patienten / der Patientin. • Sie beobachten eine leichte Schwellung auf der rechten Handflächenseite, sowie das Aufkommen eines lokalen Druckschmerzes bei der Palpation der rechten Handfläche. • Der Patient / die Patientin klagt über mäßige Schmerzen im rechten Handgelenk bei aktiver Beugung, Streckung, seitlicher Radial- und Ulnarabduktion. • Es gibt keine Veränderungen der Hautfarbe, Temperatur oder der taktilen Wahrnehmung (das rechte Handgelenk fühlt sich gleich an wie das linke). Aufgaben: • das Patientenanliegen erfassen; • den Patienten / die Patientin körperlich untersuchen; • die Interpretation bildgebender Untersuchungen: Röntgenbild (rechte Faust und Hand: normales Erscheinungsbild) und Ultraschall (Ultraschall rechte Hand: Auftreten einer Tendinitis in den Beugesehnen der Finger der rechten Hand, ohne Anzeichen einer Synovitis im Handgelenk und den proximalen Metacarpophalangeal- und Interphalangealgelenken der rechten Hand. Ultraschall des rechten Handgelenks: keine Veränderungen im Erscheinungsbild des Nervus medianus.); • Kommunikationstechniken anwenden: ICE (<i>ideas, concerns, expectations</i>), Spiegeln, Paraphrasieren, Zusammenfassen. Ende des Gesprächs: gemeinsame Vereinbarung des weiteren Vorgehens.	

Autor: dr. Elena Amăricăi

Rollenkarte Patient/Patientin	2B
Abteilung: Physikalische Medizin und Rehabilitation Diagnose: Tendinitis	
Allgemeine Informationen: • Name, Vorname • Sie sind 22 Jahre alt. • Beruf: Student/Studentin. Sie spielen Geige in einem Streichquartett. • Gewicht: 70 kg • Größe: 176 cm Hintergrund: • Vor zwei Wochen sind Sie auf dem nassen Fliesenboden der Dusche ausgerutscht. Sie haben sich auf Ihre rechte Hand gestützt und seitdem tut Ihre rechte Faust weh. • Sie haben Ibuprofen genommen (gelegentlich, bei Bedarf) und es scheint, dass der Schmerz nachgelassen hat. • Der Schmerz hat im Laufe der Zeit nicht zugenommen. • Sie haben Probleme bei der Körperpflege, beim Waschen, Kämmen, beim Schneiden von festen Lebensmitteln mit einem Messer, beim Geschirrspülen, beim Tragen von Gegenständen, die etwa 1 kg wiegen. Sie können am Computer nicht arbeiten, die Maus nicht benutzen und haben Schwierigkeiten beim Tippen. • Sie können nicht mehr Geige spielen. • Sie können Ihren Lieblingssport, Tennis, nicht mehr spielen. • Sie waren bei Ihrem Hausarzt, der Sie an einen Spezialisten überwiesen hat. Sie haben eine Röntgenaufnahme und eine Ultraschalluntersuchung Ihrer rechten Hand und Faust dabei. Lebensgewohnheiten & Befindlichkeit: • Sie müssen in einer Woche eine schriftliche Arbeit an der Universität einreichen, können den Text jedoch nicht eintippen. Sie sind besorgt, dass Sie Ihre Arbeit nicht termingerecht fertigstellen können. • Gewöhnlich üben Sie täglich Geige, aber jetzt ist es unmöglich geworden. Sie mussten ein Konzert mit dem Streichquartett absagen. • Sie nehmen keine anderen Medikamente. • Sie spüren kein Taubheitsgefühl oder Kribbeln in Ihrem rechten Zeigefinger, Mittelfinger und Ringfinger. Ende des Gesprächs: nach gemeinsamer Vereinbarung des weiteren Vorgehens. Verborgene Information: Sie sind sehr besorgt. Sie haben in einem Monat ein Konzert in den USA und möchten sehr gerne hinfahren. Sie haben es schon lange mit den anderen Quartettmitgliedern geplant und alle haben bereits das Visum erhalten. Wenn Sie nicht spielen können, ist das Konzert des Quartetts gefährdet.	

Autor: dr. Elena Amăricăi

Rollenkarte Arzt/Ärztin	3A
Abteilung: Innere Medizin Diagnose: Gichtanfall	
Hintergrund: • Sie kennen den Patienten nicht. • Ihre Verdachtsdiagnose: akuter Gichtanfall. Untersuchungen: • Sie untersuchen die große Zehe des Patienten: lokale Entzündungsreaktion (in 60% der Fälle ist das Großzehengrundgelenk betroffen), wärmer als gewöhnlich, gerötet, geschwollen. • Typisch: plötzlicher Schmerzbeginn innerhalb weniger Stunden nach purinreicher Kost. • Aufgrund der typischen klinischen Präsentation ist ein akuter Gichtanfall sehr wahrscheinlich. Eine weiterführende Diagnostik ist daher nicht indiziert. Auch eine Blutentnahme mit Bestimmung des Harnsaurespiegels wird erst im Intervall nach Abklingen der Symptomatik empfohlen, da im akuten Gichtanfall nicht bei allen Patienten eine Hyperurikämie zu finden ist. Aufgaben: • das Patientenanliegen erfassen; • Sie messen beim Patienten: Blutdruck: 125/80 mmHg, HF: 92/min; Temperatur: 37,9°C. • die Risikofaktoren erfassen; • Sie empfehlen dem Patienten eine purinarme Diät, Verzicht auf Alkohol, ausreichend trinken, ein Normalgewicht anstreben, Behandlung mit Urikostatika und Urikosurika. • Stigmatisierung vermeiden; • Kommunikationstechniken anwenden: ICE (<i>ideas, concern, expectations</i>), Spiegeln, Paraphrasieren, Zusammenfassen. Ende des Gesprächs: gemeinsame Vereinbarung des weiteren Vorgehens.	

Autor: dr. Andreea Iana

Rollenkarte Patient	3B
Abteilung: Innere Medizin Diagnose: Gichtanfall	
Allgemeine Informationen: • Name, Vorname • Sie sind 39 Jahre alt. • Beruf: Parkettleger • Ihr Gewicht: 102 kg • Größe: 181 cm	
Hintergrund: • Nach einer Grillparty am Vorabend sind Sie in der Nacht mit starken Schmerzen in der linken Großzehe aufgewacht. Jede Berührung der linken großen Zehe ist eine Qual. • Sie erinnern sich nicht an einer Verletzungssituation. • Sie haben am Vorabend viel Bier getrunken und Fleisch gegessen.	
Lebensgewohnheiten & Befindlichkeit: • Sie arbeiten hart, bis 10 Stunden/Tag. • Sie haben Bluthochdruck und nehmen seit einigen Jahren Ramipril und Hydrochlorotiazid ein. • Weitere Erkrankungen sind Ihnen nicht bekannt. • Sie essen regelmäßig Fleisch und trinken täglich Bier. • Sie haben kein Interesse an Sport. • Sie machen sich Sorgen, dass Sie nicht arbeiten können.	
Familienanamnese: • Ihr Vater hatte Nierenprobleme.	
Ende des Gesprächs: nach gemeinsamer Vereinbarung des weiteren Vorgehens.	
Verborgene Information: Sie möchten Ihren Job nicht verlieren, da Sie eine vierköpfige Familie zu ernähren haben. Sie mögen es nicht, wenn Ihnen empfohlen wird, Sport zu treiben. Sie reagieren aggressiv.	

Autor: dr. Andreea Iana

Rollenkarte Arzt/Ärztin	4A
Abteilung: Innere Medizin Diagnose: Akute Pankreatitis	
Hintergrund: • Eine Patientin wird mit plötzlich starken Oberbauchschmerzen notärztlich eingewiesen, die gürtelförmig bis in den Rücken ausstrahlen. Untersuchungen: • Blutdruck: 110/80 mmHg, HF: 91/min; • Temperatur: 37,1°C, SpO2 97%; • Leichter Sklerenikterus; • Lunge: links basal Klopfeschall gedämpft; • Abdomen: diffuser Druckschmerz im Oberbauch, spärliche Darmgeräusche, reizlose Appendektomiearbe; • Die Laborbefunde der Patientin liegen vor. Diese sind auffällig: Leukozyten 13.9 Tsd/µl, GOT 71U/l, GPT 82 U/l, Gamma-GT 209U/l, Gesamt-Bilirubin 2.9mg/dl, Lipase 2028 U/l, Pankreas-Amylase 916 U/l. • Die Patientin hat in den letzten Monaten einen Ultraschall gemacht. • Ihre Diagnose: akute Pankreatitis (wenn zwei der folgenden Kriterien erfüllt sind: akute anhaltende Oberbauchschmerzen, Erholung der Lipase und Amylase, typische Befunde in bildgebenden Verfahren - Ultraschall, CT, MRT). • Differentialdiagnostisch kommen in erster Linie Erkrankungen infrage, die ebenfalls akute epigastrische Schmerzen verursachen können: alte Cholezystitis, Choledocholithiasis, Magen-oder Duodenulkus, Perforation, mechanischer Ileus, Mesenterialinfarkt, Myokardinfarkt, Lungenembolie, abdominales Aortenaneurysma. • Eine ergänzende Abdomensonografie zur Beurteilung der Genese und möglicher Komplikationen ist sinnvoll. Außerdem sollte man ein Röntgen-Thorax für das Beurteilen eines Pleuralgusses durchführen. • An zusätzlichen Laboruntersuchungen sollten Serumkalzium, LDH, CRP, und Blutzucker bestimmt werden. • Therapie: intensivmedizinische Aufnahme, Ernährung, Volumsubstitution, bedarfsgerechte Analgesie, antibiotische Abdeckungen, Thromboseprophylaxe, kausale Therapie. Aufgaben: • das Patientenanliegen erfassen; • die Risikofaktoren erfassen; • der Patientin die Diagnose und die weiteren Schritte erklären; • Kommunikationstechniken anwenden: ICE (<i>ideas, concerns, expectations</i>), Spiegeln, Paraphrasieren, Zusammenfassen. Ende des Gesprächs: gemeinsame Vereinbarung des weiteren Vorgehens.	

Autor: dr. Andreea Iana

Rollenkarte Patientin	4B
Abteilung: Innere Medizin Diagnose: Akute Pankreatitis	
Allgemeine Informationen: • Name, Vorname • Sie sind 33 Jahre alt. • Beruf: Richterin • Ihr Gewicht: 68 kg • Größe: 164 cm	
Hintergrund: • Sie werden notärztlich eingewiesen, da Sie nach dem Mittagessen plötzlich starke Oberbauchschmerzen haben. Die Schmerzen spüren Sie bis in den Rücken. • Ein Kollege hat Sie und andere Kollegen zum Mittagessen eingeladen, um seinen Geburtstag zu feiern. Es war ein üppiges Menü und Sie haben viel gegessen. Ein Glas Wein war auch dabei.	
Lebensgewohnheiten & Befindlichkeit: • Sie machen sich Sorgen wegen Ihres Gewichts. Sie möchten abnehmen, aber Sie schaffen es nicht. Nach einer Diät haben Sie immer Heißhunger und essen zu viel. • Sie essen gerne Fleisch, Butter, Käse und Kuchen. • Sie trinken nicht regelmäßig Alkohol. • Die Bauchschmerzen sind plötzlich aufgetreten. • Sie spüren kein Brennen im Magen und Hals. • Sie haben einen regelmäßigen Stuhlgang. • Sie haben oft Kopfschmerzen und spüren einen sauren Geschmack im Mund. • Ihr Hausarzt hat beim Ultraschall vor einem Monat Gallsteine gesehen. • Sie hatten als Kind eine Blinddarmentzündung und Ihr Blinddarm wurde entfernt. Die Narbe tut nicht weh.	
Familienanamnese: • In Ihrer Familie gibt es keine Erkrankungen des Verdauungssystems.	
Ende des Gesprächs: nach gemeinsamer Vereinbarung des weiteren Vorgehens.	
Verborgene Information: Sie haben nicht viel Vertrauen in sich selber, nicht im Privatleben und auch nicht im Job. Sie können nicht richtig aufpassen, wie viel und was Sie essen. Sie konnten keine Diät richtig befolgen.	

Autor: dr. Andreea Iana

Rollenkarte Arzt/Ärztin	5A
Abteilung: Ordination für Innere Medizin	
Diagnose: Thoraxschmerz	
Hintergrund: • Sie vertreten Ihren Kollegen Dr. Popescu in der Ordination und sehen seine Patientin das erste Mal. Die Patientin hat am Vormittag angerufen und wollte einen kurzfristigen Termin in der Ordination wegen Brustschmerzen. • Die Patientin verspürt seit einigen Tagen stechende Schmerzen links im Brustbereich, zwischen den Rippen, diese sind seit gestern schlimmer geworden. • Die Patientin hat Angst, dass Sie einen Herzinfarkt hat. • Der Schmerz ist teils bewegungsabhängig, unterschiedlich in der Intensität, zwischen den Rippen 5-6 links lokalisiert, nimmt bei Belastung ab und wird im Sitzen mehr verspürt. • Sie kommt regelmäßig in der Ordination, nimmt täglich 2 Blutdruckmedikamente und 1 Cholesterinsenker ein. Ihre Blutwerte waren bisher immer in Ordnung. • Von den Schmerzeigenschaften ist der Schmerz nicht typisch für eine Angina Pectoris und Sie vermuten eine Verspannung / einen neuropathischen Schmerz. Sie schreiben ein EKG, das auch unauffällig ist. • Sie versuchen die Patientin zu beruhigen, aber auch ihre Angst anzuerkennen. • Sie wollen die Sorgen der Patientin entschärfen und besprechen weitere diagnostische und therapeutische Schritte (Blutabnahme, Schmerzmittel).	
Aufgaben: • Das Anliegen Ihrer Patientin erfassen (warum kommt sie, was sind ihre Beschwerden, was beunruhigt sie). • Die Angst der Patientin vor einem Herzinfarkt lindern. • Weitere Schritte erklären: Blutabnahme: CK, CK-MB (und, wenn erhöht, TnT), Blutbild und CRP. Sie verschreiben ihr ein Schmerzmittel und bestellen Sie am nächsten Tag wieder. Sollten die Schmerzen stärker werden, erklären Sie der Patientin eine Notaufnahme aufzusuchen. • Kommunikationstechniken anwenden: aktives Zuhören, Spiegeln, Paraphrasieren, Emotionen der Patientin wahrnehmen (Verständnis für Angst und Trauer), gemeinsam Entscheidung treffen, Zusammenfassen.	
Ende des Gesprächs: gemeinsame Vereinbarung des weiteren Vorgehens.	

Autor: dr. Bianca-Karla Țăriu

Rollenkarte Patientin	5B
Abteilung: Ordination für Innere Medizin Diagnose: Thoraxschmerz	
Allgemeine Informationen: • Name, Vorname • Sie sind 65 Jahre alt. • Gewicht: 70 kg • Größe: 155 cm • BMI 29,1 kg/m² • Blutdruck 120/70 mmHg	
Hintergrund: • Sie tragen Schwarz. Ihre Schwägerin ist vor 10 Tagen gestorben. Sie verspüren seit einigen Tagen einen stechenden Schmerz zwischen den Rippen, der Schmerz ist bewegungsabhängig, wird schlimmer, wenn sie draufdrücken. • Sie haben Angst, einen Herzinfarkt zu haben und gehen in die Ordination Ihres Internisten, um das abzuklären. • Sie sind seit 10 Jahren seine Patientin, nehmen 2 Blutdruckmittel und einen Cholesterinsenker (Valsartan 80 mg, Nebivolol 5 mg und Atorvastatin 20 mg). Die Werte waren jedes Mal in Ordnung. • Der Internist Dr. Popescu ist nicht da, Sie müssen Ihr Anliegen mit seiner Vertretung besprechen. • Sie sind besorgt um Ihre Gesundheit.	
Lebensgewohnheiten & Befindlichkeit: • Sie sind pensionierte Lehrerin, ernähren sich mit Mischkost, rauchen selten und trinken einmal pro Woche Alkohol. Sie haben keine Allergien. • Sie haben Ihrer Familie nichts von Ihren Schmerzen erzählt, um niemanden zu besorgen. • Sie schlafen schlecht und haben Alpträume. • Ihre Eltern leben im Pflegeheim, Sie haben keine Geschwister.	
Ende des Gesprächs: gemeinsame Vereinbarung des weiteren Vorgehens.	
Verborgene Information: Sie trauern um Ihre Schwägerin, die an einem Herzinfarkt gestorben ist, und haben Angst, dass Ihnen das gleiche zustoßen könnte.	

Autor: dr. Bianca-Karla Ițariu

Rollenkarte Arzt/Ärztin	6A
Abteilung: Endokrinologie und Stoffwechsel Diagnose: Adipositas	
Hintergrund: • Sie sehen die Patientin / den Patienten, welche/r von der Hausärztin zu Ihnen in die Adipositasambulanz überwiesen wurde, zum ersten Mal. • Bei dem Patienten/der Patientin besteht seit einigen Jahren eine Adipositas Grad III. • Die Patientin / der Patient hat einen unbehandelten Bluthochdruck. Sie/er nimmt Antidepressiva seit einigen Jahren (seither geht auch das Gewicht nach oben). • Die Patientin / der Patient hat schon unzählige Diätversuche unternommen, aber war nie in medizinischer Behandlung wegen der Adipositas (nie Medikamente) obwohl sie/er schon über eine OP zur Gewichtsreduktion nachgedacht hat (große Angst/Unsicherheit). • Sie/er hat viel Stigmatisierung bei Arztbesuchen erfahren und hat eine zurückhaltende/defensive Haltung. • Sie wollen der Patientin / dem Patienten erklären, dass Adipositas eine chronische Krankheit ist, für die man sich nicht schämen muss und es einige medizinische Therapieoptionen gibt, welche ihr/ihm helfen könnten. Nicht alle werden von der Krankenkassa übernommen. • Sie wissen auch, dass in dieser Situation die OP zur Gewichtsreduktion am effektivsten wäre und wollen die Angst Ihrer Patientin / Ihres Patienten wegnehmen. Aufgaben: • Das Anliegen Ihrer Patientin / Ihres Patienten erfassen (warum kommt sie/er, was erwartet sie/er sich von diesem Termin;) • die Risikofaktoren/Komorbiditäten erfassen; • Stigmatisierung vermeiden; • Therapieoptionen erklären: medikamentöse Therapie (Gewichtsreduktion bis zu 20% in einem Jahr, Kosten werden von der Krankenkassa in Ausnahmefälle erstattet, Therapiekosten ~ 150 Euro/Monat), chirurgische Therapie (verschiedene OP Methoden, mind. 30% Gewichtsreduktion, nachhaltig, aber Bedarf einer lebenslangen Nachsorge, Kosten werden übernommen); • Kommunikationstechniken anwenden: Spiegeln, Paraphrasieren, Zusammenfassen. Ende des Gesprächs: gemeinsame Vereinbarung des weiteren Vorgehens.	

Autor: dr. Bianca-Karla Țăriu

Rollenkarte Patient/Patientin	6B
Abteilung: Endokrinologie und Stoffwechsel Krankheit: Adipositas	
Allgemeine Informationen: • Name, Vorname • Sie sind 48 Jahre alt. • Gewicht: 160 kg • Größe: 170 cm • BMI 55 kg/m² Hintergrund: • Sie leiden seit vielen Jahren an ungesundem Übergewicht, haben unzählige Diäten probiert, sind in Behandlung für eine schwere Depression und seitdem Sie Antidepressiva nehmen, geht das Gewicht ständig rauf. • Sie haben das Gefühl von Ohnmacht und Kontrollverlust, wollen nicht getröstet werden, sondern wollen eine gute medizinische Behandlung. Sie wissen, dass „Diät“ nicht die Antwort ist und aufgrund Ihres Übergewichts kein „normaler“ Sport möglich ist. Untersuchungen: • Die letzten Laborwerte zeigten hohe Cholesterinwerte und einen erhöhten Nüchternblutzucker, aber noch kein Diabetes. Sie haben Angst, dass, wenn sich nichts ändert, Sie durch Folgeerkrankungen frühzeitig sterben werden. Lebensgewohnheiten & Befindlichkeit: • Sie haben in den letzten 10 Jahren 50 kg zugenommen. • Sie schaffen es nicht, das Gewicht alleine zu reduzieren; Sie fühlen sich nie richtig satt, trotzdem haben Sie das Gefühl, dass Sie nicht viel, ja sogar eher wenig essen. • Sie bewegen sich im Alltag, passen auf die Enkelkinder auf und kommen schnell aus der Puste. • Sie ernähren sich mit Mischkost und essen auch was die anderen übriglassen. • Sie sind arm, beziehen die Mindestsicherung und sind rezeptgebührenbefreit. • Sie trinken keinen Alkohol, rauchen nicht. • Sie schlafen schlecht (Schnarchen). • Sie haben gehört, dass es OPs zur Gewichtsreduktion gibt, Ihre Freundin hatte vor Jahren einen Magenband und ihr ging es lange Zeit nicht gut, abgenommen hat sie auch nicht viel. Sie haben Angst sich unters Messer zu legen. • Eigentlich haben Sie die Hoffnung aufgegeben, dass Sie Ihr Gewicht jemals kontrollieren werden, aber Sie wollen sich informieren, was die medizinischen Therapieoptionen sind.	

Familienanamnese:

- Ihre ganze Familie hat Adipositas, beide Eltern sind frühzeitig an den Folgen von Adipositas gestorben (Mutter: Schlaganfall, Vater: Herzschwäche).

Ende des Gesprächs: nach gemeinsamer Vereinbarung des weiteren Vorgehens.

Verborgene Information: Sie haben Angst vor Stigmatisierung. Sie gehen nicht gerne zum Arzt, aber würden gerne auf einen Behandlungsplan eingehen. Sie sind defensiv, zurückhaltend. Sie haben das Bedürfnis dem Arzt / der Ärztin zu vertrauen, dass er/sie Ihnen die notwendigen Informationen gibt, Ihnen dabei hilft, den Behandlungsplan zu befolgen.

Autor: dr. Bianca-Karla Țăriu

CARDURI DE ROL

LIMBA FRANCEZĂ

dr. Elena Amăricăi & dr. Andreea Iana & dr. Bianca-Karla Ițariu

Carte de rôle Médecin	1A
Service : Médecine physique et réadaptation Diagnostic : paralysie faciale périphérique gauche Situation : - Le patient se présente avec un déficit moteur soudain de l'hémiface gauche. - Biais de suspicion de diagnostic: paralysie faciale périphérique gauche ; accident vasculaire cérébral avec paralysie faciale de type central ; tumeur au cerveau. Examen : - Examiner le patient (visage, mouvements actifs des membres supérieurs et inférieurs, marche). - Observer au repos : asymétrie faciale, effacement des plis frontaux gauches, fissure palpébrale gauche plus ouverte par rapport au côté droit. - Observer en dynamique : il ne peut pas froncer les sourcils du côté gauche ; incapacité à fermer l'œil gauche, ne peut pas montrer les dents du côté gauche ; souffler, siffler et prononcer des consonnes, surtout des labiales (m, b, p) se fait avec difficulté; pendant la parole, la commissure buccale est tirée vers le côté sain (droit) et l'asymétrie faciale est accentuée. - Le patient n'a pas de déficit moteur dans l'hémisphère droit. - Le patient ne présente pas de paresthésies au niveau de l'hémicorps droit. - IRM cérébrale : pas de modifications pathologiques. - Vous devez exclure les diagnostics suivants: accident vasculaire cérébral avec paralysie faciale centrale ; tumeur au cerveau. Tâches : - prendre les antécédents médicaux, faire l'anamnèse - examiner cliniquement le patient - interpréter l'IRM - éviter la stigmatisation - faire appel aux techniques de communication ACP (approche centrée sur le patient) : idées, préoccupations, attentes, écoute, paraphrase, résumé. La fin du dialogue : après avoir établi conjointement le plan de traitement.	

Autor: dr. Elena Amăricăi

Carte de rôle Patient/Patiente	1B
Service : Médecine physique et réadaptation Diagnostic : paralysie faciale périphérique gauche	
Données générales : • Prénom / nom de famille • Âge: 60 ans • Profession : acteur/actrice • Hauteur : 1,70 m; Poids : 95 kg Situation : • Le matin, vous avez remarqué que le côté gauche de votre visage est plus raide. • Vous avez de la difficulté à fermer votre œil gauche et vous ne pouvez pas mâcher et boire des liquides du côté gauche comme vous le faisiez normalement. Vous sentez que la nourriture reste dans le côté gauche de votre bouche. • Vous buvez de l'eau avec une paille, sinon il serait difficile de le faire. • Lorsque vous vous êtes regardé dans le miroir, vous avez remarqué que les rides du côté gauche de votre front ont disparu; vous ne pouvez plus plisser votre front du côté gauche. • Votre joue gauche semble plus tombante, et de même pour le coin de votre bouche. • Vous avez de la difficulté à parler et votre bouche semble dévier vers la droite lorsque vous parlez. Vous ne pouvez même pas siffler sans difficulté. Vous ne pouvez pas prononcer facilement M, B, P lorsque vous parlez. • Vous avez de la difficulté à vous brosser les dents. Vous ne pouvez pas montrer au médecin les dents du côté gauche. • Vous pouvez bouger votre épaule, votre bras, votre main, votre hanche, votre genou et votre jambe droite sans problème. Vous ne ressentez pas d'engourdissement ou de picotements dans les membres du côté droit. • Vous avez sur vous les résultats de l'IRM cérébrale. • Vous avez déjà lu plusieurs articles sur Internet et supposez que vous êtes assez bien informé sur le diagnostic possible. Conditions de vie & situation émotionnelle : • Vous avez eu la grippe il y a deux semaines. • Vous êtes diabétique de type 2 et prenez des médicaments : <i>Siofor</i>. • Vous avez un spectacle dans une semaine et vous ne savez pas si vous pouvez jouer. La fin du dialogue : après avoir établi conjointement le plan de traitement. Information cachée : Vous pensez avoir quelque chose de grave : une tumeur à la gorge ou intracrânienne, et le médecin évite de vous dire la vérité. Vous pensez que vous êtes généralement très malchanceux.	

Autor: dr. Elena Amăricăi

Carte de rôle Médecin	2A
Service : Médecine physique et réadaptation Diagnostic : tendinite	
Situation : - Le patient vient vous voir 2 semaines après une chute (glissade) avec appui sur la main droite. Mal au poignet droit, avec un caractère mécanique. - Biais de suspicion de diagnostic : fracture de l'articulation du poignet droit ; tendinite/ténosynovite au niveau des tendons au niveau de l'articulation du poignet droit ; syndrome du canal carpien ; polyarthrite rhumatoïde. Examen : - Examinez le poignet et la main droite du patient. - Notez un léger gonflement du côté palmaire du poignet droit et une légère douleur à la palpation de la région palmaire du poignet droit. - Le patient se plaint de douleurs modérées lorsqu'il effectue activement des mouvements de flexion, d'extension, d'inclinaison radiale et ulnaire (déviation) au niveau du poignet droit. - Il n'y a aucun changement dans la couleur de la peau, la température ou la sensibilité tactile (la sensation est la même dans le poignet droit que le gauche). - Vous devez exclure les diagnostics suivants : fracture des os de la première articulation ; syndrome du canal carpien ; polyarthrite rhumatoïde. Tâches : - prendre les antécédents médicaux / faire l'anamnèse - examiner cliniquement le patient - interpréter les examens d'imagerie : radiographie (radiographie de la main droite et du poing : aspect normal) et échographie (échographie de la main droite : apparition d'une tendinite au niveau des tendons fléchisseurs des doigts de la main droite, sans signe de synovite au niveau du poing et articulations métacarpo-phalangiennes et interphalangiennes proximales de la main droite, échographie du poing droit : pas de modification de l'aspect du nerf médian). - appel aux techniques de communication ACP (approche centré sur le patient) : idées, préoccupations, attentes, écoute, paraphrase, résumé. La fin du dialogue : après avoir établi conjointement le plan de traitement.	

Autor: dr. Elena Amăricăi

Carte de rôle Patient/Patiente	2B
Service : Médecine physique et réadaptation Diagnostic : tendinite	
Données générales : • Prénom / nom de famille • Âge : 22 ans • Profession : étudiant ; jouer du violon dans un quatuor • Poids : 70 kg • Hauteur : 176 cm Situation : • Il y a deux semaines, vous êtes tombé sur le carrelage humide de la douche. Vous vous êtes appuyé sur votre main droite. Depuis, votre poing droit vous fait mal. • Vous avez pris de l'ibuprofène (occasionnellement, au besoin) et la douleur semble avoir diminué. • La douleur ne s'est pas aggravée avec le temps. • Vous avez des difficultés à vous laver le corps, à vous peigner les cheveux, à couper des aliments solides avec un couteau, à faire la vaisselle, à porter des objets lourds d'environ 1 kg. Vous ne pouvez pas utiliser votre ordinateur ou sa souris. Vous avez du mal à taper. • Vous ne pouvez plus pratiquer le violon. • Vous ne pouvez plus jouer au tennis, votre sport favori. • Vous êtes allé voir le médecin de famille qui vous a envoyé chez un spécialiste. Vous avez sur vous une radiographie et une échographie de votre main droite et de votre poing droit. Conditions de vie & situation émotionnelle : • À la faculté, vous avez un papier à remettre dans une semaine, mais vous ne pouvez pas taper le texte sur le clavier. Vous avez de grandes émotions que vous n'êtes pas en mesure de terminer le rapport à temps. • Vous pratiquez le violon tous les jours, mais maintenant vous ne pouvez plus. Il a fallu annuler un concert que vous aviez avec le quatuor dans lequel vous jouez. • Vous ne prenez pas d'autres médicaments. • Vous ne savez pas si vous avez d'autres maladies. • Pas d'engourdissement ou de picotements dans l'index, le majeur et l'annulaire de la main droite. La fin du dialogue : après avoir établi conjointement le plan de traitement. Information cachée : Vous êtes très agité. Vous avez un concert aux États-Unis dans un mois et vous voulez vraiment y aller. Vous planifiez cela depuis longtemps avec vos camarades du quatuor. Vous avez tous déjà reçu votre visa. Si vous ne pouvez pas jouer du violon, tout le voyage du quatuor est compromis.	

Autor: dr. Elena Amăricăi

Carte de rôle Médecin	3A
Service : Médecine Interne Diagnostic : goutte	
Situation: • Vous ne connaissez pas le patient. • Biais de suspicion diagnostique : crise de goutte aiguë. Examen : • Examinez l'orteil gros du patient : réaction inflammatoire locale (dans 60% des cas de goutte l'articulation métatarso-phalangienne est touchée), l'orteil est chaud, rouge, œdémateux et douloureux à la palpation. • Typique : apparition soudaine de douleurs quelques heures après avoir consommé des aliments riches en purines. • Sur la base de la présentation clinique typique, établir comme diagnostic suspecté : crise de goutte aiguë. Aucun investissement supplémentaire n'est requis dans la première phase. Le prélèvement d'un échantillon de sang pour déterminer le taux d'acide urique n'est indiqué qu'après la disparition des symptômes, car tous les patients ne peuvent pas détecter l'augmentation de l'acide urique en cas de crise aiguë de goutte. Tâches : • Prendre l'anamnèse. • Prêter attention aux investigations suivantes : tension artérielle - 125/80 mm Hg, HF - 92/min; température - 37,9°C, examen clinique du membre inférieur douloureux. • Déterminer les facteurs de risque. • Recommander au patient une alimentation pauvre en purines, ne pas consommer d'alcool, boire suffisamment de liquides, viser un poids normal; traitement par uricostatiques et uricosuriques. • Eviter la stigmatisation. • Utiliser des techniques de communication ACP (approche centrée sur le patient): idées, préoccupations, attentes, écoute, paraphrase, résumé. La fin du dialogue : après avoir établi conjointement le plan de traitement.	

Autor: dr. Andreea Iana

Carte de rôle Patient/Patiente	3B
Service : Médecine Interne Diagnostic : goutte	
Données générales: • Prénom / nom de famille • Âge : 39 ans • Profession : poseur de parquet • Hauteur : 181 cm • Poids : 102 kg Situation : • Après un barbecue avec des amis hier soir, vous vous êtes réveillé la nuit avec une douleur atroce au gros orteil gauche. Chaque contact du doigt est une torture. • Vous ne vous souvenez pas d'avoir été blessé. • Hier soir, vous avez bu beaucoup de bière et mangé beaucoup de viande. Conditions de vie & situation émotionnelle : • Vous avez un travail épuisant, vous travaillez jusqu'à 10 heures/jour. • Vous souffrez d'hypertension artérielle et prenez du ramipril et de l'hydrochlorothiazide depuis plusieurs années. • Vous ne savez pas si vous avez d'autres maladies. • Vous mangez régulièrement de la viande et vous buvez de la bière tous les jours. • Vous ne faites pas et ne voulez pas faire de sport. • Vous craignez de ne pas pouvoir travailler. Antécédents héréditaires collatéraux : • Votre père a eu des problèmes rénaux. La fin du dialogue : après avoir établi conjointement le plan de traitement. Information cachée : Vous ne voulez pas perdre votre emploi. Vous avez une famille de quatre personnes à nourrir. Cela vous dérange qu'on vous dise que vous devez faire de l'exercice. Vous réagissez de manière agressive.	

Autor: dr. Andreea Iana

Carte de rôle Médecin	4A
Service : Médecine Interne Diagnostic : pancréatite aiguë	
Situation : Le patient se présente en urgence avec des douleurs abdominales sévères dans l'hypochondre, des douleurs irradiant vers le dos. Examen : • Tension artérielle: 110/80 mm Hg HF=91/min • Température: 37,1 °C, SpO2 97 % • Ictère scléral • Poitrine : souffle vésiculaire faible dans l'hémithorax inférieur gauche • Abdomen : douleur diffuse dans le quadrant supérieur, bruits intestinaux présents, cicatrice post-appendicectomie indolore • Les résultats des analyses de laboratoire sont prêts. Ce sont : leucocytes 13900 g/l, GOT 71U/l, GPT 82 U/l, gamme GT 209U/l, bilirubine totale 2,9mg/dl, lipase 2028 U/l, amylase pancréatique 916U/l. • Le patient a eu une échographie au cours des derniers mois. • Votre diagnostic : pancréatite aiguë (si deux des critères suivants sont vérifiés) : douleurs abdominales aiguës persistantes dans l'hypochondre, augmentation des valeurs de lipase et d'amylase, modifications typiques des examens d'imagerie (échographie, scanner ou IRM). • Le diagnostic différentiel se fait principalement avec les pathologies responsables de douleurs épigastriques aiguës telles que cholécystite, ulcère gastrique ou duodénal, infarctus mésentérique, infarctus du myocarde, embolie pulmonaire, dissection aortique abdominale ou anévrisme. • L'échographie abdominale est nécessaire pour établir un diagnostic définitif. • Une radiographie thoracique antéro-postérieure est nécessaire pour diagnostiquer la présence d'une pleurésie. • Prise en charge: admission en réanimation, réhydratation, antalgiques, sonde nasogastrique, antibiothérapie, prophylaxie thrombotique, thérapeutique pathogénique. Tâches : • Faites l'anamnèse (pourquoi est-il venu voir son médecin, qu'est-ce qui le blesse, qu'est-ce qui l'inquiète). • Expliquer au patient le diagnostic et les prochaines étapes thérapeutiques. • Utiliser des techniques de communication centrées sur le patient (ACP) : écoute, paraphrase, prise de conscience des émotions du patient, collaboration à la prise de décision thérapeutique, synthèse. La fin du dialogue : après avoir établi conjointement le plan de traitement.	

Autor: dr. Andreea Iana

Carte de rôle Patient/Patiente	4B
Service : Médecine Interne Diagnostic : pancréatite aiguë	
Données générales : • Prénom / nom de famille • Vous avez 33 ans. • Profession : juge • Hauteur : 164 cm • Poids : 68 kg Situation : • Vous êtes hospitalisé avec des douleurs abdominales hautes sévères. Les douleurs ont commencé après le déjeuner et vous les ressentez jusque dans votre dos. • Un collègue vous a invité à déjeuner avec d'autres collègues pour fêter ensemble son anniversaire. C'était un déjeuner copieux et vous avez beaucoup mangé. Vous avez également bu un verre de vin. Conditions de vie & situation émotionnelle : • Vous vous inquiétez de votre poids. Vous voulez perdre du poids, mais vous n'y arrivez pas. Après un régime, vous devenez affamé et vous mangez trop. • Vous dégustez de la viande, du beurre, des fromages et des gâteaux. • Vous ne buvez pas d'alcool régulièrement. • Les douleurs abdominales sont apparues soudainement. • Vous n'avez pas de brûlures d'estomac dans l'estomac et la gorge. • Vous avez des selles régulières. • Vous avez souvent des maux de tête et un goût amer dans la bouche. • Votre médecin de famille a découvert des calculs biliaires lors de l'échographie que vous avez subie il y a un mois. • Vous avez eu une appendicite dans votre enfance et l'appendice a été enlevé. La cicatrice ne fait pas mal. Antécédents héréditaires collatéraux : • Aucun membre de la famille n'a pas / n'a pas eu de maladies du système digestif. La fin du dialogue : établir conjointement le plan de traitement. Information cachée : Vous n'avez pas beaucoup confiance en vous, ni dans votre vie privée ni au travail. Vous ne pouvez pas faire attention à la quantité et à ce que vous mangez. Vous ne pouviez pas faire de régime sérieux.	

Autor: dr. Andreea Iana

Carte de rôle Médecin	5A
Service : Cabinet médical de médecine interne Diagnostic : angine de poitrine	
Situation : • Vous remplacez votre collègue de bureau, le Dr Popescu, et consultez une de ses patientes pour la première fois. Elle a appelé avant le dîner pour demander une consultation urgente au cabinet, se plaignant de douleurs dans la poitrine. • La patiente se plaint de douleurs aiguës depuis plusieurs jours dans la région thoracique intercostale gauche. Ces douleurs se sont intensifiées depuis hier. • La patiente a peur d'une crise cardiaque. • La douleur est ressentie à l'effort, d'intensité différente, localisée dans l'espace intercostal 5-6 gauche, diminue d'intensité à l'effort et s'aggrave en position assise. • La patiente vient régulièrement au cabinet, prend quotidiennement deux médicaments contre l'hypertension et un médicament contre le cholestérol. Les valeurs des tests sanguins se situent jusqu'à présent dans les paramètres normaux. • Caractéristiques de la douleur : la douleur n'est pas typique d'une angine de poitrine ; diagnostic suspecté : tension/douleur neuropathique. Vous faites un ECG qui montre des résultats normaux. • Essayez de rassurer la patiente et de mieux comprendre sa peur. • Vous souhaitez dissiper les inquiétudes de la patiente et discuter des étapes diagnostiques et thérapeutiques (prises de sang, antalgiques) à suivre. Tâches : • Prendre l'anamnèse (pourquoi la patiente est-elle venue voir le médecin, qu'est-ce qui la blesse, qu'est-ce qui l'inquiète). • Soulager la peur de la patiente d'avoir une crise cardiaque. • Expliquer à la patiente les étapes suivantes : prélèvement sanguin (CK, CK-MB et, si élevé, TnT), numération globulaire et CRP. Prescrire un analgésique et l'appeler le lendemain pour une autre consultation. Si la douleur s'intensifie, conseiller la patiente de se rendre aux urgences. • Utiliser des techniques de communication centrées sur le patient (ACP) : écoute, réflexion, paraphrase, prise de conscience des émotions du patient (compréhension de l'état d'anxiété et de douleur profonde/tristesse/chagrin/deuil s'il s'agit d'une perte concrète), collaboration à la prise de décision thérapeutique, résumé. La fin du dialogue : après avoir établi conjointement le plan de traitement.	

Autor: dr. Bianca-Karla Ițariu

Carte de rôle Patient/Patiente	5B
Service : Cabinet médical de médecine interne Diagnostic : angine de poitrine	
Données générale : • prénom / nom de famille • Vous avez 65 ans • Hauteur : 155 cm • Poids : 70 kg • IMC 29,1 kg/m² • Tension artérielle : 120/70 mmHg Situation : • Vous êtes en deuil. Votre belle-sœur est décédée il y a dix jours. • Depuis plusieurs jours, vous ressentez une douleur vive, un coup de poignard entre les côtes. L'intensité de la douleur change si vous êtes en mouvement ou au repos. Ça fait plus mal quand vous vous appuyez à cet endroit. • Vous avez peur d'avoir une crise cardiaque et vous allez voir votre interniste. • Vous êtes la patiente de l'interniste depuis dix ans. • Vous prenez deux médicaments contre l'hypertension et un anti-cholestérol par jour : valsartan 80 mg, nébivolol 5 mg et atorvastatine 20 mg. Les valeurs des tests sanguins se situent jusqu'à présent dans les paramètres normaux. • L'interniste n'est pas au bureau. Le médecin qui le remplace vous examine. • Vous êtes inquiétée pour votre santé. Conditions de vie & situation émotionnelle : • Vous êtes une enseignante à la retraite, vous avez une alimentation mixte, vous fumez rarement et vous buvez de l'alcool une fois par semaine. Vous n'avez pas d'allergies. • Vous n'avez pas parlé de votre douleur à votre famille pour qu'elle ne s'inquiète pas. • Vous dormez mal et faites des cauchemars. • Vos parents sont dans une maison de retraite. Vous n'avez pas de frères et sœurs. La fin du dialogue : établir conjointement le plan de traitement. Information cachée : Votre belle-sœur est décédée il y a dix jours d'une crise cardiaque. Vous craignez que la même chose ne vous arrive.	

Autor: dr. Bianca-Karla Itariu

Carte de rôle Médecin	6A
Service : Endocrinologie Diagnostic : obésité	
Situation : • Vous rencontrez pour la première fois la patiente qui vous a été référée par le médecin de famille. • La patiente souffre d'obésité de grade 3 depuis plusieurs années. • La patiente a une tension artérielle élevée et non traitée. Elle prend des antidépresseurs depuis plusieurs années (depuis elle a également pris du poids). • La patiente a essayé plusieurs régimes, mais n'a jamais reçu de traitement pour l'obésité (elle n'a pas pris de médicaments). Elle a envisagé un pontage gastrique, mais elle a peur ou elle n'est pas sûre. • Vous voulez expliquer à la patiente que l'obésité est une maladie chronique dont elle ne doit pas être gênée et qu'il existe des options de traitement médical qui peuvent l'aider. Pas tous pris en charge par CAS. • Vous savez qu'il est plus efficace de faire un pontage gastrique et vous voulez la convaincre de surmonter sa peur. Tâches : • Prendre l'anamnèse (pourquoi la patiente vient chez le médecin, ce qu'on attend de cette consultation). • Identifier les facteurs de risque / comorbidités. • Expliquer les options de traitement: médicaments (avec la perspective d'une perte de poids allant jusqu'à 20 % en un an; les coûts ne sont pas couverts par la mutuelle; coûts de traitement: environ 550 lei/mois), intervention chirurgicale (différents types d'interventions; la perte de poids d'au moins 30 %, nécessite un traitement continu; les frais ne sont pris en charge par le CAS). • Utiliser des techniques de communication centrées sur le patient (ACP) : écoute, réflexion, paraphrase, prise de conscience des émotions du patient, collaboration à la prise de décision thérapeutique, synthèse. La fin du dialogue : établir conjointement le plan de traitement.	

Autor: dr. Bianca-Karla Ițariu

Carte de rôle Patient/Patiente	6B
Service : Endocrinologie Diagnostic : obésité	
Données generales : • Nom de famille / Prénom • Âge : 48 ans • Taille : 1m70 • Poids : 160 kg • IMC 55 kg/m² Situation : • Vous êtes en surpoids et en mauvaise santé depuis de nombreuses années, vous avez essayé de nombreux régimes, vous suivez une thérapie pour la dépression et vous prenez du poids depuis que vous êtes sous des antidépresseurs. • Vous avez des vertiges et vous avez l'impression de perdre le contrôle/ un sentiment d'impuissance et de manque de contrôle, de maîtrise, vous ne voulez pas être rassurée mais vous avez besoin d'un traitement médical adapté. Vous savez que « faire un régime » n'est pas la solution, et votre poids ne vous permet pas de faire du sport. Investigations : • Les derniers résultats de laboratoire montrent un taux de cholestérol élevé et une glycémie élevée, mais vous n'êtes pas encore diabétique. Vous craignez que si rien ne change, vous mourrez prématurément d'autres complications. Conditions de vie & situation émotionnelle : • Au cours des 10 dernières années, vous avez pris 50 kg. • Vous ne pouvez pas perdre du poids toute seule. Vous ne vous sentez jamais rassasiée et vous avez l'impression de ne pas manger beaucoup, mais au contraire, même peu. • Vous faites de l'exercice pendant la journée. Vous vous occupez des petits-enfants et vous vous fatiguez vite. • Vous avez une alimentation mixte. Vous mangez généralement ce que les autres laissent dans leurs assiettes. • Vous êtes pauvre, sur les allocations de chômage et sur des médicaments gratuits. • Vous ne buvez pas d'alcool et vous ne fumez pas. • Vous n'avez pas un sommeil réparateur (vous ronflez). • Vous avez entendu dire qu'il existe des chirurgies pour réduire le volume de l'estomac, votre amie a subi une telle opération il y a quelques années, mais elle ne s'est pas sentie bien pendant longtemps et elle n'a pas non	

plus perdu beaucoup de poids. Vous avez peur d'une intervention chirurgicale.

- En fait, vous avez abandonné l'idée de pouvoir contrôler votre poids, mais vous souhaitez vous renseigner sur les options de traitement médical.

Antécédents héréd- collatéraux :

- Toute votre famille souffre d'obésité. Les deux parents en sont décédés prématurément (la mère d'un accident vasculaire cérébral, le père d'une insuffisance cardiaque).

La fin du dialogue : établir conjointement le plan de traitement.

Information cachée : Vous craignez la stigmatisation. Vous n'aimez pas aller chez le médecin, mais vous aimeriez suivre un traitement. Vous êtes sur la défensive, toujours réservée.

Vous avez besoin de faire confiance au médecin pour vous donner les informations nécessaires, pour vous aider à suivre le traitement.

Autor: dr. Bianca-Karla Ițariu

X.

GRILE DE EVALUARE

PERFORMANȚA SM ÎN DIALOGUL CU PS¹

Diana Boc-Sînmărghișan & Daniela Kohn

¹ PS = pacient standardizat (& pacientă) / SM = student medicinist (& studentă)

1. Evaluarea colegială

SM: _____ PS: _____ ROL: _____

1. Identificarea motivelor venirii la medic, a problemelor de sănătate & recomandarea pașilor următori, a tratamentului	--	-	+	++
SM a creat un microclimat favorabil dialogului (confort fizic, liniște etc.)				
SM a salutat politicos PS				
SM s-a prezentat cu prenumele, numele, funcția și specializarea				
SM a încurajat PS să vorbească despre problemele sale de sănătate, să povestească despre motivele venirii sale la consultație				
SM a formulat întrebări de clarificare acolo unde a fost cazul pentru a stabili cu precizie natura problemelor medicale ale PS				
SM a întrebat PS despre istoricul bolii (când a debutat, cum și când se manifestă, dacă există ceva ce ameliorează manifestările etc.)				
SM a întrebat PS despre medicația de fond, despre eventualele alergii la medicamente				
SM a obținut informațiile despre antecedentele personale, fiziologice și patologice ale PS				
SM a cerut PS informații cu privire la antecedentele familiale				
SM a întrebat PS despre obiceiurile sale (alimentație, alcool, tutun, sport etc.) și mediul de viață familial, social, profesional				
SM a întrebat PS despre perspectiva sa asupra bolii/suferinței și care sunt așteptările sale				
SM a explicat PS pașii următori, tratamentul și modul de administrare al medicamentelor				
Examinarea fizică a fost făcută profesionist				

2. Limbajul, structurarea dialogului & comportamentul comunicațional	--	-	+	++
SM a întâmpinat PS politicos, cu respect, interes și empatie				
SM a tratat PS ca pe un interlocutor matur și responsabil				
SM a ascultat cu atenție PS fără să îl întrerupă				

Dialogul de anamneză cu pacientul standardizat

SM a încurajat verbal sau nonverbal intervențiile PS (prin repetiții, parafrază, semne de ascultare activă etc.)				
SM a fost atent la emoțiile PS și a dat dovadă de empatie				
SM a fost atent la îngrijorările PS				
SM adresează PS multe întrebări deschise sau închise pentru a putea pune diagnosticul corect				
SM a făcut periodic rezumări ale celor spuse de PS pentru a verifica dacă a înțeles corect mesajul; a invitat PS să facă eventualele corecturi				
SM a utilizat un vocabular accesibil PS, a explicat atunci când a fost necesar				
SM a verificat periodic dacă PS a înțeles informațiile				
SM a făcut apel la suportul vizual atunci când a fost cazul, astfel încât explicațiile să fie cât mai clare				
SM a oferit informații suplimentare atunci când a fost cazul				
SM a întrebat PS despre perspectiva sa asupra bolii/suferinței				
SM a fost onest atunci când a vorbit despre diagnostic, respectând codul de deontologie medicală				
SM a încheiat dialogul rezumând cele discutate				
SM a implicat PS în decizii, plan, a verificat eventuale rețineri, a luat în considerare poziția acestuia, a încurajat responsabilizarea				
SM a arătat înțelegere față de PS chiar dacă acesta a decis să nu urmeze recomandările				
SM a vorbit clar				
SM a structurat bine dialogul				
Dialogul a fost prea lung/scurt				

3. Gradul general de competență în comunicarea medicală				
--	--	--	--	--

--	-	+	++
nesatisfăcător	satisfăcător	bine	foarte bine

PS = pacient standardizat (& pacientă) / SM = student medicinist (& studentă)
 Grilele de evaluare au la bază ghidul Calgary-Cambridge (vezi capitolul VII).

2. Evaluarea realizată de pacientul standardizat

SM: _____ PS: _____ ROL: _____

1. Identificarea motivelor venirii la medic, a problemelor de sănătate & recomandarea pașilor următori, a tratamentului	- -	-	+	++
SM a creat un microclimat favorabil dialogului (confort fizic, liniște etc.)				
SM m-a salutat politicos				
SM s-a prezentat cu prenumele, numele, funcția și specializarea				
SM m-a încurajat să vorbesc despre problemele mele de sănătate, să povestesc despre motivele venirii mele la consultație				
SM a formulat întrebări de clarificare acolo unde a fost cazul pentru a stabili cu precizie natura problemelor mele medicale				
SM m-a întrebat despre istoricul bolii (când a debutat, cum și când se manifestă, dacă există ceva ce ameliorează manifestările etc.)				
SM m-a întrebat despre medicamentele pe care le iau și despre eventualele alergii la medicamente				
SM m-a întrebat despre starea mea generală de sănătate, despre funcționarea organelor				
SM mi-a cerut informații cu privire la bolile pe care le-am mai avut				
SM m-a întrebat de ce boli suferă / au suferit membrii familiei				
SM m-a întrebat despre obiceiurile mele legate de alimentație, alcool, tutun, sport etc. și mediul de viață familial, social, profesional				
SM m-a întrebat despre perspectiva mea asupra bolii/suferinței și care sunt așteptările mele				
SM mi-a explicat pașii următori, tratamentul și modul de administrare al medicamentelor				
Examinarea fizică a fost făcută profesionist				

2. Limbajul, structurarea dialogului & comportamentul comunicațional	- -	-	+	++
SM m-a întâmpinat politicos, cu respect, interes și empatie				

Dialogul de anamneză cu pacientul standardizat

SM m-a tratat ca pe un/o interlocutor/toare matur/ă și responsabil/ă				
SM m-a ascultat cu atenție fără să mă întrerupă				
SM mi-a adresat multe întrebări și m-a încurajat să spun tot ceea ce era necesar pentru a putea pune diagnosticul corect				
SM a fost atent la emoțiile mele și a manifestat empatie				
SM a fost atent la îngrijorările mele				
SM a făcut periodic rezumări ale celor spuse de mine pentru a verifica dacă a înțeles corect mesajul				
SM nu a folosit termeni de specialitate dificili sau fraze prea lungi, ci a segmentat informația astfel încât să-l pot urmări cu lejeritate				
SM a verificat periodic dacă am înțeles informațiile				
SM a făcut apel la suportul vizual atunci când a fost cazul, astfel încât explicațiile să-mi fie cât mai clare				
SM mi-a oferit informații suplimentare atunci când a fost cazul				
SM m-a întrebat despre perspectiva mea asupra bolii/suferinței				
SM a fost onest atunci când a vorbit despre diagnostic, respectând codul de deontologie medicală				
SM a răspuns până la finalul dialogului la toate întrebările și temerile mele legate de boală				
SM a încheiat dialogul rezumând cele discutate, stabilind cu acordul meu pașii următori și tratamentul				
SM a arătat înțelegere față de mine chiar dacă am decis să nu urmez recomandările				
SM a dat dovadă de competență și mi-a inspirat încredere				
Dialogul a fost prea lung/scurt				

3. Gradul general de mulțumire referitor la felul cum a decurs dialogul				
--	--	--	--	--

PS = pacient standardizat (& pacientă) / SM = student medicinist (& studentă)

3. Fișa de reflecție a studentului medicinist

SM: _____ PS: _____ ROL: _____

Care au fost sarcinile de îndeplinit în timpul dialogului?
Ce a fost bine?
Cum aş proceda altfel?
Ce părere au colegii? Dar pacientul standardizat?

Prezentarea contributorilor

Elena Amăricăi, profesor universitar dr. în cadrul Universității de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” din Timișoara, specializarea Recuperare, medicină fizică și balneologie, Director al Departamentului XVI, Balneologie, Recuperare Medicală și Reumatologie.

Diana Boc-Sînmărghișan, conferențiar universitar dr. în cadrul Universității de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” din Timișoara, Disciplina de limbi moderne și limba română; membră a Centrului de cercetare Lingvistică aplicată și studii culturale comparate; predă cursuri de limba română ca limbă străină, limbaj general și medical.

Karina Dimcea, studentă în anul al V-lea (2022/23) la Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” din Timișoara, Facultatea de Medicină; are în pregătire realizarea unui studiu calitativ pornind de la proiectul *Dialogul de anamneză cu pacientul standardizat*.

Andreea Iana, asistent universitar dr. în cadrul Universității de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” din Timișoara, Disciplina de medicina familiei, medic specialist Medicină internă.

Bianca-Karla Itariu, dr. med., cadru didactic și cercetător la Universitatea de Medicină din Viena, Departamentul de endocrinologie și metabolism; medic specialist la *Allgemeines Krankenhaus* (AKH) din Viena, Austria.

Daniela Kohn, conferențiar universitar dr. în cadrul Universității de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” din Timișoara, Disciplina de limbi moderne și limba română; membră a Centrului de cercetare Lingvistică aplicată și studii culturale comparate; predă cursuri de limba română și germană ca limbi străine, limbaj general și medical.

Gabriela-Mariana Luca, conferențiar universitar dr. în cadrul Universității de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” din Timișoara, Disciplina de limbi moderne și limba română, director al Centrului de cercetare Lingvistică aplicată și studii culturale comparate; predă cursuri de antropologie, comunicare medicală, limba franceză ca limbă străină, limbaj general și medical.

Simona Olaru-Poșiar, șef de lucrări dr. în cadrul Universității de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” din Timișoara, Disciplina de limbi moderne și limba română; psiholog; membră a Centrului de cercetare Lingvistică aplicată și studii culturale comparate; predă cursuri de limba engleză și germană ca limbi străine, limbaj general și medical.

Daniela Șilindean, conferențiar universitar dr. în cadrul Universității de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” din Timișoara, șefă a Disciplinei de limbi moderne și limba română și critic de teatru; membră a Centrului de cercetare Lingvistică aplicată și studii culturale comparate; predă cursuri de antropologie, comunicare medicală, introducere în medicina narativă (boală și discurs), limba engleză și română ca limbi străine, limbaj general și medical.

Constantin Tovarnițchii, asistent universitar drd. la Universitatea de Vest din Timișoara, Facultatea de Muzică și Teatru; actor; predă cursuri de actorie.