



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

Comunicarea cu părinții

Introducere

2.1. Transparența informației despre tratament

- 2.1.1 Introducere
- 2.1.2 Modelul paternalist, mutualist, consumerist
- 2.1.3 Bariere în comunicare

2.2. Comunicarea cu părinții

- 2.2.1 Introducere
- 2.2.2 Rolul părinților în comunicarea medic pediatru-copil-părinte. Copilul mic, adolescentul

2.3. Deprinderile soft

- 2.3.1 Răbdarea și ascultarea. Atenția distributivă (multitasking)
- 2.3.2 Empatia și inteligența emoțională (managementul emoțiilor, rezolvarea sarcinilor, comunicarea veștilor proaste)
- 2.3.3 Limbaj simplu, comunicare expresivă
- 2.3.4 Repetarea

2.4. Predarea deprinderilor soft

- 2.4.1 Pacienți standardizați
- 2.4.2. Case-based learning/învățarea bazată pe cazuri
- 2.4.3. Jocul de rol
- 2.4.4. Team-based learning/ învățarea în echipă
- 2.4.5. Învățarea prin problematizare

2.5. Activități practice

2.6. Studii de caz

2.7 Bibliografie



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

VIDEO TUTORIAL

Communicating with parents



Introducere

În timpul examinărilor medicale, medicii și părinții trebuie să se înțeleagă reciproc lucru fără de care încredere reciprocă, esențială în rezolvarea situației medicale, nu este posibilă. Acest tip de relație dintre pediatru și părinte este unul complex datorită barierelor cognitive și afective implicate în comunicare. Pentru a asigura o bună comunicare între părinți și furnizorii de servicii medicale este necesar să se înțeleagă ce consideră părinții ca fiind important în relațiile medic-pacient / părinți și care sunt cele mai importante puncte critice în cadrul unei consultații medicale. Acest capitol prezintă bazele relației dintre medici și părinți și va arăta cum această relație poate fi îmbunătățită prin abilități de comunicare.

2.1. Transparența informației despre tratament

2.1.1 Introducere

Calitatea asistenței medicale este în mare măsură dependentă de siguranță, actualitate, eficacitate, eficiență, echitate și o bună comunicare între cadrul medical și pacient. Pentru a oferi servicii de asistență medicală centrate pe pacienți și de calitate, este esențială îmbunătățirea abilităților de comunicare. Centrarea pe pacient poate fi definită ca o abordare biopsihosocială a tratamentului medical. Modelul biopsihosocial, spre deosebire de modelul biomedical subliniază faptul că sănătatea și bolile sunt determinate de o interacțiune dinamică între factorii biologici, psihologici și sociali și nicio singură boală, pacient sau stare nu poate fi redusă la un singur aspect. Spre deosebire de aceasta, modelul biomedical atribuie boala factorilor biologici, cum ar fi virusurile, genele sau anomaliile somatice (Borrell-Carrió et al. 2004).



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.1.2 Modelul paternalist, mutualist, consumerist

Atunci când medicii interacționează cu pacienții, comunicarea are loc între persoane cu o poziție inegală, aflate într-o situație de implicare emoțională complexă, acest tip de relație fiind astfel una dintre cele mai complexe relații umane. Potrivit lui (Roter 2010), există patru forme fundamentale de relație medic-pacient: paternalist, mutualist, consumerist și implicit. În relațiile *paternaliste*, medicii sunt dominanți în timp ce pacienții rămân pasivi. *Consumerismul* este caracterizat de un pacient activ și de un medic a cărui principală obligație este de a oferi servicii medicale și de a lua în considerare drepturile pacienților. *Mutualismul* este asociat cu luarea deciziilor comune și este adesea considerat ca fiind cel mai bun tip de relație (s-au îmbunătățit gradul de rechemare/reinternare a pacientului, respectarea indicațiilor de către pacient și satisfacția pacienților atunci când medicii au abordat discuții pozitive și s-au axat mai mult pe construirea unui parteneriat). Relațiile *implicite* sunt caracterizate de lipsa de control de fiecare parte și sunt considerate ca fiind cele mai puțin eficiente dintre cele patru tipuri.

Abordarea *mutualistă* poate fi de asemenea folosită ca un instrument eficient de comunicare cu părinții și cu copiii. O recenzie recentă a literaturii de specialitate (Tates & Meeuwesen 2001) indică faptul că la vârsta de 7 ani și peste, copiii sunt mai exacti decât părinții lor în furnizarea de date de sănătate cu impact asupra rezultatelor viitoare, deși sunt mai puțin eficienți în realizarea anamnezei. Fiabilitatea rapoartelor oferite de către copiii cu vârsta cuprinsă între 8 și 11 ani este destul de bună pe chestionarele de sănătate dezvoltate special pentru această grupă de vârstă. Rapoartele personale ale copiilor oferă o modalitate viabilă de a monitoriza stresul și experiențele de sănătate în timpul copilăriei și adolescenței, ceea ce poate îmbunătăți înțelegerea traiectoriilor lor de sănătate și dezvoltare a anumitor boli.

Resurse online

Borrel-Carrió F. et al. (2004) The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice and Scientific Inquiry. Annals of Family Medicine, 2, 576-582.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1466742/>

Modelul biopsihosocial este o filosofie de îngrijire clinică dar și un ghid clinic practic. În acest articol autorii susțin modelul biopsihosocial ca fiind o contribuție esențială la metoda clinică științifică.

Roter D. (2010) Models of Doctor-patient relationship.

<http://ocw.jhsph.edu/courses/isbtii/PDFs/Session21roterinteraction2010.pdf>

Prezentarea explorează baza teoretică și filosofică a relației doctor/pacient și definește relația terapeutică și expresia acesteia în practică pe baza unui studiului empiric.

Tates K., Meeuwesen L. (2001) Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. Social Science and Medicine, 52, 839-851.

https://www.researchgate.net/publication/12096746_Doctor-parent-child_communication_A_review_of_the_literature

Studiile comunicării dintre doctor-pacient se concentrează preponderent pe interacțiunea diadică între adulți. Scopul acestui studiu este de a evalua un model al comunicării doctor-părinte-pacient și de a explora în special rolul copilului în interacțiune.

2.1.3 Bariere în comunicare

O bună comunicare cu părinții este esențială. În majoritatea cazurilor părinții sunt experți în identificarea momentului în care comportamentul copilului lor nu se mai este la fel, ceea ce poate indica o stare de rău. Pediatrii trebuie să ia în considerare înțelegerea părinților despre personalitatea și sănătatea copiilor lor, în special dacă vârsta sau handicapul copilului îngreunează comunicarea cu acesta din urmă. De asemenea, medicii pediatri ar trebui să discute cu părinții despre toate preocupările pe care le au cu privire la siguranța sau bunăstarea copilului sau adolescentului și să-i



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Proiect Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

informeze cu privire la ce anume se întâmplă din punct de vedere medical.

Barierile de comunicare includ toate blocajele care stopează sau întrerup procesul de comunicare. Există multe obstacole în calea bunei comunicări în relația medic-părinte, inclusiv bariere cognitive și afective. Pentru a atinge obiectivul comun de obținere a unei stări adecvate de sănătate a copilului, medicul trebuie să identifice barierele de comunicare și să deprindă anumite abilități soft de depășire a acestora, pe lângă cunoștințele medicale pe care le deține.

La nivel *cognitiv*, pediatrii ar trebui să verifice dacă au furnizat suficiente informații, prea multe sau doar cantitatea corectă de informații și dacă informația este ușor de înțeles atât pentru părinte, cât și pentru copil. Uneori medicii au așteptări nerealiste față de părinți și pacienți în ceea ce privește nivelul de înțelegere a jargonului medical și capacitatea de a gestiona informațiile complexe într-o situație stresantă. Jargonul medical trebuie evitat în aproape toate cazurile, chiar dacă părintele este un profesionist calificat în domeniul sănătății.

Pentru a oferi o comunicare adecvată *la nivel afectiv*, un pediatru trebuie să țină seama de generația la care aparțin părinții, de genul (feminin, masculin) al părinților, de diferențele culturale și de valorile personale. Sistemul valoric al familiilor și așteptările trebuie respectate de către personalul medical. Indiciile nonverbale, cum ar fi contactul vizual, atingerea, tonul vocii sunt, de asemenea, importante. Un grup de cercetători care a analizat reclamațiile pacienților la adresa chirurgilor a constatat că medicii care au un ton vocal dominant/mai pronunțat au fost aproape de trei ori mai susceptibili de a fi în grupul acuzat. Acei medici ale căror tonuri vocale au exprimat îngrijorarea sau anxietatea au fost pe jumătate mai susceptibili de a fi acuzați. Un ton vocal negativ (îngrijorare) cuplat cu cuvinte pozitive empatice și calmante a fost asociat cu o mai mare satisfacție a pacienților și menținerea unui rating mai bun pe o perioadă de 6 luni (Ambady et al., 2002).

Resurse online

Ambady N. et al. (2002) Surgeons' tone of voice: A clue to malpractice history. *Surgery*, 132, 5-9
<http://emerald.tufts.edu/~nambad01/surgeons%20tone%20of%20voice.pdf>

Aspectele interpersonale ale îngrijirii, cum ar fi comportamentele de comunicare ale medicilor, sunt adesea citate ca fiind esențiale pentru deciziile pacienților în inițierea unor litigii de malpraxis. În studiul actual, autorii au investigat relația dintre percepția tonului vocal al chirurgilor și istoricul revendicărilor privind malpraxisul.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.2. Comunicarea cu părinții

2.2.1 Introducere

Relația pediatru-părinte-pacient este construită pe încredere. Cei mai importanți factori predictivi ai comunicării eficiente dintre medici și pacienți / părinți sunt percepția de interes, îngrijire atentă, căldură și disponibilitate. Încrederea manifestată în timpul consultației pediatrice este în general definită ca fiind convingerea părinților că furnizorul de servicii de sănătate pediatrică pornește în demersul său cu cel mai bun interes al copilului în minte. Relația necorespunzătoare cu medicii este principala sursă a criticilor din partea părinților pe când relația bună influențează pozitiv satisfacția pacienților și a aderenței acestora la tratament într-o mai mare măsură decât instrucțiunile scrise sau chiar durata consultației medicale (Levetown 2008).

Pentru a asigura o bună comunicare între părinți și furnizorii de servicii medicale este necesar să se înțeleagă ce consideră părinții ca fiind important în relația medic-pacient / părinți și care sunt cele mai dificile părți ale unei consultații medicale. Următoarea listă se bazează pe chestionarul Softis-ped aplicat părinților și pe interviurile cu părinții realizate pe durata proiectului:

- Claritate, caracter direct: medicii vorbesc limba pacienților, direcționează conversația către puncte relevante și evită pe cât este posibil surprizele de ultim moment.
- Onestitatea: netransmiterea unei informații este acceptabilă numai dacă medicul este convins că prin comunicarea acesteia poate crește riscul de a dăuna tânărului pacient. Sfaturile din partea unui coleg sau clinician cu experiență pot ajuta la găsirea celei mai bune modalități de abordare a unei asemenea situații.
- Manifestați respect: salutați copilul și părintele folosind numele acestora, zâmbiți.
- Ascultarea: angajați părinții și copilul în dialog iar la sfârșitul consultației verificați dacă părinții au alte întrebări. Oferiți timp părinților să absoarbă și să înțeleagă conținutul explicațiilor dvs.
- Oferiți informații mai multe și mai exacte despre boală, planul de tratament și rezultatele așteptate.
- Se recomandă o mai mare deschidere în privința pericolelor și efectelor secundare ale tratamentului.
- Discutați beneficiile, riscurile și informațiile cu privire la alte tratamente disponibile (inclusiv opțiunea de a nu interveni). Discreditarea medicinei complementare și alternative nu convinge părinții.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.2.2 Rolul părinților în triunghiul comunicării Pediateru-copil-părinte. Sugarul, copilul mic, adolescentul

Rolul părinților în comunicarea medic-copil variază în funcție de vârsta copilului. Până la vârsta de 6-7 ani, părintele este persoana care poate comunica mai bine și funcționează ca principal translator al simptomelor, întrebărilor și dorințelor copilului în general. În jurul vârstei de 6-7 copiii pot oferi o descriere mai bună a simptomelor lor decât părinții (Tates & Meeuwesen 2001). În grupul de vârstă al copiilor cu vârsta cuprinsă între 6 și 12 ani, rolul părinților constă în principal în a încuraja copilul să comunice direct cu medicul, descriind simptomele în cuvintele lui, oferindu-i ajutor atunci când este necesar. Pentru pediatri, relatările părinților despre hobby-urile și interesele copilului reprezintă o sursă excelentă de informații în construirea încrederii și găsirea unui teren comun cu micuții pacienți. Vizitele medicale ale adolescenților sunt în mare parte caracterizate de un părinte mai pasiv sau chiar lipsa acestuia.

În 2000, Tate și Meeuwesen au publicat un studiu despre participarea copiilor olandezi la consultații, după ce au examinat observațiile filmate a 106 interviuri medicale realizate într-o perioadă de aproape 20 de ani. Rezultatele au arătat că în consultația medicală controlul exercitat de copil este destul de limitat, deși, odată cu înaintarea în vârstă, acesta participă mai activ. O altă constatare importantă a studiului a fost "diferența în ceea ce privește modul în care medicul și părinții își adaptează tiparele interacțiunii verbale la copil; controlul parental pare să fie constant pe parcursul anilor și nu are legătură cu vârsta copilului, în timp ce medicul de familie ia în considerare vârsta copilului" (Tates & Meeuwesen 2000).

Aceiași cercetători au constatat că majoritatea studiilor ignoră implicațiile prezenței copilului în consultația medicală (Tates & Meeuwesen 2001). În loc să se concentreze asupra interacțiunii doctor-copil-părinte, studiile privind comunicarea medic-pacient examinează preponderent interacțiunile diadice dintre adulți. Multe cercetări anterioare care pretind că se concentrează asupra interacțiunii în triada doctor-părinte-copil au folosit metodologii bazate pe diade. Deoarece dinamica interacțională a unei triade diferă fundamental de cea a unei diade, Tate și Meeuwesen și-au propus să efectueze mai multe analize triadice.

Tates et. al (2002) au realizat o analiză triadică pentru a dezvolta o tipologie a relațiilor doctor-părinte-copil și de a asigura validarea empirică a tipologiei propuse. În total, au fost descoperite trei grupuri diferite: 1) ambii adulți suportivi (în principal în interacțiunile cu copiii mai mari) 2) ambii adulți non-suportivi (cu cât copilul este mai mic, cu atât medicul și părintele sunt non-suportivi) 3) medicul suportiv și părinte non-suportiv (acest tipar a fost, de asemenea, legat de vârstă și a apărut mai frecvent la copiii mai mari).

Pe baza analizei filmelor video înregistrate în birourile medicului pediatru, cercetătorii au conchis că "90% din consultații se încheie într-o manieră neparticipativă, parțial datorită scăderii susținerii din partea medicului.

Constatarea că medicii de familie sunt mai puțin orientați spre pacient spre sfârșitul consultației este în concordanță cu studiile anterioare potrivit cărora medicii rareori discută despre deciziile de tratament cu copiii. (...) nevoia părintească de a-și exprima îngrijorarea și de a se implica în deciziile de tratament (...) poate explica schimbările în comportamentul de susținere a medicului față de copil (...)

Medicul nu își reia comportamentul de sprijin față de copil după discuția didactică cu părintele" (Tates și colab., 2002). În total, 58 de medici au participat la studiu, majoritatea, 91% fiind bărbați.

Astfel, principala responsabilitate a medicului în comunicarea părinte-copil-medic este aceea de a 1) evalua dacă copilul este pregătit să participe activ sau nu în acea situație (de exemplu, un copil cu o personalitate deschisă poate fi diferit atunci când este bolnav); dacă există vreun factor constant care împiedică copilul să comunice deschis (timiditate); copilul este suficient de dezvoltat cognitiv pentru a-



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

și spune propriile simptome 2) să asigure copilului posibilitatea de a-și exprima propriile simptome și emoții și de a adresa întrebări, să mențină rolul activ al copilului în conversație și să reducă implicarea părintelui atunci când este necesar.

Resurse online

Tates K., Meeuwesen L. (2001) Doctor-parent-child communication. A (re)view of the literature. *Social Science and Medicine*, 52, 839-851.

https://www.researchgate.net/publication/12096746_Doctor-parent-child_communication_A_review_of_the_literature

Studiile privind comunicarea doctor-pacient se concentrează în principal asupra interacțiunilor diadice dintre adulți. Scopul acestui studiu este de a evalua stadiul actual al cercetării în domeniul comunicării medic-părinte-copil și de a explora rolul specific al copilului.

Tates et al. (2002) Doctor-parent-child relationships: a “pas-de-trois”. *Patient Education and Counseling*, 48, 5-14

https://www.researchgate.net/publication/11168264_Doctor-parent-child_relationships_A_%27pas_de_trois%27

Opțiunile copilului de a participa sunt destul de limitate și intervenția părintelui în favoarea copilului este, într-un fel, co-construită instituțional. Acest studiu a urmărit caracterizarea relațiilor din cadrul triadei prin dezvoltarea unei tipologii a interacțiunii doctor-părinte-copil, clasificând comportamentul adulților în funcție de atitudinea participativă/non-participativă a pacientului copil.

Tates K., Meeuwesen L. (2000) “Let Mum have their say”: Turntaking in doctor-parent-child communication. *Patient Education and Counseling*, 40, 151-162

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399199000750>

Legislația din Olanda impune ca pacienții copii să participe la luarea deciziilor în privința propriei asistențe medicale. Pentru a înțelege aspectele legate de asimetrie și control în comunicarea doctor-părinte-copil, studiul prezent explorează tiparele de comunicare ale acelei triade la cabinetul medical cu o comparație în decursul timpului.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.3. Deprinderile soft

2.3.1 Răbdarea și ascultarea. Atenția distributivă (multitasking)

Ascultarea este o parte esențială a comunicării. Comunicarea necesită timp și răbdare precum și dorința de a asculta preocuparea/necazul părinților. O cameră liniștită, lipsa întreruperilor, oferirea de scaune pentru părinți, asigurarea unei distanțe adecvate, contactul vizual bun etc., sunt utile pentru a îmbunătăți ascultarea și cunoașterea necesităților părinților.

Chestionarul Softis-ped a constatat că abilitățile de ascultare ale pediatrilor sunt bune. Cu toate acestea, potrivit cu Pilling (2008), mulți medici au tendința de a întrerupe pacienții după ce au ascultat simptomele timp de numai 18 secunde, deoarece au doar un timp foarte limitat la dispoziție pentru interacțiunea cu pacienții.

În consecință, acest lucru duce deseori la o descriere incompletă a problemelor copilului, mai mult de jumătate (54%) din totalul simptomelor rămânând ascunse sau necorespunzător descrise.

În cazul îngrijirii primare pediatrice acest timp poate fi chiar mai scurt și multe informații pot fi ratate deoarece medicii trebuie să comunice cu două persoane în loc de doar cu unul. Chiar dacă în cazul copiilor mai mici, părinții sunt considerați de către medici ca fiind mai de încredere în ceea ce privește furnizarea informațiilor corecte despre simptome, copilul nu poate fi ignorat în timpul consultației. Ascultarea pacienților nu necesită chiar atât de mult timp pe cât presupun medicii. Majoritatea pacienților își termină primele fraze fără întreruperi în 60 de secunde și niciunul dintre ei nu a necesitat mai mult de 150 de secunde, nici chiar atunci când a fost încurajat să facă acest lucru.

De asemenea, doctorii tind să supraestimeze importanța primului simptom menționat și să întrerupă pacientul imediat după ce acesta a fost menționat. Pacienții sunt însă deseori incapabili să decidă ce simptom este cel mai important și de multe ori ordinea în care le prezintă nu are nimic de-a face cu importanța clinică a simptomului respectiv. În timpul controalelor, majoritatea medicilor reiau conversația de la punctul în care aceasta s-a încheiat, continuând subiectul vizitei anterioare și sărind peste toate întrebările introductive.

De cele mai multe ori, pacienții nu au posibilitatea de a pune întrebări legate de explicațiile oferite de medic, deoarece 75% dintre medici nu oferă pacienților această posibilitate. Pe lângă timpul limitat pe care un medic îl petrece cu pacientul, există și unii medici care dezavuează faptul de a li se adresa întrebări. Astfel, 76% dintre pacienți rămân cu întrebări concrete neelucidate după terminarea consultației și părăsirea cabinetului medical.

Fără a li se oferi suficiente informații, pacienții ar putea chiar să nu recunoască bunele intenții ale unui medic, iar dacă încrederea este întreruptă, complianța cu tratamentul va fi scăzută și pacienții nu vor urma instrucțiunile medicului. Pacienții care sunt mai mulțumiți de medic aderă mai ușor la recomandările de tratament iar medicii mai calificați în domeniul emoțional al interacțiunii cu pacientul vor avea pacienți mai satisfăcuți. (Pilling 2008)

Resurse online

Pilling J. (2008) Orvos-beteg kommunikáció

<http://egeszseguyimarketing.hu/orvos-beteg-kommunikacio-pilling-janostol/>

Autorul prezintă etapele unui interviu medical și le explică în detaliu.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.3.2 Empatia și inteligența emoțională (managementul emoțiilor, rezolvarea unor situații, transmiterea veștilor proaste)

Părinții copiilor bolnavi trec printr-o experiență dificilă. Deoarece pediatrii interacționează atât cu copiii, cât și cu părinții, ei au nevoie de abilități interpersonale deosebite. Interacțiunea cu familia copilului, demonstrarea empatiei și înțelegerea situației părinților este o parte foarte importantă a tratamentului. Părinții pot reacționa în moduri diferite la situații stresante, iar medicul pediatru trebuie să fie pregătit să facă față unor reacții negative comune cum ar fi vina, furia sau o revărsare bruscă a durerii.

Este foarte important să se accepte ceea ce spun părinții, fără a fi judecați. Aprecierea eforturilor părinților și afirmarea capacității lor de a avea grijă de copil atât verbal cât și non-verbal ajută la construirea încrederii. Părinții merită să cunoască adevărul, dar transmiterea acestuia trebuie să fie făcută cu bun simț și empatie. Dacă starea copilului este deosebit de gravă, informațiile pot fi transmise treptat, în timpul a două sau mai multe vizite. Cu toate acestea, dacă părinții își exprimă dorința de a cunoaște totul, acest drept le va fi respectat.

Mulți medici admit un anumit nivel de disconfort în privința comunicării, mai ales atunci când trebuie să le transmită părinților informații nedorite sau supărătoare. Transmiterea veștilor proaste, alături de provocarea de face față unei boli deosebite, constituie cele două domenii principale în care medicii întâmpină mari dificultăți. Părinții apreciază atunci când medicul demonstrează în mod clar o atitudine atentă plină de grijă și care le permite să vorbească și să-și exprime emoțiile atunci când li se dau de vești proaste. Părinții sunt mai atenți la relația afectivă cu medicul decât la capacitatea acestuia de a rezolva problema.

Levetown și Comitetul de Bioetică au propus următoarea modalitate de a comunica veștile proaste:

Deschideți conversația întrebând părinții ce știu despre ce se întâmplă cu copilul lor. Cel mai probabil părinții vor fi supărați să audă o veste proastă. Faptul de a aștepta până când atenția lor revine la medic, la fel ca și recunoașterea durerii și fricii lor sunt un semn clar că pediatrul are o atitudine de susținere, nu judecă și ia în considerare starea emoțională a părinților. Medicii pot folosi propoziții empatiche cum ar fi "văd că nu vă așteptați acest lucru" (tăcere). Odată ce părinții au dezvăluit medicului pediatru ceea ce cred, percepțiile greșite pot fi corectate.

Pediatrul poate de asemenea întreba părinții dacă cunosc și alți copii cu acest diagnostic sau cu o situație similară - o asociere care poate fi de ajutor. Pediatrii pot spune părinților, de exemplu: "Păreți supărați; Și eu aș fi. (Tăcere). Cunoașteți pe cineva care a suferit de această boală? (Tăcere). Cum s-a rezolvat situația lor?"

Împărtășirea treptată a unor informații suplimentare despre boală și tratament ar putea fi foarte apreciate de părinți. Pediatrii pot furniza informații complete pe parcursul mai multor întâlniri. De asemenea, materialele scrise și furnizarea unui mijloc de a contacta medicul atunci când apar întrebări suplimentare le conferă părinților sentimentul că sunt susținuți de echipa medicală.

Părinții ar putea dori să aibă posibilitatea de a atinge sau de a ține copilul, în special copiii nou-născuți sau copiii de care au fost separați în timpul transportului. Asigurarea contactului fizic ori de câte ori este posibil poate reduce frica copilului și experiența traumatizantă a părinților, în situații deosebite.

Resurse online

Levetown, M., (2008) Communicating With Children and Families: From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information. Pediatrics VOLUME 121 / ISSUE 5

<http://pediatrics.aappublications.org/content/121/5/e1441>

Acest articol oferă o trecere în revistă a dovezilor referitoare la comunicarea clinică în mediul pediatric și acoperă o arie largă de la consultarea în asistența medicală primară până la notificarea cu privire la deces, oferind sugestii practice pentru îmbunătățirea comunicării cu pacienții și familiile lor, capabile să conducă la o îngrijire pediatrică



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

mai eficientă, eficae și empatică.

2.3.3 Limbaj simplu, comunicare expresivă

Nu toți părinții au un nivel corespunzător de educație și inteligență. De aceea, explicarea lucrurilor în limbaj simplu, clar și direct este foarte importantă. Claritatea și caracterul direct sunt deosebit de importante în cazul părinților care dispun de o educație limitată în materie de sănătate. Majoritatea pacienților nu sunt familiarizați cu termenii medicali, iar 89-93% dintre medici nu reușesc să verifice dacă părinții au înțeles sau nu explicațiile pe care ei le oferă. Prin urmare, pacienții rețin doar 50-60% din informațiile furnizate (Pilling 2008). Din această cauză, părinții pot avea probleme cu administrarea dozelor de medicamente și urmarea instrucțiunilor de îngrijire, calcularea cantității corecte de medicamente sau citirea instrucțiunilor de pe etichete. Folosirea unui limbaj simplu este o strategie care se poate aplica atât în cazul comunicării scrise, cât și verbale.

Există multe tehnici utile și eficiente pentru a facilita comunicarea cu părinții. Folosirea de cuvinte simple, propoziții scurte și explicarea jargonului medical constituie primul pas în evitarea neînțelegerilor. Împărțirea informațiilor complexe în mesaje scurte și furnizarea celor mai importante informații mai întâi și ulterior, concentrarea pe două sau trei concepte mai importante, pot fi, de asemenea, utile părinților, mai ales dacă nu au posibilitatea de a lua notițe. Ajutoarele vizuale precum desenele, modelele și diagramele ar putea facilita o mai bună înțelegere a datelor biologice și a statisticilor.

Uneori, barierele lingvistice, diferențele culturale și personale pot influența eficacitatea transmiterii de informații. Pacienții pot avea nevoie de un alt tip de informație decât cea pe care o presupun medicii. Ei doresc să cunoască diagnosticul, prognosticul și ceea ce a cauzat boala, în timp ce medicii sunt mai concentrați pe tratament și medicație (Pilling 2008)

Resurse online

Pilling J. (2008) Orvos-beteg kommunikáció

<http://egeszseguyimarketing.hu/orvos-beteg-kommunikacio-pilling-ianostol/>

Autorul prezintă etapele unui interviu medical și explică în detaliu esența etapelor acestuia.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.3.4 Repetarea

Pentru a se asigura că părintele înțelege informațiile furnizate, pediatrul ar trebui să verifice mai întâi ceea ce părinții știu deja despre boala copilului lor. Cu părinții care au deja cunoștințe, discuția poate începe de la un nivel, deși este important să verificăm dacă cunoștințele sau înțelegerea lor este corectă. Mulți părinți caută informații din resurse neverificate cum ar fi site-uri web.

Abilitățile de înțelegere ale părinților ar putea fi influențate de probleme de jargon medical dar și de stări emoționale. Dezvăluirea treptată a informațiilor, furnizarea acestora într-o succesiune logică sau în două sau mai multe sesiuni poate duce la o mai bună înțelegere și o mai bună retenție a informațiilor. Între două sesiuni părinții au timp să absoarbă informațiile și să facă față noii situații. Pediatrii trebuie să fie pregătiți să repete cu răbdare informațiile și să răspundă la întrebări. Este, de asemenea, important să se acorde atenție la cantitatea de informații pe care părinții doresc să o cunoască: unii dintre ei sunt interesați de fiecare detaliu minor al stării copilului, în timp ce alții vor doar o rețetă și o asigurare că totul va fi bine (Mehta 2008).

După ce a răspuns la întrebările părinților, un pediatru poate folosi metoda de "teach-back" (repetarea informațiilor) pentru a afla dacă aceștia înțeleg instrucțiunile. În loc să îi întrebe dacă înțeleg informațiile transmise, pediatrul poate adresa întrebări cu privire la modul în care aceștia vor pune în aplicare planul de tratament, ce intenționează să le spună soțului sau bunicilor despre îngrijirea și tratamentul copilului sau despre funcționarea aparatului medical al acestuia.

Casetele audio pot servi ca mijloace de comunicare eficiente, deși pediatrii încă mai au multe rețineri în acest sens. Părinții pot asculta în mod repetat informațiile și le pot prezenta și altor membri ai familiei. Înregistrările audio reprezintă una dintre cele mai eficiente metode de diseminare a informațiilor exacte, deoarece "casetele realizate în timpul consultațiilor în ambulatoriu au fost ascultate de părinți aproape în procent de 100%; buncii le-au ascultat în proporție de peste 50% (52,8%), 70% au fost ascultate de mai multe ori și o treime dintre părinți și-au făcut o copie pentru uz personal. Casetele au fost considerate utile în proporție de > 99%" (Levetown 2008).

Resurse online

Mehta PN. (2008) Communication Skills – Talking to Parents. *Indian Pediatrics*, 45, 300-304.

<http://medind.nic.in/ibv/t08/i4/ibvt08i4p300.pdf>

Comunicarea este o artă care până acum a fost dobândită, dezvoltată și îmbunătățită prin experiență. Comunicarea îmbunătățește înțelegerea și aderarea pacienților la terapie și are un efect terapeutic. Totuși, comunicarea poate fi, de asemenea, predată și evaluată prin programe structurate.

Levetown, M., (2008) Communicating With Children and Families: From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information. *Pediatrics* VOLUME 121 / ISSUE 5

<http://pediatrics.aappublications.org/content/121/5/e1441>

Acest articol oferă o trecere în revistă a dovezilor referitoare la comunicarea clinică în mediul pediatric, acoperă o arie largă de la consultația în policlinică până la notificarea cu privire la deces și oferă sugestii practice pentru îmbunătățirea comunicării cu pacienții și familiile, fapt care conduce la o sănătate pediatrică mai eficientă și o îngrijire empatică.



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.4. Predarea deprinderilor soft

Există mai multe metode de predare a competențelor soft utilizate în comunicarea cu părinții. Acest capitol prezintă modul în care abilitățile soft pot fi predate și învățate prin utilizarea de strategii ca: pacienți / simulări standardizate, învățare bazată pe cazuri, învățarea în echipă, jocurile de rol și învățarea bazată pe probleme.

2.4.1 Pacienți standardizați

Pacienții standardizați (PS) sunt o metodă prin care se utilizează un scenariu clinic cu un joc de rol al părintelui (standardizat), în cazul nostru, cu scopul de a ajuta medicii / studenții să aplice abilitățile și cunoștințele de comunicare, evaluare și dezvoltare a abilităților de interviu. Pacienții standardizați (persoane special pregătite pentru acest rol) sunt utili pentru că simulează o situație reală. Metoda are și provocări, deoarece se bazează pe improvizație, iar feedback-ul poate fi variabil. Este o metodă efecace, aflată în continuă dezvoltare și îmbunătățire.

Resurse online

Kierstan Hanson, Patience for Patients: The Joys and Challenges of Using Standardized Patients in the Clinical Skills Lab

http://www.aacp.org/governance/SIGS/laboratoryinstructors/Documents/Lab_SIG_webinar-16-05-25.pdf

2.4.2. Învățarea bazată pe caz

În CBL medicii / studenții sunt motivați să învețe în mod autonom, dezvoltându-și capacitatea de auto-învățare și integrarea cunoștințelor de la diferite subiecte pentru a rezolva problemele. Este o metodă de grup mic în care problemele de învățare sunt pre-identificate. Metoda CBL oferă mai multe oportunități pentru dezvoltarea abilităților de rezolvare a problemelor într-o singură sesiune. Învățarea bazată pe caz este considerată deseori o modalitate superioară de învățare în comparație cu învățarea bazată pe probleme.

Resurse online

Queen's University: What is Case-based learning?

<http://www.queensu.ca/ctl/what-we-do/teaching-and-assessment-strategies/case-based-learning>

Herreid, C. F. (2007). Start with a story: The case study method of teaching college science. NSTA Press.

http://pal.lternet.edu/docs/outreach/educators/education_pedagogy_research/start_with_a_story.pdf



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.4.3. Jocul de rol

Jocul de rol este o metodă utilizată pe scară largă pentru învățarea și consolidarea deprinderilor de comunicare în educația medicală. Folosirea jocului de rol în grupuri mici este o metodă importantă care ajută studenții să cultive abilitățile necesare pentru a se angaja în conversații nuanțate, adesea dificile, cu pacienții grav bolnavi. Se pot observa, conștientiza și evalua abilitățile de luare a deciziilor în rolul părintelui în cazul nostru, al medicului sau pacientului și abilitățile de comunicare interpersonală.

Resurse online

Vicki A. Jackson, M.D., M.P.H., Anthony L. Back, M.D.: Teaching Communication Skills Using Role-Play: An Experience-Based Guide for Educators (2011)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3155105/>

2.4.4. Team-based learning

Învățarea în echipă (TBL) este o metodă de învățare centrată pe student și ghidată de profesor. Metoda utilizează diverse strategii pentru a încorpora eficacitatea metodelor de învățare în grupuri mici, cum ar fi învățarea bazată pe probleme (PBL), în cadrul cursurilor cu grupuri mari de cursanți. (Yeswanth, Ganesh 2013).

Cele 4 principii esențiale ale învățării bazate pe echipă sunt: (1) formarea unor grupuri corespunzătoare; (2) responsabilizarea studenților pentru munca individuală și în echipă; (3) oferirea de feedback frecvent și în timp util; și (4) proiectarea sarcinilor astfel încât acestea să promoveze învățarea și dezvoltarea echipei.

Această metodă încurajează studenții să devină membri activi, mai degrabă decât să primească pasiv informații. Elementele cheie ale unei sesiuni TBL sunt: echipele, responsabilizarea, feedbackul și proiectarea sarcinilor.

Resurse online

Yeshwanth K. Rao, Ganesh K. Shenoy: Introducing team based learning in undergraduate pharmacology (2013)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3608283/>

Dhiren Punja, Shivananda N Kalludi, Kirtana M Pai, Raghavendra K Rao, and Murali Dhar: Team-based learning as a teaching strategy for first-year medical students (2014)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4286580/>

Farland MZ, Sicat BL, Franks AS, Pater KS, Medina MS, Persky AM. Best practices for implementing team-based learning in pharmacy education. Am J Pharm Educ. 2013;77(8):177

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3806961/>



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.4.5. Învățarea bazată pe problematizare

Învățarea prin problematizare este o învățare care rezultă din procesul de înțelegere sau rezolvare a unei probleme. (Barrows și Tamblyn, 1980). Ea este centrată pe student, bazată pe rezolvarea de probleme, auto-dirijată, reiterativă, colaborativă, auto-reflexivă și autentică. Cele două postulate fundamentale ale acestei metode sunt: a) învățarea prin rezolvarea problemelor este mult mai eficientă pentru crearea unui corp de cunoștințe utilizabile în viitor și b) pentru pacienți cele mai importante abilități ale medicului sunt abilitățile de rezolvare a problemelor, mai degrabă decât abilitățile de memorare de cunoștințe.

Învățarea bazată pe probleme sporește importanța gândirii critice și îmbunătățește rezolvarea problemelor.

Resurse online

Howard S. Barrows, MD, Robyn M. Tamblyn, BScN: Problem-Based Learning: An Approach to Medical Education

<http://apps.fischlerschool.nova.edu/toolbox/instructionalproducts/edd8124/fall11/1980-BarrowsTamblyn-PBL.pdf>



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.5. Activități practice

Este dificil, chiar imposibil de a învăța deprinderile soft pe baze teoretice, prin parcurgerea literaturii de specialitate. Cea mai bună modalitate de dezvoltare a acestora este prin aplicare în mediul real. Următoarele activități practice recomandă diferite situații complexe în care abilitățile soft menționate mai sus, cum ar fi ascultarea atentă, comunicarea expresivă și comportamentul emoțional, pot fi puse în practică și astfel formate și dezvoltate.

Activitate practică - Ascultare

Această activitate practică are scopul de a îmbunătăți ascultarea prin promovarea unei ascultări active

<http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/PA1-Listening.pdf>

Activitate practică – Limbaj simplu și comunicare expresivă

Această activitate practică arată cum problemele complexe pot fi explicate într-un mod ușor de înțeles; problema care trebuie depășită: părinții care înțeleg doar un limbaj simplu și medicii care folosesc jargonul medical.

http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/PA2-Expressive_communication.pdf

Activitate practică - Pacient copil – părinte noncooperant – medic pediatru cooperant (inteligență emoțională)

Această activitate practică descrie modalitatea de a comunica cu un copil mai mare, un părinte noncooperant și un medic pediatru/medic de familie cooperant. Activitatea se concentrează pe rolul inteligenței emoționale. Metoda folosită este jocul de rol.

http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/PA3-Emotional_Intelligence.pdf

Activitate practică – Comunicarea veștilor proaste (Inteligență emoțională; empatie)

Utilizând o simulare cu părinte standardizat, participanții vor învăța cum să comunice știrile proaste și cum să gestioneze diferite răspunsuri.

<http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/PA4-Empathy.pdf>

Activitate practică – Părinți dificili (Inteligență emoțională; persuasiune)

Această activitate este un exercițiu de a trata cu părinții dificili. În exemplul nostru problema selectată a fost a părinților care se opun vaccinării copilului.

<http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/PA5-Persuasion.pdf>



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.6. Studii de caz

Studiile de caz intenționează să emuleze o situație relativ complexă în care se demonstrează un obiectiv de învățare dat. Studiile de caz sunt pe de o parte complexe, pe de altă parte, reflectă doar anumite aspecte selectate ale obiectivelor de învățare. Se așteaptă ca studenții să abordeze mai degrabă specificul cazurilor, însă acest exercițiu presupune și parcurgerea/cunoașterea conceptelor indirecte care stau la baza cazurilor.

Studiu de caz – Părintele care nu dezvăluie anumite informații copilului (Inteligență emoțională; empatie)

Problema adresată: părintele care nu dezvăluie anumite informații copilului

http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/Case1-Withheld_information.pdf

Studiu de caz – Conținutul/dozarea informației (inteligență emoțională, empatie, comunicare expresivă, convingere)

O parte importantă în dozarea informațiilor este evaluarea modului în care acestea pot fi percepute. Există riscul ca o persoană să fie hipersensibilă sau "alergică" la anumite informații? Dacă acest lucru nu este luat în considerare în prealabil, pot apărea anumite complicații.

http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/Case2-Information_dosage.pdf

Studiu de caz – Diferențe culturale/religioase (Inteligență emoțională, empatie; comunicare expresivă, convingere)

Elementele culturale și religioase pot influența modul în care unele lucruri spuse cu cele mai bune intenții pot fi interpretate în moduri neașteptate și surprinzătoare.

http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/Case3-Cultural_differences.pdf

Studiu de caz – Afirmările menite a induce confortul și a menține speranța au fost interpretate ca informații medicale (Inteligență emoțională, empatie; comunicare expresivă, convingere)

În acest studiu de caz informațiile menite să consoleze și să mențină speranța părinților/apartinătorilor au fost interpretate ca informații medicale factuale.

http://softis-ped.pixel-online.org/files/training/IO2/2/Case4-Maintain_hope.pdf



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.



Project Number: 2016-1-RO01-KA203-024630

2.8 Bibliografie

Ambady, N. et al., 2002. Surgeons' tone of voice: A clue to malpractice history. *Surgery*, pp.5–9. Available at: http://emerald.tufts.edu/~nambad01/surgeons_tone_of_voice.pdf [Accessed July 31, 2017].

Borrell-Carrió, F., Suchman, A.L. & Epstein, R.M., 2004. The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *Annals of family medicine*, 2(6), pp.576–82. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15576544> [Accessed July 31, 2017].

Levetown, M., 2008. Communicating With Children and Families: From Everyday Interactions to Skill in Conveying Distressing Information. *Pediatrics*, 121(5). Available at: <http://pediatrics.aappublications.org/content/121/5/e1441> [Accessed July 31, 2017].

Mehta, P.N., 2008. Communication Skills – Talking to Parents. *INDIAN PEDIATRICS*, VOLUME 45, pp.300–304. Available at: <http://medind.nic.in/ibv/t08/i4/ibvt08i4p300.pdf> [Accessed July 31, 2017].

Pilling, J., 2008. Orvos-beteg kommunikáció Pilling Jánostól – Első Egészségügyi Marketing. Available at: <http://egeszsegugyimarketing.hu/orvos-beteg-kommunikacio-pilling-janostol/> [Accessed July 31, 2017].

Roter, D., 2010. *MODELS OF DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP*, Available at: <http://ocw.jhsph.edu/courses/isbtii/PDFs/Session21roterinteraction2010.pdf> [Accessed July 31, 2017].

Tates, K. et al., 2002. Doctor–parent–child relationships: a “pas de trois.” *Patient Education and Counseling*, 48(1), pp.5–14. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399102000939> [Accessed July 31, 2017].

Tates, K. & Meeuwesen, L., 2001. Doctor–parent–child communication. A (re)view of the literature. *Social Science & Medicine*, 52(6), pp.839–851. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953600001933> [Accessed July 31, 2017].

Tates, K. & Meeuwesen, L., 2000. “Let Mum have her say”: turntaking in doctor–parent–child communication. *Patient Education and Counseling*, 40(2), pp.151–162. Available at: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399199000750> [Accessed July 31, 2017].

Kathryn N. Huggett, Ph.D. Team-Based Learning (TBL) Available at: <https://www.creighton.edu/sites/www12.creighton.edu/files/TL-Pedagogies-Team%20Based%20Learning.pdf>



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

The European Commission support for the production of this publication does not constitute an endorsement of the contents which reflects the views only of the authors, and the Commission cannot be held responsible for any use which may be made of the information contained therein.