

Ghid pentru o comunicare eficientă cu pacientul privind schimbarea comportamentului, tratarea și managementul suferințelor cronice

Acest ghid a fost elaborat cu suportul proiectului
„Viață Sănătoasă: reducerea poverii bolilor non-transmisibile”
finanțat de Biroul de cooperare al Elveției
și realizat de Institutul Elvețian Tropical și de Sănătate Publică.

**Ghidul pentru o comunicare eficientă cu pacientul
privind schimbarea comportamentului,
tratarea și managementul suferințelor cronice** face parte din
Seria BIBLIOTECA SĂNĂTĂȚII în oficiul medicului de familie.

Autori:

Dr. Lavinia Mihaela NANU	medic specialist medicină de familie
Natalia ZARBAILOV	dr. șt. medicale, Conferențiar universitar, Catedra de medicină și familie, USMF „Nicolae Testițișeanu”, expert în Sănătate Publică, Proiect „Viață Sănătoasă”
Boris GÎLCA	dr. șt. medicale, Conferențiar universitar, Catedra de medicină și familie, USMF „Nicolae Testițișeanu”
Marian NANU	medic specialist medicină de familie
Zinaida ALEXA	dr. șt. medicale, asistent universitar, USMF „Nicolae Testițișeanu”, șef secție Endocrinologie IMSP SCR „Timofei Moșneaga”, președinte al societății medicilor endocrinologi din RM
Mariana NEGREAN	Director adjunct pentru instruirea practică, Centrul de excelență în medicină și farmacie „Raisa Pacalo”

Acest Ghid prezintă câteva instrumente și reguli de bună practică destinate profesioniștilor din asistența primară, medici de familie și asistenți medicali, pentru a-și ameliora interacțiunea cu pacientul cu suferințe cronice.

Acest Ghid a fost aprobat prin:

ORDINUL MSMPS nr.754 din 26 iunie 2019 „Cu privire la aprobarea Ghidului pentru o comunicare eficientă cu pacientul privind schimbarea comportamentului și managementul suferințelor cronice”.

DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII

Ghid pentru o comunicare eficientă cu pacientul privind schimbarea comportamentului, tratarea și managementul suferințelor cronice / Lavinia Mihaela Nanu, Natalia Zarbailov, Boris Gîlca [et al.]; Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova, Universitatea de Medicină și Farmacie „Nicolae Testițișeanu”, Institutul Elvețian Tropical și de Sănătate Publică, Biroul de cooperare al Elveției. – Chișinău : Imprint Plus, 2020. – 92 p.: fig., fot., tab. color. – (Seria „Biblioteca sănătății”, ISBN 978-9975-3386-5-3).
Aut. sunt indicații pe vs. f. de tit. – Referințe bibliogr.: p. 90-92 (16 tit.). – Apare cu suportul Proiectului „Viață Sănătoasă: reducerea poverii bolilor non-transmisibile”, finanțat de Biroul de cooperare al Elveției. – 2000 ex.
ISBN 978-9975-3386-6-0.

614.253(036)

G 49

Abilitatea de a întreba	44
Abilitatea de a asculta	48
Abilitatea de a informa	50
Strategia interviului motivațional	52
Educația pacientului în sesiuni colective (de grup)	71
Etapele procesului de educație a pacienților în sesiuni de grup	71
Teme abordate în sesiuni de grup	73
Particularități ale unui program educațional pentru autoîngrijirea pacienților cu diabet zaharat tip 2	74
Teme pentru sesiuni educaționale adresate pacienților cu diabet zaharat tip 2	75
Teme pentru sesiuni educaționale adresate pacienților cu boală coronariană cronică	76
Dinamica sesiunilor unui program educațional pentru autoîngrijirea pacienților cu diabet zaharat tip 2	76
Dinamica sesiunilor unui program educațional pentru autoîngrijirea pacienților cu boală coronariană cronică	83
Încheiere	89
Bibliografie selectivă	90

Introducere

Modul în care profesioniștii din asistența primară comunică cu pacienții care prezintă o suferință cronică influențează major relația terapeutică. Atitudinea empatică și abilitățile de comunicare ale medicilor și asistenților medicali cresc încrederea pacienților și a familiilor lor în serviciile medicale. Mai mult, sentimentul de siguranță și confortul resimțit de pacienții cu suferințe cronice în interacțiunea cu echipa medicală din asistența primară îi ajută să facă pași importanți în schimbarea modului lor de viață, esențial în gestionarea problemelor lor de sănătate.

O particularitate a pacienților cronici o reprezintă, printre altele, faptul că problemele de sănătate cu care se confruntă îi obligă să urmeze o conduită terapeutică pe termen lung și să-și adapteze modul de viață pentru o îmbunătățire a stării lor. La unii pacienți cronici, cum sunt, de exemplu, cei cu diabet zaharat, complianța terapeutică poate fi afectată de faptul că aceștia consideră că povara tratamentului le afectează calitatea vieții mai mult decât povara bolii sau a complicațiilor! Din această cauză, de multe ori ei nu respectă tratamentul prescris și nici dieta, ceea ce conduce la complicații din ce în ce mai grave, mai ales dacă nu au inițiat sau nu au aplicat nicio schimbare a modului lor de viață.

Apare evident nevoia ca pacientul cronic să învețe să-și asume responsabilitatea pentru propria sănătate, iar profesionistul îl poate susține în acest proces, respectându-i în primul rând drepturile: oferirea accesului neîngrădit la servicii, păstrarea confidențialității și respectarea intimității, furnizarea adecvată a informațiilor relevante, respectarea autonomiei privind luarea deciziilor. Cu toate acestea, acolo unde abordarea comunicării cu pacientul urmează modelul paternalist, nici drepturile pacientului nu sunt la fel de bine respectate. În aceste situații, furnizorii de servicii medicale consideră că deciziile medicale ar trebui luate în special de profesioniști, deoarece autoritatea, competențele profesionale, experiența, dar și trăsăturile lor de caracter, resursele, structura serviciilor oferă medicului sau asistentului medical un avantaj, plasându-l într-o poziție superioară, pacientul fiind în situația de a urma o conduită terapeutică recomandată în condițiile stabilite de profesionist, fără a avea permisiunea sau puterea să conteste decizia acestuia. Aparent, această relație de putere pare avantajoasă pentru prestatorii de servicii; pe termen lung însă, complianța la tratament scade, iar schimbările în modul de viață sunt minime, pacientul considerând din ce în ce mai mult că responsabilitatea propriei sănătăți revine profesioniștilor în sănătate. Doar ei îl fac bine, ei îl vindecă! Dar oare este chiar așa?

Pe măsură ce societatea evoluează, odată cu apariția nevoilor de reducere a costurilor pentru sănătate, s-a pus problema acută de a găsi cele mai eficiente mijloace de a crește aderența la tratament și de a facilita implicarea mult mai activă a pacienților în gestionarea propriei sănătăți. Treptat s-a produs o schimbare la nivelul relației terapeutice între profesionist și pacient. A apărut astfel conceptul de decizie medicală împărtășită, care presupune ca atât medicul, cât și pacientul să fie implicați în procesul de luare a deciziilor și de schimb de informații, fiecare dintre ei având posibilitatea să-și exprime preferințele pentru opțiunile și conduita terapeutică, pentru ca în final să stabilească împreună ce este de făcut. Cel care se poate vindeca este pacientul, iar medicul și asistentul medical îl asistă în acest proces, oferindu-i informații, suport și soluții.

Profesioniștii din asistența primară ar putea reclama, însă, că balanța relației se înclină, de multe ori, în defavoarea lor, în sensul că pacienții, în special cei cronici, devenind mai conștienți de drepturile lor, solicită, indiferent de momentul zilei, atenția și îngrijirea profesioniștilor din asistența primară, cer trimiteri către alte servicii (chiar dacă nu ar fi necesar) sau prescrierea de noi medicamente „la modă”, demersuri care pot conduce la epuizarea fizică și emoțională a personalului medical. Acest comportament reflectă însă dependența pe care pacienții o dezvoltă deopotrivă față de serviciile medicale și față de profesioniști, considerând că numai astfel pot găsi sprijinul pentru îmbunătățirea propriei sănătăți.

Forul Pacienților Europeni – o organizație care din 2003 promovează vocea unită a pacienților cronici din Europa, fiind constituită din 72 de coaliții naționale și asociații care reprezintă mai multe categorii de pacienți cronici la nivel european –, a publicat în anul 2017 un studiu privind modul în care pacienții definesc, din punctul lor de vedere, ce înseamnă o calitate crescută a îngrijirilor de sănătate:

1. **Să fie tratați ca persoane, cu empatie și respect, nu doar ca un diagnostic sau un număr pe o fișă;** să fie luate în considerare într-un mod holistic toate aspectele bolii lor: aspectele psiho-sociale, mentale și familiale, împreună cu aspectele fizice.
2. Să obțină o mai bună calitate a vieții; pe lângă o sănătate mai bună, pacienții să rămână cât mai activi în societate, chiar dacă trăiesc cu o afecțiune cronică.
3. **Să existe o colaborare autentică între profesionist și pacient, pacientul fiind ascultat și considerat un partener egal (atât el, cât și membrii familiei sale/alte persoane care-l îngrijesc, dacă este cazul).**

4. Să beneficieze de cele mai bune intervenții posibile, "cel mai bun" fiind înțeles în principal ca fiind conform cu ultimele orientări clinice și cunoștințe științifice.
5. Să aibă oportunitatea accesului la un diagnostic corect și la un tratament adecvat.
6. Să aibă acces la serviciile de sănătate în funcție de nevoile lor, și nu de mijloacele de care dispun.
7. **Să aibă timp să discute cu profesioniștii în sănătate și să primească suficiente informații pentru a se îngriji singuri.**

Din câte se poate observa din acest raport al Forumului Pacienților Europeni, comunicarea eficientă ocupă un loc central, influențând direct relația terapeutică și gradul de satisfacție atât al pacienților, cât și al profesioniștilor, cu impact asupra complianței terapeutice și mai ales conducând la asumarea de către pacienții cronici a propriei îngrijiri pentru îmbunătățirea stării lor de sănătate.

Alte studii converg către același rezultat, arătând că satisfacția pacienților este direct influențată de mai mulți factori, în principal de competențele de comunicare și de relaționare a profesioniștilor: acordarea de mai mult timp pacienților, ascultarea efectivă, descrierea diagnosticului și a procesului de tratament, un comportament prietenos al profesioniștilor, competențe profesionale de diagnostic și tratament, acceptarea și înțelegerea emoțiilor pacienților, crearea unei atmosfere de calm și încredere, efectuarea examinării clinice cu atenție și grijă.

Toate aceste condiții creează, de fapt, acea ambianță favorabilă schimbării, pentru că pacienții au nevoie de informații și argumente care să le influențeze motivația personală pentru schimbarea comportamentelor.

Procesul schimbării modului de viață depinde foarte mult de resursele pacientului cu o suferință cronică și este esențial ca profesioniștii în sănătate să înțeleagă faptul că etapele schimbării sunt abordate de fiecare pacient într-un mod unic: unii nu sunt încă pregătiți să schimbe ceva (stadiul de **precontemplare**), alții se gândesc să facă ceva (**contemplare**), unii pacienți sunt determinați să facă schimbarea, poate au făcut chiar tentative recente (etapa de **pregătire**), alții se află în etapa de **acțiune** și deja au făcut pași pentru schimbarea modului de viață și în fine există pacienți care au parcurs etapele schimbării și și-au format noi obiceiuri, iar acum se străduiesc să mențină ce au câștigat (etapa de **menținere**). Există și riscul revenirii la vechiul comportament (**recădere**).

Este important ca atât profesioniștii, cât și pacienții să nu vadă un eșec într-o posibilă întoarcere înapoi la vechiul comportament, ci un prilej de a deveni mai conștienți de complexitatea procesului și de importanța motivației și a convingerii personale în recuperarea și consolidarea rezultatelor schimbării. Pentru ca pacienții cu suferință cronică să poată face schimbarea, este foarte important ca profesioniștii în sănătate să îi acompanieze pe parcursul acestui proces, să îi încurajeze prin atitudinea lor pozitivă, prin modul cum le vorbesc, modul cum se comportă, susținând autonomia acestora cu empatie și respect.

Ce demersuri ar putea profesioniștii să întreprindă pentru a răspunde acestor cerințe și a practica cu adevărat o comunicare eficientă?

Răspunsul este simplu de aflat, dar cel mai important este să fie pus în practică!

Vă invităm să parcurgem împreună acest Ghid de comunicare eficientă cu pacientul cu suferințe cronice pentru a descoperi ce instrumente pot fi utilizate pentru construirea unei alianțe terapeutice în asistența primară cu pacientul cronic, pentru ca el să învețe, să dorească și să decidă să-și trăiască viața sănătos în adevăratul său beneficiu!

Unele studii arată în consens faptul că regulile de bună practică privind comunicarea medic-pacient presupun următoarele obiective:

- 1. Stabilirea și consolidarea relației cu pacientul.**
- 2. Solicitarea de informații de la pacient.**
- 3. Oferirea de informații.**
- 4. Luarea deciziilor.**
- 5. Oferirea de răspuns/suport privind emoțiile pacientului.**
- 6. Promovarea comportamentelor pentru tratamentul afecțiunii și prevenirea complicațiilor prin schimbarea modului de viață și autoîngrijire.**

În ghidul de față aceste reguli de bună practică ale comunicării medic/asistent medical-pacient care suferă de boli cronice netransmisibile vor fi abordate în 2 capitole.

Capitolul I. Comunicarea directă în cadrul consultației curente la cabinetul medical/domiciliul pacientului

În primul capitol vor fi abordate obiectivele necesare pentru a realiza o consultație eficientă în asistența primară, cu prezentarea succintă a instrumentelor de comunicare aflate la îndemâna profesioniștilor. Tehnicile prezentate pot fi experimentate separat sau asociate pentru realizarea unei consultații eficiente. Etapele consultației, precum și tehnicile asociate sunt prezentate sintetic într-o pagină.

Capitolul II. Comunicarea în cadrul activităților de educație a pacienților pentru autoîngrijire, în sesiuni individuale și colective

În al doilea capitol sunt abordate câteva reguli de bună practică și strategii de stimulare a motivației pacientului pentru schimbarea modului de viață, precum și tehnicile asociate acestora, utilizate în interacțiuni individuale – tehnica interviului motivațional sau colective – sesiuni colective în scopul educației pentru autoîngrijire a pacienților cu suferință cronică.

TABEL 1. CAPITOLUL I.

Comunicarea directă cu pacientul în cadrul consultației

1. Stabilirea și consolidarea relației cu pacientul	1.1. Stabilirea Raportului	A. Pregătirea interviului
		B. Primirea pacientului
	1.2. Atitudini pentru consolidarea relației cu pacientul	Deschidere, respect, onestitate, răbdare, empatie
2.Solicitarea de informații de la pacient	2.1. Identificarea motivelor consultației	A. Pune întrebări deschise generale și propune agenda întâlnirii
		B. Pune întrebări deschise specifice
		C. Lasă pacientul să vorbească
		D. Clarifică și parafrazează pentru a confirma ce spune pacientul
		E. Rezumă periodic pentru a verifica propria sa înțelegere
		F. Este atent la limbajul verbal și non-verbal al pacientului
		G. Arată empatie
	2.2.Înțelegerea problemei pacientului și a modului în care îi afectează viața	A. Explorează antecedentele personale
		B. Explorează antecedentele familiale
		C. Întreabă despre statusul funcțional (funcții organe & sisteme)
		D. Explorează obiceiurile și mediul de viață familial, social, profesional
		E. Verifică medicația și dacă există alergii
	2.3. Explorarea perspectivei pacientului asupra problemei de sănătate cu care se confruntă	A. Întreabă pacientul despre perspectiva sa asupra bolii/ suferinței
		B. Explorează îngrijorările pacientului
C. Verifică așteptările pacientului		
3. Oferirea de informații	3.1. Structurarea conținutului informațional (Ce?) Verifică în prealabil ce și câtă informație dorește pacientul (I.O.I)	A. Segmentează informația (E.V.E)
		B. Construiește pledoaria ținând cont de perspectiva pacientului
		C. Utilizează mijloace vizuale adjuvante
		D. Oferă informații adiționale
	3.2.Modul în care sunt transmise informațiile (Cum?)	A. Își controlează propriul limbaj nonverbal
		B. Este atent la utilizarea limbajului verbal
		C. Verifică gradul de înțelegere al pacientului
		D. Este sincer, spune adevărul
		E. Păstrează o relație neutră, dar caldă

4. Luarea deciziilor	4.1. Explicarea procesului de luare a deciziilor	Clarificări – ce înseamnă o decizie împărtășită
	4.2. Explorarea opțiunilor	Lista de opțiuni cu avantaje, dezavantaje, pe termen scurt și lung
	4.3. Încurajarea pacientului să participe la decizie	Avantajele participării la decizie
	4.4. Realizarea consensului asupra planului	Pro și contra pentru fiecare opțiune; important echilibrul deciziei
	4.5. Discutarea pașilor următori și a posibilelor rezultate neașteptate	Planificarea următoarelor întâlniri/convorbiri în funcție de evoluție

CAPITOLUL I.

Comunicarea directă cu pacientul în cadrul consultației

1 Stabilirea și consolidarea relației cu pacientul

Când pacientul se prezintă la cabinet pentru a primi răspuns și soluții la îngrijorările sale de la membrii echipei de asistență primară, este important în primul rând ca profesioniștii să-l asculte cu atenție și empatie pentru a înțelege cât mai complet dimensiunea și impactul suferinței sale.

Construirea relației cu pacientul începe de la prima întrevvedere, când se inițiază relația și se stabilește **RAPORTUL** și continuă apoi cu manifestarea **ATITUDINILOR POTRIVITE PENTRU CONSOLIDAREA RELAȚIEI CU PACIENTUL**, o relație de lungă durată, specifică asistenței medicale primare.

1.1. STABILIREA RAPORTULUI

Potrivit mai multor dicționare medicale, definiția raportului este:

- o relație de armonie și acord care se formează între pacient și profesionistul în sănătate;
- un sentiment conștient de acord armonios, cu încredere, empatie și disponibilitate reciprocă realizat între două sau mai multe persoane (de exemplu, medic și pacient) care favorizează procesul terapeutic;
- un sentiment de reciprocitate și înțelegere; armonie, acord, încredere și respect care stau la baza unei relații între două persoane; o legătură esențială între un terapeut și un pacient.

De ce ar fi interesat profesionistul în sănătate să stabilească un bun raport cu pacientul cu suferință cronică?

Iată câteva motive:

- Satisfacția profesională și personală dată de o bună ambianță de comunicare.
- Relația cu un pacient compliant, deschis, motivat, care să-și asume și să aplice schimbări ale modului său de viață, devenind un adevărat partener de cursă lungă, și nu un recipient pasiv al informației și al tratamentului!
- Îndeplinirea indicatorilor – tocmai pentru că relația este una de lungă durată, pacientul va manifesta mai multă deschidere, pentru a învăța cum să se îngrijească singur, va accepta cu mai multă bunăvoință și respect conduita

terapeutică și monitorizarea stării sale de sănătate, fără a supraîncărca medicul, dacă are încredere, dacă se simte înțeles, acceptat și respectat!

Raportul începe să se construiască în primele 90 de secunde când faci cunoștință cu cineva! „Prima impresie” contează mult în setarea relației de mai târziu cu persoana respectivă! Pentru ambele părți prezente într-o consultație: atât pentru medic/asistent medical, cât și pentru pacient, sunt importante: modul de prezentare, expresia facială, contactul vizual, zâmbetul, gestica, poziția corpului, îmbrăcămintea. Aceste informații receptate de la o persoană spun multe despre disponibilitatea sa de a intra într-o relație de comunicare și viitoare colaborare!

Cum poate profesionistul în sănătate să faciliteze stabilirea unui raport adecvat cu pacientul cu o suferință cronică?

La prima întâlnire a medicului de familie cu pacientul

A. Pregătirea interviului:

- **Ideal, consultația ar fi bine să se facă în poziție semideschisă, adică medicul și pacientul având locurile la birou poziționate în „L” sau față în față, pregătind un scaun confortabil pentru pacient;**
- Medicul consultă fișa /documentele disponibile înainte de venirea pacientului și ideal ar fi să îi rețină numele;
- Medicul ține cont de respectarea dreptului la intimitate și confidențialitate, aranjând să nu mai fie prezentă o altă persoană în cabinet;

B. Primirea pacientului:

- De când se deschide ușa: medicul stabilește **contactul vizual, manifestă o mimică deschisă, gesturi de invitație în cabinet;**
- **Ideal medicul se ridică, îl întâmpină, îi strânge mâna și se prezintă pe sine, numește pacientul/ascultă numele pacientului;**
- **Îl invită să ia loc pe un scaun confortabil;** după ce pacientul se așează, medicul se asigură că nu există bariere fizice de comunicare între el și pacient;
- **Specifică rolul și natura acestei prime întâlniri.**



Dacă s-ar cronometra acest prim contact (nu întreaga consultație), s-ar constata că durează maxim 2 minute, dar ce efect extraordinar pot avea în viitor aceste 2 minute dacă profesionistul investește atunci atenție, respect și empatie! Și ce relație disfuncțională se poate crea dacă în cele 2 minute medicul nu e dispus să-și arate disponibilitatea de comunicare! Studiile arată că în acest timp foarte scurt pe care îl petrece în cabinet, în funcție de ambianța creată, pacientul, dacă se simte suficient de confortabil, va decide să împărtășească sau nu cu medicul toate problemele cu care se confruntă!

La a 2-a sau a „n”-a consultație la întâlnirea cu pacientul, medicul de familie respectă aceiași pași, cu diferența că medicul și pacientul se cunosc și au stabilit deja o relație!

1.2. ATITUDINI PENTRU CONSOLIDAREA RELAȚIEI CU PACIENTUL

Pe tot parcursul consultației, atitudinile pe care medicul și asistentul medical le manifestă față de pacient pot contribui la consolidarea relației. Acestea sunt în principal următoarele:

- Deschidere și onestitate.
- Respect pentru opiniile pacientului, autonomia și intimitatea acestuia.
- Răbdare pentru a-l asculta, acceptarea ritmului pacientului, chiar dacă este mai lent.
- Manifestarea empatiei și dorinței de a veni în sprijinul pacientului.

2

Solicitarea de informații de la pacient

Modul cum medicul conduce interviul este foarte important pentru o bună relație cu pacientul. Practic medicul abordează pacientul din mai multe perspective:

Perspectiva biomedicală (Boala): secvența evenimentelor, analiza simptomelor, evaluarea sistemelor relevante, antecedentele medicale, medicație și alergii. Școala medicală clasică s-a concentrat de-a lungul timpului în principal asupra **perspectivei biomedicale**, considerând-o foarte importantă pentru stabilirea diagnosticului și planului de management al tratamentului.

Perspectiva pacientului: idei și credințe, preocupările, așteptările pacientului, efectele afecțiunii asupra vieții, sentimente/emoții legate de această afecțiune. Dacă dorim ca pacientul să își asume adoptarea unui comportament sănătos, atunci este foarte important ca medicul să exploreze **perspectiva pacientului**, esențială pentru ca pacientul să poată fi convins de capacitatea sa de a schimba ceva în bine privind obiceiurile sale, modul său de viață și ca să devină mai conștient de responsabilitatea pe care o are în acest sens.

O integrare a celor două perspective o constituie modelul holistic (**perspectiva bio-psiho-socială**) care ține cont de dimensiunea psihologică și impactul tuturor factorilor care interacționează cu ființa umană: factorii de mediu externi sau interni, factorii biologici, sociali (mediul microsocioal și macrosocioal), factorii culturali etc.

Esențial este ca abordarea în timpul consultației să fie centrată în primul rând pe persoană, adică pe pacient și nevoile lui! De aceea, informațiile care pot fi obținute de la pacient au ca scop:

- **IDENTIFICAREA MOTIVELOR CONSULTAȚIEI**
- **INȚELEGEREA MODULUI ÎN CARE SUFERINȚA AFECTEAZĂ VIAȚA PACIENTULUI**
- **EXPLORAREA PERSPECTIVEI PACIENTULUI ASUPRA BOLII (ÎNGRIJORĂRI, EMOȚII, AȘTEPTĂRI)**

2.1. IDENTIFICAREA MOTIVELOR CONSULTAȚIEI

- A. **Pune întrebări deschise generale și propune agenda întâlnirii.** Dacă se află la prima consultație, primele întrebări sunt adresate persoanei (ex. „Locuiți /lucrați aici, în localitate?” etc.), neintrând direct de la început în contextul medical. Începe interviul, evitând barierele fizice; medicul setează de la început agenda întâlnirii. Propune pacientului subiectele de abordat și obține acordul său. „Vă ascult cu atenție și apoi vedem ce este de făcut, discutăm și decidem împreună”.
- B. **Pune întrebări deschise specifice.** Urmează o întrebare deschisă care invită pacientul să-și spună problema (ex. „Dl.../Dna...., mi-ați putea spune, vă rog, cu ce problemă de sănătate vă confrunțați acum?”) Dacă pacientul este deja cunoscut, medicul îi poate întreba: „Ce vă preocupă astăzi? Ce vă suferă cel mai tare?” sau „Este ceva în mod special ce ați dori să abordăm pe lângă consultația obișnuită?”.
- C. **Lasă pacientul să vorbească.** Pentru primele minute medicul permite pacientului să vorbească fără să-l întrerupă – un studiu arată că în medie medicul așteaptă doar 18 secunde până să întrerupă pacientul!!! *Filozoful grec Epictet spunea: „Avem două urechi și doar o gură, pentru a putea asculta de două ori mai mult decât putem vorbi”.* Este important ca medicul să respecte ritmul pacientului, să-l lase să vorbească, fără să-l grăbească, mai ales dacă este mai în vârstă, cel puțin primele 4-5 minute.
- D. **Clarifică și parafrizează pentru a confirma ce spune pacientul.** Pune periodic întrebări de clarificare, pentru a ghida conversația și pentru a verifica înțelegerea: „Puteți să îmi spuneți exact ce...?/cum....?” sau parafrizează: adică transmite înapoi către pacient ceea ce a receptat de la el pentru a clarifica mesajul sau refrizează, transmite înapoi mesajul folosind chiar cuvintele pacientului: „Înțeleg că ceea ce vă deranjează cel mai mult acum este....”. Prin aceste întrebări explorează principalele probleme (semne și simptome pe aparate și sisteme) cu care se confruntă pacientul în cadrul bolii cronice cunoscute sau în cadrul unor comorbidități.
- E. **Rezumă periodic pentru a verifica propria sa înțelegere asupra a ceea ce a spus pacientul:** invită pacientul să corecteze interpretarea sau să ofere alte informații.

- F. **Este atent la limbajul verbal și non-verbal al pacientului și al său.** Medicul ascultă cu atenție și urmărește semnalele verbale și non-verbale ale pacientului; în același timp este atent la ceea ce transmite el însuși/ea însăși prin propriul limbaj non-verbal: mimică, contact vizual, gesturi: poziție deschisă, încuviințare din cap, atingere ușoară a umărului sau antebrațului pacientului pentru încurajare. Este important ca profesionistul să evite să privească ecranul calculatorului și telefonul; dacă consemnează ceva în fișă, o poate face discret, păstrând cât mai mult contactul vizual cu pacientul.
- G. **Arată empatie.** Manifestarea empatiei este esențială pe tot parcursul consultației, dar mai ales la început, însoțind pacientului în expunerea problemelor sale cu atenție și disponibilitate: „Cred că vă e greu...”; „Îmi pare rău că trebuie să treceți prin asta...”; „Vom găsi împreună o soluție la această problemă”.

2.2. ÎNȚELEGEREA PROBLEMEI PACIENTULUI ȘI A MODULUI ÎN CARE ÎI AFECTEAZĂ VIAȚA (privind rolurile sale în mediul familial, social, profesional etc.)

- A. **Explorează antecedentele personale.** După ce primește răspunsul despre motivul prezentării, este important ca medicul să afle mai multe despre antecedentele personale ale pacientului: „Ce alte afecțiuni ați mai avut? Ce intervenții... etc.”.
- B. **Explorează antecedentele familiale.** Este important ca medicul să facă în cadrul anamnezei o verificare a antecedentelor sale heredo-colaterale, explorând aspecte legate de familia pacientului. „Care sunt principalele probleme de sănătate cu care s-au confruntat cei apropiați din familie: părinți, bunici, frați, surori etc.?” De exemplu, pacientul ar putea spune: „Nu aș vrea să ajung vreodată să mi se taie piciorul cum a pățit bunicul meu”. Sunt importante și informațiile privind partenerul de viață sau alte rude care ar putea interveni în îngrijirea pacientului sau care i-ar putea oferi un sprijin în caz că ar avea nevoie.
- C. **Întrebă despre statusul funcțional.** Un pacient cu suferință cronică, de exemplu: diabet zaharat, boală coronariană cronică și /sau hipertensiune arterială, ar putea prezenta anumite complicații care îi modifică calitatea vieții: afectarea organelor de simț, respirația, digestia, funcțiile de excreție, funcția

sexuală, somnul, mersul, urcatul/coborâtul scârilor, treburile în gospodărie, mersul la cumpărături, autonomia în general etc. Toate aceste detalii orientează mai bine profesionistul pentru stabilirea diagnosticului și de multe ori și a priorităților în elaborarea planului de îngrijire și tratament.

D. Explorează obiceiurile și mediul de viață familial, social, profesional.

Profesionistul îl întreabă pe pacient despre principalele obiceiuri (alimentare, consum de alcool, tutun, alte substanțe), despre mediul de viață, facilități și provocări întâmpinate la domiciliu, locul de muncă, activitățile zilnice și despre cât efort depune ca să le poată îndeplini etc.

E. Verifică medicația și dacă există alergii. Este important ca medicul să cunoască ce tratamente a făcut și mai face pacientul în prezent, dacă există medicamente sau substanțe la care este alergic.

2.3. EXPLORAREA PERSPECTIVEI PACIENTULUI ASUPRA PROBLEMEI DE SĂNĂTATE CU CARE SE CONFRUNTĂ (ce îngrijorări, emoții și așteptări are)

A. Întreabă pacientul despre perspectiva lui asupra bolii/suferinței. Pentru mulți profesioniști această întrebare poate să pară nefolositoare, dar dacă ne gândim la cât de important este să aflăm percepția pacientului asupra bolii – esențială în schimbarea modului de viață și în autoîngrijire – atunci această întrebare merită să fie pusă! „Ce credeți că v-a produs această suferință?”. De multe ori, răspunsul poate fi revelator și din punctul de vedere al calității anamnezei, fiindcă poate scoate la iveală informații pe care altfel pacientul nu ar considera necesar să le împărtășească. De exemplu: „Mi-ați spus că în ultima săptămână s-au repetat destul de frecvent crizele de durere în piept și în gât (angina pe care ați mai avut-o și în trecut). Ce credeți că a provocat acum crizele?”. Pacientul ar putea spune, de exemplu: „Păi, era firesc să mă doară, fiindcă de câteva zile nu mai pot înghiți pastilele pe care le iau, și fără tratament a reapărut durerea!”. Acest răspuns deschide o perspectivă nouă asupra suferinței pacientului, care nu ar fi considerat să menționeze acest amănunt dacă nu ar fi fost întrebat! Iar medicul ar fi bătut în continuare moneda pe suferința cardiovasculară, negândindu-se să exploreze mai atent aparatul digestiv, funcția deglutiției etc. acolo unde se pare că există o problemă...

- B. Explorează îngrijorările pacientului.** Medicul poate să întrebe simplu pacientul: „Ce vă preocupă cel mai mult în toată povestea asta?”. Cu această ocazie pacientul poate să destăinuie niște frici pe care altfel nu le-ar fi exprimat, de jenă sau din lipsă de încredere; în același timp dă posibilitatea medicului să clarifice unele aspecte sau să încurajeze pacientul. „Când am criza de angină, mi-e frică să nu mor” sau „Mă gândeam că nu știu dacă apuc să-mi văd nepoții la școală” sau „Mi-e teamă să nu orbesc că deja am probleme cu văzul și am auzit că de la diabet poți orbi”. Sau: „Sunt preocupat de faptul că diabetul afectează dinamica sexuală”. Acest gen de afirmații pot da prilej profesionistului să-i dea argumente pentru schimbarea modului de viață. „Știți că evoluția bolii depinde foarte mult de modul în care mâncați și de cum vă luați tratamentul...” (și poate continua cu explicații). De asemenea, profesionistul poate întreba: „Mai este și altceva ce vă preocupă?”, pentru a explora și mai în detaliu frământările pacientului care de multe ori îl pot bloca în acceptarea tratamentului sau a unei schimbări în obiceiurile sale.
- C. Verifică așteptările pacientului.** Un pacient cu o suferință cronică poate fi dezamăgit dacă vede că nu are rezultatele așteptate. Medicul îl poate întreba: „Cum credeți că aș putea să vă ajut (mai bine)?”. Răspunsul pacientului din nou poate da prilej profesionistului să-i dea argumente pentru schimbarea modului de viață, schimbare care poate fi sprijinită de medic cu informații, încurajări, noi recomandări etc.

3 Oferirea de informații

În această etapă a consultației medicul explică pacientului pe înțelesul acestuia semnificația simptomelor, principalele elemente de diagnostic, posibilitățile de evoluție și variantele de tratament. Din această perspectivă, există două componente esențiale ale acestei etape:

- STRUCTURAREA CONȚINUTULUI INFORMAȚIONAL.
- MODUL ÎN CARE SUNT TRANSMISE INFORMAȚIILE.

3.1. STRUCTURAREA CONȚINUTULUI INFORMAȚIONAL

Înainte de a transmite informațiile, este important ca medicul să verifice:

Ceea ce pacientul știe deja. Dacă pacientul are un diagnostic și a fost prezent la mai multe consultații, a primit deja informații despre suferința sa. Este important ca medicul să verifice ce știe și ce crede pacientul, cu atât mai mult cu cât pacientul poate primi informații din mai multe surse, mai ales pe internet. Întrucât în prezent există multe surse de informații – nu neapărat (toate) corecte, pe care pacientul le poate consulta, medicul poate clarifica eventualele neînțelegeri și mituri despre afecțiunea sa, care pot influența complianța la tratament sau disponibilitatea la schimbare. Îi poate chiar recomanda să citească despre afecțiunea sa, dar apelând la surse verificate (ex. „sfatul medicului” sau alte surse valabile testate de medic). Intervenția medicului se poate face după modelul: **I.O.I. (Întrebă-Oferă-Întrebă)**. Medicul poate pune, așadar, întrebări de genul: „Ce știți dumneavoastră despre diabet?” sau „Ce cunoașteți despre angina pectorală?”. Este interesant de aflat ce gândește pacientul, fiindcă de multe ori manifestarea unor simptome aparținând unei afecțiuni cronice poate fi privită de pacient ca o afecțiune separată în sine (exemplu – arteriopatii sau neuropatii apărute în cadrul diabetului care afectează rinichiul, cordul, retina, piciorul etc.) și așteaptă ca medicul să-i prescrie un tratament diferit pentru aceste afecțiuni.

Ceea ce pacientul dorește să știe. Pentru un diagnostic similar, nu toți pacienții doresc să afle aceeași cantitate de informații; unii doresc să știe foarte puțin, iar alții ar dori să afle toate detaliile pe care medicul le poate oferi! Este important ca medicul să testeze câtă cantitate de informație dorește pacientul să primească și mai ales cât este capabil să înțeleagă. Medicul poate ruga pacientul să pună întrebări, de exemplu: „Ce ați dori să știți despre afecțiunea dumneavoastră?” sau, după ce îi explică aspectele esențiale, „Ce întrebări

aveți?” . În funcție de întrebări, terapeutul poate realiza dacă pacientul a înțeles / dacă are neclarități sau e confuz și în acest caz poate să revină cu explicațiile la informațiile de bază. *Pentru ca medicul să ofere pacientului o cantitate de informație corectă din punct de vedere cantitativ și calitativ, este important să respecte câteva principii care sunt foarte bine sistematizate în Ghidul „Calgary Cambridge”.* (Sursă bibliografică nr. 13, 14 Cap. I)

Este important ca profesionistul să ofere informația, ținând cont de următoarele aspecte:

- A. **Segmentează informația** în porțiuni mai mici, ușor de asimilat, între care să existe o secvență logică, utilizând clasificări și indicatori, dacă este cazul. Am putea denumi acest model **E.V.E. (Explică-Verifică-Explică)**: „Sunt 3 aspecte pe care vă propun să le discutăm: Primul...Sunt întrebări? Acum să trecem la al doilea...”. Sunt de folosit fraze scurte, de ex.: „Analizele arată că zahărul din sânge a crescut. Am discutat data trecută despre complicațiile diabetului. Vă amintiți cum vă poate afecta diabetul viața? (...) Mi-ați spus că ați luat medicamentele, dar nu prea ați ținut regimul. Știți că tot ce mâncați ajunge în sânge, mai ales ce e dulce. Medicamentele nu pot opri zahărul să treacă din gură în sânge. Dar dumneavoastră puteți. Vă voi explica ce puteți face ca valorile glicemiei să scadă”. După fiecare parte de informație oferită, medicul poate întreba: „Sunt neclarități? Doriți să vă mai explic o dată?” și, în funcție de răspunsul pacientului, repetă informația sau merge mai departe.
- B. **Construiește pledoaria ținând cont de perspectiva pacientului** – de informația pe care pacientul deja o știe; aprofundează sau extinde cantitatea de informații atât cât a constatat că dorește pacientul; adaptează explicațiile la perspectiva acestuia, ținând cont de ideile, îngrijorările și așteptările sale. De exemplu, medicul poate să insereze în explicațiile sale: „Legat de acest subiect, de complicațiile anginei pectorale despre care am vorbit, ce anume vă frământă / vă îngrijorează cel mai mult?”. Cu această ocazie stimulează pacientul să pună întrebări și să ceară clarificări.
- C. **Utilizează mijloace vizuale adjuvante** pentru a consolida informația: scheme, grafice, desene, care să fie relevante pentru explicația dată. Medicul poate oferi pacientului instrucțiuni scrise, pliante, broșuri, ghiduri pentru pacienți, pe care să le citească acasă.

D. **Oferă informații adiționale** care sunt utile pacientului pentru schimbarea modului de viață și asumarea responsabilității pentru îmbunătățirea stării de sănătate prezente și prevenirea complicațiilor (exemplu – etiologia afecțiunii, factorii de risc, aspecte ale modului de viață care pot influența pozitiv prognosticul etc.).

3.2. MODUL ÎN CARE SUNT TRANSMISE INFORMAȚIILE

Sunt câteva principii de care, de asemenea, medicul este bine să țină cont când transmite informații unui pacient.

A. **Își controlează propriul limbaj nonverbal.** Profesionistul să aibă răbdare să transmită informația cât se poate de simplu, într-un anumit ritm, destul de rar, ca să poată fi asimilată de către pacient. În acest sens de mare ajutor este monitorizarea reacțiilor verbale și non-verbale ale pacientului pe tot parcursul explicației: dacă are o anumită mimică, expresie, îngrijorare etc., medicul se poate opri din expunere și poate pune întrebări pentru a ajuta pacientul să înțeleagă mai bine. Totodată, când ajunge la informații esențiale, este bine să le semnaleze prin sublinierea cuvintelor cu un anumit ton, o anumită mimică și contact vizual. Alegerea tonului este esențială pe tot parcursul expunerii, sunt de evitat atitudinile „profesionale” prin care pacientul este privit de undeva de sus, de la nivelul „expertului” și este de preferat o atitudine empatică, din care transpare înțelegerea și căldura din voce și din expresia facială sau gestică.

B. **Este atent la utilizarea limbajului verbal:** este de evitat jargonul medical, termenii prea specializați pe care pacientul nu-i cunoaște. Dacă totuși pacientul folosește astfel de termeni, este de preferat ca medicul să verifice dacă îi înțelege pe deplin. Sunt de evitat și expresiile „diabetic /bolnav de diabet”, care pot fi înlocuite cu „persoană cu diabet”; sau „cardiac” de înlocuit cu „persoană cu suferință cardiacă”. Sunt de evitat cuvintele evaluative: „glicemie bună” – se poate înlocui cu „glicemia a scăzut”, iar „glicemia proastă”/cu: „glicemia a crescut”. Se va evita utilizarea unor etichete pentru pacient: „necompliant”, „cu voință slabă”, „dificil”, prin înlocuirea cu: „nu a urmat tratamentul /regimul alimentar prescris”. Mesajele verbale pot fi și mai convingătoare dacă ele sunt repetate, nu neapărat sub aceeași formă și, bineînțeles, verificate.

- C. **Verifică gradul de înțelegere a pacientului** asupra subiectelor abordate, rugându-l să explice cu propriile lui cuvinte, ceea ce pentru mulți medici poate să pară o pierdere de timp. Supriza este însă mare când pacientul re-produce informația, fiindcă de-abia atunci ne dăm seama că fiecare persoană are percepții și perspective diferite – cu atât mai mult pacientul – și înțelege informația în felul său. „Aș dori să mă asigur că am explicat suficient de clar. Dacă ar fi să explicați soțului / soției dumneavoastră cum să evite creșterea glicemiei, ce i-ați spune?”
- D. **Este sincer, spune adevărul** despre situația pacientului, cu cuvinte simple, desigur, ținând cont de câte detalii ar avea nevoie acesta pentru înțelegere și în același timp, dând speranță pacientului, ținând cont de faptul că fiecare persoană este unică și are resursele sale, chiar dacă statisticile sunt îngrijorătoare pentru situațiile similare cu cea a pacientului.
- E. **Păstrează o atitudine neutră, dar caldă**, fără a da sfaturi sau asigurări premature pacientului.

4 Luarea deciziilor

Parteneriatul dintre medic și pacient se referă în principal la un schimb de informații și idei, la stabilirea unor decizii împărtășite și a unui acord asupra conduitei de urmat.

Ce spun studiile despre luarea unei decizii în comun medic-pacient?

În primul rând, pentru ca pacientul să poată participa la luarea deciziilor privind managementul afecțiunii sale pentru îmbunătățirea stării sale de sănătate, este necesar ca:

- Medicul și pacientul să dorească să se angajeze în acest proces de schimb de informații, înțelegere reciprocă și agrearea unui plan de acțiune.
- Medicul să aibă abilități de comunicare, disponibilitate de a colabora cu pacientul și încredere de a lăsa controlul absolut asupra managementului cazului. S-a constatat că mulți medici confundă procesul de a lua decizii în comun cu pacientul cu cel de a informa corespunzător pacientul; nu este același lucru, dacă în final decizia o ia tot medicul!
- Pacientul are nevoie de încredere că poate să-și exprime opțiunile odată ce este informat corect, chiar dacă medicul este expertul.

S-a constatat că luarea deciziilor în comun este mult mai frecventă atunci când nu există numai o singură decizie „corectă”, când studiile bazate pe dovezi (evidențe) sunt absente sau inconsistente, sau când cea mai bună decizie este cea care privește schimbarea modului de viață a pacientului, ținând cont de valorile și scopurile pacientului, de abilitățile sale existente sau potențiale. În acest caz medicul poate încuraja pacientul să își asume mai mult responsabilitatea propriei vindecări. Îl poate încuraja pentru a-i forma convingerea că situația sa se poate ameliora, încrederea în sine și în propriile eforturi de schimbare care pot aduce mari beneficii și progres favorabil în evoluția vindecării.

Există și situații unde ponderea deciziilor medicale împărtășite este foarte mică: în situațiile de urgență, în care medicul preferă o anumită abordare sau respectă protocolul care indică o singură opțiune de tratament, sau în situațiile unde echipamentul medical sau resursele sunt limitate și nu permit variante de abordare clinică/paraclinică sau de tratament.

Deși decizia medicală împărtășită necesită anumite resurse: creșterea timpului de consultație și mai ales disponibilitate și o schimbare în atitudinea medicului, ea este recomandată în special în situația pacientului cu afecțiuni cronice, unde în general există multiple opțiuni terapeutice. Pentru a obține rezultate durabile, este foarte important ca deciziile luate să încorporeze valorile și preferințele pacientului, altfel el nu va accepta pe termen lung opțiunea terapeutică propusă sau recomandată de medic. Dacă pacientul este convins de eficacitatea unui demers, îl va urma în mod natural, iar rezultatele nu vor întârzia să apară!

Etapele procesului de luare a deciziilor în comun sunt următoarele:

4.1. EXPLICAREA PROCESULUI DE LUARE A DECIZIILOR

Medicul are rolul de a clarifica ce înseamnă să se ia o decizie în comun: o decizie care întrunește atât recomandările posibile oferite de medic, cât și valorile și preferințele pacientului.

4.2. EXPLORAREA OPȚIUNILOR

Este important ca medicul împreună cu pacientul să facă o listă privind toate opțiunile posibile, cu avantajele și dezavantajele fiecăruia: indicații, contraindicații, reacții adverse, prognostic și posibile evoluții, pe termen scurt și lung. Îl poate împărtăși pacientului ideile, reflexiile, inclusiv dilemele sale privind aceste opțiuni, subliniind că este necesar ca și pacientul să facă aceasta și din perspectiva lui.

4.3. ÎNCURAJAREA PACIENTULUI SĂ PARTICIPE LA DECIZIE

Deși pacientul poate considera că medicul este expertul, singurul în măsură să stabilească o decizie în situația sa, este necesar ca medicul să-i explice pacientului că va trebui să trăiască cu decizia luată, de aceea este important ca acea decizie să întrunească și opțiunile lui, fiindcă ambele puncte de vedere / perspective sunt importante: nici medicul n-ar ști care este soluția cea mai bună, dacă nu ar privi din perspectiva pacientului, nici pacientul nu ar putea să stabilească singur conduita, dacă nu ar fi ajutat să privească puțin și din perspectiva profesionistă a medicului. De aceea, medicul trebuie să îl ajute pe pacient să descopere avantajele propriei sale participări.

4.4. REALIZAREA CONSENSULUI ASUPRA PLANULUI

După discutarea aspectelor pro și contra pentru fiecare opțiune, medicul și pacientul negociază decizia finală. Desigur, procesul de negociere este discutabil, medicul poate de multe ori folosi autoritatea sa asupra pacientului pentru a determina rezultatul final sau a-l intimida pe pacient pentru a-l împiedica să-și exprime cu adevărat opțiunile! De aceea, este necesar ca medicul să manifeste onestitate, disponibilitate și încredere, fiindcă numai astfel va încuraja pacientul să-și asume responsabilitatea pentru propria sănătate. Medicul îl ajută pe pacient în această etapă să identifice și să facă o listă a resurselor și sprijinului pe care acesta îl poate primi; totodată medicul verifică dacă opțiunile, așteptările și îngrijorările pacientului și-au găsit răspuns în planul de management care a fost negociat.

4.5. DISCUTAREA PAȘILOR URMĂTORI ȘI A POSIBILELOR REZULTATE NEAȘTEPTATE

Medicul oferă pacientului perspectiva privind linia timpului, pe măsură ce acesta aplică planul: ce urmează, la ce poate să se aștepte, cum să procedeze dacă apar rezultate neașteptate; este important să se stabilească un calendar al întâlnirilor/convorbirilor următoare.

Principiile comunicării eficiente în cadrul unei consultații

Ca o concluzie, extrapolând principiile strategiei Organizației Mondiale a Sănătății pentru o comunicare eficientă, putem constata că și în cazul unei consultații, o comunicare eficientă cu pacientul presupune îndeplinirea următoarelor condiții:

PRINCIPII	METODE (profesionist)	REZULTATE (pacient)
Să fie accesibilă	Echipele medicală utilizează toate canalele disponibile verbal, nonverbal, audio, video, materiale scrise (scheme, desene, postere etc.)	Informația este receptată corect și repede la nivelul de înțelegere al fiecăruia
Să fie înțeleasă	Informația se transmite „pe limba” pacientului și echipa medicală verifică periodic înțelegerea acestuia	Mesajele primite și înțelese pot conduce la acceptare și schimbare
Să conducă la acțiune	Elaborarea și transmiterea de mesaje simple și clare care să crească gradul de conștientizare a pacienților, atitudine empatică și suportivă	Se produce depășirea barierelor și asumarea deciziilor privind schimbarea
Să fie credibilă și de încredere	Transmiterea de mesaje valide, bazate pe dovezi să se facă congruent, în mod constant, cu atitudine empatică	Încrederea crește pe măsură ce atitudinea este empatică, iar consistența mesajelor se verifică în timp
Să fie relevantă	Evaluarea gradului de înțelegere și a specificității fiecărui pacient, oferirea de informații bazate pe nevoi	Informația este aplicată pentru îndeplinirea nevoilor de sănătate
Să se producă în timp util	Este verificată disponibilitatea și nevoia de a recepta informația care este oferită atunci când pacientul are nevoie, în ritmul de care are nevoie.	Pacientul are timp să primească, înțeleagă și să interiorizeze informația ca să acționeze în consecință.

CAPITOLUL II

Comunicarea în cadrul activităților de educație a pacienților pentru autoîngrijire, în sesiuni individuale și în sesiuni colective

Educația pacientului cu suferință cronică revine în principal profesioniștilor din asistența primară. Atunci când relația stabilită între medicul de familie/asistentul medical și pacient/familia acestuia este bazată pe încredere, empatie, respect, pacientul este mult mai dispus să își asume responsabilitatea propriei sale sănătăți și să facă pași importanți în ameliorarea stării sale. Rolul profesioniștilor este acela de a le oferi pacienților încurajare, pentru ca aceștia să îndrăznească și să dorească să-și ia înapoi puterea de a decide și de a face schimbările necesare în modul lor de viață. Aceasta presupune ca medicii și asistenții medicali să le ofere pacienților încredere în capacitatea lor de a se autoîngriji, dar mai ales să-i considere cu adevărat parteneri în complexul proces al gestionării stării lor de sănătate.

Blaise Pascal, matematician și filozof francez, spunea: „Oamenii sunt în general mai bine convinși de motivele pe care ei înșiși le-au descoperit decât de cele care au venit din mintea altora”.

Ne punem evident întrebarea dacă pacienții sunt pregătiți să-și asume schimbarea modului de viață și responsabilitatea propriei sănătăți. Dar o altă întrebare răsară, cel puțin la fel de importantă: sunt oare pregătiți profesioniștii în sănătate să faciliteze această schimbare?

Probabil mulți profesioniști se plâng: „Îmi tot repet ce să facă și niciun rezultat, face tot ce știe el” sau: „Pacientul meu nu vrea să audă de nicio schimbare, deși i-am adus o mulțime de exemple și argumente bazate pe dovezi”.

De fapt, profesioniștii continuă să străbată o cărare, la capătul căreia vor găsi de fiecare dată o poartă ferecată cu multe lacăte, o poartă numită rezistența la schimbare. Medicii și asistenții medicali pot însă să schimbe metoda: să învețe cum să-i stimuleze pe pacienți să străbată drumul și să deschidă singuri poarta! Dacă fiecare om ar ști că dincolo de această poartă zăvorâtă se află bogății nemaivăzute, care îi pot aduce o viață plină de sănătate și împliniri, ar începe să caute toate cheile din lume ca să ajungă la această comoară din interior!

II.1. Educația pacientului în sesiuni individuale – Interviul motivațional

Deși ar putea fi asimilată unei consultații ca oricare alta, este bine ca sesiunea individuală cu scop educațional să fie programată separat, tocmai pentru a păstra focalizarea pe trezirea motivației de a schimba modul de viață și de a se autoîngriji. Metodele utilizate în cadrul acestei întâlniri nu sunt cu mult diferite față de cele utilizate în cadrul unei consultații obișnuite; cu toate acestea, în timpul sesiunii educaționale, profesionistul în sănătate joacă mai degrabă rolul unui facilitator decât al unui expert. În ghidul de față va fi prezentat **Interviul motivațional** ca modalitate de educație a pacientului în cadrul unei întâlniri individuale programate.

II.2. Educația pacientului în sesiuni colective (în grup)

Structurarea educației pacienților cu suferințe cronice în grup poate deveni un instrument eficient de oferire de informații privind un mod de viață mai sănătos: referitor la dietă, activitate fizică, managementul emoțiilor, utilizarea medicației și terapiilor adjuvante etc.

Unele studii au demonstrat că în diabetul de tip 2, de exemplu, programele de educație în grup susținute de un profesionist în sănătate, specializat în diabet și/sau un specialist în nutriție au ca rezultat o creștere a capacității de autoîngrijire a pacienților prin schimbarea stilului de viață și creșterea compliancei la tratament.

II.1. Interviul motivațional

Profesioniștii pot aborda pacientul în sesiuni individuale, utilizând tehnica interviului motivațional, menită să rezolve ambivalența pacientului pentru schimbare. Interviul motivațional este de fapt o conversație purtată cu pacientul care produce o creștere a motivației pacientului și care îl ajută să descopere primii pași spre schimbare. Această tehnică produce efecte deoarece promovează:

- A. Colaborarea cu pacientul.
- B. Activarea potențialului pe care îl are pacientul (motivația și resursele pentru schimbare).
- C. Recunoașterea autonomiei pacientului (capacitatea lui de a lua decizii).

Prin tehnica interviului motivațional putem însoți pacientul pentru a schimba perspectiva asupra modului său de viață. Unele studii arată că interviul motiva-

țional poate fi folosit cu succes în asistența primară pentru pacienții cu afecțiuni cronice, în principal boli cardiovasculare și diabet, pentru care schimbarea stilului de viață este foarte importantă. Cu cât afecțiunea/complicațiile sunt mai severe, cu atât motivația pacientului crește în urma participării la interviul motivațional.

Dacă pacientul nu este pregătit să facă schimbarea, profesionistul poate doar să-l informeze asupra beneficiilor pe care le-ar obține dacă s-ar decide să o facă. Pentru a-i transmite acest mesaj este necesar ca mai întâi să stabilească un raport corespunzător cu pacientul.

Principiile care stau la baza interviului motivațional presupun:

1. Evitarea argumentării. Profesionistul transmite pacientului un mesaj clar, și anume că decizia pentru schimbare îi aparține acestuia, singurul care poate manifesta control asupra acestui demers.
2. Exprimarea empatiei. Profesionistul arată pacientului că este înțeles și acceptat, chiar dacă manifestă în continuare acel comportament care necesită schimbare.
3. Dezvoltarea discrepanței dintre comportamentul pacientului și valorile sale. Profesionistul facilitează prin reflectare și întrebări scoaterea la suprafață a acestui dezacord, a cărui conștientizare este importantă pentru pacient.
4. Acceptarea rezistenței. Profesionistul însoțește pacientul în afirmațiile lui și în refuzul său de a face schimbarea și prin reflectare demonstrează respect față de atitudinea acestuia.
5. Sprijină eficacitatea pacientului. Profesionistul manifestă optimism față de capacitatea pacientului de a produce schimbarea.

Vom putea trece în revistă cu mai multă ușurință tehnica interviului motivațional, urmărind următoarea schemă a subcapitolului:

TABEL 2. CAPITOLUL II.1.

Educația pacientului în sesiuni individuale – Interviu motivațional

1. Elementele importante pentru interviul motivațional	1.1. Modelul Transteoretic al Schimbării Comportamentelor	A. Precontemplarea		
		B. Contemplarea		
		C. Pregătirea		
		D. Acțiunea		
		E. Menținerea		
		F. Finalizarea și prevenirea recăderii		
	1.2. Semne care Indică Nevoia Schimbării Comportamentului	A. Ambivalența	Conflict între talerele balanței	
		B. Nivelul motivațional exprimat de pacient	Dorința	
			Capacitatea	
			Motivele	
Nevoia				
Angajamentul				
Luarea de măsuri				
2. Instrumentele interviului motivațional	2.1. Cele 3 Stiluri de Comunicare	A. Însoțire	Ascultare activă	
		B. Direcționare	Exprimarea autorității	
		C. Ghidare	Oferirea de alternative	
	2.2 Cele 3 Abilități de Comunicare	A. A Întreba (Întrebări deschise)	A cere permisiunea	
			Explorarea nivelului motivației	
			Măsurarea disponibilității	
			Măsurarea încrederii	
			Argumente pro/contra -	
			Întrebări cheie	
			Întrebări ipotetice	
		B. A Asculta	Semnale verbale/nonverbale	
			Parafrazăre	
			Concluzii, sumarizare	
		C. A Informa	a. un ritm adecvat, cu pauze	
			b. pe înțelesul pacientului	
			c. din perspectiva pacientului	
d. cu ton și mesaje pozitive				
e. cu solicitarea permisiunii				
f. oferirea de opțiuni				
g. info în porțiuni mici E.V.E				
h. schimb informații I.O.I.				
i. evită acuze /culpabilizare				

3. Strategia interviului motivațional (cum se poate trezi/ activa motivația pentru schimbarea comportamentului)	3.1. Pacientă cu diabet zaharat tip II și obezitate. (exemplu)	Scop: motivație schimbare dietă și scăderea în greutate	Profesionistul facilitează trecerea prin fazele de pre-contemplare, contemplare, pregătire, acțiune, menținere, prevenirea recăderii, finalizare
	3.2. Pacient cu boală coronariană cronică, fumător și cu stres intelectual. (exemplu)	Scop: motivație renunțare la fumat și ameliorare stres	

1 Elemente importante pentru realizarea interviului motivațional

- MODELUL TRANSTEORETIC AL SCHIMBĂRII COMPORTAMENTELOR
- SEMNE CARE INDICĂ NEVOIA DE SCHIMBARE A COMPORTAMENTULUI

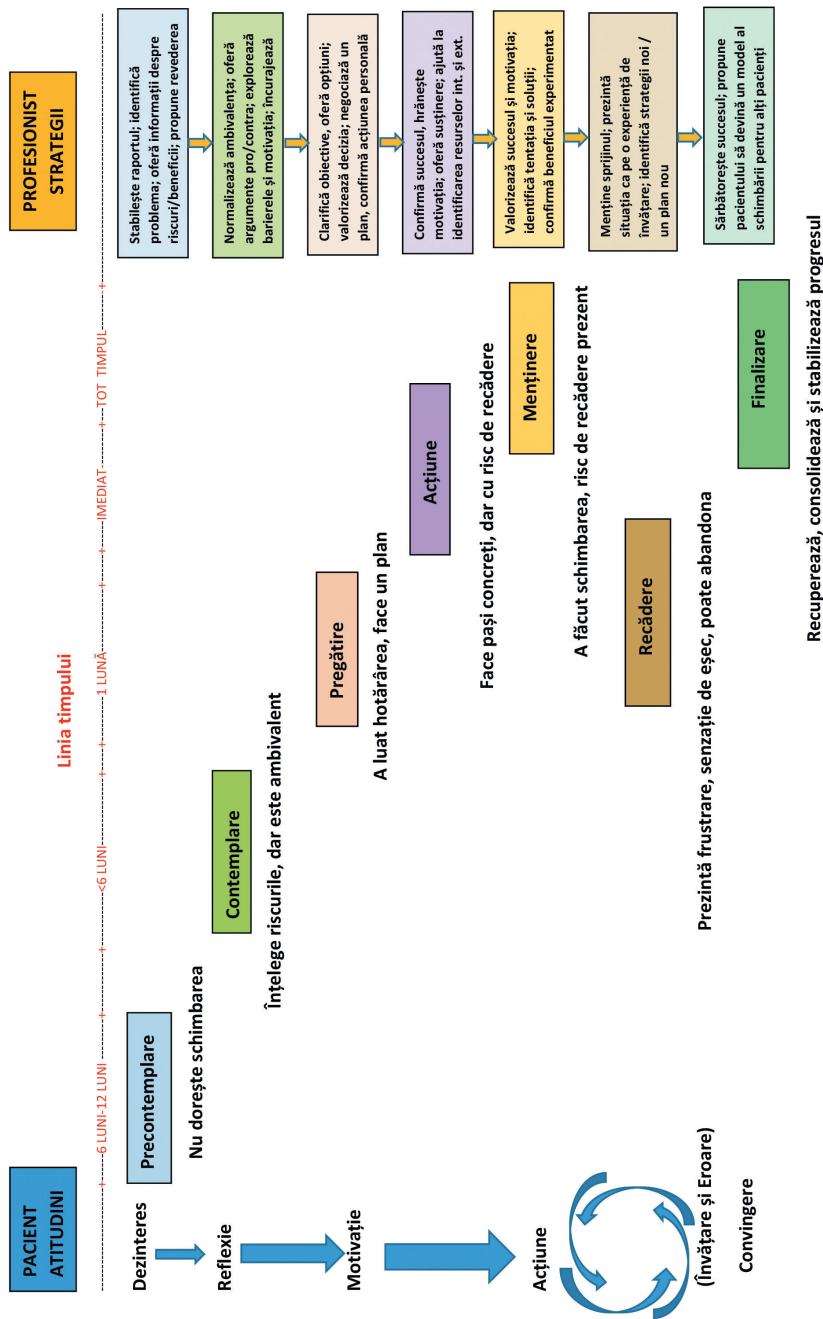
1.1. MODELUL TRANSTEORETIC AL SCHIMBĂRII COMPORTAMENTELOR

Este foarte important ca profesionistul să facă o evaluare a nevoilor/dorințelor pacientului, ghidându-se după modelul transteoretic al schimbării comportamentelor (Prochaska și Di Clemente).

Potrivit acestui model, în ceea ce privește schimbarea, pacientul se poate afla în unul din următoarele stadii:

- A. Precontemplare** – nu este încă pregătit să facă schimbarea; nu este motivat, mai degrabă este rezistent, schimbarea nu se va face în viitorul apropiat.
- B. Contemplare** – este pregătit să facă schimbarea în următoarele 6 luni; este conștient de argumentele pentru schimbare, dar în egală măsură și de aspectele care îl țin pe loc. Rezultă o ambivalență în decizia de a înclina balanța între „beneficii” și „costuri”, care se poate menține cronic pe o mai lungă perioadă de timp.
- C. Pregătire** – pacientul este pregătit de acțiune în viitorul apropiat, poate chiar în următoarea lună, are deja un plan să ia măsuri, să lucreze cu un consilier etc.
- D. Acțiune** – deja pacientul a acționat și a modificat ceva în stilul său de viață în ultimele 6 luni; acțiunea continuă până la desăvârșirea schimbării comportamentului (abstinență pentru tutun sau alcool, respectarea dietei, exerciții fizice regulate etc.).
- E. Menținere** – pacientul a realizat schimbarea și acum este atent la menținerea noului comportament pentru a preveni recăderea; această fază poate dura de la 6 luni la 5 ani.

Modelul transteoretic al schimbării comportamentelor



După James O. Prochaska și Carlo Di Clemente "Transtheoretical Model of behavior change" (1977)

În această enumerare mai pot fi incluse faza de **recădere** care poate apărea după ce pacientul a început să acționeze și, bineînțeles, faza de **finalizare**, când se presupune că noul comportament a fost instituit și este stabil.

În inițierea interviului motivațional este important ca profesionistul să descopere în ce stadiu se află pacientul potrivit acestei clasificări.

1.2. SEMNE CARE INDICĂ NEVOIA DE SCHIMBARE A COMPORTAMENTULUI

A. Ambivalența

Pacientul experimentează ambivalența pentru că, pe de-o parte, dorește să-și schimbe comportamentul (să se lase de fumat, să nu mai mănânce dulciuri, să mănânce mai puțin, să facă mai multă mișcare, să nu mai consume alcool, să-și ia medicamentele etc.), pentru a-și îmbunătăți starea de sănătate, iar pe de altă parte, s-a obișnuit cu stilul lui de viață și îi vine greu să facă schimbarea. Pacientul resimte această ambivalență sub forma unui conflict:

- „Aș avea nevoie să slăbesc, dar nu-mi place să fac exerciții”.
- „Cred că dacă nu aș mai fuma, respirația mea s-ar îmbunătăți, dar e o plăcere la care nu pot renunța”.
- „Aș avea nevoie să țin dietă, dar îmi vine greu să renunț la anumite alimente”.

Comportament de evitat. Dacă profesionistul insistă în mod directiv spunându-i pacientului ce trebuie să facă, acesta se va refugia imediat în argumentele care îl blochează să facă schimbarea.

- **Profesionistul:** „Trebuie să slăbești, boala de inimă se agravează!”.
- **Pacientul:** „Da, știu, dar îmi vine greu să mă mișc”.
- **Profesionistul:** „Dacă nu te lași de fumat, riști să faci arterită”.
- **Pacientul:** „Aveți dreptate, și eu aș vrea, dar nu pot să mă las...”.
- **Profesionistul:** „Știi cât de importantă e dieta în diabet!”.
- **Pacientul:** „Știu, dar dulciurile îmi aduc puțină bucurie, dacă renunț și la ele...”.

Ceea ce poate face profesionistul în această etapă este să faciliteze reflectarea ambivalenței, pentru a sublinia discrepanța (dezacordul evident) între cei doi termeni ai ambivalenței: valorile și comportamentele pro și contra schimbării: „Spui că ai avea nevoie să slăbești, dar nu te vezi făcând exerciții, fiindcă nu-ți place!” sau „Fumatul e o plăcere la care nu poți renunța, deși crezi că ai respira mai bine dacă nu ai mai fuma”.

Accentuarea discrepanței ajută pacientul să conștientizeze mai bine conflictul interior pe care îl are privind un anumit comportament. Să urmeze sau să nu urmeze acel comportament par să fie două talere ale unei balanțe, care se înclină când într-o parte, când în cealaltă. Prin însoțire și ghidare profesionistul îl ajută pe pacient să-și dea seama de acest conflict, care îi blochează decizia de a produce schimbarea.

B. Identificarea nivelurilor motivaționale ale pacientului

Când profesionistul discută cu pacientul despre schimbare, el poate identifica la ce nivel motivațional (privind schimbarea) se află acesta:

• Dorința

Când pacientul utilizează cuvintele: „doresc, vreau, mi-ar place”, indică ceea ce el dorește:

„Aș dori să pot să mai scap de kilogramele în plus”;

„Vreau să mă las de fumat”;

„Îmi place ideea de a face mai mult sport”.

Afirmațiile privind dorința pacientului pot indica că acesta dorește schimbarea sau că preferă să nu facă nimic.

• Capacitatea

Cuvintele care reflectă capacitatea pacientului de a face schimbarea indică totodată și gradul său de motivație – „pot, aș putea”:

„Cred că pot merge la gimnastică de 2 ori pe săptămână”;

„Aș putea să mănânc mai multe legume la mesele principale”;

„Aș fi capabil(ă) să mai reduc puțin din țigări”;

„Mă pot vedea făcând această schimbare”.

• Motivele

Pacientul poate exprima explicit motivele pentru care dorește să facă schimbarea; chiar dacă nu există cuvinte specifice, motivația se poate exprima prin diferite expresii:

„Aș dori să trăiesc să-mi văd nepoții crescând”;

„Durerea din gambe mă împiedică să merg și dacă n-aș mai fuma, aș putea să am mersul mai liber”.

• Nevoia

Pacientul poate exprima imperativ nevoia de schimbare prin cuvinte ca: „am nevoie, trebuie, ar trebui, e necesar etc.”:

„Trebuie să devin mai suplă, pentru că nu mă mai ajung hainele”;

„Chiar am nevoie să fac mai mult exercițiu fizic”.

Aceste 4 categorii de manifestări „motivaționale” indică faptul că pacientul se îndreaptă în direcția schimbării, chiar dacă nu există un angajament propriu-zis privind schimbarea comportamentului. În cazul ambivalenței, aceste 4 categorii se pot afla chiar în conflict:

„Chiar ar trebui (*nevoia*), dar nu pot” (*capacitatea*);

„Aș dori să am glicemii mai bune (*dorința*), dar îmi plac foarte mult dulciurile” (*dorința*);

„Aș vrea (*dorința*), dar amețesc” (*motiv*).

Mai există 2 categorii de afirmații care indică pași concreți spre schimbare, și anume:

- **Angajamentul**

Câteva cuvinte care exprimă angajamentul sunt următoarele: „fac, promit, garantez, sunt pregătit(ă), intenționez”.

- **Luarea de măsuri**

Deja pacientul a întreprins câțiva pași pentru schimbare:

„Mi-am luat o carte cu recomandări de dietă pentru ce am eu nevoie”;

„N-am fumat nicio țigară întreg week-end-ul”;

„Astăzi am urcat pe scări, în loc să iau liftul”.

Pe parcursul interacțiunii cu pacientul, profesionistul va explora nivelul la care se află acesta din perspectiva motivației schimbării, utilizând întrebările deschise (v. 2.2. *Cele 3 tipuri de abilități de comunicare – A întreba*)

2 Instrumentele Interviuului Motivațional

Profesionistul utilizează în acest sens 3 stiluri de comunicare și 3 tipuri de abilități de comunicare, cunoscute deja din consultația clasică.

2.1. CELE 3 STILURI DE COMUNICARE

- A. ÎNSOȚIRE
- B. DIRECȚIONARE
- C. GHIDARE

Cum sunt utilizate aceste 3 stiluri de comunicare în general?

Atunci când un pacient cunoscut se prezintă la medicul său de familie să-i împărtășească o problemă care a apărut în universul său dominat de o patologie cronică, atitudinea firească a profesionistului este în primul rând să-l asculte cu atenție să-și spună pasul (**însotire**). Dacă medicul are o soluție cunoscută și consacrată la această problemă, atunci îi poate spune direct soluția (**direcționare**). Dacă problema nu e chiar simplă și nu are soluții imediate, atunci medicul ar putea să dezbată diferite opțiuni împreună cu pacientul, analizând argumente pro și contra pentru fiecare variantă și pentru deciziile care ar fi de luat (**ghidare**).

Întrucât profesioniștii în sănătate adoptă pe măsură ce își cresc experiența un anumit mod de a interacționa cu pacienții, este important ca ei să conștientizeze unde se află în raport cu aceste 3 stiluri.

CHESTIONAR PENTRU IDENTIFICAREA CELOR 3 STILURI DE COMUNICARE (2.1)

Vă propunem un chestionar pentru a vă autoevalua stilul preferat de comunicare pe care-l utilizați cu pacienții dumneavoastră.

Vă rugăm să citiți cu atenție cele 15 afirmații din tabelul de mai jos și să acordați un punctaj fiecărei afirmații, cu maximă sinceritate, în funcție de opinia pe care o aveți despre situația respectivă:

Afirmație	Adevărat (aproape întotdeauna) 4	Deseori (mai degrabă adevărat) 3	Uneori (mai degrabă fals) 2	Fals (aproape niciodată) 1
Când vine pacientul la consultație, îi arăt principalii pași pe care îi are de făcut în continuare.				
Când vine pacientul la consultație, îi prezint alternativele și le discutăm pentru a descoperi ce i se potrivește cel mai bine.				
Când vine pacientul la consultație, îl ascult până la capăt și evit să analizez ce-mi spune.				
Consider că pacientul are nevoie de instrucțiuni pentru a ști cum să procedeze în schimbarea comportamentului				
Consider că pacientul are nevoie de încurajare pentru a alege ce este mai bine pentru el.				
Evit să dau instrucțiuni pacientului sau să îl conving să facă ceva, fiindcă experiențele noastre de viață sunt diferite.				
Cu cât un medic este mai bine pregătit și mai expert în domeniul său, cu atât poate dobândi încrederea pacientului.				
Cu cât un medic ascultă mai mult pe pacient, cu atât înțelege mai bine experiența pacientului.				
Este important ca pacientul să știe că se poate baza pe medic când are nevoie de clarificări sau de sprijin pentru schimbarea comportamentului.				
În relația cu pacientul, prefer mai degrabă să ascult decât să-i dau sfaturi, fiindcă responsabilitatea schimbării îi aparține.				
În relația cu pacientul consider că responsabilitatea deciziilor este împărțită.				
În relația cu pacientul îmi asum în mare parte responsabilitatea pentru a-l convinge să facă schimbarea.				
Mesajul principal către pacient: „Nu vreau să te preseze. Am încredere în capacitatea ta de a-ți accesa resursele”.				
Mesajul principal către pacient: „Știu cum poți rezolva problema și îți voi spune ce poți face mai departe”.				
Mesajul principal către pacient: „Te pot ajuta să găsești calea de a rezolva singur problema”.				

Răspunsuri

Vă rugăm să treceți în tabelul de mai jos scorul pe care l-ați notat la fiecare întrebare. Vă rugăm să faceți apoi totalul pe fiecare coloană, pentru a descoperi stilul de comunicare preferat:

ÎNȘOȚIRE		DIRECȚIONARE		GHIDARE	
Număr întrebare	Scor acordat	Număr întrebare	Scor acordat	Număr întrebare	Scor acordat
3		1		2	
6		4		5	
8		7		9	
10		12		11	
13		14		15	
Total		Total		Total	

- Un scor de 15-20 – stilul respectiv este bine reprezentat /predominant
- Un scor de 10-14 – stilul respectiv este moderat reprezentat
- Un scor de 5-9 – stilul respectiv este slab reprezentat

ÎNȘOȚIRE	DIRECȚIONARE	GHIDARE
<p>Înșoțirea presupune în principal ascultarea activă:</p> <ul style="list-style-type: none"> - La începutul discuției cu pacientul, pentru a înțelege simptomele pacientului și modul în care acestea afectează întregul tablou al stării sale de sănătate. - Pe parcurs, în special când pacientul își exprimă opțiunile, pentru a-l ajuta să ia o decizie 	<p>Direcționarea pe care o manifestă terapeutul creează o relație inegală din perspectiva nivelului de cunoștințe, a expertizei, autorității sau puterii manifestate în relație:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Este stilul în care profesioniștii sunt în principal formați la școala de medicină. - Este foarte utilă în multe situații în care pacientul este dependent de medic, pentru a primi un sfat sau a lua o decizie. - Deseori pacientul dorește ca profesionistul să aibă grijă de el și să-l direcționeze. 	<p>Ghidarea ajută pacientul să ia o decizie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rolul profesionistului este de tutore, oferindu-i pacientului o resursă pentru a descoperi singur ce are nevoie. - Un ghid bun știe ce este posibil de făcut și oferă alternative valabile, dintre care pacientul poate alege. - Ghidarea ajută la schimbarea comportamentului: "Te pot ajuta ca tu să găsești soluția pentru tine".

Probabil scorurile dumneavoastră evidențiază o proporție echilibrată între cele 3 stiluri sau o predominanță a unuia dintre stiluri în funcție de profilul activităților pe care le desfășurați, a preferințelor și experiențelor individuale, a modului în care relaționați cu ceilalți, a stilului de educație medicală în care v-ați format.

Toate trei stilurile sunt importante și este necesar ca ele să fie perfect adecvate la situația, momentul și natura problemei cu care se confruntă pacientul. Dacă, de exemplu, medicul face uz excesiv de stilul directiv, atunci pacientul va fi privat de conștientizarea resurselor sale și de punerea în aplicare a propriilor decizii.

Specificul interviului motivațional este dat în special de modul în care profesionistul **ghidează pacientul** pentru a-l ajuta să-și schimbe anumite obiceiuri din modul lui de viață. Dacă pacientul cu o suferință cronică fumează, consumă excesiv alcool, are o dietă neadecvată (dulciuri, grăsimi, cu exces de alimente procesate și cu aditivi), dacă nu știe să-și gestioneze emoțiile, dacă este sedentar sau nu-și ia tratamentul, este evident că dezechilibrul stării sale de sănătate se va agrava. Profesioniștii nu vor putea face mare lucru în această situație, fiindcă nu pot controla voința și deciziile pacientului! Degeaba este atenționat, certat sau amenințat, pacientul se va simți probabil la început puțin vinovat, apoi îi va trece și va continua comportamentul, pentru că ceva mai presus de voința lui îl determină să continue. Motivația lui nu este activă și preferă să-și procure o mică gratificație prin comportamentul respectiv, care de cele mai ori îi agravează starea.

Prin interviul motivațional, medicul /asistentul medical ghidează pacientul pentru atingerea unui anumit scop, utilizând argumentele și resursele acestuia, pe care le activează prin cele 3 tipuri de abilități de comunicare.

2.2. CELE 3 TIPURI DE ABILITĂȚI DE COMUNICARE

- A. A ÎNTREBA
- B. A ASCULTA
- C. A INFORMA

Pe parcursul interviului motivațional profesionistul:

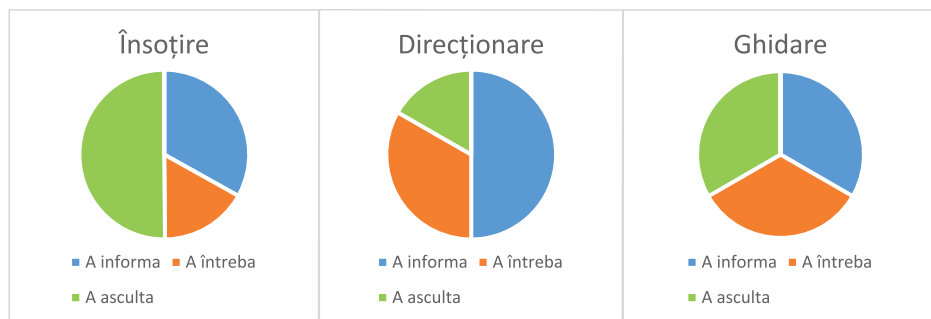
- **întreabă** pacientul ce ar dori să obțină;
- **ascultă** ce dorește pacientul pentru a-l putea ajuta;
- **îl informează** despre opțiunile pe care le-ar avea în situația lui.

Când **întreabă**, profesionistul intenționează să afle mai multe informații de la pacient, dar și opinii, idei, frământări, preocupări pe care acesta le are. Medicul sau asistentul medical poate utiliza acest instrument deopotrivă pentru a-l ajuta pe pacient să descopere posibilitățile și resursele pe care le are pentru a iniția și conduce schimbarea.

Când **ascultă**, profesionistul realizează mai multe lucruri: înțelege ceea ce pacientul are de spus, totodată îi dă de înțeles acestuia că ceea ce spune el este important și, nu în ultimul rând, încurajează pacientul să exploreze și să se deschidă mai mult. Ascultarea cu atenție facilitează crearea unei legături de încredere, pe care pacientul se poate baza pentru a face pași în procesul de schimbare.

Când **informează**, practicianul oferă pacientului date, cunoștințe, argumente, exemple, recomandări, care îi pot da acestuia o bază cognitivă capabilă să îi alimenteze motivația pentru schimbare.

În fiecare din cele 3 stiluri de comunicare, cele 3 abilități de comunicare se utilizează în scopuri și în proporții diferite!



Este evident că:

1. pentru **stilul de însoțire** predomină **ascultarea**
2. pentru **stilul de direcționare** predomină **informarea**
3. pentru **stilul de ghidare**, **cele 3 abilități: ascultare, aplicare de întrebări și informare** sunt echilibrate.

Cele 3 stiluri și cele 3 tipuri de abilități de comunicare se combină, de fapt, în cadrul sesiunii pentru stimularea motivației pacientului în sensul schimbării modului de viață. Iată câteva exemple:

Stil de comunicare /abilitați de comunicare	A ÎNTREBA	A ASCULTA	A INFORMA
ÎNȘOȚIRE	Ce s-a întâmplat de când ai început să nu-ți mai simți picioarele?	Îmi imaginez că a fost un șoc	Da, mulți pacienți au un șoc când simt că nu mai sunt stăpâni pe picioarele lor
GHIDARE	Ce anume ar fi important pentru tine să schimbi în dietă?	Sunteți preocupat(ă) de luarea în greutate și nu știți cum să procedați mai departe	Din punct de vedere terapeutic este foarte bine să schimbați dieta, în ce fel vă va influența viața?
DIRECȚIONARE	Cât de frecvent s-a întâmplat?	Ați înțeles cum va decurge procedura, dar doriți să vă spun ce veți avea de făcut după aceea	Cea mai bună opțiune este să-ți iei pastilele

În cadrul interviului motivațional, cele 3 stiluri și cele 3 abilități de comunicare pot fi utilizate și adaptate numai în acord cu stadiul în care pacientul se află din punctul de vedere al conștientizării sale privind necesitatea schimbării comportamentului pentru un stil de viață mai sănătos. Sunt necesare 1-2 ședințe pentru a susține pacientul să se orienteze spre schimbare și să facă pași în acest sens.

A. Abilitatea de A ÎNTREBA. Utilizarea întrebărilor deschise

Prin întrebări deschise, profesionistul ajută pacientul să-și conștientizeze propriile motive pentru a face schimbarea și în același timp identifică și stadiul în care se află pacientul privind angajamentul pentru un nou comportament. Întrebările deschise sunt utile în următoarele situații:

a) Întrebări deschise pentru a cere permisiunea

„Putem discuta puțin acum despre faptul că vă vine greu să nu consumați dulciuri?”

Întrebând pacientul, profesionistul își manifestă respect față de opinia pacientului; acesta din urmă este mult mai dispus să vorbească despre dificultățile sale când este întrebăat decât atunci când i se ține o teorie sau când este îndemnat direct să-și schimbe comportamentul.

Dacă pacientul se află în etapa de precontemplare și nu este motivat să se schimbe, profesionistul îi poate aminti doar beneficiile pe care le-ar avea dacă ar iniția schimbarea și, bineînțeles, disponibilitatea de a relua discuția atunci când pacientul s-ar simți pregătit să facă primul pas.

b) Întrebări deschise pentru a identifica nivelul motivației

Pentru a identifica nivelul motivației pacientului de a se angaja pentru a schimba un comportament, profesionistul poate pune câteva întrebări pentru fiecare din cele 6 categorii de afirmații corespunzătoare nivelurilor motivaționale expuse mai sus:

- **Dorința:** „Ce anume îți dorești? / Ce ai vrea să se întâmple?”; „De ce ai vrea să faci această schimbare?”.
- **Capacitatea:** „Cum ar fi posibil? Ce ai putea să faci? Dacă ai decis să faci această schimbare, cum ai proceda?”.
- **Motive:** „De ce ai face această schimbare? Care ar fi cele mai importante 3 beneficii specifice pentru tine, dacă ai face această schimbare? Ce riscuri s-ar diminua dacă faci asta?”.
- **Nevoia:** „Cât de importantă este pentru tine această schimbare? Cât de mult ai nevoie să faci asta?”.
- **Angajament:** „Ce vei face acum? Ce plan ai?”.
- **Luarea de măsuri:** „Ce ai făcut deja pentru a fi mai sănătos?”.

Comportament de evitat. Atenție la utilizarea unor întrebări deschise asociate aceluiași 6 niveluri motivaționale, care pot însă crește mecanismul de apărare a pacientului și dezamorsa dorința de schimbare! Iată un exemplu „așa nu” pentru profesioniștii care, frustrați de lipsa angajamentului din partea pacientului, ar putea pune următoarele întrebări:

- De ce nu vrei să...?
- De ce nu poți să...?
- De ce nu ai făcut...?
- De ce nu simți nevoia să...?
- De ce trebuie să....?
- De ce nu...?

c) Întrebări deschise cu scală pentru a măsura disponibilitatea la schimbare

Acest gen de întrebări, care utilizează o scală a răspunsurilor, sunt importante pentru testarea motivației pacientului, aflată într-o continuă dinamică:

„Pe o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă „cu siguranță nu sunt pregătit(ă)”, iar 10 înseamnă „cu siguranță sunt gata să fac schimbarea”, ce număr exprimă cel mai bine unde te afli acum în raport cu decizia de a.....?”;

„Dar acum 6 luni, unde te aflai pe această scală?”;

„De ce crezi că ai avea nevoie ca să urci puțin pe această scală?”.

d) Întrebări deschise privind importanța schimbării și încrederea în reușită

Aceste întrebări, aplicate în condițiile în care există un bun raport între profesionist și pacient, pot crește motivația acestuia din urmă pentru schimbare.

Întrebările pot utiliza scala sus-menționată:

a. „Cât este de important pentru tine să...? Pe o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă „deloc important”, iar 10 „extrem de important”, îmi poți spune te rog cât de important este...?”

Sau:

„Ce ar trebui să se întâmple pentru ca tu să consideri această schimbare importantă?”

b. Pe o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă „sunt sigur(ă) că nu aș putea”, iar 10 înseamnă „sunt sigur(ă) că aș putea”, cât de încrezător/încrezătoare ești că ai putea....dacă te-ai decide să faci asta?

Sau

„Ce te-ar determina să ai mai multă încredere că poți face această schimbare?”

e) Întrebări deschise despre argumentele pro și contra schimbării

În explorarea ambivalenței pacientului la schimbare, se pot utiliza anumite întrebări deschise, care ajută în primul rând pacientul să devină mai conștient de argumentele pentru schimbare și de ceea ce-l reține să nu facă schimbarea. Este important ca profesionistul să utilizeze aceste întrebări cu un ton neutru, mai ales cele care explorează comportamentele care țin pacientul încă pe loc, fiindcă de multe ori medicul sau asistentul medical își poate exprima dezacordul privind aceste comportamente (fumat, consum de alcool, nerespectarea dietei, lipsă de exercițiu fizic, neluarea medicamentelor prescrise etc.).

- **Procomportament inițial:** „Ce anume îți place când fumezi?”. Această întrebare poate fi urmată imediat de:
- **Contra:** „Ce dezavantaje îți aduce fumatul? Care sunt lucrurile mai puțin bune pe care le aduce fumatul?”.

La întrebările **pro**, sunt de evitat întrebări de genul: „Dece ți-o fi plăcând să fumezi?”.

După utilizarea acestor întrebări și obținerea răspunsului, profesionistul poate să facă o sumarizare, folosind chiar cuvintele pacientului, trecând în revistă atât argumentele pro, cât și cele contra schimbării comportamentului și finalizând cu întrebarea: „Ce ți-a adus această explorare?”, pentru a activa motivația pentru schimbare.

f) Întrebări-cheie: „Ce urmează acum?”

Acest tip de întrebări deschise explorează nivelul de motivație a pacientului, gradul în care el dorește să se angajeze pentru schimbare. Acest gen de întrebare trasează un fel de concluzie după utilizarea celorlalte tipuri de întrebări exprimate mai sus:

- „Deci, ce ai vrea să faci acum?”
- "Deci, ce te gândești despre.... (*comportament*)... în acest moment?”
- „Ce crezi că o să faci în continuare?”
- "Care ar fi un prim pas pentru tine?”
- "Dacă te decizi, ce ai de gând să faci?”
- "Cum vei proceda mai departe?”.

Dacă pacientul își exprimă intenția să inițieze schimbarea, pot fi utile și întrebări mai specifice, dar fără ca pacientul să se simtă presat:

„**Când** crezi că vei face?”

„**Cu ce** anume vei începe?”

„**Cum** crezi că vei reuși?”.

g) Întrebări ipotetice

Pentru pacienții care se află în faza de precontemplare sau care sunt mai puțin dispuși să acționeze/să continue, profesionistul poate discuta despre schimbare utilizând ipoteze:

- „De ce ai avea nevoie ca să iei o decizie privind....?”
- „Dacă te-ai decide să faci o schimbare privind...., care ar putea fi unele dintre beneficii?”
- „Să presupunem că ai decis să schimbi.... Ce ai putea face ca să reușești?”
- “Să ne imaginăm pentru o clipă că ai făcut.... (*schimbarea*) În ce fel s-ar schimba viața ta?”
- „Să presupunem că nu faci nicio schimbare referitor la.... Ce crezi că s-ar putea întâmpla peste 5 ani?”
- „Cum crezi că te-a împiedicat acest comportament până acum să progresezi/să evoluezi?”
- „Ce ai vrea cel mai mult să se întâmple în viața ta privind.... (*comportamentul*) de acum într-un an? Dar în 5 ani? Dar în 10 ani?”.

Utilizarea întrebărilor deschise ajută, **de fapt**, pacientul să descopere singur răspunsurile care se află în el și totodată resursele necesare pentru a face schimbarea. Din acest punct de vedere, aceste întrebări sunt un instrument foarte prețios pentru stilul de Ghidare, care reprezintă esența interviului motivațional.

B. Abilitatea de A ASCULTA

Când profesionistul îl ascultă cu atenție pe pacient, chiar și pentru un singur minut, poate înțelege mai bine perspectiva pacientului și experiențele prin care trece.

Profesionistul îl ascultă pe pacient cel mai mult la începutul întâlnirii, dar și pe parcurs, mai ales după ce îi pune întrebări. Păstrarea liniștii în timpul ascultării este foarte importantă, dar nu numai în exterior, ci și în interior, fiindcă în timp ce ascultă, profesioniștii deseori raționează, analizează și caută soluții, ceea ce împiedică absorbția completă de informații. De aceea, ascultarea presupune nu numai să auzi ce se spune, ci și să urmărești cu atenție și să înțelegi ceea ce pacientul exprimă verbal și nonverbal.

Profesionistul arată pacientului că îl ascultă prin faptul că:

- Manifestă semnale nonverbale și verbale (dă din cap, îl privește, utilizează o anumită mimică, gestică, exclamă etc.).
- Poate parafraza ceea ce spune pacientul.
- Poate să facă un mic rezumat ca o concluzie la ceea ce a înțeles de la pacient, de ex.: „Din câte am înțeles...” sau „Se pare din ce spuneți că...”.

Ascultarea cu atenție a pacientului îi dă acestuia certitudinea că este înțeles. În cazul în care pacientul prezintă o ambivalență și o rezistență la schimbare privind adoptarea unui comportament sănătos, ascultarea reflectivă îl poate ajuta să conștientizeze și să diminueze rezistența.

Exemplu:

Medic: *Am înțeles că fumați, puteți să-mi spuneți mai mult despre asta?*
(întrebare deschisă).

Pacient: *Da, fumez, dar acum mai puțin, circa 10-11 țigări /zi.*

Medic: *Sunteți un fumător să zicem mediu (reflectare).*

Pacient: *Nu chiar, sunt și zile când fumez mai puțin, dar indiferent cât fumez, mă simt bine.*

Medic: *Deci, indiferent cât fumați, pare să nu vă afecteze, vă simțiți bine (reflectare).*

Pacient: *Așa este. Câteodată, când sunt stresat, pot fuma și un pachet, dar rar.*

Medic: *(deși ar avea impulsul să treacă într-o ipostază directivă și să îl certe, dar nu o face) Ce gândiți atunci când fumați așa de mult?*
(întrebare deschisă).

Pacient: *Nu prea mă gândesc la asta, doar uneori...*

Medic: *Vă gândiți uneori, dar nu prea des (reflectare).*

Pacient: *Da, mă gândesc, fiindcă am o vârstă și știu că fumatul poate afecta plămâni, inima și picioarele.*

Medic: *Ați observat ceva în acest sens? (întrebare deschisă)*

Pacient: *Dimineața când mă scol expectorez câteodată mai mult, o flegmă galben-murdară, dar cred că atunci sunt și răcit. Uneori parcă mă mai dor picioarele când merg mai mult. Dar cred că e de la reumatism, nu e o problemă de la fumat.*

Medic: *Fumatul nu vă produce, așadar, nicio problemă (reflectare).*

Pacient: *Ei, n-aș spune chiar că nicio problemă...*

Din acest punct deja pacientul a început să recunoască faptul că posibil are o problemă produsă de fumat. Un element foarte important este că a identificat singur efectele pe care fumatul le produce asupra organismului său și de aici profesionistul poate continua cu întrebările prezentate în subcapitolul Abilitatea de A ÎNTREBA pentru a demonta ambivalența și a facilita trecerea pacientului de la stadiul de **precontemplare/contemplare** la stadiul de **pregătire**.

Dacă pe parcursul dialogului de mai sus medicul ar fi trecut într-o ipostază directivă, pacientul s-ar fi retras imediat în rezistența lui și ar fi închis dialogul, fără să mai aibă ocazia să reflecteze la faptul că totuși fumatul îl afectează și că ar putea face ceva legat de acest lucru.



C. Abilitatea de A INFORMA

Informarea pacientului este abilitatea cel mai frecvent utilizată de către profesioniștii în sănătate. În general, pacientului i se transmit următoarele informații:

- I se spune ce s-a întâmplat cu starea lui.
- I se explică ce se va întâmpla sau ce se poate întâmpla în continuare.
- I se aduc vești proaste.
- I se împărtășesc rezultatele de la consultul clinic / investigațiile paraclinice.
- I se explică procedura pentru a obține consimțământul informat.
- I se dau instrucțiuni despre cum să facă tratamentul.
- I se dă un sfat privind gestionarea stării sale de sănătate /de boală.

Profesionistul are nevoie de a transmite informațiile cu pricepere și atenție, fiindcă pacientul are particularitățile lui, care îl fac să recepteze mai mult sau mai puțin mesajele transmise. Este posibil ca pacientul să fie confuz, incapabil cognitiv să înțeleagă informații de un anumit nivel, poate fi pasiv, indiferent, sau preocupat, temător, supărat sau distras, deprimat. Pentru a se asigura că informațiile ajung la pacient, profesionistul stabilește mai întâi raportul cu pacientul, ceea ce presupune că utilizează mai întâi abilitățile de A ASCULTA și de A ÎNTREBA. De fapt, este important să aibă loc un schimb de informații între profesionist și pacient.

Pentru a îmbunătăți schimbul de informații, este necesar ca profesionistul:

- a) Să transmită informațiile într-un ritm suficient de lent, pentru ca pacientul să capteze sensul cuvintelor transmise, uneori făcând pauze și permițând pacientului să întrebe dacă are neclarități.
- b) Să furnizeze informațiile pe înțelesul pacientului și în acord cu nevoile lui, exact cantitatea necesară.
- c) Să ofere informații într-un spectru mai larg, care să atingă perspectiva pacientului, eventual îngrijorările lui referitoare la starea sa de sănătate.
- d) Să utilizeze un ton pozitiv și mesaje pozitive, care să crească motivația pacientului, în loc de mesaje moralizatoare sau amenințătoare („Dacă te lași de fumat, vei respira mai ușor și vei constata o îmbunătățire și la mers” versus „Dacă continui să fumezi, respirația va fi și mai grea, și la fel și mersul”).
- e) Să ceară permisiunea pentru a-i transmite informații; de exemplu:
 - Să îl anunțe că dorește să-i transmită o informație: „E necesar să-ți spun...”.
 - Să îl întrebe în ce moment preferă să afle mai multe informații: „Doriți să vă transmit acum informația despre...sau preferați să vorbim altceva mai întâi?”.

- Să facă o introducere la ceea ce are de transmis, subliniind autonomia pacientului în ce privește utilizarea informației: „Aș vrea să vă transmit o informație care s-ar putea să vă intereseze...”
- f) Să ofere opțiuni: „În privința mișcării, puteți face mai multe lucruri: fie mergeți 30 minute zilnic pe jos, fie faceți câteva minute de gimnastică acasă în fiecare zi sau puteți face gimnastică medicală la un centru, alegeți ce vi se potrivește mai bine”.
- g) Să ofere explicațiile în porțiuni mici, verificând periodic înțelegerea, după modelul **E.V.E. (Explică-Verifică-Explică): Medic:** „Picioarele dumneavoastră sunt amortite și mai reci fiindcă circulația nu este așa bună. Ecografia pe care am făcut-o a arătat că arterele sunt îngroșate și nu mai lasă să treacă mult sânge, de aceea le simțiți amortite. E important să aveți grijă de picioare, să nu mergeți desculț, să fiți atent când vă tăiați unghiile și în general să nu vă loviți sau să purtați o încălțăminte care vă strânge sau vă jenează. Aveți grijă și la apa fierbinte” (**Explicație**) Aveți întrebări? (**Verificarea înțelegerii**) **Pacient:** „Aceasta înseamnă să nu mai fac baie sau duș cu apă caldă?” **Medic:** „Nu, nu! E vorba doar de a nu intra direct cu picioarele în contact cu apa fierbinte, fiindcă e posibil să vă facă arsuri dacă nu simțiți.” (**Explicație**) „E în regulă?” (Verificarea înțelegerii) **Pacient:** „Deci pot, de exemplu, să testez înainte apa caldă cu mâinile, ca să nu mă frig”. **Medic:** „Exact. Foarte bine. Deci, dacă descoperiți o mică julitură, roșeață, rană sau tăietură la picioare, orice, veniți imediat la cabinet.” (Explicație) „Este în regulă?” (**Verificarea înțelegerii**) **Pacient:** „Așa voi face! Mulțumesc, domnule doctor!”
- h) Să facă schimb de informații după modelul: **I.O.I. (Întrebă-Oferă-Întrebă)** pentru a trezi motivația pacientului de a asculta și absorbi mai ușor informația. Începe cu o **întrebare:** „Ce ați dori să știți despre ...? sau „Ce știți deja despre...? „După ce pacientul răspunde, profesionistul **oferă** informațiile necesare, apoi **întrebă:** „Ce părere aveți? Mai doriți să aflați și alte aspecte despre...?”
- i) Să evite să sperie pacientul sau să-l culpabilizeze, fiindcă dacă se simte neconfortabil, pacientul va evita schimbarea și se va cantona și mai mult în rezistență!

3 Strategia Interviuului Motivațional

Îmbinarea stilurilor de comunicare și abilităților de comunicare în utilizarea interviului motivațional permite profesioniștilor să faciliteze într-un timp relativ scurt, dar consacrat trezirea motivației pacientului cu suferință cronică pentru a adopta un comportament sănătos, iar în funcție de stadiul în care se află privind disponibilitatea de a declanșa și a consolida schimbarea.

Să trecem în revistă principalele etape ale interviului motivațional aplicat în două situații:

3.1. Pacient sex feminin, 58 de ani, diabet zaharat tip 2 și obezitate

3.2. Pacient sex masculin, 47 de ani, boală coronariană cronică, fumător și lucru în condiții de stres intelectual

3.1. Pacientă cu diabet zaharat tip 2 și obezitate. Scopul interviului motivațional: activarea motivației pentru realizarea schimbării dietei și scăderii în greutate

A. Pentru un pacient aflat în stadiul de precontemplare

1. Profesionalul stabilește în primul rând raportul cu pacientul, asemănător cu ceea ce se întâmplă într-o consultație obișnuită. Chiar dacă cei doi se cunosc, mai ales de aceea, profesionistul restabilește raportul cu pacientul.

Profesionist: „Bună ziua, Doamna X. Vă rog luați loc, uitate aici, că e mai comod. Ce mai faceți? Ce mai face fiica dumneavoastră, sorocul să nască e aproape, așa-i?”

Pacientă: „Mulțumesc, Doamna doctor, ce să facem, e bine, de-abia așteptăm să o vedem pe micuță. Fiica mea se simte bine, dar parcă nici ea nu mai are răbdare!”

2. Profesionalul începe cu o întrebare deschisă în stilul GHIDARE, pentru a identifica problema.

Profesionist: „Așa se întâmplă! Mă bucur că ați acceptat să ne vedem astăzi, fiindcă, așa cum v-am transmis săptămâna trecută, doresc să vă propun să discutăm puțin despre dificultățile pe care le întâmpinați cu dieta. Ce anume ar fi important pentru dumneavoastră să discutăm astăzi legat de acest aspect?”

Pacientă: „Știi și eu? Despre faptul că nu pot deloc să slăbesc, și chiar așa avea atâta nevoie... Nu prea pot să renunț la pâine... Și mai scap și la dulce câteodată”.

3. Profesionistul reflectă ce a spus pacienta, accentuând discrepanța în care se află conceptual aceasta.

Profesionist: „Înțeleg. Vă preocupă greutatea și știți că ați avea nevoie să slăbiți, dar vă vine greu să renunțați la anumite alimente cum ar fi pâinea și dulciurile”.

Pacientă: „Da, da, pâinea și dulciurile. Nu știu cum așa putea face...”.

4. Profesionistul abordează stilul ÎNSOȚIRE, pentru a afla mai mult despre dificultățile pacientei, utilizând o întrebare deschisă.

Profesionist: „Mi-ați putea spune mai mult despre această neputință pe care o resimțiți când vine vorba de pâine și dulciuri?”

Pacientă: „Știți, când sunt obosită sau când mă simt slăbită simt nevoia să beau sau să mănânc ceva dulce sau să iau o bucată de pâine în gură. Pâine albă! Atunci mă simt mai bine, dar după aceea nu mă mai pot opri”.

5. Profesionistul reflectează ceea ce a spus pacienta și continuă cu întrebările deschise, pentru a testa nivelul motivației.

Profesionist: „Înțeleg. Simțiți nevoia să mâncați puțină pâine sau ceva dulce când sunteți obosită sau vă simțiți slăbită și apoi nu vă mai puteți opri. Ce gândiți când se întâmplă așa?”.

Pacientă: „Că n-am pic de voință. Mă simt vinovată. Aș vrea să schimb, dar nu pot. Simt că încă nu pot să renunț. Și cu inima mi-ar fi mai bine, și cu diabetul, dar ce să fac? Nu mă simt în stare”.

6. Profesionistul deculpabilizează pacienta și o informează asupra beneficiilor de a face schimbarea, cerându-i permisiunea:

Profesionist: „Înțeleg că vă este puțin mai bine după ce mâncați și de aceea încă nu simțiți că ați putea schimba ceva. Să vă spun un secret: schimbarea vine din interior, degeaba vă „biciuiți” sau struniți ca să slăbiți; la început poate merge, dar dacă

nu aveți o convingere și o încredere, nu durează. Aș putea să vă vorbesc despre câteva avantaje pe care le-ați avea dacă faceți o mică schimbare în modul de viață? „

Pacientă: „Cum să nu! Mi-ar prinde bine!”.

7. Profesionistul aplică strategia I.O.I. (Întrebă-Oferă-Întrebă) și E.V.E. (Explică-Verifică-Explică), pentru a face realmente un schimb de informații cu pacienta.

Profesionist: „E-n regulă. În primul rând, am discutat la cabinet despre importanța modului de viață în diabet, despre dietă, despre importanța mișcării și a exercițiilor, v-am dat și niște pliante, un ghid. Vă mai amintiți? V-ar interesa să discutăm puțin despre informațiile de acolo?”.

Pacientă: „M-ar interesa să știu cum pot să continui să mănânc totuși niște pâine și ceva dulce măcar din când în când, când simt nevoia, fără să-mi agravez diabetul....”.

Profesionist: „E în regulă. Ați dori să știți cum să faceți să nu crească prea mult glicemia când mâncați, așa-i? Haideți să discutăm un pic despre ce scrie și în ghid, uitați aici, cum să mâncați mai bine și mai sănătos și mai ales ce, ca să puteți slăbi. Apoi poate vorbim puțin și despre importanța mișcării. Există multe tipuri de alimente pe care le puteți mânca. Iată.... Ce părere aveți?”

Pacientă: „Parcă am acum un pic de speranță! O să mă gândesc”.

8. Profesionistul încheie întrevederea cu o întrebare deschisă ipotetică, pentru a activa motivația pacientei și planifică revederea.

Profesionist: „Excelent! Uitați ce vă propun: când veniți următoarea dată pentru rețetă, îmi spuneți dacă veți dori să discutăm mai mult despre acest subiect. Atunci veți fi și bunică și veți avea tot interesul să fiți bine și în putere să o ajutați pe fiica dumneavoastră! Cum ați dori să fiți peste 5 ani când o veți duce pe nepoțică la grădiniță?”

B. Pentru pacienta care se află în stadiul de contemplare

Să urmărim dialogul între aceiași protagoniști, 6 luni mai târziu...

1. Restabilirea raportului cu empatie.

Profesionist: „Bună ziua, Doamna X, vă rog, luați loc, mă bucur că ați dorit să ne întâlnim astăzi”.

Pacientă: „Da, ultima dată când mi-am luat rețeta v-am rugat să ne întâlnim să mai vorbim puțin despre încercările mele de a slăbi, dumneavoastră știți să mă ascultați...”.

Profesionist: „Vă ascult și înțeleg efortul dumneavoastră, mai ales acum când sunteți și mai solicitată, ca bunică”.

Pacientă: „Da, am două case acum și alerg de colo-colo, între ele, seara abia ce mai apuc să mă odihnesc puțin...”.

2. Profesionistul stabilește agenda întâlnirii și cere permisiunea, iar pacienta începe să dea semne că se gândește la schimbare, manifestând ambivalența între dorință și incapacitatea de a face schimbarea.

Profesionist: „Tocmai de aceea vă propun să stăm de vorbă puțin despre încercarea dumneavoastră de a slăbi, pentru a vedea cum puteți avea succes. Sunteți de acord?”.

Pacientă: „Da, desigur”.

Profesionist: „Ce credeți că vă împiedică să slăbiți?”.

Pacientă: „Știți, m-am gândit la ce mă împiedică să slăbesc. Am constatat că încep să-mi doresc să gust o bucățică de pâine și ceva dulce mai ales seara mai târziu, pe la 9-10, când mă uit la televizor; și sunt obosită... Mănânc ceva pe la 17.00, dar până seara mi se face iar foame. M-am mai îngrășat însă vreo 2 kilograme și vreau să slăbesc, dar nu știu dacă sunt capabilă, nu am voință, de aceea am și venit la dumneavoastră ...”.

3. Profesionistul practică ascultarea reflectivă (parafrazează), pentru a ajuta pacienta să-și clarifice ideile. Pune întrebări deschise pro și contra comportament, pentru a explora și normaliza ambivalența.

Profesionist: „Deci spuneți că mai ales seara după ora 9.00, când vă aflați în fața televizorului, simțiți nevoia de ceva dulce. Cum vă simțiți când mâncați ceva dulce sau niște pâine seara?”.

Pacientă: „Păi, mă simt mai bine..., simt cum mă relaxează și mă liniștesc. Parcă după toată alergătura din timpul zilei pot acum să îmi ofer

și eu câteva momente de plăcere. Numai că după aceea mă simt vinovată, fiindcă așa cred că am pus kilogramele”.

Profesionist: „Înțeleg, și e normal să vă doriți puțină relaxare și liniște, mai ales după o zi plină. Dar spuneți că după ce mâncați aveți un sentiment de vinovăție fiindcă vă îngrășați. Ce credeți că ați putea face ca să nu vă mai simțiți așa?”.

Pacientă: „Păi da, cred că de când am început să mănânc în fiecare seară, după ce ajung acasă de la fetiță, am simțit cum se depune...M-am gândit că vreau să mă opresc, chiar am nevoie: și cu diabetul, și cu grăsimea asta în plus, nu mă văd bine. Dar oare oi fi eu în stare să nu mănânc?...”.

4. Profesionistul pune întrebări deschise, pentru a testa nivelul motivației, privind importanța schimbării și încrederea în reușită.

Profesionist: „Haideți să vedem. Dacă ar fi să măsurăm cât este de important pentru dumneavoastră să nu mai mâncați seara, pe o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă „deloc important”, iar 10 „extrem de important”, îmi puteți spune vă rog ce notă (scor) acordați dumneavoastră importanței acestei decizii?”.

Pacientă: „9 sau 10, e foarte important pentru mine!”.

Profesionist: „E în regulă. În ce privește încrederea dumneavoastră că ați putea renunța la a mânca seara mai târziu pâine și ceva dulce, pe o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă „sunt sigură că nu aș putea”, iar 10 înseamnă „sunt sigură că aș putea”, cât de încrezătoare sunteți că ați putea să nu mai mâncați seara, dacă v-ați decide să faceți asta?”

Pacientă: „Eu știu? Poate 4-5”.

Profesionist: „Un scor cam mic. Considerați că este important să faceți schimbarea, dar în același timp nu aveți încredere decât aproape 50% că ați reuși. Ce v-ar determina să aveți mai multă încredere că puteți face această schimbare?”.

Pacientă: „Cred că să am mai multă voință”.

5. Profesionistul sumarizează ceea ce a spus pacienta, o încurajează și apoi aplică strategia I.O.I (Întrebă-Oferă-Întrebă).

Profesionist: „Așadar, considerați foarte important să nu mai mâncați seara târziu pâine și ceva dulce, dar în același timp nu aveți la fel de multă încredere că puteți să o faceți și credeți că ați avea nevoie de mai multă voință. E adevărat? (**pacienta înclină din cap afirmativ, cu hotărâre**). În același timp spuneți că numai seara când ajungeți acasă vă puteți relaxa și atunci simțiți nevoia de a vă relaxa mâncând ceva dulce (**pacienta încuviințează, puțin mâhnită**). Doresc să vă ajut pentru binele dumneavoastră. În primul rând, să trecem puțin în revistă alimentele care vă plac și pe care le puteți mânca fără grijă. V-am oferit Ghidul persoanei cu diabet zaharat tip 2. Iată aici câteva liste cu alimente indicate și cu meniuri, haideți să le discutăm. Sigur vom descoperi aici ceva care o să vă placă! (...). Apoi, aș vrea să vă spun că e foarte legitim să doriți să vă relaxați și să vă oferiți o mică bucurie seara când ajungeți acasă, dar nu neapărat prin mâncare. Seara ați putea, de exemplu, să luați masa la ora 19 și atunci nu vi s-ar mai face așa foame mai târziu. Știți că după ora 19.00 metabolismul organismului este setat pe asimilație și de aceea persoanele care mănâncă seara nu numai că nu slăbesc, chiar se îngrașă. În plus, există multe feluri de a-ți face o plăcere și de a te relaxa. Pentru dumneavoastră ce funcționează? Ce altceva vă aduce puțină bucurie și relaxare?

Pacientă: „Mă bucur când îmi văd nepoata, dar cu ea nu mă pot relaxa! Înainte, când eram mai liberă, coseam des goblen, croșetam sau dezlegam cuvinte încrucișate chiar în fiecare zi, dar acum, mult mai rar.

6. Profesionistul încurajează selectarea unei opțiuni.

Profesionist: „Excelent. Înseamnă că aveți și alte căi de a vă relaxa și simțiți bine. Ce v-ar relaxa cel mai mult să faceți seara, când veniți acasă și vă așezați în fața televizorului?”

Pacientă: (chicotind ușor) „Cred că să cos goblen! Am câteva modele frumoase la care nu am mai lucrat de când s-a născut nepoțica! Cred că asta m-ar ajuta să nu mai mănânc, fiindcă atunci când cos goblen uit de toate, chiar și că mi-e foame!”

7. Profesionistul sumarizează opțiunile și apoi pune o întrebare-cheie privind angajamentul pacientei.

Profesionist: „Aceasta înseamnă că v-ați putea relaxa seara cosând goblen și atunci nici nu ați mai simți nevoia să mâncați seara târziu! Iar cina ați putea-o lua mai devreme, pe la 19.00, mâncând alimentele care vă plac din lista pe care am discutat-o. Și dacă ar fi să introduceți această schimbare în modul dumneavoastră de viață, care ar fi pașii pe care credeți că i-ați putea face?”.

Pacienta (entuziastă): „A, cred că aș putea în primul rând să-mi stabilesc ora de masă la 19.00, și n-ar fi greu, la 5 după-amiază pot mânca doar un fruct sau un iaurt! Apoi să mă reapuc de goblen, chiar uitasem ce bine mă simt când cos!”.

Profesionist: „E foarte bine! De când considerați că ați putea introduce aceste schimbări?”.

Pacientă: „Chiar săptămâna viitoare, fiindcă voi fi mai liberă; pot încerca să văd cum mă simt”.

Profesionist: „Foarte bine! Vă invit să ne revedem atunci peste o lună și cu acea ocazie îmi spuneți ce pași ați făcut și cum vă simțiți. Mult succes!”.

C. Pentru un pacient aflat în stadiul de pregătire

Asistăm la întâlnirea dintre profesionist și pacientă, 2 săptămâni mai târziu

Profesionist: „Bună ziua, doamna X, bine ați venit. Ce mai faceți? Ce este nou?”.

Pacientă: „Doamna Doctor, să știți că m-am hotărât. La sfârșitul acesta de săptămână mi-am propus să rămân acasă (copiii pleacă cu nepoțica la părinții soțului) și să încep să mănânc la ore regulate și alimentele despre care mi-ați vorbit și dumneavoastră și despre care am citit în ghid!”.

1. Profesionistul clarifică obiectivele pacientei.

Profesionist: „Deci v-ați decis! Felicitări! Și cum v-ați gândit să procedați?”.

Pacientă: „Voi extrage din Ghid lista cu alimentele pe care le pot mânca liber și cu cele unde mai sunt restricții și le afișez în bucătărie! Când mă duc la piață, voi merge tot cu lista; chiar dacă îmi vor mai face cu ochiul unele sau altele, mă țin de listă!”.

Profesionist: „E o idee foarte bună cu lista! Și ce altceva v-ați mai propus?”.

Pacientă: „Să am grijă și la cantități și mai ales la mâncatul seara. Să știți că m-am reapucat de goblen, dar nu am lucrat foarte mult, fiindcă am fost obosită. Dar acum în weekend pot să lucrez mai mult!”.

Profesionist: „Deja văd că v-ați făcut un plan privind ce, cât și când să mâncați și mi se pare excelent! Cum vă gândiți să continuați când veți reîncepe activitatea cu nepoțica?”.

Pacientă: „Păi mă voi ține de listă și voi mânca la ore fixe, chiar dacă sunt cu ea, am nevoie să fiu sănătoasă, ca să pot să o ajut cât mai mult pe fiica mea!”.

2. Profesionistul valorizează decizia; negociază un plan, confirmă acțiunea personală a pacientei.

Profesionist: „Doamna X, este un plan foarte bun. Doriți deci să începeți în acest weekend să modificați orarul meselor, să introduceți în dietă alimentele cele mai potrivite și să mai reduceți cantitatea, mai ales seara. Dacă ar fi să facem din nou testul acela în ce privește încrederea dumneavoastră că ați putea renunța la a mânca seara mai târziu pâine și ceva dulce, pe o scală de la 1 la 10, unde 1 înseamnă „sunt sigură că nu aș putea”, iar 10 înseamnă „sunt sigură că aș putea”, cât de încrezătoare sunteți acum că ați putea să nu mai mâncați seara dacă v-ați decis să faceți asta?”.

Pacientă: „Este aproape 9! Mă simt hotărâtă și am încredere că pot să o fac!”.

Profesionist: „Vă felicit, doamna X, mult succes și vă propun să ne revedem peste 2 săptămâni să-mi spuneți cum ați aplicat”.

Pacientă: „Este foarte bine, de-abia aștept să vă revăd și să vă povestesc!”.

D. Pentru un pacient aflat în stadiul de acțiune

Următoarea întâlnire are loc peste încă două săptămâni de la ultima întrevvedere.

Profesionist: „Doamna X, bine ați venit! Ce vești aduceți? Dar mai întâi de toate, mi se pare mie sau ați mai slăbit?”.

Pacientă: „Bună ziua, doamna doctor, 2 kilograme, să știți! Nu mai mănânc seara târziu și am început să mănânc mai multe zarzavaturi, lactate slabe și unele fructe din care pot să mănânc fără grijă! Nu

am făcut eu chiar tot ce mi-am propus, dar e un pas înainte! Și să știți, doamna doctor, nu e doar o părere, mă simt mai ușoară la mișcare”.

1. Profesionistul confirmă succesul, hrănește motivația; oferă susținere.

Profesionist: „Într-adevăr, se vede! În primul rând, ați făcut pasul! Apoi faptul că ați văzut deja rezultatele, că ați slăbit și vă simțiți mai ușoară cred vă oferă motivația să continuați!”.

Pacientă: „Da, doamna doctor, acum, că am văzut că nu e chiar atât de greu pe cât îmi imaginam, doresc să continui! Totul este să mă țin de program și să mă gândesc puțin și la mine. Iar apoi, de când mănânc la ore mai fixe, parcă e mai multă ordine în viața mea!”.

2. Profesionistul ajută la identificarea resurselor interioare și exterioare.

Profesionist: „Excelent! Doamna X, ce credeți că vă este cel mai de ajutor în acest demers al dumneavoastră de a vă îmbunătăți dieta și de a slăbi?”.

Pacientă: „Păi, toată familia mă susține, când mă duc la fiica mea, în frigider găsesc aproape numai alimente pe care le pot mânca și eu – mi-a spus că nu strică dacă toată familia mănâncă mai sănătos! Iar apoi programul pe care mi l-am făcut și l-am afișat... Parcă sunt în competiție cu mine să-mi demonstrez că pot!”.

Profesionist: „Doamna X, e lăudabil efortul dumneavoastră! Ce părere aveți dacă ați face și puțin mai multă mișcare pentru dumneavoastră, nu pentru casă și familie, pentru că acolo știu că faceți?!”.

Pacientă: „Să știți că m-am gândit. Fiica mea stă la 2 stații de autobuz de mine și m-am gândit, ce-ar fi dacă aș merge pe jos până la ea? Mi-ar lua în plus maxim o jumătate de oră, dar aș putea să fac asta și pentru mine!”.

Profesionist: „E foarte bine, mișcarea vă va ajuta să fiți într-o formă bună și vă ajută și la slăbit. Inima, sistemul nervos beneficiază. Și respirația va fi mai bună!”

Pacientă: „Vă mulțumesc mult, doamna doctor, încurajările dumneavoastră mă ajută foarte mult!”.

Observăm că, pe măsură ce pacientul face pași pentru schimbarea comportamentelor, întâlnirile cu profesionistul din sănătate sunt din ce în ce mai scurte și focalizate pe strategia de urmat, în special pe descoperirea resurselor interioare și menținerea avantajelor dobândite, pentru a consolida noul comportament și pentru a preveni recăderea.



E. Pentru un pacient aflat în faza de menținere

Întâlnirea dintre profesionist și pacientă care are loc peste încă o lună.

1. Profesionistul valorizează succesul și motivația.

Profesionist: „Bună ziua, doamna X. Cum sunteți astăzi?”

Pacientă: „Mai bine și mai slabă, doamna doctor, am dat jos încă un kilogram! Aș fi vrut eu mai mult, dar e bine și așa! Merg mai mult și mă simt mult mai bine! Am avansat și cu globenul, e aproape gata!”

Profesionist: „Doamna X, eforturile dumneavoastră sunt răsplătite! Ați modificat dieta, mergeți mai mult pe jos, deja schimbarea s-a produs. La cântar, într-adevăr, sunteți cu 3,5 kg mai slabă ca acum 2 luni!”

2. Profesionistul identifică tentația și soluții; confirmă beneficiul experimentat.

Profesionist: „Este important acum să mențineți. Spuneți-mi dacă ați mai avut tendința să mâncați seara mai târziu sau să mai scăpați la dulciuri...”

Pacientă: „Să vă spun sincer, s-a mai întâmplat, într-o singură seară, dar apoi mi-am dat seama că nu mă simt mai bine după ce mănânc. Nu am mai fost așa critică cu mine, dar parcă mi-a crescut și voința!”

Profesionist: „Ce vă gândiți să faceți atunci când, de exemplu, seara mai târziu ați simți nevoia să mâncați?”

Pacientă: „Să vă spun drept, doamna doctor, fiica mea mi-a venit în ajutor! Acum când vine iarna și pot să merg mai puțin pe jos, mi-a făcut cadou o bicicletă de cameră și am început să pedalez la ea! Odată, când mi-a fost foame seara, mi-am zis: ce-ar fi să dau puțin la pedale? Și mi-a trecut foamea!”

Profesionist: „Doamna X, se pare că ați găsit singură soluții la tentații! Să știți că pe măsură ce continuați, se vor crea alte obiceiuri, care devin o a doua natură. Și chiar dacă ocazional se va întâmpla să mâncați seara mai târziu, important este să fie numai ocazional și să simțiți că acest lucru nu mai reprezintă un obicei! Dieta și mișcarea sunt foarte importante pentru dumneavoastră și vă ajută să vă mențineți într-o stare de sănătate mai bună! Eu vă susțin în deciziile luate și știți că de fiecare dată când veți dori să stăm de vorbă putem programa o întâlnire, ca acestea”.

Pacientă: „Vă mulțumesc pentru sprijin și sper, cu ajutorul lui Dumnezeu, să mă mențin și să continui ce am început!”.

3.2. Pacient cu boală coronariană cronică, fumător și lucru în condiții de stres intelectual. Scopul interviului motivațional: activarea motivației pentru renunțarea la fumat și diminuarea stresului

A. Pentru un pacient aflat în stadiul de precontemplare

1. Profesionistul stabilește în primul rând raportul cu pacientul, asemănător cu ceea ce se întâmplă într-o consultație obișnuită. Chiar dacă cei doi se cunosc, mai ales de aceea, la întâlnirea pentru aplicarea interviului motivațional, profesionistul restabilește raportul cu pacientul.

Profesionist: „Buna ziua, domnule G., luați loc. Ce mai faceți? Ultima dată când ne-am văzut spuneți că ați dori să schimbați locul de muncă...”.

Pacient: „Da, domnule doctor, așa intenționez, dar nu am mai făcut pasul. Salariul era mai mic și stresul aproape la fel, iar distanța față de casă era considerabil mai mare și apoi știți, cu limitările mele, cu inima, am zis să nu fac o vitejie din asta...”.

Profesionist: „Înțeleg. Cum vă mai simțiți cu inima? Ultima dată ne-am întâlnit acum 3 săptămâni, când v-am recomandat tratamentul pentru angină și când am discutat puțin despre stilul de viață...”.

Pacient: „Ce să vă spun, mai bine parcă, nu îmi mai apare gheara aceea în gât și în piept, dar e drept, am și fost mai atent la stres, fiindcă mi-ați spus să urmăresc și așa e, durerea a apărut mai ales după ce m-am stresat mai mult...”.

Profesionist: „Așadar, ați văzut o legătură între apariția durerii în gât și în piept și stres. Am vorbit atunci și despre fumat și mi-ați spus că ați dori să aflați mai multe despre cum influențează fumatul problema dumneavoastră de sănătate, de aceea v-am invitat astăzi aici”.

Pacient: „Așa este, am zis și probabil vă gândiți că ar trebui să fiu mai îngrijorat și să renunț la fumat, dar nu pot! E singurul refugiu – mai ales la serviciu, unde ritmul e foarte intens, de-abia aștept o pauză ca să fumez o țigară. Și apoi, toți prietenii mei fumează și parcă ne simțim mai apropiați când ieșim la o țigară împreună...”.

2. Profesionistul acceptă rezistența pacientului și reflectează asupra argumentelor pentru care pacientul nu dorește să se lase.

Profesionist: „Înțeleg că fumatul reprezintă un refugiu de descărcare a stresului și în același timp un mijloc de socializare cu prietenii. Dacă credeți că ați avea totuși vreun motiv de îngrijorare, putem sta de vorbă”.

Pacient: „Păi, e vorba de crizele astea de inimă, angina care mă sperie și stresul pe care-l trăiesc. Dar știți, tocmai aici mă ajută fumatul și de aceea nici nu pot să mă gândesc să renunț.

3. Profesionistul accentuează discrepanța dintre comportamentul pacientului și îngrijorările lui.

Profesionist: „Aceasta înseamnă că atâta timp cât veți fi stresat, fumatul va face parte din viața dumneavoastră, indiferent cât de îngrijorat ați fi pentru crizele de inimă...”.

Pacient: „Nu, trebuie să fac ceva, numai că nu-mi pot imagina viața fără țigări! Nu pot și gata!”.

4. Profesionistul abordează stilul ÎNSOȚIRE, pentru a afla mai mult despre dificultățile pacientului, utilizând o întrebare deschisă.

Profesionist: „Mi-ați putea spune mai mult despre această neputință pe care o resimțiți când vă gândiți că ați putea renunța la țigări?”.

Pacient: „Păi, am vrut să mă las, și chiar am făcut-o într-un weekend, acum vreo doi ani, dar a fost groaznic, cum a venit ziua de luni eram atât de stresat, încât m-am repezit la pachetul de țigări și l-am fumat practic pe nerăsuflăte”.

5. Profesionistul reflectează la ceea ce a spus pacientul și continuă cu întrebările deschise, pentru a testa nivelul motivației.

Profesionist: „Înțeleg. Cu cât stresul este mai mare, cu atât simțiți nevoia să fumați mai mult. Ce gândiți când se întâmplă așa?”.

Pacient: „Că mă păcălesc singur și parcă mă pedepsesc, fiindcă știu că fumatul îmi face rău”.

6. Profesionistul deculpabilizează pacientul și îl informează asupra beneficiilor de a face schimbarea, cerându-i permisiunea.

Profesionist: „Înțeleg că utilizați fumatul ca pe un mijloc de a neutraliza stresul, pentru a vă masca emoțiile și e firesc să căutați soluții când sunteți stresat. Permiteți-mi însă să vă spun că e o falsă strategie de a ameliora stresul cu tutun. Aș putea să vă vorbesc despre câteva metode de gestionare a stresului, care ar putea merge mână în mână cu diminuarea numărului de țigări, pentru început. Ce părere aveți?” .

Pacient: „Sună interesant! Bineînțeles că vreau!”.

Profesionist: „Sunt aici mai multe materiale, pe care aș dori să vi le arăt, pentru managementul stresului, niște tehnici ce relaxare, niște exerciții fizice și, bineînțeles, continuarea tratamentului pe care vi l-am recomandat pentru inimă; iată și Ghidul pacientului cu angină pectorală. Deci, cum vă spuneam...”.

Pacient: „Sportul îmi place și alergam mult înainte să mă îmbolnăvesc cu inima; acum am renunțat”.

Profesionist: „Nu e cazul să renunțați la efortul fizic, testul de stres a indicat faptul că puteți face un efort moderat fără ca inima să sufere, puteți aborda un alt mod de a face mișcare. Mersul pe jos, gimnastica medicală, poate chiar bicicleta de cameră...”.

7. Profesionistul încheie întrevederea cu o întrebare deschisă ipotetică, pentru a activa motivația pacientului și planifică revederea.

Profesionist: „Iată, am discutat câteva posibile soluții și când ne revedem la următoarea întâlnire putem discuta mai mult, inclusiv despre fumat. Vă rog să vă notați întrebările care vă apar pe parcurs, citind materialele pe care vi le-am dat. Vă aștept după ce citiți materialele, oricum ne mai vedem la consultație”.

Pacient: „Vă mulțumesc frumos, voi citi cu atenție”.

B. Pentru un pacient aflat în stadiul de contemplaare

Să urmărim dialogul între aceiași protagoniști, 3 luni mai târziu...

1. Restabilirea raportului cu empatie.

Profesionist: „Bună ziua, domnule G. Ce mai faceți? Cum v-ați mai simțit în ultima vreme?”

Pacient: „Puțin mai liniștit și m-am gândit la ce mi-ați spus, am luat tratamentul, am citit materialele și simt că mă pot gândi la sport ca la o posibilitate de a mă elibera de stres. Cu țigările tot așa, dar parcă stresul a mai scăzut...”

2. Profesionistul stabilește agenda întâlnirii și cere permisiunea de a continua discuția despre renunțarea la fumat.

Profesionist: „Așa cum am stabilit data trecută, astăzi vom discuta mai mult despre fumat. V-ați mai gândit la acest aspect?”

Pacient: „Da, chiar m-am gândit. Și, pe de-o parte, parcă încep să-mi doresc să mă las, dar automat mi se duce mâna la pachet...”

3. Profesionistul testează nivelul motivației pacientului de a se lăsa de fumat.

Profesionist: „Haideți să vedem:

Pe o scală de la 1 la 10, unde 1 este „deloc” și 10 „foarte mult”, cât de mult doriți să vă lăsați de fumat? (notați răspunsul)

Pe o scală de la 1 la 10, unde 1 este „deloc” și 10 „foarte mult”, cât de încrezător sunteți în capacitatea dumnevoastră de a vă lăsa de fumat? (notați și aici răspunsul)”

Pacient: „Să zicem că la prima ar fi vreo 6, iar la a doua întrebare, 4-5”.

Profesionist: „După câte văd, cu dorința stați mai bine, cu puțința e mai greu....”

4. Profesionistul explorează ambivalența pacientului, trecând în revistă argumentele pro și contra fumat.

Profesionist: „Vă propun să discutăm pe o fișă de lucru avantajele și dezavantajele fumatului. Sunteți de acord?”

Pacient: „Da, cum să nu”.

Profesionist: „Să discutăm împreună puțin această schemă. Să facem o listă cu aspectele pro și contra, așa cum e scris aici. Ce părere aveți?”

(Profesionistul îl lasă pe pacient să descopere aspectele corespunzătoare fiecărei rubrici.)

Părți bune ale fumatului	Aspecte mai puțin bune ale fumatului
Aspecte mai puțin bune ale renunțării la fumat	Părți bune ale renunțării la fumat

5. Retestarea nivelului motivației pacientului.

Profesionist: „După ce am văzut toate variantele, ce v-ar putea crește încrederea că vă puteți lăsa de fumat? Cum să creștem puțin scorul de la 4-5 la un scor mai înalt?”

Pacient: „Cred că avantajele pe care le-am discutat. Faptul că mă pot simți mai bine și că starea inimii ar putea fi influențată pozitiv. Iar dacă mă voi simți mai bine, aș putea fi mai puțin stresat”.

6. Profesionistul încurajează selectarea unei opțiuni și testează angajamentul pacientului.

Profesionist: „Excelent. Înseamnă că vă puteți gândi la cum să faceți pasul, dacă vă doriți. Cu ce vă propuneți să începeți?”

Pacient: „Cu relaxarea și cu sportul; mi-ați dat dumneavoastră data trecută materialele acelea și mă bate gândul să mă duc la Pilates, le cuprinde pe amândouă! Este o sală destul de aproape de casă. Cât sunt acolo, nu pot fuma și apoi m-aș simți mai bine și la servicii”.

Profesionist: „De când considerați că ați putea introduce aceste schimbări?”

Pacient: „Peste două săptămâni voi fi și mai liber la servicii și până atunci mă înscriu la sală”.

Profesionist: „E foarte bine! Peste o lună vă invit să ne reîntâlnim pentru a-mi spune ce pași ați făcut și cum vă simțiți...”

C. Pentru un pacient aflat în stadiul de pregătire

Asistăm la întâlnirea dintre profesionist și pacient, o lună mai târziu.

Profesionist: „Buna ziua, domnule G., bine ați venit! Ce mai faceți? Ce este nou?”

Pacient: „Să zicem, puțin mai bine. Am început să merg la sală și am învățat să mă relaxez mult mai bine”.

Profesionist: „Este bine asta. Să înțeleg că vă simțiți mai puțin stresat?”

Pacient: „Chiar da. Am văzut cum mă comport la servicii, parcă iau mai ușor lucrurile și de vreo săptămână parcă am fumat mai puțin de un pachet pe zi și fără să fac un mare efort”.

1. Profesionistul testează nivelul motivației pacientului.

Profesionist: „V-ați mai gândit la scala aceea, de la 1 la 10, cum vă situați cu dorința de a vă lăsa de fumat?”

Pacient: „Cred că am ajuns pe la 8 acum”.

Profesionist: „Iar cu încrederea?”

Pacient: „Poate pe la 7. Cred că acum aș putea să mă gândesc să fac pasul. Mi-am propus în acest weekend să nu fumez deloc, să văd dacă pot și cum mă simt. Nu am stresul de la servicii, poate reușesc”.

2. Profesionistul valorizează decizia; negociază un plan, confirmă acțiunea personală a pacientului.

Profesionist: „E o idee foarte bună să faceți experiența în weekend! Nu veți fi la fel de stresat ca la servicii și vă puteți relaxa mai mult! Și cum v-ați gândit să procedați în continuare?”

Pacient: „Păi, dacă reușesc să scad câte 4-5 țigări pe săptămână și în weekend să fac altceva ca să nu mă gândesc la fumat, cred că pot să fac un progres, mai ales că am reintrodus sportul și sper să mă țin...”

Profesionist: „Mi se pare foarte rezonabil și vă felicit pentru acest plan! Știți că dacă vă veți hotărî să renunțați la fumat, există posibilitatea să folosiți plasturi cu nicotină și există și un spray ca să vă fie mai ușor. Acum să discutăm puțin despre tratamentul pe care vi l-am recomandat și vă rog să-mi spuneți cum merge (...)”.

Pacient: „Iau tratamentul cum mi l-ați recomandat și sunt destul de mulțumit că nu am mai avut crize. (...)”.

Profesionist: „E-n regulă. Vă invit să ne revedem peste o lună și atunci facem un bilanț”.

D. Pentru un pacient aflat în stadiul de acțiune

Următoarea întâlnire are loc peste încă o lună de la ultima întrevvedere.

Profesionist: „Buna ziua, domnule G. Luați loc. Ce mai faceți?”.

Pacient: „Bună ziua, mulțumesc, mai bine”.

Profesionist: „Ce vești aveți?”.

Pacient: „Cred că bune, am scăzut numărul de țigări – am ajuns la 7-8 pe zi. De la peste 1 pachet și jumătate pe zi (în zilele bune). Sunt mulțumit”.

1. Profesionistul confirmă succesul, hrănește motivația, oferă susținere.

Profesionist: „Mi se pare un rezultat foarte bun, 7 țigări pe zi. Practic le-ați redus la un sfert! Cred că și dorința dumneavoastră, și încrederea că puteți renunța la fumat au crescut!”.

Pacient: „Da, așa cred și eu. N-am putut să scad cât mi-aș fi dorit, dar nu am vrut să forțez”.

2. Profesionistul ajută la identificarea resurselor interioare și exterioare.

Profesionist: „Spuneți-mi, domnule G., ce v-a ajutat cel mai mult să reduceți numărul de țigări?”.

Pacient: „Gândul că dacă nu le reduc acum, când încă mă simt bine, îmi va fi mai greu mai târziu. Și apoi am văzut că m-am simțit mai bine, și respirația a fost mai ușoară, și atunci parcă mi s-a și întărit voința”.

Profesionist: „Este foarte bine. Faptul că ați făcut progrese v-a crescut încrederea că puteți face schimbarea! Cum vă gândiți să procedați în continuare?”.

Pacient: „Să continui ce am început și cred că voi încerca plasturii aceia cu nicotină”.

Profesionist: „E-n regulă, săptămâna viitoare vă aștept pentru reevaluarea cardiacă și vă rog să mă țineți la curent cu progresele pe care le faceți cu renunțarea la fumat. Sunteți pe un drum foarte bun!”.

Pacient: „Vă mulțumesc pentru încurajare, domnule doctor. Toate cele bune!”.

E. Pentru un pacient aflat în stadiul de menținere

1. Întâlnirea are loc 3 luni mai târziu, profesionistul valorizează succesul și motivația.

Profesionist: „Buna ziua, domnule G., v-am invitat să discutăm puțin rezultatele excelente despre care mi-ați vorbit la consultație”.

Pacient: „Domnule doctor, într-adevăr, de o lună nu am mai fumat. Am redus constant cu câte o țigară pe săptămână și am avut emoții în ultima săptămână, dar a fost bine! M-au ajutat și plasturiile aceia cu nicotină și ce-i mai important este că mă simt mai liniștit. M-a ajutat mult și familia, m-a încurajat și faptul că am găsit și la dumneavoastră sprijin. A contat foarte mult!”.

Profesionist: „Dumneavoastră ați făcut totuși pasul, asta înseamnă că v-ați dorit într-adevăr să faceți schimbarea!”.

Pacient: „A fost greu până m-am decis, dar am văzut că mă simt mai bine după ce am redus țigările și am continuat. Înaintez în vârstă și trebuia să schimb ceva înainte de a fi prea târziu!”.

2. Profesionistul identifică tentația și soluțiile; confirmă beneficiul experimentat.

Profesionist: „Spuneți-mi vă rog: ați mai simțit nevoia să fumați?”.

Pacient: „Să fiu sincer, da, în prima zi fără țigară! Dar atunci mi-am dat seama că era o obișnuință, nu chiar o nevoie și am reușit să rezist. După aceea mi-a fost din ce în ce mai ușor. Mai ales că nici crizele acelea de angină nu au mai revenit de vreo 2 luni”.

Profesionist: „V-ați gândit ce veți face dacă vor mai veni și alte zile în care veți avea tentația să fumați?”.

Pacient: „Vă sun pe dumneavoastră! (am glumit) M-am gândit, să știți. Inițial m-am gândit la dezavantaje – am crezut că toți prietenii mei care fumează vor slăbi legătura cu mine, dar ei m-au felicitat și mi-au spus că sunt un exemplu, că se gândesc și ei să facă pasul! La servicii, când simt o încărcare mai mare, fac o pauză și fac câteva respirații profunde. Și soția e foarte bucuroasă și mă încurajează”.

Profesionist: „Mă bucur. Vă felicit și eu și rămânem în legătură, vă aștept la control”.

Pacient: „Vă mulțumesc”.

Aplicarea tehnicii interviului motivațional poate fi adaptată la orice situație care presupune necesitatea unei schimbări în modul de viață al unui pacient cu suferință cronică. Este important ca profesionistul să planifice câteva întâlniri individuale cu pacientul, pentru a-l ajuta să-și identifice atât ambivalențele, cât și motivația pentru schimbare, resursele și disponibilitatea de a se angaja pentru a face schimbarea. Prin empatie, fără a emite judecăți sau prescripții, profesionistul îl poate ghida pe pacient să descopere în interior principalele resurse, voința și perseverența pentru a înția și menține un nou comportament pentru ameliorarea sănătății sale.

II.2. Educația pacientului în sesiuni colective (de grup)

Educația pacienților pentru autoîngrijire în sesiuni de grup are drept scop dobândirea de cunoștințe, abilități și atitudini prin care aceștia să poată dezvolta strategii de rezolvare de probleme în situațiile cu care se confruntă în cadrul suferinței cronice, pentru a-și asuma conștient responsabilitatea propriei îngrijiri.

1. ETAPELE PROCESULUI DE EDUCAȚIE A PACIENȚILOR ÎN SESIUNI DE GRUP

Sunt câteva etape pentru a derula cu succes ședințe de educație pentru sănătate adresate pacienților cronici:

A. Stabilirea grupului țintă: pot fi selectați și invitați pacienți cu un anumit tip de afecțiune, cu anumite simptome sau într-un anumit stadiu de evoluție a bolii. Este ideal să se alcătuiască grupuri de 6-8 pacienți cu aceeași afecțiune, în stadii de evoluție similare. Cu cât grupul este mai omogen, cu atât motivația participanților la schimbare crește, fiindcă se pot susține reciproc și pot empatiza unul cu celălalt. Sunt bine-venite însă și grupurile eterogene, de pacienți cu aceeași afecțiune și cu vârste/stadii evolutive diferite, fiindcă pot face schimb de experiență și de resurse. Acestor pacienți li se poate distribui în prealabil, în timpul unei consultații de rutină, un chestionar cu câteva întrebări, pentru a afla așteptările lor de la un astfel de program educațional.

B. Echipa care furnizează programul educațional poate fi alcătuită din medicul de familie, asistenta de la cabinetul medicului de familie, medicul specialist, alți specialiști importanți în educația pacientului (nutriționist, kinetoterapeut, terapeut specializat în terapia ocupațională etc.). Este important ca echipa să aibă o pregătire cel puțin informală privind educația în afecțiunea respectivă și totodată privind educația adulților pentru a putea structura și susține sesiunile educaționale cu pacienții.

- C. Stabilirea conceptului de curs:** obiective, strategie de abordat, distribuirea activităților pe secvențe și pe sesiuni. În funcție de tipul de afecțiune și caracteristicile acesteia se pot stabili temele de bază (vezi mai jos în tabel), dar și numărul de sesiuni necesare.
- D. Organizarea și planificarea sesiunilor:** 1 sesiune /săptămână sau la 2 săptămâni, 4-5 sesiuni în total, cu durata de 1 oră 30 min.-2 ore.
- E. Stabilirea bugetului și identificarea resurselor** pentru asigurarea sălii și a detaliilor logice (videoproiector, calculator, flipchart, markere), elaborarea materialelor necesare: manuale, schițe, planșe, postere, hărți pentru educație, exerciții etc.).
- F. Temele alese pentru fiecare sesiune** pot fi planificate în avans, dar ordinea în care sunt abordate poate fi stabilită în funcție de nevoile grupului /participanților care necesită prioritar clarificări și încurajări pe anumite aspecte care ar fi oricum abordate în timpul sesiunilor.
- G. Modul de recrutare /invitare a pacienților care vor participa la program:** anunțarea cursului la cabinet, informarea pacienților la domiciliu, telefonic, scrisoare/email, în cazul unor sesiuni de informare dedicate unui grup țintă mai larg – popularizarea programului educațional se poate face în comunitate, în locuri ușor accesibile pacienților (farmacii, magazine alimentare, cabinete, școli, spitale, biserică etc.).
- H. Derularea activităților și dinamica fiecărei sesiuni** respectă principiile educației adulților în sensul că sunt abordate preocupările și întrebările participanților într-o manieră interactivă și participativă, iar construirea sesiunii se bazează în primul rând pe împărtășirea și schimbul de experiență privind managementul suferinței cronice și pe contribuția participanților care au astfel ocazia să reflecteze, să concluzioneze, să decidă abordarea unui mod de viață mai sănătos.
- I. Fiecare sesiune începe cu o identificare a nevoilor educaționale pentru temele anunțate**, iar la sfârșitul fiecărei sesiuni participanților li se distribuie chestionare de evaluare finală a eficacității atelierului (opinia lor despre gradul de îndeplinire a așteptărilor, despre calitatea/cantitatea/adecvarea informațiilor primite, despre dinamica de grup și limbajul utilizat de facilitator, gradul de mulțumire al îndeplinirii obiectivelor pentru fiecare temă în parte). De la o sesiune la alta se face evaluarea cunoștințelor și abilităților dobândite și puse deja în practică.
- J. Pacienții sunt urmăriți pe parcurs după finalizarea programului educațional**, pentru a observa beneficiile privind schimbarea stilului de viață, creșterea complianței la tratament, îmbunătățirea rezultatelor clinice și paraclinice apărute după educația privind autoîngrijirea. Se pot aplica chestionare la 6

luni de la terminarea programului, coroborate cu datele provenite din consultațiile curente și cu rezultatele investigațiilor paraclinice.

2. TEME ABORDATE ÎN SESIUNI DE GRUP

Principalele TEME care pot fi abordate într-un ciclu de sesiuni de educație a pacienților pentru autoîngrijire (în general, pentru orice afecțiune), sunt următoarele:

Cunoștințe	Abilități	Atitudini
Informații despre suferința cronică și despre nevoile pacientului	Identificarea propriilor nevoi de sănătate în contextul suferinței cronice	Deschidere, acceptare, răbdare
Reacțiile organismului, semne, simptome; elemente de diagnostic și de prognostic	Monitorizarea și gestionarea simptomelor, identificarea limitelor, evoluția naturală a bolii	Atenție, disponibilitate, perseverență
Tipurile de tratament indicate, efecte, reacții adverse, posologie în acord cu recomandările terapeutice	Managementul tratamentului pentru a diminua simptomele, dar și reacțiile adverse posibile	Încredere, atenție, perseverență
Importanța schimbării comportamentului pentru ameliorarea stării de sănătate și pentru a diminua riscul de complicații	Modificarea dietei și modului de alimentație, renunțarea la fumat/alcool, creșterea ponderii exercițiilor fizice, reducerea stresului; strategii specifice, întreprinderea de acțiuni pentru prevenirea complicațiilor	Motivație, responsabilitate, curaj, determinare
Procesarea emoțiilor	Înțelegerea propriilor emoții; gestionarea sentimentelor de culpabilizare, șocul veștilor privind diagnosticul sau prognosticul	Receptivitate, discernământ, calm
Resursele disponibile: actori din sistemul de sănătate Sprijinul social și familial	Cum să comunice cu personalul medical și să colaboreze pentru luarea deciziilor celor mai potrivite; identificarea sprijinului familiei și prietenilor, comunității, dezvoltarea unei conduite proactive pentru a evita izolarea	Disciplină, toleranță, asertivitate, încredere
Identificarea propriilor resurse biologice, psihologice, spirituale pentru ameliorarea stării de sănătate	Dezvoltarea creativității, învățarea experiențelor aduse de boală cu înțelepciune și tărie de caracter, menținerea unei imagini de sine pozitive și menținerea speranței, asertivitate în susținerea propriilor nevoi identificate	Acceptare, creativitate, respect față de sine, încredere, credință, asertivitate

Adaptarea la boală	Identificarea modificărilor suferite la nivelul funcțiilor fiziologice ale organismului, la nivelul imaginii corporale; gestionarea nesigurății, descurajării, lipsei de speranță, depresiei, focalizarea asupra resurselor, acceptarea limitărilor, transformarea adversităților în oportunități	Pozitivitate, curaj, speranță, optimism
Reevaluarea propriilor priorități	Cum să-și reevalueze prioritățile și așteptările, cum să redescopere motivația de a trăi și a gestiona suferința cronică	Căutarea sensului, redobândirea forței interioare

3. PARTICULARITĂȚI ALE UNUI PROGRAM EDUCAȚIONAL PENTRU AUTOÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU DIABET ZAHARAT TIP 2

Studiile arată faptul că educația pentru autoîngrijire a pacientului cu diabet tip 2 a condus la îmbunătățirea rezultatelor clinice, a modului de viață și a ameliorării statusului psiho-social al acestuia. Pentru a susține însă educația pacienților cu diabet pentru autoîngrijire, echipa medicală are nevoie la rândul său de o minimă formare pentru a putea facilita eficient transferul de informații, abilități și atitudini către pacient și, bineînțeles, activarea motivației acestuia pentru asumarea responsabilității proprii îngrijiri.

Federația Internațională de Diabet a elaborat în 2015 un set de **standarde internaționale**, pentru ca profesioniștii să devină cu adevărat educatori pentru pacienții lor. Aceste standarde internaționale au fost clasificate în:

- A. **Standarde de structură** care vizează organizarea, coordonarea și derularea programelor educaționale pentru pacienți.
- B. **Standarde de proces** pentru dezvoltarea obiectivelor educaționale în funcție de necesitățile educaționale ale pacienților, planificarea, implementarea și evaluarea sesiunilor.
- C. **Standarde de conținut** care tratează principalele aspecte care sunt abordate în sesiunile educaționale: prevenirea diabetului zaharat, diagnostic, complicații acute și pe termen lung, educația pacientului, diabetul în timpul sarcinii și în cazul altor condiții patologice, terapiile complementare și alternative, rolul cercetării și cercetarea de practici bazate pe dovezi.
- D. **Standarde privind evaluarea** profesioniștilor care vor derula servicii de educație pentru pacienții cu diabet zaharat tip 2.

4. TEME PROPUSE PENTRU SESIUNILE EDUCAȚIONALE PENTRU PACIENȚII CU SUFERINȚĂ CRONICĂ

4a. DIABET ZAHARAT TIP 2

4b. BOALĂ CORONARIANĂ CRONICĂ

4a. TEME pentru sesiuni educaționale adresate pacienților cu DIABET ZAHARAT TIP 2

În privința conținutului temelor care pot fi abordate de echipa medicală în educația pacienților pentru autoîngrijire, acesta poate fi selectat ținând cont de specificul grupului țintă prezent la program și bazându-se atât pe recomandările Federației Internaționale de Diabet, dar și pe Ghidul persoanei cu diabet zaharat tip 2 elaborat în cadrul Proiectului „Viață Sănătoasă: reducerea poverii bolilor netransmisibile”:

1. Despre prevenire, factori de risc, complicații ale diabetului zaharat.
2. Despre elementele de semiologie, fiziopatologie, diagnostic și prognostic pentru diabet zaharat, care pot fi explicate pacienților la nivelul lor de înțelegere.
3. Rolul pacientului în monitorizarea stării sale (Hemoglobina glicozilată – HbA1c, tensiunea arterială și lipidele sangvine, monitorizarea glucozei sangvine, eventual a urinei pentru corpi cetonici).
4. Modul în care diabetul zaharat influențează starea pacientului în situația unor condiții patologice, operații, posturi religioase etc., consilierea viitoarelor mame care sunt deja diagnosticate cu diabet zaharat.
5. Efectul benefic al exercițiului fizic asupra evoluției diabetului, cu particularități, indicații, limite, precum și al renunțării la fumat/alcool și diminuarea stresului.
6. Rolul alimentației în influențarea diabetului: tipuri de alimente, calitate și cantitate, mod de planificare a meselor, modul de hrănire (fără stres), nevoile nutriționale ale pacienților; importanța scăderii în greutate a pacienților supraponderali.
7. Rolul tratamentului medicamentos în scăderea nivelului glucozei sangvine, tipuri de medicamente, indicații, efecte secundare, contraindicații, rolul și managementul tratamentului cu insulină, terapii alternative.
8. Semne și simptome ale complicațiilor acute și cronice și managementul acestora de către pacienți: hipoglicemia, hiperglicemia, cetoacidoza, retinopatia diabetică, neuropatia cu varianta piciorul diabetic, insuficiența renală, afectarea cardiovasculară, disfuncția sexuală etc.
9. Impactul emoțional și psihologic al diabetului zaharat asupra pacienților, preocuparea privind calitatea vieții și ameliorarea modului de viață, modul de schimbare a comportamentelor, elemente de consiliere.

10. Identificarea locului unde se află pacientul din perspectiva motivației sale de a produce schimbarea stilului de viață pentru o ameliorare a stării sale fizice, psihice și emoționale.

4b. TEME pentru sesiuni educaționale adresate pacienților cu BOALĂ CORONARIANĂ CRONICĂ

Temele pentru sesiunile educaționale adresate pacienților cu boală coronariană cronică pot fi inspirate din Ghidul pacientului cu angină pectorală elaborat în cadrul Proiectului „Viață Sănătoasă: reducerea poverii bolilor netransmisibile”:

1. Despre prevenire, factori de risc, complicații ale bolii coronariene cronice.
2. Despre elementele de semiologie, fiziopatologie, investigații uzuale, analize și evaluări suplimentare pentru stabilirea diagnosticului și prognosticului pentru boala coronariană cronică, care pot fi explicate pacienților la nivelul lor de înțelegere.
3. Rolul pacientului în monitorizarea și ameliorarea stării sale (durerea /disconfortul în angina pectorală, caracteristicile durerii, conduita în apariția durerii).
4. Caracteristicile diferitelor tipuri de angină pectorală și diagnosticul diferențial cu infactul miocardic.
5. Importanța tratamentului în angina pectorală: tipuri de medicamente, indicații, efecte secundare, contraindicații, rolul tratamentului invaziv.
6. Stilul de viață al pacientului cu boală coronariană cronică: importanța renunțării la fumat, controlul tensiunii arteriale, al diabetului zaharat.
7. Efectul benefic al exercițiului fizic asupra bolii coronariene cronice, cu particularități, indicații, limite, precum și al dietei sănătoase și diminuarea stresului.
8. Viața de zi cu zi cu angină pectorală (activitățile fizice cotidiene, rolul familiei, prietenilor, colegilor de serviciu, munca, odihna, activitatea sexuală, șofatul, călătoriile și vacanțele, depresia).
9. Importanța controlului medical la medicul cardiolog pentru monitorizarea stării de sănătate și consultația de urgență.

5a. DINAMICA SESIUNILOR UNUI PROGRAM EDUCAȚIONAL PENTRU AUTOÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU DIABET ZAHARAT TIP 2

Pentru a exemplifica, prezentăm un model integrat de 5 sesiuni pentru pacientul cu diabet zaharat, care poate fi susținut de medicul de familie și asistentul medical de la cabinet, cu invitația – pentru anumite sesiuni – a unui dietetician și a unui medic specialist diabetolog.

Sesiunile pot fi spațiate la 1-2 săptămâni sau la maxim o lună, pentru a permite pacienților să integreze informațiile primite și experiențele făcute în timpul atelierului.

Sesiunea 1. Informații de baza despre diabetului zaharat tip 2; principii de diagnostic

Obiective specifice. La sfârșitul sesiunii 1, pacienții cu diabet zaharat vor fi capabili să:

1. Explice rolul glucozei și acțiunea fiziologică a insulinei în organismul uman.
2. Explice cauzele diabetului zaharat tip 2.
3. Enumere factorii de risc pentru diabetul zaharat tip 2.
4. Explice diagnosticul precoce al diabetului zaharat tip 2.
5. Identifice semnele distinctive ale diabetului zaharat.
6. Identifice investigațiile de laborator necesare pentru diagnosticul DZ tip 2 și utilizarea adecvată a acestora (glicemia bazală, glicemia postprandială, testul oral de toleranță la glucoză).
7. Explice importanța efectuării următoarelor investigații: peptid C, corpi cetonici urinari, Hemoglobina glicozilată.

Nr. crt.	Activitate	Metodă	Timp 90 min	Observații
1	Prezentarea educatoarei și prezentarea participanților; reguli de grup, pretest	Discuție în grup pretest	20 min.	Se poate prezenta agenda întregului program
2	Prezentarea obiectivelor sesiunii și identificarea așteptărilor pacienților	Prezentare, discuție în grup	10 min.	Se pot nota așteptările pentru completare sesiuni
3	Identificarea semnelor care indică prezența diabetului	Brainstorming	10 min.	Propriile simptome sau cele despre care au auzit
4	Echilibrul glucozei în organism; rolul insulinei, modificările aduse de diabetul zaharat/ cauzele DZ/ factori de risc. Distribuirea materialelor educaționale	Prezentare, video discuții interactive	15 min.	Ex. Material video youtube „Insulin, glucose and you” (4 min)
5	Diagnosticul de laborator al DZ tip 2 (glicemia bazală, glicemia postprandială, testul oral de toleranță la glucoză), alte investigații	Prezentare și puzzle	15 min	Se folosesc cartonașe cu teste și cartonașe cu valori normale/valori în DZ tip 2

6	Monitorizarea folosind acronimul ATAC – A: HbA1c < 7%, TA: tensiunea arterială < 140/90, C: colesterol (LDL) < 100, glucoza sangvină utilizând glucometrul, valori fiziologice și patologice, variații în funcție de statusul pacientului	Prezentare/video și studii de caz	15 min.	Se distribuie, de asemenea, fișe cu valori fiziologice și patologice
7	Rezumarea mesajelor-cheie, evaluarea finală a sesiunii. Pacienții sunt rugați să citească materialele educaționale	Discuții în grup	5 min	Participă toți

Materiale necesare: în sală – flipchart cu foi și markere, videoproiector, calculator.

Materiale pregătite de educator: Ghidul persoanei cu diabet zaharat tip 2, piese puzzle pentru exercițiu, fișe și scheme pentru complicații, fișe de monitorizare, material video etc.

Sesiunea 2. Modul sănătos de viață

Obiective specifice. La sfârșitul sesiunii 2, pacienții cu diabet zaharat vor fi capabili să:

1. Explice componentele unui mod sănătos de viață în menținerea echilibrului în cazul prezenței diabetului zaharat de tip 2.
2. Explice caracteristicile alimentației sănătoase (cantitate și calitate alimente, mod de hrănire, regularitatea meselor) în menținerea echilibrului glucozei și a greutății corporale.
3. Calculeze IMC și să-și măsoare circumferința abdominală.
4. Explice riscurile pentru sănătate aduse de obezitate.
5. Explice principiile unui regim alimentar pentru diabetul zaharat tip 2.
6. Explice importanța recomandărilor pentru efectuarea exercițiului fizic și pentru abandonarea obiceiurilor dăunătoare (fumat, alcool etc.).

Nr. crt.	Activitate	Metodă	Timp 90 min	Observații
1	Scurtă trecere în revistă a mesajelor-cheie ale sesiunii anterioare; prezentarea obiectivelor sesiunii și culegerea așteptărilor pentru sesiunea prezentă	Discuție în grup	10 min.	Se fixează achizițiile sesiunii anterioare; se identifică așteptările
2	Componentele modului sănătos de viață care influențează echilibrul glicemic	Brainstorming	10 min.	Lista elementelor stilului de viață rămâne afișată
3	Prezentarea principiilor alimentației sănătoase, calcularea IMC, măsurarea circumferinței abdominale și corelarea cu tabelul din Ghidul pentru persoana cu DZ tip 2	Prezentare și discuții	15 min.	Fișe, scheme, ghid studii de caz cu IMC

4	Identificarea riscurilor pentru sănătate produse de obezitate	Brainstorming	15 min.	se identifică și riscurile obezității în general
5	Recomandări din Ghidul DZ tip 2 pentru exercițiul fizic și renunțarea la obiceiurile dăunătoare (fumat, alcool etc.)	Prezentări făcute de pacienți din Ghid	15 min.	Fișe, scheme, chestionar, ghid DZ tip 2
6	Principiile unui regim alimentar în DZ tip 2	Lucru în grupuri mici, discuții în grup mare	20 min	Educatorul sprijină grupurile ptr. Identificarea principiilor
7	Rezumarea mesajelor-cheie, evaluarea finală a sesiunii	Discuții în grup	5 min.	Participă toți

Materiale necesare: în sală – flipchart cu foi și markere, videoproiector, calculator.

Materiale pregătite de educator: Ghidul persoanei cu diabet zaharat tip 2, fișe / scheme/hărți educaționale pentru alimentație etc.

Sesiunea 3. Exercițiul fizic în controlul diabetului zaharat

Obiective specifice. La sfârșitul sesiunii 3, pacienții cu diabet zaharat vor fi capabili să:

1. Explice importanța exercițiului fizic pentru ameliorarea stării de sănătate.
2. Enumere tipurile de exerciții recomandate precum și durata, timpul și frecvența pentru acestea..
3. Coreleze rezultatele controlului glicemic cu tipul și intensitatea exercițiului fizic pentru o situație dată.
4. Explice măsurile de autocontrol pentru prevenirea hipoglicemiilor sau hiperglicemiilor.
5. Identifice măsurile pe care le poate lua într-o situație de hipoglicemie apărută în urma exercițiului fizic.

Nr. crt.	Activitate	Metodă	Timp 90 min	Observații
1	Scurtă trecere în revistă a mesajelor-cheie ale sesiunii anterioare; prezentarea obiectivelor sesiunii și culegerea așteptărilor	Discuție în grup	10 min.	Se fixează achizițiile sesiunii anterioare; se identifică așteptările
2	Beneficiile exercițiului fizic – indicații și limite, test autoevaluare activitate fizică intensă	Brainstorming	10 min.	
3	Tipuri de exerciții recomandate – durata, timpul și frecvența (Ghid DZ tip 2)	Prezentări făcute de pacienți	20 min.	Se folosesc materialele educaționale, Ghidul DZ tip 2

4	Explicarea măsurilor de control pentru hipoglicemii și hiperglicemii	Prezentare interactivă	15 min	Se insistă pe repetarea mesajelor de către pacienți
5	Corelarea valorilor glicemiei cu intensitatea exercițiului fizic în diferite situații	Studii de caz	15 min.	Sunt prezentate diferite situații din care pacienții să învețe
6	Intervenția într-o situație de hipoglicemie	Studii de caz	15 min	Sunt prezentate diferite situații din care pacienții să învețe
7	Rezumarea mesajelor-cheie, evaluarea finală a sesiunii	Discuții în grup	5 min.	Participă toți

Materiale necesare: în sală – flipchart cu foi și markere, videoproiector, calculator.

Materiale pregătite de educator: Ghidul persoanei cu diabet zaharat tip 2, fișe / scheme/hărți educaționale pentru exercițiul fizic, renunțarea la dependențe etc.

Sesiunea 4. Dieta la persoanele cu diabet

Obiective specifice. La sfârșitul sesiunii 4, pacienții cu diabet zaharat vor fi capabili să:

1. Descrie importanța glucidelor, proteinelor, grăsimilor din alimente.
2. Explice cantitatea recomandabilă pentru diferite grupe alimentare.
3. Descrie etapele și recomandările pentru un regim alimentar hipocaloric.
4. Să selecteze produsele cu indice glicemic mic pentru realizarea unui meniu zilnic.
5. Calculeze cantitatea caloriilor consumate (evalueze nevoile energetice în funcție de vârstă și de efortul fizic zilnic).
6. Calculeze cantitatea glucidelor consumate (unitate de pâine) pentru diferite alimente.

Nr. crt.	Activitate	Metodă	Timp 2 ore	Observații
1	Scurtă trecere în revistă a mesajelor-cheie ale sesiunii anterioare; prezentarea obiectivelor sesiunii și culegerea așteptărilor	Discuție în grup	10 min.	Se fixează achizițiile sesiunii anterioare; se identifică așteptările
2	Noțiuni generale despre proteine, glucide, lipide, grupele alimentare principale	Prezentare și discuție în grup	30 min.	Fiecare pacient citește o fișă, ghidul DZ
3	Regimul alimentar hipocaloric	Lucru în grupuri mici	20 min.	Educatorul ajută la realizarea sarcinii

4	Alimente cu indice glicemic mic pentru un meniu zilnic	Prezentare participanți	20 min.	Se utilizează ghidul DZ2 și materialele educaționale
5	Evaluarea nevoilor energetice – cantitatea calorilor consumate	Studii de caz	15 min .	Ghid DZ tip 2
6	Calcularea cantității glucidelor consumate (unității de pâine) pentru diferite alimente	Studii de caz	20 min.	Ghid DZ tip 2
7	Rezumarea mesajelor-cheie, evaluarea finală a sesiunii	Discuții în grup	5 min	Participă toți

Materiale necesare: în sală – flipchart cu foi și markere, videoproiector, calculator.

Materiale pregătite de educator: Ghidul persoanei cu diabet zaharat tip 2, fișe / scheme/hărți educaționale pentru tratament, monitorizare etc.

Sesiunea 5. Tratamentul noninsulinic și metode de autocontrol al diabetului zaharat tip 2

Obiective specifice. La sfârșitul sesiunii 5, pacienții cu diabet zaharat vor fi capabili să:

1. Identifice obiectivele de tratament cu remediile antidiabetice.
2. Explice necesitatea tratamentului medicamentos respectiv a tratamentului cu insulină în cadrul evoluției diabetului zaharat tip 2.
3. Explice rolul preparatelor antidiabetice în tratamentul diabetului zaharat.
4. Explice diferite acțiuni ale preparatelor antidiabetice disponibile, modul lor de acțiune și administrare precum și dozele maxime admisibile.
5. Să identifice situațiile în care este nevoie să se modifice schema de tratament
6. Identifice grupele de medicamente cu potențial risc de hipoglicemii.

Nr. crt.	Activitate	Metodă	Temp 90 min	Observații
1	Scurtă trecere în revistă a mesajelor- cheie ale sesiunii anterioare; prezentarea obiectivelor sesiunii și culegerea așteptărilor	Discuție în grup	10 min.	Se fixează achizițiile sesiunii anterioare; se identifică așteptările
2	Tratamentul DZ tip 2 cu preparate antidiabetice	Prezentare și puzzle	35 min.	Ghid DZ tip 2, cartonașe cu numele preparatelor și acțiuni
3	Identificarea preparatelor antidiabetice cu potențial risc de hipoglicemii	Prezentare participanți	20 min.	Ghid DZ tip 2

4	Modificarea schemelor de tratament	Studii de caz	20 min	Educatorul ajută participanții să identifice soluții
5	Rezumarea mesajelor-cheie, evaluarea finală a sesiunii	Discuții în grup	15 min.	Participă toți

Materiale necesare: în sală – flipchart cu foi și markere, videoproiector, calculator.

Materiale pregătite de educator: Ghidul persoanei cu diabet zaharat tip 2, fișe / scheme/hărți educaționale etc.

Sesiunea 6. Complicațiile cronice și acute ale diabetului și controlul acestora

Obiective specifice. La sfârșitul sesiunii 6, pacienții cu diabet zaharat vor fi capabili să:

1. Explice cauzele apariției complicațiilor acute și cronice în DZ2.
2. Explice mecanismele fiziopatologice care stau la baza apariției complicațiilor acute și cronice în DZ2.
3. Identifice organele și sistemele afectate de diabet.
4. Identifice investigațiile de laborator necesare pentru screeningul și diagnosticul complicațiilor cronice.
5. Explice metodele de tratament și profilaxie a complicațiilor cronice ale diabetului zaharat.
6. Explice importanța automonitorizării și autocontrolului în diabetul zaharat tip 2 (DZ2).

Nr. crt.	Activitate	Metodă	Timp 90 min	Observații
1	Scurtă trecere în revistă a mesajelor- cheie ale sesiunii anterioare; prezentarea obiectivelor sesiunii și culegerea așteptărilor	Discuție în grup	10 min.	Se fixează achizițiile sesiunii anterioare; se identifică așteptările
2	Identificarea complicațiilor acute și cronice a DZ tip 2	Brainstorming	10 min	Educatorul ajută grupul la identificarea complicațiilor
3	Mecanisme fiziopatologice în DZ tip 2	Prezentare și discuții în grup pe marginea Ghidului DZ tip 2	20 min	Discuție interactivă utilizând Ghidul DZ tip 2
4	Identificarea organelor și sistemelor afectate	Prezentare participanți	10 min	Se utilizează planșe și ghidul DZ tip 2
5	Investigații de laborator și tratamente în cazul complicațiilor	Prezentare și discuții în grup pe marginea Ghidului DZ tip 2	20 min	Discuție interactivă utilizând Ghidul DZ tip 2

6	Automonitorizarea și autocontrolul DZ tip 2	Brainstorming / Prezentare participanți	30 min	Ghdiul DZ tip 2
7	Încheierea sesiunilor educaționale	Discuție în grup completare posttest	20 min	Participă toți



Exemplu de material educațional: Hartă educațională pentru diabet zaharat tip 2 International Conversation Map™ dezvoltată de Healthy Interactions în colaborare cu Federația Internațională de Diabet (IDF)

www.journeyforcontrol.com/diabetes-educator/about-conversation-map/

5b. DINAMICA SESIUNILOR UNUI PROGRAM EDUCAȚIONAL PENTRU AUTOÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU BOALĂ CORONARIANĂ CRONICĂ

Pentru a exemplifica, prezentăm un model integrat de 5 sesiuni pentru pacientul cu boală coronariană cronică, care poate fi susținut de medicul de familie și asistentul medical de la cabinet, cu invitația pentru anumite sesiuni a unui medic specialist cardiolog.

Sesiunile pot fi spațiate la 1-2 săptămâni sau la maxim o lună, pentru a permite pacienților să integreze informațiile primite și experiențele făcute în timpul atelierului.

Sesiunea 1

Obiective specifice. La sfârșitul sesiunii 1, pacienții cu boală coronariană cronică vor fi capabili să:

1. Identifice dificultățile și importanța autoîngrijirii vizând boala coronariană cronică.

Nr. crt.	Activitate	Metodă	Timp	Observații
1	Prezentarea educatorului și prezentarea participanților; reguli de grup	Discuție în grup	15 min.	Se poate prezenta agenda întregului program
2	Prezentarea obiectivelor sesiunii și identificarea așteptărilor pacienților	Prezentare, discuție în grup	10 min.	Se pot nota așteptările pentru completare sesiuni
3	Identificarea dificultăților pacienților cu boală coronariană cronică	Brainstorming și discuții	15 min.	Se păstrează pentru a compara cu soluțiile
4	Factorii de risc și de agravare a bolii coronariene cronice	Prezentare și discuții	20 min.	Se completează după ce expun pacienții
5	Elemente de semiologie, fiziopatologie, investigații uzuale	Prezentare	25 min.	Prezentarea conține întrebări pentru pacienți
6	Rezumarea mesajelor-cheie, evaluarea finală a sesiunii	Discuții în grup	5 min.	Participă toți

Materiale necesare: în sală – flipchart cu foi și markere, videoproiector, calculator.

Materiale pregătite de educator: Ghidul pacientului cu angină pectorală, prezentare ppt.

Sesiunea 2

Obiective specifice. La sfârșitul sesiunii 2, pacienții cu boală coronariană cronică vor fi capabili să:

1. Identifice diferențele dintre tipurile de angină pectorală și atacul de cord.
2. Explice conduita de urmat în cazul crizei de angină pectorală.
3. Explice rolul tratamentului în angina pectorală.
4. Explice rolul stilului de viață în angina pectorală.

Nr. crt.	Activitate	Metodă	Țimp	Observații
1	Scurtă trecere în revistă a mesajelor- cheie ale sesiunii anterioare; prezentarea obiectivelor sesiunii și culegerea așteptărilor	Discuție în grup	10 min.	Se fixează achizițiile sesiunii anterioare; se identifică așteptările
2	Caracteristicile celor 2 tipuri de angină pectorală și ale infarctului de miocard	Prezentare și discuție fișe	15 min.	Fișe cu cazuri se discută cu pacienții
3	Conduita de urmat în cazul anginei pectorale și tratamentul medicamentos pe termen lung	Prezentare și discuții	15 min.	Scheme, ghidul pacientului cu angină pectorală
4	Importanța stilului de viață în angina pectorală	Lucru în grupuri mici, discuție în grup	30 min.	Importanța toleranței educadorului, explorarea empatiei a ambivalențelor
5	Identificarea principalelor dificultăți pentru ameliorarea stilului de viață	Brainstorming și discuții în grup	15 min.	Situațiile rămân afișate
6	Rezumarea mesajelor-cheie, evaluarea finală a sesiunii	Discuții în grup	5 min.	Participă toți

Materiale necesare: în sală – flipchart cu foi și markere, videoproiector, calculator.

Materiale pregătite de educator: Ghidul pacientului cu angină pectorală, fișe / scheme/hărți educaționale etc.

Sesiunea 3

Obiective specifice. La sfârșitul sesiunii 3, pacienții cu boală coronariană cronică vor fi capabili să:

1. Explice importanța exercițiului fizic, precum și a renunțării la fumat/alcool și stres pentru ameliorarea stării de sănătate.
2. Identifice barierele întâmpinate pentru asumarea unui mod de viață sănătos privind exercițiul fizic, renunțarea la fumat/alcool.
3. Identifice poziționarea proprie în ce privește motivația de a schimba stilul de viață într-un mod mai sănătos pentru echilibrarea condiției stării lor de sănătate.

4. Exploreze opțiunile personale privind soluțiile posibile pentru adoptarea unui mod de viață sănătos și motivația de a aplica aceste soluții în viața de zi cu zi.

Nr. crt.	Activitate	Metodă	Timp	Observații
1	Scurtă trecere în revistă a mesajelor-cheie ale sesiunii anterioare; prezentarea obiectivelor sesiunii și culegerea așteptărilor	Discuție în grup	10 min.	Se fixează achizițiile sesiunii anterioare; se identifică așteptările
2	Exercițiul fizic – indicații și limite, test autoevaluare activitate fizică intensă	Prezentare și discuții, test	20 min.	Fișe, scheme, chestionar, ghid CV
3	Impactul fumatului și alcoolului asupra anginei pectorale	Discuții și prezentări	20 min.	Se insistă doar dacă e cazul
4	Identificarea barierelor care împiedică exercițiul fizic și renunțarea la tutun/alcool; prezența ambivalențelor – costuri și beneficii	Lucru în grupuri mici, discuție în grup	30 min.	Importanța toleranței educatorului, explorarea empatică a ambivalențelor
5	Identificarea soluțiilor pentru adoptarea exercițiului fizic și renunțarea la dependențe	Brainstorming și discuții în grup	25 min.	Soluțiile rămân afișate
6	Rezumarea mesajelor-cheie, evaluarea finală a sesiunii	Discuții în grup	5 min.	Participă toți

Materiale necesare: în sală – flipchart cu foi și markere, videoproiector, calculator.

Materiale pregătite de educator: Ghidul pacientului cu angină pectorală, fișe / scheme/hărți educaționale pentru exercițiul fizic, renunțarea la dependențe etc.

Sesiunea 4

Obiective specifice. La sfârșitul sesiunii 4, pacienții cu boală coronariană cronică vor fi capabili să:

1. Explice importanța alimentației în prevenirea complicațiilor bolii coronariene cronice.
2. Indice principalele modalități de scădere/ameliorare a stresului.
3. Explice alte măsuri pe care le pot lua în cursul activităților zilnice pentru prevenirea crizei de angină pectorală.

Nr. crt.	Activitate	Metodă	Timp	Observații
1	Scurtă trecere în revistă a mesajelor-cheie ale sesiunii anterioare; prezentarea obiectivelor sesiunii și culegerea așteptărilor	Discuție în grup	10 min.	Se fixează achizițiile sesiunii anterioare; se identifică așteptările

2	Alimentația pacienților cu boală coronariană cronică	Prezentare și discuții	15 min.	Fișe, scheme, ghid
3	Identificarea barierelor care împiedică aplicarea principiilor alimentației sănătoase; prezența ambivalențelor – costuri și beneficii	Lucru în grupuri mici, discuție în grup	30 min.	Importanța toleranței educatorului, explorarea empatică a ambivalențelor
4	Metode de ameliorare a stresului	Brainstorming și discuții	20 min.	Educatorul susține opiniile grupului și poate oferi soluții
5	Măsurile de minimizare a riscurilor în timpul activităților zilnice	Prezentare și discuții	10 min.	Educatorul se bazează și pe experiența pacienților
6	Rezumarea mesajelor-cheie, evaluarea finală a sesiunii	Discuții în grup	5 min.	Participă toți

Materiale necesare: în sală – flipchart cu foi și markere, videoprojector, calculator.

Materiale pregătite de educator: Ghidul pacientului cu angină, fișe / scheme / hărți educaționale pentru alimentație etc.

Sesiunea 5

Obiective specifice. La sfârșitul sesiunii 5, pacienții cu angină pectorală vor fi capabili să:

1. Își identifice prioritățile și așteptările pentru a se adapta mai bine la existența bolii coronariene cronice.
2. Identifice resursele și valorile personale, care fac posibilă aplicarea unei strategii de a face față stresului, provocărilor fiziologice, psihologice, familiale și sociale la care sunt expuși de prezența anginei pectorale.
3. Identifice resursele umane și materiale din familie, echipa medicală, ceilalți pacienți (colegi), comunitate, care îi pot ajuta pentru regăsirea unui echilibru optim fizic, psihic și spiritual.
4. Dezvolte un plan privind îmbunătățirea stilului de viață și creșterea complianței la tratament cu scopul de a optimiza starea de sănătate pentru următoarele repere de timp: 1 lună, 3 luni, 1 an.

Nr. crt.	Activitate	Metodă	Timp	Observații
1	Scurtă trecere în revistă a mesajelor-cheie ale sesiunii anterioare; prezentarea obiectivelor sesiunii și culegerea așteptărilor	Discuție în grup	10 min.	Se fixează achizițiile sesiunii anterioare; se identifică așteptările
2	Modul cum angina pectorală le-a influențat viața; prioritățile și așteptările pentru a se adapta mai bine	Lucru în grupuri mici	20 min.	Educatorul ascultă și susține pacienții cu empatie

3	Identificarea resurselor personale și exterioare (materiale, umane etc.) pentru a face față provocărilor aduse de angină	Brainstorming/ Lucru în diade	20 min.	Educatorul ascultă și susține pacienții cu empatie
4	Elaborarea unui plan pentru îmbunătățirea stilului de viață și creșterea complianței la tratament; stabilirea revederii în următoarele săptămâni pentru a măsura impactul cursului	Lucru în grupuri mici Prezentarea în plen Discuții în grup	30 min.	Educatorul ascultă și susține pacienții cu empatie
5	Evaluarea finală a programului	Chestionar și evaluare în grup	10 min.	Educatorul încurajează pacienții să continue schimbarea

Materiale necesare: în sală – flipchart cu foi și markere, videoproiector, calculator.

Materiale pregătite de educator: Ghidul pacientului cu angină pectorală, fișe / scheme / hărți educaționale etc.

6. PRINCIPIILE ALCĂTUIRII UNUI PROGRAM PENTRU EDUCAȚIA PACIENȚILOR CU SUFERINȚĂ CRONICĂ

Pentru a facilita asumarea responsabilității pentru autoîngrijire a pacienților cu suferință cronică, în conceperea unui program educațional adresat acestora, este necesar să se respecte următoarele principii:

- Să se țină cont de valorile și opiniile pacienților, de aspectele cognitive, biologice, psihologice și sociale care îi caracterizează.
- Să fie axat atât pe transmiterea de informații, cât și pe crearea unei ambianțe de încredere și siguranță, pentru ca pacienții să se simtă apreciați și respectați.
- Să se bazeze pe valorizarea punctelor forte ale fiecărei persoane, în funcție de competențele, valorile sale, specificitatea sa individuală și culturală.
- Să permită pacienților să-și exprime nevoile lor de învățare; acest lucru asigură o relevanță a informațiilor prezentate și o creștere a motivației pacienților pentru ameliorarea stilului de viață.
- Când se stabilesc obiectivele educaționale, să fie axate pe satisfacerea nevoilor de învățare a pacienților, vizând schimbarea comportamentelor și creșterea complianței la tratament.
- Prin activitățile educaționale să fie facilitate luarea deciziilor, identificarea soluțiilor și rezolvarea de probleme și pentru a-și asuma responsabilitatea pentru autoîngrijire.
- Să fie acordat pe parcursul întregului program sprijin pentru schimbare, prin conștientizarea și depășirea barierelor și comportamentelor limitative,

acceptarea și rezolvarea ambivalenței, descoperirea resurselor interioare și asumarea angajamentului pentru ameliorarea stilului de viață, activarea voinței și perseverenței pentru menținerea schimbărilor benefice inițiate.

După finalizarea programului de educație a pacienților pentru autoîngrijire, la un interval de 2-6 luni se poate face o evaluare a rezultatelor obținute, fie printr-un interviu la cabinet, cu ocazia unei consultații programate, fie prin aplicarea unui chestionar care să verifice gradul de însușire a obiectivelor programului.

În paralel, se poate face o analiză a dinamicii greutatei corporale a pacienților, a valorilor tensiunii arteriale, precum și a valorilor Hemoglobinei glicozilate la cel puțin 3 luni după ultima sesiune, precum și a altor parametri care reflectă o îmbunătățire a stării de sănătate a pacienților.

Încheiere

*Acest Ghid pentru Comunicarea eficientă privind schimbarea comportamentului, tratarea și managementul suferințelor cronice curpinzând 2 capitole: **Capitolul I. Comunicarea directă în cadrul consultației curente la cabinetul medical/ domiciliul pacientului și Capitolul II. Comunicarea în cadrul activităților de educație a pacienților pentru autoîngrijire, în sesiuni individuale și colective**, prezintă câteva instrumente și reguli de bună practică destinate profesioniștilor din asistența primară – atât medici, cât și asistenți medicali – pentru a-și ameliora interacțiunea cu pacientul cronic.*

Aceste resurse se pot utiliza la libera alegere a profesioniștilor, adaptate stilului și preferințelor lor de comunicare, ca un îndrumător, și nu ca o impunere.

Cei care vor utiliza acest Ghid vor putea să-și fructifice deopotrivă experiența profesională și creativitatea, ajutându-i pe pacienții lor să devină exemple pentru schimbarea comportamentelor, urmând dictonul lui Aristotel: „Cei care știu, vor face; cei care vor înțelege, vor transmite mai departe”.

Bibliografie selectivă

Capitolul 1

- 1., E. S., Brown, S. E.S. , Ewigman, B.G., Foley, E. C., Meltzer, D.O. Patient Perceptions of Quality of Life With Diabetes-Related Complications and Treatments *Diabetes Care*. 2007 Oct; 30(10): 2478–2483. Published online 2007 Jul 10. doi: 10.2337/dc07-0499.
2. Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova, GHID privind aplicarea procedurii de comunicare și consiliere a pacienților, Chișinău, 2018.
3. Murgic, Lucija, Hébert, P.C., Sovic Slavica, Pavlekovic. Gordana. Paternalism and autonomy: views of patients and providers in a transitional (post-communist) country. *BMC Med Ethics*. 2015; 16: 65. Published online 2015 Sep 29. doi: 10.1186/s12910-015-0059-z
4. Pollard Samantha, Bansback, N., Stirling B., Physician attitudes toward shared decision making: A systematic Review. *Patient Education and Counseling* 98 (2015) 1046–1057
5. Boxer, Harriet Snyder, Susan, Five Communication Strategies to Promote Self-Management of Chronic illness; How you communicate with your patients can enhance – or inhibit – their ability to manage their chronic illnesses. *Fam Pract Manag*. 2009 Sep-Oct;16(5):12-16.
6. European Patients Forum, “Patients’ Perceptions of Quality in Healthcare”, Report of a survey conducted by EPF in 2016 February 2017
7. Biglu, M.H., Nateq, F., Ghojzadeh, M., Asgharzadeh, A. Communication Skills of Physicians and Patients’ Satisfaction. *Mater Sociomed*. 2017 Sep; 29(3): 192–195. doi: 10.5455/msm.2017.29.192-195
9. Bakić-Mirić, Nataša M., Bakić N.M., Successful Doctor-Patient Communication and Rapport Building as the Key Skills of Medical Practice. *Facta Universitatis, Series: Medicine And Biology* Vol.15, No 2, 2008, Pp. 74 - 79 Uc 614.253
10. King, Ann, Hoppe, R. B. “Best Practice” for Patient-Centered Communication: A Narrative Review *J Grad Med Educ*. 2013 Sep; 5(3): 385–393. doi: 10.4300/JGME-D-13-00072.1
11. Ranjan, P., Kumari, Archana, Chakrawarty, A. How can Doctors Improve their Communication Skills? *J Clin Diagn Res*. 2015 Mar; 9(3): JE01–JE04. Published online 2015 Mar 1. doi: 10.7860/JCDR/2015/12072.5712

12. Oshima Lee E, Emanuel EJ. Shared decision making to improve care and reduce costs. *N Engl J Med* 2013;368:6-8.
13. Kurtz SM, Silverman JD, Draper J (1998) *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. Radcliffe Medical Press (Oxford)
14. Silverman JD, Kurtz SM, Draper J (1998) *Skills for Communicating with Patients*. Radcliffe Medical Press (Oxford)
15. U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Aging, *Talking with Your Older Patient*, NIH Publication No. 08-7105, October 2008, Reprinted September 2011

Capitolul 2

1. Ghidul persoanei cu Diabet zaharat tip 2 – proiect „Viață sănătoasă”.
2. Ghidul pacientului cu angină pectorală – proiect „Viață sănătoasă”.
3. Arend J, Tsang-Quinn J, Levine C, Thomas D. The patient-centered medical home: history, components, and review of the evidence. *Mt Sinai J; Med*. 2012 Jul-Aug;79(4):433-50. doi: 10.1002/msj.21326.
4. What is Motivational Interviewing?. MINT Excellence in Motivational Interviewing; Website 8<http://motivationalinterviewing.org/>. Published 2013
5. Coyne N, Correnti D. Effectiveness of motivational interviewing to improve chronic condition self-management: what does the research show us?. *Home Healthc Nurse*. 2014;32:56-63
6. Pyle JJ. A motivational interviewing education intervention for home health-care nurses. *Home Healthc Now*. 2015;33:79-83.
7. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. *Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior*. 3-rd Edition, New York, NY: The Guilford Press; 2013.
8. Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to the addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114. PMID: 1329589.
9. Prochaska, J.O., Redding, C.A., & Evers, K. (2002). The Transtheoretical Model and Stages of Change. In K. Glanz, B.K. Rimer & F.M. Lewis, (Eds.) *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice* (3rd Ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass, Inc.
10. Sobell and Sobell. *Motivational Interviewing Strategies and Techniques: Rationales and Examples*. 2008. Available at http://www.nova.edu/gsc/forms/mi_rationale_techniques.pdf. Accessed October 17, 2016.

11. www.idf.org, International Standards for Education of Diabetes Health Professionals. International Diabetes Federation, 2015.
12. Fatemeh Alhani , Shojaeazadeh D., Gholamreza Sharifirad, Moazam N. An empowering approach to promote the quality of life and self-management among type 2 diabetic patients, *J Educ Health Promot.* 2015; 4: 13. Published online 2015 Mar 26. doi: [10.4103/2277-9531.154022]
13. Schulman-Green, Dena, Jaser, Sarah, Martin, Faith, Alonzo, Grey Margaret, McCorkle, Ruth A., Redeker, Nancy S., Reynolds, Nancy, Whittemore, Robin, Processes of Self-Management in Chronic Illness; *J Nurs Scholarsh.* 2012 Jun; 44(2): 136–144. Published online 2012 May 2. doi: [10.1111/j.1547-5069.2012.01444.x]
14. WHO Strategic Communications Framework For Effective Communication World Health Organization 2017, <http://www.who.int/mediacentre/communication-framework.pdf>
15. Hetteema JE, Hendricks PS. Motivational interviewing for smoking cessation: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol.* 2010; 78: 868-884.
16. Battaglia C, Benson SL, Cook PF, Prochazka A. Building a tobacco cessation telehealth care management program for veterans with posttraumatic stress disorder. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 2013;19: 78-91.

