TRANSCULTURAL CLINICAL COMPETENCES TRAINING IN THE CONTEMPORARY ROMANIAN MEDICAL SCHOOL

Gabriela-Mariana Luca

Assoc. Prof., PhD,"Victor Babeș" University of Timișoara

Abstract: It is expected that the number of migrant citizens will rise from 200 million, at the present date, to approximately one billion closer to the year 2050, and this will mostly be due to the massive climatic changes which will distress the existence of many populations from across the globe (Althause et al, 2010: 10 (5), 79).

In this context, medical care, highly qualified, focused on the patient, places us in the way of some very special situations, asking of the modern medic a quick adaptation to unexpected scenarios, which originate, parallel with the pathological challenge, from the sensitive area of cultural differences.

Many contemporary specialists are trained in universities abroad and accumulate, with the language, elements of culture and civilization, combined in a diverse experience, depending on the individuals met: colleagues, professors, collaborators and patients.

The University of Medicine and Pharmacy "Victor Babeș" from Timișoara has students from more than 50 countries.

Our paper analyses the necessity of forming transcultural clinical competences (CCT), through the assisted development of interactive capacities (from reflection over the self to narrative empathy) on a group of 22 Romanian and foreign students, participants of a narrative medicine workshop, built after the model of J. R. Betancourt, referring to the stages of communication and the health of the patient, and "narrative evidence based medicine" (NEBM), as defined by Rita Charon.

Keywords: transcultural clinical competence, narrative empathy

I. Scena I – Cadrul I (într-o avalanșă de cuvinte)

Prezentul pe care îl traversăm, segment perisabil de Antropocen, guvernat de secularism, în miezul globalizării la care toți suntem supuși, ne învață că îngrijirea medicală, înalt calificată, este centrată pe pacient (Silverman, 1988) și ne reamintește tuturor că ar trebui să redescoperim arta conversației, iar practicianului din domeniul sănătății îi solicită o adaptare rapidă la situații neașteptate, expandate, în paralel cu provocarea patologică, în sensibilități individuale și diferențe culturale.

Travesând acest paradox, o epocă a comunicării în care partenerii angajați în varii dialoguri profesionale (și nu numai) aproape că nu-și mai vorbesc - clasic, dar mută inteligent pe imensa tablă socială de șah: limbaje aplicate și coduri (de programare, de marketing, juridice, financiare, medicale…), omul se regăsește tot mai singur și mai (de)neînțeles.

Arta medicală și arta discursului sunt rechemate sub luminile rampei. Rolurile sunt distribuite în funcție de necesități, tehnici, abilități, competențe, complianțe ș.a.m.d.. Se construiesc scenarii, se proiectează strategii, se implementează soluții, se așteaptă feedback-uri, se trasează curbe, se interpretează statistici… .

II. Scena II - Actul medical și competența clinică transculturală (CCT)

În aceste condiții, o disciplină nouă, a cărei necesitate este de necontestat în peisajul medical actual, s-a impus în programul studenților mediciniști din Statele Unite și Europa de Vest: formarea competențelor clinice transculturale (CCT).

În România, orice demers în câmpul comunicării profesionale îmbracă haina incomodă a pionieratului. Este un proces și presupune, în primul rând, conștientizarea importanței fenomenului, delimitarea spațiului de implementare, inițierea (gest, limbaj, edificare) în domeniu și formarea celor care îl vor dezvolta cu adevărat prin practică, acumulând experiență.

CCT, potrivit lui Domenig (2004), constă în capacitatea de a percepe și de a înțelege indivizii în funcție de societatea în care au apărut și au trăit, contextul lor individual și de a acționa într-un mod specific fiecărei situații în parte. Adevărații profesioniști știu cum să-și gestioneze prejudecățile, să intuiască perspectiva celuilalt și să stabilească linii de comunicare, capabile să țească efecte terapeutice pozitive.

Cercetătorii sunt de părere că există trei piloni pe care se sprijină capacitățile interactive:

1. reflexia asupra sinelui,
2. știința de a reacționa în context și experiența personală,
3. empatia narativă.

Aceștia pot fi consolidați doar dacă personalul medical este pregătit să-i accepte și să-i modeleze. Ceea ce presupune că fiecare profesionist în parte, indiferent de poziția pe care o ocupă în cadrul unui sistem de sănătate (de la portar, birou de primire, brancardier și tot așa, până la manager) este pregătit să capete o astfel de instruire.

Reflexia asupra sinelui implică o excelentă cunoaștere a propriei vieți, a sistemului social în care a apărut, a modului în care concetățenii răspund întrebărilor fundamentale cum ar fi viața și moartea, sănătatea și boala, înțelegerea profundă a faptului că toate aceste elemente sunt determinante în alegerile pe care indivizii le fac în lupta pentru supraviețuire. Am descris astfel condiția *sine qua non* prin care un profesionist din domeniul sănătății se poate apleca asupra problemelor și nevoilor unui pacient provenit dintr-o altă realitate culturală. Doar înțelegându-se profund pe sine și respectînd propriile valori culturale se va putea apleca nepărtinitor asupra pacientul imigrant.

Experiența personală consolidează empatia și compasiunea. Mai mult, redescoperă și valorizează aptitudinile narative, construiește discurs, contribuie pozitiv la actul terapeutic, generând încredere. Așadar, empatia narativă se referă tocmai la atitudinea valorizantă și respectuoasă față de migranți, eliminarea prejudecăților, ideilor rasiste, actelor discriminante, conduce povestea în centrul actului de îngrijire, în miezul tratamentului, urmărind dubla eficiență a procesului terapeutic prin: medicație și cuvânt, dând pacientului ocazia *să povestească și să se povestească.*

În România de astăzi, diversitatea socio-culturală și lingvistică tot mai mare reprezintă o provocare majoră și pentru sistemul de sănătate. Când pacienții și medicii aparțin unor culturi diferite (țară, limbă, stil de comunicare, cunoștințe referitoare la organizarea și funcționarea sistemului de sănătate etc.) pot apărea probleme serioase legate de stabilirea unui sistem diagnostic, trasarea unei conduite terapeutice și respectarea acesteia. Frecvența și dificultățile întâmpinate de medicul ce trebuie să gestioneze o astfel de relație terapeutică nu sunt cunoscute suficient și sistematizate.

Nu este nici un secret faptul că foarte mulți absolvenți ai facultăților de medicină lucrează deja sau își doresc să lucreze în străinatate, că sistemul medical românesc suferă

profund și din această cauză[1]. Numărul pacienților a crescut exponențial, la fel și timpul personalului medical înghițit de activități administrative: ”Prea multe hârtii, sisteme de operare scumpe și ineficiente, prea puțin timp pentru pacienți!”[2]

Schimbând unghiul, precizăm că în UMFT VB învață studenți din peste 50 de țări. Modalitatea în care aceștia intră în contact cu primii pacienți în timpul stagiilor, exercițiul medical și lingvistic pe care îl desfășoară simultan, elemente ce presupun punerea în relație a unui număr important de indicatori profesionali, obligatorii în exercițiul comunicării, compun o situație insuficient analizată până în prezent.

Așa s-a născut ideea unui seminar care a generat mai multe teme de cercetare, printre care și aceea a unei lucrări de licență de antropologie medicală[3]. Autorul este un student grec, care a petrecut șase ani în România, la Timișoara, înscriindu-se el însuși într-o dublă paradigmă: cercetător și subiect de cercetare deopotrivă. Experiența sa este cu atât mai interesantă cu cât multiculturalismul i-a oferit două coordonate majore. Pe de o parte, adaptarea la un oraș exemplu din punctul de vedere al convivialității (în Timișoara trăiesc în bună înțelegere cetățeni care provin din cel puțin 26 de etnii) și universitatea de medicină care are studenți din toate colțurile lumii.

Formarea competențelor transculturale presupune o foarte bună pregătire transdisciplinară:

- modelarea aptitudinilor de comunicare,
- bune cunoștințe de antropologie culturală, cu un accent pe istoria credințelor și a ideilor religioase pentru a putea înțelege omul în toată diversitatea sa culturală și, implicit, a atitudinii sale în fața bolii și a sistemului de sănătate de tip occidental (cel în care este format tânărul medic în Universitatea de Medicină și Farmacie ”Victor Babeș” din Timișoara),
- cultivarea toleranței, a compasiunii,
- o foarte bună pregătire în domeniul profesional,
- buna cunoaștere a diverselor sisteme de sănătate.

Grupul de lucru a adunat 22 de studenți români (15) și străini (șapte: trei greci, un sârb, un sirian, un italian, un german) pentru a putea păstra proporțiile pentru scenariul medic străin de mediul cultural în care profesează și diversitate confesională (ortodox, catolic, musulman, mozaic, neoprotestant).

S-a lucrat pe chestionar (46 de întrebări) și pe interviu direct. Chestionarul a fost gândit astfel încît să acopere cinci niveluri de informații:

a. informații generale despre respondent,
b. întrebări referitoare la practica medicală,
c. aspecte referitoare la o îngrijire medicală de foartă bună calitate a unui pacient diferit d.p.d.v. cultural față de medicul care îl tratează,
d. chestiuni dificile în relația medic – pacient (provenit dintr-o altă cultură) – răspunsul profesionistului din domeniul sănătății,
e. autoevaluarea nivelului de competență.

Chestionarul a fost completat în prezența cercetătorului. Rezultatele au fost seminarizate, discuțiile fiind, în fapt, cele care interesează lucrarea de față.

III. În rol principal, medicul

[1] https://www.dcnews.ro/cifre-incredibile-ca-i-medici-au-plecat-din-ara-in-ultimii-15-ani-exclusiv_500964.html
[2] M.N., 49 de ani, medic de familie
[3] ”Formarea competențelor clinice transculturale”, autor Alexandros Saltaouros.

Dezbaterile care au însoțit fiecare problemă ridicată au permis portretizarea tânărului viitor medic și o prioritizare a identificării soluțiilor pentru acoperirea hiatusurilor din comunicarea academică, în procesul de formare, precum și importanța pe care o au disciplinele umaniste în modelarea medicului contemporan.

1/3 dintre participanți consideră timpul acordat pacienților factorul numărul unu în reușita terapeutică. Majoritatea l-au recunoscut ca important, dar nu crucial.

Jumătate din membrii grupului sunt de părere că experiența clinică poate permite adaptarea la orice situație profesională și grăbește factorul decizional în momente de criză.

2/3 au subliniat faptul că medicul ar trebui să aibă noțiuni de medicină neconvențională, pentru că acestea ar putea fi de un real folos în relația cu pacientul, în captarea și consolidarea încrederii și în explicarea, de fapt, ”pe înțeles” a terapiei convenționale pe care o aplică. Menționăm că niciunul dintre membrii grupului nu a beneficiat personal de vreun tratament alternativ sau complementar. Se consideră importantă informația referitoare la acest gen de terapii doar din punctul de vedere al comunicării eficiente cu pacientul: ”Am citit și am și văzut unele lucruri. Aș vrea să știu cam tot ce au gândit oamenii despre boală și despre vindecare. Îmi place să călătoresc și să cunosc oameni. Știu cât este de important să înțelegi realitatea celor cu care intri în contact. Am fost în multe situații ciudate. În Vietnam, un prieten m-a invitat la masă. Se servea carne de câine. Până la urmă e vorba despre autocunoaștere, cam cât îți poți împinge limitele… .”[4]

De asemenea, au fost considerați factori determinanți în relația medic-pacient: o foarte bună cultură generală a medicului, atenția deosebită acordată cunoașterii prealabile nu doar a condiției patologice și conduitei terapeutice a pacientului pe care îl are în grijă, dar și a contextului familial și psihologic al acestuia, orientarea sa religioasă, condițiile în care un pacient migrant și-a părăsit țara, folosirea unei limbi comune în comunicare și gradul de alfabetizare al pacientului.

Referitor la îngrijirea medicală de foartă bună calitate a unui pacient diferit d.p.d.v. cultural față de medicul care îl tratează, răspunsurile au conturat un doctor calm, stăpân pe timpul său, care să se adapteze ritmului pacientului, să aibă capacitatea de a trasa un spațiu discursiv în care bolnavul să se simtă în siguranță și să-și reechilibreze confortul psihologic, gata ”să se povestească”, să-și deschidă straturile intime ale ființei, atingând zone pe care nici măcar nu le bănuia despre sine. De asemenea, același medic ar trebui să aibă un portofoliu de cazuri care să-i permită profunda responsabilizare și maturizare în profesie. Aici se poate aprecia, la justa valoare, importanța *funcțiilor narative* (Lieblich et al., 2006) care se referă, de fapt, la contextele sociale și culturale ale poveștii terapeutice.

Interesant este faptul că medicul tânăr este tot mai apreciat de pacienții de toate vârstele. Tinerii i se destăinuie mai ușor, vârstnicii îl privesc cu duioșia părintelui sau a bunicului (atuul vârstei pacientului asupra profesionistului care domină prin cunoaștere) ce are încredere în cel ce ”e interesat, acum învață, nu s-a săturat de muncă”[5] și care nu vorbește ”păsărească” cu oamenii. Este de remarcat distincția: oamenii-pacienți și doctorii. Chiar dacă nu mai sunt considerați de natură divină, medicilor li se recunoaște în continuare (de către pacienții în vârstă, adesea) apartenența statutară la un grup ermetic și greu abordabil de ”noi, oamenii”.

Chestiunile dificile în relația medic – pacient (provenit dintr-o altă cultură) – răspunsul profesionistului din domeniul sănătății, au completat acest portret.

Când pacientul se împotrivește din motive religioase unuia sau mai multor protocoale sau tehnici medicale (transfuzia de sânge, intervenția chirurgicală, transplantul de organe, avortul etc.), situațiile pot fi foarte greu de gestionat, ceea ce i-a condus pe tinerii noștri

[4] L.M., 24 de ani, student la medicină, Germania
[5] I.P. 78 de ani, bărbat, cardiac cu vechi antecedente

colegi la concluzia că, fiind imposibil de intervenit cu argumente logice, dacă pacientul refuză tratamentul, singura soluție rămâne abandonarea conduitei terapeutice propuse.

Dacă la aceasta se adaugă și cunoașterea insuficientă a limbii de comunicare, obținem o situație antropologică clasică: incompatibilitatea dintre grupuri, redefinirea identităților, rolul limbii în articularea dihotomiei: *om* și *mut* (străinul).

Aceasta este și coordonata cea mai sensibilă care impune identificarea unor metode de restabilire a comunicării și, de aici, necesitatea imperioasă a dezvoltării competențelor clinice transculturale.

Medicul contemporan conștient de rolul social al profesiei sale și de valoarea intrinsecă a acesteia, continuă misiunea statutar intelectuală, moștenită de generații, a nobilei arte medicale: este poliglot, are o impresionantă informație culturală, este un profesionist de primă mână.

Toți participanții la grup au ținut să sublinieze, imaginând scenarii și schimbând roluri și situații că interesul pentru profesie începe cu interesul pentru cunoașterea propriei persoane, a multor elemente din marea cultură universală, a principalelor religii și a relației pe care acestea o au cu practica medicală contemporană și, mai cu seama, în redescoperirea condiției mitologice a fiecărui individ și le-au însumat într-un singur cuvânt: respect. Medicul desăvârșit este cel care ”vorbește așa de frumos cu oamenii!”[6]

Tocmai de aceea, s-a insistat pe faptul că, în primul rând, prejudecățile medicului ar putea face dificilă relația cu pacientul. Solicitarea unui bolnav de a fi tratat de un medic femeie, respectiv bărbat, în funcție de natura bolii și de credința pacientului, a fost considerată o problemă extrem de serioasă pentru care ar trebui să existe soluție în orice tip de clinică.

Medicina contemporană este, sau cel puțin ar trebui să fie, și în școala românească de profil, o sumă a principiilor *medicinei bazată pe dovezi: Evidence-based medicine – EBM* (Suzanne Fletcher și David Sackett) adusă la un numitor comun cu *medicina bazată pe dovezi narative: narrative evidence based medicine - NEBM* (Rita Charon), o ecuație care pune în relație *corpul, mintea și sufletul: Soul Mind Body Medicine – SMBM* (Zhi Gang Sha).

Ultima parte a aplicației, cea referitoare la autoevaluarea competenței, aduce noi trăsături portretului generat de acest seminar.

Două treimi dintre participanți s-au declarat foarte siguri pe abilitatea lor de a inița și conduce o anamneză până la obținerea diagnosticului, pe baza durerilor descrise de pacient, indiferent de sistemul cultural din care acesta din urmă ar proveni. Toți se simt pregătiți să evalueze psihosocial un pacient. Aici, o notă bună este adusă disciplinelor umaniste din curriculum care permit dezvoltarea acestui tip de competențe: psihologie, medicină socială, antropologie culturală, limbi moderne aplicate, comunicare.

Problemele identificate țin de comunicarea diagnosticului și a conduitei terapeutice. Jumătate dintre respondenți (toți studenți în an terminal) nu se simt convinși că ar ști cum să transmită pe înțelesul pacientului afecțiunea de care suferă și modul în care ar trebui să participe la propriul proces de vindecare și tot atâția cred că nu ar ști cum să procedeze atunci când au de dat o veste proastă pacietului sau familiei acestuia (în ciuda seminariilor organizate pe această temă, foarte apreciate, dar considerate insuficiente). S-a solicitat exersarea supravegheată a acestor practici pe toată durata studiilor medicale. De asemenea, pentru că aproape două treimi dintre respondenți nu știu ce ar trebui făcut atunci când pacientul ar trebui orientat către alte servicii sociale și medicale, s-a solicitat o instruire și în acest sens. Este foarte adevărat că se fac seminarii și întâlniri tematice, dar e mult prea puțin în comparație cu importanța pe care acestea o au în succesul terapeutic și în cristalizarea timpurie a personalității profesionale.

[6] R.J., 24 de ani, studentă la medicină, Siria

IV. Act final

Formarea competențelor transculturale ale viitorului medic este, cu siguranță, un proces foarte complex. Ca orice proces, acesta nu se poate de la o zi la alta. Presupune o formare de lungă durată care începe încă din primul an de facultate și durează toată viața.

O atenție deosebită trebuie acordată permanent completării cunoștințelor de cultură generală ale medicului, buna înțelegere a diverselor sisteme de gândire și a normelor generale impuse de diversele credințe și curente religioase. În prezent, ignorarea informațiilor venite din această zonă pot crea blocaje în comunicare și chiar tensiuni inutile.

Un rol important într-o astfel de formare îl au comunitățile universitare internaționale. Atunci când studenții mediciniști se formează alături de colegi de pe toate continentele, înțelegerea omului și a caracterului său cultural este rapidă și profundă, creează spațiu discursiv: înțelegere, compasiune, empatie.

Dezvoltarea competențelor în comunicare este o condiție esențială în stabilirea unui dialog terapeutic eficient, iar pregătirea studentului medicinist în această direcție ar trebui reconsiderată și făcută cu mare responsabilitate, pentru că este factor determinant în orice act terapeutic de succes.

BIBLIOGRAPHY

1. Alonso, Y. „The biopsychosocial model in medical research: the evolution of the health concept over the last two decades". Patient education and Counselling, 53, 239-244 -Ong, L.M.L., 2004
2. Birkenbihl, Vera, "Antrenamentul comunicării sau arta de a ne înțelege", GemmaPress
3. Haes, J.C.J.M., Hoos, A.M., Lammes, F.B. "Doctor-Patient communication: a review of the literature" Soc.Sci.Med., 40, 7, 903-918, 1995
4. Haq, C., Steele, D.J., Marchand, L., Seibert, C., Brody, D. "Integrating the art and science of Medical Practice: Innovations in Teaching Medical Communication Skills". (Fam Med, 36, January suppl., S43-S50, 2004
5. Hazelton, Lara, „I Check My Emotions the Way You Might Check a Pulse . . ." Stories of Women Doctors‖, in Storytelling, Self, Society: An Interdisciplinary Journal of
   Storytelling Studies, 6:2, 132-144, 2010
   Lieblich, Amia, Cercetarea narativă. Citire, analiză și interpretare
6. Luca, Gabriela-Mariana. ""Pathos and iatros": initiation in narrative medicine." Journal of Romanian Literary Studies 08 (2016): 71-78.
7. Ong, L.M.L., De Haes, J.C.J.M., Hoos, A.M., Lammes, F.B. Doctor-„Patient communication: a review of the literature", Soc.Sci.Med., 40, 7, 903-918, 1995
8. Precht, David Richard, 2012, *Cine sunt eu? O călătorie prin mintea ta,* Litera
9. Sanson-Fisher, R.W., Fairbairn, S., Maguire, P. „Teaching skills in communication to medical students-a critical review of the methodology", Medical Education, 15, 33-37, 1981.