

CONTRIBUȚII DIDACTICE LA OPTIMIZAREA RELAȚIILOR DE COMUNICARE MEDIC-PACIENT

NASTASIU SILVIA



RS Global

NASTASIU SILVIA

**CONTRIBUȚII DIDACTICE LA OPTIMIZAREA
RELAȚIILOR DE COMUNICARE MEDIC-PACIENT**

**Ghid metodologic
la Disciplina Limba română pentru studenții alolingvi**

**RS Global
Warsaw, Poland
2020**

Prezenta lucrare a fost aprobată la ședința Comisiei Metodice de Profil Educație medicală a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova, proces-verbal nr.1 din 23 iunie 2020

Autor:

Nastasiu Silvia, dr. educație, asist. univ., Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova.

Consultant științific:

Goraș-Postică Viorica, dr. hab. pedagogie, prof. univ., Universitatea de Stat din Moldova.

Recenzenți:

Mincu Eugenia, dr. hab. filologie, conf. univ., Institutul de Filologie „B.P.-Hașdeu” din Republica Moldova

Afanas Aliona, dr. pedagogie, conf. univ., Institutul de Științe ale Educației din Moldova

Eșanu-Dumnazev Daniela, dr. pedagogie, conf. univ., Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova

Vîntu Victoria, dr. filologie, conf. univ., Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova

Sponsor:

S.C. Balkan Pharmaceuticals S.R.L., str. Nicolae Grădescu, mun. Chișinău, Republica Moldova, tel. oficiu: +373 22 536 160. *Fabrica de medicamente din Sîngera*, str. Industrială 7A, or. Sîngera, Republica Moldova, tel. oficiu: +373 22 536 160

DOI: 10.31435/rsglobal/022

Nastasiu Silvia

Didactic Assistance for Optimizing Doctor-Patient Communication. Methodological Guide for the Discipline Romanian as a Foreign Language for Medical Students. –Warsaw: RS Global Sp. z O. O., 2020. – 80 p.

ISBN 978-83-958980-4-4

The Methodological Guide to the Discipline Romanian as a foreign language for medical students Didactic assistance for optimizing doctor-patient communication is structured in 3 chapters: the first chapter includes conceptual milestones of competency-based education, data on the concept of competences and their role in modern education; the second chapter analyzes the concept of interpersonal communication versus linguistic competence including general considerations on the communication competence between linguistic knowledge and performance as an integral part of the competence formation process of doctor-patient interpersonal communication looked through the prism of medical terminology knowledge; the third chapter highlights pragmatic hypostases of formation/development of doctor-patient communication competence focused on Romanian medical language, as well, are presented practical reasonings for optimizing doctor-patient communication competence focused on specialized language and methodological recommendations for formation/development of doctor-patient communication competence within the Discipline Romanian as a foreign language for medical students. To attain the established objectives, the formation/development of doctor-patient interpersonal communication competence within the Discipline Romanian as a foreign language for medical students, we focused on the innovative teaching and creative learning of some curricular content and on contextualized use of a number of communication methods and techniques based on the development of critical and creative thinking such as: Ciorchinele; Mosaic; SINELG; Glottodrama, Cinquain, Project, etc.

According to therapeutic and ethical perspectives, the modern doctor should be able to create and maintain correct relationship with patients, their relatives, as well as in relationship with colleagues and society, etc. The modern doctor is able to effectively use communication techniques, request and provide information, correctly apply active listening, explanation, silence, paraphrasing, empathy, acceptance, etc. Physicians should receive adequate training that meets the patients' current needs and is based on their holistic approach.

ISBN 978-83-958980-4-4

© Nastasiu Silvia, 2020

© RS Global Sp.z O.O., 2020

CUPRINS

PREFAȚĂ	5
I. REPERE CONCEPTUALE ALE EDUCAȚIEI BAZATĂ PE COMPETENȚE	7
1.1. Considerații generale.....	7
1.2. Ipostaze conceptuale ale competenței.....	8
II. COMPETENȚA DE COMUNICARE INTERPERSONALĂ VERSUS COMPETENȚA LINGVISTICĂ	10
2.1. Considerații generale.....	10
2.2. Competența de comunicare între cunoașterea limbajului și performanță.....	12
2.3. Competența de comunicare medic-pacient prin prisma cunoașterii terminologiei medicale.....	18
III. IPOSTAZE PRAGMATICE DE FORMARE/DEZVOLTARE A COMPETENȚEI DE COMUNICARE MEDIC-PACIENT AXATE PE LIMBAJUL MEDICAL ROMÂNESC	21
3.1. Considerații generale.....	21
3.2. Raționamente practice de optimizare a competenței de comunicare medic-pacient axate pe limbajul specializat.....	22
3.3. Recomandări metodologice de dezvoltare a competenței de comunicare medic-pacient în cadrul Disciplinei <i>Limba română pentru studenții alolingvi</i>	27
BIBLIOGRAFIE	35
ANEXE	41

PREFAȚĂ

Prezentul ghid este o contribuție cu adevărat importantă în dezvoltarea competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la studenții alolingvi, într-un context didactic specific, care face parte dintr-un mediu social vulnerabil din multiple perspective. Autoarea a depus un efort considerabil pentru fundamentarea teoretică a relațiilor de comunicare dintre medici și pacienți în cadrul instituțional medical, dar și pentru valorificarea unei metodologii originale de predare-învățare-evaluare a limbii române, în sfera academică de la USMF.

Așa cum dna Nastasiu nu este la prima publicație în domeniul dat, în mod evident că s-au operat legături funcționale cu cele precedente, vezi Bibliografia, Ghidul vine să completeze resursele științifice și metodice din perspectiva relaționării *prin și pentru* comunicare decentă, responsabilă, pozitivă și constructivă.

În științele educației și în psihologia pozitivă se abordează tot mai mult, în ultimul timp, necesitatea asigurării stării de bine a copilului în grădiniță și la școală, a angajatului la locul de muncă, în instituțiile medicale se impune, la fel, în mod prioritar și, implicit, apare necesitatea mobilizării în crearea condițiilor pentru o stare bună de spirit a pacientului, în pofida disconfortului, suferinței și îngrijorărilor pin care trece din cauza bolii.

Impusă ca subiect și ca problematică în programul de studiu pentru formarea inițială a mediciniștilor, dezvoltarea competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la orele de limbă română de către mediciniștii alofoni, are șanse mai mari și mai realiste de încetățenire și evoluție firească, adecvată la nevoile individuale și complexe ale pacientului. Pe de o parte, normele morale de conduită verbală ale individului, pe de altă parte, standardele instituționale deontologice pot facilita dezvoltarea competenței de comunicare în condițiile în care mediile profesionale se confruntă cu disfuncții de relații și procese cotidiene diverse și inopinate.

Întrebarea unui student implicat în programul de formare la cercetarea pedagogică de doctorat, realizat de dna profesoară Nastasiu: Pe noi ne învățați atât de mult la această temă și înțelegem că trebuie să ne educăm asemenea competență, dar cine îl învață pe pacient??? Or, acesta și provoacă în multe cazuri probleme de comunicare ... Întrebarea poate rămâne retorică atâta timp cât o punem în mod tendențios și restricționist, raportând-o la nivelul general de cultură și de bunăstare a societății, la mentalitatea colectivă și la nivelul redus de încredere a cetățenilor în instituțiile publice. Evident, comunicarea interpersonală a medicului cu pacientul, orientată pozitiv și încurajator, feedback-ul constructiv și empatic se impun ca valori ale culturii organizaționale în instituția medicală, bazate pe stravechiul îndemn axiomatic: ”Nu dăuna!”

Și, nu în ultimul rând, strategiile didactice profesioniste, propuse și testate, ajută și la susținerea nelipsitului examen de conștiință, finalizat cu întrebarea: ”În

ce măsură am ajutat/pot ajuta pacientul, în relaționarea cu el, prin cuvinte, ton, tăcere și/sau atitudine, în pofida faptului că limba mea maternă este alta decât cea oficială a statului Republica Moldova?”, iar atâta timp cât putem contribui la aceasta, orice demers educațional de sporire a culturii comunicării și a stării de bine a medicului și pacientului, se justifică din plin.

Doamne ajută!

Viorica Goraș-Postică, dr.hab.,prof. univ, Universitatea de Stat din Moldova,
Vice-președintă CE PRO DIDACTICA

I. REPERE CONCEPTUALE ALE EDUCAȚIEI BAZATĂ PE COMPETENȚE

1.1. Considerații generale

Conform prevederilor Codului Educației al Republicii Moldova nr.152 din 17.07.2014, *idealul educațional al școlii din Republica Moldova* constă „în formarea personalității cu spirit de inițiativă, capabile de autodezvoltare, care posedă nu numai un sistem de cunoștințe și competențe necesare pentru angajare pe piața muncii, dar și independență de opinie și acțiune, fiind deschisă pentru dialog intercultural în contextul valorilor naționale și universale asumate” (art.6). Finalitățile procesului educațional în Republica Moldova se axează pe „formarea unui caracter integru și dezvoltarea unui sistem de competențe care include cunoștințe, abilități, atitudini și valori ce permit participarea activă a individului la viața socială și economică” (art.11).

Astfel, sistemul de educație din Republica Moldova, racordat la documentele și politicile de educație europene și internaționale, urmărește formarea următoarelor competențe-cheie:

- ✓ *competențe de comunicare în limba română;*
- ✓ *competențe de comunicare în limba maternă;*
- ✓ *competențe de comunicare în limbi străine;*
- ✓ *competențe în matematică, științe și tehnologie;*
- ✓ *competențe digitale;*
- ✓ *competența de a învăța să înveți;*
- ✓ *competențe sociale și civice;*
- ✓ *competențe antreprenoriale și spirit de inițiativă;*
- ✓ *competențe de exprimare culturală și de conștientizare a valorilor culturale.*

Toate aceste competențe-cheie sunt interdependente, iar accentul în educația modernă se pune pe gândirea critică, creativitate, inițiativă, rezolvarea problemelor, evaluarea riscurilor, luarea deciziilor și gestionarea constructivă a emoțiilor și sentimentelor.

În baza documentelor emise de Uniunea Europeană, competența este definită *ca o combinație de cunoștințe, aptitudini și atitudini adecvate contextului*. Competențele pot fi definite ca specifice domeniului – referitoare la cunoștințe, abilități și atitudini în cadrul unui anumit subiect sau unei discipline, sau transversale, atunci când ele au relevanță pentru toate domeniile.

Educația prin competențe vine să dea un sens inovativ procesului de cunoaștere/învățare, înlesnind circumstanțele reale de acumulare de cunoștințe, prin care studentul să fie motivat că tot ceea ce învață îi va fi de real folos în activitatea sa profesională.

Astfel devin insuficiente *conținuturile monodisciplinare*, ci devin necesare și obligatorii abordările *interdisciplinare*, creative și inovative.

În contextual educației actuale, o competență reprezintă capacitatea dovedită a studentului de a selecta, combina și utiliza adecvat cunoștințe, abilități și comportamente, valori și atitudini în situații concrete, pentru a realiza eficient și eficace o sarcină de învățare.

În concluzie, educația axată pe formarea de competențe nu reprezintă o iluzie, acestea nu se referă la o anumită cantitate de cunoștințe, abilități și alte achiziții, ci la rezultatul aplicării combinate a acestora pentru rezolvarea de situații concrete.

1.2. Ipostaze conceptuale ale competenței

Dicționarul Explicativ al Limbii Române explică termenul de *competență* ca „capacitate a cuiva de a se pronunța asupra unui lucru, pe temeiul unei cunoașteri adânci a problemei în discuție; capacitate a unei autorități, a unui funcționar etc. de a exercita anumite atribuții” (DEX, 2012, pag.212). În cercetările din domeniul educației i se oferă acestui termen un statut deosebit, acesta lărgindu-și semnificația prin noțiunea de *capacități, abilități și deprinderi*.

Luând ca bază teoria comunicării, termenul *competență* pătrunde în celelalte științe sociale, devenind decisiv în proiectarea modelelor educaționale.

Astfel, în cercetarea de doctorat (*Formarea competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la mediciiști*) venim cu următoarele dezvăluiri:

Cercetătoarea A. Afanas (2013) definește competența ca „rezultatul unui proces dinamic, este specifică unei situații și poate fi adaptată în alte situații (...)”, deducând următoarele caracteristici ale competenței: „competența nu se manifestă niciodată direct; este indisociabilă de activitatea subiectului și de singularitatea contextului în care ea se exercită; este structurată în mod combinatoriu și dinamic; este construită și evolutivă; este o dimensiune metacognitivă; are o dimensiune în același timp individuală și colectivă” (Afanas, 2013, p.17).

Cercetătorii F.M. Gerard et al. (2012), în lucrarea *Evaluarea competențelor*, explică diferențele existente în literatura de specialitate ale termenilor „*competence* – abilitatea de a realiza o sarcină particulară, și *competency* – caracteristici fundamentale care permit unei persoane să performeze bine într-o varietate de situații, care se identifică prin: accent pe cerințele ocupației; accent pe ceea ce persoana aduce/realizează în ocupația respectivă; focalizare psihologică; abordare holistică” (Gerard et al., 2012, p. 13). Autorii citați prezintă modurile diferite de derivare a competenței în felul următor:

Tabelul 1. Derivarea competențelor

(Davies et al., 1999, p. 41 apud Gerard et al., 2012, p. 14)

COMPETENCE: capacitatea de a performa activitatea la standarde satisfăcătoare. Competențele profesionale specifice și transfersabile	COMPETENCY: ceea ce o persoană face pentru a obține succesul în activitate. Competențele personale generice
Stabilește obiectivul principal al activității	Clasifică cerințele majore și criteriile de performanță ale activității
Identifică rolurile-cheie	Identifică performerii de succes ai activității – primii 10%
Identifică unitățile de competență	Compară trăsăturile și comportamentul lor cu al celorlalți angajați
Identifică elementele fiecărei unități de competență	Formulează competențe-cheie
Precizează criteriile de performanță și gama de variabile în care pot fi aplicate	Dezvoltă, la oameni, aceste competențe
Formează și evaluează adecvat	

În opinia cercetătoarei M. Ianioglo, competența „reprezintă un nivel de performanță bazat pe cunoaștere, priceperi, deprinderi, atitudini și un optim motivațional, care determină eficiența subiectului într-o activitate” (Ianioglo, p. 114).

Competența, în înțelegerea noastră, nu se referă doar la elementele cognitive – utilizarea teoriei, conceptelor sau cunoștințelor, dar însumă și aspectele funcționale care reclamă abilități tehnice, particularități interpersonale – abilități sociale sau organizatorice și valori etice.

Competența, după M. Ștefan (2006), este „un sistem de cunoștințe, abilități, deprinderi și aptitudini, bine structurat și temeinic însușit, care asigură elevului posibilitatea de a identifica și de a rezolva, în mod eficient, problemele dintr-un domeniu anume al activității umane” (Ștefan, 2006, p. 57).

Competența este modul în care ființa umană însușește anumite deprinderi, abilități sau aptitudini, pentru a face față unor anumite situații, este o caracteristică individuală care e indisolubil legată cu eficiența performanțelor.

Cercetătoarele O. Dandara și E. Muraru (2003) consideră că o competență este deseori prezentată în literatura de specialitate ca și „capacitate de realizare a ceva dificil” (apud Dumbrăveanu et al., 2003, p. 14).

Competența este „ansamblul structurat, articulat de cunoștințe, deprinderi, capacități și aptitudini care permit unei persoane să rezolve o problemă într-un domeniu profesional, într-un timp scurt, cu cel mai bun rezultat” (Tanase, p. 3).

Realitatea noastră profesională este atât de diferită, încât fiecare profesie în parte, pe lângă competențele specifice profesiei (competențe profesionale), necesită și alte tipuri de competențe: de comunicare interpersonală – abilitatea de a interacționa verbal și nonverbal în procesul de relaționare.

Competența mai este înțeleasă ca și capacitatea de a formula unele idei despre ceva, având motivarea cunoașterii problemei în cauză, în profunzime.

Profesorul Vl. Guțu (2013) definește competența ca „set de capacități nedeterminate, (...) integrare a cunoștințelor, capacităților și atitudinilor, (...) însușiri acționale și operaționale care, împreună cu cunoștințele, deprinderile și experiența necesară, conduc la acțiuni eficiente și de performanță” (Șevciuc et al., 2013, p. 39).

Cercetătoarea M. Șevciuc (2013) afirmă că „competența nu poate fi definită drept sumă a cunoștințelor și deprinderilor, deoarece se manifestă în condiții concrete. A fi competent înseamnă a mobiliza într-o situație concretă cunoștințele însușite și experiența” (Șevciuc et al., 2013, p. 48).

Competența, în sine, este capacitatea de a aplica cunoștințele obținute în situații concrete, în activitatea profesională.

În această ordine de idei, noțiunea de *competență* o înțelegem ca o combinație de cunoștințe, aptitudini și atitudini adecvate contextului, care desemnează abilitatea de a aplica rezultatele învățării, în mod adecvat, într-un context stabilit.

Suntem de acord cu profesorul L. Șoitu (2002), că „formarea și dezvoltarea competențelor se realizează prin trei modalități recunoscute: *inițială*, înainte de viața activă; *continuă*, pe parcursul întregii activități profesionale; și *directă*, impusă de o profesie anumită, pentru care nu a existat o pregătire specială” (Șoitu, 2002, p. 56).

În concluzie, putem afirma că educația bazată pe competențe presupune o serie de dimensiuni noi, cum ar fi: dezvoltarea la studenți a capacităților de rezolvare dependentă a problemelor, formarea experienței individuale de rezolvare a dificultăților cognitive sau comunicative, accentuarea urmăririi modului de realizare a finalităților asumate, acordarea unui sens nou procesului de învățare etc.

II. COMPETENȚA DE COMUNICARE INTERPERSONALĂ VERSUS COMPETENȚA LINGVISTICĂ

2.1. Considerații generale

În urma cercetării numeroaselor lucrări din domeniul comunicării am remarcat, că termenul *comunicare* nu se poate conforma conceptului de definiție, deoarece este în permanentă schimbare și reinterpretare și ar fi destul de dificil să cataloghezi astfel de lucruri în ceva restrictiv, cum s-ar cere de la un concept. Mulți dintre cercetători continuă încă să-și pună întrebări existențiale cu privire la procesul comunicațional: despre modul în care comunicăm, cum înțelegem

comportamentele altora în raport cu procesul de comunicare și ce consecințe are comunicarea asupra realității noastre obiective, dar și a relațiilor interpersonale.

Cercetătorul I.-O. Pânișoară (2015) în lucrarea *Comunicarea eficientă* afirmă că „termenul *comunicare* se prezintă sub forma de aglomerări conceptuale cu multiple ramificații (...), cuprinzând procedural un mare număr de științe” (Pânișoară, 2015, p. 14).

Cercetătoarea M. Ianioglo susține că „comunicarea, reprezintă un act social deliberat sau involuntar, conștient sau nu, unul dintre actele care stau la baza legăturii sociale, este un potențial mijloc de a promova relații sociale interindividuale armonioase, dar și o sursă de influență” (Ianioglo, p. 113). Educația este domeniul primordial al organizării sociale și al culturii, în care „se regăsesc toate caracteristicile comunicării general-umane, iar notele distinctive sunt date de faptul că aceasta este influențată în forme, mijloace și conținut, în dependență de scopurile specifice activității educaționale” (Vlădescu, 2013, p. 19).

Prof. L. Sadovei (2008) susține că „comunicarea se rezumă la satisfacerea trebuințelor, provocată și păstrată ori amplificată de cele două părți, trăsătura esențială fiind construirea relației, fapt ce confirmă opțiunea științifică pentru dimensiunea relațională, componentă obligatorie a competenței de comunicare didactică” (Sadovei, 2008, p. 8).

D. Eșanu-Dumnazeu (2017) susține, în aceeași ordine de idei: „comunicarea este o modalitate reală de interacțiune între interlocutori, un schimb continuu de diferite mesaje, care stabilește o relație ce poate influența calitativ menținerea sau schimbarea comportamentului individului sau de grup” (Eșanu-Dumnazeu, 2017, p. 15).

La nivel intuitiv, „cuminecarea” din înțelesul pe care îl identifică filosoful român Constantin Noica: „Comunicarea nu e totul (...). Comunicarea este de ceva, cuminecarea e în sânul a ceva, întru ceva. Comunicarea e de date, de semnale sau chiar de semnificații și înțelesuri; cuminecarea e de subînțelesuri. Viața și societatea nu ar fi nimic fără înțelegere și înțelesuri, dar ar fi totdeauna prea puțin fără subînțelegere și subînțelesuri” (Noica, 1987, p. 189).

A comunica nu înseamnă doar a vorbi, a transmite niște cunoștințe sau simple informații, niște noțiuni ori concepte generale, a primi și a oferi răspunsuri. Prin comunicare ne clădim propriul eu/sine și o manieră individuală a înțelegerii existenței proprii, dar și a celor din jur. Ne *cuminecăm* cu ceilalți și cu noi înșine, devenind făuritori de sensuri și semnificații, dar și pătrundem la cele mai tănuite unghere ale gândirii.

După cum se poate lesne remarca, definițiile comunicării se înscriu într-o arie foarte largă, care se mărginește la un capăt de înțelesul larg *transfer*, iar la celălalt capăt, de înțelesul restrâns *schimb verbal de gânduri sau idei*.

Dezvoltarea *competenței lingvistice*, a „limbajului ca demers de construcție a comunicării și a vieții” în context didactic universitar sunt acceptate ca prioritate, deoarece „educația prin limbaj și limbajul pentru educație conduc prioritar la dezvoltarea competenței de comunicare interpersonală (...) dar, totodată, reprezintă și

„expresivitatea propriei comunicări verbale și/sau scrise și valoarea sa intelectuală, care îi edifică și îi fundamentează construcția axiologică” (Vicol, 2016, pp. 78, 80).

Educația din perspectiva psihopedagogică și psiholingvistică a studenților de la medicină prezintă posibilitatea de a se familiariza cu valoarea limbii și a limbajului medical care se integrează pregnant în formarea competențelor de comunicare medic-pacient, dar și în formarea competențelor etice sau morale, cât și comportamentale.

2.2. Competența de comunicare între cunoașterea limbajului și performanță

Conform *Cadrului European Comun de referință pentru limbi: învățare, predare, evaluare*, competența de comunicare include competența lingvistică, sociolingvistică și pragmatică. În sens didactic, *competența lingvistică* înseamnă abilitatea de a utiliza reguli gramaticale, a formula expresii, enunțuri și de a le întrebuiți corespunzător în contexte. Prin urmare, un bun emițător trebuie să posede capacități de monitorizare a procesului de studiu pentru a fi îndreptat spre achiziționarea competențelor care i-ar asigura o activitate profesională eficientă, având drept rezultat performanța profesională.

În accepțiunea prof. V. Goraș-Postică (2013) *competența de comunicare* interpersonală este un deziderat primordial în actul educațional postmodern „deoarece capacitatea individului de a se angaja eficient într-un act de comunicare și negociere, pe temeiul unor cunoștințe și abilități profunde și largi, constituie o trăsătură definitorie a specialistului modern” (Șevciuc et al., 2013, p. 207).

Cercetătorul Chomsky (1965), în lucrarea sa *Aspects of the Theory of Syntax* a trasat o distincție clasică între *competență* – cunoașterea limbajului și *performanță* – folosirea limbajului în situații reale, unde a și definit conceptele de competență și performanță.

Mai târziu, unii cercetători au optat pentru o viziune comunicativă în lingvistica aplicată și și-au exprimat dezaprobarea față de ideea folosirii conceptului de competență idealizată, pur lingvistică, ca temei teoretic al metodologiei de predare/învățare și testare a limbilor. Ei au optat pentru o alternativă la conceptul lui Chomsky, de competență în competența comunicativă a lui Hymes, despre care credeau că este o noțiune mai largă și mai realistă de competență. Anume Hymes (1972) definește competența comunicativă nu numai ca o competență gramaticală inerentă, ci și ca abilitatea de a folosi competența gramaticală într-o varietate de situații comunicative, aducând perspectiva sociolingvistică în perspectiva lingvistică a competenței lui Chomsky, desemnând importanța cunoașterii în comunicarea socială, care poate fi studiată, doar în baza efectelor produse în mintea oamenilor.

În 1979, după Habermas, competența comunicativă a încorporat dimensiunea sintactică a lui Chomsky (gramatica generativă) și semantica pragmatică – „menționând că fiecare act de comunicare trimite la: a) exprimarea pe

înțeles; b) afirmarea propoziției de cunoaștere; c) stabilirea unor relații sociale corecte; d) relevarea experienței vorbitorului” (Habermas, 1979, p. 29).

Ulterior, conceptul a fost extins de cercetătorul Piepho (1974), iar Canale și Swain (1980) și Canale (1983) au perceput *competența de comunicare* ca o sinteză a unui sistem de cunoștințe și abilități care formează, în sine, conceptul de comunicare. Conform acestui concept, cunoașterea se referă la cunoștințele (conștiente sau inconștiente) ale unui individ despre limbă și despre aspectele utilizării limbajului. Potrivit acestora, există trei tipuri de cunoștințe:

- cunoașterea principiilor gramaticale care stau la bază;
- cunoașterea modului de utilizare a limbajului, într-un context social, pentru a îndeplini funcțiile de comunicare;
- cunoașterea modului de a combina declarațiile și funcțiile de comunicare cu principiile discursului.

În plus, conceptul lor se referă la modul în care o persoană poate folosi cunoștințele în actul de comunicare. După Canale (1983), calificarea necesită o nouă distincție între capacitatea de bază și manifestarea ei în comunicarea reală, adică în performanță.

În încercarea de a clarifica conceptul de competență comunicativă, Widdowson (1983) a făcut o distincție între competență și capacitate. În definirea acestor două noțiuni el a aplicat perspective pe care le-a obținut în analiza pragmatică a discursului. În acest sens, a definit competența, adică competența comunicativă, în ceea ce evidențiază cunoașterea convențiilor lingvistice și sociolingvistice. Sub capacitate, pe care deseori o numește capacitate procedurală sau comunicativă, el a înțeles abilitatea de a folosi cunoașterea, ca mijloc de a crea sens într-o limbă. Potrivit lui, capacitatea nu este o componentă de competență. Nu se transformă în competență, ci rămâne o forță activă pentru continuarea creativității (după Widdowson, 1983, p. 27). Având, în acest fel, competența de comunicare definită, Widdowson este primul care, în reflecțiile sale privind relația dintre competență și performanță, acordă mai multă atenție performanței sau utilizării reale a limbajului. Mai apoi, teoria competenței comunicaționale a fost completată prin studiile lui Savignon (1983), Taylor (1988) și Bachman (1990) etc.

În acest context devine important și elucidarea celor mai importante *modele ale competenței de comunicare*, dintre care evidențiem:

Modelul Canale și Swain (1980). Cercetătorii Canale și Swain (1980) atenționează asupra faptului că în comunicare predomină normele de folosire a limbii, redundante normelor de gramatică, că aceasta înglobează *competența lingvistică* în înțelesul totalmente acceptat al competenței comunicative, pe care îl reprezintă în felul următor:

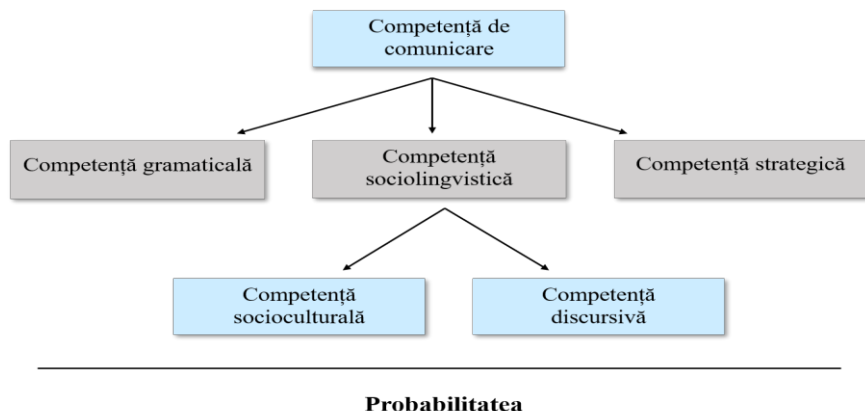


Fig. 1. Modelul competenței comunicative Canale și Swain
(după Johnson și Johnson, 2002, p. 66)

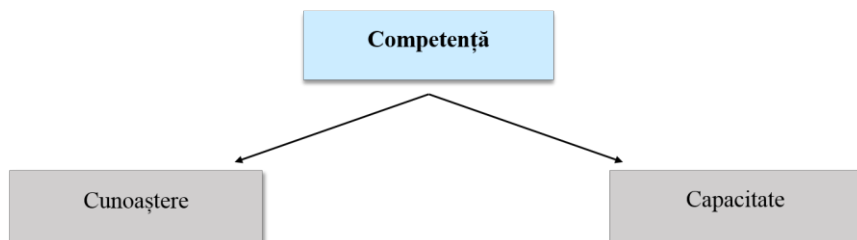
Așadar, în acest model diferențiem dimensiunile: gramaticală, sociolingvistică, strategică; dimensiunea sociolingvistică, incluzând și competențele discursivă și socioculturală.

Competența gramaticală este condiționată de posedarea vocabularului, a ortografiei, sintaxei etc.; *competența sociolingvistică* este abilitatea utilizatorului de a întrebuiți limba în diferite contexte sociolingvistice, de a ajusta formele gramaticale funcțiilor comunicative în variate contexte sociolingvistice.

Competența discursivă este capacitatea de înțelegere și producere discursivă a textelor; *competența strategică* se referă la compensatoare ale dificultăților de exprimare (gramaticală, sociolingvistică sau discursivă): parafraze, cerere de repetare, clarificare, vorbire mai rară, identificarea mecanismelor coezive corecte etc. adică *compensarea comunicativă* (după Peterwagner, 2005, p. 12). Cercetătorii citați reactualizează termenul de *ability for use* (capacitate de utilizare), introdus de Hymes, care desemna capacitatea de utilizare a limbii în funcție de ierarhia socială, atribuindu-i statut de performanță comunicativă.

Modelul lui Widdowson. Cercetătorul Widdowson (1983, 2007), la rândul său, dezvoltă intervenția lui Canale și Swain în acest domeniu și face o diferențiere între conceptele de cunoaștere, cunoașterea convențiilor lingvistice și sociolingvistice, și capacitate, capacitatea utilizării cunoașterii.

Widdowson, afirmă R. Peterwagner (2005), menționa faptul că a poseda o limbă este nu doar cunoașterea configurației lingvistice a acesteia, ci implică și o altă percepție – realizarea procesului de interacțiune în baza sintaxei (Peterwagner, 2005, p. 13). Dacă *cunoașterea* o putem percepe ca utilizarea unor norme în codul lingvistic, atunci folosirea limbii o putem înțelege drept capacitate de utilizare a gramaticii:



Competență gramaticală = posibilitate

Competență practică = nivel de îndeplinire, adaptare și potențialitate

Fig. 2. Competența comunicativă – Modelul Widdowson
(după Peterwagner, 2005, p. 13).

Deci *cunoașterea* poate fi descrisă cu termenii *analysability* (cunoașterea posibilă de analiză a reprezentărilor mentale) și *accessibility* (cunoașterea rapidă în utilizarea limbii).

Astfel, *cunoașterea posibilă de analiză* fundamentează învățarea unei limbi, iar *cunoașterea accesibilă* este importantă în demersul comunicativ; ambele constituind o precondiție una pentru cealaltă.

Modelul lui Lyle F. Bachman. Modelul propus de Bachman (1990, p. 85) al competenței comunicative – *communicative language ability*, cuprinde următoarele componente: *competența lingvistică* – care indică unele elemente utilizate în comunicare prin intermediul limbajului; *competența strategică* – capacitatea mentală de implementare a competenței lingvistice în utilizarea contextualizată a limbajului; *mecanismele psihofiziologice* – care se referă la procesele neurologice și psihologice, considerate ca fenomene fizice, necesare utilizatorului în întrebuințarea limbajului.

În accepțiunea lui Bachman (1990), competența lingvistică se referă la *două dimensiuni esențiale: organizațională și pragmatică*. *Competența organizațională* se constituie din elementele care se referă la structura formală a limbajului, competența gramaticală (vocabulary, morphology, syntax, phonology/graphology etc.) și cea textuală, cuprinzând cunoașterea convențiilor pentru conglutinarea elementelor de discurs într-un text coerent, în baza regulilor coeziunii și organizării retorice (Bachman, 1990, p. 87-97).

Competența pragmatică, după Bachman (1990), se referă la relațiile dintre unitățile discursive, actele și funcțiile pe care utilizatorii limbii încearcă să le îmbunătățească prin aceste unități declarative.

Modelul competenței comunicative a lui Bachman este unul de analiză profundă, complexă prin descrierea amănunțită a elementelor din care se constituie competența de comunicare ca *competență lingvistică comunicativă*.

Competența lingvistică este caracterizată prin valoarea unor deprinderi de exprimare a opiniilor, gândurilor etc., capacitatea de expunere (în scris și oral) corectă și pregnantă a acestora. Competența de comunicare, de fapt, devansează *competența lingvistică*, deoarece *cunoașterea limbii, a sistemului lingvistic* nu este îndeajuns pentru a comunica, aceasta impulsionează clauza contextului în care se realizează actul comunicării. *Competența lingvistică* este înțeleasă ca *deținerea abilităților de folosire a cuvântului cu variate semnificații, de a crea limba și a produce sau a înțelege enunțuri, de a manevra un limbaj în baza cunoașterii lingvistice, redat în formularea mesajului*, „competențe directe, competențe lingvistice, discursive, situaționale, paraverbale; competențe indirecte, mediate: competențe psiholingvistice, intelectuale, sociale, culturale, informaționale” (Șoitu, 2002).

Competența lingvistică, după unii cercetători „însumează cunoștințele și deprinderile lexicale, fonetice, sintactice și alte dimensiuni ale sistemului unei limbi, independent de valoarea sociolingvistică a variațiilor sale și de funcțiile pragmatice ale realizărilor sale” (Blajin, Duhlicher, 2013).

Competența lingvistică conține abilități, care se bazează pe elementul de conștientizare asupra fenomenului de dirijare a fluxului comunicativ ca ansamblu, proces general și fenomen în perpetuă mișcare, la cunoștințele intuitive ale regulilor gramaticale, ce stau la baza vorbirii. Aceste cunoștințe se referă la unitățile, structurile și mecanismul de funcționare a codului limbii: fonologie, morfologie și sintaxă.

După Afanas (2009), *competența lingvistică* conține „cunoașterea resurselor formale, pe baza cărora se elaborează și se formulează mesaje corecte și semnificative, cât și se identifică abilitățile de folosire. Componentele competenței lingvistice sunt: subcomponentele lexicală, gramaticală, semantică, fonologică, ortografică și ortoepică” (Afanas, 2009, p. 10).

Prin formarea și dezvoltarea *competenței lingvistice* înțelegem: *capacitatea intelectuală cu privire la dezvoltarea capacităților de gândire analitică, dar și creativă, prin practicarea rațională a limbii, stabilirea unor reguli și modele de bază ale comunicării orale și scrise, activarea cunoștințelor de limbă și adaptarea acestora la particularitățile situației de comunicare*.

Modelul lui D. Torrington. Sub aspect didactic, ne relatează cercetătoarea Afanas (2013), „este foarte util modelul lui Torrington, deoarece acesta ne oferă o viziune procesual-instrumentală asupra fenomenului comunicării, cu funcționalitatea unor puncte de control pertinente în evoluția acestuia (accentul se pune pe activitățile rezultate, și anume pe cele de codare și, respectiv, de decodare a mesajului), ceea ce permite realizarea competenței în plan practic (Torrington, 1991, p. 137 apud Afanas, 2013, p. 8), care se centrează pe trei componente principale: *stadiul, procesul și punctele de control*. *Stadiul* este constituit din următoarele componente: *codarea, transmiterea, mediul, receptarea, decodarea și feedback-ul*, prin *proces* se înțelege cum funcționează fiecare component prin *punctele de control*. Acest model îl prezentăm în următorul tabel:

Tabelul 2. Modelul de comunicare a lui Torrington (1991)

(adaptat de Afanas, 2013, p. 7)

Stadiul	Procesul	Punctele de control
<i>Codarea</i>	Decizia asupra mesajului. Selectarea cuvintelor potrivite. Perceperea receptorului ca persoană.	Clarificarea obiectivelor. Percepția asupra așteptărilor receptorului. Perceperea impactului emoțional al mesajului
<i>Transmiterea</i>	Selectarea mediului de transmitere potrivită a mesajului. Trimiterea mesajului. Oferirea semnalelor nonverbale.	Atenția asupra numărului de idei transmise. Consistența dintre mesajele verbale și cele nonverbale. Observarea nivelului de apropiere a mesajului.
<i>Mediul</i>	Controlarea posibilităților de perturbare a transmiterii mesajului. Limitarea apariției distorsiunilor la nivelul mesajului.	Evitarea întreruperilor și zgomotelor. Observarea mediului de transmitere.
<i>Receptarea</i>	Primirea mesajului. Ascultarea interactivă.	Atenția asupra propriilor expectații privind mesajul. Găsirea unor modalități de testare a înțelegerii mesajului.
<i>Decodarea</i>	Oferirea de sens mesajului. Perceperea emițătorului ca persoană.	Clarificarea înțelesului dorit de către emițător. Identificarea motivațiilor transmiterii mesajului. Cum procedează emițătorul dacă mesajul nu întrunește credințele și opțiunile valorice ale receptorului.
<i>Feedback</i>	Codarea răspunsului. Inițierea noului mesaj.	Pentru derularea în continuare a comunicării: zâmbet, aprobări etc. Pentru a opri comunicarea: exprimarea dezinteresului, oprirea contactului vizual.

Astfel, *cunoașterea posibilă de analiză* fundamentează învățarea unei limbi, *cunoașterea accesibilă* este importantă în demersul comunicativ; *abilitatea lingvistică comunicativă*, care este indisolubil necesară actului comunicațional, realizarea competenței în plan practic, care se centrează pe trei componente principale: *stadiul, procesul și punctele de control*, constituite din următoarele componente: *codarea, transmiterea, mediul, receptarea, decodarea și feedback-ul*, - toate constituind, de fapt, o precondiție una pentru cealaltă pentru realizarea cu succes al actului de comunicare interpersonală. Limbajul devine „instrument și

proces intelectual de valorizare a funcționalității limbii (...), dat fiind că limba semnifică un complex de simboluri coordonate lucrurilor și raporturilor de fapte (...) „identifică realitatea emoțională a omului și condiția sa morală” (K. Buhler, apud Vicol, 2016, pp. 87, 90).

Competența lingvistică este parte integrantă a procesului de comunicare prin formarea atitudinilor, valorilor și a unor comportamente centrate pe conștientizarea valorilor spirituale și etice vehiculate prin limbă, cât și a înțelegerii semnificației limbii în diverse contexte și a integrării acestora în universal.

2.3. Competența de comunicare medic-pacient prin prisma cunoașterii terminologiei medicale

Din necesitatea de a cunoaște, a recunoaște și a manevra lucrurile se produce cunoașterea terminologiei specifice unui anumit domeniu al vieții cotidiene, întrucât limbajul este, după Saussure (2003) „o instituție umană (...) ce exteriorizează raportul natural dintre lucruri care (...) se conservă de-a lungul vremii ca element conducător și rămâne stabil dincolo de orice schimbare”, considerând că există „trei *proprietăți importante ale limbajului*:

- *productivitatea*, care se referă la infinitatea enunțurilor ce pot fi produse într-o limbă;
- *dualitatea structurii limbajului* presupune că putem întâlni structuri cu sens și structuri fără sens;
- *referința simbolică arbitrară* – atribuirea arbitrară a înțelesurilor, ceea ce contribuie la productivitatea limbajului” (Saussure, 2003, p. 221).

Astfel, comunicarea interpersonală specializată se produce prin limbajul/terminologia specifică unei pregătiri profesionale distincte. Acest domeniu începe să interese savanții de pe la sfârșitul sec. al VIII-lea începutul sec. XIX-lea, elaborând concepte, care „revendică nu numai instrumente lingvistice corespunzătoare, ci și procedee specifice de armonizare a terminologiei” (Butiurca, 2015, p. 39). Terminologia, în general, este o știință interdisciplinară, îmbinând *lingvistica cu comunicarea specializată*, stabilind relații cu logica, ontologia, teoria comunicării etc. Cercetătoarea Butiurca (2015) relevă faptul, că „conceptul și termenul sunt două fațete diferite, aparținând aceleași monede. Un concept nu poate fi cunoscut în sine. Este o reprezentare mentală, o unitate cognitivă, produs al generalizării obiectelor/lumii reale” (ibidem, p. 51).

În opinia cercetătorului F. Rastier (1995) *termenul* este «unitatea dintre gândirea rațională și limbă, un concept este preexistent termenului. *Termenul* este „un cuvânt” supus restricțiilor. Procesul de formare a termenilor este conceput drept un proces „*ontologic*” al cărui rezultat este universalitatea prezumtivă a conceptului» (apud Butiurca, 2015, p. 57).

Unii cercetători (Coșeriu, Vicol) disting *trei niveluri de cunoașteri (cunoștințe) lingvistice*:

• „*cunoașterea locuțională*, ce vizează cunoașterea limbii vorbite, uzuale, deci «(...) cunoașterea generală a lucrurilor care se manifestă atât în ceea *ce se spune*, cât și în *modul în care se spune*, precum și în ceea *ce nu se spune* și în *modul în care nu se spune*» (Coșeriu, 2005, p. 403);

• *cunoașterea idiomatică* – aplicarea regulilor unei limbi în altă limbă vorbită;

• *cunoașterea expresivă* – este proprie nivelului textului sau discursului din cadrul unei limbi, «cunoașterea vorbirii expresivă este sesizată în situații determinate, în concordanță cu tipurile de factori ai fiecărei situații în care se vorbește, în concordanță cu lucrurile de care se vorbește și cu circumstanțele în care se vorbește» (Vicol, 2016, p. 131), (Nastasiu et al., 2019b, p. 164).

Michael Hall (2008) afirmă că „limbajul acționează precum un meta-proces deasupra și dincolo de experiențele primare, există tot felul de lucruri pe care le putem face prin intermediul limbajului (Hall, 2008, p. 10). Pentru Augustin (1955) o mare parte din utilizarea noastră a limbajului implică un limbaj performativ; «a spune ceva înseamnă a face ceva, sau spunând ceva, facem ceva», iar Curch (1961) a dus mai departe această idee: «Cuvintele nu au înțelesuri, ci funcții (...) rezultate din modul în care cuvintele funcționează în diverse contexte» (apud Hall, 2008, p. 10).

Suntem de acord cu cercetătoarea Mincu (2017) că în orice domeniu de activitate este indiscutabil *necesară cunoașterea terminologiei specializate pe lângă cunoașterea limbii în general*, care precizează că „necesitatea terminologică survine din necesitățile sociale de a cunoaște, de a recunoaște și de a manipula lucrurile. Această regulă, raportată la practica limbajului, este valabilă pentru toate domeniile de activitate socială; (...)» (Mincu, 2017, p. 14).

Termenul de *limbaj* în Dicționarul Explicativ al Limbii române (2012) este definit ca „sistem de sunete articulate apărut odată cu gândirea, dezvoltat odată cu ea într-o unitate indisolubilă și devenit învelișul material al acesteia; procesul lingvistic ca atare, desfășurat în actul comunicării; este limba în acțiune, concretizarea ei, a sistemului, în comunicarea verbală dintre oameni, în vorbire”, evidențiind că limbajul are mai multe *aspecte*: un *aspect fizic* – sonor, un *aspect semantic* – ideal, un *aspect fiziologic*, un *aspect psihic*, un *aspect neliterar*, un *aspect literar*, un *aspect oral* și un *aspect scris*.

Limbajul este codul cel mai eficient de comunicare interumană, este un mijloc primordial de cunoaștere și realizare a necesităților umane de relaționare. Limbajul reprezintă *vorbirea*, este un mijloc de exprimare a sentimentelor, de exteriorizare a gândurilor, a ideilor, de explicare a comportamentelor etc.

Asimilarea limbajului devine o activitate complexă, fiind un sistem de comunicare redutabil, o unealtă cu care oamenii influențează lucrurile, dar și deciziile altor oameni, o sursă de perpetuă informare și schimb de cunoștințe. Alegerea cuvintelor în procesul de relaționare este un act destul de complex, deoarece acestea reflectă realitatea raporturilor dintre lucruri și relația propriu-zisă, care au menirea să atribuie semnificație fiecărui caz în parte. În limbaj este esențial ca expresia enunțată să fie inteligibilă, sisizată la adevărata sa valoare, fiindcă

înțelegerea acestora depășește cuvântul, el reprezintă o acțiune dublă – comunicatorii se influențează reciproc. Cuvântul este expresie și conținut în actul comunicational, semnificând realitatea imediată a limbajului în context socio-cultural, informational, structural și profesional.

Cercetătorul Vicol remarcă că „limbajul reprezintă permanența necesară a lumii: lumea este adusă și menținută în ființă prin cuvânt – unificare prin intensitatea sensurilor, și prin limbaj – radierea în expresivitatea sensurilor” (Vicol, 2016, p. 36).

Pe bună dreptate afirmă Coșeriu că „deopotrivă și limbajele tehnice (...) corespund tradiției care se referă la cunoașterea lucrurilor înseși; aceasta e valabil nu numai pentru limbajele științelor și ale tehnicilor stabilite ca atare, ci, de asemenea, pentru lexicul științei și al tehnicii populare: pentru tot ceea ce într-o tradiție lingvistică este „nomenclatură (...); și, pe de altă parte, este întru totul posibil să știi bine o limbă și să nu știi, de exemplu, numele de flori sau de pești” (Coșeriu, 2000, p. 253).

De altfel, și în instruirea mediciniștilor este necesară cunoașterea izvoarelor termenilor medicali, astfel aceștia cunosc, însușesc și înțeleg esența „*lucrurilor medicale*” prin limbajul medical românesc. *Limba medicală presupune un areal de cunoaștere complementară, care cuprinde diferite date, indicații, variate concepte dintr-un domeniu specializat*, „fiind o reprezentare motivată, deoarece: cunoștințele specializate pe care le propune nu coincid cu cele generale, ci sunt căpătate prin cunoaștere suplimentară; semnificația unităților terminologice nu coincide cu semnificația cuvântului din limba generală: *șa* → *șaua turcească* a cutiei craniene (domeniul medicinei, anatomie: *șaua turcească*, cuprinde o depresiune, numită fosă hipofizară, care găzduiește hipofiza, o glandă endocrină. Acest bloc osos a fost numit *sella turcica* (*șaua turcească*), deoarece reamintește șaua utilizată de către turci și arabi, care presupune un suport și în față); termenii sunt unitați de vorbire care concentrează densitatea cunoștințelor specializate; precizia unei informații terminologice este asigurată prin folosirea termenului de către specialist, în comunicarea specialist → specialist; specialist → pacient etc.” (Mincu, 2017, p. 14).

Limba specializată sau profesională are ca scop transmiterea de mesaje între membrii unui grup specific din societate, care au aceeași pregătire profesională și folosesc un limbaj specializat, astfel „comunicarea profesională își poate dezvolta elementele de codificare, transmitere și decodificare a mesajului, specifice, adesea inteligibile doar de membrii aceluiași grup social, respectiv categorii profesionale” (Dumitrașcu, 2013, p. 11). Cunoașterea limbajului specializat este absolut necesară în procesul de instruire a viitorului specialist, pe lângă cunoașterea limbii propriu-zise și a terminologiei specifice: în economie – cunoașterea terminologiei economice; în construcție – cunoașterea terminologiei ingineresti; în medicină – cunoașterea terminologiei medicale etc.” (Nastasiu et al., 2019, p. 165).

În concluzie putem afirma că competența de a folosi termeni specifici într-un context dat, cu diverși interlocutori este, de fapt, cunoașterea terminologiei specifice și abilitatea de folosire a limbajului specializat în contexte profesionale diverse.

III. IPOSTAZE PRAGMATICE DE FORMARE/DEZVOLTARE A COMPETENȚEI DE COMUNICARE MEDIC-PACIENT AXATE PE LIMBAJUL MEDICAL ROMÂNESC

3.1. Considerații generale

În concordanță cu prevederile Codului Educației din Republica Moldova, articolul 10, în sistemul educațional, „procesul de învățământ se desfășoară în limba română și, în limita posibilităților sistemului educațional, în una din limbile de circulație internațională (...); (3) Studiarea limbii române este obligatorie în toate instituțiile de învățământ de orice nivel și este reglementată de standardele educaționale de stat. (4) Statul asigură condițiile necesare pentru studiarea limbii române în toate instituțiile de învățământ (...)”.

Astfel, „modernizarea curriculumului educațional, instituirea unui sistem de evaluare a calității activității didactice, dezvoltarea potențialului academic, promovarea cercetării științifice și a colaborării internaționale” (p. 7) sunt componentele de bază ale reformei educaționale medicale care au fost identificate și incluse în „Strategia Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova, în perioada 2011-2020” (<http://old.usmf.md/wp-content/uploads/2013/06/STRATEGIA-ROM-FINAL.pdf>, accesat la 30.03.2018).

Competența de comunicare este una din componentele importante ale formării profesionale a specialiștilor în orice domeniu de activitate, însă capătă o valoare incontestabilă în pregătirea viitorilor medici.

„În contextul îmbunătățirii educației medicale moderne, problema găsirii unor direcții sănătoase din punct de vedere psihologic pentru dezvoltarea competenței de comunicare în rândul mediciniștilor este foarte relevantă. Cu cât mai efectiv sunt formate aceste competențe, cu atât este mai calitativă pregătirea profesională a viitorului medic și mai eficientă este comunicarea sa ulterioară cu pacienții” (traducerea ne aparține) (Манулик, Михайлюк, 2013, p. 19). Astfel, în domeniul medical, concomitent cu obținerea competențelor profesionale – solide cunoștințe medicale pentru a diagnostica și trata boala, „însușirea unei înalte *competențe comunicative* trebuie să constituie o prioritate pentru profesioniștii din domeniu sănătății, în special pentru medici. Lucrul acesta presupune ca în cadrul relației de comunicare medic-pacient, medicul să poată recunoaște și descifra corect mesajele verbale și nonverbale transmise de pacient. Totodată, medicul trebuie să știe și să utilizeze modalitățile cele mai adecvate, verbale și nonverbale, de comunicări în scopul de a transmite informații pacientului, în funcție de situația de comunicare existentă (gravitatea bolii, tipul pacientului, urgența, etc.)” (Ețco et al., 2008, p. 32), deci este necesar ca medicul să posede abilități în obținerea a cât mai multor informații de la pacient, abilități interpersonale de a răspunde la sentimentele și îngrijorările pacientului, abilitatea de a crea mesaje corecte, capacitatea de a construi și menține relația terapeutică.

Formarea și dezvoltarea competenței de comunicare medic-pacient centrate pe competența de cunoaștere a limbii române, în general, și a limbajului medical românesc la medicii a devenit primordială, reeșind din necesitatea contextuală stringentă în condițiile în care deontologia profesională reclamă acest lucru ca pe o prioritate, iar realitățile sociale actuale înregistrează malpraxis-uri alarmante.

3.2. Raționamente practice de optimizare a competenței de comunicare medic-pacient axate pe limbajul specializat

Comunicarea verbală sau limbajul este unul dintre mijloacele specifice umane, cel mai frecvent folosit în comunicarea interumană și cel mai complex sistem de comunicații. Comunicarea reprezintă „transmiterea de informație de la un emițător către un receptor prin intermediul unui canal” (Spinei, 2005, p. 28).

Limbajul are la bază următoarele componente fundamentale: *emițătorul* → *mesajul* → *codul* → *canalul* → *contextul* → *receptorul*.

În actul de comunicare *emițătorul* este persoana sau instituția care deține o informație „mai bine structurată decât emițătorul, presupune o stare de spirit (motivație), presupune un scop explicit (alături de mesajului) și unul implicit (motivul transmiterii mesajului, uneori necunoscut receptorului)” (Pânișoară, 2015, p. 48). Emițătorul este cel ce inițiază comunicarea, elaborează mesajul, alege canalul de comunicare și limbajul astfel, încât să fie înțeles de cel cărui îi este adresat și este responsabil de finalitatea acesteia. În comunicarea cu pacientul medicul trebuie să învețe să utilizeze modalitățile de abordare a acestuia, să cunoască și să poată descifra informațiile verbale, dar și cele nonverbale transmise de pacient cu scopul de a transmite mesajul corect în funcție de comunicarea existentă. Întrebările enunțate trebuie să fie simple, directe, dar suficient de explicite.

Ex. – Ce acuze aveți? Ce vă deranjează? Ce vă doare? (la prima consultație);

- *Cum vă simțiți astăzi? Mai aveți dureri?*

Cuvintele folosite în medicină nu sunt înțelese de cele mai multe ori de pacient, explicarea simptomelor are un rol esențial în diagnosticarea bolii, dar și a prescrierii tratamentului. În comunicarea cu pacientul se vor evita frazele lungi, întrebările duble, ca de exemplu:

- *Unde sunt localizate aceste dureri: în etajul superior al abdomenului, mezogastru sau etajul inferior și ce intensitate au: minimă, moderată, intensă sau indefinită?*

În exemplul de mai sus lexemul *etaj* este folosit neadecvat, cel mai indicat ar fi de utilizat unul din termenii – *parte/regiune*, care este mai accesibil și înțeles de majoritatea pacienților; în locul termenului *mezogastru* e recomandabil de folosit – *regiunea / partea mijlocie / medie a abdomenului*. Din această frază se pot formula câteva enunțuri simple, înțelese de majoritatea pacienților – *Unde simțiți durere?* sau *Vă doare în partea superioară a abdomenului?* și *Ce intensitate are durerea?*

Receptorul este o persoană sau o instituție care le este adresat un mesaj sau intră în posesia lui în mod întâmplător, conștient sau subliminal (Pânișoară, 2015). Receptorul este cel ce transformă mesajul primit în comunicare eficientă, menținând și dezvoltând conversația între cei doi subiecți ai actului comunicațional.

Astfel, comunicarea însumă comportamente, atitudini, aptitudini, dar și limbaj. În relația interpersonală medic-pacient rolul de receptor, cât și cel de emițător se schimbă permanent. De cele mai multe ori pacientul este lăsat să vorbească nestingherit enumerând acuzele, simptomele, dar și emoțiile, sentimentele, frustrările și fricile.

Canalul este mediul care transmite semnale de la emițător la receptor – tehnologice (telefon, computer, radio etc.); scrise (scrisori, rapoarte, cărți, reviste etc.) și față-față (conversația, interviurile, prezentările, cursurile etc.).

În comunicarea modernă cu medicul se atestă o tendință de a consulta la telefon pacienții, ceea ce este inadmisibil la o primă consultație, dar este permis în cazul unei maladii cronice, când medicul cunoaște bine pacientul și antecedentele bolii. În comunicarea eficientă medic-pacient cel mai indicat este canalul de comunicare față-față, dialogul sau conversația. Conversația este „prototipul utilizării limbii. Este tipul familiar curent de comunicare orală, dialogată, în care doi sau mai mulți participanți își asumă în mod liber rolul de emițător” (Levinson, 1983, pp. 284-285, apud Ionescu-Ruxăndoiu, 1995, p. 29).

În comunicarea interpersonală medic-pacient, fiecare participant la conversație va trebui să țină con de faptul că fiecare trebuie să-și transmită reciproc informațiile pe care le dețin. Ambii participanți la dialog trebuie să fie de acord cu metoda de investigație sau tratament, formulând mesajul simplu, clar și laconic, de exemplu:

M. – Vă ascult, ce acuze aveți?

P. – Am febră – 37,3°C, de ieri. Astăzi dimineață am început să tușesc, se rupe ceva din gât...după cum observați – sunt răgușit...Cred că am răcit, doamnă doctor.

M. – Nu vă neliniștiți, totul va fi bine. Ridicați haina și permiteți-mi să vă auscult plămânii. Așaaa...da... Aveți bronșită acută.

P. – Ce este bronșita acută, doamnă doctor?

M. – Bronșita acută este o afecțiune respiratorie foarte frecventă, este consecința unei infecții virale a bronhiilor.

P. – Este ceva grav?

M. – Nu vă faceți griji, nu este grav. Esențial este să urmați corect tratamentul.

P. – Îmi prescrieți antibiotice?

M. – Nu, nu este cazul Dumneavoastră. Prezentați o formă ușoară a bronșitei. Vă prescriu medicamente împotriva excesului de secreții, seara să faceți inhalații cu plante medicinale.

Mesajul reprezintă informația, ideia, emoția sau sentimentul trimis pe canal către emițător pentru a fi primit de receptor. Mesajul trebuie adaptat în funcție de capacitatea de percepție a celui ce primește și a stării sale emoționale.

În practica medicală, la enunțarea unui diagnostic grav, medicul își va alege cu mare grijă cuvintele/mesajul în concordanță cu strarea psihică/sufletească a pacientului. Important este de a găsi interferențe comune cu pacientul căruia i se adresează pentru a stabili o conexiune favorabilă actului medical, care vizează însănătoșirea.

Exemplu: *Doriți să discutăm rezultatele analizelor? Care sunt motivele de îngrijorare? Durerea? Spuneți-mi, când a apărut prima dată durerea ce ați crezut că poate fi? Doriți să știți amănunte despre boala Dvs sau preferați să discutăm despre tratament?*

Contextul sunt circumstanțele în care are loc comunicarea – timpul, locul emiterii sau recepționării mesajului, identitatea, statutul social și relațiile dintre subiecții comunicării.

În comunicarea cu pacientul medicul își va alege atent momentul adecvat dialogului, va asigura caracterul privat al discuției, va crea o atmosferă favorabilă situației și va ignora orice ce-i distrage atenția. Contextul este parte „intrinsecă a conversației, funcționând ca un criteriu esențial de a decide dacă aceasta este coerentă sau nu. Cele mai bizare succesiuni de enunțuri pot constitui o conversație coerentă dacă contextul oferă argumentele necesare (dintr-o perspectivă exterioară, dacă enunțurile pot fi contextuale)” (Ionescu-Ruxăndoiu, 1995, p. 31).

Exemplu: *Dr. – Aveți fișa de observație?*

P. – Da, am luat-o de la registratură, poftim.

Dr. – Așezați-vă în fotoliu. Vă ascult, ce acuze aveți?

P. – De câteva zile mă doare un dinte, dar nu pot să vă spun care anume.

Dr. – Când vă doare dinte?

P. – Mă doare mai tare când mănânc sau beau ceva rece.

Dr. – Spuneți că reacția la rece este dureroasă?

P. – Da, așa am observat.

Dr. – Deschideți gura. Spuneți-mi, atingerea sau apăsarea pe dinte vă provoacă dureri?

P. – Da.

Codul reprezintă sistemul de comunicare pe baza căruia se construiesc mesaje – codul lingvistic – cuvintele.

Cuvântul este primordial în comunicarea interpersonală, este modalitatea cea mai la îndemâna omului de a reprezenta sau simboliza emoțiile, gândurile și sentimentele. Cuvintele (simbolurile) sunt elementele de bază ale comunicării verbale. Folosim cuvintele pentru a exterioriza emoții, trăiri, sentimente, dar și pentru a reprezenta idei, gânduri, observații. Fiind un simbol al comunicării, cuvântul, ca element important în acest act, are o semnificație anume – ”un obiect sau o idee, dar nu constituie respectivul obiect sau respectiva idee” (Floyd, 2013, p. 168), în diferite limbi aceleași cuvinte pot desemna diverse lucruri.

Unii cercetători relevă faptul că limbajul nu are relevanță asupra mesajului emis, acesta având doar o semnificație simbolică și, de fapt, face uz de obiceiurile

localității unde este emis, că „comportamentul verbal adecvat într-o comunitate dată este asimilat „cunoștințelor culturale tacite”, utilizate în desfășurarea și interpretarea vieții sociale” (Hymes, 1972, p. 279 apud Ionescu-Ruxăndoiu, 1995, p. 14).

În cea mai mare parte cuvintele au doar o conexiune arbitrară cu semnificațiile lor, putem atribui aproape oricărui cuvânt un anumit înțeles. În limba română unui cuvânt, scris și citit la fel, i se atribuie înțelesuri diferite.

Exemplu: – cuvântul *mai*

*Mai*¹ – adv. I. 1. (Servește la formarea gradului comparativ) *Mai bun*. (În locuțiuni, întărind sensul unor cuvinte) *Mai întâi (și-ntâi)*. *Mai apoi*. *Mai înainte*.

2. (Servește la formarea gradului superlativ relativ) *Cel mai bun*. (Înaintea unui substantiv) *Te comporți ca cel mai copil dintre copii*. (Precedat de „ce” în construcții exclamative, cu valoare de superlativ absolut) *Ce mai drac frumos de fată!* Expr. *Mai rar* = întâlnit extrem de rar. *Așa om mai rar!*.

II. (Atenuază ideea exprimată de cuvântul determinat) În parte, puțin, oarecum, într-o oarecare măsură, întrucâtva. *Copii și mai cuminiți, și mai obraznici*. *Ploaia mai încetase*.

III. (Exprimă ideea de aproximație) Aproape; aproximativ; cam. *Mai îmi vine a crede*. (Urmărit de o propoziție subordonată introdusă prin „că” sau „să”) *Gata să...*, cât pe-acî. *Cetina mai că-i ajunge la pământ*. *Mai-mai* = cât pe-acî, gata-gata.

IV. (Înaintea unui verb) 1. (Arată că acțiunea verbului durează) Și acum, în continuare, încă. *Mai vine la noi*. Expr. *Mai e vorbă!* = desigur! neapărat! nu încapă discuție! sigur! (În formule interogative, cu referire la o situație nouă) *Ce mai faci?* 2. (Arată repetarea acțiunii verbului) Din nou, încă o dată, iar. *Poate să ne mai întâlnim*. 3. (Exprimă nedumerire) *Nu se știe ce s-a mai făcut*.

V. (Arată că, pe lângă lucrurile cunoscute, intervine un element nou) 1. (În enumerări) În afară de aceasta, în plus, pe deasupra. *Avea casă, mai ceva bani*. Expr. *Ce mai atîta vorbă* sau *ce mai încoace-ncolo*, se zice când vrem să punem capăt unei discuții. 2. (Corelativ) Când..., când; ba..., ba; parte..., parte. *Mai una, mai alta*.

VI. (În propoziții și construcții exclamative, intensifică ideea din frază) *Ce mai zgomot, ce mai freamăt!* – Lat. magis.

*Mai*², *maiuri*, s. n. Nume pentru diferite unelte sau părți de unelte în formă de ciocan (de lemn), care servesc la bătut, îndesat, nivelat etc. (Reg.) Bătător². – Lat. malleus.

*Mai*³, *maiuri*, s. n. (Reg.) *Ficat* – Din magh. máj.

*Mai*⁴ s. m. invar. A cincea lună a anului, care urmează după aprilie; florar. – Lat. maius, sl. mai.

Mai adv. 1. încă. (*Oile ~ găsesc verdeață*.) 2. cam, (inv.) camai. (~ *rar așa om*.) 3. gata. (<http://www.dex.ro/mai>, accesat la 01.03.2018)

Limbaajul este dictat de diverse reguli: fonologice – care se referă la pronunțarea corectă a cuvintelor, sintactice – desemnând ordinea cuvintelor în transmiterea semnificațiilor intenționate, semantice – care stabilesc semnificațiile

cuvintelor individuale, pragmatice – ne sugerează implicațiile sau interpretările afirmațiilor.

Limbajul este influențat de contextul social și cultural, care diferă în multe moduri, inclusiv și din perspectiva folosirii și utilizării codurilor de comunicare, ”limbajul ne determină percepțiile proprii privind realitatea, oamenii care vorbesc limbi diferite percep lumea în mod diferit” (Floyd, 2013, p. 173).

În procesul comunicării interpersonală se utilizează diferite moduri de enunțare și primire a mesajului, „comunicarea este arta de expunere și schimb al opiniilor, ideilor în mod verbal și scris” (Ețco et al., 2008, p. 15).

Comunicarea orală este liberă și se „caracterizează printr-o deschidere absolută față de variantele teritoriale și sociale ale unei limbi” (Ionescu-Ruxândoiu, 1995, p. 7). De cele mai multe ori comunicarea orală/verbală nu poate să ne comunice ceva, ci doar să ne semnaleze un mesaj, acesta având și alți *servitori* ai înțelegerii – ascultarea, mimica, gesturile și contextul. În acest fel, de cele mai multe ori, necesitatea cunoașterii normelor gramaticale este redusă, necesitatea acesteia revine doar cadrului contextual în care se produce comunicarea orală. În lucrările de cercetare în domeniu se definesc cinci forme ale comunicării orale:

- comunicarea rece – emițătorul nu își vede și nu își cunoaște receptorul, deci nici nu îl poate influența în vreun fel;
- comunicarea formală – are loc atunci când auditoriul este numeros;
- comunicarea de tip profesional – implică o elaborare prealabilă a discursului, de la interlocutori se așteaptă o participare activă;
- comunicarea ocazională, liberă – presupune folosirea unui stil informal, neoficial, în care pot apărea și elemente de argou, sau expresii eliptice, specifice limbajului colocvial;
- conversațiile intime – apar între prietenii apropiați sau membrii aceleiași familii, având ca scop transmiterea unei stări emoționale. Stilul este neprotocolar, cu expresii libere și se folosesc forme eliptice sau expresii cunoscute doar de participanți, acestea având un rol expresiv (după Martin Joos, apud M Dinu, 2014, pp. 322-324).

Comunicarea interpersonală medic-pacient se încadrează după această clasificare în comunicarea de tip profesional, dar spre deosebire de alte profesii, cea medicală reclamă empatie, înțelegere, respect, integritate, încredere, și nu în ultimul rând – confidențialitate.

Medicii, în vederea stabilirii unui diagnostic, apelează la diverse metode de colectare a informațiilor relevante despre pacient, dintre care putem menționa, cu precădere, *interviul*, ca parte a anamnezei, bazat pe o succesiune de întrebări și răspunsuri. La succesul acestuia contribuie experiența practicianului, care permite stabilirea unor relații interumane corespunzătoare. Interviu inițiat în vederea identificării unui diagnostic nu este încheiat întotdeauna cu succes, consumatorii de servicii de sănătate declarându-se adesea nemulțumiți de modul în care a decurs întâlnirea cu medicul. De cele mai multe ori se vorbește despre o insuficiență

atenție sau răbdare din partea medicului, neacordarea timpului adecvat pentru clarificarea tuturor întrebărilor de natură medicală pe care pacientul ar dori să le adreseze, lipsa de disponibilitate a practicianului, neînțelegerea limbajului utilizat de medic, atitudinea de superioritate demonstrată de acesta. De cealaltă parte intervine frustrarea doctorilor, care au senzația că le vorbesc pacienților degeaba, aceștia nerespectând indicațiile medicale; dacă pacienții ridică, la o nouă întâlnire, aceeași problemă discutată anterior, medicul are sentimentul că nu a fost înțeles.

Comunicarea scrisă impune norme mult mai stricte – respectarea normelor gramaticale, morfologice, de sintaxă etc. Comunicarea scrisă este cea mai revoluționară cucerire a omului, care devine un proces important pentru păstrarea, răspândirea și dezvoltarea științei și a culturii umane. Comunicarea scrisă s-a extins vertiginos odată cu dezvoltarea relațiilor interumane și a societăților în general. În societatea modernă orice om are nevoie să scrie un text – cerere, scrisoare, raport, dare de seamă, proces-verbal, articol științific etc.

Mesajul scris are anumite restricții de utilizare și trebuie să fie conceput explicit, implică un control exigent privind informațiile, faptele expuse și argumentele utilizate. Cea mai răspândită formă de comunicare scrisă în medicină este rețeta. Rețeta reprezintă un document legal, uneori cu importanță medico-judiciară, de corespondență între medic și farmacist referitor la eliberarea medicamentelor. Rețetele se prescriu în limba română sau în limba latină.

Așadar, în medicină comunicarea are funcție existențială, deoarece este o condiție fundamentală în delimitarea stării de boală și revenirea la starea fiziologică firească a omului, cea de sănătate, nivel de comunicare interpersonală medic-pacient.

3.3. Recomandări metodologice de dezvoltare a competenței de comunicare medic-pacient în cadrul Disciplinei ***Limba română pentru studenții alolingvi***

Metodele de învățământ sunt modalități de acțiune cu ajutorul cărora, studenții, în mod independent sau sub îndrumarea profesorului, își însușesc cunoștințe, își formează aptitudini, atitudini, priceperi și deprinderi. Mediciști, în mod general, prezintă particularități psihoindividuale, astfel încât se impune utilizarea unei game cât mai ample de metode de predare/învățare care să le valorifice potențialul. Amplificarea caracterului formativ al metodelor presupune punerea accentului pe relațiile profesionale (relația medic-pacient) pe care le are studentul în procesul de culturalizare și formare a personalității.

Literatura de specialitate oferă o imagine fidelă asupra antitezei care se creează între metodele tradiționale și cele moderne utilizate în predare. Metodele tradiționale (expunerea didactică, conversația didactică, demonstrația, lucrul cu manualul, exercițiul), expozitive ori frontale nu mai sunt în conformitate cu noile principii ale participării active și conștiente a studentului în procesul de acumulare

a cunoștințelor. Utilizarea metodelor interactive are ca scop primordial creșterea motivației pentru învățare și a încrederii în sine, asigurând condițiile formării capacității studentului de a interacționa și de a comunica în limba română, astfel pregătindu-se pentru întâlnirea cu pacientul.

Potrivit standardelor abordării comunicaționale de orientare umanistă, predarea unei limbi străine, înțeasă ca parcurs către competențele comunicative, este interdisciplinară. Astfel, abordăm o metodologie didactică interdisciplinară care se înscrie în contextul abordărilor glotodidactice comunicative de orientare umanist-afectivă, migrarea cunoștințelor.

Pentru atingerea obiectivului propus – dezvoltarea competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, la Disciplina *Limba română pentru studenții alolingvi* ne axăm pe predarea inovativă a unor conținuturi curriculare de manieră creativă, prin utilizarea contextualizată a unui ansamblu de metode și tehnici de comunicare, apelăm la tehnicile moderne de predare-învățare care se bazează pe dezvoltarea gândirii critice și creative: *Ciorchinele*; *Mozaicul*; *SINELG-ul*; *Glottodrama*, *Cinquantul*, *Proiectul* etc.

Tehnica **SINELG**, ca stil interactiv de notare pentru rentabilizarea lecturii și a gândirii, este o tehnică de lectură interogativă/analitică a unui text, pe care am aplicat-o după ce am actualizat unele informații. Această tehnică ne-a ajutat la monitorizarea înțelegerii textului scris, fiind și o modalitate de a face lectura funcțională a textului științific, dar și de dezvoltare a competenței de comunicare a studenților, algoritmul aplicat fiind următorul:

a) Pregătind studenții pentru SINELG, am ghidat discuția prin intervenții și întrebări, care a scos în evidență informații înrudite celor din text;

Ex. – *Care este organul principal al sistemului respirator? Cum expirăm și inspirăm? Care sunt funcțiile plămânilor? Ce afecțiuni ale plămânilor cunoașteți? Care sunt cauzele apariției maladiilor plămânilor?*

b) Informațiile actualizate în acest fel s-au înscris laconic în rubrica *V* din tabelul de mai jos (Tabelul 3);

c) După etapa evocării, am dat instrucțiunile necesare pentru SINELG:

Citiți atent textul: *Sistemul respirator – plămânii* (Anexa 2);

– scrieți un „V” pe margine, dacă informația citită este cunoscută;

Ex. – studenții au pus semnul respectiv la *definiția plămânilor, inspirație, expirație* etc.

– scrieți un „-” pe margine, dacă informația (sau un cuvânt) pe care ați citit-o este diferită de ceea ce știți sau credeți că știți.

Ex. – sensul cuvintelor – *saci, fisură* etc.

– scrieți un „+” pe margine, dacă informația (sau un cuvânt) pe care ați citit-o este necunoscută, ați aflat-o acum.

Ex. - cuvinte necunoscute – *dilatarea, lăsarea, îngustarea, diafragmă, bolții diafragmei, alveole, evacuat, randament, parenhimatos, rozaliu, tubuloacinos, piramide, delimitați* etc.

- scrieți un „?” pe margine, dacă informația pare neclară și necesită o documentare suplimentară;

Ex. – informația despre proprietățile plămânilor; cum se măsoară volumul de aer inspirat și expirat etc.

d) În procesul lecturii, studenții au aplicat pe marginea textului semnele SINELG-ului;

e) După ce s-a încheiat lectura, s-au analizat semnele puse pe margini. S-a insistat cel mai mult asupra semnelor „-” și „+”.

A urmat o discuție despre presupuneri/cunoștințele anterioare despre plămâni și procesele funcționale ale acestora, apoi confirmări/contestări. O mare parte a timpului a fost rezervată traducerii termenilor necunoscuți, explicarea acestora, plasarea în alte enunțuri a termenilor nou-însușiți.

Ex. – cu ajutorul dicționarului, am explicat semnificația cuvântului *a dilata* – *a (-și) mări volumul sub acțiunea căldurii; a se mări, a se lărgi*, am numit sinonimele (*a se umfla*) și antonimele (*a se comprima, a se retracta*), solicitându-le studenților să alcătuiască câte un enunț cu fiecare lexem:

- Anevrismul este *dilatarea* anormală a unei artere din cauza slăbirii peretelui vasului de sânge.

- Prin *retractarea* toracelui și ridicarea bolții diafragmei, aerul este evacuat din plămâni, realizându-se expirația.

- Apele râului, după ploaie, *s-au umflat*.

- Bursa studenților de la medicină, în acest an, *s-a mărit* considerabil. Haina purtată de tine *s-a lărgit*.

**Tabelul 3. Tabel rezumativ al SINELG-ului la tema
Sistemul respirator – plămânii**

<i>V Știam</i>	<i>+ Accept</i>	<i>- Știam altfel</i>	<i>? Am nevoie de documentare</i>
<i>Ce sunt plămânii</i>	<i>Dilatarea</i>	Sensul cuvântului <i>saci</i>	<i>Care sunt proprietățile plămânilor</i>
<i>Ce este inspirația</i>	<i>Lăsarea bolții diafragmei</i>	Sensul cuvântului <i>fisură</i>	<i>Cum are lor măsurarea volumului de aer inspirat și expirat</i>
<i>Ce este expirația</i>			
<i>Că sunt 2 organe Pereche</i>	<i>Evacuat</i>		

Tehnica **Ciorchinele**, oricât de utilizată este în mediul pedagogic de la toate treptele de școlaritate, în contextul pedagogic medical, recurgem la ea pentru etapa de actualizare a structurilor învățate, studenții fiind puși în situația de a stabili conexiuni între elementele studiate și de a ordona gândurile, dar și de a se implica activ în procesul de gândire asupra celor învățate.

Algoritmul aplicat:

Studenții au scris un cuvânt sau o expresie nucleu în centrul unei foi de hârtie (exemplu: *Maladii*, Anexa 3);

Au fost invitați să scrie cât mai multe cuvinte sau expresii care le vin în minte despre subiectul selectat până la expirarea timpului. Exemplu: *cardiovasculare, digestive, infecțioase* etc.;

– cuvintele au fost legate de noțiunea de bază prin linii. Exemplu – *maladii* → *cardiovasculare* → *infarctul miocardic*, *maladii* → *digestive* → *pancreatita*, *maladii* → *infecțioase* → *hepatita*.

La finalul exercițiului s-a comentat întreaga structură, cu explicațiile de rigoare, s-au numit semnele și simptomele bolilor enumerate, s-au enumerat cauzele apariției acestora etc. și fiecare student și-a ales câte o maladie, pe care a caracterizat-o, dezvoltând, astfel, competența de comunicare.

Exemplu: *Caracterizarea maladiei digestive – gastrita, conform criteriilor: definiție, cauze, semne și simptome, diagnostic, tratament, prevenție* (Anexa 4).

Mozaicul a fost una dintre numeroasele tehnici de învățare prin cooperare, cu rezultate impresionante în experimentul de formare, inclusiv în dezvoltarea competenței de comunicare interpersonală la medicii. Modul de realizare, propus în literatura pedagogică și practicat de noi, în contextul universitar de profil medical, s-a axat pe următorul algoritm:

1. Am împărțit o temă în 4 subteme. Exemplu: Tema – Maladii infecțioase am împărțit-o în Parotidita epidemică, Rujeola, Scarlatina, Tusea convulsivă (Anexa 9).

2. Studenții au primit următoarele sarcini: Citiți atent textul; traduceți cu ajutorul dicționarului termenii necunoscuți. Depistați în text criteriile de caracterizare a maladiilor, subliniați-le: definiție, cauze, semne și simptome, diagnostic, tratament, prevenție.

3. Apoi, cei care au avut același text au format câte un grup (4 grupe). Astfel, fiecare grup a studiat detaliat o boală, folosindu-se de textele distribuite.

4. După aceea, medicii au format grupuri noi. Fiecare grup nou a format un „mozaic” care a avut câte un student din cele 4 grupuri inițiale, fiecare grup a avut câte un „expert” în cele 4 boli infecțioase.

5. Noul grup a desfășurat o activitate care a necesitat asumarea de către studenți a rolului de profesor (predare în perechi). Ei au explicat unii altora boala știută. Aceasta a implicat, de asemenea, o atitudine de cooperare cu ceilalți membri ai grupului, într-o activitate combinată, care le cerea să integreze cele 4 teme:

- a. să explice boala „lor” colegilor de grup, folosind aceleași criterii – definiție, cauze, semne și simptome, diagnostic, prevenție;
- b. să aranjeze cele 4 boli în funcție de: gravitatea posibilelor repercusiuni (complicații) sau a căilor de prevenție;
- c. să lucreze împreună pentru a găsi trei simptome comune celor 4 boli;
- d. să lucreze împreună la găsirea a patru simptome distincte pentru fiecare dintre cele 4 boli.

O importanță deosebită în cadrul Disciplinei *Limba română pentru studenții aolingvi* am acordat formării competenței de comunicare interpersonală, prin *vorbire monologată și dialogată*. Compozițiile care au avut cerința de a include o schemă anumită (percepere → raționament → personalitate → inteligență → creier → cunoștințe → specialist) au solicitat redarea cunoștințelor asimilate în cadrul lecției, printr-o manieră originală.

Compozițiile în baza imaginii propuse au avut scopul de a forma competențe de expunere liberă a ceea ce vede, a ceea ce simte, a ceea cum percepe medicinistul; materializate verbal în limba română.

Dialogurile medic-pacient, la Disciplina *Limba română pentru studenții aolingvi*, au fost elaborate în baza Ghidului Calgary (Anexa 1) și studierii amănunțite a unei maladii a sistemului studiat (Anexa 4, Anexa 6, Anexa 7, Anexa 8), aplicând metoda **Glottodrama**, care se bazează pe conceptul de motivație pentru învățare și vizează o implicare personală și emotivă.

Sala de curs s-a transformat într-o trupă de teatru în care toți cei implicați au avut un scop comun – comunicarea în limba română cu pacientul și dezvoltarea competenței de comunicare interpersonală cu pacientul. Comunicarea a decurs natural, bazându-se pe soluții verbale și nonverbale; nu doar pe un schimb de informații, ci ca parte a integrării în activitatea profesională viitoare, urmărind un obiectiv primordial, anunțat mai sus: deprinderea comunicării culte și etice, în limba română, cu pacientul.

Obiectivele psiholingvistice și didactice ale acestei metodologii, valorificate în mod creativ de noi, au fost: îndepărtarea filtrelor emoționale în timpul învățării; obținerea unei mai mari naturaleți de expresie; conștientizarea registrelor lingvistice, apropiate diferitelor contexte situaționale; în cazul nostru – comunicarea interpersonală medic-pacient, în limba română; stimularea capacităților de comunicare globală, folosind adecvat codurile verbale și nonverbale, inclusiv elementele paralingvistice.

Glottodrama este una dintre metodele de formare rapidă și corectă a competenței de comunicare (verbală, nonverbală și paraverbală) a medicului cu pacientul, în limba română. Algoritmul aplicat de noi s-a constituit din următorii pași:

- inițial, studenții au caracterizat amănunțit o maladie, conform criteriilor: definiție, cauze, simptome, diagnostic, prevenție;
- în baza maladii caracterizate în detaliu, studenții au alcătuit un dialog dintre pacient și medicul specialist;

- din situația reală (maladia caracterizată) au fost reținute, pentru scenariu, numai aspectele principale – etapele de stabilire a diagnosticului, esențială este prima etapă – anamneza, unde se și produce, preponderent, dialogul medicului cu pacientul; semnele și simptomele etc.

- după studierea termenilor simptomatici, de diagnostic și a întrebărilor model, a urmat elaborarea scenariului propriu-zis, care a fost mult simplificat, față de situația reală;

- situația de simulat a fost supusă analizei sub aspectul statusurilor și categoriilor de interacțiuni implicate, învățarea individuală a rolului de către fiecare participant, prin studierea fișei (dialogul), elaborată în grup a câte 4 studenți – 15-20 de minute să-și interiorizeze rolul și să-și conceapă modul propriu de interpretare;

- din fiecare grup s-au ales 2 actori care au interpretat rolul de medic și pacient;

- prestația studenților a fost filmată, astfel, la dezbaterile modului de interpretare s-au putut relua secvențele în care s-au produs erori de exprimare. La dezbateri au participat toți studenții; interpreților li s-a dat prioritate, pentru a comunica ceea ce au simțit.

Proiectul este o metodă de învățare/evaluare, dar și o strategie de dezvoltare profesională, devenind o provocare importantă atât pentru studenți, cât și pentru cadrele didactice antrenate în procesul de dirijare al acestuia. Astfel, Proiectul devine tot mai utilizat în sistemul educațional, vizând preponderent formarea de competențe-cheie: competența de comunicare, digitală etc.

În cadrul Disciplinei *Limba română pentru studenții alolingvi* utilizăm această metodă pentru a-i pregăti pe viitorii medici să cunoască și să înțeleagă terminologia medicală ca, mai apoi, să răspundă onorabil la toate provocările lexicale cu care se vor confrunta în activitatea profesională, interacționând cu pacientul și cu colegii. Învățarea lexucului este o condiție inerentă în procesul de comunicare, devenind parte a stilului intelectual, în cazul nostru, cel al intelectualilor din domeniul medical.

Algoritm:

- acumulează pe parcursul semestrului un N număr de cuvinte din domeniul medical;
- elaborează CV-ul CUVÂNTULUI (Tabelul 4)
- înregistrează definiția din dicționar;
- înregistrează etimologia termenului;
- observă și notează care este organizarea internă a câmpului lexical;
- elaborează familia de cuvinte a termenului respectiv;
- înregistrează sinonime, antonime, omonime ale lexemului;
- elaborează sintagme, enințuri cu lexemul respectiv;
- notează sursele bibliografice.

Tabelul 4. Realizarea metodei *Proiectul de însușire a lexicului*

CV-ul CUVÂNTULUI	
Lexem/cuvânt	AFECTIUNE
Etimologie	din fr. <i>affection</i> , lat. <i>afectio</i> , -onis
Sensuri (explicarea din dicționar)	1. Dragoste, sentimente bune pentru cineva, atașament, iubire, căldură. 2. (<i>Med.</i>) Stare patologică a unui organ; maladie, boală.
Familie de cuvinte	a afecta, afectivitate, afectuos, afectare, afectiv, afectivitate.
Câmp lexical	durere, tuse, febră, medic, bolnav, simptom.
Sinonime	<i>Afecțiune</i> = <i>bunăvoință</i> = <i>simpatie</i> = <i>dragoste</i> . <i>Afecțiune</i> = <i>boală</i> = <i>maladie</i> = <i>patologie</i> = <i>morb</i> .
Antonime	afecțiune # aversiune; afecțiune # sănătate.
Omonime	Afecțiune – dragoste, sentimente bune pentru cineva, atașament, iubire, căldură. Afecțiune – stare patologică a unui organ; maladie, boală.
Cuvântul în sintagme	Afecțiuni ale sufletului; afecțiuni grave; afecțiuni ale stomacului;
Cuvântul în enunț	<i>Afecțiunea sau dragostea este o „dispoziție sau stare sufletească sau a corpului” care este adesea asociată cu un sentiment sau tip de iubire.</i> <i>Afecțiunea este o stare calitativ nouă a organismului, care apare la acțiunea factorilor nocivi.</i>
Surse bibliografice	https://www.dex.ro/afectiune

La citirea unui text medical studenții notează cuvintele necunoscute, apoi le introduc în *CV-ul Cuvântului*, completându-l, astfel memorând temeinic lexemul respectiv.

CV-ul Cuvântului se îndosariază și astfel, devine accesibil ori de câte ori survine necesitatea de a reveni la acel termen.

Tehnica **Cinquain-ul** (din l. latină *quinque*, l. franceză *cinque* – „cinci”) este o tehnică de elaborare a textului propriu (o poezie de formă fixă), inspirată dintr-un subiect luat în discuție și prin care poate fi definit orice termen. În cadrul asimilării limbajului medical și formarea competenței de comunicare în limba română este eficientă, întrucât permite sistematizarea informației, datorită faptului

că implică procese cognitive și procese metacognitive, realizarea acestora o prezentăm în următorul tabel:

Tabelul 5. Realizarea tehnicii *Cinquant*

Medicul	Pacientul
Calm și relaxat	Suferind și emoționat
Examinează, palpează, tratează	Vorbește, ascultă, tace
Prescrie atent tratamentul pacientului	Urmează prudent recomandările medicului
Soare	Bolnav

La sfârșitul cursului, este relevant *atelierul de discuții libere* la tema: *Pacientul meu este valoros, important și unic*, urmând o sarcină didactică pentru final de curs – prezentarea unui eseu pe aceeași temă, care demonstrează competența de comunicare interpersonală, percepută de ei, pe fiecare componentă constitutivă (cunoștințe, abilități, atitudini și comportamente).

Metodologia aplicată ne ghidează către implicarea activă și conștientă a mediciniștilor în procesul propriei instruiți – stimularea creativității, a gândirii critice și a învățării prin colaborare, astfel, formând și dezvoltând competențe, în cazul nostru, a celor lingvistice.

Un medic modern ar trebui să poată crea și păstra relații corecte din perspectiva terapeutică și etică a relației cu pacientul, cu rudele acestuia, cât și în relația cu colegii și societatea etc. Medicul modern este capabil să utilizeze eficient tehnicile de comunicare, să solicite și să furnizeze informații în mod eficient, să aplice corect ascultarea activă, explicarea, tăcerea, parafrizarea, empatia, acceptarea etc. Mediciniștii trebuie să primească o instruire adecvată care să răspundă necesităților actuale a pacienților și care să se bazeze pe abordarea holistică a acestuia.

În concluzie, prin acest cadru metodologic interactiv, mediciniștii, în calitate de parteneri ai actului educațional, au însușit temeinic, în mod teoretic și practic, că competența de comunicare interpersonală a medicului prin cunoașterea limbajului medical este una dintre calitățile profesionale importante în exercitarea profesiei.

BIBLIOGRAFIE

1. Afanas A., *Dezvoltarea competențelor comunicative la elevii învățământului profesional în cadrul predării/învățării limbii srăine*, autoreferat al tezei de doctor în pedagogie, Chișinău, 2009
2. Bălănescu, O. (1999), *Limba medical românesc*. București: Editura Ariadna'98. 243 p. ISBN 973-99350-1-X
3. Butiurca, D. (2015). *Lingvistică și terminologie: hermeneutica metaforei în limbajele specializate*. Iași: Institutul european. 236 p. ISBN 978-606-24-0133-7
4. Cartaleanu, T., Cosovan, O. (2017). *Formarea competențelor profesionale prin dezvoltarea gândirii critice*. Chișinău: Centrul Educațional PRO DIDACTICA, Tipografia „Bons Offices”. 114 p. ISBN 978-9975-3013-2-9
5. Coșeriu, E. (2011). *Istoria filozofiei limbajului. De la începuturi până la Rousseau*. București: Ed. Humanitas, 620 p. ISBN 978-973-50-2961-6.
6. Coșeriu, E. (2000). *Omul și limbajul său*. Iași: Editura universității A. I. Cuza, 458 p. ISBN 978-973-703-386-4.
7. Dinu, M. (2014). *Comunicarea. Repere fundamentale*. București: Orizonturi, 440 p. ISBN 978-973-736-071-7.
8. Dumbrăveanu, R., et. al. (2003). *Proiectarea standardelor de formare profesională inițială în învățământul universitar*. Ghid metodologic. Chișinău: CEP USM.
9. Dumitrașcu, D. L. (2013). *Comunicare medicală*. Curs pentru studenții de la medicină. Cluj-Napoca: Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”. 78 p. ISBN 978-973-693-431-5
10. Ețco, C., et al. (2007). *Didactica universitară. Ghid metodologic pentru profesorii universitari*. Partea I, Chișinău: CEP Medicina, USMF „Nicolae Testemițanu”. 256 p. ISBN 978-9975-918-76-3
11. Ețco, C., et. al. (2008). *Comunicarea pentru schimbarea comportamentală*. Chișinău: CEP Medicina USMF. 163 p. ISBN 978-9975-915-33-5
12. Floyd, K. (2013). *Comunicarea interpersonală*. Iași: Polirom, 502 p., ISBN 978-973-463-34-18
13. Gerard, F.-M., Păearca, Ș. (2012). *Evaluarea competențelor*. Ghid practic. București: Aramis Print, 208 p. ISBN 978-973-679-935-8
14. Goraș-Postică, V. (2013). *Formarea de competențe profesionale în contextul actual al învățământului superior*. În: Revista Studia Universitatis, seria Științe ale Educației. Nr. 5 (65). 2013. pp. 31-35. ISSN 1857-2103
15. Hall, M. (2008). *Magia comunicării*. Trad. O. Cernat. București: Excalibur, 308 p. ISBN 978-973-1930-07-7
16. Ionescu-Ruxăndoiu, L. (1995). *Conversația: structuri și strategii*. București: ALL, 99 p. ISBN 973-571-038-2
17. Mincu, E., Chiriac, A., **Nastasiu, S.** (2012). *Limba română. Limba medicală cu suport gramatical și de cultivare a limbii*. USMF „Nicolae Testemițanu”. Chișinău: CEP Medicina. 368 p. ISBN 978-9975-113-31-1

18. Mincu, E. (2017). *Terminologia Medicinalis Romaniae*. Institutul de Filologie al Academiei de Științe a Moldovei, Centrul de Terminologie. Chișinău: Pontos, 276 p. ISBN 978-9975-51-861-1
19. **Nastasiu, S.** (2017b). *Manifestarea conexiunii complexe: tipuri de evaluare – competențe de comunicare*. În: Tehnici și strategii de specialitate în dinamica limbajelor de specialitate. Departamentul de limbi străine specializate al Universității Babeș-Bolyai, ed. E. Wohl, co-ed.: M. Ștefănescu, R. Mihele. Cluj-Napoca: Ed. Casa Cărții de Știință (ed. acreditată CNCS - B). pp. 176-185. ISBN: 978-606-17-1249-6
20. **Nastasiu, S.** (2017c). *Monitorizarea competențelor de comunicare bazate pe limbaj specializat din perspectiva stilului autonom de învățare*. În: Tehnici și strategii de specialitate în dinamica limbajelor de specialitate. Departamentul de limbi străine specializate al Universității Babeș-Bolyai, ed. E. Wohl, co-ed.: M. Ștefănescu, R. Mihele. Cluj-Napoca: Ed. Casa Cărții de Știință (ed. acreditată CNCS - B). pp. 111-118. ISBN 978-606-17-1249-6
21. **Nastasiu, S.** (2017). *Secvențe metodologice de formare a competențelor comunicative la studenții mediciști*. În: Revista științifică Studia Universitatis Moldaviae, Științe ale Educației, categoria B. Chișinău: USM, nr. 9 (109), pp. 123-128. - ISSN 1857-2103.
22. **Nastasiu, S.** (2018). *Abordări conceptuale ale comunicării. Definiții și identitate*. În: Revista științifică Studia Universitatis Moldaviae, Științe ale Educației, categoria B. USM, nr. 9 (119). pp. 323-330. ISSN 1857-2103
23. **Nastasiu, S., Goraș-Postică, V.** (2018). *Perspective lingvistice de dezvoltare a competențelor de comunicare medic-pacient la studenții mediciști*. În: Materialele Simpozionului Internațional „KREATIKON. Creativitate-Formare-Performanță”. Ed. a XIV-a, 23-24 martie, 2018, coord. Cr. Stoica, Sv. Rusnac. Iași-Chișinău: Tipografia Print-Caro. pp. 69-77. ISBN 978-9975-56-579-0
24. **Nastasiu, S.** (2018). *Glottodrama - o metodă eficientă în formarea competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la mediciști*. În: Studierea limbii române ca limbă nematernă/străină în contextul valorilor Europene: provocări și perspective, ed. a 2-a: Materialele conf. naț. șt.-practice, Chișinău, 20-21 april. 2018. Ch.: Tipogr. „Garomont Studio”, p.45. ISBN 978-9975-134-21-7
25. **Nastasiu, S.** (2019). *Dezvoltarea competenței de comunicare medic-pacient: abordare psihopedagogică*. Studiu monografic. Chișinău: USMF „Nicolae Testemițanu”, CEP: Medicina. 196 p. ISBN 978-9975-82-124-7
26. **Nastasiu, S.** (2019). *Elemente primordiale de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient prin limbajul specializat* (pag.409-414) publicat în: Materialele Conferinței Științifice Internaționale dedicate aniversării de 20 de ani de la fondarea Facultății Științe Sociale și ale Educației, Ed. a 10-a, Chișinău, 5-6 decembrie, 2019 /- Chișinău: ULIM, 2020 ([Tipogr. "Print-Caro"])- 615 p., ISBN 978-9975-3371-7-5.

27. Noica, C. (1987). *Comunicare și cumențare*. În: Cuvânt împreună despre rostirea românească. București: Ed. Eminescu, pp.188-191. ISBN 973-28-0643-5.
28. Pânișoară, I.-O. (2015). *Comunicarea eficientă*. Iași: Polirom, 478 p. ISBN 978-973-46-5479-6.
29. Sadovei, L. (2008). *Competența de comunicare didactică. Repere epistemologice și metodologice*. Chișinău: UPS „Ion Creangă”. 172 p.
30. Saussure, F. (2004). *Scrieri de lingvistică generală*. Iași: Polirom, 352 p. ISBN 973-681-436-X
31. Spinei, A. (2005). *Comunicare și comportament*. Chișinău: CEP Medicina USMF. 215 p. ISBN 9975-918-23-9
32. Șevciuc, M. (coord.), et al. (2013). *Didactica universitară: studii și experiențe*. ed. II. Chișinău: CEP USM. 242 p. ISBN 978-997-543-41
33. Șoitu, L. (2002). *Pedagogia comunicării*. Iași: Institutul European. 208 p. ISBN 973-611-199-7
34. Vicol, N. (2016). *Valori și funcții ale limbajului în construcția comunicării*: Monografie. Institutul de Științe ale Educației. Chișinău: S. n. Tipogr. Totex-Lux. 557 p. ISBN 978-9975-3060-5-8
35. Vințanu, N. (2001). *Educația Universitară*. București: Aramis Print. 271 p. ISBN 973-8066-82-4
36. Vlădescu, I. (2013). *Particularitățile dezvoltării competenței de comunicare didactică în contextul situațiilor de învățare*: teză de dr. în șt. pedagogice. Chișinău: S. n. 178 p.

37. Canale, M., Swain, M. (1980). *Theoretical bases of communicative approaches to second language teaching and testing*. In: Applied Linguistics. Nr 1. pp.1-47. ISSN 1477-450X.
38. Canale, M. (1984). *A communicative approach to language proficiency assessment in a minority setting*. In: Rivera, C. (Ed.), *Communicative competence approaches to language proficiency assessment: Research and application*. Clevedon: Multilingual Matters, pp. 107-122. ISBN 090-502-82-28.
39. Chomsky, N. (1965). *Aspects of the Theory of Syntax*. Cambridge, Massachusetts: The M.I.T. Press, pp. 36-38
40. Chomsky, N. (2006). *Language and Mind*. Ed. a III-a. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 27-29. ISBN 978-052-167-493-5
41. **Nastasiu, S.** (2017e). *Configuration Models of Augmentation Strategies Communication Skills for Medical Students*. În: Conference Proceedings. The Future of Education. 7th ed., Florence, Italy, 8-9 June 2017. Florence: Ed. PIXEL. pp. 441-445. ISBN 978-88-6292-868-7.
42. Habermas, Jürgen. (1979). *Communication and the Evolution of Society*. Londra: Heinemann, pp. 11-12. ISBN 13-978-0807-015-131

43. Habermas, J. (1997). *The Theory of Communicative Action. Translated by Thomas McCarthy*, Vol. 1: Reason and the Rationalization of Society, Lifeworld and System: a Critique of Functionalist Reason. Cambridge: Polity Press, 703 p. ISBN 0-8070-1507-5
44. Hymes, Dell. (1974). *Foundations in Sociolinguistics: An Ethnographic Approach*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 260 p. ISBN 978-081-2210-651
45. Hymes, D. H. (1972). *On Communicative Competence*. In: PRIDE, J. B., HOLMES, J. (Eds.). *Sociolinguistics*. Baltimore. USA: Penguin Education, Penguin Books Ltd, pp. 269-293. ISBN 902-721-60-45
46. Hymes, D. (1972). *On communicative competence*. In: BRIDE, J. B., HOLMES, J.(eds). *Sociolinguistics*. Harmondworth: Penguin, pp.167-170. ISBN 902-721-60-45
47. Peterwagner, R. (2005). *What is the Matter with Communicative Competence? An analysis to Encourage Teachers of English to Assesss the very basis of their Teaching*. Wien: LIT Verlag, 343 p. ISBN 3-8258-8487-2
48. Widdowson, H. G. (2007). *Discourse Analysis*. Oxford: Oxford University Press, 152 p. ISBN 978-0-19-438921-1
49. Widdowson, H. G. (1983). *Learning Purpose and Language Use*. In: The ESP Journal. vol.4. issue 2, pp. 171-179. ISSN 0272-2380

50. *Dicționarul explicativ al limbii române*. (2012). Ed. a II-a. București: Univers Enciclopedic Gold. 1230 p. ISBN 978-606-8358-20-8
51. *Dicționarul ortografic, ortoepic și morfologic al limbii române*. (2005). Ed. a II-a. București: Univers Enciclopedic. 871 p. ISBN 978-606-8162-08-9
52. Ștefan, M. (2006). *Lexicon pedagogic*. București: Aranis Print, 383 p. ISBN (10) 973-679-303-6

53. Johnson, K., Johnson, H. *Enciclopedia Dictionary of Applied Linguistics: A Handbook for Language Teaching, Foreign Language Teaching*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd, 2002. 389 p. ISBN-0-631-21482-8

E-bibliografie

54. Afanas, A. Metodologia dezvoltării competenței de comunicare a elevilor în limba străină [online] 2012 [citat la 26.11.2017]. Disponibil: http://ise.page.md/uploads/files/1389967769_monografie-afanas-2012.pdf.
55. Blajin, C., Duhlicher, O. Corelarea competenței de comunicare în limba străină cu competența de specialitate a studenților nefilologi. In: Revista Studia Universitatis Moldaviae. nr.4 (64), pp. 150-159. [online] 2013 [citat la 02.03.2018]. Disponibil: <http://studiamsu.eu/wp-content/uploads/23.-p.150-159.pdf>.

56. Eșanu-Dumnazeu, D. *Formarea competenței de comunicare în limba străină la studenții mediciști*. Teză de doctor [online] 2017 [cit. 22.01.2018]. Disponibil: <https://sites.google.com/site/usttemporar/avize/sustinereatezeidedotorinconsiliulstiintificspecializatd3653101-02>
57. Ianioglo, M. *Competența de comunicare asertivă – valoare de top a dialogului intercultural*. [online]. [cit. 12.04.2019]. Disponibil: https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/111_115_Competenta%20de%20comunicare%20asertiva%20%E2%80%93%20valoare%20de%20top%20a%20dialogului%20intercultural.pdf
58. Tanase, O. (2015). *Obiectivele educației centrate pe competente* [online]. [cit. 8. 03. 2018]. Disponibil: https://www.academia.edu/30927466/obiective_le_educatiei_centrate_pe_competente.
59. **Nastasiu, S.** *Formarea competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la mediciști*. Teză de doctor [on-line] 2019. Disponibil: <http://www.cnaa.md/thesis/55089/>

60. Манулик, В. А., Михайлюк, Ю. В. *Проблема коммуникативной компетентности в профессиональной деятельности врача (теоретический аспект)* [on-line] 2013 [cit. 02.01.2018]. Disponibil: <http://docplayer.ru/46079199-Problema-kommunikativnoy-kompetentnosti-v-professionalnoy-deyatelnosti-vracha-teoreticheskiy-aspekt-manulik-v-a-a-mihaylyuk-yu-v.html>

61. Bachman, L. *Fundamental Considerations in Language Testing in Focus on English*. [on-line] 1990 [cit. 06.04.2019]. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/325145107_Fundamental_Considerations_in_Language_Testing_in_Focus_on_English
62. Hymes, D. H. *On Communicative Competence*. In: PRIDE, J. B., HOLMES, J. (eds). *Sociolinguistics. Selected Readings*. Harmondsworth: Penguin. (Part 2), pp. 269-293 [online] 1972 [cit. 05.03.2018]. Disponibil: <http://www.whomes.uni-bielefeld.de/sgramley/Hymes-2.pdf>

63. *Cadrul European Comun de referință pentru limbi: învățare, predare, evaluare* [online] [cit. 12.03.2018]. Disponibil: <http://www.infoeuropa.md/files/cadrul-european-comun-de-referinta-pentru-limbi-invatare-predare-evaluare.pdf>
64. *Codul de etică a lucrătorului medical și farmacistului* [online]. [cit. 30.01.2018]. Disponibil: http://old.ms.md/_files/1471-Cod%2520etica-brosura.pdf.
65. *Codul deontologic al lucrătorului medical și al farmacistului*. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 192 din 24.03.2017 [online]. [cit. 18.07.2018]. Disponibil: <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=369644>.

66. *Codul Educației al Republicii Moldova*. Parlamentul R. Moldova, Codul nr. 152 din 17.07.2014 [online]. [citat la 15.05.2019]. Disponibil: <http://lex.justice.md/md/355156/>
67. *Curriculum la Disciplina Limba română și terminologie medicală*. Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” [online]. [citat 20.08.2018]. Disponibil: <http://limbaromana.old.usmf.md>.
68. *Legea nr. 263 din 27. 10. 2005 Cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului* [online] [citat 16.07.2018]. Disponibil: <http://lex.justice.md/viewdoc.php?id=313060>.
69. *Legea nr. 264 din 27.10.2005 Cu privire la exercitarea profesiei de medic* [online]. [citat 16.07.2018]. Disponibil: <http://lex.justice.md/viewdoc.php?id=313060>.
70. *Strategia de dezvoltare a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova în perioada 2011-2020* [online]. [citat 16.07.2018]. Disponibil: <https://ums.usmf.md>

Anexa 1. Ghidul CALGARY-CAMBRIDGE, pentru realizarea istoricului medical – procesul de comunicare (Kurtz S.M, Silverman J.D, Draper J. (1998) *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. Radcliffe Medical Press (Oxford), Silverman J.D, Kurtz S.M, Draper J. (1998) *Skills for Communicating with Patients*. Radcliffe Medical Press, Oxford)

Ghidul CALGARY-CAMBRIDGE, pentru realizarea istoricului medical – procesul de comunicare		
Inițierea sesiunii	Stabilirea relației/ raportului inițial	Salută pacientul, află numele pacientului prezintă-te, vorbește despre rolul și natura interviului, cere consimțământul pacientului, dacă este necesar, demonstrează respect și interes, asigură confortul fizic al pacientului.
	Identificarea motivelor pentru efectuarea consultației	Identifică problemele pacientului, adresându-i o întrebare deschisă: <i>Cu ce vă pot ajuta? Ce vă deranjează? Ce ați dori să discutăm astăzi? La ce întrebări ați dori să primiți răspuns, astăzi?</i> Ascultă cu atenție declarația inițială a pacientului, fără a întrerupe sau ghida răspunsul pacientului, confirmă cele enumerate și încearcă să depistezi problemele (simptomele) adiționale (de ex. <i>deci, dureri de cap și oboseală, orice altceva?</i>). Negociază graficul consultațiilor, luând în considerare nevoile pacientului și ale medicului.
Colectarea informației (culegerea de date)	Cercetarea (examinarea, evaluarea) problemelor pacientului	Încurajează pacientul să dezvăluie, cu propriile cuvinte, date despre originea problemei (elor), de când a(u) început pentru prima dată și până în prezent (clarificând motivul prezentării acestora), utilizează tehnica de chestionare deschisă și închisă, trecând corespunzător de la tehnica deschisă la cea închisă, ascultă cu atenție, permițând pacientului să își completeze declarațiile, fără a întrerupe și lăsând spațiu între ele, ca pacientul să gândească înainte de a răspunde sau

		înainte de a continua, după ce a făcut o pauză, facilitează verbal și non-verbal răspunsurile pacientului, de ex. folosirea încurajării, tăcerii, repetării, parafrazării, interpretării etc., identifică indicii verbali și nonverbali (limbajul corpului, vorbirea, expresia feței, starea de afect); (îi recunoaște și îi verifică, după caz), clarifică afirmațiile pacientului care sunt neclare sau necesită concretizare (de ex. <i>Ați putea explica ce vreți să spuneți, prin stare de leșin?</i>), periodic, fă un rezumat al celor expuse, pentru a verifica propria înțelegere și a spuselor pacientului; încurajează pacientul să corecteze interpretarea sau să furnizeze informații suplimentare. Stabilește datele și succesiunea evenimentelor.
	Abilități suplimentare pentru înțelegerea perspectivei pacientului	Determină într-un mod activ și corespunzător: ideile pacientului (credințele, cauza); preocupările pacientului și așteptările pacientului, referitor la soluționarea fiecărei probleme (de exemplu, obiectivele, ce ajutor așteaptă pacientul pentru fiecare problemă); modul în care fiecare problemă (simptom) afectează viața pacientului, încurajează pacientul să-și exprime sentimentele.
Proiectarea structurii	Asigurarea unei organizări bine definite	Întocmește un rezumat, la sfârșitul unei etape concrete de chestionare, pentru a confirma înțelegerea înainte de a trece la următoarea trecere de la o etapă la alta, pentru a determina simptomele, face declarații tranzitorii; folosește metodici raționale (logice), pentru trecerea la etapa următoare.
	Asigurarea unei relații continue	Structurează interviul, printr-o modalitate rațională participă la sincronizarea și menținerea interviului.

Construirea relației medicpacient	Folosirea unui comportament nonverbal adecvat	Folosește tehnici ale comportamentului nonverbal, conform cerințelor: contactul vizual, expresia feței, pozițiile și mișcările vocale, de ex.: rata, volumul, tonul, în caz dacă citești, faci însemnări sau folosești computerul – le faci într-o manieră care nu interferează cu dialogul! Demonstrează confidențialitate.
	Dezvoltarea relației	Acceptă legitimitatea viziunilor și sentimentelor pacientului; nu judeca! Demonstrează empatie, pentru a arăta înțelegerea și aprecierea sentimentelor sau situațiilor dificile ale pacientului; acceptă punctul de vedere și sentimentele pacientului. Oferă sprijin: exprimă îngrijorare, înțelegere, dorință de a ajuta. Recunoaște eforturile depuse de pacient, pentru propria îngrijire; propune modalități de colaborare.
	Implicarea pacientului	Tratează, cu delicatețe, subiectele jenante și deranjante ale suferințelor fizice, inclusiv, atunci când sunt asociate cu examenul fizic, împărtășește gândurile cu pacientul, pentru a încuraja implicarea pacientului (de exemplu, „Ceea ce mă gândesc, acum este”). Oferă explicații raționale, la întrebările care ar putea să pară fără continuitate logică, în timpul examenului fizic, explică procesul, cere permisiunea!
Explicații și planificare	Asigurarea cantității corecte și a tipului de informații	Colectează informația și o verifică: oferă informația, fragmentar, pentru a fi ușor de manevrat, verifică înțelegerea, utilizează răspunsul pacientului, ca un ghid pentru următoarele acțiuni. Evaluează punctul de plecare al pacientului: află care sunt cunoștințele prealabile ale pacientului, încă de la începutul etapei de informare, descoperă proporțiile dorințe de informare ale pacientului. Întreabă pacienții ce alte informații ar fi de folos, de ex.: etiologie, prognostic, oferă explicații, la momentul potrivit: evită să oferi prematur consultanță, informații sau asigurări.

	Acuratețea informației și a înțelegerii acesteia	Oferă asistență pentru memorare și înțelegere exactă, structurează explicațiile: împarte-le în secțiuni separate, dezvoltă o secvență logică, utilizează o categorizare explicită sau o semnalizare explicită (de ex.: „Sunt trei lucruri importante, pe care aș vrea să le discutăm ...1 ...” „Acum, trebuie să ne îndreptăm.”) Utilizează repetarea (parafrizarea) și sinteza, pentru a întări informația expusă. Utilizează un limbaj concis, ușor de înțeles, evită sau explică limbajul profesional. Folosește metode vizuale de transmitere a informațiilor: diagrame, modele, informații scrise – instrucțiuni sau recomandări. Verifică înțelegerea de către pacient a informației date (sau a planurilor făcute): de ex. – Cere ca pacientul să expună informația cu propriile cuvinte; rectifică dacă este necesar.
	Obținerea unei înțelegeri comune: încorporarea perspectivei pacientului	Relaționează explicațiile cu tabloul clinic al pacientului: ideile, preocupările și așteptările anterioare. Oferă oportunități și încurajează pacientul să colaboreze: să pună întrebări, să solicite clarificări sau să își exprime îndoielile; răspunde în mod corespunzător. Observă indicii verbali și nonverbali, de ex.: nevoia pacientului de a contribui la expunerea informației sau de a pune întrebări, supraîncărcarea cu informație, epuizarea. Depistează care sunt credințele, reacțiile și sentimentele pacientului, pe marginea informațiilor expuse și termenilor utilizați; confirmă informația și adresează întrebări, acolo unde este necesar.
	Planificarea: luarea deciziilor comune	Împărtășește raționamentele proprii prin: idei, cugetări, dileme. Implică pacientul, mai degrabă prin sugestii, decât directive. Încurajează pacientul să contribuie, prin: idei, sugestii și preferințe.

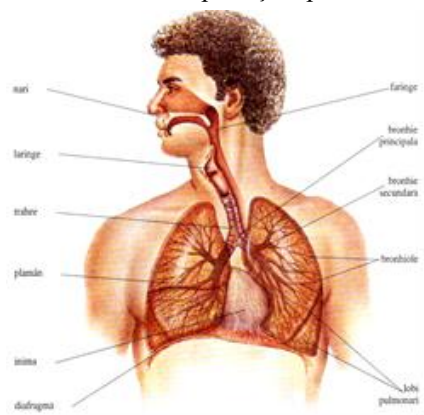
		Negociază un plan reciproc acceptabil. Oferă opțiuni: încurajează pacientul să facă alegeri și decizii la etapa pe care o dorește. Verifică dacă pacientul acceptă planul de tratament, dacă au fost abordate toate problemele.
Încheierea sesiunii	Planificarea anticipată	Elaborează un plan de siguranță, care explică rezultatele neprevăzute posibile, ce trebuie făcut dacă planul inițial nu funcționează, când și cum să caute ajutor. Elaborează note de siguranță, care explică rezultatele neașteptate, ce trebuie de făcut dacă planul inițial nu funcționează, când și cum să caute ajutor.
	Asigurarea îndeplinirii corespunzătoare a etapei finale	Realizează un rezumat concis a celor expuse în timpul examenului medical și clarifică planul de îngrijire (tratament). Fă o verificare finală dacă pacientul este de acord și este confortabil cu planul și întreabă dacă n-au apărut schimbări, întrebări sau alte elemente de discutat.
Opțiuni de explanare și planificare (include conținutul)	Discuții despre investigații și proceduri	Oferă informații clare despre proceduri, de exemplu, prin ce experiență ar putea trece pacientul, cum va fi informat pacientul despre rezultate. Relaționează procedurile cu planul de tratament: valoare, scop. Încurajează întrebările și discuțiile privind stările de anxietate sau rezultatele negative potențiale.
	Expunerea opiniilor, pe marginea semnificației problemei	Exprimă opinii despre ceea ce se întâmplă și asupra unor situații posibile. Argumentează logic opiniile. Explică cauzele, seriozitatea, rezultatul așteptat, consecințele, pe termen scurt și lung. Stabilește care sunt convingerile, reacțiile, îngrijorările și opiniile pacientului.
	Negocierea unui plan comun de acțiune	Discută opțiunile posibile, de exemplu, lipsa acțiunilor, investigațiile, tratamentul medicamentos sau intervențiile

		chirurgicale, tratamentul non-medicamentos (fizioterapie, ustensile medicale pentru aparatul locomotor, lichide, consiliere, măsuri preventive). Oferă informații despre acțiunile sau tratamentele oferite, etapele implicate, funcționarea lor, beneficii și avantaje, posibilitatea efectelor adverse (secundare). Obține părerea pacientului asupra necesității de acțiune, a beneficiilor percepute, a barierelor, a motivației. Acceptă opiniile pacientului, susține un punct de vedere alternativ, dacă este necesar. Află care sunt reacțiile și preocupările pacientului cu privire la planuri și tratament, inclusiv, acceptabilitatea. Ia în considerare stilul de viață, convingerile, aspectele culturale și abilitățile pacientului. Încurajează pacientul să se implice în punerea în aplicare a planurilor, să își asume responsabilitatea și să se bazeze pe autodeterminare. Informează-te despre posibilitățile de susținere ale pacientului, discută despre alte tipuri de suport disponibile.
--	--	---

Anexa 2. Realizarea tehnicii SINELG la tema *Sistemul respirator – plămâni*

Cuvinte-cheie: respirație, inspirație, expirație, plămân, schimb de gaze

Sistemul respirator este alcătuit din totalitatea organelor care asigură mecanismul respirației. Acestea sunt *căile respiratoare superioare* – cavitatea nazală, faringele, laringele și *inferioare* – traheea, bronhiile și plămânii – organe principale ale actului respirator. Prin dilatarea toracelui și lăsarea diafragmei, plămânii se umflă și aerul atmosferic pătrunde pe căile respiratorii în alveole. Acest moment poartă denumirea de *inspirație*. Prin îngustarea toracelui și ridicarea bolții diafragmei, aerul este evacuat din plămâni, realizându-se *expirația*. Randamentul plămânilor, în timpul unui efort, este determinat prin măsurarea volumului de aer inspirat și expirat.



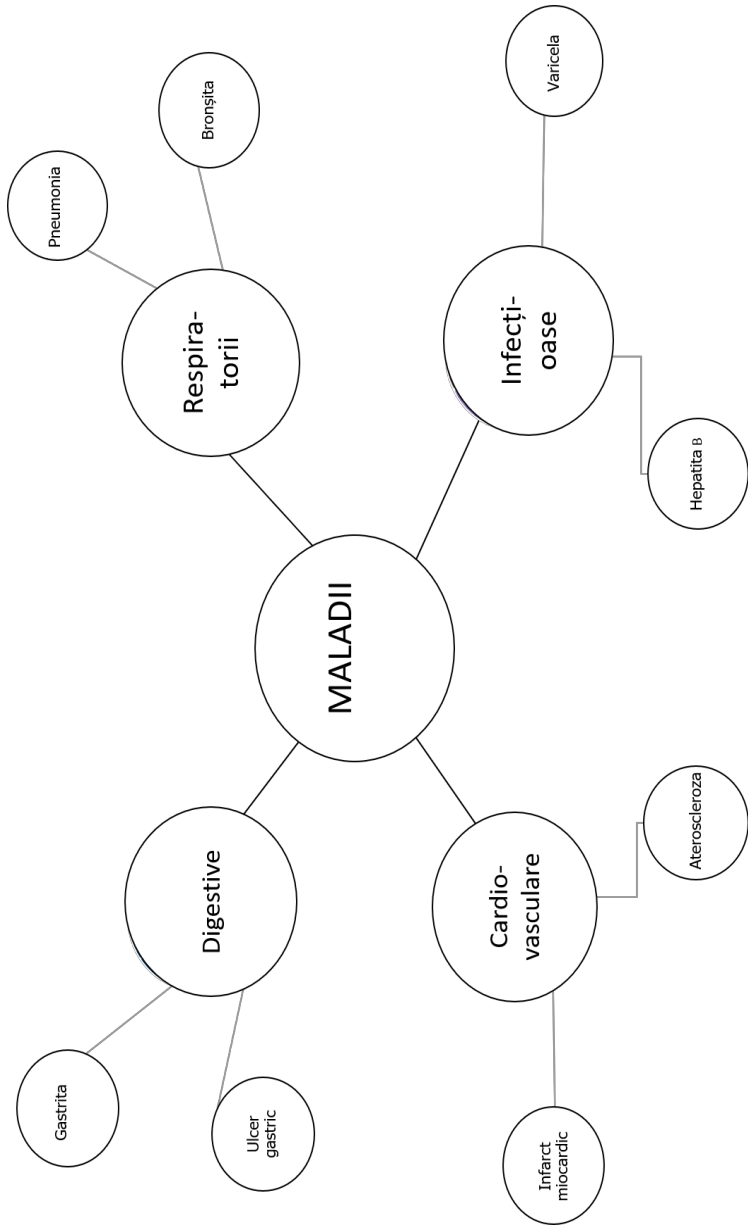
Definiție. *Plămânul* este fiecare dintre cele două organe principale, parenhimatos, înconjurate de pleură, situate simetric în cavitatea toracică.

Etimologie. Termenul provine din gr. *plemóni*. Cuvântul *pneumon* sau *pleumon* (plămâni) provine de la verbul grecesc *pneo*, care semnifică „a sufla” sau „a respira”, care își are originea în rădăcina indo-europeană *pleumon* (pulmon), unde *pleu* semnifică „a înota”. În concluzie, *pleumon* sau *pneumon* sunt cuvinte care fac aluzie la ceva care plutește pe apă, pe un lichid.

Topografia plămânilor. Proprietăți. Plămânii se găsesc în cutia toracică, fiind două organe elastice, cu structură parenhimatoasă. Au un aspect rozaliu și sunt protejați de un înveliș dublu, foarte subțire, denumit pleură. Pleura protejează plămânii, prevenind atingerea cu coastele, în timpul inspirației și al expirației.

Structura anatomică. *Structura plămânilor* este cea a unei glande tubuloacinoase, fiind formate dintr-un sistem de canale aeriene și dintr-o multitudine de saci. Lobii plămânului drept (superior, mijlociu, inferior) sunt delimitați de două fisuri, în timp ce lobii plămânului stâng (superior și inferior) sunt delimitați de o fisură. Fiecare lob este alcătuit din segmente, care reprezintă unitățile anatomice ale plămânului, un segment conține mai mulți lobuli, care are forma piramidei, cu baza spre suprafața plămânilor, iar vârful suspendat de o bronhie supralobulară, îndreptat spre hil. În jurul lobului se află țesutul conjunctiv, bogat în fibre elastice, celule conjunctive și celule macrofage (Mincu, Chiriac, Nastasiu, 2012, pp. 139-140).

Anexa 3. Realizarea tehnicii Ciorchinele la tema: *Maladiile organismului uman*



Anexa 4. Fișă de lucru la tema *Sistemul digestiv*

Rădăcini de formare a termenilor medicali pentru sistemul digestiv

Gastro – gr. *gaster, gastros* – stomac.

Gastralgie – *gastro-* + gr. *algos* = durere, durere percepută în epigastru, la palpare sau/și spontan.

Gastrită – *gastro-* + *-ită*, inflamație acută sau cronică a mucoasei gastrice, toxică sau alergică.

Gastroenterologie – *gastro-* + gr. *enteron* = intestin + gr. *logos*, ramură a medicinei ce studiază fiziologia și patologia stomacului și a intestinului și, prin extensie, a întregului tub digestiv.

Gastroplegie – *gastro-* + gr. *plege* = lovitură, paralizie a stomacului, cu dilatație consecutivă, ce apare în unele operații chirurgicale.

Gastrocolită – *gastro-* + gr. *kolon* = intestin gros + *-ită*, inflamație a stomacului și a colonului.

Termeni simptomatici

Rețineți!

Anorexie	pierderea poftei de mâncare
Afagie	incapacitatea de a înghiți
Ascită	acumulare de fluid în cavitatea peritoneală
Dispepsie	Indigestie
Disfagie	dificultate de înghițire
Eructație	emisie zgomotoasă de gaze la nivel bucal (a râgâi)
Flatulență	gaze în stomac sau în intestin

(L.Ochiuz, I. et al., *Terminologie medicală și farmaceutică*, ed.II, Ed.Polirom, 2011)

Patologiile sistemului digestiv

Sistemul digestiv, recunoscut și ca prima barieră de apărare a organismului împotriva bolilor, poate prezenta afecțiuni acute sau cronice, provocate de diferite cauze, boli ce pot cuprinde unul sau mai multe organe componente. Aceste afecțiuni pot fi funcționale sau organice. Astfel, se pot deosebi boli ale esofagului, stomacului, duodenului, intestinului subțire și intestinului gros. O serie de afecțiuni digestive pot constitui reacții ale dereglării altor structuri sau organe, cum ar fi: ficat, colecist, glande, sistem nervos, renal etc. Un tratament corect presupune eliminarea cauzelor care produc perturbarea. O mare parte din afecțiunile sistemului digestiv beneficiază de tratamente reflexoterapeutice, însoțite obligatoriu de un regim igienico-dietetic adecvat. Afecțiunile gastrointestinale sunt din cele mai frecvente și este imposibil ca o persoană să nu sufere de o asemenea afecțiune măcar o dată în viață – *gastrită, ulcer gastro-intestinal, dispepsie, intoxicații alimentare* etc.

Gastrita

Gastrita este o inflamație a mucoasei care protejează pereții stomacului. Cele mai frecvente cauze ale apariției acestei boli sunt: administrarea de medicamente (antiinflamatoare), consumul exagerat de alcool, infecția cu bacteria care provoacă și ulcer (*Helicobacter Pylori*), stresul prelungit, consumul de alimente agresive pentru tubul digestiv.

Gastrita poate apărea brusc (*gastrita acută*) sau poate să apară de-a lungul timpului (*gastrita cronică*).

Simptomele gastritei includ:

- senzație de „arsură”, în partea superioară a abdomenului;
- greață;
- vărsături;
- regurgitații acide;
- diaree (în unele cazuri).

Există și cazuri în care gastrita nu determină simptome.

Diagnosticarea gastritei se face pe baza identificării simptomelor specifice acestei boli și a următoarelor teste:

- *Testul pentru Helicobacter Pylori*.
- *Endoscopia* – este vizualizată nu doar mucoasa gastrică, ci și culoarea și eventualele leziuni. Această procedură constă în introducerea unui tub de plastic fin, dotat cu o cameră video mică până în stomac; în final, medicul privește pe ecran imaginile transmise de endoscop.



- *Biopsia* – se face simultan cu endoscopia, medicul recoltează mici probe de țesut pentru examinarea la microscop.
- *Radiografia cu substanță de contrast* – este utilizată pentru a depista, mai degrabă, ulcerul sau complicațiile apărute.

Medicamentele utilizate pentru *tratamentul* gastritei includ:

Antibioticele. Dacă bacteria *Helicobacter Pylori* este prezentă în stomac, medicul specialist va recomanda o combinație de antibiotice, pentru a elimina bacteria.

Medicamente care blochează producția de acid – *antiacizii*, utilizarea pe termen lung, în special în doze mari, poate crește riscul fracturilor.

Medicamente care reduc producția de acid – *antisecretorii*, inhibă secreția, acționând asupra receptorilor histaminici și asupra pompelor de protoni.

Pansamente gastrice. Ajută la refacerea mucoasei gastrice, prin protejarea ei.

Pe lângă tratamentul medicamentos, se impune și un *regim special*, excluzând total factorii iritanți precum: alcoolul, tutunul, condimentele, zahărul și dulciurile concentrate (care favorizează dezvoltarea bacteriei *H. Pylori*), mezelurile

și carnea conservată, aditivii alimentari sintetici, apa de la robinet (apele minerale alcaline bogate în calciu și degazificate ajută în vindecarea gastritei).

Există și câteva plante medicinale care sunt adevărate adjuvante în tratamentul gastritei: lemnul-dulce, frunzele de zmeur, obligeana. O alimentație sănătoasă, renunțarea la consumul de alcool și la fumat, evitarea zaharului și a alimentelor cu aditivi sintetici și, nu în ultimul rând, somnul odihnitor, cel din urmă fiind un factor important în *prevenirea* atât a gastritei, cât și a altor boli. (Sursa: http://www.sfatulmedicului.ro/Boli-intestinale/afectiuni-ale-sistemului-digestiv_580)

1. Înlocuiți lexemele evidențiate prin sinonime:

Arsurile la stomac _____ sunt dureri care se *situează* _____ sub stern, ce afectează aproximativ 10% din populație. Multe persoane *asociază* _____ aceste senzații neplăcute cu mesele *copioase* _____, foarte bogate în grăsimi, în timp ce altele resimt o durere care apare noaptea și care *perturbă* _____ somnul din cauza stresului puternic, la care sunt supuse zilnic. Arsurile la stomac *afectează* _____ mai des bărbații, decât femeile. Pe lângă *senzațiile* _____ de arsură, mai pot exista simptome ca: *respirația urât mirositoare* _____, gust acru sau amar, *vărsături* _____. Arsurile la stomac pot fi rezultatul *iritării* _____ esofagului sau pot fi cauzate de anumite *alimente* _____, cum ar fi ceapa, usturoiul, băuturile care conțin cofeină, băuturile alcoolice etc., în funcție de fiecare persoană. Se *recomandă* _____ schimbarea stilului de viață împreună cu o alimentație sănătoasă.

2. Găsiți definiția, uniți prin săgeți:

<i>Esofagită</i>	protruzie (ieșire în afară) a unei părți a stomacului în sus, prin deschiderea diafragmei
<i>Apendicită</i>	inflamație a intestinului subțire
<i>Hernie distală</i>	inflamație a colonului (intestinul gros)
<i>Enterită</i>	inflamație a esofagului
<i>Colită</i>	inflamație a apendixului

3. Faceți acordul:

Bolile (*stomac*) _____ sunt foarte frecvente. Astăzi, când domină (*stres*) _____, irascibilitatea generală și când (*alimente*) _____ sunt pline de ingrediente (*chimic*) _____, (*boli*) _____ de stomac sunt mult mai frecvente, decât altădată. Dispepsia (indigestia) este cea mai (*comun*) _____ boală la stomac, care afectează 40-60 % din populație, cel puțin o dată în viață. Această boală se caracterizează prin (*durere*) _____ persistente ocazional în partea (*superior*) _____ a abdomenului, greață, cu sau fără vărsături, balonare (*abdominal*) _____, sațietate

precoc (senzația de saturație după o cantitate mică de alimente). Dispepsia poate fi cauzată de toți factorii (*menționat*) _____ mai sus, interni și externi, dar poate fi și un simptom al altei boli, cum ar fi ulcerul peptic, gastrita și cancerul la stomac. Tratatamentul de dispepsie (*includ*) _____, de obicei, schimbarea (*regim*) _____ alimentar și a stilului de viață și (*medicament*) _____, recomandate de un medic specialist.

4. Alcătuiți un dialog dintre medicul gastroenterolog și un pacient care acuză dureri de stomac, folosind următoarele replici:

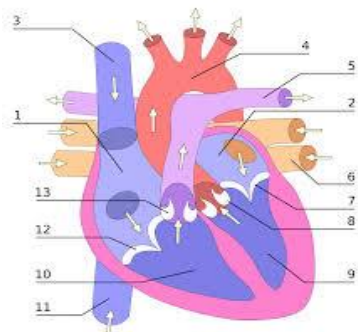
Ce fel de alimente consumați? Aveți poftă de mâncare? Aveți regurgitații acide? Aveți senzația de greutate? Vomați? Aveți diaree/constipație? Sunteți balonat/ă?

[illegible]

Anexa 5. Fișa de lucru la tema: *Sistemul cardiovascular – inima*

I. Actualizare

1.1. Identificați elementele din legendă:



- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____
- 7 _____

(<https://www.google.md/search?q=SISTEMUL+CARDIOVASCULAR&espv=2&biw=1024&bih=491&tbm=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ei=D3-hVPbxBoHXywOK5oKQCw&ved=0CCEQsAQ>)

- 8 _____
- 9 _____
- 10 _____
- 11 _____
- 12 _____
- 13 _____

1.2. Alcătuiți familia de cuvinte cu următoarele rădăcini:

cardio- _____

angio- _____

II. Înțelegere de text

Dieta bogată în proteine poate fi benefică pentru sistemul cardiovascular

Dieta influențează riscul de apariție a multor afecțiuni inclusiv bolile cardiovasculare, boala Alzheimer, diabetul, osteoporoza, afecțiunile oculare și unele forme de cancer.

În mod tradițional se consideră, că dietele bogate în proteine sunt foarte dăunătoare pentru sistemul cardiovascular, determinând ateroscleroza accelerată datorită concentrației crescute de grăsimi saturate din carne, ouă și produse lactate. Recent un studiu efectuat de o echipă de cercetători de la Harvard Medical School, USA, a demonstrat că există însă o dietă bogată în proteine care protejează sistemul cardiovascular, determinând scăderea nivelului LDL colesterolului, trigliceridelor și a tensiunii arteriale. Dieta concepută de echipa de cercetători de la Harvard Medical School conține alimente bogate de proteine atât de origine animală, cât și vegetală,

având un conținut scăzut de grăsimi saturate. Pe lângă proteinele animale provenite din carnea de pește și pui, dieta are în componență și proteine vegetale din nuci, fasole, cereale integrale și alte produse dietetice fără grăsimi.

O dietă bogată în proteine nu trebuie să fie alcătuită numai din carne și ouă, a declarat Prof. Dr. Frank M. Sacks, coordonatorul echipei de cercetători, și nu toate dietele cu conținut scăzut de carbohidrați sunt la fel. Cele mai bune planuri dietetice au unele elemente comune, inclusiv importanța acordată legumelor, fructelor și cerealelor integrale.

(http://www.sfatulmedicului.ro/Hipertensiunea-arteriala--HTA-/dieta-bogata-in-proteine-poate-fi-benefica-pentru-sistemul-cardiovascular_2341)

Glosar de termeni

element - parte componentă a unui întreg; parte care contribuie la formarea unui întreg,

nivel - înălțimea la care se găsește un punct, o linie sau o suprafață a unui loc, a unui obiect etc. în raport cu un plan orizontal dat,

a proteja - a (se) apăra de acțiuni dăunătoare, de un pericol; a (se) păzi, a (se) feri; a ocroti, a sprijini, a ajuta pe cineva,

studiu - acțiunea de a studia ; muncă intelectuală susținută depusă în vederea însușirii de cunoștințe temeinice într-un anumit domeniu,

formă - categorie care desemnează structura internă și externă a unui conținut, modul de organizare a elementelor din care se compune un obiect sau un proces.

Sinonime

a declara = a afirma, *a comunica*

a acorda = a da, a conferi, a regla

a concepe = a începe, *a elabora*, a preconiza

element = componență

risc = *pericol*, primejdie

influență = autoritate, putere

2.1. Cu cuvintele evidențiate alcătuiți enunțuri:

Antonime

dăunător # *benefic*

concentrat # diluat, *distrat*

a acorda # a dezacorda, a discorda

scăzut # *crescut*

2.2. Cu cuvintele evidențiate alcătuiți enunțuri:

2.3. Formați sintagme corelând cuvintele din coloanele de mai jos, cu cuvintele evidențiate alcătuiți enunțuri:

grăsimi	arterială
afecțiuni	vegetală
diete	integrale
concentrația	dietetice
tensiune	comune
origine	saturate
cereale	cardiovasculare
produse	bogate

2.4. Bifați cu *Adevărat* sau *Fals*:

- Dieta influențează riscul de apariție a multor afecțiuni.
- Dietele bogate în proteine sunt foarte dăunătoare pentru sistemul cardiovascular.
- Dieta concepută de echipa de cercetători de la Harvard Medical School conține alimente bogate de proteine atât de origine animală, cât și vegetală.
- Cele mai bune planuri dietetice nu au elemente comune.

III. Descrierea unei maladii

Infarctul miocardic (IM) sau *Infarctul miocardic acut (IMA)*, numit frecvent și *atac de cord*, este întreruperea fluxului sangvin la nivelul unei porțiuni a cordului, ce determină moartea celulelor miocardice. Cel mai frecvent se produce prin obstrucția unei artere coronare în urma rupturii unei plăci de aterom, care este un depozit de lipide și celule albe (în special macrofage) la nivelul peretelui arterial. Ischemia (reducerea fluxului sangvin) și hipoxia rezultate, netratate în timp util, duc la moartea (*necroza*) mușchiului inimii (*miocardului*). Simptomele clasice ale infarctului miocardic acut sunt durere bruscă de piept (în mod specific răspândindu-se spre brațul stâng sau partea laterală stângă a gâtului), dispnee, grețuri, vomă, palpitații, transpirații și neliniște (adeseori descrisă ca o senzație de moarte iminentă). Femeile pot avea mai puține simptome tipice față de bărbați, cele mai comune fiind dispneea, slăbiciune, o stare de disconfort abdominal și astenie fizică. Aproximativ un sfert din toate infarctele miocardice sunt „ silențioase”, fără durere în piept sau alte simptome. Sursa: https://ro.wikipedia.org/wiki/Infarct_miocardic



3.1. Cu ajutorul dicționarului explicați următoarele lexeme:

Obstrucție - _____
Aterom - _____
Macrofage - _____
Iminent(ă)- _____
Dispnee - _____
Astenie - _____
Hipoxie - _____

3.2. Numiți sinonimele, alcătuiți enunțuri:

Întrerupere = _____
Flux = _____
Porțiune = _____
Ruptură = _____
Depozit = _____
Senzație = _____

3.3. Numiți antonimele, formulați enunțuri:

Frecvent # _____	tratat# _____
Util # _____	brusc# _____
Liniște # _____	confort _____

3.4. Formați familia lexicală:

durere - _____
arteră - _____
a trata - _____

IV. Să comunicăm!

În baza textelor, folosind sintagmele de mai jos, alcătuiți un dialog între medicul cardiolog și un pacient care acuză dureri în piept.

- ✓ *Vă plângeți de dureri în piept?*
- ✓ *Durerea este în bară?*
- ✓ *Puteți să o localizați?*
- ✓ *Când a început durerea?*
- ✓ *Este o durere puternică /continuă /de arsură /pulsativă /constrictivă / ca o crampă?*
- ✓ *Durerea crește progresiv în intensitate?*
- ✓ *Durerea este fluctuantă?(apare,dispare și apoi reapare)?*
- ✓ *Ce agravează durerea?*
(efortul,stresul,vremea rece, digestia)
- ✓ *V-ați luat pulsul/tensiunea?*
- ✓ *Ați avut vreodată palpații?*
- ✓ *Debutul palpațiilor are loc brusc/treptat?*
- ✓ *Tahicardia este regulată/neregulată?*



V. Competență gramaticală

5.1. Scrieți cuvintele din paranteze la forma corectă:

Inima în greutate de 350 grame la un adult, are forma unui con cu (vârf) _____ îndreptat în jos, iar baza corespunde marilor (vas) _____ (vene cave, artera pulmonară, aorta). Este (organ) _____ muscular ai cărui (perete) _____ au patru straturi: pericardul - sac fibros în care este (a adăposti) _____ inima, miocardul (mușchiul inimii), căptușit în interior de endocard, iar la exterior de o membrană (seros) _____, epicardul. Pompa (cardiac) _____ are patru (camera) _____: atriul drept și stâng (sau urechiușa dreaptă respectiv stângă) cu pereții (subțire) _____ - camerele de primire - și ventriculul drept și stâng cu pereții mai (gros) _____, care constituie pompa (efectiv) _____.

Între cavități (a exista) _____ orificii de comunicare și anume: între atriu și ventriculul stâng -valva mitrală, între atriu și ventriculul drept valva tricuspidiană; din ventriculul stâng (a ieși) _____ aorta cu valva aortică, iar din ventriculul drept iese artera pulmonară cu valva ei.

Buna funcționare a aparatelor valvulare (a favoriza) _____ umplerea cu sânge a inimii în perioada de repaos (diastolă) și (a propulsa) _____ lui după contracție (sistolă) în marea și mica circulație.

Inima (a fi) _____ singurul organ muscular care (a contracta) _____ ritmic, fără întrerupere, din viața embrionară până la moarte.

Automatismul cardiac (a fi asigurat) _____ de un centru specializat (nodul sinusal situat în atriu drept), de la care (a porni) _____ stimulul cardiac și de unde (a fi transmis) _____

mai departe de nodulul atrioventricular (situat în septul inter-atrial), apoi de fasciculul His (din septul interventricular) și rețeaua Purkinje (din pereții ventriculari a căror activitate electrică (a da) _____ undele pozitive și negative pe electrocardiogramă.

5.2. Formați substantive:

a proveni- _____

a influența - _____

a considera- _____

a determina- _____

5.3. Propuneți determinative pentru următoarele substantive:

durere _____

evoluție _____

tratament _____

tensiune _____

5.4. Transformați verbele din paranteze la modul conjunctiv prezent și perfect:

Medicul poate (a trata) un pacient.

Noi dorim (a studia) medicina.

Eu pot (a scrie) un articol.

5.5. Modificați verbele din paranteze astfel: primul să fie la indicativ prezent, iar al doilea – la conjunctiv prezent:

Profilaxia primară a malformațiilor congenitale (a trebui) _____
(a cuprinde) _____ un ansamblu de măsuri terapeutice.

Profilaxia (a începe) _____ (a derula) _____
cu diagnosticarea precoce a subiectului afectat.

Diagnosticul (a trebui) _____ (a fi) _____ urmat de terapeutica de corectare și recuperare. În timpul acestor activități (a nu trebui) _____ (a uita) _____ contextul psihologic al evenimentului.

5.6. Schimbați forma verbelor din paranteze la modul conjunctiv, timpul prezent:

O mare parte a populației globului continuă (a practica) _____ o serie de obiceiuri dăunătoare.

Studiile efectuate le permit (a înțelege) _____ riscurile la care se expun.

În zilele noastre consumul de cafea continuă (a crește) _____ pe plan mondial.

O țigară fumată înainte de masă face (a dispărea) _____ senzația de foame.

5.7. Conjuțați următoarele verbe la conjunctivul prezent:

a consulta

a suferi

a interoga

a cerceta

eu _____

tu _____

el/ea _____

noi _____

voi _____

ei/ele _____

5.8. Continuați conform modelului:

a lucra – eu să lucrez, tu să lucrezi, ea să lucreze, noi să lucrăm, voi să lucrați

a trata - _____

a crea - _____

a prescrie - _____

(Mincu et al. *Limba română. Profil medical*, Ed. Litera, Chișinău, 2003)

Anexa 6. Fișa de lucru la tema *Sistemul tegumentar*

Sistemul tegumentar este, pur și simplu, pielea – cel mai mare organ al corpului. El îmbracă toate organele, scheletul și mușchii, protejându-le de factorii nocivi din exterior.

Pielea este "canalul" prin care simțim atingerea, un element esențial al bunăstării mentale, emoționale și fizice. Pielea corpului nostru este creată de celulele stem și are în medie 17.000 de centimetri pătrați. Greutatea ei reprezintă circa 20% din greutatea corpului (în medie 14-16 kg), din care circa 15% reprezintă hipodermă (cu variații largi în raport cu corpolența), circa 5% derma și sub 1% epiderma. La nivelul cavităților (a gurii, a nasului), ea se continuă cu o mucoasă. Pielea se află într-un continuu proces de regenerare: aproximativ o dată la 27 de zile apare un nou strat de piele, în timp ce stratul superficial vechi al epidermei format din celule moarte se descuamează și cade.

Pielea este formată din trei straturi:

Epiderma este stratul exterior al pielii - are o grosime de 0,1-1 mm; are pigment (melanina); terminații nervoase, însă nu și vase de sânge. Stratul intern este viu și hrănit, iar stratul extern este format din celule moarte. Celulele superioare ale epidermei se regenerează continuu.

Derma este adevărata piele, adică partea internă a pielii, care este:

- bine dezvoltată, reprezentând aproximativ 85% din grosimea tegumentului;
- bogată în vase de sânge care hrănesc epiderma; vasele de sânge din dermă reprezintă 5% din sângele din corp;
- conține glandele sudoripare, rădăcinile firelor de păr și nervii (conține milioane de terminații nervoase și glande sudoripare);
- alcătuită din collagen și elastină, care îi conferă fermitate și elasticitate;
- conține foliculi de păr și glande sebacee, care lubrifică pielea și părul.

Hiopoderma – sau țesutul subcutanat este stratul interior al pielii reprezintă ultimul strat al pielii și este alcătuit în proporție de 90% din trigliceride, care superior, face legătura cu stratul reticular al dermei, iar inferior este ancorat de aponevroze sau țesutul periostal.

Hipodermă se proiectează în derm, rezultând papilele adipoase care înconjoară firele de păr, glandele sudoripare, vasele sangvine, ferindu-le de traumatisme.

Glandele sudoripare eliberează transpirația, un lichid care se evaporă pentru a ne răcori în timpul efortului fizic. Aceste glande elimină reziduuri, săruri și lichide prin intermediul pielii.

Glandele sebacee secretă lubrifianti care protejează pielea și transmit semnale chimice lumii din jur. Funcția glandelor sebacee depinde de sistemul endocrin, deci de secreția de hormoni (sistemul hipofizo-steroidic, cortico-suprarenal și sexual). Ele secretă grăsime pielii, care unge stratul cornificat al epidermei și părul, îl apără de apă, microorganisme și înmoaie pielea.

Proprietățile pielii

Grosimea pielii variază după regiuni: e subțire pe față, frunte, în zonele genitale, este mai groasă pe toracele anterior, abdomen și marile pliuri.

Elasticitatea este dată de fibrele elastice din dermă. Aceasta scade cu vârsta și dispare în stările edematoase sau de scleroză cutanată.

Prin intermediul terminațiilor nervoase și al foliculilor de păr se produce senzația. Putem simți presiunea, căldura, răceala, durerea și atingerea.

Culoarea pielii depinde de:

- *cantitatea de pigment melanic* care conferă nuanțe de la pielea albă (lipsa pigmentului), până la cea neagră (excesul de melanină). *Melanina* este un pigment ce dă culoare pielii. Totodată, ea protejează celulele pielii, absorbind radiațiile ultraviolete.

- *gradul de vascularizație capilară* care determină nuanța roz-rosie. Culoarea pielii depinde și de cantitatea de hemoglobină (paloarea în anemii).

- *grosimea pielii*: pielea copiilor mici e mai subțire și e roz, pielea de pe palme are o culoare gălbuie datorită stratului cornos (keratinei). Abundența keratohialinei (strat granulos) conferă pielii o culoare albă.

Fanerele sunt organe anexe ale pielii diferențiate la suprafața ei, cu funcție de apărare a organismului, fiind prezente la om sub forma unghiilor și a părului.

Unghia este formată dintr-o lamă cornoasă dură numită corpul unghiei și o rădăcină situată proximal, care se prelungește pe laturile unghiei. Lama unghială e formată dintr-o porțiune superficială dură și un strat profund moale.

Părul. Firul de păr este alcătuit din două părți: una externă, vizibilă, liberă, numită tulpină sau tijă (o structură moartă) și o parte ascunsă profund în derm, numită folicul pilosebaceu sau radacină.

Funcțiile sistemului tegumentar:

- **Funcția de apărare** – împiedică pătrunderea unor agenți patogeni în organism (bacterii, substanțe toxice, radiații) și garantează impermeabilitatea organismului.

Funcția de termoreglare și echilibru:

1. elimină toxinele și apa în exces,
2. menține o temperatură constantă a corpului,
3. previne supraîncălzirea prin evaporarea transpirației,
4. favorizează încălzirea corpului prin contracția mușchilor erectori anexați firului de păr.

- **Funcția de apărare față de razele ultraviolete** – absorbirea radiațiilor se realizează prin pigmentul din piele *melanina*, producând bronzarea pielii; la o expunere extremă la aceste radiații se poate produce cancerul de piele.

- **Funcția imunologică** – protejează corpul împotriva infecțiilor și distruge bacteriile nocive, care se deplasează spre interior prin plămâni, prin intestine sau prin piele.

- **Funcția de organ de simț** este una din funcțiile de comunicare ale pielii cu mediul înconjurător, prin care aceasta procesează informații din exteriorul corpului.

- **Funcția de comunicare** – pielea reflectă anumite stări emoționale prin schimbarea coloraturii (palidă, roșie) și semnalizează prezența unei boli (tegumentul icteric din hepatite).

(Sursa : <http://inimafericita.ro/2014/09/28/pielea-si-sistemul-tegumentar/>)

1. Explicați cu ajutorul dicționarului termenii necunoscuți:

2. Alcătuiți cu 3 termeni (la alegere) trei enunțuri:

3. Formulați întrebări în baza textului:

Rețineți!

Rădăcini de formare a termenilor medicali pentru sistemul tegumentar

Rădăcini	Semnificație	Exemple
Adip/o- Lip/o- Steat/o-	Gras	Adipos Liposolubil
Derm/o- Dermat/o- Cutane/o-	Piele	Derm Dermatologie Dermatolog Cutanat,subcutanat,per cutanat
Onic/o-	Unghie	Onicoliza,onicomicoza
Seb/o-	sebum,ulei	Sebum,glandă sebacee,seboree

(L.Ochiuz,I. et al., *Terminologie medicală și farmaceutică*, ed.II, Ed.Polirom, 2011)

4. Continuați explicarea termenilor (cu ajutorul dicționarului):

Termeni anatomici

Termeni	Definiție
Epiteliu	țesut care acoperă suprafețele organismului spre exterior sau spre interior
Sebum	Produs de secreția glandelor sebacee constituit din lipide (trigliceride)
Colagen	Substanță proteică prezentă în piele și țesuturi conjunctive
Keratină	
Strat scuamos de celule	
Melanocite	

(L.Ochiuz,I. et al., *Terminologie medicală și farmaceutică*, ed.II, Ed.Polirom, 2011)

5. Continuați explicarea termenilor (cu ajutorul dicționarului):

Termeni simptomatici

Termeni	Definiție
Leziune	Zonă de țesut afectată patologic, poate fi primară și secundară
Macula	O pată decolorată de piele,având o întindere de până la 1cm (ex.pistrui)
Pată, placă	
Papule	
Placă	
Nodul	
placă urticariană	
Veziculă	
Bulă sau flictenă	
Pustulă	
Scuamă	
Crustă	
Peteșie	
Echimoză	
Verucă	
Nev	
Prurit	
Urticarie	

(L.Ochiuz,I. et al., *Terminologie medicală și farmaceutică*, ed.II, Ed.Polirom, 2011)

6. Continuați explicarea termenilor (cu ajutorul dicționarului):

Termeni de diagnostic

Termeni	Definiție
Acnee	Inflamația foliculilor pilosebacei de la nivelul pielii, manifestată prin comedoane, pustule sau noduli
Dermatită	
Rubeolă	
Rujeolă	
Furuncul	
Abces	
Lupus cutanat	
Neoplasm cutanat malign	
Psoriazis	
Vitiligo	

(L.Ochiuz,I. et al., *Terminologie medicală și farmaceutică*, ed.II, Ed.Polirom, 2011)

7. Alcătuiți familii de cuvinte cu ajutorul următoarelor rădăcini:

dermo-, dermato-

cutaneo-

histo-

8. Citiți textul:

Tipuri de boli de piele

Bolile de piele includ o gama larga de conditii care afecteaza pielea. Acestea pot fi cauzate de complicatii ale altor afectiuni medicale, infectii fungice, bacteriene, reactii alergice sau chiar muscaturi de insecte.

Pielea este expusa si vulnerabila la o serie de pericole din mediu. Predispozitiile genetice la anumite afectiuni contribuie la aparitia unora dintre bolile de piele. Chiar si aparitia unei afectiuni a pielii poate conduce la declansarea alteia.

Bolile de piele pot fi de mai multe tipuri, iar cele mai frecvente includ tulburarile inflamatorii, virale, bacteriene, canceroase si fungice. Bolile de piele

care fac parte din aceeași categorie au simptome similare, sunt cauzate de surse similare și vor fi tratate în același mod.

Gravitatea bolilor de piele poate fi diferită, de la boli de piele minore la cele care pot pune în pericol viața unei persoane. Tipul bolilor de piele va ajuta la determinarea cauzei probabile și la adoptarea celui mai bun tratament.

Cele mai frecvente maladii ale pielii sunt:

Acneea

Statisticile medicale mondiale arată că, 80% dintre pacienții care se prezintă la dermatolog, suferă de o formă ușoară sau cronică de acnee. Chiar dacă este cea mai răspândită boală de piele, acneea nu îți pune viața în pericol.

Afecțiunea apare atunci când canalele pielii care fac legătura între pori și glandele sebacee se înfundă, devenind un mediu propice de înmulțire pentru bacteriile cauzatoare de infecții. Loțiunile antiacneice pot controla acneea ușoară și moderată, în timp ce antibioticele orale devin necesare pentru tratarea acneei severe.

Dermatita atopică (eczemele)

Cunoscută sub numele de eczemă, dermatita atopică este o boală cronică a pielii, care ia forma unor porțiuni uscate și mâncărimi intense. Din pricina scârpînăului, apar de multe ori edeme (umflături) și roșeață. În faze avansate, pielea se crapă și secretă fluid. Când rana se vindecă, apare o crustă solzoasă în regiunea afectată.

Dermatita alergică de contact apare la vârsta adultă și este provocată de substanțe cosmetice, parfumuri iritante sau diverse metale din bijuterii. Tratamentul vizează hidratarea intensă a pielii cu creme speciale.

Urticaria

Micile umflături roșii, însoțite de mâncărimi, se numesc urticarie. De regulă, afecțiunea apare ca răspuns alergic la un aliment sau medicament. Stresul sau alte infecții sunt cauze comune ale urticariei, care dispare, de regulă, de la sine.

Rozaceea

Caracterizată printr-o roșeață permanentă a tenului, rozaceea apare preponderent la femei. Pe măsură ce progresează boala, pigmentul roșiatic evidențiază vasele foarte mici de sânge, care devin vizibile (în special în pomeți). Medicamentele topice și antibioticele orale sunt folosite, de regulă, ca tratament.

Alunițele

Când sunt mici și cu formă regulată, sunt considerate simpatice. Chiar și așa, alunițele sunt clasificate drept patologii dermatologice, care apar când anumite celule ale pielii (melanocite) se dezvoltă grupate, cu țesut în jurul lor. Fiecare om are între 10 și 40 de alunițe, iar un individ din 10 prezintă câte o aluniță care își modifică aspectul, deci este susceptibilă să se transforme în melanom (un tip sever de cancer de piele). În această situație, consultul medical devine crucial.

(Sursa : <http://cardiomediasi.ro/2015/12/10/cele-mai-frecvente-boli-dermatologice/>)

9. Explicați termenii necunoscuți cu ajutorul dicționarului:

10. Caracterizați o maladie a pielii după următoarele criterii: *definiție, cauze, simptome, diagnostic, tratament, prevenție*:

Anexa 7. Fișa de lucru la tema: *Țesuturile organismului uman*

1. Citiți textul:

Mai multe celule cu aceeași formă și structură unite între ele printr-o substanță intra-celulară și care îndeplinesc în organism aceeași funcție sau același grup de funcții alcătuiesc un **țesut**.

Există mai multe tipuri de țesuturi:

- **țesuturi musculare** - țesutul muscular este alcătuit din fibre musculare care pot fi de trei tipuri, în funcție de care deosebim:

- țesut muscular neted - este alcătuit din fibre musculare netede omogene cu aspect fusiform, care au nucleul în partea centrală mai îngroșată;

- țesut muscular striat - este alcătuit din fibre musculare striate care sunt celule alungite cu numeroși nucleu situați periferic cu aspect striat;

- țesut muscular de tip cardiac - formează miocardul; sunt fibre musculare striate cu un singur nucleu, dispuse în rețea, articulate prin discuri intercolare;

- **țesuturi epiteliale** (țesut cubic simplu, țesut cilindric simplu, țesut pavimentos simplu, țesut epitelial pluristratificat) - țesutul epitelial este alcătuit din unul sau mai multe straturi de celule legate între ele; epiteliile formează la suprafața corpului epiderma sau căptușesc cavități interne;

- **țesutul nervos** este alcătuit din celule specializate numite neuroni și celule cu rol de hrănire și susținere a acestora (celule gliale);

- **țesuturi conjunctive** (țesut osos compact, țesut osos spongios, țesut fibros, țesut lax, țesut reticulat, țesut adipos) - țesutul conjunctiv este alcătuit din celule conjunctive, substanță fundamentală (sânge, cartilaj, os, etc) și fibre (colagen, reticulina și elastina).

La rândul lor, țesuturile se grupează și formează organe (inima, rinichi, etc.), care funcționează în corelație cu alte organe. În acest fel se formează sistemele (nervos, osos, muscular, etc). Totalitatea sistemelor formează organismul uman.

(după Bălănescu O., 1998, *Limbar medical românesc*, p.40)

2. Cu ajutorul dicționarului explicați termenii necunoscuți:

3. Oferiți sinonime:

Omogen = _____

A dispune = _____

Corelație = _____

Adipos = _____

Alcătuît = _____

Periferie = _____

A adăposti = _____

4. Alcătuiți cu sinonimele de mai sus enunțuri:

5. Bifați cu *Adevărat* sau *Fals*

○ Celule cu aceeași formă și structură unite între ele printr-o substanță intra-celulară și care îndeplinesc în organism aceeași funcție sau același grup de funcții alcătuiesc un țesut.

○ Țesutul muscular este alcătuit din unul sau mai multe straturi de celule legate între ele; epiteliiile formează la suprafața corpului epiderma sau căptușesc cavități interne.

○ Țesutul epitelial este alcătuit din fibre musculare.

○ Țesutul nervos este alcătuit din cellule specializate numite neuroni.

○ Țesutul conjunctiv este alcătuit din celule conjunctive.

6. Formați sintagme corelând cuvintele din coloanele de mai jos:

Model: *substanțe nutritive*

Țesut

cavitare

Lichid

conjunctiv

Organe

musculare

Fibre

interstițial

7. Continuați enunțurile:

Țesutul epitelial este _____

Țesutul nervos este _____

Țesutul muscular este _____

8. Găsiți definiția corectă a termenilor:

Histologie	Care dă naștere la țesuturi noi
Epiteliu	Ramură a biologiei care studiază țesuturile
Epiderm	Țesut care acoperă suprafețele organismului spre exterior sau spre interior
Derm	Strat superficial al pielii
Histogen	Strat de țesut conjunctiv ce joacă rol de nutriție și de susținere; separă epidermul de hipoderm (strat mijlociu al pielii)

9. Faceți acordul:

A. Bolile (genetic) _____ apar ca urmare a unor modificări (survenit) _____ la nivelul (gene) _____ sau (cromozomi) _____ transmise ereditar. Literatura (medical) _____ descrie astăzi peste 18.000 de afecțiuni (determinat) _____ sau condiționate genetic, care se pot manifesta la orice vârstă, au un spectru foarte larg și pot afecta orice organ. Frecvent, aceste boli (cauză) _____ handicap fizic, motor sau mintal. Statisticile (arată) _____ că în Europa sunt peste 25 de milioane de (bolnav) _____, diagnosticați cu maladii (genetic) _____.

B. Tesutul conjunctiv este (material) _____ care menține împreună (celule) _____ vii din interiorul corpului. Acesta este lipiciul (celula) _____ care le oferă (țesuturi) _____ forma, contribuie la rezistența lor și susține funcția acestora. Cartilajul și grăsimea sunt exemple de țesut conjunctiv. Există peste 200 de (afecțiuni) _____ care implică țesutul conjunctiv. Unele, cum ar fi celulita, sunt rezultatul unei infecții. Tulburările (țesut) _____ conjunctiv care apar ca urmare a unor (leziune) _____ se numesc cicatrici. Alte (tulburare) _____ ale țesutului conjunctiv cum ar fi sindromul Ehlers-Danlos, sindromul Marfan, osteogeneza imperfectă sunt (cauze) _____ de moștenirea genetică, iar sclerodermia nu are nicio cauză cunoscută. Fiecare tulburare are (simptom) _____ proprii și necesită tratament diferit. Care sunt simptomele tulburărilor (țesut) _____ conjunctiv? Manifestările variază în funcție de tipul de țesut implicat. Nu toate (persoane) _____ la care sunt prezente tulburări ale țesutului conjunctiv au simptome.

Să comunicăm!

Intrebări legate de starea generală

Vă simțiți rău?

Unde vă doare?

Ați luat în greutate?

Ați slăbit?

Vă simțiți lipsit de energie?

Aveți febră?

Aveți frisoane?

Ce acuze aveți?

Ce greutate aveți?

Greutatea dumneavoastră a rămas constantă?

Urmați un regim de slăbire?

De cât timp nu mâncați?

Transpirați?

10. Alcătuiți un dialog între medicul de familie și pacient (prima vizită), folosind structurile și informațiile date mai sus:



Anexa 8. Fișa de lucru la tema: *Boli infecțioase*

1. Scarlatina este o boală contagioasă acută. Izvorul de infecție este omul bolnav de scarlatină sau angină streptococică. Scarlatina se transmite pe calea aeriană, prin contact direct cu bolnavii și indirect (veselă, cărți, jucării etc.). Se îmbolnăvesc mai des copiii de la 1 până la 9 ani, în lunile de toamnă și iarnă. După perioada de incubație, care durează 2-7 zile (uneori și mai mult), boala debutează brusc cu simptomele: febră (38-40°C); dureri în gât (angină); vărsături. Peste 1-2 zile apare erupția, mai întâi în regiunea gâtului, după urechi, apoi se răspîndește repede pe întreg corpul. Erupția este formată din numeroase papule mici (cât o gămălie de ac), obrații sunt de culoare roșie, iar în jurul nasului și gurii pielea rămâne palidă. La inspecția cavității bucale se observă mucoasa faringiană de culoare roșu aprins, amigdale hiperemice, hipertrofice cu depozite purulente. Mucoasa palatină este edematiată, hiperemică. Ciclul lingual este obligatoriu și se caracterizează în prima zi prin depozite albicioase ce se detașază ușor, se mai numește și limbă de porțelan. În zilele următoare apare descuamarea progresivă a limbii de la exterior spre interior, până în a 4 a zi când limba este total dezepitelizată, limba zmeurie. Din a 5 a zi începe reepitelizarea, ca în ziua a 7 să ajungă să aibă aspect lăcuit sau limbă de pisică. După aproximativ două săptămâni revine la normal. Convalescența începe după terminarea ciclului lingual, durează 2-3 săptămâni, perioadă în care pot apărea complicațiile (sursa: <https://www.csid.ro/boli-afectiuni/boli-infecțioase/scarlatina-simptome-factori-de-risc-diagnostic-si-tratament-17132245>)

2. Tusea convulsivă (*tusea albastră, tusea măgărească*) este o boală infecțioasă, caracterizată prin accese de tuse spasmodică, prin afectarea mucoaselor din căile respiratorii, a sistemului nervos și a celui cardiovascular. Sursa de infecție o constituie omul bolnav, în special, în primele 3 săptămâni de boală. Începând din săptămânile a treia/ a patra contagiozitatea bolnavului scade, iar spre sfârșitul săptămânii a 6-a bolnavul devine necontagios. Agentul patogen se transmite pe cale aeriană și prin picături. Receptivitatea față de tusea convulsivă este foarte mare, mai cu seamă la copiii de până la 5 ani. Perioada de incubație durează, de regulă, 8-10 zile. În evoluția tusei convulsive se deosebesc 3 perioade: *catarală* (12-15 zile), *de tuse spasmodică* (2-3 săptămâni) și *de relaxare* (1-2 săptămâni). Bolnavul cu formă ușoară de tuse convulsivă se izolează la domiciliu. Persoanele grave și cu complicații (respiratorii, nervoase) se internează la spital. Cea mai frecventă complicație este pneumonia bacteriană care împreună cu insuficiența respiratorie secundară poate duce frecvent la deces. Alte complicații infecțioase sunt bronhopneumonia, atelectazia, bronsiectazie, emfizem subcutanat, encefalite, hemoragii pulmonare. În cursul tratării acestei boli o importanță decisivă are îngrijirea corectă, alimentația abundentă și bogată în vitamine (sursa: <https://www.csid.ro/boli-afectiuni/pediatrie/tusea-convulsiva-tusea-magareasca-la-copii-12839827/>).

3. Parotidita epidemică (infecția urliană, oreionul) este o boală infecto-contagioasă acută provocată de un virus filtrabil (virusul urlian). Ea este însoțită de

inflamarea glandelor parotide și a altor glande secretoare. Sursa de infecție este omul bolnav, care este contagios tot timpul cât îi sunt inflamate glandele parotide. Agenții patogeni ai acestei maladii pătrund în organism atât pe cale aeriană, cât și prin intermediul obiectelor contaminate (veselă, jucării, cărți ș. a.). Mai receptivi la parotidita epidemică sunt copiii în vârstă de 5-15 ani. Perioada de incubație durează 12-26 de zile. Boala începe, de regulă, acut, cu ridicarea temperaturii până la 38-39°C și tumefierea glandelor parotide, bolnavul simte dureri la deschiderea gurii, în timpul mestecării și înghițirii. Procesul inflamator adesea poate afecta și glandele submaxilare, mai rar glandele sublinguale, iar uneori glandele sexuale, pancreasul, meningele.

Tratamentul. Se recomandă repaus la pat, hrană lichidă și semilichidă, gargare. Pe regiunea afectată se ține cald sub orice formă: termofor, compresă ori pansament uscat. În cazuri grave (când apare orhita, ovarita, pancreatita, meningita sau encefalita) bolnavul trebuie spitalizat.

Exista un vaccin eficace, propus adolescenților și adulților tineri care nu au făcut oreion, precum și copiilor trecuți de vârsta de 1 an. Vaccinul destinat copiilor mici este asociat cu cel al rubeolei și rujeolei (vaccinul R.O.R.) (sursa: <http://www.desprecopii.com/info-id-63-nm-Oreionul-la-copil.htm>).

4. Rujeola (pojarul) este o maladie virotică acută, extrem de contagioasă, care apare la copii, caracterizată printr-o erupție de pete roșii pe piele și pe mucoase. În evoluția clinică a rujeolei se disting 4 perioade: *de incubație, catarală (prodromală), eruptivă și de convalescență*. Perioada de incubație durează 7-17 zile (mai des 10-11), iar cea catarală 2-3 zile. Boala începe, de obicei, brusc, cu creșterea temperaturii, care atinge în primele 2-3 zile 39-40°C. Bolnavul se simte obosit, pierde pofta de mâncare, uneori este somnolent, are guturai, dureri de cap, o tuse seacă, strănută, vorbește răgușit, i se înroșesc ochii și lăcrimează, căpătând un aspect ca după plâns. Erupțiile de culoare roșie-închisă apar timp de 3-4 zile. Mai întâi se ivesc în dosul urechilor, apoi pe față și pe gât. În ziua următoare erupțiile împânzesc trunchiul, iar în a treia zi – membrele. Pojarul (rujeola) este extrem de contagioasă. Când cineva cu rujeolă strănută sau tușește, acea persoană poate răspândi particule virale prin intermediul aerului, infectând și pe alții. Transmiterea virusului se realizează prin aer, prin picături de salivă, secreții nazo-faringiene și conjunctivale, care rămân în suspensie în aer, fiind contagioase până la două ore după ce subiectul contagios a părăsit încăperea sau un alt spațiu închis. Contagiozitatea este mare 4-5 zile înainte și 6 zile după apariția erupției. Complicațiile rujeolei apar cu atât mai des, cu cât copilul bolnav este mai mic. Complicațiile cele mai frecvente sunt: pneumonia, stomatita și otita. Deseori se dezvoltă laringita, bronșita, cheratita. Uneori, la copiii mai mari, se constată o complicație destul de gravă – encefalita (sursa: [http://www.desprecopii.com/info-id-826-nm-Pojarul-\(rujeola\)-la-copil.htm](http://www.desprecopii.com/info-id-826-nm-Pojarul-(rujeola)-la-copil.htm)).

Balkan Pharmaceuticals

BP Anest 1:200 000 cu Adrenalină, **soluție injectabilă 40 mg/ml+0,005 mg/ml 1,7 ml**



Indicații terapeutice

BP Anest 1:200 000 este un anestezic local, indicat pentru anestezia locală și loco-regională în procedurile dentare la adulți, adolescenți și copii peste 4 ani (sau de la 20 kg greutate corporală).

Grupa farmacoterapeutică
Anestezice locale/Amide.

Cod ATC: N01BB58

ALGODEX, comprimate 25 mg



Indicații terapeutice

Tratamentul simptomatic al durerilor de intensitate ușoară până la moderată, cum sunt dureri musculo-scheletice, dismenoree, durerile dentare.

Grupa farmacoterapeutică
Medicamente antiinflamatoare și antireumatice, nesteroidiene. Derivați ai acidului propionic.

Cod ATC: M01AE17

Balkan Pharmaceuticals

Ketorolac-BP, soluție injectabilă 30 mg/ml 1 ml



Indicații terapeutice

Tratamentul pe termen scurt al durerilor acute, în special post-operatorii, de intensitate moderată până la severă.

Grupa farmacoterapeutică

Medicamente antiinflamatoare și antireumatice, nesteroidiene. Derivați ai acidului acetic.

Cod ATC: M01AB15

Nimesulid-BP, granule pentru soluție orală 100 mg



Indicații terapeutice

Tratamentul durerii acute.
Tratamentul dismenoreei primare.

Grupa farmacoterapeutică

Alte antiinflamatoare și antireumatice, nesteroidiene.

Cod ATC: M01AX17

Balkan Pharmaceuticals

Ramipril-BP, comprimate 10 mg



Indicații terapeutice

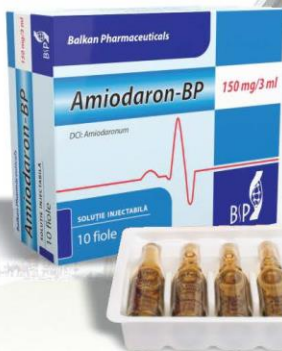
- Tratamentul hipertensiunii arteriale.
- Prevenție cardiovasculară: scăderea mortalității și morbidității cardiovasculare la pacienți cu boală cardiovasculară aterosclerotică.
- Tratamentul afecțiunilor renale: Nefropatie glomerulară diabetică și non-diabetică.
- Tratamentul insuficienței cardiace simptomatice.

Grupa farmacoterapeutică

Inhibitori ai enzimei de conversie a angiotenzinei.

Cod ATC: C09AA05

Amiodaron-BP, soluție injectabilă 150 mg/3 ml



Indicații terapeutice

- Amiodaron-BP intravenos este indicat pentru tratamentul tulburărilor severe de ritm care nu răspund la alte terapii sau când alte tratamente nu pot fi utilizate.
- Tahiaritmii asociate sindromului Wolff-Parkinson-White.
- Toate tipurile de tahiaritmii, inclusiv tahicardiile supraventriculare, nodale și ventriculare, flutterul și fibrilația atrială, fibrilația ventriculară.

Grupa farmacoterapeutică

Antiaritmice clasa III

Cod ATC: C01B D01

Balkan Pharmaceuticals

Amoxicilin-BP, capsule 250 mg și 500 mg



Indicații terapeutice

- Sinuzită acută bacteriană;
 - Otită medie acută;
 - Amigdalită și faringită acută streptococică;
 - Exacerbare acută a bronșitei cronice;
 - Pneumonie comunitară;
 - Cistită acută;
 - Pielonefrită acută;
 - Febră tifoidă și paratifoide;
 - Absces dentar cu celulită răspândită;
 - Infecții la nivelul articulațiilor protezate;
 - Eradicare a *Helicobacter pylori*;
 - Boala Lyme.
- Este indicat, de asemenea, pentru profilaxia endocarditel.

Grupa farmacoterapeutică

Antibiotice din grupa penicinelor cu spectru extins.

Cod ATC: J01CA04.

Aciclovir-BP, capsule 200 mg



Indicații terapeutice

- Tratamentul infecțiilor herpetice cutaneo-mucoase (inclusiv cu localizare genitală) primare sau recurente, determinate de virusul herpes simplex (VHS);
- Prevenirea infecțiilor recurente determinate de VHS la pacienți imunocompetenți;
- Prevenirea infecțiilor determinate de VHS la pacienți imunodeprimați;
- Tratamentul infecțiilor cu virus varicelo-zosterian (VZV).

Grupa farmacoterapeutică

Antivirale de uz sistemic, antivirale cu acțiune directă, nucleozide și nucleotide, exclusiv inhibitori de reverstranscriptază

Cod ATC: J05AB01.

Balkan Pharmaceuticals

Ketoprofen-BP, soluție injectabilă 50 mg/2 ml



Indicații terapeutice

Exacerbări ale bolilor osteoarticulare de natură reumatică:
poliartrită reumatoidă, spondilartrită seronegativă,
spondilită anchilozantă, artrită psoriazică, artrită reactivă, gută,
osteoartroză, forme extraarticulare de reumatism, tendinite,
tenosinovite, fibrozite, bursite, capsulite ale umărului.

Exacerbări ale durerii:

dureri de natură inflamatorie, dureri postoperatorii
în chirurgia ortopedică, lombalgii și dureri
de origine lombosciatică, dureri de natură neoplazică,
dureri post-traumatice, dureri de origine musculoscheletală.

Grupa farmacoterapeutică

Medicamente antiinflamatoare
și antireumatice, nesteroidiene.
Derivați ai acidului propionic.

Cod ATC: M01AE03



Vinpocetin-BP,

concentrat pentru soluție injectabilă 5 mg/ml 2 ml



Indicații terapeutice

Neurologie: Pentru tratamentul diferitelor forme
de tulburări circulatorii cerebrale:

stări post-accident vascular cerebral,
demență vasculară, arteroscleroză cerebrală,
encefalopatie post-traumatică sau hipertensivă,
insuficiență vertebrobazilară.

Ameliorarea simptomelor psihice și neurologice
cauzate de tulburările circulatorii cerebrale.

Oftalmologie: În tratamentul tulburărilor vasculare
cronice ale coroidelor și retinei.

ORL: În tratamentul presbiacuziei de percepție,
bolii Menière și tinitusului.

Grupa farmacoterapeutică

Alte psihostimulante și nootrope

Cod ATC: N06BX18

str. Industrială 7/a, or. Singera,
mun. Chișinău, Republica moldova

Balkan Pharmaceuticals



MEDICAL

MEDICAL

Medicamente

- Calitative
- Sigure
- Eficiente
- Inofensive

Certificat
GMP

BIP





NASTASIU SILVIA

**CONTRIBUȚII DIDACTICE LA OPTIMIZAREA
RELAȚIILOR DE COMUNICARE MEDIC-
PACIENT**

**Ghid metodologic
la Disciplina Limba română pentru studenții alolingvi**

**DIDACTIC ASSISTANCE FOR OPTIMIZING
DOCTOR-PATIENT COMMUNICATION**

**Methodological Guide for the Discipline Romanian as a Foreign Language for
Medical Students**

Passed for printing 26.10.2020. Appearance 29.10.2020.

Typeface Times New Roman.

Circulation 300 copies.

RS Global Sp. z O.O., Warsaw, Poland, 2020

Numer KRS: 0000672864

REGON: 367026200

NIP: 5213776394

FRIDAY
01:03:32.500
HR MIN SEC MS

NASTASIU SILVIA

**CONTRIBUȚII DIDACTICE LA OPTIMIZAREA
RELAȚIILOR DE COMUNICARE MEDIC-PACIENT**

PUBLISHER:
RS Global Sp. z O.O.

Dolna 17, Warsaw,
Poland 00-773

<https://monographs.rsglobal.pl>

Tel: +48 226 0 227 03

Email: monographs@rsglobal.pl



RS Global