

MARIA DORINA PAȘCA

***COMUNICAREA ÎN RELAȚIA
MEDIC – PACIENT***

MARIA DORINA PAȘCA

**COMUNICAREA
ÎN
RELAȚIA
MEDIC – PACIENT**



Editor: University Press

Autor: Șef de lucrări dr. psiholog Maria Dorina Pașca

Disciplina: Etică și Științe Socio-Umane

Referenți: Șef lucrări dr. Gabriel Hancu

Lector universitar dr. Ștefania Bumbuc

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

PAȘCA, MARIA DORINA

COMUNICAREA ÎN RELAȚIA MEDIC-PACIENT /

Pașca, Maria Dorina,

Târgu-Mureș: University Press, 2012

Bibliogr.

ISBN 978-973-169-177-0

316: 61

Editura University Press – Tg.-Mureș

Director de editură: prof. univ. dr. Alexandru Șchiopu

Corespondență / comenzi: U.M.F. Tg. Mureș, România

Direcția editurii: Tg.-Mureș, str. Gh. Marinescu nr.38

Cod 540130

E-mail: schiopua2000@yahoo.com

Tel. 0744527700, 0265215551-126; fax: 0265210407

CUPRINS

Cuvânt înainte.....9

Capitolul 1 – Comunicarea.....11

1.1 – definiții – identități.....11

1.2 – structuri – concepte.....20

Capitolul 2 – Relaționarea.....47

2.1 – definiții – identități.....47

Capitolul 3 – Comunicarea

medic-pacient.....57

3.1 – logistica.....57

3.2 – pacientul.....101

3.2.1. – definiție.....	101
3.2.2. – copil.....	112
3.2.3. – adolescent.....	136
3.2.4. – adult.....	149
3.2.5. – în vârstă.....	161
3.2.6. – cu dizabilități.....	165
3.2.7.–în situații speciale.	205
3.2.8. – informarea.....	219

Capitolul 4 – Relația medic – pacient..229

4.1. – logistica.....	229
4.2. – tipologia.....	238
4.3. – codificarea – decodificarea.....	246
4.3.1. – întrebarea....	246
4.3.2. – modelul.....	250
4.3.3. – tipul.....	258
4.4. – spitalizarea.....	262

Capitolul 5 – Surse neconvenționale..274

5.1. – mass-media.....274

5.2. – publicitatea.....278

5.3. – telefonul.....293

5.4. – internetul.....296

Capitolul 6 – Etica în comunicare.....299

6.1. – istoric.....299

6.2. – drepturi.....311

Bibliografie.....321

Cuvânt înainte

Cartea de față se adresează atât celor care știu să comunice în relația cu pacientul vs. medicul, cât și acelor care se află la început de drum. Ea se constituie ca un prim reper dintr-o complexă incursiune în ale comunicării și relaționării medic – pacient, de aceea face uz atât de cunoștințele generale cât și de cele speciale, găsind stadiul de simbioză între ele. Se dorește alături de celelalte „întâmplări întru ale scrișului”, a fi o carte deschisă, care să pună întrebări și să nască răspunsuri, cât și să creeze atitudini și să confirme comportamente.

Este scrisă pentru minte, trup și suflet, deoarece cei aleși și având harul de-a alina suferințe, trebuie să se afle în folosul pacientului, căci lucrarea lor este: speranța, binele, iubirea și respectul, atunci când, atât de simplu se rostește „mulțumesc dom-

nule / doamnă doctor că trăiesc și mă bucur, că pentru binele meu, există”.

Doar Lucian Blaga mai spunea: „Eu simt că sufăr de prea mult suflet” și aș dori ca toți citind-o, să simtă că această „suferință” este cea care-l face pe om ființă și nu obiect, dovedindu-și înțelepciunea.

Și dacă, te-ai învrednicit s-o citești, cititorule, dă un semn, adică, nu uita să comunici gândul tău bun care va duce scrisul mai departe, și zic eu, nu e rău deloc, e chiar foarte bine, căci cuvântul lasă urmă chiar și-n nisipul spălat de mare, dar și-n foșnetul pădurii de la munte, dovedindu-și trăinicia și nemurirea.

Dr. psih. M. D. Pașca

Capitolul 1

Comunicarea

- 1.1. – definiții – identități
- 1.2. – structuri – concepte

1.1. – definiții - identități

A porni spre o definiție a comunicării, reprezintă un lung drum al cunoașterii și identității, deoarece itemii ce-i putem găsi, incumbă o serie de metamorfoze ale schimbării înțelesului și percepției actului în sine.

Astfel, dacă am începe incursiunea noastră cunosologică de la cele ce urmează:

a) – DEX – (1975) – definește **comunicarea** = a face cunoscut, a da de știre, a informa, a înștiința, a spune sau a vorbi;

b) – Lohisse J. (2002) – **comunicarea** transmite ideea relației cu celălalt;

c) – Pruteanu Șt. (2000) – comunicarea este cea care crează comuniunea și comunitatea, adică mai curând o țesătura de relații, decât o cantitate de informații;

d) – Lemenei și Miclea (2004) – **comunicarea** se definește ca proces prin care se transmit informații de la un emițător la un receptor, prin utilizarea unui sistem de semne și simboluri,

am ajunge cu siguranța la un paradox doar la prima investigație logică, aceea că ea, comunicarea, este un joc de influențe reciproce între persoane, adică între libertăți și afectivități, Commarmond G și Exiga A. (2005), rămânând în expectație atunci când, Pruteanu Șt. (2000) – comunicarea scapă

încercărilor de a o defini, semantica termenului comunicare nu încapă într-o definiție, dar fiecare definiție surprinde câte ceva din ceea ce este comunicarea.

În această contextualitate, identitatea prin definiție a **comunicării** rămâne deschisă, fapt care nu împiedică conceptualizarea mult mai precisă a termenului de

1. comunicare umană:

- a) - intrapersonală
- b) - interpersonală
- c) - de grup
- d) - publică
- e) - de masă

2. interumană

Ajungem astfel a defini pentru a înțelege în contextul ce va urma, comunicarea în relația medic-pacient, pornind de la:

1) – **Comunicarea** (umană) este un proces prin care un individ (comunicatorul) transmite stimuli cu scopul de a schimba comportamentul altor indivizi (auditoriul), - Dinu M. (1997).

Comunicarea umană înseamnă „totalitatea proceselor prin care o minte poate să o influențeze pe alta” – Warner Wezver după Pruteanu Șt. (2000).

Se impune a menționa faptul că studiul **comunicării umane** urmărește, (Pruteanu Șt. 2000):

- explicarea și însușirea unor teorii, concepte și tehnici ale comunicării eficiente, persuasive;

- ameliorarea imaginii de sine și dezvoltarea abilităților și competențelor de comunicator, etc;

- protejarea prin norme de etică a comunicării, a persoanelor din grupuri și comunități în fața unor stări speciale comunicatorului;

În cadrul comunicării umane ne vom opri asupra identităților perceptuale ale acesteia:

a) – **intrapersonală** = reprezintă dialogul cu sine și propria voce interioară; comunicarea cu sinele fiind necesară și importantă în menținerea echilibrului psihic și emoțional;

b) – **interpersonală** = reprezintă dialogul dintre doi interlocutori, unul adresându-se celuilalt;

c) – **de grup** = se asigură schimbul de idei și emoții (între 9 – 11 persoane);

d) – **publică** = susținerea în fața unui auditoriu, unde publicul poate să fie: ostil, neutru, indecis, neinformați, susținători, etc;

e) – **de masă** = are loc pentru mass – media cu toate componentele sale specifice.

În accepția, Lesenciuc A (2010), comunicarea interpersonală este principalul vehicul în ceea ce privește comportamentul relațional, bazându-se pe relații interpersonale, acestea presupunând procese continue de transformare a partenerilor comunicării și de acordare a înțeleșurilor la plaja comună de

valori și interese. În cadrul comunicării interpersonale, actorii comunicării sunt puși cel mai adesea față în față, pentru a discuta, aceasta presupunând comportament comunicațional în care sunt angajate valori culturale și de grup.

2) – **Comunicarea interumană** = după Lupu I, Zanc I, Săndulescu C (2004) este definită drept „transfer al informației și înțeleșului (semnificației) de la o persoană la alta” (Daxis și Newton 1985). Ea este considerată ca o punte de legătură între oameni „un mijloc prin care o persoană transmite un mesaj alteia, așteptându-se un răspuns” (Johnson – 1986). Aceasta presupune cel puțin două persoane în care fiecare poate juca, alternativ, rol de transmițător (emițător) cât și receptor.

E ↔ R

Comunicarea reprezintă în fapt o tranzacție între locuitori: emițătorul și receptorul sunt simultane, emițătorul fiind în același timp, emițător și

receptor, apoi receptor (reciproca este și ea valabilă). Așadar, comunicarea reprezintă un act social, deliberat sau involuntar, conștient sau nu. Ea este în orice caz, unul dintre actele care stau la baza legăturii sociale, și, nu poți să nu comunici, acestea dacă pornim de la ideea, Watzlawick (1972) – „Dacă admitem că, într-o interacțiune, orice comportament are valoarea unui mesaj; cu alte cuvinte este comunicare, rezultă că nu poți să nu comunici, indiferent că vrei sau nu”.

Continuând periplul identității, din perspectiva unei analize psihosociale, comunicarea reprezintă ansamblul proceselor prin care se efectuează schimburi de informații și de semnificații între persoane aflate într-o situație socială dată. Din definiție desprindem itemul – schimb de informații, de semnificații ce se încadrează în procesele de comunicare ce sunt esențialmente sociale, ele întemeindu-se pe

fenomene de interacțiune fiind determinate de acestea.

Astfel, orice **comunicare** este o interacțiune atunci când ea se prezintă ca un fenomen dinamic care implică o transformare, apărând un proces de influență între actorii sociali – interacțiune – doi interlocutori.

Practic, privind **rolul actorilor comunicării**, Feertchak (1996), amintea că „orice individ care comunică este direct implicat în situația de comunicare, ajungându-se în ea cu personalitatea sa și cu propriul sistem de nevoi care îi determină motivația”, fapt care determină și precizarea punctual necesară că ea, comunicarea, are întotdeauna:

- o finalitate

și

- un obiectiv

ce pot fi la rândul lor:

-explicite

- implicite

- inconștiente

Ca un corolar al celor legate de comunicare, e necesar a sesiza cnoșeologic faptul că Pasecinic V (2000) vorbește despre psihologia comunicării umane ca o necesitate în a cunoaște, dar mai ales în a evita rezistența psihologică a interlocutorului prin:

- evitați convorbirile negative, nu vă plângeți, nu puneți pe umerii altora, propriile probleme și greutăți;

- evitați formele de adresare care îl înjosesc pe partener;

- evitați manifestările de intoleranță, de iritare față de cei din jur, mai ales în prezența lor;

- nu admiteți în comunicare presiunea și forța, amenințările cu pedeapsa sau cu alte consecințe negative;

- nu acceptați „provocarea” partenerului fără argumente ponderabile, evitați certurile nevinovate;

- evitați să vă opuneți în mod demonstrativ altor oameni;

- abțineți-vă de a vă amesteca în chestiunile altor oameni, de a fi sâcâitori.

Deci, S. Rubinstein (după Pasecinic V. – 2000) „inima omului este toată țesută din atitudinile sale umane față de alți oameni”, iar a reuși să te porți cu alții așa cum ai dori ca ei să se comporte cu tine, poate fi cu certitudine un deziderat major, un atu în arta comunicării, lista definițiilor rămânând nu numai deschisă, dar subiectul ca atare inepuizabil, totul fiind trecut prin prisma celor care comunică.

1. 2. – structuri - concepte

Pentru a realiza o comunicare nu numai eficientă, dar și corectă din punct de vedere al calității și chiar cantității informației transmise prin mesaj, e necesar a revedea ceea ce definește Larousse

„actiune de a transmite, a aduce la cunoștință, a împărtăși, a fi în raport cu, a fi legat de, a fi în relație cu”, reprezentând practic: o stare și o acțiune, menite în final de a determina o atitudine și/sau un comportament. Este de fapt momentul în care, Stanton N (1995) vorbește de atingerea unor scopuri prin procesul de comunicare, acestea fiind:

- să fim receptați (auziți sau citați);
- să fim înțeleși;
- să fim acceptați;
- să provocăm o reacție (o schimbare de comportament sau atitudine);

invocam de fapt relația ce se stabilește între emițător și receptor, decodificată prin:

- **emițătorul** = persoana care inițiază comunicarea

- **receptorul** = persoana care primește sau recepționează mesajul/ informația;

- **receptor** = ajunge informația (a ajuns mesajul),

Fapt ce determină reconsiderarea celor nouă scopuri necesare unei comunicări eficiente, E La Monica (1994) – (după Lupu I, Zanc I, Săndulescu C – 2004), acestea fiind structurate sub forma:

- a învăța, transmite sau primi cunoștințe;
- a influența comportamentul cuiva;
- a exprima sentimente;
- a explica sau înțelege propriul comportament sau al altora;
- a întreține legături cu cei din jur/ a te integra într-o colectivitate sau un grup social;
- a clarifica o problemă;
- a atinge un obiectiv propus;
- a reduce tensiunile sau a rezolva un conflict;
- a stimula interesele proprii sau ale celor din jur.

Dacă inițial ne-am oprit asupra scopurilor comunicării, Abric J. C. (2002), vorbește în contextul psihologiei comunicării, despre anumite principii fundamentale necesare acțiunii ca eficiență și autenticitate, enunțându-le sub forma unor reguli și aume:

1 – **Prima regulă** se referă la proeminența climatului asupra tehnicii în comunicarea umană: calitatea relației este principalul factor care generează calitatea comunicării, cel mai bine va comunica acel individ care:

- este în măsură să creeze un context relațional;

- este în măsură să faciliteze exprimarea și receptivitatea;

2 – **Al doilea principiu** definește actul de comunicare autentic, ca fiind constituit pe baza a cinci reguli, astfel încât, pentru ca o comunicare să fie efectivă și de calitate, este necesar:

a) – să ascuți = adică să iei în considerare punctul de vedere al celuilalt;

b) – să observi = altfel spus, să fii atent la toate evenimentele, de multe ori de natură nonverbală, care au loc în situația de comunicare;

c) – să analizezi = în scopul de a discerne partea de explicit de cea de implicit, partea observabilă de cea ascunsă, de a degaja elementele care constituie câmpul psihologic și social determinant pentru indivizi;

d) – să controlezi = calitatea și relevanța mesajului (feedback-ul) și procesele susceptibile de a parazita interacțiunea;

e) – să te exprimi = pentru celălalt în funcție de interlocutor și de natura obiectului comunicării;

3 – **Ultimul punct fundamental** = orice comunicare se înscrie într-un context psihologic care rămâne întotdeauna unul social și ideologic; rolul și ponderea care revin normelor sociale, reprezentărilor

sociale și valorilor de referință sunt considerabile, o simplă analiză psihologică a comunicării fiind deci, insuficientă.

De aceea, pornind de la elementul anterior amintit, comunicarea, incumbă axiomele sale, Pruteanu Șt. (2000) încercând a le da chiar o rigoare matematică:

1 – comunicarea este inevitabilă sau noncomunicarea este imposibilă = orice comportament are valoare comunicativă, indiferent dacă există sau nu indicii, semne și semnale;

2 – comunicarea se dezvoltă pe două planuri: conținutului (oferă informații) și relației (oferă informații despre informații) = modul de rostire a cuvintelor (tonul) determină comunicarea;

3 – comunicarea este un proces continuu ce nu poate fi abordat în termeni de cauză – efect sau stimul – răspuns = omul comunică în fiecare mo-

ment cu întreg trecutul sau/ și cu toate experiențele acumulate;

4 – comunicarea se bazează atât pe informație în formă digitală cât și pe informație analogică = simbolurile transpuse în cod binar la nivelul neuronilor și sinapselor;

5 – comunicarea este ireversibilă = mesajul (bun sau rău) odată emis și recepționat nu mai poate fi luat înapoi;

6 – comunicarea implică raporturi de putere între parteneri, iar tranzacțiile (schimburile) care au loc între ei pot fi simetrice sau complementare = idealul realizării unui raport de deplină egalitate între interlocutori este utopic;

7 – comunicarea implică procese de acomodare și ajustare a comportamentelor = nevoia parametrilor de a se armoniza și sincroniza unul cu celălalt.

În acest scop, pentru a fi eficientă, comunicarea trebuie să funcționeze ca un sistem circular și să se

autoregleze prin feedback-ul care îi permite receptorului să emită reacții. Practic, o comunicare corectă presupune o flexibilitate a rolurilor, o interacțiune și nu o simplă transmitere. Astfel, orice comunicare trebuie să se analizeze, organizeze și realizeze ca o interacțiune, ea trebuind a fi bilaterală.

Ajungând la feedback ce este legat de mesaj ca fiind cel ce se transmite în comunicarea dintre persoane, poate să fie:

- pozitiv = îmbogățește relația;
- negativ = ca o posibilitate de a (corecta) îmbunătăți comportamentul,

retroacțiunea sa (feedback) corepunzând celor patru funcții:

a) – de control al înțelegerii, al receptării în bune condiții a mesajelor;

b) – de adaptare a mesajului la caracteristicile actorilor, la dificultățile întâmpinate sau la alte eve-

nimente care presupun o modificare a conținutului sau a formei;

c) – de reglare socială prin flexibilitatea rolurilor și a funcțiilor îndeplinite de diferiți actori, în măsură să faciliteze înțelegerea punctului de vedere al celuilalt și să favorizeze învățarea socială;

d) – socioafectivă unde existența feedback-ului sporește „siguranța” (internă) a actorilor, reduce aprehensiunea și mărește satisfacția.

Reîntărirea mesajului prin feedback, (care reprezintă părerea sau ideea pe care o persoană și-o exprimă referitor la o situație dată) acesta (mesajul) se poate transmite în unele situații la persoana întâi deoarece permite:

- evitarea unui conflict;
- schimbarea comportamentului deranjant;
- evidențierea acelor situații, comportamente care declanșează emoții plăcute.

În mod particular, mesajul comunicării între medic și pacient, cel dintâi trebuie să se asigure (referitor la pacient):

- dacă s-a înțeles mesajul;
- cum îl recepționează;
- la ce să se aștepte;
- cât reprezintă din tot demersul;
- care este feedback-ul;

astfel încât pasul următor să declanșeze o ascultare activă.

Ascultarea activă face trimitere la înțeles și recepționat mesajul, ceea ce presupune încurajarea partenerului de discuții printr-o serie de gesturi și comportamente ce vizează:

- clarificarea nelămuririlor;
- demonstrarea înțelegerii mesajului transmis;
- interesul pentru discuții;

astfel încât ca și receptor (în cazul nostru pacientul) să poată exprima o opinie vizând perceperea

stării de fapt cât și posibilitatea de a schimba ceva la / în situația creată pe parcursul comunicării cu emițătorul (medicul).

Dar, există și situații în care, se manifestă, Burns D (1989) atitudini care ne împiedică să-i ascultăm pe ceilalți, cum ar fi:

- convingerea că dreptatea este de partea noastră = subiectul își închipuie că numai el are dreptate și că celălalt se înșeală;

- blamarea = individul este convins că problema a fost generată de greșeala celeilalte persoane, conferindu-i dreptul de a-l blama;

- nevoia de victimizare = individul își „plânge de milă” și consideră că ceilalți îl tratează în mod nedrept datorită egoismului și lipsei lor de sensibilitate;

- scoaterea din cauză = persoana nu-și poate imagina că a contribuit în vreun fel la crearea

problemei survenite, pentru că nu sesizează impactul comportamentului său asupra celorlalți;

- defensivitatea = subiectului îi este atât de teamă de critică încât nu suportă să audă nimic negativ sau dezagreabil;

- hipersensibilizarea la constrângere = persoana se teme să cedeze sau să fie condusă;

- solicitare exagerată față de ceilalți = persoana se crede îndreptățită de un tratament special din partea celorlalți și se simte frustrată atunci când nu este tratată așa cum s-a așteptat;

- egoismul = subiectul dorește un anumit lucru, într-un moment anume și face crize de nervi dacă nu-l obține și nu este interesat de ceea ce cred sau simt alții;

- neîncrederea = individul se înconjură de un zid de teamă că, dacă va asculta și va căuta să înțeleagă ce simt și ce gândesc ceilalți, aceștia vor profita de el;

- nevoia compulsivă de a oferi ajutor = subiectul simte nevoia să-i ajute pe ceilalți, deși aceștia nu doresc decât să fie ascultați.

Ajungem a structura în continuare mesajul pornind de la cei 5 W (Who says what, in which channel, to whom, with what effect) Stanton N (1995) delimitându-i sub forma:

1 – de ce? – scopul

- de ce comunic?

- care este scopul meu real de a scrie sau vorbi?

- ce sper eu să realizez? O schimbare de atitudine? O schimbare de opinie?

- care este scopul meu? Să informez? Să influențez? Să conving? Să fac conversație?

2 – cine? – interlocutorul

- cine este cu precizie receptorul mesajului meu?

- ce fel de persoană este? Ce personalitate are? Educație? Vârstă? Statut social?

- cum va reacționa la conținutul mesajului meu?

- ce știe el despre conținutul mesajului meu? Puțin? Nimic? Mai mult sau mai puțin decât mine?

3 – unde și când? – locul și contextul

- unde va fi interlocutorul (receptorul) când va primi mesajul meu? Care elemente ale mesajului meu nu sunt cunoscute, astfel încât va fi nevoie să-i reamintesc faptele?

- în ce moment sosește mesajul meu? Este prima informație pe care o primește?

- care este relația mea cu ascultătorul? Mesajul transmis este un motiv de controversă între noi? Atmosfera este încărcată sau încordată?

4 – ce? – subiectul

- ce vreau exact să spun?

- ce aș dori să spun?

- ce dorește el să știe?
- ce informații pot omite?
- ce informații pot da pentru a fi: clar, concis, amabil, constructiv, corect și complet?

5 – cum? – tonul și stilul

- cum voi comunica mesajul meu? În cuvinte? În imagini? În cuvinte sau imagini? Ce cuvinte? Ce imagini?

- ce mod de comunicare va fi mai apreciat? Scris sau vorbit? O scriere, o discuție personală sau un interviu?

- cum voi organiza informațiile pe care să le transmit?

- cum voi realiza efectul dorit? Ce ton trebuie să folosesc pentru a-mi realiza obiectivul? Ce cuvinte trebuie să folosesc sau să evit pentru a crea o atmosferă plăcută?

Și pentru a avea feedback-ul pozitiv la toate întrebările anterioare, este necesar ca să facem apel

la modul in care-l oferim și apoi îl primim într-un context dat:

a) – **oferim** feedback-ul prin:

- descrie exact comportamentul care te deranjează;

- expune consecințele comportamentului la care te referi:

- referă-te la comportament și nu la persoană;

- referă-te doar la ceea ce poți observa direct;

- când oferi feedback negativ va fi pe un ton ferm , dar calm (ai grijă de loc și de cine te mai poate asculta);

- la feedback negativ introdu și aspecte pozitive;

- ai grijă ca persoana să înțeleagă că este părerea ta;

- verifică dacă persoana a înțeles exact ceea ce ți-a plăcut sau nemulțumit;

- oferă persoanei căreia îi dai feedback-ul șansa de a analiza cele spuse;

b) – **primim** feedback-ul prin:

- propune o altă locație;
- ascultă cu atenție ce ți se spune;
- clarifică orice nelămurire și asigură-te că s-a înțeles corect;

- înțelege că nu toată lumea știe să ofere un feedback corect și nu te supăra;

- privește-l ca pe o oportunitate de ați îmbogăți comportamentul;

- asigură-te că persoana și-a spus corect părerea;

- analizează feedback-ul primit și nu te grăbi;

- nu te mulțumește, cere o a doua părere;

- oferă-i persoanei șansa de a analiza cele spuse;

Se impune așadar a lua în considerare complexitatea actului comunicării și prin structura stilului său, definit ca un set specializat de componente interpersonale utilizate într-o situație dată, Craiovean M.P. (2006). Același autor, inventariază o serie de stiluri de comunicare, surprinzându-le unele caracteristici cum ar fi:

1) – **directiv:**

- comunicarea este unidirecțională;
- comunicatorii invită ca ideile lor să aibă prioritate;
- comunicatorii îi conving pe ceilalți să acționeze așa cum doresc ei;
- comunicatorii își folosesc puterea și autoritatea pentru a se face ascultați;
- comunicatorii utilizează manipularea interlocutorului;

2) – **egalitarist:**

- comunicarea e bidirecțională;

- comunicatorii stimulează generarea de idei de către ceilalți;

- comunicarea este deschisă și fluidă;

- comunicarea este prietenoasă și caldă, bazată pe înțelegere reciprocă;

3) – structurativ:

- comunicarea este orientată către sistematizarea mediului;

- comunicatorii îi influențează pe ceilalți prin citirea procedurilor, standardelor, aplicabile situației;

- comunicarea este orientată spre clarificarea sau structurarea problemelor;

4) – dinamic:

- comunicarea se exprimă scurt și la obiect;

- comunicatorii sunt sinceri și direcți;

- conținutul comunicării este pragmatic și orientat spre acțiune;

5) – de abandon:

- comunicatorii se supun dorințelor celorlalti;

- comunicatorii se arată de acord cu punctele de vedere exprimate de ceilalți;

- comunicatorii sunt receptivi la ideile și contribuțiile altor persoane;

- comunicatorii cedează responsabilitatea altor persoane, asumându-și doar un rol suportiv;

6) – de evitare:

- comunicatorii evită procesul de comunicare;

- nu se dorește exercitarea vreunei influențe;

- deciziile sunt luate în general independent, nu interactiv;

- comunicatorii evită subiectul aflat în discuție vorbind despre altceva sau atacându-și verbal interlocutorul;

susținând că aceștia pot să se adapteze unor anumite situații, important fiind faptul că ele, în cursul unei comunicări trebuie să-și demonstreze eficacitatea comportamentelor ce le dezvoltă.

În cadrul aceluiași compartiment al stilurilor Joos M (după Dinu M. – 2000) vorbește despre cinci stiluri fundamentale de comunicare orală și anume:

a) – stilul rece, necooperant, presupunând lipsa feedback-ului și apropierea cea mai mare de comunicarea scrisă;

b) – stilul formal, caracterizat printr-un discurs bine organizat și coerent, pregătit dinainte;

c) – stilul consultativ, specific relațiilor interpersonale, formale, în mediul profesional, caracterizat prin absența unei preelaborări și prin situarea într-un cadru comunicațional informativ;

d) – stilul ocazional, specific conversațiilor libere între prieteni (cunoștințe) în care rigoarea discursului este abandonată în favoarea unei comunicări redundante, exprimând apartenența comună la același cadru social;

e) – stilul intim, specific relațiilor intime, caracterizat prin recurgerea la un cod personal și prin

intenția exprimării, în lipsa oricăror constrângeri de natura convenției lingvistice la nivel de grup sau cultură, a unor sentimente și trăiri interne ale actorilor comunicării.

Continuând ideea, Lensenciuc A (2010) surprinde și alte structuri ale stilului comunicării pornind de la atitudinea emițătorului, clarificând:

a)– stilul emotiv, caracterizat prin expresivitate, inhibiție, comportament dinamic, atracție față de relațiile formale;

b)– stilul director, presupunând seriozitate, preocupare, comunicare lapidară, gesturi ferme;

c)– stilul reflexiv, specific persoanelor care se controlează emoțional și care preferă comunicarea formală;

d) – stilul îndatoritor, caracterizat prin răbdare, ascultare activă, apel la forța de convingere a relațiilor personale;

e) – stilul flexibil, caracterizat prin schimbarea continuă a stilului propriu, în funcție de interlocutor; toate determinând de facto, o atitudine comportamentală a comunicării, facilitând în timp, noi structuri și concepte operaționale.

Evident este și faptul că la nivelul conceptelor sau/ și structurilor comunicării, logistica poate și este necesar a fi diversă, datorită grupului țintă căruia i se adresează. Reflecțiile noastre teoretice au menirea de a pregăti în primă fază medicul în demersul său atitudinal-comportamental, atunci când va dezvolta la nivelul pacientului său, o relație structurală de comunicare efectivă.

Dar, cu toate aceste deziderate, apar iminent și situații în care, la nivelul comunicării se întâlnesc bariere ce minimalizează efectul scontat al acțiunii în cauză. Stanton N. (1995) evidențiază câteva din **barierele comunicării** sub forma:

1) – diferențe de percepție = modul în care noi privim lumea este influențat de experiențele anterioare, astfel că percepțiile ca și interpretarea unor situații se va face în mod diferit, astfel încât aceste diferențe de percepție sunt numai rădăcina multor alte bariere de comunicare;

2) – concluziile grăbite = deseori vedem și auzim doar ce dorim, evitând să recunoaștem realitatea în sine;

3) – stereotipiile = învățând permanent din experiențele proprii, vom întâmpina riscul de a trata diferite persoane ca și cum ar fi una singură, fără să facem diferențe între ei;

4) – lipsa de cunoaștere = este dificil să comunicăm eficient cu cineva care are o educație diferită de a noastră, ale cărei cunostințe în legătură cu un anumit subiect de discuție sunt mult mai reduse, iar cel care comunică trebuie să fie conștient de discre-

panța între niveluri de cunoaștere și să se adapteze în consecință;

5) – dificultăți de exprimare = dacă sunteți emițător și aveți probleme în a găsi cuvinte pentru a exprima ideile proprii, aceasta va fi în mod sigur o barieră în comunicare și inevitabil, trebuie să remediați situația, iar lipsa de încredere ca și cauză a dificultăților de comunicare, poate fi învinsă prin pregătirea și planificarea atentă a mesajelor;

6) – lipsa de interes = este una dintre cele mai mari bariere în comunicare legata de interlocutor pentru mesaj; acolo unde lipsa de interes este evidentă, trebuie acționat cu abilitate pentru a direcționa mesajul astfel încât să corespundă intereselor și nevoilor celui ce primește mesajul;

7) – emoții = emotivitatea atât a emițătorului cât și a receptorului pot constitui o barieră ce poate bloca complet comunicarea, de aceea în asemenea

situații e necesar a evita comunicarea, dar e necesar un echilibru în controlul acestora;

8) – personalitatea = „ciocnirea personalităților” este una dintre cele mai frecvente cauze ale eșecului în comunicare, e necesar să fim pregătiți pentru orice schimbare atât a noastră cât și a interlocutorului ce-l avem.

Dacă, pornind de la a da o definiție comunicării, am străbătut un drum al cunoașterii, atunci cu siguranță am reușit a introduce medicul în sfera complexă a conceptului, lăsându-i latitudinea de a alege calea, modalitatea, practic propria logistică în care relația sa privind **comunicarea** structurală cu **pacientul** să fie benefică atât pentru unul cât și pentru celălalt, sănătatea și boala unindu-i de data aceasta într-o ecuație în care necunoscuta se dezvăluie și devine cunoscută ce are o rezolvare pozitivă.

Capitolul 2

Relaționarea

2.1. – definiții – identități

2.1. – definiții – identități

După DEX (1975) – relația reprezintă acea legătură, conexiune, raport între lucruri, fapte, idei, procese sau între însușirile acestora. Totodată, relațiile se percep ca legătură între două sau mai multe persoane, ca speță a cazului nostru.

Astfel, putem reduce, vorbind de un exercițiu al gândirii critice, totul la verbele:

- a comunica = a spune;
- a relaționa = a face;

în ideea în care structura lor internă determină o conduită a comunicării în relațiile dintre semenii, în cazul nostru, special între medic și pacient. În acest context, cuvântul „leagă” comunicarea și relaționarea, fapt ce determină o atitudine la mesajul transmis. Vorbim, Pruteanu Șt. (2000), despre faptul că relația dintre partenerii de comunicare se dezvoltă în registrul afectiv și emoțional, aceasta putând fi:

a) – pozitivă (acceptare, aprobare, simpatie, prietenie, supunere, admirație);

b) – neutră (indiferentă);

c) – negativă (respingere, dezaprobare, disconfort, dominanță, dușmănie, dispreț);

De asemenea, același autor, remarcă faptul că natura relației, adică atitudinea și sentimentele semnalate prin limbajul paraverbal și limbajul trupului, este ceea ce se răsfrânge asupra cuvintelor și le conferă adevăratul lor înțeles, acestea reflectând doar

aspectul logic și relativ neutru al conținutului mesajelor.

Este necesar a argumenta situația prin care relația are identitatea sa atunci când se stabilește între parteneri, ea fiind:

a) – pozitivă = este vorba de aprobare, admirație, entuziasm;

b) – neutră = este vorba de o simplă constatare;

c) – negativă = conținutul cuvintelor va îndemna un refuz, o ironie sau o bagatelizare;

toate determinând o atitudine ce denotă apoi o conduită comportamentală într-o situație specifică dată.

Tot în același registru al identității, reușim a aplica relației și sistemului de relaționare, structura celor **5W**:

a) – **cine?** (who?) = cu cine relaționez;

b) – **ce?** (what?) = ce se întâmplă în cazul relaționării;

c) – **unde?** (where?) = unde (ca locație) are loc stabilirea relației și relaționarea pe baza comunicării;

d) – **când?** (when?) = când (ca timp) pot să dezvolt o relație și apoi s-o transform într-o relaționare pe principii de cooperare și longevitate;

e) – **de ce?** (why?) = de ce e necesară relația bazată pe o comunicare corectă, coerentă, stabilă și consecventă, mesajul fiind sau nu motivul relaționării viitoare?

și-am adăuga noi al șaselea

f) – **cum?** = cum (ca mod) reușește relația să asigure comunicarea și comuniunea între oameni, determinând la un moment dat, relaționarea sub varii aspecte dintre ei.

De aceea, se pot întâlni astfel de formule de relaționare alături de cele menționate anterior (5W), regula celor **4F**, cuvintele cheie fiind:

a) – **prietenos** = friendly;

b) – **sincer** = frank;

c) – **corect, onest** = fair;

d) – **corect, la obiect** = factual;

care cu siguranță în relația medicului cu pacientul, pot constitui pașii spre o reușită relaționară de comunicare.

Relația, așa cum amintea DEX, prin definiție, este o legătură pe care o putem dezvolta la nivel de:

a) – semenii (oameni) = relații umane;

b) – public (publice) = relații publice;

ele fiind la rândul lor cuprinse într-o anumită:

- normalitate;

- anormalitate;

ceea ce afectează de cele mai multe ori, echilibrul necesar coexistenței umane.

Astfel, Lohise J. (2002) surprinde situația în care relația omului cu semenii săi, poate avea loc în diverse împrejurări cum ar fi:

1) – relații de tip interpersonal, care au loc între două persoane ca atare;

2) – relații de tip grupal:

a)– în interiorul unui grup, între membrii acestuia (intragrupal);

b)– între grupuri (intergrupul)

omul fiind luat ca integrat în, sau având legătură cu una sau mai multe instituții transindividuale.

3) – relații de tipul celor desfășurate în masă, schimb realizat la nivelul ansamblului oamenilor, al nediferențierii umane, ceea ce numim „ceilalți” nu înseamnă altceva decât noi înșine, nu există o sumă de indivizi, ci există acel „un” impersonal, anonim, care nu desemnează o ființă anume, ci pe „toată lumea”.

Tot el menționează că unele teorii susțin că relația reprezintă un element esențial în definirea identității individuale și în constituirea societății.

Apare ca pertinentă formula prin care, Brumă-Popescu S. (2005) DSM IV – clasifică „modelele de interacțiune între sau printre membrii unei

relații umane unitare”. Aceste modele pot fi asociate cu slăbirea funcționării în mod semnificativ a conduitei unuia sau mai multor membri ai întregii unități. Mulți oameni trăiesc într-o matrice relațională. În această relație, subiecții pot găsi surse de confort, fericire, dar și obligație, responsabilitate și-o oarecare agasare. Abilitatea de a funcționa într-un sistem relațional poate fi influențată de problemele psihologice ca și de evenimente externe, cum ar fi: războaie, dezastre naturale, crize economice, schimbări sociale. Oamenii se pot simți izolați și deprimați dacă pierd sau slăbesc sistemul de relații.

Dacă în anumite situații ni se pare sinusoidală relația umană la nivelul (și vom vedea pe parcurs) medic-pacient, relațiile publice se definesc, Dagenais B. (2002), prin nevoia de a fi, prin dorința de a apărea și prin frica de a dispărea., rațiunea lor se bazează pe câteva principii fundamentale, cum ar fi:

a) – în societate, pentru a exista, trebuie mai întâi să te faci acceptat și, pentru aceasta, trebuie să știi să te pui în valoare;

b) – pentru a te dezvolta, trebuie să-ți construiești o imagine și să știi să te impui;

c) – iar pentru a rezista, trebuie să știi să te aperi;

d) – dar, mai întâi de toate, trebuie să recunoști că nu se poate trăi fără a interacționa cu mediul în care ești.

Remarcăm faptul că relațiile publice ating în structura lor, componente ale relațiilor umane, moment în care balanța între comunicare și relaționare într-un context dat, e necesar a fi echilibrată. Pierderea și chiar menținerea unei fragilități în starea de relaționare a comunicării face ca, Cleparede Ed. (1933), receptarea a ceea ce devine cunoscută prin exprimarea aparenței și ceea ce rămâne ascunsă ca neaparent, are un caracter mai adânc și generalizat

pentru fiecare ființă omenească dar și pentru un foarte complicat proces de întrețesere a comunicării interumane din structurile și funcționarea vieții. Acest proces subiectivat prin relații individuale, exprimă o formă de participare cunoscută ca fiind un grup de coeziune al unei societăți, prin care acesta se poate asemăna sau deosebi.

În coeziunea celor amintite anterior, Mauss M. (1967) sublinia faptul că, persoana ca unicat al ființei omenești, devine o categorie potențială de calitate biogene relativ și stereotip reglate, dar ea devine distinctivă ca sursă a personalității prin pluri și multinaționala comunicare de selective informații ce-i proiectează capacitatea de a selecta și a alege, ca expresie a condiției sale de opțiune față de propria și respectabila sa libertate.

Retoric ne întrebăm dacă de noi depinde calitatea actului de relaționare sub toate aspectele sale?

Cu siguranță că da și interacțiunea celor două o va confirma.

Capitolul 3

Comunicarea medic – pacient

3.1. – logistica

3.2. – pacientul

3.2.2. – copil

3.2.3. – adolescent

3.2.4. – adult

3.2.5. – în vârstă

3.2.6. – cu dizabilități

3.2.7. – în situații speciale

3.2.8. – informarea

3.1. – logistica

„În sanctuarele Greciei antice, Aesculap nu vorbea, ci asculta”, amintește Albeaux-Fernet (după

Athanasiu A 1983). A știi **să ascuți** este prima condiție a unui **dialog**. Dar ce poate să spună bolnavul? În general, el nu are cunoștințele medicale care să-i permită o descriere a acuzelor sale în termeni proprii și preciși. El poate să tacă din timiditate sau pentru că nu găsește cuvintele potrivite. El poate oferi cuvinte „goale” de conținut și cuvinte vagi. Este bine cunoscută (și naturală) ezitarea de a vorbi tocmai despre detaliile cele mai importante, dacă sunt de ordin intern sau dacă ele aruncă o lumină nefavorabilă asupra persoanei sale.

De aceea, reîntorcându-ne la elementul **de ascultare**, înțelept ar fi ca fiecare medic s-o facă eficient, urmând pașii:

- privește persoana;
- oprește ce faci și ignoră ce-ți atrage atenția;
- păstrează o distanță potrivită (30 cm – 1 m);
- stai drept, sau ușor aplecat către persoana care vorbește;

- aprobă din cap „îhm, înțeleg, da”;
- arată-te interesat de discuție;
- dacă nu înțelegi, întreabă și clarifică orice neînțelegere;
- repetă cu cuvintele tale ce a spus persoana ascultată;
- nu întrerupe persoana care vorbește și mai ales, evită orice fel de afirmație critică;
- încetează să vorbești;
- ușurează situația vorbitorului;
- arată vorbitorului că vrei să-l asculți;
- renunță la gesturi care distrag atenția;
- pune-te în pielea vorbitorului;
- fii răbdător;
- nu te înfură;
- pune întrebări;
- nu fi dur în dispute și critici;
- nu te impune ca autotcunoscător.

Ascultarea are/cere nevoie de timp, definit uneori ca: planificare, disciplină, gestionare atunci când este în calcul **alocarea lui**, nouă înșine sau/și celor din jurul nostru. De aceea, am considerat de cuviință a-l privi și percepe material, adică:

- să ne concentrăm pe calitatea și nu cantitatea lui;

- să-l planificăm în funcție de obiectivele pe care ni le-am propus;

- să ni-l administrăm așa cum credem de cuviință, dând randamentul maxim;

- să ne stabilim în funcție de el prioritățile;

- să ni-l alocăm în luarea deciziilor;

- să facă parte din viața noastră;

- să nu îngăduim nimănui a „ne fura timpul” (să ne ferim de „hoții de timp” – lenea, plictiseala, internetul, jocurile de noroc, jocurile pe calculator, grupul de prieteni, stările depresive, etc.).

Totodată, timpul își regăsește cadența și trecerea sa prin matricea proprie fiind:

- zilnic;
- săptămânal;
- lunar;
- trimestrial;
- anual;

ducându-ne invariabil la versurile blagiene (*În marea trecere* – 1924):

„Oprește trecerea,
Știm că unde nu e moarte,
nu e nici iubire,
și totuși te rog
oprește, Doamne
ceasornicul cu care ne
măsoară destrămarea”

Am putea deci, să ne **gestionăm timpul**, fapt ce ne va ajuta în comunicarea cu pacientul, în așa fel încât până la întâlnirea cu el să:

- înlăturăm stresantul „nu am timp”, „mă depășește timpul”;

- să știm ce anume să facem în acel timp/-moment (acum și aici);

- să reconsiderăm valoarea timpului pornind de la cauză și ajungând la efect;

astfel încât **dialogul – ascultarea și timpul** să formeze elementele care să mențină atenția noastră asupra interlocutorului, comportamentul să nu fie afectat de:

- starea noastră afectivă;

- modul de funcționare cognitivă;

- sistemul de cerințe;

- normele morale și nu numai la care ne raportăm.

Acest demers face trimitere în continuare spre ceea ce reprezintă **comportamentul în comunicare** sub aspectul **forțelor** desfășurate, ele fiind:

a) – forțe pozitive = acestea corespund nevoilor de perfecționare, de atingere a unor obiective, de autorealizare; ele creează tensiuni pozitive care vor da naștere unui tip de comportament ce vizează re-zolvarea acestora, rezultanta fiind – comportamentul de apropiere;

b) – forțe negative = acestea corespund nevoilor de a ocoli anumite obiecte sau situații, de a face în așa fel încât să se poată evita un anumit eveniment; aceste forțe creează tensiuni negative care stau la baza comportamentului de evitare.

Este posibil ca la început de drum în cariera sa de medic, acesta să desfășoare/dezvolte unul dintre comportamente, fiind în căutarea unei conduite cât mai accesibile și normale. În acest caz, Abric J.C. (2002), se oprește asupra **factorilor** care influențează **codul** și **canalul de comunicare**, prin variabilele ce le crează:

1) – psihice sau obiective = pentru orice comunicare există un cod optim, acela care permite cea mai bună înțelegere a mesajului transmis, un rol important având adaptarea limbajului la interlocutor;

2) – psihice și psihosomatice = unde distingem:

a) – efectul de hollo = este creat de rezonanța simbolică pe care o poate avea un anumit cuvânt pentru actorii comunicării;

b) – cuvintele șoc = sunt extrem de dificil de controlat având în vedere faptul că de multe ori se leagă de istoria proprie a individului receptor (expolnav de cancer: canceros, mort viu, schelet ambulat, spân, mortăciune vie, etc.);

c) – ponderea cuvintelor = poziția centrală a unui termen este determinată de natura și importanța informației pe care acesta o vehiculează; de ierarhie, context și în special de finalitatea situației;

d) – ordinea cuvintelor = este importantă în atribuirea unor semnificații, în general, primele

cuvinte sunt esențiale deoarece sunt o anticipare a continuității mesajului, cât și ultimele, ca mesaj.

Un rol important revine și modului în care are loc **alegerea canalului de comunicare**, acesta având:

a) – puternice conotații date de dimensiunea socială a situației;

b) – se referă la modul de transmitere a mesajului (voce, scris, gest) și a condițiilor fizice (poziția lor în spațiu, locul întâlnirii);

c) – existența a două tipuri de dispunere spațială care favorizează comunicarea și anume: față în față și alături.

Acestora li se adaugă piesele de bază ale comunicării: **medicul** și **pacientul** vs. pacientul și medicul având amândoi rolul de actori ai comunicării, Feertchak (1996) spunând că, orice individ care comunică este direct implicat în situația de comunicare, angajându-se în ea cu personalitatea sa și cu

propriul sistem de nevoi care îi determină motivațiile.

Ei, actorii comunicării, sunt cei mai în măsură să:

- aleagă limbajul;
- gândească cuvintele folosite;
- înlănțuiască cuvintele în ordinea dorită;
- să transmită cuvintele/informația printr-un canal;

În așa măsură încât, Blakar (1979), emițatorul (actorul) este un creator care prin mesajul său, furnizează un întreg ansamblu de informații - semne cu privire la propria persoană, la viziunea sa asupra obiectului comunicării sau la situația socială pe care o dorește sau o percepe – care vor fi percepute, interpretate și evaluate de către interlocutor, determinând reacțiile, angajamentul, receptivitatea sau blocarea acestuia.

Practic, este evident că în cadrul comunicării dintre actori, este necesară existența unui **scop** care:

- să atingă anumite obiective;
- să evite situații periculoase,

menit a dezvolta un anumit comportament care să determine normalitatea actului în sine. În acest context, este important rolul mecanismelor **proiective și de apărare** care apar la nivelul actorilor comunicării propriuzise, sub forma:

1) – mecanismele proiective constau în:

a) – a asimila gândirea celuilalt, adică a pune pe seama acestuia propriile sentimente, a crede că el funcționează ca tine (reprezintă lipsă de comunicare, ești nebăgat în seamă);

b) – a atribui celuilalt o serie de atitudini menite să justifice sentimentele și comportamentul subiectului față de acesta (justifică atitudinea negativă sau refuzul de a comunica);

2) – mecanismele de apărare apar pentru menținerea sau restabilirea echilibrului individului; mesajul să corespundă structurii anterioare atitudinii sale (ce nu-i convine, nu știe), se declanșează starea ca atare ce are ca scop, protejarea sistemului personal de funcționare prin:

a) – scotomizarea = este echivalentul aplicării unui filtru selectiv care nu permite decât trecerea informațiilor convenabile, neutre sau inofensive și este un proces constând în eliminarea unei informații incomode care nu mai este percepută deloc;

b) – interpretarea defensivă = a conferi unei informații o semnificație diferită de cea reală, dar conformă cu ceea ce am dori să reprezinte; informația poate fi respectată și memorată corect, dar este transformată într-un sens conform cu expectanțele sau cu sistemul de atitudini ale subiectului;

c) – negarea autorității sursei = dacă informația ridică unele probleme, individul are tendința să o

devalorizeze, punând la îndoială: autoritatea, competența și buna credință ale celui ce se află la originea acesteia; informația este devalorizată și își pierde statutul de informație, putând fi neglijată sau eliminată.

Ca un ultim aspect în această contextualitate o reprezintă raportarea în comunicarea medic-pacient a celor trei elemente și anume:

1) – **reprezentarea de sine** = eul intim și eul public

a) – eul intim – e ceea ce-și face individul despre:

- sine;
- forțele și slăbiciunile sale;
- adevărata sa competență;
- caracteristicile personale;
- este privat, necunoscut de ceilalți și neexprimat;

- este fundamental în determinarea comportamentului individului;

b) – eul public = eul declarat și legat de imaginea de sine;

- comportamentul va fi dictat de imaginea de sine pe care dorim să o prezentăm celorlalți;

- individul se va comporta și va reacționa în funcție de ceea ce crede că este și de ceea ce vrea să pară;

2) – **reprezentarea despre celălalt** = este imaginea partenerului de comunicare constând în caracteristicile:

a) – psihologice (personalitate);

b) – cognitive (competența);

c) – sociale (statut) al acestuia;

- imaginea va interveni la rândul ei în:

- natura relațiilor;

- suproturile utilizate;

-finalitatea percepută a situației de comunicare;

3) – **reprezentarea despre sarcină sau context** = apare în funcție de imaginea pe care o are de îndeplinit, individul va adopta, conștient sau nu, un anumit tip de demers cognitiv, altfel spus, un anumit mod de raționament și va estima care dintre codurile și canalele de comunicare sunt cele mai potrivite actului comunicării.

Toate acestea conduc din nou spre comunicarea interpersonală privită ca interacțiune – schema S-P-E-A-K-I-N-G- Hymes D (1974)- (după Lesen-ciuc A- 2010). Această schema ia în calcul un set mai larg de elemente componente cum ar fi:

- forma și conținutul mesajului;
- cadrul general și cadrul psihologic al comunicării;
- sursa;
- vorbitorul (sau transmițătorul);

- receptorul;
- destinatarul;
- scopurile- rezultate și scopurile – intenții;
- cheia comunicării;
- canalul;
- formele vorbirii;
- normele de interacțiune și normele de interpretare;

- genul comunicării,
toate reunindu-se într-o structură simplificată, reprezentând acronimul a opt grupe de elemente componente ale comuniunii ca interacțiune:

S-P-E-A-K-I-N-G

(setting and scene – participants – ends – act sequence – key – instrumentalities – norms – gender).

Aceste seturi de elemente componente oferă o perspectivă mai amplă asupra procesului de comu-

nicare interpersonală (special în cazul nostru) și reu-
nesc:

1) – **cadrul general** (setting) al comunicării,
care întrunește două componente:

a) – cadrul (setting) evenimentului, în ge-
neral circumstanțele fizice (timp, loc, mișcarea acto-
rilor comunicării, temperatura, zgomotul, etc.);

b) – cadrul psihologic (scene), presupu-
nând definirea culturală, dar și reunind caracteristici
cum ar fi gradul de formalitate;

2) – **participanții** (participants) incluzând nu
doar persoanele care schimbă între ele replici, ci și
pe toți cei prezenți, care participă, într-un fel sau
altul, la evenimentul de comunicare, indiferent dacă
vorbesc sau nu, respectiv pe inițiatorii și destinatarii
finali ai comunicării:

a) – vorbitorul (sau emițătorul);

b) – cel care se adresează (addressor);

c) – ascultătorul (receptorul sau audiența);

d) – cel căruia se adresează (addressee);

3) – **finalitățile** (ends), presupunând scopurile imediate și de lungă durată ale comunicării, care pot îmbrăca una din următoarele forme:

a) – scopurile – rezultate ale comunicării (purposes – out-comes), scopuri explicite, fixate;

b) – scopurile – intenții ale comunicării (purposes – goals), situate la un nivel mai profund al intenționalității;

4) – **actele** (act sequence), presupunând conținutul mesajului, atât ca intenție a emițătorului cât și ca interpretare a receptorului, precum și forma pe care acesta îl îmbracă;

5) – **cheia** (key) în care se vorbește: tonul, maniera sau spiritul în care se performează actul de vorbire: seriozitate, ironie, spirit de glumă, etc, și privind deopotrivă și forma verbală și nonverbală pe care o îmbracă actul de comunicare;

6) – **instrumentele** (instrumentalities), presupunând alegerea canalelor și mijloacelor de comunicare, respectiv a codului de adresare și presupunând luarea în calcul a:

a) – formelor vorbirii (forms of speech) în care primează proveniența resursei lingvistice: limbă, dialect, grai, etc, care cer decodare;

b) – stilurilor de vorbire (speech styles), în care primează inteligibilitatea mutuală;

7) – **normele** (norms) care pot fi:

a) – de interacțiune cu referire la mecanismele interacționale ale conversației;

b) – de interpretare, presupunând obișnuințele comunicaționale/ normele de interacțiune socială;

8) – **genul** (gender) comunicării sau tipul de activitate de limbaj, care comportă forme variate, cum ar fi: conversația, discuția, explicarea, demonstrația, jocul de rol, raportul, etc.

Completând registrul larg al comunicării, e momentul a personaliza prin relația medic-pacient, elementele deja prezentate generalizat (vezi cap. 1) și anume:

a) – **verbală** = reprezintă tot ceea ce este scris sau spus, Jakobson R (1964), șase elenete (funcții):

- emotivă;
- conativă (persuasivă);
- referențială (cognitivă);
- fatică;
- metalingvistică;
- poetică;

b) – **nonverbală** = se referă în general la limbajul corpului, mimică, gestică, postură, privire, tonul și ritmul vocii, Stanton N. (1995) fiind cel care depistează cei unsprezece indici non verbali, sub forma:

- expresia feței = un zămbet, o încruntare;

- gesturi = mișcarea mâinilor și corpului pentru a explica sau accentua mesajul verbal;

- poziția corpului = modul în care stăm, în picioare sau așezați;

- orientarea = dacă stăm cu fața sau cu spatele la interlocutor;

- proximitatea = distanța la care stăm față de interlocutor, în picioare sau așezați;

- contactul vizual = dacă privim interlocutorul sau nu, intervalul de timp în care îl privim;

- mișcări ale corpului = pentru a indica aprobarea sau dezaprobarea sau pentru a încuraja interlocutorul să continue;

- contactul corporal = o bătaie ușoară pe spate, cuprinderea umerilor;

- aspectul exterior = înfățișarea fizică sau alegerea vestimentației;

- aspectele non-verbale ale vorbirii = variații ale înălțimii sunetelor, tăria lor și rapiditatea vorbirii, calitatea și tonul vocii (paralimbaj);

- aspectele non-verbale ale scrisului = scrisul de mână, așezare, organizare, acuratețe și aspectul general.

Celor menționate anterior li se adaugă:

1) – tăcerea = își are valențele sale și reprezintă legătura cu ascultarea în vederea recepționării corecte a mesajelor, lăsându-l în cazul nostru pe pacient de a se putea exprima liber, fără constrângere referitor la problema ivită și chiar să aibă momentele sale de... tăcere;

2) – spațiul care cuprinde elementul de apropiere sau/și de depărtare ce marchează un rang, o poziție socială, putând a subclasa astfel:

- zona intimă – până la 15 cm;
- zona apropiată – până la 46 cm;
- zona personală – 46 cm – 1,22m;

- zona socială – 1,22m – 2,20 m;
- zona îndepărtată – 2,20 m – 3,60 m;
- zona publică – peste 3,60m;

aceste enunțuri, deloc întâmplătoare în acest cadru, ajută la comunicarea medic-pacient privind acceptarea în spațiu sau violarea acestuia (zona apropiată și intimă fără acceptul pacientului) propunându-și în final relaționarea ambelor părți;

3) – contextul și mediul reprezintă, Abric J.C. (2002) factorii comunicării, apare sub forma – **rolului:**

a) – contextului material și temporal = influențează direct natura și calitatea interacțiunii actorilor cât și rolul: locului, spațiului (închis, deschis) și anexelor (sala, mesele, scaunele- aranjarea lor);

b) – contextul social = natura comunicării, fie ea privată sau publică, cu sau fără martori, este direct influențată de contextul social în care se desfășoară interacțiunea, fără să putem însă aplica o

regulă unică, deoarece unul și același context social va juca un rol diferit în funcție de natura, complexitatea și finalitatea interacțiunii;

c) – contextul cultural și ideologic = determină moduri de comunicare și un sistem de interacțiuni care poate fi în totalitate specific, înțeles și aplicat exclusiv în acest context limitat, ajutându-ne să cunoaștem înainte de a comunica și contextul cultural (gest verbal, nonverbal).

În acest context, **comunicarea medic-pacient**, Tudose Fl. (2003), este o comunicare directă, față în față, nemediată și neformalizată. Între cei doi subiecți ai transferului de informație, are loc un schimb continuu de informații, care îi conduce pe fiecare dintre cei doi parteneri către obiectivele precise ale întrevederii și anume:

-aflarea răspunsurilor în legătură cu modificarea stării de sănătate;

- remediile propuse pentru înlăturarea acestora;

- modalități practice de acțiune.

De fapt, în domeniul medical, o bună comunicare este o stringentă necesitate deoarece actul în sine nu poate avea altfel eficiența maximă. Este cunoscută de specialiști, fereastra lui Johari (după Tudose Fl. – 2003) unde cei doi parteneri descoperă și se identifică cu:

	Cunoscut de către sine	Necunoscut de către sine
Cunoscut de alții	Zona Deschisă	Zona Oarbă
Necunoscut	Zona Ascunsă	Zona Necunoscută

- zona **D** (deschisă) = reprezintă comportamentul cunoscut de sine și de ceilalți și arată în ce măsură două sau mai multe persoane pot da și primi,

în mod liber, pot lucra împreună, se pot bucura de experiențe comune;

- zona **O** (oarbă) = vulnerabilitate = este cea care reprezintă comportamentul necunoscut de către sine, dar care este evident pentru ceilalți;

- zona **N** (necunoscută – dezvăluire) = este zona activității unde comportamentul nu este cunoscut, nici de individ și nici de ceilalți;

- zona **A** (ascunsă – intimă) = reprezintă comportamentul cunoscut de către sine, dar ascuns celorlalți.

Sunt de asemenea cunoscute din literatura de specialitate, implicațiile gesturilor, mimicii, posturii, exemplificate prin ceea ce înseamnă: fața (ochii, gura), mâna, râsul și plânsul. După Athanasiu A. (1983) se poate spune că **fața** este un index de valori psihice, de aceea, Pârvu N (1967), nota că fața reprezintă două centre, focare de convergență a mișcărilor expresive:

a) – ochiul = privit ca o mișcare și caracterizat după mobilitate (privire obosită, vie, fermă, blîndă, rătăcită, nelimitată, etc.) și direcție (ascunsă, pedantă, visătoare) el avînd și valoare de simbol multivalent;

b) – gura = văzută prin expresia dată de zâmbet, acesta avînd și o valoare psihodiagnostică, dar existînd și zâmbet fața de situație (exprimînd o atitudine), Athanasiu A. (1983), printre nuanțele interesante pentru medic, a zâmbetului, amintind: - dulce (surâsul, adeseori intenționat – tinzînd la captarea bunăvoinței și eventual la derutarea prin „fermecare”)

- blînd; - disprețuitor;
- amar; - ironic;
- înțelept; - de „gură-cască”

iar în continuare fața, Pîrvu N. (1967), exprimînd:

- emoții înnăscute, primare (dezgust, groază, teamă, simpatie, tristețe, plăcere, etc.) legate de trebuințe sau instinct;

- emoții secundare, câștigate, mai complexe (abandonarea, dezolarea, îngrijorarea, duiosia, speranța, pudoarea, rușinea, suferința, etc.);

- însușiri constitutive ale temperamentului, mai ales iritabilitatea și emotivitatea;

- starea de „nebuie” în contradicție cu cea normală;

- trăsături morale de caracter (se pot crea standarde de exprimare: „figură” de artist, comerciant, boier... de medic).

Este cunoscut, în același registru al comunicării nonverbale și faptul că **mâna** „adună” semnele și identifică persoana umană, căci ea este, așa cum se învață în Kabbala „microscopul sintetic al evoluției umane”, un rezultat al tuturor rezultatelor. În această „coabitare”, Athanasiu A. (1983) – după

D'Arpentigny (1843) și Desbarelles – întâlnim șapte tipuri fundamentale de mâini și anume:

- elementară;
- necesară (a omului practic, cu policele mari și în formă de spoatulă sau pătrată);
- artistică (efilată, conică);
- utilă (ungiulară sau pătrată – de funcționar ordonat);
- filosofică (noduroasă);
- psihică (ascuțită);
- mixtă.

Asupra aceleiași mâini și în anii apropiați, Carus C.G. (1846) descrie patru tipuri și anume:

- elementară;
- motrică;
- sensibilă;
- psihică,

ajungându-se în timp la remarcă lui Varchide

N. (1909) că „asociată gândirii în mod continuu,

mîna traduce ca și fața și contribuie la fizionomie... mîna poate servi într-adevăr ca un criteriu al mentalității umane”.

Totodată, din punct de vedere psiho-social, **mîna** este, Athanasiu A. (1983) organul contactelor noastre concrete de viață socială, de aceea, un medic poate „simți” după strângerea de mână a pacientului, acel punct de plecare pentru o diagnosticare și mai precisă, fiind de asemenea și cea cu care recoltează date ale examenului fizic, prin palpare, percuție, reprezentând în asemenea situații și un organ al mîngâierii, al atingerii, dând în multe cazuri, încrederea și acceptul necesar celor doi parteneri (medic și pacient) în dialogul ce-l poartă.

Legat de **rîs**, e bine să nu uităm că și el are mai multe „fețe” și că de fapt, nu se învață, ci e un dar înnăscut pe care nu-l dobîndești. Astăzi se vorbește despre rîsul sănătos că e necesar ca fiind o descarcare nervoasă care detensionează, readucând „pe

linia de plutire”, trăiri, sentimente, chiar dacă câteodată „facem haz de necaz”. Există situații în care apelăm la răsoterapie ca la ceva ce ne poate învăța să râdem din nou, să avem încredere în puterile noastre, oferindu-ne oare a câta oară o nouă șansă.

Dacă cu râsul, medicul se întâlnește mai rar, făcând abstracție de cel nervos, **plânsul** în schimb este prezent de multe ori în „arsenalul” pacientului venit la consult. Se poate învăța ușor, apare la comandă în unele situații, este de convenție sau mimat, plânsul cel adevărat aduce compasiune, tristețe și suferință, fiind totodată și un semn atunci când pacientul îl folosește ca „purtător de informații” pe care medicul trebuie să le recepteze corect. Pornind de la țipătul celui mic și ajungând la plânsul în barbă sau în pumni a vârstnicului, drumul plânsului decodifică: stări, manifestări, neputințe, clipe chinuitoare și poate rar „plâns de bucurie”. Și totuși e o artă să știi a râde și a plânge, dând relevanță fiecărei trăiri afecti-

ve în parte, legitimându-și identitatea și valoarea umană.

Într-o altă ordine de idei, **comunicarea**, Enătescu V, Enătescu V.R. (2007), trecută printr-o analiză obiectivă, pune în evidență, trei etape definite prin dominanță și anume:

1) – **etapa întâi** = un indice de dominanță foarte mic, ce tinde spre zero, definește prima etapă a comunicării, în care bolnavul expune, în flux cvasi-continuu propria anamneză și simptomatologie care l-a determinat să apeleze la medic; în general în această etapă a dialogului medicul intervine foarte puțin, întrebările sale având un aspect general;

2) – **etapa a doua** = se caracterizează printr-o echilibrare a dialogului, având un indice de dominanță în jurul valorilor de 0.5 ceea ce corespunde dirijării dialogului de către medic prin întrebări;

3) – **etapa a treia** = este caracterizată prin dominanța medicului în comunicare, corespunzând ex-

plicării diagnosticului și a indicațiilor terapeutice de către medic, sau, eventual, aplicării unor tehnici de „psihoterapie” specializată (gen terapii sugestive).

Aceeași autori menționează faptul că raportul dintre cele trei etape depinde de mai mulți factori cum ar fi:

1) – domeniul de specialitate în care se realizează investigația;

2) – structura psihologică a bolnavului în situația sa specială de boală;

3) – psihologia medicului și afinitatea sa pentru comunicare.

Și cu toate acestea, există o serie de **factori ce perturbă procesul comunicării**, fapt care creează în timp disfuncționalități în derularea actului medical desfășurat între medic și pacient. În acest context, Tudose Fl. (2003), remarcă trei categorii de factori și anume:

a) – **fizici**:

- deficiențe verbale (balbismul, bolile laringiene);

- deficiențe acustice (hipoacuzia, surditatea);

- amplasamentul (poziția vorbitorului în raport cu ascultătorul);

- iluminarea (slaba iluminare împiedică recepția comunicării non-verbale);

- temperatura (căldura excesivă sau frigul creează stări neplăcute celor doi parteneri);

- ora din zi (din cea de-a doua parte a zilei comunicarea devine mai dificilă datorită acumulării oboseții)

- durata întâlnirii (întâlnirile pe fugă sau prea prelungite, sunt ineficiente);

b) – interni:

- implicarea afectivă (atât implicarea pozitivă cât și cea negativă, precum și felul în care ea este percepută de către auditor);

- frica (teama comunicatorului că, prin ceea ce comunică, ar putea intra într-o situație neplăcută, sau cea a ascultătorului - că ar putea auzi lucruri neconvenabile, vor perturba mesajul);

- amenințarea statului (dacă cel ce comunică nu îi amenință imaginea personală, va evita să transmită mesajul complet sau va denatura anumite părți din el);

- presupuneri subiective (dacă vorbitorul crede că ascultătorul îi este ostil sau indiferent și mesajul va fi distorsionat);

- preocupări ascunse (dacă unul din parteneri are o preocupare diferită decât scopul pentru care se află în relația de comunicare – pecuniară, erotică – mesajul va fi perturbat);

- fantasme (dacă medicul sau pacientul au o anumită imagine, pozitivă sau negativă despre propria persoană, diferită de realitate, aceasta va influența negativ comunicarea);

c) – **somatici:**

- vocabularul incomplet sau prea tehnicist, vor face imposibilă comunicarea;

- gramatica (greșelile gramaticale vor denatura comunicarea, scăzând relația de încredere și depreciind imaginea celui care le face, mai ales atunci când acesta este medicul);

- sintaxa (construcțiile verbale prea complicate sau după modelele altor limbi, perturbă relația de comunicare);

- conotațiile emoționale ale unor cuvinte (anumite cuvinte, cu semnificație deosebită pentru unul dintre partenerii comunicării, vor perturba mesajul prin polarizarea atenției sau suprasemnificarea unor fragmente din mesaj).

Acești factori apar și în momentul în care medicul nu face apel nici la răbdare și nici la empatie (ce reprezintă starea prin care poți să simți ca și celălalt), iar empatizarea cu pacientul este deosebit de

importantă deoarece se pot crea atât din partea medicului cât și a pacientului, o stare de incompatibilitate datorită unor bariere create reciproc.

După Egner B. (1992), cele mai importante **bariere** ivite în comunicarea dintre medic și pacient vs. pacient – medic, sunt:

1) – **barierele create de medic:**

- se pierde prea mult timp;
- consumul nervos crescut, mai ales la un medic obosit, după gardă sau după un număr mare de consultații, ori bulversat de propriile neazuri;
- pierderea controlului asupra problemelor biomedicale ale anamnezei;
- „nu este treaba mea” – reprezintă o formulă de respingere a problematicii psihosociale ce acompaniază orice suferință patologică sau închipuită;
- medicul nu se poate, în mod obiectiv, pune în situația pacientului;

2) – **barierele create de pacient:**

- tentativa de a-și ascunde emoțiile în fața medicului;

- teama de a fi pus într-o situație jenantă;

- dorința de a se conforma așteptărilor doctorului, de a nu devia de la prezentarea „tehnică” a simptomelor;

- teama de a fi bolnav;

- teama (eventual respectul excesiv) față de medic.

Dar, aceste carențe empatică pot fi întâlnite atunci când viitoarele scheme comportamentale de empatizare a medicului cu bolnavul, după Cohen-Cole (1991) pornesc de la:

- reflecție;

- legitimare;

- respect;

- suport;

- parteneriat.

Întâlnirea barierelor comunicării reprezintă atât o eficiență cât și o ineficiență a acesteia, fapt care determină o nouă strategie cognitivă în ceea ce privește, în acest context, actul relației medic- pacient. Astfel, Holdevici I. (2000), **comunicarea eficientă** are următoarele caracteristici:

- subiectul își exprimă sentimentele în mod deschis și direct;

- îl încurajează pe partenerul său să facă același lucru.

Mai precis, primul spune ce gândește și ce simte și încearcă să înțeleagă ce gândește și ce simte cel din urmă. Totodată, comunicarea eficientă implică exprimarea deschisă și ascultarea, în timp ce comunicarea ineficientă presupune refuzul părților de a-și împărtăși în mod deschis sentimentele și refuzul de a asculta ce are de spus celălalt.

De obicei, acordăm o atenție deosebită comunicării eficiente, neglijând secvența ineficienței sale.

De aceea, considerăm că o cunoaștere și a elementelor curențiale, vor ajuta comunicarea eficientă. În acest caz, Burns D (1989) prezintă o astfel de listă ce cuprinde caracteristicile **comunicării ineficiente**, sub forma:

- adevărul îmi aparține = persoana insistă afirmând că numai ea are dreptate și că celălalt se înșală;

- blamul = subiectul afirmă că problema creată se datorează greșelii celuilalt;

- maturizarea = subiectul susține că este o victimă inocentă;

- descalificarea = persoana afirmă că celălalt greșește sau este un „ratat”, pentru că acesta „totdeauna” face sau „niciodată” nu face anumite lucruri;

- lipsa de speranță = subiectul abandonează disputa, susținând că nu merită să încerce;

- spiritul revendicativ = individul susține că are dreptul la un tratament mai bun, dar refuză să ceară ceea ce dorește într-un mod deschis și direct;

- negarea = persoana insistă că nu se simte suferă, lovită sau deprimată atunci când de fapt așa stau lucrurile;

- agresivitate pasivă = subiectul se retrage fără să spună nimic, eventual iese „ca o furtună” din cameră, trântind ușa;

- autoblamarea = în loc să rezolve problema, subiectul se comportă ca și cum ar fi o problemă demnă de dispreț, autoacuzându-se;

- acordarea ajutorului cu orice preț = în loc să ascultăm cât de trist, lovit sau supărat este celălalt, încercăm cu orice preț să rezolvăm problema sau să-i acordăm ajutorul nostru;

- sarcasmul = cuvintele sau tonul reflectă tensiune și ostilitate, pe care subiectul nu le recunoaște deschis;

- tactica „șapului ispășitor” = subiectul pretinde că cealaltă persoană are o problemă, în timp ce el este fericit, echilibrat și neimplicat în conflict;

- defensivitatea = refuz de a admite că facem ceva greșit sau că avem vreo imperfecțiune;

- contraatacul = în loc să conștientizăm ceea ce simte celălalt îi răspundem la critică cu aceeași monedă;

- diversitatea = în loc să se preocupe de modul în care cei doi parteneri se simt „aici și acum”, unul dintre ei sau ambii prezintă liste ale neînțelegerilor și conflictelor trecute.

Același autor simplifică în zece atitudini, **moti-vele** care îi **împiedică pe oameni să comunice** adecvat unii cu alții, oprindu-se la:

- fobia de conflicte = subiectul se teme de conflicte sau de sentimentele de ostilitate exprimate de alte persoane, „politica struțului”;

- perfecționismul emoțional = subiectul este convins de faptul că oamenii îl vor privi de sus dacă vor afla ce simte cu adevărat;

- teama de dezaprobare și respingere = subiectul se teme că oamenii nu îl vor agreea dacă își va exprima propriile idei și sentimente;

- agresivitatea pasivă = subiectul își reprimă sentimentele de frustrare și ostilitate, în loc să se exprime în mod deschis;

- lipsa de speranță = subiectul crede că a încercat totul și că nimic nu a dat rezultat, ajunge la concluzia că situația este într-adevăr lipsită de speranță;

- nivelul scăzut al autonomiei = subiectul consideră că nu are dreptul să-și exprime sentimentele sau să le ceară celorlalți anumite lucruri;

- spontaneitatea = subiectul consideră că orice modificare în stilul său personal de cunoaștere, este ridicolă și pare falsă;

- „citirea gândului” = subiectul crede că ceilalți trebuie să știe ce simte și ce dorește el, fără a fi necesar să-și exprime în mod deschis sentimentele și dorințele;

- teama spre maturizare = subiectul se teme să recunoască faptul că este supărat, deoarece nu vrea să dea nimănui satisfacția de a afla că l-a rănit, suferind în tăcere;

- nevoia de a rezolva problema = subiectul are un conflict cu cineva, încearcă a rezolva problema, în loc să împărtășească în mod deschis sentimentele și să asculte ceea ce simte cealaltă persoană.

Și, după o asemenea incursiune în domeniul comunicării, cuvintele lui I. Sflez sunt remarcabile „a comunica semnifică a pune sau a avea ceva în comun”.

3.2. – pacientul

3.2.1. – definiție

Pentru a defini calitatea de pacient a unei persoane, considerăm că e necesar a porni de la ceea ce DEX (1975) identifică a fi:

- **bolnav** = (ființa) care suferă de o boală; (om) suferind, beteag, denumind o calitate dobândită printr-o stare, și cea de:

- **pacient** = persoană bolnavă care se găsește în tratamentul unui medic, considerat în raport cu acesta; persoană supusă unui supliciu; victimă; martir; care are răbdare; calm; răbdător;

interacțiunea dintre cele două statusuri sociale dobândite temporar de către o persoană, reprezintă o stare evolutivă (sunt bolnav, nu mă simt bine, mă tratez singur și nu apelez la medic și sunt bolnav și mă găsesc sub tratamentul și îngrijirea unei persoane

abilitate în acest sens, un medic), și una și cealaltă poate utiliza serviciile de sănătate.

În actul cotidian al comunității, este folosit de cele mai multe ori în cadrul rolului social pe care îl îndeplinește persoana care apare în triplă ipostază de om ce: alină suferința, vindecă boala și salvează (uneori) viața bolnavului – acesta fiind **medicul** cât și cea a persoanei bolnave și suferinde, identificând – **bolnavul**.

Ca **rol social, medicul** este definit prin cinci elemente, Parsons T. (1951), acestea fiind:

1) – competența tehnică = se delimitează ca fiind prioritară din punct de vedere al eficienței actului medical;

2) – universalism = nu poate refuza bolnavii după criterii arbitrare, el fiind medic pentru toată lumea, indiferent de: poziția socială, sex, rasă, religia bolnavului;

3) – specificitatea funcțională = este specializat într-un domeniu, bine precizat, limitat la sănătate și boală, neavând dreptul să depășească limitele domeniului medical;

4) – neutralitate afectivă = raportul cu bolnavul trebuie să fie obiectiv și nonemoțional, asigurându-i obiectivitatea, nefiind părtinitor și neconfesându-se pacientului;

5) – orientarea spre colectivitate = ideologia profesiei medicale pune accent pe devotamentul față de colectivitate, considerând că în medicină profitul este cel mai puțin căutat, medicul fiind un promotor al moralității.

Rolul social al bolnavului a determinat apariția mai multor concepte privind raportarea acestuia la comunitate, prin rolul social nou pe care-l dobândește pe o perioadă de timp limitată sau nu. Astfel, I.B. Iamandescu (1997), pornește de la ideea că situ-

ația de om bolnav se caracterizează prin cinci trăsături principale cum ar fi:

a) – situația marginală a bolnavului între lumea sănătății și cea a bolii, negând când una, când alta, care îl fac instabil, dominat de stări conflictuale;

b) – starea de primejdie care planează asupra bolnavului și care îl determină să apeleze la tehnici protectoare pentru a face față pericolului situației;

c) – restrângerea orizontului (de preocupări, ambianță);

d) – egocentrism;

e) – perspectivă temporală îndelungată a bolii.

Acestor delimitări le putem adăuga în ideea temporalității sau nu, a rolului de bolnav, din accepția lui Parsons T (1951) pe cele patru trăsături și anume:

a) – degrevarea de sarcini și responsabilități normale în funcție de natura și gravitatea bolii;

b) – bolnavul nu se poate însănătoși singur, printr-un act de decizie propriu, de aceea, el nu este făcut responsabil de incapacitatea sa;

c) – boala trebuie considerată ca indezirabilă și bolnavul trebuie să dorească „să se facă bine”, aceasta fiind o legitimitate condiționată a rolului de bolnav;

d) – obligația bolnavului de a căuta ajutor competent și de a coopera cu cei ce răspund de îngrijirile de sănătate.

Ca o chintesență la cele enunțate anterior, **tipul de rol** al bolnavului în comunitate depinde de o serie de factori cum ar fi:

a) – felul bolii (somatici, psihici);

b) – gravitatea bolii;

c) – cronicitatea bolii;

d) – genul de tratament: ambulator, staționar, spitalicesc.

Practic, Lupu I, Zanc I, Săndulescu C. (2004), rolul social al bolnavului legitimează deci, starea sa vulnerabilă și incapacitatea sa obligându-l în același timp să caute vindecarea. Se poate întâmpla ca pacientul să încerce să tragă foloase de pe urma stării sale și să considere boala ca pe un mijloc de a scăpa de responsabilități pe care nu le poate sau nu vrea să și le asume. Medicul trebuie să păstreze în acest sens un echilibru între a ajuta bolnavul și a-l refuza. A-l ajuta în relația terapeutică pentru a-și depăși starea de dependență cauzată de boală și a-i refuza tentativa de „manipulare prin recompense” vizând cereri ce nu decurg din starea de boală.

Ajungem astfel ca într-o anumită conjunctură dată, să enumerăm câteva dintre elementele caracteristice unei **comunicări asertive**, pornind de la faptul că, asertivitatea, Boume (1995) este:

- un **nu** spus hotărât și susținut cu argumente;

- o atitudine și o modalitate de acțiune în acele situații în care trebuie să ne exprimăm sentimente, să ne revendicăm drepturile și să spunem **nu**, atunci când nu suntem dispuși să facem un anumit lucru.

În acest context, **comportamentul asertiv** reprezintă calea de mijloc între agresivitate și supunere, la baza sa trebuie să stea convingerea persoanei că are dreptul să ceară ceea ce dorește, respectându-și propriile drepturi, așa cum ea însăși face în cazul celor din jur.

Ca și drepturi personale ale adultului, același autor menționează faptul că **am dreptul să:**

- solicit ceea ce doresc;
- refuz solicitările cărora nu le pot face față;
- îmi exprim sentimentele, pozitive sau negative;
- îmi exprim opiniile;
- comit greșeli și să nu fiu totodată perfect;

- mă conformez propriilor mele sisteme de valori;

- spun NU la tot ceea ce mi se pare că nu sunt pregătit să fac, consider că este periculos sau îmi calcă sistemele de norme și valori;

- îmi stabilește propriile sisteme de priorități;

- nu mă simt responsabil pentru comportamentele, acțiunile, sentimentele și problemele celorlalți;

- solicit onestitate din partea celorlalți;

- mă supăr pe o persoană la care țin;

- fiu eu însumi;

- mă simt speriat și să spun acest lucru celorlalți;

- spun „nu știu”;

- nu prezint scuze și să-mi motivez comportamentul;

- iau decizii bazate pe propriile mele sentimente;

- îmi satisfac propriile trebuințe în timpul și în locurile pe care le consider potrivite;

- mă distrez și să fiu frivol;

- fiu mai sănătos decât cei din jurul meu;

- mă aflu într-o anumită încercare nu se abuzează de persoana mea;

- îmi fac prieteni și mă simt bine în preajma celorlalți;

- mă schimb și să evoluez;

- fiu tratat ca o persoană demnă și plină de respect;

- fiu fericit;

- la respect din partea celorlalți față de propriile nevoi și dorințe.

Din acest context desprindem faptul că la un moment dat, în actul **comunicării asertive** putem întâlni atât din partea pacientului cât și a medicului, dezvoltarea unui comportament: asertiv, pasiv și

agresiv, legat de **transmiterea unui mesaj** sub forma:

1) – **asertiv**:

- problema este discutată;
- drepturile tale sunt susținute;
- îți alege singur activitatea;
- ai încredere în tine;
- recunoști drepturile tale și ale celorlalți;

2) – **pasiv**:

- problema este evitată;
- drepturile tale sunt ignorate;
- îi lași pe ceilalți să aleagă în locul tău;
- neîncredere;
- vezi drepturile celorlalți ca fiind mai importante;

3) – **agresiv**:

- problema este atacată;
- drepturile tale sunt susținute fără a se ține cont de drepturile celorlalți;

- ostil, acuză, blamează;

- drepturile tale sunt mai importante decât ale celorlalți;

fapt ce determină apariția unei **atitudini** vizând reacția ca rezolvare a itemului supus investigației de către actorii comunicării.

În această ecuație, actorul- pacient solicită de la medic:

-încredere;

- stimă;

- acceptare;

- securitate;

- competența;

- conștiință;

- siguranța;

- înțelegere;

toate acestea subordonându-se practic situațiilor și stărilor prin care se va înțelege sau / și înlătura de către acesta:

- frica;

- rigiditatea;

- teama;

- angoasa;

- nesiguranța;

- neliniștea;

- instabilitatea;

- intoleranța;

astfel încât să fie eliminată dintre cei doi, orice conduită sau/și atitudine de risc comportamental ce-
ar putea îngreuna sau face imposibilă comunicarea
dintre cei doi, important fiind ca cele menționate
anterior, să fie raportate la coeficientul de vârstă și
particularitățile aferente acesteia.

3.2.2. – copil

Încadrat în această perioadă a evoluției sale de
la naștere și până în jurul vârstei de 11 ani (apare pu-
bertatea sau preadolescența), **copilul** manifestă o a-
numită atitudine în dezvoltarea și evoluția sa. Ast-
fel, se constată ciclic momente în care:

1) – are nevoie stringentă de mamă cu care are
o legătură specială de la naștere și până la un an;

2) – se dezvoltă între cei doi – mamă și copil- o
dimensiune a compatibilității lor, adică:

a) – potrivirea parentală, „contabilizează” armonia și înțelegerea părinților cu copilul, creându-se în timp structuri comportamentale sănătoase;

b) – slaba potrivire parentală duce la incompatibilitate și în timp, la dezvoltarea unei atitudini afective carentiale;

3) – apariția în jurul primilor trei ani de viață ai copilului, a stărilor de rușine, autonomie, a curiozității („desface”, „distruge” jucării); cogniției prin lumea întrebărilor – de ce? cât? și a jocului ce-n multe cazuri îl ajută în socializările dar și raporturile sale la un grup social;

4) – inițiativa, nevinovăția cât și „psihologia buzunarelor pline”, apare în perioada preșcolarității – 3 – 6/7 ani – unde jocul, comunicarea, independența în mișcare, descoperirea lumii, pun amprenta pe vârstă, se recunoaște ca individ separat de ceilalți, ajungând chiar a se identifica cu părinții care devin

un ideal de viață, de aceea aceștia pot să fie, după Iamandescu I. B. (2002):

- autoritari;
- hipertoleranți;
- indulgenți;
- severi;
- agresivi;

raprturile dintre ei doi fiind deosebite.

5) – copilăria mijlocie – 6/7 – 10/11 ani, se identifică cu vârsta școlară mică, unde copilul se transformă în elev, timpul devine un timp pedagogic, apar elemente ca: hărnicia, perseverența, activitatea variată, inferioritatea, dezvoltă o anumită sensibilitate, este mai sigur pe el în cadrul familiei, fapt ce-i determină o conduită atipică în cazul apariției unor disfuncționalități, cum ar fi divorțul, certurile, bătăile, etc.

Ținând cont de cele menționate anterior medicul trebuie să știe că, fața de boală, Athanasiu A.

(1983), **copilul** poate manifesta o atitudine ce depinde în mare măsură de atitudinea părinților; atitudinea de supraprotecție ca și cea pesimistă este egal de dăunătoare, neuitând că de obicei boala se însoțește de o emoționalitate crescută.

Practic, o boală îndelungată afectează statusul social în grupul de copii, stânjenește dezvoltarea comportamentului social, crează labilități în participarea la joc iar legat de performanțele școlare, generează sentimente de frustrare. De aceea, e necesar ca medicul să cunoască atât etapele de dezvoltare bio-psiho-sociale ale copilului, dar mai ales să dovedească **metodă** în a aborda copilul, făcându-l cooperant și reușind a realiza o **anamneză eficientă**.

Va trebui să cunoască relația dintre copil și părinți vs părinti și copil, să știe cum își petrece acesta timpul liber cât și cel pedagogic, dar mai ales să-l trateze pe pacient cu foarte multă **responsabilitate**. Astfel, medicul e necesar a aborda sub formă de joc

întreaga consultatie, aceasta ținând cont de vârsta pacientului, având grijă de a nu crea stări de panică și destructurări comportamentale.

E indicat ca **medicul** în comunicarea și relaționarea sa cu **copilul**, Iamandescu I.B. (2002), să:

a) – cunoască și să înțeleagă dezvoltarea copilului;

b) – evalueze comportamentul copilului având în vedere că multe comportamente sunt doar inadap-tări situaționale sau manifestări normale la o anumită vârstă (în unele cazuri nefiind justificat un consult psihiatric);

c) – își construiască un set de tehnici cu ajutorul cărora să poată rezolva diferite tulburări de copor-tament, ținând cont însă de faptul că există o tehincă unică, valabilă pentru toți copiii și că aceste tehnici se modelează după nevoile copilului și ale familiei sale.

În asemenea condiții, se diminuează atât atitudinea copilului cât și implicit a familiei față de tot ce înseamnă prevenție și intervenție medicală la acest nivel, comunicarea și relaționarea medic – copil vs copil – medic, având la bază elementele de cunoaștere, acceptare, înțelegere și ajutor reciproc.

De asemenea, ținând cont de faptul că atitudinea de bază în prima fază a copilăriei este **jocul**, medicul e necesar a porni de la acest deziderat, folosindu-l direct în comunicarea și relaționarea sa cu pacientul – copil, așa încât în cabinetul său să se afle, dacă nu un colțișor special cu jucării, măsuță și scaune speciale pentru copii unde să-și desfășoare consultația, cel puțin câteva jucării îndrăgite de copii pe care să le folosească la momentul oportun (acolo unde situația o cere).

Astfel, în timpul consultației așa cum aminteam anterior, copilul se poate bloca, de aceea transferul făcut pe o jucărie (pe ursuleț îl doare tare rău gâtul,

păpușa are mâna ruptă, motorul-burtică o doare pe mașinuță, etc.) îl ajută pe medic în realizarea atât a anamnezei cât și a investigației de specialitate la care este supus copilul. Copilul s-ar putea să nu doarească pe moment să vorbească, dar să vrea să deseneze (de aceea, câteva coli albe, creioane colorate) sau să coloreze până-și așteaptă intrarea în cabinet, în cărți de colorat, fac ca medicul în cunoștință de cauză, să aplice în aceste cazuri, anumite **exerciții-joc de comunicare și relaționare** ce-l vor ajuta mult în deblocarea unor situații mai dificile.

În acest caz, poate să apeleze la:

1) – **cartea de vizită** = îl roagă pe copil să-i deseneze ce-l reprezintă pe el în mod deosebit (și de acolo se poate porni discuția);

2) – **acesta sunt eu** = o reprezentare printr-un personaj de poveste, un obiect sau o însușire;

3) – **astăzi mă simt** = un cerc ce reprezintă fața, copilul poate prin desenarea ochilor și gurii să

transmită mesajul stării sale emoționale la momentul respectiv;

4) – **conturul palmei** = pe o foaie copilul desenează conturul palmei punând pe fiecare deget o bucurie sau o supărare (atenție și la comunicarea non-verbală);

5) – **ai vorbit cu ce te doare?** = este jocul prin care, medicul aflând că-l doare burta, îl roagă s-o întrebe de ce (am mâncat prea multă înghețată, n-am mâncat, m-am lovit, am înghițit) palpând chiar el organul sau locul respectiv;

6) – **cine ești tu?** = medicul îl întreabă dacă știe cine este, răspunsul poate fi surprinzător, (carăbuș, mașină, superman, broască, prințesă, uriaș, om rău, om bun, etc.) jocul rolului și al venirii la consult este edificator (pe mașină o doare burta ca..., omul rău [tata beat] m-a lovit aseara cu lingura de lemn) lasându-l pe copil să se descarce sufletește deoarece

acesta are nevoie de ajutor, înțelegere și acceptare, iar empatia din partea medicului este bine venită.

Există și momente în care medicul va face apel la elemente de terapie ocupațională – expresia verbală – povestea terapeutică, astfel încât comunicarea cu pacientul copil și/sau cu familia acestuia, să fie benefică.

Povestea terapeutică, Pașca M.D. (2008), e prezentă prin mesajul său specific, ținând cont de particularitățile de vârstă ale celui cărui i se adresează, făcându-l a înțelege modul în care durerii, bolii și chiar a speranței poate echilibra, metaforic vorbind, acceptarea, resemnarea și în final, starea de fapt creată. În povestea terapeutică, cuvântul are putere magică acționând ca o forță a gândirii pozitive. Ea **nu se citește, ci se povestește** (se spune), personajele împrumutând de cele mai multe ori stări și fapte din viața celor cărora se adresează.

Ca exemple, Pașca M.D. (2008):

1) – Copilului căruia îi este frică de medic/ dentist

Mica sirenă

A fost odată ca niciodată o mică sirenă. Trăia în adâncul mării într-un palat superb de corali, în mijlocul unei grădini uriașe. Toate animalele mării o iubeau deoarece era tare drăguță, ajuta pe toată lumea și niciodată nu făcea rău nimănui.

Acum, sigur credeți că mica sirenă trăia foarte fericită în mijlocul prietenilor ei în palatul minunat. Ei, dacă credeți acest lucru, vă înșelați. Mica sirenă era foarte nemulțumită de soarta ei, deoarece nu-i plăcea să fie sirenă. Cea mai mare dorință a ei era să fie un copil obișnuit. Tristă, ofta atât de adânc, încât marea răsuna de oftatul ei. Animalele mării o compătimeau: meduzele, delfinul deștept, ba chiar și rechinul hămesit- toți voiau să o ajute.

S-a întâmplat într-o zi, când mica sirenă ofta mai amarnic decât de obicei, că dintr-o dată a apărut în fața ei o zână fermecătoare și i-a spus:

- Îți îndeplinesc trei dorințe. Gândește-te bine ce dorești, pentru că odată pronunțată dorința ta nu poate fi retrasă.

- Nu trebuie să mă gândesc mult, deoarece de ani buni îmi doresc să fiu un copil obișnuit! Ascultă deci prima mea dorință: să am picioare în loc de înotătoare și să fiu un copil adevărat. A doua dorință este să trăiesc departe, departe de mare și să nu îmi fie dor de casă.

Ultimea mea dorință este ca oamenii să mă iubească precum animalele mării.

- Toate dorințele ți se vor îndeplini. Păcat că nu ți-ai dorit sănătate. Sănătatea este comoara cea mai scumpă pe pământ. Dar, îți doresc noroc. Să fi un copil la fel de bun cât de bună ești ca sirenă! i-a spus zâna și a dispărut.

Dintr-o dată s-a auzit un zgomot și un vâjâit teribil. Apoi, totul s-a întunecat. Mica sirenă nici n-a apucat să-și ia rămas bun de la prietenii săi, animalele din mare, căci s-a văzut imediat într-o căsuță de la marginea orașului.

- Ce frumos este aici! strigă fericită. Ce repede mi s-a îndeplinit dorința! Ce bine e să fi om!

Deoarece era o creatură deșteaptă, a învățat foarte repede obiceiurile oamenilor. Nu peste mult timp i s-a îndeplinit și ultima dorință: toată lumea a îndrăgit această fetiță frumoasă venită de departe și peste puțin timp, casa i s-a umplut de prieteni.

Într-o seară, mica sirenă care n-a mai simțit până atunci durerea a avut o durere îngrozitoare de dinți.

- O, mai bine rămâneam sirenă, se plângea ea. Vai, mie! E bine să fii copil atunci când ești sănătos. Vai mie, vai mie! De-aș trăi și acum în adâncul mă-

rii! De ce n-am rămas sirenă? Si într-un târziu a adormit plângând.

A doua zi dimineața însă durerea a dispărut. Mica sirena i-a povestit Cristinei, prietena ei, cât de tare a durut-o măseaua seara trecută.

- Trebuie să mergi la dentist, a spus Cristina. Chiar dacă acum nu te mai doare dintele. Dacă nu, atunci durerea va reveni mult mai tare.

Mica sirenă a pălit.

- Cum? La dentist? Cum aş avea eu curaj să mă duc acolo? De fapt nici nu știu cum e dentistul.

De unde să fi știut, deoarece pe timpul când era sirenă nu avea nevoie de niciun fel de medic.

- Ști ce? a întrebat Cristina. Să ne jucăm de-a dentistul! Atunci îți vei putea închipui cum e la dentist. Și nu îți va mai fi frică. Dacă omul cunoaște ceva, acel ceva devine mai puțin înfricoșător. Hai să ne jucăm cum ar putea să fie de-adevăratelea:

- Mi-e frică și de gândul de a porni la dentist. Și să mă așez în scaunul dentistului! Să-mi deschid gura! Nu, nu, nu! Vreau să mă întroc în mare. De-aș fi rămas sirenă!

- Cât ești de lașă! Nu tăgăduiesc că și eu sunt puțin emoționată când trebuie să mă duc la medicul stomatolog. Nu pot să spun că este un lucru plăcut, dar nici atât de groaznic ca să fi atât de speriată. Hai să ne jucăm de-a dentistul! Așază-te comod în scaunul acesta cu spătar și gândește-te la ceva frumos. De exemplu, la jocul tău de societate preferat, ori la cineva pe care-l iubești mult.

- Bine, imediat mă voi gândi la ceva frumos, se bucură mica sirenă.

- Acum imaginează-ți că ne ducem deja la dentist. Dacă te ia din nou frica, uită-te la mine și gândește-te la ceva vesel!

- Brrr! s-a scuturat mica sirenă. Nu-mi place să-mi imaginez astfel de lucruri.

- Te vei obișnui, a rîs Cristina. Hai să mai încercăm odată.

Acum mica sirena s-a putut gândi mult mai ușor la drumul spre dentist. Iar la a treia încercare deja i se părea floare la ureche.

Următorii pași: a sunat la ușa, a intrat în salonul de așteptare, a intrat în sala de tratament, a se așeza în scaunul dentistului au urmat fără nicio problemă

- Acum deschide-ți gura. Eu voi bâzâi ca...

- Au! a strigat mica sirena și și-a deschis ochii speriată.

- Gândește-te că o musca bâzâie lângă tine ori o motocicletă pe stradă. Dintr-o dată sunetul perforatorului nu va mai fi atât de neplăcut. Auzi cum zboară muștele în jurul tău? Bravo! Ești foarte curajoasă!

Nu putem nega că sirenei nu-i plăcea jocul de-a dentistul. Dar după ce au exersat de mai multe ori, râdea la gândul că o motocicletă a intrat în gura ei și bâzâia acolo.

- Continuăm jocul de-a dentistul, a anunțat Cristina. Ce-i adevărat e-adevărat că tratamentul uneori doare un pic. Dar mult mai puțin decât te-a durut ieri măseaua. Acum iar intră motocicletă în gura ta.

Zzzzzz – *zzz* a și plecat. Bravo, bravo! Ești foarte, foarte curajoasă! Știi ceva? Azi trebuie să mă duc la dentist. Poți veni cu mine și poți privi tratamentul.

Cele două prietene s-au și dus la dentist. Asistentă le-a întrebat numele și ele au ocupat loc în sala de așteptare. Mica sirena s-a uitat atent în jur.

Interesant, nici nu e atât de îngrozitor aici, s-a gândit în sinea ei. Pot să răsfoiesc și reviste colorate! A și luat o revistă și privea imaginile interesante. Între timp a uitat cu totul că este la dentist.

Atunci s-a deschis ușa și doamna asistentă a chemat-o pe Cristina. Cristina a rugat-o ca în mod special să poată intra și prietena ei cu ea. Astfel mica

sirenă a intrat în sala de tratament. A văzut multe instrumente iar în mijlocul camerei se afla scaunul dentistului. Cristina s-a așezat și si-a deschis bine gura. Doamna doctor i-a verificat pe rând dinții.

- Am găsit vinovatul ! a spus glumind și a apucat perforatorul. Asistenta a așezat în gura Cristinei o țevușcă îndoită. Prin conducta aceasta se scurge saliva, i-a explicat sirenei. Sunetul perforatorului n-a fost deloc o muzica plăcută. Dar mica sirenă s-a gândit la jocul lor și a zâmbit.

În timpul tratamentului Cristina a ținut ochii închiși, dar, pe când perforatorul ar fi pricinuit durere mai mare a și încetat bâzâitul. Doamna doctor a pus o alifie argintie în gaura făcută.

- Clătește-ți gura și nu mușca pe partea tratată timp de două ore. La revedere! a spus doamna doctor.

- Ce repede s-a terminat! A oftat ușurată Cristina. Nu e o distracție, dar nici nu trebuie să ne fie teamă.

- Dar totuși, aș dori să ne mai jucăm o dată acasă de-a dentistul înainte să vin și eu la tratament, a spus mica sirenă.

Și în timp ce se ducea și ea la dentist, se gândea la joc și la tot felul de lucruri plăcute. Astfel nu i-a fost greu să fie foarte curajoasă. Și pentru că s-a terminat durerea, mica sirenă se bucura din nou că este copil adevărat.

2) Copilul care refuză să ia medicamente

Siropul și Tabletița

Ionel este bolnăvior. Îl doare capul și are roșu în gât. Ar vrea să se facă bine deoarece bicicleta îl așteaptă-n curte. Dar, nu poate ajunge până acolo.

De ce? Îi este frică ! De cine? De vreun câine? Nu!
De vreo pisică? Nu! De cloșca cu pui și cocoșul pin-
tenat? Nu! Lui Ionel îi este frică de... medicamente
și ochii îi sunt în lacrimi.

Da, sigur, el știe că ele îi fac bine dar, cu toate
acestea, nu-i plac, nu le vrea și nici nu și le dorește
deloc. Și uite așa, Ionel nu se poate face bine și ruș-
inat, recunoaște că are nevoie de ajutor.

- Cine mă poate ajuta? suspina el cu neîncre-
dere, sperând să-l audă cineva.

- Noi, noi, auzi un glas venind de aproape.

- Cine sunteți voi? întrebă Ionel privind în jur.

- Suntem Siropel și Tablețița, făcură cei doi de
pe noptieră, salutându-l cu zâmbetul de la dop și pâ-
nă la ambalaj.

Ionel se uită la ei cu teamă. Oare ce-i vor fa-
ce? Dar, Siropel și Tablețița care știau că Ionel e
speriat și bolnăvior, s-au așezat pe scăunelele de lân-
gă patul lui, spunându-i:

- Știi, de noi să nu-ți fie frică, deoarece te vom ajuta să te faci bine. Te tratăm c-o poezioară medicament. Ascultă-ne o clipă:

Eu sunt Tabletița,
Deschide gurița
Și mă-nghite ușurel
Cu un strop de Siropel,
Bravo ție, drag Ionel!

- Vezi, nu e greu deloc. Noi avem: gust bun, miros plăcut și frumos, suntem colorate și în sticlute îmbrăcate. Dacă ne ascuți și devii prietenul nostru, te vom ajuta să te-ntorci foarte repede în curte.

- Și ce trebuie să fac? întrebă Ionel privind-și noii prieteni cu multă încredere.

- O nimica toată, doar să-nveți poezioara, spusă vesele Siropel și Tabletița, sărind înapoi pe noptieră. Hai să repetăm împreună! Vrei? Ura!

Și cei trei s-apucară să spună poezia, așa că încetul cu încetul, Siropel și Tabletița l-au ajutat pe Ionel să se facă bine.

Unde este acum Ionel? Cum unde? În curte și se dă cu bicicleta. Și prietenii lui, Siropel și Tabletița? Ei, aceștia stau cuminți și fericiți în dulăpiorul cu medicamente. Sunt siguri că Ionel s-a lăudat cu ei la toată lumea și de aceea nu mai plânge nicio batistă și nu mai strănută niciun pantof. Păi nu?

Se pot crea și situații în care **pacientul- copil** să fie încurajat să-și scrie (povestească) **propria experiența** legată de o boală, durere sau/și suferință, făcând mai ușoară comunicarea cu medicul sau relația cu cei din jur.

Ca exemple, Pașca M.D. (2008):

1) Boala și... atât

Afară soarele strălucește și bate cu razele lui galbene, lungi și călduroase în geamul meu, în timp

ce câțiva copii sunt triști. Sunt de peste tot și triști că boala pe care o au nu mai pleacă de la ei.

Dar ca să vezi minunea! Tocmai astăzi am primit vestea cea nu bună, ci foarte bună: au aflat cu toții că, dacă urmează tratamentul așa cum trebuie, boala se va speria și va pleca numaidecât acolo, departe, în țări reci, da, da, nu calde, ci...reci.

Iar ei? O să se vindece de tot. Sunt așa de bucuroși și veseli și-au chemat în jocul lor acum pe Speranța. De-ai ști, draga boală, câtă speranță au ei în ea! Te-ai speria și-ai fugi. Și bine-ai face că uite ce urât se uită soarele la tine!

(Carmen – 10 ani)

2) – Povestea Anei

Într-o zi de vară, Ana se juca. După o oră a venit Lili. Din una în alta, ele au vorbit despre culcatul singură.

- Eu nu am curaj să dorm singură, a spus Ana.

- De ce, o întrebă Lili.

- Mi-e frică.

- Dar nu trebuie să-ți fie frică, că nu vine nimeni în casă.

- Și nu se întâmplă nimic?

- Sigur că nu, Ana. Dar uite, îți fac o propunere.

- Care? întrebă Ana.

- Îți iei o jucărie și dormi cu ea, îi propune Lili.

Așa am făcut și eu și-acum dorm singură.

Ei, și ce să vedeți?! De atunci, cu jucăria lângă ea, Ana a dormit singură mereu.

(Anca – 7 ani)

3) – Despre mine

Când eram mai mic, am avut o boală de urechi, oreion. Nu, nu cresc urechile, dar a trebuit să stau liniștit în casă. Unde? În pat, calm și răbdător. Boala mi-a trecut abia după două săptămâni, așa că tu nu trebuie să te sperii. Te rog nici să nu te superi pentru că am auzit că e bine să ai oreion când ești mic. De ce? Păi, ești în rând cu toți copiii, dar dacă vine când

ești mare, e mai rău. Nu știu de ce, dar o să-ntreb și-o să-ți spun.

(Ovidiu – 10 ani)

4) – Speranța, povestea mea

Povestea mea nu e veselă, ci dureroasă. Nu doare chiar tare, dar cu credință și speranță vei învinge, ca și mine...

Știi? Toți din jurul tău te vor ajuta ca și pe mine.

Eu am fost bolnavă (poate că mai sunt un pic), adică, inima mea a avut o găurică mică. Crezi că e ușor să trăiești cu așa ceva? Dar am învins, și acum,, după operație sunt bine, chiar foarte bine.

Mi-am pus mare speranță în domniile doctori, dar și-n medicamente. Și-am fost curajoasă și mă bucur de orice clipă. Așa am învins boala.

Acum sunt ca toți copiii. Mă lasă la școală să fac și educație fizică, râd mult și mă joc, joc, joc. Cum arăt? Sunt frumoasă, puternică și... neastâmpă-

rată, dar am învățat să fiu bună cu toți cei din jurul meu.

Știi ce-am aflat? Cică se spune că tinerețea este cea mai frumoasă amintire. Dar o fi din povestea asta, sau din alta? Nu știu, dar pe povestea mea o cheamă Speranța și am scris-o pentru tine.

Bucură-te de a și fi, ca și mine, o... luptătoare.

(Mădălina – 10ani)

Medicul poate continua paleta comunicării cu pacientul-copil, încrederea și acceptarea fiind dominante căci împreună trebuie să strunească și îmblânzească, năbădăioasa... boală. Păi, nu? Și cu răbdarea cum stăm domnule doctor?! – retoric întrebând.

3.2.3. – adolescent

Perioada celor aproximativ zece ani (10/11-20 de ani) a preadolescenței și apoi adolescenței este codificată ca o etapă a identității și/sau a confuziei

de rol, unde căutările sunt cele care dau nota definitorie timpului. Această perioadă, Tudose Fl. (2003), este conceptualizată în termenii nevoii de a răspunde la două sarcini majore:

- transformarea dintr-o persoană dependentă;
- stabilirea unei identități.

În acest context căutarea de sine și permanentele întrebări: „cine sunt?”, „ce fac?”, „la cine mă raportează?” transformă această perioadă într-una în care, structurile de personalitate se bazează pe cogniție și comportament.

Fiind în căutare de rol, adolescentul se poate alătura anumitor „gășți”, creând totodată conflicte privind relația sa cu: familia, școala și/sau societatea. Are situații în care își manifestă nonconformismul, sfidarea dar și teribilismul ce poate duce la consumul de alcool și/sau drog. Cu toate acestea, adolescentul se poate conforma unor standarde, reguli, dar și asumarea unor responsabilități, acestea

fiind rezultatele elementelor de flexibilitate și compatibilitate cu un nou super ego, dând în timp, stabilitatea și coerență în creștere și dezvoltare.

Este perioada în care adolescentul se crede perfect sănătos, lui nu i se poate întâmpla nimic rău, apelând doar în cazuri de forță majoră la medic și în general la asistența medicală.

Cu un asemenea pacient, medicul are nevoie de multă **subtilitate în abordare**, astfel încât, Iamandescu I.B. (2002) interviul luat unui **adolescent**, trebuie să furnizeze informații utile și reale sub aspecte ca:

- realizarea unei relații interpersonale medic-pacient, bazată pe încredere;
- tratarea cu respect, fără a fi criticat;
- asigurarea din partea medicului că discuția este confidențială;
- discuția să se desfășoare conform vârstei și nivelului de dezvoltare cognitivă a adolescentului;

- abordarea unor subiecte cu caracter intim să fie făcută cu tact și delicatețe;
- ascultarea activă și empatică a adolescentului;
- explicarea importanței abordării unor comportamente sanogenetice;
- flexibilitatea, simțul umorului și lipsa de prejudecăți în unele situații, favorizează comunicarea.

Pacientul – adolescent pare și este destul de ambiguu în comunicarea și/sau relaționarea sa cu medicul, de aceea acesta din urmă, e necesar a cunoaște și aborda situația și din alt unghi, folosindu-se (sub o formă sau alta) de câteva **exerciții – joc și/sau povești terapeutice**, Pașca M.D. (2007), care în cadrul anamnezei își pot găsi foarte bine locul.

1) Cum te simți azi? = un gest, un cuvânt, o pantomimă, pot să-i determine medicului o reacție la o conduită dată;

2) Strângerea de mână = prin acest gest de încredere și apreciere medicul poate testa deja starea

pacientului (uscată, caldă, rece, transpirată, ușoară, puternică, anemică, hotărâtă, moale, etc.);

3) Acesta sunt eu = rugat să completeze unele enunțuri, urmărind modul de implicare dar și prezența unor elemente de autocunoaștere:

- Îmi place să...
- Mă pricep la...
- Prefer să...
- Este bine când...
- Mă bucură...

răspunsurile privind în general gândirea pozitivă, dar pot fi abordate și din prisma negației (exp. Nu îmi place să...);

4) Ce fac cu valorile mele? = i se cere adolescentului să-și construiască o scară a valorilor sau nu, găsindu-le locul în:

a) – rucsac = depozit personal, locul unde îmi păstrez valorile și de unde le iau când am nevoie de ele;

b) – mașina de spălat = obiectul cu ajutorul căruia „curăț” valorile pentru a le folosi și altă dată;

c) – coș de gunoi = recipientul unde arunc valorile de care nu mai am nevoie;

motivația alegerilor făcute, fiind considerată deja un pas în cunoaștere.

5) Ce culoare au emoțiile tale? = pornind de aici, medicul poate identifica prin culoarea aleasă, starea emoțională a pacientului său, la momentul special creat;

6) Naufragiul = se află într-o călătorie pe mare și din cauza furtunii trebuie să părăsească urgent nava; i se cere ca naufragiat să ia un singur obiect-care și de ce? (discuția poate lămuri prin motivația alegerii multe din tarele adolescentului în cauză).

Exercițiile- joc pot face uz și de creativitatea și implicarea medicului în cunoașterea pacientului-adolescent, exemplele fiind doar un început. În aceeași categorie se înscriu și poveștile terapeutice

menite a responsabiliza persoana în cauză (partea de teorie- aceeași ca la pacientul copil).

1) – Lipsa de comunicare și relaționare

Dă-i mâna ta!

Un om se scufundase într-o mlaștină în partea de nord a Persiei. Numai capul îi mai ieșea din mlaștină. Striga din toate puterile după ajutor. Curând se adună o mulțime de oameni la locul accidentului. Unul se hotărâ să încerce să îl salveze pe bietul om. „Dă-mi mâna, îi strigă. Te scot eu din mlaștină.” Dar cel vârat în noroi continua doar să strige după ajutor și nu făcea nimic să-i îngăduie celui alt să-l ajute. „Dă-mi mâna” îi ceru omul de mai multe ori. Dar răspunsul era mereu doar un strigăt jalnic după ajutor. Atunci altcineva se apropie și spuse: „Nu vezi că nu îți va da mâna niciodată? Trebuie ca tu să îi dai mâna ta. Atunci îl vei putea salva.

2) – Identitatea personală

Învățătorul, un grădinar

Munca unui învățător este ca ceea a unui grădinar care îngrijește diferite plante. O plantă iubește lumina soarelui, alta umbra răcoroasă, uneia îi place malul apei curgătoare, altelea piscurile sterpe ale munților. Uneia îi merge bine pe solul nisipos, altelea în pământul gras. Fiecare cere îngrijirea care i se potrivește cel mai bine, altfel rezultatul nu este mulțumitor.

3) Identitatea personală

Cuiburile murdare

O porumbiță își schimba mereu cuibul. Mirosul puternic pe care îl făceau cuiburile în timp, era insuportabil pentru ea. Se plânse de asta cu amărăciune, în timp ce vorbea cu o porumbiță plină de experien-

ță, bătrână și înțeleaptă. Aceasta din urmă dăduse de câteva ori din cap și zise: „Nu schimbi nimic schimbându-ți cuibul tot timpul, mirosul care te deranjează nu vine de la cuiburi ci de la tine!”

4) Incapacitatea de a-și stabili un scop în viață

Povestea lui Ulysse

De mai mult timp, Ulysse se pregătea să plece într-o călătorie care să-i schimbe viața. El a studiat mai multe limbi străine, precum și hărți care să-i arate diferite zone ale lumii. Locul de destinație era mai puțin important, ceea ce-l interesa cu adevărat era să plece.

Dificultățile au început să apară în momentul în care s-a prezentat la o agenție de turism pentru a-și rezerva un bilet de avion. Bărbatul de la ghișeu i-a pus mai multe întrebări obișnuite pentru a afla locul și momentul când vrea să plece.

- Eu ne vreau să merg în Mexic, în Grecia sau în Italia.

- Unde vreți atunci să mergeți? l-a întrebat funcționarul de la ghișeu.

- În mod sigur nu vreau să merg în Anglia, în Australia și nici în Germania.

- Pe mine nu mă interesează unde nu vreți să mergeți, zise funcționarul din ce în ce mai nerăbdător. Pe noi ne interesează unde ați vrea să plecați în călătorie.

- Nu mă interesează nici Spania sau Portugalia, nici India sau Rusia, zise Ullyse.

În acel moment își dădu seama de impasul în care se afla și se întoarse acasă. În acea noapte avu un vis: se făcea că se afla într-un aeroport și privea plecarea mai multor avioane. Deodată îi apărură în fața ochilor marele Lindberg, primul pilot care a traversat Atlanticul, în 1927 și care îi adresă următoarele cuvinte: „Avioanele sunt pregătite să zboare, nu

contează unde. Pilotul este acela care decide locul unde aparatul va ateriza”.

Puțin după aceea eroul nostru adormi. Dimineața el realizează importanța cunoașterii exacte a destinației înainte de a pleca într-o călătorie, pe care el încă nu o știa.

5) Dependența față de droguri

Povestea berzei

O barză foarte frumoasă și-a făcut cuibul pe coșul unei case. De aici putea să vadă cerul și soarele, să simtă vântul și să audă zgomotele din sat. Din păcate, atunci când proprietarul casei făcea focul în sobă, tot fumul se ducea asupra păsării noastre. La început pasărea a fost foarte incomodată de fum, dar treptat s-a obișnuit să respire fumul gros, corpul său devenind din ce în ce mai intoxicat. Uneori stăpânul

casei punea tot mai multe lemne pe foc, iar fumul devenea tot mai gros.

De la un timp sănătatea berzei a început să se deterioreze tot mai mult, ochii îi lăcrimau tot mai des, frumoasele sale pene deveneau tot mai negre și mai puțin mătăsoase.

Pasărea își pierdea bucuria de a trăi. Într-un final, când nu a mai putut rezista, a hotărât să-și părăsească cuibul. Pentru că aripile îi tremurau și privirea i se încetșase, nu a putut zbura prea departe. A aterizat pe o plajă unde se jucau niște copii. Aceștia au fost surprinși să vadă pasărea și s-au întrebat ce s-a întâmplat cu ea. Au decis să-i spele aripile și să i le curețe de murdărie. Apoi au hrănit-o cu lapte și alte plante, pentru a-i curăța corpul de toxine.

Cum părinții lor aveau o cabană pentru păsări, au mutat barza în acel loc, departe de fum și la adăpost de ploaie. În noua sa locuință pasărea se simțea pe zi ce trece tot mai bine. În fiecare dimineață le

mulțumea celor ce-au ajutat-o să vadă iar strălucirea soarelui și limpezimea cerului.

Ca și la pacientul copil, și pe cel adolescent, medicul îl poate „provoca la o destăinuire” cerându-i să-și spună sau scrie propria experiență de viață sau de natură medicală, astfel încât acesta să nu mai fie așa cum el însuși se crede de multe ori, pe nedrept, „marele neînțeles”, apărând în timp „prietenuț de nădejde care nu-l trădează niciodată” – jurnalul personal și albumul cu/de colecții, cu amprenta vârstei, descoperindu-se în timp, atitudini, conduite și de ce nu, comportamente de risc, ca explicații atunci când „pe mine chiar nu mă aude, ascultă și ajută nimeni” – semn că adolescentul nostru își trăiește propria criză existențială și e necesar să-i fim aproape.

3.2.4. – adult

Este perioada pe care, în literatura de specialitate, 20-65 de ani, o găsim compartimentată sub forma:

- 20 ani – 25/28 ani adolescența târzie;
- 28 ani 35/38 ani tinerețe;
- 37/40 ani – 65 ani maturitate, adult;

iar clasificările pot continua mult mai variat și/sau mai sofisticat datorită faptului că această perioadă își are conotațiile sale structurale evolutiv-valorice speciale.

Astfel, predispusă la schimbări această etapă adultă, obligă individul de a fi capabil să se adapteze la toate schimbările ce pot să apară, marcând **faza de maturitate a adultului**.

În această perioadă se produc fenomene ca:

- desăvârșirea statusului educațional;
- realizarea unui status social;

- găsirea locului și rolului social;
- angajarea profesională;
- apariția instituției familiei;
- apariția insatisfacției și a șomajului;
- apariția copiilor și creșterea acestora;
- creșterea rolului de părinte;
- prezența divorțului;
- stări și reacții stresante în caz de boală;
- conștientizarea decesului în viața unei familii;
- apariția statutului de pensionar;

și lista imaginară dar plauzibilă ar putea continua deoarece pentru fiecare individ în parte viața își are prioritățile ei și spectrul acceptării sau neacceptării reușitei sau/și eșecului, duce la apariția diferențelor între concept, atitudine, conduită și comportament individualizat.

În această perioadă putem vorbi în cele mai multe cazuri de realizarea unei **situații stabile de rol** ceea ce face ca **adultul** să dovedească în timp,

capacitatea sa de a se raporta prin muncă la statusul social ca parte a satisfacției sau insatisfacției personale. Cu toate acestea, apare „criza perioadei medii sau de mijloc a vieții”, atunci când evenimentele vieții declanșează stagnarea și adultul se simte vulnerabil, stare ce se poate evidenția în timp, odată cu înaintarea în vârstă.

Dacă munca înobilează viața de adult, dându-i prestanță, siguranță, responsabilitate și valoare, mai ales în perioadele de randament maxim, în căderea bruscă sau fără pregătirea psihologică specială vizând încetarea activității profesionale căreia i-a dedicat „o viață de om” deci, apariția statusului de pensionar, poate crea turbulențe și chiar dizarmonii destul de evidente, uneori accentuate, în viața adultului.

Aici e momentul în care, dacă vârsta și capacitatea fizică și psihică permit, să intervină elementele de reconversie profesională și resocializare astfel ca adultul să se detașeze de stările de izolare și ipohon-

drie care pot interveni în momentele mai dificile din viața sa.

Acum este timpul ca **medicul** să devină un aliat în menținerea și păstrarea sănătății devenind în unele cazuri:

- aliat;
- sfătuitor;
- prieten de... sănătate,

calități care-i permit să devină cu adevărat din medic de familie, membru al acesteia, acordându-i adultului șansa de a-l menține sănătos.

În relația sa de **comunicare cu pacientul-adult**, medicul trebuie să dea dovadă de:

- profesionalism;
- încredere;
- responsabilitate;
- respect reciproc;
- acceptare;
- toleranța;

- credibilitate,

în așa fel încât toată investigația medicală să se desfășoare cu seriozitate și probitate profesională. De data aceasta medicul **nu** va mai face apel la exercițiu-joc sau alte elemente de povești terapeutice pentru vârstele mai înaintate, **dar** pentru adolescența târzie și pentru tinerețe unde munca este încă o necunoscută, poate apela:

1) Lipsa de motivație în muncă

Povestea focului

Într-o țară îndepărtată, focul era păzit de un gardian ales în această funcție pentru calitățile sale: onestitate, cinste, și responsabilitate. În fiecare zi întreținea focul, protejându-l de vânt și nelăsându-l să se stingă. Pentru a-i da vigoare și forță, obișnuia să pună bucăți groase de lemn uscat.

Într-o zi, o furtună neașteptată se abătu asupra aceluși loc. Vântul sufla cu o putere nemaivăzută și paznicul nostru se gândi că în aceste condiții este imposibil să mai reziste. Își aminti însă că toți locuitorii acelei țări se bazau pe el și nu putea să-i dezamăgească. Și începu să se lupte cu furtuna până ce aceasta se opri.

Seara, în timp ce se trântea epuizat în patul său, observă un mesaj ciudat, scris pe perete: „Omagiu celui care a înfruntat vântul și marea și a ținut flacăra aprinsă”. Paznicul n-a știut niciodată de unde a venit acel mesaj, dar a înțeles că nu este singur. Începând din acel moment nu a mai fost niciodată tentat să-și abandoneze postul și a continuat să-și facă munca cu dragoste, devotament, curaj și tenacitate.

2) Comportament certăreț, iritabilitate

Povestea ariciului Pogonici

Într-o pădure trăia un arici care obișnuia să rupă flori și apoi să le strivească. Într-o zi o căprioară îl văzu rupând flori și-l întrebă de ce face acest lucru. Pogonici simți cum îl cuprinde supărarea.

-Vezi-ți de treaba ta că mă superi, zise ariciul.

- Dar nu e bine să rupi flori degeaba, că nu ți-au făcut niciun rău, îi răspunse căprioara.

Ariciul plecă mai departe. La marginea lacului văzu un iepuraș care dormea. Ariciul începu să fluie-re tare:

- Hei, nu vezi că dorm? strigă iepurașul supărat.

- Puțin îmi pasă zise ariciul și plecă mai de-parte.

Zilele care urmau trecură la fel. Cu fiecare zi ariciul se simțea tot mai singur pentru că nimeni nu mai voia să se joace cu el.

Într-o seară, în timp ce se întorcea acasă, aricul căzu într-o groapă. Zadarnic strigă după ajutor, pentru că nimeni nu veni.

Dacă aminteam la ceilalți **pacienți** și despre **povestea lor** ce-o pot spune ca experiență trăită și altora, ne vom permite a da ca exemplu, două trăiri speciale ale unei intervenții chirurgicale pe cord (deci, inima a două paciente adulte):

1) Povestea inimii mele

Într-un început de aprilie, când parcă și primăvara începe să-și dea în petec, am simțit că se întâmplă ceva cu mine. Mă îngrășam și mă dureau toate, simțeam că sunt bolnavă și doar zâmbetul băiețelului meu îmi dădea speranță.

Și așa am aflat că inima mea e atât de bolnavă încât trebuie să-i găsec înlocuitor, adică, cum ar spune mecanicul de la „service”: „Mașina ta are nevoie de un motor nou.”

Au urmat zile de spital în care ruga mea a fost una de întărire, de ajutor și de spreanță. Îmi doream să trăiesc și azi trăiesc mai ales pentru copilul meu care are nevoie de mine, și nu de amintirea mea. Adică cum: să se uite la mine doar în fotografia de pe perete când am fost mireasă? Nu, eu trebuie să înving și să mă bucur de zilele lui de grădinița și de școală. Alin are nevoie de mama sa.

Recunosc că nu mi-e ușor că am abordat doar suferința inimii mele, dar atunci când am simțit că toți au nevoie de mine, m-am hotărât să lupt și să înving.

M-am luptat cu frica în spital și am învins. Îmi îngrijesc cu atenție băiețelul dar nu devin sufocantă și reușesc să mă bucur de tot ce ma înconjoară.

Tu ai simțit vreodată bucuria de a trăi? Eu da, alături de dorința celor 24 de ani pe care-i am, de a ajunge mamă de școlar, și-apoi, bunică...

Ce-mi mai spune „mecanicul de la service?”
„Motorul întreținut cu grijă o duce mult și bine!...”
Așa fac și eu, îmi îngrijesc inima-motor.

Povestea mea se termină aici. Ma grăbesc că
mă așteaptă în grădină niște flori de toată frumusețea
să le salut... Cum se numesc ele? Speranța și Bucu-
ria de a trăi.

Încotro? S-auzim numai de bine!...

(Mariana- 24 ani)

2) Camera verde

Alții cred și se visează în camera roz sau de cio-
colată. Eu, una, m-am trezit în camera verde, aștep-
tând.

Ce? Nu știu, dar mă uitam în jurul meu și ob-
servam că lipsesc florile, pomii și chiar păsările și
mă gândeam de ce e verdele așa de singur. Am aflat
că de fapt, el era „pauza mea de inimă”, clipa de li-
niște până când se va supune acelor știute și neștiute
„mâini de oameni de inimi”.

Să spun că nu mi-a fost frică? De cine m-aș ascunde? De mine? Dar eu mă cunosc atât de bine încât nu m-am speriat nici la... prima oprire și-apoi iar pornire. Mie-mi place să șofez și mă gândeam la asta așteptând în camera verde. Eram în „pauză de circulație” dar știam că așteptând la „trecere”, toți cei dragi mie vor dori să mă aibă aproape.

Cui să-i las? Odorul meu abia încearcă să-și potrivească pașii de adolescentă cu lumea, iar eu mă războiam cu mine însămi.

- Sunt tânără! Sunt o femeie puternică și pe cei ca mine Dumnezeu îi are în grijă. Nu pot pleca! Și de ce să plec?

Eu vreau să trăiesc, și-am să trăiesc, pentru că Speranța și Șansa stau la mine-n gazdă. Așa sunt eu, bună la suflet și iau pe toată lumea în grijă.

Dacă mă mai gândesc la operația mea de inimă? Sigur că da, dar zâmbesc cu boabe de rouă în ochi, gândindu-mă că doctorii nu știau că eu îi aud

cum se minunau cât sunt de mică, puternică și că nu mă las!

Și nu mă las, chiar dacă mai visez încă o dată că sunt operată. Dar e numai în vis și totul e bine când soarele-mi bate iar în fereastră, trezindu-mă și zâmbindu-mi.

Cum mă simt? Hai să-ți spun marele secret și anume: nu mă vreau și nu mă las a fi supărată, ci zâmbesc, râd și mă bucur de viață.

Știu că nu e ușor, dar eu pot, pentru că vreau, iar pentru camera verde mi-am pregătit deja niște semințe de flori, vreo doi-trei pomișori și, sigur o bancă pentru povești.

Te-aștept, căci eu am simțit LUMINA!

(Adriana – 40 ani)

Cu alte cuvinte, experiența și evenimentul de viață pot și concură la existența unui stil de viață sănătos, care incumbă atât din partea medicului cât și a pacientului-adult, mult echilibru, înțelegere și accep-

tare, totul deținând la un moment dat, o anumită valoare calitativă a existenței fiecăruia dintre noi.

3.2.5. – în vârstă

Am renunțat cu bună știință la termenul de bătrân-bătrânețe, deoarece, în literatura de specialitate este acreditată terminologia legată de:

a) – vârsta cronologică = privită ca o constantă, variabilă, relativ egalitară pentru toate persoanele născute la aceeași dată;

b) – vârsta psihologică = ca entitate generală nu se referă atât la complexitatea personalității, cât la stratificarea de conduite adaptative care permit forme ascendente de adaptare și de aport social,

astfel încât, la peste 65 de ani putem vorbi despre înțelepciunea dobândită în timp.

Așa cum spunea Athanasiu A. (1983), **îmbătrânirea** trebuie înțeleasă ca un proces complex de

involuție și restructurare, declin și compensare, eventual și de câștig, fiind considerată uneori ca o schimbare de interese, dacă reprezintă expresia adaptării la ierarhia nevoilor fundamentale.

Atitudinea față de muncă, dar și cea legată de propria viață, face ca perioada în sine să fie pentru unii, destul de stresantă. A avea sau nu o familie, a fi sau a nu fi singur, a fi sănatos sau bolnav, dar mai ales, a te teme sau nu de moarte și a fi pregătit pentru „lunga călătorie” reprezintă tot atâtea întrebări dar și mai multe răspunsuri pe care persoana bolnava aflată la senectute le trăiește, făcând de cele mai multe ori trimitere la un „stil de viață” personal, creându-se în timp „biografii”.

După Iamandescu I.B. (2002), **vârșnicul** trăiește un veritabil complex de inferioritate, amplificat de apropierea pensionării sau de ieșirea la pensie, cât și de anturajul său social, constând în:

- sentimentul de inutilitate socială;

- subapreciere personală;
- pierderea sensului existenței

toate regăsindu-se ca **modificări ale imaginii de sine.**

Tot în această perioadă, asistăm de asemenea la **tulburări cognitive și afective** ce apar concretizate în:

- scăderea memoriei;
- scăderea funcțiilor senzorio-motorii;
- probleme legate de apariția stării de depresie;

elemente de anxietate;

- modificări structural-comportamentale;

Legat de **relația medicului cu pacientul în vârstă**, cel dintâi are calități umane și profesionale în vederea aprecierii corecte a stării de sănătate a celui consultat. E nevoie să aprecieze modificările psihologice ale individului, conservând de regulă, nucleul personalității. Acest mod de a vedea bolnavul ajuns în zona senectuții, permite medicului

să recunoască elementele de bază ale personalității bolnavului conservate sub trecerea timpului și, în același timp, să sesizeze eventuala apariție a unor modificări patologice în afara procentului de îmbolnăvire.

Și alături de ascultare, răbdare, încredere și certitudine, înțelegerea și respectul reciproc, dau girul în comunicarea „înțeleptului cu lumea” (atât medicul cât și pacientul în vârstă), „piatra de încercare” dovedindu-se a fi „dezamorsarea similitudinii”:

pensionare = inutilitate, de aceea considerăm că cele ce urmează, ajută atât o parte cât și cealaltă (Berne, 2002):

Înțeleptul nepretențios

Teză: Acesta este mai degrabă un scenariu decât un joc, dar conține aspecte asemănătoare jocului. Un om bine educat și rafinat, învață cât poate de mult despre tot felul de lucruri în afara profesiei

sale. Atunci când iese la pensie, el se mută dintr-un oraș mare în care a ocupat un post de răspundere, într-un oraș mai mic. Acolo se află curând că oamenii se pot duce la el cu probleme de tot felul, de la defectarea unui motor, până la o rudă senilă, și că el îi ajută, atât cât poate, iar dacă nu, îi trimite la alți specialisiti. Astfel, în scurt timp, el își câștigă în noul oraș, poziția de „înțelept nepretențios”, cel care nu face nazuri, ci e dispus întotdeauna să-i ajute pe ceilalți.

În acest context, **pacientul în vârstă** își găsește din nou utilitatea, cu toate că simte că „motoarele reduc turația” și greul poate începe, de aceea **poate să-și facă din medic – toiagul de sprijin** – acesta fiind dator a înțelege neînțeleșuri și mai mari, dând încă vieții sens și valoare.

3.2.6. – cu dizabilități

Numit în literatura de specialitate și persoană cu **cerințe educative speciale** (CES), cel în cauză se caracterizează în general printr-o serie de structuri atitudinal-comportamentale cărora trebuie:

a) – să le dovedim:

- înțelegere – încredere – intrajutorare;

b) – să le înlăturăm:

- disconfortul – depersonalizarea – dizarmonia;

c) – să ajungem la înțelepciunea ce presupune:

- acceptare – acomodare – atitudine;

d) – să reușim să le acordăm o șansă prin:

- speranță – dragoste – dăruire;

considerându-l egalul nostru, bucurându-se de toate drepturile unei persoane dăruită cu viață și menită a trăi.

Pentru a putea comunica, **medicul** e necesar să țină cont de anumite elemente specifice, cum ar fi:

- să-i inspire încredere;
- să-i explice pe înțelesul lui problema medicală pe care o are;
- să-i accepte explicațiile;
- să-l accepte și înțeleagă ca persoană cu dizabilități;
- să nu creeze stări conflictuale;
- să-i înțeleagă suferința;
- să comunice cu părinții sau persoanele ce-l însoțesc, atât cele legate de boală cât și tratamentul ce-l va urma;
- să-i observe reacția corpului la anumiți stimuli;
- să dezamorseze stările conflictuale;
- să ia atitudine;
- să determine o poziție pozitivă a pacientului față de consultația medicală și tratament;
- să dezvolte elemente de comunicare non-verbală pe înțelesul acestuia;

- să evite inițierea unor discuții contradictorii și neconstructive;

- să își controleze propria atitudine, conduită și comportament față de pacientul său cu dizabilități.

Pentru ca totul să se desfășoare într-o notă de profesionalism, respect și comportament adecvat, **pacientul cu dizabilități (cu CES) trebuie să fie:**

- auzit;
- văzut;
- perceput;
- ca făcând parte din comunitate,
- acceptat;
- protejat;
- respectat;

astfel încât întreaga comunicare să decurgă într-o normalitate și atmosferă firească, dată însăși de cei doi actori implicați în ea.

Totodată, e necesar ca medicul să se implice (acolo unde este cazul) și în recomandarea unor instituții de stat și/sau private, abilitate în actul de educație și integrare psiho-socială a acestor categorii de

pacienți. La baza unei asemenea asistențe se află trei componente de bază și anume:

a) – **cea psihologică** ce constă în:

- cunoașterea particularităților specifice dezvoltării psihice a persoanei și a tuturor componentelor personalității;

- atitudinea și reacțiile persoanei în raport cu deficiența sau cu incapacitatea sa, cât și în relațiile cu cei din jur;

- modul de manifestare a comportamentului în diferite situații;

- identificarea disfuncțiilor la nivel psihic;

- identificarea căilor de recuperare/compensare a funcțiilor psihice afectate;

- asigurarea unui cadru de securitate și confort afectiv pentru menținerea echilibrului psihic și dezvoltarea armonioasă a personalității;

b) – **cea pedagogică** ce constă în:

- evidențierea problemelor specifice în educarea, instruirea și profesionalizarea persoanelor cu diferite tipuri de deficiențe;

- adaptarea/ modificarea conținutului învățământului în funcție de nivelul evoluției și dezvoltării biopsihice a subiecților supuși educației;

- asigurarea unui cadru optim de pregătire astfel încât fiecare subiect supus educației și instruirii, să asimileze un minimum de cunoștințe și deprinderi practice necesare integrării sociale;

c) – **cea socială** ce constă în:

- inserția bio-psiho-socio-culturală a persoanei în realitatea socială actuală sau în schimbarea pe axele: profesională, familială și socială;

- acțiuni de prevenirea și susținerea unor politici coerente și flexibile pentru protecția și asistența socială a persoanelor aflate în dificultate;

- informarea opiniei publice cu privire la responsabilitatea civică a membrilor comunității față de persoanele aflate în dificultate;

- existența unor posibilități de valorificare a potențialului atitudinal al acestor persoane cu dizabilități în folosul comunității.

În acest context, **asistența psiho-pedagogică și socială** a persoanelor cu dizabilități (sau CES), constituie un ansamblu de măsuri luate în vederea depistării, diagnosticării, recuperării, educării, instruirii, profesionalizării, adaptării și integrării sociale a persoanelor care prezintă o serie de deficiențe de natură: intelectuală, senzorială, fizică, psihică, comportamentală sau de limbaj, precum și a persoanelor aflate în situații de risc, datorită mediului în care trăiesc, resurselor insuficiente de subzistență sau prezența unor boli cronice sau fenomene degenerative care afectează integritatea lor biologică, psihologică sau/și socială.

Pentru o mai bună și eficientă comunicare în relația sa cu **pacientul cu dizabilități, medicul** e necesar a avea minime cunoștințe legate de:

a) – deficiență = se referă la afecțiunea fizică sau organică ce determină o stare critică în plan psihologic (pierderea sau deficitul unor funcții ori chiar a unui organ ce defavorizează desfășurarea activității);

b) – handicap = accentuează consecințele, dificultățile de adaptare la mediu și ia în considerație și stările critice ce apar prin educație deficitară, condiții de mediu ce defavorizează evoluția normală, perturbările funcționale sau destructurarea lor, inadapările, obișnuințele și comportamentele neadaptive, întârzierile, retardurile și privațiunea temporară de o funcție, etc.

Ca și **structuri** întâlnim:

1 – handicapul de intelect (oligofrenia);

2 – handicapul de auz (surdologia);

- 3 – handicapul de văz (tiflologia);
- 4 – handicapul (tulburările) de limbaj (logope-dia);
- 5 – handicapul de motricitate
- 6 – handicapul de comportament;
- 7 – polihandicapul (surdo-mutitate, surdo-ceci-tate, autism);

identitățile lor conceptuale, prezentându-se schematic sub o formă accesibilă înțelegerii de către medic și acționării sale astfel, în cunoștință de cauză

1) Handicapul de intelect = se identifică și printr-o serie de termeni ca:

- deficiența mintală;
- inadaptare;
- întârziere mintală;
- oligofrenie;
- debilitate mintală;
- encefalopatie infantilă.

După R Zazzo, debilitatea mintală este prima zonă a insuficienței mentale, insuficiență relativă la exigențele societății, exigențe variabile de la o societate la alta, de la o vârstă la alta – insuficiență ai cărei factori determinanți sunt biologici (normali sau patologici) și cu efect ireversibil în stadiul actual al cunoștințelor.

Cauzele ce pot duce la apariția handicapului de intelect pot fi:

- leziuni și disfuncționalități ale SNC care determină forme de handicap exogen, patologic, dizarmonic, etc;

- factori ereditari concretizați în aberații cromozomiale ce duc la așa-numitele forme endogene;

- vârsta prea fragedă sau prea înaintată a părinților și scăderea funcției de procreație;

- tulburările degenerative și metabolice care influențează dezvoltarea normală a sistemelor cerebrale;

- bolile infecționale apărute în ontogeneza timpurie ce conduc la stagnarea funcțională în circuitele nervoase, sau împiedică dezvoltarea cromozomială;

- traumele fizice de la nivelul craniului, cu efecte negative asupra SNC;

- intoxicațiile alcoolice sau cu diferite substanțe chimice ce au efecte negative și asupra evoluției sistemului nervos;

- factorii socio-economici, prin neasigurarea unei alimentații suficiente;

- privarea afectivă a copilului la vârste mici, care împiedică achizițiile în plan intelectual și nu stimulează dezvoltarea psihică;

- radiațiile care exercită o acțiune negativă asupra dezvoltării generale a organismului.

Handicapul de intelect **se clasifică** în funcție de coeficientul de inteligență (IQ- exprimat în centile) în:

1) – intelect de limită sau liminar, cu un QI estimat între 85-90 și marchează granița dintre normalitate și handicap;

2) – handicap de intelect ușor (debilitate mintală), cuprins între 50-85 QI ce corespunde unei dezvoltări normale la vârsta cronologică între 7-12 ani;

3) – handicap de intelect sever (imbecilitate) cu un QI între 20-50, corespunde unei dezvoltări normale la vârsta cronologică de la 3-7 ani;

4) – handicapul de intelect profund (idiotenie), sub 20 QI, vârsta cronologică normală până la 3 ani.

După gradul său, handicapul de intelect, poate intra în recuperare prin activități de:

- învățare;
- psihoterapii/ de relaxare;
- terapii ocupationale (ergo-ludo);
- adaptare;
- profesionale;
- integrative socio-profesionale.

Important este ca medicul să cunoască și apoi să recunoască, unele sindroame care sunt legate direct de handicapul de intelect cum ar fi:

- Down – Trisomia 21 – mongoloism – recunoaștere facială;

- Oligofrenia fenilpiruvică – absența unei enzime – piele foarte sensibilă – blond – ochi albaștri;

- Idioția armuratică – apare după 3-6 luni;

- Gorgoilismul – statură mică – nu crește – înfățișare de bătrân;

- Hipertelorismul – aspect animalic;

- Tourner;

- Cretinismul endemic – lipsa iodului;

Toate aceste informații teoretice, pot să constituie un punct de plecare în comunicarea medicului cu un pacient ce dezvoltă un asemenea handicap.

2) Handicapul de auz = face parte din categoria afecțiunilor senzoriale, apare la vârste timpurii, intervin dificultăți majore în însușirea limbajului

(muțenia) iar când degradarea auzului se produce după achiziția structurilor verbale, are loc un proces de involuție la nivelul întregii activități psihice.

Depistarea timpurie a handicapului se face prin sesizarea răspunsului sau nu a copilului la anumiți stimuli, cum ar fi: bătaia din palme, zgomotul, vocea, iar în funcție de reacție vorbim despre:

- a) - pierderea redusă a auzului – 25-40 dB;
 - b) - pierderea medie a nivelului auditiv – 40-60 dB;
 - c) – starea gravă a nivelului auditiv – 60-90dB;
 - d) - pierderea aproape în întregime a capacităților auditive – 90-110 DB;
 - e) - surditate totală – peste 110 dB,
- vorbind în altă ordine de idei despre:
- hipoacuzie;
 - surdo-mutitate;
 - în curs de demutizare.

Pe lângă educația specială de care beneficiază aceste persoane, ele sunt învățate unele tehnici de comunicare cum ar fi – labiolectura (cititul pe buze) și alfabetul/limbajul mimico-gestual, elemente care le ajută să relaționeze și socializeze cu cei din jur.

În cazul **unui asemenea pacient, medicul** trebuie să se afle:

- cu fața la el;
- la nivelul lui/ ca înălțime;
- cu fața liberă pentru a i se înțelege mesajul, și să se folosească, dacă comunicarea lor o impune, și de câteva **elemente ale limbajului mimico-gestual** cum ar fi:

- bună = rotirea palmei spre exterior, degetele răsfirate, cel mare și arătător lipite;
- mulțumesc = degetele unite sub bărbie;
- cu plăcere = semnul inimii – indicat locul și forma cu cele două degete arătătoare;

- spital = arătătorul și mijlociul împreunate și întinse, apăsând brațul aproape de umărul stâng;

- medic = ciupită cu mâna partea exterioară a palmei stângi;

- medicament = arătând cu arătătorul în palma stângă, sau, degetele de la mâna dreaptă duse la gură, iar palma stângă, ușor adunată (în căuș);

- temperatură = degetul arătător sub brațul stâng (la subsiori);

- mut = degetul arătător pe gura închisă;

- surd = arătătorul și mijlociul lipite, duse la ureche;

- nevăzător = frecatul la ochi cu pumnul;

- plasture = arătătorul și mijlociul lipite, apăsând antebrațul stâng;

- poftim = palmele întinse spre persoană;

- a cunoaște = arătătorul la tâmplă;

- a vrea = degetele ating bărbia;

- durere = pumnul drept ușor ridicat la piept;

- a iubi = palma deschisă apropiată de inimă;
- a muri = palmele trecute una peste alta;
- rău = pumnul cu arătătorul în formă de cârlig,
la tâmpla dreaptă;

- a dezbrăca = palmele deschise de la umăr spre exterior;

- a îmbrăca = prinderea ușoara a hainei cu degetele (ca la ciupit)

- viața = deschiderea în „L” a degetelor mare și arătător rotire de sus în jos;

- a aștepta = arătătoarele ridicate, restul degetelor în pumn;

- a spune = degetul arătător la gură;

- a cere = palmele împreunate la nivelul pieptului;

- a răspunde = apropiate degetele mare și arătător, pumnul închis.

Cele prezentate anterior sunt doar o mică parte din întregul limbaj mimico-gestual, important este

ca în momentul în care medicul devine, medic de familie, să stabilească de comun acord cu pacientul, tipul de semne și simboluri pe care le vor folosi de-a lungul conversației medicale. Dacă persoana este în curs de demutizare, treptat și de comun acord se va renunța la limbajul mimico-gestual, urmând ca sunetele și apoi vorbirea să fie principalele instrumente ale comunicării verbale viitoare, medicul încurajând în permanență atât efortul cât și rezultatele obținute de pacientul cu handicap de auz.

3) Handicapul de vâz = apare la persoanele cărora le este afectată vederea, începând de la naștere, sau pe parcursul vieții, din cauza unor boli sau/și accidente.

Fiind în general orgolioase, persoanele cu handicap de vâz, refuză ostentativ a li se spună: chiori și/sau orbi, indicat ar fi termenul de nevâzător sau ambliop celor cu vederea foarte slabă. De aceea, medicul e necesar a cunoaște faptul că discuția trebuie

să se poarte normal, că inclinarea ușoară a corpului și zâmbetul mai mult un rictus, sunt forme ce denotă nevoia menținerii unui echilibru și dorința de a fi tratat ca o persoană absolut normală. Fiind destul de suspicioși, se va vorbi în permanență cu ei, calm și răzbătător, înlăturându-le teama și sporindu-le încrederea, angajând chiar un dialog menit a răspunde problemelor de sănătate cu care se pot confrunta.

Pentru că în general la o persoană cu handicap apare „legea coompensației”, acești pacienți vor „vedea cu degetele” adică le este foarte bine dezvoltat simțul tactil, alături de cel auditiv și limbaj. În marea lor majoritate sunt apte a desfășura munci ce solicită alte simțuri, reintegrându-se sub o formă specifică în muncă.

Comunică între ei prin scrierea Braille, iar experiențele pe care le trăiesc în starea în care se află, pot reprezenta prin comunicarea lor, punți de legătură cu cei din jur, dorind a fi integrați și nu margi-

nalizați, demonstrându-se că ei au „lumină interioară”.

4) Handicapul de limbaj = sau tulburarea de limbaj apare la o anumită vârstă și din varii motive. Persoanele care dezvoltă o tulburare de limbaj, dezvoltă în general o stare de frustrare. Comunicarea cu cei din jur este destul de greoaie iar teama de a nu greși îi împiedică în multe cazuri de a mai relaționa cu cei din jur.

Terapia logopedică începe la copii de la vârsta de 4 ani, iar în cazul persoanelor cu AVC- în momentul recuperării.

În cadrul tulburărilor de limbaj, se întâlnesc categorii ale acestora sub forma celor de:

- pronunție (dislabie, rinolalie, dizortrie);
- de ritm și fluentă a vorbirii (bâlbâiala, [bâlbâism}, bradilalie);
- voce (afonie, disfonie, fonostenie);
- poliforme (afazie, alalie);

- de dezvoltare a limbajului (mutism psihogen, electiv sau voluntar, retard sau întârziere în dezvoltarea genelor vorbirii);

- bazate pe disfuncții psihice (dislogii, ecolalii);

- legate de citit-scris (dislexie –alexie, disgrafie – agrafie).

În **comunicarea** sa cu un asemenea **pacient**, **medicul** trebuie să dovedească înțelegere, să-l ajute să-și invingă frica/teama de a vorbi, încurajându-l și prețuindu-i silința în acest caz.

Dacă în cadrul consultației se ivește momentul de a recomanda câteva întâlniri terapeutice cu logopedul și totul merge spre acceptare, e bine, deoarece pe lângă factorii fiziologici ce pot îngreuna vorbirea (dentiția, malformații, etc.) există și cei psihologici ce pot declanșa apariția pe o perioadă de timp, a balbismului (bâlbâială) nervos, starea de muțenie, tăcerea prelungită, indici ai unor atitudini, conduite și comportamente speciale (agresiunea fizică, psihică,

sexuală, abuzul psihic și fizic, divorțul, decesul, mutarea dintr-un loc în altul).

Tulburarea de limbaj se poate ameliora, sau elimina cu totul, importante sunt:

- etapele în care se acționează;
- diagnosticul;
- vârsta,

dublate sau nu de dorința pacientului de a putea să-si rezolve sau nu problema vorbirii, inclusiv a comunicării, vizându-se în primul rând:

- încrederea în sine;
- stima de sine,

ajungându-se coroborate și la tulburări de comportament din partea celui care la momentul oportun n-a fost nici înțeles pe deplin, dar nici ajutat de către specialiști în mod absolut normal, fiindu-i redată în mod deosebit demnitatea umană și nu numai.

5) Handicapul de motricitate = cuprinde infirmitățile motorii sau locomotorii cât și unele boli per-

manente (respiratorii, cardiopatiile, diabetul) și care influențează în mod negativ capacitatea fizică.

Handicapul de motricitate (fizic) **se clasifică** în:

a) – deficiențe morfologice globale:

- de creștere (nanosomie, gigantism);
- de nutriție (obezitatea, debilitatea fizică);
- de atitudine (insuficiența aparatului de susținere, rigiditate);
- tegumente (pete, cicatrici uscate, umede);
- musculatura (medie, redusă, tonus scăzut);
- oasele (groase, lungi, scurte, rahitism);
- articulațiile (deformate, mobilitate redusă, exagerarea imobilității);
- de comportament (inhibat, apatic, astenic, iritabil);

b) – deficiențe morfologice parțiale:

- deficiențe ale capului, feței și gâtului;
- deficiențe ale trupului (torace, abdomen, spate, coloana vertebrală, bazinul);

- deficiențe ale membrilor superioare (inegale, umerii, brațele, coatele, antebrațele, degetele, omoplații);

- deficiențe ale membrilor inferioare (în totalitate, șolduri, genunchi, glezne, degete).

Pe lângă această clasificare, literatura de specialitate prezintă și o altă clasificare cum ar fi:

a) – deficiențe ale aparatului neuro-muscular (paralizii);

b) – deficiențe și tulburări ale aparatului și marilor funcțiuni:

- aparatul respirator;

- aparatul cardiovascular;

- aparatul digestiv și ale funcțiilor de nutriție;

- sistemul endocrin (tulburări de creștere și dezvoltare);

- organe de simț.

Cu un asemenea **pacient, medicul** trebuie să găsească, acolo unde se poate, o legătura, astfel încât

întâlnirile să fie rodnice și de o parte și de alta. Acceptare, încredere și respect, înțelegere și ajutor reciproc, iată câteva din „motivele” unei bune comunicări între medic și pacientul cu handicap de motricitate.

6) Handicapul de comportament = presupune cunoașterea manifestărilor comportamentale ce au la bază unele **atitudini și conduite de risc**, dependente fiind de:

- nivelul intelectual;
- cunoștințele și experiențele de viață;
- caracteristicile organizării sociale;
- funcționalitatea relațiilor intersubiective.

Acestora ca parte educativă, se adaugă influența:

- grupului;
- străzii;
- găștii;
- școlii,

sub diferiți parametri ai perceptualizării lor de către persoanele care dezvoltă un handicap de com-

portament care în destul de multe cazuri, declanșează comportamentul deviant ce duce la delincvență, procentajul celei juvenile fiind evident.

Astfel, **în plan intern**, handicapul de comportament se manifestă sub formă de:

- anxietăți și frustrări prelungite;
- slabă dezvoltare afectivă și indiferență;
- trăirea unor tensiuni exacerbate;
- izolare și evitare a celor din jur;

iar **în plan extern**:

- frică; - râs și plâns nestăpânit;
- mânie; - negativism;
- minciună; - jaf (tâlhărie);
- furt; - viol;
- vagabondaj; - omor;.

Toate acestea apar pe fondul unei imaturități psihice, a infantilității și destructurărilor de personalitate. Asemenea persoane manifestă inadaptare din punct de vedere:

- fizic;
- psihic;
- social,

cunoștințe de la care medicul trebuie să plece în comunicarea cu pacientul ce dezvoltă un handicap de comportament. Seriozitate, imparțialitate, rigurozitate și impunerea de respect prin profesionalism, vor fi punctele tari într-o astfel de relație cu pacientul, din partea medicului, iar expresia psihică și examenul psihologic vor definiți profilul de personalitate a celui în cauză. Privind deontologia profesională el va fi tratat la fel ca toți ceilalți pacienți, etichetarea sub orice formă negându-și locul aici.

7) Polihandicapul = în cadrul acestuia ne vom opri doar asupra autismului .

Introdus în secolul al XX-lea, la început, de către Bleuer, **autismul**, provenit din grecescul **autos** = însuși, este definit a fi o detașare de la realitate, însoțită de o predominare a vieții interioare. Practic,

autismul este o boală caracterizată prin afectarea dezvoltării creierului, a abilităților mentale, emoționale și comunicaționale ale unei persoane. Fiind o tulburare a spectrului, aceasta afectează copiii în diferite moduri și grade de severitate cu privire la abilitatea de a comunica, a gândi și a interacționa la nivel social. Deoarece nu există în general niciun indiciu la nivel fizic, copilul autist se dezvoltă în felul său, tulburarea fiind destul de greu de recunoscut.

De aceea, printre **caracteristicile** autismului enunțăm:

- probleme de comunicare ce pot include întârzieri în dezvoltarea vorbirii sau repetări de cuvinte;
- comportament și interes repetitiv;
- comportament neobișnuit privind mișcarea mâinilor;

iar ca și **simptome** specifice amintim:

- hiperactivitatea;

- reducerea volumului atenției;
- impulsivitatea;
- agresivitatea;
- comportamentul autoagresiv (lovitul cu capul, mușcatul degetelor, al mâinii sau încheieturii mâinii) și în special la copiii mici, accesele de furie;
- pot exista și răspunsuri neobișnuite la stimuli senzoriali (un prag ridicat la durere, hiperstezie la sunete sau la atingere, reacții exagerate la lumină sau la mirosuri, fascinație pentru anumiți stimuli)
- anomalii de comportament alimentar (limitarea dietei la câteva alimente, consumarea de produse necomestibile, consum de pâine în exces, etc.);
- tulburări de somn (deșteptări repetate din somn în cursul nopții, cu legănare, plimbatul prin cameră și fredonarea unor melodii, etc.);
- anomalii ale dispoziției sau afectului (râs puternic, sau plâns fără un motiv evident, absența reacției emotionale);

- poate exista o absență a fricii ca răspuns la pericole reale și o teamă excesivă de obiecte nevătmătoare,

la toate acestea adăugându-se și alte **comportamente** ale copiilor cu autism, cum ar fi:

- limbaj limitat la cuvinte repetitive;
- oprirea comunicării;
- probleme în a comunica ce le este necesar;
- nu pot stabili contact vizual cu persoanele din jurul lor;
- doresc să fie singuri;
- le plac jocurile imaginare și fantastice;
- se angajează în mișcări repetitive;
- plâng sau râd fără motiv;
- dificultate în a arăta sau a primi afecțiune;
- nu suportă schimbarea programului zilnic;
- nu prezintă frică fața de pericol;
- sunt fizic foarte activi sau deloc;
- lipsa răspunsurilor la chemările după nume;

- reacții anormale la sunete tari.

Ramâne să delimităm și faptul că autiștii nu pot empatiza ca și restul oamenilor, nu dispun de imaginație, dar în schimb sunt un model de virtute în sensul că nu pot minți, înșela, pretinde, dar nici nu pot comunica, amuza sau juca.

Și cu toate acestea, Wing L. (1996) – după Gîfei M (2009), **delimitează** patru subgrupe de persoane cu autism în funcție de tipul interacțiunilor sociale, indicator și al gradului de autism, cum ar fi:

1) – grupul celor distanți (aloof) = formă severă de autism, unde indivizii nu inițiază și nici nu reacționează la interacțiunea socială, deși unii acceptă și se bucură de anumite forme de contact fizic; unii copii sunt atașați la nivel fizic de adulți, dar sunt indiferenți la copiii de aceeași vârstă;

2) – grupul celor pasivi (passive) = formă mai puțin severă în care indivizii răspund la interacțiunea socială, însă nu inițiază contacte sociale;

3) – grupul celor activi dar bizari (active but odd) = in care indivizii inițiază contacte sociale, însă într-un mod ciudat, repetitiv sau le lipsește reciprocitatea, este vorba adesea de o interacțiune unidirecțională, aceștia acordând puțină atenție sau neacordând nicio atenție reacției/răspunsului celor pe care îi abordează.

4) – grupul celor nenaturali (stilted) = în care indivizii inițiază și susțin contacte sociale, însă într-o manieră foarte formală și rigidă, atât cu străinii, cât și cu familia sau prietenii; acest tip de interacțiune socială, în general, ridică probleme în înțelegerea comunicării și manifestării, dificultăți serioase în înțelegerea și împărtășirea emoțiilor celorlalți și cu ceilalți.

După depistarea și confirmarea **diagnosticului**, **medicul** poate întâmpina greutăți nu în comunicarea lui părinților și/sau celor apropiați ci în **acceptarea** acestuia deoarece aceștia din urmă pot fi:

- stânjeniți de faptul că au un copil / persoană autistă fiind speriați de el și de evoluția lui;

- dezamăgiți de ei înșiși în ideea în care se învinuiesc că nu au putut da naștere unui copil sănătos;

- blocați într-o perioadă de criză neștiind cum să reacționeze și ce să facă în acest stadiu;

- incapabili să accepte situația mai ales atunci când sunt evidente manifestările de comportament agresiv;

- neajutorați, atunci când au impresia că au epuizat toate resursele de înțelegere și ajutor pentru o asemenea persoană.

Este momentul în care medicul trebuie să țină cont de aceste explicabile „spaiame” ale părinților și cu multă înțelegere, competență și chiar empatie, calități pe care să le dețină în acest caz, să le **anunțe** acestora **diagnosticul**: clar, simplu și corect, pentru a diminua din sentimentul de culpabilitate pe care

aceștia considera că-l au, unii chiar ajungând în extremis de a și-l cultiva. Medicul este nevoit după informarea corectă și pertinentă să-i indrume pe părinți, punându-le la dispoziție o serie de materiale informative cât și de rețele ale organizațiilor și fundațiilor ce se ocupă de acordarea unui suport specializat, astfel încât copilul/persoana autist/ă, să fie cât mai repede cu putință cuprinsă în programul psihoterapeutic de recuperare, instituindu-se totodată, programul terapeutic personalizat (ținând cont de diagnostic și evoluția bolii), ce poate include, după caz, elemente de:

- terapie comportamentală = pentru a ajuta bolnavul să se adapteze condițiilor sale de viață (îmbrăcat, spălat, mâncat,etc.);

- terapie audio-vizuală = pentru a-i ajuta în comunicare (neexistând la unii comunicarea verbală, se vor căuta alternative de comunicare, cum ar fi cea non-verbală);

- terapia fizică = pentru a-i ajuta în controlarea propriilor stereotipii (exp. – le place apa și de aceea unii înoată foarte bine);

- terapia limbajului = eliminarea tulburărilor de limbaj prin exercitii logopedice;

- program de integrare = să-l ajute pe bolnav în adaptarea la cerințele lumii înconjurătoare pe cât este posibil (socializarea);

- asigurarea unui mediu organizat de viață = este foarte important să urmeze o rutină a activității zilnice;

- controlarea regimului alimentar = există situații în care unii mănâncă foarte multă pâine;

- medicamentele = luate și recomandate după prescripția medicului;

Pentru încadrarea într-un tratament eficient și durabil, e necesar a se cunoaște și respecta principiile care stau la baza acestei acțiuni și anume:

1) – structurarea unui comportament cât mai apropiat de normal = care să cuprindă cele trei domenii de activitate: cognitiv, limbaj, socializare;

2) – stimularea copilului autist să învețe, să achiziționeze = lipsit de autodirecționare, învățarea se va face în pași mărunți, fiind stimulat și premiat pentru fiecare succes minim obținut;

3) – reducerea rigidității și stereotipiei comportamentale = planificarea corectă a pașilor de urmat și acceptați în timp de copil cât și stimularea senzorială ce este acum foarte eficientă;

4) – eliminarea comportamentelor nespecifice (furie, agresiune, etc.) = activităților psihoterapeutice specifice li se adaugă și terapia medicamentoasă;

5) – ameliorarea tensiunii familiale = implicarea în recuperarea și socializarea persoanei autiste, înlăturându-se în timp, prin înțelegere, acceptare și toleranță, iminentele reacții de culpabilizare, depresii și resentimentul de a avea un copil cu handicap,

încercând a menține un echilibru sănătos într-o astfel de familie.

În final, **comunicarea medicului cu pacientul autist** trebuie să fie cât mai naturală, ea încadrându-se într-un comportament ce presupune normalitate, naturalețe și încredere, înlăturând rigiditatea și suspiciunea, apelând chiar și la degetele de la mâini ele simbolizând pentru EL deja un pas spre... comunicare:

- degetul mare – ce fac? (de unde pornesc);
- degetul arătător – cum fac? (strategiile folosite);
- degetul mijlociu – unde fac? (locul desfășurării);
- degetul inelar – când fac? (timpul activității);
- degetul mic – cine, cu cine fac? (ce resurse folosesc),

astfel încât totul să se desfășoare coerent, și de ce nu, chiar empatic. Doar o colaborare bazată pe

calitățile enunțate anterior, îi va apropia pe cei doi actori ai comunicării (medic-pacient) astfel încât cel asupra căruia ne-am îndreptat întreaga atenție, cu competență și profesionalism, să-și găsească locul său firesc în societatea la care se raportează, nestingherind pe nimeni prin felul său de a fi, prin tăcerea lui.

Pentru comunicarea în general cu persoanele cu dizabilități (cu cerințe educative speciale) e necesar mult suflet, chiar să, cum spunea Lucian Blaga: „eu simt că sufăr de prea mult suflet”, ne cunoaștem și educăm, pentru a dăruia atât de puțin ce pentru unii este atât de mult, având valoare incomensurabilă și incontestabilă. De aceea, ne permitem a adăuga celor prezentate până acum, **două gânduri**, sub forme diferite, care sperăm să fie percepute corect și să aibă impactul dorit. Vom spune doar:

a) – „Doamne, acordă-mi seninătatea de a accepta lucrurile pe care nu le pot schimba, curaj să

pot schimba lucrurile pe care pot să le schimb și înțelepciunea de a vedea diferența.” (Rugăciunea Seninătății).

b) – Ruga persoanelor cu handicap

- Binecuvântat e cel care ascultă cu răbdare cuvintele noastre greoaie, căci așa ne dăm seama dacă suntem statornici și ne putem face înțeleși.

- Binecuvântat e cel căruia nu îi este rușine să se arate cu noi în public și nu îi pasă de ochii ațintiți asupra noastră pentru că în compania lui viața noastră e ușoară.

- Binecuvântat e cel care niciodată nu se grăbește și de o mie de ori binecuvântat cel care nu scoate munca din mâna noastră, ca să o rezolve el în locul nostru pentru că de multe ori doar de timp avem nevoie și nu de ajutor.

- Binecuvântat este cel care e alături de noi atunci când începem ceva nou, căci pentru el greșelile noastre se micșorează, alături de rezultate.

- Binecuvântat e cel care ne cere ajutorul pentru că cel mai mare ajutor de care avem nevoie este să fie nevoie de noi.

- Binecuvântat e cel care cu toate aceste fapte dovedește ca nu mușchii noștri distrofiați, nu sistemul nostru nervos distrus ne fac pe noi ființe, ci personalitatea care ne este dată de Dumnezeu, deoarece nici cea mai mică slăbiciune nu micșorează personalitatea noastră.

- Binecuvântați sunt cei care știu că și noi suntem oameni și nu așteaptă de la noi să ne purtăm ca niște sfinți, deoarece ne-am născut cu handicap.

- Binecuvântați sunt cei care înțeleg fără a ne cere ceva.

- Binecuvântați sunt cei care ne fac să uităm de infirmitatea trupului nostru și văd doar persoana din adâncul sufletului nostru.

- Binecuvântați sunt cei care ne văd om, unic și întreg și nu ne consideră un rebut, greșeala Creatorului.

- Binecuvântați sunt cei care ne iubesc așa cum suntem și nu se gândesc la ce am fi putut deveni.

- Binecuvântați sunt prietenii noștri, cei de care depindem, pentru că Ei sunt esența și bucuria vieții noastre. Amin. (Marjorie Chapp)

3.2.7. – în situații speciale

Am compartimentat în această secvență acele categorii de pacienți care provin din anumite structuri cum ar fi:

- a) – penitenciare;
- b) – așezăminte monahale;
- c) – teatrul de operațiuni militare;
- d) – calamități și catastrofe naturale,

deoarece ele presupun, prin construcția lor aparte, însușirea de către medic nu numai a unui comportament aparte și specific, dar și apelarea la o atitudine și conduită specială în care comunicarea cu acești pacienți presupunând standarde profesionale de înaltă clasă. Facem o asemenea informare deoarece sunt situații în care:

- spiritul de observație;
- luarea unei decizii;
- stăpânirea de sine;
- toleranța;
- acceptarea situației;
- responsabilitatea;
- rapiditatea în decizii;
- calmul;
- siguranța,

și lista ar putea continua, dând girul reușitei comunicării medic-pacient în situațiile speciale amintite anterior.

Ca și **identități** vorbim despre:

1) – **privarea de libertate** = presupune îngrădirea dreptului de mișcare, libertatea de expresie, exercitarea unor drepturi, pe o perioadă de timp determinată sau nu de către o persoană.

Medicul ar trebui să pornească în primul rând de la o minimă cunoaștere a evoluției măcar a limbajului în acest compartiment. Vorbim despre:

- ocnă – ocnaș;
- carceră – încarcerat;
- temniță – întemnițat;
- pușcărie – pușcăriaș;
- închisoare – închis;
- penitenciar – deținut;
- pârnaie;
- mititica;
- facultate,

fapt ce demonstrează că lumea în care își desfășoara activitatea, este diferită, dacă privim instituția

ca atare. De fapt, filosofia stă în faptul că: „ce pe-depsim? fapta sau făptașul?” așa încât percepția noastră, a celor din afara incarcerării trebuie să fie corectă și dreaptă, fără a pune forța pe primul plan.

În aceeași ordine de idei filosofice, Constantin Noica spunea: „Sunt trei tipuri de adversitate: război – sport – dialog”.

În primul trebuie să învingă unul. La al doilea, idealul e să nu fie învingători și învinși. La al treilea să fie învinși amândoi”, stare ce demonstrează puterea cuvântului și a cunoașterii în comunicarea și relația dintre oameni.

E necesar ca **medicul** să cunoască faptul că în starea de privare de libertate, **timpul și spațiul** sunt percepute special deoarece au implicații în menținerea echilibrului personalității deținutului cât și sănătății sale sub toate aspectele. Apar tulburări comportamentale variate care necesită din partea medicului

o cunoaștere prealabilă a personalității patogene sau nu, a celui încarcerat (persoana deținută).

În comunicarea sa directă, medicul va trebui să dea dovadă de:

- probitate profesională;
- echilibru;
- seriozitate;
- respect;
- prestanță;
- siguranță de sine;
- atitudine,

nelăsându-se prins în jocul atât de versat, alunecos și ambiguu al unor deținuți pentru care detenția și penitenciarul le sunt dacă nu prima casă, sigur locul în care „când n-am unde și la cine, e bine”, adică... adresa de rezervă.

Cel mai adesea **medicul** se va întâlni cu **elemente ale destrucurării personalității** (frustrări, agresiuni, conduite de risc, etc.) toate determinându-

i o atitudine care e necesar a pleca de la faptul că, chiar dacă persoana este încarcerată, în primul rând este ființă și nu obiect, iar când starea sa de sănătate este precară, ajutorul cerut va fi acordat imediat fără a exista reticențe sau abordări neprofesionale, capitalul de încredere din partea deținuților fiind extrem de important. Medicul va trebui să privească în fața sa, persoana/pacientul care are nevoie de el și nu infractorul, infracțiunea (fapta) sau pedeapsa, chiar dacă în mediul carceral „deținuții nu locuiesc în închisoare, ci stau undeva; ei stau; cei liberi locuiesc”. Totodată el este omul din echipă, adică alături de: psiholog, educator, preot, asistent social, medicul se va implica sub aspectul menținerii sănătății fizice și psihice ale deținutului, astfel încât reintegrarea sa în comunitate să se facă cât mai normal posibil, înlăturând stările de izolare și marginalizare cu care cel în cauză este obișnuit. Etichetarea sa ca „paria” este consecința eșecului unei comunicări inadecvate, căci

„și atunci când nu comunicî, comunicî”, iar în situația noastră este concludentă, neuitînd că „jur m ntul lui Hipocrate” se aplică în orice condiții, pentru toți, meseria neav nd prejudecăți, iar boala, durerea și suferința nu... alege după „mărire, putere și avere”.

b) – așezămintele monahale = sunt cele care cuprind schiturile și m n stirile unde viața eclesias-tică își continuă cursul. Fie că sunt călugări, călugărițe, ei reprezintă o comunitate în care grija pentru sănătatea sufletească trebuie să se împletească și cu cea trupească.

Considerăm că este momentul în care putem aduce în context, câteva din reflecțiile legate mai ales de vindecare, prin medicina creștină care, Chirilă P. (2009) este o medicină cu principii înalte, întemeiate pe dogma și morala Bisericii, aplicate persoanei care, venind în lume, evoluează spre Creator trec nd prin suferințe și moarte. Ea nu aduce nicio impietate sau atingere medicinei, ci din contră, completează și

ajută punându-se în slujba omului. E necesar a înțelege filosofia medicinei creștine, deoarece noi dorim doar a aduce spre cunoștință medicului curant că, în comunicarea cu pacienții, e bine să țină cont de cele câteva pertinente observații de bună practică, noi făcând doar transcrierea fără implicarea de comentarii sau interpretări, din experiența bogată a practicianului, Chirilă P. (2009):

- Actul medical este îndreptat spre persoană, adică spre trupul și sufletul persoanei.

- Actul medical creștin corelează patologia medicală cu cea spirituală, iar prognosticul este evaluat în funcție de starea sufletului, căci el decide evoluția persoanei în veșnicie.

- Anamneza este metoda cea mai valoroasă de cercetare a unui bolnav. Medicul întreabă, bolnavul răspunde. Se realizează relația prețioasă, sfântă, între cele două persoane, dintre care una are nevoie de

ajutor. Cercetarea bolnavului presupune obținerea unor informații largi despre:

- suferință; - anxietăți;
- nevoi; - credințe;
- relații; - moralitate;
- pocăință; - căderi;

și virtuțile bolnavului.

- Datele obținute la anamneză rămân tainele anamnezei și nu trebuie folosite decât în scopul ajutorării bolnavului.

- Examenul obiectiv este important pentru unii bolnavi, pentru că doctorul îi atinge cu mâna lui și îi dovedește bolnavului că nu are nimic respingător în el.

- Investigațiile paraclinice sunt valoroase cu condiția să nu stai „cu spatele la bolnav și cu fața la aparate” și să nu exagerezi cu investigațiile peste bunul simț și buna măsură a corelării diagnostice.

- Relația bolnav – doctor – preot, cu Hristos în și prin ei, este un act eclesial. De aceea, actul medical este marcat și încărcat de sfințenie, ceea ce îl obligă pe doctor și pe preot să-l practice cu evlavie și într-un mod foarte responsabil.

-Următoarele zone trebuie explorate obligatoriu la anamneza unui bolnav:

- necazurile;
- nemulțumirile;
- suprasolicitarea.

Multe necunoscute ale diagnosticului, evoluția prognosticului, etiopatogenezei și terapiei se pot lămurii dacă nu uităm să întrebăm bolnavul:

- Ce necazuri ai?
- Ce te nemulțumește cel mai mult în viață?
- Cât de mult muncești?
- Ești cumva singur?
- Ai vreun conflict grav cu cineva?

- Medicina personotropică = noi numim o astfel de medicină, actul medical centrat pe persoana din fața noastră- un act medical atotcuprinzător, care îl copleșește pe bolnav cu (ca și cum nimeni nu mai există în jur):

- anamneză;
- atenția maximă;
- examenul obiectiv;
- solitudinea;
- efortul diagnostic;
- tratamentul;
- sfatul;
- iubirea creștină;
- răbdarea;
- urmărirea evoluției în timp.

La capătul acestui periplu al înțelegerii că totul se desfășoară pentru binele omului, **medicul** n-ar trebui să uite faptul că (aceiași autor amintea) în re-

lația trup-suflet, lucrarea și starea sufletului sunt determinante.

c) – **teatrele de operațiuni militare** = sunt locurile unde: precizia, rigurozitatea și disciplina sunt punctele de plecare în realizarea cu maximă responsabilitate a **misiunii medicale** în acest context. Având încă din facultate formarea de medic militar, specialistul are discernământ în puterea de a decide, fapt ce conferă acestuia virtuți morale speciale. În comunicarea cu pacientul: - calmul și femitatea;

- înțelegerea și acceptarea;

- decizia și competența;

- respectul și onoarea,

sunt doar câteva din atuurile unei asemenea misiuni. În fapt, **arma de luptă** a acestor medici este... **stetoscopul**, iar păstrarea sănătății este misiunea lor supremă, fiind modul prin care a servi patria este un deziderat major ce se traduce în primul rând prin competența profesională și-apoi dorință de pace și

liniște pe/în timp, dacă se poate, nelimitat, căci tăcerea armelor trebuie să fie cea mai minunată „simfonie” a lumii pământești.

d) – calamități și catastrofe naturale = sunt domeniul în care medicului i se solicita în primul rând **timpul de reacție** la evenimentul-problemă căruia trebuie să-i facă față. Este momentul în care e necesar a lua deciziile cele mai corecte și pertinente, făcând astfel față cu profesionalism situației create, dovedind calm și răbdare, încurajându-l și fiind aproape de cel care suferă.

Întâlnindu-se în general cu atacul de panică și stări depresive, medicul în relația cu pacientul (în asemenea cazuri), e necesar să-l liniștească și să-l asigure de tot sprijinul său, nepărăsindu-l doar în momentul în care s-a instalat un minim echilibru atât al trupului cât și al sufletului. Stăpânirea de sine și coerența în comunicarea cu pacientul, face ca situ-

ția-problemă ivită în acel moment, poate să fie stăpânită și primejdia un timp limitat sau nu, înlăturată.

Depășirea primejdiei ivită în timp și spațiu, poate determina până în clipa respectivă și atitudini și/sau conduite comportamentale aparte, de aceea, medicul e necesar a departaja starea de moment cu cea permanentă, acordând asistența de specialitate, cu tot profesionalismul, dovedindu-și și punându-și în valoare și calitățile morale pe care le are, exemplul personal putând avea impactul pozitiv dorit în acele momente.

Lista situațiilor speciale rămâne deschisă, importantă este **reacția medicului în comunicarea sa cu pacientul**, dând dovadă de toate calitățile profesionale și etico-morale, dovedindu-și și că stă în puterea sa de a se dăruia omului spre liniștire și vindecare atunci când sufletul și trupul acestuia o cere.

3.2.8. – informarea

Medicul, în comunicarea sa cu **pacientul** ajunge și la momentul în care, acesta din urmă **dorește a afla**: ce are, ce-l supăra, de ce este bolnav, ce se va întâmpla cu el, cum se va vindeca, cât timp va dura totul, practic o serie de întrebări adresate sau neadresate celui dintâi. De aceea, am considerat de cuviință a ne opri și asupra unui asemenea moment, considerat de către noi crucial, mai ales în cultivarea relației viitoare dintre medic și pacient, deoarece, fie că este în fază terminală sau nu, că dezvoltă o formă ușoară a unei boli sau nu, el, pacientul are nevoie de informare asupra constatărilor investigațiilor medicale – adică – **diagnosticul**. Nu ne vom permite a intra în întregul demers al elaborării, finalizării și apoi enunțării diagnosticului și înțelegerii sale de către pacient, ci ne vom opri asupra unor elemente de bază sub aspectul psihologic al:

- veștilor bune/proaste;
- adevărului/minciunii;
- aprofundării/superficialității;
- sănătății/bolii;
- acceptării/neacceptării,

diade care fac parte incomensurabilă din existența bolii și a bolnavului.

În acest context, este evident pusă în balanță de către medic în comunicarea cu pacientul, calitatea și cantitatea de informații pe care este dispus a o comunica celui în drept s-o cunoască, s-o afle, dacă dorește sau nu. Pilling (1999- după Skolka A. 2004) vorbește de importanța comunicării deschise, oneste cu bolnavul. Specialistul pe de o parte, trebuie să evalueze cantitatea de cunoștințe de care dispune pacientul și expectanțele acestuia, pe de altă parte, trebuie să comunice într-o așa măsură și manieră adevărul, încât să ia în considerare capacitatea de rezistență a persoanei. Informația transmisibilă se sta-

bilește pe baza cunoașterii expectanțelor bolnavului și a monitorizării reacțiilor acestuia. Neadevărul este inacceptabil. Comunicarea realizează treptat, întărirea speranțelor, expectanțelor realiste, face posibilă acceptarea adevărului. Majoritatea medicilor se gândesc la comunicarea diagnosticului, a adevărului cumplit, ca la o singură întâlnire. De regulă însă, acesta trebuie să fie un proces mai îndelungat. Dacă medicul, în loc să facă o declarație, discută cu bolnavul, atunci acesta, prin întrebări și modul în care le pune, îi furnizează medicului repere pentru cantitatea de informație de care are nevoie și pe care actualmente o poate prelucra. De o importanță deosebită este accentuarea de către medic a ajutorului oferit în continuare, în mod constant.

Este în continuare important a realiza faptul că, dacă, **medicul are pregătirea psihologică** necesară citirii cât și interpretării unui diagnostic, adică:

- cât se implică emoțional?

- ce atitudine profesională și personală ia?
- cum gestionează sentimentele pacientului?
- unde are loc comunicarea?
- de ce acum și nu altcândva? motivația?

Întrebări care, în practica medicală determină răspunsuri pro și contra privind acest demers, dezvoltând chiar discuții pro și contra.

Comunicarea veștilor proaste (informarea pacientului) incumbă respectarea unor reguli, în ideea menajării cât este posibil, atât a unei părți cât și a celeilalte. Astfel, Tudose Fl, Budea M. (2000) propun o serie de asemenea reguli în comunicarea veștilor rele, și anume:

- 1) – stabiliți un moment cât mai puțin dureros pentru pacient;
- 2)– comunicați vestea personal, nu prin telefon;
- 3) – alocați un timp adecvat pentru discuția în care se vor comunica veștile;
- 4) – folosiți un limbaj simplu și clar;

- 5) – evitați tentația de a minimaliza o problemă;
- 6) – asistați starea emoțională a pacientului;
- 7) – exprimați păreri de rău pentru ce i se întâmplă pacientului, continuați discuția;
- 8) – urmăriți sentimentele pe care pacientul le are după ce a primit veștile rele;
- 9) – reasigurați pacientul că și în continuare sunteți disponibil cu tot ce vă stă în putere;
- 10) – comunicați planul de îngrijire, dar nu promiteți vindecare.

Implicit apare și elementul de **confidențialitate** care, prezent și în jurământul lui Hipocrate, stipulează că „ceea ce văd sau aud în cursul tratamentului sau chiar în afara tratamentului legat de viața oamenilor, ceea ce cu niciun chip nu trebuie răspândit, voi păstra pentru mine, considerând aceste lucruri rușinoase pentru a fi răspândite”.

Cu toate acestea, importantă, așa cum se prezenta anterior, este **forma** sub care îi sunt comu-

nicate pacientului detaliile și adevărul despre boală, deoarece el are nevoia:

- de a ști;
- de protecție contra diagnosticului;
- de timp (periodă) să-și accepte boala,

având sau nu, familia sau pe cei dragi alături în marea aventură a vieții lor.

Comunicarea diagnosticului familiei pacientului, suscită și astăzi discuții. Astfel, Săhleanu V, Athanasiu A. (1973), unor membrii a familiei foarte sensibili, pentru care pierderea bolnavului ar fi extrem de dureroasă și care sunt pentru pacient sprijinul de fiecare minut, adevărul nu trebuie mărturisit pe de-a-ntregul. Pe de alta parte, este folositor de a lăsa în orice situație, o urmă de speranță legată de exemplu, de apariția unei noi terapeutici.

Aceeași autori remarcă faptul că, alegerea unei soluții depinde de aspectul psihologic al bolnavului, de comportarea sa, etc. Sunt pacienți care nu vor să

știe și față de care putem rămâne la relatarea unor date aproximative cât și cei care vor să știe cu orice preț, nu le vom tăia orice speranță, neîngădindu-le căutările de noi descoperiri, evoluții speciale și progrese ale științei legate de boala sa.

Și cu toate acestea, mai ales la pacientul/ bolnavul în stadiul terminal, Skolka E. (2004), tăcerea și neadevărul cu care sunt înconjuțați de către personalul medical, este foarte dăunătoare întrucât acestea sunt persoane în care pacientul investește încredere. Totodată, această atitudine plasează pacientul:

- într-o situație dependentă;
- este lipsit de control;
- nu are posibilitatea de a alege.

Interesantă este și modalitatea prin care pacientul terminal, Pattison (Barry-1984), își poate da seama de adevărata sa stare după:

- 1 – aserțiuni directe ale medicilor;

2 – comentarii adresate altora, dar care sunt realizate „deasupra capului bolnavului”;

3 – comentariile altora adresate direct bolnavului;

4 – observații realizate deasupra capului bolnavului, destinate sfătuirii dintre cei din jurul bolnavului;

5 – comentarii directe ale membrilor de familie, prietenilor, preoților, juriștilor;

6 – modificarea comportamentului celor din jur față de pacient;

7 – modificările intervenite în rutina medicală, în proceduri, acordarea medicației;

8 – modificarea locului de amplasare a pacientului;

9 – autodiagnosticarea;

10 – modificările fizice, semnele corporale;

11 – răspunsurile modificate/contradictorii ale celor din jur referitoare la viitor.

Tot în aceste cazuri există tendința unora de a considera că pacienții nu cunosc boala lor, dar paradoxal, ei știu prea bine ce li se întâmplă, dar simt nevoia de a nu se confrunța cu adevărul tot timpul, deoarece ei speră că sfârșitul nu este atât de aproape, fapt ce poate duce în anumite situații și la posibile creșteri a speranței de viață.

Și pentru că în orice situație dată, atât responsabilitatea medicului este mare, iar pacientul, fie sau nu în situații speciale, va avea/are o reacție specială și specifică personalității sale, ar fi bine să nu uităm cele spuse de Ries W (1954) că „între adevărul a cărui voce nu o înțelegem întotdeauna și minciuna a cărei oră nu ar trebui niciodată să sune, mai există tăcerea, puțin cultivată de oameni”, practic – moderația și înțelepciunea, acceptarea și încrederea, toleranța și înțelegerea, pot crea echilibrul atât de necesar pentru o comunicare eficientă și viabilă dintre medic și pacient, chiar și / dar mai ales la nivelul informa-

țiilor medicale, care e necesar a circula atât de la emițător cât și receptor, în ambele sensuri, dând coerența și credibilitate actului medical.

Capitolul 4

Relația medic-pacient

4.1. – logistica

4.2. – tipologia

4.3. – codificarea – decodificarea

4.3.1. – întrebarea

4.3.2. – modelul

4.3.3. – tipul

4.4. – spitalizarea

4.1.3 – logistica

Comunicarea între medic și pacient este strâns legată, de fapt, se completează una cu/pe cealaltă, cu, relația ce se dezvoltă între cei doi actori. Astfel,

după Lupu I, Zanc I, Săndulescu C (2004), **relația medic-pacient** este o relație:

- între roluri;
- asimetrică și consensuală în același timp;
- asimetrică, întrucât medicul are o poziție de superioritate; el poate găsi soluția la problemele bolnavului; el este elementul activ, bolnavul este elementul pasiv;

- consensuală întrucât bolnavul recunoaște puterea medicului și pentru că relația terapeutică se bazează pe reciprocitate;

- ca un cuplu de roluri complementare, obligațiile (așteptările) ce caracterizează rolul de medic, garantează bolnavului că starea sa nu va fi exploataată.

De aceea, acest proces de comunicare interpersonală implică, Drăgan I (1996) dialogul dintre două (...) persoane aflate „față în față” fiind o comunicare directă și personală. În acest caz, pe lângă voce, au

un rol important elementele care țin de mimica feței și de gesturile noastre (...). Tonul vocii este foarte semnificativ: un ton amabil transmite un alt mesaj decât un ton aspru și determină un anumit comportament din partea interlocutorului. În comunicarea interpersonală, feedback-ul funcționează imediat, direct și continuu.

Un loc aparte în actul de comunicare, dar mai ales asupra relației între medic și pacient, îl constituie gradul de cunoaștere a problemelor și reacția celor doi asupra lor. În acest caz, studiul efectuat de Stewart M și Buck C (1977) pe pacienți din mediul rural, a pornit având ca obiective:

- a) – gradul de cunoaștere de către medic a problemelor pacienților;
- b) – reacțiile medicilor față de problemele pacienților;

c) – relația dintre gradul de cunoaștere a problemelor pacienților și reacțiile față de aceste probleme,

rezultatele au surprins faptul că nu întotdeauna medicii sunt dispuși a afla și a se implica în problemele de orice fel ale pacientului; reliefând carență în ceea ce privește interrelația dintre cei doi actori.

Dar, pentru a nu dezvolta sau a ajunge în asemenea situații, e necesar ca **relația medic-pacient** ce face parte din psihologia comportamentului interpersonal, să pornească și de la cele șapte categorii, Săhleanu V, Athanasiu A (1973) cum ar fi:

1) – interacțiunea socială = produsă de tendințe care nu sunt propriu-zis de natură socială;

2) – dependența = cuprinzând acceptanță, interacțiune, ajutor, protecție, călăuzire;

3) – afiliația = cuprinzând proximitate fizică, contact prin priviri, răspunsuri calde și prietenoase;

4) – dominanța = adică acceptarea de către alții a poziției de leader, sau învățător, sau critic, sau sfătuitor, sau judecător, etc;

5) – sexualitatea = cuprinzând proximitate fizică, contact corporal, interacțiune intimă, de obicei cu persoane de sex opus, atractive;

6) – agresiunea = lezarea altora pe plan fizic, verbal, etc.;

7) – auto-stima și ego-identitatea = acceptarea auto-imaginii pe care o au alții.

Pornind de la aceste categorii, care în timp au fost completate cu alte modele de identitate, aceeași autori, în relația medic-pacient, amintesc faptul că, medicul trebuie să ia în considerare premisa că **individul vine în boală** cu:

- un anumit tip de sistem nervos și de temperament;

- anumite dominante instinctuale;

- un anumit caracter și fel de inteligență;

- o anumită ereditate;
- păreri preconcepute;
- anumit orizont spiritual și cultural,

bolnavul ia anumite atitudini nu numai față de boală ci, în același timp și față de medic: încredere, îndoială, teamă, dispreț, ură, simpatie, stimă. În cadrul teoriei funcționaliste elaborată de T. Parsons (1951, 1975) și Th. Szasz și M. Hallender (1956) vom remarca în mod special câteva aspecte ale **relației medic-pacient**, printre care:

1) – cea din perspectiva **interacțiunii** unde surprindem:

- a) – prestigiul profesional;
- b) – autoritatea situațională a medicului;
- c) – dependența situațională a pacientului;

2) – cea caracterizată de **autoritate și dependență** unde se regăsesc:

- a) – sprijinul;
- b) – permisivitatea;

c) – manipularea recompenselor;

d) – refuzul reciprocității,

am susținut a le menționa doar pentru că ele pot suscita interes în cercetare atunci când suntem interesați și de concepțiile sociologice ale relației dintre medic și pacient ca perspectivă a comunicării interpersonale.

De aceea se întâlnesc și cazuri în care relația medic-pacient suferă anumite impedimente, obstacole, dificultăți ce pot parveni atât dintr-o parte cât și din cealaltă. Unele din **inconveniente** pot surveni din:

- nivelul de instruire a pacientului;

- poziția socio-profesională a medicului;

- identitatea pacientului;

- lipsa abilităților de comunicare;

- eschivarea medicului privind comunicarea diagnosticului, elemente care pot sta oricând la bazele informației în actul medical, Cockerham (1992),

fiind instrumentul folosit, dacă satisface exigențele următoare:

a) – reducerea stării de incertitudine a pacientului;

b) - asigurarea unei baze pentru acțiuni ulterioare;

c) – întărirea relației medic-pacient.

Sincope în relația medic-pacient pot apărea și în momentul în care luăm în calcul **sexul medicului**, astfel cercetările au arătat cazuri în care se manifestă aceste dificultăți dintre medicii bărbați și pacienții femei. Existând situații în care medicul **nu poate relaționa cu pacientul copil**, acesta creându-i o stare de agitație și nervozitate, aceleași manifestări avându-le și față de **persoanele în vârstă**. S-a constatat de asemenea că **locația**, ca și în cadrul comunicării, este foarte importantă în cadrul relației medic-pacient iar lista inconveniențelor de multe ori de

ordin strict personal din partea celor doi actori, ar putea continua.

Un caz aparte consider că e necesar a-l acorda **cauzelor** care pot conduce la existența unor dificultăți în relația medic-pacient, mai ales când acesta (pacientul) se află în **faza terminală**, oprindu-ne la:

- lipsa echilibrului privind informațiile pe care le primește pacientul;

- încărcătura emoțională privind informația legată de anumite proceduri medicale;

- anxietatea în fața morții, din partea pacientului;

- refuzul medicului de a participa la unele situații speciale pentru pacient (exp. eutanasierea);

- anxietatea, vinovăția și mânia ca reacții emoționale din partea personalului și aparținătorilor;

- neputința de a ajuta bolnavul la un moment dat;

- pierderea unui pacient, considerată de către medic ca un eșec personal;

- teama de a nu întrista sau înspăimânta pacientul în cazul unor discuții privind eutanasia;

- neinclusiunea întotdeauna și a familiei în procesul de informare corectă a pacientului,

elemente ce pot tensiona atitudinea conduita și chiar comportamentul partenerilor din această secvență a actului medical.

Și ca un corolar al celor enunțate până acum, poate fi menționat faptul că, această relație medic-pacient trebuie să se desfășoare în dublu sens, iar eficiența sa, se traduce prin interrelația benefică dintre cei doi actori ai comunicării aflați în timpul derulării actului medical în sine.

4.2. - tipologia pacientului

E cazul oare a spune ca medici că nu consultăm un pacient pentru că este: urât, gras, frumos, tânăr,

bătrân, handicapat? și lista poate continua, important este dacă ținem cont cu adevărat de așa ceva sau nu.

Un fapt este cert și anume că: în timpul sau cu ocazia relației medicului cu pacientul, acesta din urmă poate prezenta anumite tipologii ce-l caracterizează în această secvență de timp și care-l atenționează pe cel dintâi de a găsi cea mai bună soluție privind eficacitatea comunicării, prin actul în sine.

Astfel, Oprescu (după Athanasiu A 1983) în urma unor cercetări concrete deosebește 12 **tipuri de bolnavi** și anume:

- 1) – cel care se autocompătimește;
- 2) – cel pe care-l doare tot;
- 3) – cel limbut (hipervolubil);
- 4) – cel tăcut (morocănos);
- 5) – cel agitat (care țipă și revendică cu insistență întreaga atenție);
- 6) – cel nestăpânit;
- 7) – cel anxios;

- 8) – cel emotiv;
- 9) – cel jovial;
- 10) – cel care nu înțelege;
- 11) – cel vanitos;
- 12) – cel „ideal” (care nu există),

clasificare care aduce în prim plan pacientul, dar și o categorie mai mică a **medicilor** (vinozații sunt de ambele părți) și anume:

1) – cel „fără vocație” comunicațională (medicul ursuz, cel nervos, cel distant, cel ironic);

2) – cel „cu vocație” comunicațională (medicul permanent jovial, cel flegmatic, cel îndatoritor, cel bonom), practica de zi cu zi, definind prin regăsirea tipologiilor, autenticitatea și credibilitatea lor.

Tot ca un preambul al relației medic – pacient, apare într-o anumită contextualitate dată, o **relație cauzală dintre temperament și boală** privită ca un preambul al depistării tulburărilor de personalitate ce

pot apărea la un viitor pacient, într-un anumit context dat.

Astfel Torris E (1954) surprinde, chiar dacă pare empirică sistematizarea astăzi, caracterologia Heymary-Wiersma-La Senne astfel:

1) – **Nervoșii** sunt anxioși în fața bolii: ei se alarmează și se calmează tot atât de ușor. Nu urmăresc cu perseverență vindecarea, schimbă des tratamentele și medicii, preferă câteodată pe „vindecători”. Tind a impune medicului o interpretare personală a bolii și chiar un anumit tratament.

2) – **Sentimentalii** sunt înclinați către ipohondrie. Pot stabili un raport afectiv deosebit de strâns cu medicul dacă acesta nu-i inhibă, dar au față de el o atitudine critică sau de suspiciune și pot fi ușor dezamăgiți, nu sunt totuși fideli. Boala este pentru sentimentali un eveniment grav. Se autobservă și-și expun detaliat suferințele; rețin date utile în anamneză și documente privind bolile din trecut. Senti-

mentalii au mai multă încredere în medic decât în medicină și n-au încredere în propria lor soartă.

3) – Colericii, anxioși și ei în fața bolii, recurg la medic fără întârziere; exagerează și sunt lipsiți de curaj. Boala le apare nu numai ca un obstacol ci chiar ca un scandal. Fidelitatea față de medic pare accentuată, dar în fond este fragilă, colaborarea cu medicul este satisfăcătoare, însă atitudinea colericului este deseori ușor insolentă.

4) – Pasionații nu alcătuiesc un grup omogen, unii sunt apropiați de tipul sentimental, alții de constituția paranoidă. Interesul pasionatului este îndreptat asupra operei la care lucrează, ajungând uneori la neglijarea propriei sănătăți. Când s-a decis să facă apel la medic, dă dovadă de perseverență, bunăvoință și spirit de colaborare. Încrederea sa față de medic este deplină, însă eventuala decepție este resimțită la medicul respectiv chiar fără să-i dea nicio explicație. Este curajos în fața actului medical.

5) – **Sangvinicii** sunt cei mai puțin anxioși în fața bolii. Ei se supun tratamentului cu o oarecare înțelegere, dar așteaptă „ultimul moment” pentru a se consulta. Sunt indiferenți față de boală și relativ sănătoși.

6) – **Flegmaticii** consultă doar pentru tulburări precise, având o atitudine ce poate fi corectă sau „indiferentă” în sensul de a lăsa medicul să suporte tot greul tratamentului. Dacă sunt fideli, constanți și ascultători, acest fapt este legat mai mult de un anumit simț al datoriei, decât de participarea afectivă la propria dramă.

7) – **Amorfii** sunt nerăbdători în fața bolii, conștiincioși în aplicarea prescripțiilor, fideli, ei sunt legați de obișnuință și de ascultare mai curând decât de încredere și de rațiune. Totodată, ei sunt relativ inerti iar comunicarea lor în dialogul medic-pacient este redusă.

8) – Apaticii se prezintă de o bicei cu o simptomatologie abundentă, expunerea ei fiind confuză. Atitudinea lor este un complex de indiferență și de supunere. Persoana lor îi interesează destul de puțin, iar persoana medicului deloc. Tendințele lor conservatoare îi fac să ia medicamentele cu regularitate, până la obișnuință sau toxicomanie. Nu caută să-l influențeze pe medic.

În aceeași notă de implicare a temperamentului în cunoașterea tiparului psihologic al pacientului, Păunescu-Podeanu A (1969) pe baza tipologiei lui Pavlov, întrevide modalități de comparare în fața bolii cât și a ordonanței terapeutice. Astfel, se poate conta în boală, pe psihicul indivizilor puternic echilibrați, fie ei mobili sau inerti (adică sangvini sau flegmatici), implicit pe reacțiile lor psihonegative și biologice, care sunt pozitive, favorabile, utile în genere; dar nu pe al indivizilor puternici dar dezechilibrați (colerici) și mai ales pe al indivizilor stabili

(melancolici), ale căror reacții sunt nearmonice, apatice, dezordonate. Cel echilibrat, puternic, mobil, se observă a fi conștiincios, urmează conștiincios prescripția, dar trebuie susținut prin comenzi repetate (având tendința de a abandona repede un lucru început). Colericul este nedisciplinat, „pacient incert” care se cere supravegheat. La melancolici, ca disciplină terapeutică trebuie „susținut, stimulat, revigorat”. Același autor prezintă o clasificare (după Schweisshamer, modificată) a oamenilor, chiar după tipul lor psihoreacțional la boală, deosebind:

- nepăsătorul;
- nerăbdătorul;
- grijuliul (hiperconștientul, meticulosul);
- ipohondricul;
- normalul.

Modalitatea de cunoaștere a personalității umane în general și în cazul de față, special, face ca întreprinderea unor fenomene, reacții, exprimări

cognitive, să realizeze în final, o atitudine pozitivă de acceptare și cunoaștere de către medic, a pacientului său, sub toate aspectele sale, atât evolutive cât și involutive, astfel cunoașterea personalității umane înscriindu-se în ecuația valorii.

4.3. – codificarea – decodificarea

4.3.1. – întrebarea

Ca o constantă, Ionescu G. (1973) susține și astăzi că relația medic-pacient este una interpersonală deoarece bolnavul întâmpină o altă persoană care vine în ajutorul ei. Actul intersubiectiv care se naște din întâlnirea celor două persoane, are o anumită semnificație și conține întotdeauna o condiție neantagonică: ea se datorește faptului că cele două persoane se află pe planuri diferite în traiectoria lor socială.

În acest context, Tudose Fl. (2003), relațiile dintre doctori și pacienți implică o varietate de impresii, comentarii, mergând de la idealizarea romantică și până la disperarea clinică. După modul în care fiecare pacient își joacă rolul, bazat pe diferite expectații, se pot crea premisele, fie pentru o relație satisfăcătoare și eficientă, fie pentru alta suspicioasă cu frustrări și dezamăgiri. Relația dintre cei doi este și trebuie să devină în timp, una specială, deoarece, liantul este boala, fapt care și determină un anumit comportament. Rolul atât al medicului cât și al pacientului, se concretizează pe depistarea focarelor ce-au dus la apariția bolii, fapt care necesită a fi luat în considerare.

Iminent este faptul că, relația dintre cei doi actori ai comunicării are la bază **întrebarea** ca puncte de plecare în realizarea **anamnezei**, dar până atunci, Rogers C. (1989) amintește câteva reguli legate de **respectul medicului față de pacient** și anume:

1) – să te prezinți chiar și să specifici motivul pentru care te afli acolo;

2) – să te interesezi cum se simte pacientul în situația în care se află (internat, în cabinet);

3) – să discuți stând la nivelul pacientului, într-un loc în care poți fi ușor urmărit, văzut, auzit;

4) – să previi pacientul înainte de a face manevre medicale dureroase, în timpul examinării fizice și atunci când, în cadrul anamnezei, vă veți referi la lucruri care ar putea provoca suferința morală;

5) – să reacționezi astfel încât pacientul să fie conștient că ai auzit ce spune.

Și reîntorcându-ne la **întrebări** Tudoase Fl (2003)- după Lipkin (1989) – medicul face uz de ele în relația cu pacientul, iar prin provocarea răspunsurilor se poate începe decodificarea anumitor structuri comportamentale și anume:

1 – Care este problema dumneavoastră?

2 – Ce credeți că a provocat-o?

3 – De ce credeți că a început în acel moment?

4 – Prin ce vă supără boala?

5 – Cât de severă este?

6 – Ce evoluție a avut?

7 – De ce vă temeți cel mai mult în legătură cu suferința dumneavoastră?

8 – Care sunt dificultățile esențiale pe care boala vi le provoacă?

9 – Ce fel de tratament ați primit?

10 – Care sunt cele mai importante rezultate pe care le sperați de la tratament?

11 – Ce ați făcut până acum pentru a vă trata boala?

și ele ar putea continua într-o logică structurală anume.

Rămâne doar a ne mai întreba retorică: „dacă necredința apare atunci când nu-ți mai pui nicio întrebare”, atunci anamneza ar exista fără ele? Doar practica medicală ne-ar putea da un răspuns coerent

și plauzibil la întrebarea noastră retorică adresată în eter.

4.3.2. – modelul

Tot ca și titlu informativ ne reîntoarcem la **teoria funcționalistă** și apreciem faptul că în concepția sa, Parsons (1951), cu privire la relația dintre medic și pacient, semnalează faptul că accentul excesiv se pune pe dimensiunile sociale ale bolii, minimizează rolul simptomelor ca elemente determinante ale adoptării rolului de bolnav. În timp, Szasz și Hollender (1956) aduc îmbunătățiri conceptului, astfel încât, vorrbim de trei **modele** principale de interacțiune medic pacient, pornind de la severitatea simptomelor, și anume:

1 – cel bazat pe **activitate-pasivitate** = apare în cazurile grave sau urgente (traumatisme, accidente grave, comă) pacientul joacă un rol pasiv, iar medi-

cul, unul activ (situația este analoagă relației dintre un părinte și copilul său neajutorat);

2 – cel bazat pe **orientare-cooperare** = se aplică acelor cazuri în care pacientul este capabil să evalueze și singur eficacitatea tratamentului și să urmeze prescripțiile indicate, iar scopul medicului constă în ușurarea suferinței bolnavului; medicul orientează din acest punct de vedere pacientul, iar acesta cooperează cu medicul, oferindu-i informațiile necesare (situația este analoagă relației dintre un părinte și copilul său adolescent);

3 – cel bazat pe **participare reciprocă** = este aplicat în general bolnavilor cronici, care participă alături de medic la controlul bolii, medicul ajută pacientul „să se ajute singur” (situația este analoagă relației dintre doi adulți, dintre care unul are cunoștințe de specialitate, iar celălalt le solicită).

Legat de **teoria schimbului**, dezvoltată de Bloom S (1963) în care se impune un model de in-

teracțiune, Hayes-Bautista (1976), în care pacientul percepe inadecvat tratamentul prescris de medic, și dorind ca acesta să fie schimbat. În această situație, în actul de interacțiune, pacientul dispune de două strategii și anume:

1 – **tactica de convingere** = pacientul încearcă să argumenteze susținând că tratamentul este insuficient încercând modificarea lui; ca tactici de convingere folosind:

a) – cererea de schimbare a tratamentului prescris;

b) – evidențierea faptului că acesta nu a dat rezultatele scontate de medic;

c) – sugestia-sugerarea altui tratament;

d) – întrebări care sugerează răspunsul, folosite pentru a schimba în direcția dorită concepția medicului cu privire la regimul de tratament;

2 – **tactici de contraatac** = pacientul crede că regimul de tratament este inadecvat atât din punct de

vedere al unor deficite, cât și al unor excese, având convingerea că medicul fie nu dorește, fie nu este capabil să schimbe tratamentul; ca tactici de contraatac folosind:

a) – creștere simplă – tratamentul nu este suficient de puternic și e nevoie de creșterea eficacității sale;

b) – creștere suplimentară – tratamentul este prea slab și trebuie rectificat prin remedii suplimentare;

c) – diminuare simplă - tratamentul trebuie să aibă un efect mai redus și solicită reducerea la jumătate;

d) – diminuare substractivă (prin eliminare) – tratamentul perceput ca declanșând efecte adverse, eliminarea sau înlocuirea lui.

Cea de-a treia **teorie, cea a conflictului**, Freidson E. (1970), subliniază ideea că orice interacțiune dintre medic și pacient este caracterizată de interese,

percepții și puncte de vedere divergente, de aceea autorul, prezintă în studiul său, cele amintite anterior, se regăsesc în trei tipuri de îngrijire medicală:

1 – echipa interprofesională (interdisciplinară) – formată din medici aparținând mai multor specialități și din personal paramedical;

2 – îngrijirea acordată individual de pediatri sau interniști, integrați activității echipei interprofesionale;

3 – îngrijirea de către medicii care activează individual, în propriile lor cabinete din cadrul spitalului,

iar alegerea uneia din aceste modalități de îngrijire de către pacient, depinde de modul de viață al acestora cât și de atitudinea lor față de sănătate și / sau actul medical în sine.

Pornind de la aceste teorii ce codifică apoi decodifică modelele de interacțiune, medic-pacient, vom continua a prezenta, după Tudose FI(2003) **modelul:**

a) – activ-pasiv = completa pasivitate a pacientului și preluarea de către medic a tratamentului; pacientul nu își asumă virtual nicio responsabilitate pentru propria îngrijire și nu participă la tratament, iar acest model este adecvat atunci când pacientul este inconștient, imobilizat sau în delir;

b) – profesor-student = dominarea de către medic, al cărui rol este paternalist și de control; rolul pacientului este în mod esențial unul de dependență și așteptare, iar după punerea diagnosticului, medicul dirijează, îndrumă într-o manieră mai mult sau mai puțin autoritară și apreciază cooperarea pacientului; acesta putând decide, având și opinie prin care să demonstreze că apreciază și înțelege cele ce i se spun (dar se constată că el greșește adesea în aprecierile pe care le face);

c) – participarea mutuală = implică egalitatea între medic și pacient, ambii având nevoie și depinzând de aportul celuilalt, în acest caz pacientul poate

aprecia ceea ce-i recomandă medicul, iar medicul trebuie să evalueze cât mai corect trebuințele momentane sau cele constante ale pacientului;

d) – prietenia = reprezintă și implică adesea o perpetuare nedeterminată a relației și o strângere a granițelor dintre profesionalism și intimitate, mai degrabă decât un sfârșit adecvat.

În același traseu al **modelelor** relaționale dintre medic și pacient, pot fi incluse și următoarele, Balint M. (1966):

a) – tutore autoritar = pretinde o ascultare necondiționată din partea bolnavului, fără a-i da acestuia explicații asupra bolii;

b) – mentor = adoptă în general afecțiunile cronice sau în care este necesară o profilaxie a recidivelor și la bolnavii cooperanți;

c) – savant detașat = lasă pacientului libertatea alegerii uneia dintre variantele terapeutice după ce a analizat avantajele și dezavantajele fiecăreia și se

dovedește utilă relația cu pacienții ce au un nivel intelectual ridicat și tendințe ipohondrice cât și pentru cei ce vin cu „prejudecăți terapeutice”;

d) – bun părinte protector = caută să-l ferească pe pacient de o serie de noutăți neplăcute în evoluția bolii și să-l menajeze de acele responsabilități greu tolerate;

e) – avocat al adevărului înainte de toate = este acel medic a cărei concepție implică necesitatea de a spulbera îndoielile bolnavilor, prin comunicarea adevărilor chiar neplăcute, având speranța în beneficiul unor măsuri de reabilitare a securității emoționale a pacientului.

Nu putem conchide spunând că am epuizat exemplele de modele ale relației medic-pacient, cele prezentate fiind orientative, deoarece fiecare medic, după trăsăturile sale de personalitate, își va alege strategia de comunicare și relaționare cu pacientul,

pornind de la cel mai important deziderat, și anume, **respectul.**

4.3.3. – tipul

În aceeași notă a exemplificării vom încerca să surprindem câteva din **tipurile atitudinale** pe care medicul le poate dezvolta în aceeași relație cu pacientul. Astfel, Boetcher citat de Rosler N.D. și colaboratorii 1996- după Iamandescu I.B. 2002) vorbesc despre:

1) – Tipul demonstrativ

a) – calități:

- activ, plin de elan, simpatic;
- boala este pentru el „un meci al vieții”;
- pentru toate el găsește o soluție;
- poate obține mai mult (cu o batistă umedă) decât alții cu o jumătate de farmacie;
- fiecare pacient este pentru el o provocare;

- deschis, spontan, direct;

b) – defecte:

- sensibil la admirația/laudele pacientului;

- se demobilizează ușor și îi scade repede interesul pentru pacient, în caz de insucces terapeutic;

- îi lipsește răbdarea și dispoziția pentru o muncă migăloasă;

- iubește efectele spectaculoase;

- practică polipragmazia și este adeptul noilor medicamente;

- ordinea, liniștea și obiectivitatea nu îi sunt specifice;

2) – Tipul autoritar (tiranic)

a) – calități:

- constant, grijuliu, responsabil, consecvent și perseverent;

- competență profesională, nu îi scapă nimic din ceea ce are pacientul;

- examinare minuțioasă (palpare, ascultare);
- ordine desăvârșită în sectorul său;
- operează riguros, coordonând impecabil echipa operatorie;

b) – defecte:

- conservatorism, axare excesivă pe reguli;
- teama de a omite ceva, ceea ce îl macină;
- poate dezvolta la pacienții săi reacții de tip ipohondric;

- idealizează încrederea în forțele naturale sanogenetice ale organismului;

- susține într-un mod agresiv legea, ordinea și datoria, ca și iertarea;

- tinde să se ferească permanent de greșeli, dispărându-i spontaneitatea;

- aerul glumeț, sau pasional;

3 – Tipul depresiv

a) – calități:

- căldura, apreciere față de bolnav;

- harnic, eficient;
- tăcut dar comunicativ;

b) – defecte:

- nu poate să spună „nu”;
- vulnerabil la bolile psihosomatice (devotat până la sacrificul de sine);
- autoculpabilizare;
- incapabil de agresivitate;

4) – Tipul schizoid:

a) – calități:

- subtilitate, superintelență;
- obiectivitate maximă în evaluarea suferinței pacientului;
- calm, olimpian, eficiență maximă operatorie;

b) – defecte;

- răceală, distanță;
- închis în sine;

- poate favoriza un climat impersonal în clinică.

Ca un argument la toate cele menționate până în acest punct, Ionesc G. (1973) precizează faptul că e necesară **reechilibrarea denivelării relației medic-bolnav/pacient** și stabilirea unei comuniuni printr-un **efort reciproc de înțelegere**. Medicul va trebui să înțeleagă starea subiectivă a persoanei din fața sa, tratând omul, indiferent de afecțiune, ca pe o existență cu un înalt grad de subiectivitate. La rândul său, bolnavul (pacientul) va trebui să înțeleagă sensul actului investigației sau terapeutice și să-l accepte, cu convingerea utilității și eficienței sale.

4.4. – spitalizarea

Definirea instituției-spital incumbă o mare responsabilitate, de aceea la baza organizării cu o maxi-

mă eficiență, după Perow Ch. (1965)- Rădulescu S.M. 2002:

a) – sistemul cultural, care stabilește scopurile (sistemul de apreciere a valorilor);

b) – tehnologia, care oferă mijloace pentru realizarea scopurilor;

c) – structura socială a organizației (diviziunea muncii, tipul de autoritate, responsabilitățile, rețelele de comunicare);

stabilindu-se raporturi care dau unitate structurală și oferă posibilitatea de exercitare a funcțiilor instituției spitalicești.

Legat de **spital**, apare și termenul de **internare** (perioadă de timp limitat în care pacientul este supus unor investigații medicale desfășurate într-un spațiu anume, bine delimitat și funcțional), care poate constitui pentru pacient un element de stres, Azamfirei L. (2010) din mai multe motive cum ar fi:

1 – Internarea într-un spital este, de cele mai multe ori, o confirmare că boala de care cineva suferă nu poate fi tratată la domiciliu, fiind, fie mai gravă, fie mai complexă. Chiar și internarea pentru stabilirea unui diagnostic, creează prin îngrijirile asociate întrebărilor la care se caută un răspuns, o stare de preocupare care se adaugă simptomelor bolii propriu-zise..

2 – Mutarea, chiar și temporară, dintr-un mediu familial și familiar, în care își găsesc locul obiceiurile zilnice, persoanele dragi sau măcar cunoscute, într-un mediu străin, nu totdeauna prietenos, în care funcționează reguli și în care intimitatea este deseori agresată, face ca acela care urmează să se interneze, să se desprindă greu de locul de unde pleacă și să se adapteze greu locului în care intră;

3 – Necesitatea de a intra în contact direct și dintr-o dată cu persoane până de curând necunoscute (colegi de salon, personal medical) poate crea o stare

de inhibiție mai ales persoanelor care nu au ușurința altora de a fi sociabili, de a se deschide celor din jur, de a comunica și de a se împrieteni.

După exemplificarea elementului de internare din perspectiva pacientului, este necesar a se umaniza spitalul, fiind un loc în care medicul să-l înțeleagă pe cel dintâi, să-i insufle încredere și speranță, neuitând nicio clipă calitatea de om, de ființă și nu de obiect, a celor în cauză, astfel ca relația celor doi actori să mențină echilibrul în noul rol social dobândit-internat, spitalizat- schimbare ce incumbă reacții noi și unele neașteptate din perspective psihosociale.

În acest context sunt recunoscute stările care bulversează persona devenită pacient, prin **spitalizare**, ajungând uneori a nu se mai recunoaște, putându-se vorbi la un moment dat de fenomenul de depersonalizare dând naștere unei nonpersoane, a unui obiect sau lucru, ajungându-se în unele situații,

la tendințe ce pot separa prin relația intrapersonală „eul fizic” de „eul psihic”, creând chiar confuzie în legătură cu controlul exercitat asupra propriei vieți. La toate acestea se poate ajunge atunci când, există anumite mecanisme de control care accentuează depersonalizarea pacientului, Coe R.M. (1970), surprinde asemenea mecanisme sub forma:

a) – „dezbrăcarea” și impunerea unei anumite vestimentații = este cea care înlătură orice simbol distinct ale personalității bolnavului sau al diferenței dintre bolnavi și separarea de orice prezentare care poate marca, anterior internării în spital, poziția socială diferită a fiecăruia; în spital, simplul fapt de a îmbrăca o pijama servește ca simbol pentru noul rol al bolnavului, cât și ca uniformă, care permite identificarea persoanei ca fiind pacient;

b) – controlul resurselor și al autorității = se referă atât la prerogativele personelor medicale de a manipula și distribui resursele din mediul spitali-

cesc, indiferent de dorințele personale ale pacienților, cât și monopolul informațiilor din spital pe care-l dețin; bolnavul nu are întotdeauna informații pertinente și viabile despre boala sa, fapt ce poate duce la crearea unui „blocaj” al informațiilor, ceea ce oscilează între atitudinile și așteptările pacientului față de medicul ce-l tratează;

c) – restrângerea mobilității = constituie atât o cerință cu caracter clinic, care are ca scop izolarea pacientului de orice influență străină actului medical, cât și o cerință cu caracter organizațional, determinată de necesitatea ca bolnavul să fie accesibil în orice moment personalului medical; stare pe care pacientul o poate percepe și sub forma „reducerii cuprinsului lumii lui”.

Cele trei mecanisme de control menționate, Rădulescu S.M. (2002), au ca scop principal, necesitatea de anulare a diferitelor poziții sociale deținute de pacienți anterior internării și de uniformizare a

conduitelor sau acțiunilor, pentru a spori eficacitatea actului medical, contribuind la o reglementare unitară a raporturilor dintre bolnavi și corpul medical, aceste mecanisme antrenează și numeroase efecte negative, dintre care depersonalizarea bolnavului este cea mai dezagreabilă. Neputând controla și nici influența cursul evenimentelor în care este integrat, bolnavul se simte alienat, depersonalizat, suferind un proces de modificare a propriei sale personalități și de izolare față de contextele de viață obișnuite.

În aceste condiții, cel mai mult are de suferit, fapt ce duce în extremis la apariția conflictului de roluri, datorită faptului că, adaptarea pacientului la spitalizare este dificilă, acomodarea la un alt sistem de valori (din punct de vedere al celui ce suferă) face ca rolul social al acestuia, să sufere modificări. El, (pacientul) dovedește să înțeleagă, să caute, să i se explice, să se facă părtaș la tot ce i se întâmplă, dar mai ales, să nu fie considerat obiect, ci ființă, deoa-

rece toate aceste neparticipări, pot la o adică, să identifice un nou comportament care nu este benefic nici pacientului în sine și nici medicului sau întregului personal medical. Se percep astfel, anumite comportamente ale bolnavului spitalizat, care au la bază factori de stres și care împiedică prin prezența lor: asimilarea, adaptarea, participarea, integrarea culturală și cea emoțională, enumerarea putând continua în folosul pacientului.

Printre **factorii de stres** la care este supus pacientul în timpul spitalizării, după literatura de specialitate, amintim:

- examen clinic în prezența unei terțe persoane (asistentă, soră medicală);
- izolarea;
- distanța socială și „limbajul” medical;
- procedurile și diagnosticele terapeutice;
- situația inferioară în ierarhia organizației;
- boala sau decesul altor bolnavi;

- reguli impersonale;
- lipsa de informație;
- supunere în loc de spirit critic;
- limita spațială;
- tratamentul depersonalizat și centrat numai asupra bolii;
- caracterul incomprehensibil al vizitei medicale.

Adaptarea sau nu a pacientului la perioada de spitalizare, îi pot declanșa acestuia anumite stări ce-l pun în situația de a lua o **atitudine**, Coe R.M.(1970), plauzibilă sau nu prin corectitudine din partea celui care o aplică, sub formă de:

1) – retragerea (renunțarea) = reprezintă reacția pasivă și reflexă, se retrag într-o „pseudo-comunitate”, opun rezistență la asumarea rolului de pacient spitalizat, refuzând să accepte standardele de comportament solicitate de noul rol;

2) – **agresiunea** = reacție definită de rezistență deschisă a pacientului față de regulile și normele spitalului, pornind de la nesupunerea față de ordinele și principiile medicului și ajungând la agresiunile fizice asupra personalului medical; se manifestă din partea pacienților, mai ales elementele de agresivitate verbală (plângeri, amenințări, reclamații, injurii) ce îngreunează în fond, stadiul de spitalizare și însănătoșire a celui în cauză;

3) – **integrarea** = reprezintă deja o formă de acomodare a bolnavilor între ei cât și la mediul spitalicesc, stabilitatea rolurilor de pacient și medic, facilitează participarea la viața de spital a celui dintâi; se manifestă cu precădere atunci când intervine o internare prelungită în spital, și constă de fapt, din adoptarea unor valori comune și a unor modele de interacțiune specifice, fiind determinată de conștientizarea unei situații comune (aceleași șanse în fața

vindecării sau a bolii, oferind unele ajustări mai eficiente în raport cu problemele impuse de boală;

4) – consimțirea silită = este caracteristică pacienților spitalizați, mai ales în prima fază, fiind și o consecință a șocului închiderii într-un spital; consimțind fără niciun fel de entuziasm la impactul cu adaptarea.

În atenuarea acestor stări de șoc care pot aduce prejudicii personalității pacientului, un rol important îl are medicul și alături de el, **psihologul**, care vor încerca a minimaliza efectele spitalizării, dar și familia, excluzând eșecul neadaptării la starea de spitalizare, prin utilizarea unor tehnici personalizate ce vor face trimitere la/pentru medic și psiholog:

- contactul cu familia bolnavului;
- cunoașterea bolnavului sub aspectul dezvoltării personalității sale;
- realizarea unei stări de siguranță emoțională;
- comunicarea și relaționarea și cu alți pacienți;

- existența unor relații benefice atât terapeutice cât și psihoterapeutice.

Nu dorește nimeni să transforme spitalul în „casă de vacanță”, dar stabilitatea și siguranța emoțională a pacientului, va da prin relația sa directă cu medicul, viabilitatea și reușita actului medical la care este supus, astfel încât, păstrarea sănătății devine și rămâne prioritară, alături de locația ei, importantă și ea și de nebagatelizat și uitat.

Capitolul 5

Surse neconvenționale

5.1. – mass-media

5.2. – publicitatea

5.3. – telefonul

5.4. – internetul

5.1. – mass-media

Pentru mulți dintre noi, **mass-media** reprezintă calea cea mai directă de informare, în accepția căroră ”radioul, televizorul și presa spun întotdeauna adevărul și numai adevărul”. Bineînțeles că există și situații în care afirmația anterioară este destul de facilă, de aceea, vom încerca a trasa câteva repere în acest caz, privind mai ales informația medicală pe

care atât medicul cât și pacientul o găsesc în mass-media și fac sau nu uz de ea în relația pe care o dezvoltă împreună.

Astfel:

a) **Radioul** este sursa care pe unde transmite informația, în cazul nostru, cea medicală, existentă în cadrul emisiunilor de sănătate și nu numai. Este destul de dificil de a pune diagnostic prin radio, iar informațiile cerute de pacient în cadrul unor emisiuni pornind de la diagnostic și ajungând la tratament, poate fi destul de incertă, deoarece medicul căruia i se cere părerea, face un „consult” doar pe auzite și nu pe văzute, fapt care pune la îndoială veridicitatea profesională, în asemenea cazuri.

Totuși, dacă există asemenea situații, deontologia profesională îi va cere medicului în cauză, de-a indica pacientului un consult cât mai repede la medicul de familie și/sau specialist, recompensându-l

astfel pe cel în cauză cu toată gratitudinea și respectul ce i-l poartă.

b) **Televiziunea** este în situația de a prezenta și imaginea, așa încât pacientul care urmărește, fie emisiunile de știri și/sau cele dedicate sănătății, educației, se cere a fi una complexă ca rezultat a acțiunii sale asupra celui care le vizionează. Intervine așadar interesul pentru informația medicală, completată cu imagini și comentarii, mesajul transmis fiind unul cu impact asupra publicului direct interesat.

De aceea, în relația medic-pacient, informația dobândită de la televizor poate intra în discuție, importantă este veridicitatea sa în cazul în care comunicarea celor doi face trimitere la secvența respectivă.

Atenție! Să nu uităm de unicitatea personalității noastre, în sensul că „ce ți-e bun ție, nu-mi este bun și mie”, iar medicația „după ureche” este mai mult decât dăunătoare. Și totuși, se pot iniția

discuții pe baza emisiunilor și informațiilor primite, cel mai adesea este semnalat atât cazul bolnavilor cronici sau de lungă durată, unde speranța este cel mai bun, trainic și de durată aliat și prieten.

Practic, e necesar a discerne ce este bun, folositor și necesar față de tot ce reprezintă ambalaj, vânzare și chiar, de ce nu, iresponsabilitate.

c) **Presa**, atât cea dedicată menținerii sănătății, specializată în acest sens, cât și cea ocazională, transmit mesajul care, de cele mai multe ori, subliminalul „prinde la cititori”, astfel că pacientul vine la medic, înarmat cu cele citite și dornic de avea și el reușită. Grija medicului în acest sens este de a-l determina pe pacient să ajungă la calitatea și nu cantitatea informațiilor, iar implicarea în procedurile medicale prezente în presă, să fie cât mai rezervată, până în momentul în care, literatura de specialitate confirmă sau nu, cunoștințele medicale citite.

Paginile speciale, revistele și alte modalități de promovare a regulilor pentru menținerea sănătății, sunt necesare atunci când devin veridice și au avizul specialiștilor, diletanții negăsindu-și locul în asemenea situații. A ști să faci cunoscute lumii, inclusiv celor ce citesc cunoștințe științifice, este extraordinar, doar strategia și logistica transmiterii lor e necesar a fi specială, având în vedere: vârsta, educația, sexul, religia și statusul social a celor cărora se adresează, reușita constând în a conștientiza că o viață sănătoasă ajută atât la trup cât și la suflet.

5.2. – publicitatea

Dacă pornim de la ideea că publicitatea, Rusu A, Pașca MD, Hancu G. (2011), reprezintă un ansamblu de tehnici și mijloace utilizate pentru popularizarea unui produs sau serviciu, a unei companii, instituții sau persoane, atunci, impactul ei asupra

grupului țintă prin mesajul transmis este nu numai foarte mare, dar în general și foarte puternic.

Astfel, făcând uz din nou de **mesajul subliminal**, transmis prin: **reclamă, anunț publicitar, zvon**, la care putem adăuga ca parte de cunoaștere: **cartea de vizită, ecusonul și uniforma**, ajungem ca în compartimentul comunicării și relaționării medicului cu pacientul, cele enunțate anterior avându-și nu numai importanța lor, dar și locul bine conștientizat pentru a transmite mesajul și a obține informația, să fie elocvente.

Vom încerca a aduce câteva secvențe lucrative în care medicul, apelând la instrumentele publicității (doar la unele dintre ele), poate comunica și relaționa eficient cu pacientul. Trebuie să remarcăm faptul că nu e necesar ca persoana să se ocupe de aceste momente ale publicității, dar când unele din ele pot fi personalizate, rezultatul va fi cel scontat. Așadar:

a) **Reclama** = provine din latinescul „adverte-re” – a se îndrepta către ceva/cineva, astfel încât mesajul transmis are menirea de a atrage atenția cititorului. Ea se bazează pe ideea că cititorul abordează activ textul pentru a decoda mesajul.

Pentru realizarea unei bune reclame e necesar a ști:

- care este obiectul publicității (produs, idee, imagine);

- cui i se adresează (grupul țintă).

Faptul că mesajul trebuie să atragă atenția, reprezintă secvența în care acesta este observat ca receptor (R) producând asupra lui o reacție sau nu de aceasta depinzând în final și calitatea reclamei.

Ca și elemente tehnice, emițătorul (E) e necesar a cunoaște că este important să:

- existe o imagine care să producă senzație sau să șocheze;

- facem apel la paralimbaj ca cel ce susține limbajul verbal, ca imagine;

- lucrăm în absența limbajului ca o modalitate de atragere a atenției, imaginea fiind totul;

- folosim eficient spațiul;

- ne adresăm direct, prin folosirea pronumelui personal;

- ne adresă, știind că îi pasă cuiva;

- să dăm atenție cuvântului,

neuitând că reclama este un **indicator de atitudine** ce se poate manifesta atât pro cât și contra.

Un singur lucru trebuie să nu-l uităm și el ține de etica mass-media, și anume că, **scopul** reclamei este acela de a ne face să gândim sau să acționăm în concordanță cu intenția agentului publicitar, fie amabilă, ori josnică, dar, să avem mare grijă la consecințe, deci totul e necesar să se facă **echilibrat** și, în cazul nostru, în cunoștință de cauză cu cererea și oferta unor asemenea servicii, iar atunci când ele sunt

cerute și e nevoie de un astfel de instrument publicitar, reacția va fi în consecință, atât pozitivă cât și negativă.

b) **Anunțul publicitar** = așa cum amintește, Pruteanu Șt. (2000) trebuie să-și atingă scopul atunci când structura sa interioară răspunde unor cerințe cum ar fi:

- fă anunțul: șocant, atractiv, excitant, plăcut sau măcar dureros;

- caută: textul, sloganul, head line-ul sau replica de deschidere explozivă!;

- exprimă-te simplu, în stilul oral!

- fii concret! Oferă dovezi și probe!

- folosește un limbaj precis!

- evită abuzul de adjective și superlative;

- nu lăsa loc pentru ironii! Fii clar și explicit!

- scrie textele cu litere mici, nu cu majuscule!

- fii concis!

Îndeplinind aceste cerințe, anunțul publicitar al medicului specialist și / sau celui stomatolog, va transmite exact **informația**, dar și mesajul spre grupul țintă (viitori pacienți), aici având griă de particularitățile lor de vârstă, deoarece decodificarea e corectă doar atunci va putea fi făcută cu eficiența maximă.

Vom prezenta câteva mostre de anunțuri publicitare realizate de studenții medicinei (medicină generală și medicină dentară) în cadrul cursului și lucrărilor practice centrate pe această temă, ținând cont de toate „ingredientele” enunțate anterior:

a) – **aparatură medicală :**

„Alege viața! Primul pas spre vindecare e un diagnostic corect și rapid. Te ajută tomograful meu. Caută-mă!”

b) – **stil de viața sănătos:**

„Fii responsabil! Învață să mănânci sănătos și să ai grijă de sănătatea ta. Vino la un curs gratuit

prin care te învățăm cum să îți alegi alimentele pe care le consumi. Contăm pe tine. Nu lipsi!”

c) – **cabinet stomatologic:**

„Zâmbești cu spor, zâmbești cu noi! Unii oameni o numesc obsesie, noi o numim... pasiune, pentru că ne plac zâmbetele strălucitoare!”

d) – **clinică specialitate:**

- Clinica *Help* – Sănătatea înainte de toate! Într-o lume nesigură, contează pe noi!

- Clinica de psihiatrie *Între două lumi*- Oferă-ne șansa de a pătrunde în lumea ta! Te așteptăm!

e) – **cabinet de radiologie și imagistică medicală pediatrică:**

Aici veți vedea ceea ce nu se poate observa cu ochiul liber.

f) – **cabinet cardiologie:**

Ai grijă de inima ta și ajut-o dacă vrei să te mai ajute.

g) – **diverse:**

– Vând halate personalizate! Îmbracă-mă!

– Alege termometrele noastre, căci cu ele n-o să fi nicidată... ridicol!

c) **Zvonul** asigură „circulația” informației și nu are întotdeauna nevoie de adevăr, cuvintele ce-l compun putând fi atât magice cât și tragice.

d) **Cartea de vizită** în construcția sa poate:

- fi o formă prin care existăm și avem ceva de oferit;

- ține loc de:

- pliant;

- broșură;

- scrisoare de reprezentare;

- gen de reclamă de buzunar;

și conține informația;

- tipică, simplă, la obiect;

- despre afaceri, produse, persoane de contact, program, sediu, rute de acces.

Așa cum aminteam și la celelalte modalități neconvenționale de comunicare și relaționare, cel mai important este **grupul țintă**, de aceea forma și mesajul, vor fi speciale și deosebite. Câteva idei de cărți de vizită, lucrate de studenții mediciniști, dar cu specificarea că:

1) – atunci când grupul țintă au fost copiii și medicul s-a gândit să-și amplaseze cabinetul sau clinica într-un cartier cu mulți copii și/sau în perimetrul unităților de învățământ (grădinița, cămin, școală), atunci vizita de cunoaștere și transmitere de informații făcută prin cartea de vizită și lăsată la preșcolari și școlari, având bine țintit mesajul, ar putea avea una din formule: (se diferențiază cele ale medicului stomatolog față de ale medicului generalist, pediatru sau specialist) enunțate mai jos;

2) – ceea ce trebuie neapărat să atragă la o carte de vizită, este designul, practic, comunicarea non-verbală, completeaza mesajul. Exemplele ce vor ur-

ma surprind mesajele adresate grupului țintă ce, în marea lor majoritate e bine să fie însoțite și de o imagine cheie, de fapt ca și sloganul:

- Noi avem grijă de inima ta! (cardiolog)

- Descarcă-ți rinichii! (urolog)

- Redau strălucirea dinților! (stomatolog)

- Inima ta e o legendă vie, lasă-mă să-i aflu povestea! (cardiolog)

- Eu iubesc copiii! (pediatru)

- Te dor dințișorii? Sună-mă! (stomatolog)

- Respectă-ți ochii! (oftalmolog)

- Sănătatea oaselor tale se află în mâinile mele! (ortoped)

- Mănâncă liniștit... noi operăm pentru tine! (chirurg plastician)

- Ofer bebelușului tău un plus de sănătate! (neonatolog)

- Ochii tăi sunt mai mult decât o poveste! (oftalmolog)

- Inima ta are dreptul să bată! Sună-mă! (cardiolog)

- Nu te baza pe Zâna Măseluță! Nu ea este cea la care trebuie să apelezi! Caută-mă! (stomatolog)

- N-ai cu cine vorbi? Încearcă și-ți voi răspunde! (psihiatru)

- Te doare dintele? Cheamă-mă! (stomatolog)

e) – **Ecusonul** își are identitatea sa specială putând fi purtat permanent- ca semn de identitate- recunoaștere, cât și ocazional- vizite, manifestări științifice de toate rangurile, întâlniri de afaceri; semn de recunoaștere.

Ecusonul:

- poate vorbi despre persoană fiind personalizat prin scris, vizibil numele mic în situațiile în care adresa directă este o provocare, având sau nu însemnele cabinetului și /sau fotografia (imaginea) deținătorului;

- poate fi agățat de piept sau purtat după gât, eliminând o bună parte din formalitățile de prezentare;

- poate stimula contactul discuțiilor chiar și prin designul pe care-l conține;

- poate reprezenta și un act de identitate, asigurând în anumite situații securitatea persoanei respective cât și identitatea (rang, funcție, titlu).

f) – **Uniforma** (halatul, în cazul nostru) este perceput ca un semn distinctiv și un simbol al imaginii publice. Ea ajunge în postura în care cei ce o poartă se identifică cu simbolul ce-l conține.

Totodată, în cazul nostru, halatul aduce:

- un plus de prestanță;
- mult respect;
- multă distincție;
- o anumită rezervă;
- impune o limită;
- pentru unele persoane, disconfort;

- neîncredere;
- încredere;
- siguranță,

reprezentând chiar în unele situații, o formă foarte bună de publicitate.

În cazul compartimentului în care lucrează medicul, în relația sa cu pacientul poate sau nu să facă uz de halat, dar și în viața medicală se observă, începe să difere mult după culoare, specialitatea, clinică. Astfel, chirurgii preferă culorile odihnitoare, calde (în general nuanțe de verde), sau impimeuri care le găsim (și-ar fi bine) la pediatrii (lumea desenelor animate).

Deoarece albul obosește uneori pacientul, creându-i anumite stări emoționale, sau i se pare prea auster, medicii stomatologi au trecut în bună parte la halatul colorat, fapt ce pentru unii bolnavi are un impact pozitiv în relațiile ce se stabilesc între cei doi.

Alături de uniformă (halat) un impact special asupra pacientului, îl poate avea modul în care este **amenajat cabinetul medical**, în speță cel **stomatologic**, mai ales pentru **pacientul copil**. În această situație, în urma unui studiu efectuat pe un eșantion format din **preșcolari**, grupa pregătitoare (6-7 ai) a reieșit faptul că aceștia își doresc în cabinete:

a) – scaune sub formă de:

- | | |
|----------|-----------|
| - cățel; | - delfin; |
| - urs; | - păpușă; |
| - leu; | - minge; |

b)- halatele medicilor să fie:

- | | |
|------------|----------------------|
| - verzi; | - cu picățele; |
| - galbene; | - cu floricele; |
| - albe; | - cu desene animate; |

c) – culoarea pereților:

- roz ca pantera;
- albastră ca marea;
- verde ca iarba;

- nu alb că mi-e frică;

comparativ cu cele menționate de eșantionul de **școlari mici**- clasele I - IV (10-11 ani) care au printre preferințe:

a) – scaune în formă de:

- dinte; - animale;
- floare; - mașini;
- fructe; - minge de fotbal;

b) – halatele medicilor să aiba culoarea:

- verzi pentru liniște;
- albastre ca cerul;
- albe da, nu mi-e frică;

c) – pereții să fie zugrăviti în culori:

- albastru cu imagini;
- verde cu flori;
- galben cu mașini;
- alb cu figuri;

rezultatele demonstrând nu numai nevoia copilului de a cunoaște și a se simți în siguranță și bine

într-un asemenea cabinet, dar și **impactul educativ** pe care-l poate și trebuie să-l aibă asupra unui asemenea grup țintă. Este de fapt un pas important spre **educația pentru sănătate**, prin menținerea unui corp și a unei minți sănătoase, înlăturându-i în primul rând teama – frica de halatele albe și actul medical, și apoi apropiindu-l prin prevenție de boală și tot demersul mai puțin plăcut și chiar nedorit de nimeni sub nicio formă, dar care totuși, în anumite situații speciale este absolut necesar.

5.3. – telefonul

Din observațiile zilnice, rezultă faptul că **telefonul** face „parte integrantă” din viața noastră, chiar dacă influența sa nu este totdeauna benefică. Ca și celelalte surse neconvenționale de comunicare, telefonul transmite informația, o recepționează când e cazul, ajungând ca în anumite situații să o prelucreze

sau nu. Atât medicul, dar mai ales pacientul, folosesc telefonul ca modalitate de comunicare atunci când:

- pacientul nu este transportabil;
- se anunță o urgență;
- se confirmă un simptom;
- distanța dintre cei doi este prea mare;
- e necesară o informație în plus;
- pacientul este imobilizat,

ajungând în decodificare și la pacientul care nu are cu cine vorbi, fiind singur și atunci apeleaza la telefon în orice situație chiar dacă nu este întotdeauna vorba de o problemă medicală.

Atenție! **Medicul** prin telefon **nu va:**

- da consultații;
- anunța veștile proaste;
- nu se va implica în tratament;
- emite păreri pertinente sau nu despre un simptom al pacientului,

toate acestea, la care se mai pot adăuga, atunci când nu cunoaștem pacientul (și nici atunci întotdeauna), având grija la modul în care, când este cazul, va folosi o anumită modalitate în comunicare dar va parcurge și pașii de:

a) – deschiderea (atitudinea cu care răspunde la telefon);

b) – investigarea (atenție la tonul vocii, pauzele, trăirile emoționale, folosirea parafrazării pentru înțelegerea corectă a informației transmise);

c) – transmiterea informațiilor (atenție la feedback-ul solicitat);

d) – închiderea (se poate solicita și o consultație la cabinet, iar dacă nu, atenție la feedback-ul din partea pacientului).

Durata unei convorbiri telefonice va fi moderată ca timp, importantă fiind primirea și transmiterea de informații în ambele sensuri, făcând totuși

din acest instrument, o modalitate prețioasă în comunicarea și relaționarea celor în cauză.

5.4. – internetul

În clipa de față este considerată cea mai rapidă, consistentă, la modă, accesibilă, utilă sursă de informații, putând fi relativ ușor de accesat și găsimu-se la îndemâna oricui, în cazul nostru, atât a medicului cât și a pacientului, internetul fiind un mijloc universal de comunicare, o sursă inepuizabilă de informații medicale, fapt care determină și o folosire câteodată exagerată a sa. **Pacientul** caută informația mai mult sau mai puțin științifică care-l interesează, o prelucrează sau nu, dar de multe ori, aplică cele citite fără a avea acceptul medicului.

Medicul folosește internetul pentru informarea sa științifică, dar și aici e nevoie de discernământ în a prelucra și aplica cele citite. De fapt, cu moderație

și echilibru orice sursă neconvențională apărută în relația medic-pacient, este binevenită.

Și totuși internetul poate crea o relație de comunicare între medic și pacient, atunci când cel din urmă dorește să cunoască mai mult despre boala sa cronică, să vorbească și să afle și de la alți suferinzi, ceea ce-l așteaptă sau trăiește acum. De aceea, informația și legătura cu asociații, fundații, către și alte modalități de comuniune (scleroza în plăgi, diabetul, AVC, dializa, transplantul, cancerul, etc.) ajută la înțelegerea și acceptarea momentelor prin care trec cei suferinzi.

Comunicarea între bolnavi (pacienți) pe baza internetului este frecventă ca formă de exprimare, pentru unii având rol de catharsis, dar e bine a cunoaște și a putea face delimitarea între real și imaginar, bunătate și-nșelăciune.

Cu măsură, rămânem la ideea de bază, de informații filtrate corect și înțelese prin discutarea lor de

către pacient în relația sa cu medicul curant și / sau specialist.

Capitolul 6

Etica în comunicare

6.1. – istoric

6.2. – drepturi

6.1. – istoric

Pentru o bună înțelegere, acceptare și existență a comunicării în relația medic-pacient, este momentul de a evidenția importanța respectării legilor scrise și nescrise, ale acestei întâlniri dintre cei doi, aproape întotdeauna în condiții speciale.

Ca exemplu, Duțescu B. (1980) încă în epoca vedică, cu aproximativ 5000 de ani în urmă, **vindecătorul** era îndrumat în conduita sa profesională de un veritabil cod deontologic:

„Nu-ți vei pierde niciodată răbdarea
Și vei fi mereu atent,
Îndeplinind totul cu spiritul concentrat asupra
muncii tale.

Aționând umil
și după reflexe
din toată inima.

Te vei strădui să aduci vindecarea
celor ce sunt bolnavi
și fără să-i exploatezi în favoarea ta.

Parcurgând etapă istorică, una după cealaltă, în
care responsabilitatea și morala stau la baza actului
pus în slujba sănătății, ajungem la **Hipocrate**, din
înțelepciunile sale, având și astăzi ce învăța. Astfel,
el pune bazele actului medical prin:

- stabilirea comemorativelor;
- examenul stării prezente;
- precizarea diagnosticului și a prognosticului;
- principiile de bază ale terapiei;

- colaborarea dintre medic și bolnav,
sintetizându-le sub forma, Hipocrate (1960):

„Să cercetăm cele ce s-au petrecut, să cunoaștem cele prezente, să prevedem cele ce se vor întâmpla. Să ne îngrijim de toate aceste lucruri. În boli să urmărim următoarele două fapte: să fim de folos, ori să nu vătămăm. Meșteșugul medicinei se exercită prin trei factori: boala, bolnavul și medicul. Medicul este slujitorul naturii, iar bolnavul trebuie să-l ajute pe medic în lupta cu boala.”

În același context, Duțescu B. (1980), Hipocrate formulează cu o rigurozitate deosebită cerințele fundamentale ale profesiei medicale, întreaga deontologie medicală este bine circumscrisă, gravitând în jurul a doi poli: **boală și bolnavul** pe de o parte, **medicul** pe de alta parte; profesiunea medicală încețază să mai fie sacerdotală, devenind o profesiune de cunoaștere cauzală, concretă, de prevedere, între-

meiată pe o relație profund umană, de colaborare între medic și pacient.

Aceleași principii le stipulează și la propriu, **jurământul** ce reprezintă și astăzi simbolul înaltei responsabilități și profundul umanism al profesiei medicale, iar pentru frumusețea lui morală, ne permitem a-l reda în întregime ca document al eticii profesiei medicale:

„Jur pe Apolo, medicul, pe Aesculap, pe Higienea și Panakeia și pe toți zeii și zeitățile, pe care îi iau ca martor, că voi împlini complet, după puterea și judecata mea, acest jurământ și acest legământ scris.

Voi considera pe cel care m-a învățat această artă egal părinților mei și voi împărți cu el cele necesare traiului, și dacă va fi nevoie îi voi da ajutor, socotindu-i pe urmașii lui ca pe frații mei și învățându-i fără plată sau legământ scris arta, dacă vor avea nevoie să și-o însușească. Îi voi ajuta prin per-

cepte, lecții și toate celelalte învățături, pe copiii mei, pe aceia ai dascălului meu sau pe elevii care au făcut legământ scris și jurământ după legea medicală și pe nimeni altul.

Voi întrebuința regimurile în folosul celor bolnavi, după puterea și judecata mea și mă voi feri să-i vatăm și să-i nedreptățesc.

Nu voi da nimănui un medicament care să-i provoace moartea și nici nu voi sugera o asemenea intenție. De asemenea, nu voi aplica vreunei femei un pesar abortiv.

Voi petrece viața mea și voi practica arta mea în puritate și sfințenie.

Nu voi face litotomie, ci voi lăsa în seama bărbaților care execută această practică.

În toate casele în care voi merge, voi intra pentru folosul bolnavilor, străin de orice nedreptate voluntară și vătămătoare și de acte nedemne față de femei și bărbați, de oameni liberi sau scalvi.

Asupra celor ce voi vedea sau auzi în timpul tratamentului și în afara tratamentului, privind viața oamenilor și care nu trebuie divulgate în afară, voi păstra tăcere, socotind că nu trebuie spus.

Dacă voi executa astfel, în chip desăvârșit acest jurământ și nu îl voi călca, să mă bucur de viață și de artă, stimat totdeauna de toți oamenii, iar dacă îl voi călca, să mi se întâmple dimpotrivă.”

Vechimea documentului, nu-l „scoate de pe piață”, frumusețea lui și a momentului rămâne, cât și uzanțele de astăzi ale **eticii medicale**, sub forma:

a) – recunoștința față de cei care ne-au inițiat în tainele profesiei și datoria morală de a dezvolta și transmite generațiilor următoare cunoștințele dobândite;

b) – datoria absolută a medicului de a sluji viața, utilizarea tuturor cunoștințelor sale în folosul bolnavului;

c) – probitatea profesională a medicului în tot ceea ce el întreprinde: interzicerea tratamentelor vătămătoare, orientarea activității în folosul bolnavului;

d) – spiritul de omenie al medicului și „curățenia” sa morală;

e) – discreție (atitudine etică cunoscută mai ales sub forma secretului profesional).

Astăzi, absolvenții facultăților de medicină, urmașii lui Hipocrate în timp, **jură**, încercând a duce mai departe deosebita noblețe și omenie a acestei meserii, devenind în timp, maeștrii ai artei:

„O dată admis printre membrii profesiunii de medic:

Mă angajez solemn să-mi consacru viața în slujba umanității;

Voi păstra profesorilor mei respectul și recunoștința cu care le sunt dator;

Voi exercita profesiunea cu conștiință și demnitate;

Sănătatea pacienților va fi pentru mine obligație sacră;

Voi păstra secretele încredințate de pacienți chiar și după decesul acestora;

Voi menține prin toate mijloacele, onoarea și nobila tradiție a profesiei de medic;

Colegii mei vor fi frații mei;

Nu voi îngădui să se interpună între datoria mea și pacient, considerații de: naționalitate, rasă, religie, partid sau stare socială;

Voi păstra respectul deplin pentru viața umană de la începuturile sale, chiar sub amenințare și nu voi utiliza cunoștințele mele medicale, contrar legilor umanității;

Fac acest jurământ în mod solemn, liber, pe onoare!”

Înaintând în istorie, vom remarca figura Renașterii- **Paracelsus** care-i îndemna în permamnență pe medici să studieze continuu, să-și perfecționeze meșteșugul spre a fi mereu de folos celor în suferință și să acționeze din dragoste de oameni, iar nu pentru satisfacerea propriilor interese materiale.

Ca un corolar al clipelor de istorie a eticii medicale atât de necesară nu numai în comunicarea și relationarea medicului cu pacientul, dar și pentru propriul său comportament, ne vom opri asupra „Decalog al personalului sanitar” formulat de profesorul spaniol B. Masci (dupa Duțescu B-1980) în primele decenii ale secolului douăzeci, și anume:

1 – Onorează pe bolnavul tău de orice vârstă ar fi: copil tânăr sau bătrân. Când a ajuns în mâinile tale, este o ființă fără apărare, care nu are altă armă de susținere decât apelând la știința și la caritatea ta.

2 – Dă aceeași stimă și atenție săracului ca și bogatului. În dragostea ta de oameni, săracul se sim-

te bogat. Respectă nuditatea maladiei, spectacolul mizerie și al suferinței.

3 – Respectă nobila ta misiune, începând cu însăși persoana ta. Să nu o profanezi. Poartă-te demn, cuvincios, cu omenie. Nu specula pe bolnav, căci profesiunea ta nu e ca oricare alta. Sacrificiul tău, ajutorul tău nu poate fi prețuit ca o meserie obișnuită.

4 – Oboseala ta să fie luminată de credință și de dragoste. Atunci când știința nu mai poate face nimic, bunătatea ta, purtarea ta, să susțină pe bolnav. Învinge greutățile inerente profesiei tale, stăpânește supărarea și nerăbdarea ta; gândește-te că cel suferind este dezarmat, fără putere și are nevoie de ajutorul și îngrijirea ta.

5 – Să nu umilești pe bolnav, care și așa e umilit de boala lui. Să nu distrugi niciunui bolnav iluzia vindecării, chiar de a fi vorba de un muribund. Sunt

oameni care au nevoie să-i întovărășești până la ultima lor clipă, pentru a nu-i lăsa să ghicească sfârșitul.

6 – Să nu uiți niciodată că secretul ce ți se încredințează, în ceea ce privește o maladie, este ceva sfânt, care nu poate fi trădat, destăinuit altei persoane. Profesiunea ta este un sacerdoțiu. Tu nu trebuie să faci nicio deosebire de clasă socială, de credințe religioase. Înaintea ta toți să fie tratați deopotrivă, căci toți oamenii sunt tratați deopotrivă de legile firii...

7 – Să nu vezi în îngrijirea bolnavilor tăi o povară, o corvoadă. Acest sentiment ar îngreua exercițiul meseriei tale. Învață să cunoști bolnavii tăi și să-i înțelegi în felul lor de a cere ceva, când au nevoie de ajutorul tău, când au nevoie de somn, de odihnă, de mâncare, etc. Defectele, pretențiile, toanele bolnavilor sunt datorate suferinței. La fel ai fi și tu când ai fi bolnav.

8 – Niciodată, fața de bolnav, să nu te arăți neîncrezător în reușita tratamentului. Menține-i speranța, credința. Fă ca bolnavul să nu se simtă singur, izolat. Dacă a suferit e greu, dar a suferi singur e incomparabil mai greu. Poartă-te astfel ca bolnavul să fie sigur ca are în tine un spijin. Dă-i curaj, când îl vezi trist, amărât, supărat.

9 – Nu ajunge numai bunăvoință, ci se cere și știință în îngrijirea bolnavilor. Zilnic se descoperă noi mijloace pentru alinarea suferințelor. Nu te mulțumi și nu te mărgini numai la științele și cunoștințele ce le-ai dobândit în școală! Împrospătează-le mereu! Învață mereu! Citește mereu cărți și reviste medicale.

10 – Nu discuta și nu contrazice nicodată prescripțiile medicale în fața bolnavului. Îi răpești încrederea în medicină, îi distrugi speranța în vindecare...

Cu alte cuvinte: „Mensa sana in corpore sano” înglobează dorința de a lega mintea de trup și de a le menține în orice condiții sănătoase, chiar și de-a lungul istoriei, exemplele anterioare demonstrând acest lucru, din plin și cu prisosință.

6.2. – drepturi

Nu ne vom ocupa și nici opri în mod special la întreaga literatură de specialitate privind **etica și morala medicală** cât și **bioetica medicală**, ci doar vom reflecta modul în care cele menționate se concretizează în **relația de comunicare dintre medic și pacient**. Astfel, Morariu I (1967) relațiile dintre medicul deținător al cunoștințelor specifice și al mijloacelor terapeutice, pe de o parte și bolnavul cu particularitățile sale psihice specifice, pe de altă parte, relații care se întemeiază pe încredere, conferă o latură pregnant morală practicii medicale. La toate

acestea putem adăuga faptul că, Duțescu B (1980), acest deziderat al cooperării nu poate fi realizat fără încrederea reciprocă dintre medic și pacient, care trebuie să se desfășoare pe termen lung sau atât cât este nevoie, totul depinzând de boală.

Se remarcă în tot acest demers al comunicării și relaționării dintre cei doi actori că medicul trebuie să fie și un bun psiholog, adică să aiba tact (tactul fiind expresia fineței de spirit indispensabil oricărui medic). De aceea, **buna pregătire filosofică, psihologică și pedagogică**, îi sunt necesare medicului pentru a putea analiza rapid la patul bolnavului, sau în cabinetul de consultații, multitudinea de informații și sentimente, mentalități și reacții legate de fiecare caz în parte, să poată diagnostica și nu numai starea de sănătate, dar și tipologia bolnavului (vezi 4.2.), nivelul său cultural și starea sa sufletească. Toate aceste operații trebuie desfășurate în primele momente pentru ca, în funcție de rezultatele la care se ajunge,

medicul să poată coordona și direcționa nu numai discuția cu pacientul, dar și relația cu el.

Dacă în demersul nostru cnosologic o bună parte am acordat-o medicului acesta fiind „forța motrice” în menținerea sănătății, este momentul în care, în buna funcționare a actului de comunicare și relaționare cu pacientul, acesta din urmă, pe lângă rolul pe care-l joacă, trebuie să-și cunoască invariabil, drepturile care-i aparțin. Evaluate și evaluate în timp, **drepturile pacientului** au suscitau nu numai discuții, dar și controverse, ele demonstrând atât necesitatea unei astfel de „instituții” cât și modul de implementare a lor (a drepturilor) aducând astfel îmbunătățiri majore în desfășurarea actului medical în sine.

Astfel, Declarația AMN privind **drepturile bolnavilor** (Lisabona 1918- după Scripcaru Gh, Ciucă Astărăstoae V, Scripcaru C. -1998) stipulează câteva din principiile pe care medicul cunoscându-le, va

căuta să le respecte și implementeze în relația sa directă cu pacientul și anume:

1 – Bolnavul are dreptul să-și aleagă singur medicul.

2 – Bolnavul are dreptul de a fi îngrijit de un medic liber de a lua o decizie clinică și etică, independentă de orice intervenție exterioară.

3 – După ce a fost informat asupra tratamentului propus, bolnavul are dreptul să-l accepte ori să-l refuze.

4 – Bolnavul are dreptul ca medicul să respecte natura confidențială a tuturor datelor medicale și personale ce-l privesc.

5 – Bolnavul are dreptul de a muri în mod decent.

6 – Bolnavul are dreptul să primească sau să refuze ajutor spiritual și moral, inclusiv acela al unui preot al religiei potrivite.

În aceeași textură a demnității, eticii și moralei medicale și nu numai, Organizația Mondială a Sănătății (OMS)- Biroul Regional pentru Europa, prezintă **drepturile paceinților** care trebuie puse de comun acord cu documentele privind **drepturile omului** și având o bază legală în conformitate cu legislația țării. Enumerate, acestea sunt:

1 – Fiecare persoană are dreptul de a fi respectată ca ființa umană.

2 – Fiecare persoană are dreptul la autodeterminare.

3 – Fiecare persoană are dreptul la integritate fizică și mentală și la securitatea persoanei sale.

4 – Fiecare are dreptul de a pretinde respectarea intimității sale.

5 – Fiecare are dreptul la respectarea valorilor sale morale și culturale și convingerilor filosofice.

6 – Fiecare are dreptul la protecție corespunzătoare a sănătății, asigurată prin măsuri preventive

și de îngrijire a sănătății, urmărind atingerea nivelului personal optim de sănătate.

Și-atunci, considerăm ca act de normalitate, respect și probitate profesională când în incinta cabinetelor medicale și a spitalelor sub o forma accesibilă, **li se aduc la cunoștința pacienților, drepturile lor,** (adică aceștia au dreptul legat de condiția și starea lor) la:

- informare;
- acces;
- opțiune;
- siguranță;
- intimitate;
- confidențialitate;
- demnitate;
- confort;
- continuitate;

fapt ce ne certifică încă o dată că avem în fața noastră o ființă și nu un obiect, pe care trebuie să o respectăm.

Toate acestea converg spre o nouă modalitate a dreptului și științei de a fi în folosul omului. De fapt, bioetica (Scripacru Gh, Ciucă A, Astărăstoae V, Scripcaru C-1998) este definită ca parte a filosofiei morale care se ocupă de aspectele intervenției omului în câmpul biologic și medical, Gia Galeno (120-200 î.Hr.) spunea că „un bun medic trebuie să fie și un bun filosof”.

În această conjunctură, arătau aceeași autori, **bioetica** pleacă de la realitatea faptului că dreptul la viață și sănătate constituie nucleul central al drepturilor omului, de unde decurg consecințe inevitabile, și anume:

a) – ca între demintatea umană și resursele sale economice, sociale și juridice, să fie o concordanță;

b) – ca între individualitatea drepturilor omului și universalitatea cuceririlor științifice și juridice să fie o inevitabilă filiație;

c) – ca într-o societate pluralistă și deschisă, prin bioetică și știință, legea să fie dinamică și flexibilă;

d) – ca între primordialitatea drepturilor persoanei și nevoile comunității, să fie o concordanță deplină pentru ca, astfel, declarațiile în domeniu să nu fie doar retorice.

De fapt, toate se regăsesc în structura lor internă în ceea ce putem identifica a fi etica - o știință care are în vedere studiul teoretic al valorilor și condiției umane, privite din perspectiva principiilor moralei și a rolului lor în viața socială, fiind reprezentată de totalitatea normelor de conduită morală corespunzătoare. Etica se impune a fi practic o filosofie a moralei, a binelui și a răului, a datoriei și a respectului ce-l datorăm semenilor noștri.

Etica în comunicare reprezintă cumulusul de norme și valori morale ce trebuie să-și găsească locul în relația dintre medic și pacient, amândoi pornind de la statutul de colaboratori și nu învinși și învingători.

Respectul față de om și natura sa, incumbă și dezvoltă o atitudine, ce duce la conduită și determină un comportament, de aceea **comunicarea în relația celor doi actori**, e nevoie a porni întotdeauna de la principiul că „în primul rând să nu faci rău” neuitând că harul de a îngriji omul bolnav și a-l tămădui, este dat numai celor aleși, astfel încât așa cum spunea Hipocrate în jurământul său: „Voi petrece viața mea și voi practica arta mea în puritate și sfințenie.”

Este mai mult decât un jurământ pentru medic, adică, el trebuie să devină cu adevărat **crez** al valorii sale profesionale și nu numai, demonstrând că exis-

tența sa nu este efemeră, ci viabilă și pusă în slujba sănătății, progresului, respectului și demnității umane.

Bibliografie

1. Athanasiu, A (1983) – *Elemente de psihologie medicală*, București
2. Azamfirei, L. (2010) – *E bine să știi! O carte pentru oameni sănătoși și bolnavi*, Ed. Viață și Sănătate, București
3. Balint, M (1960) – *Le medicine san malade et la maladie*, Payot, Paris
4. Berne, E (2002) – *Jocuri pentru adulți*, Ed. Almatea, București
5. Bruno, Șt (2006) – *Mediul penitenciar românesc*, Institutul European, Iași
6. Brumă-Popescu, S(2005) – *Psihologia sănătății*, Ed. Paralela 45, Pitești
7. Burns, D(1989) - *The Feeling Good Hand-book*, A Plume Book, New York
8. Cleparede, E(1933) – *Educația funcțională*, Ed. Lumina, București

9. Chirilă, P(2009) – *Vindecarea*, Ed. Christiana, București
10. Christians CG, Fackler, M; Rotzol, KB; McKee, KB (2001) – *Etica mass-media*, Ed. Polirom, Iași
11. Commarmond, G; Exiga, A(2003) – *Arta de a comunica și de a convinge*, Ed. Polirom, Iași
12. Craioveanu, PM(2006) – *Introducere în psihologia resurselor umane*, Ed. Universitară, București
13. Coe, RM(1970) – *Sociology of Medicine* – New York, London, McGraw-Hill Book
14. Cockerham, W(1992) – *Medical Sociology, fifth edition*, New Jersey, Prentice – Hall, Englewood, Cliffs
15. Cucu, I (1980) – *Psihologie medicală*, Ed. Litera București
16. Dinu, M(1997) – *Comunicarea*, Ed. Științifică, București
17. Dagenais, B(2002) – *Profesia de relaționist*, Ed. Polirom, Iași

18. Drăgan, I(1996) – *Paradigme ale comunicării de masă*, Casa de Editură și Presă Șunsa, București
19. Duțescu, B(1980) – *Etica profesiei medicale*
20. Egner B(1997) – *Empathy* in Feldman MD-Christensen J.F. *Behavioural Medicine in Primary*
21. Enătescu V, Enătescu VR (2007) – *Dialogul medic-bolnav*, Ed. Dacia, Cluj Napoca
22. Florian Gh(2001) –, *Psihologia penitenciară* Ed. Oscar Print, București
23. Florian Gh. (2003) – *Fenomenologie penitenciară*, Ed. Oscar Print, București
24. Gîfei, M (2009 – *Autismul la preșcolari*, Ed. Rovimed Publishers, Bacău
25. Goddard, A(2002) – *Limbaajul publicității*, Ed. Polirom, Iași
26. Hipocrate (1960) – *Texte alese*, Ed. Medicală, București

- 27.Holdevici, I (2000) – *Ameliorarea performanțelor individuale prin tehnici de psihoterapie*, Ed. Orizonturi, București
- 28.Ilișoi D, Lesenciuc A, Ciperca E, Ciupercă C, Szilagy A, Pașca MD (2010) – *Consiliere și comunicare interpersonală*, Ed. Antet, București
- 29.Ionesc, G(1973) – *Introducere în psihologie medicală*, Ed. Științifică, București
- 30.Iamandescu IB (1997) – *Psihologie medicală*, Info Medica, București
- 31.Jakobson, R (1964) – *Lingvistică și poetică în probleme de stilistică*, Ed. Științifică, București
- 32.Lupu I, Zanc I, Săndulescu C (2004) – *Sociologia sănătății- de la teorie la practică*, Ed. Tiparg, Pitești
- 33.Lupu I, Zanc I (1999) – *Sociologie medicală- Teorie și aplicații*, Ed. Polirom, Iași
- 34.Lohisse, J (2002) – *Comunicarea - de la transmiterea mecanică la interacțiune*, Ed. Polirom, Iași

35. Moscovici, S (1998) – *Psihologia socială a relațiilor cu celălalt*, Ed. Polirom, Iași
36. Mauss, M (1967) – *Sociologie et antropologie*, P.U.F. – Paris, Franța
37. Mitrofan I, Buzducea D (2002) – *Psihologia pierderii și terapia durerii*, Ed. Sper, București
38. Morar, I (1967) – *Medicina legală*, Ed. Medicală, București
39. Pașca, M.D. (2007) – *Noi perspective în psihologia medicală*, Ed. University Press, Tg. Mureș
40. Pașca, MD (2007) - *Consilierea psihologică în mediul universitar*, Ed. University Press Tg. Mureș
41. Pașca M.D. (2008) – *Povestea terapeutică*, Ed. V& Integral, București
42. Pasecinic, V. (2006) – *Psihologia imaginii*, Ed. Știința, București
43. Parson, T. (1951) – *The Social System*, New York, The Free Press

- 44.Păunescu-Podeanu, A (1969) – *Bolnavi dificili*, Ed. Medicală, București
- 45.Pirozynski T, Scripcaru G, Berlescu M E (1996) – *Psihologie relatională*, Ed. Junimea, Iași
- 46.Pop, D. (2000) – *Introducere în teoria relațiilor publice*, Ed. Dacia, Cluj Napoca
- 47.Popescu GR, Rădulescu S. (1976) – *Sociologia medicinei*, Ed. Medicală, București
- 48.Prutian, Șt. (2000) – *Manual de comunicare și negociere în afaceri - comunicarea*, Ed. Polirom, Iași
- 49.Rădulescu, S.M.(2002) – *Sociologia sănătății și a bolii*, Ed. Nemira, București
- 50.Rogers, C. (1989) – *Developpment de la per-sonne*, Paris, Dunod
- 51.Rusu A, Pașca M.D, Hancu G. (2011) – *Ghidul farmacistului în comunicarea cu pacientul*, Ed. University Press, Tg. Mureș

- 52.Săhleanu V, Athanasiu A. (1973) – *Psihologia profesiei medicale*, Ed. Științifică, București
- 53.Slama-Cazacu, T. (2000) – *Stratageme comunicative și manipularea*, Ed. Polirom, Iași
- 54.Scripcaru GH, Ciucă A, Astărăstoie V, Scripcaru C. (1998) – *Bioetica, științele vieții și drepturile omului*, Ed. Polirom, Iași
- 55.Stanton, N. (1995) – *Comunicarea*, Ed. Știință și Tehnică, București
- 56.Skolka, E (2004) – *Aspecte ale asistenței bolnavului aflat în stadiul terminal*, Ed. Casa Cărții de Știință, Cluj Napoca
- 57.Stewart M, Buck C (1977) – *Physicians' Knowledge of and Response to Patients' Problems*, Medical Care
- 58.Torris, G (1954) – *L'acte medical et la caractere du malade*, P.U.F. – Paris, Franța
- 59.Tudose, FL. (2003) – *Orizonturile psihologiei medicale*, Ed. Medicală, București

60. Verza, E. (1997) – *Psihopedagogie specială*, Ed.

Didactică și Pedagogică, București

*** - DEX (1975) – Ed. Academiei, București

*** - Să construim poduri, Ed. Hifa-Ro, Tg. Mureș