

PARTICULARITĂȚILE COMUNICĂRII MEDICALE ÎN RELAȚIA CU PACIENTUL

Ludmila POSTICĂ, doctorandă

<https://orcid.org/0000-0001-7386-8511>

Școala Doctorală Științe ale Educației, UPS „Ion Creangă”

Rezumat. În acest articol, ne dorim să identificăm care sunt particularitățile comunicării medicale în relația cu pacientul. Comunicarea medicală între medic și pacient este un element esențial în furnizarea îngrijirii medicale eficiente și de calitate. Or, această interacțiune are caracteristici unice care influențează nu doar modul în care este livrată informația, ci și modul în care pacientul înțelege și acceptă tratamentul. Astfel, medicii trebuie să manifeste empatie și respect față de pacienți, înțelegând starea lor emoțională și îngrijorările pe care le pot avea. O atitudine empatică ajută la crearea unui mediu de încredere, unde pacientul se simte încurajat să își împărtășească problemele și simptomele.

Cuvinte-cheie: medic, pacient, comunicarea, interacțiune, relație, comunicare medicală, relația medic-pacient, atitudini ale medicului.

THE PARTICULARITIES OF MEDICAL COMMUNICATION IN THE RELATIONSHIP WITH THE PATIENT

Summary. In this article, we want to identify what are the particularities of medical communication in the relationship with the patient. Medical communication between doctor and patient is an essential element in providing effective and quality medical care. However, this interaction has unique characteristics that influence not only how the information is delivered, but also how the patient understands and accepts the treatment. Thus, doctors must show empathy and respect towards patients, understanding their emotional state and the concerns they may have. An empathetic attitude helps to create an environment of trust, where the patient feels encouraged to share his problems and symptoms.

Key words: doctor, patient, communication, interaction, relationship, medical communication, doctor-patient relationship, doctor's attitudes.

Introducere. Definind comunicarea, cercetătorul român *O.-I. Pânișoară*, menționează că „*comunicarea* este un proces de exercitare de roluri. În viață, în funcție de contexte diferite, jucăm roluri diferite, stabilite social de relaționările pe care le avem. O persoană joacă simultan rol de copil față de părinții săi, rol de coleg la locul de muncă față de un alt membru al departamentului, rol de student atunci când urmează anumite cursuri. Toate aceste roluri pot fi jucate simultan, în anumite momente ele susținându-se unele pe celelalte, alteori neintersectându-se, iar alteori aflându-se chiar în conflict”. „Este însă important de reținut că, oricare ar fi situația pe care o reclamă, ele influențează modul în care noi comunicăm cu ceilalți. Rolurile sunt percepute diferit de diferite persoane, lucru ce afectează de asemenea comunicarea. Spre exemplu, unele persoane pot considera anumite roluri de putere (de manager, de profesor, de părinte) ca trebuind jucate în mod autoritar, pe când alte persoane pot să aibă o concepție diferită despre

respectivele roluri, imprimându-le mai degrabă o latură colaborativă. Rolurile pe care le jucăm sunt roluri pe care le învățăm pe parcursul experienței de viață” [10, pp. 266-270].

De fapt, comunicarea ne arată cine suntem. Aceasta se întâmplă prin interacțiunile cu ceilalți, iar în urma acestei interacțiuni noi ne dezvoltăm imaginea de sine. Prin interacțiunile cu ceilalți putem răspunde la întrebările: cine suntem și cum ne definesc cei din jur.

Expresia „comunicarea ne arată cine suntem” se referă la faptul că modul în care comunicăm reflectă personalitatea, valorile, credințele, emoțiile și identitatea noastră. Comunicarea este mai mult decât un simplu transfer de informații – este o oglindă a ceea ce suntem ca indivizi.

În acest context, *comunicarea* afectează starea noastră generală de bunăstare pentru că societatea de astăzi pune un mare accent pe *suportul social* și pe *relații* [1, pp. 13-14].

Relația, conform lui I. Dașinoiu „este mai eficientă atunci când comportamentele corecte sau pozitive sunt întărite prin laudă, încurajare etc. Bine folosit de medic *cuvântul* își păstrează întreaga sa valoare, un cuvânt nefericit, prost folosit putând condiționa negativ pacientul timp îndelungat, pe când cuvântul bine ales și folosit poate deveni suportul ideilor benefice, continuându-și efectul terapeutic chiar și după terminarea tratamentului” [6].

Un medic, ar fi bine să stabilească o *relație empatică, autentică, cordială și profesionistă*. Cu cât un medic este mai autentic, empatic și cordial, cu atât mai mult el trebuie să fie un bun profesionist. Cu cât este mai profesionist, cu atât mai mult își poate permite să fie empatic, autentic și cordial. În cadrul unui consult medical și cu scopul de a stabili un raport de colaborare, este recomandabil ca medicul să țină cont de trei dimensiuni: medicul, pacientul și relația care se stabilește între ei.

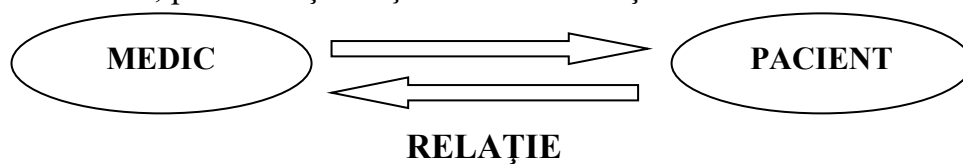


Figura 1. Cele trei dimensiuni ale raportului de colaborare [4, p. 239]

Raportul de colaborare este o relație în care medicul și pacientul lucrează împreună. Acesta constituie prima etapă a procesului terapeutic. Dacă nu se reușește realizarea lui, terapia nu poate începe. Dacă se pierde pe parcurs, terapia încetează. Atât timp cât elementele relaționale rămân pe primul plan, psihoterapia comportamentală și cognitivă nu poate începe și nu poate continua: rezistența sau reactanța domină cel mai adesea [2].

Deși *medicina contemporană* nu poate garanta obținerea rezultatelor dorite indiferent de modelul abordat, relația colaborativă este susținută ca cea mai potrivită variantă pentru maximizarea șanselor către rezultatele dorite. Totuși, există studii care arată că pacienții care primiseră o abordare directivă din partea medicului lor de familie,

în cadrul consultației, se declarau mai satisfăcuți decât cei care fuseseră întâmpinați cu un stil deschis, colaborativ [5, p. 134].

Astfel, în manualul, *Psihologie medicală*, autoarea D. Cosman, menționează faptul că „relația medic - pacient trece printr-o serie de etape, în funcție de fazele, pe care le parcurge procesul terapeutic”:

- **„etapa de apel** este cea a primei întrevederi, când pacientul se prezintă în plină suferință și incertitudine în fața medicului;
- **etapa de obiectivizare a relației terapeutice** prin intervenția tehnologiei de investigare;
- etapa de stabilire a diagnosticului;
- etapa de personalizare a relației terapeutice, prin conturarea așteptărilor ambilor protagoniști ai alianței terapeutice” [4, p.242].

Reciprocitatea implicării este caracteristica relației mature, responsabile, adulte a celor doi membri ai alianței - medicul și pacientul.

Un concept tot mai discutat și încurajat este cel *de relație centrată pe pacient*. Datele empirice susțin această variantă ca fiind cea mai bună ipostază a relației medic-pacient.

Relația medicală centrată pe pacient se suprapune peste relația colaborativă propusă de S. Greenfield. Deși autori diferiți o operaționalizează în formule diferite, există trei componente de bază care pot rezuma esențialul acestui tip de abordare:

- *atitudine deschisă a cadrului medical* față de opiniile și așteptările pacientului și mobilizarea efortului de a privi situația din perspectiva pacientului;
- *implicarea activă a pacientului* în luarea deciziilor cu privire la alegerea și planificarea tratamentului;
- *atenție sporită la conținutul afectiv* al interacțiunii, vizând emoțiile ambilor parteneri implicați [5, p. 135].

Autorul român, I. Iamandescu-Bradul, în manualul *Psihologie medicală*, subliniază că primul element pe care îl observă bolnavul în momentul stabilirii relației sale cu medicul este pur exterior, legat fiind de aspectul fizic și atitudinea „de primire” a acestuia. Distingem următoarele trăsături atitudinale din partea medicului cu impact negativ asupra psihicului bolnavului:

- *grabă, nerăbdare, enervare, atenție fluctuantă* cu „pauze de înregistrare” a „acuzelor” relatate de către bolnav (face o bună impresie medicul care notează riguros sau „punctează” cele spuse de către bolnav). Să ne reamintim că „a ști să ascuți” este o calitate de bază a oricărui medic angajat într-o relație terapeutică;
- *oboseală, plictiseală, mimică mohorâtă* - sugerează bolnavului o capacitate mai redusă de „angajare în efort” din partea medicului;

- *răceală*, „*atitudine distantă*” (uneori chiar tendință la persiflare) - generează o atitudine de ostilitate (sau crește o agresivitate deja prezentă) la bolnav;
- *tonul ridicat*, „*răstit*” al vocii medicului are același efect de blocare (cu sporirea agresivității) a bolnavului [9, p.155].

În manualul *Management în sistemul de sănătate*, identificăm idei conform cărora, *comunicarea* se realizează printr-un proces dinamic verbal sau nonverbal, permițând persoanelor să se înțeleagă unele cu altele, să ajungă la o comunicare de sentimente, opinii, experiențe și informații.

1. „*Procesul de comunicare* este definit ca schimbul de informație dintre două sau mai multe persoane, scopul principal fiind asigurarea circulației informației. În funcție de aceasta, comunicarea îndeplinește rolul de informare, instruire, motivare și obținere de informații”.
2. *Informarea* poate consta în transmiterea de fapte, impresii sau interpretări pe baza unor fapte. Informațiile transmise nu presupun influențarea comportamentului, ci diminuarea asimetriei informaționale dintre membrii unei organizații.
3. *Instruirea* are un scop bine precizat și urmărește modificarea comportamentelor.
4. *Motivarea* are ca scop o schimbare specifică a comportamentului sau împiedicarea unei schimbări în rău, care ar putea surveni în lipsa comunicării.
5. *Obținerea de informații* este opusul informării și constă în a-l determina pe interlocutor să furnizeze informații [8, p.263].

Autorul *O. Dimitriu*, în manualul *Introducere în psihologia clinică*, menționează despre *ascultare* ca solicitare a pacientului, aflându-se în strânsă legătură cu caracterul directiv sau non-directiv al interviului. Cu cât interviul este mai puțin directiv, cu atât se asigură pacientului o posibilitate mai mare de a fi ascultat. În privința ascultării ca disponibilitate fizică, se consideră că limitarea timpului necesar ascultării determină apariția unor prejudicii în luarea interviului [7, p. 177].

De altfel, elocvența și concizia clinicianului nu trebuie să vizeze disponibilitatea ascultării, ci excesul întrebărilor, explicațiilor sau sfaturilor. Ca aptitudine profesională, ascultarea este un act psihic care are un caracter activ și presupune capacitate de a-l înțelege pe celălalt. În activitatea clinică, ascultarea se cere stimulată și cultivată ca aptitudine profesională, constituind pentru pacient adevăratul liant al relaționării

În continuare, *O. Dimitriu*, vorbește despre *contactul vizual*, ce se află într-o strânsă legătură cu ascultarea atentă, facilitând nu doar ascultarea, dar și comunică faptul că intervievatorul îl ascultă pe celălalt. Pacientul se va simți ascultat atunci când va observa că intervievatorul are un contact vizual adecvat. În unele culturi, contactul vizual care durează prea mult sau este prea intens, ar putea fi perceput ca amenințător sau ca o încercare de a-l seduce pe celălalt. Pe de altă parte, un contact vizual inconsistent poate fi văzut de intervievat ca lipsă de atenție din partea intervievatorului [ibidem, p. 177].

În acest context vorbim și despre **kinezica**, care, conform perspectivei engleze cuprinde:

- *Informații care oferă indicații* (de exemplu, salutul sau atenționările);
- *Marcatorii de comunicare* (mișcări ale capului și corpului care accentuează limbajul vorbit);
- *Starea emoțională* (expresia vizibilă, manifestă a sentimentelor);
- *Exprimarea relației* - prin care se dezvăluie atitudinea față de alții prin intermediul apropierei fizice („de exemplu, aplecarea corpului, schimbarea poziției corpului în cadrul unei discuții pentru a semnaliza existența unor raporturi sociale” [13, p.78]).

Astfel, în manualul *Sociologia comunicării*, autorul S. Ștefănescu, argumentează despre „comunicarea prin expresia feței, ca fiind relevantă în comunicarea medic-pacient și include *mimica* (încrêțirea frunții/încruntarea, ridicarea sprâncenelor, încrêțirea nasului, ținutarea/ascunderea buzelor etc.), *zâmbetul/râsul* (prin caracteristici și momentul folosirii) și *privirea* (expresia privirii, direcția privirii, contactul sau evitarea privirii etc.)” [ibidem, p.89].

În general, expresia *feței* reprezintă cel mai important mod de exprimare. De obicei fața, cea mai expresivă parte a corpului, și în special ochii și gura, atrag cel mai mult privirea interlocutorului în timpul comunicării. Expresia facială este, de asemenea, modalitatea de comunicare non-verbală cea mai complexă, dat fiind faptul că ea reflectă trăirile emoționale ale unei persoane. Prin aceasta, expresia facială îndeplinește o funcție reglatoare intra-personală și interpersonală

Aceiași idee este expusă și în manualul *Limbajul trupului* [11], faptul că „fiecare actor al unei relații caută să ofere, prin intermediul întâlnirii, o imagine valorizată despre el însuși, căutând să organizeze o regizare a propriului eu care să meargă în acest sens”. „Este ceea ce L. Goffman desemnează prin noțiunea de -*face*, imaginea personală oferită celorlalți, cu scopul de a-și apăra propriul teritoriu (imagine negativă) și pe care o definește ca fiind valoarea socială pozitivă pe care cineva o revendică efectiv printr-o linie de acțiune” [14, p.35].

„Noțiunea de *face* se exprimă la nivelul comportamentului actorului, prin ținuta sa. Este punerea în scenă a Eului prin atitudinea corporală, îmbrăcăminte, maniera de a vorbi și a se prezenta în fața celorlalți: ea servește la a arăta anturajului că este vorba despre o persoană înzestrată cu anumite calități sau ca defecte” [14, p.35]. Totuși, a-i face pe ceilalți să aibă o imagine pozitivă despre tine nu reprezintă singura miză a interacțiunii, este vorba, de asemenea, de a permite contactul atunci când acesta este dorit în mod mutual. Ori instaurarea (întreruperea) unei relații reprezintă un moment delicat în măsura în care acesta aduce riscul unei intruziuni în teritoriul altuia și de aici, al unei respingeri.

Printre efectele comunicării adecvate, în manualul *Sociologie medicală*, autorii Iu. Lupu și I. Zanc, enumera: controlul durerii postoperatorii; reducerea anxietății și stresului

pre-operator; respectarea indicațiilor medicale; satisfacția pacientului față de îngrijirea medicală primită [3].

Oricare ar fi modul de comunicare folosit de indivizi ce intră în contact, fiecare va încerca întotdeauna mai mult sau mai puțin să aibă controlul asupra impresiilor pe care le produce, având astfel grijă de imaginea sa și de aceea a partenerilor. În acest scop, el poate folosi strategii variate: *strategiile preventive* ce vizează evitarea incidentelor; *strategii de protecție* constând în protejarea imaginii altuia (este ceea ce numim tact); *strategii care vizează repararea unui incident*, a unei gafe, a unei ofense, care nu au putut fi evitate [11].

Există două principii de comunicare în situații medicale critice:

1. *Deprinderea de bază „întreabă - spune - întreabă” („Ask-TellAsk“).* Întreabă pacientul/familia cum descrie modul în care au înțeles problema actuală, astfel încât să poți cunoaște nivelul de educație, de informare, starea emoțională, eventualele percepții greșite asupra bolii; spune familiei, într-un mod clar, informațiile despre boală sau opțiunile de tratament. Pot fi utile 2-3 mesaje dinainte pregătite, care să fie furnizate în secvențe scurte, digerabile; întreabă familia dacă a înțeles ceea ce tocmai ai spus; pentru a verifica, roagă-i să spună ceea ce au înțeles, folosind propriile cuvinte. Când simți că există un blocaj, cere mai multe informații: „spune-mi mai multe“. Dacă pacientul sau familia pare să nu înțeleagă informațiile aduse, poți invita interlocutorul să îți spună ce a înțeles până acum, pentru a determina la ce nivel al conversației se află - al înțelegerii propriu-zise a informațiilor, al evaluării propriilor reacții emoționale, sau a acordării de sens și importanță informațiilor primite. Recomandare utilă este de a se apela la reflectare, mai degrabă decât la întrebare, pentru a afla mai mult. Aceasta are rolul de a transmite empatie, de a înțelege punctul de vedere a fiecăruia sau permite familiei să preia controlul conversației.
2. *Răspunde la emoții.* În cazul unor reacții emoționale puternice la aflarea diagnosticului, pacienții sunt mai puțin capabili să audă informații cognitive și le este mai dificil de a lua decizii. În aceste cazuri, recunoașterea emoțiilor pacientului poate crește empatia percepută de acesta și eficiența transmiterii de informații. Pentru a răspunde și accepta emoțiile pacientului, se pot parcurge următorii pași: numește emoția, înțelege, respectă reacția pacientului, afirmă-ți suportul, explorează ce li se întâmplă după asta [12, p.99].

În final descriem principalele particularități ale comunicării medicale (figura 2.)

1. *Empatia și respectul.* Medicii trebuie să manifeste empatie și respect față de pacienți, înțelegând starea lor emoțională și îngrijorările pe care le pot avea. O atitudine empatică ajută la crearea unui mediu de încredere, unde pacientul se simte încurajat să își împărtășească problemele și simptomele.

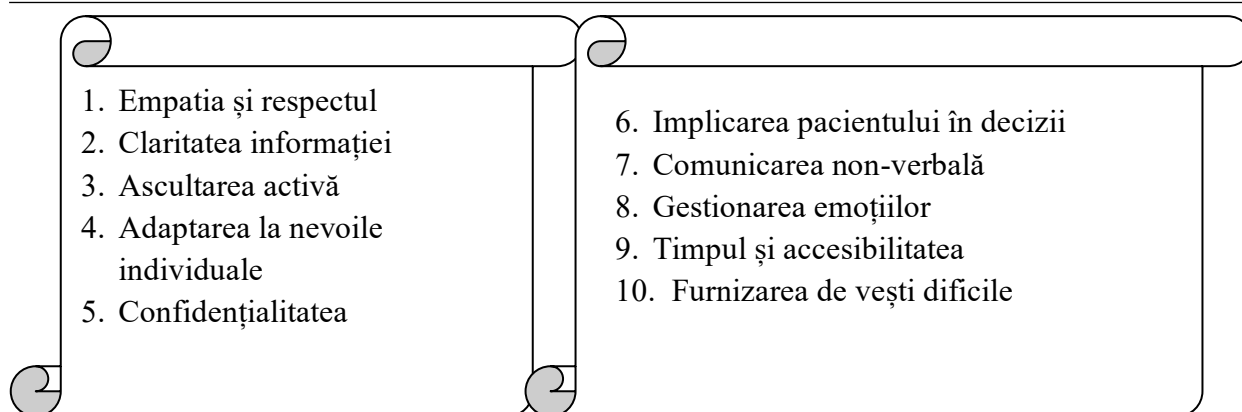


Figura 2. Particularitățile comunicării medicale

2. *Claritatea informației.* Este important ca medicii să comunice într-un limbaj accesibil, evitând jargonul medical care poate crea confuzie. Pacienții trebuie să înțeleagă diagnosticul, opțiunile de tratament și riscurile implicate. Explicarea în termeni simpli a procedurilor și tratamentelor poate spori încrederea pacientului.

3. *Ascultarea activă.* Ascultarea pacientului fără întreruperi sau graba de a oferi soluții este crucială. Prin ascultare activă, medicul poate identifica mai bine simptomele și preocupările pacientului, ceea ce conduce la un diagnostic și un plan de tratament mai corecte.

4. *Adaptarea la nevoile individuale.* Fiecare pacient este unic, având nevoi și așteptări diferite. Un medic trebuie să fie capabil să adapteze modul de comunicare în funcție de pacient – unii pot necesita mai mult timp pentru a înțelege informațiile, iar alții pot avea nevoie de susținere emoțională suplimentară.

5. *Confidențialitatea.* Comunicarea medicală trebuie să respecte normele de confidențialitate. Pacienții au dreptul să știe că informațiile lor personale și medicale sunt tratate cu discreție și protejate de standardele legale.

6. *Implicarea pacientului în decizii.* În contextul modern al îngrijirii centrate pe pacient, implicarea activă a acestuia în luarea deciziilor legate de tratament este esențială. Pacienții ar trebui să fie încurajați să pună întrebări și să participe la decizii bazate pe preferințele și valorile lor personale.

7. *Comunicarea non-verbală.* Tonul vocii, expresiile faciale, contactul vizual și postura corporală sunt la fel de importante ca și comunicarea verbală. Aceste semnale non-verbale pot influența percepția pacientului despre cât de atent și dedicat este medicul în gestionarea stării sale de sănătate.

8. *Gestionarea emoțiilor.* Emoțiile pot juca un rol major în consultațiile medicale, atât din partea pacientului, cât și a medicului. Capacitatea medicului de a gestiona emoțiile, de a oferi calm și reasigurare, poate avea un impact major asupra modului în care pacientul percepe situația.

9. *Timpul și accesibilitatea.* O problemă comună în comunicarea medicală este timpul limitat acordat fiecărui pacient. Cu toate acestea, este esențial ca medicii să aloce suficient timp pentru a răspunde la întrebările pacienților și pentru a se asigura că aceștia înțeleg toate aspectele legate de starea lor de sănătate.

10. *Furnizarea de vești dificile.* Comunicarea unor diagnostice sau prognoze negative necesită o abordare delicată și grijă deosebită. Este necesar un echilibru între furnizarea informațiilor corecte și oferirea de sprijin emoțional, astfel încât pacientul să se simtă susținut și nu descurajat.

Aceste aspecte subliniază importanța abilităților de comunicare în relația medic-pacient și contribuie semnificativ la succesul îngrijirii medicale, la satisfacția pacientului și la rezultatele clinice pozitive.

În concluzie, comunicarea medicală este o fereastră către personalitatea, valorile și competențele medicilor. Felul în care interacționează cu pacienții dezvăluie nu doar cunoștințele și experiența lor, ci și cine sunt ei ca oameni – empatici, etici, răbdători, profesioniști sau poate chiar stresați sau detașați. Aceasta influențează nu doar relația cu pacienții, ci și rezultatele tratamentelor și satisfacția generală a pacienților.

Concluzii

1. Comunicarea noastră dezvăluie și rolurile sociale pe care le jucăm. Într-un context profesional, de exemplu, cineva poate adopta un ton formal și distant, în timp ce în interacțiuni cu prieteni apropiați, comunicarea poate fi mai relaxată și jovială. Felul în care adaptăm comunicarea în funcție de context ne arată și flexibilitatea noastră socială.
2. Modul în care un medic interacționează cu pacienții reflectă trăsături esențiale ale personalității, valorilor și competențelor sale profesionale. Comunicarea unui medic nu doar transmite informații medicale, ci și relevă aspecte mai profunde despre cine este el ca profesionist și ca persoană.
3. „De cele mai multe ori pacientul învață rolul de bolnav și așteaptă anumite comportamente corelative acestuia din partea medicului. Dacă așteptările lui nu sunt satisfăcute, implicarea acestuia în relația terapeutică și efectul terapeutic ar putea deveni problematice” [14].

Bibliografie

1. BOTEANU, M. *Comunicare interpersonală în asistența socială*. București: Universitară, 2012, 183 p. ISBN 978-606-16-0087-8.
2. CHELCEA, S., CHELCEA, A. *Din universul autocunoașterii*. București: Editura Militară, 1990. 208 p. ISBN: 973-32-0133-2.

3. CHELCEA S, IVAN L., CHELCEA, A. *Comunicare nonverbală: gesturile și postura*. București: Comunicare, 2008. 234 p. ISBN 978-973-711-014-5.
4. COSMAN, D. *Psihologie medicală*. Iași: Polirom. 2010, 462 p. ISBN 978-973-46-1735-7
5. CRUMPEI, I. *Stresul traumatic secundar. Efectul advers al empatiei*. Iași: Institutul European, 2014, 225 p. ISBN 978-606-24-0053-8.
6. DAFINOIU, I. *Elemente de psihoterapie integrativă*. Iași: Polirom. 2001. 230 p. ISBN 973-683-471-9.
7. DIMITRIU, O. *Introducere în psihologia clinică*. București: Tritonic, 2020, 579 p. ISBN: 978-606-749-513-3.
8. EȚCO, C. *Management în sistemul de sănătate*. Chișinău: Editura Epigraf, 2006, 862 p. ISBN 978-9975-924-79-5.
9. IAMANDESCU-BRADU, I. *Psihologie medicală*. București: Editura Info Medica, 1997, 316 p. ISBN 973-96935-9-8.
10. PÂNIȘOARĂ, O.-I. *Comunicarea eficientă*. Ediția a III-a. Iași: Polirom, 2006, 422 p. ISBN 978-973-46-0313-8.
11. PEASE, A. *Limbajul trupului*. București: Polimark. 1993. 230 p. ISBN: 973-95969-6-7.
12. POIANĂ, C. *Științele comportamentului uman: note de curs*. București: Editura Universitară „Carol Davila”, 2018. 169 p. ISBN 978-973-708-989-2.
13. ȘTEFĂNESCU, S. *Sociologia comunicării*. Târgoviște: Cetatea de Scaun. 2009. 361 p. ISBN 978-606-537-016-6.
14. MÂRZA-DĂNILĂ, D. *Relația terapeut-pacient (terapia centrată pe client)*. Curs de studii de licență în terapie ocupațională. Bacău: Alma Mater, 2009. 174 p. ISBN 978-606-527-056-5.