

CZU: 316.772.4:61

## ELEMENTE STRUCTURALE ÎN COMUNICAREA INTERPERSONALĂ MEDIC-PACIENT

**Silvia NASTASIU**, drd., asistent universitar

Catedra de filosofie și bioetică, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie  
„Nicolae Testemițanu”

**Daniela EȘANU-DUMNAZEV**, dr. ped., conf. univ.

Catedra de limbi moderne, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie  
„Nicolae Testemițanu”

**Rezumat.** Comunicarea medicală este conceptualizată ca un proces social centrat pe furnizarea de servicii în sănătate, promovarea sănătății dar, cel mai important - de relaționare a celor doi „actori” ai actului terapeutic. Comunicarea eficientă este o condiție fără de care desfășurarea actului medical de calitate este doar o iluzie. De calitatea dialogului medic-pacient depinde operativitatea în stabilirea diagnosticului și elaborarea schemei de tratament. Îngrijirea medicală se întemeiază din conjugarea cunoștințelor despre boală în sine cu arta stabilirii relațiilor interpersonale – arta comunicării.

**Cuvinte-cheie:** comunicare medicală, medic-pacient, relație, proces, competență.

## STRUCTURAL ELEMENTS OF DOCTOR-PATIENT INTERPERSONAL COMMUNICATION

**Summary.** Medical communication is conceptualized as a social process focused on providing health care services, promoting health and mostly describing the relationship between the two "actors" of the therapeutic activity. The development of a qualitative medical activity might be an illusion without an effective communication. The quality of a doctor-patient dialogue depends on the functionality of establishing the diagnosis, as well as the treatment scheme. Medical care is based on the conjugation of both the knowledge regarding the diseases and the art of establishing interpersonal relationships, namely the art of communication.

**Key words:** medical communication, doctor-patient, relationship, process, competence.

În procesul cercetării noastre, am constatat că în literatura de specialitate predomină două paradigme metodologice ale comunicării:

- *comunicarea ca proces tranzacțional responsabil pentru schimbul de informații*, definită ca procesul prin care are loc schimbul/transferul de informații între persoane prin utilizarea unui set de simboluri;
- *comunicarea ca proces transformator responsabil pentru provocarea schimbărilor de comportamente* – un proces de dezvoltare a înțelegerii comune prin stabilirea, testarea și menținerea relațiilor; accentul se pune pe schimbări de comportament ca urmare a comunicării [1].

Comunicarea este unul dintre mijloacele specific umane, care „semnifică o formă de manifestare a relațiilor și atitudinilor interpersonale și determină calitatea acestora exercitând o puternică influență (...) asupra stării de spirit (...) și a performanțelor fiecărui individ (...)” [2, p. 141]. Cercetările în domeniul comunicării în sănătate este un domeniu

extrem de vast, care în ultimii ani s-a dezvoltat „ca un câmp vibrant și important de studiu referitor la rolurile puternice realizate prin comunicarea umană și mediată în furnizarea asistenței medicale și promovarea sănătății” [3]. Comunicarea medicală este conceptualizată ca un proces social centrat pe furnizarea de servicii în sănătate, promovarea sănătății dar, cel mai important - de relaționare a celor doi „actori” ai actului terapeutic. În relația medic-pacient cel mai relevant component este comunicarea (verbală și nonverbală), care facilitează exprimarea și transmiterea de cunoștințe, sentimente, emoții, dar și senzații.

Cercetătorii Hamui-Sutton, et al. (2015) în lucrarea *Three dimensions of the physician-patient communication: biomedical, emotional and cultural identity* vorbesc de trei dimensiuni (sau nivele) care apar simultan în desfășurarea actului medical – „biomedicale, emoționale și cea referitoare la identitatea culturală”. *Este convenabil și mai simplu să practici cu cele mai bune dovezi medicale disponibile*, însă, experiența ne arată că această paradigmă este insuficientă pentru cerințele și complexitatea medicinei moderne. Deși în ultimele decenii medicina a devenit mai eficientă prin utilizarea în diagnosticare și tratament a tehnologiilor inovatoare (nanomedicina), astăzi se vorbește tot mai des despre dezumanizarea profesioniștilor din sănătate, care necesită o „reanimare” urgentă și „regândirea procesului educațional medical, care ar satisface nevoile afective ale pacienților” [4, p. 17].

Studiile efectuate de cercetători în mai multe țări (A.N.Escalera et al., O.A. P.-C. Y Vázquez et al., etc.) au arătat că problemele grave de comunicare sunt comune în practica medicală. Într-adevăr, cele mai multe plângeri ale pacienților cu privire la prestarea serviciilor medicale nu se referă la competențele profesionale, ci la comunicare. „Majoritatea acuzațiilor de malpraxis apar anume din cauza erorilor de comunicare” [5].

În cele din urmă, trebuie să înțelegem că există multe constrângeri contextuale pentru a asigura o îngrijire medicală adecvată și acestea, de fapt, sunt „o reflectare a realității inevitabile în care trăim, așa că ar fi potrivit să nu generăm așteptări irealiste, ci să găsim modalități de a diminua neajunsurile” [6], care se întâmplă actualmente în sistemul mondial de sănătate. Astăzi, când medicina parcurge schimbări esențiale cu privire la medicina axată pe problemele pacientului, un rol important îl are și asigurarea protecției și siguranței pacientului, remarcă autorii [7] studiului *Patient's safety culture perception by social service physicians (interns)*.

Comunicarea medic-pacient „nu se referă numai la colectarea de date cu caracter semiologic, ci și la abilitatea medicului de a se adresa nedumeririlor pacientului legate de starea sa de sănătate/boală, de a educa pacientul și a-l face să participe în mod responsabil la procesul de menținere a stării de sănătate” [8, p.104]. În domeniul asistenței medicale, comunicarea medic-pacient și familia acestuia a devenit o competență de bază pentru atingerea obiectivelor de calitate. Abilitățile medicului de a

explica, asculta și empatiza pot avea efecte miraculoase asupra rezultatelor de sănătate, precum și a satisfacției pacientului în îngrijirea medicală.

Comunicarea devine un element primordial în actul medical, deoarece „(...) pacienții sau clienții sunt vulnerabili din punct de vedere emoțional, se simt singuri și, de cele mai multe ori, speriați de ceea ce îi poate aștepta. În tot acest proces de acomodare este esențială o bună comunicare, pentru că ea contribuie la asigurarea, în condiții de siguranță și eficiență, a îngrijirii medicale de care pacienții au nevoie, atât prin prestarea unor servicii de calitate, dar și prin efectuarea procedurilor corespunzătoare” [9, p. 11].

După cum am mai subliniat, comunicarea medic-pacient este, prin însăși natura sa, o comunicare interpersonală și cercetarea în acest domeniu ne facilitează înțelegerea acestei relații, explicarea atitudinilor și intențiilor celor ce participă la actul comunicațional, astfel să producem transformarea comportamentelor celor implicați în acest proces în beneficiul ambelor părți. În comunicarea medicală aceste abordări se conturează pe deplin în aspectul acordării serviciilor medicale, acolo unde competența de comunicare interpersonală, alături de cele profesionale, capătă valențe definitorii în reușita actului medical. Comunicarea interpersonală medic-pacient, afirmă Tudose „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: aflarea răspunsurilor în legătură cu modificarea stării de sănătate, remediile propuse pentru înlăturarea acestora, modalitățile practice de acțiune” [10, p. 178].

Din perspectiva etapelor actului medical, unii cercetători disting trei *tipuri metodologice* de comunicare interpersonală medic - pacient:

1. *Comunicarea pre-clinică* – este strategică și ține de datoria și responsabilitatea medicului de a promova educația pentru sănătate, de a organiza acțiuni profilactice. Mijloacele prin care se realizează comunicarea preclinică sunt determinate de problemele de sănătate cu care se confruntă societatea. Rolul medicului este de a depista și a organiza acțiuni educațive și de informare cu privire la situația existentă.

2. *Comunicarea clinică* - este axată pe trei faze ale actului medical:

- *anamneza și investigarea simptomelor* de către medic. În această parte a actului medical sunt fundamentate patru elemente: organizarea raportului – prezentarea personală este o parte importantă a stabilirii contactului cu pacientul; ascultarea activă; asistarea pacientului – medicul trebuie să caute să înțeleagă așteptările pacientului de la această vizită, să fie receptiv, să-l încurajeze, să repete informația primită etc.; oferirea informației și a sfaturilor – se poate realiza prin stabilirea a ceea ce pacientul dorește și are nevoie să cunoască, folosirea unui limbaj simplu etc.;
- *metodele de diagnosticare și stabilirea diagnosticului*. Aici o regulă valoroasă ar fi ca medicul să prezinte, dacă este posibil, mai multe opțiuni

de diagnosticare și tratament, iar pacientul să aleagă; medicul trebuie să obțină acordul informat al pacientului;

- *stabilirea tratamentului* - obținerea consimțământului informat asupra tratamentului; implicarea pacientului în formularea preferințelor pentru îngrijire și tratament.

3. *Comunicarea post-clinică* este caracterizată prin două lucruri: reabilitarea și asistarea pacientului în perioada de convalescență. Obiectivul acestui tip de comunicare - pacientul să urmeze tratamentul, să respecte prescripțiile medicale și să diminueze factorii existențiali ce au dus la apariția bolii [11, p. 65-69].

Însă, în percepția cercetătoarei Mârza-Dănilă (după Lacoste), în comunicarea medic-pacient au loc „*trei dialoguri suprapuse*”:

- un schimb de cuvinte în proporție inegală: verbalul, limbajul obișnuit și non-verbalul;
- un dialog medical între simptome și tratamente: medicalul, competența medicului și, de asemenea, limbajul medical;
- un dialog subteran unde se întâlnesc psihismele, inconștientul, afectivitatea: psihismul și, de asemenea, ceea ce nu este spus, pronunțat, presupunerile, implicitul, infra-verbalul.

Aceste trei dialoguri funcționează întotdeauna împreună, terapeutul având posibilitatea de a alege preferențial unul dintre ele” [12, p. 52].

Comunicarea în medicină „este procesul prin care se realizează un schimb de informație între oameni” [13, p. 245] și este condiționată de starea morbidă a pacientului, în care medicului îi revine rolul de a media o comunicare verbală, completată de una paraverbală; „limbajul corpului” exteriorizat prin expresia feței, mimică, gest etc., care pot oferi informații extrem de prețioase, relevante în stabilirea unui diagnostic.

Comunicarea dintre medic și pacient, „sesizarea particularităților individuale ale bolnavului și însuși umanismul actului medical rămân condiții indispensabile reușitei oricărei prestații medicale” [14, p. 177].

Comunicarea interpersonală în medicină, după cum am mai afirmat anterior, îi are protagoniști pe cei mai importanți „actori” ai actului medical – medicul și pacientul, care în această relație își schimbă permanent rolurile, fiecare pe rând devin emițător sau receptor ai mesajelor de interconectare reciprocă. Această interconectare se poate produce atât verbal (limbajul oral sau scris), cât și nonverbal (limbajul corpului – poziția corpului, mimica feței etc.) sau paraverbal (tonul vocii, ritmul, intonația, accentul etc.).

*Comunicarea verbală* se realizează prin intermediul cuvintelor și servește, cu precădere, la formularea, stocarea și transmiterea de informații. Mesajele din comunicarea verbală pot reprezenta emoții, sentimente, dorințe, atitudini, intenții, angajamente etc.

Comunicarea verbală în medicină este instrumentul cel mai important de obținere a informațiilor despre pacient, cel prin care putem informa pacientul despre starea sa de sănătate, putem transmite mesaje sanogenetice pentru a influența schimbarea comportamentului vizavi de prevenirea unor maladii. În practica medicală anamneza reprezintă totalitatea informațiilor pe care medicul le adună din discuția cu pacientul; este un proces spontan și dinamic, care se îmbunătățește odată cu experiența clinică a fiecărui medic în parte, și include „după cum urmează:

- datele personale cu relevanță pentru apariția bolii și stabilirea diagnosticului;
- antecedentele heredocolaterale (bolile prezente la rudele apropiate);
- antecedentele personale fiziologice și patologice;
- datele legate de condițiile socio-profesionale;
- istoricul bolii actuale” [8, p. 103].

Mesajul transmis de medic către pacient trebuie să fie simplu, atenționează Tudose, imediat, corect, informațiile furnizate să fie concrete, precise, în mod detaliat, să se evite mesajele duble, să fie date și informații scrise pacientului, pentru a se putea orienta atunci când este cazul, „să te interesezi cum resimte pacientul situația în care se află (internat, aflat în cabinetul de consultații etc.); să discuți la nivelul pacientului, într-un loc unde poți fi ușor urmărit, văzut și auzit; 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 suferință morală. (...) să dezvolți și să folosești un vocabular de cuvinte descriptive (...)” [10, p. 187].

*Limbajul* sau *cuvintele* sunt elementele de bază ale comunicării verbale, iar *cuvintele înțelese* reprezintă codul cel mai influent în comunicare. Cercetătorul Dinu, în lucrarea sa *Comunicarea. Repere fundamentale* afirmă (și pe bună dreptate), că (...) față de exprimarea scrisă, logică și suficientă sieși, (...) cuvântul rostit acționează incomparabil mai puternic, forează mai adânc în sinea ascultătorului, posedă un magnetism generator nu o dată de efecte hipnotice” [15, p. 388].

*Cuvântul*, în opinia dr. Grădinaru este „verbalizarea a ceea ce trăim, ce avem în interiorul nostru, pentru că el exprimă stări, sentimente, emoții. Tot ceea ce gândim, transmitem prin cuvinte” [16, p. 140]. În continuare cercetătoarea, în lucrarea *Puterea terapeutică a cuvântului rostit*, remarcă existența a mai multor documente care „atestă date despre forța vindecătoare a cuvântului, precum și exemple de vindecare propriu-zise. Cele mai importante surse se prezintă a fi cele religioase: Evangheliile și Biblia, care conțin însemnate referințe despre tămăduirile miraculoase ale lui Iisus Cristos (prin cuvântul lui Dumnezeu), Maicii Domnului sau ale Sfinților.(...) Rugăciunea este forma cea mai esențială a terapiei prin cuvânt, iar utilizată în paralel cu o altă metodă de tratament poate grăbi substanțial vindecarea celui bolnav prin caracterul psihoterapeutic și echilibrat” [ibidem].

*Cuvintele*, fără îndoială, capătă o deosebită conotație și profunzime în comunicarea interpersonală medic-pacient, fiind instrumentul esențial în relația celor doi. Cuvântul a fost și rămâne „arma” cea mai puternică a medicului. Expresia latină *Quod medicamenta non sanant, verbum sanat* (Ceea ce nu lecuiesc medicamentele, vindecă cuvântul) ne redă puterea inestimabilă a cuvântului folosit în actul medical, implicând și valoarea terapeutică de neegalat. Nu în zadar se spune, „că dacă după o convorbire cu medicul pacientul nu se simte mai bine, acela nu a fost medic”. Bolile, menționează acad. I. Haulică, „s-au tratat dintotdeauna cu Cuvântul, Cuțitul și cu Droguri” [apud 14, p. 177]. Medicii trebuie să fie extrem de atenți și responsabili în alegerea și utilizarea cuvintelor, căci acestea pot avea atât efecte de vindecare, cât și dăunătoare, distructive. Un exemplu în acest sens este un studiu, care a urmărit să determine frecvența și impactul fenomenului Nocebo indus în mod involuntar în comunicarea chirurgilor și anesteziologilor cu pacienții lor, realizat în cadrul Departamentului de Educație Medicală (DME), Institutul de Științe Medicale din Pakistan (PIMS), Universitatea de Medicină Shaheed Zulfiqar Ali Bhutto (SZABMU), Islamabad de către cercetătorii Bushra Ashraf, Muhammad Saaq, et al. în anul 2014 pe o perioadă de șase luni, iar concluzia este că „efectul nocebo a existat constant în activitatea clinică a chirurgilor și anesteziștilor în timpul comunicării cu pacienții. Acesta a fost mai frecvent întâlnit la femei, rezidenți și medicii specialiști cu mai puțin de cinci ani de experiență profesională. Este necesar să se conștientizeze necesitatea creării unor modalități de avertizare în rândul medicilor cu privire la mesajele negative subtile generate de comunicarea cu efect nocebo și la conștientizarea faptului că efectele nocebo au repercusiuni negative asupra rezultatelor terapeutice obținute. Profesioniștilor din domeniul medical le este indicată instruirea formală pentru a învăța să evite cuvintele și frazele nocebo” (traducerea ne aparține) [18].

*Explicarea* este o parte importantă din metodologia comunicării verbale. Pacientul nu are cunoștințele medicale și nu poate să descrie acuzele sale în termeni clari și preciși, de cele mai multe ori bolnavul nu găsește cuvintele adecvate pentru exprimarea a ceea ce simte. Cuvintele folosite în lumea medicală nu sunt înțelese de pacient, și respectiv, de foarte multe ori, medicii nu înțeleg simptomele evocate de către pacient într-un limbaj „profan”, prin dialecte, deaceia explicarea are un rol esențial atât în înțelegerea și controlul simptomelor, cât și în înțelegerea diagnosticului stabilit.

Succesul comunicării interpersonale medic-pacient depinde în mare măsură și de capacitatea de *a asculta*. A ști să ascuți este condiția primordială a unui dialog medical. Incapacitatea medicului de a asculta este motivul principal al comunicării ineficiente cu pacientul, care duce la neînțelegeri, greșeli și probleme. În ciuda simplității aparente, audierea este un proces complex, care necesită energie psihologică considerabilă, competențe deontologice și abilități specifice de comunicare. În adevăratul său sens, acest tip de ascultare este diferit de cel din conversațiile obișnuite cotidiene și necesită toată

atenția și concentrația celui ce ascultă - și a medicului, dar și a pacientului. După Burley-Allen un „ascultător eficient (ideal) s-ar caracteriza prin:

- o minte deschisă, curioasă;
- este atent pretutindeni pentru a afla idei noi, integrând tot ce aude în ceea ce știe deja;
- este perfect conștient și de aceea îi ascultă pe ceilalți cu toată ființa lor;
- aude mai mult decât cuvintele vorbitorului; el ascultă ritmul, tonul, timbrul și inflexiunile subtile ale vocii;
- ascultă din inimă, nu pentru a deveni critici;
- are mereu o perspectivă conștientă asupra a ceea ce se întâmplă, evitând astfel pierderea unor detalii importante;
- caută noi idei și modalități de a face lucrurile și ascultă esența mesajelor;
- știind că nu există doi oameni care să asculte la fel, își păstrează acuratețea mentală, clarificând, subliniind și contribuind ei înșiși la înțelegerea mesajului;
- sunt introspectivi și au capacitatea și, totodată, dorința de a-și examina, înțelege și transforma, la nevoie, valorile, atitudinile și realitățile cu propria lor persoană și cu cei din jur;
- își concentrează atenția asupra ideilor vorbitorului, ascultând cu intuiție și cu deschidere sufletească” [19, p. 182-183].

Ascultarea este un proces activ, care necesită implicarea totală a medicului, „o formă structurată de a asculta și de a răspunde care concentrează atenția asupra celui care vorbește, în scopul de a dezvolta empatia și înțelegerea reciprocă” [20, p. 66].

Gill Hasson vorbește despre două elemente ce caracterizează ascultarea activă – *acceptarea* și *confirmarea*, astfel prin aceste elemente se garantează faptul că cealaltă persoană, în cazul nostru – pacientul, *știe că ești interesat și înțelegi ceea ce spune*. Acceptarea, mai spune Hasson „este un act pasiv; este capacitatea de a asculta fără a încerca să anulezi ceea ce spune cealaltă persoană (...). Confirmarea este un proces activ; apare în comunicare atunci când reacționezi cu recunoaștere și respect la lucrurile exprimate de cealaltă persoană” [ibidem].

Mckay identifică douăsprezece obstacole care afectează procesul de ascultare, noi ne vom opri doar la cele relevante pentru comunicarea interpersonală medic-pacient:

- *„citirea gândurilor* – cei ce ascultă se străduiesc să ghicească ce gândesc și ce simt cu adevărat ceilalți;
- *filtrarea* – ascultarea anumitor lucruri și ignorarea pe celelalte;
- *critica* – etichetele negative au o putere enormă (aprecierile trebuie făcute doar după ce ai ascultat și evaluat conținutul mesajului);

- *visarea* – ascultarea superficială și, la un anumit moment, ceva din spusele interlocutorului declanșează un lanț de asocieri personale;
- *atenția* este foarte importantă - medicul trebuie să-și învingă plictiseala sau neliniștea pentru a asculta atent pacientul;
- *identificarea* – folosirea a tot ce se comunică pentru a face referire la experiențele anterioare;
- *sfătuirea* – face parte din ritualul actului medical, dar nu înainte de a asculta toate acuzele pacientului;
- *a avea dreptate* – nu suportați critica, nu acceptați să fiți corectat, nu recunoașteți că uneori puteți greși;
- *divagarea* – schimbarea bruscă a subiectului, devierea cursului conversației atunci când credeți că ați înțeles ce vrea să spună pacientul” [21, p. 21].

*Ascultarea activă* înseamnă „a asculta și a oferi răspunsuri celorlalți într-o manieră care îmbunătățește înțelegerea reciprocă” [22, p. 34]; este un proces conștient de recepționare a informațiilor pe trei canale: *nonverbal, paraverbal și verbal*, care înglobează *parafrizarea, clarificarea, înțelegerea, tăcerea și feedback-ul*, care capătă o rezonanță deosebită în comunicarea interpersonală medic-pacient.

*Parafrizarea* „vă va determina să încercați să înțelegeți și să cunoașteți ce vrea să spună interlocutorul, nu să recurgeți la bariere” [21, p. 30]. În comunicarea medicală atât pacienții, dar și medicii vor face parafrăzi pentru a se asigura de fiecare dată că mesajul enunțat a fost înțeles și acceptat.

McKay et al. remarcă cinci avantaje importante ale parafrazării, care au impact și asupra actului de comunicare în medicină:

- „oamenii apreciază profund faptul că au fost ascultați;
- parafrizarea oprește intensificarea furiei și calmează situația;
- parafrizarea oprește comunicarea defectuoasă; presupunerile false, erorile și interpretările greșite sunt corectate pe loc;
- parafrizarea vă ajută să vă aduceți aminte ce s-a spus;
- când parafrizați, este mult mai dificil să comparați, să criticați, să exersați replici, să contraziceți, să dați sfaturi, să divagați, să visați și așa mai departe” [ibidem, p. 31].

În medicină parafrizarea devine soluția ideală pentru a înlătura barierele de comunicare, neînțelegerile și negarea situației date.

*Tăcerea* este o formă de limbaj cu profunde semnificații comunicative. „Tăcerea și neadevărul cu care sunt înconjurați bolnavii de către personalul medical, este foarte dăunătoare întrucât acestea sunt persoane în care pacientul investește încredere (...)” [23, p. 97], dar folosind-o cu pricepere, devine salvatoare în comunicarea diagnosticului infaust, oferindu-i pacientului posibilitatea de a reflecta, de a-și aduna gândurile,



stimulând exprimarea nestingherită a semnelor și simptomelor bolii, a propriilor sentimente, temeri, așteptări.

*Feedbackul* devine util și important atunci când are loc imediat, este onest și încurajator. „Feedbackul îl ajută, de asemenea, pe interlocutor să înțeleagă efectul comunicării sale. Reprezintă încă o șansă de a corecta erorile și înțelegerea greșită. Este, în egală măsură, un prilej pentru acesta de a obține un punct de vedere nou și valoros - al dumneavoastră” [21, p. 33].

Comunicarea interpersonală medic-pacient înseamnă „mult mai mult decât ceea ce transmitem prin cuvinte. Tonul vocii noastre atunci când vorbim, atenția pe care ne-o acordă interlocutorul, mesajele care ni se transmit nonverbal, modul în care mutăm și poziționăm corpul, dar mai ales precizia și claritatea a ceea ce transmitem sunt, de asemenea, elementele cheie ale unei bune comunicări” [9, p. 12].

Din literatura de specialitate distingem următoarele *funcții ale comunicării nonverbale* relevante pentru comunicarea medicală:

- *gestionarea conversațiilor* – comporta- mentele nonverbale ne ajută să inițiem, să menținem și să încheiem discuțiile;
- *exprimarea emoțiilor* – interpretarea emoțiilor unei alte persoane ne poate sugera date importante cum să reacționăm mai bine cu persoana respectivă;
- *menținerea relațiilor* – comportamente *de implicare imediată sau atracția și afilierea* (contactul vizual, atingerea etc.); *puterea* (potențialul de a influența comportamentul unei persoane) și *dominarea* (exercitarea concretă a puterii);
- *ascunderea informațiilor* etc. [24].

*Comunicarea nonverbală* este întregită de limbajul verbal, transmițând o serie de informații despre cel vorbește - vocea acestuia oferă date despre starea de spirit din acel moment, originea socială sau geografică, dar și date importante despre starea sa de sănătate. Informațiile verbale sunt însoțite de un ansamblu de procedee nonverbale, ca gesturi, mimică, schimbările vocale, accentul, intonația, ritmul, pauzele etc., care contribuie la precizarea intenției celui ce emite o anumită informație.

*Contactul vizual* are cel mai important rol în emiterea și receptarea mesajelor, deoarece aprecierile noastre cu privire la alte persoane se bazează pe durata și timpul contactului vizual pe care îl avem cu acestea, este un indicator puternic al stărilor interioare, are o mare putere de influențare a sentimentelor. Contactul vizual este dovada cea mai bună pentru pacient că i se acordă atenție și importanța cuvenită, cât și aspirația medicului de a-i înțelege problemele. Nu poți fi convingător atunci când nu privești în ochii interlocutorului, afirmă prof. Miu „fără contact vizual nu se poate ghici întreg conținutul mesajului, fiind nevoiți să insistăm deranjant pentru interlocutor, cu întrebări suplimentare, parazite sau redundante pentru el” [25, p. 90]. Mai mulți cercetători (Hayes, Orell, Dinu) delimitează *patru funcții al contactului vizual* în comunicare:

- reglarea fluxului conversației;
- oferirea de feedback;
- semnalarea naturii relației;
- exprimarea emoțiilor.

*Privirea*, ne relatează Lazăr, et al. „indică stările interioare ale unei persoane și are o capacitate crescută de influențare a sentimentelor și vonței” [26, p. 94]. Privirea, în comunicarea medic-pacient trebuie să indice bunăvoință, înțelegere, compasiune, dar și stăpânire de sine și încredere.

Un element distinct în comunicarea nonverbală îl ocupă *emoțiile* care, afirmă Ekman „ne determină calitatea vieții. Ele se manifestă în orice relații apropiate la locul de muncă, între prieteni (...) ne salvează viețile, da ni le și distrug” [27, p. 13]. În relația profesională medicul trebuie să-și recunoască propriile emoții și să le gestioneze, astfel însuflând pacientului încredere, devotament și dispunere totală.

*Expresia facială* indică starea emoțională de moment, dar și reacții și sentimente. Ekman a demonstrat că fața umană este capabilă de a furniza 18 tipuri de informații, printre care – starea sănătății, vârsta, inteligența, dispoziția, temperamentul etc. Prin expresia facială putem recunoaște anumite sentimente sau emoții – fericire, bucurie, surpriză, dar și tristețe, durere, dezgust, teamă, dispreț etc. Recunoașterea de către medici a acestor emoții prin expresiile feței (mimicile) în situații clinice „furnizează indicii importante despre ce anume simte pacientul în momentul respectiv”, deoarece „(...) înțelegerea comunicării bazată pe emoții este un element-cheie al relației medic-pacient” [13, p. 245].

Studiile în domeniul comunicării nonverbale au arătat că oamenii de toate vârstele au nevoie de *atingere*. În toate culturile din lume o atingere blândă înseamnă prietenie și afecțiune. O strângere calduroasă de mână, o mângâiere pe mână sau o atingere pe umăr vor demonstra interesul față de pacient, încurajarea, iar acesta se va simți acceptat și înțeles. În medicină mai are loc și o altfel de atingere, care nu are ca scop comunicarea, ci terapeutic (de a trata corpul este nevoie de atingere), dar și de a identifica unele semne și simptome – atingerea frunții pentru a verifica temperatura corporală sau atingerea încheieturii mâinii pentru a evalua pulsul sau tensiunea arterială, atingere pentru palpație sau percuție etc. În opinia unor cercetători [11] „atingerea are și alte funcții importante, cum ar fi:

- înlăturarea sentimentului de izolare al pacientului;
- scăderea anxietății;
- demonstrarea grijii, empatiei și sincerității;
- transmiterea sentimentului de siguranță, căldură și confort;
- sporirea încrederii între medic și pacient;
- completarea comunicării verbale” [11, p. 102].

*Paralimbajul* include aspectele nonverbale ale comunicării, care ne pot dezvălui o multitudine de informații despre pacient, dar și despre medic, despre emoțiile și sentimentele celui ce transmite mesajul, despre atitudinea sa față de mesajul transmis, cât și despre calitățile psihice ale emițătorului în momentul comunicării – nesiguranță, furie, anxietate, negare etc.

În medicină, înțelegerea *limbajului corporal* este de cele mai multe ori cea mai credibilă. Hegedus (2000) afirmă „că adeseori uităm de faptul că este imposibil să nu comunicăm. Circa 30% din conținutul comunicării este de natură verbală, conștientă, în timp ce 70% din înțelegere se produce prin comunicarea neverbală” [23,p.97], iar Mehrabian (1981) a constatat că „impactul total al unui mesaj se împarte astfel: 7% - partea verbală; 38% - partea vocală (volum, ton, ritm etc.); 55% - mișcările corpului (îndeosebi expresiile faciale)” [21, p. 77].

*Poziția corpului* ne poate semnala despre persoana cu care interacționăm – supunerea, starea socială sau dorința de dominare. Profesorul Miu subliniază că „poziția dreaptă, cu capul lăsat ușor pe spate și cu mâinile în șolduri poate indica superioritate și automulțumire. Stilul de a merge, de a se așeza, de a sta, poate reflecta imaginea propriei persoane, încrederea în sine, starea emoțională sau atitudinea față de alte persoane” [25, p. 96].

*Gesturile* sunt mișcările corpului cu o anumită semnificație, ele pot avea diferite semnificații în funcție de cultura celui ce o folosește. Gesturile sunt modalități obișnuite de comunicare nonverbală a informațiilor, care pot fi deliberate – care comunică ceva, spontane – reflecție a stărilor emoționale de moment, sau simulate. N.Stanton este de părere că „gesturile în comunicare servesc la realizarea a cinci scopuri principale:

- comunicarea informației, fie completând înțelesul cuvintelor, fie pentru a înlocui discursul;
- comunicarea emoției prin gesturi specifice – palmele puse peste gură ca semn al surprizei; atingerea feței – anxietate etc;
- susținerea discursului prin gesturi ce se corelează cu discursul (în comunicarea publică, didactică) – folosirea mâinilor pentru a ilustra forme, mărimi etc.;
- exprimarea imaginii de sine – în dependență de tipul de temperament al persoanei;
- exprimarea prieteniei – gesturi de încuviințare” [apud 25, p. 98].

*Tonul și volumul vocii* se schimbă în dependență de ce vrem să comunicăm, este în concordanță cu emoțiile noastre – bucurie, surpriză, oboseală sau nervozitate, etc. În relația cu pacientul medicul va aborda un ton al vocii scăzut, calm, însoțit de o vorbire rară și clară. Tonul vocii este deseori un indicator foarte bun al stării emoționale, deoarece, afirmă Collett, „atunci când cineva se supără tonul vocii sale începe să devină

mai ascuțit (...) schimbările care se produc atunci când persoanele trăiesc o emoție intensă sunt foarte greu de camuflat sau de ascuns” [28, p. 247].

*Volumul vocii* stins, abea perceptil este asociat unei persoane timide, în medicină – indică starea de sănătate precară.

*Ritmul* este dictat de mesajul ce trebuie enunțat – când informația este comună ritmul poate fi rapid, iar când este ceva foarte important (de exemplu – indicații despre tratament) atunci ritmul trebuie să devină lent.

*Comunicarea în scris* cuprinde orice informație transmisă în scris pe hârtie sau electronice – epicrize, scrisori medicale, rețete, recomandări, certificate etc. și devine „tot mai necesară, mai ales în condițiile practicării medicinei la distanță (telemedicina). Ea va păstra caracterele de claritate, inteligibilitate și decență ale comunicării verbale și nonverbale” [29, p. 49].

Comunicarea eficientă este o condiție fără de care desfășurarea actului medical de calitate este doar o iluzie. De calitatea dialogului medic-pacient depinde operativitatea în stabilirea diagnosticului și elaborarea schemei de tratament. Îngrijirea medicală se întemeiază din conjugarea cunoștințelor despre boală în sine cu arta stabilirii relațiilor interpersonale–arta comunicării. „Datorită revalenței bolilor cronice, comunicarea eficientă între medic și pacient capătă o importanță tot mai mare, medicul intervenind nu doar în tratarea bolii, ci și în ajutorarea bolnavului în rezolvarea problemelor create de boală” [30, p. 31].

Comunicarea necorespunzătoare dintre medic și asistenta medicală, de exemplu, este una dintre cele mai frecvente cauze ale insuccesului actului medical a pacienților spitalizați. Anume asistenta medicală este lângă pacient 24 din 24 ore și este responsabilă de informarea corectă și promptă a medicului despre schimbările survente în urma tratamentului prescris de acesta, de „detectarea semnelor precoce de deteriorare a stării de sănătate a pacientului”, ne relatează unii cercetători [1].

Comunicarea în medicină este veriga principală ce face conexiunea între întreaga echipă medicală (medic-medic; medic-asistenta medicală și alți profesioniști implicați în îngrijirea medicală), dar și cu pacientul - beneficiarul actului medical, cât și cu aparținătorii acestuia – familia/rudele. Toți acești actori ai comunicării își au rolul său prestabilit și foarte important în relația cu pacientul și vizavi de suferința acestuia, respectiv fiecare își aduce prinosul la succesul actului medical - vindecarea.

## **Bibliografie**

1. Manojlovich M. et.al. Hiding in plain sight: communication theory in implementation science. 2015. Disponibil: [https:// www. ncbi. nlm.nih. gov/ pmc/ articles/PMC4410585](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4410585) (vizitat 15.07.2018).
2. Vicol N. Valori și funcții ale limbajului în construcția comunicării: Monografie. Institutul de Științe ale Educației. Chișinău: S.n. (Tipogr. Totex-Lux), 2016.

3. Kreps G. L., Bonaguro E. W., Query J. L. The history and development of the field of health communication. In: Jackson L. D., Duffy B. K. (Eds.). *Health Communication Research: Guide to Developments and Directions*. Westport, CT: Greenwood Press, 1998. p. 1-15. Disponibil: [http://www.russcomm.ru/eng/rca\\_biblio/k/kreps.shtml](http://www.russcomm.ru/eng/rca_biblio/k/kreps.shtml) (vizitat 05. 10. 2018).
4. Hamui -Sutton A. et al. Las tres dimensiones de la comunicación médico-paciente: biomédica, emocional e identidad cultural. In: *Rev. Conamed*. Vol. 20, Nr. 1, enero-marzo, 2015. p. 17-26. Disponibil: <http://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2015/con151d.pdf> (vizitat 22.11. 2018).
5. Simpson N. et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement, 1991. Disponibil: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1671610/> (vizitat 13.07.2018).
6. Escalera A. N. et al. Representaciones sociales del médico, paciente y atención médica. In: *revista Conamed*. Vol. 22 Nr. 3, 2017. p. 110-120. Disponibil: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=0aab7da6-9c25-49eb-bcf4-8bc42e4c5b0a%40sessionmgr4010> (vizitat 20 .11. 2018).
7. Pérez-Castro J. A., Vázquez Y. et al. Percepción de la cultura de seguridad del paciente en médicos pasantes del servicio social. In: *Rev Conamed*, Nr. 19(2), 2014. p. 52-58. Disponibil: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=b6452f4b-4d6f-41a4-b34c-ef1ec523cfe9%40sessionmgr4009> (vizitat 2 .11. 2018).
8. Popa-Velea O. et al. *Compendiu de psihologie medical*. București: Editura Universitară „Carol Davila”, 2016.
9. Vâlceanu C. *Comunicarea în asistența medical*. 2016. Disponibil: [http://farma.com.ro/articles/2016.1/PF\\_Nr-1\\_2016\\_Art-3.pdf](http://farma.com.ro/articles/2016.1/PF_Nr-1_2016_Art-3.pdf) (vizitat 13.07.2018).
10. Tudose F. *Orizonturile psihologiei medicale*. București: InfoMedica, 2003.
11. Ojovanu V. (coord) et al. *Comunicare și comportament în medicină (cu elemente de bioetică)*. Chișinău: CEP Medicina, USMF, 2016.
12. Mârza-Dănilă D. *Relația terapeut-pacient: (terapia centrată pe client)*. Bacău: Alma Mater, 2009.
13. Cosman D. *Psihologie medicală*. Iași: Polirom, 2010.
14. Burlui V. et al. *Medicină și Umanism. Comunicarea medic-bolnav*. Iași: Editura Apollonia, 2010.
15. Dinu M. *Comunicarea. Repere fundamentale*. București: Orizonturi, 2014.
16. Grădinaru N. Puterea terapeutică a cuvântului rostit. În: *Revista AȘM Akademos*. nr.2, 2017. p. 140-145. Disponibil: [http://www.akademos.asm.md/files/140\\_145\\_Puterea%20terapeutica%20a%20cuvantului%20rostit.pdf](http://www.akademos.asm.md/files/140_145_Puterea%20terapeutica%20a%20cuvantului%20rostit.pdf) (vizitat 03.10.2018).

17. Ashraf B. et.al. Qualitative study of Nocebo Phenomenon (NP) involved in doctor-patient communication. In: Int. J Health Policy Manag. Jun 2;3(1):23-7. DOI 10.15171, 2014. Disponibil: [ttps://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24987718](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24987718). (vizitat 13.07.2018).
18. Albu G. Comunicarea interpersonală. Aspecte formative și valențe psihologice. Iași: Institutul European, 2008.
19. Hasson G. Cum să-ți dezvoltți abilitățile de comunicare: ce știu, fac și spun experții în comunicare. Trad. C. Dumitru. Iași: Polirom, 2012.
20. McKay M. et.al. Mesaje. Ghid practic pentru dezvoltarea abilităților de comunicare. București: ALL, 2016.
21. Townsend R. Dezvoltăți abilitățile de comunicare: idei simple pentru prezentări de succes. Trad. M. Chitoșcă. București: Curtea Veche Publishing, 2009.
22. Skolka E. Aspecte ale asistenței bolnavului aflat în stadiul terminal. Disponibil: <https://docslide.com.br/download/link/eniko-skolka-aspecte-ale-asistentei-bolnavului-aflat-in-stadiul-terminal> ( vizitat 07.03.2018).
23. Floyd K. Comunicarea interpersonală. Iași: Polirom, 2013.
24. Miu N. Științele comportamentului. Cluj-Napoca: Ed. Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, 2004.
25. Lazăr C. et al. Științele comportamentului. Cluj-Napoca: Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, 2016.
26. Ekman P. Emoții date pe față:cum să citim sentimentele de pe chipul uman. trad.Costea M., Gherman S. București: Editura Trei, 2011.
27. Collett P. Cartea gesturilor.Cum putem citi gândurile oamenilor din acțiunile lor. trad. Borș A. București: Editura Trei, 2011.
28. Dumitrașcu D. L. Comunicare medicală. Curs pentru studenții de la medicină. Cluj-Napoca: Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, 2013.
29. Ețco C. et. al. Comunicarea pentru schimbarea comportamentală. Chișinău: CEP Medicina USMF, 2008.