

COMPETENCE FORMATION OF DOCTOR-PATIENT INTERPERSONAL COMMUNICATION IN MEDICAL STUDENTS

Silvia Nastasiu, Tudor Branishte

**PhD Student, Lecturer and, Prof., Hab. Dr., “Nicolae Testemițanu” State University of
Medicine and Pharmacy, Moldova**

Abstract: In medicine, communication has an existential function, as it constitutes a fundamental condition for diagnosing the disease and recovery of the human being to the natural physiological state, the health, the level of interpersonal communication between the doctor and the patient. Doctor-patient communication is, by its very nature, interpersonal communication. Research in this field facilitates understanding of this relationship, explains the attitudes and intentions of those who participate in the communication act. Thus, communication produces the transformation of the behaviours of those involved in the process to the benefit of both parts. In medical communication, these approaches are fully contoured in the aspect of providing medical services, where both interpersonal and professional communication skills gain defined valences in the success of the medical practice. We appeal to the reasons for which we have placed interpersonal doctor-patient communication in a context of the science of education, and emphasize that it needs to be cultivated and follow the endless journey of perfection, as medicine and pedagogy, as sister disciplines, follow it for centuries.

Keywords: interpersonal communication, doctor-patient, skills, medicine, relationship

Noul mileniu pune în fața învățământului o multitudine de probleme și foarte puține soluții, fapt, ce impune specialiștii să abordeze o atitudine inovatoare și optimistă, astfel încât, în perspectivă, să fie evidențiate provocările acestei perioade, și nu amenințările generate de problemele fără soluții (Braniste, Dorgan et al, 2018, p. 132). Comunicarea în medicină este o temelie a procesului relațional dintre medic și pacient, de aceea în cercetarea noastră, ne vom opri preponderent asupra acestei relații, care este de natură duală, inegală, având drept protagoniști persoana suferindă, care solicită ajutor calificat, și medicul profesionist/ specialistul, care este în măsură să acorde acest ajutor, să-i aline suferința și să-l trateze. Din perspectiva socială, relația medic-pacient, după Miu, „este influențată de valorile societății, în general și a unităților medicale, care există în această societate, întrunind câțiva factori sociali care influențează, actualmente, această relație:

- reforma sistemului de sănătate;
- modificările structurale ale dinamicii asistenței;
- inițierea unei culturi a drepturilor individuale, respectiv, trecerea la un model de asistență în care autonomia pacientului este recunoscută” (Miu, 2004, p.41).

În literatura de specialitate sunt rezumate două *funcții* ale actului comunicativ dintre medic și pacient: una *informativă* (reciprocă, între medic și bolnav) și cealaltă *terapeutică*. Cosman subliniază că „ (...) relația medic-pacient este axată pe îngrijirea corpului bolnav, dar că această relație este dominată atât de afectivitatea pacientului, cât și de cea a doctorului” (Cosman, 2010, p. 240).

În această relație de roluri, medicul poate adopta față de pacient mai multe *atitudini*:

- „*tutore autoritar*: nu dă nici o explicație, așteptând de la bolnav o ascultare fidelă;

- *mentor*: își oferă cunoștințele de expert, gata să-l învețe pe pacient să se adapteze la condițiile modificate ale stării sale de sănătate;
- *savant detașat*: descrie obiectiv avantajele și inconveniențele diferitelor posibilități terapeutice, lăsând pacientului libertatea de alegere, dar și impunându-i responsabilitatea acestei alegeri;
- *părinte bun și protector*: caută să ferească copilul său (pacientul) de orice noutate dureroasă, sau orice responsabilitate chinuitoare;
- *avocat al „adevărului înainte de toate”*: care gândește că nimic nu este mai rău decât înșelăciunea și care poate spune chiar și ceea ce nu este necesar bolnavului”(Athanasiu, 1983, apud Miu, 2004, p.24).

Autoarele Simona Fica și Ludmila Minea menționează condiționarea actului medical (starea fizică a pacientului), dar și vulnerabilitatea (starea psihică) acestuia, dictată de anumite particularități:

- „clientul se găsește într-o situație vulnerabilă în care cere ajutor - starea fizică și mentală a clientului nu este una obișnuită, el se află într-o situație de boală, traumatism sau într-o stare fiziologică specială (de exemplu, graviditate sau boala cardiovasculară, Rezuș et al, 2015, p.716);
- este o relație unilaterală, îndreptată către pacient;
- are anumite obiective precise, legate de starea și nevoile pacientului (de exemplu: punerea diagnosticului, educație pentru sănătate, instituirea unei terapii medicamentoase etc.” (Fica et al., 2008, p. 2).

În vederea optimizării actului medical, inclusiv din perspectivă pedagogică, în viziunea unor cercetători, medicului îi sunt necesare anumite *abilități*:

- *empatia* – abilitatea de a recunoaște, percepe și simți emoțiile altor persoane, de a înțelege trăirile pacientului la nivel cognitiv și emoțional;

Empatia este cunoaștere *a altuia*, în special *a eului* social apropiată de intuiție; interpretare a *eului altora* după propriul nostru *eu*, „este acea calitate umană care ne permite să ne punem în locul celui din fața noastră, să-i înțelegem motivațiile, rațiunea și emoțiile. A fi empatic nu înseamnă a simți ce simte pacientul, ci numai a înțelege ce simte el”(Fica, Minea, 2008, p.8), dar „o astfel de abilitate empatică (având o bază constituțională, dar putând fi indusă prin exercițiu, (...) trebuie diferențiată de *simpatie*, care semnifică o participare (alături de el) la stările afective ale altcuiva (și nu de pe aceeași poziție cu el), și de identificare (nivelul maxim de transpunere în situația și coordonatele de bază ale altei persoane)” (Luban-Plozza, et al., 2003, p.138).

- *autocontrolul* – necesar în menținerea unei atitudini calme, relaxate, cu disponibilitate de a comunica și a interveni pentru binele pacientului;
- *abilitatea de ascultare activă* - atunci când pacientul înțelege că este ascultat și medicul are satisfacția de a fi auzit și simțit necesitățile acestuia, sunt obligatorii alte *caracteristici* ale medicului:
- *deschiderea* (stop! pentru simțiri negative; nu judecăm pacientul!);
- *toleranța* (acceptarea celorlalți, așa cum sunt ei, cu defecte și calități);
- *conștientizarea* (are loc cu ajutorul mesajelor suplimentare – limbajul corpului, expresiei faciale, tonul vocii etc.);
- *capacitatea de influențare, persuasiune, negociere*;
- *asertivitatea* – abilitatea de exprimare sinceră a emoțiilor și trăirilor personale, fără a simți teama de a încălca drepturile celorlalți (după Cioca & Popa-Velea, 2013, apud Popa-Velea, 2016, p.104).

Aceste caracteristici sunt definatorii pentru calitățile medicului, deoarece în comunicarea medicală, unde ascultarea capătă o rezonanță definitivă pentru colectarea de date privind evoluția maladiei, a simptomelor și, în consecință, pentru stabilirea diagnosticului corect, formarea și dezvoltarea abilităților de bun ascultător devin extrem de importante și utile. Comunicarea are o serie întreagă de caracteristici: motivare, caracter situațional, caracter euristic, productivitate, integritate, caracter activ și dinamic etc., de aceea manifestarea lor ca rezultat al acțiunii instructive este impulsivă nu de asimilarea limbii și a sistemului limbii, ci de sistemul mijloacelor de vorbire (Branîște, 2016, p.53).

Aptitudinile și abilitățile de comunicare interpersonală sunt esențiale în relația medic-pacient, deoarece de iscusința de comunicare a medicului depinde promptitudinea și corectitudinea stabilirii diagnosticului și a schemei de tratament adecvată pacientului respectiv. Ca persoană, medicul poate avea o multitudine de trăsături de personalitate comune cu pacienții, dar ca medic, el exercită o funcție socială a cărei îndeplinire pretinde satisfacerea unor exigențe formulate și însușite de către societate. În prezent, se disting două *imagini* corespunzătoare de medici: imaginea doctorului care alină suferința, înțelege și îngrijește (medicul de familie sau medicul generalist) și imaginea doctorului care tratează sau vindecă (putând face chiar minuni), adică medicul specialist (după Iamandescu, 1997, p.134).

Dintre calitățile, medicului necesare în exercitarea profesiei și *trăsăturile definatorii* (după Parsons) pentru statutul său social, savanții Luban-Plozza, Iamandescu, Cosman, etc. evidențiază:

- „*însușiri intelectuale* - exactitatea diagnosticului, cunoștințe profesionale, diagnostic instantaneu;
- *însușiri morale* - activități profesionale, abnegație, dezinteres material;
- *calități relaționale* – empatie, toleranță, sinceritate, cordialitate, autoritate, timp acordat bolnavului, optimism” (după Luban-Plozza, Iamandescu, 2003, p.132)
- „*competența tehnică*, obținută prin licențe și specializări în domeniu, însoțită de competențe și abilități adoptate din domenii profesionale conexe, cum ar fi cel social, managerial, psihologic;
- *universalism*, manifestat prin acordarea de asistență oricărei persoane, indiferent de naționalitate, religie sau statut social;
- *neutralitatea afectivă* - medicul trebuie să fie neutru din punct de vedere afectiv față de bolnavul pe care îl îngrijește, deoarece acesta fie că îl iubește sau nu, el așteaptă de la medic să fie vindecat de boala sa. *Fenomenul de „transfer”, evidențiat de psihanaliză, există în orice relație medicală; doctorul asistă la spectacole dramatice, dar el nu trebuie să fie bulversat de ele.*
- *dezinteresul și altruismul* sunt absolut necesare spre a fi captată încrederea bolnavului care este un element esențial în tratament;
- *specificitatea funcțională* – dreptul medicului asupra intimității persoanei bolnave nu trebuie să depășească limitele domeniului medical – „în afara relației noastre doctor-bolnav, nu există nimic altceva;
- *obligația pentru medic de obținere a consimțământului bolnavului* în legătură cu aplicarea unor procedee diagnostice sau terapeutice”.

Această datorie a medicului este condiționată în mod exclusiv de *libertatea bolnavului conștient* (...). Opusă acestor situații „de forță majoră” este tendința unor medici de a smulge consimțământul unor bolnavi – cu discernământ redus ori slăbiți de boală – pentru practicarea unor investigații sau intervenții terapeutice foarte riscante pentru bolnav, dar cu

un beneficiu modest sau chiar îndoielnic („riscuri inutile”)(după Iamandescu,1997, p.137; Luban-Plozza, et al., 2003, p. 134-136; Cosman, 2010, p. 227).

Toate aceste elemente pot fi sintetizate „sub genericul de «corectitudine profesională» și se exprimă printr-o gamă largă de atitudini impuse și încurajate de societate, care trebuie considerate de către bolnav ca «subînțelese»(uneori fiind mai greu pentru medic să le respecte în fața unor bolnavi cu un comportament «dificil» sau agresiv)”,ghidând astfel și metodologia cercetării noastre (Luban – Plozza et al.,2003,p.137).

Rolul social al medicului se corelează cu rolul de pacient al persoanei civile, în momentul stabilirii diagnosticului și odată cu confirmarea bolii.„Doctorii nu au timp și nici înclinația de a-și asculta pacienții și de a lua în considerare sentimentele acestora”, consemnează Tudose, „ei nu au destule cunoștințe despre problemele emoționale și problematica socio-economică a familiei. De asemenea, se constată că medicii provoacă teamă dând explicații într-un limbaj prea tehnic”(Tudose, 2003, p.183). Relația medic-pacient este o relație între roluri, asimetrică – medicul are o poziție de superioritate și este elementul activ, iar bolnavul este elementul pasiv; consensuală – bolnavul recunoaște puterea medicului. Această relație, după Cosman, trece printr-o serie de *etape* în procesul terapeutic:

- „*etapa de apel* – pacientul se prezintă plin de suferință și incertitudine;
- *etapa de obiectivizare* a relației terapeutice – intervenția tehnologiei de investigare;
- *etapa de personalizare* – după stabilirea diagnosticului, conturarea așteptărilor ambilor protagoniști ai alianței terapeutice” (Cosman, 2010, p. 242).

Astăzi nu se mai pune problema dacă este necesar de a informa pacientul despre boala sa, însă „informând pacientul și interacționând cu acesta, este extrem de important să se cunoască imaginea lăuntrică /spirituală a bolii pacientului, deoarece numai în baza caracteristicilor individuale ale personalității sale și starea sa emoțională, actul de comunicare se poate desfășura corect și, în același timp, să se conformeze principiului de bază al jurământului lui Hipocrate: „a nu face rău” (traducerea ne aparține) (Троицкая, Л.А. et al., 2013, p.53). Prin imaginea lăuntrică/spirituală a bolii subînțelegem senzațiile, emoțiile, experiențele anterioare legate de boală. Boala schimbă dramatic calitatea vieții celui suferind, de aceea medicului îi mai revine, pe lângă responsabilitatea procesului de tratament, și povara restabilirii stării emoționale a pacientului cu mediul înconjurător, adaptarea acestuia la noile condiții de viață.

Astfel, o relație (medic-pacient) bazată pe *empatie, benevolență, beneficiență, respectul față de ființa bolnavă, respectul față de viața umană și sănătatea pacientului ca primă îndatorire* conferă medicului nenumărate satisfacții și pacientului variate beneficii, dintre care enumerăm:

- pacientul se simte *valoros, important și unic*;
- pacientul se simte *apreciat*;
- pacientul *deține controlul*;
- pacientul se simte *confortabil* în relația cu medicul său.

Concluzionăm în acest context că, în procesul de îngrijire, se fundamentează relația medic-pacient, o relație complexă ale cărei probleme nu au fost întotdeauna clar formulate, dar mai ales nu au fost pe deplin rezolvate, iar încrederea pacientului în știința medicală este mijlocită de încrederea în cei care îl tratează sau îl îngrijesc. Aceste precepte fundamentează multiaspectual investigația noastră centrată pe comunicarea interpersonală medic – pacient.

Elemente esențiale de formare a competențelor de comunicare a diagnosticului grav

Legislația în vigoare a Republicii Moldova – „Legea nr.264 din 27.10.2005 *Cu privire la exercitarea profesiei de medic*, unde în *Articolul 17. Obligațiile profesionale ale medicului* este stipulat, că (1) Medicul este obligat: p. k) să informeze pacientul direct sau prin intermediul reprezentanților legali ori al rudelor lui apropiate despre starea sănătății acestuia; respectiv în reglementările Legii Republicii Moldova nr. 263 din 27.10.2005 *Cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului* în *Articolul 5. Drepturile pacientului*, punctul i.) se menționează că pacientul are dreptul la informații exhaustive cu privire la propria sănătate, metodele de diagnostic, tratament și recuperare, profilaxie, precum și la riscul potențial și eficiența terapeutică a acestora; cât și la îngrijire terminală demnă de o ființă umană (punctul p.); iar în *Articolul 11. Asigurarea dreptului pacientului la informare*, în p. (5) se declară că „*Informațiile medicale cu privire la starea sănătății pacientului și la intervenția medicală propusă, inclusiv la riscurile și beneficiile potențiale ale fiecărei proceduri, efectele posibile ale refuzului tratamentului, alternativele existente, pronosticul și alte informații cu caracter medical, se prezintă de către prestatorul de servicii de sănătate într-un limbaj clar, respectuos și accesibil pacientului, cu minimalizarea terminologiei profesionale*”. În concordanță cu prevederile acestor Legi, pacientul devine subiectul principal în luarea deciziilor medicale, medicului îi revine obligația și responsabilitatea de a-l consilia în acest demers medical.

O dificultate majoră, cu o încărcătură emoțională imensă, în practica medicală este cea a comunicării unui diagnostic grav – care poate avea o evoluție fatală sau un prognostic rezervat. Medicul este obligat să ofere pacientului informații relevante despre boala sa. Ascunderea unui diagnostic sever duce, în primul rând, la neîncredere și anxietate, pacientul are dreptul la cele mai adecvate și complexe informații despre diagnostic, prognostic, riscurile și beneficiile terapiei, să refuze sau să aleagă tratamentul. Deși medicul este obligat prin lege de a oferi informații despre starea de sănătate anume pacientului, realitatea este alta. Cercetătoarea Mosoiu D.V. în urma unui studiu în domeniu susține, că „94.3% din medicii chestionați consideră că familia este cea care află prima diagnosticul. Familia face presiuni întotdeauna sau adesea asupra medicului ca acesta să nu comunice onest cu pacientul (81% din respondenți). Pacienții conform percepțiilor medicilor doresc să cunoască adevărul despre diagnostic adesea sau întotdeauna (70% din respondenți)” (Mosoiu, 2009). Diagnosticul sever este echivalat cu o maladie incurabilă, cu o situație de sănătate lipsită de speranță, deoarece, în percepția unora și cu părere de rău - cazul celor mai mulți oameni, conduce la inevitabilul deces, dar ar trebui să se atragă atenția și la acea perioadă intermediară când crește speranța de viață (după Kiibler-Ross, apud Skolka, 2004).

Cercetătorul Pilling (1999) afirmă că „menținerea neadevărului cu scopul protecției pacientului este un mit, o prejudecată, care de fapt îngreunează situația acestuia. A crede că dacă nu i se spune bolnavului adevărul, atunci el nici nu cunoaște acest adevăr, reprezintă o convingere falsă. Mai devreme sau mai târziu toți știu că vor muri, chiar și copiii” (apud Skolka, 2004). Unii pacienți nu vor să afle tristul adevăr, dar medicul trebuie să ofere fiecărui pacient posibilitatea de a afla informațiile legate de starea sa de sănătate, „să aibă cele mai adecvate și complexe informații despre diagnostic, prognostic, riscurile și beneficiile terapiei” (Tudose, 2003, p. 217).

Fiecare *cuvânt* rostit de medic în anturajul respectiv capătă o semnificație majoră pentru pacient. Cercetătorul român Istrătoaie remarcă, că „important este ceea ce este înțeles nu ceea ce este spus (...) fiecare cuvânt contează, dar dincolo de cuvinte, atitudinea și postura medicului constituie și ele mesaje transmise pacientului și asimilate atare de către acesta” (Istrătoaie, 2015, p. 464). Pornind de la simplu fapt că *ce spunem* este la fel

de important ca și *cum spunem* și de aici rezultă și înțelegerea propriu-zisă și corectă, putem cu certitudine să afirmăm, că toate celelalte elementele ale actului comunicațional sunt și ele la fel de importante, ba mai mult – în cazul acesta capătă o conotație mai profundă. Scopul principal al informării corecte a pacientului despre starea sa de sănătate rezidă în stabilirea unei relații de încredere; sporirea sentimentului pacientului de control al situației; luarea deciziilor de către pacient și exprimarea preferințelor în alegerea terapierilor.

Obiectivele generale de care ar trebuie să se ghideze medicul în acest demers de anunțare a unui diagnostic infaust sunt acelea care „să permită pacientului să dobândească cunoștințe și să dezvolte capacitățile necesare pentru a gestiona simptomele penibile, să trăiască cotidian cu boala, să prevină complicațiile și să pactizeze cu limitările, să facă față incertitudinii și să dea un sens parcursului vieții” (ibidem, p. 467). A comunica eficient nu se rezumă doar la a informa bine, precizează Munteanu, „ci a rămâne concis, comprehesibil și a verifica dacă mesajul a fost primit. Acesta implică:

- a suporta ca bolnavul să-și exprime până la capăt credințele, neliniștea sau dubiile;
- a accepta să răspunzi la întrebări incomode;
- a încuraja revenirea, mai târziu, asupra unei explicații deja date;
- a incita explicit bolnavul să pună întrebări despre ce nu a fost abordat” (Munteanu, 2005, p.6).

Scopurile procesului de comunicare a veștilor proaste trebuie atinse treptat, afirmă unii cercetători și specifică: „aflarea unor informații despre pacient care privesc gradul său de cunoaștere în domeniul bolii sale și așteptările pe care le are, furnizarea unor informații inteligibile pentru pacient și în conformitate cu așteptările acestuia, reducerea impactului emoțional al veștilor proaste și, în final, dar nu pe ultimul loc, dezvoltarea unor strategii terapeutice împreună cu pacientul” (Nițu et al., 2012, p.203). Nu putem să nu fim de acord cu următoarea afirmație, că „comunicarea realizată treptat, întărirea speranțelor, expectanțelor realiste, face posibilă acceptarea adevărului. (...) 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” (Skolka, 2004, p.100).

În practica medicală *Protocolul SPIKES*, care se centrează pe acceptarea și conștientizarea emoțiilor, reprezintă o strategie eficientă de pregătire și anunțare a veștilor infauste, afirmă specialiștii în domeniu (Baile et.al., 2000; Buckman, 2005), este „acronimul unui proces în 6 etape; acestea accentuează cele mai importante momente ale discuției și sugerează moduri de apreciere a situației pe măsură ce ea evoluează pentru a răspunde constructiv la modificările care apar ulterior” (Nițu et.al., 2012, p.202):

1) *S – setting - cadrul de comunicare*, care implică spațiul privat, intim unde va avea loc discuția și confidențialitatea informațiilor anunțate. Pentru informarea pacientului asupra diagnosticului și prognosticului, pentru a-l ajuta, dar și pentru a obține cât mai multe și mai utile informații, medicul își va construi dialogul, urmând anumiți pași:

- va alege un moment adecvat; va asigura caracterul privat al discuției;
- va crea o atmosferă favorabilă situației fără vreo masă sau birou între pacient și medic;
- va ignora tot ce-i distrage atenția;
- va păstra o distanță potrivită;
- va sta drept sau ușor aplecat spre interlocutor;
- va evita transmiterea unor mesaje incomplete sau a adevărului parțial;
- va folosi limbajul simplu, direct, dar suficient de explicit;
- va controla elementele comunicării nonverbale – atitudine corporală, mimică, tonul vocii;

- va demonstra o atitudine empatică față de ce i se întâmplă pacientului.

Interesantă în această privință este și recomandarea unor cercetători ruși, care afirmă că „reducerea distanței psihologice este un element important în comunicare nonverbală, și pe care îl putem obține prin abandonarea halatului pe speteaza unui scaun sau undeva prin apropiere, iar la haină să rămână doar insigna cu numele și poziția pe care o ocupați în cadrul instituției medicale, astfel conversația va avea loc într-un mediu confortabil, într-o atmosferă de reciprocitate, dar totodată veți menține poziția de autoritate” (traducerea ne apartine), (Герасимова, Болomoжнов et al., 2015, p.16).

2) *P-perception – percepția* – înainte de a comunica informațiile proaste trebuie să aflați cât de mult știu și înțeleg pacienții din ce li se întâmplă. La începutul discuției se recomandă pregătirea pacientului prin întrebări de felul: „*Doriți să aflați detalii despre boală?*” sau „*Doriți să discutăm rezultatele analizelor?*”; „*Vă îngrijorează boala dvs.?*”;

- va încuraja pacientul să vorbească prin gesturi afirmative și aprobări;
- va pune întrebări deschise și clare (*cum?, de când?*);
- va menține contactul vizual fără să intimideze pacientul;
- va accepta tăcerile de scurtă durată sau va interveni cu întrebări de genul „*Ce v-a determinat să vă întrerupeți?*”; „*La ce vă gândiți?*”;
- va repeta și va interpreta ceea ce spune pacientul;
- va oferi bolnavului posibilitatea de negare;
- va răspunde empatic, identificând și recunoscând emoțiile trăite de pacient ca fiind firești etc.
- sprijinirea necondițională a pacientului: „*Vreau să știți că voi fi în continuare alături de dvs. Mă puteți telefona dacă aveți probleme sau întrebări. Voi reveni la dvs. ori de câte ori va fi nevoie*”.

3) *I-invitation – invitația* – medicul va urmări atent atitudinea pacientului, limbajul corpului, reacția față de boală: „*Când a apărut prima dată durerea ce ați crezut că poate fi?*” „*Sunteți genul de persoană care vrea să știe toate detaliile despre ceea ce se întâmplă?*”.

- Vă evita exprimările dure; va vorbi în termeni simpli;
- Va lăsa pacientul să vorbească, fără să-l întrerupă;

4) *K-knowledge – cunoașterea* – înainte de a comunica veștile proaste, va avertiza pacientul că urmează vești nu tocmai bune:

- Va aplica aluzia de avertizare: „*Îmi pare rău, dar cred că lucrurile par a fi grave*”, după care este recomandată o pauză pentru a urmări reacția pacientului;
- Va oferi informația, treptat „pe bucăți”.

Medicul nu trebuie să uite că și expresia feței, privirea, gesturile, poziția brațelor și a picioarelor de asemenea transmit ceva pacientului. Tonalitatea vocii, tonul, ritmul, frecvența și greșelile de vorbire, pauzele sau tăcerea sunt alte aspecte care favorizează comunicarea. De foarte multe ori înțelegem sentimentele celorlalți tocmai prin aceste aspecte ale comunicării nonverbale.

5) *E-empathy – empatie* – conștientizarea și managerierea emoțiilor atunci când apar în timpul discuției:

- va asculta activ și va identifica emoția (sau emoțiile); Dacă nu va fi sigur, va folosi o întrebare deschisă: „*Cum vă face asta să vă simțiți?*”, „*Ce ați înțeles din ce v-am spus până acum?*” ;
- va identifica sursa sau cauza emoțiilor. De cele mai multe ori acestea sunt generate chiar de veștile proaste pe care tocmai le-a auzit.
- va arăta pacientului că a identificat emoția și originea ei: „*Când ați auzit rezultatul tomografiei clar a fost un șoc pentru dumneavoastră*” „*Clar, această veste este una care v-a întristat*”

Pentru a oferi suport va putea spune: „Știu, nu este chiar ceea ce vă doriți să auziți”; pentru exprimarea empatiei „Aș vrea să vă dau vești mai bune”. „Medicul nu trebuie să experimenteze aceleași emoții pentru a fi empatic; dar poate demonstra simplu că înțelege emoțiile pacientului”.

6) *S – strategy and summary – strategie pentru viitor* – vaverifica des dacă este înțeles de pacient. Înainte de a termina discuția va face sumarul informațiilor și va întreba dacă sunt neclarități, va stabili obiective și strategii pentru tratament (după Nuțu et.al., 2012).

Urmare studiului realizat în domeniul comunicării veștilor rele încercăm să enumerăm câteva dintre barierele de comunicare a diagnosticului infaust:

Tabelul nr.1. Bariere în comunicarea diagnosticului infaust

BARIERE ÎN COMUNICAREA DIAGNOSTICULUI INFAUST
○ Teama de a nu face rău pacientului
○ Percepția că adevărul dezechilibrează pacientul din punct de vedere emoțional
○ Cred că nu sunt pregătiți din punct de vedere emoțional
○ Cred că este o sarcină prea dificilă și stresantă
○ Consideră că adevărul nu este util pacientului

Comunicarea interpersonală pacient-medic fundamentată pe schimbul de informații reciproce dă dovadă de respect a individualității fiecărui pacient în parte. „Scopul este acela de a construi o alianță terapeutică bazată pe încredere, schimb de cunoștințe și ascultarea celuilalt. În practică, anunțarea diagnosticului poate fi ajustată în funcție de fiecare pacient, în mod progresiv, pentru ca acesta să poată, după un anumit timp, să asimileze și să înțeleagă condiția în care se află, să urmeze tratamentele propuse și să participe la luarea deciziei” (Aluaș, 2014, p.21). Comunicarea cu pacientul solicită din partea medicului o capacitate de dăruire și empatie deosebite. Demonstrând multă competență, dar și suflet, posibilitățile de colaborare cu pacientul cresc, mai ales când acesta simte că medicul înțelege și se implică în suferința lui, „pacienții apreciază medicii care pot diagnostica cu pricepere și au o comunicare eficientă. Medicii care au bune competențe de comunicare au o satisfacție mai mare de la locul de muncă, dar și mai puțin stres și sunt mai puțin predispuși la Sindromul Burnout”(traducerea ne aparține) (Jankowska, Pasierski, 2014, p. 350). În baza celor enunțate anterior stabilim câteva reguli în comunicarea diagnosticului infaust în tabelul nr. 2:

Tabelul nr. 2. Percepte în comunicarea diagnosticului infaust

PERCEPTE ÎN COMUNICAREA DIAGNOSTICULUI INFAUST
○ Stabilirea relației medic-pacient bazată pe sinceritate, încredere și responsabilitate
○ Prin atitudine a da dovadă de speranță (cancerul este o maladie imprezizibilă!)
○ Informația transmisă trebuie să fie clară, corectă
○ Mesajul trebuie să fie transmis printr-un limbaj simplu, fără exces de terminologie medicală
○ Utilizarea termenului „remisie,, în loc de „vindecare,,
○ Adevărul pentru pacient nu înseamnă adevărul întreg
○ Permitearea pacientului de a vorbi nestingherit – să-și manifeste pe larg emoțiile cu care se confruntă – frică, furie, negare, speranță etc.
○ Permitearea pacientului de a lua decizii cu privire la metodele de tratament și investigații
○ Pacientul decide cui să-i furnizeze informațiile despre starea sa de sănătate!
○ Asigurarea pacientului de confidențialitatea discuțiilor

În concluzie, procesul de comunicare medic-pacient este un act uman obișnuit, care comportă toate valențele acestuia și trebuie tratat ca atare, fără a-i imputa aspecte specifice tranșante, care l-ar situa în afara unor relații omenești apropiate și firești.

BIBLIOGRAPHY

1. ALUAȘ, M. (2014). *Aspecte etice privind evoluția relației medic-pacient*. [on-line] [citat 12.07.2018] Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/319141814_ASPECTE_ETICE_PRIVIND_EVOLUTIA_RELATIEI_MEDIC-PACIENT
2. COSMAN, D. (2010). *Psihologie medicală*. Iași: Polirom. 462 p. ISBN 978-973-46-1735-7.
3. BAILE, W. F., BUCKMAN, R., et.al. (2000). *SPIKES – A SixStep Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer*. *Oncologist*. [on-line] [citat 17.07.2018]. Disponibil: http://www.cetl.org.uk/learning/feedback_opportunities/data/downloads/breaking_bad_news.pdf.
4. BRANIȘTE Gh., CALUGHER V., BRANIȘTE T., DORGAN V. (2018). *The Modernization of Higher Education of Physical Culture From the Republic of Moldova in the Context of the Knowledge Based Society*, în *The Proceedings of the International Conference, Communication, Context, Interdisciplinarity*, ediția a cincea (CCI 5), ed.: Iulian Boldea – Târgu-Mureș, Published by “Dialogue Arhipelag XXI Press”, Târgu-Mureș, supus evaluării pentru indexare în Web of Science – Clarivate Analytics.
5. BRANIȘTE, L. (2016). *Rolul dezvoltării competenței comunicative în procesul de predare-învățare a limbii române ca limbă străină*, Studii și cercetări științifice. Seria Filologie (Plurilingvism și interculturalitate. Textul în context: cuvânt și imagine), 2016, nr. 35, p. 51-57, http://studiisicercetari.ub.ro/wp-content/uploads/2016/12/SCS_35-2016_final.pdf.
6. BROWN, R. F., et.al. (2008). *Communication Skills Training: Describing a New Conceptual Model*. [on-line] [citat 26.06.2018]. Disponibil: https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2008/01000/Communication_Skills_Training_Describing_a_New.6.aspx.
7. BUCKMAN, R. A. (2005). *Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy*. [on-line] [citat 17.07.2018]. Disponibil: <http://residents.pediatrics.med.ubc.ca/wp-content/uploads/2014/08/Delivering-Bad-news.pdf>
8. FICA, S., MINEA, L. (2008). *Ghid de comunicare și comportament în relația cu pacientul*. București: Universitară „Carol Davila”. 94 p. ISBN 9789737082035.
9. COSMAN, D. (2010). *Psihologie medicală*. Iași: Polirom. 462 p. ISBN 978-973-46-1735-7.
10. FICA, S., MINEA, L. (2008). *Ghid de comunicare și comportament în relația cu pacientul*. București: Universitară „Carol Davila”. 94 p. ISBN 9789737082035.
11. ГЕРАСИМОВА, И. В., БОЛОМОЖНОВ, А. М., et.al. (2015). *Приемы и методы эффективного общения с пациентами. Методические рекомендации*. [on-line] [citat 03.01.2018]. Disponibil: <http://oocmp.ru/assets/doc/info/priemi.pdf>.
12. IAMANDESCU, I. B. (1997). *Psihologie medicală*. București: Infomedica. 319 p. ISBN 973-96935-9-8.
13. ISTRĂTOAIE, O. (2015). *Comunicarea diagnosticului către pacient - limba medicală versus limba comună*. [on-line] [citat 13.07.2018]. Disponibil: <http://www.diacronia.ro/ro/indexing/details/A23310/pdf>

12. JANKOWSKA, K., PASIERSKI, T. (2014). Medical communication: a core medical competence. In: *Polskie archiwum medycyny wewnętrznej*. 124 (7 8). pp. 350-351. [on-line] [citat 25.03.2018]. Disponibil: http://pamw.pl/sites/default/files/72_Pasierski.pdf
13. LUBAN-PLOZZA, B., IAMANDESCU, I. B. (2003). *Dimensiunea psihologică a practicii medicale*. București: Infomedica. 408 p. ISBN-978-7912-07-1.
14. *Legea nr.263 din 27.10.2005 Cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului*. [on-line] [citat 16.07.2018]. Disponibil: <http://lex.justice.md/viewdoc.php?id=313060>.
15. *Legea nr.264 din 27.10.2005 Cu privire la exercitarea profesiei de medic* [on-line] [citat 16.07.2018]. Disponibil: <http://lex.justice.md/viewdoc.php?id=313060>.
16. MÂRZA, D. DĂNILĂ.(2009). *Relația terapeut-pacient: (terapia centrată pe client)*. Bacău: Alma Mater. ISBN 978-606-527-056-5; ISBN 978-606-527-056-5.
17. MIU, N. (2004). *Științele comunicării*. Cluj-Napoca: Ed.Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”. 251 p. ISBN 973-693-024-6.
18. MOȘOIU, D. V. (2009). *Comunicarea diagnosticului și a prognosticului în cancer*. Pregătirea, percepții și practici ale medicilor oncologi, hematologi și de îngrijiri paliative, așteptări ale populației și cadrul normativ. Rezumatul tezei de doctorat. USMF. Cluj-Napoca. [on-line] [citat 18.07.2018]. Disponibil: www.umfcluj.ro/sustinite-ro/category/20-rezumate-2009?download.
19. MUNTEANU, D. A. (2005). *Observații asupra modului în care se comunică diagnosticul de cancer*. [on-line] [citat 17.07.2018]. Disponibil: http://www.psihologiaonline.ro/download/lucrari/L009_ObservatiiCancer.pdf.
20. NIȚU, M., et.al. (2012). *Comunicarea veștilor proaste în practica medicală*. [on-line] [citat 19.03.2018]. Disponibil: http://rmj.com.ro/articles/2012.3/RMR_Nr-3_2012_Art-6.pdf.
21. POPA-VELEA, et.al. (2016). *Compediu de psihologie medicală*. București: Ed. Universitară „Carol Davila”. 204 p. ISBN 978-973-708-926-7.
22. REZUȘ, Elena, REZUȘ, Ciprian et al., *Cardiovascular Risk Factors in Chronic Inflammatory Rheumatic Diseases: Modern Assesment and Diagnosis*. Current Vascular Pharmacology, 2015 vol.13(6): 716-724.
23. SKOLKA, E. *Aspecte ale asistenței bolnavului aflat în stadiul terminal*. [on-line] [citat 07.03.2018]. Disponibil: <https://docslide.com.br/download/link/eniko-skolka-aspecte-ale-asistentei-bolnavului-aflat-in-stadiul-terminal>.
24. TUDOSE, F. (2003). *Orizonturile psihologiei medicale*. București: InfoMedica. 406 p. ISBN 973-7912-02-0.
25. ТРОИЦКАЯ, Л. А., et.al. (2013). Деонтологические принципы и психологические особенности профессионального взаимодействия доктора с пациентом.[on-line] [citat 23.11.2017]. Disponibil: <https://medi.ru/docplus/j01131248.pdf>.