

## THE PHYSICIAN'S COMMUNICATION WITH VULNERABLE GROUPS FROM THE PERSPECTIVE OF MULTICULTURALITY

**Maria-Dorina PAȘCA, Assistant Professor PhD, University of Medicine and Pharmacy, Târgu-Mureș and Elena Luminița COZLEA, Psychologist, Mureș County Hospital, Obstetrics and Gynecology Hospital**

*Abstract: "Prejudice always deform thoughts, feelings and opinions of men." - Mark Twain  
In a world where population is growing and the percentage of vulnerable groups is increasing, cultural sensitivity requires very special attention. It is not surprising that cultural factors play a very important role in the healing process, outlining the response to disease and treatment. From Hippocratic Oath to the Romanian legal texts, all argue for a conduit for patients regardless of culture, race, ethnicity, religion. The vulnerable groups are: minorities, people with disabilities, pregnant women, children, whose self-image, and whose whole life is affected, the more they are under the influence of a medical context. We are the richest when we have health, and we are entitled to it, all of us, regardless of where we come from and where we are headed. In this context, medical communication with vulnerable groups has its specificity, given both the professional ethics and the cultural traditions of those concerned.*

*Keywords: patient, physician, stigmatization, vulnerability, health*

Pentru a realiza o comunicare mai eficientă dar și corectă din punct de vedere a calității și chiar cantității informației transmise prin mesaj, e necesar a sublinia ceea ce definește Larousse (1998) și anume că este o „acțiune de a transmite, a aduce la cunoștință, a împărtăși, a fi în raport cu, a fi legat de, a fi în relație cu” reprezentând practic: o stare și o acțiune, menite în final a determina o atitudine și/sau un comportament dintre două sau mai multe persoane. Este de fapt momentul în care, Stanton N (1995) vorbește de atingerea unor scopuri prin procesul de comunicare, acesta pornind de la:

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

În aceste context respectarea regulilor comunicării presupune:

- să ascultăm;
- să observăm;
- să analizăm;
- să controlăm;
- să ne exprimăm;

facând ca, Pașca MD (2012) transmiterea mesajului comunicării, în cazul nostru, între medic și pacient să se bazeze pe receptor (R=pacient), emițătorul (E=medicul) asigurându-se:

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

astfel încât pasul următor să declanșeze o ascultare eficientă și activă bazându-se pe acceptarea reciprocă ca și coeficient al reușitei.

Este momentul în care, respectându-se Jurământul lui Hipocrate: "... În toate casele în care voi merge, voi intra pentru folosul bolnavilor, străin de orice nedreptate și voluntara și vătămătoare și de acte nedemne față de femei și bărbați, de oameni liberi sau sclavi...", ceea ce îndeamnă fiecare medic spre o conduită și un comportament în care respectarea ca ființă a omului să se facă indiferent de sex, vârstă, rasă, etnie, religie, cultură, păreri politice și lista rămâne deschisă.

Și cu toate acestea, există momente în care cursul vieții ne determină a deveni vulnerabili (provenit din latinescul vulnerabilis-DEX 1998) catalogat ca parte slabă a cuiva, influențabil, nevralgic, astfel încât ajungem după Lăzărescu M(1994) ca vulnerabilitatea să fie un concept modern care tinde să ia locul conceptului de determinism endogen. Totodată, Tudose Fl (2003) amintește că vulnerabilitatea este un catalizator care amplifică efectul unui agent declanșator, fie eveniment major sau dificultate de viață serioasă și care nu este eficace decât în legătură cu aceștia.

Extrapolând constatările elementare legate de vulnerabilitate la nivelul celor menționate anterior, ajungem a cuantifica grupurile vulnerabile de persoane care în anumite situații se pot transforma în pacienți aparținând unor texturi cum ar fi:

- minoritățile/etnia;
- persoanele cu dizabilități;
- femeile însărcinate;
- copiii;
- persoanele private de libertate, etc.

determinând din partea medicului nu numai cunoașterea elementelor caracteristice fiecărei categorii în parte cât mai ales, modalitatea și logistica aplicată în cazul comunicării cu acestea.

În fapt, Astarastoe V, Gavrilovici C, Vicol M, Gergely D, Sandu I(2011), persoanele vulnerabile sunt cele aflate în incapacitatea absolută sau relativă de a-și proteja propriile interese. Altfel spus, ele nu au suficientă putere, inteligență, educație, resurse, abilități sau alte atribute pentru a-și proteja interesele.

De asemenea un rol important revine și modului în care are loc alegerea canalului de comunicare, acestea având:

- a) puternice conotații date de dimensiunea socială a situației;
- b) se referă la modul de transmitere a mesajului (voce, scris, gest) și a condițiilor fizice (poziția lor în spațiu, locul întâlnirii)
- c) existența a două tipuri de dispunere spațială care favorizează comunicarea și anume: față în față și alături,

astfel încât, cei doi actori ai comunicării, medicul vs pacientul să fie în măsură să:

- aleagă limbajul;
- găsească cuvintele potrivite;
- înlănțuie cuvintele în ordinea dorită;
- transmită cuvintele/informația printr-un canal,

în așa măsură încât, Bakar (1997) după Pașca MD (2012), emițătorul (actorul) este un creator care prin mesajul său, furnizează un întreg ansamblu de informații- semne cu privire la propria persoană, la viziunea sa asupra obiectului comunicării sau la situația socială pe care o dorește

sau o percepe- care vor fi percepute, interpretate și evaluate de către interlocutor, determinând reacțiile angajamentul receptivitatea sau blocarea acestuia.

Practic, ajungem la momentul în care între cei doi actori ai comunicării-medicul și pacientul aparținând unui grup vulnerabil, să existe un scop comun prin care:

- a) să se atingă obiectivele propuse;
- b) să se evite situațiile periculoase;

dezvoltându-se astfel o atitudine, o conduită și un comportament care să determine normalitatea actului medical în sine, dezamorsând stările conflictuale ce pot apărea la un moment dat atât instantanee cât și/sau provocate.

Tot acest demers atitudinal este menit a decodifica în fapt, două situații ce pot exista la un moment dat, pornind de la reacția:

- a) medicului față de grupul vulnerabil;
- b) grupului vulnerabil față de medic,

astfel încât rezultanta să se bazeze din perspectiva deontologiei profesionale pe dreptul la:

- viață
- sănătate;
- educație;
- menținerea și păstrarea identității culturale;
- de a alege;

De asemenea, Astarastoe V, Gavrilovici C, Vicol M, Gergely D, Sandu I (2011), este esențial a se lua în considerație elementul cultural când se planifică cel mai bun program de recuperare medicală. Cunoașterea culturii pacientului ajută la dezvoltarea unei atitudini sensibile față de aceasta valoare-întâia primă permisă a unui tratament de calitate. Diverse sisteme de valori culturale, religioase sau chiar individuale comunitare, influențează semnificativ judecata clinică, iar preocuparea pentru protejarea drepturilor individului, rezidă tocmai din indentificarea acestor valori particulare. Într-o rețea extinsă de valori, concepții, prejudecăți, oamenii își interpretează diferit evenimentele, conferindu-le înțelesuri unice, pe care alții nici măcar nu le iau în considerare. Această unicitate a ființei umane nu se referă la particularitățile fenotipice (de ex. o anumită culoare a ochilor, părului, pielii etc) ci la experiențe profunde, cum ar fi confortul fizic, siguranța, starea generală de bine fizic, psihic și mental.

Deci, este momentul de a sublinia că fiecare din grupurile vulnerabile amintite anterior își au caracteristicile sale structurale aparte iar faptul că, contactul cu medicul le determină atitudini, conduite și comportamente variate, duce la conturarea elementelor definitorii relației existente.

De aceea, în periplul nostru comunicațional și relațional e bine să luăm în considerare și perspectiva multiculturalității cum ar fi:

1. identificarea culturală=ceea ce determină ca medicul să cunoască cultura și originea pacientului ce provine dintr-un grup vulnerabil, tradițiile și obiceiurile locale putând interfera cu procesul de vindecare a acestuia;
2. metoda de comunicare=știind că lipsa comunicării ce se indentifică și prin barierele de limbă, pot influența calitatea actului medical, succesul terapeutic și chiar satisfacția pacientului într-un context dat;
3. barierele de limbă=în contextul în care este importantă trecerea de la ceea ce spunem la cum spunem, comunicarea nonverbală fiind esențială;

4. înțelegerea= pentru evitarea unei comunicări ineficiente e necesar de a cere pacientului provenit dintr-un grup vulnerabil să reproducă prin propriile cuvinte și expresii noțiunile primite înainte de a conchide dacă acestea au fost bine înțelese sau nu;
5. credințele și valorile implicate= are loc identificarea sistemului de credință ceea ce reprezintă a fi un factor determinant al vitezei de recuperare după boală a pacientului provenit dintr-un grup vulnerabil la care el se raportează;
6. încrederea= stă în balansul alterării diagnosticului bolii, deoarece dacă de cei în cauză nu sunt furnizate medicului toate informațiile relevante pentru cursul bolii, rezultatele intervenției pot fi compromise de la bun început;
7. însănătoșirea= important este ca timpul să fie cel care să proceseze informația legată de mersul cazului pacientului ce face parte dintr-un grup vulnerabil;
8. dieta= face trimitere la propriile achiziții în acest domeniu mai ales a grupurilor etnice, de aceea munca în echipa-nutriționist-medic, va fi benefică pentru pacientul aflat în această situație dată;
9. evaluarea= va apărea sub forma percepției culturale a propriilor emoții și verbalizarea lor făcând trimitere la comunicarea și relaționarea medicului cu pacientul din prisma conștientizării diferențelor culturale și necesitatea înțelegerii elementelor de multiculturalitate;
10. subiectivismul echipei medicale= înlăturarea din start și din principiu a etichetării pacienților aparținând grupurilor vulnerabile a stereotipiilor și prejudecăților astfel încât e necesară înțelegerea lor în contextul cultural la care se raportează fără a li se aduce atingere ca persoane;

Astfel, Astarastoe V, Gavrilovici C, Vicol M, Gergely D, Sandu I (2011) un sistem de sănătate competent și din punct de vedere al respectului cultural, ar cere experților medicali să își exprime sensibilitatea față de diferențele implicite de comportament, față de atitudinile și semnificațiile atașate evenimentelor emoționale, cum ar fi durerea, depresia sau dizabilitatea. Rolul major al medicului va fi de sprijinire a implicării active a pacientului și familiei în procesul de recuperare a bolii, diminuând frica de necunoscut și întărind speranța de însănătoșire rapidă.

Sub aceste auspicii, existența elementelor conceptuale vizând perspectivele multiculturalității implicate în actul comunicării medicului cu grupurile vulnerabile, face viabilă acceptarea nu numai a diversității culturale și valorice a semenilor noștri cât și posibilitatea de a întreține un climat socio-economic menit a menține sănătatea fizică și psihică a celor care trebuie considerați și sunt de fapt ființe și nu obiecte, având cu toți drepturi egale chiar și în raport cu binele și răul.

## Bibliografie

- Astarastoe V, Gavrilovici C, Vicol M, Gergely D, Sandu I (2011)- *Etica și non-discriminarea grupurilor vulnerabile în sistemul de sănătate*, Ed "Gr T Popa"-UMF Iași.
- Lăzărescu M. (1994)- *Psihopatologie clinică*- Ed Helicon, Timișoara.
- Pașca M.D.(2012)- *Comunicarea în relația medic-pacient*, Ed University Press, Tg-Mureș.
- Stanton N (1995)- *Comunicarea*- Ed Societatea Știință și Tehnică, București.
- Tudose FI (2003)- *Orizonturile psihologiei medicale*- Ed Medicală, București.
- Larousse- *Dicționar de psihologie (1998)*- Ed Universul Enciclopedic, București.