



**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„VICTOR BABEȘ” DIN TIMIȘOARA**

**MANAGEMENTUL COMUNICĂRII ÎN PRACTICA MEDICALĂ
SUPT DE CURS PENTRU PROGRAMUL UNIVERSITAR DE
MASTERAT RESPONSABILITATEA JURIDICĂ A PERSONALULUI
MEDICAL**

Prof.univ.dr. Ramona Amina POPOVICI

COMUNICAREA CU PACIENTUL PROVENIT DIN GRUPURILE VULNERABILE ÎN PRACTICA MEDICALĂ

❖ *Comunicarea cu pacientul provenit din grupurile vulnerabile*

Pentru a realiza o comunicare mai eficientă, dar și corectă, din punct de vedere a calității și chiar cantității informației transmise prin mesaj, este necesar a sublinia ceea ce definește Larousse (1998), și anume că ideea de comunicare 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 citați);
- să fim înțeleși;
- să fim acceptați;
- să provocăm o reacție (o schimbare în comportament sau atitudine)

În acest context respectarea regulilor comunicării presupune:

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

și face ca 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.

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 grupuri cum ar fi:

- minoritățile/etnia;
- persoanele cu dizabilități;

- femeile însărcinate;
- copiii;
- persoanele private de libertate etc.

În fapt, 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 cu grupurile vulnerabile știind că:

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

Astfel, 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 trebuie să existe un scop comun între cei doi „actori” ai comunicării, medicul/personalul medical și pacientul aparținând unui grup vulnerabil, prin care să se atingă obiectivele propuse și să se evite situațiile periculoase, dezvoltându-se astfel o atitudine, o conduită și un comportament care să determine normalitatea actului medical/farmaceutic în sine, dezamorsând stările conflictuale ce pot apărea la un moment dat, atât instantanee cât și/sau provocate, timpul și spațiul fiind elemente de contur de multe ori.

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/personalului medical față de grupul vulnerabil;
- b) grupului vulnerabil față de medic/personal medical,

De asemenea, 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 această valoare - întâia, prima premisă 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 identificarea 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, contactul cu medicul/ personalul medical le determină atitudini, conduite și comportamente variate, duce la conturarea elementelor definitorii relației existente.

De aceea, în periplul nostru comunicațional și relațional cu grupurile vulnerabile este bine să luăm în considerare elemente cum ar fi:

1. identificarea culturală = ceea ce determină ca medicul/personalul medical 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 identifică 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 non-verbală fiind esențială;

4. înțelegerea = pentru evitarea unei comunicări ineficiente este necesar de a cere pacientului provenit dintr-un grup vulnerabil să reproducă prin propriile cuvinte și expresii noțiunile primite, înainte de a concluziona 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 cei în cauză nu furnizează 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 care 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 echipă nutriționist-farmacist, 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/ personalului medical 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.

Putem spune că un sistem de sănătate este competent și din punct de vedere al respectului cultural, prin cererea 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 toții drepturi egale, chiar și în raport cu binele și răul.

BIBLIOGRAFIE

1. Anghel P., Stiluri și metode de comunicare, Editura Aramis, București, 2003
2. Josan, L., Relaționarea medic-pacient. Modelul medicului formator, Ed. Institutul European, București, 2018
3. Marian L, Etica profesională și bazele comunicării, ciclul prelegeri, Universitatea Tehnică a Moldovei, Chișinău 2008
4. Munteanu, M., Introducere în știința comunicării - suport de curs - anul I, Universitatea Constantin Brâncuși - Facultatea de litere și științe sociale, Tg-Jiu, 2009
5. Popovici, R.A. , Levai, C.M, Podariu A, Particularități ale comunicării în medicină, Timișoara, Ed. Mirton, 2016.
6. Stanton N., Comunicarea, Editura Societatea Științifică și Tehnică, București, 1995