UNIVERSITATEA DE STAT DIN MOLDOVA
ŞCOALA DOCTORALĂ
PSIHOLOGIE ȘI ȘTIINȚE ALE EDUCAȚIEI

Cu titlu de manuscris
C.Z.U: 378:614.253 (043.2)

NASTASIU Silvia

FORMAREA COMPETENȚEI DE COMUNICARE INTERPERSONALĂ MEDIC-PACIENT LA MEDICINIȘTI

Specialitatea: 533. 01 - Pedagogie universitară

Teză de doctor în științe ale educației

Autoare: **Nastasiu Silvia**

Conducător științific: **Goraș-Postică Viorica**, doctor habilitat în pedagogie, profesor universitar

Comisia de îndrumare: **Șevciuc Maia**, doctor în pedagogie, conferențiar universitar

Bodrug-Lungu Valentina, doctor habilitat în pedagogie, conferențiar universitar

Branişte Tudor, doctor habilitat în medicină, conferențiar universitar

CHIŞINĂU, 2019

© Nastasiu Silvia, 2019

CUPRINS

ADNOTARE (în limba română, engleză, rusă) **5**

LISTA TABELELOR **8**

LISTA FIGURILOR **10**

INTRODUCERE **11**

1. CADRUL TEORETIC DE ABORDARE PSIHOPEDAGOGICĂ A COMPETENȚEI DE COMUNICARE INTERPERSONALĂ **20**

1.1. Aspecte generale din istoria cercetărilor fenomenului comunicării 20

1.2. Incursiuni teoretice privind originea comunicării medicale 25

1.3. Conceptul de comunicare între identitate și definiție 28

1.4. Abordări teoretice ale conceptului de competență 40

1.5. Competența de comunicare interpersonală medic-pacient 50

1.6. Concluzii la capitolul 1 53

2. CONFIGURAȚII METODOLOGICE ÎN ABORDAREA PSIHOPEDAGOGICĂ A COMUNICĂRII INTERPERSONALE MEDIC-PACIENT **55**

2.1. Ipostaze specifice ale metodologiei psihopedagogice din perspectiva relației medic-pacient 55

2.2. Modele de comunicare medicală 61

2.3. Componente structurale și etice în comunicarea interpersonală medic-pacient 67

2.4. Elemente esențiale în formarea competenței de comunicare interpersonală medic-pacient 83

2.5. Modelul pedagogic de formare a comunicării interpersonale medic-pacient la mediciniști, centrat pe problemele pacientului 91

2.6. Concluzii la capitolul 2 96

3. CADRUL EXPERIMENTAL DE VALORIFICARE A MODELULUI PEDAGOGIC DE FORMARE A COMPETENȚEI DE COMUNICARE INTERPERSONALĂ MEDIC-PACIENT LA MEDICINIȘTI **98**

3.1. Evaluarea inițială a nivelului de dezvoltare a competenței de comunicare medic-pacient la mediciniști 98

3.2. Valorificarea experimental-formativă a Modelului pedagogic de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la mediciniști, centrat pe problemele pacientului 109

3.3. Evaluarea finală a competenței de comunicare medic-pacient la mediciniști 127

3.4. Concluzii la capitolul 3 144

CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI **146**

BIBLIOGRAFIE **151**

ANEXE **167**

Anexa 1. Programul de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti.....167

Anexa 2. Tematica Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti, la cursul *Comunicare şi comportament în medicină*.....169

Anexa 3. Tematica Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti, la cursul *Limba română şi terminologie medicală,* Facultatea de Medicină….....173

Anexa 4. Tematica Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti, la cursul *Limba română şi terminologie medicală,* Facultatea de Medicină II 175

Anexa 5. Chestionar de evaluare a nivelului competenţei de comunicare interpersonală medic-pacient.....177

Anexa 6. Ilustrarea aplicării testului Wilcoxon 179

Anexa 7. Ghidul Calgary-Cambridge pentru realizarea istoricului medical – procesul de comunicare..... 187

Anexa 8. Text pentru realizarea tehnicii *Discuţia ghidată* 191

Anexa 9. Realizarea tehnicii *Graficul T* 192

Anexa 10. Realizarea tehnicii SINELG la tema *Sistemul respirator – plămânii* 193

Anexa 11. Tehnica Ciorchinele la tema: *Maladiile organismului uman* 194

Anexa 12. Fişă de lucru la tema *Sistemul digestiv*.....195

Anexa 13. Model de dialog între medicul stomatolog şi pacient.....199

Anexa 14. Model de dialog între medicul de familie şi pacient 200

Anexa 15. Repere în comunicarea unui diagnostic grav.....201

GLOSAR.....**202**

DECLARAŢIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII..... **204**

CURRICULUM VITAE..... **205**

ADNOTARE

Nastasiu Silvia

Formarea competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti

Teză de doctor în științe ale educației, Universitatea de Stat din Moldova, Chișinău, 2019

Volumul și structura tezei. Teza include: introducere, trei capitole, concluzii generale și recomandări, bibliografie – 196 de surse, 15 anexe. În total, teza conține – 140 de pagini text de bază, 15 figuri și 40 de tabele. Rezultatele obținute sunt publicate în 14 lucrări științifice.

Cuvinte-cheie: competență de comunicare interpersonală, medicinişti, medic-pacient, relație medic-pacient, atitudini, abilități, comportamente, pedagogie medicală.

Domeniu de studiu: Pedagogie universitară.

Obiectul cercetării: procesul de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti.

Scopul cercetării constă în elaborarea și valorificarea experimentală a *Modelului pedagogic de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti, centrat pe problemele pacientului.*

Obiectivele cercetării: analiza teoretică a conceptelor de competență și comunicare; a competenței de comunicare interpersonală și a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient; determinarea metodologiei optime de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti; constatarea specificului relației medic-pacient prin condiționarea aspectelor etice în această relație; elaborarea și valorificarea *Modelului pedagogic de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti, centrat pe problemele pacientului* prin implementarea *Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti*.

Noutatea și originalitatea științifică rezidă în redefinirea conceptului de comunicare medicală și de competență de comunicare interpersonală medic-pacient pentru facilitarea interacțiunii comunicative profesionale și menținerea relației echilibrate medic-pacient, medic-medic, medic-societate; valorificarea metodologiei de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti; elaborarea și implementarea *Modelului pedagogic de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti, centrat pe problemele pacientului*; contribuția metodologică la modernizara formării și evaluării competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti în baza *Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti.*

Problema științifică importantă soluționată în cercetare constă în fundamentarea teoretic-aplicativă a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti prin formarea inițială de calitate, bazată pe centrarea pe problemele pacientului și interacțiunea adecvată cu acesta.

Semnificația teoretică a cercetării este reliefată de rezultatele cercetării conceptuale privind comunicarea pluriaspectuală a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, dar și a metodologiei interactive de formare a competenței de comunicare medic-pacient la medicinişti.

Valoarea aplicativă a lucrării este reprezentată de elaborarea și valorificarea experimentală a *Modelului pedagogic de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti, centrat pe problemele pacientului*; elaborarea și aplicarea *Indicatorilor de performanță* cu privire la competența de comunicare interpersonală medic-pacient, pe abordarea în premieră a problemei date în contextul pedagogiei medicale.

Implementarea rezultatelor științifice s-a realizat în cadrul IP USMF „Nicolae Testemițanu" prin valorificarea fundamentelor teoretic-aplicative elaborate și structurate în *Modelul pedagogic de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti, centrat pe problemele pacientului* în cadrul cursurilor *Comunicare și comportament în medicină* și *Limba română și terminologie medicală*, inclusiv prin intermediul comunicărilor la conferințele științifice naționale și internaționale și a publicațiilor științifice.

ANNOTATION

Nastasiu Silvia

Doctor-Patient Interpersonal Communication Competence Formation in Medical Students

PhD thesis in Education Sciences, Moldova State University,Chisinau, 2019

Thesis structure. The thesis includes: introduction, three chapters, general conclusions and recommendations, bibliography - 196 sources, and 15 annexes. In total, the thesis length is 140 pages - basic text, 15 figures and 40 tables. The obtained results were published in 14 scientific papers.

Key words: interpersonal communication, competence, medical students, doctor-patient, doctor-patient relationship, attitudes, abilities, behaviors, medical education.

Field of study: University pedagogy

Object of research: the process of formation of doctor-patient interpersonal communication competence in medical students.

The research purpose is to elaborate and capitalize the *Pedagogical Pattern for the formation of doctor-patient interpersonal communication competence in medical students, centered on the patient's problems.*

Objectives of the Research: to analyze the specific aspects of communication skills concepts, the interpersonal communication competence and doctor-patient interpersonal communication competence; to determine the best methodology of doctor-patient interpersonal communication competence formation; to establish doctor-patient relationship specificity and the ethical aspects of their relationship; to elaborate and capitalize the *Pedagogical Pattern of doctor-patient interpersonal communication competence formation,* through the implementation of the program of doctor-patient interpersonal communication competence formation.

Scientific novelty and originality of the research resides in the redefinition of the concept of medical communication and doctor-patient interpersonal communication competence for the facilitation of the professional communication interaction and maintenance of the balanced doctor-patient, doctor-doctor, and doctor-society relationship; methodology for the valorization of doctor-patient interpersonal communication competence formation; elaboration and implementation of the *Pedagogical Pattern of doctor-patient interpersonal communication competence;* methodological contribution to the modernization of training and assessment of the doctor-patient interpersonal communication competence based on the *Program of doctor-patient interpersonal communication competence formation.*

Important scientific problem solved in the research constitutes the theoretical and applied foundation of doctor-patient interpersonal communication competence in medical students through initial quality training, focused on the patient's problems and the proper interrelationship.

Theoretical significance of the research is emphasized by the results of the conceptual research on the multi-visual communication, of doctor-patient interpersonal communication competence, as well as the interactive methodology formation of doctor-patient communication competence in medical students.

Applicative value of the research is represented by the experimental elaboration and the capitalization of the Pedagogical Pattern of doctor-patient interpersonal communication competence formation; elaboration and application of *Performance Indicators of doctor-patient interpersonal communication competence*, based on the novelty of the given issue in the context of medical pedagogy.

Implementation of the scientific results was carried out within „Nicolae Testemițanu" State University of Medicine and Pharmacy of the Republic of Moldova, through the valorization of the theoretical and applied foundations elaborated and structured according to the *Pedagogical Pattern for doctor-patient interpersonal communication competence formation in medical students,* centered on the patient'sproblems, within the Course of *Communication and Behavior in Medicine* and *Romanian Language and Medical Terminology*, along with communication presentations at national and international scientific conferences and scientific publications.

АННОТАЦИЯ

Настасиу Сильвия

Формирование компетенции межличностного общения доктор-пациент в медицинской практике

Диссертация на соискание учёной степени доктора педагогических наук, Госсударственый Университет Молдовы, Кишинэу, 2019

Объем и структура диссертации. Диссертация состоит из: введения, трех глав, общих выводов и рекомендаций, библиографии, состоящей из 196 источников, 15 приложений. Диссертация содержит 140 страниц основного текста, 15 рисунков и 40 таблиц. Полученные результаты опубликованы в 14 научных работах.

Ключевые слова: компетенция межличностного общения, медики, доктор-пациент, отношения доктор-пациент, отношения, навыки, поведение, медицинская педагогика.

Область изучения: педагогика высшего образования.

Обьект исследования: процесс формирования компетенции межличностного общения доктор-пациент в медицинской практике.

Цель исследования – разработка и экспериментальная валидация *Педагогической модели формирования компетенции межличностного общения доктор-пациент в медицинской практике, центрированной на проблемах пациента.*

Задачи исследования: анализ концепций компетенции и общения; компетенции межличностного общения и компетенции межличностного общения доктор-пациент; определение методологии формирования компетенции межличностного общения доктор-пациент в медицинской практике; выявление специфики отношений доктор-пациент и определение этических аспектов этих отношений; разработка и валидация *Педагогической модели формирования компетенции межличностного общения доктор-пациент в медицинской практике, центрированной на проблемах пациента* посредством реализации *Программы формирования компетенции межличностного общения доктор-пациент в медицинской практике.*

Новизна и научная оригинальность заключается в переосмыслении концепта медицинского общения и компетенции межличностного общения доктор-пациент для облегчения профессионального коммуникативного взаимодействия и поддержки гармоничных отношений доктор-пациент, медик-медик, медик-общество; валидация методологии формирования компетенции межличностного общения доктор-пациент в медицинской практике; разработка и внедрение *Педагогической модели формирования компетенции межличностного общения доктор-пациент в медицинской практике, центрированной на проблемах пациента*; совершенствовании формирования методологии и определении уровня компетенции межличностного общения доктор-пациент в медицинской практике на базе *Программы формирования компетенции межличностного общения доктор-пациент в медицинской практике*.

В рамках исследования **решена важная научная проблема** теоретико-прикладного обоснования компетенции межличностного общения доктор-пациент в медицинской практике путем начальной качественной подготовки, центрированной внимания на проблемах пациента и разультативном взаимодействии с ним.

Теоретическая значимость исследования состоит в конкретизации результатов концептуального исследования многогранной компетенции межличностного общения доктор-пациент, а также в обосновании интерактивной методологии формирования компетенции межличностного общения доктор-пациент в медицинской практике.

Практическая значимость заключается в экспериментальной разработке и внедрение *Педагогической модели формирования компетенции межличностного общения доктор-пациент в медицинской практике*, центрированной на проблемах пациента; разработке и применении *Показателей эффективности* компетенции межличностного общения доктор-пациент, впервые в Республики Молдова данноя проблема рассмотрена в контексте медицинской педагогики.

Внедрения научных результатов проведено в рамках ГУМиФ «Николае Тестимицану» путем использования теоретико-прикладных основ, разработанных и структурированных в *Педагогической модели формирования компетенции межличностного общения доктор-пациент в медицинской практике, центрированного на проблемах пациента* в рамках курсов *Общение и поведение в медицине* и *Румынский язык и медицинская терминология*, в том числе и посредством выступлений на научных международных и национальных конференциях и научных публикаций.

LISTA TABELELOR

Tabelul 1.1. Definiții ale comunicării..... 29
Tabelul 1.2. Definiții ale comunicării didactice/educaționale/pedagogice..... 31
Tabelul 1.3. Derivarea competențelor..... 41
Tabelul 1.4. Definiții ale competenței..... 42
Tabelul 1.5. Definiții ale comunicării medicale..... 51
Tabelul 1.6. Domeniile de aplicabilitate a comunicării în medicină..... 52
Tabelul 2.1. Principiile asertivității..... 57
Tabelul 2.2. Modele ale relației medic-pacient..... 63
Tabelul 2.3. Evoluția relației medic-pacient..... 64
Tabelul 2.4. Tehnici de blocare a ascultării..... 74
Tabelul 2.5. Tehnici de comunicare în medicină..... 79
Tabelul 2.6. Tipuri de blocaje..... 81
Tabelul 3.1. Corelația itemilor chestionarului cu elementele și componentele competenței de comunicare interpersonală medic-pacient..... 101
Tabelul 3.2. Asemănări și deosebiri dintre comunicarea interpersonală propriu-zisă și comunicarea interpersonală medic-pacient..... 104
Tabelul 3.3. Răspunsuri cantitative la Blocul IV de itemi..... 105
Tabelul 3.4. Etapa actului medical la care se consideră comunicarea interpersonală medic-pacient, ca fiind cea mai importantă..... 105
Tabelul 3.5. Competenţe prioritare de comunicare în ars medica..... 106
Tabelul 3.6. Necesitatea formării competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, medic-medic, medic-societate..... 107
Tabelul 3.7. Raționamente teoretice și practice (sugestii) privind importanța comunicării medicale..... 107
Tabelul 3.8. Tehnica *Ce știu, ce vreau să știu, ce am învățat*..... 110
Tabelul 3.9. Elemente comparative dintre metodologia tradițională/clasică și cea modernă/interactivă..... 111
Tabelul 3.10. Fișa de observare a nivelului competenței de comunicare interpersonală medic-pacient..... 117
Tabelul 3.11. Tabel rezumativ al SINELG-ului la tema *Sistemul respirator – plămânii*..... 121
Tabelul 3.12. Realizarea tehnicii *Cinquan*..... 124

Tabelul 3.13. Indicatori de performanţă în comunicarea interpersonală medic-pacient (tabel integrator)..... 124
Tabelul 3.14. Valoarea parametrului P=Asymptotic Signification (2-tailed) pentru problema 4.1. 130
Tabelul 3.15. Date despre ranguri pentru problema 4.1. 131
Tabelul 3.16. Valoarea parametrului P=Asymptotic Signification (2-tailed) pentru problema 4.2. 132
Tabelul 3.17. Date despre ranguri pentru Problema 4.2. 132
Tabelul 3.18. Valoarea parametrului P=Asymptotic Signification (2-tailed) pentru problemele 4. 1. – 4. 5. Test Statistica..... 133
Tabelul 3.19. Date despre ranguri pentru problemele 4.1. – 4.5. Wilcoxon Signed Ranks Test..... 134
Tabelul 3.20. Valoarea parametrului P=Asymptotic Signification (2-tailed) pentru problema 5. 136
Tabelul 3.21. Date despre ranguri pentru Problema 5. 137
Tabelul 3.22. Valoarea parametrului P=Asymptotic Signification (2-tailed) pentru problema 7. 138
Tabelul 3.23. Date despre ranguri pentru Problema 7. 138
Tabelul 3.24. Valoarea parametrului P=Asymptotic Signification (2-tailed) pentru problema 8. 140
Tabelul 3.25. Date despre ranguri pentru problema 8. 140
Tabelul 3.26. Valoarea parametrului P=Asymptotic Signification (2-tailed) pentru problema 9. 141
Tabelul 3.27. Valoarea parametrului P=Asymptotic Signification (2-tailed) pentru problema 10. 142
Tabelul 3.28. Date despre ranguri pentru Problema 10. 142

LISTA FIGURILOR

Fig. 1.1. Structura procesului de comunicare, după K. Buler..... 32
Fig. 1.2. Structura procesului de comunicare, după R. Jakobson..... 33
Fig. 1.3. Modelul competenței comunicative Canale și Swain..... 45
Fig. 1.4. Competența comunicativă – Modelul Widdowson..... 46
Fig. 2.1. Modelul pedagogic de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti, centrat pe problemele pacientului..... 93
Fig. 3.1. Date privind importanța gradului de cunoaștere a limbii române în diverse situații de comunicare medicală la etapa de constatare și control..... 131
Fig. 3.2. Date cu privire la dependența profesionalismului medicului de competența de comunicare interpersonală medic-pacient la etapa de constatare și control..... 133
Fig. 3.3. Date privind competenţa de comunicare medic-pacient ca parte integrantă a codului deontologic al medicului la etapa de constatare și control..... 135
Fig. 3.4. Date cu privire la comunicarea interpersonală medic-pacient ca element esenţial în tratarea pacienţilor la etapa de constatare și control..... 135
Fig. 3.5. Date despre necesitatea unui curs de formare a competențelor de comunicare interpersonală medic-pacient, la USMF „Nicolae Testemițanu”, la etapa de constatare și etapa de control..... 135
Fig. 3.6. Date despre etapa actului medical considerată ca fiind cea mai importantă în comunicarea interpersonală medic-pacient la etapa de constatare și control..... 137
Fig. 3.7. Date referitoare la considerarea celor trei competențe de comunicare majore în ars medica la etapa de constatare și control..... 139
Fig. 3.8. Date referitoare la necesitatea formării competențelor de comunicare interpersonală medic-pacient la etapa de constatare și control..... 140
Fig. 3.9. Date referitoare la necesitatea formării competențelor de comunicare interpersonală medic-medic la etapa de constatare și control..... 141
Fig. 3.10. Date referitoare la necesitatea formării competențelor de comunicare interpersonală medic-societate la etapa de constatare și control..... 143

INTRODUCERE

Actualitatea și importanța problemei abordate. Dezvoltarea perpetuă a educaţiei se datorează cercetărilor multiaspectuale tot mai numeroase în domeniul pedagogiei. Complexitatea fenomenului educaţional, multitudinea perspectivelor de abordare ale acestuia impune depăşirea soluțiilor experimentale, intuitive și neştiinţifice. Astfel, devin stringent necesare analizele profunde, descoperirea legilor care dau esenţă și valoare fenomenului educaţional. Cercetarea în domeniul pedagogiei, inclusiv cea din perspectivă medicală, poate fi definită ca un demers strategic desfăşurat cu scopul soluţionării problemelor apărute pe parcursul desfăşurării procesului educațional, un proces complex de cercetare ştiinţifică ce urmăreşte înţelegerea, interpretarea, analiza, descrierea, dezvoltarea diverselor aspecte (probleme) ale educaţiei medicale. Importanţa cercetării pedagogice rezultă din necesitatea reînnoirii continue a sistemului şi procesului de învăţământ, în vederea eficientizării acţiunii educative în diferite domenii aplicative/de profesionalizare.

Cercetarea noastră răspunde prevederilor *Codului Educației al Republicii Moldova*, art. 75, în care se stipulează misiunea învățământului superior, ca fiind un element esențial în dezvoltarea culturală, economică și socială a societății, având următoarele funcții: „a) crearea, păstrarea și diseminarea cunoașterii la cel mai înalt nivel de excelență; b) formarea specialiștilor de înaltă calificare, competitivi pe piața națională și internațională a muncii”.

Transformările sistemului de sănătate din Republica Moldova și preferințele pacienților înșiși au determinat profesioniștii din domeniul sănătății să regândească locul și rolul pacientului în sistemul de sănătate, plasând relația cu medicul și comunicarea cu acesta în centrul problemelor de sănătate publică. Cercetările din acest domeniu demonstrează că o comunicare empatică și asertivă este asociată cu o mai bună aderare la tratament, o mai bună satisfacție a pacientului și mai puține litigii. Cu toate acestea, programele de formare inițială a cadrelor medicale sunt orientate mai puțin spre acest domeniu. Mai mult, acestea se bazează, în principal, pe o tranziție directă de la teorie la practică clinică, cu toate riscurile pe care aceasta le implică pentru pacienți.

Datorită reformării sistemului de învățământ universitar medical, reflectat în „Strategia de dezvoltare a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova, în perioada 2011-2020”, se întrezăresc unele componente inovative pasibile să garanteze un randament sporit al politicilor educaționale medicale. Pentru a accede la un proces viabil de instruire, modern și performant, a fost necesară aprobarea unor principii de acțiune care implică sporirea competitivității resurselor umane în domeniul sănătății, centrate pe formarea și dezvoltarea personalității umane, a abilităților, aptitudinilor și comportamentelor. Astfel,

„modernizarea curriculumului educaţional, instituirea unui sistem de evaluare a calităţii activităţii didactice, dezvoltarea potenţialului academic, promovarea cercetării ştiinţifice şi a colaborării internaţionale” (p. 7) sunt componentele de bază ale reformei educaţionale medicale care au fost identificate şi incluse în „Strategia Universităţii de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova, în perioada 2011-2020” (http://old.usmf.md/wp-content/uploads/2013/06/STRATEGIA-ROM-FINAL.pdf, accesat la 30. 03. 2018).

În Planul de acțiuni pentru implementarea „Strategiei de dezvoltare a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Republica Moldova, în perioada 2011-2020”, pentru anul 2018, aprobat prin decizia Senatului USMF „Nicolae Testemițanu” nr. 2/11 din 22. 02. 2018, unul dintre obiectivele principale este alinierea procesului de învățământ la cerințele internaționale, prin „realizarea reformei curriculare centrată pe student și rezident, orientată pe achiziționarea competențelor necesare în activitatea profesională, în corespundere cu standardele naționale și internaționale; implementarea metodelor și tehnicilor moderne de instruire” (Decizia Senatului USMF nr. 2/11 din 22. 02. 2018).

Astfel, survine necesitatea ca beneficiarul-cheie al actului educațional universitar medical – medicinistul – să poată lua și aplica decizii independente în ceea ce privește desfășurarea actului medical în sine (competențe profesionale), dar și să relaționeze și să comunice eficient cu partenerii de dialog – pacient, medic, societate etc. În acest context, s-a remarcat necesitatea cercetării referitoare la formarea competenței de comunicare interpersonală medic-pacient în cadrul sistemului educațional universitar medical. Formarea și dezvoltarea competențelor lingvistice, de relaționare profesională în baza principiilor etice și deontologice, dar și de comunicare interpersonală medic-pacient devin un deziderat indiscutabil în instruirea profesională armonioasă a viitorului medic.

Descrierea situației în domeniul cercetării. Relevante investigației noastre sunt lucrările cercetătorilor ce vizează *conceptul istoric al studiului comunicării:* W. Schramm (1953/1996) face prima tentativă de ordonare a contribuțiilor istorice la analiza comunicării; R.E. Park a formulat, primul, multe noțiuni-cheie din domeniul cercetării media, inițiind cercetări, investigații aplicate asupra publicațiilor cu acest profil. Istoria comunicării ca disciplină separată are la bază mai multe studii: E. Katz et al. (2003), E. Rogers și S. Chaffee (1997), E. Rogers (1994) – sau istorii intelectuale – J.D. Peters și P. Simonson (2004), D. McQuail (2002), J.D. Peters (1999), D. Schiller (1996), H. Hardt (1992), D. Ross (1991). Personalități din domenii variate – filosofie, sociologie, psihologie, științe politice etc., ca M. Weber, G. Simmel, G. Tarde, J. Dewey sau W. James etc. au analizat actul comunicării, lăsând comentarii, explicații valoroase și au emis ipoteze, au inițiat cercetări fundamentale. Sunt semnificative în acest

context conceptele cercetătorilor J. Habermas (*The Theory of Communicative Action*, 1997) și G. Trey (*Solidarity and Difference: the Politics of Enlightenment in the Aftermathof Modernity*, 1998). Relevante studiului nostru sunt și contribuțiile cercetătorilor: M. L. De Fleur și S. Ball-Rokeach (1999), P. Dobrescu et al. (2007), A. Lesenciuc (2017) etc. *Formarea competenței comunicative* este un domeniu relativ bine cercetat din varii perspective. Pentru cercetarea noastră au fost importante studiile autorilor români din R. Moldova și din România: V. Goraș-Postică, O. Dandara, Vl. Guțu, M. Șevciuc, L. Cuznețov, Vl. Pâslaru, R. Dumbrăveanu, V. Cabac, O. Răileanu-Ciobanu, Șt. Toma, D. Potolea, M. Călin, N. Mitrofan, R. Șchiopu, I. Jinga, E. Istrate, T. Cartaleanu, O. Cosovan, O. Tanase, precum și ale autorilor din străinătate: M. Canale, M. Swain, R. Townsend, M. Mckay, F.M. Gerard și Șt. Pacearca etc. Un rol aparte în descrierea *competenței de comunicare vs. competența glotodidactică* îl au studiile efectuate de N. Vicol, I. Vlădescu, A. Afanas, D. Eșanu-Dumnazev, M. I. Vicol, Sv. Guțu, L. Sadovei, M. Ianioglo, Ec. Țărnă etc., care reliefează următoarele conexiuni: abordarea didactică a competenței de comunicare și comunicarea din perspectiva lingvistică și pragmatică, competența de comunicare și cea culturală. *Problematica competenței lingvistice* a fost studiată de către cercetătorii notorii în domeniu – N. Chomsky, F. Saussure, C. Simmard, C. Noica, E. Coșeriu, dar și de către – L. Ionescu-Ruxăndoiu, D. Butiurca, T. Callo, N. Vicol, E. Mincu etc.

Conexiunea dintre *competența comunicării* este evidentă prin lărgirea arealului de acoperire a abilităților posedate de utilizator: abilități de receptare a unui text prin intermediul metodelor de valorificare a intercomprehensiunii lingvistice, interculturale și de recuperare a sensului, pornind de la experiența lingvistică și interculturală anterioară. Autorii care au studiat tema din spațiul profesional autohton sunt V. Goraș-Postică, Vl. Guțu, N. Silistraru, M. Șevciuc etc. În spațiul românesc, nume de referință se consideră L. Șoitu, I. -O. Pânișoară, M. Dinu, G. Albu, Șt. Prutianu, Gh. Dumitriu, iar *conceptul de comunicare didactică/ educațională/ pedagogică* a fost cercetat de către C. Cucoș, I . Iacob, S. Cristea, I. Jinga, Șt. Săucan, I. Ezechil, L. Sadovei etc. Literatura didactică în limba engleză oferă studii profunde relativ la aspectul praxiologic de conținut pentru *formarea competenței de comunicare*, dar și de implementare din perspectiva studentului și cadrului didactic. Sunt sugestive numele autorilor H.G. Widdowson, M. Canale, M. Swain, F. Bachman etc. Menționăm, în mod special, lucrarea cu titlul generic *Competențe communicative,* de D.H. Hymes, în care întâlnim multiple modalități de definire și formare a competenței de comunicare. *Conceptul de comunicare* este întrebuințat de mult timp, însă studiile științifice despre acest domeniu sunt relativ moderne. Nume de referință în acest domeniu se consideră: K. Floyd, G. Gerbner, G. R. Miller, A. C. Baird şi F. H. Knower, K. Krippendorf, C. Cherry, C.D. Mortensen, M. Kunczik, R. Ross, T. Gamble, M. Gamble, M.F.

Agnoletti, B. D. Ruben, A. Moles, Ed. Wilson, Ch. Osgood, J.A. DeVito, S. Şerb, M. Petcu, Șt. Prutianu etc. Problematica *competenței de comunicare interpersonală medic-pacient* este pluridisciplinară, fiind abordată din perspectivă pedagogică, medicală, psihologică, filosofică/sociologică și lingvistică, de către cercetătorii – V. Ojovanu et al., C. Eţco, A. Spinei, N. Miu, D. L. Dumitrașcu, C. A. Popescu, O. Popa-Velea, O. Istrătoaie, D. V. Moșoiu, D. A. Munteanu, M. Nițu, M. Aluaș, S. Fica, L. Minea etc. Un alt domeniu de comunicare medicală, cu un extins areal de aplicabilitate, este *comunicarea cu pacienții în faza terminală a bolii,* iar conceptele dezvoltate de E. Skolka, D. V. Moșoiu, D. A. Munteanu, M. Nițu etc., referitoare la rolul comunicării în medicina paliativă, sunt relevante în domeniul investigației noastre. Ținem să subliniem și numeroasele *concepții din domeniul psihologiei medicale care vizează problema comunicării interpersonale medic-pacient,* în general, cât și din perspectivă deontologică**,** apărute în România, a următorilor autori: A. Athanasiu, D. Cosman, F. Tudose, D. David, D. Vasiliu, O. Popa-Velea, A. Cain etc., iar dintre cei care cercetează probleme de *comportament în medicină* sunt – V. Tschudin, M. Aluaș, N. Miu, L. Oprea, Cr. Gavrilovici, L. Josan etc. Din Republica Moldova, în acest domeniu, menționăm lucrările lui E. Popușoi, C. Eţco, A. Spinei, Gh. Baciu etc.

Din arealul autorilor ruși care cercetează *problema valorilor morale/deontologice în medicină* și a *comunicării interpersonale medic-pacient* menționăm*:* Т. С. Серов, Л. А. Гаспарян; В. А. Манулик, Ю. В. Михайлюк; И. В. Герасимова, А. М. Боломожнов, В. А. Трубников, А. Н. Варламов etc.

Dintre cercetătorii străini care au studiat *domeniul comunicării medicale,* evidențiem: G. L. Kreps, N. Simpson, B. Ashraf, W.F. Baile, R. Buckman, M. Bouman, R. F. Brown, A. N. Escalera, K. Jankowska, T. Pasierski, A. Hamui-Sutton et al. etc.

Aserțiunile de mai sus ne-au condus la **identificarea problemei științifice:** care sunt fundamentele teoretico-aplicative ale competenței de comunicare interpersonală, ce creează premise de valorificare și optimizare a competenței de comunicare medicală, ca element-cheie al metodologiei de formare/dezvoltare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la viitorii medici?

Obiectul cercetării: procesul de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la mediciniști.

Scopul cercetării rezidă în elaborarea și valorificarea experimentală a *Modelului pedagogic de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la mediciniști, centrat pe problemele pacientului.*

Obiectivele cercetării:

1. Analiza teoretică a conceptelor de competență și comunicare, a competenței de comunicare interpersonală și a competenței de comunicare medic-pacient; aspectelor din istoria studiului comunicării;
2. Constatarea specificului comunicării medicale prin condiționarea aspectelor etice în relația medic-pacient;
3. Stabilirea metodologiei de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti;
4. Elaborarea și valorificarea *Modelului pedagogic de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti, centrat pe problemele pacientului,* prin implementarea *Indicatorilor de performanță în comunicarea interpersonală medic-pacient* și a *Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti*.

Ipotezele de cercetare au fost validate, coerent și argumentat, confirmate în mod operațional, prin Indicatorii de performanță cu privire la comunicarea interpersonală medic-pacient, la fiecare etapă a demersului investigațional realizat de noi:

- competența de comunicare interpersonală medic-pacient este un element indisolubil formării profesionale a medicinișilor;
- formarea competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, în temeiul Modelului pedagogic de formare a competenței de comunicare medic-pacient la medicinişti, centrat pe problemele pacientului conduce, inevitabil, la creșterea performanțelor profesionale ale specialiștilor din domeniul sănătății publice, reducerea și rezolvarea situațiilor conflictuale din cadrul instituțiilor medicale, dar și la starea de bine a pacientului, ca factor determinant în procesul de însănătoșire/recuperare;
- cultura unei comunicări eficiente, promovată în cadrul instituțiilor de învățământ medical și a instituțiilor medicale prestatoare de servicii medicale, având ca reper Modelul pedagogic de formare a competenței de comunicare medic-pacient la medicinişti, centrat pe problemele pacientului, contribuie la instaurarea unui climat profesional favorabil, astfel diminuând insatisfacția beneficiarului de servicii medicale.

Metodologia cercetării științifice:

- *metode teoretice:* documentarea științifică, descrierea, analiza, compararea, sistematizarea, generalizarea;
- *metode praxiologice:* studiul de caz, observarea, chestionarea, testarea, evaluarea criterială în situații complexe;

- *experimentul pedagogic* (de constatare, de formare, de control);
- *metode statistice*: colectarea de date, metode statistice utilizate în Programul SPSS; compararea mediilor a două eșantioane;
- *metode de analiză*: interpretarea calitativă și cantitativă a rezultatelor experimentului.

Noutatea și originalitatea științifică: redefinirea conceptului de comunicare medicală și de competență de comunicare interpersonală medic-pacient pentru facilitarea interacțiunii comunicative profesionale și menținerea relației echilibrate medic-pacient, medic-medic, medic-societate; valorificarea metodologiei de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la mediciniști; elaborarea și implementarea Modelului pedagogic de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la mediciniști, centrat pe problemele pacientului; contribuția metodologică la modernizarea formării și evaluării competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la studenții de la medicină, în baza Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la mediciniști.

Problema științifică importantă soluționată în cercetare constă în analiza și argumentarea științifică a fundamentelor teoretic-aplicative a competenței de comunicare interpersonală, formată din cunoștințe, atitudini, abilități și comportamente, fapt ce a determinat cunoașterea și înțelegerea profundă a conceptelor de comunicare, competență, comunicare interpersonală, competență de comunicare interpersonală, comunicare medicală, ceea ce permite valorificarea și optimizarea competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, creând, astfel, baza teoretică/aplicativă a metodologiei de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la mediciniști.

Rezultatele științifice principale înaintate spre susţinere:

1. Fundamentarea pedagogică a procesului de formare la mediciniști a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, bazată pe nevoile pacientului, în baza asigurării integrării eficiente a metodologiei interactive, în calitate de componentă a Programului de formare și, implicit, a Modelului pedagogic, care are valoare teoretică şi aplicativ-praxiologică, deoarece scoate în relief necesitatea actualizării și optimizării pedagogiei medicale din această perspectivă.
2. Analiza teoretică a conceptelor de competență și comunicare, a competenței de comunicare interpersonală și a competenței de comunicare medic-pacient; a aspectelor din istoria studiului comunicării au contribuit la conceptualizarea competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, ce rezidă în identificarea nivelurilor epistemice şi metodologice ale competenței date, concepută ca finalitate educaţională.

3. Aplicarea eficientă a metodologiei de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti găseşte relevanţă acțională în crearea şi asigurarea unor condiţii instituționale adecvate, începând cu includerea unei discipline specifice în planul de studii și terminând cu abordarea creativ-contextualizată și funcțională a acesteia din partea cadrelor didactice, bazate pe specificul relației medic-pacient și condiționarea aspectelor etice în această relație.

4. Elaborarea și valorificarea Modelului pedagogic de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti, centrat pe problemele pacientului, prin implementarea Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti a demonstrat eficiența didacticii funcțional-interactive, aplicate de noi, deschizând perspective realiste de optimizare a formării inițiale a medicinișilor, dar și de extindere a pregătirii pedagogice a cadrelor didactice universitare din acest punct de vedere.

Eșantionul cercetării: Lotul explorat la experimentul pedagogic (același lot la etapa de constatare, formare și control) s-a constituit din 173 de medicinişti ai IP USMF „Nicolae Testemițanu", dintre care: 128 de medicinişti (grupele S1801, S1802, S1803, S1804, S1805, S1806, S1807, S1808), anul I, Facultatea de Stomatologie – prelegeri, dintre aceștia: 32 de studenți (S1801 și S1802) – seminare, cursul *Comunicare și comportament în medicină*; 14 studenți alolingvi (grupa M1724), anul II, Facultatea de Medicină I; 31 de studenți străini (grupele M1761 și M1770), anul II, Facultatea de Medicină II – lucrări practice, cursul *Limba română și terminologie medicală.*

Importanța teoretică a cercetării rezidă în rezultatele cercetării conceptuale privind comunicarea, sub variate aspecte, a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, dar și a metodologiei de formare a competenței de comunicare medic-pacient la medicinişti. Astfel, am constatat următoarele competențe specifice în activitatea profesională a medicului – competența de relaționare profesională (medic-pacient, medic-medic/asistentă medicală, medic-societate), competența lingvistică, competența etică, care însumă ceea ce numim competența de comunicare interpersonală cu cele trei componente-cheie (cunoștințe, atitudini și valori, abilități manifestate prin comportamente) care sunt prezentate în capitolul teoretic, dar și analizate din perspectivă metodologică specifică, medicală în capitolul 2, fiind incluse și în documentele de stat de politici medicale, care ne-au servit drept reper pentru elaborarea și validarea Modelului pedagogic de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti, centrat pe problemele pacientului, care are la bază Programul experimental de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient.

Valoarea aplicativă a lucrării este reprezentată de:

- identificarea metodologiei de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti;
- elaborarea a două Modele de relație medic-pacient – Modelul socio-profesional și Modelul centrat pe feedbak;
- elaborarea și valorificarea experimentală a Modelului pedagogic de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti, centrat pe problemele pacientului;
- elaborarea și aplicarea Indicatorilor de performanță cu privire la competența de comunicare interpersonală medic-pacient, care includ elementele principale ale competenței de comunicare – cunoștințe, atitudini, abilități, comportamente.

Aprobarea rezultatelor științifice este susținută de cercetările teoretice şi experimentale la tematica cercetării. Consecințele investigaționale au fost publicate în: Revista Științifică *Studia Universitatis Moldaviae*, Științe ale Educației, categoria B (2017d, 2018a) – două articole; două articole în reviste internaționale – International Academy Journal *World Science*, indexat: DOI (2018b) și International Academy Journal *Web of Scholar*, Multidisciplinary Scientific Journal, indexat: DOI (2018f); un articol în culegerea *Limbajul ştiinţelor. Ştiinţa limbajului* (colecția Filologie), C. N.C.S.: DOI (2019b); opt articole în culegeri de materiale ale forurilor științifice naționale și internaționale. În: ***lucrări ştiinţifico-metodice şi didactice:*** un studiu monografic (2019a).

Sumarul compartimentelor tezei. Conținutul tezei de doctor cuprinde adnotările în limbile română, rusă și engleză, introducere, 3 capitole, concluzii generale și recomandări, text de bază – 140 de pagini, 196 de surse bibliografice, 40 de tabele, 15 figuri, 15 anexe.

În **Introducere** sunt reliefate: actualitatea teoretică și importanța practică a problemei de cercetare; obiectul cercetării; scopul și obiectivele investigației; metodologia cercetării științifice; descrierea conceptuală/teoretică a cercetării; formularea rezultatelor științifice principale; noutatea și originalitatea științifică; problema științifică importantă soluționată; importanța teoretică și valoarea aplicativă; aprobarea rezultatelor.

Primul capitol *Cadrul teoretic de abordare psihopedagogică a competenței de comunicare interpersonală* prezintă studiul teoretic axat pe istoria cercetărilor fenomenului comunicării, în general, și a istoricului comunicării medicale, în special; a conceptului de competență de comunicare, delimitând elementele principale ale actului de comunicare; a conceptului de comunicare interpersonală demarcată formelor actelor de comunicare, tipurilor de comunicare interpersonală, funcțiilor și obiectivelor comunicării interpersonale; a conceptului de comunicare interpersonală și intenția de a influența comportamente; a conceptului de

competență, prin caracteristici contextualizate; a competenței de comunicare interpersonală, prin prisma modelelor competenței de comunicare interpersonală și a competenței lingvistice în raport cu competența de comunicare interpersonală; a competenței de comunicare interpersonală versus competență de comunicare interpersonală specializată; al studiului teoretic al competenței de comunicare interpersonală medic-pacient.

Al doilea capitol *Configurații metodologice în abordarea psihopedagogică a comunicării interpersonale medic-pacient* este centrat pe analiza metodologiei pedagogice medicale din perspectiva relației medic-pacient; a modelelor de comunicare în relația medic-pacient; a aspectelor etice/deontologice în relația medic-pacient, dezvăluind elementele structurale în comunicarea interpersonală medic-pacient; barierele în comunicarea interpersonală medic-pacient; particularitățile metodologice ale formării competenței de comunicare medic-pacient la studenți, cât și elementele esențiale de comunicare a diagnosticului grav; conține fundamentarea Modelului pedagogic de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la mediciniști, centrat pe problemele pacientului; include descrierea metodologiei formării competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la mediciniști; prezintă cadrul teoretic de realizare a demersului formativ al formării competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la mediciniști.

Al treilea capitol *Cadrul experimental de valorificare a Modelului pedagogic de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la mediciniști, centrat pe problemele pacientului* evocă design-ul experimental al cercetării, evidențiind scopul și obiectivele operaționale ale fiecărei etape, prezentând detaliat acțiunile și activitățile investigative; sunt prezentați subiecții implicați (lotul experimental); cuprinde analiza și interpretarea rezultatelor obținute.

Concluziile generale și recomandările includ sinteza principalelor idei, rezultatele științifice și cele experimentale ale cercetării, recomandările pentru conceptorii de politici educaționale, pentru medici și managerii de instituții medicale, pentru profesorii Universității de Medicină.

Cuvinte-cheie: competență de comunicare interpersonală, mediciniști, medic-pacient, relație medic-pacient, atitudini, abilități, comportamente, pedagogie medicală.

1. CADRUL TEORETIC DE ABORDARE PSIHOPEDAGOGICĂ A COMPETENȚEI DE COMUNICARE INTERPERSONALĂ

1.1. Aspecte generale din istoria cercetărilor fenomenului comunicării

Noțiunea de *comunicare* este foarte veche, însă în educație acest concept a fost explorat abia în ultimele decenii ale secolului al XX-lea, când au început dispute asupra conceptului de *competență*, ca principiu esențial în dezvoltarea socială.

Actualmente, comunicarea este percepută ca o valoare semnificativă a societății contemporane, de aceea cunoașterea, cât și educarea ei, este obiectivul de bază al învățământului, în general, și, în mod special, al învățământului medical, unde comunicarea devine esența relațiilor profesionale – medic-pacient, medic-medic, medic-asistentă medicală etc. Astfel, sistemul educațional își modifică formele de comunicare și augmentează exigențele față de actul comunicării.

În capitolul ce urmează vom explora istoria cercetărilor fenomenului comunicării, deoarece acest fenomen este în perpetuă dezvoltare și în cercetarea noastră cunoaşterea anumitor repere conceptuale cu privire la ciclurile istorice care au marcat evoluţia comunicării este absolut obligatorie. Pentru înțelegerea în profunzime a acestui proces inițiem un parcurs științific asupra comunicării umane – interpersonale, incluzând teoriile, tipurile, elementele principale ale actului de comunicare, funcțiile și obiectivele comunicării interpersonale, dar și asupra conceptului de competență de comunicare interpersonală.

În prezent, finalităţile procesului de instruire se transferă din zona obiectivelor, în zona competenţelor, ca rezultat al dezvoltării concepţiilor cognitive, conform cărora procesarea informaţiei duce la formarea de competenţe, acestea fiind elementul forte al procesului de învățământ care se caracterizează prin dinamism, interacțiune permanentă și continuitate (după Șevciuc et al., 2013, p. 15). Din aceste considerente, accentul pus pe competențe, în calitate de noțiune complexă și multidimensională, aduce plusvaloare practică, dar și funcționalitate pragmatică, în condițiile în care uzul este cel care dictează cerințele, dar și exigențele de evaluare pedagogică ale acesteia.

Investigațiile din domeniul comunicării au început să intereseze cercetătorii din timpuri mai vechi, însă în ultimele decenii a continuat să progreseze vizibil ca un domeniu de întretăiere a științelor socio-umane. În viziunea specialiștilor, „orice disciplină socială este, într-o anumită măsură, o disciplină de intersecţie; comunicarea este, prin excelenţă, aşa ceva. Ea nu poate trăi decât absorbind şi utilizând rezultate, dezlegări, uneori câmpuri problematice din disciplinele învecinate” (Dobrescu et al., 2014, p. 8).

Din punct de vedere etimologic, ne relatează cercetătorul M. Dinu (2014), termenul *comunicare* (< fr. *communiquer*) are la bază verbul latin *communico, communicare*, în limba română moștenit sub forma *a cumineca*, având sensul *de a primi sau a da cuminecătura; a (se) împărtăși, a (se) griji* (accepție creștină). Se presupune că verbul latin *communico, communicare* s-ar forma de la adjectivul *minus,* e *care își face datoria, îndatoritor, serviabil*, care stă la baza unei nobile familii lexicale: *immunis,* e *scutit de sarcini*, actualmente *de contractare a unei maladii*; *communis,* e *comun*, dar și *excommunico, excommunicare – interdicție de a primi împărtășania* (Dinu, 2014, p. 24). Toate semnificațiile enunțate devin relevante pentru cercetarea noastră, dedicată comunicării interpersonale medic-pacient, inclusiv din perspectivă structural-semantică.

Încă din antichitate, atestăm primele referiri și judecăți despre comunicare, care vizau știința gândirii corecte și fundamentarea discursului. La grecii antici, arta vorbirii în public (elocința) era considerată una dintre cele mai complexe activități. Cu ajutorul măiestriei vorbirii vii, se soluționau problemele de ordin social, cu participarea activă a publicului. Liderii erau cei care, prin calităţi oratorice deosebite, reuşeau să influenţeze raţiunea și sentimentele celor adunați în piețe, prin comentarea unor aspecte de o importanță deosebită în formarea conștiinței civice.

În perioada ce a urmat, după încheierea războaielor greco-persane, cunosc o înflorire deosebită asemenea științe ca astronomia, matematica, filosofia, dialectica, etica, gramatica, cât și arhitectura, sculptura și teatrul, care stau la temelia artei oratorice ca gen de activitate. Fiind centrul dezvoltării multilaterale a personalității, Atena și-a spus cuvântul și în dezvoltarea retoricii. Retorii, persoane care își instruiau discipolii în arta cuvântului oral, erau buni cunoscători ai logicii și maiești ai argumentării.

O simplă trecere în revistă a accepțiilor comunicării la gânditorii străvechi adaugă plusvaloare importanței cruciale a actului de vorbire, în general, și a celui de relaționare, în particular.

Protagoras din Abdera – în lucrările sale teoretice subliniază, în primul rând, cunoașterea limbii, necesitatea cunoașterii gramaticii ca factor primordial al comunicării publice. În opinia sa, elocința înnobilează sufletele.

Socrate (469-399 î. e. n.), un redutabil maiestru al dialogului academic, a fost primul care a recurs la ironie în comunicările sale, care servea la dezvoltarea gândirii și la transformarea discuției într-o luptă de opinii, dar și pentru edificarea unor relații interpersonale profunde, care au dăinuit peste veacuri

Adevărate drame filosofice pot fi considerate dialogurile lui Platon (427-347 î.e.n.), fiind caracterizate prin agerimea gândirii și simțul elevat al limbii. Conținutul logic, exprimarea metaforică și expresivă a lui Platon au contribuit la dezvoltarea artei vorbirii în public.

Un alt reprezentant de vază al elocinţei este Aristotel – un profesor de stil academic, care a dezvoltat gândirea teoretică, în general, și a filosofiei, în special. Aspectele teoretice de elocință își găsesc mai întâi reflectare în *Organonul*, iar mai târziu în *Retorica* – o primă fundamentare teoretică a acestei discipline, unde sunt tratate profund limba, stilul, structura discursului. Printre exigențele sale față de limba oratorului se numărau: claritatea, frumuseţea, eleganţa, accesibilitatea. În ceea ce priveşte stilul – acesta trebuie să coincidă cu subiectul discursului, să fie emoționant și inspirat, pentru a cuceri ascultătorii.

Şi în Roma Antică, elocința era un factor social incontestabil, unde putea fi comparată cu strategia și tactica militară, care, în principiu, erau considerate ca arte, în deplina semnificație a acestui cuvânt.

Perioadele Evului Mediu și ale Renașterii au dezvoltat idei, judecăți, considerații extrem de importante pentru comunicare, în pofida faptului că termenul propriu-zis nu era menționat. Așadar, comunicarea, chiar de la primele meditații teoretice, în Antichitate, solicită noțiuni ca realitate și cunoaștere (Nastasiu, Timotin, 2017a).

Comunicarea, afirmă A. Lisenciuc (2017) „nu se încheagă, aşadar, în limitele descriptive ale «ştiinţei normale» definite de Th. S. Kuhn (1970/1976), (...) ci se prezintă pe sine ca o erupţie simultană, în urma unor ample mişcări din profunzime (...)” (Lisenciuc, 2017, p. 15).

Suntem de acord cu autorul citat că tratarea diferențiată a comunicării a înaintat unele supoziții și anumite incertitudini, datorate felului prin care au fost percepute și, mai apoi, dezvoltate în domeniul disciplinelor fundamentale. De aici și apariția variatelor interpretări ale acestui fenomen.

Cercetătorul W. Schramm (1975) a analizat diverse abordări ale comunicării, făcând prima tentativă de ordonare a contribuțiilor istorice la analiza comunicării.

R.E. Park, reprezentantul școlii de la Chicago, a formulat, primul, multe noțiuni-cheie din domeniul cercetării media. În lucrarea sa *The Immigrant Press and Its Control*, afirmă P. Dobrescu et al., inițiază cercetări, investigații aplicate asupra publicațiilor cu acest profil. Totuși trebuie să menționăm că școala de la Chicago – prima contribuție americană consistentă și coerentă în domeniul comunicării – s-a format sub influență europeană, dat fiind faptul că doi reprezentanți importanți ai acesteia, G.H. Mead și R.E. Park, și-au făcut studiile în Germania, fiind inspirați de operele lui W. Wundt și G. Simmel.

Alți doi reprezentanți ai generației de aur ai comunicării americane, cea din anii 1940 și 1950, K. Lewin și P. Lazarsfeld, sunt tot europeni (după Dobrescu et al., 2007).

Sociologia germană și cea franceză au influențat-o pe cea americană și, implicit, studiul comunicării inițiat de școala americană, fiind inspirați de acei cercetători, care și-au urmat studiile în Germania – R.E. Park ,G.H. Mead etc. ori prin cei care au emigrat în America, ca – P. Lazarsfeld, K. Lewis etc. (după Dobrescu, 2007, p. 231).

Istoria comunicării, ca disciplină separată, are la bază mai multe studii: *istorii biografice* – E. Katz et al. (2003), E. Rogers și S. Chaffee (1997), E. Rogers (1994) – sau *istorii intelectuale* – J. D. Peters și P. Simonson (2004), D. McQuail (2002), J. D. Peters (1999), D. Schiller (1996), H. Hardt (1992), D. Ross (1991) (Dobrescu et al., 2007, p. 2).

Istoria biografică, scrisă de E. Rogers, este apreciată ca istoria standard a studiului comunicării, care se manifestă prin caracterul său transdisciplinar, iar cercetătorii M. Weber, G. Simmel, G. Tarde, J. Dewey sau W. James etc. au analizat actul comunicării, au exprimat comentarii, explicații și au emis ipoteze, astfel, inițiind cercetări în acest domeniu.

Cercetătorii P. Dobrescu et al. (2017), în lucrarea *Istoria comunicării,* se referă la caracterul de disciplină de intersecție, prin faptul că „studiul comunicării nu și-a construit încă o identitate bine conturată, cum este cazul celorlalte specializări socio-umane”(Dobrescu et al., 2007, p. 16). De aceea este important, susținem noi, de a se iniția investigații de amploare în orice domeniu al cunoașterii umane privind abordarea conceptuală a variatelor aspecte ale comunicării.

Au o semnificație valoroasă, în acest context, judecățile profunde ale cercetătorilor J. Habermas (*The Theory of Communicative Action*, 1997) și G. Trey (*Solidarity and Difference: the Politics of Enlightenment in the Aftermathof Modernity*, 1998), care menționează condițiile de bună funcționare teoretică a demersului specializat. Totodată, G. Trey (1998) sesizează că teoria acțiunii comunicative reprezintă alternativa lui Habermas la politicile Iluminismului, lansează ideea că acțiunea comunicativă nu este o problemă strict de comunicare, iar procesul său de elaborare cuprinde două componente: reinventarea teoriei sociale și înțelegerea comunicării însăși (după Trey, 1998, p. 9).

Astfel, concluzionăm asupra vechimii impresionante și a diversității abordărilor teoretice ale procesului de comunicare din varii perspective, care, de-a lungul timpului, au influențat benefic calitatea și impactul studiilor fenomenului dat, dar și prolificitatea acestuia în numeroase domenii de cercetare, cu reverberații praxiologice relevante.

În studiul comunicării, în general, menționăm două mari teorii:

1. Semiologia comunicării, dezvoltată de semioticienii E. Buyssens, J. Martinet, L. Prieto (Baylon et al., 1991, p. 51), care își fundamentează teoria pe distincția dintre semnal și indiciu;
2. Scoala de la Palo Alto, care elaborează renumitele *axiome* ale comunicării.

Cercetătorii P. Watzlawick, J. Beavin, D. Jackson menționează faptul că *orice comportament are o valoare comunicativă*, iar indicii semnal/indiciu sunt irelevanți, dat fiind faptul că *noncomunicarea este imposibilă* (după Watzlawick et al., 1972, p. 45-47).

Susținem afirmația cercetătorului I.-O. Pânișoară (2015) că comunicarea întrunește o istorie impresionantă, prin diversele *teorii ale fenomenelor sociale de ansamblu* și prin tratarea inter-/, pluri-transdisciplinară, drept condiție în stabilirea științei comunicării: „comunicarea devine o megaștiință care, departe de a extrage corpusul teoretic și metodologic din științele care au studiat-o, în mod implicit, le va oferi acestora (…) instrumente avansate de cercetare (...)" (Pânișoară, 2015, p. 25).

Prezentăm în continuare acest istoric, elucidat în teoriile comunicării:

1. *Teoria cibernetică.* N. Wiener, considerat părintele ciberneticii, intenționează să dezvolte o știință generală a comunicării, aplicabilă omului și mașinii și pune accent pe feedback (procedee de control ce permit unui sistem să fie ajustat la context) și organizare socială.

2. *Teoria matematică asupra comunicării*, denumită și teorie a inginerilor, dat fiind faptul că autorii C. E. Shannon și W. Weaver sunt ingineri; în obiectiv – identificarea mijloacelor sigure și rapide de transportare a informațiilor, problema transmiterii eficiente a unei cantități maxime de informații. Shannon consideră comunicarea ca reproducere a unui mesaj.

Teoria respectivă distinge 3 niveluri ale problemelor, remarcă I.-O. Pânișoară (2015, p. 25):

- nivelul tehnic – transmisiunea simbolurilor comunicării;
- nivelul semantic – corelația simbolurilor transmise și a înțelesurilor;
- nivelul de eficiență – atingerea rezultatului scontat.

3. *Școala de la Palo Alto sau colegiul invizibil.* Reprezentanții acestui colegiu (P. Watzlawick, J. H. Beavin, D. Jackson) evidențiază că orice tip de comportament uman are valoare comunicativă. Se face o diferențiere între conținutul mesajului și relația de comunicare.

4. *Teoriile structurale* implică, în esența lor, *școala lingvistică, dezvoltată de Ferdinand de Suassure;* limba este o instituție socială (un sistem organizat de semne care exprimă idei), iar vorbirea este individuală.

5. *Structuralismul.* Comunicarea este concepută ca totalitatea regulilor care preexistă individului și sunt preluate de către acesta. R. Jakobson (1929) delimitează funcțiile limbajului: funcția expresivă, funcția conotativă, funcția poetică, funcția referențială, funcția fatică și funcția metalingvistică.

6. *Sociologiile interpretative* (anii '60 ai secolului trecut). Dintre multiplele teorii cuprinse aici, vom menționa:

- *Interacționalismul simbolic sau Școala de la Chicago*. H. Blumer (1969) este fondatorul acestui concept. E. Goffman evidențiază importanța normelor de natură organizațională, negocierea și teritorialitatea.
- *Etnometodologia.* Teoria pornește de la studiul simțului comun într-o schemă a activității, iar „studiile etnometodologoce urmăresc analizarea activităților de fiecare zi (...) raportabile pentru toate scopurile practice" (Garfinkel, 1992, p. vii, apud Pânișoară, 2015, p. 33).

7. *Etnografia comunicării.* Exponenții acestei teorii – C. Bachmann, J. Lindenfeld, J. Simonin consideră comunicarea interpersonală drept un fenomen cultural și propun modelul *speaking*, constituit din 8 elemente: „cadrul fizic și psihologic; participanți (...); finalități (...); acte (conținutul și forma mesajului); tonalitate (...); instrumente (...); norme (de interacțiune și de interpretare); gen (tip de activitate de limbaj)" (apud Lohisse, 2002, apud ibidem).

8. *Abordările teoriilor comunicării din perspectiva studiilor comunicării organizaționale* cuprind descrierea modelului în care diferite abordări comunicative au fost preluate în calitate de teorii ale comunicării în studiul organizațiilor (dimensiune organizațională). Pot fi identificate perspectivele: normativă, interpretativă, critică, dialogică.

Așadar, subliniem că teoriile comunicării abundă în perspective de abordare și interpretare și contează pentru noi aspectul relațional calitativ, de impact, asupra partenerilor, dar și substanța/mesajul (transmis și primit), care este foarte important în activitatea profesională.

1.2. Incursiuni teoretice privind originea comunicării medicale

Important pentru investigația noastră este, mai ales, studiul literaturii din domeniul comunicării medicale, fenomen ce a marcat profund etica profesională și deontologia profesiei medicale.

N. Vatamanu și G. Brătiescu, în lucrarea *O istorie a medicinii*, menționează faptul că profesia de medic a fost supusă restricțiilor încă de pe vremea lui Octavian August, când era foarte importantă calitatea tratamentului și comportamentului față de bolnav. În acest sens, consemnau autorii citați, Hipocrate mărturisea: „Medicul nu trebuie să fie numai prin titlul său, dar și prin fapte" (apud Baciu, 2016, p. 9). Anume în acea perioadă, afirmă Gh. Baciu, Socrate „eprinsese de la un medic trac să trateze corpul, dar și sufletul, care trebuie vindecat prin vorbe frumoase care fac să se nască înțelepciunea" (ibidem, p. 9). Astfel, medicii în primele perioade creștine, tratau sufletul celui care suferea, prin pelerinaj la locașurile sfinte, rugăciune și post. De

cele mai multe ori, acești medici nu aveau studii speciale și acordau ajutorul medical tradițional, preluat de la strămoși.

În SUA, după cel de-al II-lea război mondial, sănătatea a fost acceptată ca o valoare a umanității, devenind o importantă problemă a societății americane. Astfel, medicina se dezvoltă cu rapiditate, formându-se un sistem bine organizat de asistență medicală, orientat spre furnizarea adecvată a diverselor servicii de sănătate.

Comunicarea medicală, inițial, nu a fost acceptată ca un domeniu important în acordarea serviciilor de sănătate. Comunicarea medicală se reducea doar la niște comunicate de presă care ofereau informații despre unele boli contagioase și despre metodele de prevenție ale acestora.

La începutul anilor optzeci ai secolului trecut, o emisiune populară *Zegeens A* din Olanda abordează problema mesajelor de comunicare în domeniul sănătății; totuși, în acel moment, se considera că televiziunea nu este o modalitate relevantă de a pune în discuție așa tip de probleme, cum ar fi comunicarea și sănătatea omului. *Zegeens A* devine cea mai populară emisiune de divertisment din anii '80, dar nu a purtat niciodată un mesaj de sănătate intenționat conceput și elocvent interconectat (după Bouman, 1999).

Primele experimente în domeniul dat le fac programele de televiziune *E & E*, care inițiază o dezbatere televizată despre normele și valorile comunicării olandeze în domeniul sănătății. Emisiunea respectivă este prima care introduce termenul prosocial – „ceea ce este social de dorit, caracteristic unei societăți și presupune că se referă la interacțiunea membrilor unei acelei societăți" (Dumitrașcu, 2013, p. 10), în așa mod, sănătatea omului devine o strategie prosocială, iar comunicarea medicală, respectiv, devine o comunicare socială. Ulterior, obiectivele comunicării sociale de sănătate au drept reper documente politice, formulate și formalizate de guvernele naționale și, indirect, de organizațiile internaționale, cum ar fi Organizația Mondială a Sănătății, și devin parte a comunicării profesionale.

Cercetătorii G. L. Kreps et al. (1998), în lucrarea *The history and development of the field of health communication,* ne relatează că disciplina de comunicare are o istorie mai îndelungată de adoptare a teoriilor și metodelor din științele sociale, iar trecerea la adoptarea contextului de sănătate, ca subiect de studiu, a fost o tendință naturală. Mai mult decât atât, cercetătorii din aceste științe sociale au început să examineze aspectele comunicării, cu predilecție în îngrijirea sănătății (Bandura, 1969; Feldman 1966; Kosa, Antonovsky și Zola, 1969; McGuire 1969, 1984; Tichenor, Donohue și Olien, 1970; Zola, 1966), care, mai apoi, au și încurajat cercetătorii de comunicare să le urmeze exemplul. Literatura sociologică medicală (Freeman, 1963; Mechanic, 1968; Jaco, 1972) a avut o importantă influență în dezvoltarea comunicării în domeniul sănătății. Autorii citați mai sus vorbesc despre apariția lucrării *Doctor-Patient Communication*, semnată de

Korsch și Negrete (1972), care a fost publicată în prestigioasa revistă *Internațional Scientific American* și care a făcut ca, în domeniul sănătății, comunicarea să devină o problemă importantă academică și pe care cercetătorii de comunicare au încercat, tot mai frecvent, să o abordeze.

Câteva dintre cele mai importante lucrări despre comunicarea medic-pacient, ne relatează autorii citați, sunt: Birds (1955) *Talking With Patients*, Vorhauss (1957) *The Changing Doctor-Patient Relationship*, Bowers (1960) *Interpersonal Relations in the Hospital*, Verwoerdts (1966) *Communication With the Fatally Ill*, Browne și Freelings (1967) *The Doctor-Patient Relationship*, Ley și Spelmans (1967) *Communicating With Patients*, Blums (1972) *Reading Between the Lines: Doctor-Patient Communication*, Starrs (1982) *The social transformation of American medicine*, mai apoi apar lucrările semnate de: Kreps și Thornton (1984) *Health Communication: Theory and Practice;* Sharfs (1984) *Succinct text for medical students and practicing physicians, The Physicians Guide to Better Communication, and Northouse and Northouses* (1985). Aceste texte au fost urmate de o succesiune rapidă de lucrări importante de comunicare în domeniul sănătății. Odată cu dezvoltarea literaturii de comunicare în această sferă a apărut și necesitatea introducerii cursurilor de comunicare în domeniul educației medicale. Unele dintre cele mai vechi cursuri de comunicare, în medicină, din SUA, consemnează autorii citați, au fost organizate în cadrul Departamentelor de comunicare de la universitățile mari de cercetare, precum Universitatea din Minnesota (predat de Don Cassata), Universitatea de Stat din Pennsylvania (predat de Gerald M. Phillips) și Universitatea din California de Sud (predat de Gary Kreps). Mai multe școli medicale au început, de asemenea, să ofere cursuri de comunicare, în sănătate, concentrându-se pe abilitățile de intervievare a medicilor de la Universitatea din Illinois (predate de Barbara Sharf), Universitatea din Illinois de Sud (predate de Susan Ackerman-Ross) și Universitatea din Calgary (predate de Suzanne Kurtz) (după Kreps et al., 1998, pp. 1-15). Aceste cursuri au fost printre primele, ce au stat la temelia dezvoltării disciplinei de comunicare medicală în școlile medicale din America, dar și din întreaga lume.

Abordarea științifică și praxiologică a comunicării medicale în Republica Moldova începe odată cu fondarea Universității de Stat de Medicină și Farmacie, la 20 octombrie 1945.

Un promotor al valorilor naționale, al suveranităţii și independenţei Republicii Moldova, dar și al comunicării medicale, în limba română, a fost Nicolae Testemițanu, care face parte din promoția de aur a Universității de Medicină din Republica Moldova, fiind prima promoție de cadre medicale, dar și de renumiți savanți autohtoni, care au stat la temelia dezvoltării medicinei moldave. Fiind numit rector (director) al Universității de Medicină, treptat introduce limba română ca limbă de predare pentru medicinișii autohtoni, de aceea a și recomandat la studii doctorale, în diverse centre științifice din fosta Uniune Sovietică, aproximativ 250 de tineri

medici talentați (băștinași), care, mai apoi, s-au reîntors la Alma Mater, cu o pregătire excelentă. Erau timpurile dezgheţului hruşciovist, când cei care aveau talent, puteau să se afirme pe deplin (după Stici, 2004, p. 12).

Universitatea de Medicină și Farmacie continuă și azi valorile general-umane și profesionale, promovate în domeniul profesional medical de reputatul N. Testemițanu și considerăm că, în bună parte, păstrarea și dezvoltarea comunicării interpersonale medic-pacient, în limba română, aportul medicilor cultivați în acest sens, se datorează lui.

Și în prezent, la Universitatea de Stat de Medicină se acordă o deosebită importanță formării și dezvoltării competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, care este armonios completată de competențele tehnice, profesionale. Astfel, de mai bine de un deceniu s-au introdus în educația medicală universitară cursuri de comunicare medicală integrate la diverse niveluri de instruire – Comunicare și comportament în medicină, Științele comportamentului, Psihologia comunicării, Psihologia comportamentului, Comunicare și îngrijirea pacientului, Psihologie medicală, Bioetică, Limba română și terminologie medicală, Limbi moderne etc., lipsind unul specific, așa cum îl abordăm noi – comunicarea interpersonală medic-pacient.

Actualmente, problemei actului de comunicare medicală îi sunt consacrate studii complexe, deoarece comunicarea în domeniul sănătății este o sferă de cercetare extrem de largă, examinând numeroasele nivele și canale de comunicare într-o gamă largă de contexte sociale.

1.3. Conceptul de comunicare între identitate și definiție

Comunicarea, în calitate de proces relațional, este înțeleasă ca a vorbi despre ceva sau cu cineva, a informa, a spune etc. Ființa umană, pe parcursul existenței sale, emite înțelesuri și subînțelesuri, semnificații, semne, dar și emoții și senzații, opinii, idei și fapte etc., deci – e semnificativ mult mai mult decât a informa, a spune sau a vorbi.

Comunicarea este subînțeleasă ca procesul de emitere și recepționare a mesajului, trimitere de stimuli și receptare de răspunsuri (feedback), împărtășirea sentimentelor și valorilor, care se construiește treptat, dovedindu-și legătura indiscutabilă și „numitorul comun al diverselor perspective posibile asupra umanului” (Dinu, 2014, p. 8).

Astfel, lexemul *comunicare* nu se poate conforma conceptului de *definiţie*, deoarece este în perpetuă schimbare și reinterpretare și ar fi destul de dificil să cataloghezi astfel de lucruri în ceva restrictiv, cum s-ar cere de la concept, atotcuprinzătoare. Mulți dintre cercetători continuă încă să-și pună întrebări existențiale cu privire la procesul comunicațional: despre modul în care comunicăm, cum înțelegem comportamentele altora în raport cu procesul de comunicare și ce consecințe are comunicarea asupra realității noastre obiective, dar și a relațiilor interpersonale.

Suntem în deplină accepțiune cu cercetătorul I.-O. Pânișoară (2015), care în lucrarea Comunicarea eficientă afirmă că „termenul *comunicare* se prezintă sub forma de aglomerări conceptuale cu multiple ramificații (...), cuprinzând procedural un mare număr de științe" (Pânișoară, 2015, p. 14).

Astfel, în cercetarea noastră, încercăm o trecere în revistă a câtorva dintre definițiile culese în cadrul investigației literaturii de specialitate (Pânișoară, Dinu, Albu, Floyd etc.), descrise și în lucrarea noastră *Abordări conceptuale ale comunicării. Definiție și identitate* (Nastasiu, 2018a, pp. 324-326):

Tabelul 1.1. Definiții ale comunicării (*Nastasiu, 2018a, p. 324*)

Nr.	Autorul	Definiții
1.	G. Gerbner	Comunicarea reprezintă interacţiunea socială prin sistemul de simboluri şi mesaje.
2.	G. R. Miller	Comunicarea îşi focalizează interesul central pe acele situaţii comportamentale în care o sursă transmite un mesaj unui receptor, cu intenţia manifestată de a-şi influenţa comportamentele ulterioare.
3.	A. C. Baird şi F. H. Knower	Comunicarea este realizarea socială în comportament.
4.	K. Krippendorf	Comunicarea este procesul transmiterii structurii între componentele unui sistem care poate fi identificat în timp şi spaţiu.
5.	C. Cherry	Comunicarea este o funcţie socială (...), o distribuţie a elementelor comportamentului sau un mod de viaţă alături de existenţa unui set de reguli (...). Comunicarea nu este răspunsul însuşi, dar este, într-un mod esenţial, un set dc relaţionări bazate pe transmiterea unor stimuli (semne) şi evocarea răspunsurilor.
6.	C. D. Mortensen	Comunicarea se petrece în clipa în care persoanele atribuie semnificaţie mesajelor referitoare la comportament.
7.	M. Kunczik	Comunicarea cuprinde interacţiunea cu ajutorul unor simboluri şi transmiterea neintenţionată de informaţii, prin cel care comunică, interpretată ca fiind informativă, de către un observator.
8.	R. Ross	Comunicarea este un proces mutual, este întotdeauna schimbător, dinamic și reciproc.
9.	T. Gamble, M. Gamble	Comunicarea este un transfer deliberat sau accidental al înțelesului.
10.	M.F. Agnoletti	Comunicarea este un proces complex, în care informaţia şi mesajul sunt mai puţin importante decât chestiunea esenţială de a şti cui te adresezi.
11.	B. D. Ruben	Comunicarea reprezintă un proces de viață esențial, prin care animalele și oamenii generează sisteme, obțin, transformă și folosesc informația, pentru a-și duce la bun sfârșit activitățile sau viața.
12.	A. Moles	Comunicarea este acţiunea de a face ca un individ I, situat într-o epocă într-un anumit loc, să-şi însuşească experienţa referitoare la datele şi evenimentele ambianţei de la un alt individ sau sistem E, folosind elemente de cunoaştere care le sunt comune.
13.	L. Șoitu	Comunicarea este proba excelenței sinelui, oferită de retorică. Este abilitatea de a primi, descifra și valorifica feedback-ul, răspunsul.
14.	M. Petcu	Comunicarea este un proces de transmitere de mesaje care încorporează semnificații, printr-unul sau mai multe canale.
15.	Șt. Prutianu	Comunicarea este cea care creează comuniunea şi comunitatea, adică

		mai curând o ţesătura de relaţii, decât o cantitate de informaţii.
16.	S. Şerb	A comunica este sinonim cu a spune, a explica, a convinge sau a acţiona.
17.	E. Wilson	Comunicarea este o acţiune a unui organism sau a unei celule care alterează modelele probabile de comportament ale unui alt organism sau ale altei celule, într-o manieră adaptativă, pentru unul sau pentru ambii participanţi.
18.	C. Osgood	În sensul cel mai general, se vorbeşte de comunicare, de fiecare dată, când un sistem, respectiv, o sursă influenţează un alt sistem, în speţă, un destinatar, prin mijlocirea unor semnale alternative care pot fi transmise prin canalul care le leagă.
19.	J.A. DeVito	Comunicarea se referă la actul, la care participă una sau mai multe persoane, de a trimite și primi mesaje care sunt perturbate de zgomot, apar într-un context, au un efect și oferă o anumită posibilitate de feedback.
20.	N. Miu	Comunicarea reprezintă, în sensul cel mai general, procesul transmiterii, recepționării, stocării, prelucrării și utilizării informațiilor.

În accepțiunea cercetătoarei M. Ianioglo „comunicarea, reprezintă un act social deliberat sau involuntar, conştient sau nu, unul dintre actele care stau la baza legăturii sociale, este un potenţial mijloc de a promova relaţii sociale interindividuale armonioase, dar şi o sursă de influenţă” (Ianioglo, p. 113).

Educația este domeniul primordial al organizării sociale și al culturii, în care „se regăsesc toate caracteristicile comunicării general-umane, iar notele distinctive sunt date de faptul că aceasta este influențată în forme, mijloace și conținut, în dependență de scopuri specifice activității educaționale” (Vlădescu, 2013, p. 19).

Cercetătoarea L. Sadovei (2008) susține că „comunicarea se rezumă la satisfacerea trebuinţelor, provocată şi păstrată ori amplificată de cele două părţi, trăsătura esenţială fiind construirea relaţiei, fapt ce confirmă opţiunea ştiinţifică pentru dimensiunea realaţională, componentă obligatorie a competenţei de comunicare didactică” (Sadovei, 2008, p. 8).

Abordarea comunicării în context educațional ne ghidează spre descoperirea sensurilor terminologice ale conceptelor: comunicare educațională, comunicare pedagogică și comunicare didactică:

Tabelul 1.2. Definiții ale comunicării didactice/educaționale/pedagogice

(Nastasiu, 2018a, p. 326)

Nr.	Autorul	Definiții
1.	C. Cucoș	Comunicarea didactică reprezintă un transfer complex multifazial și prin mai multe canale ale informației între două entități (indivizi sau grupuri) ce-și asumă, simultan și succesiv, rolurile de emițători și receptori, semnificând conținuturi dezirabile în contextul procesului instructiv-educativ.

2.	V. Goraș-Postică	Comunicarea didactică se manifestă atunci când persoane cu o pregătire specială transmit cunoştinţe, formează deprinderi şi atitudini, iniţiază activităţi în vederea educării generaţiei tinere.
3.	L. Iacob	Comunicarea didactică – o relație ce permite coîmpărtășirea sensului unei informații.
4.	Gh. Dumitriu	Comunicarea didactică constituie modalitatea fundamentală a activității de predare-învățare a unor conținuturi specifice, divers codificate; relația profesor-elev (grup) are o mare valoare adaptativ-formativă.
5.	M.I. Vicol	Comunicarea didactică este o formă a comunicării umane (cu frecventă utilizare, ca o variantă pentru comunicarea educațională); presupune o convenție bilaterală, instituțională, instrumentală, profesor-student, implicată în desfășurarea unui proces instructiv-educativ.
6.	L. Ezechil	Comunicarea didactică, numită și comunicare educațională de tip școlar, se referă, din punct de vedere al conținutului, la schimbul informațional al mesajelor cu caracter școlar.
7.	D.Ș. Săucan	Comunicarea educațională este asimetrică, se produce între comportamente globale și poate fi considerată o relație evaluativ-selectivă atât la emițător, cât și la receptor.
8.	M. Ștefan	Comunicare didactică – transmitere a mesajelor între emițător (cadrul didactic) și receptor (elevul), pe baza programelor școlare, în cadrul procesului de învățământ, desfășurat în instituții școlare. Comunicare educațională – relație care se stabilește între factorii procesului educativ(cadre didactice și elevi), proprie oricărui act educațional. Schimb de informații cu rol formativ pentru copil, încă din primii ani de viață, care se desfășoară în familie și în mediul înconjurător, apoi în instituțiile de învățământ preșcolar și școlar.

În strădуința de a defini comunicarea propriu-zisă „este important să precizăm ce transmitem prin actul de comunicare – opinii, predicții, sugestii, idei, toate sunt cuprinse în comunicare” (Longenecker, 1969, p. 492 apud Pânișoară, 2015, p. 17).

Cercetătorul R. Ross (1986) remarcă faptul că orice comunicare este un proces mutual, „întotdeauna schimbător, dinamic și reciproc”, iar T. K. și M. Gamble (1993) consideră că un act de comunicare nu este altceva decât „un transfer deliberat sau accidental al înțelesului” (apud Pânișoară, 2015, p.16).

Cercetătoarea D. Eșanu-Dumnazev (2017) susține, în aceeași ordine de idei: „comunicarea este o modalitate reală de interacţiune între interlocutori, un schimb continuu de diferite mesaje, care stabileşte o relaţie ce poate influenţa calitativ menţinerea sau schimbarea comportamentului individului sau de grup”(Eșanu-Dumnazev, 2017, p. 15).

Prin actul de comunicare, sesizăm idei, gânduri, exteriorizăm emoții, sentimente, dar și gesturi, mimici. În procesul de comunicare folosim variate mijloace de exprimare, cum ar fi – cuvinte și tehnici, strategii, care ne ajută la înțelegerea profundă a mesajului transmis, dar și la descifrarea/decodarea mesajului receptat, feedbakul devenind un element foarte important în acest act comunicațional. Acesta este un proces neîntrerupt, necontenit (atunci când tăcem, de fapt, comunicăm), care se poate manifesta în diverse ipostaze – scris sau oral, prin paralimbaj

sau nonverbal, prin care recepționăm informațiile, le înțelegem și le conștientizăm și emitem răspunsuri.

În consecință, remarcăm: procesul, care implică o înțelegere a conținutului și a relației, fiind ireversibil și continuu, simetric și complementar, reprezentând totalitatea factorilor verbali, nonverbali și de context, care transmite idei și verifică modul în care au fost recepționate, primirea mesajului și conștientizarea acestuia, dar și imaginea pe care ne-o facem despre noi înșine și despre ceilalți, toate acestea se încadrează generic în conceptul integrator de *comunicare.*

În scopul conceptualizării actului comunicațional în domeniul medical, citățm și definiția comunicării din Dicționarul Explicativ al Limbii Române (2012) – „acțiunea de a comunica și rezultatul ei – înștiințare, știre, veste; raport, relație, legătură" (DEX, 2012, p. 215), iar verbul *a comunica* este explicat astfel – „a face cunoscut, a da de știre, a informa, a înștiința, a spune; a se pune în legătură, în contact cu..., a vorbi cu..." (DEX, 2012, p. 215). Aceste sintagme – *a înștiința, a spune; a se pune în legătură, în contact cu cineva sau ceva, a vorbi cu cineva* sunt aserțiunile acceptate și în comunicarea din domeniul medical, am spune noi că sunt esențiale, deoarece relația profesională în medicină se fundamentează pe interacțiunea umană continuă – *se spune, se înștiințează, se pune în legătură* etc.

Orice act comunicațional este încadrat într-o structură caracteristică oricărui tipaj relațional. În orice interconectare relațională, printr-o acțiune comunicațională eficientă, evidențiem elementele prioritare – emițătorul, informația sau mesajul și receptorul.

Astfel, încercăm să ilustrăm cele mai simple structuri ale actului de comunicare, propuse de cercetătorii V. Tran et al. (2003) în lucrarea *Teoria comunicării*, adaptate după K. Buler, respectiv, R. Jacobson și preluate de noi în lucrarea *Abordări conceptuale ale comunicării. Definiție și identitate* (Nastasiu, 2018a, p. 327):

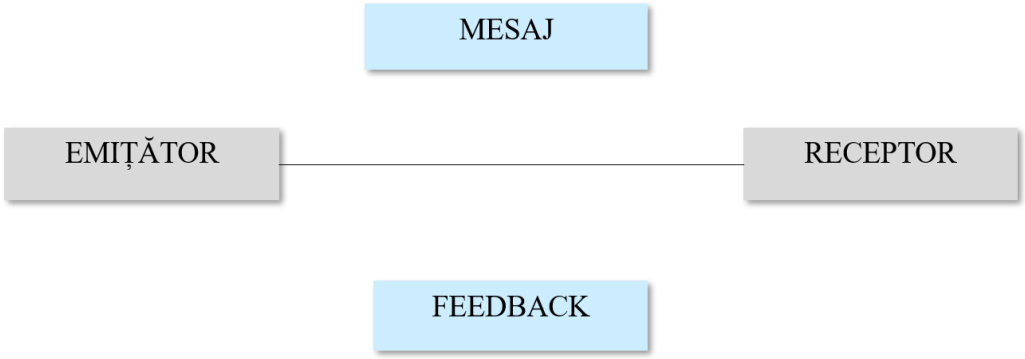


Fig. 1.1. Structura procesului de comunicare, după K. Buler *(apud Tran et al., 2003, p. 16)*

Mai târziu, ne relatează cercetătorii citați, R. Jakobson completează această schemă, incluzând următoarele trei elemente: *cod, canal, referent*:

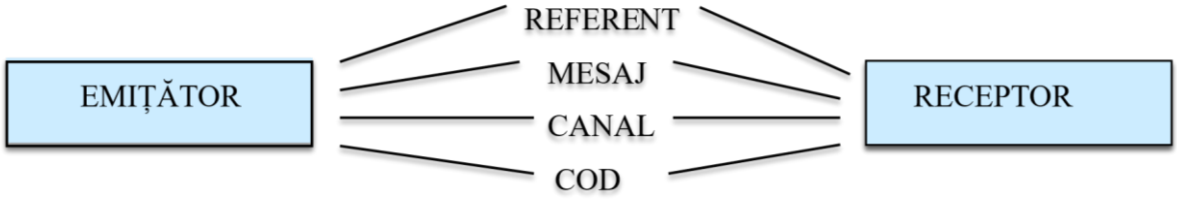


Fig. 1.2. Structura procesului de comunicare, după R. Jakobson *(apud Tran, 2003, p. 17)*

Astfel, luând ca bază modelele prezentate, conchidem că în procesul actului de comunicare se cunosc următoarele componente esențiale:

- emiţătorul sau locutorul (sursa de informații);
- receptorul sau interlocutorul (destinatarul sau beneficiarul);
- mesajul (informația);
- codul sau limbajul (sistemul de comunicare bazat pe semne lingvistice comune emițătorului și receptorului);
- canalul de comunicare (comunicarea orală, scrisă, la distanță);
- contextul;
- blocajele.

În percepția cercetătorilor C. Cucoș, V. Goraș-Postică et al. (2015), comunicarea se împarte:

- „după statutul interlocutorilor*:* verticală și orizontală;
- după finalitatea actului comunicativ: accidentală, subiectivă, instrumentală;
- după capacitatea autoreglării: lateralizată (unidirecţională) și nelateralizată (este ideală);
- după natura conţinutului: referenţială, operaţional metodologică, atitudinală;
- după tehnica de transmitere a mesajului/canalul utilizat: directă și indirectă" (Cucoș, 1998, p. 225, apud Goraș-Postică et al. 2015, p. 18).

Pentru cercetarea noastră considerăm relevantă abordarea comunicării și în funcție de numărul participanţilor, după care aceasta poate fi divizată în:

Comunicarea socială – o formă de comunicare care se realizează în prezenţa mai multor utilizatori care, la rândul ei, se divizează în:

- *de grup,* desfăşurată între membrii unei structuri de grup (aşa cum poate fi familia, anul trei de studii al facultăţii de medicină, colectivul unui departament ori al unei echipe de lucru). Specificul acestei forme rezidă în influenţa exercitată asupra comunicării dintre membrii

grupului a normelor ce guvernează relaţiile lor interpersonale. Scopul comunicării de grup este atingerea obiectivelor profesionale comune sau a unor răspunsuri la o nevoie socială.

- *publică*, care are loc între un emițător și mai mulți receptori, care formează publicul.
- *de masă*, prin care mesajele sunt adresate unui număr mare de oameni, prin alte căi de comunicare – cărți, reviste, ziare, diverse materiale publicitare, televiziune, rețele de socializare – Internet.

Comunicarea intrapersonală este comunicarea individului cu sine însuşi și include stări de reflectare, planificare, luare de decizii, poate fi influențată de mediul de comunicare externă. Comunicarea intrapersonală, după F.Țăndău, se înțelege în felul următor: „când o persoană ascultă propria voce interioară, se întreabă şi îşi răspunde. Aici ne putem înţelege şi cunoaşte, sau ne putem minţi pe noi înşine" (Ţăndău, 2018).

În aceeași ordine de idei, susținem aserțiunile E. Țărnă (2011) cu privire la semnificația comunicării intrapersonale, care „este condiționată de concepția despre sine a individului care apare într-un complex de influențe trecute și prezente, din interacțiunea conceptelor despre sine și a conceptelor despre lume (Țărnă, 2011, p. 204).

Comunicarea interpersonală antrenează mai mulți indivizi ce interacţionează între ei. Aici se disting: comunicarea *faţă în faţă* sau *om cu om* (ex.: conversaţia, interviul, vânzarea, negocierea) – comunicarea verbală; comunicarea scrisă şi comunicarea mediată tehnic (conversaţia prin telefon, transmiterea unui email) etc.

În înțelegerea lui A. Mucchielli (2015), comunicarea ca proces global este percepută ca „un sistem global ce integrează ansamblul atitudinilor corporale, a gesturilor și a tuturor semnelor paralingvistice ce însoțesc limbajul și chiar comportamentul" (Mucchielli, 2015, p. 75). Și îi dăm dreptate cercetătorului citat, comunicarea interpersonală implică totalitatea elementelor organismului uman – de la simpla mișcare a capului, la poziția corpului, expresia feței etc. până la cele mai complexe manifestări comportamentale.

Comunicarea interpersonală este un act polivalent ce are loc în procesul relațional a doi sau mai mulți indivizi implicați într-o activitate personală sau profesională și care „îi ajută să-și negocieze și să-și definească relația" (Floyd, 2013, p. 42).

Comunicarea interpersonală eficientă are la bază procesul de ascultare. Fiecare dintre noi are necesitatea de a fi ascultat, înțeles și acceptat. *Ascultarea*, în esență, are un impact important asupra persoanei, antrenând respectul de sine și nevoia imperioasă de recunoaștere. Atunci când procesul de ascultare se produce efectiv „(...) creează un loc al siguranței, în care partenerul nostru poate să vorbească" (Albu, 2008, p. 149). Fiind un proces dinamic, activ, ascultarea nu se

rezumă doar la primirea mesajului sau a informației, ci la înțelegerea profundă a ceea ce se aude, la conștientizarea valorii acesteia.

Ascultarea este una dintre calitățile primordiale ale omului care poate fi percepută și ca o componentă importantă în diminuarea stării emoționale – furie, nervozitate, excitație, anxietate. Felul cum percepem mesajele (le auzim) și capacitatea noastră de a asculta ne afectează relațiile sociale, dar, fără îndoială, are impact și asupra sănătății noastre fizice. În acest context, este necesar de a sublinia importanța delimitării sensurilor cuvintelor *a auzi* și *a asculta,* care ar părea că exprimă aceeași acțiune, însă lexemul *a auzi* este explicat ca *perceperea unui sunet*, *auzitul fiind perceput ca un proces pasiv* (după Floyd, 2013, pp. 223-244).

Cel ce posedă capacitatea de *bun ascultător* este pasibil de a ignora orice impediment în procesul de ascultare și să se concentreze cu toată ființa la ceea ce spune interlocutorul, încurajându-l prin întrebări sau parafrazări, astfel, demonstrând înțelegere, simpatie, loialitate.

Din literatura de specialitate am desprins unele însușiri ale unui ascultător eficient, relevante și pentru relația terapeutică medic-pacient: „nu își întrerupe (nejustificat) interlocutorul/partenerul; se arată interesat de ceea ce simte acesta, punând întrebări; repetă lucrurile pe care le spune interlocutorul; nu grăbește interlocutorul; este controlat emoțional, în limbaj și vestimentație; este (foarte) atent; menține subiectul (discuției/dialogului) până când interlocutorul termină ceea ce are de spus” (Palmieto, apud Chiru, 2003; apud Albu, 2008, p. 182).

Un alt element distinct al comunicării interpersonale este *tăcerea*, care își are rolul și funcțiile bine definite, distincte de cele ale ascultării.

Cercetătorul G. Albu (2008) remarcă faptul că „tăcerea face parte organică din comunicare. Ea nu este (așa cum s-ar putea crede la prima vedere sau într-o abordare formală) un *timp mort*, un moment inutil pierdut și/sau perturbator al acesteia” (Albu, 2008, p. 197).

Tăcerea amplifică mesajul enunțat, atenționând participanții la dialog de importanța acestuia sau dând anumite semnificații mesajului sau contextului în care a fost emis/receptat. Actualmente, s-ar crede că tăcerea este inutilă, trăim în timpurile zgomotelor – muzică puternică, discursuri rostite într-o tonalitate ridicată etc.

Fiecare persoană este unică și în felul de a comunica, își are propriul ritm de receptare/emitere și înțelegere a mesajului. Competența de comunicare impune capacitatea celor doi participanți la dialog, la un moment dat al actului comunicațional, a folosirii tăcerii, pentru a da loc gândirii, negării, acceptării mesajului etc. Prin tăcere putem exprima înțelegere, închidere, așteptare, complicitate, admirație, uimire, dispreț, supunere, tristețe etc. (după Albu, 2008, p. 201).

Feedback-ul este o parte la fel de importantă a comunicării interpersonale – determinarea înțelegerii și acceptării mesajului. Așadar, toate mesajele verbale și nonverbale, transmise conștient sau inconștient în calitate de răspuns la informația primită, sunt înțelese ca feedbak, care, de fapt, presupune și auzirea mesajului transmis, de aici rezultă că primim feedback de la propriul mesaj.

Abordarea comunicării interpersonale în contextul formelor de comunicare, în general, facilitează radiografierea acesteia, cu scopul de eficientizare a actului practic în sine, dar și de fundamentare a studiului teoretic.

Conform mijloacelor ei, comunicarea interpersonală se divide în:

- *Comunicarea verbală* sau *limbajul,* care este un element distinct în procesul comunicațional interuman și cel mai complex sistem de comunicații. În acest proces relațional al comunicării interpersonale se utilizează diferite moduri de enunțare și primire a mesajului.

Comunicarea orală este liberă și, de foarte multe ori, nu poate să ne comunice ceva, ci doar să ne semnaleze un mesaj, acesta având și alți servitori ai înțelegerii – ascultarea, mimica, gesturile și contextul. În acest fel, de cele mai multe ori, necesitatea cunoașterii normelor gramaticale este redusă, acesteia revenindu-i doar cadrul contextual în care se produce comunicarea orală.

Limbajul, ca și *gândirea,* o altă valență primordială a comunicării, sunt două componente inseparabile ale actului de comunicare interumană.

Fiecare persoană, în diferite situații concrete din viață, abordează un anumit stil verbal. Într-un anumit fel comunicăm cu familia, prietenii și complet diferit cu colegii de serviciu, clienții, cu medicul sau pacientul, la o manifestare științifică sau culturală etc. Felul prin care ne construim mesajele, cum folosim anumite expresii ne definesc ca ființă umană, deoarece impactul produs de acestea asupra celui ce le recepționează este enorm.

Nu putem să nu fim de acord cu afirmația cercetătorului I.-O. Pânișoară (2015): „Această unicitate a limbajului, legată de fiecare persoană în parte, poate fi înglobată sub denumirea de stil verbal” (Pânișoară, 2015, p. 86).

Unii cercetători (Dinu, 2014) delimitează cinci forme sau stiluri ale comunicării orale: „stilul rece, stilul formal, stilul profesional, stilul informal/neoficial și stilul neprotocolar” (Dinu, 2004, pp. 390-391).

Cuvântul este primordial în comunicarea interpersonală, este modalitatea cea mai la îndemâna omului de a reprezenta sau simboliza emoțiile, gândurile și sentimentele. Cuvintele sunt elementele de bază ale comunicării verbale. Folosim cuvintele pentru a exterioriza trăiri,

sentimente, dar și pentru a reprezenta idei și observații etc. Cuvintele sunt simbolurile esențiale, prin care exprimăm emoții și gânduri, sentimente și opinii, frustrări și temeri, ură sau dragoste.

În acest context, F. Saussure (2003) afirmă că „Un cuvânt nu există cu adevărat, indiferent de perspectiva în care ne plasăm, decât prin confirmarea primită, clipă de clipă, de la cei care îl folosesc. Acest aspect îl face să fie altceva decât o succesiune de sunete, precum și decât oricare alt cuvânt" (Saussure, 2003, p. 87).

Fiind un simbol al comunicării, cuvântul, ca element important în acest act, are o semnificație anume: în diverse limbi același cuvânt poate desemna cu totul alte lucruri. În cea mai mare parte, cuvintele au doar o conexiune arbitrară cu semnificațiile lor, putem atribui aproape oricărui cuvânt un anumit înțeles.

Suntem în asentimentul unor cercetători (Hymes, 1972) care relevă faptul că „comunicarea verbală nu are relevanță asupra mesajului emis, că comportamentul verbal adecvat într-o comunitate dată este asimilat cunoștințelor culturale tacite, utilizate în desfășurarea și interpretarea vieții sociale" (Hymes, 1972, p. 279).

Comunicarea scrisă impune reguli mult mai stricte – respectarea normelor gramaticale, morfologice, de sintaxă etc.

Comunicarea scrisă s-a extins precipitat, odată cu dezvoltarea relațiilor interumane și a societăților, în general. În societatea modernă orice om are nevoie să scrie un text – cerere, scrisoare, raport, dare de seamă, proces-verbal, articol științific etc. Mesajul scris are anumite restricții de utilizare și trebuie să fie conceput explicit, implică un control exigent privind informațiile, faptele expuse și argumentele utilizate. Astfel, posedarea capacităților de comunicare scrisă va produce o vie expresie celor cu care interacționezi. Comunicarea scrisă este una dintre cele mai mari cuceriri ale omului, care devine un proces important pentru menținerea, răspândirea și dezvoltarea științei și a culturii.

- *Comunicarea nonverbală* reprezintă cumulul de mesaje, care sunt transmise prin mimică, privire, gestică etc.
- *Comunicarea paraverbală/paralimbajul* însumă elementele prin care transmitem mesaje, ce influențează interlocutorul la nivel inconștient – volumul, tonul, ritmul, accentul, pauzele și dicția etc. Prin paralimbaj este înțeles modul prin care mesajul este emis și capătă un rol deosebit, în care celelalte elemente ale comunicării nonverbale nu sunt prezente. Pentru a insufla încredere, dar și a deveni mai convingători în fața celui cu care interacționăm folosim paralimbajul, schimbând, de exemplu, tonul vocii în dependență cu cine comunicăm, dar și ce trebuie să transmitem.

Asfel, remarcăm vastitatea conceptelor ce ajută la caracterizarea tipologiei comunicării, dar și intersecția acestora cu alte științe, inclusiv de natură aplicativă.

Actualmente, se disting variate funcții ale comunicării. G. Wackenheim, după C. Teodorescu (2012) determină următoarele funcții:

- de dezvăluire şi autodezvăluire;
- valorizatoare;
- reglatoare ale conduitei altora;
- terapeutică;
- productiv-eficientă;
- facilitatoare ale coeziunii grupului;
- de valorizare a grupului;
- rezolutivă a problemelor grupului (apud Teodorescu et al., 2012, p. 16).

Funcțiile enumerate devin relevante actului de comunicare interpersonală medic-pacient, fiecare în parte având un rol deosebit de important și care trebuie cunoscute și puse în valoare de medici.

În baza obiectivelor generale ale comunicării, noi am dedus obiectivele de bază ale comunicării interpersonale, adaptate după cercetătorul M. Dinu (2014):

a) persuadarea;
b) autocunoaşterea;
c) descoperirea lumii exterioare;
d) stabilirea şi menţinerea de relaţii semnificative cu alte fiinţe umane.

Aceste obiective se conțin și se deduc direct din cele generale ale comunicării, deoarece comunicarea ca atare, fără determinativul, chiar și deseori subînțeles – interpersonală, comportă un sens deplin, în pofida tehnologizării și virtualizării acesteia, în prezent.

Cercetătorii C. Eţco et al. (2007) menționează intenţia de a influenţa în procesul de comunicare: „Comunicarea umană nu se realizează niciodată fără intenţia de a influenţa calitativ şi nu doar calităţi (...) comunicarea este: o metodă de bază în influenţarea comportamentului şi în schimbarea lui” (Eţco et al., 2007, pp. 14-26).

Actul comunicațional eficient se constituie din vorbirea dialogată a persoanelor antrenate în acest proces inevitabil, care posedă anumite calități, abilități și atitudini, pentru a întreprinde activități în vederea influențării de a schimba comportamente umane.

În dezvoltarea sa, ființa umană, interacționează cu cei din jurul său, achiziționând aceste abilități, aptitudini, dar și atitudini. Relațiile noastre interpersonale depind de felul fiecăruia de a

înțelege și a relaționa cu o altă persoană. Felul cum comunicăm ne etichetează personalitatea – suntem activi, timizi, generoși, inteligenți, punctuali.

În opinia cercetătorului G. Albu (2008), „comunicarea interumană este ancorată adânc în lumea noastră interioară: în stările noastre afective, în motivațiile noastre, în părerea noastră generală despre viață, oameni, relații, fericire, noroc, Dumnezeu. De asemenea, comunicarea dintre noi are ca suport convingerile, credințele, valorile, prejudecățile, obiceiurile și educația noastră"(Albu, 2008, p. 13). Persoanele care au competențe de comunicare eficientă sunt capabile de empatie, etică, adaptabilitate, de complexitate cognitivă, cât și de capacități de monitorizare a emoțiilor.

Comunicarea interpersonală este un proces care intervine din necesitatea oamenilor de afecțiune, acceptare și recunoaștere, de aceea prin comunicare ne satisfacem cele cinci necesități cotidiene – relaționale, indentare, fizice, spirituale și instrumentale.

Prin *necesitățile fizice* percepem comunicarea ca un proces care ne ajută să ne păstrăm sănătatea fizică și mintală, prin exteriorizarea emoțiilor și trăirilor noastre cotidiene, *necesitățile relaționale* stau la baza formării relațiilor umane – sociale și personale, iar prin *necesitățile indentare* încercăm să aflăm adevărul despre sine – cine suntem, cine vrem să devenim, cum ne percepem pe noi înșine. Prin manifestarea convingerilor și valorilor noastre ne exteriorizăm *necesitățile spirituale*, pe când cele instrumentale ne ajută la construirea relațiilor zilnice, absolvindu-ne de multiplele obligații cotidiene (după Floyd, 2013).

Astfel, comunicarea devine un proces continuu și de cele mai multe ori – bilateral. Absolut tot ceea ce facem are valoare comunicativă – de la un gest de salut, de aprobare sau dezaprobare, de la un simplu mesaj scris sau transmis oral până la un gest neintenționat, dar expresiv – vin să ne comunice ceva, de care de cele mai multe ori, mulți dintre noi, nu suntem conștienți, se produce neintenționat, la nivel de comunicare nonverbală. Noi toți suntem diferiți – ca aspect, constituție, fizionomie, caracter, comportament, dar, dezvoltându-ne într-o anumită societate, preluăm obiceiurile și comportamentele obișnuite locului de unde provenim.

În această ordine de idei, K. Floyd (2013) remarcă: „Comunicăm în dependență de grupul din care facem parte (...) putem și să dobândim o cultură, care este determinată de cine ne-a crescut, educat, de locul unde am crescut și de simbolurile, limbajul, valorile și normele locului respectiv" (Floyd, 2013, p. 59).

Multiplele culturi existente ne oferă posibilitatea de a înțelege diferit unele mesaje la nivel verbal, dar și nonverbal; cum să evităm incertitudinile; însușirea unor coduri de comunicare culturală – idiomurile, jargoanele, gesturile; înțelegerea genului și comunicarea – feminin, masculin și androgen; noțiunea de comunicare influențată de gen.

Comunicarea interpersonală eficientă are repercusiuni vizibile asupra omului și, de obicei, se desfășoară întru-un mediu specific – interconectări între părinte și copil, medic și pacient, profesor și student etc., care au menirea de a influența schimbările comportamentale.

În final, concluzionăm că intenția comunicării umane de a influența comportamente devine obiectivul ei primordial și ghidează demersul practic de relaționare, ca element distinctiv al umanității, iar investigarea acestuia generează principii și valori vitale pentru ameliorarea vieții și menținerea stării de bine a celor implicați în acest proces.

1.4. Abordări teoretice ale conceptului de competență

Deși literatura pedagogică actuală este foarte bogată la capitolul dat, insistăm, din start, și asupra etimologiei termenului *competenţă* (din lat. *competens,* însemnând *competent,* derivat lat. *competere* = *com* - împreună + *petere* - a urmări), care a presupus mult timp doar noțiunile *aptitudini, deprinderi* şi *priceperi,* ulterior, fiind aplicat în psihologie, iar, actualmente, fiind preluat de sociologie, ca set de *potenţialităţi proiectate,* în funcție de anumite statusuri sociale într-o anumită sferă specializată.

Având drept reper teoria comunicării, termenul *competenţă* pătrunde în celelalte ştiinţe sociale, devenind decisiv în proiectarea modelelor educaţionale.

Lexicul specializat a oferit condițiile dobândirii unui statut deosebit al termenului, acesta lărgindu-și semnificația prin noțiunea de capacități, abilități și deprinderi. Astăzi, termenul, conform DEX-ului (2012) capătă și o altă conotație – „capacitate a cuiva de a se pronunța asupra unui lucru, pe temeiul unei cunoașteri adânci a problemei în discuție; capacitate a unei autorități, a unui funcționar etc. de a exercita anumite atribuții” (DEX, 2012, p. 212).

Cercetătoarea A. Afanas (2013) definește competenţa ca „ rezultatul unui proces dinamic, este specifică unei situaţii şi poate fi adaptată în alte situaţii (…)”, deducând următoarele caracteristici ale competenței: „ competenţa nu se manifestă niciodată direct; este indisociabilă de activitatea subiectului şi de sigularitatea contextului în care ea se exercită; este structurată în mod combinatoriu şi dinamic; este construită şi evolutivă; este o dimensiune metacognitivă; are o dimensiune în acelaşi timp individuală şi colectivă” (Afanas,2013,p.17).

Cercetătorii F.M. Gerard et al. (2012), în lucrarea *Evaluarea competențelor,* explică diferențele existente în literatura de specialitate ale termenilor „competence – abilibilitatea de a realiza o sarcină particulară, și competency – caracteristici fundamentale care permit unei persoane să performeze bine într-o varietate de situații, care se identifică prin: accent pe cerințele ocupației; accent pe ceea ce persoana aduce/realizează în ocupația respectivă; focalizare

psihologică; abordare holistică" (Gerard et al., 2012, p. 13). Autorii citați prezintă modurile diferite de derivare a competenței în felul următor:

Tabelul 1.3. Derivarea competențelor

(*Davies et al., 1999, p. 41 apud Gerard et al., 2012, p. 14)*

COMPETENCE: **capacitatea de a performa activitatea la standarde satisfăcătoare.** **Competențele profesionale specifice și transfersabile**	**COMPETENCY:** **ceea ce o persoană face pentru a obține succesul în activitate.** **Competențele personale generice**
Stabilește obiectivul principal al activității	Clasifică cerințele majore și criteriile de performanță ale activității
Identifică rolurile-cheie	Identifică performerii de succes ai activității – primii 10%
Identifică unitățile de competență	Compară trăsăturile și comportamentul lor cu al celorlalți angajați
Identifică elementele fiecărei unități de competență	Formulează competențe-cheie
Precizează criteriile de performanță și gama de variabile în care pot fi aplicate	Dezvoltă, la oameni, aceste competențe
Formează și evaluează adecvat	

Profesorul Vl. Pâslaru (2014) consideră că „competența reprezintă cunoștințe, capacitate și atitudini" (Pâslaru, 2014, p. 58).

În opinia cercetătoarei M. Ianioglo, competenţa „reprezintă un nivel de performanţă bazat pe cunoaştere, priceperi, deprinderi, atitudini şi un optim motivaţional, care determină eficienţa subiectului într-o activitate" (Ianioglo, p. 114).

Competența, în înțelegerea noastră, nu se referă doar la elementele cognitive – utilizarea teoriei, conceptelor sau cunoștințelor, dar însumă și aspectele funcționale care reclamă abilităţi tehnice, particularități interpersonale – abilităţi sociale sau organizatorice și valori etice.

Competența, după M. Ștefan (2006), este „un sistem de cunoștințe, abilități, deprinderi și aptitudini, bine structurat și temeinic însușit, care asigură elevului posibilitatea de a identifica și de a rezolva, în mod eficient, problemele dintr-un domeniu anume al activității umane" (Ștefan, 2006, p. 57).

Competența este modul în care ființa umană însușește anumite deprinderi, abilități sau aptitudini, pentru a face față unor anumite situații, este o caracteristică individuală care e indisolubil legată cu eficiența performanțelor.

Cercetătoarele O. Dandara și E. Muraru (2003) consideră că o competență este deseori prezentată în literatura de specialitate ca și „capacitate de realizare a ceva dificil" (apud Dumbrăveanu et al., 2003, p. 14).

Competența este „ansamblul structurat, articulat de cunoștințe, deprinderi, capacități și aptitudini care permit unei persoane să rezolve o problemă într-un domeniu profesional, într-un timp scurt, cu cel mai bun rezultat” (Tanase, p. 3).

Realitatea noastră profesională este atât de diferită, încât fiecare profesie în parte, pe lângă competențele specifice profesiunii (competențe profesionale), necesită și alte tipuri de competențe de comunicare – abilitatea de a interacționa verbal și nonverbal în procesul de relaționare.

Competența mai este înțeleasă ca și capacitatea de a formula unele idei despre ceva, având motivarea cunoașterii problemei în cauză, în profunzime.

Profesorul Vl. Guțu (2013) definește competența ca „set de capacităţi nedeterminate, (...) integrare a cunoștințelor, capacităților și atitudinilor, (...) însușiri acționale și operaționale care, împreună cu cunoștințele, deprinderile și experiența necesară, conduc la acțiuni eficiente și de performanță” (Șevciuc et al., 2013, p. 39).

Cercetătoarea M. Șevciuc (2013) afirmă că „competența nu poate fi definită drept sumă a cunoștințelor și deprinderilor, deoarece se manifestă în condiții concrete. A fi competent înseamnă a mobiliza într-o situație concretă cunoștințele însușite și experiența” (Șevciuc et al., 2013, p. 48).

Competența, în sine, este capacitatea de a aplica cunoștințele obținute în situații concrete, în activitatea profesională.

În această ordine de idei, noțiunea de *competență* o înțelegem ca o combinație de cunoștințe, aptitudini și atitudini adecvate contextului, care desemnează abilitatea de a aplica rezultatele învățării, în mod adecvat, într-un context stabilit.

Suntem de acord cu profesorul L. Șoitu (2002), că „formarea și dezvoltarea competențelor se realizează prin trei modalități recunoscute: *inițială*, înainte de viața activă; *continuă*, pe parcursul întregii activități profesionale; și *directă*, impusă de o profesie anumită, pentru care nu a existat o pregătire specială” (Șoitu, 2002, p. 56).

Relevante pentru investigația noastră sunt și următoarele definiții ale competenței, înglobate în următorul tabel:

Tabelul 1.4. Definiții ale competenței

Nr.	Autorul	Definiția
1.	St. Toma, D. Potolea	Competențele-cheie reprezintă un pachet transferabil și multifuncțional de cunoștințe, deprinderi/abilități și atitudini, de care au nevoie toți indivizii, pentru împlinirea și dezvoltarea personală, pentru incluziune socială și inserție profesională.
2.	M. Călin	Competența este definită, ca fiind capacitatea de a rezolva situații de problemă, prin transferul și conexiunea cunoștințelor, abilităților și

		aptitudinilor, în contextul competenței, atitudinii revenindu-i rolul determinant, ținându-se cont de încărcătura motivațional-valorică a acestui element comportamental.
3.	N. Mitrofan	Competența presupune formarea unor sisteme de deprinderi, priceperi, capacități, aptitudini și atitudini psihopedagogice.
4.	R. Șchiopu	Competența este capacitatea remarcabilă, izvorâtă din cunoștințe și practică (deci în urma cercetării inteligente și sistematice a unor probleme, rezolvării de situații dificile, în direcția în care s-a format).
5.	I. Jinga, E. Istrate	Prin competență se înțelege, de obicei, capacitatea unei persoane de a soluționa o problemă, de a lua decizii potrivite, de a îndeplini o misiune sau de a practica o profesie, în bune condiții și cu rezultate recunoscute ca bune.
6.	O. Răileanu-Ciobanu	Competența poate fi definită ca un ansamblu de abilități și capacități de a acționa în variate situații, pentru a găsi soluții optime de rezolvare.
7.	T. Cartaleanu, O. Cosovan	Competența se alcătuiește din cunoștințe, abilități, deprinderi existențiale, capacitatea de a învăța și de a comunica.
8.	A. Afanas	Competenţa este rezultatul unui proces dinamic, este specifică unei situaţii şi poate fi adaptată în alte situaţii.
9.	O. Tanase	Competența este ansamblul structurat, articulat de cunoștințe, deprinderi, capacități și aptitudini, care permit unei persoane să rezolve o problemă într-un domeniu profesional, într-un timp scurt, cu cel mai bun rezultat.

În concluzie, putem afirma că educaţia bazată pe competenţe presupune o serie de dimensiuni noi, cum ar fi: dezvoltarea la utilizatori a capacităților de rezolvare dependentă a problemelor, formarea experienței individuale de rezolvare a dificultăților cognitive sau comunicative, accentuarea urmăririi modului de realizare a finalităţilor asumate, acordarea unui sens nou procesului de învăţare etc.

Competența de comunicare interpersonală este un deziderat primordial în actul educațional postmodern. În accepțiunea prof. V. Goraș-Postică (2013), „Formarea și dezvoltarea competențelor comunicative este una dintre problemele principale ale demersului educațional contemporan, deoarece capacitatea individului de a se angaja eficient într-un act de comunicare și negociere, pe temeiul unor cunoștințe și abilități profunde și largi, constituie o trăsătură definitorie a specialistului modern” (Șevciuc et al., 2013, p. 207).

N. Chomsky (1965), în lucrarea sa *Aspects of the Theory of Syntax* a trasat o distincție clasică între competență – cunoașterea limbajului și performanță – folosirea limbajului în situații reale, unde a și definit conceptele de competență și performanță. Mai târziu, unii cercetători au optat pentru o viziune comunicativă în lingvistica aplicată și și-au exprimat dezaprobarea față de ideea folosirii conceptului de competență idealizată, pur lingvistică, ca temei teoretic al metodologiei de predare/învățare și testare a limbilor. Ei au optat pentru o alternativă la conceptul lui N. Chomsky, de competență în competența comunicativă a lui D.H. Hymes, despre care credeau că este o noțiune mai largă și mai realistă de competență. Anume D.H. Hymes

(1972) definește competența comunicativă nu numai ca o competență gramaticală inerentă, ci și ca abilitatea de a folosi competența gramaticală într-o varietate de situații comunicative, aducând perspectiva sociolingvistică în perspectiva lingvistică a competenței lui N. Chomsky, desemnând importanța cunoașterii în comunicarea socială, care poate fi studiată, doar în baza efectelor produse în mintea oamenilor.

În 1979, după J. Habermas, competenţa comunicativă a încorporat dimensiunea sintactică a lui Chomsky (gramatica generativă) și semantica pragmatică – „menționând că fiecare act de comunicare trimite la: a) exprimarea pe înțeles; b) afirmarea propoziției de cunoaștere; c) stabilirea unor relații sociale corecte; d) relevarea experienței vorbitorului" (Habermas, 1979, p. 29).

Ulterior, conceptul a fost extins de cercetătorul Piepho (1974), iar M. Canale și M. Swain (1980) și M. Canale (1983) au perceput *competența de comunicare* ca o sinteză a unui sistem de cunoștințe și abilități care formează, în sine, conceptul de comunicare. Conform acestui concept, cunoașterea se referă la cunoștințele (conștiente sau inconștiente) ale unui individ despre limbă și despre aspectele utilizării limbajului. Potrivit acestora, există trei tipuri de cunoștințe: 1) cunoașterea principiilor gramaticale care stau la bază, 2) cunoașterea modului de utilizare a limbajului, într-un context social, pentru a îndeplini funcțiile de comunicare și 3) cunoașterea modului de a combina declarațiile și funcțiile de comunicare cu principiile discursului.

În plus, conceptul lor se referă la modul în care o persoană poate folosi cunoștințele în actul de comunicare. După M. Canale (1983), calificarea necesită o nouă distincție între capacitatea de bază și manifestarea ei în comunicarea reală, adică în performanță.

În încercarea de a clarifica conceptul de competență comunicativă, H. G. Widdowson (1983) a făcut o distincție între competență și capacitate. În definirea acestor două noțiuni el a aplicat perspective pe care le-a obținut în analiza pragmatică a discursului. În acest sens, a definit competența, adică competența comunicativă, în ceea ce evidențiază cunoașterea convențiilor lingvistice și sociolingvistice. Sub capacitate, pe care deseori o numește capacitate procedurală sau comunicativă, el a înțeles abilitatea de a folosi cunoașterea, ca mijloc de a crea sens într-o limbă. Potrivit lui, capacitatea nu este o componentă de competență. Nu se transformă în competență, ci rămâne o forță activă pentru continuarea creativității (după Widdowson, 1983, p. 27). Având, în acest fel, competența de comunicare definită, Widdowson este primul care, în reflecțiile sale privind relația dintre competență și performanță, acordă mai multă atenție performanței sau utilizării reale a limbajului.

Mai apoi, teoria competenţei comunicaţionale a fost completată prin studiile lui S. J. Savignon (1983), D. S. Taylor (1988) şi L. F. Bachman (1990) etc.

Pentru investigația noastră sunt importante și elucidarea celor mai importante modele ale competenței de comunicare, dintre care evidențiem:

Modelul Canale şi Swain (1980). Cercetătorii M. Canale şi M. Swain (1980) atenționează asupra faptului că în comunicare predomină normele de folosire a limbii, redundante normelor de gramatică, că aceasta înglobează *competența lingvistică* în înțelesul totalmente acceptat al competenței comunicative, pe care îl reprezintă în felul următor:

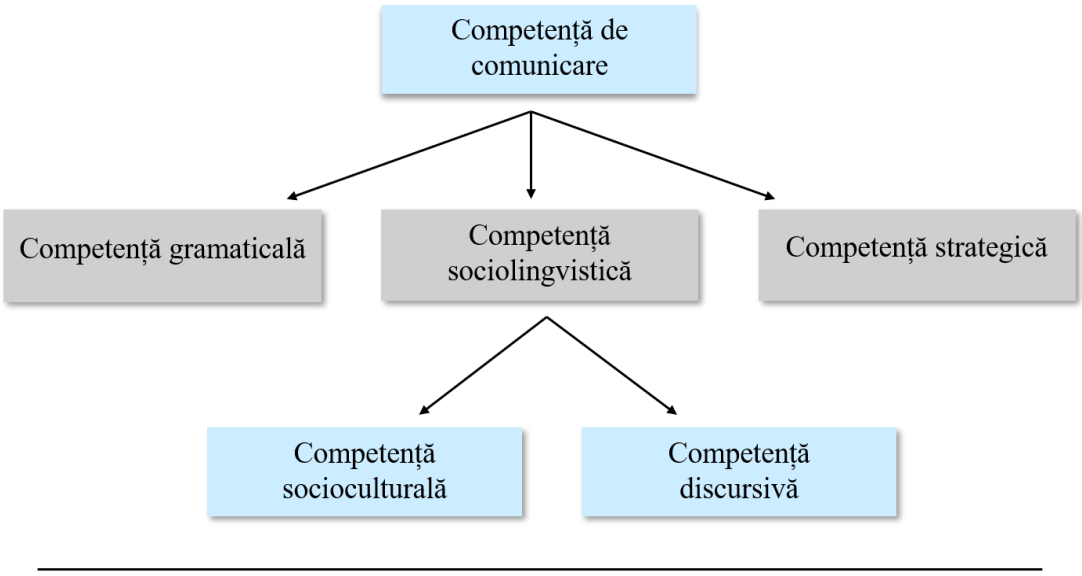


Fig. 1.3. Modelul competenței comunicative *Canale şi Swain*

(după Johnson și Johnson, 2002, p. 66)

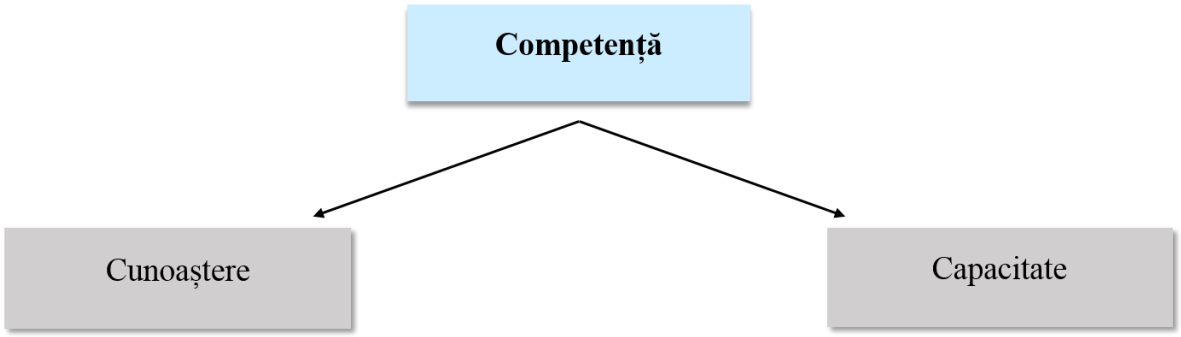
Așadar, în acest model diferențiem dimensiunile: gramaticală, sociolingvistică, strategică; dimensiunea sociolingvistică, incluzând și competenţele discursivă și socioculturală.

Competenţa gramaticală este condiționată de posedarea vocabularului, a ortografiei, sintaxei etc.; *competenţa sociolingvistică* este abilitatea utilizatorului de a întrebuința limba în diferite contexte sociolingvistice, de a ajusta formele gramaticale funcţiilor comunicative în variate contexte sociolingvistice. *Competenţa discursivă* este capacitatea de înţelegere şi producere discursivă a textelor; *competenţa strategică* se referă la compensatoare ale dificultăţilor de exprimare (gramaticală, sociolingvistică sau discursivă): parafraze, cerere de repetare, clarificare, vorbire mai rară, identificarea mecanismelor coezive corecte etc. adică *compensarea comunicativă* (după Peterwagner, 2005, p. 12 apud Lisenciuc, 2017, p. 74). Cercetătorii citați reactualizează termenul de ability for use (capacitate de utilizare), introdus de

D. H. Hymes, care desemna capacitatea de utilizare a limbii în funcție de ierarhia socială, atribuindu-i statut de performanţă comunicativă.

Modelul lui Widdowson. H. G. Widdowson (1983, 2007), la rândul său, dezvoltă intervenția lui M. Canale şi M. Swain în acest domeniu și face o diferențiere între conceptele de cunoaştere, cunoaşterea convenţiilor lingvistice şi sociolingvistice, şi capacitate, capacitatea utilizării cunoaşterii.

N. G. Widdowson, afirmă R. Peterwagner (2005), menționa faptul că a poseda o limbă este nu doar cunoașterea configurației lingvistice a acesteia, ci implică și o altă percepție – realizarea procesului de interacțiune în baza sintaxei (Peterwagner, 2005, p. 13). Dacă *cunoaşterea* o putem percepe ca utilizarea unor norme în codul lingvistic, atunci folosirea limbii o putem înțelege drept capacitate de utilizare a gramaticii:



Competenţă gramaticală = posibilitate

Competenţă practică = nivel de îndeplinire, adaptare și potențialitate

Fig. 1.4. Competența comunicativă – *Modelul Widdowson* *(după Peterwagner, 2005, p. 13).*

Deci *cunoaşterea* poate fi descrisă cu termenii *analysability* (cunoașterea posibilă de analiză a reprezentărilor mentale) și *accessibility* (cunoașterea rapidă în utilizarea limbii). Astfel, *cunoaşterea posibilă de analiză* fundamentează învăţarea unei limbi, iar *cunoaşterea accesibilă* este importantă în demersul comunicativ; ambele constituind o precondiţie una pentru cealaltă.

În concluzie, putem afirma că educaţia bazată pe competenţe presupune o serie de dimensiuni noi, cum ar fi: dezvoltarea la utilizatori a capacităților de rezolvare dependentă a problemelor, formarea experienței individuale de rezolvare a dificultăților cognitive sau comunicative, accentuarea urmăririi modului de realizare a finalităţilor asumate, acordarea unui sens nou procesului de învăţare etc.

Una dintre cele mai importante funcții ale comunicării este „realizarea la indivizi izolați, la grupuri și chiar la organizații, văzute ca entități distincte, a ceea ce se numește (…) competență de comunicare” (Pânișoară, 2015, p. 42).

Cercetătorul S. Cristea (2015), în *Dicționarul enciclopedic de pedagogie,* definește competența de comunicare în felul următor*:* „abilitatea de a folosi coduri verbale sau nonverbale pentru a-și atinge scopurile într-un eveniment comunicativ, iar competența lingvistică vizează capacitatea de realizare a unor acțiuni, pe termen mediu și lung, integrate în activitate” (Cristea, 2015, p. 480).

Competența comunicativă este în corelație cu capacitățile lingvistice ale fiecăruia dintre noi, deoarece cunoscând regulile gramaticale, sintactice sau fonetice, devenim apți de a comunica eficient.

Competența comunicativă depășește competența lingvistică, căci cunoașterea limbii, a sistemului lingvistic nu este suficientă pentru a comunica, aceasta impune condiția contextului în care se realizează actul comunicării.

Competenţa lingvistică este înțeleasă ca deținerea abilităților de folosire a cuvântului cu variate semnificaţii, „de a crea limba şi a produce sau a înţelege enunţuri, de a manevra un limbaj, în baza cunoaşterii lingvistice, redat în formularea mesajului, iar prin competenţa comunicativă se are în vedere cumularea ansamblului de abilități personale: a ști, a ști să faci și a ști să fii și să devii” (Șoitu, 2015, p. 60).

J. De Vito (1988), ne vorbește despre modul de cunoaștere a competenței comunicative că „învățarea competenței de comunicare este similară învățării felului în care se mănâncă cu furculița și cuțitul; prin observare, instrucțiuni, încercare și eroare” (De Vito, 1988, p. 6).

În sens didactic, competența lingvistică înseamnă abilitatea de a opera cu normele gramaticale și capacitatea de a emite enunțuri. Prin urmare, un bun emițător trebuie să posede capacități de monitorizare a procesului de studiu, pentru a fi îndreptat spre achiziționarea competențelor care i-ar asigura o activitate profesională eficientă, având drept rezultat performanța profesională.

Competența lingvistică conține abilități, care se bazează pe elementul de conștientizare asupra fenomenului de dirijare a fluxului comunicativ, ca ansamblu, proces general și fenomen în perpetuă mișcare, la cunoștinţele intuitive ale regulilor gramaticale, ce stau la baza vorbirii. Aceste cunoștinţe se referă la unităţile, structurile și mecanismul de funcţionare a codului limbii: fonologie, morfologie și sintaxă.

Competența lingvistică include „cunoașterea resurselor formale, pe baza cărora se elaborează și se formulează mesaje corecte și semnificative, cât și se identifică abilitățile de

folosire. Componentele competenței lingvistice sunt: subcomponentele lexicală, gramaticală, semantică, fonologică, ortografică și ortoepică" (Afanas, 2009, p. 10).

Dezvoltarea competenței lingvistice și a limbajului, în context didactic universitar sunt acceptate ca prioritate, deoarece „educația prin limbaj și limbajul pentru educație conduc prioritar la dezvoltarea competenței de comunicare interpersonală (...) dar, totodată, reprezintă și expresivitatea propriei comunicări verbale și/sau scrise și valoarea sa intelectuală, care îi edifică și îi fundamentează construcția axiologică" (Vicol, 2016, pp. 78, 80).

Educația din perspectiva psihopedagogică și psiholingvistică a utilizatorilor prezintă posibilitatea de a se familiariza cu valoarea limbii și a limbajului care se integrează pregnant în formarea competențelor de comunicare, dar și în formarea competențelor etice sau morale, cât și comportamentale. Astfel, limbajul devine „instrument și proces intelectual de valorizare a funcționalității limbii (...), dat fiind că limba semnifică un complex de simboluri coordonate lucrurilor și raporturilor de fapte (...)" (Buhler, apud Vicol, 2016, p. 87)

Am ilustrat, așadar, primatul competenței lingvistice, pe de o parte, și aria largă de contexte acoperită de competența de comunicare, dar și permisivitatea, deschiderea acesteia către noi abordări și aplicații, inclusiv de ordin pedagogic.

Comunicarea interpersonală specializată se produce prin limbajul/terminologia specifică unei pregătiri profesionale distincte. De acest domeniu sunt interesați savanții de pe la sfârșitul sec. al VIII-lea începutul sec. al XIX-lea, elaborând diverse concepte, care „revendică nu numai instrumente lingvistice corespunzătoare, ci și procedee specifice de armonizare a terminologiei" (Butiurca, 2015, p. 39).

Terminologia, în general, este o știință interdisciplinară, îmbinând lingvistica cu comunicarea specializată, stabilind relații cu logica, ontologia, teoria comunicării etc.

Cercetătoarea D. Butiurca (2015) relevă faptul că „conceptul și termenul sunt două fațete diferite, aparținând aceleiași monede. Un concept nu poate fi cunoscut în sine. Este o reprezentare mentală, o unitate cognitivă, produs al generalizării obiectelor/lumii reale"(ibidem, p. 51).

În opinia cercetătorului F. Rastier (1995), *termenul* este „unitatea dintre gândirea rațională și limbă, un concept este preexistent termenului. Termenul este un cuvânt supus restricțiilor. Procesul de formare a termenilor este conceput drept un proces ontologic al cărui rezultat este universalitatea prezumtivă a conceptului" (apud Butiurca, 2015, p. 57).

Luând ca reper teoria lui E. Coșeriu despre *lucruri* care formează, de fapt, limbajul specializat, putem sesiza distincția între limba comună (respectiv, comunicare uzuală) și limbaj specializat (respectiv, comunicare specializată). Deci este necesar de a face diferența între

cunoaşterea lucrurilor şi *cunoaşterea idiomatică*. În literatura de specialitate se disting trei niveluri de cunoașteri (cunoștințe) lingvistice:

- *cunoașterea locuțională,* ce vizează cunoașterea limbii vorbite, uzuale deci „ (...) cunoașterea generală a lucrurilor care se manifestă atât în ceea *ce se spune*, cât și în *modul în care se spune*, precum și în ceea *ce nu se spune* și în *modul în care nu se spune*" (Coșeriu, 2005, p. 403);
- *cunoașterea idiomatică* – aplicarea regulilor unei limbi în altă limbă vorbită;
- *cunoașterea expresivă* – este proprie nivelului textului sau discursului din cadrul unei limbi.

Cercetătorul N. Vicol (2016) relevă faptul că „cunoașterea vorbirii expresive este sesizată în situații determinate, în concordanță cu tipurile de factori ai fiecărei situații în care se vorbește, în concordanță cu lucrurile de care se vorbește și cu circumstanțele în care se vorbește" (Vicol, 2016, p. 131).

Cunoașterea terminologiei specifice unui anumit domeniu al vieții cotidiene se produce din simpla necesitate de *a cunoaște*, *a recunoaște* și *a manevra lucrurile*.

După F. Saussure (2003), există „trei proprietăți importante ale limbajului: *productivitatea*, care se referă la infinitatea enunțurilor ce pot fi produse într-o limbă; *dualitatea structurii limbajului* presupune că putem întâlni structuri cu sens și structuri fără sens; *referința simbolică arbitrară* – atribuirea arbitrară a înțelesurilor, ceea ce contribuie la productivitatea limbajului" (Saussure, 2003, p. 221).

M. Hall (2008), cu referire la importanța limbajului în procesul relațional, afirmă că că acesta este „un meta-proces deasupra și dincolo de experiențele primare, există tot felul de lucruri pe care le putem face prin intermediul limbajului" (Hall, 2008, p. 10).

Suntem de acord cu cercetătoarea E. Mincu (2017) că în orice domeniu de activitate este indiscutabil *necesară cunoaşterea terminologiei specializate, pe lângă cunoaşterea limbii în general*, care precizează că „necesitatea terminologică survine din necesităţile sociale de a cunoaşte, de a recunoaşte şi de a manipula lucrurile" (Mincu, 2017, p. 14).

De altfel, și în instruirea medicinișilor este necesară cunoașterea izvoarelor termenilor medicali, astfel aceștia cunosc, însușesc și înțeleg esența *lucrurilor medicale*, prin limbajul specializat, care presupune un areal de cunoaştere complementară, ce cuprinde diferite date, indicații, variate concepte din domeniu specializat – cel medical.

Comunicarea specializată sau profesională are ca obiectiv primar transmiterea de mesaje între membrii unei părți distincte din realitatea umană, care sunt profesioniști într-un anumit domeniu și utilizează terminologia specifică specialității respective, astfel, „comunicarea profesională își poate dezvolta elementele de codificare, transmitere și decodificare a mesajului, specifice, adesea inteligibile doar de membrii aceluiași grup social, respectiv, categorii

profesionale" (Dumitrașcu, 2013, p. 11). Deci cunoașterea limbajului specific unui anumit domeniu este absolut necesară în procesul de instruire a viitorului specialist în domeniul sănătății.

În concluzie, evidențiem că utilizarea limbajului profesional sau specializat include competența vorbitorilor de a folosi un limbaj adecvat unei situații, în contexte diferite, cu diferiți actori ai actului de comunicare.

1.5. Competența de comunicare interpersonală medic-pacient

Medicina, știința despre sănătatea și maladiile omului, reprezintă o ramură străveche a cunoștințelor umane. Încă din cele mai vechi timpuri se cunoștea că *starea de sănătate* a ființei umane era considerată ca *o stare generală de bine*, de satisfacție psihologică, dar și fizică a organismului uman, în general.

Organizația Mondială a Sănătății, încă din anul 1947, recunoaște această accepțiune generală, ca *o stare desăvârşită de bine – fizic, mental şi social.* Astăzi este acceptată această precizare că *starea de sănătate* este, de fapt, *o stare de armonie* a tuturor proceselor fiziologice ce au loc în organismul uman, la nivel *psihologic*, *biologic*, dar și din punct de vedere *social*, incluzând *atitudini* și *comportamente*. Conceptul de *boală* ne indică anumite schimbări în corpul uman a indicelor biologici, psihologici și sociali.

Ghidându-ne de principiul hipocratic despre unitatea corpului uman (fizic, suflet, spirit), comunicarea medicală are în obiectiv tratarea minții și corpului, căci „bolile sunt de două feluri: suferințele trupului și ale minții. (…) cum suferințele trupului se trag din suferințele minții" (text indian antic). Secolul al XXI-lea este considerat secolul maladiilor psihosomatice, în al căror tratament comunicarea interpersonală are un rol decisiv.

Așadar, în medicină, comunicarea are funcție existențială, deoarece este o condiție fundamentală în delimitarea stării de boală și revenirea la starea fiziologică firească a omului, cea de sănătate.

Comunicarea medicală, ca tip al relaționării sociale, face parte din tipurile specifice de relaționare verbală, nonverbală și paraverbală, în care se angajează specialiștii cu persoanele care se confruntă cu probleme de sănătate.

Astfel, competența și performanța medicului se centrează asupra a trei scopuri fundamentale: acumularea informației despre starea de sănătate a pacientului; oferirea de feedback pacientului sub forma informațiilor legate de sănătate; evaluarea comportamentului pacientului și, dacă este necesar, influențarea schimbării acestuia, față de starea sa de sănătate (după McCorry și Mason, 2012).

În urma studiului literaturii de specialitate, am selectat câteva definiții ale comunicării medicale, care sunt relevante investigației noastre pedagogice:

Tabelul 1.5. Definiții ale comunicării medicale

Nr.	Autorul	Definiții
1.	V. Ojovanu et al.	Comunicarea medicală este o parte a discursului profesional ce reflectă anumite caracteristici și condiții specifice acestei practici.
2.	D. Cosman	Comunicarea în medicină este determinată de faptul că relația dintre cele două părți (personalul medical și pacientul) este mult mai complexă, implicând, pe lângă nivelul bazal al palierului terapeutic, și un nivel superior de comunicare de top existențial.
3.	F. Tudose	Comunicarea medicală (medic-pacient) este o comunicare directă, față în față, nemediată și neformalizată. Între doi subiecți ai transferului de informații 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 modificare stării de sănătate, remediile propuse pentru înlăturarea acestora, modalitățile practice de acțiune.
4.	N. Miu	Comunicarea este procesul-cheie în medicină, fie că este vorba de comunicarea între medic și pacient, fie între diverși profesioniști, implicați în îngrijirea medicală.
5.	D.L. Dumitrașcu	Comunicarea medicală se definește ca acel tip de comunicare, prin care profesioniștii sănătății interacționează cu pacienții, cu aparținătorii lor, între ei și cu publicul larg.
6.	C.A. Popescu	Comunicarea terapeutică este comunicarea dintre o persoană care lucrează în domeniul îngrijirilor medicale și un pacient sau familia acestuia.
7.	O. Popa-Velea et al.	Comunicarea dintre medic și pacient este un proces direct, simetric, bidirecțional, în general, nemediat și care presupune schimbarea și integrarea continuă de informații.

Competența de comunicare este una dintre componentele importante ale formării profesionale a specialiștilor în orice domeniu de activitate, însă capătă o valoare incontestabilă în pregătirea viitorilor medici. În medicină, concomitent cu obținerea competențelor profesionale – solide cunoștințe medicale pentru a diagnostica și trata boala, „însușirea unei înalte *competenţe comunicative* trebuie să constituie o prioritate pentru profesioniştii din domeniul sănătăţii, în special pentru medici (...) să poată recunoaşte şi descifra corect mesajele verbale şi nonverbale transmise de pacient, (...) să ştie şi să utilizeze modalităţile cele mai adecvate, verbale şi nonverbale” (Eţco et al., 2008, p. 32).

Competența de comunicare medic-pacient, după R. F. Brown și C. L. Bylund (2008), reprezintă „un mod discret, prin care un medic poate desfășura dialogul clinic și să realizeze o anumită strategie (...)” (traducerea ne aparține).

Prof. D. L. Dumitrașcu (2013, p. 11) vorbește despre comunicarea medicală, ca parte componentă a comunicării în domeniul sănătății, care reprezintă și mesajele preventive în

sănătate, enumerând și multiplele domenii de aplicabilitate a acesteia, printr-un tabel, subliniind, totodată, și componentele care fac obiectul comunicării medicale:

Tabelul 1.6. Domeniile de aplicabilitate a comunicării în medicină

(*Dumitrașcu, 2013, p. 11*)

1.	*Anamneză în scopul diagnosticului*
2.	*Comunicarea intercolegială (consultul)*
3.	*Formularea de recomandări terapeutice și profilactice*
4.	*Interacțiunea cu aparținătorii*
5.	*Interacțiunea cu confrații*
6.	*Interacțiunea cu discipolii și cu mentorii*
7.	*Interacțiunea cu personalul medical din alte categorii: asistente, infirmiere, farmaciști etc.*
8.	*Interacțiunea cu autoritățile*
9.	Comunicarea științifică
10.	Formularea de politici de sănătate
11.	Formularea de norme profesionale
12.	Telemedicina

Susținem opinia prof. D. L. Dumitrașcu (2013) că comunicarea medicală este o parte componentă a arealului vast al comunicării în domeniul sănătății.

Medicii, în vederea stabilirii unui diagnostic, apelează la diverse metode de colectare a informaţiilor relevante despre pacient, dintre care putem menţiona, cu precădere, interviul, ca parte a anamnezei, bazat pe o succesiune de întrebări şi răspunsuri. La succesul acestuia contribuie experienţa medicului, care permite stabilirea unor relaţii interumane corespunzătoare. Interviul, iniţiat în vederea identificării unui diagnostic, nu este încheiat întotdeauna cu succes, pacienții declarându-se adesea nemulţumiţi de modul în care a decurs întâlnirea cu medicul. De cele mai multe ori se vorbeşte despre o insuficientă atenţie sau răbdare din partea medicului, neacordarea timpului adecvat pentru clarificarea tuturor întrebărilor de natură medicală pe care pacientul ar dori să le adreseze, lipsa de disponibilitate a medicului, neînţelegerea limbajului utilizat de acesta, atitudinea de superioritate demonstrată celui suferind. De cealaltă parte intervine frustrarea doctorilor, care au senzaţia că le vorbesc pacienţilor degeaba, aceştia, nerespectând prescripțiile medicale; dacă pacienţii ridică, la o nouă întâlnire, aceeaşi problemă discutată anterior, medicul are sentimentul că nu a fost înţeles (după Simmons et al.,1997, p. 88).

În arealul cercetării noastre, tratăm comunicarea medicală că element inerent al profesionalizării medicinișilor, care „nu mai poate fi privită doar ca o ocupație, ci ca o conștiință profesională, o formă superioară de înțelege a profesiei” (Callo, 2006, p. 23).

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.

Propunem definirea comunicării în relaţia medic-pacient, având drept reper:

- comunicarea umană – ca „proces prin care un individ (comunicatorul) transmite stimuli (de obicei, verbali), cu scopul de a schimba comportarea altor indivizi (auditoriul)" (Dinu, 2014, p. 17);
- comunicarea interumană, care este o acțiune de relaționare între actorii implicați, cu intenția de a face schimb de idei, a transmite și a exprima emoții, sentimente etc.

Astfel, *comunicarea medicală* reprezintă actul comunicațional între doi subiecți (medic-pacient; medic-asistentă medicală; medic-medic), care se bazează pe schimbul de informații, opinii și acțiuni, care au un rol determinant în prevenirea și tratarea cu succes a persoanelor, care se confruntă cu probleme de sănătate.

Apelăm, în final, la rațiunile pentru care am încadrat comunicarea interpersonală medic-pacient într-un context din științele educației și subliniem faptul că aceasta se educă și trebuie să urmeze drumul nesfârșit al desăvârșirii, așa cum medicina și pedagogia, ca discipline-mamă, îl urmează de veacuri.

1.6. Concluzii la capitolul 1

1. Acțiunea comunicativă este o noțiune specifică sferei comunicării, corelată cu cerințele acțiunii moderne, fiind situată la baza unui proces de reconstrucție a vieții sociale moderne, pe baze raționale și echilibrate.
2. Referitor la termenul *comunicare* – fiecare domeniu al cunoașterii are definiția sa, care să accentueze schimbul, contactul, transferul, transportul, energia, informația etc.

   Comunicarea este un proces ireversibil și continuu, care implică o înțelegere a conținutului și a relației, fiind simetrică și complementară, reprezintă totalitatea factorilor verbali, nonverbali și de context, transmite idei și verifică modul în care au fost recepționate, receptarea unei idei și înțelegerea sensului acesteia.
3. *Competența* este modul în care ființa umană însușește anumite cunoștințe, abilități sau aptitudini, pentru a face față unor anumite situații, este o caracteristică individuală care e indisolubil legată cu eficiența performanțelor.
4. *Competența de comunicare interpersonală* este un ansamblu de cunoștințe, capacități și atitudini, manifestate într-un act de relaționare umană, pentru a soluționa diferite probleme,

în contexte variate de viață. Conceptualizarea competenței de comunicare presupune existența a mai multor modele. Remarcăm două dintre acestea:

- *Modelul Canale şi Swain* (1980) – diferențiază dimensiunile gramaticală, sociolingvistică, strategică; dimensiunea sociolingvistică incluzând și competenţele discursivă și socioculturală;
- *Modelul lui Widdowson* face o diferențiere între conceptele de cunoaştere (*knowledge*), cunoaşterea convenţiilor lingvistice şi sociolingvistice şi capacitate (*ability*), capacitatea utilizării cunoaşterii.

5. În medicină, comunicarea are funcție existențială, deoarece este o condiție fundamentală în delimitarea stării de boală și revenirea la starea fiziologică firească a omului, cea de sănătate, nivel de comunicare interpersonală medic-pacient.

Comunicarea medicală include actul comunicațional între doi subiecți (medic-pacient; medic-asistentă medicală, medic-medic), care se bazează pe schimbul de informații, opinii și acțiuni, care au un rol determinant în prevenirea și tratarea cu succes a persoanelor, care se confruntă cu probleme de sănătate.

În încheierea celor evidențiate mai sus – a fost conturată problema științifică, necesară a fi soluționată în cercetare – fundamentarea teoretico-aplicativă a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti, prin formarea inițială de calitate, bazată pe centrarea pe problemele pacientului și pe interacțiunea adecvată cu acesta.

2.CONFIGURAȚII METODOLOGICE ÎN ABORDAREA PSIHOPEDAGOGICĂ A COMUNICĂRII INTERPERSONALE MEDIC-PACIENT

2.1. Ipostaze specifice ale metodologiei psihopedagogice din perspectiva relației medic-pacient

Prezentul capitol vizează cadrul metodologic general al formării și dezvoltării competenței de comunicare interpersonală medic-pacient. Prin cercetarea noastră, valorificăm în continuare experiențe relevante de abordare experiențială și practică, în baza recursului teoretic din literatura de specialitate și documentele de politici educaționale și medicale.

În acest context, considerăm că metodologia formării/dezvoltării competenței de comunicare interpersonală la studenți, viitorii medici, poate evolua, atât fiind propulsată de cercetările științifice de ordin medical, pedagogic, dar și social, în general, analizând practicile bune în domeniu, care ne pot oferi recomandări funcționale, cu impact de durată cu privire la ameliorarea confortului psihologic al pacientului și medicului, pe de o parte, dar și privind rezultatele tratamentelor administrate.

Abordarea metodologică a problemei de formare/dezvoltare a competenței de comunicare interpersonală face parte din didactica modernă, care este o componentă a pedagogiei și se preocupă de principiile și metodele predării disciplinelor de învățământ, în special, de organizarea procesului de instruire. Aceste precepte ne servesc ca fundamente metodologice ale cercetării noastre.

La etapa actuală, cercetarea competențelor poate fi raportată încă la conceptul de inovaţie pedagogică și presupune o multitudine de forme de proiectare și de realizare a proceselor instructiv-educative, în cazul acesta, a deprinderilor practice de comunicare interpersonală cu pacientul. Este de preferat ca accentul să se pună pe latura formativă a învăţării, pe cultivarea creativităţii, pe stimularea gândirii. Un sistem educaţional în care accentul cade, cu precădere, pe student, pe critica constructivă, pe explorare, înţelegere şi apoi aprofundare nu poate să creeze decât indivizi perfect capabili să se adapteze lumii moderne, aflată în continuă schimbare.

Starea de boală este condiția unei regizări pline de tact din partea medicului a relației interpersonale medic-pacient, o relație de întrajutorare și de comprehensiune (după Dutescu, 1979, p. 15). Unii specialiști în domeniu consideră că relațiile medic-pacient pot fi regizate de un cod, o învoială, contract sau filantropie. O relaţie profesională, care este axată pe un cod, „exclude implicarea sentimentală (de ex., compasiunea) a medicului în relaţia cu pacienţii” (Tschudin, 1992, p. 35).

Concomitent, având drept reper afirmația lui G. Thibon „schimbul uman (între medic şi pacient) implică respectul libertăţii mele, (...) al cărui conţinut moral şi psihologic este cel mai bogat şi cel mai greu de sesizat, prin concepte pur juridice" (apud Athanasiu, 1983, p. 80), se militează pentru instituirea în medicină a unui cod pentru reglarea interacționării specialistului în sănătate, în relația terapeutică medic-pacient. După cum s-a menționat anterior, comunicarea interpersonală medicală 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 informaţii extrem de prețioase, relevante în stabilirea unui diagnostic.

În urma investigației lucrărilor scrise în domeniul dat (Cain, 1996), am desprins existența unor funcţii metodologice cu privire la comunicarea medicală: de înștiințare (medic-pacient) și cea de vindecare sau de tratament – medicul este asemuit cu un medicament, prin prestigiu, atitudine sau simpla detensionare, adusă de actul relațional, prin manifestarea abilităților de comunicare și comportament.

În procesul desfășurării actului relațional, medicului îi sunt impuse, cu predilecție, anumite *atitudini, valori* și *comportamente,* dictate de statul său social – cel de profesionist în domeniul sănătății.

Mai mulți cercetători (Athanasiu, 1983; Miu, 2004; Cosman, 2010 etc.) au convenit asupra următoarelor atitudini ale specialistului în sănătate: persoană autoritară; povățuitor; persoană rafinată și distantă, apărător entuziasmat al pacientului etc.

Cercetătoarele S. Fica și L. Minea, în lucrarea *Ghid de comunicare și comportament în relația cu pacientul*, B. Luban-Plozza și I. B. Iamandescu, în *Dimensiunea psihologică a practicii medicale,* accentuează că în relația terapeutică medic-pacient este foarte important ca medicul să adopte anumite *abilități* esențiale în exercitarea profesiunii:

- înțelegerea
- compasiunea
- abilitatea de autocontrol
- de bun ascultător
- abilitatea de a influența și de a negocia
- asertivitatea etc.

Mai jos, prezentăm principiile asertivității, în viziunea unor cercetători (Popa-Velea, 2016), pe care le considerăm relevante în comunicarea medic-pacient, din perspectiva interpersonală, studiată de noi:

Tabelul 2.1. Principiile asertivității

(*Cioca & Popa-Velea, 2013, apud Popa-Velea, 2016, p. 104*)

1.	Exprimarea la persoana I
2.	Sublinierea importanței convingerilor personale
3.	Feedback specific/necritic
4.	Limbaj neutru, evitarea sarcasmului și cinismului
5.	Discutarea, cât mai curând posibil, a pozițiilor divergente
6.	Congruența dintre limbajul verbal și nonverbal

Competenţa de comunicare asertivă, remarcă cercetătoarea M. Ianioglo, „se caracterizează printr-o caracteristică integrală a capacităţilor socio-profesionale şi personale ale subiectului care reflectă nivelul achiziţiilor, suficiente pentru atingerea scopului în comunicare, totodată, fiind o integralitate imanentă, din moment ce subiectul îşi propune să atingă un scop în comunicare” (Ianioglo, p. 115).

Competența de comunicare în relația medic-pacient are o conotație deosebită, deoarece de felul de abordare a pacientului, în procesul stabilirii diagnosticului, depinde calitatea tratamentului, integritatea fizică și psihilogică – însuși viața acestuia.

Astăzi, când știința în domeniul tehnologiilor medicale a evoluat exorbitant de mult și parcă ar fi destul de lesne a stabili un diagnostic corect, totuși se atestă încă foarte multe erori, anume la această etapă a actului medical.

În acest context, susținem abordarea interesantă a lectorului de la Școala de Medicină, Universitatea Yale – L. Sanders (2011), care, în lucrarea *Fiecare pacient spune o poveste. Enigme medicale și arta de a formula diagnostice*, descrie labirintul delicat și anevoios al stabilirii diagnosticului, expune cu lux de amănunte drama medicilor ce luptă să elucideze misterele medicale. Autoarea semnalează faptul că nicio *analiză high-tech* și nici *examinarea fizică* nu are rezultate atât de bune, cât *povestea pacientului*, care este extrem de importantă, chiar și după punerea diagnosticului, asemuind medicul cu un *detectiv* ce este în căutarea *infractorului*, în cazul dat – semnele ce au cauzat la deteriorarea stării de sănătate.

Astfel, un alt component forte, în formarea viitorului specialist în medicină, ar fi și *abilitatea* acestuia de a detecta semnele ascunse ale bolii, să extragă din *povestea pacientului* esențialul, ce l-ar putea ajuta să stabilească acel diagnostic, care l-ar conduce la reușita incontestabilă a procesului de tratament.

O altă abordare din perspectiva procesului relațional medic-pacient o întâlnim la M. Balint (2017), în lucrarea *Medicul, pacientul și boala sa*, unde se descriu procesele inconștiente ce intervin în relația medic-pacient, aspectele ce favorizează inevitabil vindecarea sau care pot duce la situații conflictuale și tratamente inutile. Ca relația medic-pacient să fie binefăcătoare, esențial este să fie axată pe controlul și înțelegerea reacțiilor emoționale ale medicului față de pacient. Dacă medicul deține abilități de a înțelege emoțiile proprii, poate să înțeleagă informații foarte importante despre pacient, pe care ulterior le poate utiliza în aprecierea situației date și la prescrierea tratamentului sau a diverselor intervenții necesare în procesul de vindecare. Se cunoaște faptul că incapacitatea doctorului, de a răspunde prompt și adecvat la suferința și durerea celui bolnav, are un impact nefast asupra stării generale a pacientului – se simte părăsit, nu are capacitatea de a explica frica, durerea și a accepta suferința.

Având drept temei aserțiunile specialiștilor în domeniu (Goleman, Bradberry și Greaves, Hasson, Froyd, Davidson etc.), pe care le putem da o aplicabilitate și în domeniul medical, constatăm că emoțiile sunt niște procese sufletești profunde care ne pot schimba radical viața. Cercetătorii sus-menționați expun ideea că acestea sunt niște reacții pluridimensionale ale organismului uman, la tot ce se petrece în viața noastră – și bune și rele, modalități inerente de a reacționa a corpului și a minții la succesul sau nereușita scopurilor propuse, care ne fac susceptibili de tristețe sau bucurie.

Cercetătorul K. Floyd (2013) definește emoțiile ca o reacție multidimensională a corpului la orice eveniment care amplifică sau inhibă scopurile unei persoane. În lucrarea sa *Comunicarea interpersonală*, citând-o pe experta în emoții L. Guerrero, exprimă ideea că emoțiile pot fi lesne înțelese atunci când le putem încadra în următoarele categorii:

- emoții de bucurie și afecțiune – fericirea, iubirea, pasiunea etc.;
- emoții care manifestă intenții agresive – furia, ura, invidia, disprețul, dezgustul etc.;
- emoții de tristețe sau anxietate – depresia, tristețea, suferința, frica etc.

Dacă medicul, în exercitarea profesiunii, zilnic trebuie să-și gestioneze eficient emoțiile personale – cele de fericire, bucurie sau de furie, repulsie etc, atunci pacientul, în calitatea sa de persoană suferindă, încearcă un spectru imens de emoții, și nu din cele pozitive: tristețe, suferință, durere, frică, anxietate etc.

Medicului îi sunt absolut necesare abilitățile de gestionare a propriilor emoții, pentru înțelegerea (empatizarea) profundă a următoarelor stări afective pe care le încearcă pacientul:

- suferința – act emoțional puternic de gestionare a pierderii, care se împarte în următoarele cinci etape:

- ✓ negarea – afirmarea, cu convingere, că pierderea nu a avut loc;
- ✓ furia sau mânia – transpune aceste emoții pe oricine care a provocat pierderea;
- ✓ negocierea – prezintă ceva în schimb unei puteri divine, pentru a putea reîntoarce ceea ce a pierdut;
- ✓ depresia – sentimentul de retragere în sine;
- ✓ acceptarea – emoțiile enumerate mai sus s-au redus și se acceptă realitatea pierderii.
- frica sau teama – reacțiile organismului uman la sesizarea pericolului.

Aceste etape sunt întâlnite frecvent în medicină, în mod special, în oncologie, unde asistarea și consilierea psihologică a pacientului, dar și a familiei acestuia, are o aplicabilitate incomensurabilă, dar și în supravegherea pacienților cu maladii cronice, netratabile.

Majorității oamenilor, medicii le provoacă un sentiment de jenă și frică – teama de a nu fi diagnosticați cu o maladie incurabilă, frica de unele intervenții medicale, care ar provoca disconfort fizic și psihic și, nu în ultimul rând, frica de durere și de stigmatizare socială.

Astfel, medicilor le este recomandat de a-și forma și dezvolta abilități de gestionare a emoțiilor, pe care specialiștii în domeniu (Goleman, Davidson, Begley, Bradberry, Greaves etc.) le denumesc generic – inteligență emoțională.

Inteligența emoțională, în accepțiunea lui D. Goleman (2018) este definită ca modul cum ne controlăm impulsurile și sentimentele, „capacitatea omului de a se motiva și de a persevera în fața frustrărilor” (Goleman, 2018, p.77). În lucrarea sa *Creierul și inteligența emoțională: noi perspective,* autorul enumeră și dezvoltă componentele de bază ale inteligenței emoționale – conștiința de sine, empatia, autocontrolul, motivația și creativitatea.

G. Hasson (2016) definește inteligența emoțională ca fiind niște însușiri caracteristice pentru modul de percepție a înțelegerii, utilizării și gestionării propriilor emoții, dar și pe ale celor din anturajul nostru, „identificarea și înțelegerea, utilizarea și gestionarea emoțiilor – este un proces dinamic; fiecare abilitate o influențează pe cealaltă” (Hasson, 2016, p. 31).

În lucrarea Inteligența emoțională, autoarea remarcă faptul că acele persoane care posedă inteligență emoțională sunt apte de a manifesta capacitatea de a lua decizii excepționale, de a exterioriza compasiune, înțelegere și empatie față de alte persoane, care au o valoare inestimabilă în practica medicală.

Cercetătorii T. Bradberry și J. Greaves (2019), în lucrarea *Inteligența emoțională 2.0*, evidențiază că inteligența emoțională trebuie înțeleasă prin prisma celor patru atitudini: autocontrolul, conștiința de sine, gestionarea relațiilor și conștiința socială, „încadrându-le în două categorii de competențe primare: competența personală și competența socială” (Bradberry et al., 2019, pp. 29-30).

Cercetătoarea G.Iorgulescu et al. (2017), în lucrarea *Elemente de ştiinţe comportamentale şi neuroştiinţe în medicina dentară* abordează o imagine contemporană a ultimelor investigații în domeniul științei comportamentului, cu predilecție, în medicină, evidențiind ultimele tehnici de aplicabilitate comportamentală în controlul fricii și durerii, strategii valoroase de comunicare medic-pacient, prin exprimarea perspicace a exprimării inconștiente cu ajutorul microexpresiilor.

Unele aserțiuni, la fel de esențiale, le-am elucidat în lucrarea noastră *Competence formation of doctor-patient interpersonal communication in medical student* (Nastasiu, Branishte, 2018h, p. 32), pe care le reproducem în continuare.

Rolul social al medicului se corelează cu rolul de pacient al persoanei civile, în momentul stabilirii diagnosticului şi odată cu confirmarea bolii. „Doctorii nu au timpul și nici înclinația de a-și asculta pacienții și de a lua în considerare sentimentele acestora", consemnează F. Tudose (2003), „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).

Relaţia medic-pacient este o relaţie între roluri, asimetrică – medicul are o poziţie de superioritate şi este elementul activ, iar bolnavul este elementul pasiv; consensuală – bolnavul recunoaşte puterea medicului.

Această relaţie, după D. Cosman (2010), trece printr-o serie de etape în procesul terapeutic: „etapa de apel – pacientul se prezintă plin de suferinţă şi incertitudine; etapa de obiectivizare a relaţiei terapeutice – intervenţia tehnologiei de investigare; etapa de personalizare – după stabilirea diagnosticului, conturarea aşteptărilor ambilor protagonişti ai alianţei 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 et al., 2013, p. 51).

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, influențarea schimbării comportamentului.

Astfel, o relație (medic-pacient) bazată pe empatie, benevolență, beneficiență, 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.

Medicul, prin atitudine de respect, compasiune, empatie etc., îi oferă pacientului posibilitatea de a se simți înțeles, consolat, acceptat și, respectiv, satisfacția pacientului față de modul cum a fost tratat crește, ceea ce face ca relația terapeutică să fie armonioasă, stabilă și durabilă. Altfel spus, nu doar medicamentul magic are însemnătate, ci și maniera (atitudinea), și atmosfera în care aceste medicamente sunt prescrise, dar și administrate.

Concluzionăm, în această ordine de idei, că în procesul de îngrijire se fundamentează relaţia medic-pacient, o relaţie complexă ale cărei probleme, inclusiv de ordin metodologic, nu au fost întotdeauna clar formulate, dar, mai ales, nu au fost pe deplin rezolvate, iar încrederea pacientului în ştiinţa medicală este mijlocită de încrederea în cei care îl tratează sau îl îngrijesc. Aceste precepte metodologice fundamentează multiaspectual investigația noastră centrată pe dezvoltarea competențelor de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti.

2.2. Modele de comunicare medicală

În încercarea de a sintetiza multitudinea de definiții, modele și teorii cu caracter metodologic, ale comunicării, în general, și cele relevante, pentru domeniul medical, putem afirma că literatura de specialitate din acest domeniu nu ne oferă prea multe exemple.

Unii cercetători (Bylund et al., 2012) ne prezintă câteva modele de comunicare care sunt semnificative pentru comunicarea din domeniul medical. Selectarea acestor modele a fost axată pe principiul metodologic a trei abordări generale ale modelelor comunicării: centrat pe persoană; centrat pe interacțiune reciprocă; axat pe relații. Fiecare dintre aceste abordări ne permit să evidențiem dimensiunile distincte ale relației medic-pacient: starea de spirit; schimbul de informații (mesaje) între aceștia și relația pe care o pot forma cei doi.

În funcție de specialitatea medicală sau de natura și severitatea manifestărilor de boală, unii cercetători evidențiază trei tipare relaționale medic-pacient:

- *modelul bazat pe activitate – pasivitate* (asimetric): frecvent utilizat în urgențe sau boli grave;

- *modelul bazat pe orientare – cooperare* (semisimetric): pacientul are o oarecare autonomie, iar medicul se așteaptă ca aceasta să fie valorificată, prin participarea activă a bolnavului la tratament și prin furnizarea promptă a oricărei informații recent apărute;
- *modelul bazat pe participarea reciprocă* (simetric): este tot mai des folosit în practica modernă în cazul bolilor non-urgente (Szasz & Holender, 1956; Diaconescu & Popa-Velea, 2006; apud Popa-Velea, 2016, p. 102).

Este evidentă aici prioritatea ultimului model, pe care îl vom promova în cercetarea noastră. Alți specialiștii în domeniu – A. Bopp, J. Palazzolo, C. Grady, E. J. Emanuel etc. delimitează în relația medic-pacient următoarele modele metodologice de comunicare, după criteriul relațional:

- *Modelul paternalist* – pacientul pasiv este sub îngrijirea medicului-zeu, care hotărăşte şi acţionează absolut singur.

Modelul este considerat unul neetic, excepţie sunt pacienţii incapabili de a-şi expune consimţământul, pacienţii în stare gravă, inconştientă etc. Paternalismul, în opinia cercetătoarei M. Aluaș (2014), se înțelege atitudinea acelui medic care, grație pregătirii profesionale, susține că cunoaște destul de bine pacientul și poate lua, fără acordul acestuia, decizii cu privire la tratament sau investigații (după Aluaș, 2014, p. 17).

- *Modelul participativ* – este intermediar (paternalist și consumerist) și este caracterizat de transferul de mesaje, prin deliberări intense, negocieri și, spre final, luarea unei decizii comune.
- *Modelul contractual* este cel mai apropiat, ca înţeles, de conceptul de prestare de servicii, axat pe o relaţie de reciprocitate, întrajutorare şi de respect, dar colaborarea sau relația celor doi subiecți este reglementată de un contract scris de prestare a serviciilor de îngrijire. De cele mai multe ori este folosit în mediul privat de prestare a serviciilor de sănătate.
- *Modelul de parteneriat* este asemănător cu cel contractual; responsabilitatea reușitei actului medical este împărțită reciproc.
- *Modelul de conducere sau autoritar* – caracterizat prin rolul pasiv al pacientului la deciziile actului medical, este un model al relației asimetric, unde responsabilitatea succesului sau insuccesului actului medical îi revine, în totalitate, medicului.
- *Modelul colegial* este considerat utopic; medicul şi pacientul acţionează ca prieteni.

Prezentăm mai jos alte patru tipuri de modele ale relației medic-pacient:

Tabelul 2.2. Modele ale relației medic-pacient

(după Emmanuel și Emmanuel, 1992, p. 24, apud M. Aluaș, 2014, p. 20)

	Informativ	**Interpretativ**	**Deliberativ**	**Paternalist**
Valorile pacientului	Definite, fixate și comunicate pacientului	În construcție, conflictuale, necesitând clarificări	Deschise unei dezvoltări și unei revizii, prin dezbatere morală	Obiective împărtășite de medic și de pacient
Datoriile medicului	-Furnizarea unei informații factuale pertinente -Punerea în aplicare a intervenției alese de pacient	-Elucidarea și interpretarea valorilor utile ale pacientului -Informarea pacientului -Punerea în aplicare a intervenției alese de pacient	-Articularea și convingerea pacientului cu privire la valorile de urmat -Informarea pacientului -Punerea în aplicare a intervenției alese de pacient	- Promovarea stării de bine a pacientului, independent de preferințele pe care și le exprimă
Autonomia pacientului	Alegerea și controlul tratamentului medical	Înțelegerea de sine, utilă tratamentului medical	Autodezvoltarea morală utilă tratamentului medical	Asentiment cu valorile obiective
Rolul medicului	Expert tehnic competent	Consilier	Prieten sau dascăl	Tutore

Ceea ce ni se pare important în clasificarea de mai sus este prioritatea valorilor, ceea ce vom exploata mai mult în cercetarea noastră pedagogică, iar axa valorică, până la urmă, este cea care ghidează relația interpersonală de comunicare medic-pacient din toate timpurile.

În această ordine de idei, atestăm similitudini cu taxonomiile manageriale și cele de predare, în care se evidențiază aspectele relaționale și care relevă legătura ce există între actorii implicați în rezolvarea unei anumite probleme.

Actualmente, actul relațional terapeutic s-a transformat iremediabil, devenind un segment primordial al preocupărilor sociale actuale – *pacientul pasiv* se preschimbă în *consumatorul îngrijirilor medicale – client* sau *partener*, actul medical centrându-se pe nevoile și pe problemele pacientului, care este pe deplin responsabil de reușita tratamentului, acceptat prin acordul informat.

Cercetând literatura de specialitate, putem să desprindem criteriile de evoluție a relației medic-pacient, în ultimele decenii, pe care o reprezentăm schematic în Tabelul 2.3. și pe care o considerăm relevantă, în contextul metodologic conceput de noi.

Tabelul 2.3. Evoluția relației medic-pacient

(după Aluaș, 2014)

Deceniul	Modelul (din perspectiva pacientului)	Explicații
1960	*Paternalizat*	- nu se oferă nicio informație pacientului despre boala sa; medicul este unicul responsabil de reușita/eșecul actului medical.
1970	*Informat*	- pacientul este informat cu privire la diagnostic și tratament; i se cere consimțământul informat pentru investigații și tratament.
1980	*Emancipat*	- pacientul devine cunoscut cu drepturile sale, în vederea prevenirii și tratării maladiei.
1990	*Autonom*	- pacientul devine actor activ în procesul actului medical, dorește să se implice în decizii și își asumă responsabilitatea; - pacientul devine client.
2000	*Competent*	- pacientul devine „co-producător și co-responsabil la actul medical”; - pacientul devine „centrul preocupărilor proprii”.

În prezent, devine evidentă indispensabilitatea conștientizării și remedierii atât a metodelor de informare a pacienților, cât și a tehnicilor de comunicare eficientă cu aceștia, ca factori primordiali în calitatea desfășurării actului medical. Ceea ce deranjează poate cel mai mult, în epoca informației și tehnologiilor, este faptul că, deseori, medicul, în loc să stea față în față cu bolnavul să îl consulte, stă față în față cu calculatorul și, printre altele, ridică fugar ochii la pacient și îi spune ceva încet, adesea, neînțeles de pacient. Justificările sunt evidente, trebuie să noteze, sunt multe forme de completat etc. și relația de comunicare interpersonală medic-pacient suferă, fiind afectat emotiv pacientul și considerându-se victimizat și mai suferind decât este, uneori, în realitate.

Bazându-ne pe clasificările sus-numite, deosebim, în relația medic-pacient, următoarele modele metodologice de sinteză (clasificare proprie):

1) Modelul socio-profesional. În raport cu medicina, ca știință socio-biologică, omul poate deține statut de medic sau pacient.

Medicul este omul care alege acest statut profesional, însușind această meserie, prin învățarea *lucrurilor* medicale.

Pacientul este omul afectat de o boală fizică sau mentală. Această delimitare nu exclude îmbinarea ambelor poziții; când medicul devine el însuși pacient.

Profesia de medic este una socială, fapt demonstrat prin multitudinea circumstanțelor în care medicul este pus în situația de a acorda ajutor medical (inclusiv, diverse incidente la care este martor), nu doar la locul său de lucru.

Modelul presupune anumite *responsabilități* pentru medic (de a trata) și *drepturi* pentru pacient (de a se trata):

a) Principalele *responsabilități pentru medic* (de a trata): se includ, în special, cunoștințele medicale, fără de care medicul nu poate profesa, adică competențele profesionale. Medicul nu-și alege pacienții, de aceea trebuie să fie un *atotcunoscător* în *ars medica*. Confidențialitatea este o altă responsabilitate a medicului.

b) Principalele *drepturi pentru pacient* (de a se trata): cuprinde dreptul de a se adresa medicului în stare de boală, de a alege medicul care îl va trata; cu alte cuvinte– pacientul are dreptul la sănătate.

Ulterior, remarcăm un *joc* între aceste drepturi și responsabilități; de ex., în tratamentul ambulatoriu, din moment ce pacientul s-a adresat medicului și acesta îl consultă, îi prescrie tratamentul, pacientul devine însuși responsabil de procurarea, administrarea, respectarea prescripțiilor medicale etc., medicului revenindu-i dreptul să monitorizeze tratamentul.

2) Modelul centrat pe feedback este subordonat modelului socio-profesional. Feedback-ul este înțeles, ca fiind totalitatea informațiilor verbale sau nonverbale, primite drept răspuns la cea ce a fost receptat. Acest model se mai poate numi și *feedback-ul de diagnostic*, care implică *două etape:*

1. Feedback-ul anamnetic se referă la etapa de anamneză; colectarea primelor informații despre pacient. Întrebările puse de către medic se cer a fi formulate corect, succint, cu un conținut accesibil, folosind cuvinte pe care pacientul le cunoaște, le înțelege, care nu comportă ambiguități; întrebări care să-l ajute să-și explice starea de rău*: Ce acuze aveți? Ce simțiți acum? Care sunt primele simptome? Care au fost circumstanțele de instalare a maladiei? etc.*

2. Feedback-ul clinic – obiectiv se referă la etapa clinic-obiectivă a stabilirii diagnosticului, care include metodele: inspecția, auscultația, palpația și percuția. Întrebările despre durere, iradieri dolore etc., de asemenea, se cer formulate simplu, pe înțelesul pacientului: *Unde vă doare? Când a început durerea?* etc.

Feedback-ul de diagnostic finalizează cu stabilirea unui diagnostic preventiv, care, ulterior, va fi confirmat sau infirmat de analizele de laborator sau de alte investigații paraclinice, urmând prescrierea tratamentului.

În *modelul centrat pe feedback* delimităm următoarele *dimensiuni*:

a) dimensiunea informaţională, care include totalitatea informațiilor ce sunt necesare medicului de a stabili un diagnostic. Responsabilitatea medicului este de a ține cont de toate informațiile oferite de pacient, iar pacientul este responsabil de veridicitatea informației pe care o pune la dispoziția medicului și de netăinuirea acesteia (o informație completă).

b) dimensiunea suportivă sau de consiliere, care se referă la perioada de convalescență – asistarea și consilierea pacientului, în faza de recuperare, comunicarea datelor importante privind comportamentul pacientului în raport cu boala sa – regimul alimentar, evitarea factorilor de risc pentru sănătate – fumatul, alcoolul, drogurile, stresul etc.

c) dimensiunea intelectual-cognitivă implică procesele cognitive: percepţie, gândire, memorie etc., aici delimităm trei metode:

- *sondarea* – este o modalitate de identificare a anumitor eventuale rezerve (temeri) pe care pacientul le-ar avea față de medicamente, tratamente, forme de administrare, medici, astfel, prevenind, din start, niște posibile dileme etc.;
- *înţelegerea* – ajută să asigure medicul, prin parafrazare, că înţelege ce spune interlocutorul, adică pacientul, ce simte, că este alături de el, prin următoarele afirmații: *Înţeleg ce spuneți... Înțeleg ce simțiți... Înțeleg cât de greu vă este ...*;
- *mesajul – eu* transferă accentul comunicării de pe *tu* (medicul) pe *eu* (pacientul).

d) dimensiunea afectivă. Afectivitatea este o trăire diferenţiată, ca o stare faţă de situaţii, evenimente, persoane, conţinuturi de comunicări, evocări din trecut, la care se participă, și exteriorizată, poate fi *văzută, citită, simţită* – mimica (expresia feței); pantomimica (ţinuta, mersul, gesturile); modificările de natură vegetativă (amplificarea sau diminuarea ritmului respiraţiei, vasoconstricţia, vasodilataţia, hiper- sau hipotonusul muscular etc.); schimbarea vocii (ritmul vorbirii, intonaţia etc.); conduita emoţional-expresivă (atârnarea braţelor, aplecarea capului, pleoapele şi colţul buzelor lăsate în jos etc.);

e) dimensiunea comportamentală – implică însușirea și dezvoltarea cunoștințelor și tehnicilor comportamentale care au relevanţă pentru înţelegerea sănătăţii şi maladiei, precum şi de aplicare a acestor cunoştinţe şi tehnici pentru prevenţie, tratament şi reabilitare. Medicului îi revine rolul de a educa aceste comportamente, consumatorului de servicii de sănătate – de a le aplica în practica cotidiană.

Considerăm relevantă clasificarea noastră, deoarece scoate în evidență relația de comunicare, bazată pe statutul profesional și îndatoririle medicului în exercitarea profesiei sale, pe de o parte, și, pe de altă parte, a obligației de a oferi feedback și de a reacționa adecvat și comprehensiv la nevoile pacientului, axându-se total pe acestea.

Scopul principal al îngrijirii medicale rămâne păstrarea şi promovarea sănătăţii, a stării de bine şi a siguranţei pacientului. Pacientul este autonom şi cu drept de decizie (desigur cu unele excepţii: copiii, anumite boli psihice, stare alterată a conştiinţei etc.). De aceea este important să implicăm pacientul în procesul decizional cu privire la tratament şi îngrijire. El va fi informat atât asupra stării lui de sănătate, a investigaţiilor, a tratamentului, cât şi asupra alternativelor, dacă acestea există. Este necesar ca el să cunoască avantajele şi dezavantajele fiecărei forme de terapie, pentru a o putea alege pe cea care crede că i se potriveşte cel mai bine. Cu cât pacientul va fi mai implicat în procesul decizional legat de managementul bolii sale, cu atât aderenţa la tratament va fi mai înaltă.

2.3. Componente structurale și etice în comunicarea interpersonală medic-pacient

Conform *Dicţionarului Explicativ al Limbii Române* (2012), *etica* este definită ca „ansamblu de norme în raport cu care un grup uman își reglează comportamentul, pentru a deosebi ce este legitim și acceptabil în realizarea scopurilor, morală” (DEX, 2012, p. 363).

Activitatea medicală este deosebit de complexă, de aceea în exercitarea acestei profesiuni sunt necesare multiple calităţi, iar cele de ordin etic/moral sunt considerate cele mai importante. Datorită faptului că medicului i se încredinţează viaţa umană, se stabilesc, pentru această profesiune, și cerinţe morale speciale. În raport cu medicina, omul ca fiinţă socială, îşi rezervă statutul de pacient (persoană care este tratată) sau statutul de medic (persoana care tratează).

Cercetătorii L. Oprea et al. (2015), în lucrarea *Bazele comportamentului individual în sănătate* dau o distincție plauzibilă a *eticii* în comparație cu *morala* –„etic se referă mai mult la aspecte teoretice, iar moral are o conotaţie concretă, practică şi contextuală (...)” (Oprea et al., 2015, p. 24). De fapt, ființa umană acționează în diferite situații cotidiene în baza persuasiunilor proprii, formate pe parcursul vieții, care sunt, de fapt, convingerile și perceptele morale ale fiecăruia dintre noi, ce sunt asimilate din cadrul familiei sau prin instruire și educație.

În opinia cercetătorilor L. Oprea et al. (2015), „deontologia ar fi într-o traducere etimologică *știința datoriilor sau a obligațiilor morale*, (...) principiile care guvernează acțiunile umane sunt mai importante decât consecințele acestora (...) în acord sau nu cu principiile morale, și nu dacă această acțiune ar avea consecințe bune sau rele” (Oprea et al., 2015, p. 25).

Codul de etică medicală constituie o permanentă aspiraţie spre sursele de realizare profesională şi socială. În condiţiile medicinii moderne, deontologia devine obiectivul comun al celor ce activează în sistemul de sănătate. A îngriji, a trata şi a supraveghea sănătatea oamenilor este o muncă de mare responsabilitate, având şi o încărcătură emoţională deosebită. În acest sens,

dragostea de oameni şi înţelegerea profundă a omului bolnav definește și completează comportamentul medical.

În literatura de specialitate, din punct de vedere deontologic, pacientul are dreptul suprem asupra corpului său și numai acesta este în drept să-și aleagă nu doar medicul, dar și tratamentul.

Astfel, statutul pacientului presupune: dreptul de a alege medicul, responsabilitate, sinceritate în comunicarea cu medicul, responsabilităţi faţă de tratamentul prescris de către medic, iar statutul medicului presupune: universalism; socializare; obiectivitate; imparţialitate; posedarea de calităţi, stipulate în Jurământul lui Hipocrate – probitate, castitate, discreţie.

Un element esenţial în formarea statutului medicinistului, în profesarea sa ulterioară, este cultivarea/formarea competenţei de comunicare în relația cu pacientul. Acest tip de comunicare presupune existenţa, în primul rând, a aspectelor deontologice, deoarece „educația deontologică și instruirea profesională sunt domenii organic integrate” (Popușoi et al., 1999, p. 3).

Încă din antichitate, societatea a avut nevoie de un cod de comportament al medicilor, atât pentru exercitarea activităţilor lor, cât şi pentru a spori încrederea persoanei suferinde. Cel mai vechi Cod, cunoscut de omenire, este *Jurământul lui Hipocrate*, pe care medicii l-au respectat cu strictețe întotdeauna, dar odată cu trecerea veacurilor, l-au schimbat și adaptat, după rigorile timpului, în procesul de evoluție și modernizare a practicii medicale.

Codul Deontologic al lucrătorului medical și al farmacistului din Republica Moldova a fost abrobat prin Hotărârea de Guvern nr. 192, la 24. 03. 2017, și legiferează valorile, conduita şi morala, după care se ghidează orice specialist pregătit pentru profesarea în domeniul sănătății din țara noastră. Profesia de medic nu este compatibilă cu stigmatizarea, duritatea, aroganţa, apatia, discriminarea, ignoranţa, indiferenţa, corupţia, se evidențiază în acest document.

În activitatea sa profesională, medicul se va ghida de următoarele principii, stipulate în prezentul Cod (Capitolul II, p. 7): profesionalism, independență profesională, onestitate, integritate, respect și acceptare, responsabilitate, bunăvoință și solicitudine, încredere, confidențialitate, loialitate.

Așadar, dintre principalele atribute ale relației medic-pacient putem enumera: respectul, integritatea, încrederea, confidențialitatea, compasiunea, empatia (înțelegerea).

Respectul semnifică, în primul rând, o atitudine pe care orice ființă vie o merită, indiferent de poziția socială și caracteristicile sale indivuduale. În medicină, respectul față de pacient definește relația cu acesta, devine valoarea de bază pe care se axează această interacțiune.

Integritatea este esențială în relația medic-pacient și este înțeleasă, ca temelia încrederii, urmată de onestitate, verticalitate, transparență.

Încrederea în medicină este înțeleasă, ca atitudinea pacienților; este rezultatul unui comportament onest, cooperant, bazat pe informații împărtășite reciproc în relația medic-pacient.

Confidențialitatea, ca o valență esențială în medicină, se referă aici la interzicerea dezvăluirii informațiilor ce ține de sănătatea pacientului.

Compasiunea și empatia (înțelegerea) – sunt calitățile medicului cele mai apreciate și râvnite de pacienți.

Astăzi, medicii (în toată lumea, dar și la noi se întrezărește această tendință) sunt percepuți specialiști ce activează pentru client, care solicită servicii de sănătate. În acest caz, medicul le oferă responsabilitatea de decidere liberă asupra metodelor de tratament, astfel, pacientul-client devine și partener. Aceasta este tendința care se presupune a fi calea care duce la respectarea pacientului și a autonomiei sale. În acest context, medicul devine simplu consultant în servicii de sănătate (după Verspieren, 2005, p. 28).

Atestăm aici o situație similară cu învățământul, care a devenit piață educațională, ce prestează servicii elevilor și adulților, care devin, într-un fel, clienți ai serviciilor sale. Centrarea pe interesele și nevoile acestora reclamă din partea cadrului didactic a unor metode agreate și subordonate cu elevul/studentul, așa cum medicul informează și execută manipulările medicale, doar cu acordul pacientului, cerând să confirme aceasta, prin semnătură.

Respectarea principiilor deontologiei medicale transformă medicina din știință în artă. Arta medicală, pentru a atinge perfecțiunea, trebuie să izvorască din dragoste față de ființa umană. Suntem de acord cu cercetătorii E. Popușoi et al., care afirmă că „omul este comoara cea mai de preț de pe pământ – acesta este principiul umanismului, principiul primordial al deontologiei medicale" (Popușoi et al., 1999, p. 15).

Astfel, îngrijirea medicală apare ca o împletire a cunoștințelor de boală în sine cu arta stabilirii relațiilor interumane – arta comunicării. Aspectele metodologice din cercetarea noastră vor ajuta la optimizarea eticii medicale și vor crea, astfel, un cadru contextual amplu, pentru oferirea de perspective psihopedagogice temeinice și de durată deontologiei profesionale a medicului în relația sa de comunicare cu pacientul.

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 proces, 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 (după Manojlovich et al., 2015).

Comunicarea este unul dintre mijloacele specific umane, care, după cercetătorul N. Vicol (2016) „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 (...)" (Vicol, 2016, p. 141).

Cercetările în domeniul comunicării în sănătate sunt un domeniu extrem de vast, care în ultimii ani s-a dezvoltat accelerat, asemenea unui câmp vibrant și important de studiu, referitor la rolurile puternice realizate prin comunicarea umană și mediată în furnizarea asistenței medicale și promovarea sănătății (după Kreps et al., 1998). Astfel, 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 A. 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 medicinii moderne. Deși în ultimele decenii medicina a devenit mai eficientă, prin utilizarea în diagnosticare și tratament a tehnologiilor inovaționale (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 (după Hamui-Sutton et al., 2015, p. 17).

Studiile efectuate de cercetători în mai multe țări (A.N. Escalera et al., O.A.P. – C.Y Vázquez et al., N. Simpson et al. etc.) au arătat că problemele grave de comunicare sunt comune, în practica medicală, că majoritatea acuzațiilor de malpraxis apar anume din cauza erorilor de comunicare (după Simpson et al., 1991). Într-adevăr, cele mai multe plângeri ale pacienților cu privire la prestarea serviciilor medicale nu se referă la competențele profesionale, ci la comunicare.

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 (după Escalera, et al., 2017), 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 studiului *Patient's safety culture perception by social service physicians (interns)* J. A. P.-C. Vázquez et al. (2017).

În domeniul asistenței medicale, comunicarea medic-pacient și familia acestuia a devenit o competentă de bază pentru atingerea obiectivelor de calitate. Abilitățile medicului de a explica, asculta și empatiza pot avea efecte miraculoase asupra stării de sănătate, precum și a satisfacției pacientului în îngrijirea medicală.

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.

Din perspectiva etapelor actului medical, unii cercetători (Ojovanu et al., 2016) disting trei tipuri metodologice în comunicarea medicală:

1. *Comunicarea pre-clinică* – este strategică și ține de datoria și responsabilitatea medicului de a promova educația pentru sănătate, de a organiza acțiuni profilactice.
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 (după Ojovanu et al., 2016, pp. 65-69).

Comunicarea în medicină este înțeleasă ca un proces, prin care se realizează un schimb de informație între oameni 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 interpersonală în medicină, după cum am mai afirmat anterior, îi are ca protagoniști pe cei mai importanți actori ai actului relațional 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 în raport cu 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 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 (după Popa-Velea, 2016, p. 103).

Limbajul sau c*uvintele* sunt elementele de bază ale comunicării verbale, iar cuvintele înțelese reprezintă codul cel mai influent în comunicare.

Mesajul transmis de medic către pacient trebuie să fie simplu, imediat, corect, informațiile furnizate să fie concrete, precise, în mod detaliat, să se evite mesajele duble, să fie date și informații scrise pacientului.

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.*

Academicianul I. Haulică menționează că „Bolile s-au tratat dintotdeauna cu Cuvântul, Cuțitul și cu Droguri" (apud Burlui, 2010, 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. (2014), 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. Este necesar să se conștientizeze că comunicarea eficientă include și evitarea mesajelor nocebo (după Ashraf B. et al., 2014). De aici rezultă că specialiștilor în sănătate le este indispensabil necesară formarea competenței de comunicare eficientă.

Explicarea este o parte importantă din metodologia comunicării verbale. Pacientul nu are cunoştinţele medicale şi nu poate să descrie acuzele sale în termeni clari şi precişi, de cele mai multe ori bolnavul nu găseşte cuvintele adecvate, pentru exprimarea a ceea ce simte.

Cuvintele folosite în lumea medicală nu sunt înţelese deseori de pacient și, respectiv, de foarte multe ori, medicii nu înțeleg simptomele evocate de către pacient într-un limbaj profan, prin dialecte, de aceea explicarea are un rol esenţial atât în înțelegerea și controlul simptomelor, cât și în înțelegerea diagnosticului stabilit.

A şti să asculţi este condiţia primordială a unui dialog medical. Succesul comunicării interpersonale medic-pacient depinde, în mare măsură, şi de capacitatea de a asculta. Incapacitatea medicului de a asculta este motivul principal al comunicării ineficiente cu pacientul, care duce la neînţelegeri, greşeli şi probleme. În ciuda simplităţii aparente, audierea este un proces complex, care necesită energie psihologică considerabilă, competenţe deontologice şi abilităţi specifice de comunicare. În adevăratul său sens, acest tip de ascultare este diferit de cel din conversaţiile obişnuite cotidiene şi necesită toată atenţia şi concentraţia celui ce ascultă – și a medicului, dar și a pacientului.

G. Hasson (2012), în lucrarea *Cum să-ţi dezvolţi abilităţile de comunicare: ce știu, fac și spun experții în comunicare*, 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 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" (Hasson, 2012, p. 66). În accepțiunea cercetătoarei G. Hasson (2012), ascultarea este un proces activ, care necesită implicarea totală a medicului, este o formă structurată de a asculta și de a răspunde.

M. Mckay et al. (2016) identifică douăsprezece obstacole/tehnici care afectează procesul de ascultare, noi însă ne vom opri doar la cele relevante pentru comunicarea interpersonală medic-pacient, pe care le prezentăm în următorul tabel:

Tabelul 2.4. Tehnici de blocare a ascultării

(după McKay, Daws și Fanning, 1983)

Nr.	**Tehnici de blocare a ascultării**	
1.	Comparația	*Aș putea proceda la fel de bine?*
2.	Intuirea	Încercarea de a-ți da seama de ceea ce gândește celălalt sau de ceea ce simte cu adevărat persoana care vorbește.
3.	Repetiția	A-ți îndrepta atenția asupra răspunsului sau comentariului pe care urmează să-l faci.
4.	Filtrarea	A asculta doar unele lucruri din conversație.
5.	Prejudecata	A nu asculta ceea ce se vorbește, întrucât părerea ta despre cealaltă persoană este deja formată.
6.	Identificarea	A lega tot ce spune vorbitorul de experiențele tale personale.
7.	Visarea	Ascultarea pe jumătate, în timp ce alte lucruri spuse de vorbitor îți declanșează o înlănțuire proprie de idei.
8.	Sfătuirea	A fi „marele dezlegător de probleme", gata să dea ajutor și sugestii. Nu trebuie să auzi mai mult de câteva propoziții și ești deja în căutarea sfatului potrivit.
9.	Confruntarea	A aduce argumente și a dezbate. Îți manifești atât de repede dezacordul, încât cealaltă persoană nici nu se simte auzită, iei atitudine și îți expui clar valorile și preferințele.
10.	Deraierea/devagarea	Schimbarea bruscă a subiectului. Deraiezi „trenul" conversației, atunci când ești plictisit ori subiectul este incomod, sau preferi să glumești pe seama lui.
11.	Încurajarea superficială	A răspunde cu *„da… da… absolut… știu… desigur… incredibil… da…"* . Dorești să fii amabil, să susții. Dorești ca lumea să te placă. Asculți pe jumătate, doar cât să prinzi mesajul, dar nu te implici. Mai degrabă întrerupi, decât te integrezi.

Ascultarea activă înseamnă „a asculta și a oferi răspunsuri celorlalți într-o manieră care îmbunătățește înțelegerea reciprocă" (Townsend, 2006, p. 34); este un proces conştient de recepţionare a informaţiilor pe trei canale: nonverbal, paraverbal și verbal, care înglobează

parafrazarea, clarificarea, înțelegerea, tăcerea și feedback-ul, ceea ce, în consecință, capătă o rezonanță deosebită în comunicarea interpersonală medic-pacient.

Parafrazarea determină interlocutorul să cunoască în profunzime și să înțeleagă mai bine mesajul transmis, fără a recurge la conflicte sau bariere. În comunicarea medicală, atât pacienul, dar și medicul vor face parafrazări, pentru a se asigura de fiecare dată că mesajul enunțat a fost înțeles și acceptat.

M. McKay et al. (2016) remarcă cinci avantaje importante ale parafrazării, care au impact și asupra actului de comunicare în medicină, dintre acestea evidențiem:

- „parafrazarea oprește intensificarea furiei și calmează situația;
- parafrazarea oprește comunicarea defectuoasă;
- presupunerile false, erorile și interpretările greșite sunt corectate pe loc;
- parafrazarea vă ajută să vă aduceți aminte ce s-a spus" (McKay et al., 2016, p. 31).

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

Tăcerea este o formă de comunicare cu profunde semnificații comunicative și, 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 și ajută interlocutorul să perceapă corect efectul comunicării sale.

Comunicarea interpersonală medic-pacient înseamnă mult mai mult decât ceea ce transmitem prin cuvinte, afirmă C. Vâlceanu (2016), „tonul vocii noastre, atunci când vorbim, atenţia pe care ne-o acordă interlocutorul, mesajele care ni se transmit nonverbal, modul în care mutăm și poziţionăm corpul, dar, mai ales, precizia și claritatea a ceea ce transmitem sunt, de asemenea, elementele-cheie ale unei bune comunicări" (Vâlceanu, 2016, p. 12).

Din literatura de specialitate (după Floyd, 2013) distingem următoarele funcții ale comunicării nonverbale, valoroase pentru comunicarea medicală:

- gestionarea conversațiilor – comportamentele 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.

Comunicarea nonverbală este întregită de limbajul verbal, transmițând o serie de informații despre cel ce 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, gesturi, mimică, schimbări vocale, accent, intonație, ritm, pauze etc., ceea ce contribuie la precizarea intenției celui care emite o anumită informație.

Unii cercetători au grupat aceste mijloace în opt tipuri: paralimbaj, contact vizual, expresii faciale, postura corpului, gesturi, atingere, proximitate, îmbrăcăminte (Hymes, 1972; Orell, 1997), iar alții (Stanton, 1995) le împart în: contactul vizual, contactul corporal, mișcări ale corpului, aspectul exterior, expresia fetei, gesturi, poziția corpului, orientarea, proximitatea, aspectele nonverbale ale vorbirii, aspectele nonverbale ale scrisului, pe când, în înțelegerea lui K. Floyd, în comunicarea nonverbală sunt utilizate zece canale – mimica feței (expresiile faciale), comportamentele oculare, mișcările, gesturile, postura, comportamentele asociate cu atingerea, folosirea spațiului, aspectul fizic, folosirea artefactelor și aspectele paraverbale.

Contactul vizual are cel mai important rol în emiterea și receptarea mesajelor, deoarece este dovada cea mai bună pentru pacient că i se acordă atenţie şi importanţa cuvenită, cât şi aspirația medicului de a-i înţelege problemele.

Nu poți fi convingător, atunci când nu privești în ochii interlocutorului, afirmă prof. N. Miu (2004), „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” (Miu, 2004, p. 90).

Mai mulți cercetători (Hymes, Orell, Dinu) delimitează patru funcții ale contactului vizual în comunicare:

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

Privirea, ne relatează C. Lazăr et al. (2016), „indică stările interioare ale unei persoane și are o capacitate crescută de influențare a sentimentelor și voinței” (Lazăr et al., 2016, 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, după cum afirmă P. Ekman (2011), „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" (Ekman, 2011, p. 13). În relația profesională, medicul trebuie să-și recunoască propriile emoții și să le gestioneze, astfel, insuflând pacientului încredere, devotament și dispunere totală.

Expresia facială denotă emoții, sentimente, diverse reacții la stimulii exteriori. P. Ekman (1978) 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. D. Cosman (2010), în lucrarea *Psihologie medicală*, susține că „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" (Cosman, 2010, 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 şi afecţiune. O strângere călduroasă de mână, o mângâiere pe mână sau o atingere pe umăr vor demonstra interesul faţă de pacient, încurajarea, iar acesta se va simţi acceptat şi înţeles.

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, atingerea pentru palpație sau percuție etc.

În opinia unor cercetători (Ojovanu et al., 2016), „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" (Ojovanu et al., 2016, 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 „circa 30% din conţinutul comunicării este de natură verbală, conştientă, în timp ce 70% din înţelegere se produce prin comunicarea neverbală" (apud Skolka, 2004, p. 97). Cecetătorul 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) " (apud Mckay et al., 2016, p. 77).

Poziția corpului ne poate semnala – supunerea, starea socială sau dorința de dominare, superioritate și automulțumire, încrederea în sine, starea emoțională de moment, dar și atitudinea față de persoana cu care interacționăm.

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 nonverbala a informațiilor, ce pot fi deliberate – care comunică ceva, spontane – reflecție a stărilor emoționale de moment sau simulate.

Tonul şi volumul vocii se schimbă, în dependență de ceea 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.

P. Collett (2010) conchide că „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" (Collett, 2011, p. 247).

Volumul vocii stins, abia perceptibil, 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 electronică – epicrize, scrisori medicale, rețete, recomandări, certificate etc. și devine din ce în ce mai necesară în practica medicală.

De calitatea dialogului medic-pacient depinde promptitudinea stabilirii diagnosticului just şi prescrierea adecvată a tratamentului, totodată, datorită prevalenței bolilor cronice, comunicarea eficientă între medic și pacient capătă o însemnată importanță, în demersul terapeutic de lungă durată.

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 de ore și este responsabilă de informarea corectă și promptă a medicului despre schimbările survenite în urma tratamentului prescris de acesta, de detectarea semnelor precoce de deteriorare a stării de sănătate a pacientului (după Manojlovich et al., 2015).

Extrapolând conceptul de competență de comunicare relațională la relația interpersonală medic-pacient, susținem că aceasta reprezintă, în mod principial, și o „rezultantă a achiziției de cunoștințe, deprinderi, priceperi, atitudini și trăsături temperamental-caracteriale de îndeplinire a funcțiilor comunicării" (Cojocaru-Borozan, 2009, p. 69), ca suport psihologic globală a elementelor și tipurilor analizate mai sus.

Comunicarea în medicină este veriga principală ce face conexiunea între întreaga echipă medicală (medic-medic; medic-asistentă 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 față de suferința acestuia, respectiv, fiecare își aduce prinosul la succesul actului medical – vindecarea.

Reieşind din cele enunţate anterior, este important să evidențiem faptul că, în mod special, cunoaşterea, însuşirea şi aplicarea tehnicilor de comunicare eficientă în relaţia terapeutică medic-pacient este esenţială, de aceea reproducem în tabelul de mai jos unele dintre tehnicile adecvate de comunicare în medicină:

Tabelul 2.5. Tehnici de comunicare în medicină
(după Hays şi Larson, 1963, apud Cosman, 2010, p. 251)

Nr.	Tehnici de comunicare în medicină	Explicare
1.	Acceptarea	indicând recepționarea mesajului
2.	Fraze deschise de inițiere a comunicării	permițând pacientului să preia inițiativa în discutarea subiectului
3.	Validarea consensuală	căutarea înțelegerii reciproce și a acordului asupra înțelesului cuvintelor
4.	Încurajarea comparațiilor	solicitarea scoaterii în evidență a asemănărilor și deosebirilor
5.	Încurajarea descrierii percepțiilor	solicitarea pacientului să își verbalizeze percepțiile
6.	Încurajarea exprimării	solicitarea, ca pacientul să își evalueze experiențele și trăirile
7.	Explorarea	sondarea mai detaliată a unei teme sau idei
8.	Focalizarea	concentrarea asupra unei teme unice
9.	Formularea unui plan de acțiune	solicitarea, ca pacientul să ia în considerare tipuri de comportament care au o anumită probabilitate de a fi adecvate, în situații ulterioare

10.	Linii generale	oferirea de încurajări pentru a continua
11.	Furnizarea de informații	punerea la dispoziție a tuturor datelor, de care are nevoie pacientul
12.	Recunoașterea	indicarea conștientizării mesajelor
13.	Observații	verbalizarea percepțiilor
14.	Deschiderea de sine	punerea la dispoziția pacientului
15.	Plasarea evenimentelor în secvența cronologică	clasificarea relației cronologice dintre evenimente
16.	Prezentarea realității	luarea în considerare a elementelor realității
17.	Reflectarea	redirecționarea, spre pacient, a acțiunilor, gândurilor și emoțiilor acestuia
18.	Reformularea	repetarea principalei idei exprimate
19.	Căutarea de informații	clasificarea elementelor, după înțeles
20.	Tăcerea	absența comunicării verbale, ceea ce oferă pacientului timp să formuleze în cuvinte gândurile sau emoțiile sale, să se adune sau să continue conversația
21.	Sugerarea colaborării	oferta de a împărți cu pacientul efortul și travaliul, în beneficiul acestuia
22.	Sumarizarea	organizarea și trecerea în revistă a evenimentelor anterioare
23.	Traducerea în emoții	căutarea echivalentelor verbale ale emoțiilor pe care pacientul le exprimă doar indirect
24.	Verbalizarea evenimentelor implicite	verbalizarea clară a aluziilor sau a elementelor sugerate de pacient
25.	Verbalizarea dubiilor	exprimarea nesiguranței asupra perspectivei pacientului

Blocajele sau barierele sunt tot ceea ce denaturează sau perturbează un mesaj, ceea ce împedică recepționarea mesajului.

Cercetătorul W. Haney (apud DeVito, J., 1988, pp. 96-97) susține, că o barieră în comunicare este definită ca ratarea înţelesului, care capătă un caracter obiectiv în interiorul a două forme, care:

- are loc atunci când două persoane folosesc diferite cuvinte, dar le dau acestora acelaşi înţeles;
- se realizează când comunicatorii întrebuințează aceleaşi cuvinte, dar le dau acestora înţelesuri diferite.

J. A. DeVito (2000), în lucrarea *Human Communication,* delimitează patru tipuri de blocaje – fizice, fiziologice, psihologice și semantice, ce pot fi extrapolate și în medicină, pe care le prezentăm în următorul tabel:

Tabelul 2.6. Tipuri de blocaje (traducerea ne aparține)

(J.A. De Vito, 2000, p. 16)

Tipuri de blocaje	Definiția	Exemple
Fizice	- blocaje externe, care perturbează transmiterea fizică a mesajului	Zgomotul produs de mașinile din apropiere, zgomotul produs de calculator, ochelarii de soare.
Fiziologice	- bariere fiziologice	Tulburări ale vederii sau a auzului, pierderi de memorie, probleme de articulare.
Psihologice	- bariere cognitive sau mentale	Prejudecăți, așteptări exagerate, emotivitate exagerată; furie, ură, dragoste, durere.
Semantice	- înțelegerea diferită a mesajului emis sau primit	Persoanele vorbesc limbi diferite, folosesc jargoane, dialecte sau termeni complicați.

Barierele în comunicare sunt factorii care acționează asupra elementelor procesului comunicării și care pot schimba semnificația mesajului, interferează cu aceasta, o distorsionează sau o limitează. Din literatura de specialitate (Potîng, 2004; Tran et al., 2003) putem enumera următoarele bariere în comunicarea interpersonală, care se interferează și în practica medicală:

- *bariere de limbaj* – utilizarea limbajului profesional în exces, cel ce recepteză și cel ce emite mesajul sunt diferiți, ca educație și cultură;
- *blocaje de mediu* – poluarea fonică (zgomotul), utilizarea inadecvată a unor echipamente informaționale;
- *bariere de concepție* – enunțarea stângace a mesajului, manifestarea supozițiilor etc.;
- *bariere emoționale* – frica de a nu comite anumite greșeli, frica de părerile altora, de stigmatizare, neîncredere etc.

Mai multe erori comune, întâlnite în constituirea relației medic-pacient, afirmă Popa-Velea et al., pot conduce la instalarea unor *bariere relaționale*:

- grabă, nerăbdare, oboseală, plictiseală;
- acceptarea unor condiții improprii de comunicare cu pacientul;
- exces sau lipsă de autoritate față de bolnav;
- angrenarea în situații conflictuale;
- subaprecierea bolnavilor dificili;
- nerespectarea drepturilor pacientului;
- discrepanța majoră între nevoile pacientului și atitudinea medicului;

- furnizarea de informații ce sunt incomprehensibile sau nu sunt centrate pe pacient (Popa-Velea et al., 2016, p. 105).

În plan metodologic, sunt importanți și o serie de factori ce împiedică dialogul dintre cei doi, însă cele mai importante bariere vizibile în comunicarea dintre medic şi pacient sunt:

- *barierele create de medic*: insuficiență de timp, stres, oboseală, propriile probleme, incapacitatea medicului de înțelegere a pacientului etc.
- *barierele create de pacient*: frica de medic, teama de un eventual diagnostic grav, încercarea de a tăinui emoțiile față de medic, impacienţa de a nu apărea într-o ipostază penibilă (după Luban-Plozza, Iamandescu, 2003, p. 139).

O altă barieră majoră în comunicarea medic-pacient este și *apartenența la un anumit sex sau gen* (femeie sau bărbat) al pacientului, dar și al medicului. Femeile, în general, sunt mai deschise spre comunicare, dar și cu o gamă patologică mult mai largă, fiind și mai implicate afectiv la tot ce li se întâmplă. Așa cum suntem diferiți – femei și bărbați – așa ar trebui să existe comportamente diferite pentru fiecare sex în parte.

Astfel, devine esențial să subliniem faptul că pentru a nu crea bariere în comunicarea cu pacientul, medicul trebuie să cunoască următoarele tehnici inadecvate de comunicare în medicină:

- sfătuirea pacientului, fără a-i da posibilitatea să își exprime părerea;
- acordul total cu pacientul;
- desconsiderarea emoțiilor exprimate de pacient;
- provocarea, prin solicitarea de dovezi de la pacient;
- apărarea;
- dezacordul;
- aprobarea ideilor și comportamentului pacientului;
- indicarea unei surse externe;
- interpretarea;
- schimbarea subiectului;
- comentarii stereotipe;
- chestionarea cu insistență a pacientului;
- reconfortarea;
- respingerea categorică a anumitor idei;
- solicitarea unei explicații,
- testarea pacientului;
- negarea unei probleme (după Lazăr et al., 2016, p. 97).

În consecință, concluzionăm asupra multiaspectualității metodologice a comunicării interpersonale medic-pacient, condiției ce reclamă competențe avansate din partea cadrului medical, inclusiv în cadrul instituțional în care acesta activează, în baza normelor existente de cultură organizațională.

2.4. Elemente esențiale în formarea competenței de comunicare interpersonală medic-pacient

Cercetătorii R. F. Brown și C. L. Bylund (2008), în lucrarea *Communication Skills Training: Describing a New Conceptual Model,* vorbesc despre diferite studii privind instruirile în domeniul competenței de comunicare medic-pacient, în cadrul cărora se utilizează o terminologie diferită, pentru a explica această competență, care includ termeni ca: însărcinare (task), element (element), abordare și tehnică (approach and technique), strategie (strategy), pas (step) și component (component). În unele cazuri, acești termeni sunt utilizați în cadrul publicațiilor, unul în locul altuia, fără a fi explicați. Autorii citați au identificat o singură definiție a competenței de comunicare medic-pacient, dată de un manual: numeroasele acțiuni pe care lucrătorii din sănătate le manifestă în grija față de pacienți. Alte surse, afirmă autorii, fără a oferi o definiție explicită a competenței de comunicare, enumeră competențe de o abstracție variată, așa ca: grija efectivă, stilul de a pune întrebări și stabilirea contactului vizual. Adițional, diferite grade de complexitate sunt prezente în competența de comunicare, care variază de la: salutul și aflarea numelui pacientului la stabilirea agendei consultației, pentru a determina și înțelege ideile pacientului (după Brown, Bylund, 2008).

În didactica formării competenței de comunicare medic-pacient au fost introduse în curricula universităților de medicină din întreaga lume diverse metodologii – Modelul Comskil, Ghidul Calgary, Protocolul Spikers, Structura pentru interviu SEGUE, Modelul LEARN.

*Modelul Comskil***,** ne relatează cercetătorii R. F. Brown și C. L. Bylund (2008), pornește de la două teorii care explică modurile în care persoanele își formulează comunicarea: teoriile Scopuri, Planuri și Acțiune (Goals, Plans, Action – GPA), teoria sociolingvistică.

Componentele de bază ale Modelului Comskil, afirmă autorii citați, sunt constituite din: scopuri de comunicare, strategii de comunicare, competențe de comunicare, însărcinări de proces și evaluări cognitive (indicii de la pacient și bariere):

- *Scopul comunicării* este rezultatul dorit al consultației sau al unei părți a consultației, care poate fi atins, prin utilizarea strategiilor de comunicare, a competenței de comunicare, a însărcinărilor de proces și evaluările cognitive (adică celelalte elemente ale modelului).

- *Strategiile de comunicare* sunt planuri care direcționează comportamentul de comunicare, spre realizarea scopului de comunicare.
- *Competența de comunicare* reprezintă un mod discret (unitate de vorbire), prin care un medic poate desfășura dialogul clinic și realiza o anumită strategie.
- *Însărcinările de proces* sunt un set de dialoguri sau comportamente nonverbale care creează un mediu pentru comunicarea efectivă.
- *Evaluarea cognitivă* reprezintă procesul de observare și prelucrare a comportamentului nonverbal și verbal al pacientului de către medic. Aceasta are la bază indicii din partea pacientului și barierele pacientului (percepții ascunse ale pacientului, cum ar fi frica).

Conform prezentului model, prezentat de R. F. Brown și C. L. Bylund (2008), competența de comunicare interpersonală medic-pacient este împărțită în 6 categorii:

1. competența de verificare – verifică gradul de înțelegere al pacientului, verifică cunoștințele medicale ale pacientului, verifică preferința pacientului pentru informație;
2. competența de luare a deciziilor în comun – introduce procesul de luare a deciziilor în comun, verifică preferința pacientului pentru luarea deciziilor, reintroduce luarea deciziilor în comun, emite enunțuri despre parteneriat, exprimă dorința de a ajuta, oferă opțiunea de a amâna decizia;
3. competența de stabilire a cadrului de consultare – stabilește punctele care urmează a fi discutate, invită pacientul să contribuie la stabilirea agendei, stabilește, prin negociere, subiectele care urmează a fi discutate;
4. competența de acordare a întrebărilor – acceptă și încurajează întrebările din partea pacientului, pune întrebări deschise, subliniază importanța întrebărilor etc.
5. competența de comunicare empatică – recunoaște, apreciază, ca nefiind ieșite din comun, anumite emoții, validează un anumit comportament ca fiind potrivit, încurajează exprimarea emoțiilor, încurajează eforturile pacientului;
6. competența de organizare a informației – oferă o descriere preventivă, sumarizează, revizuiește pașii următori (Brown, Bylund, 2008).

Structura pentru interviu SEGUE este alcătuit ca un instrument extrem de larg, răspândit în Canada și Statele Unite ale Americii, care are un grad major de acceptabilitate și dispune de dovezi de valabilitate, în contexte clinice. Această structură, pentru interviul medical, este foarte importantă, anume pentru specialistul tânăr (după Popa-Velea et al., 2016, p. 106).

Modelul LEARN include următorii indici:

- *Listen* – ascultă cu empatie problemele pacientului;

- *Explain* – explică problema;
- *Acknowledge* – discută diferențele și asemănările percepției problemei față de pacient;
- *Recommend* – recomandă tratamentul;
- *Negotiate* – negociază obținerea consimțământului pentru tratament (Berlin, Fowkes, 1983, apud Lazăr et al., 2016, p. 99).

Ghidul Calgary-Cambridge este un algoritm constituit din 71 de itemi, ce ghidează tânărul medic asupra modalității de formulare și organizare a întrebărilor pentru pacient, care corespund fiecărei etape de interviu, pe care îl prezentăm în Anexa 7.

Legislația în vigoare a Republicii Moldova – „Legea nr. 264 din 27. 10. 2005 *Cu privire la exercitarea profesiunii de medic*, unde, în Articolul 17. *Obligaţiile profesionale ale medicului*, este stipulat că (1) Medicul este obligat: (punctul k) să informeze pacientul direct sau prin intermediul reprezentanţilor legali ori al rudelor lui apropiate despre starea sănătăţii 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 informaţii exhaustive cu privire la propria sănătate, metodele de diagnostic, tratament şi recuperare, profilaxie, precum şi la riscul potenţial şi eficienţa terapeutică a acestora; cât și la îngrijire terminală, demnă de o fiinţă umană, iar în Articolul 11. *Asigurarea dreptului pacientului la informare*, în punctul 5 se declară că „Informaţiile medicale cu privire la starea sănătăţii pacientului şi la intervenţia medicală propusă, inclusiv la riscurile şi beneficiile potenţiale ale fiecărei proceduri, efectele posibile ale refuzului tratamentului, alternativele existente, pronosticul şi alte informaţii cu caracter medical, se prezintă de către prestatorul de servicii de sănătate într-un limbaj clar, respectuos şi 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.

Reprezentativă studiului nostru este și metodologia de anunțare a diagnosticului grav pe care am analizat-o în lucrarea *Competence formation of doctor-patient interpersonal communication in medical student* (Nastasiu, Branishte, 2018e, pp. 34-36) și o considerăm o parte esențială a investigației noastre de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, prin faptul că comunicarea diagnosticului grav comportă o înaltă încărcătură emoțională, de aceea este foarte important, ca în procesul educației medicale universitare, să se cunoască anumite tehnici și strategii de comunicare a veștilor rele, pe care le reproducem mai jos.

Medicul este obligat să ofere pacientului informaţii relevante despre boala sa. Ascunderea unui diagnostic sever duce, în primul rând, la neîncredere şi anxietate, pacientul are dreptul la cele mai adecvate şi complexe informaţii despre diagnostic, prognostic, riscurile şi 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 D. V. Mosoiu (2009), în urma unui studiu în domeniu, susține că „94,3% dintre medicii chestionaţi 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% dintre respondenţi). Pacienţii, conform percepţiilor medicilor, doresc să cunoască adevărul despre diagnostic adesea sau întotdeauna (70% dintre respondenţi)" (Mosoiu, 2009).

Diagnosticul sever este echivalat cu o maladie incurabilă, cu o situaţie de sănătate, lipsită de speranţă, deoarece, în percepția unora și, cu părere de rău – cazul celor mai mulţi 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 J. Pilling (1999) afirmă că, ascunzând adevărul, „cu scopul protecţiei pacientului, este un mit, o prejudecată, care, de fapt, îngreunează situaţia acestuia. A crede că dacă nu i se spune bolnavului adevărul, atunci el nici nu cunoaşte acest adevăr, reprezintă o convingere falsă. Mai devreme sau mai târziu toţi ştiu că vor muri, chiar şi copiii" (apud Skolka, 2004).

Unii pacienți nu vor să afle adevăratul diagnostic, dar medicul este obligat să ofere toate informaţiile, 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 incomensurabilă pentru pacient. Nu putem fi de acord cu cercetătorul O. Istrătoaie, care afirmă că „important este ceea ce este înțeles, nu ceea ce este spus", însă în continuare susține că „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 înțelegera 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 terapiilor.

Obiectivele generale, de care ar trebui 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 D. A. Munteanu (2005), „ci a rămâne concis, comprehensibil 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" (Munteanu, 2005, p. 6).

Obiectivele actului de comunicare a diagnosticului grav trebuie atinse treptat, afirmă unii cercetători şi specifică: „aflarea unor informaţii despre pacient care privesc gradul său de cunoaştere în domeniul bolii sale şi aşteptările pe care le are, furnizarea unor informaţii inteligibile pentru pacient şi în conformitate cu aşteptările acestuia, reducerea impactului emoţional al veştilor proaste şi, (...), dezvoltarea unor strategii terapeutice împreună cu pacientul" (Nițu et al., 2012, p. 203). Nu putem să nu fim de acord cu următoarea afirmație că veștile proaste, anunțate gradual, „fac posibilă acceptarea adevărului. (...) Dacă medicul, în loc să facă o declaraţie, discută cu bolnavul, atunci acesta, prin întrebări şi modul în care le pune, îi furnizează medicului repere pentru cantitatea de informaţie de care are nevoie şi pe care, actualmente, o poate prelucra" (Skolka, 2004, p. 100).

Comunicarea veștilor proaste în practica medicală se realizează în baza a două modele:

- *Modelul Faulkner* (1998), care include următorii pași: asigurarea condițiilor adecvate pentru comunicarea veștii proaste (intimitate și fără întreruperi); identificarea a ceea ce știe și ce înțelege pacientul din situația sa; furnizarea informației într-un ritm care este înțeles de pacient și familie; evaluarea timpului de care are nevoie pacientul, pentru a asimila vestea; identificarea îngrijorărilor pacientului și răspunsul la întrebările sale (apud Popescu, 2016, p. 95).
- *Protocolul SPIKES*, care se centrează pe acceptarea şi conştientizarea emoţiilor și reprezintă o strategie eficientă de pregătire și anunțare a veștilor proaste, afirmă specialiștii în domeniu (Baile et al., 2000; Buckman, 2005), este „acronimul unui proces în 6 etape; acestea accentuează cele mai importante momente ale discuţiei şi sugerează moduri de apreciere a situaţiei, 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 şi prognosticului, pentru a-l ajuta, dar şi pentru a obţine cât mai multe şi mai utile informaţii, medicul îşi va construi dialogul, urmând anumiţi paşi:

- va alege un moment adecvat; va asigura caracterul privat al discuţiei;
- va crea o atmosferă favorabilă situaţiei fără vreo masă sau birou între pacient şi medic;
- va ignora tot ce-i distrage atenţia;
- va păstra o distanţă potrivită;
- va sta drept sau uşor aplecat spre interlocutor;
- va evita transmiterea unor mesaje incomplete sau a adevărului parţial;
- va folosi limbajul simplu, direct, dar suficient de explicit;
- va controla elementele comunicării nonverbale – atitudine corporală, mimică, tonul vocii;
- va demonstra o atitudine empatică faţă 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 comunicarea nonverbală și pe care o 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 (după Герасимова, Боломожнов et al., 2015, p. 16).

2) P – *percepţion* – percepția – înainte de a enunța diagnosticul grav, este necesar să aflaţi cât de mult ştiu şi înţeleg pacienţii din ce li se întâmplă. La începutul discuției se recomandă pregătirea pacientului, prin întrebări de felul: Doriţi să aflaţi detalii despre boală? sau Doriţi să discutăm rezultatele analizelor?; Vă îngrijorează boala dvs.?;

- va încuraja pacientul să vorbească, prin gesturi afirmative şi aprobări;
- va pune întrebări deschise şi clare (cum?, de când?);
- va menţine 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 întrerupeţi?; La ce vă gândiţi?;
- va repeta şi va interpreta ceea ce spune pacientul;
- va oferi bolnavului posibilitatea de negare;
- va răspunde empatic, identificând şi recunoscând emoţiile trăite de pacient, ca fiind fireşti etc.
- sprijinirea necondiţională a pacientului: Vreau să ştiţi că voi fi în continuare alături de dvs. Mă puteţi telefona dacă aveţi 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, reacţia faţă de boală, evitând exprimările dure; vorbind în termeni simpli; lăsând pacientul să vorbească, fără să-l întrerupă: Când a apărut prima dată durerea ce aţi crezut că poate fi? Sunteţi genul de persoană care vrea să ştie toate detaliile despre ceea ce se întâmplă?

4) K – knowledge – cunoașterea – înainte de a comunica veştile proaste, va avertiza pacientul că urmează veşti nu tocmai bune, aplicând aluzia de avertizare: Îmi pare rău, dar cred că lucrurile par a fi grave..., după care este recomandată o pauză, pentru a urmări reacţia pacientului; oferind informația treptat, pe bucăți.

Medicul nu trebuie să uite că şi expresia feţei, privirea, gesturile, poziţia braţelor şi a picioarelor, de asemenea, transmit ceva pacientului. Tonalitata vocii, tonul, ritmul, frecvenţa şi greşelile de vorbire, pauzele sau tăcerea sunt alte aspecte care favorizează comunicarea. De foarte multe ori înţelegem sentimentele celorlalţi, tocmai prin aceste aspecte ale comunicării nonverbale.

5) E – *empathy* – empatie – conştientizarea şi managerierea emoţiilor, atunci când apar în timpul discuţiei:

- va asculta activ şi va identifica emoţia (sau emoţiile). Dacă nu va fi sigur, va folosi o întrebare deschisă: Cum vă face asta să vă simţiţi? Ce aţi înţeles din ce v-am spus până acum?;
- va identifica sursa sau cauza emoţiilor, de cele mai multe ori acestea sunt generate chiar de veştile proaste pe care tocmai le-a auzit;
- va arăta pacientului că a identificat emoţia şi originea ei: Clar, această veste este una care v-a întristat.
- pentru a oferi suport, va putea spune: Știu, nu este chiar ceea ce vă doriţi să auziţi;
- pentru exprimarea empatiei – Aş vrea să vă dau veşti mai bune…

În continuare, cercetătorul Nițu (2012) atenționează că „medicul nu trebuie să experimenteze aceleaşi emoţii, pentru a fi empatic; dar poate demonstra simplu că înţelege emoţiile pacientului” (Nițu et al., 2012).

6) S – *strategy and summary* – strategie pentru viitor – va verifica des dacă este înțeles de către pacient. Înainte de a termina discuţia, va face sumarul informaţiilor şi va întreba dacă sunt neclarităţi, va stabili obiective și strategii pentru tratament (după Nuțu et. al., 2012).

Drept urmare a studiului realizat în domeniul comunicării veștilor rele, încercăm să enumerăm câteva dintre barierele de comunicare ale diagnosticului grav:

- teama de a nu face rău pacientului;
- percepția că adevărul dezechilibrează pacientul din punct de vedere emoțional;
- cred că nu sunt pregătiți (pacienții) din punct de vedere emoțional;

- cred că este o sarcină prea dificilă și stresantă;
- consideră că adevărul nu este util pacientului;
- nu doresc să contravină familiei, care nu este de acord, ca pacientul să afle adevărul.

Comunicarea interpersonală medic-pacient, fundamentată pe schimbul de informații reciproce, dă dovadă de respect al 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 şi empatie deosebite. Demonstrând competenţă profesională înaltă, dar şi suflet, posibilităţile de colaborare cu pacientul cresc, mai ales când acesta simte că medicul înţelege şi se implică în suferinţa 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 grav:

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

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

2.5. Modelul pedagogic de formare a comunicării interpersonale medic-pacient la medicinişti, centrat pe problemele pacientului

În baza analizei literaturii de specialitate și a investigației conceptuale și cronologice a metodologiei comunicării medicale, am elaborat un Model pedagogic de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient pentru medicinişti, centrat pe problemele pacientului (MPDCIMP) (Figura 2.1.), care a fost aplicat/operaționalizat prin Programul de formare inițială a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti (Anexa 1).

Principiile de bază ale Modelului pedagogic de formare a comunicării interpersonale medic-pacient, adaptate după mai multe documente de etică medicală naționale și internaționale, abordate de manieră pedagogică și pe care le promovăm printre medicinişti, sunt următoarele:

- *Abordarea profesionalistă a bolnavului şi a problemelor sale* – atribuţiile profesionale trebuie îndeplinite cu responsabilitate, competenţă, eficienţă şi conştiinciozitate; să fie oameni motivaţi şi cu atitudine pro-activă şi inter-activă, deschişi către schimbare, perfecţionare continuă şi îmbunătăţirea performanţelor profesionale proprii.
- *Asigurarea egalității în drepturi* – fiecare medic și pacient are drepturi egale la accesarea serviciilor de sănătate publică, are libertatea de a-şi exprima propriile opinii, dreptul de a beneficia de serviciile instituției medicale.
- *Centrarea pe nevoile pacientului* – abordare prioritară a pacientului cu nevoile specifice ale fiecăruia, interesul sporit și dezinteresat față de problemele lui.
- *Adaptarea abordărilor problemelor/patologiilor pacienților de manieră individualizată inovatoare*, conformă cu schimbările sociale, tehnice curente și cu contextele specifice în care aceștia muncesc și trăiesc.
- *Nediscriminarea* – tratamentul egal şi nediscriminatoriu al pacienților.
- *Parteneriatul cu pacientul și rudele sale* – interacțiune, colaborare şi acţiuni de coordonare între medic și pacient sau membrii familiei acestuia;
- *Transparenţa* – în oferirea tratamentului, furnizând informaţii oneste privind procesul de vindecare şi rezultatele acestuia, răspunzând la întrebările pacientului și oferind explicații comprehensive pentru el;
- *Loialitatea față de instituția medicală* – ataşament în raport cu valorile şi performanţele clinicii/spitalului, apărarea, în mod loial, a imaginii organizaţiei, precum şi abţinerea de la orice act ori fapt care poate produce prejudicii imaginii sau intereselor acesteia.

Principiile date se încadrează în ansamblul celor generale, promovate de educația morală, structurate de prof. L. Cuznețov (2016) în cheia ontopedagogiei, și anume: „pricipiul interacțiunii ontice a teoriei și practicii morale; principiul valorificării și consolidării trăsăturilor pozitive ale personalității și al centrării persoanei pe acțiunea morală; principiul respectării unității și al continuității axiologice în proiectarea perspectivelor vieții, realizarea și dezvoltarea acestora în contextul formării culturii supreme și a celei intergenerațională a persoanei; principiul centrării pe formarea personalității creative și cu caracter moral integru" (Cuznețov, 2016, p. 48)

La baza Modelului pedagogic de formare a comunicării interpersonale medic-pacient stă competența de comunicare cu componentele-cheie (cunoștințe, atitudini, abilități și comportamente) care sunt prezentate în capitolul teoretic, dar și analizate din perspectiva medicală în capitolul 2, fiind incluse și în documentele de stat de politici medicale.

Atitudinile și motivațiile valorice ale medicului și pacientului ghidează actul de comunicare și garantează oarecum traseul reușitei acesteia, fiind reglementate încă de Jurământul lui Hipocrate, dar și de alte acte reglatorii normative, pe care le-am citat anterior.

Reperele axiologice din Model pot fi completate cu unele valori emoționale specifice și cadrelor didactice, studiate de M. Cojocaru-Borozan (2010), dintre care enunțăm: „implicare complexă și contaminare emoțională; dispoziție generală pozitivă și satisfacție profesională; gestionarea și canalizarea emoțiilor; exprimarea inteligentă a stărilor emoționale (...); utilizarea emoțiilor ca sursă de energie proactivă și rezistență profesională"(Cojocaru-Borozan, 2010, pp. 169-170).

Aspectul formativ al competenței de comunicare se operaționalizează în *abilitățile și comportamentele* axate pe problemele pacientului. Or, soluția problemelor este finalitatea relației medic-pacient, fiind, în același timp, un indicator de impact al acesteia.

Cunoștințele le-am pus pe locul trei nu din cauza că nu ar fi importante, ca și celelalte elemente descrise anterior, ci ca să arătăm relația lor directă pe orizontală, dar și lipsa de utilitate a cunoștințelor în absența atitudinilor, motivației și comportamentului.

Contextul instituțional în care medicul activează, pe de o parte, și pentru care a decis sau a fost nevoit să opteze pacientul, se prezintă ca o structură distinctă în care se materializează metodologia descrisă de noi. Actualmente, instituțiile medicale se află într-o criză de comunicare, spunem noi, deoarece personalul medical, preponderent, care activează în aceste instituții nu au primit educația necesară în ceea ce privește comunicarea eficientă cu beneficiarul actului medical – pacientul, de aici și nenumăratele conflicte, sesizări și reclamații de la aceștia.

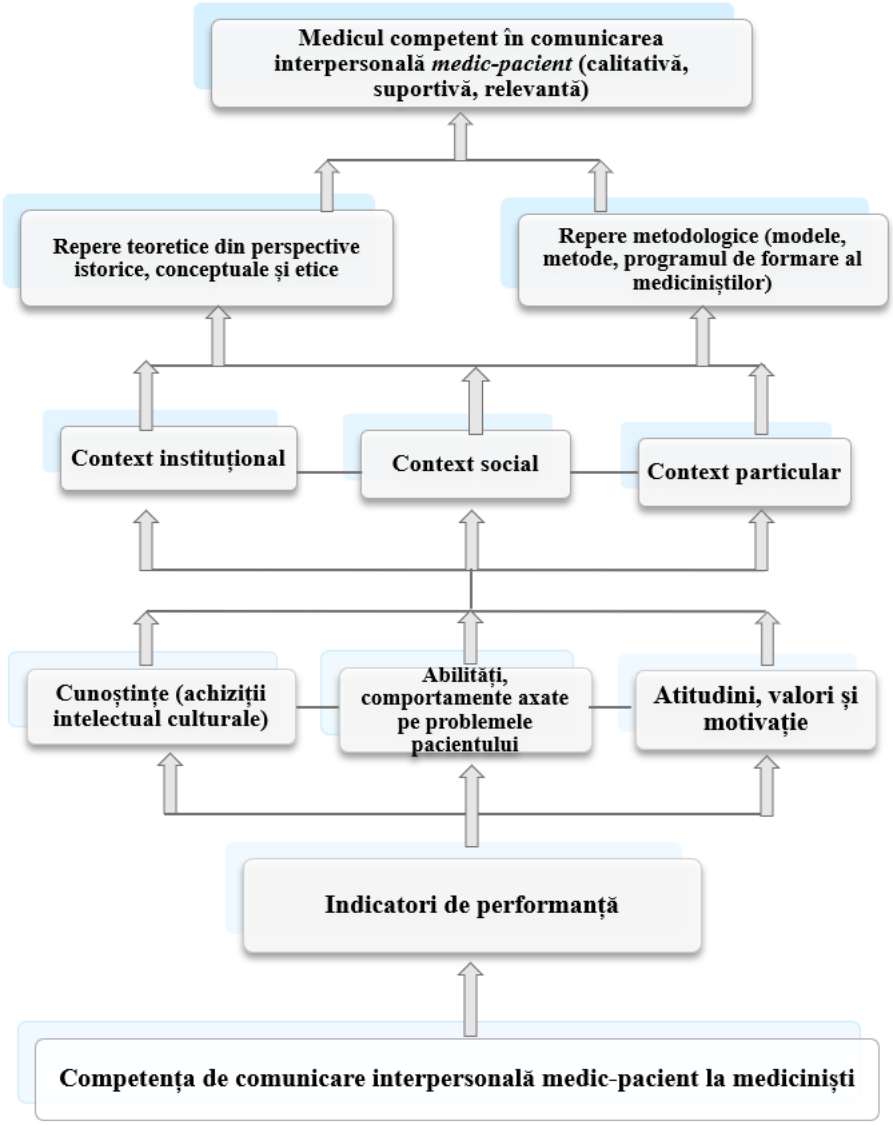


Fig. 2.1. Modelul pedagogic de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la mediciniști, centrat pe problemele pacientului

Contextul social l-am caracterizat, în mod infuzional, și în paragrafele precedente de prezentare și analiză a metodologiei medicale de comunicare medic-pacient. Similar cu situația din alte domenii adiacente, precum pedagogia, de exemplu, lucrătorul medical are un statut social distinct, care, din păcate, în perioada de criză socioeconomică, a fost grav afectat. Astfel, atestăm carențe de divers ordin, care influențează negativ aspectul cercetat de noi și care, în ultimă instanță, generează probleme de ordin medical și psihologic atât pacientului, cât și cadrului medical. Optăm pentru întreprinderea unor măsuri de ordin economic, în primul rând, dar și psihohopedagogice, după profilul investigației noastre, care ar contribui la redresarea urgentă a situației.

Contextul particular este și el bidimensional, vizând poziția medicului și a pacientului, începând cu cultura generală a ambilor, cu valorile asumate și manifestate și terminând cu

abilitățile personale de a face față problemelor profesionale, în cazul medicului și a celor de ordin personal, care sunt vitale, fiind vorba de starea sănătății, în cazul pacientului. Reiterăm aici necesitatea de educație pentru ridicarea nivelului de cultură generală, dar și a celui specific de cultură psihologică și medicală. Or, până la urmă, în fața problemei, persoana suferindă devine mai vulnerabilă, mai stresată, iar comportamentul său în stare de criză poate crea probleme de atitudine și răspuns adecvat din partea medicului. Metodologia noastră optează pentru sensibilizarea și conștientizarea permanentă a acestei situații și, respectiv, necesitatea automatizării unor deprinderi de comunicare echilibrată și empatică, în condiții de stres.

Cadrul teoretic investigat de noi a permis conceptualizarea demersului științific și a relevat trăsături specifice ale comunicării interpersonale medic-pacient de-a lungul istoriei, dar și a creat un suport integrator de normă lingvistică, psihopedagogică și medicală, demonstrând relevanță acestor principii deontologice:

- cultura emoțională, inclusiv empatia – capacitatea de recunoaștere și înțelegere a emoțiilor proprii și ale pacientului;
- 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:
  - ✓ exprimarea la persoana I;
  - ✓ sublinierea importanței convingerilor personale;
  - ✓ feedback specific/necritic;
  - ✓ limbaj neutru, evitarea sarcasmului și cinismului;
  - ✓ discutarea, cât mai curând posibil, a pozițiilor divergente;
  - ✓ congruența dintre limbajul verbal și nonverbal.

Cadrul metodologic din modelul nostru are la bază metodologia didactică modernă, care ne ghidează către implicarea activă şi conştientă a medicinișilor în procesul propriei instruiri – stimularea creativităţii și a învățării prin colaborare, astfel, formăm și dezvoltăm competențe, în cazul nostru, a celor de comunicare interpersonală.

Medicinistul trebuie pus permanent în situația de a face, a judeca, a coopera, a da răspunsuri, a avea păreri, a argumenta, a analiza răspunsurile auzite, a accede individual la identificarea răspunsurilor corecte, din care apoi descoperă cunoștințele noi.

Utilizarea metodelor interactive are ca scop primordial creșterea motivației pentru învățare și a încrederii în sine, asigurând condițiile formării capacității studentului de a interacționa și de a comunica, astfel, pregătindu-se pentru întâlnirea cu pacientul.

În studiul nostru abordăm o metodologie didactică interdisciplinară și interactivă care se înscrie în contextul abordărilor glotodidactice comunicative de orientare umanist-afectivă, migrarea cunoştinţelor, realizată prin intermediul integrării activităţilor glotodidactice cu cele teatrale, care se îndreaptă către un obiectiv comun: o competenţă comunicativă interpersonală medic-pacient eficientă – toate acestea constituie și esența Programului de formare din experimentul pedagogic.

Metodele tradiționale sunt percepute ca depășite, dar acestea pot căpăta o însemnătate esențială, când avem în față un mare număr de studenți, în cazul prelegerii, de exemplu. Atunci când aplicăm metodele tradiționale, relația didactică dintre student și profesor este autocritică, disciplina fiind impusă etc.

Formarea și dezvoltarea competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti am realizat-o direcționat și, în principal, în cadrul Cursului *Limba română și terminologie medicală* și a Cursului *Comunicare și comportament în medicină*, abordând metodele interactive de predare/învățare care constituie, după V. Goraș-Postică (2013), „un suport destul de important al învățământului formativ, prezentându-se drept căi eficiente de facilitare a asimilării de cunoștințe – la nivel cognitiv, de formare a abilităților – la nivel aplicativ, a atitudinilor și competențelor – la nivel integrator-complex, creativ – raportându-se la triada încetățenită din actuala didactică universitară din Republica Moldova” (Goraș-Postică, 2013, p. 66).

Metodele și tehnicile moderne, interactive devin prioritare în formarea de competențe, cu preponderență, a celor de comunicare interpersonală. Astfel, prin întrebuințarea acestor metode, evaluarea este una formativă, stimulează motivaţia intrinsecă. În utilizarea metodelor interactive, relaţia profesor-student este democratică, bazată pe respect şi colaborare.

Învățarea activă se bazează pe următoarele argumente: orientează spre cunoștințe utilizabile; dezvoltă deprinderi de învățare continuă; conduce la toleranță și comportament social interdependent. După cum afirmă autoarea, citată mai sus, „studentul este actantul principal, e cel care caută, descoperă, fiind doar ghidat, supravegheat de profesor; stimulează spiritul de explorare și formează un stil activ de lucru; cultivă autonomia și afișarea propriilor opinii;

stimulează aptitudinile de a surprinde, înțelege și evaluează orientările valorice ale partenerilor de interacțiune; formează experiențe și competențe" (Goraș-Postică, 2013, p. 67).

În final, dar nu în ultimul rând, am situat *profilul profesional al medicului competent*, cu o comunicare interpersonală medic-pacient avansată, caracterizată în mod prioritar ca una calitativă, suportivă și relevantă. Ca indicatori de calitate ai celor trei atribute de bază ale comunicării interpersonale medic-pacient (calitatea, suportivitatea și relevanța) vor fi mai mulți și diverși și îi vom detalia pe parcursul experimentului pedagogic.

Pentru calitatea comunicării interpersonale medic-pacient vom măsura indicatori de performanță, precum: nivelul de profesionalism, de integritate profesională, eficiența, eficacitatea comunicării, claritatea, natura feedback-ului și a rezultatului obținut de pe urma tratamentului, manifestate în procesul de comunicare și evaluate de către pacient, dar și de alți actori sociali etc.

Pentru suportivitate, propunem indicatori din psihologia comunicării medicale, precum gradul de asertivitate, de empatie (înțelegerea), respectul, toleranța medicului etc.

La relevanța comunicării medic-pacient vom estima în ce măsură mesajele situaționale transmise din partea medicului au fost adecvate, au răspuns așteptărilor pacienților, au avut caracter terapeutic/de întremare, dacă au favorizat starea de bine a acestuia sau au creat blocaje psihoemoționale distructive.

Instrumentele aplicate deja la faza de constatare ne permit să concluzionăm asupra unei stări de lucru problematice la capitolul dat și ne servesc ca ghidaje în demersul formativ proiectat, pentru diminuarea situațiilor nefaste și edificarea unor competențe avansate de comunicare interpersonală medic-pacient.

2.6. Concluzii la capitolul 2

1. Comunicarea interpersonală eficientă implică mai mult decât un schimb de informaţii. În relaţia cotidiană medic-pacient, prin aplicarea corectă a tehnicilor de comunicare şi respectarea principiilor etice, medicul poate insufla pacientului speranţă, încredere şi siguranţă de sine, îi îmbunătăţeşte starea de spirit, activizând mecanismele sale de adaptare şi devenind participant activ în procesul de recuperare. Astfel, se construiesc relaţii armonioase,

netensionate şi constructive între medic şi pacient. Procesul de comunicare se transformă într-un procedeu terapeutic, ca abilitate fundamentală a medicului.

2. Competența comunicativă a medicului este una dintre calitățile profesionale importante în exercitarea profesiei. Un medic modern ar trebui să poată crea și păstra relații corecte din perspectiva terapeutică și etică a relației cu pacientul, cu rudele acestuia, cât și în relația cu colegii și societatea etc. Medicul modern este capabil să utilizeze eficient tehnicile de comunicare, să solicite și să furnizeze informații în mod eficient, să aplice corect un palmares divers de strategii de comunicare și relaționare, inclusiv ascultarea activă, explicarea, tăcerea, parafrazarea, empatia, acceptarea, consilierea constructivă și asertivă etc.
3. Metodologia concepută și valorificată de noi în cercetarea de doctorat a fost sintetizată în mod structural în Modelul pedagogic de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti, centrat pe problemele pacientului și considerăm că poate fi recomandată, spre utilizare, cadrelor medicale și didactice din sistem, ca reper pentru ameliorarea formării profesionale inițiale a medicinișților, dar și a formării continue. De asemenea, acesta poate fi extrapolat și la alte domenii sociale, în special, pentru etapa de formare inițială și de instruire a debutanților în profesie, ca perspectivă prioritară în cariera profesională.

3.CADRUL EXPERIMENTAL DE VALORIFICARE A MODELULUI PEDAGOGIC DE FORMARE A COMPETENŢEI DE COMUNICARE INTERPERSONALĂ MEDIC-PACIENT LA MEDICINIȘTI

3.1. Evaluarea inițială a nivelului de dezvoltare a competenţei de comunicare medic-pacient la mediciniști

Medicul își desfășoară activitatea în instituții cu un statut special, cel medical, unde persoanele cu care interacționează se află într-o situație dificilă, delicată – cea de suferind sau bolnav. În acest context, importanța relației medic-pacient capătă o conotație specială în obținerea succesului terapeutic, de care depinde gradul de competență profesională, dar și cel de competență comunicativă. Semnificația științifică a interacțiunii comunicative în relația medic-pacient este amplificată de valorile deontologice. Este imperios necesar, ca această relație să fie bazată pe următoarele principii: egalitate în drepturi, centrare pe nevoile pacientului, adaptarea abordărilor problemelor/patologiilor pacienților de manieră individualizată, nediscriminare, parteneriat/colaborare, transparenţă, loialitate faţă de instituția medicală. Astfel, calitatea relației medic-pacient influențează relevabil stabilirea diagnosticului, complianța terapeutică, conduita terapeutică, adaptarea pacientului la noul statut social, schimbarea comportamentului conform stării de sănătate, dar și calitatea unor activități preventive pentru dobândirea comportamentelor sanogenetice. De calitatea acestei interacțiuni este responsabil medicul, care o gestionează prin acțiunile sale, prin competențele tehnice/profesionale temeinice, dar și prin cele comunicative, aducând celui cu care interacționează speranță, liniște, certitudine, dar și frustrare, furie, durere sau lipsă de speranță. Abordarea acestei relații, din punctul de vedere al competenței de comunicare, constituie un subiect de mare actualitate și foarte delicat, în același timp. Or, instruirea viitorilor medici, în contextul formării competenței de comunicare interpersonală specializată/profesională, este un deziderat absolut necesar al contemporaneității. După cum această interacțiune profesională am descoperit-o, gradual, în investigarea noastră, la fel trebuie abordată și din punctul de vedere al formării competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la mediciniști, viitorii profesioniști în domeniul sănătății, pluri- și transdisciplinar, la toate etapele de instruire.

Cercetarea experimentală a fost centrată pe rezultatele investigației conceptuale privind comunicarea sub variate aspecte, a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, dar și a metodologiei de formare a competenței de comunicare medic-pacient la mediciniști. Astfel, am constatat următoarele competențe specifice în activitatea profesională a medicului – competența de relaționare profesională (medic-pacient, medic-medic/asistentă medicală, medic-

societate), competența lingvistică, competența etică, care însumă ceea ce numim competența de comunicare interpersonală, cu cele trei componente-cheie (cunoștințe, atitudini și valori, abilități și comportamente), care sunt prezentate în capitolul teoretic, dar și analizate din perspectiva metodologică specifică, medicală în capitolul 2, fiind incluse și în documentele de stat de politici medicale, care ne-au servit drept reper pentru elaborarea și valorificarea Modelului pedagogic de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti, centrat pe problemele pacientului și a Programului experimental de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient.

Demersul experimental s-a realizat, pe parcursul anilor de studii 2017-2018, la Facultățile de Medicină și Stomatologie, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu", în următoarele etape – cea de constatare, formare și verificare/control, ca faze aferente experimentului pedagogic integral.

Lotul explorat la experimentul pedagogic (același lot la etapa de constatare, formare și control) s-a constituit din 173 de medicinişti ai USMF „Nicolae Testemițanu", dintre care:

- 128 de medicinişti (grupele S1801, S1802, S1803, S1804, S1805, S1806, S1807, S1808), anul I, Facultatea de Stomatologie – *prelegeri*, dintre aceștea: 32 de studenți (S1801 și S1802) – *seminare*, cursul *Comunicare și comportament în medicină*;
- 14 studenți alolingvi (grupa M1724), anul II, Facultatea de Medicină I și 31 de studenți străini (grupele M1761 și M1770), anul II, Facultatea de Medicină II – *lucrări practice,* cursul *Limba română și terminologie medicală.*

Tehnicile și metodele de investigare experimentală:

- chestionarea, observația, testarea;
- statistice: colectarea de date, metode statistice, utilizate în Programul SPSS; compararea mediilor a două eșantioane;
- de analiză: interpretarea calitativă și cantitativă a rezultatelor experimentului.

Etapa investigației de constatare a fost îndeplinită cu scopul de a evalua nivelul inițial al competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti, la prima etapă având ca reper intervenția investigativă de natură constatativă, ale cărei date au fost necesare în inițierea strategiei de activități valorificate în abordarea multilaterală a studiului realizat, care s-a centrat pe evaluarea inițială a celor trei coordonate stabilite prin problema de cercetare, care interacționează reciproc: cunoștințele (achiziții intelectuale, profesionale/medicale și culturale, pedagogice), abilități și comportamentele, axate pe problemele pacientului și atitudinile, exprimate prin valori, interese, motivație, ce le-am valorificat în elaborarea Modelului pedagogic

de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti, centrat pe problemele pacientului.

Astfel, luând ca temei Modelul pedagogic de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti, centrat pe problemele pacientului, pentru realizarea scopului experimentului de constatare ne-am propus următoarele *obiective operaționale:*

1. depistarea stării existente la momentul preconizării investigației experimentale privitor la nivelul de cunoaștere generală a noțiunilor de comunicare interpersonală și comunicare medic-pacient, asemănările și deosebirile acestora;
2. investigarea atitudinilor față de: importanța gradului de cunoaștere a limbii române în diverse situaţii de comunicare medicală și dacă profesionalismul medicului depinde de competenţa de comunicare interpersonală medic-pacient;
3. identificarea comportamentelor, în care se manifestă competenţa de comunicare medic-pacient, ca parte integrantă a codului deontologic al medicului;
4. determinarea așteptărilor, la nivel metodologic, de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti;
5. analiza și interpretarea datelor experimentului de constatare.

În baza obiectivelor propuse, investigația aplicativă pornește de la următoarele ipoteze operaționale:

- competența de comunicare interpersonală medic-pacient este un element indisolubil formării profesionale a medicinișilor;
- formarea competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, în temeiul Modelului pedagogic de formare a competenței de comunicare medic-pacient la medicinişti, centrat pe problemele pacientului duce inevitabil la creșterea performanțelor profesionale a specialiștilor din domeniul sănătății publice, reducerea și rezolvarea situațiilor conflictuale din cadrul instituțiilor medicale, dar și la starea de bine a pacientului, ca factor determinant în procesul de însănătoșire/recuperare;
- cultura unei comunicări eficiente, promovată în cadrul instituțiilor de învățământ medical și a instituțiilor medicale prestatoare de servicii medicale, având ca reper Modelul pedagogic de formare a competenței de comunicare medic-pacient la medicinişti, centrat pe problemele pacientului, contribuie la instaurarea unui climat profesional favorabil, astfel, diminuând insatisfacția beneficiarului de servicii medicale.

Chestionarul de evaluare inițială, conceput de noi (Anexa 5), a fost elaborat pentru a stabili premisele necesare de demarare a Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti, ca parte a Modelului pedagogic de formare a

competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti, centrat pe problemele pacientului, iar, ulterior, de a îmbunătăți pregătirea inițială a medicinișilor în domeniul comunicării interpersonale medic-pacient, competență ce este, incontestabil, necesară în pregătirea profesională armonioasă. Am gândit acest instrument ca să evaluăm nu doar percepțiile generale în raport cu un fenomen sau altul, ci să obținem informații specifice, de facto, de ordin *cognitiv, comportamental şi atitudinal,* pentru a putea contura un nivel inițial obiectiv al competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti. Cei 11 itemi ne-au dezvăluit necesitatea formării competenței interpersonale medic-pacient, dar și *cunoştințele, atitudinile şi valorile, abilitățile și comportamentele* subiecților față de comunicarea interpersonală, în general, și cea medicală, în special.

Prezentăm, mai jos, corelația itemilor chestionarului, cu elementele și componentele competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, reflectate în Modelul pedagogic de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti, centrat pe problemele pacientului, în următorul tabel:

Tabelul 3.1. Corelația itemilor chestionarului cu elementele și componentele competenței de comunicare interpersonală medic-pacient

Nr.	Item	Element al competenței	Componentă a comunicării interpersonale medic-pacient
I	1. Comunicarea interpersonală vizează...	Cunoștințe	cultură generală
	2. Comunicarea interpersonală medic-pacient se referă la...	Cunoștințe	competență etică
	3. Comunicarea interpersonală medic-medic conține....	Cunoștințe	competență etică
II	1. Asemănările dintre comunicarea interpersonală propriu-zisă şi comunicarea interpersonală medic-pacient.	Cunoștințe	competență etică
	2. Deosebirile dintre comunicarea interpersonală propriu-zisă şi comunicarea interpersonală medic-pacient	Cunoștințe	competență etică
III	1. În arta comunicării medicale sunt necesare...	Abilități, comportamente; Atitudini și valori	competență etică
IV	Gradul de cunoaștere a limbii române este important în diverse situaţii de comunicare medicală	Cunoștințe	competență lingvistică
	Profesionalismul medicului depinde de competența de comunicare interpersonală	Abilități	competență tehnică

	medic-pacient		
	Competenţa de comunicare medic-pacient este parte integrantă a codului deontologic al medicului	Comportament; Atitudini și valori	competență etică
	Consider comunicarea interpersonală medic-pacient esenţială în tratarea pacienţilor	Atitudini și valori	competență etică
	Este necesar un curs de formare a competențelor de comunicare interpersonală medic-pacient la USMF „Nicolae Testemițanu”	Cunoștințe atitudini	competență etică
V	La ce etapă a actului medical consideraţi comunicarea interpersonală medic-pacient ca fiind cea mai importantă (încercuiți): 1. Stabilirea diagnosticului 2. Tratamentul propriu-zis 3. Perioada de convalescenţă	Abilități	competență tehnică, academică
VI	Precizați sensul din perspectiva comunicării, pentru: Consultaţie medicală Consult medical	Cunoștințe	competență tehnică, academică
VII	Care dintre cele trei competenţe de comunicare în *ars medica* o consideraţi majoră. Argumentaţi răspunsul: Medic-pacient Medic-medic Medic-societate	Atitudini și valori	competență etică
VIII	Estimaţi, la general, necesitatea formării competențelor de comunicare interpersonală medic-pacient, subliniind unul dintre următoarele calificative: foarte mare, mare, medie, scăzută, foarte scăzută	Atitudini și valori	competență etică, tehnică
IX	Estimați, la general, necesitatea formării competențelor de comunicare interpersonală medic-medic, subliniind unul dintre următoarele calificative: foarte mare, mare, medie, scăzută, foarte scăzută	Atitudini și valori	competență tehnică, academică
X	Estimați, la general, necesitatea formării competențelor de comunicare interpersonală medic-societate, subliniind unul dintre următoarele calificative: foarte mare, mare, medie, scăzută, foarte scăzută	Atitudini și valori	competență tehnică, etică
XI	Vă rugăm să scrieţi mai jos alte sugestii şi comentarii ale Dvs., la problematica dată:	Cunoștințe comportament	competență tehnică, academică, etică

Primul item din chestionar – „Comunicarea interpersonală vizează...” – a urmărit *definirea conceptului de comunicare interpersonală,* iar „Comunicarea interpersonală medic-pacient se

referă la...” și „Comunicarea interpersonală medic-medic conține...” – a presupus *determinarea gradului de cunoaștere a domeniului dat*, iar răspunsurile obținute se prezintă astfel:

Comunicarea interpersonală vizează, în opinia respondenților: comunicarea între două sau mai multe persoane; schimbul de idei, informații; stabilirea unei discuții cu alte persoane; actul de împărtășire a unei informații; schimb de cunoștințe, emoții sau viziuni; comunicarea persoanelor din aceeași clasă socială în diverse medii; dialogul dintre două persoane; schimb de mesaje; stabilirea unui contact cu o altă persoană, în urma căreia se stabilesc niște relații; orice modalitate de interacțiune între două sau mai multe persoane; abilitatea de a întreține o discuție; abilitatea de a transforma spusele în cuvinte scrise; obținerea unei informații; discuția dintre două persoane; comunicarea între persoane; relatarea unor idei, păreri, informații; conversație; împărtășirea unor informații.

Comunicarea interpersonală medic-pacient se referă la: comunicarea dintre medic și pacient; comunicare profesională; acumularea informației de la pacient; o comunicare personală care redă date despre starea sănătății pacientului; întreținerea unei discuții cu un pacient; o discuție dintre medic și pacient; niște sfaturi date pacientului de către medic; medicul care adresează întrebări și pacientul care răspunde; o comunicare deschisă, respect reciproc; transmiterea reciprocă a informațiilor; modul prin care cei doi interacționează; o comunicare confidențială.

Comunicarea interpersonală medic-medic conține: dialogul dintre 2 medici; schimb de experiențe; schimb de păreri despre pacient; colaborare între 2 medici; schimb de cuvinte, replici între 2 colegi; comunicare profesională; înțelegerea dintre medici; dialogul între 2 persoane cu scopul de a rezolva niște probleme de ordin profesional.

În consecință, constatăm că nivelul de cunoștințe al studenților în domeniul dat este de ordin general, superficiale, cu utilizarea unui limbaj simplu, comun, departe de întrunirea unor rigori ale limbajului profesional și ale ontologiei medicale.

Prin al doilea item „Delimitați asemănările și deosebirile dintre comunicarea interpersonală propriu-zisă și comunicarea interpersonală medic-pacient” – se presupune cunoașterea acestora, prin divizarea acestor două concepte distincte, pentru ca să vedem în ce măsură viitorii specialiști conștientizează aceste lucruri și le raportează direct la calitatea lor potențială de medic profesionist. Palmaresul răspunsurilor docimologice denotă cunoștințe insuficiente în domeniul comunicării, opiniile fiind superficiale, evazive, bazate pe logică și se prezintă astfel:

Tabelul 3.2. Asemănări și deosebiri dintre comunicarea interpersonală propriu-zisă și comunicarea interpersonală medic-pacient

Delimitați *asemănările* dintre comunicarea interpersonală propriu-zisă și comunicarea interpersonală medic-pacient	**Delimitați *deosebirile* dintre comunicarea interpersonală propriu-zisă și comunicarea interpersonală medic-pacient**
• Comunicare benevolă • Schimb de informații • Încredere reciprocă • Respect reciproc • Sinceritate • Dialogul/convorbirea dintre 2 persoane • Stabilirea unui contact între două persoane • Ascultarea atentă • Suport moral • Înțelegere	• Discuția are un scop bine definit • Emoții specifice • Confidențialitatea discuției • Limbaj specific • Anumite criterii specifice • Un singur aspect, cel medical • Are la bază tratarea pacientului • Persoana cu care vorbești are nevoie de ajutor medical • Respectarea unor reguli speciale

Prin itemul trei: „În arta comunicării medicale sunt necesare...” am *depistat calitatea cunoștințelor deontologice și a comportamentelor în medicină* și am descoperit un nivel scăzut, caracterizat prin folosirea sintagmelor de ordin general, logice, sumare, dintre care cele mai relevante sunt: abilități de comunicare; cunoștințe; un vocabular bogat; abilități oratorice; capacitatea de a întreține o discuție; înțelegere și respect; cooperare; multă răbdare; informații diverse despre sănătatea omului; capacitatea de a interacționa cu pacientul; cunoștințe valoroase ce trebuie aplicate în practică; dezinteres financiar; răbdare și prietenie; omenie, optimism, grijă și curaj; cunoștințe de psihologie; cunoștințe generale de comunicare.

Blocul 4 de itemi ne dezvăluie:

1. *importanța cunoașterii limbii române în comunicarea medicală* – „Gradul de cunoaștere a limbii române este important în diverse situaţii de comunicare medicală”;
2. *importanța culturii comunicării în exercitarea profesiunii medicale* – „Profesionalismul medicului depinde de competenţa de comunicare interpersonală medic-pacient”;
3. *legătura competenței comunicative cu aspectele morale ale profesiunii medicale* – „Competenţa de comunicare medic-pacient ca parte integrantă a codului deontologic al medicului”;
4. „Consider comunicarea interpersonală medic-pacient esenţială în tratarea pacienţilor” – este itemul *care reflectă conștientizarea importanței procesului de comunicare interpersonală medic-pacient;*
5. „Este necesar un curs de formare a competențelor de comunicare interpersonală medic-pacient la USMF „Nicolae Testemițanu” – contribuie la *sesizarea importanței formării competenței*

de comunicare interpersonală medic-pacient, dar și conștientizarea valorii culturii comunicării în procesul de educație profesională, ca parte indisolubilă în formarea specialistului competent.

În urma analizei cantitative a răspunsurilor studenților la etapa de constatare putem concluziona că medicinișții chestionați nu realizează pe deplin importanța problemelor abordate prin itemii respectivi, deci am obținut următoarele scale de răspunsuri, relevante, după noi:

Tabelul 3.3. Răspunsuri cantitative la Blocul IV de itemi

Afirmaţii	Acord total	Acord parţial	Neutru	Dez-acord parţial	Dez-acord total
1. Gradul de cunoaștere a limbii române este important în diverse situaţii de comunicare medicală	35 20. 23%	34 19. 65%	44 25. 43%	23 13. 29%	37 21. 39%
2. Profesionalismul medicului depinde de competenţa de comunicare interpersonală medic-pacient	63 36, 42%	35 20. 23%	26 15. 03%	10 5. 78%	39 22. 54%
3. Competenţa de comunicare medic-pacient este parte integrantă a codului deontologic al medicului	45 26. 01%	34 19. 65%	38 21. 97%	27 15. 61%	29 16. 76%
4. Consider comunicarea interpersonală medic-pacient esenţială în tratarea pacienţilor	65 37. 57%	35 20. 23%	42 24. 28%	18 10. 40%	13 7. 51%
5. Este necesar un curs de formare a competențelor de comunicare interpersonală medic-pacient la USMF „Nicolae Testemiţanu”	78 45. 09%	77 44. 51%	15 8. 67%	0 0. 00%	3 1. 73%

Prin itemul V, „La ce etapă a actului medical condideraţi comunicarea interpersonală medic-pacient ca fiind cea mai importantă” – s-a urmărit *evaluarea nivelului de cunoștințe specifice de comunicare medicală și aplicabilitatea practică ale acestora* și am obținut următoarele răspunsuri cantitative:

Tabelul 3.4. Etapa actului medical, la care se consideră comunicarea interpersonală medic-pacient, ca fiind cea mai importantă

Nr.	**Etapa actului medical**	**Nr. respondenți**	**%**
1	Stabilirea diagnosticului	81	46, 82%
2	Tratamentul propriu-zis	30	17, 34%
3	Perioada de convalescenţă	47	27, 17%
1 2	Stabilirea diagnosticului Tratamentul propriu-zis	6	3, 47%
1 2 3	Stabilirea diagnosticului Tratamentul propriu-zis Perioada de convalescenţă	8	4, 62%

Deci stabilirea diagnosticului, după medicinişti, este absolut prioritar şi va fi valorificat în continuare în experimentul pedagogic.

Prin itemul VI: „Precizaţi sensul din perspectiva comunicării, pentru: *consultaţie medicală* şi *consult medical*" – am urmărit *cunoaşterea noţiunilor/conceptelor esenţiale în activitatea profesională ulterioară,* cei mai mulţi dintre respondenţi nu au dat niciun răspuns, dintre ei majoritatea nu cunosc sensul acestor noţiuni, cele mai interesante (nu neapărat corecte!) răspunsuri le prezentăm mai jos:

Consultaţia medicală este: comunicarea cu pacientul; colectarea informaţiei; procesul de tratare; ascultarea pacientului; medic-pacient; momentul când pacientul vine la medic cu o problemă; de a determina cauzele suferinţei bolnavului; o modalitate de a vă informa despre sănătate; este atunci când pacientul vrea să afle dacă este sănătos şi ascultă sfaturile medicului; medicul controlează pacientul; explicarea diagnosticului; pacientul trebuie ascultat cu atenţie; are scopul de a ajuta pacientul; procedura principală de determinare a maladiei; acordarea timpului pentru stabilirea diagnosticului.

C*onsultul medical este:* sfaturile medicului; medic-medic; un act medical; când un medic cere ajutorul altui medic; aceeaşi consultaţie; comunicare deschisă şi directă; orientarea spre o cale corectă, cea a sănătăţii; o analiză mai aprofundată de către medic a pacientului; când medicii îşi dau sfaturi reciproc; ajutorul dat de medic pacientului; comunicarea care se stabileşte între medic şi pacient, cu scop informaţional; anumite etape ce presupun un şir de analize pentru propunerea unui diagnostic; etapa în care medicul realizează investigaţii, trage concluzii asupra bolii şi acordă tratamentul; diagnosticarea unui pacient de către o comisie.

Deci concluzionăm că aceste răspunsuri nu sunt satisfăcătoare şi necesită intervenţie specială în valorificarea acestora, la etapa de formare a medicinişti lor.

Itemul VII „Care dintre cele trei competenţe de comunicare în *ars medica* o consideraţi majoră: medic-pacient, medic-medic, medic-societate" – *a contribuit la identificarea diverselor inconvenienţe (sociale, profesionale, personale, contextuale) proprii procesului de comunicare medicală* şi ne oferă următoarele răspunsuri cantitative:

Tabelul 3.5. Competenţe prioritare de comunicare în *ars medica*

	Medic-pacient	Medic-medic	Medic-societate	Medic-pacient Medic-medic	Medic-pacient Medic-societate	Medic-medic Medic-societate	Medic-pacient Medic-medic Medic-societate
Nr. resp.	84	47	19	9	5	1	8
%	48, 55%	27,17 %	10,98%	5,20 %	2, 89 %	0, 58 %	4, 62 %

Itemii VIII, IX și X „Estimaţi, la general, necesitatea formării competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, medic-medic, medic-societate” – ne-a ajutat la *reliefarea importanței formării competenței de comunicare medicală* și am constatat următoarele:

Tabelul 3.6. Necesitatea formării competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, medic-medic, medic-societate

	Foarte mare	**Mare**	**Medie**	**Scăzută**	**Foarte scăzută**
Medic-pacient					
Nr. respondenți	76	45	29	20	3
%	43, 93 %	26, 01 %	16, 76 %	11, 56 %	1, 73 %
Medic-medic					
Nr. respondenți	84	50	16	20	3
%	48, 55 %	28, 90 %	9, 25 %	11, 56 %	1, 73 %
Medic-societate					
Nr. respondenți	91	38	18	22	4
%	52, 60 %	21, 97 %	10, 40 %	12, 72 %	2, 31 %

Analizând aceste răspunsuri, recunoaștem că este pozitiv faptul că marea majoritate a medicinișilor au considerat ca *foarte mare* necesitatea formării competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, medic-medic, medic-societate, procentul celor care i-au acordat un scor minim, fiind nesemnificativ. Această situație a fost un factor motivant în demararea cercetării noastre.

Itemul XI „Vă rugăm să scrieţi mai jos alte sugestii şi comentarii ale Dvs. la problematica dată” – a vizat *identificarea, formularea unor raționamente teoretice și practice privind importanța comunicării medicale.* Aceste sugestii le-am ilustrat în următorul tabel:

Tabelul 3.7. Raționamente teoretice și practice (sugestii) privind importanța comunicării medicale

Raționamente teoretice	**Raționamente practice**
Este foarte necesar un așa curs, deoarece trebuie să învățăm și să ne dezvoltăm niște tehnici de a interacționa eficient cu pacientul, dar și a lua	Acest curs este de dorit a fi practic, să ne ofere tehnici eficiente de comunicare; Consider, în acest context, că societatea de astăzi

decizii importante, corecte, în timp scurt și sub presiune; Comunicarea dintre medic și pacient este foarte importantă, de aceea ea ar trebui să fie eficientă, rațională și obiectivă. De asemenea, atunci când este comunicat diagnosticul, trebuie ca medicul să-l comunice într-un mod mai exigent, cred că anume comunicarea aceasta pune temelia relației medic-pacient; La nivel internațional, situația este bună, în Republica Moldova este nevoie, inevitabil, de un progres; Este foarte necesar acest curs, dar aș dori să remarc și necesitatea formării abilităților de exprimare corectă în limba română. Am observat că mulți dintre noi, studenții, avem dificultăți în exprimarea gândurilor, deținem un vocabular de exprimare deficitar, nu mai vorbesc de neînțelegerea termenilor medicali; Este extrem de important ca medicii să aibă destulă răbdare, educație și înțelegere, pentru a putea purta o conversație adecvată cu pacienții. Astfel, acești medici vor fi tratați bine de către societate și vor distruge anumite stereotipuri; Comunicarea pentru un medic reprezintă, după părerea mea, cheia succesului. O comunicare eficientă poate duce la un rezultat foarte bun! Un medic bun trebuie să știe particularitățile interacțiunii și comunicării cu pacientul; Cred că anume comunicarea medic-pacient este acea latură care 60% lipsește, actualmente, în practica medicală. Dacă s-ar pune accent pe dezvoltarea ei, probabil, și stabilirea diagnosticului corect ar fi mai aproape de adevăr. Aș vrea ca anume în acest domeniu să se lucreze cu noi, studenții, pentru a direcționa aceste cunoștințe corect și eficace, deoarece noi vom lucra cu oamenii...oameni vii!	necesită o dezvoltare a competențelor de comunicare; Eu cred că pentru o comunicare interpersonală medic-pacient trebuie, din anul I, să interacționăm cu pacienții; Aș dori ca acest curs să ne ofere studii despre situații din viață și sinteza asupra soluționării lor; Să promovăm comunicarea civilizată și onestă a medicului cu pacientul; Aș dori la acest curs să vorbim și despre comunicarea veștilor proaste și să discutăm cazuri clinice; Cum trebuie să procedăm cu persoanele problematice, care ar căuta mereu ceartă? Propun de efectuat cursuri de formare a competențelor de comunicare medic-pacient și medic-societate. Societatea este slab informată și instruită la acest domeniu.

În urma analizei răspunsurilor oferite de medicinștii chestionați la etapa inițială a experimentului pedagogic s-au depistat diverse lacune din punct de vedere științific, academic, răspunsuri ambigue, evazive, incomplete sau lipsa răspunsurilor la unele întrebări, ceea ce a constituit premisa de a iniția și desfășura procesul de formare instituțională și coerentă a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la mediciniști, în temeiul Modelului pedagogic de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la mediciniști, centrat pe problemele pacientului.

3.2. Valorificarea experimental-formativă a Modelului pedagogic de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti, centrat pe problemele pacientului

Etapa investigației de formare a competenței de comunicare medic-pacient la medicinişti a constituit etapa experimentală principală și a inclus verificarea și validarea metodologiei de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, în temeiul Modelului pedagogic de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti, centrat pe problemele pacientului, prin intervenția formativă, declanșată în procesul de instruire a subiecților selectați pentru eșantionul formării competenței de comunicare interpersonală medic-pacient.

Scopul experimentului de formare a constat în valorificarea metodologiei de formare a competenței de comunicare, având ca reper Modelul pedagogic de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti.

Obiectivele operaționale principale ale etapei de formare au fost:

1. Validarea metodologiei de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, prin intervenția formativă declanșată în procesul de instruire a subiecților selectați;
2. Valorificarea Modelului pedagogic de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti, centrat pe problemele pacientului;
3. Implementarea Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti, în contextul academic/universitar de formare inițială a specialiștilor în medicină, ca parte integrantă a Modelului pedagogic de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti.

Experimentul de formare s-a axat pe predarea creativ-inovativă integrală a cursului *Comunicare și comportament în medicină,* la studenții anului I, Facultatea de Stomatologie și a cursului *Limba română și terminologie medicală,* la studenții anului II, sem. III, Facultățile de Medicină I și Medicină II și a urmat logica Modelului pedagogic de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti, în general, și a Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti, în special.

În acest mod, ne-am propus să formăm competența de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti, prin prelegeri, seminare și lucrări practice, ce s-au axat pe predarea inovativă a unor conținuturi curriculare de manieră creativă, prin utilizarea contextualizată a unui ansamblu de metode și tehnici de comunicare, inclusiv în baza experienței personale a medicinișilor. La prima activitate practică cu studenții din cadrul seminarului introductiv am

aplicat tehnica *Ce știu, ce vreau să știu, ce am învățat*, pentru a determina în mod calitativ ce cunoștințe posedă studenții, cu referire la comunicarea medicală.

Conform acestei tehnici, am identificat subiectele de care sunt interesați respondenții acestui experiment formativ, ceea ce a condus la elaborarea unităților de conținut, care au vizat formarea competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti. Spre deosebire de aspectele cognitive constatate în faza inițială, în baza chestionarului, aici am descoperit următoarele:

Tabelul 3.8. Tehnica *Ce știu, ce vreau să știu, ce am învățat*

Ce știu **despre comunicarea medicală**	***Ce vreau să știu*** **despre comunicarea medicală**	***Ce am învățat*** **despre comunicarea medicală**
- face parte din comunicarea interpersonală; - este o discuție profesională; - este un dialog între 2 persoane – medicul care tratează și pacientul care are nevoie de ajutor; - trebuie să se bazeze pe încredere și respect etc.	- care sunt asemănările și deosebirile dintre comunicarea propriu-zisă și comunicarea medic-pacient; - ce este consultația medicală și consultul medical; - cum construiesc o relație eficientă cu pacientul; - ce comportamente aplic în relația cu pacienții și colegii; - tehnici de comunicare eficientă cu pacientul, cu societatea, cu colegii; - cum să evit conflictele cu pacienții; - cum să evit barierele în comunicare; - cum să folosesc eficient metacomunicarea în relația cu pacientul etc.	- importanța comunicării în relația medic-pacient; - importanța metacomunicării în relația medic-pacient, - diferite metode de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient; - mai multe tehnici de comunicare eficientă cu pacientul; - cum să evit conflictele cu pacienții; - cum să evit barierele în comunicare etc.

Deosebirea esențială între răspunsurile la chestionar și cele pe care le-am obținut constă în faptul că ele se raportează direct la cursul universitar conceput și vizează cunoștințe, abilități și comportamente, atitudini așteptate de la viitorul demers formativ.

În acest context, în cadrul experimentului formativ s-a implementat un Program de formare, ca parte a Modelului pedagogic de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti centrat pe problemele pacientului, prezentat în Anexa 1.

În baza Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient s-a propus Tematica Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti, la cursul Comunicare și comportament în medicină, pe care o expunem în Anexa 2.

Medicinişti prezintă particularităţi psihoindividuale de abordare didactică, de aceea se cere folosirea unui ansamblu de metode de predare care să le pună în valoare potenţialul și experiența

lor cotidian-culturală. În demersul dat, am pus studentul permanent în situația de a face, a judeca, a coopera, a da răspunsuri, a avea păreri, a argumenta, a analiza răspunsurile auzite, a accede individual la identificarea răspunsurilor corecte, din care apoi a descoperit cunoștințele noi.

Conform teoriei și practicilor îndelungate, metodele tradiţionale, pe care nu le-am neglijat în experimentul formativ, au următoarele caracteristici, de care noi am ținut cont în procesul de predare-învățare: pun accent pe însuşirea conţinutului; sunt axate pe activitatea profesorului de predare, studentul fiind obiectul instruirii, deci comunicarea este unidirecțională; sunt comunicative, orientate spre produsul final etc.

Metodele moderne, care au fost pe larg aplicate de noi, la rândul lor, acordă prioritate dezvoltării personalităţii studenților, țintind aspectul formativ al educaţiei.

Mai jos, prezentăm, prin comparaţie, cele două metodologii de învăţare – tradiționale/clasice și moderne/interactive, pe care le-am valorificat în demersul nostru formativ:

Tabelul 3.9. Elemente comparative dintre metodologia tradiţională/clasică şi cea modernă/interactivă *(după Eţco et al., 2007, pp. 71-72)*

	METODE TRADIȚIONALE/ CLASICE	**METODE MODERNE/ INTERACTIVE**
1	Memorarea şi reproducerea fidelă a cunoştinţelor transmise de cadrul didactic universitar	Solicitarea experienţei proprii şi studierea individuală
2	Competiţia între studenți, cu scop de ierarhizare	Promovează învăţarea prin colaborare şi cooperare
3	Studiul individual al studentului	Pune accent pe dezvoltarea gândirii în raport cu ceilalţi
4	Profesorul asigură însuşirea temeinică şi sistematică a cunoştinţelor predate	Profesorul este moderator și partener de învăţare
5	Studentul încearcă să reţină şi să reproducă ideile auzite	Studentul exprimă puncte de vedere proprii, referitoare la subiectul abordat
6	Studentul acceptă informaţia dată	Studentul îşi pune întrebări, cu scopul de a înţelege lucrurile, de a realiza sensul unei idei
7	Slabă participare, neimplicare, lipsă de iniţiativă, supunere	Iniţiativă, creativitate, spirit întreprinzător
8	Studentul este dirijat în gândire şi acţiune	Studentul este temerar, îşi asumă riscurile, participă şi se implică personal, dă dovadă de gândire critică, creativă, liberă
9	Măsurarea şi aprecierea cunoştinţelor *(ce ştie* studentul)	Măsurarea şi aprecierea competențelor (*ce ştie şi ce poate să facă* studentul)
10	Atenție deosebită pe aspectul cantitativ al cunoștințelor	Accent pe elemente de ordin calitativ

Proiectarea și implementarea metodelor de predare/învățare, în educația medicală superioară, conține unele specificități, dacă ne raportăm la învățământul superior, în general – spiritul de cercetare științifică medicală, creativitatea practică și teoretică, dezvoltarea capacității

de luare a deciziilor sub presiune, empatie, toleranță, asertivitate, respectul total al vieții etc. Astfel, în formarea și dezvoltatea multiplelor competențe specifice, necesare în practica medicală, se impun din multitudinea de metode și tehnici de predare-învățare, acelea care sunt adecvate scopurilor, obiectivelor moderne ale educației universitare medicale, care exprimă nu doar aspecte mărunte de ordin tehnic, ci o filosofie a educației, având și o „valoare euristică, prin încorporarea unor atitudini și comportamente intelectuale și afective și deci au valoare formativă pentru studenți" (Vinţanu, 2001, p. 148).

Formarea și dezvoltarea competențelor de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti s-a realizat direcționat și, în principal, în cadrul cursului *Comunicare și comportament în medicină*, abordând metodele interactive de predare-învățare, care constituie un suport esențial al educației formative, o cale eficientă de facilitare a asimilării de cunoștințe – la nivel cognitiv, de formare a abilităților – la nivel aplicativ, a atitudinilor și comportamentelor – la nivel integrator – complex, creativ.

Ca primă treaptă a experimentului de formare, a constituit *prelegerea universitară*, care este o formă de expunere multilaterală și cu un caracter conceptual, fiind structura esențială a didacticii universitare. Metodele tradiţionale, în cadrul prelegerii, le-am aplicat în baza principiilor moderne ale participării conştiente şi active ale studentului. Acestea au dobândit o eficacitate deosebită în condiţiile prelegerii, la un număr mare de studenți, având un nivel cultural care să le asigure acestora accesul la mesajul informaţional transmis, raportat la unitatea restrictivă de timp.

În această ordine de idei, menționăm că în cadrul prelegerilor s-a optat pe *metoda expunerii* problematizate de informații incluse în Program, dar am adus multe informații teoretice/conceptuale, investigate în capitolele 1 și 2 ale cercetării noastre, astfel, facilitând trecerea de la cunoscut la necunoscut, de la proiect la acțiune, de la deziderat la realitate. În cadrul prelegerilor, am apelat și la *metoda conversației euristice*, prin care am valorificat potențialul intelectual al medicinișilor în domeniul comunicării interpersonale, de unde am dedus unele percepte în comunicarea medicală.

La finalul cursului, am provocat studenții, pentru a îndeplini funcțional o sarcină individuală, care s-a materializat, prin redactarea unui eseu la tema: *Comportamentul este oglinda în care fiecare îşi exprimă propria imagine*, prin care s-au pus în valoare cunoștințele conceptuale despre comportamentul uman, la modul general, și armonios interpretat conceptul de comportament și comunicare în medicină.

Așa cum în didactica universitară medicală, în general, dar în cazul experimentului nostru, în special, practicăm pe larg *seminarul*, care este unul complementar prelegerii – teoretic și

aplicativ, ca activitate fundamentală, în scopul consolidării și sistematizării cunoștințelor, evaluării asimilării acestor cunoștințe; familiarizării cu tehnicile de activitate intelectuală și științifică; aplicării acestora în formarea de competențe specifice, în cazul nostru – de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, astfel, motivând studenții în obținerea de atitudini, abilități și comportamente, atât de necesare în exercitarea eficientă a profesiunii viitoare. Deci seminarul didactic universitar a acoperit cele trei dimensiuni fundamentale ale educației universitare medicale – cognitive, axiologice și praxiologice, valorificate și în Modelul pedagogic de formare a competenței de comunicare interpersonală medici-pacient la mediciniști centrat pe problemele pacientului.

Pentru atingerea obiectivelor propuse la cursul *Comunicare și comportament în medicină*, în cadrul seminarelor, am practicat tehnicile interactive de predare-învățare-evaluare, care se bazează pe dezvoltarea gândirii critice și creative: *Discuția ghidată, Graficul T, Jocul de rol, Studiul de caz etc.,* deoarece potențialul lor pedagogic poate fi exploatat pe toate cele trei dimensiuni ale procesului de învățământ: predare-învățare-evaluare, care dezvoltă toate tipurile de inteligență, inclusiv cea interpersonală. Prin strategiile didactice interactive, am format și dezvoltat competențe, în cazul nostru, cele de comunicare interpersonală medic-pacient într-un mod cât mai aproape de realitatea activității profesionale.

O altă metodă, frecvent aplicată în practica formării și dezvoltării competenței de comunicare, a fost *studiul de caz,* care constă, în mod obișnuit, din confruntarea studentului cu o situație reală de viață, prin a cărei observare, înțelegere, interpretare, urmează să realizeze un progres în cunoaștere și formarea de atitudini și abilități profesionale. Această metodă se numără printre cele mai eficiente metode de formare a anumitor competențe profesionale. Particularitățile valorificate de noi ale *Studiului de caz* au constat, în principal, în prezentarea unei situații profesionale reale, cu angajarea celui care se formează, de a reflecta global asupra situației prezentate. Beneficiile *Studiului de caz*, pe care le-am explorat, sunt următoarele:

- dezvoltă gândirea critică, soluţionarea de probleme şi luarea de decizii;
- oferă experienţe reale şi practice;
- ajută la testarea cunoştinţelor și la formarea de abilităţi, comportamente și atitudini.

Lansarea cazului am realizat-o în mai multe forme (scrisă/audio/video), prezentând o situație problematică, reală din activitatea medicului, în cazul nostru. Prezentarea *Studiului de caz* în format video, însă le oferă medicinișilor posibilitatea nu numai de a elucida greșelile de exprimare, dar și a urmări modul de comunicare nonverbală, comportamentul.

Ex. - Am prezentat 3 cazuri în scris, câte un caz pentru fiecare 2 studenți și am formulat sarcina de a interpreta aceste roluri, conform viziunii proprii. Interpretările studenților au fost

filmate, apoi analizate și discutate detaliat. Interpretările video, cele mai reușite, le-am utilizat ca *Studiu de caz,* enunțând inițial sarcinile: *Ce modele de relație medic-pacient observați? Ce înțelegeți din comunicarea nonverbală a acelor doi subiecți? Ce tehnici de comunicare sunt aplicate? Ce greșeli de exprimare ați depistat? Care dintre variantele de comunicare prezentate sunt acceptate, argumentați?!* etc.

În cadrul cursului *Comunicare și comportament în medicină,* care este o disciplină de cultură generală și de formare a competenței de comunicare profesională, în Suportul de curs *Comunicare și comportament în medicină* (Ojovanu et al., 2016) sunt expuse numeroase situații de problemă sau studii de caz, prin care se impun schimbul de păreri, opinii, dar și prezentare de argumente sau formulare de întrebări și răspunsuri, și atunci am recurs la următoarele tehnici didactice: *Discuția ghidată, Graficul T* etc.

La *Discuția ghidată,* ca tehnică eficientă de antrenare într-o discuție în demersul educațional, de a obține formarea unor *comportamente, abilități* ce impun schimbul de idei, opinii, argumente, formularea de precepte, concluzii, întrebări, am aplicat următorul algoritm contextual:

- în baza textului *Ciuma* (fragment) de Albert Camus (Anexa 8), am formulat subiectul discuției: *Comportamentul urban al omului modern față de comportamentul uman descris în textul prezentat*;
- am ghidat riguros discuțiile studenților, prin întrebări ajutătoare, ca de exemplu: *De ce credeți asta? Argumentați;*

Spre final, studenții au formulat câteva concluzii generale despre comportamentul uman, apoi unele idei de comportamente umane, cu aplicare în medicină, de exemplu:

- ✓ comportamentul nu poate fi înțeles fără referire și la acțiunile interne, cum ar fi gândurile, emoțiile, reprezentările etc.;
- ✓ comportamentul uman este rezultanta interacțiunii organismului cu mediul natural și social, mediat de particularitățile individuale;
- ✓ comportamentul reprezintă totalitatea manifestărilor exterioare sau mintale;
- ✓ ereditatea reprezintă transmiterea caracterelor psiho-fizice de la părinți la descendenții lor şi presupune dezvoltarea unei trăsături comportamentale înnăscute;
- ✓ oamenii etalează anumite scenarii comportamentale, în funcţie de felul în care percep și înțeleg realitatea;
- ✓ comportamentele umane sunt dictate de mediul înconjurător;
- ✓ cunoașterea comportamentului uman devine importantă și în medicină. Se cunoaște că

- ✓ nu bolile infecțioase reprezintă, de cele mai multe ori, cauza principală a mortalității, dar cele cardiovasculare, cancerul etc., care sunt determinate, în mare parte, de comportamente nocive, dăunătoare;
- ✓ comportamentul în medicină poate fi sanogenetic sau cu risc pentru sănătate. Comportamentul sanogenetic cuprinde: cunoștințe, valori, convingeri, idealuri, acţiuni legate de menţinerea, restabilirea sau îmbunătăţirea stării de sănătate, pe când comportamentul cu risc pentru sănătate include acele acțiuni și activități care cresc probabilitatea de îmbolnăvire, de exemplu: fumatul, consumul de droguri, sedentarismul, alimentația nesănătoasă, neechilibrată etc.
- ✓ în medicină devine foarte importantă educarea sau modelarea preventivă a comportamentului sanogenetic.

O tehnică de argumentare, folosită de noi pe larg în comunicarea didactică, a fost și *Graficul T,* prin care se acumulează argumente și contra-argumente în raport cu o afirmație, având ca scop, în principal, formarea de atitudini și valori. În cazul nostru, am apelat mai frecvent la această tehnică, pentru a face studenții să înțeleagă că atât în comunicarea diagnosticului, cât și a tuturor manipulărilor/tratamentelor/investigațiilor este necesar de a fi discutat cu pacientul însuși și a-i solicita acordul (în scris!), în conformitate cu normele legale, aprobate în Republica Moldova.

Algoritm: prezentarea cazului (Anexa 9). Algoritmul folosit a inclus următoarele sarcini didactice:

- Examinați atent acest caz;
- Întrebare-problemă: A fost oare corectă decizia medicilor de a primi doar acordul copiilor pacientului?;
- Emiteți și înscrieți argumentele/contra-argumentele în tabel (Anexa 9);
- Formulați fiecare în parte decizia finală în raport cu problema abordată.

În baza discuțiilor *pro* și *contra,* a Legii R. M. nr. 264 din 27. 10. 2005 *Cu privire la exercitarea profesiunii de medic*, a Legii nr. 263 din 27. 10. 2005 *Cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului* și a *Codului deontologic al lucrătorului medical şi al farmacistului,* toți studenții au fost de acord cu următoarea afirmație: medicul este obligat să comunice orice informație legată de sănătate/boală; tratament/investigații/manipulări, în primul rând, pacientului, și să primească de la acesta acordul informat, în scris, ca mai apoi, cu acceptul acestuia, să comunice și cu membrii familiei.

Tehnicile de *comentare a citatelor/textelor, de discuții ghidate și de dezbateri pe marginea problemelor controversate din practica medicală* au ajutat studenții la înțelegerea profundă a principiilor deontologice, morale/etice, cât și a celor legale, iar nouă, în calitate de cadre didactice, ne-a revenit rolul de mediere a opiniilor, de stabilire a accentelor pe perceptele considerate etice/morale, deontologice, dar și pe cele de ordin legal.

Exemplu: Comentați afirmația: „Profesia medicală este incompatibilă cu duritatea, apatia, ignoranţa, indiferenţa, aroganţa, nerăbdarea etc., care afectează şi discreditează atât autoritatea unui membru, în parte, cât şi a colectivului profesional, a medicinii, în ansamblu (…)" (discuțiile s-au axat pe cadrul legal, și anume: *Codul deontologic al lucrătorului medical şi al farmacistului*, Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 192 din 24. 03. 2017).

Pentru formarea și dezvoltarea competenței de comunicare în cadrul cursului *Comunicare și comportament în medicină,* la activitățile practice, am utilizat frecvent și *Jocul de rol* ca metodă interactivă de predare-învățare, bazată pe simularea unor funcții, relații, activități, fenomene, sisteme etc., care urmărește *formarea comportamentului profesional, formarea de abilități și atitudini,* pornind de la simularea unei situații reale, prin arta dramatică, și având ca model *Ghidul Calgary-Cambridge pentru realizarea istoricului medical – procesul de comunicare* (Anexa 7).

Algoritm de realizare:

- Studenții au fost împărțiți în grupuri a câte 4-6 persoane;
- Li s-a prezentat o fișă cu câte o descriere amănunțită a unei maladii sau le-am prezentat un film didactic medical despre o maladie (de 3-5min.);
- Studenții au citit atent textul/privit video-ul, apoi au explicat, cu ajutorul dicționarului, termenii medicali necunoscuți;
- Au extras informația despre semne și simptome, diagnostic, tratament, cauze și prevenție;
- În baza acestei informații, având ca model Ghidul Calgary-Cambridge (Anexa 7), au alcătuit dialogul dintre medicul specialist și pacient;
- Situația de simulat a fost supusă analizei sub aspectul statusurilor și categoriilor de interacțiuni implicate;
- Din fiecare grup s-au ales 2 actori care, mai apoi, fiecare dintre ei a învățat individual rolul, prin studierea dialogului elaborat, pentru a-și înțelege pe deplin rolul și a-și concepe stilul propriu de interpretare;

- Ceilalți studenți au devenit observatori – au completat Fișa de observație (Tabelul 3.10., p. 118); după discuții, rolurile s-au inversat: cei care au fost actori – au devenit observatori, iar observatorii au devenit actori; cei care au fost pacienți – au devenit medici etc.
- Prestația studenților a fost filmată, astfel, la dezbaterea modului de interpretare s-au putut relua secvențele în care nu s-au obținut comportamentele așteptate ori s-au produs erori de exprimare. La dezbatere au participat toți studenții. Interpreților-medici li s-au dat prioritate pentru a comunica ceea ce au simțit.

În concordanță cu elementele competenței – *cunoștințe, atitudini, abilități și comportamente,* din Modelul pedagogic de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la mediciniști, centrat pe problemele pacientului, am elucidat componentele acestora, integrându-le în tabelul de mai jos, după cum urmează: empatie, autocontrol, ascultare activă, respect, toleranță, capacitatea de influențare, persuasiune, negociere, asertivitate. În rezultatul evaluării *Fișei de observație a nivelului competenței de comunicare interpersonală*, completată de către mediciniști în urma aplicării metodei *Jocul de rol*, în aulele universitare, dar și la orele de asistență, în saloanele de spital, pentru studenții din anul 2.

În consecnță, am obținut următoarele răspunsuri cantitative și calitative, ce caracterizează principalele trăsături ale comunicării interpersonale-medic pacient, care, pe de o parte, asigură un confort emoțional al pacientului, prin centrare pe problema sa, dar, pe de altă parte, ajută viitorul medic să conștientizeze că actul de comunicare medic-pacient constituie esența abordării profesioniste a pacientului și a patologiei sale.

Tabelul 3.10. Fișa de observare a nivelului competenței de comunicare interpersonală medic-pacient

FIȘA DE OBSERVARE A NIVELULUI COMPETENȚEI DE COMUNICARE INTERPERSONALĂ MEDIC-PACIENT

Data completării fișei de observare_____

Numele observatorului_____

Numele, prenumele studentului/ei_____

Grupa_____ anul_____

Instrucțiuni: Apreciați cu ***V*** una dintre variantele: *înalt, peste mediu, mediu, minim, sub minim*

	Variabile	**Înalt**	**peste mediu**	**mediu**	**minim**	**sub minim**
1.	**Cultura emoțională:**					
	Recunoașterea, perceperea și simțirea emoțiilor pacientului	**28** 87, 50 %	**1** 3, 13 %	**1** 3, 13 %	**2** 6, 25 %	
	Înțelegerea trăirilor pacientului la nivel cognitiv și emoțional	**30** 93, 75 %	**1** 3, 13 %	**1** 3, 13 %		
2.	**Autocontrolul:**					

	Atitudine calmă, relaxată	**29** 90, 63 %	**2** 6, 25 %	**1** 3, 13 %		
	Disponibilitatea de a comunica	**32** 100%				
3.	**Ascultarea activă:**					
	Aprobarea/dezaprobarea mesajului	**32** 100%				
	Stabilirea contactului vizual	**30** 93, 75 %	**1** 3, 13 %	**1** 3, 13 %		
	Poziția corpului puțin înclinată	**26** 81, 25 %	**4** 12, 50 %	**2** 6, 25 %		
	Identificarea emoției, stării sufletești, pe care o trăiește pacientul	**28** 87, 50 %	**1** 3, 13 %	**3** 9, 38 %		
	Identificarea originii și cauzei acestei emoții	**28** 87, 50 %	**1** 3, 13 %	**3** 9, 38 %		
	A răspunde pacientului într-un mod prin care să înțeleagă că ați făcut legătura între cele 2 precepte de mai sus	**28** 87, 50 %	**2** 6, 25 %	**2** 6, 25 %		
4.	**Respectul**					
	Interesul manifestat prin întrebări minuțioase în raport cu strarea de sănătate	**32** 100%				
	Manifestarea empatiei	**30** 93, 75 %	**2** 6, 25 %			
	Tonul vocii jos, calm	**32** 100%				
	Acceptatea deciziei pacientului față de investigații și tratament	**27** 84, 38 %	**3** 9, 38 %	**2** 6, 25 %		
5.	**Toleranța:**					
	Atitudine pozitivă față de pacient – bunăvoință	**32** 100%				
	Manifestarea interesului față de părerea pacientului	**32** 100%				
	Nu manifestă idei preconcepute	**32** 100%				
	Acceptă diversitatea	**32** 100%				
6.	**Capacitatea de influențare, persuasiune, negociere**					
	Gradul de credibilitate	**27** 84, 38 %	**3** 9, 38 %	**2** 6, 25 %		
	Gradul de sinceritate	**30** 93, 75 %	**2** 6, 25 %			
	Susținerea afirmațiilor cu argumente logice	**29** 90, 63 %	**3** 9, 38 %			
	Câștigarea încrederii pacientului	**32** 100%				
	Evitarea exprimării vagi	**30** 93, 75 %	**2** 6, 25 %			
	Abordarea unui limbaj pozitiv, clar și calm, dar, în același timp, convingător	**30** 93, 75 %	**2** 6, 25 %			

7.	**Asertivitatea:**					
	Exprimarea la persoana I	**32** 100%				
	Sublinierea importanței convingerilor personale	**32** 100%				
	Feedback	**32** 100%				
	Limbaj neutru	**31** 96, 88 %	**1** 3, 13 %			

Ca urmare a analizei acestor rezultate, putem constata următoarele: majoritatea medicinișilor au obținut gradul înalt al nivelului de competență interpersonală medic-pacient, ceea ce denotă o conștientizare avansată a necesităților de formare în domeniu și valorilor-cheie care trebuie să caracterizeze deontologia procesului de comunicare medic-pacient.

În baza Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, am selectat Tematicile Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la mediciniști, la cursul *Limba română și terminologie medicală*, pe care le prezentăm în Anexele 3 și 4 și care includ o listă amplă de conținuturi academice cu caracter funcțional, direcționate spre formarea și dezvoltarea competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la mediciniști.

Pentru atingerea obiectivului propus, la Cursul *Limba română și terminologie medicală*, am apelat la tehnicile moderne de predare-învățare care se bazează pe dezvoltarea gândirii critice și creative: *Ciorchinele; Mozaicul; SINELG-ul; Glottodrama*, *Cinquan-ul* etc.

Tehnica SINELG, ca stil interactiv de notare pentru rentabilizarea lecturii și a gândirii, este o tehnică de lectură interogativă/analitică a unui text, pe care am aplicat-o după ce am actualizat unele informații. Această tehnică ne-a ajutat la monitorizarea înțelegerii textului scris, fiind și o modalitate de a face lectura funcțională a textului științific, dar și de dezvoltare a competențelor de comunicare a studenților, algoritmul aplicat fiind următorul:

a) Pregătind studenții pentru SINELG, am ghidat discuția prin intervenții și întrebări, care a scos în evidență informații înrudite celor din text;

Ex. – *Care este organul principal al sistemului respirator? Cum expirăm și inspirăm? Care sunt funcțiile plămânilor? Ce afecțiuni ale plămânilor cunoașteți? Care sunt cauzele apariției maladiilor plămânilor?*

b) Informațiile actualizate în acest fel s-au înscris laconic în rubrica *V* din tabelul de mai jos (Tabelul 3. 11.);

c) După etapa evocării, am dat instrucțiunile necesare pentru SINELG:

Citiți atent textul: *Sistemul respirator – plămânii* (Anexa 10);

– scrieți un „V” pe margine, dacă informația citită este cunoscută;

Ex. - studenții au pus semnul respectiv la *definiția plămânilor, inspirație, expirație* etc.

– scrieți un „–” pe margine, dacă informația (sau un cuvânt) pe care ați citit-o este diferită de ceea ce știați sau credeați că știți.

Ex. - sensul cuvintelor – *saci, fisură* etc.

– scrieți un „+” pe margine, dacă informația (sau un cuvânt) pe care ați citit-o este necunoscută, ați aflat-o acum.

Ex. - cuvinte necunoscute – *dilatarea, lăsarea, îngustarea, diafragmă, bolții diafragmei, alveole, evacuat, randament, parenhimatos, rozaliu, tubuloacinos, piramidei, delimitați* etc.

- scrieți un „?” pe margine, dacă informația pare neclară și necesită o documentare suplimentară;

Ex. – informația despre proprietățile plămânilor; cum se măsoară volumul de aer inspirat şi expirat etc.

d) În procesul lecturii, studenții au aplicat pe marginea textului semnele SINELG- ului;

e) După ce s-a încheiat lectura, s-au analizat semnele puse pe margini. S-a insistat cel mai mult asupra semnelor „-” și „+”.

A urmat o discuție despre presupuneri/cunoștințele anterioare despre plămâni și procesele funcționale ale acestora, apoi confirmări/contestări. O mare parte a timpului a fost rezervată traducerii termenilor necunoscuți, explicarea acestora, plasarea în alte enunțuri a termenilor nou-însușiți.

Ex. - cu ajutorul dicționarului, am explicat semnificația cuvântului *a dilata – a (-și) mări volumul sub acțiunea căldurii*; *a se mări, a se lărgi,* am numit sinonimele (*a se umfla*) și antonimele (*a se comprima, a se retracta*), solicitându-le studenților să alcătuiască câte un enunț cu fiecare lexem:

- Anevrismul este *dilatarea* anormală a unei artere din cauza slăbirii peretelui vasului de sânge.
- Prin *retractarea* toracelui şi ridicarea bolţii diafragmei, aerul este evacuat din plămâni, realizându-se expiraţia.
- Apele râului, după ploaie, *s-au umflat*.
- Bursa studenților de la medicină, în acest an, *s-a mărit* considerabil. Haina purtată de tine *s-a lărgit*.

Tabelul 3.11. Tabel rezumativ al SINELG-ului la tema *Sistemul respirator – plămânii*

V ***Știam***	***+*** ***Accept***	***-*** ***Știam altfel***	***?*** ***Am nevoie de documentare***
Ce sunt plămânii	*Dilatarea*	Sensul cuvântului *saci*	*Care sunt proprietățile plămânilor*
Ce este inspirația	*Lăsarea bolții diafragmei*	Sensul cuvântului *fisură*	*Cum are lor măsurarea volumului de aer inspirat și expirat*
Ce este expirația			
Că sunt 2 organe Pereche	*Evacuat*		

Tehnica *Ciorchinele*, oricât de utilizată este în mediul pedagogic de la toate treptele de școlaritate, în contextul pedagogic medical, recurgem la ea pentru etapa de actualizare a structurilor învăţate, studenții fiind puşi în situaţia de a stabili conexiuni între elementele studiate și de a ordona gândurile, dar și de a se implica activ în procesul de gândire asupra celor învățate.

Algoritmul aplicat:

Studenții au scris un cuvânt sau o expresie nucleu în centrul unei foi de hârtie (exemplu: *Maladii,* Anexa 11);

Au fost invitaţi să scrie cât mai multe cuvinte sau expresii care le vin în minte despre subiectul selectat până la expirarea timpului. Exemplu: *cardiovasculare, digestive, infecțioase* etc.;

– cuvintele au fost legate de noţiunea de bază prin linii. Exemplu – *maladii → cardiovasculare → infarctul miocardic, maladii → digestive → pancreatita, maladii → infecțioase → hepatita.*

La finalul exerciţiului s-a comentat întreaga structură, cu explicatiile de rigoare, s-au numit semnele și simptomele bolilor enumerate, s-au enumerat cauzele apariției acestora etc. și fiecare student și-a ales câte o maladie, pe care a caracterizat-o, dezvoltând, astfel, competența de comunicare.

Exemplu: C*aracterizarea maladiei digestive – gastrita, conform criteriilor: definiție, cauze, semne și simptome, diagnostic, tratament, prevenție* (Anexa 12).

Mozaicul a fost una dintre numeroasele tehnici de învăţare prin cooperare, cu rezultate impresionante în experimentul de formare, inclusiv în dezvoltarea competenței de comunicare interpersonală la medicinişti. Modul de realizare, propus în literatura pedagogică și practicat de noi, în contextul universitar de profil medical, s-a axat pe următorul algoritm:

1. Am împărțit o temă în 4 subteme. Exemplu: Tema – Maladii infecțioase am împărţit-o în Parotidita epidemică, Rujeola, Scarlatina, Tusea convulsivă.

2. Studenții au primit următoarele sarcini: Citiți atent textul; traduceți cu ajutorul dicționarului termenii necunoscuți. Depistați în text criteriile de caracterizare a maladiilor, subliniați-le: definiție, cauze, semne și simptome, diagnostic, tratament, prevenție.
3. Apoi, cei care au avut același text au format câte un grup (4 grupe). Astfel, fiecare grup a studiat detaliat o boală, folosindu-se de textele distribuite.
4. După aceea, medicinиștii au format grupuri noi. Fiecare grup nou a format un „mozaic'' care a avut câte un student din cele 4 grupuri inițiale, fiecare grup a avut câte un „expert'' în cele 4 boli infecțioase.
5. Noul grup a desfăşurat o activitate care a necesitat asumarea de către studenți a rolului de profesor (predare în perechi). Ei au explicat unii altora boala ştiută. Aceasta a implicat, de asemenea, o atitudine de cooperare cu ceilalţi membri ai grupului, într-o activitate combinată, care le cerea să integreze cele 4 teme:

a. să explice boala „lor'' colegilor de grup, folosind aceleaşi criterii – definiție, cauze, semne și simptome, diagnostic, prevenție;
b. să aranjeze cele 4 boli în funcţie de: gravitatea posibilelor repercusiuni (complicații) sau a căilor de prevenție;
c. să lucreze împreună pentru a găsi trei simptome comune celor 4 boli;
d. să lucreze împreună la găsirea a patru simptome distincte pentru fiecare dintre cele 4 boli.

O importanță deosebită în cadrul cursului *Limba română și terminologie medicală* (în baza manualului *Limba română. Limbaj medical)* am acordat formării competenței de comunicare interpersonală, prin *vorbire monologată și dialogată*. Compoziţiile care au avut cerinţa de a include o schemă anumită (percepere → raţionament→ personalitate → inteligenţă → creier → cunoştinţe → specialist) au solicitat redarea cunoştinţelor asimilate în cadrul lecţiei, printr-o manieră originală. Compoziţiile în baza imaginii propuse au avut scopul de a forma competenţe de expunere liberă *a ceea ce vede, a ceea ce simte, a ceea cum percepe* medicinistul; materializate verbal în limba română.

Dialogurile medic-pacient, la cursul *Limba română și terminologie medicală*, au fost elaborate în baza studierii amănunțite a unei maladii a sistemului studiat (Anexa 13, Anexa 14, Anexa 15), aplicând metoda Glottodrama, care se bazează pe conceptul de motivaţie pentru învăţare şi vizează o implicare personală şi emotivă. Sala de curs s-a transformat într-o trupă de teatru în care toți cei implicați au avut un scop comun – comunicarea în limba română cu pacientul și dezvoltarea competențelor de comunicare interpersonală cu pacientul. Comunicarea a decurs natural, bazându-se pe soluții verbale și nonverbale; nu doar pe un schimb de informații,

ci ca parte a integrării în activitatea profesională viitoare, urmărind un obiectiv primordial, anunțat mai sus: deprinderea comunicării culte și etice, în limba română, cu pacientul.

Obiectivele psiholingvistice şi didactice ale acestei metodologii, valorificate în mod creativ de noi, au fost: îndepărtarea filtrelor emoţionale în timpul învăţării; obținerea unei mai mari naturaleți de expresie; conştientizarea registrelor lingvistice, apropriate diferitelor contexte situaţionale; în cazul nostru – comunicarea interpersonală medic-pacient, în limba română; stimularea capacităţilor de comunicare globală, folosind adecvat codurile verbale şi nonverbale, inclusiv elementele paralingvistice. *Glottodrama* este una dintre metodele de formare rapidă și corectă a competenței de comunicare (verbală, nonverbală și paraverbală) corectă și eficientă a medicului cu pacientul, în limba română. Algoritmul aplicat de noi s-a constituit din următorii pași:

- inițial, studenții au caracterizat amănunțit o maladie, conform criteriilor: definiție, cauze, simptome, diagnostic, prevenție;
- în baza maladiei caracterizate în detaliu, studenții au alcătuit un dialog dintre pacient și medicul specialist;
- din situația reală (maladia caracterizată) au fost reținute, pentru scenariu, numai aspectele principale – etapele de stabilire a diagnosticului, esențială este prima etapă – anamneza, unde se și produce, preponderent, dialogul medicului cu pacientul; semnele și simptomele etc.
- după studierea termenilor simptomatici, de diagnostic și a întrebărilor model, a urmat elaborarea scenariul propriu-zis, care a fost mult simplificat, față de situația reală;
- situația de simulat a fost supusă analizei sub aspectul statusurilor și categoriilor de interacțiuni implicate, învățarea individuală a rolului de către fiecare participant, prin studierea fișei (dialogul), elaborată în grup a câte 4 studenți – 15-20 de minute să-și interiorizeze rolul și să-și conceapă modul propriu de interpretare;
- din fiecare grup s-au ales 2 actori care au interpretat rolul de medic și pacient;
- prestația studenților a fost filmată, astfel, la dezbaterea modului de interpretare s-au putut relua secvențele în care s-au produs erori de exprimare. La dezbatere au participat toți studenții; interpreților li s-a dat prioritate, pentru a comunica ceea ce au simțit.

Tehnica *Cinquain*-ul (din l. latină *quinque*, l. franceză *cinque* – „cinci”) este o tehnică de elaborare a textului propriu (o poezie de formă fixă), inspirată dintr-un subiect luat în discuţie și prin care poate fi definit orice termen. În cadrul asimilării limbajului medical și formarea competenței de comunicare în limba română a fost eficientă, întrucât permite sistematizarea

informaţiei, datorită faptului că implică procese cognitive şi procese metacognitive, realizarea acesteia o prezentăm în Tabelul 3.12.:

Tabelul 3.12. Realizarea tehnicii *Cinquan*

Medicul	**Pacientul**
Calm și relaxat Examinează, palpează, tratează Prescrie atent tratamentul pacientului Soare	Suferind și emoționat Vorbește, ascultă, tace Urmează prudent recomandările medicului Bolnav

Cu studenții alolingvi, la sfârșitul cursului, a fost relevant *atelierul de discuții libere* la tema: *Pacientul meu este valoros, important și unic,* urmând o sarcină didactică pentru final de curs – prezentarea unui eseu pe aceeași temă, care a demonstrat competența de comunicare interpersonală, percepută de ei, pe fiecare componentă constitutivă (cunoștințe, abilități, atitudini și comportamente).

Metodologia aplicată ne-a ghidat către implicarea activă şi conştientă a medicinişti̇lor în procesul propriei instruiri – stimularea creativităţii, a gândirii critice și a învățării prin colaborare, astfel, formând și dezvoltând competențe, în cazul nostru, a celor lingvistice.

În acest context, am valorificat componentele competenței de comunicare interpersonală medic-pacient: *cunoștințe*, *atitudini și valori, abilități și comportamente*, în calitate de variabile constante, cu indicatori specifici pentru fiecare, reflectate în Modelul pedagogic de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, și prezentate în tabelul de mai jos:

Tabelul 3.13. Indicatori de performanţă în comunicarea interpersonală medic-pacient (*tabel integrator*)

Competența de comunicare, manifestată prin comportamente profesionale (detalii operaționale)	**INDICATORI DE PERFORMANȚĂ**
CUNOȘTINȚE	
Cunoaşte funcţiile comunicării, cerinţele şi motivaţiile personale pentru comunicare; cunoaște elementele metacomunicării	Descifrează și aplică elementele comunicării și metacomunicării în comunicarea profesională – în relația cu pacientul și echipa medicală; congruența dintre limbajul verbal și cel nonverbal.
Cunoaște criteriile comunicaționale și comportamentale ale actului medical calitativ	Utilizează cunostințele sale despre comunicare, doar în sprijinul tratării pacientului și asigurării stării lui de bine, după cum prevede și Jurământul lui Hipocrate „Primum non nocere”.
Cunoaște diferite modele de comunicare eficientă și modele de relație medic-pacient	Organizează propriului stil de comunicare și relaționare cu pacientul.
Cunoaște situațiile de manifestare a barierelor de comunicare în relația cu pacientul	Utilizează tehnici, pentru a depăși barierele de comunicare interpersonală medic-pacient.

Cunoaște structura și calitatea conflictului, cauzele care pot genera conflicte în relația medic-pacient	Utilizează tehnici specifice de evitare a situațiilor de conflict.
Cunoaște principiile etice/morale și deontologice ale profesiunii medicale; cunoaște actele normative ce reglementează activitatea lucrătorului medical	În activitatea sa profesională, respectă cu strictețe și aplică principiile etice/morale/deontologice și prevederile legale ale exercitării profesiunii medicale; Evită situațiile de malpraxis.
ABILITĂȚI și COMPORTAMENTE	
Utilizează diverse tehnici de comunicare utile în crearea unor relaţii funcţionale	Aplică tehnicile de comunicare intra- şi interorganizaţionale, în vederea integrării optime în echipa medicală și construirea unei relații benefice medic-pacient.
Selectează modalităţi de comunicare adecvate	Aplică diverse modalităţi de comunicare în funcţie de particularităţile individuale ale pacienților, de specificul și gravitatea bolii, respectând orizontul și diversitatea culturală a pacienților.
Transmite informaţii specifice și clare despre problema pacientului	Întrebuințează un limbaj simplu; accesibilizează informaţiile despre boală, cu respectarea confidențialității.
Utilizează feedbak-ul în comunicare	Selectează unele situaţii adecvate, în scopul comparării mesajului transmis cu cel receptat de pacient (parafrazarea, punerea întrebărilor specifice, oferirea de exemple etc.)
Cooperează cu pacientul în procesul de tratare a bolii, prin implicarea și responsabilizarea acestuia	Abordează pacientul cu atenție, ascultându-l activ; conversând și consiliindu-l, oferindu-i soluții și pași de acțiune, pentru ca acesta să înțeleagă și să se implice activ în proces, nu doar așteptând rezultatul/miracolul peste noapte. Pune în valoare eforturile pacientului de însănătoșire. Implică pacientul în luarea deciziilor și nu doar îi dictează categoric ce are de făcut. Identifică împreună schema de tratament și măsuri ameliorative ale stării de sănătate.
Facilitează comunicarea cu pacienții	Stabilirea unor situaţii de comunicare care să faciliteze schimbul de informaţii medic-pacient, medic-tutore/rudă apropiată, cooperarea si interacţionarea eficientă.
Se informează despre pacienți	Comunică permanent cu celelalte cadre medicale, pentru a obține informaţii relevante despre problemele pacienților cu alte patologii; prelucrează si corelează informaţiile obținute, pentru a determina o apreciere obiectivă a siuației pacienților.
Informează familia pacientului	Informează, periodic, familia pacientului despre starea pacientului, comportamentul său și problemele/necesitățile apărute, evoluția bolii etc.
Solicită informaţii	Solicită familiei date suplimentare despre pacient, despre atitudinea sa față de sănătate, alte informații, pentru o cunoaștere a pacientului din perspective diferite.
Consiliază familia pacientului	Descoperă cauzele unor probleme și identifică modalităţile de soluţionare a acestora. Îndrumă familia către surse specializate, pentru tratare și consiliere.
Manifestă inteligență emoțională	Recunoaște, percepe emoțiile pacientului; înțelege trăirile pacientului la nivel cognitiv și emoțional.
Ascultă activ	Aprobă/dezaprobă mesajul; stabilește contactul vizual; poziția corpului puțin înclinată; identifică emoțiile, stările sufletești, pe care le trăiește pacientul; identifică originea și cauza acestei emoții; răspunde pacientului într-un mod prin care să înțeleagă că s-a făcut legătura între cele 2 precepte de mai sus.

Abilitatea de influențare, persuasiune, negociere	Denotă credibilitate, sinceritate; susține afirmațiile cu argumente logice; evită exprimările vagi; folosește un limbaj pozitiv, clar și calm, dar, în același timp, convingător.
Asertivitatea	Se exprimă la persoana I; subliniază importanța convingerilor personale; utilizează un limbaj neutru; este atent la congruența dintre limbajul verbal și cel nonverbal.
ATITUDINI și VALORI	
Autocontrol	Atitudine calmă, relaxată; disponibilitatea de a comunica.
Manifestă demnitate, responsabilitate și respect	Comunică empatic cu pacientul – manifestă înțelegere și respect; tonalitatea vocii este calmă, relaxantă, dar fermă, ce denotă siguranță, responsabilitate și încredere; interesul manifestat prin întrebări minuțioase în raport cu starea de sănătate; acceptarea deciziei pacientului față de investigații și tratament.
Manifestă confidențialitate față de problemele pacientului	Păstrează secretele încredințate de pacienți, chiar și după decesul acestora; divulgând doar informația permisă de pacient și doar persoanelor acceptate de acesta.
Manifestă toleranță	Are atitudine pozitivă față de pacient – bunăvoință; manifestă interes față de părerea pacientului; nu manifestă idei preconcepute; acceptă diversitatea.
Relația de comunicare cu pacienții este echitabilă	Comunică echidistant cu pacienții, indiferent de naționalitate, rasă, religie, partid sau stare socială.

Așadar, competența de comunicare a medicului este una dintre calitățile profesionale importante în exercitarea profesiei. Un medic modern ar trebui să poată crea și păstra relații corecte, din perspectiva terapeutică și etică a relației cu pacientul, cu rudele acestuia, cât și în relația cu colegii și societatea etc. Medicul modern este capabil să utilizeze eficient tehnicile de comunicare, să solicite și să furnizeze informații în mod efectiv, să aplice corect ascultarea activă, explicarea, tăcerea, parafrazarea, empatia, acceptarea etc.

Partea noastră de contribuție s-a axat, în principal, pe predarea-învățarea-evaluarea interactivă, într-un cadru inedit, cu evidențierea rolului studentului ca subiect și partener al demersului de formare, în care este antrenat și în care este solicitat permanent să facă transferul la contexte concrete din practica medicală curentă. Astfel, Modelul pedagogic de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la mediciniști, centrat pe problemele pacientului, implementat de noi, a valorificat indicatorii de performanță ale competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, în mod integrator și creativ, inovația constând anume în setul de indicatori valorificați infuzional, în fiecare metodă și unitate de conținut.

În concluzie, prin acest cadru metodologic interactiv, subiecții formați, în calitate de parteneri ai actului educațional, au însușit temeinic, în mod teoretic și practic, că competența de comunicare interpersonală a medicului este una dintre calitățile profesionale importante, în exercitarea profesiei. Un medic modern și competent ar trebui să poată crea și păstra relații

corecte din perspectiva terapeutică și etică a relației cu pacientul, cu rudele acestuia, cât și în relația cu colegii și societatea etc. Medicul performant este capabil să utilizeze eficient tehnicile de comunicare, să solicite și să furnizeze informații în mod efectiv, să evite conflictele și barierele în comunicarea interpersonală medic-pacient, medic-medic, medic-societate.

3.3. Evaluarea finală a competenței de comunicare medic-pacient la mediciniști

Etapa de control a investigației a avut ca *obiective operaționale*:

- determinarea progreselor înregistrate în procesul de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, la subiecții lotului experimental;
- verificarea și validarea datelor experimentale rezultate din implementarea metodologiei de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient;
- procesarea, sintetizarea, compararea și interpretarea rezultatelor înregistrate de eșantionul experimental și de control.

În cadrul studiului nostru, au fost formulate unele probleme și verificate o serie de ipoteze ce vizează formarea competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la studenți, după cum urmează:

Problema 4.1. A influențat Programul de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient asupra opiniei medicinișților referitoare la *importanța gradului de cunoaștere a Limbii române în diferite împrejurării de comunicare medicală?* Valorile posibile ale variabilelor *IV_1_Constatare* și *IV_1_Control* sunt – acord total; acord parțial; neutru; dezacord parțial; dezacord total și sunt codificate în SPSS, cu valorile respective 5; 4; 3; 2; 1.

Ipoteza de nul H0: Programul de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient nu a influențat semnificativ asupra opiniei medicinișților referitoare la *importanța gradului de cunoaștere a Limbii române, în diverse situații de comunicare medicală*.

Ipoteza de cercetare H1: Programul de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient a influențat semnificativ asupra opiniei medicinișților referitoare la *importanța gradului de cunoaștere a Limbii române, în diverse situații de comunicare medicală.*

*Problema 4.2***.** A influențat Programul de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient asupra opiniei medicinișților referitoare la *dependența profesionalismului medicului de competența de comunicare interpersonală medic-pacient*? Valorile posibile ale variabilelor *IV_2_Constatare* și *IV_2_Control* sunt – acord total; acord parțial; neutru; dezacord parțial; dezacord total, care sunt codificate în SPSS, cu valorile respective 5; 4; 3; 2; 1.

Ipoteza de nul H0: Programul de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient nu a influențat semnificativ asupra opiniei mediciniștilor referitoare la *dependența profesionalismului medicului de competența de comunicare interpersonală medic-pacient.*

Ipoteza de cercetare H1: Programul de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient a influențat semnificativ asupra opiniei mediciniștilor referitoare la *dependența profesionalismului medicului de competența de comunicare interpersonală medic-pacient.*

Problema 4.3. În rezultatul Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, cum se modifică opinia mediciniștilor referitoare la afirmația că *competența de comunicare medic-pacient este parte integrantă a codului deontologic al medicului*? Valorile posibile ale variabilelor *IV_3_Constatare* și *IV_3_Control* sunt – acord total; acord parțial; neutru; dezacord parțial; dezacord total, care sunt codificate în SPSS, cu valorile respective 5; 4; 3; 2; 1.

Ipoteza de nul H0: Programul de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient nu a influențat semnificativ asupra opiniei mediciniștilor referitoare la afirmația: *competența de comunicare medic-pacient este parte integrantă a codului deontologic al medicului.*

Ipoteza de cercetare H1: Programul de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient a influențat semnificativ asupra opiniei mediciniștilor referitoare la afirmația că *competența de comunicare medic-pacient este parte integrantă a codului deontologic al medicului.*

*Problema 4.4***.** Cum s-a modificat, în urma Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, opinia mediciniștilor referitoare la considerarea faptului că *comunicarea interpersonală medic-pacient să fie esențială în tratarea pacienților?* Valorile posibile ale variabilelor *IV_4_Constatare* și *IV_4_Control* sunt – acord total; acord parțial; neutru; dezacord parțial; dezacord total, care sunt codificate în SPSS, cu valorile respective 5; 4; 3; 2; 1.

Ipoteza de nul H0: În rezultatul Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, opinia mediciniștilor referitoare la considerarea faptului că *comunicarea interpersonală medic-pacient să fie esențială în tratarea pacienților* nu s-a modificat semnificativ.

Ipoteza de cercetare H1: În rezultatul Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, opinia mediciniștilor referitoare la considerarea

faptului că *comunicarea interpersonală medic-pacient să fie esențială în tratarea pacienților* s-a modificat semnificativ.

Problema 4.5. Cum s-a modificat, în urma Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, opinia medicinișilor referitoare la *necesitatea unui curs de formare a competențelor de comunicare interpersonală medic-pacient, la USMF „Nicolae Testemițanu”*? Valorile posibile ale variabilelor *IV_5_Constatare* și *IV_5_Control* sunt – acord total; acord parțial; neutru; dezacord parțial; dezacord total, care sunt codificate în SPSS, cu valorile respective 5; 4; 3; 2; 1.

Ipoteza de nul H0: În rezultatul Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, opinia medicinișilor referitoare la *necesitatea unui curs de formare a competențelor de comunicare interpersonală medic-pacient,* la USMF „Nicolae Testemițanu”, nu s-a modificat semnificativ.

Ipoteza de cercetare H1: În rezultatul Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, opinia medicinișilor referitoare la *necesitatea unui curs de formare a competențelor de comunicare interpersonală medic-pacient,* la USMF „Nicolae Testemițanu”, s-a modificat semnificativ.

Datele acumulate, prin chestionarele aplicate studenților, sunt de pe scala Likert, cu un diapazon de valori de la „total de acord” până la „total dezacord”. Aceste date sunt de tip ordinal. În acest caz, pentru testarea ipotezei de nul, a fost aplicat testul Wilcoxon, pentru două eșantioane dependente (pereche), cu aplicarea programului SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) (Popa, 1993, pp. 61 – 62). Este necesar să menționăm că SPSS pentru Windows este un program specializat în analiza statistică a datelor. Prin comparație cu alte programe de acest gen, destul de numeroase, acesta se distinge prin structurarea riguroasă și ușurința utilizării. Măsurătorile au fost realizate pe același grup de studenți (în momente diferite). Deci datele noastre sunt relaționate (corelate). În acest caz, am aplicat testul Wilcoxon. Capturile de ecran, cu prezentarea structurii datelor și a meniurilor testului Wilcoxon, sunt prezentate în Anexa 6.

Pentru formularea concluziilor ce vizează acceptarea sau respingerea ipotezei de nul, am folosit pragul de semnificație α=0, 05. Valoarea *p* din tabelul cu rezultatele testului a fost comparată cu valoarea α. Dacă valoarea *p* este mai mică decât valoarea α, aceasta ne permite să respingem ipoteza de nul și să acceptăm ipoteza de cercetare.

Pentru a aplica testul Wilcoxon, valorile variabilei „*Opinia medicinișilor referitoare la importanța gradului de cunoaștere a Limbii române în diverse situații de comunicare medicală*” au fost codificate în modul următor:

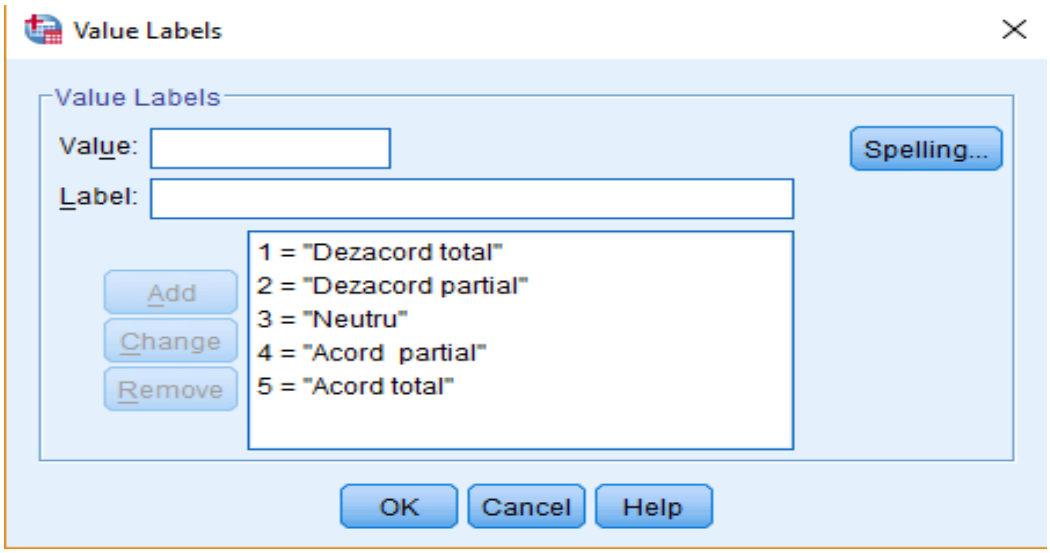
1 – total dezacord

2 – parțial dezacord

3 – neutru

4 – acord parțial

5 – acord total



În cazul primei probleme obținem următorul tabel cu rezultate:

Tabelul 3.14. Valoarea parametrului P=Asymptotic Signification (2-tailed) pentru problema 4.1.

Test Statistics[a]	
	IV_1_Control - IV_1_Constatare
Z	-3. 703[b]
P=Asymp. Sig. (2-tailed)	. 000
a. Wilcoxon Signed Ranks Test	
b. Based on negative ranks.	

Deoarece valoarea p=0, 001, rezultă că respingem ipoteza de nul și acceptăm ipoteza de cercetare: Programul de formare *(1) și (2)* a influențat semnificativ asupra opiniei medicinișilor referitoare la *importanța gradului de cunoaștere a Limbii române în diverse situații de comunicare medicală*.

Pentru determinarea direcției de modificare a răspunsurilor (opiniilor), am utilizat datele din următorul tabel:

Tabelul 3.15. Date despre ranguri pentru problema 4.1.

Ranks				
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
IV_1_Control - IV_1_Constatare	Negative Ranks	0[a]	. 00	. 00
	Positive Ranks	17[b]	9. 00	153. 00
	Ties	23[c]		
	Total	40		
a. IV_1_Control < IV_1_Constatare				
b. IV_1_Control > IV_1_Constatare				
c. IV_1_Control = IV_1_Constatare				

Din cei 40 de respondenți, în 23 de cazuri au fost obținute ranguri egale, în 17 cazuri – ranguri mai mari au conținut răspunsurile de la etapa de Control, iar ranguri negative nu au fost depistate (numărul este egal cu zero).

Concluzie – se respinge Ipoteza de nul și se acceptă Ipoteza de cercetare, deoarece scorurile înregistrate la etapa de *Control* sunt mai mari decât scorurile înregistrate la etapa de *Constatare*. Valorile pozitive arată un efect benefic al influenței Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, care sunt reprezentate, prin următoarele diagrame:

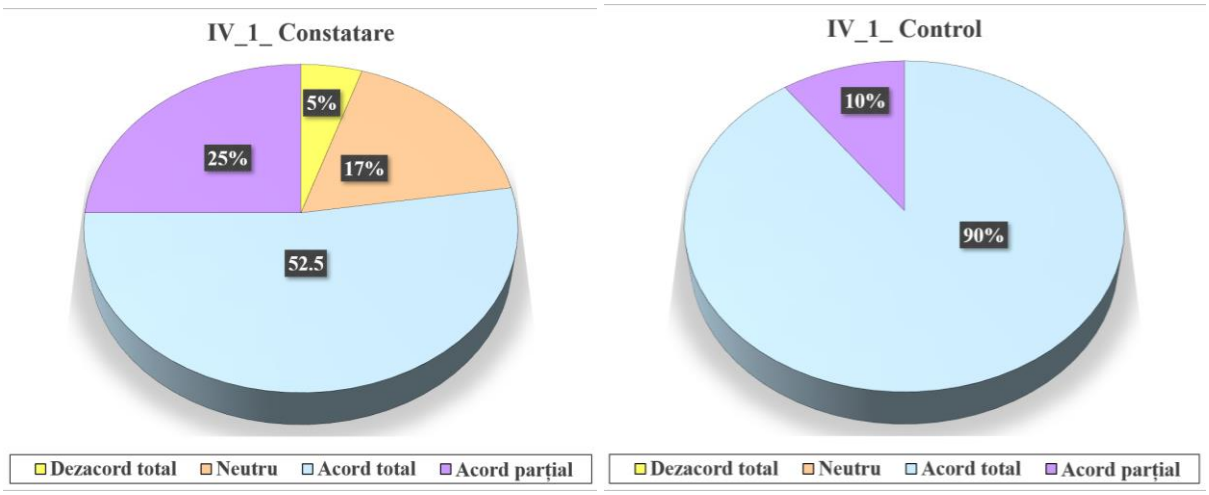


Fig. 3.1. Date privind *importanța gradului de cunoaștere a limbii române în diverse situații de comunicare medicală* la etapa de *constatare* și *control*

La *Problema 4.2.* – a influențat Programul de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient asupra opiniei medicinștilor referitoare la *dependența*

profesionalismului medicului de competența de comunicare interpersonală medic-pacient, în urma aplicării testului Wilcoxon asupra variabilelor-perechi *IV_2_Constatare* și *IV_2_Control*, din tabelul de mai jos, obținem valoarea parametrului *P=Asymptotic Signification (2-tailed)=0, 000(1) <α=0, 05*. Deci diferențele între valorile variabilelor *Control* și *Constatare* sunt semnificative.

Tabelul 3.16. Valoarea parametrului P=Asymptotic Signification (2-tailed) pentru problema 4.2.

Test Statistics[a]	
	IV_2_Control - IV_2_Constatare
Z	-5. 324[b]
P=Asymptotic Signification (2-tailed)	. 000
a. Wilcoxon Signed Ranks Test	
b. Based on negative ranks.	

Examinăm al doilea tabel, cu rezultate pentru diferențele IV_2_Control – IV_2_Constatare: în cele 47 de cazuri, ranguri negative lipsesc, ranguri egale sunt 11 (ele nu influențează concluzia), iar 36 de ranguri sunt pozitive, pe care le reprezentăm în următorul tabel:

Tabelul 3.17. Date despre ranguri pentru Problema 4.2.

Ranks				
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
IV_2_Control - IV_2_Constatare	Negative Ranks	0[a]	. 00	. 00
	Positive Ranks	36[b]	18. 50	666. 00
	Ties	11[c]		
	Total	47		
a. IV_2_Control < IV_2_Constatare				
b. IV_2_Control > IV_2_Constatare				
c. IV_2_Control = IV_2_Constatare				

Concluzie: scorurile înregistrate la etapa de *Control* sunt mai mari decât scorurile înregistrate la etapa de *Constatare.* Valorile pozitive arată un efect benefic al impactului demersului formativ, deci se respinge Ipoteza de nul și se acceptă Ipoteza de cercetare.

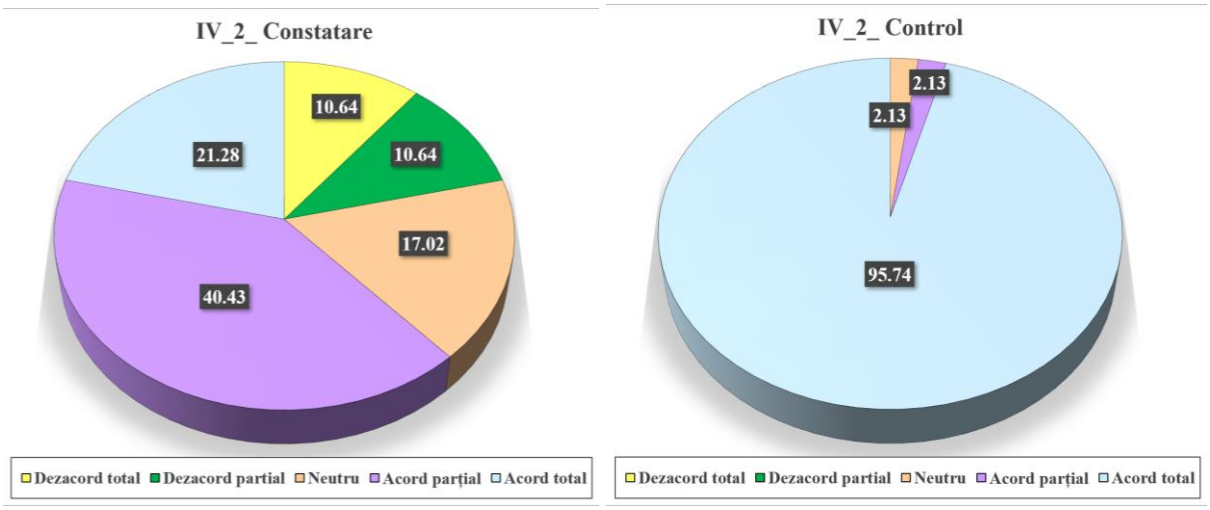


Fig. 3.2. Date cu privire la *dependența profesionalismului medicului de competența de comunicare interpersonală medic-pacient* la etapa de *constatare* și *control*

Procedura ar fi putut fi prelungită și pentru problemele 4.3. –4.5., dar am aplicat testul Wicoxon, concomitent, pentru toate cinci perechi de variabile, corespunzătoare problemelor 1-5 (Anexa 6).

În rezultatul aplicării testului Wilcoxon, pentru perechile de variabile dependente, am obținut tabelul cu rezultatele referitoare la valoarea parametrului P=Asymptotic Signification (2-tailed):

Tabelul 3.18. Valoarea parametrului P=Asymptotic Signification (2-tailed) pentru problemele 4.1. – 4. 5. Test Statistics[a]

	IV_1_Control IV_1_Constatare	IV_2_Control IV_2_Constatare	IV_3_Control - IV_3_Constatare	IV_4_Control - IV_4_Constatare	IV_5_Control - IV_5_Constatare
Z	-3. 703[b]	-5. 324[b]	-4. 242[b]	-3. 611[b]	-5. 010[b]
P= Asymp. Sig. (2-tailed)	. 000	. 000	. 000	. 000	. 000
a. Wilcoxon Signed Ranks Test					
b. Based on negative ranks.					

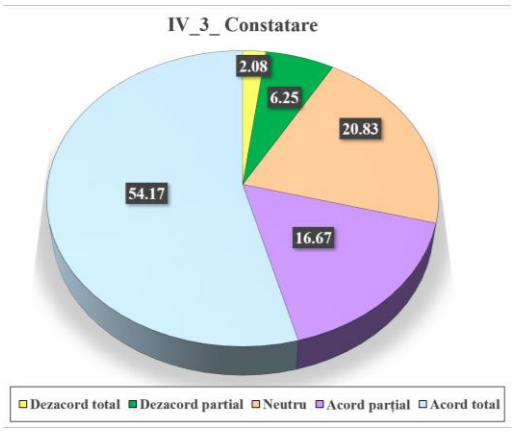
Valoarea parametrului *P=Asymptotic Signification (2-tailed)=0, 000(1) <α=0, 05*. Deci diferențele între valorile variabilelor *Control* și *Constatare* sunt semnificative, pentru toate cele 5 perechi de variabile dependente. În diagrama rezultatelor, ranguri negative nu există:

Tabelul 3.19. Date despre ranguri, pentru problemele 4.1. – 4.5.

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks				
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
IV_1_Control - IV_1_Constatare	Negative Ranks	0[a]	. 00	. 00
	Positive Ranks	17[b]	9. 00	153. 00
	Ties	23[c]		
	Total	40		
IV_2_Control - IV_2_Constatare	Negative Ranks	0[d]	. 00	. 00
	Positive Ranks	36[e]	18. 50	666. 00
	Ties	11[f]		
	Total	47		
IV_3_Control - IV_3_Constatare	Negative Ranks	0[g]	. 00	. 00
	Positive Ranks	22[h]	11. 50	253. 00
	Ties	26[i]		
	Total	48		
IV_4_Control - IV_4_Constatare	Negative Ranks	0[j]	. 00	. 00
	Positive Ranks	15[k]	8. 50	120. 00
	Ties	34[l]		
	Total	49		
IV_5_Control - IV_5_Constatare	Negative Ranks	0[m]	. 00	. 00
	Positive Ranks	29[n]	15. 00	435. 00
	Ties	21[o]		
	Total	50		
a. IV_1_Control < IV_1_Constatare				
b. IV_1_Control > IV_1_Constatare				
c. IV_1_Control = IV_1_Constatare				

Concluzie: scorurile înregistrate la etapa de *Control* sunt mai mari decât scorurile înregistrate la etapa de *Constatare*. Valorile pozitive arată un efect benefic al influenței demersului formativ, ceea ce este reprezentat în (Anexa 6). Se respinge Ipoteza de nul și se acceptă Ipoteza de cercetare.



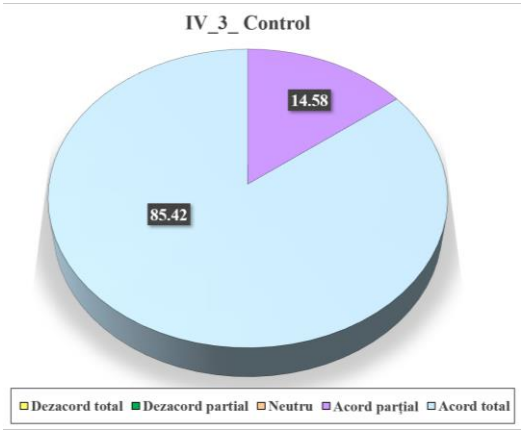
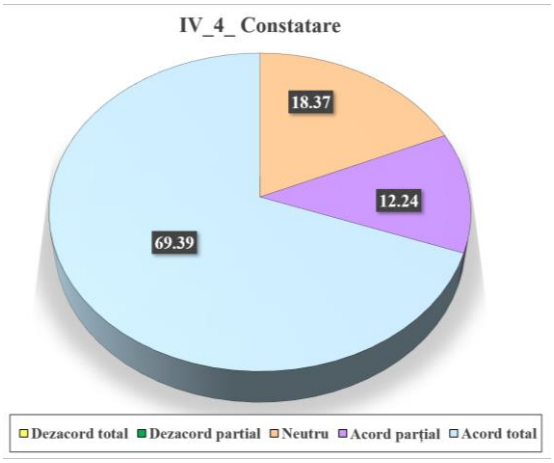


Fig. 3.3. Date privind *competența de comunicare medic-pacient, ca parte integrantă a codului deontologic al medicului,* la etapa de *constatare* și *control*



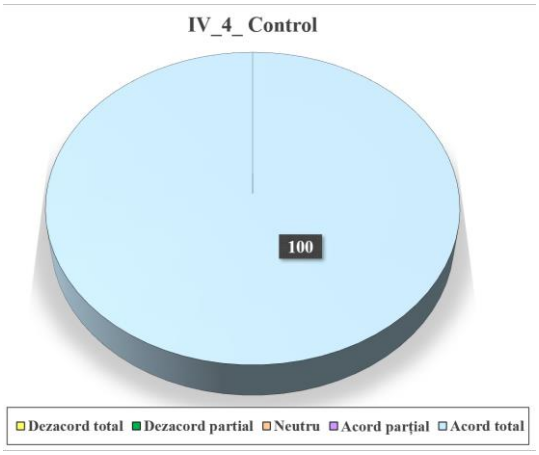
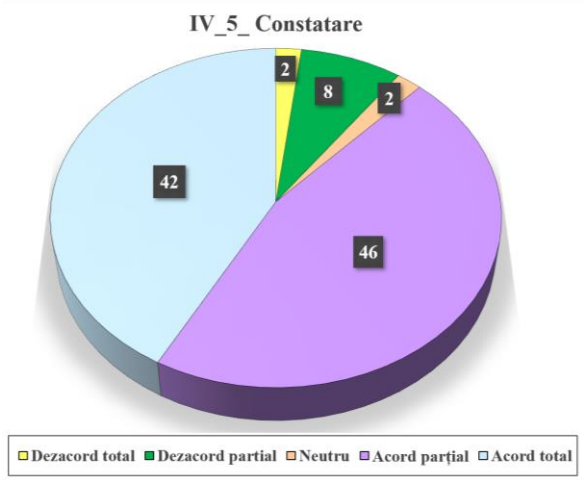


Fig. 3.4. Date cu privire la *comunicarea interpersonală medic-pacient, ca element esențial în tratarea pacienților,* la etapa de *constatare* și *control*



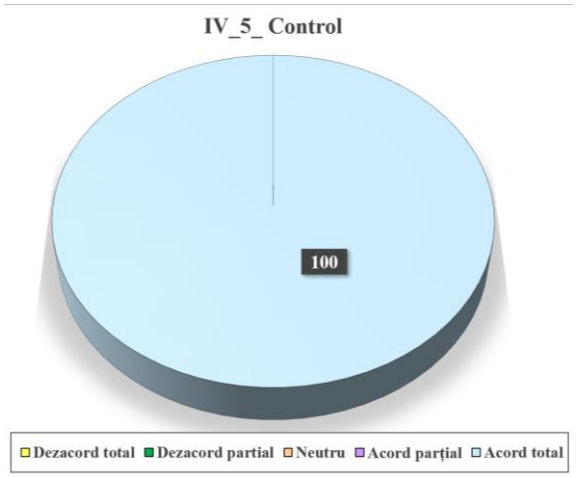


Fig. 3.5. Date despre *necesitatea unui curs de formare a competențelor de comunicare interpersonală medic-pacient,* la USMF „Nicolae Testemițanu”, la etapa de *constatare* și etapa de *control*

Pentru itemul V**:** *Selectaţi la ce etapă a actului medical consideraţi comunicarea interpersonală medic-pacient, ca fiind cea mai importantă (încercuiți):*

1 - Stabilirea diagnosticului (SD)

2 - Tratamentul propriu-zis (TPZ)

3 - Perioada de convalescenţă (PC)

4 – (SD) + (TPZ)

5 – (SD) + (TPZ) + (PC) am formulat următoarea problemă:

Problema_V_1_2_3. Cum s-a modificat, în urma Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, opinia medicinișilor, referitoare la *determinarea etapei actului medical, pentru care comunicarea interpersonală medic-pacient ar fi cea mai importantă?*

Ipoteza de nul H0: În rezultatul demersului de formare, opinia medicinișilor referitoare la *determinarea etapei actului medical, pentru care comunicarea interpersonală medic-pacient ar fi cea mai importantă*, nu s-a modificat semnificativ.

Ipoteza de cercetare H1: În rezultatul Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, opinia medicinișilor referitoare la *determinarea etapei actului medical, pentru care comunicarea interpersonală medic-pacient ar fi cea mai importantă*, s-a modificat semnificativ.

În urma aplicării testului Wilcoxon asupra variabilelor-pereche *V_1_2_3_Constatare* și *V_1_2_3_Control*, din tabelul de mai jos, obținem valoarea parametrului *P=Asymptotic Signification (2-tailed)=0, 000(1) <α=0, 05*. Deci diferențele între valorile variabilelor *Control* și *Constatare* sunt semnificative.

Tabelul 3.20. Valoarea parametrului P=Asymptotic Signification (2- tailed) pentru problema 5

Test Statistics[a]	
	V_1_2_3_Control - V_1_2_3_Constatare
Z	-3. 552[b]
P=Asymp. Sig. (2-tailed)	. 000
a. Wilcoxon Signed Ranks Test	
b. Based on negative ranks.	

În tabelul rezultatelor, pentru 51 de respondenți, ranguri negative sunt 3, ranguri egale (care nu influențează decizia) sunt 22, iar ranguri pozitive sunt 26.

Tabelul 3.21. Date despre ranguri pentru Problema 5

Wilcoxon Signed Ranks Test				
Ranks				
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
V_1_2_3_Control - V_1_2_3_Constatare	Negative Ranks	3a	19. 67	59. 00
	Positive Ranks	26b	14. 46	376. 00
	Ties	22c		
	Total	51		
a. V_1_2_3_Control < V_1_2_3_Constatare				
b. V_1_2_3_Control > V_1_2_3_Constatare				
c. V_1_2_3_Control = V_1_2_3_Constatare				

Concluzie: scorurile înregistrate la etapa de *Control* sunt mai mari decât scorurile înregistrate la etapa de *Constatare.* Valorile pozitive arată un efect benefic al influenței demersului formativ, pe care le-am ilustrat în Anexa 6. Se respinge Ipoteza de nul și se acceptă Ipoteza de cercetare.

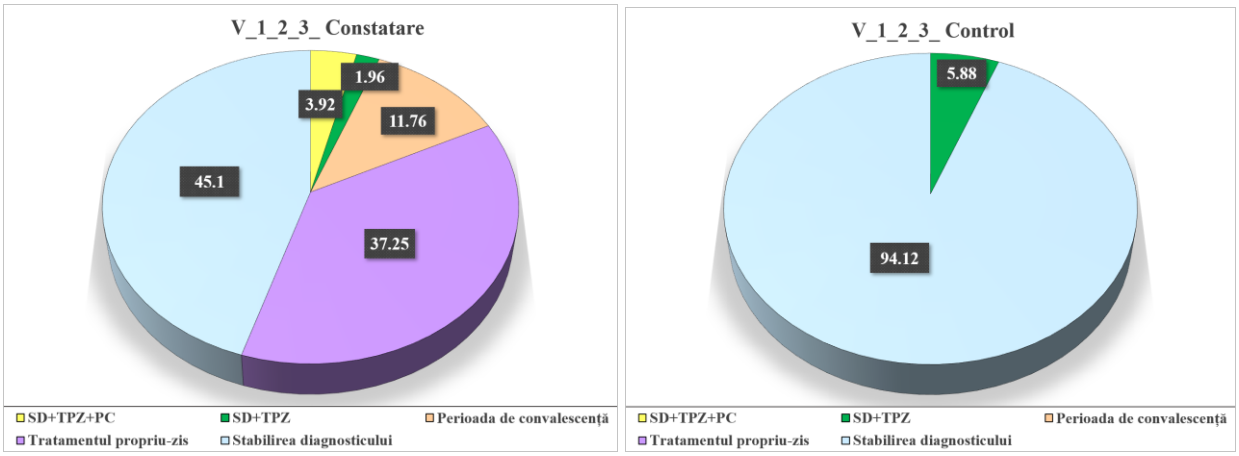


Fig. 3.6. Date despre *etapa actului medical, considerată ca fiind cea mai importantă în comunicarea interpersonală medic-pacient,* la etapa de *constatare* și *control*

Problema_VII_4_5_6. Cum s-a modificat, în urma Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient opinia medicinișilor referitoare la *considerarea celor trei competențe de comunicare majore în* ars medica? Valorile posibile ale variabilelor *VII_4_5_6_Constatare* și *VII_4_5_6_Control* sunt *medic-pacient; medic-medic; medic-societate*.

Ipoteza de nul H0: În rezultatul demersului formativ, opinia medicinișilor referitoare la considerarea competenței majore de comunicare în *ars medica* nu s-a modificat semnificativ.

Ipoteza de cercetare H1: În rezultatul Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, opinia medicinișilor referitoare la considerarea competenței majore de comunicare în *ars medica* s-a modificat semnificativ.

În urma aplicării testului Wilcoxon asupra variabilelor-pereche *VII_4_5_6_Constatare* și *VII_4_5_6_Control*, din tabelul de mai jos, obținem valoarea parametrului *P=Asymptotic Signification (2-tailed)=0, 000(1) <α=0, 05*. Deci diferențele între valorile variabilelor *Control* și *Constatare* sunt semnificative.

Tabelul 3.22. Valoarea parametrului P=Asymptotic Signification (2-tailed) pentru Problema 7

Test Statistics[a]	
	VII_4_5_6_Control - VII_4_5_6_Constatare
Z	-4. 823[b]
Asymp. Sig. (2-tailed)	. 000
a. Wilcoxon Signed Ranks Test	
b. Based on negative ranks.	

În tabelul rezultatelor, pentru 51 de respondenți, ranguri negative sunt 0, ranguri egale (care nu influențează decizia) sunt 24, iar ranguri pozitive sunt 27.

Tabelul 3.23. Date despre ranguri pentru Problema 7

Wilcoxon Signed Ranks Test				
Ranks				
		N	Mean Rank	Sum of Ranks
VII_4_5_6_Control VII_4_5_6_Constatare	Negative Ranks	0a	. 00	. 00
	Positive Ranks	27b	14. 00	378. 00
	Ties	24c		
	Total	51		
a. VII_4_5_6_Control < VII_4_5_6_Constatare				
b. VII_4_5_6_Control > VII_4_5_6_Constatare				
c. VII_4_5_6_Control = VII_4_5_6_Constatare				

Concluzie: scorurile înregistrate la etapa de *Control* sunt mai mari decât scorurile înregistrate la etapa de *Constatare*. Valorile pozitive arată un efect benefic al influenței

Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient (Anexa 6). Se respinge Ipoteza de nul și se acceptă Ipoteza de cercetare.

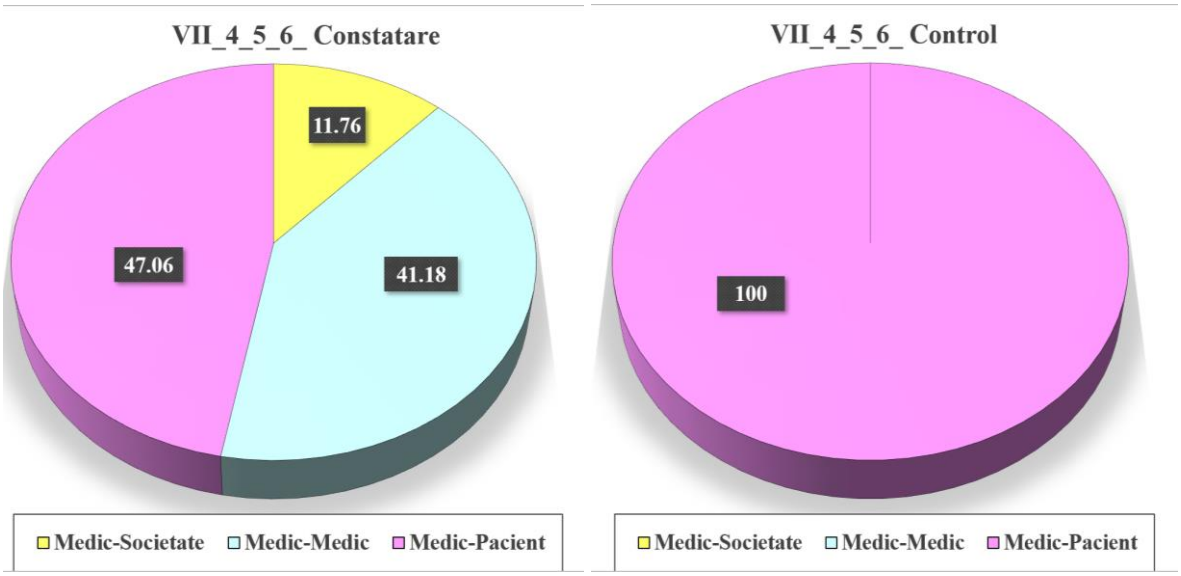


Fig. 3.7. Date referitoare la *considerarea celor trei competențe de comunicare majore în ars medica* la etapa de *constatare* și *control*

Problema_VIII_4_5_6. Cum s-a modificat, în urma Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, opinia medicinișilor referitoare la *necesitatea formării competențelor de comunicare interpersonală medic-pacient?* Valorile posibile ale variabilelor *VIII_4_5_6_Constatare* și *VIII_4_5_6_Control* sunt – foarte mare; mare; medie; scăzută; foarte scăzută, care sunt codificate în SPSS, cu valorile respective – 5; 4; 3; 2; 1.

Ipoteza de nul H0: În rezultatul Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, opinia medicinișilor referitoare la *necesitatea formării competențelor de comunicare interpersonală medic-pacient* nu s-a modificat semnificativ.

Ipoteza de cercetare H1: În rezultatul Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, opinia medicinișilor referitoare la *necesitatea formării competențelor de comunicare interpersonală medic-pacient* s-a modificat semnificativ.

În urma aplicării testului Wilcoxon asupra variabilelor-pereche *VIII_4_5_6_Constatare* și *VIII_4_5_6_Control*, din tabelul cu rezultate de mai jos, obținem valoarea parametrului *P=Asymptotic Signification (2-tailed)=0, 000(1) <α=0, 05*. Deci diferențele între valorile variabilelor Control și Constatare sunt semnificative.

Tabelul 3.24. Valoarea parametrului P=Asymptotic Signification (2-tailed) pentru problema 8

Test Statistics[a]	
	VIII_4_5_6_Control - VIII_4_5_6_Constatare
Z	-4. 618[b]
Asymp. Sig. (2-tailed)	. 000
a. Wilcoxon Signed Ranks Test	
b. Based on negative ranks.	

În tabelul rezultatelor, pentru 50 de respondenți, ranguri negative sunt 0, ranguri egale (care nu influențează decizia) sunt 24, iar ranguri pozitive sunt 26.

Tabelul 3.25. Date despre ranguri pentru problema 8

Ranks		N	Mean Rank	Sum of Ranks
VIII_4_5_6_Control - VIII_4_5_6_Constatare	Negative Ranks	0[a]	. 00	. 00
	Positive Ranks	26[b]	13. 50	351. 00
	Ties	24[c]		
	Total	50		
a. VIII_4_5_6_Control < VIII_4_5_6_Constatare				
b. VIII_4_5_6_Control > VIII_4_5_6_Constatare				
c. VIII_4_5_6_Control = VIII_4_5_6_Constatare				

Concluzie: scorurile înregistrate la etapa de *Control* sunt mai mari decât scorurile înregistrate la etapa de *Constatare*. Valorile pozitive arată un efect benefic al influenței Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient. Se respinge Ipoteza de nul și se acceptă Ipoteza de cercetare.

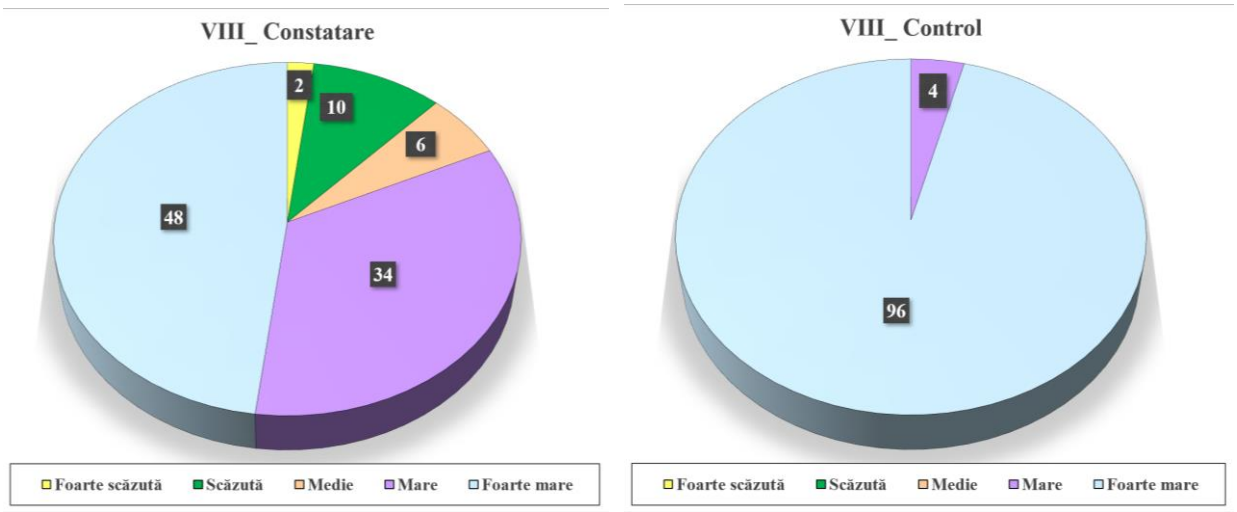


Fig. 3.8. Date *referitoare la necesitatea formării competențelor de comunicare interpersonală medic-pacient* la etapa de *constatare* și *control*

Problema_IX. Cum s-a modificat, în urma Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, opinia medicinștilor referitoare la *necesitatea formării competențelor de comunicare interpersonală medic-medic?* Valorile posibile ale variabilelor *IX_Constatare* și *IX_Control* sunt – foarte mare; mare; medie; scăzută; foarte scăzută, care sunt codificate în SPSS, cu valorile respective – 5; 4; 3; 2; 1.

Ipoteza de nul H0: În rezultatul Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, opinia medicinștilor referitoare la *necesitatea formării competențelor de comunicare interpersonală medic-medic* nu s-a modificat semnificativ.

Ipoteza de cercetare H1: În rezultatul Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, opinia medicinștilor referitoare la *necesitatea formării competențelor de comunicare interpersonală medic-medic* s-a modificat semnificativ.

În urma aplicării testului Wilcoxon asupra variabilelor-pereche *XI_Constatare* și *IX_Control*, din tabelul cu rezultate de mai jos, obținem valoarea parametrului *P=Asymptotic Signification (2-tailed)=0, 209 >α=0, 05*.

Tabelul 3.26. Valoarea parametrului P=Asymptotic Signification (2-tailed) pentru problema 9

Test Statistics[a]	
	IX_Control - IX_Constatare
Z	-1. 257[b]
Asymp. Sig. (2-tailed)	. 209
a. Wilcoxon Signed Ranks Test	
b. Based on negative ranks.	

Concluzie: Diferențele între valorile variabilelor *Control* și *Constatare* nu sunt semnificative, deci se acceptă ipoteza de nul și se respinge ipoteza de cercetare.

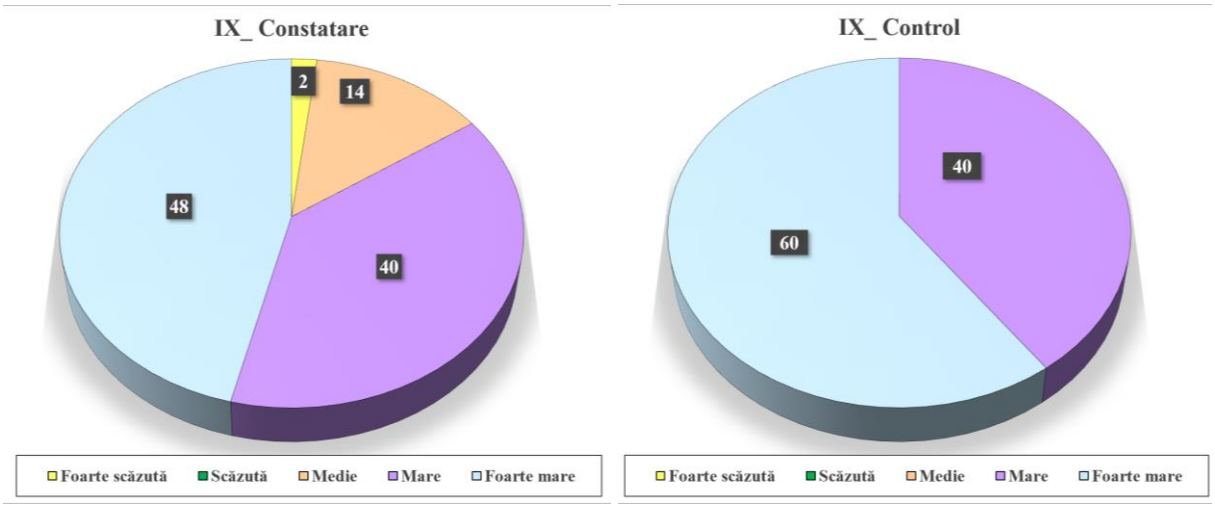


Fig. 3.9. Date referitoare la *necesitatea formării competențelor de comunicare interpersonală medic-medic* la etapa de *constatare* și *control*

Problema_X. Cum s-a modificat, în urma Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, opinia medicinștilor referitoare la *necesitatea formării competențelor de comunicare interpersonală medic-societate?* Valorile posibile ale variabilelor *IX_Constatare* și *IX_Control* sunt *foarte mare; mare; medie; scăzută; foarte scăzută*, care sunt codificate în SPSS, cu valorile respective – 5; 4; 3; 2; 1.

Ipoteza de nul H0: În rezultatul Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, opinia medicinștilor referitoare la *necesitatea formării competențelor de comunicare interpersonală medic-societate* nu s-a modificat semnificativ.

Ipoteza de cercetare H1: În rezultatul Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, opinia medicinștilor referitoare la *necesitatea formării competențelor de comunicare interpersonală medic-societate* s-a modificat semnificativ.

În urma aplicării testului Wilcoxon asupra variabilelor-pereche *X_Constatare* și *X_Control*, din tabelul cu rezultate de mai jos, obținem valoarea parametrului *P=Asymptotic Signification (2-tailed)=0, 004< α=0, 05*. Deci diferențele între valorile variabilelor *Control* și *Constatare* sunt semnificative.

Concluzie: se respinge ipoteza de nul și se acceptă ipoteza de cercetare.

Tabelul 3.27. Valoarea parametrului P=Asymptotic Signification (2-tailed) pentru Problema 10

Test Statistics[a]	
	X_Control - X_Constatare
Z	-2. 876[b]
Asymp. Sig. (2-tailed)	. 004
a. Wilcoxon Signed Ranks Test	
b. Based on negative ranks.	

În tabelul rezultatelor, pentru 50 de respondenți, ranguri negative sunt 7, ranguri egale (care nu influențează decizia) sunt 27, iar ranguri pozitive sunt 16. Suma rangurilor pozitive este mai mare decât suma rangurilor negative.

Tabelul 3.28. Date despre ranguri pentru Problema 10

Wilcoxon Signed Ranks Test				
Ranks		N	Mean Rank	Sum of Ranks
X_Control - X_Constatare	Negative Ranks	7[a]	6. 50	45. 50
	Positive Ranks	16[b]	14. 41	230. 50
	Ties	27[c]		

	Total	50		
a. X_Control < X_Constatare				
b. X_Control > X_Constatare				
c. X_Control = X_Constatare				

Concluzie: scorurile înregistrate la etapa de *Control* sunt mai mari decât scorurile înregistrate la etapa de *Constatare.* Se respinge Ipoteza de nul și se acceptă Ipoteza de cercetare.

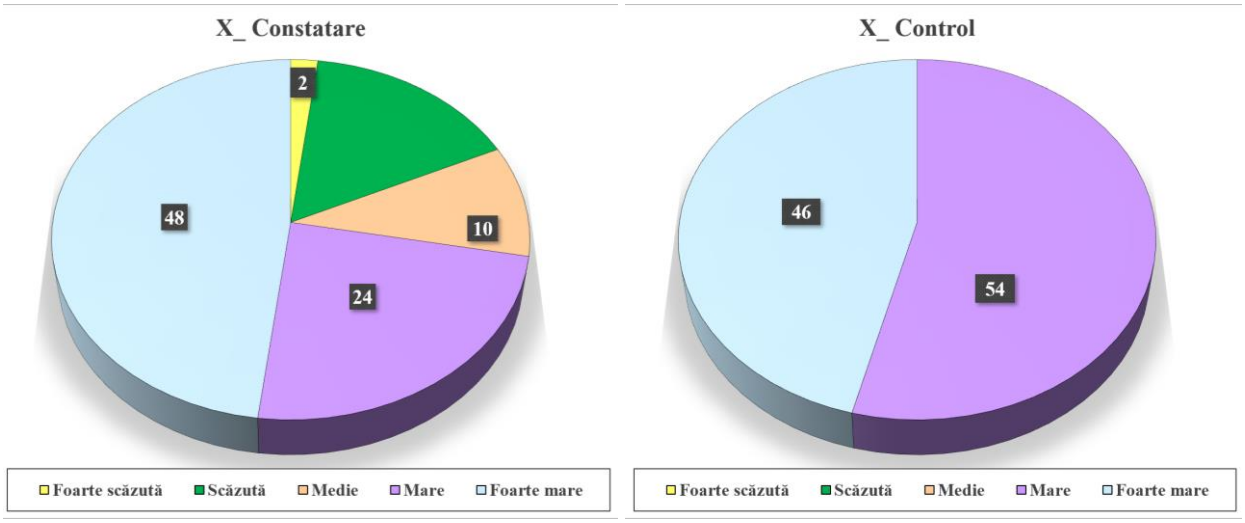


Fig. 3.10. Date referitoare *la necesitatea formării competențelor de comunicare interpersonală medic-societate* la etapa de *constatare* și *control*

În urma analizei calitative a itemilor chestionarului, putem afirma, cu certitudine, că am înregistrat progrese esențiale în urma activităților de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, atât la nivel de cunoștințe în domeniul comunicării interpersonale și comunicării medicale, cât și la nivel de atitudini, comportamente, abilități și motivație. Dacă e să comparăm calitativ răspunsurile la itemii I, II, III, VI din chestionar de la etapa de *constatare* cu cele de la *control* atestăm o dinamică pozitivă și în ceea ce privește limbajul utilizat în enunțuri – medicinștii recurg în mod avizat la cadrul de noţiuni şi concepte fundamentale, folosind stilul științific, bine structurat și argumentat, utilizează terminologia medicală la nivel avansat, conform conținuturilor științifice parcurse, de exemplu: *Comunicarea interpersonală vizează...* raporturile sociale între două sau mai multe persoane; totalitatea interacțiunilor (verbale și nonverbale) interumane; schimbul de informații dintre Emițător și Receptor etc.

Comunicarea interpersonală medic-pacient se referă la ...interacțiunea profesională în scopul determinării simptomelor, cauzelor maladiei, stabilirii diagnosticului și prescrierii tratamentului etc.

Astfel, Modelul pedagogic de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient centrat pe problemele pacientului, care integrează indicatorii de performanță ce țin de

cunoștințe, abilități, comportamente și atitudini, valorificați prin indicatori specifici de performanță, și-au dovedit relevanța în contextul medical academic, iar transferul lor în practica medicală va fi asigurat în cunoștință de cauză și cu profesionalism.

3.4. Concluzii la capitolul 3

Optând pentru formarea competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti, am implementat şi am valorificat un sistem de activităţi la cursurile *Comunicare și comportament în medicină* și *Limba română și terminologie medicală,* în cadrul prelegerilor, seminarelor și a lucrărilor practice universitare, ca parte a Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti, în baza Modelului pedagogic de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti.

1. Fundamentată pe datele studiului teoretic, cercetarea experimentală a parcurs cele trei etape clasice ale experimentului: *constatare,* centrat pe determinarea nivelului de cunoaștere a comunicării interpersonale medic-pacient la medicinişti; *formare*, care a vizat verificarea, aplicarea și validarea Modelului pedagogic de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti, centrat pe problemele pacientului, constituit din cunoștințe, abilități și comportamente, atitudini, valori și motivație. Aceste intervenţii s-au realizat în grupele experimentale; etapa *de control,* care a avut ca obiectiv determinarea progreselor înregistrate în procesul de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la subiecții lotului experimental; verificarea și validarea datelor experimentale rezultate din implementarea metodologiei de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient; procesarea, sintetizarea, compararea și interpretarea rezultatelor înregistrate de eșantionul experimental de constatare și de control.
2. Etapa de *constatare* a situației în domeniul competenței de comunicare interpersonală, în general, și competența de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti, în special, ne-a demonstrat că studenții anului I sunt mai puțin pregătiți în acest domeniu, iar în ceea ce ține de comunicarea medic-pacient – am depistat doar informații generale, deducții superficiale, care ne face să concluzionăm că un curs general de comunicare interpersonală ar trebui să fie integrat într-unul care anticipează pe cel de comunicare medicală.
3. Pe parcursul etapei experimentului de *formare* s-a ţinut cont de dimensiunile: conceptuală şi operaţională; aspectele psihopedagogice ale formării competenței de comunicare interpersonală medic-pacient; strategiile interactive de formare a competenței, conţinuturi etc. Am aplicat un variat material didactic, am realizat în mod creativ activităţi diverse, încadrate în contexte medicale specifice etc. Cerinţele de învăţare, activităţile structurate şi organizate,

conform standardelor, sunt deziderate ce conduc la formarea şi stimularea continuă a motivaţiei de însușire a competențelor: de comunicare interpersonală profesională; deontologică/etică/morală, lingvistică, de relaționare profesională.

4. În baza chestionarelor aplicate la etapa de *control*, s-a constatat că nivelul de cunoștințe, abilități și atitudini, comportamente față de comunicarea medicală a fost influenţată de sistemul de activităţi, condiţii academice şi strategii didactice, fundamentate de Programul de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient. Din analiza efectuată, concluzionăm că medicinișții au conştientizat importanţa însuşirii materialului privind utilitatea și necesitatea cunoștințelor despre comunicare, comportament, deontologie, a abilităților și atitudinilor de edificare a relațiilor constructive profesionale și a comunicării interpersonale eficiente.
5. Informațiile finale, cu referire la datele experimentului constatativ, indică importanța diferenţelor obţinute în cazul grupelor experimentale, comparativ cu grupele de control. Autenticitatea datelor experimentale au fost demonstrate de diferenţele rezultatelor dintre grupuri, inclusiv de rezultatele aplicării metodologiei didactice interactive, în contexte profesionale specifice și raportate la nivelul de înțelegere, analiză, sinteză și evaluare a studenților implicați.
6. Motivația medicinișților de a practica o comunicare interpersonală medic-pacient la nivel profesionist, în baza valorilor: respect, empatie/înțelegere, ascultare activă, asertivitate, toleranță etc. a fost sporită și de dorința lor manifestată de a repeta cursul *Comunicare și comportament în medicină* la toate etapele lor de formare, în special, în cadrul studiilor prin rezidențiat, când are loc și specializarea propriu-zisă a specialiștilor în sănătate, iar doleanța acestora, expusă în fața managerilor universitari, de a se organiza acestea și alte cursuri la fel (creativ și interactiv), a fost foarte importantă pentru noi.

CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI

Investigația pedagogică, dedicată studierii pedagogiei universitare, demonstrează importanța incontestabilă, actualitatea și transformarea politicilor educaționale în domeniul pedagogiei medicale, accentuând necesitatea revalorificării standardelor în educația universitară medicală, în vederea determinării direcțiilor principale, ce vizează pregătirea profesională, în baza formării competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, ca un deziderat primordial îmbinat armonios și considerată drept parte integrantă a competențelor profesionale primordiale.

Rezultatele cercetării, la nivel teoretic, practic și experimental, au confirmat scopul investigației, prin realizarea obiectivelor preconizate:

1. Problema investigată a asigurat revelarea și determinarea conceptelor de bază: comunicare și competență, competența de comunicare interpersonală, competența de comunicare interpersonală medic-pacient, inclusiv, specificarea datelor din istoria studiului comunicării și a comunicării medicale. Totodată, aceste concepte au fost sintetizate, prin formularea următoarelor definiții:

- ✓ *Comunicarea* este un proces ireversibil și continuu, care implică o dimensiune a conținutului și a relaționărilor; reprezintă un cumul de factori verbali, nonverbali, de context, fiind simetrică și complementară; transmiterea unei idei și verificarea modului în care a fost recepționată; receptarea unei idei și înțelegerea sensului acesteia; reacțiile voluntare și involuntare pe care le avem în cadrul schimbului de mesaje; imaginea pe care ne-o facem despre noi înșine și despre ceilalți.
- ✓ *Competența* este modul în care ființa umană însușește anumite cunoștințe, abilități și aptitudini, pentru a face față unor anumite situații, este o caracteristică individuală care e indisolubil legată de eficiența performanțelor.
- ✓ *Competența de comunicare interpersonală* este un ansamblu de cunoștințe, capacități, abilități și atitudini manifestate într-un act de relaționare umană, pentru a soluționa diferite probleme, în contexte variate de viață.

Comunicarea medicală include actul comunicațional între doi subiecți (medic-pacient; medic-asistentă medicală; medic-medic), care se bazează pe schimbul de informații, opinii și acțiuni, ce au un rol determinant, în prevenirea și tratarea cu succes a persoanelor care se confruntă cu probleme de sănătate (Nastasiu, 2017a, 2018a, 2018b, 2018d, 2018e, 2018f, 2019a).

2. Dezvăluind manifestarea conexiunii complexe între competența de comunicare și competența lingvistică, bazată pe limbaj specializat, am conturat necesitatea cunoașterii perceptelor

lingvistice față de competența de comunicare interpersonală medic-pacient (Nastasiu 2017b, 2017c, 2018c, 2019a,2019b).

3. Urmărind specificul relației medic-pacient, am recurs la analiza elementelor structurale ale comunicării medicale, a comportamentelor, a aspectelor etice în această relație, a modelelor de relație medic-pacient, ce au contribuit la elaborarea a 2 Modele de relație medic-pacient, centrate pe problemele pacientului – Modelul socio-profesional și Modelul centrat pe feedbak și a Indicatorilor de performanță, axați pe componentele principale ale competenței – cunoștințe, atitudini, abilități și comportamente (Nastasiu, 2018e, 2018f, 2019a).
4. Cercetarea metodologiei de formare a competenței de comunicare medic-pacient și determinarea reperelor conceptuale a determinat elaborarea și valorificarea metodologiei proprii, sintetizată în mod structural, în Modelul pedagogic al formării competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la mediciniști, centrat pe problemele pacientului, ce a asigurat realizarea demersului experimental, în baza Programului de formare a competenței de comunicare medic-pacient la mediciniști. Contribuția noastră, care se impune și ca trăsătură originală a cercetării date, se direcționează spre dezvoltarea pedagogiei medicale, în general, și a pedagogiei comunicării medicale, în special (Nastasiu, 2017d, 2017e,2019a).

Fundamentată pe datele studiului teoretic, cercetarea experimentală a parcurs cele trei faze clasice ale experimentului:

- ✓ constatare, centrată pe determinarea nivelului de cunoaștere a comunicării interpersonale medic-pacient la mediciniști;
- ✓ formare, care a vizat verificarea, aplicarea și validarea Modelului pedagogic de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la mediciniști, centrat pe problemele pacientului, constituit din cunoștințe, abilități și comportamente, atitudini, valori și motivație. Programul de formare, folosit în experiment, a servit ca Program de intervenție, a cărui componentă metodologică a fost valorificată plenar în demersul nostru formativ, care s-a bazat pe interacțiunea deschisă și suportivă, tolerantă și empatică cu fiecare student, ce a servit drept cadru propice de întreținere/educare a comunicării interpersonale medic-pacient la mediciniști.
- ✓ faza de control, prin care s-au determinat progresele înregistrate în procesul de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, la subiecții lotului experimental; s-au verificat și validat datele experimentale rezultate din implementarea metodologiei de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient; au fost procesate, sintetizate, comparate și interpretate rezultatele înregistrate de eșantionul experimental de constatare și de control.

Astfel, rezultatele cercetării au confirmat **soluționarea problemei științifice importantă,** care s-a axat pe valorificarea fundamentelor teoretice și metodologice ale formării competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, structurate în Modelul pedagogic de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti, centrat pe problemele pacientului, ceea ce a condus la transformarea cogniţiilor, atitudinilor, abilităţilor şi comportamentelor medicinişti:

- ✓ competența de comunicare interpersonală medic-pacient este un element indisolubil formării profesionale;
- ✓ formarea competenței de comunicare interpersonală medic-pacient conduce inevitabil la creșterea performanțelor profesionale a specialiștilor din domeniul sănătății publice, reducerea și rezolvarea situațiilor conflictuale din cadrul instituțiilor medicale, dar și la starea de bine a pacientului, ca factor determinant în procesul de însănătoșire/recuperare;
- ✓ cultura unei comunicări eficiente, promovată în cadrul instituțiilor de învățământ medical și a instituțiilor medicale prestatoare de servicii medicale, contribuie la instaurarea unui climat profesional favorabil, astfel, diminuând insatisfacția beneficiarului de serviciile medicale.

Problema științifică importantă soluționată în cercetare constă în fundamentarea teoretico-aplicativă a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti, prin formarea inițială de calitate, bazată pe centrarea pe problemele pacientului și interacțiunea adecvată cu acesta.

În concordanță cu rezultatele investigației, propunem următoarele **recomandări** de ordin pedagogic:

- *conceptorilor de politici educaționale*: competența de comunicare interpersonală medic-pacient, medic-medic, medic-societate este un deziderat indisolubil în formarea competențelor profesionale ale medicinișților, de aceea este primordial de a introduce în Curricula Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, formarea și dezvoltarea acestora, la toate etapele de instruire profesională – universitară (inițială, cu studierea comunicării interpersonale, în general, mai apoi, cu trecerea treptată la comunicarea medicală, la toate etapele cursurilor universitare); postuniversitară – în cadrul studiilor de rezidențiat (cu specificul impus de specializare) și instruire continuă.
- *profesorilor de la toate disciplinele academice predate în universitate* – să se axeze pe necesitatea educării permanente a relațiilor interpersonale medic-pacient, inclusiv, prin aplicarea metodelor și tehnicilor didactice interactive. Or, aceste modele de comunicare interpersonală, bazate pe valorile promovate de noi, vor putea, ulterior, mai ușor fi transferate în practica medicală de către studenți, viitorii medici.

- *managerilor instituțiilor medicale:* promovarea unei culturi a comunicării eficiente cu beneficiarul serviciilor medicale – pacientul, în cadrul echipei medicale, prin organizarea unor training-uri de educație permanentă de dezvoltare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, medic-medic, medic-societate, astfel, diminuând situațiile de conflict în echipa medicală, dar și insatisfacția pacientului, instaurând în cadrul instituției medicale un climat profesional favorabil, dar și sporind satisfacția pacientului și starea lui de bine, ca factori determinanți în procesul de însănătoșire.
- *medicilor:*
  - Jurământul lui Hipocrate nu își pierde actualitatea și relevanța niciodată, în pofida salariului pe care îl primești și a pacientului dificil.
  - Comunicarea interpersonală cu pacientul se bazează pe responsabilitate, respect, empatie/înțelegere, toleranță, demnitate, confidențialitate, onestitate, încredere etc.
  - Ascultarea activă a pacientului pentru exprimarea credințelor, neliniștii sau dubiilor și oferirea de feedback constructiv creează o stare de satisfacție a acestuia, care se simte valoros, important și unic.
  - Utilizarea unui limbaj neutru, evitarea terminologiei științifice medicale.
  - Discuția cu pacientul trebuie să fie concisă, clară.
  - Incitarea explicită a bolnavul de a pune întrebări despre ce nu a fost abordat.
  - Atenție la congruența dintre limbajul verbal și nonverbal!
  - Discutarea cu pacientul, cât mai curând posibil, a pozițiilor divergente, evitând conflictul cu acesta.
  - Acceptarea de a răspunde la întrebări incomode.
  - Încurajarea revenirii, mai târziu, asupra unei explicații deja date.
  - Permiterea pacientului de a lua decizii cu privire la metodele de tratament și investigații.
  - Asigurarea pacientului de confidențialitatea discuțiilor. Pacientul decide cui să-i furnizeze informațiile despre starea sa de sănătate!
  - Oferirea, în permanență, a încurajărilor pentru continuarea tratamentului.
  - Oferirea momentelor de tăcere, deoarece absența comunicării verbale este ceea ce oferă pacientului timp să formuleze în cuvinte gândurile sau emoțiile sale, să se adune sau să continue conversația.
  - Verbalizarea clară a aluziilor sau a elementelor sugerate de pacient.

- Exprimarea nesiguranței, dacă este cazul, asupra perspectivei pacientului.

Cercetarea realizată deschide variate perspective de investigare, care ar viza studierea în profunzime a tuturor componentelor comunicării medicale în varii situații profesionale: medic-pacient, medic-medic, medic-societate etc.

BIBLIOGRAFIE

1. ANTONESEI, L., POPA, L.N., et al. (2009). *Ghid pentru cercetarea educației*. Iași: Polirom. 189 p. ISBN 978-973-46-1279-6
2. AFANAS, A. (2009). *Dezvoltarea competențelor comunicative la elevii învățământului profesional în cadrul predării/învățării limbii străin.e* (autoref. al tezei de doct. în pedagogie). Chișinău: Didact Expres. 26 p.
3. ALBU, G. (2008). *Comunicarea interpersonală. Aspecte formative și valențe psihologice*. Iași: Institutul European. 306 p. ISBN 978-973- 611-512-7
4. ATHANASIU, A. (1983). *Elemente de psihologie medicală*. Bucureşti: Editura Medicală. 324 p.
5. BACIU, Gh. (2015). *File din trecutul medicinei basarabene*. Chişinău: S. n. 157 p. ISBN 978-9975-129-16-9
6. BALCIU, B.A., ADÎR, V. (2009). *Comunicare interpersonală*: *perspective teoretice și strategii practice.* București: Printech. 183 p. ISBN 978-606-521-344-9
7. BUTIURCA, D. (2015). *Lingvistică și terminologie: hermeneutica metaforei în limbajele specializate.* Iași: Institutul european. 236 p. ISBN 978-606-24-0133-7
8. BURLUI, V., et al. (2010). *Medicină și umanism. Comunicarea medic-bolnav*. Iași: Editura Apollonia. 265 p. ISBN 978-973-9333-91-7
9. BRADBERRY, T., GREAVES, J. (2019). *Inteligența emoțională 2. 0.* București: Litera. 208 p. ISBN 978-606-33-3471-9.
10. CARTALEANU, T., COSOVAN, O. (2017). *Formarea competențelor profesionale prin dezvoltarea gândirii critice*. Chișinău: Centrul Edicațional PRO DIDACTICA, Tipografia „Bons Offices". 114 p. ISBN 978-9975-3013-2-9
11. CAIN, A. (2000). *Psihodrama Balint – Metodă, teorie şi aplicaţii*. Bucureşti: Editura Trei. 199 p. ISBN 973-8291-77-1
12. CALLO, T. (2006). *Fundamentele pedagogice ale integralității dezvoltării profesionale a cadrelor didactice și a educației lingvistice a elevilor*. Autoreferat al tezei de doctor habilitat în pedagogie. Chișinău. 42 p.
13. CAMERON, M. (2006). *Arta de a-l asculta pe celălalt: secretele unei comunicări reuşite* (trad. D. Zămosteanu). Iași: Polirom. 132 p. ISBN(10) 973-46-0245-4; ISBN(13) 978-973-46-0245-2
14. COJOCARU-BOROZAN, M. (2010). *Teoria culturii emoționale*. Studiu monografic asupra cadrelor didactice, Chișinău: UPS „I. Creangă". 240 p. ISBN 978-9975-46-066-8

15. COLLETT, P. (2011). *Cartea gesturilor. Cum putem citi gândurile oamenilor din acțiunile lor.* trad. Borș, A. București: Editura Trei. 317 p. ISBN 978-973-707-565-9
16. COSMAN, D. (2010). *Psihologie medicală*. Iași: Polirom, 462 p. ISBN 978-973-46-1735-7
17. COȘERIU, E. (2000). *Omul și limbajul său*. Iași: Editura universității A. I. Cuza. 458 p. ISBN 978-973-703-386-4
18. COȘERIU, E. (2011). *Istoria filozofiei limbajului*. De la începuturi până la Rousseau. București: Ed. Humanitas. 620 p. ISBN 978-973-50-2961-6
19. CRISTEA, S. (2010). *Fundamentele pedagogiei*. Iași: Polirom. 400 p. ISBN 978-973-46-1562-9
20. CUZNEȚOV, L. (2016). *Unele orientări și perspective de configurare a educației morale în cadrul familial și școlar prin definirea sarcinilor ontopedagogiei*: Materialele Conferinței Științifice Internaționale „Învățământul superior: valențe și oportunități educaționale de cercetare și transfer inovațional, 28-29 septembrie, 2016. Ch: USM, 2016. pp. 45-49. ISBN: 978-9975-71-826-4
21. DAVID, D. (2006). *Psihologie clinică și psihoterapie*. Fundamente. Psihologie. Iași: Polirom. p. 265. ISBN 973-46-0342-6
22. DE FLEUR, M. L., BALL-ROKEACH, S. (1998). *Teorii ale comunicării de masă*. Iași: Polirom. 280 p. ISBN 973-683-134-5
23. DE PERETTI, A., et al. (2001). *Tehnici de comunicare*, trad. de Sandu, G., Iași: Polirom. 392 p. ISBN 973-683-505-7
24. DINU, M. (2014). *Comunicarea.* Repere fundamentale. Bucureşti: Orizonturi. 440 p. ISBN 978-973-736-071-7
25. DOBRESCU, P., et. al. (2007). *Istoria comunicării*. București: Comunicare. ro, 376 p. ISBN 978-973-711-140-1
26. DUMBRĂVEANU, R., et. al. (2003). *Proiectarea standardelor de formare profesională inițială în învățământul universitar.* Ghid metodologic. Chişinău: CEP USM.
27. DUMBRĂVEANU, R., et al. (2014). *Competențe ale pedagogilor*: Interpretări. Chişinău: Continental Grup. 192 p. ISBN 978-9975-9810-5-7
28. DUMITRAȘCU, D. L. (2013). *Comunicare medicală.* Curs pentru studenții de la medicină. Cluj-Napoca: Editura Medicală Universitară „Iuliu Haţieganu”. 78 p. ISBN 978-973-693-431-5
29. DUMITRIU, Gh. (1998). *Comunicare și învățare*. București: Editura Didactică și Pedagogică. 256 p. ISBN 973-30-5178-0

30. DUTESCU, B. (1979). Etos în medicină. Bucureşti: Ed. Medicală. 166 p.
31. EKMAN, P. (2011). *Emoții date pe față: cum să citim sentimentele de pe chipul uman*. trad. Costea, M., Gherman, S., București: Editura Trei. 346 p. ISBN 978-973-707-559-8.
32. EȚCO, C., et. al. (2007). *Psihologia generală: Suport de curs*. Chişinău: USMF CEP Medicina. 366 p. ISBN 978-9975-95284-2
33. EȚCO, C., et al. (2007). *Didactica universitară. Ghid metodologic pentru profesorii universitari.* Partea I, Chișinău: CEP Medicina, USMF „Nicolae Testemițanu". 256 p. ISBN 978-9975-918-76-3
34. EȚCO, C., et. al. (2008). *Comunicarea pentru schimbarea comportamentală*. Chişinău: CEP Medicina USMF. 163 p. ISBN 978-9975-915-33-5
35. EȚCO, C., et al. (2011). *Didactica universitară. Ghid metodologic pentru profesorii universitari.* Partea II, Chișinău: Î. S. F. E-P. „Tipografia Centrală". 296 p. ISBN 978-9975-78-971-4
36. EȚCO, C. (2017). *Nicolae Testemițanu – nume devenit simbol*: *90 de ani de la naștere*. Chişinău: Epigraf. 544 p. ISBN 978-9975-60-260-0
37. EZECHIL, L. (2002). *Comunicarea educațională în context școlar*. București: Didactică și Pedagogică. 184 p. ISBN 973-30-2269-1
38. FICA, S., MINEA, L. (2008). *Ghid de comunicare și comportament în relația cu pacientul*. București: Universitară „Carol Davila". 94 p. ISBN 978-973-708-20-35
39. FLOYD, K. (2013). *Comunicarea interpersonală*. Iaşi: Polirom. 502 p. ISBN 978-973-463-34-18
40. GERARD, F.M., PACEARCA, Ș. (2012). *Evaluarea competențelor*. Ghid practic. București: Aramis Print. 208 p. ISBN 978-973-679-935-8
41. GOLEMAN, D. (2018). *Creierul și inteligența emoțională: noi perspective*. Trad. de G.A. Bănică. ed. a II-a. București: Curtea Veche Publishing. 112 p. ISBN 978-606-44-0044-4
42. GOLEMAN, D. (2018). *Inteligența emoțională.* Trad. de I.-M. Nistor. ed. a IV-a reviz. București: Curtea Veche Publishing. 529 p. ISBN 978-606-44-0072
43. GORAȘ-POSTICĂ, V. (2013). *Formarea de competențe profesionale în contextul actual al învățământului superior.* În: Revista Studia Universitatis, seria Stiinţe ale Educaţiei. Nr. 5 (65). 2013. pp. 31-35. ISSN 1857-2103
44. GORAȘ-POSTICĂ, V., et. al. (2015). *Psihopedagogia comunicării*: *Suport de curs.* Universitatea de Stat din Moldova, Facultatea de Psihologie şi Ştiinţe ale Educaţiei, Catedra Ştiinţe ale Educaţiei. Chişinău: CEP USM. 148 p. ISBN 978-9975-71-572-0

45. HABERMAS, J. (2000). *Conştiinţă morală şi acţiune comunicativă*. Bucureşti: Ed. All. 184 p. ISBN 973-684-242-8
46. HABERMAS, J. (2005). *Sfera publică și transformarea ei structurală*. București: Comunicare. ro. 387 p. ISBN 973-711-069-2
47. HALL, M. (2008). *Magia comunicării.* Trad. O. Cernat. București: Excalibur. 308 p. ISBN 978-973-1930-07-7
48. HASSON, G. (2012). *Cum să-ți dezvolți abilitățile de comunicare: ce știu, fac și spun experții în comunicare.* Trad. C. Dumitru. Iași: Polirom, 223 p. ISBN 978-973-46-2932-9
49. HASSON, G. (2016). *Inteligența emoțională.* Trad. E. Damian. București: Meteor Publishing. 176 p. ISBN 978-606-910-000-4
50. IAMANDESCU, I.B. (1997). *Psihologie medicală*. Bucureşti: Infomedica, 319 p. ISBN 973-96935-9-8
51. IANIOGLO M. (2017). *Comunicarea asertivă în mediul educațional.* În: Materialele Conferinței Științifice Internaționale „Perspectivele și problemele integrării în Spațiul European al Cercetării și Educației" din 7. 06. 2017, USC. Cahul: Universitatea de Stat „B. P. Hasdeu". pp. 132-137. ISBN 978-9975-88-019-0
52. IONESCU-RUXĂNDOIU, L. (1995). *Conversația: structuri și strategii*. București: ALL. 99 p. ISBN 973-571- 038-2
53. IORGULESCU, G. (2017). *Elemente de ştiinţe comportamentale şi neuroştiinţe în medicina dentară.* București: Editura Medicală.399 p.ISBN 978-973-39-0819-7
54. JINGA, I., ISTRATE, E. (1998). *Manual de pedagogie*. București: ALL Educațional, pp. 231-235. ISBN 973-933-751-1
55. LABĂR, A.V. (2008). *SPSS pentru Științele Educației.* Iași: Editura Polirom. 347 p.
56. LAZĂR, C., et al. (2016). *Științele comportamentului*. Cluj-Napoca: Editura Medicală Universitară „Iuliu Haţieganu". 143 p. ISBN 978-973-693-695-1
57. LESENCIUC, A. (2017). *Teorii ale comunicării*. Ed. a 2-a, reviz. Braşov: Ed. Academiei Forţelor Aeriene „Henri Coandă". 316 p. ISBN 978-606-8356-46-4
58. LOHISSE, J. (2002). *Comunicarea.* De la transmiterea mecanică la interacțiune. Iași: Polirom. 200 p. ISBN 973-683-859-5
59. LUBAN-PLOZZA, B., IAMANDESCU, I.B. (2003). *Dimensiunea psihologică a practicii medicale.* București: Infomedica. 408 p. ISBN-978-7912-07-1
60. MARINESCU, V. (2006). *Metode de studiu în comunicare*. București: Niculescu. 333 p. ISBN 973-568-937-5

61. MARZANO, R.J. (2015). *Arta și știința predării.* Editura: București: Ed. Trei. 365 p. ISBN 978-606-719-318-3
62. MATTELART, A., MATTELART, B. (2001). *Istoria teoriilor comunicării*. Iași: Ed. Polirom. 176 p. ISBN: 973-683-652-5
63. MÂRZA-DĂNILĂ, D. (2009). *Relaţia terapeut-pacient*: (terapia centrată pe client). Bacău: Alma Mater. 174 p. ISBN 978-606-527-056-5
64. MCKAY, M., et. al. (2016). *Mesaje. Ghid practic pentru dezvoltarea abilităților de comunicare*. București: ALL. 392 p. ISBN 978-606-587-360-5
65. MINCU, E., CHIRIAC, A., NASTASIU, S. **(**2012). *Limba română. Limbaj medical cu suport gramatical și de cultivare a limbii.* USMF „Nicolae Testemițanu". Chișinău: CEP Medicina. 368 p. ISBN 978-9975-113-31-1
66. MINCU, E. (2017). *Terminologia Medicinalis Romaniae*. Institutul de Filologie al Academiei de Științe a Moldovei, Centrul de Terminologie. Chișinău: Pontos. 276 p. ISBN 978-9975-51-861-1
67. MIU, N. (2004). *Științele comportamentului.* Cluj-Napoca: Ed. Medicală Universitară „Iuliu Haţieganu". 251 p. ISBN 973-693-024-6
68. MOSCOVICI, S. et al. (2007). *Metodologia științelor socio-umane.* Iași: Polirom. 556 p. ISBN 978-973-46-0596-5
69. MUCCHIELLI, A. (2002). *Arta de a influenţa*. *Analiza tehnicilor de manipulare.* Iaşi: Polirom. p. 63. ISBN: 973-683-942-7
70. MUCCHIELLI, A. (2015). *Arta de a comunica*: metode, forme și psihologia situațiilor de comunicare. Iași: Polirom. 280 p. ISBN 978-973-46-5208-2
71. **NASTASIU, S. (**2017a). *Aspecte moderne de comunicare publică în sănătate.* În: Materialele Conferinței Științifice Internaționale „Preocupări contemporane ale științelor socio-umane în contextul transformării de mentalități", ed. a VII-a. ULIM. Chișinău: Tipografia Biotehdesign, pp. 362-367. ISBN 978-9975-108-27-0
72. **NASTASIU, S. (**2017b). *Manifestarea conexiunii complexe: tipuri de evaluare – competențe de comunicare.* În: Tehnici și strategii de specialitate în dinamica limbajelor de specialitate. Departamentul de limbi străine specializate al Universității Babeș-Bolyai, ed. E. Wohl, co-ed.: M. Ștefănescu, R. Mihele. Cluj-Napoca: Ed. Casa Cărții de Știință (ed. acreditată CNCS - B). pp. 176-185. ISBN: 978-606-17-1249-6
73. **NASTASIU, S. (**2017c). *Monitorizarea competențelor de comunicare bazate pe limbaj specializat din perspectiva stilului autonom de învățare.* În: Tehnici și strategii de

specialitate în dinamica limbajelor de specialitate. Departamentul de limbi străine specializate al Universității Babeș-Bolyai, ed. E. Wohl, co-ed.: M. Ștefănescu, R. Mihele. Cluj-Napoca: Ed. Casa Cărții de Știință (ed. acreditată CNCS - B). pp. 111-118. ISBN 978-606-17-1249-6

74. **NASTASIU, S. (**2017d). *Secvențe metodologice de formare a competențelor comunicative la studenții medicinişti.* În: Revista științifică Studia Universitatis Moldaviae, Științe ale Educației, categoria B. Chişinău: USM, nr. 9 (109), pp. 123-128. - ISSN 1857-2103.
75. **NASTASIU, S**. (2018a). *Abordări conceptuale ale comunicării. Definiții şi identitate.* În: Revista științifică Studia Universitatis Moldaviae, Științe ale Educației, categoria B. USM, nr. 9 (119). pp. 323-330. ISSN 1857-2103
76. **NASTASIU, S**. (2018b). *Aspecte din istoria studiului comunicării*. În: International Academy Journal World Science, nr. 8 (36) aug., vol. 3. pp. 29-34. DOI: https: doi.org/10.31435/ rsglobal_ws/30082018/6075. ISSN: 2413-1032
77. **NASTASIU, S.,** GORAȘ-POSTICĂ, V. (2018c). *Perspective lingvistice de dezvoltare a competențelor de comunicare medic-pacient la studenții medicinişti*. În: Materialele Simpozionului Internațional „KREATIKON. Creativitate-Formare-Performanță”. Ed. a XIV-a, 23-24 martie, 2018, coord. Cr. Stoica, Sv. Rusnac. Iași-Chișinău: Tipografia Print-Caro. pp. 69-77. ISBN 978-9975-56-579-0
78. **NASTASIU, S**. (2018d). *Abordări teoretice ale competenței de comunicare interpersonală.* În: Materialele Conferinței Științifice Naționale cu participare internațională „Integrare prin cercetare și inovare”, 8-9 noiembrie, 2018. Chișinău: USM. ISBN 978-9975-142-47-2
79. **NASTASIU, S. (**2019a). *Dezvoltarea competenței de comunicare medic-pacient: abordare psihopedagogică.* Studiu monografic. Chișinău: USMF „Nicolae Testemițanu”, CEP: Medicina. 196 p. ISBN 978-9975-82-124-7
80. **NASTASIU, S.,** BRANIȘTE, L. (2019b). *Competența lingvistică versus competența de comunicare interpersonală medic-pacient.* În: volumul „Limbajul științelor. Știința limbajelor (colecția Filologie), coord. Berechet L., Buzatu A., Dafinoiu C.V., București: Editura Universitară, recunoscută C.N.C.S. 270 p. (p. 161) ISBN 978-606-28-0869-3. DOI: 10. 5682/978 6 062808693
81. NOELLE-NEUMANN, E. (2004). *Spirala tăcerii*. *Învelişul nostru social*. Trad. de Vlad Cucu Oancea. Bucureşti: Comunicare. ro. 372 p. ISBN 973-711-029-3

82. NOICA, C. (1987). Comunicare și cuminecare. În: *Cuvânt împreună despre rostirea românească.* București: Ed. Eminescu. pp. 188-191. ISBN 973-28-0643-5
83. OJOVANU, V. (coord.) et al. (2016). *Comunicare și comportament în medicină* (cu elemente de bioetică). Chișinău: CEP Medicina, USMF. 220 p. ISBN 978-9975-82-025-7
84. OPREA, L., GAVRILOVICI, Cr. (2015). *Bazele comportamentului individual în sănătate.* București: Editura ProUniversitaria. 243 p. ISBN 978-606-26-0423-3
85. PÂNIȘOARĂ, I.-O. (2015). *Comunicarea eficientă*. Iași: Polirom. 478 p. ISBN 978-973-46-5479-6
86. PÂRVU, I. (2000). *Filosofia comunicării*. București: FCRP „David Oqilvy"-SNSPA. 250 p. ISBN 973-99502-6-4
87. PEASE, A.B. (2013). *Abilități de comunicare*. Trad. S. Aronescu. Ed. a II-a. București: Curtea Veche Publishing. 98 p. ISBN 978-606-588-595-0
88. POPA-VELEA, O., et. al. (2016). *Compendiu de psihologie medicală*. București: Ed. Universitară „Carol Davila". 204 p. ISBN 978-973-708-926-7
89. POPA, N. L., et al. (2009). *Ghid pentru cercetarea educației.* Iași: Polirom. 188 p. ISBN 978-973-46-1279
90. POPA, M. (2008). *Statistică aplicată pentru Psihologie*. *Teorie și aplicații SPSS*. Iași: Polirom. 365 p.
91. POPESCU, C.A. (2016). *Curs de comunicare medicală pentru studenții de la asistență medicală generală.* Cluj-Napoca: Ed. Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu". 124 p. ISBN 978-973-693-657-9
92. POPUȘOI, E., EȚCO, C. (1999). *Valori morale în medicină*. Chișinău: CEP Medicina USMF. 215 p. ISBN 9975-945-17-1
93. PRUTIAN, Ș. (2000). *Manual de comunicare și negociere în afaceri*. Iași: Polirom. 328 p. ISBN 973-683-456-5
94. RĂILEANU-CIOBANU, O. (2015). *Pedagogia competențelor. Suport de curs*. Chișinău: Tipografia Primex Com. 120 p. ISBN 978-9975-110-33-4
95. SADOVEI, L. (2008). *Competența de comunicare didactică. Repere epistemologice și metodologice*. Chișinău: UPS „Ion Creangă". 172 p.
96. SAUSSURE, F. (2004). *Scrieri de lingvistică generală*. Iaşi: Polirom, 352 p. ISBN 973-681-436-X
97. SĂUCAN, D.Ș. (2003). *Comunicarea didactică*. București: Ed. Atos. 240 p.
98. SFEZ, L. (2002). *O critică a comunicării*. Trad. de Radu Gârmacea, Raluca Popescu și Sorin Gherguț. Bucureşti: Comunicare. ro. 136 p. ISBN 973-611-181-4

99. SILISTRARU, N. (2012). *Cercetarea pedago*gică (ghid metodologic). Chişinău: UST. 100 p. ISBN 978-9975-76-081-2
100. SPINEI, A. (2005). *Comunicare şi comportament*. Chişinău: CEP Medicina USMF. 215 p. ISBN 9975-918-23-9
101. STICI, I. (2004). *Nicolae Testemiţanu – viguros stejar al neamulu*i. Chişinău: Î. S. F. E. - Tipografia Centrală. 648 p. ISBN 978-9975-78-545-7
102. ȘEVCIUC, M. (coord.), et al. (2013). *Didactica universitară: studii și experiențe*. ed. II. Chișinău: CEP USM. 242 p. ISBN 978-997-543-41
103. ȘOITU, L. (2002). Pedagogia comunicării. Iași: Institutul European. 208 p. ISBN 973-611-199-7
104. TOWNSEND, R. (2009). *Dezvoltăți abilitățile de comunicare: idei simple pentru prezentări de succes.* Trad. M. Chitoșcă. București: Curtea Veche Publishing. 120 p. ISBN 978-973-669-737-1
105. TRAN, V., et. al. (2003). *Teoria comunicării*. Ed. a 2-a, rev. Bucureşti: Comunicare. ro. 193 p. ISBN 973-8376-41-6
106. ȚĂRNĂ, Ec. (2011). *Bazele comunicării*. Chișinău: Prut Internațional. 368 p. ISBN 978-9975-54-030-8
107. TUDOSE, F. (2003). *Orizonturile psihologiei medicale*. București: InfoMedica. 406 p. ISBN 973-7912-02-0
108. VICOL, M. I. (2013). *Dezvoltarea competențelor comunicative la studenți prin intermediul strategiilor didactice interactive:* autoref. al tezei de dr. în şt. pedagogice. Ch.: CEP al USM. 25 p.
109. VICOL, N. (2016). *Valori şi funcţii ale limbajului în construcţia comunicării*: Monografie. Institutul de Ştiinţe ale Educaţiei. Chişinău: S. n. Tipogr. Totex-Lux. 557 p. ISBN 978-9975-3060-5-8
110. VINȚANU, N. (2001). *Educația Universitară*. București: Aramis Print. 271 p. ISBN 973-8066-82-4
111. VLĂDESCU, I. (2013). *Particularitățile dezvoltării competenței de comunicare didactică în contextul situațiilor de învățare:* teză de dr. în șt. pedagogice. Chișinău: S. n. 178 p.

****

112. CANALE, M., SWAIN, M. (1980). *Theoretical bases of communicative approaches to second language teaching and testing.* În: Applied Linguistics. Nr. 1. pp. 1-47. ISSN 1477-450X

113. CANALE, M. (1984). *A communicative approach to language profi ciency assessment in a minority setting.* În: Rivera, C. (Ed.), Communicative competence approaches to language proficiency assessment: Research and application. Clevedon: Multilingual Matters. pp. 107-122. ISBN 090-502-82-28

114. CHOMSKY, N. (1965). *Aspects of the Theory of Syntax*. Cambridge, Massachusetts: The M.I.T. Press. pp. 36-38

115. CHOMSKY, N. (2006). *Language and Mind*. Ed. a III-a. Cambridge: Cambridge University Press. pp. 27-29. ISBN 978-052-167-493-5

116. BAYLON, Ch., MIGNOT, X. (1991). *La Communication*. Paris: Natha. p. 51. ISBN 10: 220-034-40-82

117. BERNS, M.S. (1990). *Contexts of competence: social and cultural considerations in communicative language teaching*. New York: Plenum Press. p. 48. ISBN-978-1-4757-9838-8

118. DANCE, F.E.X. (1970). *The „Concept" of Communication*. În: Journal of Communication. Nr. 20. Issue 2. pp. 201-210. ISSN 1460-2466

119. DEVITO, J. (1988). *Human Communication*. The basic cours. 4th ed. New York: Herper and Row Inc. 485 p. ISBN 006-041-60-84

120. DEVITO, J.A. (2000). *Human Communication*. The basic course. 8-th ed. Addison-Wesley: Educational Publishers Inc. 460 p. ISBN 0-321-04420-7

121. FINLAYSON, G. (1997). *Habermas: The Theory of Communicative Action*. pp. 3-7. ISBN 10-019-284-09-59

122. GORDON, J. (1983). *Orgazitional Behavior*. New-York: Allin and Bacon Inc. p. 57. ISBN 13-978-0130-328-472

123. HABERMAS, J. (1979). *Communication and the Evolution of Society*. Londra: Heinemann. pp. 11-12. ISBN 13-978-0807-015-131

124. HABERMAS, J. (1997). *The Theory of Communicative Action*. Translated by Thomas McCarthy. Vol. 1: Reason and the Rationalization of Society, Lifeworld and System: a Critique of Functionalist Reason. Cambridge: Polity Press. 703 p. ISBN 0-8070-1507-5

125. HYMES, D. H. (1972). *On Communicative Competence.* In: PRIDE, J.B., HOLMES, J. (Eds.). *Sociolinguistics.* Baltimore. USA: Penguin Education, Penguin Books Ltd. pp. 269-293. ISBN 902-721-60-45

126. HYMES, D. (1972). *On communicative competence*. În: BRIDE, J.B., HOLMES, J. (eds). *Sociolinguistics.* Harmondworth: Penguin. pp. 167-170. ISBN 902-721-60-45

127. HYMES, D. (1974). *Foundations in Sociolinguistics:* An Ethnographic Approach. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. 260 p. ISBN 978-081-2210-651

128. McCORRY, L.K., MASON, J. (2012). *Communication Skills for the Healthcare Professional*, Lipipincot (Wolters Kluwer Health): Kindle Edition. 268 p. ISBN-13: 978-1582558141; ISBN-10: 158-255-81-40

129. **NASTASIU, S. (**2017e). *Configuration Models of Augumentation Strategies Communication Skills for Medical Students*. În: Conference Proceedings. The Future of Education. 7th ed., Florence, Italy, 8-9 June 2017. Florence: Ed. PIXEL. pp. 441-445. ISBN 978-88-6292-868-7.

130. **NASTASIU, S.** (2018f). *Teoretical aspects of interpersonal communication competence*. În: International Academy Journal Web of Scholar, Multidisciplinary Scientific Journal, nr. 7 (25) Jul., vol. 3. DOI: https//doi. org/10. 31435/rsglobal_wos (pp. 14-19). ISSN: 2518 - 167.

131. **NASTASIU, S.** (2018g). *Deontological aspects in training interpersonal doctor-patient communicative competencies to medical students.* În: Proceeding of CIEA 2018 The Fifth International Conference on Adult Education „Education for values – continuity and context", Iași (România), April 25th-27th – Chișinău (Moldova), April 27th-28th 2018. Editura: Edlearning. pp. 565-572

132. PETERWAGNER, R. (2005). *What is the Matter with Communicative Competence?* An analysis to Encourage Teachers of English to Assesss the very basis of their Teaching. Wien: LIT Verlag. 343 p. ISBN 3-8258-8487-2

133. SCHRAMM, W. (1996). *There Were Giants on the Earth These Days*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates

134. SIMMONS, M. (1997). *A Sociolinguistic Analysis of Doctor – Patient Communication*. În: The Japan Conference on English for Specific Purposes Proceedings. November 8, p. 88. ISSN 1343-8573

135. SMITH, S., et. al. (2000). *Clinical nursing skills. Basic to advanced skills.* Fifth edition. New Jersey, USA: Ed. Prentice Hall Health. 1199 p. ISBN 083-851-56-65.

136. STEPHEN W. (1989). *Theories of Human Communication*. 3rd ed. Belmont, Calif.:Wadsworth. 315 p. ISBN 053-409-53-48.

137. TREY, G. (1998). *Solidarity and Difference*: the Politics of Enlightenment in the Aftermathof Modernity. New York: State University of New York Press. 190 p. ISBN 10-079-144-01-76

138. TSCHUDIN, V. (1992). *Ethics în nursing – The caring relationship*. Oxford: Butterworth Heinemann. 225 p. ISBN-13: 978-075-065-26-50; ISBN-10: 075-065-26-59

139. WATZLAWICK, P., et. al. (1972). *Une logique de la communication*. Paris: Ed. Duseuil. pp. 45-47. ISBN 10: 202-005-22-02

140. WIDDOWSON, H.G. (1983). *Learning Purpose and Language Use*. În: The ESP Journal. Vol. 4. issue 2. pp. 171-179. ISSN 0272-2380

141. WIDDOWSON, H.G. (2007). *Discourse Analysis*. Oxford: Oxford University Press. 152 p. ISBN 978-0-19-438921-1

****

142. МАГАЗАНИК, Н.А. (1991). *Искусство общения с больными*. Москва: Медицина. 112 с. ISBN 5-225-00435-0

****

143. COLMAN, A.M. (2002). *A Dictionary of Psychology*. Oxford: Oxford University Press. 883 p. ISBN 978-0-19-965768-1

144. CRISTEA, S. (2015). *Dicționar enciclopedic de pedagogie*. București: Didactica Publishing House. Vol. I. 831 p. ISBN 978-606-683-295-3

145. *Dicționarul explicativ al limbii române*. (2012). Ed. a II-a. București: Univers Enciclopedic Gold. 1230 p. ISBN 978-606-8358-20-8

146. *Dicționarul ortografic, ortoepic și morfologic al limbii române*. (2005). Ed. a II-a. București: Univers Enciclopedic. 871 p. ISBN 978- 606- 8162- 08-9

147. JOHNSON, K., JOHNSON, H. (2002). *Enciclopedic Dictionary of Applied Linguistics: A Handbook for Language Teaching, Foreign Language Teaching*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd. 389 p. ISBN-0-631-21482-8

148. LAROUSSE (2006). *Marele dicţionar al psihologiei.* Trad. de Aliza Ardeleanu. Bucureşti: Editura Trei. 1360 p. ISBN: 978-973-707-099-9

149. PETCU, M. (2014). *Dicționar Enciclopedic de Comunicare și termeni asociați*. Bucureşti: C.H. BECK. pp. 116 -117. ISBN 606-18-0362-0

150. POPA, M., (coord.). (1993). *Dicţionar enciclopedic*. A-C, vol. 1. Bucureşti: Editura Enciclopedică. pp. 61-62

151. ȘTEFAN, M. (2006). *Lexicon pedagogic*. București: Aranis Print. 383 p. ISBN (10) 973-679 -303-6

E-BIBLIOGRAFIE

152. ALUAȘ, M. (2014). *Aspecte etice privind evoluția relației medic-pacient* [online]. [citat 12. 07.2018]. Disponibil:

https://www.researchgate.net/publication/319141814_aspecte_etice_privind_evolutia_relatiei_medic-pacient.

153. AFANAS, A. (2012). *Metodologia dezvoltării competenței de comunicare a elevilor în limba străină* [online]. [citat la 26.11.2017]. Disponibil: http://ise. Page.md /uploads/ files/ 1389967769_monografie-afanas-2012.pdf.
154. BACIU, Gh. (2011). *Aspecte etico-morale ale activității medicale*. [online]. [citat 21. 03. 2018]. Disponibil: http://www.artamedica.md/articles/44/01_2011_Baciu. pdf.
155. EȘANU-DUMNAZEV, D. (2017). *Formarea competenței de comunicare în limba străină la studenții medicinişti.* Teză de doct. în pedagogie. [online]. [citat 22. 01. 2018]. Disponibil:https://sites.google.com/site/usttemporar/avize/sustinereatezeidedoctorinconsiliulstiintificspecializatd3653101-02.
156. IACOB, L. (2004). *Comunicarea în context educativ şi didactic* [online] [citat 28. 08. 2018]. Disponibil: https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_ file/ Comunicarea %20in%20contextul%20educativ%20si%20didactic.pdf.
157. IANIOGLO, M. *Competența de comunicare asertivă – valoare de top a dialogului intercultural.*[online].[citat la 12. 04. 2019]. Disponibil: https:/ /ibn.idsi.md/ sites/ default/files/imag_file/111_115_Competenta%20de%20comunicare%20asertiva%20%E2%80%93%20valoare%20de%20top%20a%20dialogului%20intercultural.pdf
158. ISTRĂTOAIE, O. (2015). *Comunicarea diagnosticului către pacient – limbaj medical versus limbaj comun* [online]. [citat 13. 07. 2018]. Disponibil: http: // www. diacronia. ro/ro/indexing/details/A23310/pdf.
159. MOŞOIU, D.V. (2009). *Comunicarea diagnosticului şi a prognosticului în cancer. Pregătirea, percepţii şi practici ale medicilor oncologi, hematologi şi de îngrijiri paliative, aşteptări ale populaţiei şi cadrul normativ*. Rezumatul tezei de doctorat. USMF. Cluj-Napoca. [online]. [citat 18. 07. 2018]. Disponibil: www.umfcluj.ro/sustinute-ro/category/20-rezumate-2009?download.
160. MUNTEANU, D.A. (2005). *Observaţii 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.
161. **NASTASIU, S.,** BRANISHTE, T. (2018e). *Competence formation of doctor-patient interpersonal communication in medical students.* În: The Challenges of Communication, Contexts and Strategies in the World of Globalism – 5th Edition, ISBN: 978-606-8624-00-6 Edited by: The Alpha Institute for Multicultural Studies Published by: Arhipelag XXI

Press, Tîrgu-Mureș. [online]. [citat 3.04.2019]. Disponibil: https://old.upm.ro/cci/CCI-05/ Cep /Cep % 2005 % 2005. pdf.

162. NIȚU, M., et. al. (2012). *Comunicarea veștilor proaste în practica medicală* [online]. [citat 19. 03. 2018]. Disponibil:http://rmj.com.ro/articles/2012.3/RMR_Nr-3_2012_Art-6.pdf.
163. POTÎNG, A. (2004). *Blocajele comunicării* [online]. [citat 3. 10. 2018]. Disponibil: https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/Blocajele%20comunicarii.pdf.
164. RUSU, V. (2015). *Dicționar medical* [online]. [citat 10. 01. 2018]. Disponibil: https://oeyzjxpx.files.wordpress.com/2015/07/valeriu-rusu-dictionar-medical-pdf.pdf.
165. SADOVEI, L. (2008). *Formarea competenței de comunicare didactică prin modului pedagogic universitar*. Autoref. al tezei de doct. în pedagogie [online]. [citat 12. 04. 2019]. Disponibil: http: //www.cnaa.md/files/theses/2008/7802/larisa_sadovei_abstract.pdf
166. SKOLKA, E. (2014). *Aspecte ale asistenței bolnavului aflat în stadiul terminal* [online]. [citat 7. 03. 2018]. Disponibil: https://docslide.com.br/download/link/eniko-skolka-aspecte-ale-asistentei-bolnavului-aflat-in-stadiul-terminal.
167. TANASE, O. (2015). *Obiectivele educației centrate pe competente* [online]. [citat 8. 03. 2018]. Disponibil: https:// www. academia.edu/ 30927466/ obiectivele educatiei centrate pe competente.
168. TEODORESCU, C., ROȘCA, D. (2012). *Comunicare.* Manual pentru învăţământ cu frecvenţă redusă. Craiova: Tipografia Universităţii din Craiova, 176 p. [online]. [citat 12 septembrie, 2018]. Disponibil: https://www.baluna.ro/wp-content/uploads/2016/01/ Comunicare-Curs.pdf
169. ŢĂNDĂU, F. (2018). *Îmbunătăţirea relaţiei medic – pacient prin învăţarea tehnicilor de comunicare* (partea I). În: Revista de Medicină Şcolară şi Universitară, vol. V, nr. 3, iulie, 2018 [online]. [citat 20 noiembrie, 2018]. Disponibil: http:// www. medicinascolara. ro/download/revista/vol5_nr3_2018/5%20RMS%20-%20 Imbunatatirea% 20relatiei% 20medic%20pacient.pdf.
170. VÂLCEANU, C. (2016). *Comunicarea în asistența medicală*. [online]. [citat 13. 07. 2018]. Disponibil: http://farma.com.ro/articles/2016.1/PF_Nr-1_2016_Art-3.pdf.
171. VICOL, M. (2013). *Dezvoltarea competențelor comunicative la studenți prin intermediul strategiilor didactice interactive*. Teză de doct. în pedagogie [online]. [citat 16.03.2018]. Disponibil: https://vdocuments.site/marta-vicol-thesis-567fec1fda50f.html.

****

172. VERSPIEREN, P. (2005). *Malade et medicin, partenaires*. [online]. [citat 18. 07. 2018]. Disponibil:https://www.cairn.info/revue-etudes-2005-1-page-27.htm.

****

173. ASHRAF, B., et. al. (2014). *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 [online]. [citat: 13.07.2018]. Disponibil: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24987718.

174. BAILE, W.F., BUCKMAN, R., et. al. (2000). *SPIKES – A SixStep Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. Oncologist* [online]. [citat 17. 07. 2018].Disponibil:http://www.cetl.org.uk/learning/feedback_opportunities/data/downloads/breaking_bad_news.pdf.

175. BOUMAN, M. (1999). *The Turtle and the Peacock : collaboration for prosocial change* : *the entertainment – education strategy on television* [online]. [citat 15. 05. 2018]. Disponibil: http://www.dart-europe.eu/full.php?id=875594.

176. BROWN, R.F., et. al. (2008). *Communication Skills Training*: *Describing a New Conceptual Model* [online]. [citat 26. 06. 2018]. Disponibil: https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2008/01000/Communication_Skills_Training__Describing_a_New.6.aspx.

177. BUCKMAN, R.A. (2005). *Breaking bad news*: *the S-P-I-K-E-S strategy* [online]. [citat 17. 7. 2018]. Disponibil: http://residents.pediatrics.med.ubc.ca/wp-content/ uploads /2014/08/ Delivering-Bad-news.pdf.

178. BYLUND, C.L., et. al. (2011). *A practitioner's guide to interpersonal communication theory*: *An overview and exploration of selected theories* [online]. [citat 15. 07. 2018]. Disponibil: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3297682/.

179. JANKOWSKA, K., PASIERSKI, T. (2014). *Medical communication: a core medical competence.* În: Polskie archiwum medycyny wewnętrznej. 124 (78). pp. 350-351 [online] . [citat 25. 03. 2018]. Disponibil: http://pamw.pl/sites/default/files/72_Pasierski.pdf.

180. HYMES, D.H. (1972). *On Communicative Competence*. În: PRIDE, J.B., HOLMES, J. (eds). Sociolinguistics. Selected Readings. Harmondsworth: Penguin. (Part 2), pp. 269-293 [online]. [citat 5. 03. 2018]. Disponibil: http://wwwhomes.uni-bielefeld. de/ sgramley /Hymes-2.pdf.

181. KREPS, G.L. et al. (1998). (*The history and development of the field of health communication.* În: JACKSON, L. D., DUFFY, B. K. (Eds.). *Health Communication Research:* Guide to Developments and Directions. Westport, CT: Greenwood Press. pp. 1-15 [online]. [citat 5. 10. 2018]. Disponibil: http:// www .russcomm .ru/ eng/ rca _biblio/ k/ kreps. shtml.

182. MANOJLOVICH, M., et. al. (2015). *Hiding in plain sight: communication theory in implementation science* [online]. [citat 15. 07. 2018]. Disponibil: https:// www.ncbi .nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4410585.
183. SIMPSON, N., et al. (1991). *Doctor-patient communication*: *the Toronto consensus statement* [online]. [citat 13. 07. 2018]. Disponibil: https:// www.ncbi. nlm.nih. gov/pmc/ articles/ PMC1671610/.

****

184. ESCALERA, A.N., et al. (2017). *Representaciones sociales del médico, paciente y atención médica.* În: Revista CONAMED. Vol. 22, nr. 3. pp. 110-120. ISSN 2007-932X [online]. [citat 20 noiembrie 2018]. Disponibil: http://web. a. ebscohost. com/ ehost/ pdf viewer/pdfviewer?vid=3&sid=0aab7da6-9c25-49eb-bcf4-8bc 42e 4c5b 0a% 40 sessionmgr 4010.
185. HAMUI SUTTON, A., et al. (2015). *Las tres dimensiones de la comunicación médico-paciente: biomédica, emocional e identidad cultural.* În: Rev. CONAMED. Vol. 20, nr. 1, enero-marzo. pp. 17-26 [online]. [citat 22 noiembrie 2018]. Disponibil: http:// www. medigraphic. com/pdfs/conamed/con-2015/con151d.pdf.
186. VÁZQUEZ, J. A. P.-C. et al. (2014). Percepción de la cultura de seguridad del paciente en médicos pasantes del servicio social. In: Rev CONAMED, Nr. 19(2), pp. 52-58 [online]. [citat 2 noiembrie 2018]. Disponibil: http://web.a.ebscohost.com/ehost/ pdfviewer / pdfviewer?vid=3&sid=b6452f4b-4d6f-41a4-b34c-ef1ec523cfe9% 40 session mgr 4009

****

187. ГЕРАСИМОВА, И.В. et al. (2015). *Приемы и методы эффективного общения с пациентами*. Методические рекомендации [online]. [citat 3. 01. 2018]. Disponibil: http://oocmp.ru/assets/doc/info/priemi.pdf.
188. МАНУЛИК, В.А., МИХАЙЛЮК, Ю.В. (2013). *Проблема коммуникативной компетентности в профессиональной деятельности врача* (теоритический аспект) [on-line]. [citat 2. 01. 2018]. Disponibil: http://docplayer.ru/46079199-Problema-kommunikativnoy-kompetentnosti-v-professionalnoy-deyatelnosti-vracha-teoreticheskiy-aspekt-manulik-v-a-a-mihaylyuk-yu-v.html.
189. ТРОИЦКАЯ, Л.А., et. al. (2013). *Деонтологические принципы и психологические особенноти профессионального взаимодействия доктора с пациентом* [online]. [citat 23. 11. 2017]. Disponibil: https://medi.ru/docplus/j01131248.pdf.

****

190. *Cadrul comun de referință pentru limbi: învățare, predare, evaluare* [online].[citat 12. 03. 2018]. Disponibil: http://www.infoeuropa.md/files/cadrul-european-comun-de-referinta-pentru-limbi-invatare-predare-evaluare.pdf.
191. *Codul de etică a lucrătorului medical și farmacistului* [online].[citat 30. 01. 2018]. Disponibil: http://old.ms.md/_files/1471-Cod%2520etica-brosura.pdf.
192. *Codul deontologic al lucrătorului medical şi al farmacistului*. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 192 din 24. 03. 2017 [online].[citat 18. 07. 2018]. Disponibil: http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=369644.
193. *Codul Educaţiei al Republicii Moldova.* Parlamentul R. Moldova, Codul nr. 152 din 17.07.2014 [online]. [citat la 15.05.2019]. Disponibil: http://lex.justice.md/md/355156/
194. *Legea nr. 263 din 27. 10. 2005 Cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului* [online] [citat 16. 07. 2018]. Disponibil: http://lex.justice.md/viewdoc.php?id=313060.
195. *Legea nr. 264 din 27. 10. 2005 Cu privire la exercitarea profesiunii de medic* [online]. [citat 16. 07. 2018]. Disponibil:http://lex.justice.md/viewdoc.php?id=313060.
196. *Strategia de dezvoltare* a *Universităţii de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu" din Republica Moldova în perioada 2011-2020* [online].[citat 16. 07. 2018]. Disponibil: https://ums.usmf.md

ANEXE

Anexa 1. Programul de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti

PROGRAM DE FORMARE A COMPETENȚEI DE COMUNICARE INTERPERSONALĂ MEDIC-PACIENT LA MEDICINIŞTI **Anul de studii: 2018 – 2019**	
Coordonator	**Silvia Nastasiu**
Grupul-țintă	Studenții USMF „Nicolae Testemițanu”
Utilitatea Programului de formare	Concepția de bază a Programului rezidă în formarea competenței de comunicare interpersonală eficientă a medicului cu pacientul, dar și cu alți profesioniști din domeniul medical. Prezentul Program vine în sprijinul profesorilor de comunicare, în vederea optimizării formării competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti, prin activitățile propuse în acest program, oferind sugestii de optimizare a formării competenței de comunicare interpersonală la medicinişti. Prezentul Program, prin scopul și obiectivele sale, este în concordanță cu: - *Strategia de dezvoltare* a Universităţii de Stat de Medicină şi Farmacie „Nicolae Testemiţanu” din Republica Moldova, în perioada 2011-2020 [on-line]. [citat, 16. 07. 2018]. *Disponibil:* https: //ums. usmf. md. - *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. - *Legea nr. 264 din 27. 10. 2005 Cu privire la exercitarea profesiunii de medic* [on-line]. [citat 16. 07. 2018]. Disponibil: http: //lex. justice. md/viewdoc. php?id=313060. - *Codul deontologic al lucrătorului medical şi al farmacistului*. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 192 din 24. 03. 2017. [on-line] [citat 18. 07. 2018]. Disponibil: http: //lex. justice. md/index. php?action=view&view=doc&lang=1&id=369644
Forma de activitate	Prelegeri, seminare, lucrări practice, lucrul individual
Orientări strategice	- formarea competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti; - formarea abilităților de relaționare cu alți profesioniști din domeniul medical; - formarea abilităților de comunicare în situații de crize, conflicte; - formarea sentimentului de responsabilitate, pentru exercitarea profesiunii de medic; - formarea competenței de operare cu elementele de bază ale gestiunii emoționale – controlul unor emoții, precum furia și anxietatea;

	− formarea abilităților de utilizare a tehnicilor de comunicare în relația interpersonală medic-pacient etc.
Rezultatele scontate	La finalizarea Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient, medicinștii vor fi capabili: − să înțeleagă principiile fundamentale ale comunicării; − să distingă componentele unui act comunicațional eficient; − să înțeleagă elementele-cheie ale unui interacțiuni verbale clinice, de tip convorbire, interviu sau anamneză; − să utilizeze elemente conversaționale, de tip întrebări deschise, întrebări închise, parafrazări, întreruperi și alte tehnici de comunicare; − să păstreze echilibrul emoțional și moral în situațiile profesionale dificile – să opereze cu elemente de bază ale gestiunii emoționale (controlul unor emoții, precum furia sau anxietatea); − să distingă elementele verbale şi nonverbale ale comunicării, congruența dintre comunicarea verbală şi cea nonverbală; − să aplice competențele învățate, în contexte variate – interacțiunea cu pacienții, comunicarea cu colegii etc.; − sa ia decizii constructive, în situații conflictuale, fie cu pacienții, fie cu alți profesioniști ai domeniului sănătății.
Scopul general al Programului	Formarea competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinști, prin implementarea unui program de informare, formare și optimizare a abilităților de comunicare, în varii situații medicale.

Anexa 2. Tematica Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti, la cursul *Comunicare și comportament în medicină*

TEMATICA PROGRAMULUI DE FORMARE A COMPETENȚEI DE COMUNICARE INTERPERSONALĂ *MEDIC-PACIENT*, la cursul ***Comunicare și comportament în medicină*,** **Facultatea de Stomatologie/Medicină, anul I**				
Nr.	**Denumirea activității**	**Prelegeri**	**Seminare**	**Lucrul individual**
1.	**Comportamentul uman – un complex bio-psiho-social** 1. Conceptul de comportament uman. Clasificarea comportamentului uman. Factorii ce influenţează comportamentul uman: biologic, psihologic şi social. 2. Factorii bio-psiho-sociali care influenţează actul medical. Comportamentul şi sănătatea. Impactul comportamentului uman asupra sănătăţii. 3. Normalitate comportamentală. Conceptul de normalitate. Normalitatea ca proces. Criterii de normalitate. Normalitate şi comunicare. Normalitatea ca sănătate, normalitatea şi adaptarea, sănătate şi adaptare. 4. Anormalitatea. Criterii de definire a normalităţii. Anormalitate şi boală. Tipuri de comportamente anormale.	2	4	5
2.	**Comportament şi personalitate** 1. Conceptul de personalitate. Trăsăturile și structura personalității. 2. Comportament şi temperament. Tipurile de temperament. 3. Comportament şi somaticul uman. Tipologiile morfologice. 4. Comportament şi psihicos-ul uman. Tipologiile psihofiziologice și psihologice.	2	4	4
3.	**Comportament şi societate. Elemente de sociologie medicală** 1. Noţiunea de sociologie şi sociologie medicală. 2. Caracteristica noțiunilor statut şi rol social şi conflict de rol. 3. Statutul şi rolul social al medicului. Rolul social al bolnavului. Relaţia medic-pacient, ca relaţie de roluri. 4. Tipuri, modele şi strategii de relaţie medic-pacient. Stadiile actului medical: anamneză şi explorarea simptomelor de către medic; precizarea diagnosticului şi decizia în legătură cu tratamentul; complianţa la tratament, procesul tratamentului şi stadiul posttratament. Acordul informat.	2	4	4

	5. Malpraxis şi noncomplianţa la tratament, ca devieri de la obligaţia de rol. Automedicația. 6. Elemente de bioetică şi deontologie medicală.			
4.	**Comunicarea. Definiţii şi funcţii** 1. Noţiunea de comunicare. Elemente constitutive ale comunicării. Funcţii ale comunicării. 2. Procesul comunicării. Tipuri şi forme ale comunicării. 3. Semnificaţia comunicării în activitatea medicală. Tipuri de comunicare medic-pacient. 4. Comunicarea în funcție de diagnostic. Comunicarea cu diferite tipuri de pacienți. 5. Comunicarea în echipa medicală: medic, asistent, bioetician, preot, psiholog, psihiatru, asistent social, pacient.	2	4	4
5.	**Metacomunicarea şi diferenţele culturale** *Seminarul I* 1. Noțiunea de metacomunicare. 2. Descifrarea limbajului verbal al metacomunicării. 3. Limbajul paraverbal: râsul, geamătul, oftatul, tusea seacă şi dresul vocii. 4. Limbajul nonverbal: postura trupului, mimica şi gestica. 5. Interacţiunea dintre comunicarea verbală şi nonverbală. Poziţii interculturale în comunicarea nonverbală. *Seminarul II* 1. Eticheta. Din istoria etichetei. Elemente ale codului bunelor maniere. Comportamentul în viaţa profesională. 2. Imaginea, element esenţial în societatea contemporană. Conceptul de imagine. Imaginea personală. Limbajul vestimentaţiei – paleta culorilor. Limbajul culorilor. Garderoba feminină şi masculină. 3. Imaginea studentului medic şi a medicului. 4. Elemente de programare neurolingvistică: metamodelul, arta de a pune întrebări, degete şi cuvinte critice, reprezentarea senzorială, cheile de acces vizual şi cum ţinem obiectivele.	2	2 2	4
6.	**Bariere şi clivaje în comunicare** *Seminarul I* 1. Conceptul de barieră în comunicare, cauza apariţiei şi clasificarea lor. 2. Bariere tehnice: zgomotul, perturbările sonore şi filtrele. 3. Bariere socio-culturale: politice, religioase, sociale şi profesionale. 4. Bariere psihologice: de atitudine şi deprindere.	2	2 2	4

	5. Bariere de înțelegere: fonetice, semantice, stilistice şi logice. *Seminarul II* 1. Comunicarea eficientă și ineficientă. 2. Tehnici și forme de ascultare activă. 3. Elemente ale ascultării active: formularea întrebărilor, parafrazarea, sumarizarea și oferirea de feedback. 4. Comunicarea eficientă medic-pacient. Bariere personale în relatia medic-pacient.			
7.	**Conflictul – element constitutiv esențial al comunicării** 1. Conceptul de conflict şi conflictologie. Obiectul de studiu al conflictologiei. 2. Structura conflictului: obiectul conflictului, părţile conflictului, mediul înconjurător şi cerinţele conflictului, interpretarea subiectivă a conflictului şi elementele sale individuale. 3. Tipologia conflictelor. Strategii de rezolvare a conflictelor. 4. Aspectul etic al conflictului.	1	2	4
8.	**Comportamentul în contextul intercultural** 1. Conceptul de cultură și comunicare interculturală. Multiculturalitate, interculturalitate, transculturalitate. 2. Etnocentrismul şi comunicarea interculturală. Etnocentrismul, ca problemă a comunicării interculturale. 3. Caracteristicile structurale ale comunicării interculturale. Surse de gafe în comunicarea interculturală. 4. Comunicarea interculturală medic-pacient.	1	2	4
9.	**Comportamente cu risc pentru sănătate. Comunicarea pentru schimbarea comportamentului cu risc pentru sănătate** *Seminarul I* 1. Noţiune de conduită deviantă. Importanţa anihilării acesteia în societate şi medicină. 2. Clasificarea conduitelor deviante. 3. Tulburări de personalitate. Sindroame comportamentale în bolile psihice. 4. Violenţa în familie. Deviaţii sexuale. 5. Stări presistente de conflict. *Seminarul II* 1. Comportamentul nociv pentru sănătate: caracteristica generală. 2. Delimitarea celor mai principale probleme ale comportamentului nociv. 3. Suprasolicitarea fizică şi nervoasă. Alimentaţia dezechilibrată.	3	2 2 2	6

	4. Fumatul, consumul de alcool şi de droguri. 5. Comportamentul faţă de medicament: repulsie, indiferenţă, deprinderi, abuz. Efectul Placebo. *Seminarul III* 1. Aspecte generale ale procesului de schimbare comportamentală: principii şi etape în evaluarea schimbării comportamentului. 2. Condiţiile esenţiale pentru schimbarea comportamentului. 3. Importanţa comunicării în schimbarea comportamentului. Strategii şi tehnici de comunicare pentru schimbarea comportamentului. Comportamentul faţă de medicament.			
ORE		**17**	**34**	**39**
TOTAL ORE		**90 de ore**		

Anexa 3. Tematica Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti, la cursul *Limba română și terminologie medicală,* Facultatea de Medicină I

TEMATICA PROGRAMULUI DE FORMARE A COMPETENȚEI DE COMUNICARE INTERPERSONALĂ MEDIC-PACIENT la cursul ***Limba română și terminologie medicală,*** **Facultatea Medicină I, grupe de studenţi alolingvi şi studenţi străini (seria română), anul II, semestrul III**				
Nr.	**Denumirea activității**	**Prelegeri**	**Lucrări practice**	**Lucrul individual**
1.	**Actualizarea temelor studiate.** Modurile nepersonale ale verbului (actualizare). Construcții participiale și gerunziale în limbajul medical. Verbul și pronumele (modul indicativ, timpul perfect (diatezele: activă, pasivă și reflexivă).		4	
2.	**Modulul I. Sistemul endocrin** Sistemul endocrin. Maladiile sistemului endocrin Dialogul „La endocrinolog”. Verbul şi pronumele la modurile: conjunctiv, condițional și imperativ.		6	
3.	**Modulul II. Sistemul digestiv** Sistemul digestiv. Stomacul. Ficatul. Pancreasul. Maladiile sistemului digestiv. Dialogul „La gastrolog”. Sintaxa. Noțiuni generale. Fraza. Relații de coordonare și subordonare.		18	
4.	*Evaluare formativă*		*2*	
5.	**Modulul III. Sistemul respirator. Plămânii** Sistemul respirator. Plămânii. Maladiile sistemului respirator. Dialogul „La medicul de familie”. Exprimarea comparației. Superlativul și consecința.		6	
6.	**Modulul IV. Sistemul circulator** Sistemul circulator. Sângele. Inima. Afecțiunile sângelui și a inimii. Dialogul „La cardiolog”. Dialogul „La hematolog”. Exprimarea identității, substituției și opoziției.		8	
7.	**Modulul V. Sistemul limfatic și imunitar** Sistemul limfatic. Maladiile sistemului limfatic Sistemul imunitar. Afecțiunile sistemului imunitar. Dialogul „La imunolog”. Exprimarea cauzei, ipotezei, condiției, dorinței, afirmației și negației.		12	
8.	**Modulul VI. Sistemul excretor** Sistemul excretor. Rinichii. Patologii ale sistemului excretor. Dialogul „La urolog”.		6	

	Exprimarea cumulului și excepției.			
9.	Actualizare.		2	
10.	*Evaluare finală*		4	
	TOTAL		**68 de ore**	

Anexa 4. Tematica Programului de formare a competenței de comunicare interpersonală medic-pacient la medicinişti, la cursul *Limba română și terminologie medicală,* Facultatea de Medicină II

TEMATICA PROGRAMULUI DE FORMARE A COMPETENȚEI DE COMUNICARE INTERPERSONALĂ MEDIC-PACIENT la cursul ***Limba română și terminologie medicală,*** **Facultatea Medicină II, grupe de studenţi străini (seria engleză), anul II, semestrul III**				
Nr.	**Denumirea activității**	**Prelegeri**	**Lucrări practice**	**Lucrul individual**
1.	**Modulul I. *Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”***			
	USMF „Nicolae Testemiţanu”. Actualizare: Fonetica. Alfabetul latin pentru limba română. Sistemul grafic şi fonologic. Diftongii şi triftongii. Vocalele în hiat.		6	
	Imnul USMF „Nicolae Testemiţanu”		4	
	Medicina. Generalități. Accentul. Funcţiile şi rolul accentului. Tipuri de accent. Semne ortografice şi de punctuaţie ale limbii române.		6	
2.	**Modulul II. *Structura organismului uman. Celula și țesuturile***			
	Celula: membrană plasmatică, citoplasmă, nucleul celulei. Pronumele personale şi de politeţe. Paradigma verbelor *a fi* şi *a avea*.		6	
	Ţesuturile. Substantivul. Genul şi numărul substantivelor. Articolul. Articolul substantival definit şi nedefinit.		6	
	Structura organismului uman. Alte tipuri de articole (posesiv, adjectival).		8	
3.	*Evaluare formativă*		2	
4.	**Modulul III. *Maladii și mijloace de tratament*** Despre maladii. Cazurile substantivului.		6	
	Diagnosticul. Etapele de stabilire a diagnosticului. Declinarea substantivelor comune şi proprii.		6	
	Mijloace de tratament. Declinarea substantivelor compuse.		6	
5.	**Modulul IV. *Sistemul tegumentar*** Sistemul tegumentar. Maladii ale sistemului		6	

	tegumentar. Dialogul „La dermatolog”. Adverbul. Categoriile gramaticale ale adverbului. Gradele de comparație ale adverbului.			
6.	**Modulul V. *Sistemul osos*** Sistemul osos. Maladii ale sistemului osos. Dialogul „La osteolog”. Adjectivul. Categoriile gramaticale ale adjectivelor. Adjective variabile şi invariabile.		8	
7	**Modulul VI. Sistemul muscular** Sistemul muscular. Maladii ale sistemului muscular Dialogul „La miolog”. Declinarea îmbinărilor de cuvinte substantiv + adjectiv, adjectiv + substantiv.		8	
8	**Modulul VII. Sistemul nervos** Sistemul nervos. Maladii ale sistemului nervos. Dialogul „La neurolog”. Gradele de comparaţie ale adjectivelor. Adjectivele fară grade de comparaţie.		10	
9	**Modulul VIII. Mecanismul vederii – ochiul** Mecanismul vederii – ochiul. Maladii ale ochiului Dialogul „La oftalmolog”. Numeralul. Categoriile gramaticale. Tipuri de numeral. Numeralul cardinal şi ordinal.		6	
10	Lecție de recapitulare		2	
11	*Evaluare formativă*		2	
12	***Evaluare finală***		4	
Total ore			**102**	

Anexa 5. Chestionar de evaluare a nivelului competenţei de comunicare interpersonală medic-pacient

	CHESTIONAR	**2018**

Facultatea_____anul_____ Data_____
Genul (încercuiți): Masc./ Fem. Vârsta_____

Vă vom fi recunoscători pentru răspunsuri sincere la întrebările de mai jos. Prin răspunsurile Dumneavoastră ne veți ajuta a dezvolta competențele de comunicare interpersonală medic-pacient la studenţii medicinişti. Chestionarul este anonim.

I. Definiţi:

Comunicarea interpersonală vizează_____
_____
Comunicarea interpersonală medic-pacient se referă la_____
_____
Comunicarea interpersonală medic-medic conține_____
_____

II. Delimitaţi:

Asemănările dintre Comunicarea interpersonală propriu-zisă şi Comunicarea interpersonală medic-pacient _____
_____
_____

Deosebirile dintre Comunicarea interpersonală propriu-zisă şi Comunicarea interpersonală medic-pacient
_____
_____
_____

III. În arta comunicării medicale sunt necesare_____
_____

IV. Indicaţi în ce măsură sunteţi de acord cu următoarele afirmaţii, marcând cu "√" căsuţa care corespunde opiniei Dvs.

Nr.	***Afirmaţii***	***Acord total***	***Acord parţial***	***Neutru***	***Dez-acord parţial***	***Dez-acord total***
1.	Gradul de cunoaștere a limbii române este important în diverse situaţii de comunicare medicală					
2.	Profesionalismul medicului depinde de competenţa de comunicare interpersonală medic-pacient					
3.	Competenţa de comunicare medic-pacient este parte integrantă a codului deontologic al medicului					
4.	Consider comunicarea interpersonală medic-pacient esenţială în tratarea pacienţilor					
5.	Este necesar un curs de formare a competențelor de comunicare interpersonală medic-pacient la USMF "Nicolae Testemițanu"					

V. Selectaţi: **La ce etapă a actului medical condideraţi comunicarea interpersonală medic-pacient ca fiind cea mai importantă (bifați):**

□ Stabilirea diagnosticului □ Tratamentul propriu-zis □ Perioada de convalescenţă

VI. Argumentaţi răspunsul

_____

_____

_____

VII. Precizați sensul din perspectiva comunicării, pentru:

Consultaţie medicală_____

Consult medical_____

VIII. Care dintre cele trei competenţe de comunicare în *ars medica* o consideraţi majoră (bifați). Argumentaţi răspunsul

Medic – pacient	
Medic – medic	
Medic- societate	

IX. Estimaţi la general necesitatea formării competențelor de comunicare interpersonală *medic - pacient*, bifați unul dintre următoarele calificative:

□ Foarte mare □ Mare □ Medie □ Scăzută □ Foarte scăzută

X. Estimați la general necesitatea formării competențelor de comunicare interpersonală *medic – medic*, subliniind unul dintre următoarele calificative:

□ Foarte mare □ Mare □ Medie □ Scăzută □ Foarte scăzută

XI. Estimați la general necesitatea formării competențelor de comunicare interpersonală *medic – societate*, subliniind unul dintre următoarele calificative:

□ Foarte mare □ Mare □ Medie □ Scăzută □ Foarte scăzută

XII. Vă rugăm să scrieţi mai jos alte sugestii şi comentarii ale Dvs. la problematica dată:

VĂ MULȚUMIM!

Anexa 6. Ilustrarea aplicării testului Wilcoxon

Conform meniului din *Figura* de mai jos, am dat un clic pe *Analyze – Nonparametric Tests – Legacy Dialogs – 2 Related Samples:*

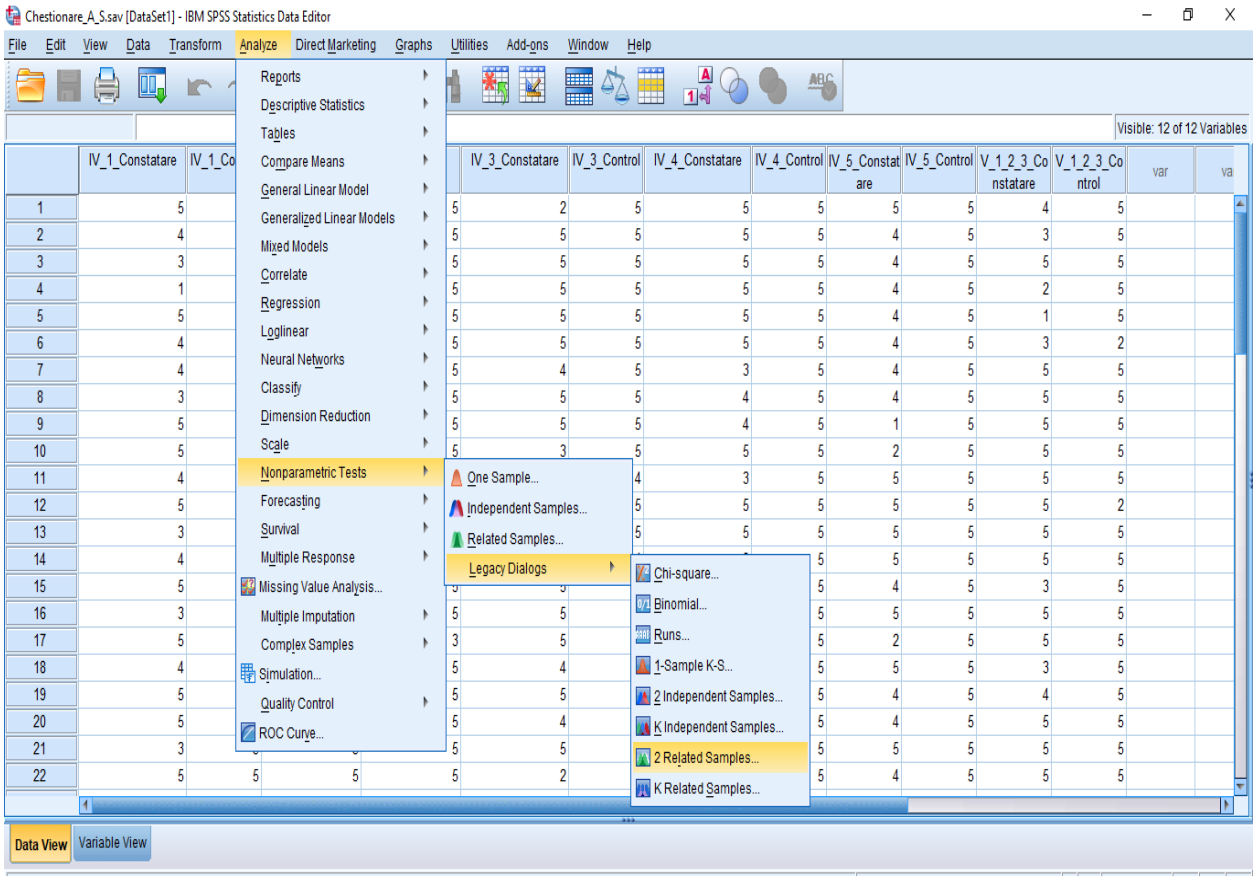


Figura A 6.1. Tabelul cu date de la etapele de Constatare și Control, problemele 1-4

S-a deschis următoarea fereastră, în care am introdus informațiile despre scorurile ce am dorit să le analizăm/variabilele perechi și tipul de test ce am dorit să fie folosit.

În cazul primei probleme, în calitate de *Variable 1*, am examinat variabila *IV_1_Constatare*, iar în calitate de *Variable 2* – variabila *IV_1_Control*. La *Test Type*, am selectat/marcat opțiunea *Wilcoxon*.

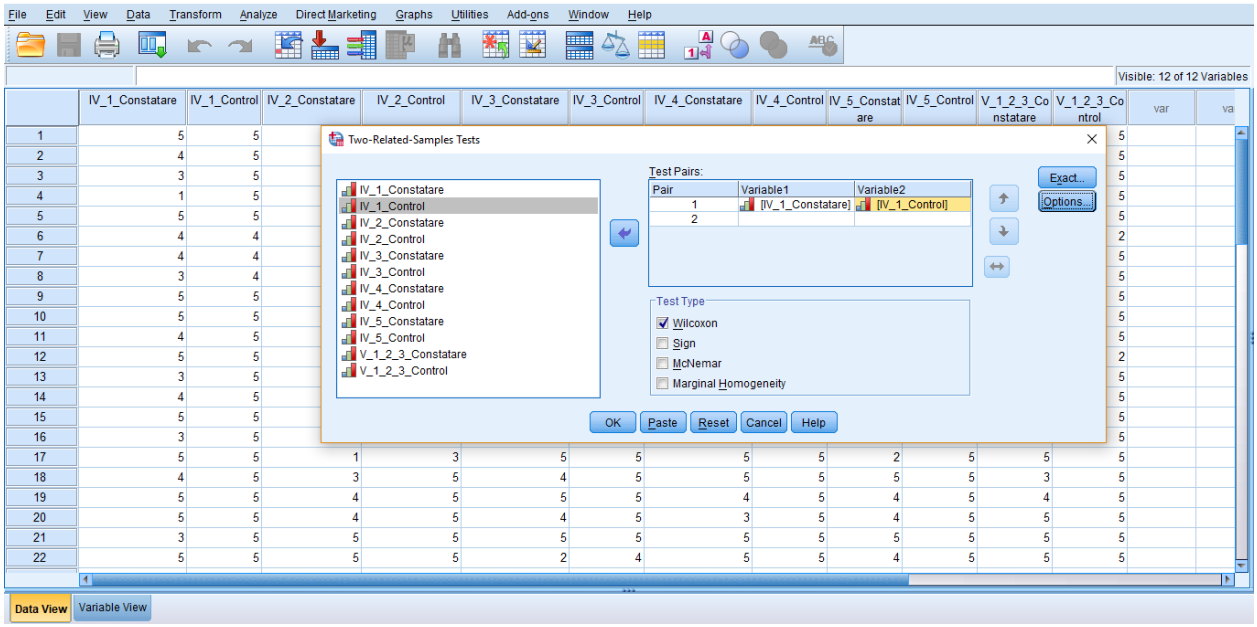


Figura A 6.2. Testul Wilcoxon pentru o pereche de variabile dependente

Dând un clic pe butonul OK, am obținut următoarele rezultatele:

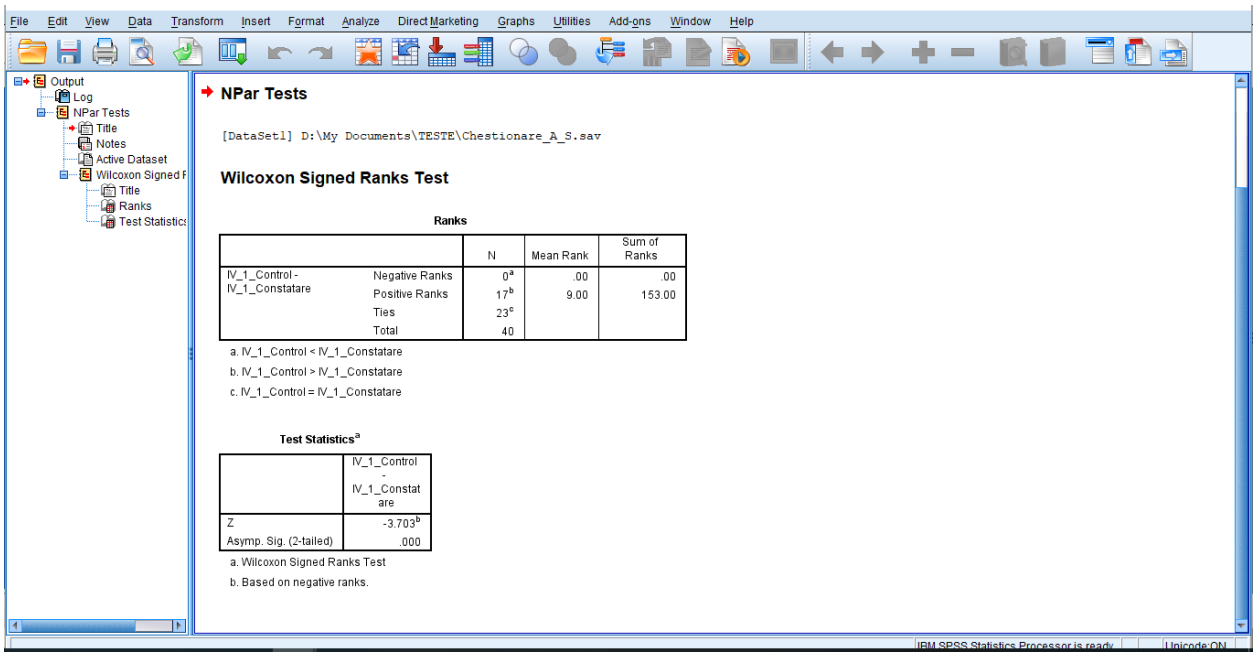


Figura A 6.3. Rezultatele testului Wilcoxon

Tabelul Ranks reprezintă media rangurilor, suma rangurilor și numărul de subiecți, pentru fiecare dintre cele trei situații de comparare: ranguri negative, ranguri pozitive și situațiile de egalitate ale rangurilor.

Tabelul Test Statistics prezintă rezultatele testului de comparare. În cazul când p (*Asymptotic Signification)* este mai mic decât pragul de semnificație α, considerate egal cu 0, 05, rezultă că există diferențe semnificative între valorile variabilelor *Constatare* și *Control.* Pentru a vedea sensul diferenței, am inspectat valorile din coloana *Sum of Ranks* din primul tabel și ne-am

raportat la suma de ranguri cea mai mare. În cazul când suma rangurilor pozitive este mai mare decât suma rangurilor negative, valoarea variabilei *Control* este mai mare decât valoarea variabilei *Constatare*.

Programul SPSS permite prelucrarea a mai multor perechi de variabile. În cazul problemelor 1-5, introducem perechile de variabile:

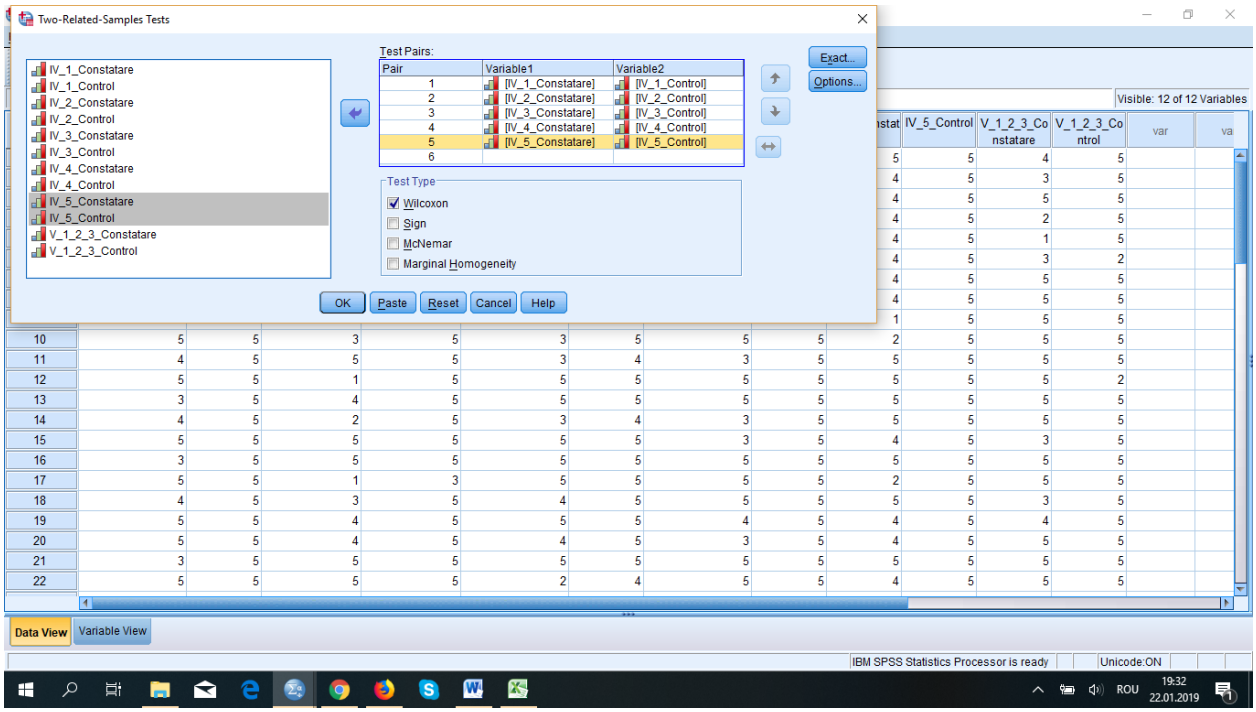


Figura A 6.4. Testul Wilcoxon, pentru mai multe perechi de variabile dependente

În rezultatul aplicării testului Wilcoxon, obținem tabelele cu următoarele rezultate:

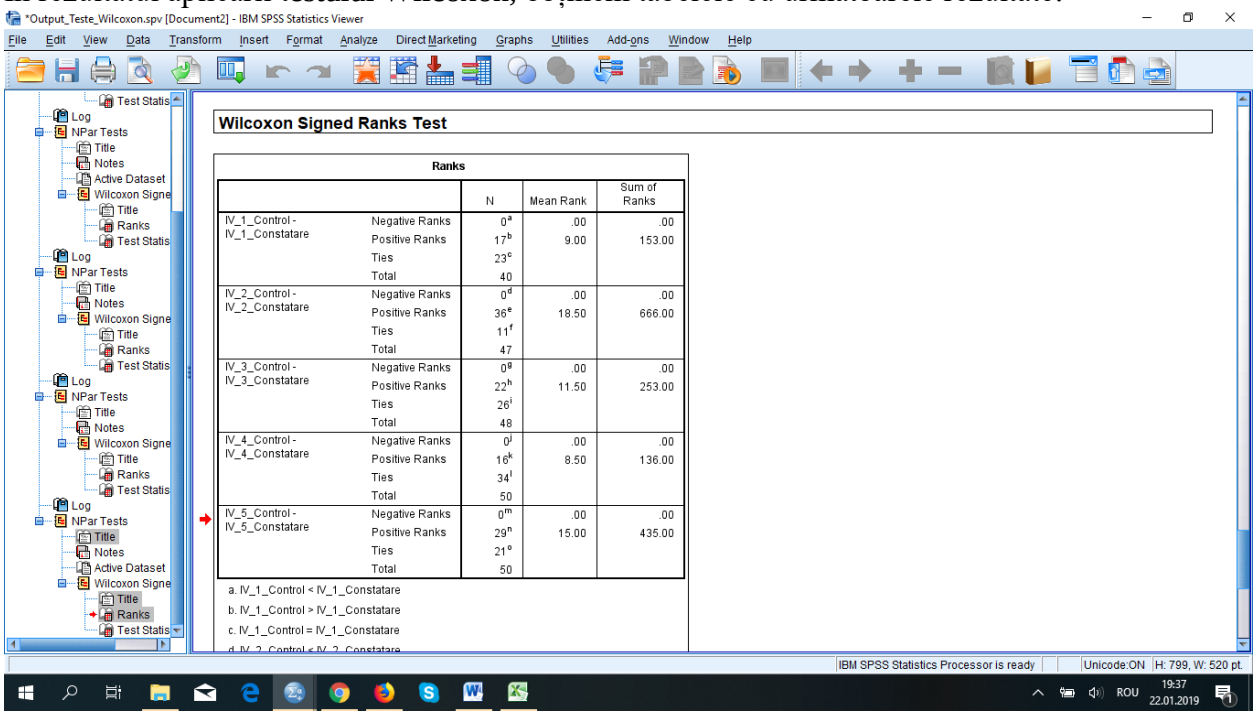


Figura A 6.5. Date rezultate despre ranguri, pentru problemele 4.1. – 4.5.

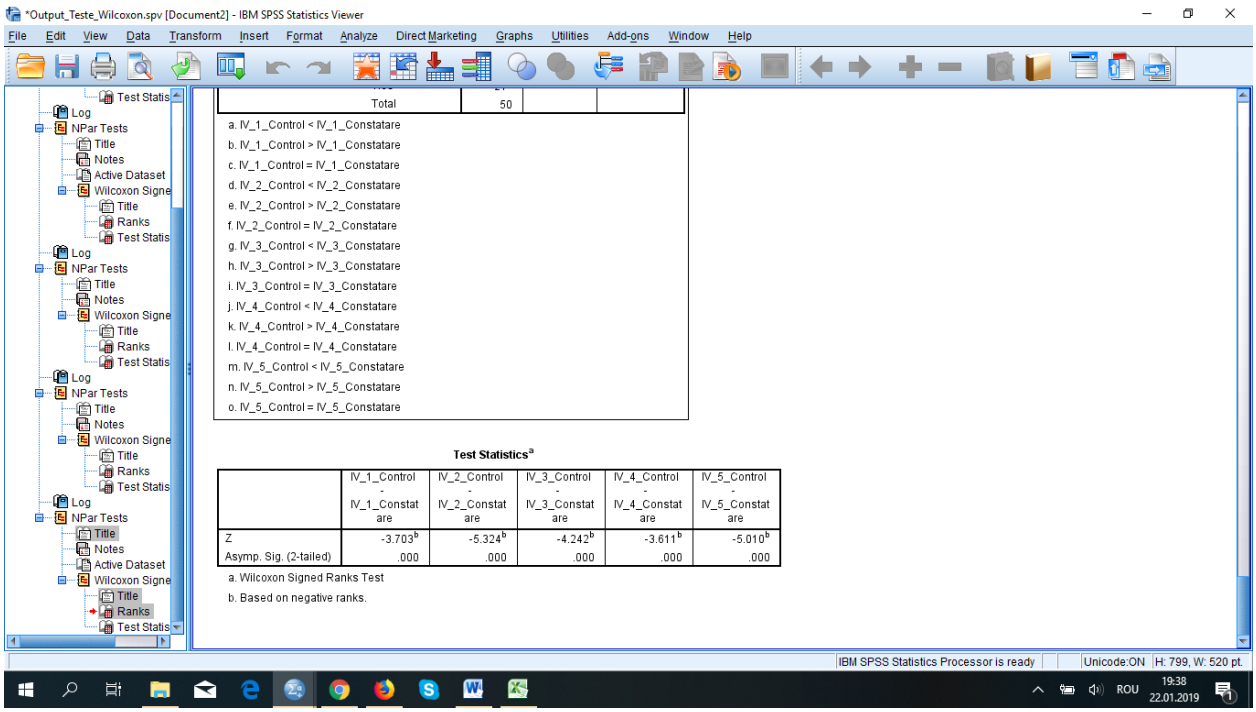


Figura A 6.6. Date rezultate despre parametrul p=Asymptotic Signification (2-tailed) pentru problemele 4.1. – 4.5.

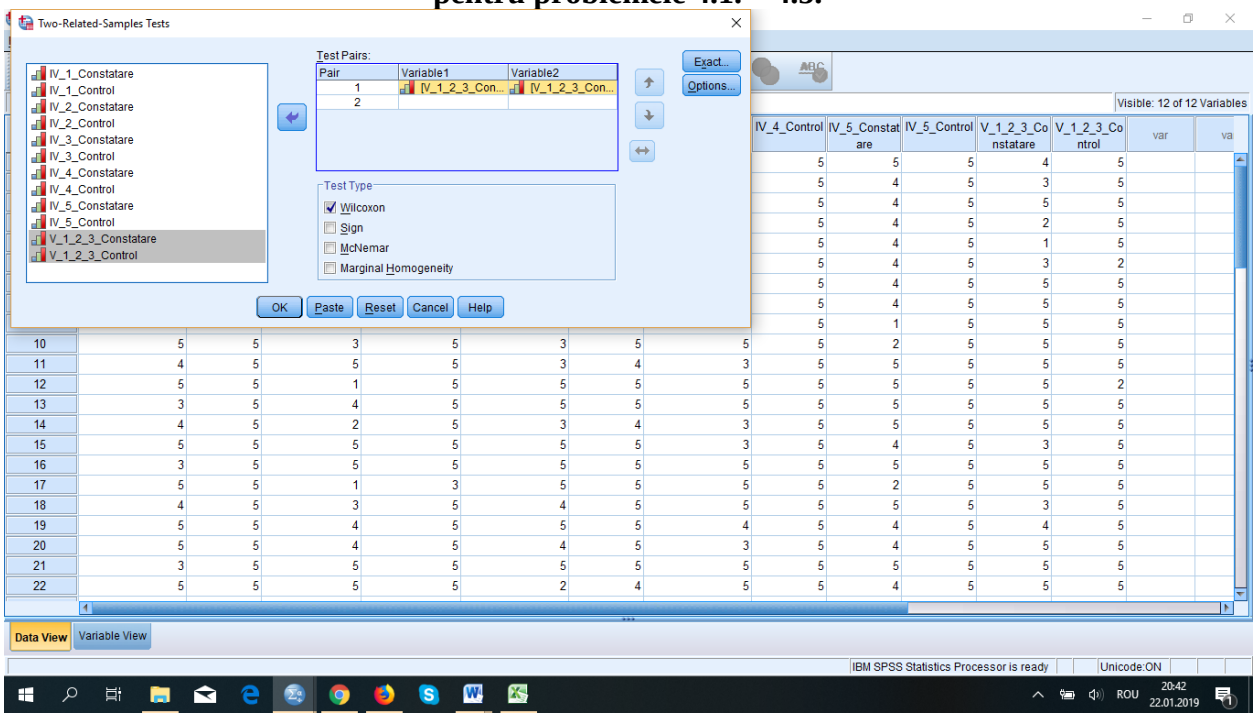


Figura A 6.7. Imagini de la aplicarea testului Wilcoxon, la Problema_V_1_2_3

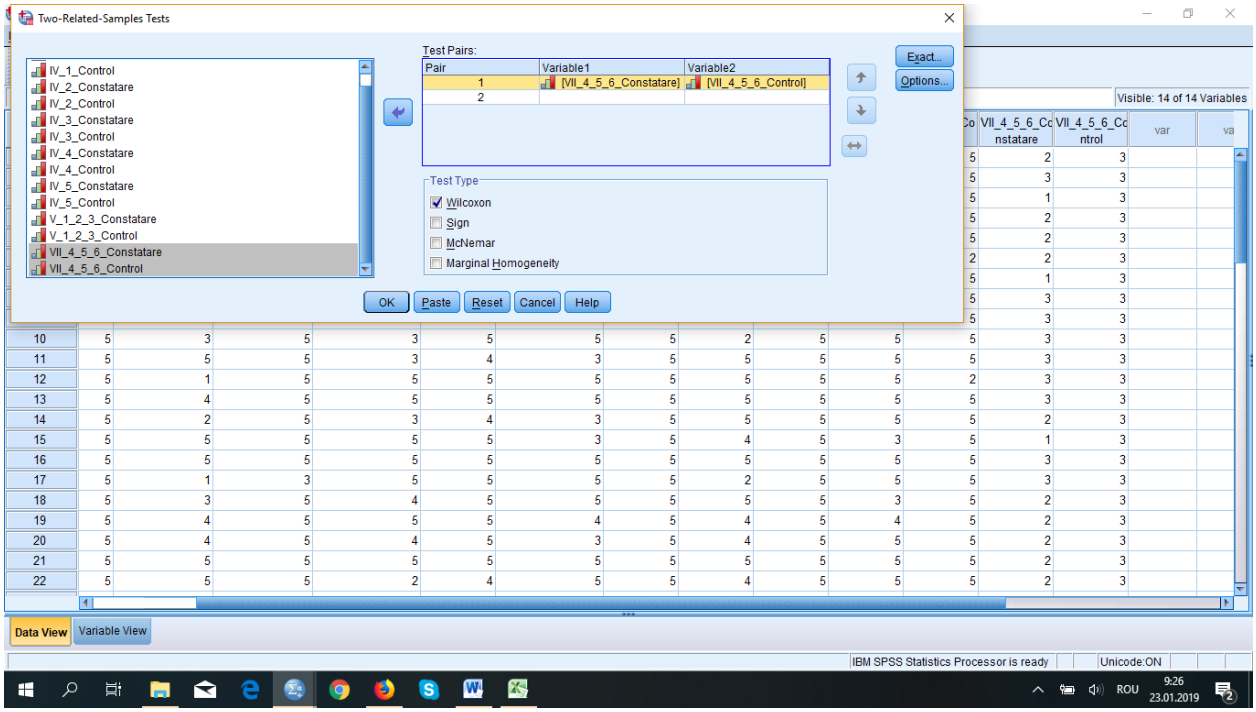


Figura A 6.8. Aplicarea testului Wilcoxon, la problema VII_4_5_6

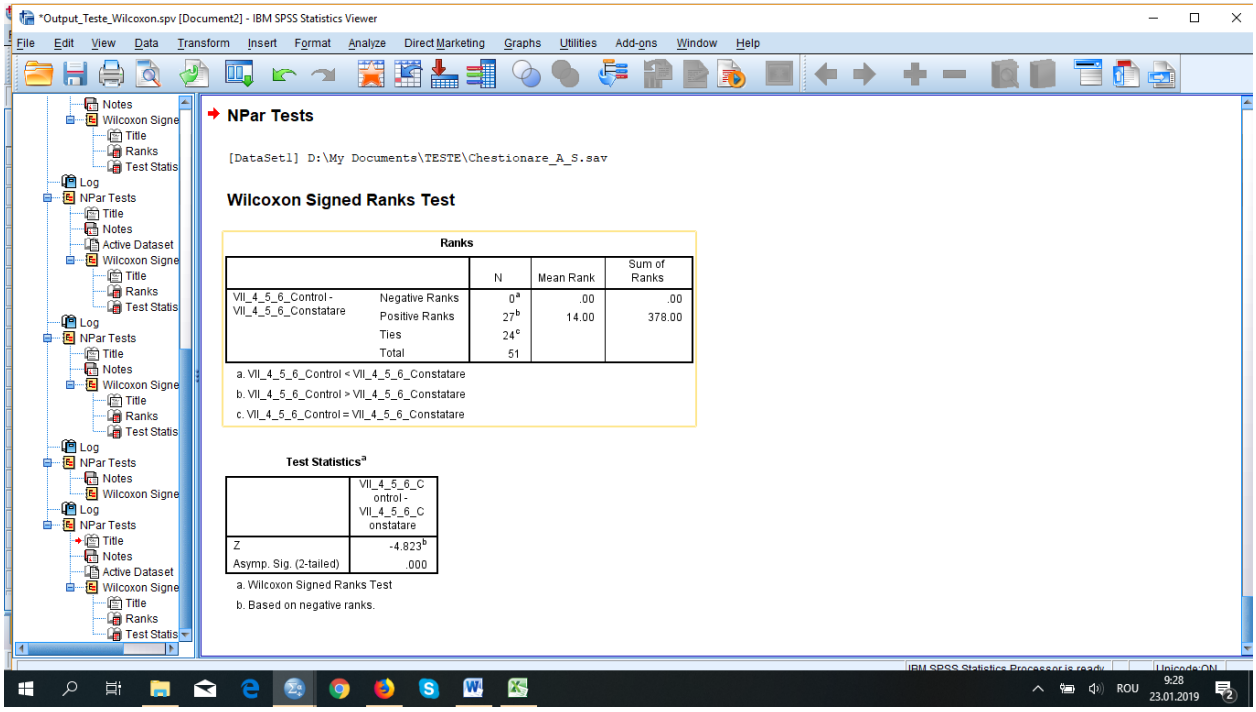


Figura A 6.9. Rezultatele testului Wilcoxon referitoare la Ranguri și la Asymptotic Signification, pentru problema VII_4_5_6

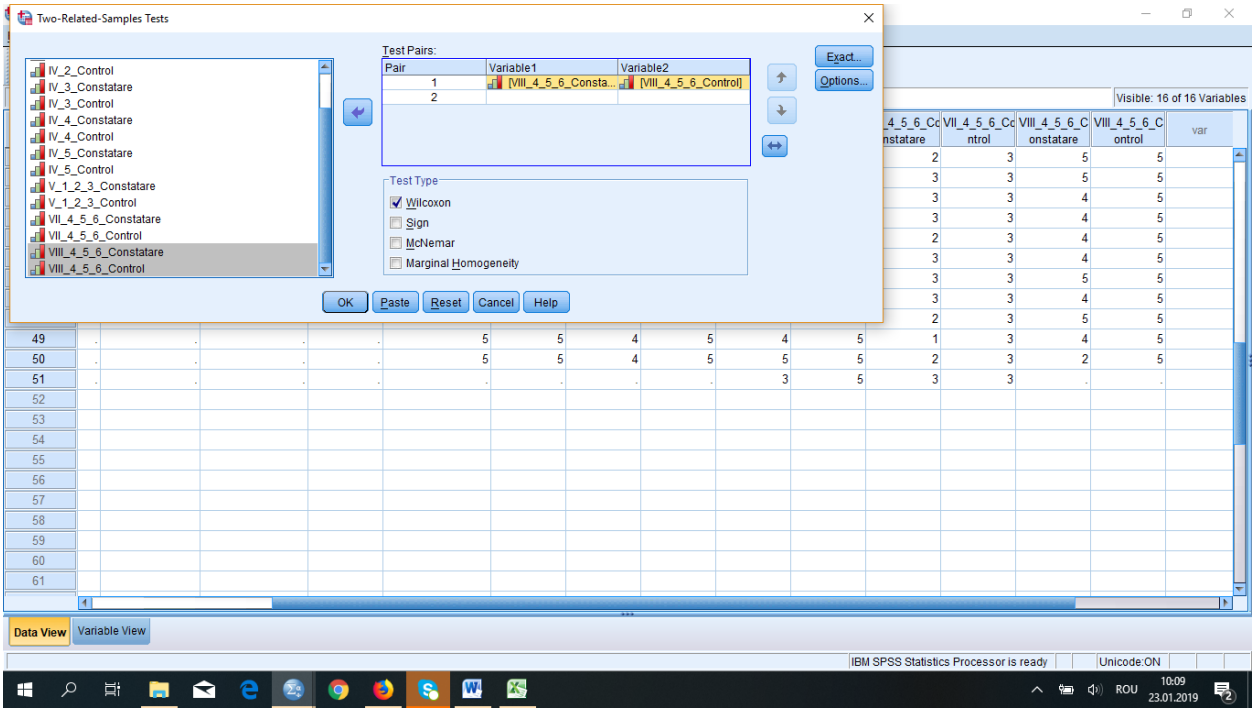


Figura A 6.10. Aplicarea testului Wilcoxon la problema VIII_4_5_6

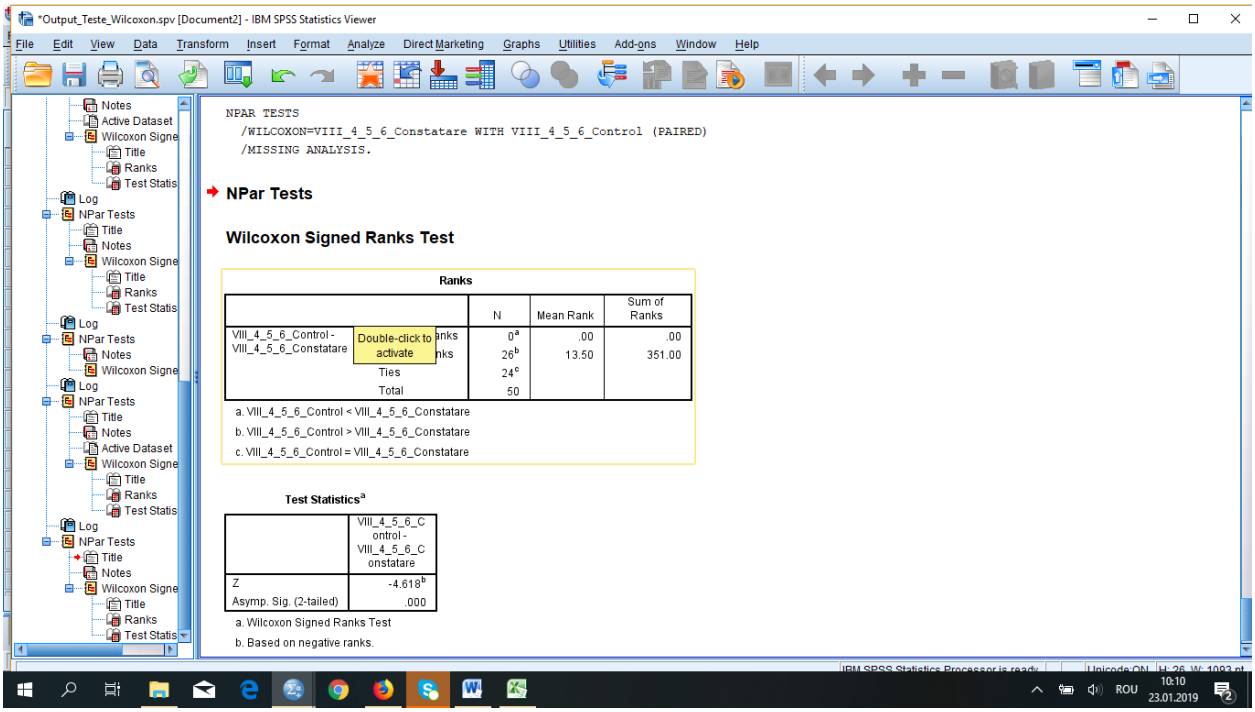


Figura A 6.11. Rezultatele testului Wilcoxon referitoare la Ranguri și la Asymptotic Signification pentru problema VIII_4_5_6

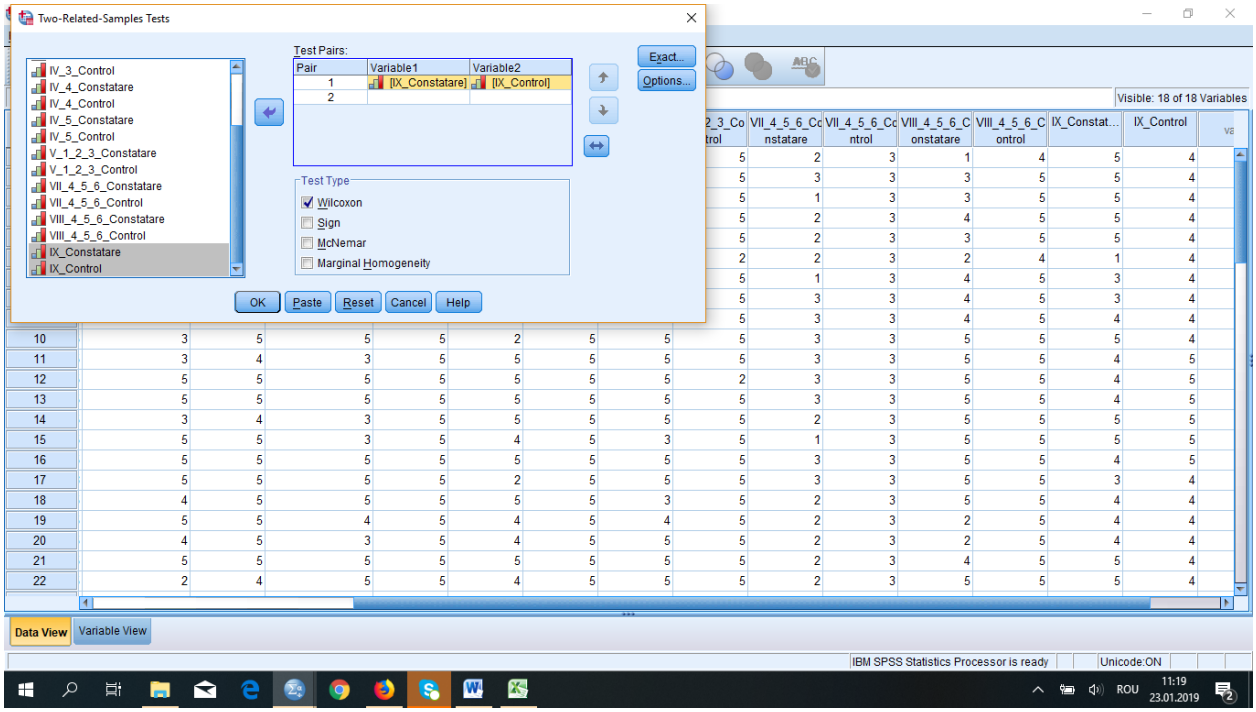


Figura A 6.12. Aplicarea testului Wilcoxon la Problema IX

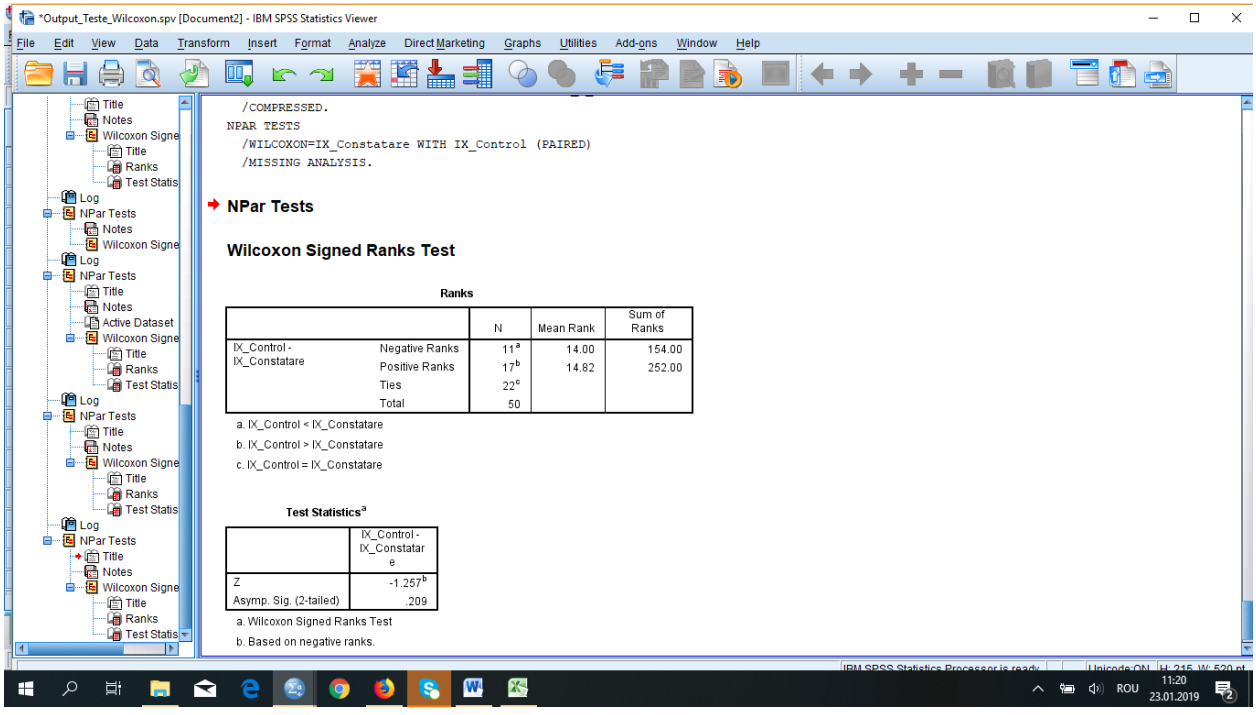


Figura A 6.13. Rezultatele testului Wilcoxon referitoare la Ranguri și la Asymptotic Signification pentru Problema IX

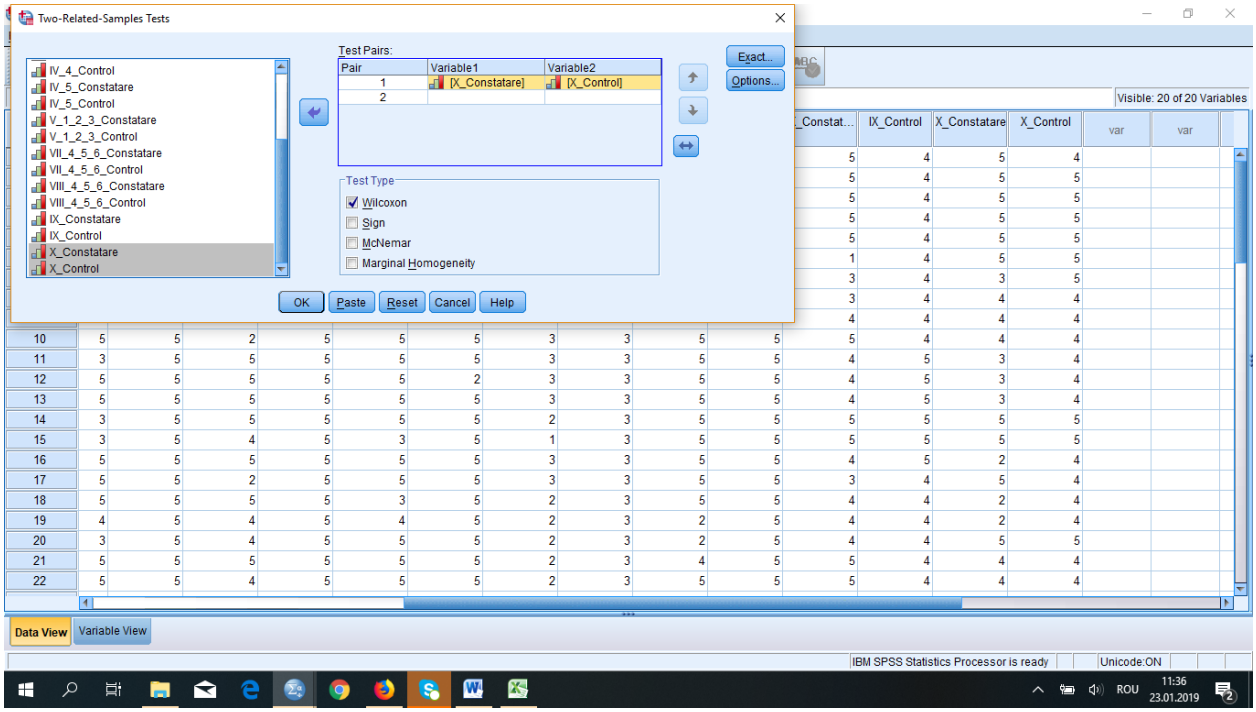


Figura A 6.14. Aplicarea testului Wilcoxon la Problema X

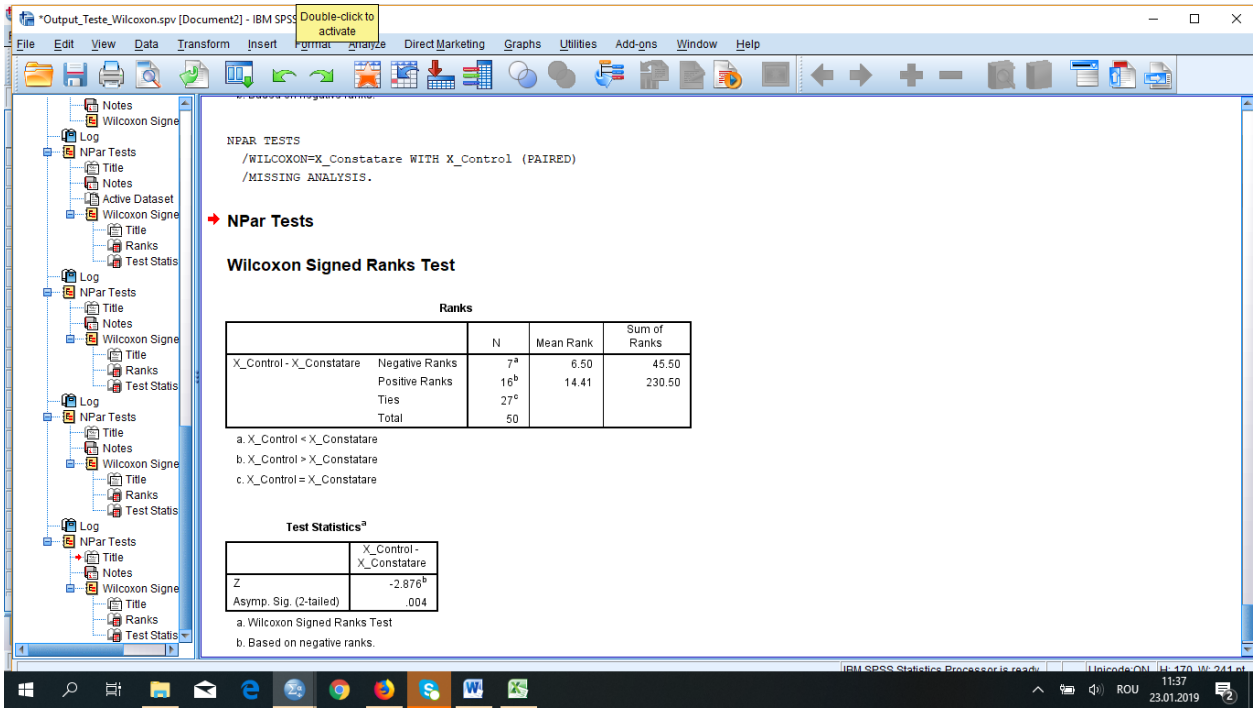


Figura A 6.15. Rezultatele testului Wilcoxon referitoare la Ranguri și la Asymptotic Signification pentru Problema X

Anexa 7. Ghidul CALGARY-CAMBRIDGE, pentru realizarea istoricului medical – procesul de comunicare (Kurtz S.M, Silverman J.D, Draper J. *(1998) Teaching and Learning Communication Skills in Medicine.* Radcliffe Medical Press (Oxford), Silverman J.D, Kurtz S.M, Draper J. (1998) *Skills for Communicating with Patients.* Radcliffe Medical Press, Oxford)

Ghidul CALGARY-CAMBRIDGE, pentru realizarea istoricului medical – procesul de comunicare		
Inițierea sesiunii	**Stabilirea relației/raportului inițial**	Salută pacientul, află numele pacientului prezintă-te, vorbește despre rolul și natura interviului, cere consimțământul pacientului, dacă este necesar, demonstrează respect și interes, asigură confortul fizic al pacientului.
	Identificarea motivelor pentru efectuarea consultației	Identifică problemele pacientului, adresându-i o întrebare deschisă: *Cu ce vă pot ajuta? Ce vă deranjează? Ce ați dori să discutăm astăzi? La ce întrebări ați dori să primiți răspuns, astăzi?* Ascultă cu atenție declarația inițială a pacientului, fără a întrerupe sau ghida răspunsul pacientului, confirmă cele enumerate și încearcă să depistezi problemele (simptomele) adiționale (de ex. *deci, dureri de cap și oboseală, orice altceva?).* Negociază graficul consultațiilor, luând în considerare nevoile pacientului și ale medicului.
Colectarea informației (culegerea de date)	**Cercetarea (examinarea, evaluarea) problemelor pacientului**	Încurajează pacientul să dezvăluie, cu propriile cuvinte, date despre originea problemei (elor), de când a(u) început pentru prima dată și până în prezent (clarificând motivul prezentării acestora), utilizează tehnica de chestionare deschisă și închisă, trecând corespunzător de la tehnica deschisa la cea închisă, ascultă cu atenție, permițând pacientului să își completeze declarațiile, fără a întrerupe și lăsând spațiu între ele, ca pacientul să gândească înainte de a răspunde sau înainte de a continua, după ce a făcut o pauză, facilitează verbal și non-verbal răspunsurile pacientului, de ex. folosirea încurajării, tăcerii, repetării, parafrazării, interpretării etc., identifică indicii verbali și nonverbali (limbajul corpului, vorbirea, expresia feței, starea de afect); (îi recunoaște și îi verifică, după caz), clarifică afirmațiile pacientului care sunt neclare sau necesită concretizare (de ex. *Ați putea explica ce vreți să spuneți, prin stare de leșin*?), periodic, fă un rezumat al celor expuse, pentru a verifica propria înțelegere și a spuselor pacientului; încurajează pacientul să corecteze interpretarea sau să furnizeze informații suplimentare. Stabilește datele și succesiunea evenimentelor.
	Abilități suplimentare pentru	Determină într-un mod activ și corespunzător: ideile pacientului (credințele, cauza); preocupările pacientului și așteptările pacientului, referitor la soluționarea fiecărei

	înțelegerea perspectivei pacientului	probleme (de exemplu, obiectivele, ce ajutor așteaptă pacientul pentru fiecare problemă); modul în care fiecare problemă (simptom) afectează viața pacientului, încurajează pacientul să-și exprime sentimentele.
Proiectare a structurii	**Asigurarea unei organizări bine definite**	Întocmește un rezumat, la sfârșitul unei etape concrete de chestionare, pentru a confirma înțelegerea înainte de a trece la următoarea trecere de la o etapă la alta, pentru a determina simptomele, face declarații tranzitorii; folosește metodici raționale (logice), pentru trecerea la etapa următoare.
	Asigurarea unei relații continue	Structurează interviul, printr-o modalitate rațională participă la sincronizarea și menținerea interviului.
Construire a relației medicpacient	**Folosirea unui comportament nonverbal adecvat**	Folosește tehnici ale comportamentului nonverbal, conform cerințelor: contactul vizual, expresia feței, pozițiile și mișcările vocale, de ex.: rata, volumul, tonul, în caz dacă citești, faci însemnări sau folosești computerul – le faci într-o manieră care nu interferează cu dialogul! Demonstrează confidenţialitate.
	Dezvoltarea relației	Acceptă legitimitatea viziunilor și sentimentelor pacientului; nu judeca! Demonstrează empatie, pentru a arăta înțelegerea și aprecierea sentimentelor sau situațiilor dificile ale pacientului; acceptă punctul de vedere și sentimentele pacientului. Oferă sprijin: exprimă îngrijorare, înțelegere, dorință de a ajuta. Recunoaște eforturile depuse de pacient, pentru propria îngrijire; propune modalități de colaborare.
	Implicarea pacientului	Tratează, cu delicatețe, subiectele jenante și deranjante ale suferințelor fizice, inclusiv, atunci când sunt asociate cu examenul fizic, împărtășește gândurile cu pacientul, pentru a încuraja implicarea pacientului (de exemplu, „Ceea ce mă gândesc, acum este”).Oferă explicații raționale, la întrebările care ar putea să pară fără continuitate logică, în timpul examenului fizic, explică procesul, cere permisiunea!
Explicații și planificare	**Asigurarea cantității corecte și a tipului de informații**	Colectează informația și o verifică: oferă informația, fragmentar, pentru a fi ușor de manevrat, verifică înțelegerea, utilizează răspunsul pacientului, ca un ghid pentru următoarele acțiuni. Evaluează punctul de plecare al pacientului: află care sunt cunoștințele prealabile ale pacientului, încă de la începutul etapei de informare, descoperă proporțiile dorințe de informare ale pacientului. Întreabă pacienții ce alte informații ar fi de folos, de ex.: etiologie, prognostic, oferă explicații, la momentul potrivit: evită să oferi prematur consultanță, informații sau asigurări.
	Acuratețea informației și a înțelegerii acesteia	Oferă asistență pentru memorare și înțelegere exactă, structurează explicațiile: împarte-le în secțiuni separate, dezvoltă o secvență logică, utilizează o categorizare explicită sau o semnalizare explicită (de ex.: „Sunt trei

		lucruri importante, pe care aș vrea să le discutăm ...1 ...” „Acum, trebuie să ne îndreptăm.”) Utilizează repetarea (parafrazarea) și sinteza, pentru a întări informația expusă. Utilizează un limbaj concis, ușor de înțeles, evită sau explică limbajul profesional. Folosește metode vizuale de transmitere a informațiilor: diagrame, modele, informații scrise – instrucțiuni sau recomandări. Verifică înțelegerea de către pacient a informației date (sau a planurilor făcute): de ex. – Cere ca pacientul să expună informația cu propriile cuvintele; rectifică dacă este necesar.
	Obținerea unei înțelegeri comune: încorporarea perspectivei pacientului	Relaționează explicațiile cu tabloul clinic al pacientului: ideile, preocupările și așteptările anterioare. Oferă oportunități și încurajează pacientul să colaboreze: să pună întrebări, să solicite clarificări sau să își exprime îndoielile; răspunde în mod corespunzător. Observă indicii verbali și nonverbali, de ex.: nevoia pacientului de a contribui la expunerea informației sau de a pune întrebări, supraîncărcarea cu informație, epuizarea. Depistează care sunt credințele, reacțiile și sentimentele pacientului, pe marginea informațiilor expuse și termenilor utilizați; confirmă informația și adresează întrebări, acolo unde este necesar.
	Planificarea: luarea deciziilor comune	Împărtășește raționamentele proprii prin: idei, cugetări, dileme. Implică pacientul, mai degrabă prin sugestii, decât directive. Încurajează pacientul să contribuie, prin: idei, sugestii și preferințe. Negociază un plan reciproc acceptabil. Oferă opțiuni: încurajează pacientul să facă alegeri și decizii la etapa pe care o dorește. Verifică dacă pacientul acceptă planul de tratament, dacă au fost abordate toate problemele.
Încheierea sesiunii	**Planificarea anticipată**	Elaborează un plan de siguranță, care explică rezultatele neprevăzute posibile, ce trebuie făcut dacă planul inițial nu funcționează, când și cum să caute ajutor. Elaborează note de siguranță, care explică rezultatele neașteptate, ce trebuie de făcut dacă planul inițial nu funcționează, când și cum să caute ajutor.
	Asigurarea îndeplinirii corespunzătoare a etapei finale	Realizează un rezumat concis a celor expuse în timpul examenului medical și clarifică planul de îngrijire (tratament). Fă o verificare finală dacă pacientul este de acord și este confortabil cu planul și întreabă dacă n-au apărut schimbări, întrebări sau alte elemente de discutat.
Opțiuni de explanare și planificare (include	**Discuții despre investigații și proceduri**	Oferă informații clare despre proceduri, de exemplu, prin ce experiență ar putea trece pacientul, cum va fi informat pacientul despre rezultate. Relaționează procedurile cu planul de tratament: valoare, scop.

conținutul)		Încurajează întrebările și discuțiile privind stările de anxietate sau rezultatele negative potențiale.
	Expunerea opiniilor, pe marginea semnificației problemei	Exprimă opinii despre ceea ce se întâmplă și asupra unor situații posibile. Argumentează logic opiniile. Explică cauzele, seriozitatea, rezultatul așteptat, consecințele, pe termen scurt și lung. Stabilește care sunt convingerile, reacțiile, îngrijorările și opiniile pacientului.
	Negocierea unui plan comun de acțiune	Discută opțiunile posibile, de exemplu, lipsa acțiunilor, investigațiile, tratamentul medicamentos sau intervențiile chirurgicale, tratamentul non-medicamentos (fizioterapie, ustensile medicale pentru aparatul locomotor, lichide, consiliere, măsuri preventive). Oferă informații despre acțiunile sau tratamentele oferite, etapele implicate, funcționarea lor, beneficii și avantaje, posibilitatea efectelor adverse (secundare). Obține părerea pacientului asupra necesității de acțiune, a beneficiilor percepute, a barierelor, a motivației. Acceptă opiniile pacientului, susține un punct de vedere alternativ, dacă este necesar. Află care sunt reacțiile și preocupările pacientului cu privire la planuri și tratament, inclusiv, acceptabilitatea. Ia în considerare stilul de viață, convingerile, aspectele culturale și abilitățile pacientului. Încurajează pacientul să se implice în punerea în aplicare a planurilor, să își asume responsabilitatea și să se bazeze pe autodeterminare. Informează-te despre posibilitățile de susținere ale pacientului, discută despre alte tipuri de suport disponibile.

Anexa 8. Text pentru realizarea tehnicii *Discuția ghidată*

Ciuma (fragment) de Albert Camus

O cale la îndemâna oricui, de a face cunoștință cu un oraș, este să încerci să afli cum se muncește în el, cum se iubește și cum se moare. În orășelul nostru, să fie un efect al climatului, toate acestea se fac laolaltă, cu același aer frenetic și absent. Adică, oamenii aici se plictisesc și tot aici se străduiesc să-și formeze obișnuințe. Concetățenii noștri muncesc mult, dar totdeauna, doar ca să se îmbogățească. Sunt interesați, mai ales, de comerț și, în primul rând, chiar după cum spun ei, să facă afaceri. Firește, au și slăbiciunea bucuriilor simple, iubesc femeile, cinematograful și băile în mare. Dar, foarte înțelept, ei păstrează aceste plăceri pentru sâmbătă seara și duminică, încercând, în celelalte zile ale săptămânii, să câștige mulți bani. Seara, când își părăsesc birourile, se adună în cafenele, la ore fixe, se plimbă pe același bulevard sau stau în balcoanele lor. Dorințele celor mai tineri sunt violente și scurte, în timp ce viciile celor mai în vârstă nu depășesc asociațiile de popicari, banchetele prietenești și cluburile în care se mizează sume mari, la jocul de cărți. Veți spune, fără îndoială, că asta nu e ceva particular pentru orașul nostru și că, la urma urmei, toți contemporanii noștri sunt la fel. Fără îndoială, nimic nu e mai natural, astăzi, decât să vezi oameni muncind de dimineață până seara și hotărând, ei singuri, apoi, să-și piardă la cărți, la cafenea și în pălăvrăgeli de tot felul, timpul care le mai rămâne de trăit. Dar sunt orașe și locuri, unde oamenii au, din când în când, presentimentul că ar mai exista și altceva. În general, asta nu le schimbă viața. Dar presentimentul a existat și asta, oricum, tot e ceva. Oranul, dimpotrivă, este, aparent, un oraș fără presentimente, adică un oraș cu totul și cu totul modern. Nu e, prin urmare, necesar să precizăm modul în care se iubește la noi. Bărbații și femeile fie că se devoră rapid în ceea ce se cheamă actul dragostei, fie că se lasă prinși într-o lungă obișnuința în doi. Între aceste extreme, rareori există cale de mijloc. Nici asta nu e ceva original. La Oran, ca și aiurea, din lipsă de timp și de reflecție, ești într-adevăr silit să iubești, fără s-o știi. Ceea ce e mai original în orașul nostru, este dificultatea de care te poți lovi aici, când e să mori. Dificultate, de altfel, nu este cuvântul potrivit și mai corect ar fi să vorbim de inconfort. Nu e niciodată agreabil să fii bolnav, dar sunt orașe și locuri care te susțin în boală, unde poți, într-un fel, să te lași în voia ei. Un bolnav are nevoie de blândețe, îi place să știe că se poate sprijini pe ceva, cum e și firesc. Dar la Oran, excesele climei, importanta afacerilor care se tratează, insignifianța decorului, rapiditatea crepusculului și calitatea plăcerilor, totul cere sănătate zdravănă. Un bolnav se simte foarte singur aici. Gândiți-vă atunci la cel care trage să moară, prins în cursă, îndărătul sutelor de pereți, trosnind de căldură, în timp ce în același minut chiar, o întreaga populație, la telefon sau în cafenele, vorbește de polițe, de conosamente și discount. Veți înțelege atunci ce poate fi inconfortabil în această moarte, chiar modernă, când apare deci într-un loc sterp. Aceste câteva indicații reușesc, poate, să dea o idee suficientă despre orașul nostru. De altminteri, nu trebuie nimic exagerat. Ceea ce trebuia subliniat, este doar aerul banal al orașului și al vieții. Dar, îndată ce seara, când își părăsesc birourile, se adună în cafenele, la ore fi ce orașul nostru tocmai favorizează obișnuințele, se poate spune că totul e cum nu se poate mai bine. Sub acest unghi, fără îndoială, viața nu e foarte pasionantă. Dar, cel puțin, la noi nu se cunoaște dezordinea (Ojovanu et al., 2016, p. 19).

Anexa 9. Realizarea tehnicii *Graficul T*

Lipsa acordului informat

Un pacient, în vârstă de 72 de ani, are trei copii maturi și suferă de cancer la colon. El îşi descrie boala ca „o masă străină în intestin”, dar nu ştie ce fel de tratament îi va fi aplicat. Merge la intervenţie chirurgicală. A doua zi după operaţie, este vizitat de către chirurgul de serviciu, care îi inspectează plaga postoperatorie. Pacientul se aştepta să vadă o plagă închisă, suturată. El a rămas şocat, când a văzut stoma şi a întrebat revoltat medicul despre „gaura” în abdomenul său. Chirurgul, într-o manieră tehnică, i-a comunicat: „Capătul intestinului operat a fost suturat de peretele abdomenului. Acum defecaţia va avea loc prin această gaură, într-un pachet ce îl voi fixa eu”. Surprins şi supărat de răspunsul primit, pacientul a întrebat: „Pe cine aţi întrebat, înainte să faceți această gaură?” Medicul a afirmat că copiii pacientului au fost informaţi exact despre procedura operatorie, iar fiul său a semnat consimțământul. Bolnavul a reproşat: „Cine urma să fie operat şi să poarte o gaură în abdomen: eu sau fiul meu? Cum v-aţi permis să luaţi o astfel de decizie, fără să mă întrebaţi? Vă voi acționa în judecată!” Chirurgul a început să-i explice motivele deciziei de a recurge la colostomă, menţionând că patologia ce o are, este una „foarte rea”. După explicaţiile primite, pacientul a răspuns: „Dacă aş fi primit aceste informaţii înainte de operaţie, eu nu aş fi strigat acum la dumneata. Eu nu sunt un necărturar şi pot înţelege lucrurile”. (Spinei, 2005, pp. 197-198; Ojovanu, et al., 2016, p. 73).

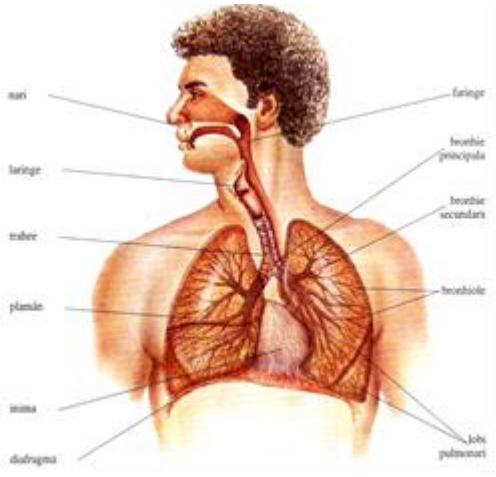
Realizarea tehnicii *Graficul T*

A fost oare corectă decizia medicilor de a primi doar acordul copiilor pacientului?	
Pro, da, +	**Contra, nu -**
Pacientul cu diagnostic oncologic este foarte sensibil	Un tratament poate fi eficient, doar în cazul unei cooperări dintre medic şi pacient
O informaţie detaliată despre operaţie poate să îl sperie şi să-i dăuneze	Această relaţie se bazează pe încredere şi reciprocitate
Medicii au procedat în beneficiul pacientului, protejându-l de emoţii negative De multe ori medicul acționează la nenumăratele insistențe ale familiei pacientului Medicul crede că familia cunoaște mai bine pacientul și știe ce este mai bine pentru el	Conform imperativului autodeterminării, orice persoană are dreptul de a lua decizii referitoare la propriul corp Pacientul va alege sau va respinge tratamentul propus, după ce îi vor fi descrise beneficiile şi dezavantajele Obținerea acordului informat va fi o afirmare a autonomiei şi respectului de sine al pacientului
	Acordul informat este reglementat de Lege – Legea R. M. nr. 264 din 27. 10. 2005*„Cu privire la exercitarea profesiunii de medic”*

Anexa 10. Realizarea tehnicii SINELG la tema *Sistemul respirator – plămânii*

Cuvinte-cheie: respiraţie, inspiraţie, expiraţie, plămân, schimb de gaze

Sistemul respirator este alcătuit din totalitatea organelor care asigură mecanismul respiraţiei. Acestea sunt *căile respiratoare superioare* – cavitatea nazală, faringele, laringele şi *inferioare* – traheea, bronhiile şi plămânii – organe principale ale actului respirator. Prin dilatarea toracelui şi lăsarea diafragmei, plămânii se umflă şi aerul atmosferic pătrunde pe căile respiratorii în alveole. Acest moment poartă denumirea de *inspiraţie.* Prin îngustarea toracelui şi ridicarea bolţii diafragmei, aerul este evacuat din plămâni, realizându-se *expiraţia.* Randamentul plămânilor, în timpul unui efort, este determinat prin măsurarea volumului de aer inspirat şi expirat.



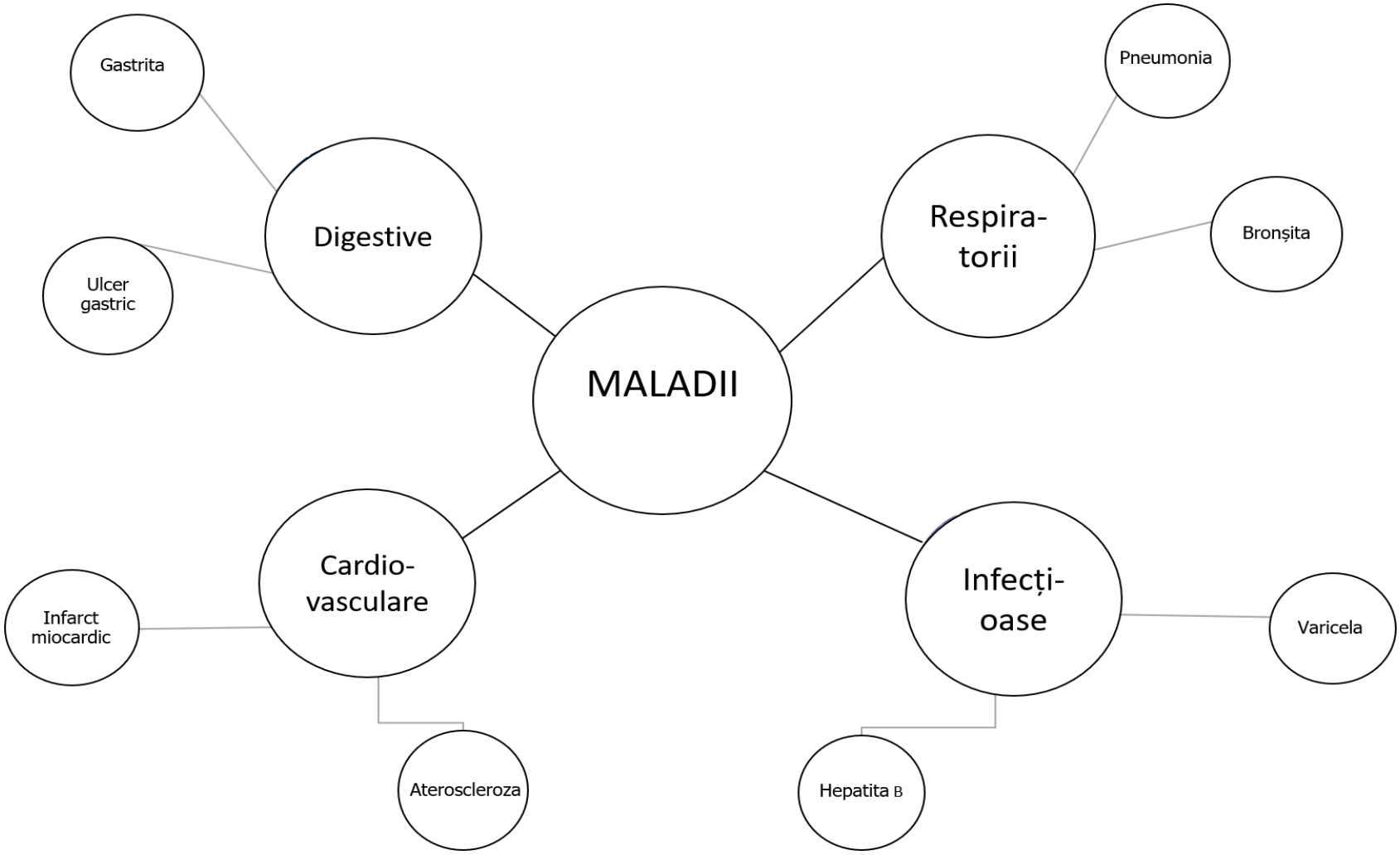
Definiţie. *Plămânul* este fiecare dintre cele două organe principale, parenhimatos, înconjurate de pleură, situate simetric în cavitatea toracică.

Etimologie. Termenul provine din gr. *plemóni.* Cuvântul *pneumon* sau *pleumo*n (plămâni) provine de la verbul grecesc *pneo,* care semnifică „a sufla” sau „a respira”, care îşi are originea în rădăcina indo-europeană *pleumon* (pulmon), unde *pleu* semnifică „a înota”. În concluzie, *pleumon* sau *pneumon* sunt cuvinte care fac aluzie la ceva care pluteşte pe apă, pe un lichid.

Topografia plămânilor. Proprietăţi. Plămânii se găsesc în cutia toracică, fiind două organe elastice, cu structură parenhimatoasă. Au un aspect rozaliu şi sunt protejaţi de un înveliş dublu, foarte subţire, denumit pleură. Pleura protejează plămânii, prevenind atingerea cu coastele, în timpul inspiraţiei şi al expiraţiei.

Structura anatomică. *Structura plămânilor* este cea a unei glande tubuloacinoase, fiind formate dintr-un sistem de canale aeriene și dintr-o multitudine de saci. Lobii plămânului drept (superior, mijlociu, inferior) sunt delimitaţi de două fisuri, în timp ce lobii plămânului stâng (superior şi inferior) sunt delimitaţi de o fisură. Fiecare lob este alcătuit din segmente, care reprezintă unităţile anatomice ale plămânului, un segment conţine mai mulţi lobuli, care are forma piramidei, cu baza spre suprafaţa plămânilor, iar vârful suspendat de o bronhie supralobulară, îndreptat spre hil. În jurul lobului se află ţesutul conjunctiv, bogat în fibre elastice, celule conjunctive şi celule macrofage (Mincu, Chiriac, Nastasiu, 2012, pp. 139-140).

Anexa 11. Realizarea tehnicii *Ciorchinele* la tema: *Maladiile organismului uman*



Anexa 12. Fişă de lucru la tema *Sistemul digestiv*

Rădăcini de formare a termenilor medicali, pentru sistemul digestiv

***Gastro* –** gr. *gaster, gastros* – stomac.

Gastralgie – *gastro-* +gr. *algos* = durere,
durere percepută în epigastru, la palpare sau/şi spontan.

Gastrită – *gastro-* + *-ită,*
inflamaţie acută sau cronică a mucoasei gastrice, toxică sau alergică.

Gastroenterologie – *gastro-*+gr. *enteron* = intestin + gr. *logos,*
ramură a medicinii ce studiază fiziologia şi patologia stomacului şi a intestinului şi, prin extensie, a întregului tub digestiv.

Gastroplegie – *gastro-*+gr. *plege* = lovitură,
paralizie a stomacului, cu dilataţie consecutivă, ce apare în unele operaţii chirurgicale.

Gasrtocolită – *gastro-* +gr. *kolon* = intestin gros + *-ită,*
inflamaţie a stomacului şi a colonului.

Termeni simptomatici

Reţineţi!

Anorexie	pierderea poftei de mâncare
Afagie	incapacitatea de a înghiţi
Ascită	acumulare de fluid în cavitatea peritoneală
Dispepsie	Indigestie
Disfagie	dificultate de înghiţire
Eructaţie	emisie zgomotoasă de gaze la nivel bucal (a râgâi)
Flatulenţă	gaze în stomac sau în intestin

PATOLOGIILE SISTEMULUI DIGESTIV

Sistemul digestiv, recunoscut şi ca prima barieră de apărare a organismului împotriva bolilor, poate prezenta afecţiuni acute sau cronice, provocate de diferite cauze, boli ce pot cuprinde unul sau mai multe organe componente. Aceste afecţiuni pot fi funcţionale sau organice. Astfel, se pot deosebi boli ale esofagului, stomacului, duodenului, intestinului subţire şi intestinului gros. O serie de afecţiuni digestive pot constitui reacţii ale dereglării altor structuri sau organe, cum ar fi: ficat, colecist, glande, sistem nervos, renal etc. Un tratament corect presupune eliminarea cauzelor care produc perturbarea. O mare parte din afecţiunile sistemului digestiv beneficiază de tratamente reflexoterapeutice, însotite obligatoriu de un regim igieno-dietetic adecvat. Afecţiunile gastrointestinale sunt din cele mai frecvente şi este imposibil ca o persoană să nu sufere de o asemenea afecţiune măcar o dată în viaţă – *gastrită, ulcer gastro-intestinal, dispepsie, intoxicaţii alimentare* etc.

GASTRITA

Gastrita este o inflamaţie a mucoasei care protejează pereţii stomacului. Cele mai frecvente cauze ale apariţiei acestei boli sunt: administrarea de medicamente (antiinflamatoare), consumul exagerat de alcool, infecţia cu bacteria care provoacă şi ulcer (Helicobacter Pylori), stresul prelungit, consumul de alimente agresive pentru tubul digestiv.

Gastrita poate apărea brusc (*gastrita acută***)** sau poate să apară de-a lungul timpului (*gastrita cronică).*



Simptomele gastritei includ:

- senzaţie de „arsură”, în partea superioară a abdomenului;
- greaţă;
- vărsături;
- regurgitaţii acide;
- diaree (în unele cazuri).

Există şi cazuri în care gastrita nu determină simptome.

Diagnosticarea gastritei se face pe baza identificării simptomelor specifice acestei boli și a următoarelor teste:

- ***Testul pentru Helicobacter Pylori.***
- ***Endoscopia.*** Este vizualizată nu doar mucoasa gastrică, ci şi culoarea şi eventualele leziuni. Această procedură constă în introducerea unui tub de plastic fin, dotat cu o cameră video mică până în stomac; în final, medicul priveşte pe ecran imaginile transmise de endoscop.
- ***Biopsia***. Se face simultan cu endoscopia, medicul recoltează mici probe de ţesut pentru examinarea la microscop.
- ***Radiografia cu substanţă de contrast* –** este utilizată pentru a depista, mai degrabă, ulcerul sau complicaţiile apărute.

Medicamentele utilizate pentru *tratamentul* gastritei includ:

Antibioticele. Dacă bacteria Helicobacter Pylori este prezentă în stomac, medicul specialist va recomanda o combinaţie de antibiotice, pentru a elimina bacteria.

Medicamente care blochează producţia de acid – *antiacizii,* utilizarea pe termen lung, în special în doze mari, poate creşte riscul fracturilor.

Medicamente care reduc producţia de acid – *antisecretorii*, inhibă secreţia, acţionând asupra receptorilor histaminici şi asupra pompelor de protoni.

Pansamente gastrice. Ajută la refacerea mucoasei gastrice, prin protejarea ei.

Pe lângă tratamentul medicamentos, se impune şi un *regim special*, excluzând total factorii iritanţi precum: alcoolul, tutunul, condimentele, zahărul şi dulciurile concentrate (care favorizează dezvoltarea bacteriei H. Pylori), mezelurile şi carnea conservată, aditivii alimentari sintetici, apa de la robinet (apele minerale alcaline bogate în calciu şi degazificate ajută în vindecarea gastritei).

Există şi câteva plante medicinale care sunt adevărate adjuvante în tratamentul gastritei: lemnul-dulce, frunzele de zmeur, obligeana. O alimentaţie sănătoasă, renunţarea la consumul de alcool şi la fumat, evitarea zaharului şi a alimentelor cu aditivi sintetici şi, nu în ultimul rând, somnul odihnitor, cel din urmă fiind un factor important în *prevenirea* atât a gastritei, cât şi a altor boli. (Sursa: http: //www. sfatulmedicului. ro/Boli-intestinale/afectiuni-ale-sistemului-digestiv_580)

1. **Înlocuiţi lexemele evidenţiate prin sinonime:**

*Arsurile la stomac*_____ sunt dureri care se *situează*_____ sub stern, ce afectează aproximativ 10% din populaţie. Multe persoane *asociază*_____ aceste senzatii neplacute cu mesele *copioase*_____, foarte bogate în grăsimi, în timp ce altele resimt o durere care apare noaptea şi care *perturbă*_____ somnul din cauza stresului puternic, la care sunt supuse zilnic. Arsurile la stomac *afectează* _____mai des bărbaţii, decât femeile. Pe lângă *senzaţiile*_____ de arsură, mai pot exista simptome ca: *respiraţia urât mirositoare*_____**,** gust acru sau amar, *vărsături*_____. Arsurile la stomac pot fi rezultatul *iritării*_____ esofagului sau pot fi cauzate de anumite *alimente*_____, cum ar fi ceapa, usturoiul, băuturile care conţin cofeină, băuturile alcoolice etc., în funcţie de fiecare persoană. Se *recomandă*_____ schimbarea stilului de viaţă împreună cu o alimentaţie sănătoasă.

2. **Găsiţi definiţia, uniţi prin săgeţi:**

Esofagită	protruzie (ieşire în afară) a unei părţi a stomacului în sus, prin deschiderea diafragmei
Apendicită	inflamaţie a intestinului subţire
Hernie distală	inflamaţie a colonului (intestinul gros)
Enterită	inflamaţie a esofagului
Colită	inflamaţie a apendixului

3. **Faceţi acordul:**

Bolile (*stomac*)_____sunt foarte frecvente. Astăzi, când domină (*stres*) _____, irascibilitatea generală şi când (*alimente*) _____ sunt pline de ingrediente (*chimic*) _____, (*boli*) _____ de stomac sunt mult mai frecvente, decât altădată. Dispepsia (indigestia) este cea mai (*comun*) _____ boală la stomac, care afectează 40-60 % din populaţie, cel puţin o dată în viaţă. Această boală se caracterizează prin (*durere)* _____ persistente ocazional în partea (*superior*)_____ a abdomenului, greaţă, cu sau fără vărsături, balonare (*abdominal*)_____, saţietate precoce (senzaţia de saturaţie după o cantitate mică de alimente). Dispepsia poate fi cauzată de toţi factorii (*menţionat*) _____ mai sus, interni şi externi, dar poate fi şi un simptom al altei boli, cum ar fi ulcerul peptic, gastrita şi cancerul la stomac. Tratamentul de dispepsie (*includ*)_____, de obicei, schimbarea *(regim*) _____ alimentar şi a stilului de viaţă şi (*medicament*)_____, recomandate de un medic specialist.

4. **Alcătuiţi un dialog dintre medicul gastroenterolog şi un pacient care acuză dureri de stomac, folosind următoarele replici:**

Ce fel de alimente consumaţi? Aveţi poftă de mâncare?

Aveţi regurgitaţii acide? Aveţi senzaţia de greaţă?

Vă simţiţi rău, după masă? Vomaţi?

Aveţi diaree/constipaţie? Sunteţi balonat/ă?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Anexa 13. Model de dialog dintre medicul stomatolog și pacient

Dr. - Aveți fișa de observație?

P. - Da, am luat-o de la registratură, poftim.

Dr. - Așezați-vă în fotoliu. Vă ascult, ce probleme aveți?

P. - De câteva zile mă doare un dinte, dar nu pot să vă spun care anume.

Dr . - Când vă doare dintele?

P. - Mă doare mai tare, când mănânc sau beau ceva rece.

Dr. - Spuneți că reacția la rece este dureroasă?

P. - Da, așa am observat.

Dr. - Deschideți gura. Spuneți-mi, atingerea sau apăsarea pe dinte vă provoacă dureri?

P. - Da.

Dr. - Scuipați. Clătiți, vă rog, gura cu apă. Observ o cavitate carioasă la doi dinți, pe suprafața ocluzală, deci aveți carie dentară. Vă recomand să o tratăm, cât mai repede posibil.

P. – Ce este caria dentară?

Dr. – Caria dentară este o maladie care distruge structurile dintelui, evoluând de la periferie spre centrul dintelui.

P. - Dar ce proceduri vom face, doctore?

Dr. - Fiecare dinte afectat îl voi prepara cu bormașina, cavitatea carioasă se prelucrează cu diferite antiseptice, apoi se procedează în funcție de adâncimea procesului – în cel profund, se aplică o pastă curativă, ulterior, un strat protector de izolare și o plombă permanentă.

P. - Dar materialele pentru plombare sunt de calitate bună?

Dr. - Da, sunt calitative și variate.

P. - Fotopolimere aveți?

Dr. - Avem compozite fotopolimere, autopolimere și glasionomere, compomere.

P. - Doctore, spuneți-mi din ce cauză plombele se uzează repede sau chiar cad?

Dr. - Plombele pot cădea din mai multe cauze: progresarea rapidă a cariei, prepararea incompletă a cavității carioase, localizarea nefavorabilă a cavității carioase, imposibilitatea uscării suficiente a cavității carioase, salivația abundentă, aplicarea incorectă a plombei și, foarte rar, din cauza materialelor folosite.

P. - Aș mai vrea să știu din ce cauză apare caria dentară?

Dr. - Caria dentară este provocată de mai mulți factori: microbii cavității bucale, consumul excesiv de dulciuri, diferite dereglări de metabolism, mai ales, a sărurilor de calciu și de fosfor, dar și ereditatea poate fi una dintre cauzele apariției cariei dentare.

P. - Mulțumesc, dle doctor.

Anexa 14. Model de dialog dintre medicul de familie și pacient

Dr. - Vă ascult, ce vă deranjează?

P. - Am febră – $37,3^0$ C, de ieri. Astăzi dimineață am început să tușesc, se rupe ceva din gât…după cum observați – sunt răgușit…Cred că am răcit, doamnă doctor.

Dr. - Nu vă neliniștiți, totul va fi bine. Ridicați haina și permiteți-mi să vă ascult plămânii. Așaaa…da… Eu cred că aveți bronșită acută.



P. – Ce este bronșita acută, doamnă doctor?

Dr. – Bronșita acută este o afecțiune respiratorie foarte frecventă, este consecința unei infecții virale a bronhiilor.

P. – Este ceva grav?

Dr. - Nu vă faceți griji, nu este grav. Esențial este să urmați corect tratamentul.

P. – Îmi prescrieți antibiotice?

Dr. - Nu, nu este cazul Dumneavoastră. Prezentați o formă ușoară a bronșitei. Vă prescriu medicamente împotriva excesului de secreții, seara să faceți inhalații cu plante medicinale.

Anexa 15. Repere în comunicarea unui diagnostic grav

Dr. – Doriți să discutăm rezultatele analizelor?

P. – Da...Nu știu...Sunt îngrijorat...



Dr. - Care sunt motivele de îngrijorare? Durerea?

P. - Da...mă doare atât de tare...insuportabil...

Dr. - Da, vă înțeleg...- Spuneți-mi, când a apărut prima dată durerea, ce ați crezut că poate fi?

P. – La început...m-am gândit că va trece..., dar sunt bine, doctore?!

Dr. - Doriți să știți amănunte despre boala Dvs. sau preferați să discutăm despre tratament?

P. - Doctore, e grav?!...îmi este frică...

Dr. - La ce vă gândiți?

P. - Nu știu...Îmi este frică să nu fie ceva grav...Am 2 copii mici...pentru ei aș lupta cu oricine și orice! Voi fi bine, doctore?!

Dr. - Îmi pare rău, dar situația e mai gravă decât vă așteptați...

P. - .... e grav.... e foarte grav...Am cancer?!

Dr. -Din păcate, da, e vorba de cancer...

P. - O, nu, nu.... de ce tocmai eu???

Dr. - Liniștiți-vă...Eu sunt aici să vă ajut...începem imediat tratamentul...

P. - Dar există tratament??? Ajutați-mă, doctore!!!

****

Dr. -Vreau să știți că voi fi în continuare disponibil. Mă puteți telefona, dacă aveți probleme sau întrebări.

****

Dr. - Voi reveni la Dvs., ori de câte ori aveți nevoie.

GLOSAR

Termenul	Explicația
Abilitate	1. caracter abil; capacitate de a face totul cu ușurință și iscusință; dibăcie; îndemânare; măiestrie; pricepere; 2. manifestare abilă; lucru sau act făcut cu ingeniozitate și finețe (http://www.webdex.ro).
Aderență	1. legătură, lipire; lipire patologică a unor țesuturi care, de obicei, nu sunt lipite între ele; bridă; 2. (*tehn.*) frecare între două corpuri în contact, dintre care unul alunecă sau se rostogolește peste celălalt; 3. (c*onstr.*) fenomen de legătură între diferite materiale (http://www.dex.ro).
Aptitudine	însușire psihică individuală care condiționează îndeplinirea în bune condiții a unei munci, a unei acțiuni; aplicație, înclinație (http://www.webdex.ro).
Artefact	1. structură, fenomen artificial în cursul unei investigații sau exploatări; 2. (med.) modificare în preparatele histologice produsă artificial sau datorită unor defecte de fixare ori de colorare; 3. (cib.) semnal parazit supus unei informații, în semnificația căreia joacă un rol nul sau negativ (http://www.dex.ro).
Asertivitate	caracteristică a unei persoane care îşi exprimă cu uşurinţă punctul de vedere şi interesele, fără anxietate, fără a le nega pe ale celorlalţi (http://www.dexx.ro).
Atitudine	fel de a fi sau de a se comporta; comportare; a lua ~ a-și manifesta punctul de vedere cu fermitate; a-și manifesta poziția; modalitate de raportare comportamentală cognitivă și afectivă la diferite aspecte ale realității (Ștefan, 2006, p. 29).
Capacitate	un sistem de însușiri funcționale și operaționale în uniune cu deprinderile, cunoștințele și experiența necesară, care permite realizarea unor activități eficiente, inclusive la nivelul educației, instruirii, formării profesionale etc. (Cristea, 2015, p. 289).
Cognitiv	referitor la cunoaștere, la capacitățile și mecanismele învățării și accederii la cunoștințe (http://www.dex.ro).
Competență discursivă	însușirea unei expuneri de a fi clară, explicită, de a se întemeia pe raționament (DEX, 2012, p. 319).
Complianță	1. mărime care indică gradul de elasticitate al unui sistem mecanic; 2. (med.) variație a volumului pulmonar, datorată schimbării de presiune; 3. acord, supunere, ascultare, conformare comportamentală; 4. adeziune a bolnavului la mijloacele terapeutice necesare ameliorării stării sale de sănătate (http://www.dex.ro).
Comprehensiv	sens al unui conținut, care poate fi înțeles și, mai ales, al unei atitudini de înțelegere pozitivă și chiar acceptate (în opoziție cu termenul *aprehensiune* – atitudine negativă) (Ștefan, 2006, p. 60).
Confluență	1. loc unde se unesc două cursuri de apă; 2. (f*ig.*) loc de întâlnire; contact, întâlnire (http://www.dex.ro).
Congruență	acord, concordanță, coincidență (http://www.dex.ro).
Convenții	reguli gramaticale, bazate pe practică uzuală; uzanță

lingvistice	(http://www.webdex.ro).
Deprindere	1. însușire dobândită cu timpul, prin practică, și devenită trăsătură caracteristică; obicei; obișnuință; 2. pricepere căpătată prin repetarea aceleiași activități; obișnuință (http://www.dex.ro).
Divagare	a se abate de la subiectul în discuție (http://www.dex.ro).
Exhaustiv	care caută să trateze complet un subiect; complet (http://www.dex.ro).
Expectație	1. așteptare; 2. așteptare în observarea evoluției unei boli (http://www.dex.ro).
Expectativă	1. așteptare bazată pe anumite drepturi, promisiuni, probabilități sau calcule; 2. neintervenție în anumite chestiuni sau situații, și așteptarea unui moment potrivit (http://www.dex.ro).
Extrapolat	a aplica, prin analogie, la un alt domeniu pentru a face anumite deducții(http://www.dex.ro).
Incluziune	cuprinderea noțiunilor cu sfera mică, dar cu conținut bogat, în noțiuni cu sferă mare și conținut sărac (http://www.webdex.ro).
Incomensurabil	care nu poate fi măsurat; foarte mare, nemăsurat, nelimitat; care nu poate fi evaluat, care este foarte valoros (http://www.webdex.ro).
Infaust	(în prognoza evoluției unei boli etc.) nefavorabil, fără speranțe (http://www.webdex.ro).
Inteligibil	1. care poate fi înțeles cu ajutorul gândirii logice; clar, limpede; 2. (filoz.) care poate fi cunoscut numai de rațiune, de gândire, independent de cunoașterea senzorială (http: //www. webdex. ro).
Persuasiune	acțiunea, darul sau puterea de a convinge pe cineva să creadă, să gândească sau să facă un anumit lucru (http://www.dex.ro).
Persuadare	a convinge pe cineva să creadă, să gândească sau să (vrea să) facă un anumit lucru (http://www.dex.ro).
Polipragmazie	situație în care i se prescriu bolnavului prea multe medicamente (http://www.dex.ro).
Prolificitate	proprietatea de a se înmulți ușor și repede; productiv; fecund (http://www.dex.ro).
Redundant	1. surplus de informație, transmis față de strictul necesar și care asigură exactitatea transmiterii informației în telecomunicații; 2. abundență inutilă de expresii, de cuvinte sau de imagini în formularea unei idei (http://www.dex.ro).
Relevanță	care relevă, care scoate sau iese în evidență (https://dexonline.ro).
Nefast	care aduce nenorocire, necaz, supărare; dăunător, fatal (https://dexonline.ro).

DECLARAŢIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII

Subsemnata, Silvia Nastasiu, studentă-doctorandă a Şcolii doctorale Psihologie şi Ştiinţe ale Educaţiei de la Universitatea de Stat din Moldova, declar pe răspundere personală că teza de doctorat este elaborată doar de mine, pe baza efortului personal de cercetare şi redactare. În cadrul lucrării precizez sursa tuturor ideilor, datelor şi formulărilor care nu îmi aparţin, conform normelor de citare a surselor şi a respectării legislaţiei privind drepturile de autor. Declar că toate afirmaţiile din lucrare, referitoare la datele şi informaţiile analizate, la metodele prin care acestea au fost obţinute şi la sursele din care le-am obţinut, sunt adevărate.

Conştientizez că, în caz contrar, urmează să suport consecinţele, în conformitate cu legislaţia în vigoare.

Silvia Nastasiu

20. 05. 2019

CURRICULUM VITAE

INFORMAŢII PERSONALE

Silvia Nastasiu



Str. Ştefan cel Mare, 194 A, Chişinău (Republica Moldova)
(+373) 22 205 384
silvia.nastasiu@usmf.md

Cetăţenie: Română

STUDII

22.11.2017 - Prezent — *Studii doctorale, Specialitatea: 533.01 - Pedagogie universitară*
Universitatea de Stat din Moldova (Republica Moldova)

1.09.1983 – 1.06.1988 — *Licenţiat în filologie*
Universitatea de Stat din Moldova (Republica Moldova)

CURSURI DE FORMARE ŞI WORKSHOP-URI

11-12 ianuarie 2018 — Curs de formare *„Elaborer un cours de langue medicale”*,organizat De Agence Universitaire de la Francophonie en Europe Centrale et Orientale și USMF„Nicolae Testemițanu”,Chișinău.

3 noiembrie 2018 — Workshop *„Creativity and critical thinking in intercultural communication”*, în cadrul Simpozionului Internațional „Româna ca limbă străină. Comunicarea transculturală în diacronie: practici didactice și educaționale, teoretizare filologică și lingvistică”,
Universitatea „Alexandru Ioan Cuza”, Iași – Chișinău – Torino.

3 noiembrie 2018 — Workshop *„Interculturality and international business”*, în cadrul Simpozionului Internațional „Româna ca limbă străină. Comunicarea transculturală în diacronie: practice didactice și educaționale, teoretizare filologică și lingvistică”,
Universitatea „Alexandru Ioan Cuza”, Iași – Chișinău – Torino.

25 noiembrie 2017 — Curs de formare *„Sysmes d'information: Matîtrise des outils de recherche et d'acces a la documentation scientifique”* organizat de Agence Universitaire de la Francophonie în parteneriat cu USMF „Nicolae Testemițanu”,Chișinău.

9 decembrie 2016

Workshop„*Conceptualizarea și evaluarea competențelor socio-emoționale la adolescenți*”(4 credite profesionale),organizat în cadrul Conferinței Științifice Internaționale „Preocupări contemporane ale științelor socio-umane în contextul transformării de mentalități”,ULIM,Chișinău

28-29 martie 2014

Workshop *„Comunicarea medicală în contexte multilingvistice și multiculturale – perspective, metode și resurse”*, în cadrul Proiectului European „Take Care”
Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T.Popa” în colaborare cu Fundația EuroEd, Iași-România

15-17 mai 2013

Curs de formare *„Exploitation du tabeau blanc interactif (TBI)”,* organizat de Agence Universitaire de la Francophonie în parteneriat cu USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

28-30 noiembrie 2012

Curs de formare *„Conception des fiches pedagogiques conforme au CECRL”*, organizat de Agence Universitaire de la Francophonie în parteneriat cu USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

COMPETENŢE PERSONALE

Limba maternă: Română

Limbile străine

	ÎNȚELEGERE		VORBIRE		SCRIERE
	Ascultare	Citire	Participare la conversaţie	Discurs oral	
rusă	C2	C2	C2	C2	C2
engleză	B1	B1	A2	A2	A2

Niveluri: A1 și A2: Utilizator elementar - B1 și B2: Utilizator independent - C1 și C2: Utilizator experimentat
Cadrul european comun de referinţă pentru limbi străine

VALORIFICAREA CERCETĂRII

1.Monografii

1. Nastasiu, S. *„Comunicarea interpersonală medic-pacient: abordare psihopedagogică”,*studiu monografic, USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău, CEP: Medicina, 2019, 196 p. ISBN 978-9975-82-124-7.

2.Articole în diferite reviste ştiinţifice:

-în reviste din străinătate recunoscute

2. Nastasiu, S. *Aspecte din istoria studiului comunicării.* În: International Academy Journal *World Science*, nr. 8(36), v.3, august, 2018,(p. 29-34) , DOI: https:doi.org/ 10. 31 43 5/ rsglobal_ws/30082018/6075; ISSN: 2413-1032. Index: Copernicus, Google Scholar, Academia.edu

3. Nastasiu, S. *Teoretical aspects of interpersonal communication competence.* În: International Academy Journal *Web of Scholar*,Multidisciplinary Scientific Journal, nr.7 (25) July 2018, v.3, DOI: https// doi. org/ 10.31435/rsglobal_wos (p.14-19), ISSN:2518-167. Index: Copernicus, Google Scholar, Academia.edu

-în reviste din Registrul Naţional al revistelor de profil

4. Nastasiu, S. *Secvențe metodologice de formare a competențelor comunicative la studenții medicinişti*. În: Revista științifică Studia Universitatis Moldaviae,Științe ale Educației,categoria B, nr.9(109) 2017(pag.123-128) ,USM, ISSN 1857-2103.
5. Nastasiu S. *Abordări conceptuale ale comunicării. Definiții și identitate.* In: Revista științifică Studia Universitatis Moldaviae,Științe ale Educației,categoria B, nr.9(119) 2018, USM, ISSN 1857-2103.

3. Articole în culegeri ştiinţifice

- culegeri internaţionale

6. Nastasiu, S., Branişte L. *Competența lingvistică versus competența de comunicare medic-pacient.* În:Volumul,,Limbajul științelor.Știința limbajelor (colecția filologie), coord. L.Berechet, A.Buzatu, C.V.Dafinoiu; București: Editura Universitară, 2019,269 p.,ISBN 978-606-28-0869-3; C.N.C.S:DOI:10.5682/9786062808693.

- culegeri de lucrări ale conferinţelor internaţionale

7. Nastasiu, S. *Monitorizarea competențelor de comunicare bazate pe limbaj specializat din perspectiva stilului autonom de învățare.* In: Tehnici și strategii novatoare în dinamica limbajelor de specialitate, Departamentul de limbi străine specializate al Universității Babeș-Bolyai,editor - Wohl E., co- editori -Ștefănescu M., Mihele R., Editura Casa Cărții de Știință, Cluj-Napoca, 2017, editură acreditată CNCS – B, (pp.111-117), 348 p.,ISBN:978-606-17-1249-6.
8. Nastasiu, S. *Manifestarea conexiunii complexe:tipuri de*

evaluare – competențe de comunicare. In: Tehnici și strategii novatoare în dinamica limbajelor de specialitate, Departamentul de limbi străine specializate al Universității Babeș-Bolyai,editor - Wohl E., co- editori -Ștefănescu M., Mihele R., Editura Casa Cărții de Știință, Cluj-Napoca, 2017, editură acreditată CNCS – B, (pp.176-185), 348 p., ISBN: 978-606-17-1249-6.

9. Nastasiu, S. Goraș-Postică V. *Perspective lingvistice în dezvoltarea competențelor de comunicare medic-pacient la studenții medicinişti.* In:Culegerea de lucrări a Simpozionului Internațional KREATIKON,Ediția a XIV-a, Chișinău,23-24 martie, 2018, Editura PIM, Iași-Chișinău, acrediatată CNCSIS,66/ 2011, 167 pag. (p.69).ISBN 9 78-99 75-56-579-0.

4. **Materiale/** t**eze la forurile ştiinţifice**

- conferinţe internaţionale (peste hotare)

10. Nastasiu, S. *Configuration Models of Augumentation Strategies Communication Skills for Medical Students.* În: Conference Proceedings. The Future of Education: 7th Edition, Florence, Italy, 8-9 June 2017, Edited by PIXEL, (pag.441 – 445), 457 p. ISBN:978-88-6292-868-7, ISSN:2384-9509, index: Academia.edu. Disponibil: https://conference.pixel-online. net/ FOE/files/foe/ed0007/FP/3753-SLA2438-FP-FOE7.pdf.
11. Nastasiu, S. *Deontological aspects în training interpersonal doctor- patient communicative competencies to medical students.* În: Proceedings of CIEA 2018 The fifth international Conference on adult Education „Education for values. Continuity and context" Iași, Romania, April 25th–26th, 2018, Chișinău, Moldova - April 27th–28th, 2018, Ed. Learning. it, pag. 565, în proces de indexare ISI.
12. Nastasiu, S. Branishte, T. *Competence formation of doctor-patient interpersonal communication in medical students. Formarea competenței de comunicare interpersonală medic – pacient la medicinişti.* În: The Challenges of Communication, Contexts and Strategies in the World of Globalism - 5th Edition, ISBN: 978-606-8624-00-6 Edited by: The Alpha Institute for Multicultural Studies Published by: Arhipelag XXI Press, Tîrgu-Mureș. [online]. 2018. În proces de indexare ISI. Disponibil: https:// old. upm.ro /cci/CCI-05/Cep/Cep % 2005 % 2005.pdf.

-conferinţe internaţionale în republică

13. Nastasiu, S. Timotin, A. *Aspecte moderne de comunicare publică în sănătate.* În:Materialele Conferinței„Preocupări contemporane ale științelor socio-umane în contextul transformării de mentalități", Ediția a VII-a, Chișinău,8-9 decembrie 2016, ULIM, Chișinău: S.n., 2017, Tipografia

„Biotehdesign”,526 pag. (p.362),ISBN 978-9975-108-27-0

-conferinţe cu participare internaţională

14.Nastasiu, S. *Abordări conceptuale ale competenței de comunicare.* În: Culegerea Conferinţei ştiinţifică naţională cu participare internaţională ,,Integrare prin Cercetare şi Inovare”, rezumate ale comunicărilor,științe sociale,Chișinău, CEP USM, 08.11.2018,ISBN 978-9975-142-47-2