CSANAD ALBERT LORINCZ
"Babeș-Bolyai" University of Cluj-Napoca

GENERAL VIEW OF THE CURRENT STATUS OF KNOWLEDGE AND ACCOMPLISHMENT REGARDING THE RIGHTS OF CHILD PATIENTS

Abstract: This paper is a synthesis of research carried out within the author's doctorate studies in an interdisciplinary field: psycho-sociology, law and medicine. The main topic has focused on the situation of children in need of medical care. The author's purpose was to identify the needs of underage patients and the persisting problems in this area. Analyzing the achievement of children's right may contribute to an increase in social responsibility towards their medical care. The research encompassed several counties in Romania and used surveys, document studies and interviews. The sample comprised 200 persons in health care, 200 parents and 200 children who had experienced medical examinations and illness plus a control group of 151 scholars – including a total of 751 persons.

The author presents a schematic layout of research directions and is summarizing the judicial norms that make up the legal framework. The personal perceptions of the concerned people - mentioned above - are also resumed. With regard to the circumstances of hospitalization, it was found that because of lack of funds and sustained attention to special care for children, optimal hospitalization conditions cannot be ensured. Hospitals are unevenly equipped at the level of localities. The health insurance system is incapable of ensuring subsidized medication for children in need, thus it does not function efficiently. The human factor (doctors and the rest of the staff) tries to meet expectations, thus compensating for deficiencies, but the classic view in which they focus on the disease without giving attention to the personality factor is predominant.

In conclusion the author is highlighting some possibilities of improving underage patient's general health-care condition: On the one hand, there is a need for a paradigm shift, i.e. the progressive switchover from focusing on treating illness to increasingly taking into account the personality of the patient, and on the other hand, there is a need to change the way of communicating with underage patients, respecting the idiosyncrasies of their age.

Keywords: children, improvements, medical rights, modern therapeutic perspectives, deficiencies.

Conceptualizarea și starea problemei

Tema drepturilor copiilor pacienţi este intens dezbătută în literatura străină, însă există puţine studii la nivel naţional. Legată de situaţia pacienţilor minori considerăm alături de Lansdown (2000), că pacienţii ar trebui să se bucure de o atenţie sporită în ceea ce privește accesul lor informat, nondiscriminativ şi echitabil la serviciile de sănătate. Investiţiile în sănătatea copiilor sunt, probabil, cele mai eficiente strategii pentru a asigura în viitor o societate stabilă, umană și democratică. Provocarea revine specialiştilor care sunt angajaţi să respecte drepturile copilului. Ei posed informaţii suficiente, pertinente şi au puterea de a face diferenţă, distincție în modul de acordare a serviciilor. Respectarea drepturilor copiilor nu poate fi percepută ca o opţiune, ca o chestiune de favoare sau bunătate pentru copii, sau ca o expresie a unor acte de caritate, ci ca obligaţii şi responsabilităţi sociale care trebuiesc onorate. Copiii primesc rareori oportunitatea de a contribui cu experienţa şi punctele lor de vedere la dezvoltarea calității serviciilor medicale furnizate.

BDD-A21731 © 2014 Arhipelag XXI Press
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.142 (2026-11-14 23:00:36 UTC)

Facilitarea participării copiilor la luarea deciziilor ce țin de sănătatea lor îmbunătăţeşte calitatea serviciilor, dezvoltă capacităţile decizionale generale şi întăreşte autoaprecierea, astfel promovând protecția copiilor. De asemenea, există dovezi că participarea copiilor în luarea deciziilor ar putea avea efecte pozitive asupra procesului curativ. Prin asigurarea participării în luarea deciziilor se măresc capacităţile de adaptare, competența și înțelegerea bolii (Kilkelly şi Donnelly, 2011).

În sensul celor afirmate mai sus este esenţial ca personalul medical care lucrează cu copiii să fie instruit și în privința stilului de comunicare cu minorii. Din partea adulţilor se solicită o atitudine respectuoasă faţă de copii. Finalitatea acestei atitudini constă în promovarea exercitării drepturilor copiilor în domeniul îngrijirii sănătăţii, respectiv promovarea bunăstării lor. Activitatea medicală poate fi realizată cel mai bine într-o echipă în care toate cadrele medicale au abordări similare în ceea ce priveşte punerea în practică a drepturilor copiilor (Waterston, 2005).

Dimensiunile cercetării

Cercetarea de faţă s-a realizat în cadrul studiilor doctorale ale autorului în perioada 2010-2013. Ne-am propus ca prin acest articol să prezentăm o sinteză a direcţiilor de cercetare şi a rezultatelor publicate (Albert-Lőrincz, 2013). Datele *cantitative* au fost obţinute prin intermediul chestionarelor. Au fost elaborate trei modele ţinând cont de specificul fiecărei categorii de persoane vizate: lucrătorii din domeniul medical, părinţii şi copiii. Chestionarele au fost inspirate de lucrările de specialitate ale unor autorilor care s-au preocupat de protecţia copiilor pacienţi (Aldersen, 2001 şi 2009; Brabin et al., 2007; Jenkins, 2010; Lansdown, 2000; Parekh, 2007; Perera, 2008; Tobin, 2006).

Eşantionul implica la început un total de 600 de cazuri, care s-a compus din câte 200 de persoane din domeniul medical, 200 părinţi şi 200 copii cu experienţa examinărilor medicale şi a bolii cu vârstele cuprinse între 7-17 ani. Ulterior eşantionul copiilor a mai fost completat cu încă 151 de cazuri – reprezentând grupul de control – format din elevi din şcoli generale. Astfel s-au putut efectua verificări şi calcule statistice comparative. Ca metoda de eşantionare am ales metoda *neprobabilistă* tip „*bulgăre de zăpadă*”. Majoritatea celor cuprinşi în cercetare au provenit din mediul urban, oraşele Cluj-Napoca, Huedin, Tg. Mureş, Sovata, Reghin, Gheorgheni, Odorheiu Secuiesc, Zalău, Braşov, Sf. Gheorghe, respectiv localităţile rurale limitrofe.

Datele au fost prelucrate cu programul informatic de statistică SPSS cu metode descriptive precum calculul frecvenţelor, tabeluri încrucişate (crosstabulations), calculul mediilor şi cu metode de analiză precum corelaţii bivariate, testul T cu eşantioane-perechi şi testul T cu eşantioane independente (ANOVA simplă).

Datele *calitative* au fost obţinute prin interviuri, care s-au efectuat atât cu ocazia pre-anchetei cu scopul delimitării ariei de cercetare cât şi după aplicarea şi prelucrarea chestionarelor. La baza interviurilor a stat un ghid care viza modul de funcţionare a sistemului sanitar. Astfel am verificat credibilitatea datelor cantitative print-un total de 40 interviuri, dintre care 20 la medici pediatrii şi 20 la părinţi. Interviurile ne-au ajutat la elaborarea unor modele explicative şi la prezentarea descriptivă a situaţiei drepturilor pacienţilor minori.

Sinteza rezultatelor cercetării:

În prezenta secțiune ne-am propus să cuprindem sinteza rezultatelor cercetării, care ne ajută la formarea unei imagini complete a situației pacienților minori. Ne vom rezuma la concluziile trase de noi pe baza datelor colectate, care însă nu vor fi cuprinse în această lucrare din motive ce țin de dimensiunile și complexitatea subiectului.

BDD-A21731 © 2014 Arhipelag XXI Press
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.142 (2026-11-14 23:00:36 UTC)

Legislaţia: În urma analizei sistemului de protecţie a copiilor pe plan internaţional şi European am constatat că actele normative adoptate în România respectă exigenţele minimale cuprinse în tratatele şi convenţiile la care Statul Român a aderat. Cadrul legislativ este unul modern, dar pe alocuri suferă de lacune şi de reglementări mai puţin cuprinzătoare.

Din sinteza principalelor izvoare legislative care privesc drepturile copiilor coroborate cu drepturile pacienţilor s-au conturat următoarele categorii de drepturi de sănătate:

- dreptul de a fi ascultat şi informat;
- dreptul la confidenţialitatea informaţiilor medicale;
- dreptul la libertatea deciziilor privind viaţa sexuală;
- dreptul la autodeterminare;
- dreptul (accesul) la asigurări (servicii) de sănătate.

În ciuda existenţei unei legislaţii moderne, am descoperit anumite lacune care vizează în principal categoria dreptului la autodeterminare: de exemplu, stabilirea limitelor autodeterminării este dificilă în lipsa principiilor ajutătoare – legislația nu oferă o soluție neechivocă, iar în literatura de specialitate nu există un acord unanim. Dilemele morale care privesc pacienţii copii se nasc datorită capacităţii intelectuale şi emoţionale ai acestora, capacități care se află în etapele dezvoltării. Experienţa de viaţă a minorilor este deasemenea limitată, reprezentând un alt factor important în privința capacității decizionale a copiilor. Cert este însă, că fiecare copil trebuie evaluat individual: nu se pot impune limite la procesul natural şi continuu al dezvoltării, astfel luarea deciziilor competente nu poate să depindă de o anumită vârstă (Bryant, 2009). Aşadar nu există un răspuns categoric la întrebarea de la ce vârstă devin copiii capabili să înţeleagă responsabilităţile unei decizii de sănătate. Mulți factori depind de fiecare copil individual şi de contextul actual (Alderson, 2009).

Astfel am ajuns la concluzia că drepturile copiilor trebuie interpretate din prisma tradiţiilor şi valorilor actual dominante în societate. Orice drept conferit minorilor trebuie înţeles, promovat şi exercitat având în vedere principiul interesului superior al copilului pe termen lung – principiu expres prevăzut în legislație.

Problemele şi dilemele legate de sănătatea copiilor nu pot fi soluţionate prin aplicarea ad literam a drepturilor, datorită particularităţilor posibile. Sursele juridice referitoare la copii oferă doar puncte de plecare (principii), iar deciziile de sănătate adoptate de persoanele implicate (medicii, părinţii şi copilul) trebuie să corespundă valorilor ocrotite de lege.

Alderson şi Montgomery (1996) au stabilit patru niveluri de participare a copiilor la deciziile medicale: de a fi informat (1), de a fi capabil la exprimarea unui punct de vedere (2), de a exercita influenţe asupra deciziei (3) şi de a deveni decidentul principal. Astfel pacientul minor va putea dobândi capacitatea deplină de a exercita dreptul la autodeterminare doar în timp, odată cu dezvoltarea capacităţilor intelectuale şi cu acumularea experienţei de viaţă.

Percepţiile persoanelor vizate de cercetare: O parte semnificativă din rândul specialiştilor dar şi a părinţilor nu cunosc cu desăvârşire drepturile copiilor-pacienţi. Practica – în percepţia specialiştilor şi a părinţilor – este dominată de concepţii tradiţionale care sunt mai restrictive în ceea ce priveşte drepturile copiilor. Practicienii domeniului omit să utilizeze toate facilităţile oferite de actualul cadru legislativ. Din cercetarea noastră rezultă că o parte dintre drepturile copilului pacient nu sunt respectate în practică – în special dreptul la autodeterminare –, iar în lipsa unor modele de interacţiuni legislativ-juridice aceste cazuri rămân nedetectate. Cu toate acestea nu am surprins la copiii-pacienți nemulțumiri generale, ci doar am reușit să detectăm doar anumite cazuri izolate.

Din nefericire există un fenomen negativ răspândit în practica medicală în privința comunicării cu pacientul minor: medicii nu depun eforturi suficiente să comunice direct cu copilul, de multe ori cu ocazia consultaţiilor medicale părinţii vorbesc în locul copiilor. Copiii nu sunt informaţi pe deplin asupra evoluției stării lor de sănătate, din motivul că sunt

BDD-A21731 © 2014 Arhipelag XXI Press
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.142 (2026-11-14 23:00:36 UTC)

consideraţi incapabili, imaturi sau necompetenţi în materie. Nici părinţii nu-şi capătă toate informaţiile disponibile de la cadrele medicale, deoarece medicii pot fi nerăbdători sau aflaţi sub presiunea timpului. Toate acestea reprezintă impedimente în comunicarea multidirecţională între medicii, părinţii şi pacieţii copii. În asemenea cazuri se ignoră faptul că părinţii au un rol activ important în transmiterea informaţiilor medicale către copil.

Din datele noastre rezultă că minorii preferă comunicarea adecvată pe care o înţeleg şi aşteaptă explicaţii de la persoane adulte. Importanţa comunicării a fost semnalată în literatura de specialitate şi de alţi autori (Avery, 2009; Miu, 2004; Kilkelly şi Donnelly, 2011; Lansdown, 2000; Alderson, 1993).

Respectarea confidenţialităţii nu reprezintă probleme deosebite, cu toate că există o scurgere de informaţii în toate direcţiile: de la copii la părinţi, de la părinţi la medici, respectiv de la medici la părinţi şi copii. În majoritatea cazurilor minorii preferă să comunice deschis cu părinţii despre problemele medicale.

În practica medicală din România se acceptă conceptul autodeterminării limitate: minorii cu un anumit grad de maturitate care deţin informaţii suficiente pot lua anumite decizii (mai ales atunci dacă aceste decizii coincid cu voinţa adulţilor). Nici părinţii dar nici personalul medical nu cunoaşte pe deplin cuprinsul şi extinderea dreptului la autodeterminare. Din datele noastre de cercetare obţinute direct de la copiii rezultă că de multe ori aceştia nu sunt întrebaţi deloc în privinţa deciziilor de sănătate.

Libertatea deciziilor legate de viaţa sexuală a minorilor nu este primită fără rezerve nici de către părinţii şi nici de către cadrele medicale, dat totuşi se consideră că se acumulează un nivel acceptabil de cunoştiinţe de protecţie sexuală începând de la vârstele de 14-16 ani. Părinţii sunt de acord ca minorii să-şi aleagă mijloacele contraceptive odată ce au informaţii suficiente în materie.

Părinţii nu sunt suficient de informaţi cu privire la sistemul asigurărilor de sănătate, nu cunosc conţinutul pachetului de bază de care se bucură toţi copiii.

Alegerea şi prescripţia medicamentaţiei cel mai eficiente poate fi împiedicată de medicamentele care nu sunt compensate în cadrul sistemului public de asigurări de sănătate. În asemenea cazuri părinţii sunt puşi în situaţia să procure medicamentele prin aprovizionare proprie sau să aleagă un tratament mai ieftin, dar mai puţin eficient.

Ceea ce priveşte condiţiile şi împrejurările de spitalizare, am constatat că nu se pot asigura condiţii optime în lipsa fondurilor. Dotarea spitalelor este insuficientă şi inegală la nivelul localităţilor. Sistemul asigurărilor de sănătate funcţionează anevoios, deoarece nu oferă întotdeauna medicamente compensate pentru copii cu boli grave. În detrimentul acestora totuşi factorul uman (medicii şi restul personalului) încearcă să răspundă aşteptărilor, compensând cât se poate din lipsuri.

Idei privind gestionarea situaţiei existente

În continuare dorim să prezentăm principiile după care ne vom ghida în proiectarea propunerilor pentru ameliorarea funcţionării sistemului de îngrijire a pacienţilor minori.

Ca punct de plecare, trebuie precizat că în concepţia noastră există trei elemete de bază, care trebuie respectate când ne gândim la formularea unor răspunsuri pozitive la problemele şi dilemele constatate în cadrul cercetării.

BDD-A21731 © 2014 Arhipelag XXI Press
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.142 (2026-11-14 23:00:36 UTC)



Fig. nr. 1. Modelul posibilităţilor de ameliorare a situaţiei pacienţilor minori (sursa Albert-Lorincz, 2013 p. 160.)

Avem convingerea că primul pas în ameliorarea şi îmbunătăţirea îngrijirii pacienţilor minori este *schimbarea de optică* asupra problemei tratate. Aceasta înseamnă trecerea progresivă de la centrarea terapeutică asupra bolii spre o mai bună luare în considerare a personalităţii pacientului, „adică spre o focalizare pe subiectul unic şi complex … prin care ar face posibilă ameliorarea stării de sănătate a populaţiei" (Mârza-Dănilă, 2009, p. 51). Această trecere este posibilă doar prin renunţarea la centrarea terapeutică asupra bolii în favoarea respectării dimensiunilor de personalitate a medicilor şi a pacienţilor. Este nevoie de un parteneriat între personalul medical, părinţi şi copilul pacient. Parteneriatul se realizează cu condiţia interrelaţionărilor reciproce. Aceste interacţiuni pot genera mulţumire atât din partea personalului din domeniul sanitar cât şi din partea beneficiarilor. Astfel se asigură satisfacerea nevoilor de bază ale pacienţilor şi se respectă mai mult dreptul la calitatea de viaţă pozitivă, ceea este ce este considerat de noi ca al doilea factor de ameliorare a situaţiei pacienţilor minori – primul fiind schimbarea de optică şi centrarea pe personalitatea pacientului.

Conceptul de calitate a vieţii îl folosim în sensul definit de Organizaţia Mondială a Sănătăţii în 1998: „Calitatea vieţii este dată de percepţiile indivizilor asupra situaţiilor sociale, în contextul sistemelor de valori culturale în care trăiesc şi în dependenţă de propriile trebuinţe, standarde şi aspiraţii" (OMS, 1998). Acest termen a fost adaptat la specificul bolnavilor, adică „prin calitatea vieţii în medicină se înţelege bunăstarea fizică, psihică şi socială, precum şi capacitatea pacienţilor de a-şi îndeplini sarcinile obişnuite, în existenţa lor cotidiană" (Lupu, 2006, p. 73). În accepţiunea noastră calitatea vieţii pacienţilor minori depinde în primul rând de asigurarea nevoilor şi drepturilor fundamentale ale copiilor bolnavi. Pentru aceasta ar trebui cunoscute şi acceptate drepturile specifice, de asemenea precum şi nevoile psihosociale ale acestei categorii. Cunoaşterea nevoilor pacientului în general „ajută personalul medical să aleagă între diferite tratamente alternative, să informeze pacienţii asupra efectelor posibile ale diferitelor proceduri medicale, să monitorizeze progresul tratamentelor aplicate, din punctul de vedere al pacientului" (Lupu, 2006, p.78). Acest considerent este adevărat şi în cazul pacientului minor. Adoptăm şi abordarea lui Constanza (2008), după care calitatea vieţii pacienţilor minori înseamnă în primul rând bunăstarea subiectivă, mulţumirea faţă de gradul în care nevoile lor sunt satisfăcute. Toate propunerile noastre pentru ameliorarea îngrijirii copiilor bolnavi vor fi focalizate pe ideea respectării calităţii de viaţă pozitivă a pacienţilor minori.

Al treilea factor care trebuie luat în considerare în scopul îmbunătăţirii condiţiilor din sistemul sanitar este *modul de comunicare* şi realizarea importanţei comunicării empatice.

BDD-A21731 © 2014 Arhipelag XXI Press
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.142 (2026-11-14 23:00:36 UTC)

Cercetarea noastră a scos la iveală aceea că principalii factori de risc legați de îngrijirea pacienților minori (neatenţia faţă de copii, lipsa comunicării cu ei despre starea lor, atitudinea neutră (uneori chiar nepăsătoare) a personalului medical, manifestări de nerăbdare, duritate, plictiseala, nemotivarea sau chiar şi burn aut-ul) pot fi ameliorație – după opinia medicilor şi părinţilor intervievaţi – prin schimbarea de atitudine şi printr-o mai bună comunicare.

Pe parcursul cercetării noastre am descoperit că una dintre problemele cele mai grave care afectează pacienții minori este comunicarea inadecvată.

Cu scopul de a oferi personalului medical alternative de comportamente pozitive vom prezenta modelul lui Street şi Epstein, (2008, p. 256). Acest model de comunicare poate ajuta personalul medical să comunice adecvat cu pacientul, în scopul influenţării pozitive a sănătății pacienților.

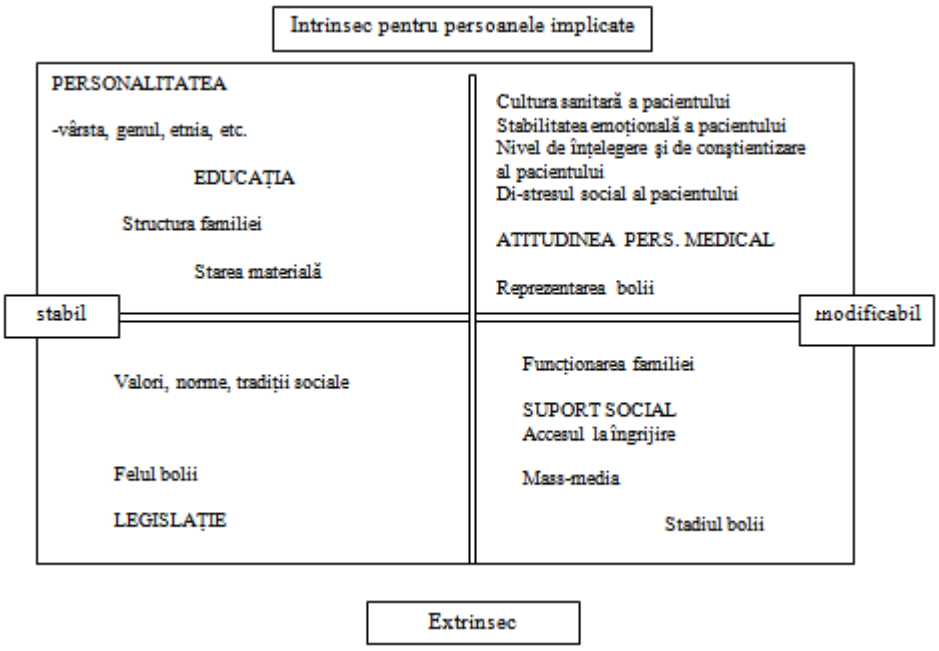


Fig. nr. 2. Model pentru ameliorarea comunicării personalului medical-pacient cu scopul influenţării pozitive a sănătăţii (Sursa: Street şi Epstein, 2008, p. 256).

După cum se poate vedea în acest model (Fig. nr. 2) eficienţa comunicării între personalul medical-pacient depinde de o serie de factori subiectivi şi obiectivi. Numai cu condiţia respectării acestora putem realiza o comunicare pro-sănătate, care are o influenţă pozitivă asupra calităţii vieţii pacienţilor.

În concluzie, având în vedere modelul prezentat mai sus, comunicarea care respectă autonomia şi demnitatea pacienţilor minori este o cerinţă stringentă care trebuie asigurată de către pesonalului medical. În vederea elevării calităţii de viaţă a copiilor pacienți este aşadar comunicarea empatică şi profesională, informarea, ascultarea, respectarea secretului profesional şi a confidenţialităţii, precum şi respectarea autodeterminării, a deciziilor libere referitoare la problemele medicale. Premisa, ca realizarea drepturilor să se manifeste prin comunicare este cunoaşterea şi accepatrea acestora de către personalul medical. Trebuie găsită o cale ca personalul medical să fie informat şi format în această privinţă. La fel, este nevoie ca să se atragă atenţia medicilor asupra faptului că reciprocitatea în comunicare se poate realiza numai dacă și copilul minor este considerat ca personalitate cu statut integral, considerent care prezice un fel de partenerierat asimetric dar totuşi echitabil - în limita şi în scopul comun. Aceasta înseamnă un climat de încredere, de securitate în care copilul este privit nu numai din perspectiva bolnavului şi a bolii, iar medicul numai din perspectiva deținătorului științei, ci ca

BDD-A21731 © 2014 Arhipelag XXI Press
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.142 (2026-11-14 23:00:36 UTC)

şi persoane în interacţiune. Fiecare copil, pe lângă caracteristicile de vărstă, este o fire particulară, o personalitate. Vine dintr-o anume comunitate, cu o anumită înzestrare culturală, cu valori şi norme specifice. Familia lui trăieşte în anume condiţii materiale, funcţionează după propriile obiceiuri, datini, legi. Nivelul educaţiei şi în special al educaţiei sanitare a copiilor pacienţi poate să fie foarte diferit, ca şi gravitatea bolii lor. Toate aceste caracteristici obiectivi şi subiectivi trebuie respectate în situaţii de comunicare. Numai astfel se pot asigura condiţii prielnice pentru însănătoşire.

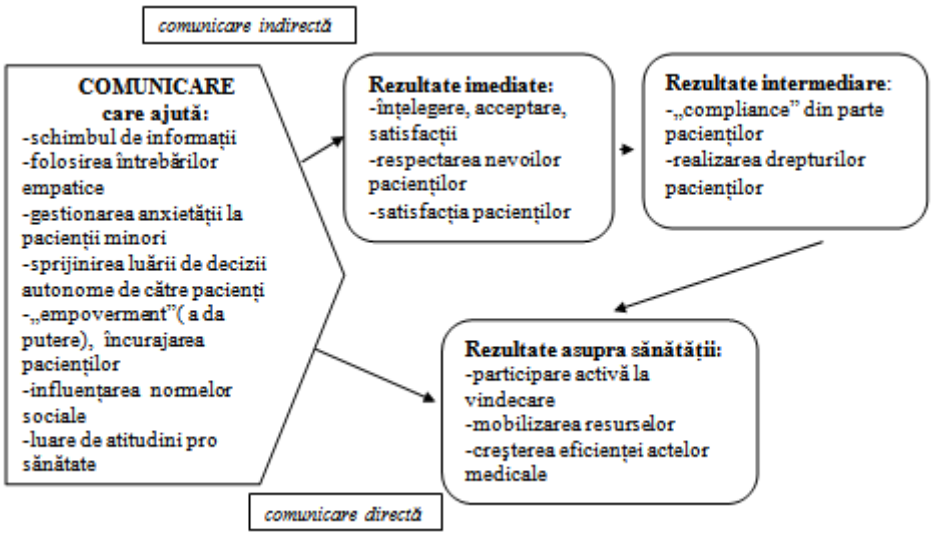
Factorii enumeraţi ţin de contextul actului medial şi reprezintă *dimensiunea stabilă*, aşa cum denumesc înşişi autorii modelului mai sus detailat. În modelul lui Street şi Epstein (2008) există însă şi o altă categorie de factori – la fel de important în comunicare – cel al factorilor *modificabili şi modelabili*. Aceasta accentuează importanţa adoptării unei atitudini deschise şi flexibile a personalului medical faţă de situaţiile-problemă. Ei au sarcina de a influenţa în mod pozitiv formarea culturii sanitare a pacienţilor şi să ajute pacienţii în acceptarea rolului de bolnav, cu o reprezentare adecvată a bolii. Printr-o comunicare empatică se poate asigura o bună informare a pacienţilor, se poate respecta autodeterminarea şi libertatea lor la deciziile legate de sănătate, şi în caz special la decizii libere privind viaţa sexuală şi de reproducere. Astfel se scade di-stresul pacienţilor, se întăreşte stabilitatea emoţională, condiţia de bază a mobilizării resurselor pentru vindecare. Printr-o bună colaborare cu familia se poate asigura un bun suport social la fel indispensabil pentru copilul bolnav.

De asemenea se poate ameliora maladia dacă se cunoaşte şi se respectă reglementările sistemul de asigurare socială.

Comunicaţia cu presa este un alt factor în formarea şi ridicarea culturii sanitare a populaţiei.

Modul de relaţionare şi de comunicare a personalului medical poate avea o contribuţie majoră la determinarea eficienţei la care funcţionează întregul sistem de îngrijire a pacienţilor minori cât şi la mulţumirea şi satisfacţia beneficiarilor.

Pentru a analiza şi mai diferenţiat comunicarea dintre personal medical şi pacienţii-copii, propunem studierea şi a unui alt model elaborat tot de autorii indicaţi mai sus, însă l-am adaptat la specificul cercetării noastre. Îl prezentăm cu intenţia de a *sugera direcţia schimbărilor de atitudini în modul de comunicare (Fig. nr. 3).*



BDD-A21731 © 2014 Arhipelag XXI Press
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.142 (2026-11-14 23:00:36 UTC)

Fig. nr. 3. Adapatarea modelului „Paşii comunicării directe şi indirecte cu scopul promovării a sănătăţii" (Direct and indirect Pathways from Communication to Health Outcomes), sursa Street şi Epstein, 2008, p. 240.

Dacă se produce o regândire a comunicării în spiritul modelului de mai sus, atunci ea poate avea funcţii de reglementare şi de structurare a interacţiunilor în direcţia dorită de noi şi poate promova sănătatea. Mârza-Dănilă (2009, p. 21) accentuează faptul că actul de „comunicare presupune procese de ajustare şi acordare" a părţilor. Este indispensabil ca medicul să ţină cont de natura relaţiei cu pacientul şi mai ales a influenţei manierei şi codului de comunicare asupra vindecării. Scopul principal al medicului trebuie să fie obţinerea participării pacientului la tratament. Personalul medical trebuie să-şi ţine cont de nivelul de înţelegere şi de specificul codului lingvistic utilizat de copii. Scopul propus nu poate fi atins cu ignorarea acestora. Este foarte important ca mesajul transmis şi cel perceput să nu fie distorsionat, să fie eligibil și univoc. În caz contrar se face necesar intervenţii comunicaționali de ajustare. Epuran M. (citat de Mârza-Dănilă, 2009) enumeră 14 reguli pentru emiterea mesajelor eficiente. Aceste cerinţe ar trebui respectate mai ales în cazul copiilor, care percep mai greu informaţiile medicale. Aşadar, se urmăreşte ca mesajele:

- să fie directe;
- să exprime opinia personală;
- să fie complete şi specifice;
- să fie clare şi consistente;
- să evite ambiguităţile;
- să exprime clar sentimentele şi cerinţele;
- să prezinte separat faptele de opinii;
- să concentreze mesajul asupra unui singur lucru odată;
- să transmită mesajul imediat când observă ceva;
- să nu conţină aluzii la alte persoane;
- să fie stimulative;
- să fie congruente;
- să fie redundante (să folosească şi alte canale: imagini video, fotografii etc.);
- să corespundă cadrelor de referinţă ale receptorului;
- emiţătorul trebuie să se asigure că mesajul său a fost bine interpretat (să obţină feed-back-ul).

Copiii recepţionează cu mai mare fineţe mesajele non-verbale decât cele verbale, astfel pe lângă mesajul verbal trebuie avut o mare grijă şi asupra celui non-verbal şi plurimodali, adică o comunicare în cât mai multe canale comunicaționale.

Despre importanţa comunicării în promovarea participaţiei decizionale a copiilor Kilkelly şi Donnelly (2011) au constatat în urma unor interviuri efectuate, că minorii acordă un grad ridicat de importanță comunicării directe cu personalul medical şi preferă să fie implicați în deciziile luate. Copiii încă de la vârste fragede (6-7 ani) au idei despre cum s-ar putea realiza efectiv participarea lor la decizii. După părerea lor limbajul și stilul folosit de asistentele medicale pot fi înțelese mai ușor decât limbajul medicilor. Rezultă că un limbajul mai adecvat şi adaptat la nivelul de înţelegere a copilului ar fi binevenit şi din partea medicilor. Se pare că medicii sunt preocupaţi cu problemele legate de tratament, alegerea medicamentaţiei eficiente, adesea neglijând comunicarea adecvată. Copiii intervievați are prefera ca medicii să comunice în direct și mai des cu ei. Alte doleanțe, așteptări identificate au mai fost empatia şi umorul, care aproape lipsesc în totalitate în stilul de comunicare utilizat de către personalul medical.

BDD-A21731 © 2014 Arhipelag XXI Press
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.142 (2026-11-14 23:00:36 UTC)

Discuții:

Din cele prezentate anterior reiese că principala cale spre ameliorarea îngrijirii pacienţilor minori este regândirea şi remodelarea comunicării cu ei. Conform literaturii de specialitate minorii acordă importanţă deosebită comunicării cu personalul medical şi preferă ca aceasta să fie deschis, direct şi folosind un limbaj pe înțelesul lor. Scopul comunicării este implicarea copiilor în luarea deciziilor de sănătate. Alte aşteptări din partea copiilor faţă de personalul medical, identificate atât de cercetătorii din străinătate cât și de noi a fost empatia şi umorul (Kilkelly şi Donnelly, 2011).

Marele avantaj al cercetării efectuată de noi a fost că a identificat şi a contribuit – mai ales în cadrul interviurilor – la *conştientizarea problemelor* de către specialiştii din domeniu.

Problemele şi dilemele se concentrează în jurul autonomiei copiilor, deoarece din normele juridice lipsesc cu desăvârşire criteriile de determinare a capacităţii sau incapacităţii copiilor în ceea ce priveşte exercitarea autodeterminării.

Pentru a putea realiza o comunicare eficeientă cu copii avem nevoie și de un cadru juridico-administrativ care ar face posibil realizarea drepturilor la această categorie de pacienți. În această direcție am formulat propunerile de mai jos:

- situaţia copiilor bolnavi poate fi îmbunătăţită prin influenţarea politicilor sociale. Dacă se vrea influenţarea unui proces politic, trebuie atins o formă de putere sau trebuie realizat un partenariat care are puterea de a efectua modificări (Bergman 1994);
- să se ceară personalului medical o modalitate de interacțiune bazată pe informarea copilului corespunzătoare vârstei sale și consultarea acestuia, pentru ca medicul să fie ajutat de colaborarea copilului, ce stă pe baza dreptului său la autodeterminare.

Concluzii:

Promovarea participării decizionale a copiilor: trebuie insistat mai mult pe importanţa unei comunicări adecvate cu copilul, deoarece obţinerea încrederii şi colaborării minorului poate influenţa benefic vindecarea. Copiii trebuie ajutaţi să înveţe cum se ia o decizie de sănătate responsabilă. Atât medicii cât şi părinţii ar trebui să pună mai mult accent pe factorii de personalitate care contribuie în mare parte la recuperarea copilului, pentru că focusarea doar pe tratamentul medical se pare a fi insuficientă.

Există multe problemele şi dileme legate de sănătatea copiilor care nu pot fi soluţionate doar prin simpla aplicare a normelor juridice, prin urmare soluţionarea acestora depinde de factorul uman şi de exercitarea responsabilităţii sociale faţă de copiii aflaţi în situaţii de excepţie, precum în caz de boală.

BIBLIOGRAFIE

- Albert-Lőrincz, Csanád, (2013), *Drepturile si dilemele morale care privesc copiii cu diagnostic medical*, Presa Universitară Clujană, Cluj-Napoca;
- Alderson, Priscilla, (2009), Why I wrote Children's Consent to Surgery?, *Clinical Ethics*, Vol. 4, Issue 3, p. 159-162;
- Alderson, Priscilla, (1993), European Charter of Children's Rights. *Bulletin of Medical Ethics*, October, p. 13-15, http://www.cirp.org/library/ethics/alderson/ accesat 24.07.2014;
- Avery, Graham, (2009), Consent and confidentiality. *Practice Nurse*, Vol. 38, Issue 8, p. 34-38;
- Alderson, Priscilla şi Montgomery, Jonathan, (1996), *Health Care Choices: Making Decisions with Children*. Institute for Public Policy Research, London;

BDD-A21731 © 2014 Arhipelag XXI Press
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.142 (2026-11-14 23:00:36 UTC)

- Bergman, Abraham B., (1994), Using politics to improve the health of children, *Health Matrix: Journal of Law-Medicine*; Vol. 4 Issue 1, p. 31-40;
- Brabin, Loretta – Roberts, Stephen A. – Kitchener, Henry C., (2007), A semi-qualitative study of attitudes to vaccinating adolescents against human papillomavirus without parental consent. *BMC Public Health*, Vol. 7 Nr. 20, doi:10.1186/1471-2458-7-20,
  http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/20 accesat la 24.07.2014;
- Bryant, Diana, (2009), It's my body, isnt't it? Children, medical treatment and human rights, *Monash University Law Review*, Vol. 35, Issue 2, p. 193-211;
- Jenkins, Peter, (2010), Having confidence in therapeutic work with young people: constraints and challenges to confidentiality, *British Journal of Guidance & Counselling*, Vol. 38 Issue 3, p. 263-274;
- Kilkelly, Ursula şi Donnelly, Mary (2011), Participation in Healthcare: The Views and Experiences of Children and Young People. *International Journal of Children's Rights*, Vol. 19, No. 1, p. 107–125;
- Lansdown, Gerison, (2000), Implementing children's rights and health. *Archives of Disease in Childhood*, Vol. 83, Issue 4, p. 286-288;
- Lupu, Iustin, (2006), Calitatea vieţii în sănătate. *Revista Calitatea vieţii,* Vol. 17, nr. 1–2, p. 73–91;
- Mârza-Dănilă, Doina, (2009), *Relaţia terapeut-pacient (Terapia centrată pe client)*. Editura Alma Mater, Bacău;
- Miu, Nicolae, (2004), *Ştiinţele comportamentului*, Ed. Medicală Universitară „Iuliu Haţieganu", Cluj-Napoca;
- Organizaţia Mondială a Sănătăţii,
  http://depts.washington.edu/seaqol/docs/WHOQOL_Bibliography.pdf - accesat 20.01.2013;
- Parekh, Shalin. A, (2007), Child consent and the law: an insight and discussion into the law relating to consent and competence, *Child: Care, Health & Development,* Vol. 33 Issue 1, p. 78-82;
- Perera, Anthony, (2008), Can I Decide Please? The State of Children's Consent in the UK, *European Journal of Health Law,* Vol. 15, Issue 4, p. 411-420;
- Street, Ronald L. şi Epstein, Richard M., (2008), Lesson from Thery and Reseearch on Clinician-Pacient Communication. In Glanz, K., Rimer, B., K., Viswanath, K., (editors): *Helath behavior and helath education, Theory, Research and Practice*. 4th edition, Published by Jossey-Bass, San Francisco, p. 237-268;
- Tobin, John, (2006), Beyond the Supermarket Shelf: Using a Rights Based Approach to Address Children's Health Needs. *International Journal of Children's Rights*, Vol. 14, p. 275-306;
- Waterston, Tony, (2005), A general paediatrician's practice in children's rights, *Archives of Disease in Childhood*, Vol. 90, Issue 2, p. 178-181.

BDD-A21731 © 2014 Arhipelag XXI Press
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.142 (2026-11-14 23:00:36 UTC)