

## COMUNICAREA MEDICULUI CU PACIENTUL CU DIZABILITĂȚI (CES) *Communication Between Doctor and Patient With Disabilities (CES)*

**Maria Dorina PAȘCA, Assistant Professor Ph.D., Psih.,  
University of Medicine and Pharmacy of Tîrgu Mureș**

*Abstract: Physician communication with patients is a separate structure, starting right from the idea to conjugate verbs, giving "and," in the context of receiving the doctor is put in a position to know with the patient to achieve a communion which is then converted into a communication and mutually beneficial relationship.*

*Thus, the two must come to communicate and when don't communicate, which is present mainly in patients with Disabilities (CES) which causes a new approach and reporting by a physician communication and relationship with such persons.*

*What is specific? Everything for disease and trauma are existing and managing them in such situations - the problem is masterful. Therefore, knowledge of the specific patient with disabilities represent a valuable addition to physician regarding communication and networking, efficiency can be found in approach, thereby establishing bridges to: acceptance, understanding, trust, respect and a desire to keep them company and society.*

*The payoff? A smile and a handshake that says it all mean, communicate that something much needed in these cases, 'I am delighted and happy to see me, hear, feel, and that you take care of my health, thank you, and even dare to hold you.*

*Keywords: communication, physicians, patients with disabilities, acceptance, trust.*

Numit în literatura de specialitate și persoană cu **cerințe educative speciale** (CES), cel în cauză se caracterizează în general printr-o serie de structuri atitudinal-comportamentale cărora trebuie:

**a) – să le dovedim:**

- înțelegere – încredere – intrajutorare;

**b) – să le înlăturăm:**

- disconfortul – depersonalizarea – dizarmonia;

**c) – să ajungem la înțelepciunea ce presu-pune:**

- acceptare – acomodare – atitudine;

**d) – să reușim să le acordăm o șansă prin:**

- speranță – dragoste – dăruire;

considerându-l egalul nostru, bucurându-se de toate drepturile unei persoane dăruită cu viață și menită a trăi.

Pentru a putea comunica, **medicul** e necesar să țină cont de anumite elemente specifice, cum ar fi:

- să-i inspire încredere;
- să-i explice pe înțelesul lui problema medicală pe care o are;
- să-i accepte explicațiile;
- să-l accepte și înțeleagă ca persoană cu dizabilități;
- să nu creeze stări conflictuale;



- acțiuni de prevenirea și susținerea unor politici coerente și flexibile pentru protecția și asistența socială a persoanelor aflate în dificultate;
- informarea opiniei publice cu privire la responsabilitatea civică a membrilor comunității față de persoanele aflate în dificultate;
- existența unor posibilități de valorificare a potențialului atitudinal al acestor persoane cu dizabilități în folosul comunității.

Pentru o mai bună și eficientă comunicare în relația sa cu **pacientul cu dizabilități, medicul** e necesar a avea minime cunoștințe legate de:

a) – deficiență = se referă la afecțiunea fizică sau organică ce determină o stare critică în plan psihologic (pierderea sau deficitul unor funcții ori chiar a unui organ ce defavorizează desfășurarea activității);

b) – handicap = accentuează consecințele, dificultățile de adaptare la mediu și ia în considerație și stările critice ce apar prin educație deficitară, condiții de mediu ce defavorizează evoluția normală, perturbările funcționale sau destructurarea lor, inadapările, obișnuințele și comportamentele neadaptive, întârzierile, retardurile și privațiunea temporară de o funcție, etc.

Ca și **structuri** întâlnim:

- 1 – handicapul de intelect (oligofrenia);
- 2 – handicapul de auz (surdologia);
- 3 – handicapul de văz (tiflogia);
- 4 – handicapul (tulburările) de limbaj (logope-dia);
- 5 – handicapul de motricitate
- 6 – handicapul de comportament;
- 7 – polihandicapul (surdo-mutitate, surdo-cecitate, autism);

identitățile lor conceptuale, prezentându-se schematic sub o formă accesibilă înțelegerii de către medic și acționării sale astfel, în cunoștință de cauză

**1) Handicapul de intelect** = se identifică și printr-o serie de termeni ca:

- deficiența mintală, inadapare, întârziere mintală, oligofrenie, debilitate mintală și encefalopatie infantilă.

Important este ca medicul să cunoască și apoi să recunoască, unele sindroame care sunt legate direct de handicapul de intelect cum ar fi:

- Down – Trisomia 21 – mongoloism – recunoaștere facială;
- Oligofrenia fenilpiruvică – absența unei enzime – piele foarte sensibilă – blond – ochi albaștri;
- Idioția armuratică – apare după 3-6 luni;
- Gorgoilismul – statură mică – nu crește – înfățișare de bătrân;
- Hipertelorismul – aspect animalic;
- Turner;
- Cretinismul endemic – lipsa iodului;

Toate aceste informații teoretice, pot să constituie un punct de plecare în comunicarea medicului cu un pacient ce dezvoltă un asemenea handicap.

**2) Handicapul de auz** = face parte din categoria afecțiunilor senzoriale, apare la vârste timpurii, intervin dificultăți majore în însușirea limbajului (muțenia) iar când

degradarea auzului se produce după achiziția structurilor verbale, are loc un proces de involuție la nivelul întregii activități psihice.

Depistarea timpurie a handicapului se face prin sesizarea răspunsului sau nu a copilului la anumiți stimuli, cum ar fi: bătaia din palme, zgomotul, vocea, iar în funcție de reacție vorbim în altă ordine de idei despre: hipoacuzie, surdo-mutitate, în curs de demutizare.

Pe lângă educația specială de care beneficiază aceste persoane, ele sunt învățate unele tehnici de comunicare cum ar fi – labiolectura (cititul pe buze) și alfabetul/limbajul mimico-gestual, elemente care le ajută să relaționeze și socializeze cu cei din jur.

În cazul **unui asemenea pacient, medicul** trebuie să se afle:

- cu fața la el;
- la nivelul lui/ ca înălțime;
- cu fața liberă pentru a i se înțelege mesajul,

și să se folosească, dacă comunicarea lor o impune, și de câteva elemente ale limbajului mimico-gestual.

Dacă persoana este în curs de demutizare, treptat și de comun acord se va renunța la limbajul mimico-gestual, urmând ca sunetele și apoi vorbirea să fie principalele instrumente ale comunicării verbale viitoare, medicul încurajând în permanență atât efortul cât și rezultatele obținute de pacientul cu handicap de auz.

**3) Handicapul de văz** = apare la persoanele cărora le este afectată vederea, începând de la naștere, sau pe parcursul vieții, din cauza unor boli sau/ și accidente.

Fiind în general orgolioase, persoanele cu handicap de văz, refuză ostentativ a li se spune: chiori și/sau orbi, indicat ar fi termenul de nevăzător sau ambliop celor cu vederea foarte slabă. De aceea, medicul e necesar a cunoaște faptul că discuția trebuie să se poarte normal, că inclinarea ușoară a corpului și zâmbetul mai mult un rictus, sunt forme ce denotă nevoia menținerii unui echilibru și dorința de a fi tratat ca o persoană absolut normală. Fiind destul de suspicioși, se va vorbi în permanență cu ei, calm și răzbatător, înlăturându-le teama și sporindu-le încrederea, angajând chiar un dialog menit a răspunde problemelor de sănătate cu care se pot confrunta.

**4) Handicapul de limbaj** = sau tulburarea de limbaj apare la o anumită vârstă și din varii motive. Persoanele care dezvoltă o tulburare de limbaj, dezvoltă în general o stare de frustrare. Comunicarea cu cei din jur este destul de greoaie iar teama de a nu greși îi împiedică în multe cazuri de a mai relaționa cu cei din jur.

Terapia logopedică începe la copii de la vârsta de 4 ani, iar în cazul persoanelor cu AVC- în momentul recuperării.

În **comunicarea** sa cu un asemenea **pacient, medicul** trebuie să dovedească înțelegere, să-l ajute să-și învingă frica/teamă de a vorbi, încurajându-l și prețuindu-i silința în acest caz.

Dacă în cadrul consultației se ivește momentul de a recomanda câteva întâlniri terapeutice cu logopedul și totul merge spre acceptare, e bine, deoarece pe lângă factorii fiziologici ce pot îngreuna vorbirea (dențiția, malformații, etc.) există și cei psihologici ce pot declanșa apariția pe o perioadă de timp, a balbismului (bâlbâială) nervos, starea de muțenie, tăcerea prelungită, indici ai unor atitudini, conduite și comportamente speciale (agresiunea fizică, psihică, sexuală, abuzul psihic și fizic, divorțul, decesul, mutarea dintr-un loc în altul).

Tulburarea de limbaj se poate ameliora, sau elimina cu totul, dublate sau nu de dorința pacientului de a putea să-și rezolve sau nu problema vorbirii, inclusiv ale comunicării, vizându-se în primul rând:

- încrederea în sine;
- stima de sine,

ajungându-se coroborate și la tulburări de comportament din partea celui care la momentul oportun n-a fost nici înțeles pe deplin, dar nici ajutat de către specialiști în mod absolut normal, fiindu-i redată în mod deosebit demnitatea umană și nu numai.

**5) Handicapul de motricitate** = cuprinde infirmitățile motorii sau locomotorii cât și unele boli permanente (respiratorii, cardiopatiile, diabetul) și care influențează în mod negativ capacitatea fizică.

Cu un asemenea **pacient, medicul** trebuie să găsească, acolo unde se poate, o legătura, astfel încât întâlnirile să fie rodnice și de o parte și de alta. Acceptare, încredere și respect, înțelegere și ajutor reciproc, iată câteva din „motivele” unei bune comunicări între medic și pacientul cu handicap de motricitate.

**6) Handicapul de comportament** = presupune cunoașterea manifestărilor comportamentale ce au la bază unele **atitudini și conduite de risc**, dependente fiind de:

- nivelul intelectual;
- cunoștințele și experiențele de viață;
- caracteristicile organizării sociale;
- funcționalitatea relațiilor intersubiective.

Acestora ca parte educativă, se adaugă influența: grupului, găștii, străzii, școlii, care, sub diferiți parametri ai perceptualizării lor de către persoanele dezvoltă un handicap de comportament care în destul de multe cazuri, declanșează comportamentul deviant ce duce la delincvență, procentajul celei juvenile fiind evident.

Astfel, **în plan intern**, handicapul de comportament se manifestă sub formă de:

- anxietăți și frustrări prelungite;
- slabă dezvoltare afectivă și indiferență;
- trăirea unor tensiuni exacerbate;
- izolare și evitare a celor din jur;

iar **în plan extern**:

- frică; - răs și plâns nestăpânit;
- mânie; - negativism;
- minciună; - jaf (tâlhărie);
- furt; - viol;
- vagabondaj; - omor;

Toate acestea apar pe fondul unei imaturități psihice, a infantilității și destructurărilor de personalitate. Asemenea persoane manifestă inadaptare din punct de vedere:

- fizic;
- psihic;
- social;

cunoștințe de la care medicul trebuie să plece în comunicarea cu pacientul ce dezvoltă un handicap de comportament. Seriozitate, imparțialitate, rigurozitate și impunerea de respect prin profesionalism, vor fi punctele tari într-o astfel de relație cu pacientul, din partea

medicului, iar expresia psihică și examenul psihologic vor defini definitiv profilul de personalitate a celui în cauză. Privind deontologia profesională el va fi tratat la fel ca toți ceilalți pacienți, etichetarea sub orice formă negăsindu-și locul aici.

Pentru comunicarea în general cu persoanele cu dizabilități (cu cerințe educative speciale) e necesar mult suflet, chiar să, cum spunea Lucian Blaga: „eu simt că sufăr de prea mult suflet”, ne cunoaștem și educăm, pentru a dăruia atât de puțin ce pentru unii este atât de mult, având valoare incomensurabilă și incontestabilă. De aceea, ne permitem a adăuga celor prezentate până acum, **două gânduri**, sub forme diferite, care sperăm să fie percepute corect și să aibă impactul dorit. Vom spune doar:

**a)** – „Doamne, acordă-mi seninătatea de a accepta lucrurile pe care nu le pot schimba, curaj să pot schimba lucrurile pe care pot să le schimb și înțelepciunea de a vedea diferența.” (Rugăciunea Seninătății).

**b)** – Ruga persoanelor cu handicap

- Binecuvântat e cel care ascultă cu răbdare cuvintele noastre greoaie, căci așa ne dăm seama dacă suntem statornici și ne putem face înțeleși.

- Binecuvântat e cel căruia nu îi este rușine să se arate cu noi în public și nu îi pasă de ochii ațintiți asupra noastră pentru că în compania lui viața noastră e ușoară.

- Binecuvântat e cel care niciodată nu se grăbește și de o mie de ori binecuvântat cel care nu scoate munca din mâna noastră, ca să o rezolve el în locul nostru pentru că de multe ori doar de timp avem nevoie și nu de ajutor.

- Binecuvântat este cel care e alături de noi atunci când începem ceva nou, căci pentru el greșelile noastre se micșorează, alături de rezultate.

- Binecuvântat e cel care ne cere ajutorul pentru că cel mai mare ajutor de care avem nevoie este să fie nevoie de noi.

- Binecuvântat e cel care cu toate aceste fapte dovedește ca nu mușchii noștri distrofiați, nu sistemul nostru nervos distrus ne fac pe noi ființe, ci personalitatea care ne este dată de Dumnezeu, deoarece nici cea mai mică slăbiciune nu micșorează personalitatea noastră.

- Binecuvântați sunt cei care știu că și noi suntem oameni și nu așteaptă de la noi să ne purtăm ca niște sfinți, deoarece ne-am născut cu handicap.

- Binecuvântați sunt cei care înțeleg fără a ne cere ceva.

- Binecuvântați sunt cei care ne fac să uităm de infirmitatea trupului nostru și văd doar persoana din adâncul sufletului nostru.

- Binecuvântați sunt cei care ne văd om, unic și întreg și nu ne consideră un rebut, greșeala Creatorului.

- Binecuvântați sunt cei care ne iubesc așa cum suntem și nu se gândesc la ce am fi putut deveni.

- Binecuvântați sunt prietenii noștri, cei de care depindem, pentru că Ei sunt esența și bucuria vieții noastre. Amin. (Marjorie Chapp 2010 ).

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

a) – puternice conotații date de dimensiunea socială a situației;

b) – se referă la modul de transmitere a mesajului (voce, scris, gest) și a condițiilor fizice (poziția lor în spațiu, locul întâlnirii);

c) – existența a două tipuri de dispunere spațială care favorizează comunicarea și anume: față în față și alături.

Acestora li se adaugă piesele de bază ale comunicării: **medicul** și **pacientul** vs. pacientul și medicul având amândoi rolul de actori ai comunicării, Feertchak (1996- după Pasca M.D.- 2012 ) spunând că, orice individ care comunică este direct implicat în situația de comunicare, angajându-se în ea cu personalitatea sa și cu propriul sistem de nevoi care îi determină motivațiile.

Ei, actorii comunicării, sunt cei mai în măsură să:

- aleagă limbajul;
- gândească cuvintele folosite;
- înlănțuiască cuvintele în ordinea dorită;
- să transmită cuvintele/informația printr-un canal;

În așa măsură încât, Blakar (1979- după Pasca M.D.- 2012 ) , emițatorul (actorul) este un creator care prin mesajul său, furnizează un întreg ansamblu de informații - semne cu privire la propria persoană, la viziunea sa asupra obiectului comunicării sau la situația socială pe care o dorește sau o percepe – care vor fi percepute, interpretate și evaluate de către interlocutor, determinând reacțiile, angajamentul, receptivitatea sau blocarea acestuia.

Ce este specific unei asemenea comunicări? Cu siguranță: zâmbetul, încrederea, acceptarea, respectul, strângerea de mână și de ce nu, îmbrățișarea medicului de către pacientul cu dizabilități, ca formă a aceluși „**mulțumesc doctore că ai grijă de mine și de sănătatea mea!**”

## **Bibliografie**

- Pașca M. D. – (2012)- *Comunicarea în relația medic- pacient* , Ed.University Press – Târgu-Mureș
- Verza E. – (1997) – *Psihopedagogia specială* – Ed.Didactica și Pedagogică- București
- Să construim poduri* – (2010) Ed.Hifa –Ro , Târgu-Mureș