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

Maria Dorina PAŞCA, Assistant Professor Ph.D., Psih.,
University of Medicine and Pharrmacy of Tîrgu Mureş

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 dont 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 şi persoană cu **cerinţe educative speciale** (CES), cel în cauză se caracterizează în general printr-o serie de structuri atitudinal-comportamentale cărora trebuie:

a) – să le dovedim:
- înţelegere – încredere – intrajutorare;

b) – să le înlăturăm:
- disconfortul – depersonalizarea – dizarmonia;

c) – să ajungem la înţelepciunea ce presu-pune:
- acceptare – acomodare – atitudine;

d) – să reuşim să le acordăm o şansă prin:
- speranţă – dragoste – dăruire;

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

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

- să-i inspire încredere;
- să-i explice pe înţelesul lui problema medicală pe care o are;
- să-i accepte explicaţiile;
- să-l accepte şi înţeleagă ca persoană cu dizabilităţi;
- să nu creeze stări conflictuale;

BDD-A23447 © 2013 Editura Universităţii „Petru Maior”
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.142 (2026-11-14 08:53:01 UTC)

- să-i înţeleagă suferinţa;
- să comunice cu părinţii sau persoanele ce-l însoţesc, atât cele legate de boală cât şi tratamentul ce-l va urma;
- să-i observe reacţia corpului la anumiţi stimuli;
- sa dezamorseze stările conflictuale;
- să ia atitudine;
- să determine o poziţie pozitivă a pacientului faţă de consultaţia medicală şi tratament;
- să dezvolte elemente de comunicare nonverbală pe înţelesul acestuia;
- să evite iniţierea unor discuţii contradictorii şi neconstructive;
- să îşi controleze propria atitudine, conduită şi comportament faţă de pacientul său cu dizabilităţi.

Pentru ca totul să se desfăşoare într-o notă de profesionalism, respect şi comportament adecvat, **pacientul cu dizabilităţi** (cu CES) **trebuie să fie:**

- auzit; - acceptat;
- văzut; - protejat;
- perceput; - respectat;
- ca făcând parte din comunitate,

astfel încât întreaga comunicare să decurgă într-o normalitate şi atmosferă firească, dată însăşi de cei doi actori implicaţi în ea.

Totodată, e necesar ca medicul să se implice (acolo unde este cazul) şi în recomandarea unor in-stituţii de stat şi/sau private, abilitate în actul de edu-caţie şi integrare psiho-socială a acestor categorii de pacienţi. La baza unei asemenea asistenţe se află trei componente de bază şi anume:

a) – **cea psihologică** ce constă în:

- cunoaşterea particularităţilor specifice dezvol-tării psihice a persoanei şi a tuturor componentelor personalităţii;
- atitudinea şi reacţiile persoanei în raport cu deficienţa sau cu incapacitatea sa, cât şi în relaţiile cu cei din jur;
- modul de manifestare a comportamentului în diferite situaţii;
- identificarea disfuncţiilor la nivel psihic;
- identificarea căilor de recuperare/compensare a funcţiilor psihice afectate;
- asigurarea unui cadru de securitate şi confort afectiv pentru menţinerea echilibrului psihic şi dezvoltarea armonioasă a personalităţii;

b) – **cea pedagogică** ce constă în:

- evidenţierea problemelor specifice în educarea, instruirea şi profesionalizarea persoanelor cu diferite tipuri de deficienţe;
- adaptarea/ modifcarea conţinutului învăţământului în funcţie de nivelul evoluţiei şi dezvoltării biopsihice a subiecţilor supuşi educaţiei;
- asigurarea unui cadru optim de pregătire astfel încât fiecare subiect supus educaţiei şi instruirii, să asimileze un minimum de cunoştinţe şi deprinderi practice necesare integrării sociale;

c) – **cea socială** ce constă în:

- inserţia bio-psiho-socio-culturală a persoanei în realitatea socială actuală sau în schimbarea pe axele: profesională, familială şi socială;

BDD-A23447 © 2013 Editura Universităţii „Petru Maior”
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.142 (2026-11-14 08:53:01 UTC)

- acţiuni de prevenirea şi susţinerea unor politici coerente şi flexibile pentru protecţia şi asistenţa socială a persoanelor aflate în dificultate;

- informarea opiniei publice cu privire la responsabilitatea civică a membrilor comunităţii faţă de persoanele aflate în dificultate;

- existenţa unor posibilităţi de valorificare a potenţialului atitudinal al acestor persoane cu dizabilităţi în folosul comunităţii.

Pentru o mai bună şi eficentă comunicare în relaţia sa cu **pacientul cu dizabilităţi, medicul** e necesar a avea minime cunoştinţe legate de:

a) – deficienţă = se referă la afecţiunea fizică sau organică ce determină o stare critică în plan psihologic (pierderea sau deficitul unor funcţii ori chiar a unui organ ce defavorizează desfăşurarea activităţii);

b) – handicap = accentuează consecinţele, dificultăţile de adaptare la mediu şi ia în consideraţie şi stările critice ce apar prin educaţie deficitară, condiţii de mediu ce defavorizează evoluţia normală, perturbările funcţionale sau destructurarea lor, inadaptările, obişnuinţele şi comportamentele neadaptive, întârzierile, retardurile şi privaţiunea temporară de o funcţie, etc.

Ca şi **structuri** întâlnim:

1 – handicapul de intelect (oligofrenia);

2 – handicapul de auz (surdologia);

3 – handicapul de văz (tiflologia);

4 – handicapul (tulburările) de limbaj (logope-dia);

5 – handicapul de motricitate

6 – handicapul de comportament;

7 – polihandicapul (surdo-mutitate, surdo-cecitate, autism);

identităţile lor conceptuale, prezentându-se schematic sub o formă accesibilă înţelegerii de către medic şi acţionării sale astfel, în cunoştinţă de cauză

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

- deficienţa mintală, inadaptare , întârziere mintală, oligofrenie,debilitate mintală si encefalopatie infantilă.

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

- Down – Trisomia 21 – mongoloism – recunoaştere facială;
- Oligofrenia fenilpiruvică – absenţa unei enzime – piele foarte sensibilă – blond – ochi albaştri;
- Idioţia armuratorică – apare după 3-6 luni;
- Gorgoilismul – statură mică – nu creşte – înfăţişare de bătrân;
- Hipertelorismul – aspect animalic;
- Tourner;
- Cretinismul endemic – lipsa iodului;

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

2) Handicapul de auz = face parte din categoria afecţiunilor senzoriale, apare la vârste timpurii, intervin dificultăţi majore în însuşirea limbajului (muţenia) iar când

BDD-A23447 © 2013 Editura Universităţii „Petru Maior”
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.142 (2026-11-14 08:53:01 UTC)

degradarea auzului se produce după achiziţia structurilor verbale, are loc un proces de involuţie la nivelul întregii activităţi psihice.

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

Pe lânga educaţia specială de care beneficiază aceste persoane, ele sunt învăţate unele tehnici de comunicare cum ar fi – labiolectura (cititul pe buze) şi alfabetul/limbajul mimico-gestual, elemente care le ajută să relaţioneze şi socializeze cu cei din jur.

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

- cu faţa la el;
- la nivelul lui/ ca înălţime;
- cu faţa liberă pentru a i se înţelege mesajul,

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

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

3) Handicapul de văz = apare la persoanele cărora le este afectată vederea, începând de la naştere, sau pe parcursul vieţii, din cauza unor boli sau/ şi accidente.

Fiind în general orgolioase, persoanele cu handicap de văz, refuză ostentativ a li se spune: chiori şi/sau orbi, indicat ar fi termenul de nevăzător sau ambliop celor cu vederea foarte slabă. De aceea, medicul e necesar a cunoaşte faptul că discuţia trebuie să se poarte normal, că inclinarea uşoară a corpului şi zâmbetul mai mult un rictus, sunt forme ce denotă nevoia menţinerii unui echilibru şi dorinţa de a fi tratat ca o persoană absolut normală. Fiind destul de suspicioşi, se va vorbi în permanenţă cu ei, calm şi răzbătător, inlăturându-le teama şi 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 şi 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 greşi îi împiedică în multe cazuri de a mai relaţiona 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 înţelegere, să-l ajute să-şi invingă frica/teama de a vorbi, încurajându-l şi preţuindu-i silinţa în acest caz.

Dacă în cadrul consultaţiei se iveşte momentul de a recomanda câteva întâlniri terapeutice cu logopedul şi totul merge spre acceptare, e bine, deoarece pe lângă factorii fiziologici ce pot îngreuna vorbirea (dentiţia, malformaţii, etc.) există şi cei psihologici ce pot declanşa apariţia pe o perioadă de timp, a balbismului (bâlbâială) nervos, starea de muţenie, tăcerea prelungită, indici ai unor atitudini, conduite şi comportamente speciale (agresiunea fizică, psihică, sexuală, abuzul psihic şi fizic, divorţul, decesul, mutarea dintr-un loc în altul).

BDD-A23447 © 2013 Editura Universităţii „Petru Maior”
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.142 (2026-11-14 08:53:01 UTC)

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

- încrederea în sine;
- stima de sine,

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

5) Handicapul de motricitate = cuprinde infirmităţile motorii sau locomotorii cât şi unele boli permanente (respiratorii, cardiopatiile, diabetul) şi care influenţează 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 şi de o parte şi de alta. Acceptare, încredere şi respect, înţelegere şi ajutor reciproc, iată câteva din „motivele" unei bune comunicări între medic şi pacientul cu handicap de motricitate.

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

- nivelul intelectual;
- cunoştinţele şi experienţele de viaţă;
- caracteristicile organizării sociale;
- funcţionalitatea relaţiilor intersubiective.

Acestora ca parte educativa, se adauga influenta: grupului, găştii, străzii, şcolii, care, sub diferiţi parametrii ai perceptualizării lor de către persoanele dezvoltă un handicap de comportament care în destul de multe cazuri, declanşează comportamentul deviant ce duce la delincvenţă, procentajul celei juvenile fiind evident.

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

- anxietăţi şi frustrări prelungite;
- slabă dezvoltare afectivă şi indiferenţă;
- trăirea unor tensiuni exacerbate;
- izolare şi evitare a celor din jur;

iar **în plan extern**:

- frică;
- mânie;
- minciună;
- furt;
- vagabondaj;
- râs şi plâns nestăpânit;
- negativism;
- jaf (tâlhărie);
- viol;
- omor;.

Toate acestea apar pe fondul unei imaturităţi psihice, a infantilităţii şi destructurărilor de personalitate. Asemenea persoane manifestă inadaptare din punct de vedere:

- fizic;
- psihic;
- social;

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

BDD-A23447 © 2013 Editura Universităţii „Petru Maior"
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.142 (2026-11-14 08:53:01 UTC)

medicului, iar expresia psihică şi examenul psihologic vor definitiva profilul de personalitate a celui în cauză. Privind deontologia profesională el va fi tratat la fel ca toţi ceilalţi pacienţi, etichetarea sub orice formă negăsindu-şi locul aici.

Pentru comunicarea în general cu persoanele cu dizabilităţi (cu cerinţe educative speciale) e necesar mult suflet, chiar să, cum spunea Lucian Blaga: „eu simt că sufăr de prea mult suflet", ne cunoaştem şi educăm, pentru a dărui atât de puţin ce pentru unii este atât de mult, având valoare incomensurabilă şi incontestabilă. De aceea, ne permitem a adăuga celor prezentate până acum, **două gânduri**, sub forme diferite, care sperăm să fie percepute corect şi 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 şi înţelepciunea de a vedea diferenţa." (Rugăciunea Seninătăţii).

b) – Ruga persoanelor cu handicap

- Binecuvântat e cel care ascultă cu răbdare cuvintele noastre greoaie, căci aşa ne dăm seama dacă suntem statornici şi ne putem face înţeleşi.

- Binecuvântat e cel căruia nu îi este ruşine să se arate cu noi în public şi nu îi pasă de ochii aţintiţi asupra noastră pentru că în compania lui viaţa noastră e uşoară.

- Binecuvântat e cel care niciodată nu se grăbeşte şi 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 şi nu de ajutor.

- Binecuvântat este cel care e alături de noi atunci când începem ceva nou, căci pentru el greşelile noastre se micşorează, 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 dovedeşte ca nu muşchii noştri distrofiaţi, nu sistemul nostru nervos distrus ne fac pe noi fiinţe, ci personalitatea care ne este dată de Dumnezeu, deoarece nici cea mai mică slăbiciune nu micşorează personalitatea noastră.

- Binecuvântaţi sunt cei care ştiu că şi noi suntem oameni şi nu aşteaptă de la noi să ne purtăm ca nişte sfinţi, deoarece ne-am născut cu handicap.

- Binecuvântaţi sunt cei care înţeleg fără a ne cere ceva.

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

- Binecuvântaţi sunt cei care ne văd om, unic şi întreg şi nu ne consideră un rebut, greşeala Creatorului.

- Binecuvântaţi sunt cei care ne iubesc aşa cum suntem şi nu se gândesc la ce am fi putut deveni.

- Binecuvântaţi sunt prietenii noştri, cei de care depindem, pentru că Ei sunt esenţa şi bucuria vieţii noastre. Amin. (Marjorie Chapp 2010).

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

a) – puternice conotaţii date de dimensiunea socială a situatiei;

b) – se referă la modul de transmitere a mesajului (voce, scris, gest) şi a condiţiilor fizice (poziţia lor în spaţiu, locul întâlnirii);

BDD-A23447 © 2013 Editura Universităţii „Petru Maior"
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.142 (2026-11-14 08:53:01 UTC)

c) – existenţa a două tipuri de dispunere spaţială care favorizează comunicarea şi anume: faţă în faţă şi alături.

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

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

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

În aşa măsură încât, Blakar (1979- dupa Pasca M.D.- 2012) , emiţatorul (actorul) este un creator care prin mesajul său, furnizează un întreg ansamblu de informaţii - semne cu privire la propria persoană, la viziunea sa asupra obiectului comunicării sau la situaţia socială pe care o doreşte sau o percepe – care vor fi percepute, interpretate şi evaluate de către interlocutor, determinând reacţiile, angajamentul, receptivitatea sau blocarea acestuia.

Ce este specific unei asemenea comunicări? Cu siguranţă: zâmbetul, încrederea, acceptarea, respectul, strângerea de mână şi de ce nu, îmbrăţişarea medicului de către pacientul cu dizabilităţi, ca formă a acelui **„mulţumesc doctore că ai grijă de mine şi de sănătatea mea!”**

Bibliografie

Paşca M. D. – (2012)- *Comunicarea în relaţia medic- pacient* , Ed.University Press – Târgu-Mureş

Verza E. – (1997) – *Psihopedagogia specială* – Ed.Didactica şi Pedagogică- Bucureşti

Să construim poduri – (2010) Ed.Hifa –Ro , Târgu-Mureş

BDD-A23447 © 2013 Editura Universităţii „Petru Maior”
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.142 (2026-11-14 08:53:01 UTC)