

**Ramona Amina POPOVICI**  
**Angela Codruța PODARIU**

**Mihaela Codrina LEVAI**  
**Laura RUSU**

**Alin FAUR**

**PARTICULARITĂȚI ALE  
COMUNICĂRII ÎN MEDICINĂ**

**© Toate drepturile rezervate autorilor**

**Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României**

**Particularități ale comunicării în medicină** / Ramona Amina  
Popovici, Mihaela Codrina Levai, Angela Codruța Podariu, .... -  
Timișoara : Mirton, 2016

Conține bibliografie  
ISBN 978-973-52-1643-6

I. Popovici, Ramona Amina  
II. Levai, Mihaela Codrina  
III. Podariu, Angela

316.77:61

**Ramona Amina POPOVICI**

**Angela Codruța PODARIU**

**Mihaela Codrina LEVAI**

**Laura RUSU**

**Alin FAUR**

# **PARTICULARITĂȚI ALE COMUNICĂRII ÎN MEDICINĂ**

**EDITURA MIRTON**

**Timișoara, 2016**



**Motto:**

*„Pacientului nu îi va păsa niciodată  
cât de mult şti până când nu va şti cât de mult îţi pasă!”*

(Terry Canale in his American Academy  
of Orthopaedic Surgeons Vice Presidential Address)



# CUPRINS

Cuvânt înainte .....	9
Argument .....	11
Introducere .....	13
<b>Capitolul 1. Managementul comunicării .....</b>	<b>15</b>
1.1. Ce este comunicarea ? .....	15
1.1.1. Definiție .....	15
1.1.2. Scopul comunicării .....	17
1.2. Istoria comunicării .....	19
1.2.1. Evoluția comunicării.....	19
1.2.2. Mijloace utilizate în comunicare .....	22
1.3. Procesul comunicării .....	39
1.3.1. Modelele procesului comunicării .....	40
1.3.2. Funcțiile și axiomele comunicării.....	47
1.3.3. Eficiență versus ineficiență în comunicare.....	54
1.3.4. Bariere în comunicare.....	58
1.3.5. Forme de comunicare.....	68
1.3.6. Comunicarea asertivă.....	86
1.3.7. Modificarea comportamentului prin comunicare.....	88
<b>Capitolul 2. Comunicarea în promovarea sănătății de interes comunitar .....</b>	<b>95</b>
2.1. Conexiunea educație/comunicare în promovarea sănătății .....	100
2.1.1. Definirea noțiunilor de promovarea sănătății și educație în promovarea sănătății.....	100
2.1.2. Modele și obiective strategice în managementul determinantilor sănătății, ca factori decisivi în promovarea sănătății .....	108
2.1.3. Educația pentru sănătate în acțiunile de promovarea sănătății.....	121
2.2. Mijloace de comunicare în promovarea sănătății .....	124
2.2.1. Mijloace verbale .....	125
2.2.2. Mijloace scrise sau tipărite .....	131
2.2.3. Mijloace vizuale .....	137
2.3. Responsabilitatea promotorilor de sănătate/formatori de opinie .....	163
2.3.1. Rolul părinților în promovarea sănătății.....	164
2.3.2. Educația pentru sănătate a grupurilor – formatorii de opinie.....	167
2.3.3. Rolul motivației în reușita acțiunilor de educație pentru sănătate efectuate de promotorii sănătății .....	171
2.4. Comunicarea în promovarea unui stil de viață sănătos.....	174
2.4.1. Îmbunătățirea sănătății prindeterminanții sănătății .....	176
2.4.2. Procesul politic și politica sanitară/politica serviciilor de sănătate .....	181
2.4.3. Politicile de educație pentru sănătate .....	183
2.4.4. Educația pentru sănătate în Europa.....	187
2.5. Marketingul social – model de promovare a sănătății .....	189

<b>Capitolul 3. Managementul comunicării în practica medicală .....</b>	<b>198</b>
3.1. Comunicarea în activitatea medicală clinică.....	198
3.1.1. Medicul și personalul medical.....	199
3.1.2. Tipuri de pacienți.....	203
3.2. Tehnici de comunicare în practică medicală.....	208
3.3. Comunicarea cu pacientul în timpul consultației medicale.....	209
3.3.1. Deschiderea.....	209
3.3.2. Investigarea pacientului .....	211
3.3.3. Transmiterea informațiilor .....	218
3.4. Comunicarea verbală cu pacientul .....	229
3.5. Comunicarea asertivă cu pacientul.....	236
3.6. Comunicarea non-verbală cu pacientul.....	237
3.7. Barierele de comunicare în cabinetul medical sau în instituțiile medicale .....	257
3.8. Relația medic-pacient.....	259
3.8.1. Tipuri de relație medic-pacient.....	263
3.8.2. Istoric legislativ care reglementează relația medic-pacient, drepturile și obligațiile pacienților.....	264
3.8.3. Metode de îmbunătățire a relației de comunicare în îngrijirea medicală.....	272
3.8.4. Abilități și capacități comunicaționale decisive în relația medic-pacient.....	272
3.8.5. Strategii de influențare a evoluției relației medic-pacient .....	273
3.9. Abilități de comunicare în timpul consultului medical .....	273
 <b>Capitolul 4. Managementul comunicării pentru pacienții cu necesități speciale .....</b>	 <b>285</b>
4.1. Definirea pacientului cu nevoi speciale .....	285
4.2. Comunicarea cu pacientul vârstnic.....	285
4.3. Comunicarea cu pacientul cu dizabilități.....	287
4.4. Comunicarea cu pacientul bolnav psihic .....	293
4.4.1. Tipuri de pacienți psihici.....	296
4.4.2. Regulile generale în comunicarea cu pacientul bolnav psihic.....	298
4.5. Comunicarea cu pacientul aflat în stadiul terminal .....	300
4.5.1. Reacții tipice ale bolnavilor afectați de boli letale.....	302
4.6. Pacientul provenit din grupurile vulnerabile.....	308
 În loc de încheiere.....	 315
Bibliografie .....	317
 <b>A N E X E</b>	
Anexa 1. Legi legate de drepturile și obligațiile pacienților .....	329
Anexa 2. Codul de deontologie medicală.....	337
Anexa 3. Exemple de întrebări cu răspuns închis și deschis.....	349
Anexa 4. Chestionare pentru accesibilitate la serviciile medicale dentare .....	351
Anexa 5. Chestionar pentru evaluarea cunoștințelor și obiceiurilor sanogene înainte și după acțiunea de promovare a sănătății.....	358
Anexa 6. Chestionare pentru promovarea sănătății – evaluarea inițială, evaluarea feedback-ului la finalul acțiunilor educaționale .....	360
Anexa 7. Exemplu de consimțământ informat.....	368
Anexa 8. Alimentația omului sănătos – recomandată de dr. Virginia Faur .....	370
Anexa 9. Mijloace de comunicare (instrumente) proprii concepute pentru eficientizarea transmiterii mesajelor sanogene .....	380



## *Cuvânt înainte*

Actul medical modern, în toată complexitatea sa, este centrat pe pacient, pe redarea stării de sănătate a acestuia, motiv pentru care această lucrare aduce în atenția celor ce se dedică acestei nobile profesii un aspect deloc neglijabil: comunicarea.

Actul medical poate fi privit și dintr-o perspectivă metaforică: fiecare ființă face pe parcursul existenței mai multe călătorii în teritoriul numit boală. De priceperea celui care îl însoțește, adică medicul, depinde în multe situații, întoarcerea, stagnarea sau trecerea în zona de crepuscul de care poate ne temem cel mai mult.

Este o realitate acceptată de medicina contemporană faptul că medicul are în grijă trupul pacientului său și în egală măsură contribuie și la tămăduirea sufletului acestuia, cu atât mai mult cu cât boala îl transformă pe om, făcându-l vulnerabil, anxios, plin de incertitudini. Ori la sufletul unei ființe, care îți încredințează existența și te investește cu toată încrederea, nu poți ajunge altfel decât prin cuvânt, forma de comunicare specifică omenescului. De la această premisă importantă au pornit, medici și cadre universitare cu experiență în formarea cadrelor medicale de a căror devenire și prestație profesională se simt responsabili în continuare. Autorii au elaborat un studiu complet și complex asupra formelor posibile de comunicare medic-pacient, ilustrând partea de expozeu teoretic cu exemple de bună practică dobândite pe parcursul carierei de medic. Buna cunoaștere a teoriilor comunicării, prezentate în primul capitol, înlesnește atingerea obiectivului propus: optimizarea relației medic - pacient, ca o garanție a finalizării actului terapeutic. Mai presus de orice, limbajul la care se recurge în comunicarea cu pacientul reprezintă instrumentul concret menit să accelereze procesul vindecării sau, dimpotrivă să aibă un efect nepotrivit. De abilitățile de comunicare ale medicului depinde, într-o mare măsură, succesul actului terapeutic. Prin urmare, mesajul transmis trebuie să fie încurajator, să conțină un limbaj accesibil, cu o terminologie clară, adecvată pe înțelesul bolnavului.

A comunica nu înseamnă întotdeauna numai a vorbi și în structurarea lucrării, se ține seama și de acest aspect, fără să epuizăm toate formele de comunicare și neexcluzând componenta non-verbală și para-verbală prin care se ajunge adeseori cu mai multă ușurință la sensibilitatea pacientului, la zonele profunde ale psihicului uman.

Ghid sau îndreptar de formare profesională, volumul se raportează la complexitatea tehnologică și informațională a secolului XXI, indicând toate resursele informatizate contemporane, menite a înlesni comunicarea medic-pacient. Sunt nominalizate: telefonía, telefonía mobilă, Internetul cu cele mai accesate forme de

comunicare, rețelele de socializare, reprezentând mass-media socială, dar și mass-media tradițională este abordată. Cu precizarea, că multe din aceste mijloace moderne îndeplinesc un rol important în promovarea sănătății, în actul de informare și de educație pentru sănătate a populației.

Cantitatea de informații oferite, ținuta academică, stilul elevat și în același timp accesibil al expunerii, transformă volumul de față într-un instrument util la îndemâna tinerilor practicieni, veritabil reper al comunicării profesionale în procesul complex al tratării, vindecării și alinării pacientului.

**Dr. Virginia Faur**  
Cercetător științific  
Inventator de medicamente

## *Argument*

În accepțiunea generală, comunicarea reprezintă un ansamblu de cuvinte, gesturi prin intermediul cărora se transmit și se primesc mesaje. Viața se bazează pe comunicare, prin urmare elaborarea unui studiu ce vizează comunicarea în actul medical este pe deplin justificată de imperativele practicării acestuia. În domeniul medical, comunicarea este un proces activ de transmitere și recepționare de informații. Într-un mediu deschis și cooperant, oamenii percep într-o mai mare măsură importanța și valoarea ascultării și înțelegerii. Îngrijirea pacientului, din perspectiva medicului secolului XXI, presupune, pe lângă înalte competențe profesionale, o atitudine profund umană, empatie și mai ales pasiune. Comunicarea terapeutică este o interacțiune între medic și pacient în cursul căreia medicul se focalizează pe nevoia pacientului de a promova un schimb eficient de informații cu cel care îi poate reda starea de sănătate.

Prin comunicare, omul modern se analizează pe sine, pe cei cu care se află în interacțiune și poate găsi, în mare măsură, un mod propriu de investigare a lumii care îl înconjoară. Mediul medical are particularitățile sale, iar partea de comunicare reprezintă o componentă aparte prin faptul că în centrul investigației se află ființa umană în suferință, vulnerabilă și plină de incertitudini.

Comunicarea cu pacienții este un proces complex care necesită atenție, timp, efort, implicare și mai ales pregătire. Medicul este specialistul de necontestat în domeniul îngrijirii și vindecării bolnavului. Pregătirea sa de specialitate este impresionantă și are la bază curricula universitară studiată pe parcursul anilor de pregătire universitară. Acestea i se adaugă formarea prin cursuri postuniversitare, studii masterale sau doctorale, participarea la manifestări științifice de anvergură și, îndeosebi, studiul individual. Noile exigențe profesionale solicită medicului dezvoltarea unei noi competențe, comunicarea cu pacientul.

Prin registrul problematic abordat, lucrarea de față răspunde exigențelor formării competenței de comunicare medic-pacient, desăvârșind formarea profesională a tinerilor aspiranți la această nobilă profesie.

Calitatea informațiilor obținute în actul medical este strâns legată de abilitățile de comunicare ale medicului și ale pacientului, cu precizarea că primul element este sau ar trebui să fie în această ecuație o constantă, iar cel din urmă, o variabilă. Prin urmare, medicul își poate antrena capacitățile de a stabili o relație cu pacientul și își poate îmbunătăți competențele de comunicare, aspect la care dorim să contribuim prin lucrarea de față, venind în sprijinul celor ce se dedică acestor nobile misiuni. Componentă de bază a actului medical, comunicarea implică, după cum am mai afirmat, anumite abilități. Nu am neglijat în lucrarea de față nici modalitățile moderne de comunicare, puse la dispoziție de tehnologiile secolului

dinamic în care trăim și care facilitează o mai strânsă relaționare a factorilor implicați în actul medical.

A comunica nu înseamnă întotdeauna a vorbi. Fie că ne referim la comunicare verbală, non-verbală sau para-verbală, remarcăm prezența unor reguli de bază pe care, chiar dacă nu le-am structurat într-un cod, ne-am străduit să le punem în evidență spre folosul tuturor celor chemați să vegheze asupra sănătății semenilor.

Obiectivul medicului trebuie să coincidă cu cel al pacientului său, iar în atingerea acestuia rolul determinant îl are cel dintâi. În societatea contemporană, atât de dinamică prin noile tehnologii informaționale, sarcina medicului devine și mai complexă.

Suntem convinși că printr-o comunicare optimă, medicul reușește să creeze climatul de încredere și respect, atât de important pentru recuperarea și redarea stării de sănătate a pacientului.

***Ramona Amina Popovici***

## INTRODUCERE

Cuvântul *comunicare* – sau, în forma sa mai veche, *comunicație* – provine, potrivit *Dictionarului de neologisme* (București: Editura Academiei, 1975, p. 179), din limba franceză. Dată fiind originea latină a termenului, despre care *Dictionnaire encyclopédique de la langue française* (Paris: Réunion Générale d'Éditions, 1994) ne informează că e atestat în limba franceză din secolul al paisprezecelea, nu putem să nu fim surprinși: doar latina a constituit stratul de bază în formarea limbii române! De ce a fost nevoie, oare, să preluăm acest cuvânt din franceză, și încă în secolul al nouăsprezecelea când, după toate evidențele și teoriile, limba română era demult constituită? Dacă reflectăm puțin, sau dacă vreodată ne-a stârnit interesul „limba vechilor Cazanii”, ne dăm seama că în română exista un cuvânt care seamănă mult cu acela de *comunicare*. Acest cuvânt este *cuminecare*, însemnând „împărtășanie” sau „euharistie”, adică actul prin care credinciosul se împărtășește cu Dumnezeuul său. La confruntarea cu dicționarul etimologic al unei alte limbi romanice mult studiate în comparație cu a noastră, italiana, constatăm că acest cuvânt, *comunicare*, avea în latină tocmai semnificația de „a împărtăși”, din care derivă toate neologismele romanice ale căror înțelesuri încercăm să le deslușim acum. Înțelegem, așadar, că *a comunica* a însemnat de la început, ca și azi, „a împărtăși altcuiva mesaje, sensuri”, iar *comunicarea* desemnează actul corelativ, ba chiar conținutul împărtășit.

Sensul mai elevat, amplu teoretizat în secolul trecut, reține această semnificație de bază a comunicării, definită drept „transmitere de mesaje” între doi subiecți, sau „transfer al unei cantități de informație de la un emițător spre un receptor”. Iată, la acest nivel, o primă nuanțare a înțelesurilor subiacente definițiilor în chestiune. Dacă, în primul caz, definirea comunicării se face prin raportare la doi subiecți, două ființe capabile de a-și reprezenta lumea și de a se reprezenta pe sine ca parte integrantă a acesteia, în cel de-al doilea caz raportarea este mult mai generală, chiar abstractă. Se sugerează, așadar, că emițătorul și receptorul informației transferate pot să nu fie conștiințe, adică entități umane, de unde concluzia că transferul informației poate să nu fie unul deliberat, servind unor scopuri conștient stabilite în prealabil. E cu puțință o asemenea lărgire a sferei de sensuri pe care le asociem termenului de comunicare, există temeiuri să considerăm că schimbul de informație este o realitate obiectivă, nedeterminată de conținuturile conștiinței, dar nici măcar de existența ei?

Transferul de informație există obiectiv și funcționează independent de gradul în care este cunoscut de om. Intensitatea forțelor și modul de acțiune care guvernează la nivel intim procesualitatea materiei au fost descrise, într-adevăr, de fizicieni, dar toate încercările făcute spre a direcționa această procesualitate potrivit unor țeluri umane, deliberate, au eșuat. Semn că se pot descrie niveluri de existență

și dinamici proprii acelor niveluri, care depășesc puterea de control a umanității pentru că, pur și simplu, țin de ontic, de ceea ce există obiectiv și funcționează la o scară pe care nevoile sau dorințele comunităților și indivizilor umani nu o pot atinge, sau, poate, nu *încă*. Chiar admitând că procesul cunoașterii este infinit, deci oferă omului posibilitatea să cunoască și chiar să realizeze tot mai mult, în mod incontestabil posibilitățile de control ale omului nu sunt exhaustive, pentru că pur și simplu nu are acces la toate dimensiunile realității, arată Cornelius Castoriadis. Acesta e un fapt ce ține strict de planul ontic, obiectiv, ceea ce face din ființa umană un existent cu date fizice și fiziologice anume, cu o anumită construcție și funcționalitate a psihismului său, altminteri spus, un mod anume de a fi în lume.

Conchidem, după toate acestea, că informația constituie baza structurală a cosmosului perceptibil de către om și definește întreaga gamă de transformări ale materiei care sunt posibile în raport cu seriile de configurații existente ale acesteia. Unul dintre pionierii teoriei comunicării, Paul Watzlawick, a demonstrat, de altminteri, prin numeroase exemple că nu există proces, în lumea cunoscută, care să nu implice schimb de informație, deci comunicare.

## *Capitolul 1.* **MANAGEMENTUL COMUNICĂRII**

### **1.1. CE ESTE COMUNICAREA ?**

Originea cuvântului comunicare se găsește în verbul latin „comunico,-are”, iar unii lingviști consideră că acesta derivă din adjectival „munis, -e” cu semnificația „care își face datoria, îndatoritor, serviabil”, cuvânt ce include ideea unei atitudini de deschidere, interes și bunăvoință față de ceilalți.

Inițial în limba română cuvântul comunicare din zilele noastre a intrat sub forma de „cuminecare” cu sens ecleziastic, cultural cu sensul de „a împărtăși, a face ceva să devină prin luarea la cunoștință un bun comun, a deveni părtaș la ceva, a unifica”. Ulterior limba română a preluat sensul laic al neologismului „comunicare”, care definește baza organizării existenței sociale determinate de modul de realizare a raporturilor interumane.

#### **1.1.1. Definiție**

**Comunicare**= comunicări, s. f. acțiunea de a comunica și rezultatul ei. 1. Înștiințare, știre, veste, raport. 2. Relație, legătură. 3. Prezentare, într-un cerc de specialiști, a unei contribuții personale într-o problemă științifică.- V. a comunica [1]

Comunicarea este un ansamblu de acțiuni care au în comun transmiterea de informații sub forma de mesaje, știri, semne sau gesturi simbolice, texte scrise ș.a. între două persoane, numite interlocutori, sau mai formal, emițător și receptor.

Termenul de *comunicare* este legat de existența noastră ca oameni, mai apoi ca societate, fiindcă ființele umane și comunicarea sunt interdependente. Fără comunicare și limbaj noi, ca ființe ce interacționăm și relaționăm în cea mai mare parte, sau chiar în întregime prin actul comunicării, și existența noastră pe pământ ar fi inutilă.

Este un proces dinamic, aflat într-o permanentă transformare. Societatea există datorită comunicării, ea înseamnă comunitate și este văzută ca un proces care implică participare din partea membrilor unei societăți. Comunicarea îmbracă forme variate și diverse, dintre care ne vom opri la comunicarea mediatizată și la comunicarea de masă, care este de fapt o formă a comunicării mediatizate, destinată unor mase mari de indivizi și poate avea o formă subiectivă, care are ca scop manipularea opiniei publice, și o formă obiectivă, care dorește simpla informare a persoanelor. [2]

Comunicarea reprezintă schimbul de mesaje între cel puțin două persoane, dintre care o persoană emite o părere, o informație sau pune o întrebare și cealaltă persoană o recepționează și o înțelege. Instrumentul comunicării este limba, iar o

bună comunicare presupune combinarea armonioasă între limbajului verbal (oral, scris, citit) cu cel nonverbal (semne, gesturi, desene).

Cele mai reprezentative definiții ale comunicării spun despre aceasta că este:

- **Un proces tranzacțional:** emițătorul și receptorul schimbă informații într-un anumit context, care generează un feedback (un anumit răspuns) și anumite efecte;
- **Un proces complex:** informațiile sunt în general codate într-un mesaj - un set de simboluri de comunicare verbală și comunicare non-verbală care este transmis de la Emițător la Receptor printr-un anumit tip de canal media;
- **Un proces continuu:** prin comunicare se urmărește înțelegerea între oameni și grupuri, deci este un proces interdependent și continuu, chiar dacă nu se ajunge întotdeauna la un consens.[3,4,5].

*Definiții ale comunicării date de unele personalități:*

- „Comunicare este ceea ce leagă organisme între ele” Collin Chery;
- Comunicarea reprezintă „totalitatea proceselor prin care o minte poate să o afecteze pe alta” Waren Weaver;
- „Comunicarea este o acțiune a unui organism sau a unei celule care alterează modelele probabile de comportament ale unui organism sau a altei celule, într-o manieră adaptativă pentru unul sau mai mulți participanți”, Edward O. Wilson;
- „Comunicarea este o transmitere de informație de la care se așteaptă răspuns”, Jose Aranguren;
- „Comunicarea este acțiunea de a face ca un individ I, situat într-o epocă într-un anumit loc, să-și însușească experiența referitoare la datele și evenimentele ambianței de la un alt individ sau sistem E, folosind elemente de cunoaștere care le sunt comune.”, A. Moles [6]
- „Comunicarea este un proces prin care un individ (comunicatorul) transmite stimuli (de obicei, verbali) cu scopul de a schimba comportamentul altor indivizi (auditoriul)”, Carl I. Hovland;
- „În teoria informației comunicarea se referă la reducerea incertitudinii, iar informația este un grad cuantificabil de reducere a incertitudinii.”, Lin; [7]
- „Comunicarea e procesul prin care un sistem este stabilit, menținut și modificat prin intermediul unor semnale comune (împărtășite) care acționează potrivit unor reguli. Louis Forsdale;
- „Comunicarea cuprinde deci interacțiunea cu ajutorul unor simboluri și transmiterea neintenționată de informații prin cel care comunică, interpretată ca fiind informativă de către un observator.” Michael Kunczik [8]



- „...a comunica este sinonim cu a spune, a explica, a convinge sau a acționa.”, Stancu Șerb [9].
- „Comunicarea înseamnă transfer de semnificație”, Don Fobun

Comunicarea interumană sau interpersonală are două legi:

- **Comunicați în permanență sau tot timpul** prin cuvinte, tonalitatea vocii, acțiuni, aspect, prin prezență și chiar prin absență. Chiar dacă sună absurd, comunicăm și când dormim!, prin poziția corpului, mișcări, sunetele emise, facies, tipul somnului: agitat (coșmaruri, vise urâte) sau liniștit, zâmbitor (vise frumoase).
- **Nu se poate să nu comunicați!** Comunicarea interpersonală nu este un proces prin care doar se transmit informații, el este deasemenea și un proces de primire a informațiilor, un proces de negociere de sensuri, nu întotdeauna sensul pe care intenționați să-l transmiteți este neapărat și cel care este în realitate transmis.

În concluzie comunicarea poate fi definită ca fiind un **proces**:

- ce implică existența unor **surse (emittori)** și **receptori**- subiecții comunicării,
  - care **codifică și decodifică**
    - prin intermediul **competenței** și al **performanțelor**
    - anume **mesaje**
  - transmise prin intermediul unor **canale** diferite
    - perturbate de un **zgomot**,
    - proces ce poate provoca un **feedback**
- Într-un **context** (fizic, social, psihologic) specific,
- Într-un **domeniu dat al experienței**,
  - cu un anumit **efect**,
  - proces guvernat de un anumit **sistem etic**.

### 1.1.2. Scopul comunicării

Omul comunică pentru:

a. **A informa sau a se informa**- despre ceva sau cineva, despre propriile nevoi. În acest caz individul însuși crede că este în posesia unei informații și simte nevoia să o transmită și altora;

b. **A convinge sau a se convinge**- convingerile noastre ne motivează faptele, atitudinile, deciziile, iar acestea au urmări grave legate de viața noastră și de a altora; pentru a cere sprijinul este necesar să argumentezi, să explici, să vorbești;

c. **A impresiona**- când argumentele logice nu ajung sau nu se suprapun peste modul de gândire al interlocutorului, aducem argumente sentimentale, povestim ceva care să-l impresioneze, facem apel la întâmplări care l-au marcat,

sau la situațiile în care, deși era logic ce a făcut sau ce a zis, ceva anume s-a întâmplat în ciuda faptului inițial, altele păreau a fi rezultatele și, dacă este nevoie plângem, râdem, cântăm, dansăm, etc., facem totul pentru a stârni interesul;

d. **A provoca o reacție, a provoca o acțiune**- vorbim, convingem, tocmai pentru a stârni o reacție din partea interlocutorului;

e. **A amuza**- simțim nevoia să ne amuzăm și să amuzăm pe alții, glumele, umorul, jocul în general, presupun de fiecare dată o recentrare sau o schimbare de plan față de mesaje obișnuite;

f. **A ne face înțeleși**;

g. **A ne exprima puncte de vedere**- să spunem ce credem și ce simțim noi, să ne definim pe noi, să vorbim, să privim realitatea prin ochii noștri, prin mintea și inima noastră;

h. **A obține o schimbare**- de comportament sau de atitudine;

i. **A fi acceptați**- suntem neacceptați de obicei, fiindcă nu reușim să ne facem cunoscuți, nu am trimis mesaje corespunzătoare sau mesaje nu au fost recepționate corect;

j. **A nu tăcea**- uneori și tăcerea este un mijloc de comunicare;

k. **A nu refuza**- vorbim pentru că nimeni nu ascultă; vorbim ca să ne descărcăm [5,10,11]

Canadianul Marshall McLuhan în anii '60 a influențat puternic percepțiile asupra comunicării, abordând acest proces dintr-un nou punct de vedere: analizând atât conținutul propriu-zis al mesajului, cât și influența exercitată asupra comportamentului uman, darși mijlocul (canalul) prin care este transmis acest mesaj[12]; faimoasa sa expresie „canalul reprezintă mesajul” („the medium is the message”[13]), stimulând pe mulți producători de film, fotografi, pictori și alți comunicatori vizuali să adopte conceptul potrivit căruia societatea contemporană s-a deplasat dinspre o cultură „tipărită” spre una „vizuală”. Cu tot impactul său, interesul pentru mcluhanism pare să fi scăzut în ultima vreme, el îndreptându-se în prezent către alte concepte și domenii:

- Industriile de comunicare în masă, indivizii implicați în acestea și efectele pe care le au asupra publicului lor;
- comunicarea persuasivă (convingătoare) și utilizarea tehnologiilor de influență a dispozițiilor;
- procesele de comunicare interpersonală ca mediatori ai informării;
- dinamica comunicării verbale și non-verbale (și chiar extra-senzoriale) dintre indivizi;
- percepția asupra diferitelor moduri de comunicare;
- utilizarea tehnologiei comunicative în scopuri sociale și artistice, precum și în învățământul școlar și extrașcolar etc.

## 1.2. ISTORIA COMUNICĂRII

Dorința și intenția de comunicare a existat dintotdeauna. De-a lungul mileniilor, oamenii au încercat să transmită informații semenilor folosind diverse mijloace, printre care primul a fost cu siguranță, comunicarea veștilor pe cale orală. (Alergătorul de la Marathon, în anul 490 î.H. a parcurs 42 km până la Athena, pentru a anunța victoria grecilor asupra perșilor).

În imperiul incaș (sec. XIII-XVI-lea), între Ecuadorul de azi și actualul stat Peru, pe o distanță de 2400 km, s-a construit un drum pavat care a fost utilizat de către alergătorii organizați în ștafetă. Când unul dintre ei obosea, era întâmpinat de ștabela sa, care alerga alături, în timp ce primul îi prezenta, prin viu grai mesajul, cu lux de amănunte, înlocuitorul repeta informația, pentru a se convinge că a înțeles-o, apoi își continua cursa, până la postul următor. Ca urmare a nevoii resimțite de oameni de a comunica, de a schimba între ei informații înzestrate cu valoare de adevăr, a apărut vorbirea.

Într-o perioadă în care scrierea nu exista, o creștătură într-un copac, o piatră colorată, o ramură ruptă însemnau pentru omul primitiv apropierea inamicului, ori faptul că vânatul a trecut pe aici sau se află acolo. Să nu uităm de fumurile optice în timpul zilei sau al nopții și, de asemenea, semnalele acustice (vestitul tam tam al tobelor africane)[14]. Dacă ar fi să ne raportăm din punct de vedere religios și să abordăm traducerea clasică a Bibliei ... observăm că „La început a făcut Dumnezeu cerul și pământul”, iar următoarele două versete se înșiră ca propoziții principale: „și pământul era pustiu și gol”, „și a zis Dumnezeu: Să fie lumină”. Revenind la comunicare, trebuie să ne amintim puțin acțiunea și discuția lui Adam și a Evei cu Dumnezeu, în Rai, înainte de a fi izgoniți și cu toții ne aducem aminte că încălcarea poruncii date de Dumnezeu, îi face să se ascundă căci „au cunoscut că erau goi, și au cusut frunze de smochin și și-au făcut șorturi...” (Fac. 3,7). Cunoaștem și continuarea „au auzit glasul Domnului Dumnezeu, care umbla prin grădină în răcoarea zilei[...] și s-au ascuns Adam și femeia printre pomii raiului...” (cap 3,8). Urmează dialogul lui Adam cu Dumnezeu și învinuirea femeii pentru păcatul săvârșit, femeia învinuiește șarpele și fiecare încearcă să nu-și asume responsabilitatea celor întâmplate. Prin urmare, comunicarea studiată din diverselocuri și timpuri a existat sub diferite forme.

### 1.2.1. Evoluția comunicării

Melvin L. DeFleur și Sandra Ball-Rokeach în lucrarea *Teorii ale comunicării de masă*, Iași Ed. Polirom, 1999 p.21-38, urmărește în termeni generali cele șase etape de evoluție a comunicării, numite de autori și „epoci” [15]:

1. **Epoca semnelor și semnalelor** - în urmă cu aproximativ două milioane de ani strămoșii noștri au descoperit focul folosit ca semnal și au confecționat topoare cioplite din piatră cu care făceau semnele. Semnalele erau de fapt mârâieli însoțite

de limbajul trupului prin semne făcute cu brațele și mâinile. Mesajele transmise erau simple și comunicate într-un ritm lent.

2. **Epoca vorbirii și a limbajului** - vorbirea a apărut în urmă cu 35000-40000 de ani, iar oamenii care o puteau folosi erau asemănători fizic celor de astăzi. Există păreri ale unor cercetători care consideră că oamenii de Neanderthal au dispărut deoarece nu au putut trece granița epocii semnelor și semnalelor. Această epocă se consideră că se întinde până în anul 5000 î.H. când începe epoca scrisului.

3. **Epoca scrisului** a fost reprezentată de pictograme convenționalizate și scrierea fonetică apărută la egipteni care în jurul anului 2500 î.H. au descoperit papirusul din trestie, iar maișii au folosit ca mijloc de scriere scoarța de ficus tratată.



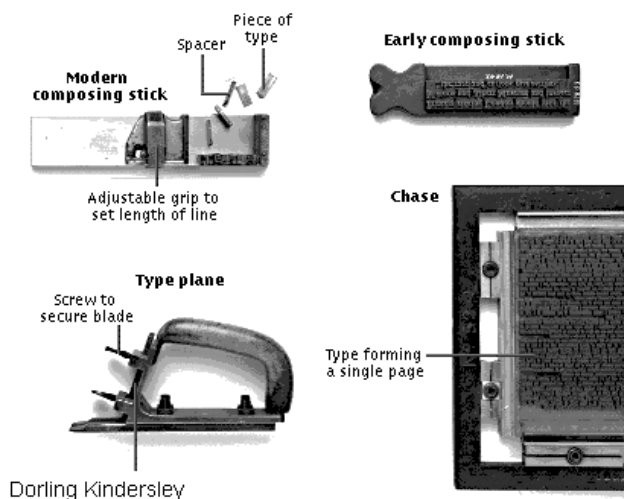
Figura 1. Vechi papirus egiptean - Papirusul lui Ani [18]

#### 4. **Epoca tiparului:**

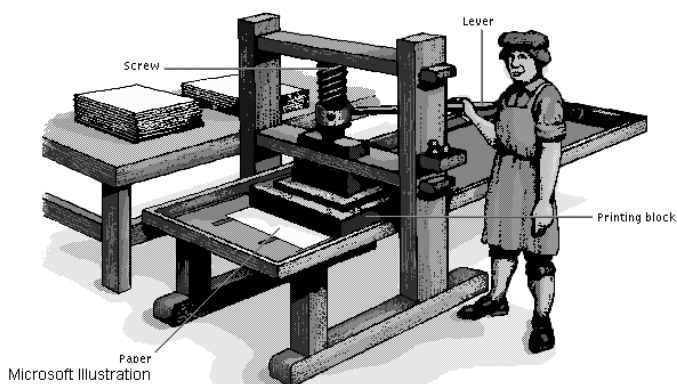
##### a) **Presăși caracterul mobil:**

Prima carte din lumea fost Diamond Sutra publicată în China anului 868 d.H. În 953 d.H., operele lui Confucius sunt imprimate pe plăci de lemn gravate în relief. Apoi în 1038, chinezul Pi Shang inventează tipografia în care fiecare semn apare în relief pe un suport. Caracterele descoperite de Guttenberg după mai multe experiențe, vreme de 20 de ani, au fost unice; el realizând o ștanță de oțel pentru fiecare literă, apoi a ștanțat imaginile literelor într-un metal mai moale (alamă), în jurul acestor imprimări a făcut matrițe din lut, iar în ele a turnat plumb topit, obținând pentru fiecare literă, mulajul ei.

b) **Răspândirea educației:** Secolul următor descoperirilor lui Gutenberg a fost marcat de febra apariției cărților în toate limbile europene, care puteau fi citite doar de cei ce știau carte. Tot în secolul al XVI-lea se naște și ideea presei.



**Figura 2. Tehnici vechi de tipărire [19]**



**Figura 3. Tiparul lui Guttenberg [20]**

### ***5.Epoca mijloacelor comunicării de masă:***

Mijloacele comunicării de masă au accelerat ritmul vieții umane, de astfel și comunicarea. Presa de masă, cinematograful, radioul și televiziunea au produs mutații culturale, sociale, politice și economice de o mare însemnătate. În anii '70 televiziunea a atins nivelul de saturație, iar radioul același nivel cu un deceniu și jumătate mai înainte.

### ***6.Epoca mijloacelor de comunicare computerizate:***

Multiplicarea computerelor pe întreg globul a făcut să se vorbească de multă vreme, despre o „societate a informațiilor”. Apariția internetului, rețelilor de

socializare, blogurilor, aplicațiilor gen yahoo messenger, skype, face ca informația să se propage foarte repede ceea ce poate fi în avantajul cât și în dezavantajul omenirii.

### **1.2.2. Mijloace folosite în comunicare**

#### **Zvonurile**

Sunt considerate de unii cercetători cel mai vechi mijloc de informare în lume. Din majoritatea definițiilor care au avut ca obiect zvonul, s-au evidențiat patru caracteristici esențiale ale acestuia:

1. obiectul zvonului îl constituie un eveniment recent (actual) de interes public,
2. zvonul este transmis din om în om, de obicei pe cale orală,
3. destinația principală a zvonului este aceea de a fi crezut,
4. imposibilitatea verificării datelor furnizate de zvon.

#### **Ziarele**

Au preluat elemente culturale specifice epocilor istorice care le-au premers, începând cu cele mai vechi. Ca orice nou mijloc apărut, ziarul nu a omis nimic din ceea ce îi putea servi dezvoltarea și evoluția. Memoria culturală a omenirii a slujit și slujește în continuarea proceselor de comunicare oricare ar fi acestea. Primele periodice (anuale) au fost almanahurile, iar în 1448, la Mainz, s-a tipărit primul calendar.

Sistemul de poștă a apărut pe teritoriul Franței în 1464, iar în Anglia în 1478. Dacă în Occident calul era esențial pentru a acoperi distanțele, în lumea musulmană a fost folosit dromaderul, iar apoi porumbelul.

Ziarul a ajutat la promovarea sănătății de-a lungul timpului prin diferite articole, reportaje, interviuri cuprinzând evenimente medicale, ce pot avea succese de natură terapeutică, de schimbare a comportamentului sanogen, dar și efecte negative, prin promovarea unor personalități care nu au un stil de viață sănătos și uneori, prin reclame la alimente nesănătoase. În ultimul deceniu presa scrisă și cea online pierde mult teren în fața presei vizuale (televiziune), dar mai ales în fața internetului și a mijloacelor mass-media sociale, de unde mai ales tinerii tind să se informeze[21].

#### **Radioul**

Istoriografiile radioului sunt numeroase. Ca de multe ori în acest domeniu, ele au căutat să stabilească cui îi aparține într-adevăr paternitatea invenției. Astfel, marile enciclopedii atribuie acest merit la cinci inventatori. Hertz este părintele radioului, după Lexicon der Deutschen Buchgemeinschaft; pentru Malaia Sovietskaia Entsiklopedia, el este Popov. Nuova Enciclopedia Sonzogno păstrează primul loc, evident, pentru Marconi. Le Larousse Universel îl citează pe Marconi după Branly, iar Enciclopedia Britanică îl alege pe Lodge.

Dezvoltarea industriei înregistrărilor, la începutul secolului al XX-lea poate fi oglindită și de evoluția cinematografului și a fotografiei. În jurul anului 1890, se găseau pe piață 3 dispozitive capabile să înregistreze și să reproducă sunete:

- fonograful, inventat de Edison în 1877, „mașina vorbitoare” uimitoare în epocă, alcătuită dintr-un cilindru învelit într-o foiță de staniol, care putea conserva sunetele;
- grafonul, invenția concurentului direct al lui Edison, C. Bell, care a înlocuit stanionul cu un cilindru de ceară;
- gramofonul, dispozitiv creat de E. Berliner în 1887, deosebit prin înlocuirea cilindrului cu un disc.

Boomul de pe piața înregistrărilor s-a dovedit însă a fi de scurtă durată și aceasta datorită apariției radioului.

Radioul se adresează unor audiențe mai mult sau mai puțin largite, dar întotdeauna „deschise” fiind anonime sau eterogene. Acești receptori beneficiază de un acces liber la mesajele difuzate, spre deosebire de presa scrisă care presupune un act de cumpărare sau „ointenție de lectură”, notează Guy Lochard & Henri Boyer, în lucrarea *Comunicarea mediatică*, Iași, Ed. Institutul European, 1998, evidențiind transformarea dinamică a radioului în mijloc de comunicare publică (și de masă). [16]

Radioul și apoi și televiziunea pot fi privite ca făcând parte din categoria mediilor de difuziune, sonoră sau video. Ansamblul lor este cunoscut sub denumirea de radiodifuziune. Procesul de transmitere a semnalelor se face în sens unic, de la o stație de emisie, la un receptor special, utilizându-se hertziene.

Un factor important în impulsivitatea dezvoltării radioului ca sistem mass-media l-a reprezentat Gimbel Departament Store, care realizează în 1925 ultimul model de radio cu un tub cu vacuum, capabil să asigure o recepție mult mai fidelă.

Pentru ca radioul să devină un adevărat sistem mass-media, se impunea lansarea pe piață a unor aparate ieftine și ușor de manevrat, gândindu-se la aparatele anterioare care cereau o mână sigură, multă răbdare și cunoștințe electronice. În 1926 se sfârșesc o parte a inconvenientelor când apar receptoare noi care se vând scump (250 dolari), iar de aici a fost un singur pas spre crearea unui adevărate industrii, astfel că între anii 1925-1930 au fost vândute 17 milioane de receptoare cu 80 de dolari.

Accesul către audiența de masă a fost ușurat și de perfecționarea tehnică a radioului, o astfel de perfecționare tehnică este reprezentată de sistemul de transmisie inventat de E. Armstrong, cercetător la Columbia University. Într-un experiment în New Jersey din 1939, el folosește modulația de frecvență (FM). Sistemul FM de transmitere a sunetelor cu ajutorul undelor diferă de vechea modulație de amplitudine (AM). Mai târziu, continuându-și cercetările Armstrong a inventat și sistemul FM stereo, cu două piste sonore, câte una pentru fiecare ureche, sistem ce creează impresia ascultării live.

Configurația industriei radio a fost determinată, în mod esențial, de factorii financiarifiindcă costurile erau ridicate și scade posibilitatea de creare a noi programe, se ajunge la modalitatea de fuziune a două stații printr-un sistem de interconectare, astfel că cele două stații pot prezenta același program reducându-se astfel costurile.

Răspunsul stațiilor s-a tradus prin gruparea lor în rețele. Prima rețea NBC s-a înființat în 1926, prin uniunea dintre Corporația Stației Americane de Radio din Newark (New Jersey), WYZ și o stație din Schenectady (New York). Prin intermediul liniei telegrafice, cele trei s-au interconectat, astfel că difuzau simultan aceleași programe.

ABC-deși NBC opera cele două rețele în mod independent, sub presiunea guvernamentală și FCC, a fost obligată să vândă rețeaua cumpărată de la AT & T, cuprinzând 168 de posturi de radio, lui E. Nobel, îmbogățit din afaceri cu acadele. Acesta va numi rețeaua American Broadcasting Company (Compania Americană de Radiofonie).

CBS-Nou înființată, ABC avea de înfruntat nu numai concurența celor de la NBC, dar și pe cea de la Columbia Broadcasting System (Sistemul de Radiofonie Columbia), CBS. Numită inițial United Independent Broadcasters (Societatea Difuzărilor Independente), UIB, proprietară a 16 posturi radio, și-a schimbat numele după ce a fost preluată de W. Palyer.

MUTUAL - în 1934, stațiile conduse de WGN, din Chicago și WOR din New York au creat un nou model de rețea, Mutual Broadcasting System (Sistemul Mutual de Radiofonie) care oferea programe oricăror stații, indiferent de rețelele în care erau integrate. Stațiile afiliate la Mutual nu erau obligate să difuzeze programe pe care nu le doreau. În aceste condiții multe din stațiile independente se vor afilia la Mutual care astfel devine cea mai extinsă rețea, din punct de vedere al numărului de posturi.

***Radioul** a devenit un promotor al promovării sănătății* prin realizarea unor emisiuni cu caracter sanitar educative difuzate la ore de maximă audiență și poate fi un factor esențial în ridicarea nivelului de cultură sanitară a populației. Aceste emisiuni pot fi sub forma unor expuneri scurte, sfaturi medicale, răspunsuri la întrebări pe teme medicale sau concursuri. Radioul poate participa la educație, însă acțiunea lui este în funcție de conținutul programelor.

Datorită faptului că este mai accesibil, din punct de vedere material, are avantajul unei audiențe mai mari decât televiziunea, cuprinzând și categoriile sociale care au un nivel de educație sanitară mai scăzut.

## **Multimedia**

Multimedia (multi - mai multe, media - medii) este o sumă de medii de prezentare folosit simultan pentru o comunicare vizuală și auditivă. Termenul este adeseori folosit pentru a denota sunetele, animațiile, textele sau secvențele video. Din punct de vedere al istoriei, primul mijloc de comunicare a fost „vocea



umană”, urmată de publicațiile tipărite- care reprezintă primul mijloc de comunicare în masă, apoi comunicația prin radio, apoi televiziunea și apoi internetul.

Mediile de prezentare a informației și componentele implicate în aplicațiile multimedia sunt:

- **Textul** este mijlocul tradițional de comunicare și prezentare a informației; el fiind un mijloc lent și monoton solicitând multă atenție și concentrare, fiind un mediu de tip static.
- **Imaginea** poate echivala cu mai multe pagini de text. Dezavantajele graficii (imaginii) față de text sunt că dificultatea de a comunica cu exactitate date abstracte și costurile prea ridicate pentru crearea și obținerea ei, deasemenea și aceasta este un mediu de tip static.
- **Elemente de animație** sunt utilizate atunci când se dorește atragerea atenției asupra unei porțiuni din aplicația multimedia. Animația este un mediu de tip dinamic.
- **Sunetul** este cel mai vechi mediu de comunicare fiind folosit pentru a atrage atenția utilizatorului. Efectele sonore sunt incluse pentru a îmbogăți și pentru a completa conținutul prezentării și pentru a accentua idei particulare din aplicație. Este un mediu de tip dinamic.
- **Video-producțiile** sunt cel mai complet mediu de prezentare, încorporând toate celelalte medii de prezentare, bazându-se pe afișarea de imagini dinamice, al căror cost este foarte mare. Video-producțiile sunt medii de tip dinamic.
- **Interactivitatea** este facilitatea prin care utilizatorul poate interveni și modifica derularea aplicației după propria dorință.

### Televiziunea

„Tehnologiile, inclusiv televizorul, sunt obiecte atât simbolice cât și reale. Sunt obiecte construite printr-o întreagă gamă de activități delimitate social, în producție și în consum, în faza de proiectare și de utilizare, în concepție și în practică și nu pot fi înțelese în afara implantării lor sistematice în dimensiunile politice, economice și culturale ale societății moderne” - cuvinte referitoare la sistemul tele-tehnologic din cadrul televiziunii ale lui Roger Silverstone, în lucrarea sa *Televiziunea în viața cotidiană*, Iași Ed. Polirom, 1999, p.98.[17]

Cinematograful, telecomunicațiile, audiovizualul au depins foarte mult în evoluția lor de apariția și dezvoltarea unor noi ansambluri de componente electronice. Începuturile sistemului de televiziune au la bază „paradigma” electromagnetică, cea electronică apare cu dificultate de abia în anii '30. Preluând o mare parte din arsenalul tehnologic din dezvoltata industrie a cinematografului, televiziunea este posibilă datorită unei trăsături specifice sistemului de percepție umană, numită *persistența imaginii*. În jurul anilor '20, apar primele prototipuri ale sistemelor de televiziune, ca urmare a unor cercetări realizate în Germania și Franța. Rezultatul acestor încercări se va constitui în transmiterea la distanță a unor litere. Dispozitivele utilizau principiul transmiterii prin telefon a fotografiei.

Perioada cea mai marcantă în evoluția televiziunii este apariția tranzistorului care a urmat perioadelor tubului catodic(1907-1911), iconoscopului (1923) și dispozitivului de baleaj a imaginii, într-un climat plin de ezitări.

De-a lungul anilor televiziunea va trece prin diferite stadii de dezvoltare și diversificare, concretizate în apariția unor noi forme de înregistrare și de difuzare a imaginii ca de exemplu:CATV, videocasetofonul, sistemul digital, sistemul interactiv, televiziunea prin satelit.

Până în 1940, o singură țară din lume avea un serviciu de televiziune regulat și anume Marea Britanie.După revenirea la o economie de pace, după al doilea război mondial, alte trei țări își vor pune la punct sisteme regulate de televiziune:Franța, SUA și URSS.În Europa evoluția este mai lentă datorită faptului că țări precum Anglia, Franțași Germania au fostputernic afectate de război.

Trecerea de la imaginea analogică la cea numerică sau digitală a permisîmbunătățirea calității recepției și creșterea numărului de canale în banda de transmisie hertziană.Aplicarea acestor tehnologii reprezintă începutul unei noi industrii de televiziune, numită de către specialiști televiziune fragmentată sau multimedia mai deschisă spre exterior, gata să accepte coabitarea programelor pe suporturi diferite.

**Televiziunea** poate fi considerată un factor decisiv în transmiterea unor mesaje, ținând cont că este recepționată de milioane de telespectatori. Modalitățile de folosire a TV sunt multiple:

- prezentarea de filme documentare cu caracter instructiv-educativ;
- difuzarea repetată a unor spoturi educative la oră de maximă audiență;
- publicitatea la produse de îngrijire orală, de asemenea, au rolul lor educativ;
- realizarea de emisiuni cu invitați (personalități) care să prezinte anumite probleme și să răspundă întrebărilor telespectatorilor.

**Filmul** – reprezintă o componentă importantă în munca de educație pentru sănătate. El aduce o contribuție originală și unică la memorarea și fixarea cunoștințelor. Copiii și tinerii rețin mai bine faptele și noțiunile transmise prin film. Un criteriu fundamental al realizării unei bune surse de educație, metodele de transmitere a informației trebuie să fie eficiente și orientate asupra grupului țintă. Filmul de educație pentru sănătate trebuie să se adreseze unui public bine definit. Pentru unul și același subiect, în funcție de colectivitatea căreia ne adresăm, se pot realiza două sau mai multe versiuni.

## **Telecomunicația:**

### **Telegraful**

Telegraful Chappe se înscrie într-o tradiție pe care nu am evocat-o încă, cea a reorganizării rețelelor rutiere.Telegraful optic reprezintă o noutate importantă,fiind vorba de o adevărată ruptură de reprezentările spațiului și timpului, el se înscrie totodată în continuitatea unei evoluții, aceea a transportului

de mesaje. Telegraful lui Chappe prelungește această evoluție, dar constituie și o ruptură, pentru că o depeșă obișnuită ajunge de la Paris la Valencienne în cincisprezece minute. Cu un asemenea mijloc de transmitere cvasi instantaneu, obiectivul nu mai este învingerea timpului, ci a spațiului. Este deci normal ca tahigraful (primul nume imaginat de Chappe) să devină telegraf.

Telegraful optic constituie punctul de plecare pentru sistemele de telecomunicații. Deși sistemul tehnic este aproape depășit, el întrunește cele patru caracteristici de bază ale telecomunicațiilor, pe care le vor reorganiza alte sisteme:

1. chiar dacă nu este instantanee, transmisia se face foarte rapid. Chappe îmbunătățește rapiditatea, perfecționând sistemul de codare;
2. se constituie o rețea permanentă care se extinde din ce în ce mai mult;
3. un corp tehnic specializat ia în sarcină exploatarea;
4. informația este codată într-un „limbaj universal”.

Tipurile de telegraf concurente telegrafului Chape vor utiliza alte coduri; englezii un cod alfabetic, Bergstrasser, în Germania, un cod binar sau cuaternar.

După mai multe cercetări făcute de specialiști nu ne rămâne decât să ne alăturăm istoricului englez Robert Sabine, care scria în 1867: „Telegraful electric nu are propriu-zis un inventator. Acrescut puțin câte puțin, fiecare inventator adăugându-și partea, pe calea spre perfecțiune”.

### ***Telefonul***

Referitor la descoperirea telefonului, nu ne putem pronunța cu certitudine cine ar putea fi inventatorul, între Alexander Graham Bell și Elisha Gray [22]. Printr-o uimitoare coincidență, aceștia au depus amândoi o cerere de brevet în aceeași zi, 15 februarie 1876, la Washington. Istoria oficială a telefonului reține numele lui Bell dar, în fond, nu se știe dacă Gray nu a avut el primul ideea telefonului, sau poate Edison, despre care mulți contemporani credeau că își imaginase un sistem asemănător încă din 1896.



#### Figura 4. Unul din primele modele de telefon [22]

Se vorbește mai puțin despre Antonio Meucci [22], un italian emigrat în America, care își realizase primele experiențe la Havana, în 1850, pentru a depune un brevet în Statele Unite, în 1888.

La fel cum un scenariu cinematografic nu constituie o carte, respectiv un film, niciun obiect tehnic nu există cu adevărat decât atunci când poate funcționa în toată amploarea sa. Pentru a putea inventa un asemenea dispozitiv ca telefonul, e nevoie mai întâi de anumite cunoștințe despre raporturile dintre sunet și electromagnetism. Principiul telefonului constă în transformarea vibrațiilor sonore emise vocal în semnale electrice, care sunt transmise către destinatar amplificate, pentru a compensa pierderile de pe linie. La receptare, semnalele electrice sunt reconvertite în vibrații sonore.

Gray, la fel ca Edison și Bell, lucra la telegraful multiplex (vizând posibilitatea de a transmite mai multe mesaje pe același fir de telegraf). Prin intermediul acestor cercetări, Gray și Bell, dar și, probabil, Edison, au descoperit posibilitatea transmiterii vocii umane. Prin introducerea microfonului cu baston de cărbune, inventat de D.E. Hughes în 1878, apoi a celui cu granule de cărbune și, în fine, prin perfecționările aduse de Edison, telefonul s-a răspândit, s-a dezvoltat și a căpătat progresiv o importanță considerabilă. Inovațiile dintre anii 1900-1910 au permis creșterea considerabilă a lungimii liniilor telefonice; în a doua jumătate a secolului, s-a trecut la sistemul de *telefonie cu curenți purtători*, iar pentru distanțe foarte mari, la *radiotelefonie*. [22,23]

Bell, în schimb, se gândea să facă din telefon un „instrument de comunicare la distanță fără intermediar”. Este ideea ce va fi fructificată, în zilele noastre, sub forma telefoniei mobile. La începuturile telefoniei, însă, posturile telefonice erau exclusiv fixe, legate (la modul fizic, prin cabluri) de o centrală manuală, care nu putea funcționa decât fiind controlată de un operator uman. Legăturile între posturile telefonice individuale erau asigurate prin operația de comutare în schimbătorul telefonic din centrală, operație realizată manual, iar apoi mecanic. Aceste centrale, acționate cu ajutorul butoanelor și al pârghiilor, au funcționat până după cel de-al doilea război mondial, fiind treptat înlocuite cu noile tipuri, perfecționate.

Răspândirea telefonului în Europa a fost mult mai lentă decât în Statele Unite. Astăzi însă această inegalitate nu mai este atât de pronunțată, telefonul reușind să pătrundă în majoritatea zonelor de pe glob. În secolul al XX-lea, telefonul a rămas în general fixă, dar, după primul război mondial, au apărut centralele automate, care s-au extins în toată lumea civilizată începând din anii 1970. Telefonul fixă folosește, astăzi, centralele digitale, centrale automate, bazate pe comandă numerică.

Încet, încet, telefonul leagă diferite sectoare ale activității economice, devenind un instrument de schimb intersectorial, cum se spune în limbajul economic actual. În 1910, Herbert Casson scria: „este un instrument rapid de civilizație care mărește eficacitatea socială. Este un simbol al cooperării naționale”.

### ***Telefonul mobil***

Până nu de mult, folosirea cabinelor telefonice era singurul mod de a telefona din afara casei. Astăzi, putem telefona din mașină, din tren sau de pe stradă, cu ajutorul telefoanelor mobile. Când un abonat își pornește telefonul mobil, acesta este conectat la o antenă de emisie-recepție care centralizează apelurile venite din zonă. De acolo, apelul se transmite spre o centrală de tranzit care îl dirijează pe rețeaua telefonică până la persoana căutată. Teritoriul acoperit de o antenă de emisie-recepție este numit „celula”. Din acest motiv, telefoanele mobile se numesc și telefoane „celulare”.

Astfel, în **societatea de astăzi telefonul**, făcând aici referire și la cel mobil, reprezintă un mod de a comunica mai ușor, de a afla noi informații, ba chiar un mod de relaxare.

**În cabinetele medicale telefonul este foarte util atât pentru stabilirea programărilor, cât și pentru convorbirile de după tratament, reprezentând adevărată unealtă de marketing. Acestea stimulează încrederea și fac pacientul să se simtă bine.**

***Încrederea este de fapt cheia succesului, ea reprezentând adevăratul motiv pentru care pacienții acceptă tratamentul și rămân pacienți.***

### **INTERNETUL**

După epoca presei scrise și cea a radiodifuziunii, cea de a treia epocă a comunicării se înscrie și ea pe traseul mutațiilor tehnic generate de electronică. Apariția informaticii ca sistem de comunicare se face urmând tipicul deja cunoscut acum al celorlalte media: telegraful, radioul, televiziunea.

Informatica a fost nevoită să își găsească, înainte de toate, propria definiție, să se înțeleagă pe sine ca fiind altceva decât un simplu dispozitiv de calcul lipsit de orice caracter iminent.

Primele prototipuri de mașini de calcul analogice sunt realizate de Vannevar Bush în anii '30, care utiliza un principiu ce nu lăsa loc nici unei evoluții viitoare. George Stibitz, telefonist la laboratoarele Bell, realizează un calculator electromecanic, structurat după principiul funcționării centralelor telefonice.

Cu o rețea de calculatoare suficient de puternice încât să joace rolul unei infrastructuri, cale spre găsirea unei noi forme de exprimare informatică a fost constrânsă din ce în ce mai puțin de factori tehnici și tot mai mult de cei de ordin temporal și creativ.

Originile Internetului se găsesc în 1963 la Ministerul de Apărare din SUA, în rețeaua ARPAnet. Pentagonul construiește rețeaua pentru contracte militare și pentru schimb de informații cu universitățile care se ocupau de cercetare militară. Crearea rețelei civile, activitate costisitoare și riscantă va atrage curând tot mai multe instituții și tot mai mulți utilizatori, mare parte din ei având deja rețele

interne proprii. Astfel, NSF devine un conector pentru mii de alte rețele, numele de Internet apărând ca perfect justificat în contextul următoarei definiții:

Internetul= colecție întinsă de rețele de calculatoare care cuprinde întregul glob, conectând la un larg sistem electronic de servicii, resurse și informații atât instituții guvernamentale, militare, educaționale și comerciale cât și persoane fizice; se utilizează o serie de convenții și instrumente pentru a crea imaginea unei singure rețele, deși calculatoarele din rețea se bazează pe platforme hard și soft diferite.

Internetul a apărut aproape simultan în Europa și pe alte continente. Astăzi este constituit din „aproximativ 3,5 miliarde de utilizatori și 154 țări interconectate”. Internetul care cunoaște o creștere 10% -15% pe lună a devenit unealtă de comunicație fundamentală a întregii comunități de învățământ superior, cercetare și dezvoltare tehnologică, publică și privată, precum și în industrie.

La originea Internetului au stat două procedee fundamentale, care după sociologul francez D. Wolton, trimit la mize diferite:

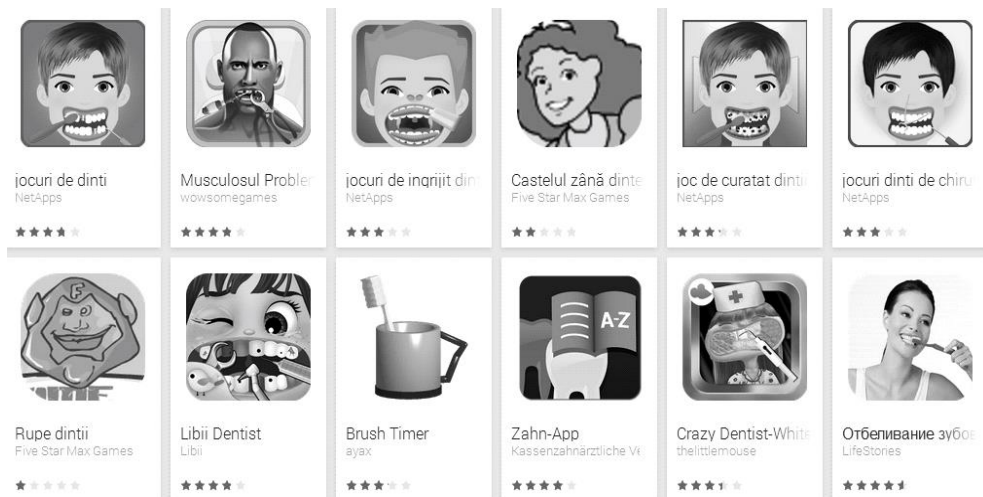
- protocolul american IP, concentrat pe transport,
- WEB-ul-protocol HTTP, modele europene concepute inițial pentru navigare documentară, utilă în hipertext.

Volumul de date și informații disponibil pe Internet poate fi structurat astfel după D. Wolton:

- Informații-știri (informations-news) - tot ce se referă la politică, istorie, economie, divizate pe sectoare: informații generale, respectiv specializate,
- Informații-servicii (informations-services)-în plină expansiune în ultimii o sută de ani, informații utile, de interes practic și care se situează la intersecția dintre informația-valoare (information-valeur) și informația marfă (information-marchandise),
- Informații-divertisment (information-loisirs), în creștere, industria de divertisment fiind prima industrie ca importanță a lumii,
- Informația-cunoaștere (information-connaissance) care trece prin anumite bănci de date, mai mult sau mai puțin profesional.

**Internetul** devine familiar, este utilizat în toate domeniile de activitate de astăzi și reprezintă cea mai importantă unealtă a comunicării. În ultima vreme aplicațiile web au câștigat tot mai mult teren, astfel mulți tineri se documentează pentru orice problemă pe internet, au apărut jocuri și aplicații pentru telefoane și tablete cu caracter educativ pentru copii și nu numai.

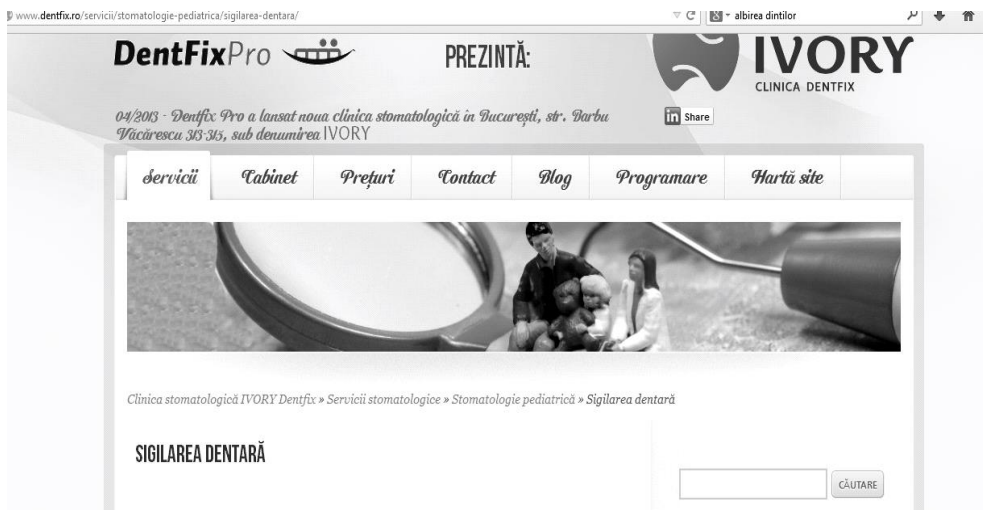
Au apărut aplicații pe Android și Iphone pentru telefonul mobil care se descarcă de pe Internet care antrenează copiii în spălatul pe dinți. Se găsesc mai mult de 100 aplicații pe tema sănătății orale, periajului dentar.



**Figura 5. Imagine din Google Store - Aplicații pe tema spălatului pe dinți [24]**

Poți citi și învăța despre metode de profilaxie dentară sau terapeutice dentare de pe site-uri specializate:

[www.DentFixPro.ro](http://www.DentFixPro.ro)



**Figura6.DentFixPro [25]**

Există sute, chiar mii de astfel de site-uri găzduite de organizații medicale dentare, sau chiar de clinici private de medicină dentară care pe lângă descrierea procedurilor, subiecte de igienă orală corecte au și informații legate de prețurile practicate, astfel încât anxietatea pacienților legate de aspectul financiar dispare.

Pe internet site-urile producătorilor de produse de igienă dentară aduc deasemenea importante informații pe tema educației pentru sănătate oro-dentară:  
[www.colgate.ro](http://www.colgate.ro)



Figura 7. Portalul [www.colgate.ro](http://www.colgate.ro) [26]

[www.zambeșteromania.ro](http://www.zambeșteromania.ro)



Figura 8. Zâmbește România [27]

### ***Utilizarea comunicării prin mediile sociale în promovarea sănătății***

Sănătatea publică generală cât și cea orală trebuie să profite de multitudinea de rețele de socializare, de răspândirea lor tot mai largă pe glob, de numărul în creștere de utilizatori zilnici ai acestor rețele, prin transmiterea de mesaje de interes



public, prin publicarea unor rezultate la studii prin care să atenționeze populația de situația reală. De exemplu, pentru sănătate orală să se publice procentul de persoane care își schimbă perișorul de dinți odată la 3 luni, frecvența prezentării la medicul dentist a populației din România. De asemenea, se poate încerca folosirea rețelelor de socializare pentru a vedea rata de supraviețuire pe o anumită boală (dacă există vreun grup cu o anumită temă - poate crea grupuri la care să adere utilizatori purtători de o anumită boală și să înștiințeze ultimele descoperiri în domeniu, factorii de risc a bolilor, etc.)

Costurile de implementare a unei campanii de promovare a sănătății orale prin rețelele de socializare sunt mult mai reduse decât o campanie tradițională, dar este nevoie de persoane bine informate care să transmită informația corectă și să aloce mult timp pentru aceasta [28].

Adaptarea sănătății publice la folosirea rețelelor de socializare și la noua tehnologie este destul de dificilă, de cele mai multe ori fiind întâlnită o rezistență din partea organizațiilor guvernamentale în a aloca fonduri sau a crea campanii de promovare a sănătății în acest mod, multe persoane preferând metodele clasice [29].

Primul experiment de utilizare a mediilor sociale (rețelelor de comunicare web) a folosit-o Asociația Americană de Pediatrie, care pe site-ul propriu a pus și un fel de forum de discuții și a urmărit cum se propagă informația și în ce direcții decurg discuțiile. Au avut surpriza să observe că discuțiile curg în orice direcție și ele pot fi ușor ajustate de către un specialist. Totodată aceasta a denumit rețelele media socialeca fiind „Orice pagină web care lasă să se desfășoare interacții sociale”[30].

Aplicațiile media sociale sunt considerate aplicații „web 2.0”, care folosesc tehnologii noi îndreptate mediilor sociale, spre deosebire de cele „web 1.0”, care sunt pagini web simple, e-mailuri, listă de servere, unde răspunsul este singular și nu implică mai mulți utilizatori[31]. Cele mai comune medii sociale și exemple pentru acestea se regăsesc în tabelul nr. 1.

**Tabelul nr.1. Tipuri de medii sociale**

Tipuri de medii sociale	Descriere	Exemple
<b>Bloguri</b>	Jurnale online, care sunt prezentate în ordine cronologică inversă cu cele mai recente mesaje afișate primele. Acestea pot consta în conturi de viața personală bloggeri” sau pot fi tematice. Intrările variază în lungime și frecvență, care sunt la discreția autorului. Adesea, intrările au un conținut multimedia.	Blogger; <a href="http://www.blogger.com">http://www.blogger.com</a>  LiveJournal; <a href="http://www.livejournal.com">http://www.livejournal.com</a> <a href="http://www.livejournal.com">m</a>  WordPress; <a href="http://www.wordpress.org">http://www.wordpress.org</a>

<b>Microblog-uri</b>	Acestea sunt similare blogurilor, dar au mesaje mult mai scurte. Posturile se pot conecta la conținut extern sau conțin mesaje despre starea curentă a autorului. Bloggeri de pe Twitter mai postează mesaje gen „Ce se întâmplă?” așteptând răspunsurile cititorilor, dar limitează dimensiunea mesajului la 140 de caractere. Acest tip de comunicare este facilitat de ușurința de postare și citire a textului mesagerie și internet mobil.	Twitter; <a href="http://www.twitter.com">http://www.twitter.com</a>  Tumblr; <a href="http://www.tumblr.com">http://www.tumblr.com</a>  FourSquare; <a href="http://www.foursquare.com">www.foursquare.com</a>
<b>Site-uri de rețele sociale</b>	Permite utilizatorilor să construiască profiluri și rețele extinse cu alți utilizatori. Deseori, utilizatorii împărtășesc actualizări despre ei înșiși (locația în care sunt, starea de fapt, cum se simt etc.), link-uri către conținuturi exterioare, fotografii și clipuri video. Utilizatorii sunt, de obicei, capabili să interacționeze prin intermediul postărilor de mesaje publice și pot comenta conținutul. Pe aceste rețele sunt create grupuri de socializare de interes comun (de ex. Grup de cumpărături, grup de stil alimentar, grup de promovare a alăptării, ALO doamna doctor, etc.)	Facebook; <a href="http://www.facebook.com">http://www.facebook.com</a>  MySpace; <a href="http://www.myspace.com">http://www.myspace.com</a>  LinkedIn; <a href="http://www.linkedin.com">http://www.linkedin.com</a>  Google Plus <a href="http://www.googleplus.com">www.googleplus.com</a>  Instagram <a href="http://www.Instagram.com">www.Instagram.com</a>
<b>Site-uri de sharing multimedia</b>	Site-uri care permit postarea, partajarea, și comentarii la fotografii și clipuri video. Adesea, acestea sunt legate de alte forme de socializare mass-media. Videoclipurile care sunt răspândite în acest mod sunt adesea menționate ca fiind „virusuri”.	YouTube; <a href="http://www.youtube.com">http://www.youtube.com</a>  Flickr; <a href="http://www.flickr.com">http://www.flickr.com</a>  SlideShare; <a href="http://www.slideshare.net">http://www.slideshare.net</a>

Mediile sociale se pot referi la o varietate de aplicații diferite, pornind de la schimbul mass-media și serverele blogging-ului la site-uri de rețele sociale precum Facebook, permit utilizatorilor să creeze rețele de prieteni și cunoștințe on-line.<sup>(60)</sup> Aceste rețele oferă pe piață un potențial imens, deoarece rețeaua socială a unui utilizator poate vizualiza paginile din cadrul site-ului la care utilizatorul subscrie. În ciuda acestui avantaj evident, site-urile de rețele sociale nu sunt însă suficient exploatate în domeniul sănătății publice[33].

Diferite tipuri de aplicații sunt adaptate de către organizații de sănătate, bazându-se pe audiențe, resurse și obiective specifice [34]. Mass-media socială poate fi folosită pentru răspândirea de mesaje de sănătate, prin acordarea de sprijin în legătură cu bolile cronice și conectarea consumatorilor de asistență medicală cu furnizorii de servicii medicale [32]. Fiecare tip de aplicație socială media poate răspunde diferit în funcție de demografia populației, poate avea un rol unic și poate evolua cu peisajul social media modern.

### **Facebook**

Organismele de Sănătate Publică se pot înscrie pe o pagină de organizare sau instituțională Facebook. Organizații cum ar fi Agenția de Sănătate Publică din Canada a dus o campanie intitulată „Health Canada”. Centrul SUA pentru Controlul Bolilor și Organizația Mondială a Sănătății se pot abona la Facebook în acest fel. Acestor pagini li se permit cele mai multe dintre caracteristicile de Facebook (de exemplu, un perete de mesaje, fotografiile și video încărcate, forumuri de discuții etc.), dar setările pot fi modificate în funcție de nevoile organizației. De exemplu: cele mai multe pagini de instituție permit utilizatorilor să acceseze „Like” pe pagină în loc de uzualul „friending” ce se folosește între utilizatorii privați. Când utilizatorii dau clic pe „like” pe pagina de Facebook, în mod automat primesc actualizări și mesaje pe care le postează instituția prin intermediul paginii lor. Organizațiile de cele mai multe ori cer utilizatorilor pe site-ul lor să dea „like” pe pagina lor de Facebook prin postarea unui link, dar și prin intermediul paginii de Facebook către site-ul lor oficial. În plus, gradul de conștientizare a mass-mediei sociale poate fi extins la consumatorii de rețea cu aplicații sociale media existente ale altor organizații.

Instituțiile pot accesa informații despre utilizatorii care au dat „like”, și pot primi, de asemenea, actualizări de la alte organizații la care au dat „like” pe paginile lor. Utilizatorii pot vedea, de asemenea, care instituții au dat „like” reciproc, și astfel, pot crea rețeleși cu alți parteneri din comunitate. În acest fel Facebook-ul poate fi folosit pentru promovarea mesajelor cu caracter educativ, dar și pentru studii sociologice.

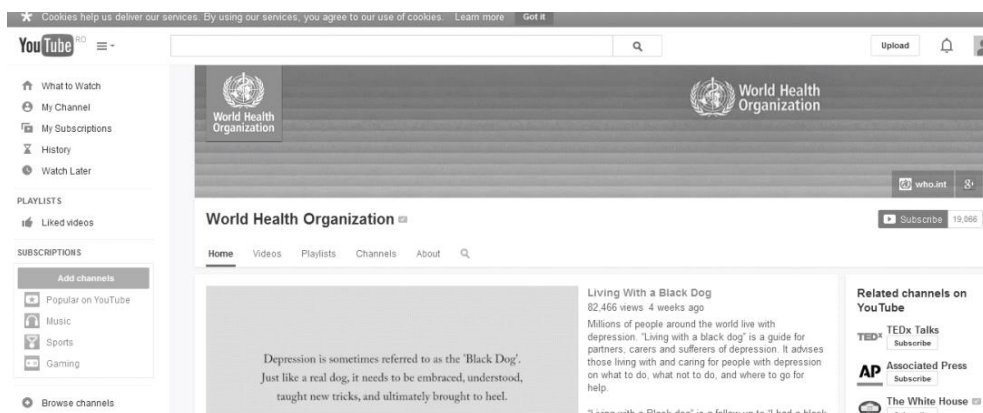
Organizațiile și instituțiile pot crea pagini de Facebook gratuit. Organizațiile pot utiliza, de asemenea, Facebook-ul pentru a face publicitate pentru ei înșiși sau pentru a se promova. Pot posta anunțuri specifice pentru un anumit grup țintă, venind pe paginile lor de Facebook cu bannere. Facebook folosește un model de „cost pe clic”, prin care își bazează taxele de publicitate. Costurile pot varia foarte mult, dar Facebook permite o schemă „buget de zi cu zi”, unde organizațiile pot stabili un buget maxim pe zi și timpul de publicitate. Mai multe informații despre crearea de pagini de organizare și reclame de pe Facebook pot fi găsite la <http://www.facebook.com/help>.



**Figura 9. Pagina Organizației Mondiale a Sănătății [34]**

## YouTube

Crearea unui canal YouTube sau o colecție de videoclipuri încărcate nu vine cu niciun cost pentru utilizatori, inclusiv pentru organizațiile corporative și publice. Un link către canal poate fi integrat pe un site de organizare sau alte medii sociale. Utilizatorii trebuie doar să semneze în sus prin intermediul site-ului, iar apoi pot începe imediat să încarce videoclipuri pe un user cu interfață prietenoasă. Canalele YouTube pot fi legate de conturi Google, cum ar fi g-mail, iar utilizatorii pot crea liste de redare de videoclipuri preferate, care sunt salvate în conturile lor. Organizațiile care folosesc YouTube, de asemenea, pot să aibă acces la informații analitice despre cei care accesează canalul YouTube.



**Figura 10. Pagina YouTube [35]**

## Twitter

Crearea unui cont de Twitter, cu toate caracteristicile disponibile nu vine cu niciun cost pentru utilizatori, inclusiv acestea pot fi organizații corporative și publice. Pe Twitter pot fi, de asemenea, incluse linkuri către site-uri externe, inclusiv site-urile oficiale ale departamentelor de sănătate publică la niciun cost suplimentar. Utilizatorii pot „urmări” sau „foolow” departamentul de sănătate, făcând clic pe link-ul furnizat când sunt conectați în propriul lor cont de Twitter pentru a confirma interesul lor pentru anumite organizații. Apoi, ei vor primi în mod automat actualizările (fie prin intermediul contului lor de Twitter, mesaje text, sau de aplicații de smartphone-uri) difuzate de respectiva organizație.

Alternativ, utilizatorii non-Twitter au posibilitatea să facă clic pe link-ul furnizat pentru a vedea mesajele recente, deși abonații non-Twitter nu sunt în măsură să „follow” actualizările trimise de ei. Pe lângă faptul că este un mediu interactiv de mobilizare care emite în timp real, Twitter este un instrument excelent de rețele. Organizațiile pot urmări astfel partenerii comunitari pentru actualizările lor și „re-tweet” (sau retransmite) mesajele difuzate de ele. Similar cu Facebookul, acest tip de rețele directe dublează rata de promovare și vine ca un plus pentru o organizație – o Pagină Twitter. Mai multe informații despre caracteristicile Twitter pot fi găsite la [www.twitter.com](http://www.twitter.com).

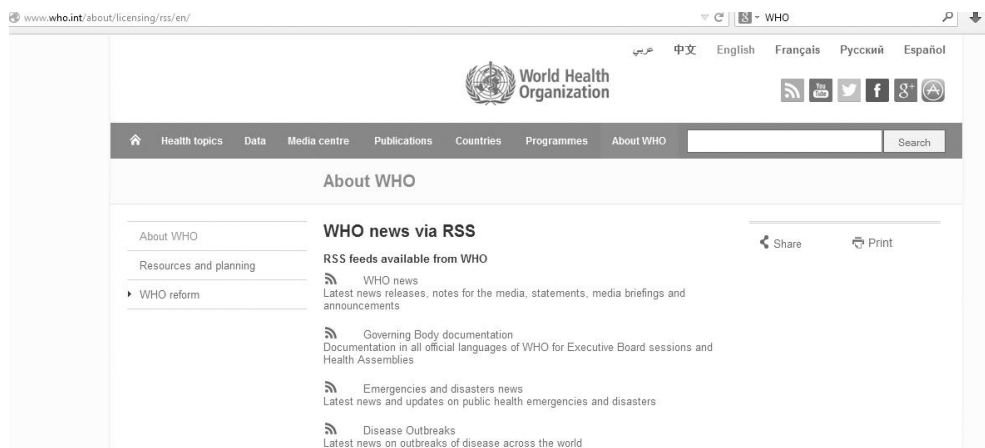


**Figura 11. Pagina de Twitter a OMS [36]**

## Blogul

Blogul, precum și alte site-uri de blogging, cum ar fi Blogspot, LiveJournal și WordPress sunt aplicații gratuite care permit utilizatorilor să creeze și să proiecteze propriile lor bloguri. Cu caracteristici unice, care permit liste de „adepti” și „blog-uri preferate”. Blogul este suficient de flexibil pentru a se potrivi aproape la orice nevoie fără niciun cost pentru utilizator. Acesta poate fi, de asemenea, legat de conturi Google și alte aplicații sau mijloace media sociale. La fel ca Twitter, Blogul permite și altor utilizatori Blogger pentru a urmări blog-ul unei organizații și de a primi actualizări instanțe de notificare de posturi noi, pur și simplu făcând

clic pe un buton de pe blog. Utilizatorii non-Blogger pot, de asemenea, accesa cu ușurință agenții de bloguri de autor, atât timp cât blogul respectiv are setările de confidențialitate setate pentru a fi puse la dispoziția publicului. Blogger nu permite proiectarea unui site minim decât printr-o aplicație șablon, modele mai elaborate pot necesita angajarea unui web developer. Pentru mai multe informații despre caracteristicile Blogger se poate vizita [www.blogger.com](http://www.blogger.com).



**Figura 12. Pagina de Blog a OMS [37]**



**Figura 13. Pagina Google + a OMS [38]**

Unitățile de sănătate publică ar trebui să elaboreze în timp strategii de folosire a mass-mediei sociale prin elaborarea de strategii de comunicare și un plan de afaceri sociale media, în care să includă identificarea publicului țintă, estimarea timpului și resursele necesare pentru a susține inițiativa, și referințe bibliografice cu cele mai bune practici sau orientări de direcție prin care mesajele pot fi efectiv

comunicate prin intermediul mass-mediei sociale, într-un mod etic. Evaluarea trebuie să se desfășoare concomitent cu dezvoltarea mass-mediei sociale, iar metodele de evaluare ar trebui să fie incluse în strategiile de promovare a sănătății orale și generale înainte de punerea lor în aplicare.

### 1.3. PROCESUL COMUNICĂRII

Definirea procesului comunicării a reprezentat o preocupare a teoreticienilor încă din vremea Greciei antice; totuși, trebuie subliniat că, până în timpurile moderne, acest proces a fost subsumat altor discipline și considerat drept un proces natural inerent fiecăreia dintre acestea.

J.J.Van Cuilenburg, O. Scholten, G.W.Noomen definesc comunicarea „*un proces prin care un emițător transmite informații receptorului prin intermediul unui canal, cu scopul de a produce asupra receptorului anumite efecte*” [39]. Altfel spus, fiecare proces de comunicare are o structură specifică reprezentată de un anumit tip de relație dezvoltată de trinomul emițător-mesaj-receptor.

Dezvoltarea modelelor de comunicare reflectă progresul în înțelegerea modului cum funcționează comunicarea, percepută de anumiți gânditori de-a lungul timpului, în acest sens, aspectele cele mai relevante sunt:

- existența selectivității în percepția și reținerea mesajului de către receptor;
- comunicarea este, în mod esențial, negociabilă, receptorul jucând un rol activ în cursul oricărui proces de comunicare;
- comunicarea nu decurge întotdeauna în mod direct de la un transmițător la un primitor tocmai datorită felului în care se desfășoară procesul de comunicare;
- procesul comunicării de masă implică mediul specific, profesional dintre transmițători și receptori;
- comunicarea se desfășoară în sisteme sociale complexe mai mult decât în acțiuni izolate ale transmițerii și recepției.

#### ***Etapele procesului de comunicare:***

a. *Codificarea înțeleșului* – constă în selectarea anumitor simboluri, capabile să exprime semnificația unui mesaj.

b. *Transmiterea mesajului* – constă în deplasarea mesajului codificat de la emitent la receptor, prin intermediul unui canal (vizual, auditiv, tactil sau electronic).

c. *Decodificarea și interpretarea* – se referă la descifrarea simbolurilor transmise și, respectiv, explicarea sensului lor. Prin intermediul acestora se constată dacă mesajul a fost perceput corect.

d. *Filtrarea*—constă în deformarea sensului unui mesaj, datorită unor limite fiziologice sau psihologice. Barierele de comunicare se referă la totalitatea elementelor ce pot stăvili transferul de informații.

e. *Feed-back-ul*—răspunsul pe care emitentul îl primește din partea receptorului și prin intermediul căruia acesta verifică în ce măsură mesajul a fost înțeles ori a suferit filtrări. Oamenii percep mesajele dintr-un anumit punct de vedere. Există mai multe bariere de comunicare.

f. *Canalele de comunicare*—reprezintă „căile” urmate de mesaje. Canalele de comunicare au un suport tehnic reprezentat de toate mijloacele tehnice care pot veni în sprijinul procesului de comunicare: telefon, fax, PC, audio-video. Există două tipuri de canale de comunicare:

- canale formale, prestabilite cum ar fi sistemul canalelor ierarhice într-o organizație.
- canalele neformale stabilite pe relații de prietenie, preferințe, interes personal.

### 1.3.1. Modelele procesului comunicării

#### 1.3.1.1. Modelul lui Karl Buhler

Cea mai simplă schemă a structurii procesului de comunicare a fost propusă încă din anul 1934 de Karl Buhler, în lucrarea „*Die Sprachtheorie*” (figura 14).



Figura 14. Schema simplă a comunicării [40]

#### 1.3.1.2. Modelul lui Lasswell

Unul dintre primii gânditori moderni care a încercat să descrie procesul comunicării abordându-l în părți separate a fost sociologul american Harold D. Lasswell, în 1948. Acesta a spus că procesul comunicării poate fi descris în următorii termeni:

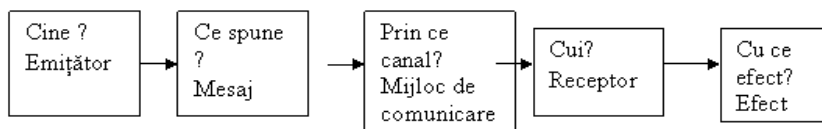
- **Cine?**
- **Ce spune?**
- **prin ce Canal?**
- **Cui?**
- **și cu ce Efect?**

Această descriere a fost denumită **Formula lui Lasswell**, (vezi figura 15) deoarece face posibil ca fiecare exemplu de comunicare să poată fi desfăcut în următoarele componente:

- un **Expedito**



- trimite un **Mesaj**
- prin unele **Forme / Medii**
- la un **Destinatar**
- cu unele **Efecte**



**Figura 15. Formula lui Lasswell[41]**

Este un model linear care privește comunicarea ca transmitere de mesaje, fiind mai interesat de efectele comunicării decât de înțelesuri. În acest context, prin efect înțelegem o schimbare observabilă și măsurabilă a stării receptorului ce este produsă de un element identificabil din proces. De unde se deduce că modificând un element al procesului vom comanda și modificarea efectului.

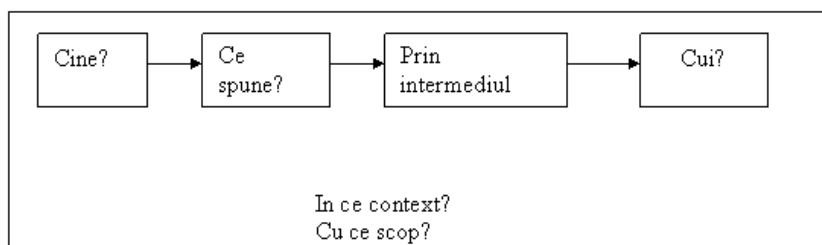
După Lasswell, procesul de comunicare îndeplinește trei funcții principale în societate:

- supravegherea mediului, dezvăluind tot ceea ce ar putea amenința sau afecta sistemul de valori al unei comunități sau al părților care o compun;
- punerea în relație a actorilor societății pentru a produce un răspuns față de mediu;
- transmiterea moștenirii sociale.

Acestor funcții Lazarsfeld și Merton le vor adăuga și funcția de spectacol, distracție (entertainment).

Totuși, acest model are și el limitele sale. Este un model destul de simplist, procesul de comunicare fiind limitat la dimensiunea sa persuasivă. Comunicarea este percepută ca o relație autoritară, neexistând nici o formă de retroacțiune, iar contextul sociologic și psihologic nu este luat în considerare. Astfel, R. Braddock[42] adaugă două noi ipostaze la actul comunicațional imaginat de Lasswell:

- contextul în care este transmis mesajul
- scopul pentru care emițătorul transmite ceva. Schematic, această extensie ar arăta astfel[43]:

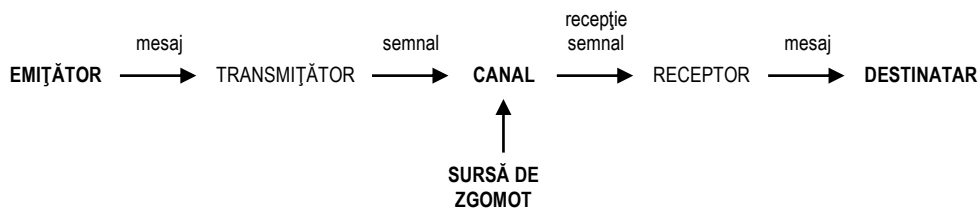


**Figura 16. Formula lui R. Braddock [44]**

Aceste două modele interpretează comunicarea ca pe un proces linear centrat asupra schimbului de informații, prezentând situațiile de comunicare ca fiind rupte de orice context. Ambele modele prezintă rolul emițătorului și al receptorului ca fiind totalmente diferențiate. Receptorul este considerat pasiv, ceea ce nu este adevărat, pentru că există o inter-influență între cei doi poli ai comunicării.

### **1.3.1.3. Modelul Shannon-Weaver**

Unul dintre cele mai influente modele este cel conceput de Claude Shannon, inginer și matematician, și Warren Weaver, teoretician al comunicării, care le și poartă numele („Shannon și Weaver”). Shannon a elaborat „teoria matematică a comunicării”, studiind fidelitatea transmiterii diferitelor tipuri de semnale de la emițător la receptor. În modelul „ShannonWeaver” comunicarea informației este descompusă în următoarele elemente: sursă de la care pleacă mesajul către transmițător, unde este codificat într-un semnal ce poate fi distorsionat de zgomot, trecând prin canal în drumul către receptor, unde este decodificat și transmis destinatarului. Preocuparea lor o reprezintă transmiterea semnalului, independent de conținutul lui. Noțiunile cu care operează Shannon în teoria sa sunt cele de „alegere”, „probabilitate”, „incertitudine”, „măsurare”, „entropie”, „negentropie”, „redundanță”.



**Figura 17. Schema comunicării Shannon-Weaver[45]**

Teoria informației va răspunde, după cum arată Ion Drăgan, la două întrebări:

1. cum poate fi transmisă o informație în modul cel mai rapid și cu o reducere de costuri?
2. cum se poate asigura identitatea dintre informația primită și cea emisă?

În teoria lui Shannon, informația este o valoare matematică, o măsură a ceea ce este transmis, transportat de la emițător la receptor, mai precis măsură a incertitudinii dintr-un sistem [45]. În acest sens, informația este definită ca fiind raportul dintre ceea ce poate fi spus și ceea ce este spus efectiv, fiind măsura alegerii făcute între posibili, deci este măsurată efectiv prin gradul de probabilitate ce afectează ordinea elementelor dintr-o serie. Sursa este factorul de decizie, adică are posibilitatea în construirea mesajului de a alege între anumite elemente din

repertoriu. Acest mesaj este convertit într-un semnal de către emițător și transmis printr-un canal receptorului.

Un mesaj este o succesiune de semnale, extras dintr-un ansamblu numit repertoriu. Informația este maximă când toate elementele mesajului sunt „echiprobabile”; un răspuns la fiecare alternativă elimină jumătate din incertitudine[46]. Dacă un mesaj este bine structurat, alegerea este limitată și informația este redusă (este mai puțin informativ), iar dacă mesajul este mai puțin structurat, alegerea este mai mare, iar informația este mai multă (este mai informativ și efectul „de surpriză” este mai mare. [47].

Mesajul, pentru a putea circula în canal, trebuie „tratat”. Codarea mesajului făcută la intrarea în canal îi corespunde decodarea și transmiterea efectuate la ieșire. Codul este un ansamblu de sensuri comun membrilor unei culturi sau subculturi și constă atât în semne, cât și în reguli și convenții privind contextele de combinare și utilizare. Canalul este suportul fizic al mesajului, unde de lumină, de sunet, hertziene, fibre optice, sistemul nervos etc. Deosebita contribuție a lui Shannon la teoria informației rezidă atât în demonstrarea *necesității codificării mesajului* înănd cont de capacitatea reală a canalului utilizat, definită nu doar prin banda sa de frecvență și puterea sa, dar și prin *nivelul de zgomot*. O altă noțiune utilizată este cea de redundanță ce reprezintă expresia matematică a constrângerilor care apasă asupra alegerii semnalelor; repetiția este expresia cea mai simplă a redundanței. Pentru a combate zgomotul se introduce o anumită redundanță în mesaj, adică se transmit mai multe semnale decât este necesar (este o măsură de securitate pentru mesaj)[48].

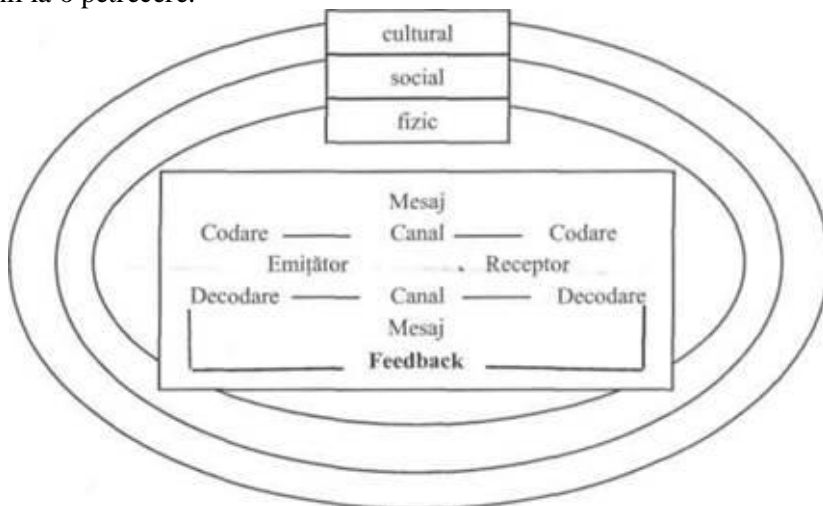
Creșterea informației și, deci, a cunoștințelor este, de fapt, o luptă a ordinii împotriva destrucurării și dezorganizării (informația este negentropică, tinde către ordine, după Shannon).

Teoria lui Shannon se ocupă de schimbul de semnale perfect definite și izolabile și propune nu o măsură a informației, ci o măsură a imprevizibilității, apriori, un asamblaj de elemente pentru un receptor. Acuratețea, precizia, eficacitatea transmierii sunt nivele de cercetare pe care se structurează modelul Shannon-Weaver. Nu este o teorie a comunicării pentru că ignoră semnificația pe care oamenii o atribuie obiectelor și cuvintelor. Informația, potrivit teoriei informației, este ceea ce reduce prin transmiterea ei ignoranța și incertitudinea privind starea unei situații date și mărește capacitatea de organizare, structurare și funcționare a unui sistem dat. Potrivit teoriilor comunicării, informația este „apropiere de sens”, este o „transmitere către o ființă conștientă a unei semnificații, a unei noțiuni prin intermediul unui mesaj spațio-temporal (tipărit, telefonic, unde sonore)” [49].

#### **1.3.1.4. Modelul contextual**

Acest model adaugă dimensiunea situației sau a mediului. Acest lucru arată cum comunicarea are loc într-un context particular, însă contextul afectează totdeauna actul comunicării. De exemplu, vom comunica diferit în cazul unei mese

oficiale în compania unor personalități, în comparație cu situația în care am ieșit cu prietenii la o petrecere.



**Figura18. Modelul contextual[49]**

Un termen nou și important apărut în această schemă este **feedback-ul**. Norbert Wiener a creat noțiunea de feedback, ce ia în considerare posibilitatea de „răspuns” din partea destinatarului mesajului care influențează comportamentul viitor al celor angajați în comunicare. Feedback-ul nereamintește că orice comunicare este adesea realizată pe două căi sau, cu alte cuvinte, există răspunsuri la mesajele trimise. Datorită acestui lucru, ne corectăm modul în care purtăm conversația potrivit feedback-ului pe care îl obținem de la cealaltă persoană. Canalul care poartă feedback-ul nu trebuie neapărat să fie vorbirea, el poate fiși nonverbal, ca de pildă: o expresie plictisită. Putem decide singuri care noțiuni sunt mai utile.

#### **1.3.1.5. Modelul cibernetic**

Modelul „informatic” al comunicării sau modelul cibernetic este dezvoltat de Norbert Wiener în lucrarea sa – *Cybernetics* (1948), o știință generală a comunicării aplicabilă deopotrivă omului și mașinii numită cibernetică. Cibernetica este definită ca știința controlului și a comunicării la oameni și mașini; studiază funcționarea organismelor, luând cuvântul organism într-un sens foarte general – ansambluri biologice și mecanice fără a ține cont de natura lor. Wiener a oferit primul mare model teoretic de unificare a științelor umane (biologie fizică, logică, matematică, ergometrie, informatică) în jurul unei paradigme a comunicării. Comunicarea umană este, potrivit acestui model, asemeni unui dispozitiv de comunicare între

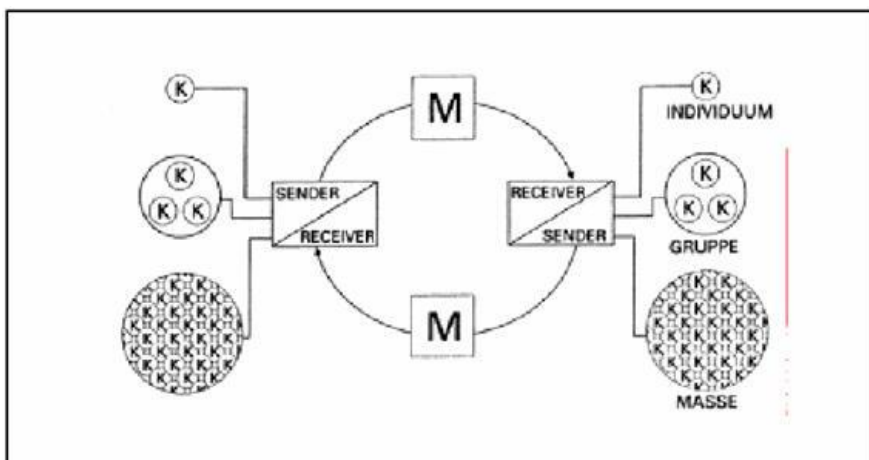
mașini capabile să transmită și să interpreteze ordine. Orice sistem (mașină, organism, organizație) este ca o «cutie neagră» (black box) dotată cu o „intrare” (in-put) și o „ieșire” (out-put) și posedă o funcție de transformare ce permite anticiparea out-put-ului pornind de la in-put. Orice modificare adusă unui element din sistem le afectează pe toate celelalte. [50-54]

În acest model accentul este pus pe feed-back, conexiunea inversă dintr-un sistem comunicațional ce cuprinde procedeele de autoreglare ce permit sistemului să se adapteze la modificările de context. În acest fel, sursa poate răspunde și se poate adapta la informațiile pe care le primește despre rezultatele mesajelor trimise și se menține echilibrul sistemului (homeostazie – proprietate a organismului de a menține în limite apropiate constantele mediului intern). În abordarea comunicării vor fi introduse conceptele vehiculate de acest model: feed-back, autoreglare, homeostazie.

Feed-back-ul are efect de modificare și ghidare a activităților de codificare și transmitere ale „comunicatorului” și poate lua forme diferite în funcție de tipul de eveniment comunicațional. Poate fi, de exemplu, cealaltă jumătate a unei conversații, rezultatele examenelor, studiile statistice de audiență a unei companii de televiziune, recenziile unei cărți, expresia facială a interlocutorului etc. Wilbur Schramm accentuează faptul că feedback-ul face ca procesul de comunicare să fie circular și nu linear și multidirecțional; el reprezintă „un element cheie pe care nicio reprezentare a procesului de comunicare umană nu-l poate omite”.

Modelul informațional și modelul cibernetic ilustrează, după cum arată Jean-Michel Besnier, faza în care problemele comunicării au fost „anexate” de către științele de inspirație matematică și fizică. Astfel încât, în anii '80 s-au formulat modele matematice integratoare ce exprimă mai profund logica proceselor de comunicare, beneficiind și de contribuția importantă a științelor comunicării (lingvistica, semiotica, științele cognitive etc.). Un astfel de model matematic avansat (generalizat) al comunicării este redat schematic astfel: posibilitățile oferite de teoria informației au trezit și interesul psihologilor care au elaborat o seamă de studii asupra capacității de transmisie a omului. Problema pe care au întâmpinat-o a fost aceea a recodificării informației care poate fi făcută în termeni diferiți de codificare.[54] Omul nu este „un simplu canal” care doar transmite informație; el o supune unui tratament - decodează, filtrează, stochează, utilizează informația în cursul unei experiențe oarecare.

Oenicke[55] propune următorul model cibernetic:



**Figura 19. Modelul cibernetic al comunicării [55]**

O abordare matematică a acestei scheme descrie diferența între schema comunicării media care se încadrează în schema clasică de comunicare de la emițător către masă[56]:

$$E \rightarrow R_1^n$$

comunicarea „many to many” modifică aceasta schemă la:

$$E_1^n \rightarrow R_1^n$$

adică comunicarea de la masă către masă. Fiecare poate comunica către mulți, răspunsul este imediat, totul este practic un joc comunicațional interactiv.

Această modificare a posibilităților comunicaționale și a apariției posibilității practice ca o organizație să poată comunica direct publicurilor sale l-a făcut pe cunoscutul practician de relații publice online din SUA, Don Middleberg[57] să constate că „nicio industrie nu a fost mai puternică și mai pozitiv influențată de revoluția digitală precum relațiile publice.”

Deși specialiștii de relații publice au început să folosească din ce în ce mai mult Internetul ca media de comunicare și practic să adune o experiență în domeniu, aceștia au nevoie de „un concept coerent și complet” [58], susțin Zerfass și Fietkau.

Vorbind despre influența Internetului asupra agenților economici, Lord Chadlington[59], CEO al „International Public Relations” relatează într-una din prezentările sale că toate organizațiile pot comunica la nivel global folosind Internetul, putând ajunge cu o lejeritate debordantă la diverse publicuri de interes.

Aceste noi posibilități comunicaționale bazate pe relația „many to many” sunt folosite de către diverse organizații și persoane pentru a-și face cunoscut mesajul. Costurile relativ scăzute, la fel ca și promisiunea de a putea comunica cu ușurință publicurilor de interes au condus la o utilizare a acestei media la un nivel

fără precedent pentru un alt canal de comunicare în masă. Aceasta utilizare în masă a fost probabil alimentată de posibilitatea organizațiilor nu foarte cunoscute de a concura direct cu imaginea celor mari prezente în Internet. Legat de acest aspect un studiu al lui Jeffrey K. Springston relevă că practicienii de relații publice consideră că Internetul oferă posibilitatea micilor organizații să concureze direct cu cele mari[60]. Romy Fröhlich[61] vede în Internet, din perspectiva comunicării organizaționale prima mass media „controlată“.

Un alt argument al folosirii Internetului ca instrument comunicațional a fost posibilitatea oferită de a comunica facil cu presa, prin diverse media, de la email până la pagina Web pe care multe organizații au făcut publice comunicatele sale de presă sau diverse știri despre activitatea curentă. În studiul[62] agenției de presă online „news aktuell” (organizație aparținând DPA) reiese că 57 % din jurnaliști își petrec mai mult de două ore pe zi pe Internet în interes de serviciu.

Kentși Taylor[63](2002) vorbesc despre oportunitatea unică oferită de internet organizațiilor de a asculta publicurile. Aceștia aplică interactivității din Internet termenul de „dialogic relationship” pentru a descrie mai bine relația de comunicare care ar trebui să existe în comunicarea online. O analiză a interactivității site-urilor a fost efectuată de Petter Alexander Gustavsen și Elspeth Tilley[64], care a evidențiat că doar 25% din paginile cercetate pun un accent mare sau foarte mare pe această componentă comunicațională.

Ideea dialogului cu publicul este susținută, deasemenea, și de Cooley T.[65] care consideră că a comunica pe Internet nu înseamnă numai a atinge publicul țintă, ci a intra în dialog cu el. În studiul său asupra comunicării online a companiilor din „Fortune 500” din SUA, Cooley evidențiază că capacitatea interactivă a Internetului este folosită doar parțial și rar, în același timp[66].

### **1.3.2. Funcțiile și axiomele comunicării**

Odată stabiliți parametrii comunicării, cercetătorii s-au aplecat asupra motivelor pentru care comunicăm. A rezultat din această analiză aproape o jumătate de duzină de taxonomii care repertoriază și, mai ales, clasifică funcțiile comunicării.

#### **1.3.2.1. Taxonomia lui Roman Jakobson**

Schema comunicării propusă de lingvistul Roman Jakobson, în lucrarea sa din 1963, *Essais de linguistique générale*, a descris funcțiile limbajului. Acesta a pornit de la situația de comunicare descrisă prin modelul lui Shannon, luând în discuție fiecare dintre elementele ei constitutive. Jakobson nu se limitează, însă, la triada Emițător – Mesaj – Receptor, considerând că atât Canalul, cât și Codul fac parte din ansamblul acestor constituenți. Codul, de altfel, este luat în discuție sub două aspecte: în funcție de măsura în care este cunoscut de cei doi interlocutori și în funcție de posibilitățile sale interne de dezvoltare, pe care interlocutorii le pot descoperi și utiliza.[66]

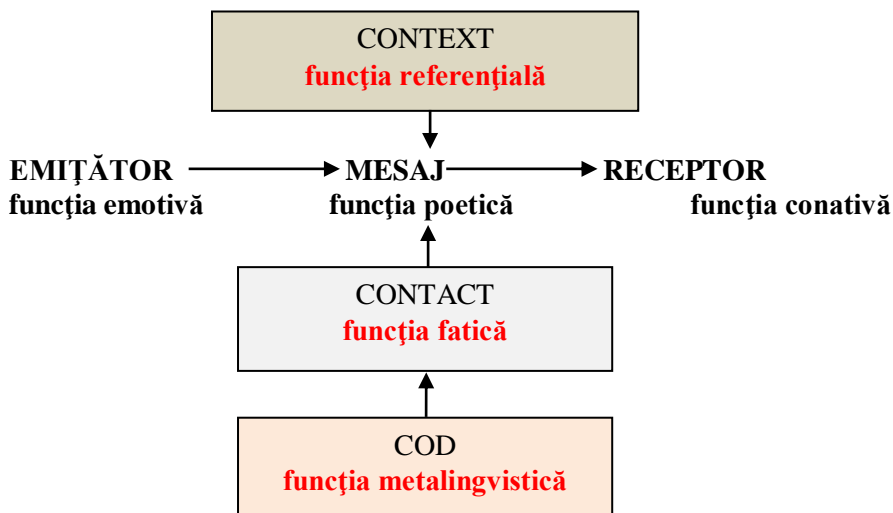


Figura 20. Modelul comunicării Jakobson

• **Funcția emotivă**, specifică emițătorului, reprezintă limbajul prin care el comunică interlocutorului stările afective pe care, conștient sau nu, le resimte în momentul vorbirii. Dacă, în mesaj, această funcție predomină, cuvintele de bază ce alcătuiesc mesajul se vor grupa, ca sens, în limitele ansamblului de semnificații ce vizează această referință. Va fi vorba în mod explicit despre:

- sentimente (*îmi place / displace; iubesc / urăsc*etc.),
- senzații (*mă arde / mă doare; amețesc; mă înveselește / mă întristează / mă enervează*etc.),
- dispoziții (*sunt vesel / trist / îndurerat / suspicios*),
- atitudini (*sunt liniștit / încrezător / supărat / furios*).

Anumite alte caracteristici ale mesajului pot transmite implicit indicii cu privire la existența stărilor afective. De pildă, folosirea diminutivelor (*guriță, mânuță*etc.) transmite altă atitudine față de obiectul comunicării sau față de interlocutor decât folosirea augmentativelor (*mânoacă*), la fel, înlocuirea denumirilor anatomice umane cu cele referitoare la anatomia animală (*bot* în loc de *gură*) comunică implicit o atitudine emoțională a vorbitorului.

• **Funcția conativă**, reprezintă limbajul receptorului sau a destinatarului, acela de a-și însuși conținutul mesajului transmis de către emițător. În modelul lui Jakobson, ea este orientată dinspre emițător spre receptor într-un prim moment al comunicării. Apoi, când polaritatea se schimbă și receptorul, răspunzând stimulilor emițătorului inițial, se transformă în emițător de discurs la rândul său, funcția conativă se manifestă dinspre noul emițător spre emițătorul inițial, devenit receptor. Exemplul dat de autor este ilustrativ: primul cuvânt pronunțat într-o convorbire telefonică este „Alo!”, a cărui funcție este pur conativă. La „Alo!” se răspunde automat cu „Da!”, care nu e, în acest caz, o afirmație propriu-zisă, ci răspunsul la stimulul dat. El ia forma afirmației prin aceea că reprezintă un răspuns favorabil



comunicării, „pozitiv”. În orice caz, prin mesajul în chestiune, emițătorul îi transmite receptorului imperativul de a se angaja în actul comunicării, ceea ce receptorul chiar face. Situația în care o persoană face un apel telefonic, dar nu emite un mesaj verbal pe această cale, este și mai interesantă, pentru că pune în funcțiune, pe de o parte, o expectativă de sorginte cultural-experiențială (cel ce primește apelul se așteaptă să audă o voce care emite mesajul codat uzual), contrazisă prin absența mesajului, iar pe de altă parte transformă receptorul apelului telefonic într-un emițător insistent în a realiza funcția conativă de a-l obliga pe apelant să intre în dialog: „Alo! Cine-i la telefon? Vorbește!” etc.

În practica medicală, funcția conativă se poate manifesta prin intermediul altor formule. De exemplu, întrebarea „Cine urmează?” pusă de asistentul(a) care introduce pacienții în cabinet nu vizează *identitatea* următorului pacient, ci funcționează ca semnal că acesta poate intra în cabinet, inițiind relația cu medicul.

• **Mesajului** îi corespunde **funcția poietică** (de la gr. *poiein* = a face, a realiza). Prin această funcție, subiectul vorbitor își manifestă reflecția și opțiunile cu privire la modul cum se alcătuiește mesajul în contextul său specific și în raport cu obiectivele comunicării. De exemplu, o propoziție logică poate fi pusă în discurs sub forma unei afirmații, a unei întrebări retorice, a unei negații a contrariului ei etc. Astfel, propoziția „S nu se spală pe dinți” poate lua formele pragmatice:

- a) „S nu se spală pe dinți” (afirmație);
- b) „Oare S se spală vreodată pe dinți?” (interogație, dubiu);
- c) „Nu s-ar zice că S se omoară cu spălatul pe dinți” (negație);
- d) „S-ar putea să se spele mai des pe dinți” (probabilitate);
- e) „Ar fi bine ca S să se spele mai des pe dinți” (recomandare) etc.

În modul cel mai caracteristic, funcția poietică se realizează, însă, prin jocurile de cuvinte, prin metafore, metonimii și creații lexicale noi. Desigur, aceste enunțuri – pregnante prin noutatea lor și prin evocarea sintetică a unui conținut semantic dens – au fost prețuite și asimilate de comunitatea lingvistică receptoare, care le-a transmis din generație în generație, banalizându-le (făcând ca ineditul lor să dispară). Astfel, vorbitorii din generațiile ulterioare nu le mai sesizează neapărat caracterul poietic, de plăsmuire a sensului, dar cu toate acestea el există, inserat în istoricul cuvântului (sintagmei).

Se observă, așadar, că funcția poietică nu se confundă cu poeticul și poezia, caracterizând comunicarea indiferent de domeniul din realitate la care se referă mesajul.

• **Contextului** (referentului) îi corespunde **funcția referențială**. Este inversul precedentei, pentru că ea se focalizează asupra conținutului mesajului, asupra informației transmise și nu asupra modului în care aceasta a fost transmisă.

Termenul de „context” denotă ansamblul de existenți din afara mesajului, care se pot regăsi (sau nu) în elemente lingvistice cuprinse în acest mesaj. În sensul cel mai larg, așadar, termenul de „context” vizează întreaga lume, la ai cărei constituenți se poate referi orice mesaj elaborat și comunicat. Într-un sens mai restrâns, „contextul” cuprinde anumite convenții culturale care joacă rolul de repere semantice pentru mesajele comunicate într-un timp și loc anume.

Termenul de „referent” are, de asemenea, o accepțiune largă și una restrânsă. Potrivit accepțiunii restrânse, referentul este obiectul din afara limbajului pe care îl denumeste, potrivit convenției descrise în lucrare [67], un semn lingvistic emis în eter sau scris. Cu alte cuvinte, referentul obiectului numit „unit dentar” este un artefact din metal, prevăzut cu un număr de accesorii, care permite așezarea pacientului într-o poziție adecvată efectuării tratamentului și face disponibile medicului o serie de funcțiuni pentru realizarea manoperelor de medicină dentară. Accepțiunea restrânsă a termenului de „referent” este și cea mai frecventă. În rare cazuri, prin „referent” se înțelege realitatea în ansamblu, ceea ce reprezintă accepțiunea largită a termenului.

- **Codului** îi corespunde **funcția metalingvistică**. Aceasta e funcția limbajului de a se face explicit, de a permite utilizatorilor înțelegerea și asumarea regulilor după care se realizează comunicarea, pentru a fi în măsură să codeze și să decodeze mesaje. Dacă posibilia utilizatori nu cunosc în întregime codul, ei pot distorsiona sensurile mesajelor, folosind în mod inadecvat operațiile de codare și decodare.

Exemplul pe care îl dă Roman Jakobson cu privire la funcția metalingvistică vizează folosirea cuvintelor din argoul studențesc, pe care cei aflați în afara mediilor universitare nu le cunosc neapărat. Dar la fel se întâmplă și cu termenii medicali, care nu sunt întotdeauna cunoscuți pacienților. Folosirea acestora în explicațiile oferite de medic poate să aibă drept rezultat opacizarea mesajului, chiar și atunci când interlocutorul este un intelectual de altă formație decât cea medicală. În acest punct al discuției, chiar, trebuie atrasă atenția asupra unui efect pervers al profesionalizării.

Tendința specialiștilor de a se face pe deplin înțeleși folosind o terminologie consacrată, lipsită de echivoc, în sesiunile de comunicări și schimburi de experiență pe teme profesionale, i-ar putea determina pe aceștia să procedeze la fel când au de-a face cu pacienții. Când pacientul este un intelectual, diferența de nivel de educație dintre medic și pacient e practic nulă, diferind doar sfera educațională. De aceea, la un moment dat, medicul poate fi tentat să se exprime ca și când ar face o prezentare de caz unui coleg. Riscul de a fi greșit înțeles apare mai ales atunci când termenii de specialitate prezintă asemănări formale cu neologisme folosite curent de categoriile educate ale populației, dar au sensuri complet diferite în limbajul comun și în cel de specialitate. De pildă, termenul de „placă” poate fi decodat de un neurolog drept „conexiune a butonilor terminali ai unei căi eferente cu mușchiul efector”. Am întâlnit și cazul când același cuvânt a fost înțeles ca sinonim pentru „proteza mobilă” și numai prin adăugarea specificării „bacteriană” a fost posibilă aproximarea, de către pacient, a referentului real.

- În sfârșit, **canalului**, prin care se transmite mesajul, îi corespunde **funcția fatică**. În comunicarea directă, când interlocutorii stau față în față, e puțin probabil ca mesajul să fie perturbat de factori ținând de canalul de comunicare. (Excepție fac cazurile de surditate și cele de autism.) Și în acest caz, exemplul telefoniei este unul edificator, de aceea a fost ales de Roman Jakobson pentru ilustrarea acestei funcții. Dacă apar întreruperi sau bruiaje în comunicarea telefonică, receptorul care

nu a putut percepe mesajul intervine: „Alo ! Nu te aud prea bine. Ce-ai spus?” Ceea ce se urmărește prin exercitarea funcției fatice este, în esență, asigurarea integrității canalului de comunicare. [68]

Importanța funcției fatice apare, așadar, cu mai mare pregnanță în comunicarea indirectă, prin telefon, prin scris și prin mijloacele moderne de transmitere a informației. Atunci când punctele minuscule ce alcătuiesc imaginea unui text tipărit sau transmis prin mijloace IT se dislocă, literele nu mai pot fi recunoscute, sensul nu mai poate fi descoperit instantaneu. În astfel de situații au loc discuții ce ilustrează funcția fatică a limbajului: „Ce literă e asta?” „Ce reprezintă imaginea aceasta?” etc.

În practică, funcția fatică și funcția metalingvistică se manifestă adesea împreună, ca generatoare ale unei problematice comune, deoarece turbulențele apărute pe canalul de comunicație pot duce la percepții distorsionate, cu privire la sensul mesajului recepționat. Principial, însă, ele sunt diferite, iar modelul structural al lui Roman Jakobson le evidențiază ca atare. [69]

### Alte taxonomii

Cea mai mare parte a taxinomiilor de după Jakobson exprimă funcțiile comunicării cu ajutorul unor verbe la infinitiv, răspunzând întrebării „De ce comunicam?”.

Guy Spielmann de la Georgetown University, în tabelul de mai jos propune un clasament în zece categorii:

**Tabelul 2. Taxonomii ale limbajului**

<b>A forma / a menține legătura</b>	A angaja contactul, a saluta, a face cunoștință, a sparge gheața, a se prezenta, a glumi.
<b>A acționa împreună / asupra receptorului</b>	A coopera, a propune o acțiune, a solicita, a negocia, a dirija, a ordona, a amenința, a încuraja, a da instrucțiuni.
<b>A informa</b>	A înregistra, a raporta, a implica, a explica, a recapitula, a povesti, a descrie.
<b>A evalua</b>	A ghici, a prezice, a proiecta, a formula ipoteze, a imagina, a inventa, a se pune în locul cuiva, a calcula, a aprecia, a judeca, a critica, a-și bate joc de cineva.
<b>A se exprima</b>	A formula opinii, atitudini, valori, sentimente, emoții, a-și dirija acțiunea, a practica introspecția.
<b>A căuta</b>	A chestiona, a ancheta, a se informa, a considera, a examina, a delibera.
<b>A stabili raporturi</b>	A compara prin analogie sau metaforă, a clasifica, a defini, a identifica, a ordona în secvențe, a formula ipoteze, a dovedi, a deduce, a induce, a justifica.
<b>A teoretiza</b>	A analiza, a generaliza.
<b>A elucida</b>	A elucida, a traduce, a descifra, a adnota.
<b>A se juca</b>	A manipula exprimarea în scopuri pur estetice. A face rime, jocuri de cuvinte, a deforma în mod voluntar limbajul, a compune anagrame, rebusuri, șarade.

### 1.3.2.2.Axiomele comunicării

**Axioma 1:** *„Comunicarea este inevitabilă” sau „Non-comunicarea este imposibilă”*

Reprezentanții Școlii de la Palo Alto pornesc de la ideea că pentru a cunoaște în adâncime mecanismele proceselor de comunicare, trebuie studiate situațiile în care acestea suferă dereglări sau blocaje.

**Axioma 2:** *„Comunicarea se desfășoară la două nivele: informațional și relațional, cel de-al doilea oferind indicații de interpretare a conținutului celui dintâi”*

Această axiomă are sens numai dacă integrăm în sfera comunicării și transmiterea neintenționată de informație, ce se realizează prin intermediul indiciilor. Reprezentanții Școlii de la Palo Alto considerau că orice comportament are o anumită valoare comunicativă, și nu doar mimica și gesturile, ci și absența lor este elocventă. Mihai Dinu [70] exemplifică cazul omului care tace și astfel prin poziția lui de non-comunicare, „spune” și el ceva: poziția corpului, culoarea obrazilor, orientarea privirii, expresia ochilor etc. oferă numeroase indicii metacomunicaționale necesare pentru a descifra semnificația reală a tăcerii lui. Putem întâlni tăceri admirative, tăceri plictisite, tăceri meditative, tăceri mânioase, tăceri sfidătoare, tăceri stingherite etc. „Cel care îți ține buzele lipite, vorbește cu vârful degetelor” spunea pe bună dreptate Freud[71], mult înaintea cercetătorilor de la Palo Alto.

Aceeași informație poate fi transmisă pe un ton amabil sau răstit, dar e greu de crezut că interacțiunea dintre Emițător și Receptor va continua în același fel în ambele situații. Se știe de la George Enescu încoace că „tonul face muzica”, vorbitorii acordând planului relațional o importanță decisivă. Relația de interacțiune generează adesea conflicte ireconciliabile. Cercetătorii de la Palo Alto arătau că atenția acordată comunicării distruge comunicarea însăși. Doi oameni între care lucrurile nu mai merg ca înainte își vânează reciproc toate indiciile non-verbale de natură să demonstreze că celălalt e de vina. Mihai Dinu[72] concluzionează astfel că „mecanismele înțelegerii reciproce funcționează bine exact atunci când nu le percepem”.

**Axioma 3:** *„Comunicarea e un proces continuu, ce nu poate fi tratat în termeni de cauză-efect sau stimul-răspuns”*

Watzlawick a dat un exemplu foarte concludent acestei axiome și anume: un patron își supraveghează exagerat angajații, argumentând ca aceștia comit greșeli, în timp ce ei se plâng că greșesc tocmai pentru că sunt prea insistent supravegheați. Vedem, astfel, că nu putem interpreta lanțul comunicării ca pe un „element seg-

mentabil în acte bine delimitate, interpretate arbitrar drept cauze sau efecte, conflictul întemeindu-se pe faptul că ceea ce unii consideră drept cauze, sunt pentru alții efecte”. Procesul comunicării urmează principiul spiralei, comunicarea e continuă, mesajele se intercondiționează într-o manieră complexă.

**Axioma 4:** „*Comunicarea îmbracă fie o formă digitală, fie una analogică*”

După cum am observat deja, termenii provin din cibernetică, unde un sistem este considerat digital atunci când operează cu o logică binară (Da sau Nu; 1 sau 0) și analogic când utilizează o logică cu o infinitate continuă de valori. Întrebarea dacă o statuie e ecvestră sau pedestră poate avea doar două răspunsuri logice, replica intermediară „așa și așa” fiind absurdă. În schimb, o întrebare despre frumusețea vremii sau despre prospețimea mâncării nu poate primi numai două răspunsuri logice, confruntându-ne cu o infinitate de posibilități. Intonația cu care pronunțăm cuvintele poate fi și ea variabilă, astfel, ajungem la concluzia că modalitatea lingvistică de comunicare este una digitală, în vreme ce comunicarea paralingvistică are caracter analogic, la fel ca și comunicarea gestuală.

**Axioma 5:** „*Comunicarea este ireversibilă*”

Orice comunicare produce, o dată receptată, un anumit efect asupra receptorului. Efectul poate fi extrem de variabil: imediat sau manifestat cu întârziere, perceptibil sau nu pentru un observator din afară, efemer sau de lungă durată. Orice comunicare are capacitatea de a ne modifica, căci noi suntem rezultatul interacțiunilor cu ceilalți, care, voit sau nu, modifică ceva în percepția și concepția noastră despre lume și despre noi înșine. Comunicarea este ireversibilă, pentru că, odată produsă, ea declanșează un mecanism care nu mai poate fi dat înapoi ca acele unui ceasornic. Zadarnic te scuzi sau „îți retragi cuvintele” după ce l-ai jignit pe interlocutor, efectele spuselor noastre s-au produs deja. Revenirea asupra mesajelor transmise nu mai poate anihila efectele. De aceea, trebuie să ne controlăm manifestările comunicative.

**Axioma 6:** „*Comunicarea presupune raporturi de forță și ea implică tranzacții simetrice sau complementare*”

Egalitatea participanților la actul de comunicare trebuie să existe pentru o comunicare eficientă. Afișarea superiorității, neacordarea dreptului la replică, snobismul comunicațional, toate acestea minează procesul de comunicare și îi diminuează valoarea socială și umană.

Există două tipuri principale de interacțiuni:

- *interacțiuni tranzacționale*
- *interacțiuni personale*

În cazul interacțiunilor tranzacționale, rolul participanților rămâne neschimbat de-a lungul comunicării (profesor-student, medic-pacient, vânzător – cumpărător), aceste raporturi fixe eliminând din start posibilitatea realizării egalității în comunicare. Interacțiunile personale (dintre prieteni, soți, colegi) presupun nu dispariția rolurilor, ci fluidizarea lor, participanții la comunicare ajungând pe rând în poziție dominantă. Mihai Dinu [73] arată că simetrice sunt actele de comunicare în care răspunsurile sunt de același tip cu stimulii: la un ton răstit răspunzi cu un ton răstit, geloziei îi răspunzi cu gelozie, batjocurii cu batjocură, tăcerii cu tăcere etc. Dacă stimulii și răspunsurile sunt opuse, comunicarea are din nou de suferit: dacă un participant vorbește cu însuflețireși celălalt e apatic. Comunicarea poate fi influențată pozitiv, atunci când iritării i se răspunde cu calm și răbdare.

**Axioma 7: „Comunicarea presupune procese de ajustare și acomodare”**

Pentru ca înțelegerea să se realizeze este necesară o negociere a sensurilor, al cărei studiu face obiectul „praxematicii”, disciplina lingvistică inițiată de Robert Lafont [74]. Dacă analizăm cu atenție tratativele româno-ungare, vedem că reconcilierea a întârziat din cauza accepțiunilor diferite acordate conceptului de „autonomie pe criterii etnice”. Limba franceză cunoaște expresia „accordons nos violons” folosită atunci când participanții la comunicare vorbesc fiecare pe „limba” sa. Această acordare, ajustare este indispensabilă oricărei comunicări adevărate. [78-81]

### **1.3.3. Eficiență versus ineficiență în comunicare**

*„Avem două urechi și o singură gură, ca să ascultăm de două ori mai mult decât vorbim!”*

O comunicare eficientă, după Holdevici I., 2000, presupune ca persoana să-și exprime sentimentele în mod deschis și direct încurajându-l pe partenerul său de discuție să facă același lucru. Altfel spus primul spune ce gândește și ce simte și încearcă să înțeleagă ce gândește și ce simte cel din urmă.

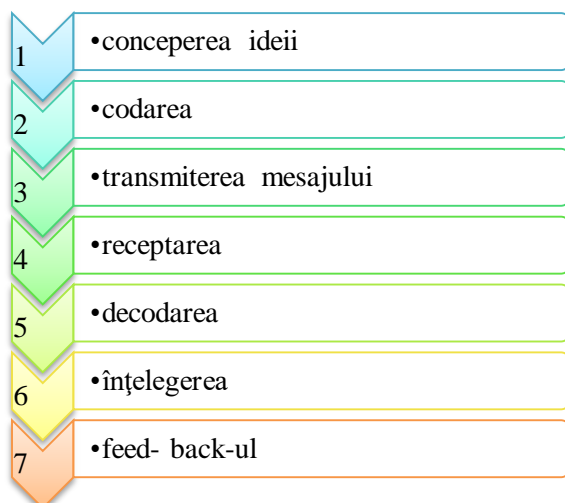
Deci, comunicarea eficientă implică exprimarea deschisă și ascultarea activă, în timp ce comunicarea ineficientă presupune refuzul părților de a împărtăși în mod deschis sentimentele și refuzul de a asculta ce are de spus celălalt [5,82].

**A comunica eficient înseamnă:**

- atunci când transmiți informații:
  - să ceri ceea ce dorești să ceri,
  - să spui „Nu” atunci când nu dorești să faci/să spui ceva,
  - să exprimi ceea ce simți, în mod direct și fără să aduci atingeri nici demnității tale și nici demnității celui alt.
- atunci când recepționezi informații:

- să asculți activ
- să ceri sau să dai feedback
- să știi să formulezi întrebări închise sau deschise în funcție de informațiile transmise celuilalt
- să summarizezi și să parafrizezi.

Etapele unei comunicări eficiente sunt următoarele:



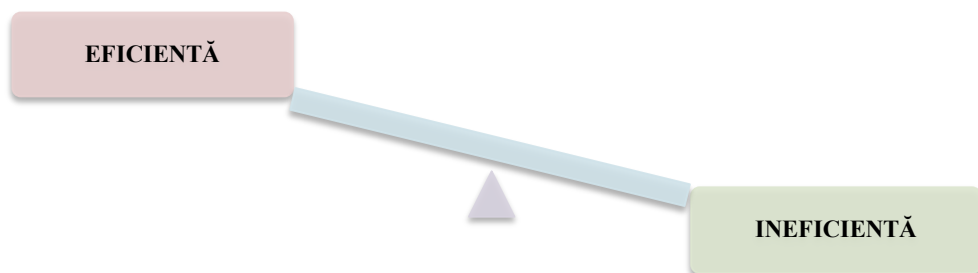
**Figura 21. Etapele comunicării eficiente**

Pentru o comunicare eficientă trebuie să ținem cont de faptul că:

- Toți oamenii pot să comunice într-un sens sau altul, important este să îi încurajăm.
- A comunica presupune cunoaștere de sine și stimă de sine.
- A comunica presupune conștientizarea nevoilor celuilalt.
- A comunica presupune a ști să asculți.
- A comunica presupune a-i da celuilalt un mesaj că ai înțeles.
- A comunica presupune a înțelege procesualitatea unei relații.
- A comunica presupune a ști să îți exprimi sentimentele.
- A comunica presupune a accepta conflictele.
- A comunica presupune asumarea rezolvării conflictelor.
- A comunica presupune a înțelege mesajele.

A comunica ineficient înseamnă a ține cont, atunci când transmiți sau recepționezi informații, doar de nevoile proprii, sau strict de nevoile celuilalt. Această formă de comunicare determină un comportament pasiv sau agresiv față de celălalt.

Putem vorbi de o comunicare bună, numai în cazul în care înclinăm balanța comunicării spre prima componentă sau cel puțin dacă o menținem în echilibru.



**Figura 22. Balanța comunicării**

În 1989 Burns elaborează și prezintă o listă în care descrie:

**I. Obstacolele care stau în calea unei comunicări eficiente:**

1. *Adevărul* îmi aparține - „eu am dreptate”;
2. *Blamarea* - „ceilalți sunt de vină pentru ceea ce s-a întâmplat”;
3. *Martirizarea* - „sunt o victimă inocentă”;
4. *Descalificarea* - „tu greșești pentru că întotdeauna faci sau niciodată nu faci anumite lucruri”;
5. *Lipsa de speranță* - „abandonez disputa, nici nu merită să mai încerc”;
6. *Spiritul revendicativ* - „merit mai mult decât atât, dar refuz să-ți spun ceea ce doresc”;
7. *Negarea* - „refuz să-ți spun că mă simt supărat, lovit când, de fapt, eu așa mă simt”;
8. *Agresivitatea pasivă* - „mă retrag fără să spun nimic, ies ca o furtună din cameră și trântesc ușa”;
9. *Autoblamarea* - „sunt o persoană demnă de dispreț și mă acuz pentru ce s-a întâmplat”;
10. *Acordarea de soluții* - „nu sunt atent să te ascult cât de trist și supărat ești, ci caut soluții pentru schimbare”;
11. *Sarcasmul* - „tonul și cuvintele mele reflectă tensiune și ostilitate, dar nu le recunosc deschis”;
12. *Țapul ispășitor sau tactica* - „tu ai o problemă, eu sunt fericit, echilibrat și neimplicat în conflict”;
13. *Defensivitatea* - „refuz să admit că fac ceva greșit sau că am vreo imperfecțiune”;
14. *Contraatacul* - „nu conștientizez ceea ce simți și răspund la critică cu aceeași monedă”;
15. *Diversitatea* - „nu mă interesează ce s-a întâmplat și ce simțim acum și aici”, „am o listă întreagă de neînțelegeri și conflicte trecute”.



## **II. Atitudini ce împiedică comunicarea adecvată între indivizi:**

1. fobia de conflicte - emițătorul se teme de conflicte sau de resentimente exprimate din partea receptorului, astfel aplică „politica struțului”;
2. perfecționismul emoțional - emițătorul este convins de faptul că oamenii vor afla ce simte cu adevărat;
3. teama de dezaprobare și respingere - subiectul se teme că oamenii nu îl vor agreea dacă își va exprima propriile idei și sentimente;
4. agresivitatea pasivă - emițătorul își reprimă sentimentele de frustrare și ostilitate, în loc să le exprime în mod deschis;
5. lipsa de speranță - emițătorul crede că a încercat totul și că nimic nu a dat rezultate, astfel ajunge la concluzia că situația dată este lipsită de speranță și astfel renunță înainte să încerce;
6. nivelul scăzut al autonomiei - emițătorul consideră că nu are dreptul să-și exprime sentimentele sau să le ceară celorlalți anumite lucruri;
7. spontaneitatea - subiectul consideră că orice modificare în stilul său personal de cunoaștere este ridicolă și pare falsă;
8. citirea gândului - emițătorul crede că ceilalți trebuie să știe ce simte și ce dorește el, fără a fi necesar să-și exprime în mod deschis sentimentele și dorințele;
9. tendința de maturizare - emițătorul se teme să recunoască faptul că este supărat, deoarece nu dorește să dea nimănui satisfacția de a afla că l-a rănit, suferind în tăcere;
10. nevoia de a rezolva problema - emițătorul are un conflict cu cineva, încearcă să rezolve problema, în loc să împărtășească în mod deschis sentimentele și să asculte ceea ce simte receptorul.

## **III. Atitudini care împiedică ascultarea celorlalți:**

1. convingerea că dreptatea este de partea emițătorului - emițătorul își închipuie că numai el are dreptate și că celălalt se înșală;
2. blamarea - emițătorul este convins că problema a fost generată de greșeala celeilalte persoane, conferindu-i dreptul de a-l blama;
3. nevoia de victimizare - individul își plânge de milă și consideră că ceilalți îl tratează în mod nedrept datorită egoismului și lipsei lor de sensibilitate;
4. scoaterea din cauză - emițătorul nu-și poate imagina că a contribuit într-un fel la crearea problemei apărute, pentru că nu sesizează impactul comportamentului său asupra celorlalți;
5. defensivitatea - emițătorului îi este atât de teamă de critică, încât nu suportă să audă nimic negativ sau dezagreabil;
6. hipersensibilizarea la constrângere - emițătorul se teme să cedeze sau să fie condusă;
7. solicitarea exagerată față de ceilalți - emițătorul se crede îndreptățit să beneficieze de un tratament preferențial din partea celorlalți și se simte frustrat atunci când nu este tratat așa cum s-a așteptat;

8. egoismul - emițătorul dorește un anumit lucru, într-un moment anume și face crize de isterie dacă nu-l obține și nu este interesat de ceea ce cred sau simt alții;
9. neîncrederea - emițătorul se înconjoară de un zid de frică deoarece consideră că dacă va asculta și va căuta să înțeleagă ce simt și gândesc ceilalți, aceștia vor profita de el;
10. nevoia compulsivă de a oferi ajutor - emițătorul simte nevoia să-i ajute pe ceilalți, dacă aceștia nu doresc decât să fie ascultați [5,83,84].

În cazul **EMIȚĂTORULUI** eficiența comunicării se determină prin a analiza următoarele:

- Tot ceea ce dorește să spună cu tot ceea ce ar fi necesar de spus;
- Tot ceea ce ar dori să spună cu tot ceea ce ar fi reușit să spună.

În cazul **RECEPTORULUI**, eficiența comunicării se bazează pe ceea ce:

- crede ca i-a fost spus;
- se așteaptă să-i fie spus;
- ascultă;
- înțelege;
- reține;
- simte.

Statistic în procesul comunicării, reținem:

- 10% din ceea ce citim;
- 15% din ceea ce ascultăm;
- 25% din ceea ce vedem;
- 40-50% din ceea ce aflăm prin metode audio-vizuale (procesul de ascultare împletit cu cel de vedere);
- 70% din ceea ce repetăm verbal sau scris;
- 80% din ceea ce aplicăm prin metode practice;
- 90% din ceea ce aplicăm prin metode practice însoțite de comentarii.

### **1.3.4. Bariere în comunicare**

De fiecare dată când utilizăm limba, în forma ei vorbită sau scrisă, urmărim aceleași patru scopuri principale (oricare ar fi obiectivul urmărit de noi, fie el de a explica, de a influența, de a educa sau de a convinge). Acestea sunt:

- să fim auziți sau citiți;
- să fim înțeleși;
- să fim acceptați;
- să provocăm reacție (o schimbare de comportament sau de atitudine).

Nereușita în atingerea acestor obiective înseamnă că ceva în derularea comunicării nu funcționează corespunzător, adică a interferat ceva în transmiterea mesajelor. Orice interferează cu procesul de comunicare poartă denumirea de **barieră**, dificultate sau noise.

Barierile în comunicare se produc atunci când receptorul mesajului comunicat nu receptează sau interpretează greșit sensul dorit de emițător. O comunicare eficientă urmărește să reducă motivele care determină aceste fenomene. Înțelesurile se regăsesc în oameni și nu în cuvinte, astfel că identificarea factorilor care conduc la interpretări greșite este primul pas spre o comunicare eficientă.

### Caracterizarea principalelor bariere de comunicare

Barierile de comunicare nu acționează izolat, unele de altele. Astfel în procesul comunicării, barierele de comunicare se succed, se întrepătrund, se influențează reciproc, de regulă se însumează, iar în anumite combinații pot duce la distorsionarea gravă a informației ori la prejudicierea sau chiar blocarea comunicării. Termenul „zgomot”, utilizat de unii autori pentru a denumi ansamblul barierelor de comunicare, este expresia acestui efect combinat, care este perceput ca un factor general de diminuare a capacității de comunicare. Analizând, însă, barierele de comunicare pe tipuri și componente, putem descoperi soluțiile optime de diminuare a efectelor lor dăunătoare, pentru a asigura un mediu comunicațional stabil și optim.

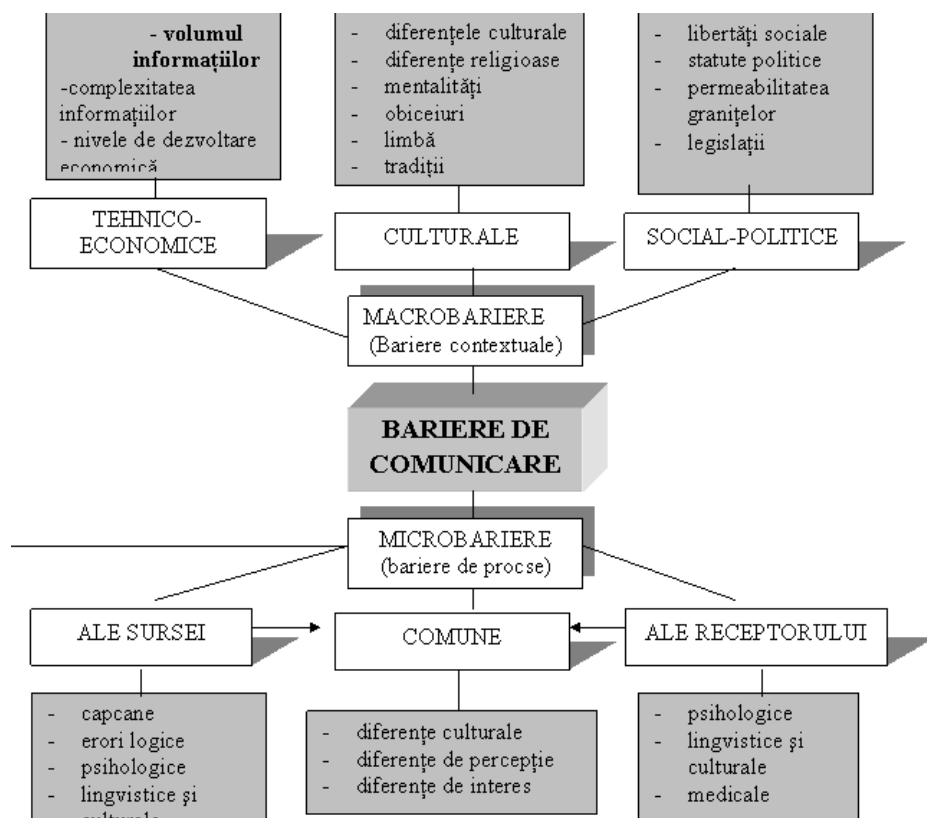


Figura 23. Bariere în comunicare [85]

## **Macrobarierile de comunicare**

Așa cum afirma Samuel C. Certo, „macrobarierile de comunicare sunt factori care împiedică succesul comunicării într-un proces general de comunicare.” Cu o caracterizare mai largă, macrobarierile de comunicare sunt acei factori care acționează asupra procesului de comunicare din afara lui. Specificul acestor factori este acela că ei nu intervin direct în structura comunicării, fiind de altă natură decât materialul comunicării, care este informația propriu-zisă. Tocmai de aceea aceste bariere pot fi denumite și bariere contextuale.[85,86]

➤ **Macrobarierile tehnico-economice** - acționează din interiorul mediului în care are loc comunicarea. Astfel, nevoia sporită de informații, deci creșterea volumului acestora, ca urmare a creșterii nivelului și complexității vieții social-culturale, vine, la un moment dat, în contradicție cu capacitatea de operare a rețelelor de informații, dar și cu capacitatea de absorbție a acestora de către actorii comunicării: sursa și receptorul. Soluția contracarării acestei bariere este selectarea informațiilor în funcție de importanța lor și distribuirea acestora numai spre receptorii interesați de ele. Totodată, se impune alegerea redundanței optime a informației, chiar dacă folosirea mai multor semne decât ar fi necesar pentru receptare ar părea o și mai mare încărcare a canalelor de comunicare. În ce privește complexitatea tot mai mare a informațiilor, ea ține tot de contextul social-cultural. Informatizarea și matematizarea proceselor economico-sociale, încorporarea tot mai accentuată a noilor descoperiri științifice în viața socială implică inevitabil o creștere a complexității materialului necesar a fi comunicat, fapt care, de asemenea, poate determina reducerea capacității de preluare a acestei complexități de către sistemele de comunicare. Soluțiile contracarării acestei macrobariere pot fi găsite pe două direcții convergente:

- simplificarea la maxim a procesului de comunicare și selectarea receptorilor în funcție de capacitatea de înțelegere
- apropierea receptorilor de complexitate, printr-o permanentă pregătire științifică.

Nivelul de dezvoltare economică este o macrobarieră de comunicare în mod deosebit în comunicarea externă, între diferite organizații, dar și în cea internațională. Nivelele de dezvoltare economică diferite ale unor organizații, state sau regiuni sunt factori care frânează dezvoltarea unei comunicări eficiente. Fiecare dintre părțile participante la proces are un alt sistem de canale de comunicare, un alt model al categoriilor și codurilor, chiar un alt obiect al comunicării. Dincolo de diferențele lingvistice, care pot fi atenuate printr-o bună organizare a transferului de semnificații, rămân diferențele tehnologice, operaționale, conceptuale care fac, imposibilă angrenarea eficientă a sistemelor informaționale. Dificultățile prin care trec, în prezent, țările care aderă la structurile europene și euroatlantice se datorează, în bună măsură, și barierele de comunicare determinate de nivelele diferite de dezvoltare economică. Acest domeniu este cel mai greu de abordat în termenii soluțiilor de contracarare. Apropierea nivelurilor de dezvoltare economică

este un deziderat de foarte lungă durată, fără realizări spectaculoase pe termen scurt. Cu toate acestea, pe plan internațional se iau anumite măsuri, în special pe linia apropierei modelelor și sistemelor de comunicare. În acest scop, țările dezvoltate, ca și organizațiile internaționale, investesc sume considerabile, atât în modernizarea infrastructurilor de comunicare, cât și în introducerea, în sistemele educaționale din țările rămase în urmă, a noilor concepte și modele de comunicare.

➤ **Macrobarierile culturale.** Contextul cultural are o semnificație majoră pentru determinarea eficienței comunicării. Jean-Claude Abric observa faptul că „în sens strict, microcultura unei organizații, a unei instituții, a unui grup social dat determină moduri de comunicare și un sistem de interacțiuni care poate fi în totalitate specific. În sens larg, fiecare dintre noi știe din propria experiență că tentativa de a comunica cu interlocutori aparținând altei culturi - în lipsa unor mijloace potrivite de codare și decodare a informației transmise – poate fi un demers de o dificultate extremă.” Probleme majore apar și în ceea ce privește diferențele religioase. Se știe că diferitele doctrine religioase privilegiază anumite simboluri, semnificații, comportamente, atitudini și practici care trec dincolo de experiența religioasă, în experiența practică, inclusiv în cea de comunicare. De aceea, comunicarea între indivizi sau grupuri umane cu apartenențe religioase diferite este pusă, uneori, în dificultate. La toate acestea se adaugă diferențieri legate de obiceiuri, tradiții, mentalități încorporate în sisteme diferite demoralități și coduri etice diferite.

O macrobarieră culturală este bariera lingvistică. Comunicarea, îndeosebi în organizațiile multietnice, este puternic afectată de diferențele lingvistice dintre membrii acestor organizații. Se știe, deja, că în tentativa unui mare număr de cetățeni români de a găsi locuri de muncă în țările dezvoltate, prima barieră este necunoașterea limbii oficiale a țării respective. La nivelul comunicării dintre organizații, bariera este mai ușor de contracarat, prin pregătirea specială a unor interpreți. La nivelul intern al organizațiilor, însă, nici timpul și nici resursele organizației nu permit folosirea interpretului.

Măsuri de contracarare a barierelor de comunicare lingvistice:

- Dezvoltarea unor acțiuni de cunoaștere reciprocă a culturilor aflate în relație de comunicare;
- Identificarea acelor obiceiuri, mentalități, reguli de conduită ale partenerilor de comunicare care au semnificație pentru comunicare;

Respectarea credinței religioase a fiecărui partener fără nicio discriminare. Sunt contraproductive:

- discriminarea negativă (interdicția, blamarea, opresiunea, obligarea);
- discriminarea pozitivă (stimularea diferenței, încurajarea prozelitismului, acordarea de bonificații pe criterii religioase etc.);
- Pregătirea minuțioasă a canalelor de interpretare în situația derulării unor acte de comunicare între grupuri umane sau indivizi care folosesc limbi diferite. Încercarea unor psihologi de a utiliza limba partenerului de dialog în condițiile cunoașterii aproximative a acesteia este contraproductivă și poate determina pierderi însemnate în înțelegerea reciprocă.

**Macrobarierele social-politice.** Neglijarea influenței acestora asupra comunicării ar fi, însă, o greșală, în condițiile în care apar destul de des dificultăți majore de comunicare provocate de acestea. Este suficient să evidențiem dificultățile de comunicare într-un grup uman în care membrii acesteia aparțin sau sunt simpatizanții unor partide politice aflate în raporturi de opoziție. Când acești membri au, în respectivele partide, și funcții de conducere, prăpastia comunicării este și mai evidentă, cu toate recomandările celor care susțin că simpatiile politice pot fi eludate. Contracurarea barierelor social-politice este aproape la fel de grea ca și cea a barierelor tehnico-economice și totodată dependent de ele. Ea înseamnă actualizarea permanentă a legislației, deschidere internațională, asistență internă și internațională pentru segmentele defavorizate ale societății, iar în plan politic maturizarea clasei politice, schimbarea mesajului politic, din unul distructiv în unul constructiv, asimilarea regulilor jocului politic intern și internațional

### ***Microbarierele de comunicare.***

Considerate de Samuel C. Certo „factori care împiedică succesul comunicării într-un proces specific de comunicare”, microbarierele de comunicare pot fi denumite și bariere de proces, ele acționând din intimitatea procesului, pe componentele și fazele acestuia. Literatura de specialitate alocă cea mai mare importanță acestui tip de bariere de comunicare. Fiind relative la un proces care poate fi izolat și analizat pe părți, acest tip de bariere pare mai ușor de conceptualizat și măsurat. Analiza conținutului și semnificației acestor bariere se face ținând cont de componentele procesului de comunicare (sursa, canal, receptor) și relațiile dintre ele.

În lucrarea *ABC-ul comunicării manageriale*, Monica Voicu și Costache Rusu apreciază că „barierele în procesul de comunicare reprezintă orice lucru care reduce fidelitatea sau eficiența transferului de mesaj” și prezintă o clasificare a barierelor de comunicare. Astfel întâlnim: [87]

I. **Barierele de limbaj** au drept cauze: aceleași cuvinte au sensuri diferite pentru diferite persoane, cel ce vorbește și cel ce ascultă se pot deosebi ca pregătire și experiență, starea emoțională a receptorului poate deforma ce el aude, ideile preconceptuate și rutina influențează receptivitatea, dificultăți de exprimare, utilizarea unor cuvinte sau expresii confuze. Nivelul de pregătire al celor care comunică poate reprezenta un impediment în înțelegerea mesajului. De asemenea, ambiguitatea exprimării prin folosirea cuvintelor și expresiilor confuze, a unui limbaj defectuos și folosirea expresiilor argotice sau de jargon pot crea probleme în comunicarea dintre interlocutori. Între acestea se numără:

- **Ambiguitatea** care se referă la folosirea unui cuvânt cu sensuri distincte în cadrul aceluiași mesaj. Se ajunge, astfel, la neînțelegeri și la perceperea diferită a mesajului față de scopul său real.

- **Polarizarea** care vizează folosirea a doar două posibilități în cadrul unei situații de comunicare, deși este evidentă existența unei multitudini de soluții. Spre exemplu, se întâlnesc des expresii precum: „cine nu este susținătorul echipei noastre favorite, este împotriva ei”.

• **Generalizarea** devine evidentă atunci când intervine o situație conflictuală între interlocutori. Astfel, cei care comunică pun accent pe partea negativă a lucrurilor sau pe latura defectuoasă a celuilalt.

• **Logoreea** - se referă la defectul unor persoane de a vorbi prea mult și fără rost. Toți marii conducători au încercat să-și însușească acest atribut pentru a deveni buni oratori în fața mulțimilor.

• **Secretomania** - este opusă logoreei și face referire la tendința excesivă a unor persoane de a ascunde secretele care mai devreme sau mai târziu oricum vor fi scoase la iveală.

• **Jargonul și argoul** - sunt bariere intenționate de limbaj. Jargonul este un limbaj folosit mai ales de tineri care schimbă forma unor anumite cuvinte pentru a nu fi înțeleși de restul societății. Argoul este un limbaj codificat, o adevărată nouă limbă folosită de cei care vor să comunice fără a fi înțeleși de persoanele prezente cum ar fi hoții sau bandiții.

• **Dificultățile de exprimare** se referă la dificultatea de comunicare într-o anumită limbă sau la de greutatea de a comunica cu unele persoane cu diferite probele de sănătate.

II. **Barierile de mediu** au drept cauze: un climat de muncă necorespunzător, folosirea de suporti informaționali necorespunzători, diferențele între pregătirea emițătorului și a receptorului.

• **Egocentrismul** se referă la viziunea greșită a unora asupra sinelui, tinzând să se considere cei mai importanți în grupul din care fac parte.

• **Imaginea celuilalt** reprezintă imaginea pe care ne-o construim în cadrul societății dar și modul în care noi îi vedem pe ceilalți.

III. **Barierile datorate poziției emițătorului sau a receptorului** au drept cauze: imaginea pe care o are emițătorul și receptorul despre sine și despre receptor, caracterizarea diferită a situației în care are loc comunicarea de către emițător și receptor, sentimentele și intențiile cu care interlocutorii participă la comunicare.

• **Egocentrismul.** Avem din nou de-a face cu această problemă identificată și în cazul emițătorului. În această situație, cel care transmite mesajul consideră că spusele sale sunt mai importante și mai valoroase decât ale interlocutorului său.

• **Supraîncărcarea** cu mesaje atunci când este identificată prezența mai multor receptori, fiecare venind cu tipul său de informație.

• **Zgomotele și perturbațiile** pot determina înțelegerea greșită a mesajului transmis.

• **Neîncrederea** în ceilalți se referă la respingerea unor informații oferite de anumiți interlocutori din cauza unor situații trecute în care aceste informații s-au dovedit a fi neadevărate.

• **Percepțiile eronate** asupra actului comunicării, receptorul nefiind conștient că mesajul nu poate exista fără prezența a măcar doi interlocutori.

• **Neînțelegerea limbajului** constă în neînțelegerea corectă a mesajului datorită unor bariere de limbă, de traducere sau de sintaxă.

• **Concluziile** grăbite constau în asumarea propriei realități și de multe ori ignorarea adevărului și a ceea ce ne înconjoară în realitatea de toate zilele. Astfel, ajungem să concluzionăm greșit unele situații.

IV. **Barierile de concepție** au drept cauze: existența presupunerilor, exprimarea cu stângăcie a mesajului de către emițător, lipsa de atenție în receptarea mesajului, concluzii grăbite asupra conținutului mesajului, lipsa de interes a receptorului față de mesaj, rutina în procesul de comunicare.

• **Presupunerile** vizează informațiile insuficiente pe care le deținem în legătură cu ceilalți. Ajungem astfel să facem presupuneri legate cu capacitățile lor, ceea ce împiedică o comunicare fluentă și sinceră.

• **Neatenția** apare prin devierea gândurilor spre alte situații sau spre o altă latură a situației curente.

• **Concluziile eronate** apar în momentul încheierii unei discuții și provin dintr-o gândire insuficient dezvoltată și exploatată.

**Bariere externe** care pot apare în comunicare sunt:

- mediul fizic - spațiul real al comunicării, mai mult sau mai puțin propice ca zgomot, iluminare, temperatură, etc.;
- distanța dintre emițător și receptor - poate afecta comunicarea prin faptul că cei doi nu se pot auzi, fie că se stânjenesc reciproc;
- stimuli vizuali/olfactivi - distrag atenția. Ex: mobilierul din încăpere, un elicopter pe cer, cântecul păsărelelor, vestimentația, parfumul, machiajul, persoanele care se mișcă prin preajmă, TV-ul, etc.;
- momentul zilei sau circumstanțele nepotrivite pentru comunicare. Ex: un om este morocănos și nu se poate concentra dimineața înainte de a-și bea cafeaua;
- întreruperile repetate - telefoane, intrări sau ieșiri, bebeluși care plâng în spațiul comunicării, care stânjenesc concentrarea și provoacă o parte de stres;
- structuri organizaționale închistate - care creează sisteme de canale de comunicare formale, deseori distorsionate.

Barierile din procesul comunicării determină fie apariția unor erori în comunicare, fie îngreunarea sau blocarea acesteia; barierele pot apare în orice etapă a comunicării, uneori chiar anterior acesteia, prin zestrea psihică, fizică sau socio-culturală cu care interlocutorii se prezintă în procesul comunicării, influențându-i în mod determinant. [5, 10, 88]

Cele mai frecvent întâlnite bariere din comunicarea interpersonal sunt:

- percepțiile asupra realității;
- stereotipurile și stereotipiile.



## Percepțiile asupra realității

*Percepția - proces psihic cognitiv senzorial elementar prin intermediul căruia se reflectă unitar și integral însușirile obiectelor și fenomenelor când acestea influențează nemijlocit (direct) asupra organelor de simț. [1]*

Percepția este:

- proprietatea psihicului de a reflecta impresiile obiectelor, implicând gândirea, memoria, imaginația, formând imagini sintetice ale obiectelor receptate;
- se fundamentează pe experiența subiectivă, provoacă interese, aptitudini, stări afective. Percepția presupune prezența diferitelor senzații și decurge împreună cu senzațiile.

Pornind de la complexitatea procesului perceptiv, clasificarea percepțiilor prevede divizarea lor în forme complexe. Există mai multe criterii de clasificare a percepțiilor.

- În dependență de analizator distingem:
  - percepție vizuală - contemplarea unui tablou;
  - percepție auditivă - audierea unei melodii, unei povestiri;
  - percepție tactilă - cunoașterea unui obiect după pipăit,
- în dependență de obiectul implicat în percepție cunoaștem:
  - *percepția spațiului* - în procesul percepției spațiului distingem percepția mărimii, formei și îndepărtării obiectelor, poziția unor obiecte față de alte obiecte, care îi livrează omului repere necesare pentru formarea abilităților de orientare, evaluare, alegere de comportamente adecvate condițiilor.
  - *percepția timpului* este reflectarea duratei și succesiunii fenomenelor sau evenimentelor. Intervalele temporale sunt determinate de procesele ritmice ce au loc în organismul omului. Percepția duratei timpului depinde de conținutul activității omului. Timpul, plin de ocupații interesante, semnificative, trece repede. Dacă, însă, evenimentele sunt neinteresante, puțin importante, timpul se scurge încet. Perceperea timpului depinde de un șir de factori: omul folosește trei sisteme de referință:
    - sistemul fizico-cosmic, care oferă cunoașterea reperelor naturale - zi, noapte, poziție a astrilor, anotimpuri etc.;
    - sistemul biologic, ce depinde de succesiunea funcțiilor organismului, permițându-i individului uman să aprecieze ora mesei, timpul somnului, trezirii etc.;
    - sistemul sociocultural, constituit pe parcursul activității umane, care oferă repere cronologice - divizarea timpului în secunde, minute, ore, luni, ani etc.

- *percepția mișcării* este reflectarea direcției și vitezei existenței spațiale a obiectelor. Ea dă posibilitate oamenilor să se orienteze în schimbările relative ale raporturilor și poziției reciproce ale obiectelor mediului înconjurător. Cunoștințele despre deplasarea obiectelor omul le capătă percepând nemijlocit mișcarea. La percepția mișcării contribuie conceperea schimbărilor în mediul înconjurător pe baza experienței individuale și cunoștințelor de care dispune personalitatea. Pe baza experienței ce o posedă, cunoștințelor, omul în procesul percepției unește elementele separate într-o imagine integral

Percepțiile reprezintă modul în care noi interpretăm și înțelegem realitatea, reprezintă propria noastră realitate și se formează parcurgând următoarele trei etape:

### **I. Colectarea informațiilor**

- selectăm o mică parte din informațiile primite
- vedem doar ceea ce dorim să vedem

### **II. Organizarea informațiilor pe categorii**

- a. angajarea pe categorii a informațiilor este utilă
- b. dezavantajul este: categoriile creează anumite presupuneri și predicții-ex.: blondele sunt proaste, bărbații închiși la culoare sunt violenți, oamenii bătrâni sunt puțin deschiși la schimbare

### **III. Crearea propriei noastre realități**

- c. produc neînțelegeri și conflicte
- d. fiecare om are percepții diferite asupra acelorași idei.

Stereotipurile și stereotipiile

**STEREOTÍP, -Ă, (I) stereotipuri, s. n., (II) stereotipi, -e, adj. I.S. n.1.** Placă plană sau semicilindrică, turnată din metal, mulată în cauciuc sau în alt material plastic, reprezentând reproducerea unui text sau a unui clișeu și folosită ca formă de tipar la tipărirea edițiilor unei lucrări de mare tiraj. **2.** (În sintagma) *Stereotip dynamic* = sistem de reflexe condiționate care se formează prin repetarea acțiunii acelorași stimuli condiționali într-o succesiune determinată. **II. Adj. 1.** Tipărit după un stereotip (**I 1**). **2.** Fig. Care se repetă în aceleași condiții, care este mereu la fel, neschimbat, obișnuit, banal; stereotipic; banalizat prin repetare. [Pr.: -re-o-] – Din fr. **stereotype** [**1**]

Conform definiției din Dicționarul Cambridge, stereotipurile sunt „o idee fixă pe care oamenii o au despre cum este ceva sau ceva, în special despre ceva greșit”.

*„Stereotipurile sunt păreri comune referitoare la caracteristicile personale a unui grup de persoane “(Leyens).*

Stereotipurile fac parte din moștenirea noastră culturală, ele se transmit în timp la fel cași normele sociale, obiceiurile. Unele studii au demonstrat prezența stereotipurilor de la vârsta de 6 ani.

Exemplu de câteva stereotipuri cunoscute:

- Vârstă: Toți adolescenții iubesc rapp-ul și nu respectă pe cei mai în vârstă.
- Sex: Bărbații doresc un singur lucru de la femei.
- Rasa: Toți chinezii arată la fel, evreii sunt zgârciți.
- Religie: Toți cei care sunt de religie islamică sunt teroriști.
- Lucruri: Mașinile germane sunt perfecte.
- Etnie: Romii sunt oameni necinstiți și tot timpul încearcă să te fure.

### **Optimizarea comunicării**

Asociația Americană de Management a elaborat 10 reguli de comunicare eficientă:[89-91]

1. Înainte de comunicare,emіtătorul trebuie să-și clarifice ideile, să le sistematizeze și să le analizeze pentru a fi corect transmise.

2. Trebuie consultațiși cei din jur pentru asigurarea unei mai mari obiectivități.

3. Cei care inițiază comunicarea nu trebuie să se piardă în detalii.

4. Cei care comunică trebuie să țină seama de întregul ansamblu al contextului în care se realizează comunicarea pentru că mesajul nu se transmite numai prin cuvinte.

5. Emіtătorul trebuie să fie atent la nuanțe și la tonul folosit.

6. Emіtătorul trebuie să-și dezvolte capacitatea de a vedea lucrurile și din punct de vedere al celui căruia îi este destinat mesajul.

7. Participanții la comunicare trebuie să pună întrebări și să se încurajeze reciproc în exprimarea reacțiilor, emіtătorul putând prin feedback să-și dea seama dacă mesajul a fost înțeles.

8. Emіtătorul și receptorul trebuie să comunice în viitor la fel de bine ca și în prezent.

9. Cei care comunică trebuie să fie conștienți că cel mai adecvat mijloc de comunicare este exemplul personal.

10.Cei care comunică trebuie să se facă înțeleși dar și să înțeleagă, ei trebuie să fie buni ascultători și să perceapă cuvintele și mesajele nonverbale.

În concluzie, nu trebuie să lăsăm ca barierele în comunicare, fie ele provocate de factori externi sau legați de propria personalitate să ne împiedice să comunicăm cu cei din jur. Atenția acordată interlocutorului și mesajului transmis ne va ajuta deosebit de mult în captarea informației corecte.[92]

### 1.3.5. Forme de comunicare

Există 9 posibilități de a nu ne înțelege unii cu alții. Goethe mergea încă și mai departe, afirmând că „nimeni nu ar mai vorbi mult în societate dacă ar ști cât de des i-a înțeles greșit pe alții”.

Să ne amintim ceea ce spunea Montaigne: „cuvântul este pe jumătate al celui care vorbește, pe jumătate al celui care ascultă”. Prin urmare, *succesul unei comunicări depinde în egală măsură de calitățile de exprimare ale vorbitorului și de capacitatea receptorului de a asculta activ*. Mai mult de jumătate dintre comunicările verbale ajung la o neînțelegere.

Nu este deci suficient să ascuți ceea ce se spune, ci trebuie să ascuți activ.

Dintre tehnicile de optimizare a comunicării, practica ascultării active este extrem de utilă în mai multe situații:

- a) rezolvarea propriilor conflicte interpersonale;
- b) medierea conflictelor;
- c) în consilierea, susținerea morală, încurajarea interlocutorului.

Să ne imaginăm o persoană care ascultă. Ce vedem? Cei mai mulți oameni văd o persoană așezată, care privește drept înaintea și care nu mai face nimic altceva. Această modalitate de a asculta, la care cei mai mulți se gândesc, înseamnă de fapt a asculta pasiv. Este vorba de un proces mecanic care presupune puține eforturi. În schimb, ascultarea activă implică efort. Nu este suficient să te concentrezi asupra faptelor, cifrelor sau ideilor. Trebuie mai cu seamă să absorbi ceea ce auzi, să stabilești legături cu propria experiență și să transpui datele în informații utile la care să se poată recurge ulterior. Iată deci că există o distincție clară între „a asculta” și „a auzi” în sensul că „a asculta” presupune a auzi și a înțelege simultan. Diferența poate fi mai bine înțeleasă prin raportare la „efectul cocktail” – conversații numeroase, simultane, în același spațiu, de care suntem conștienți, dar cărora le atribuim cu dificultate semnificații, pentru a le asculta fiind necesar un efort conștient. Pornind de la această distincție, putem deduce două forme ale ascultării:

- ascultarea pasivă (1) – receptarea mesajelor asociată cu absența răspunsurilor și a întrebărilor din partea interlocutorului;
- ascultarea activă (2) – mod de a reacționa prin care partenerul este stimulat să continue să vorbească și care vă permite totodată să aveți certitudinea că înțelegeți ceea ce vi se comunică.

Experimentele efectuate au înregistrat afirmațiile persoanelor iritate de modul de a asculta al celorlalți. Concluziile au arătat că interlocutorul este iritat de lipsa de feed-back verbal, nonverbal, a privirii și zâmbetului celuilalt, de întreruperi și completări nejustificate. Aparent un proces simplu, să-i ascuți pe ceilalți se dovedește de nenumărate ori a fi un lucru deosebit de dificil.

Care sunt factorii care ne împiedică să ascultăm activ:

- Percepția fiecărei persoane este unică. Iată de ce mesajul primit de receptor nu este aproape niciodată identic cu cel pe care emițătorul vrea să-l transmită.
- Cei mai mulți oameni adaptează informația în funcție de ceea ce ar vrea să audă. Adesea, ei aleg să nu audă, sau chiar resping informația negativă pentru a nu fi nevoiți să se confrunte cu realitatea.
- Oamenii gândesc mult mai repede decât vorbesc. O persoană poate spune 100-175 de cuvinte pe minut, și poate asculta activ până la 800 de cuvinte pe minut. Receptorul poate deci să se gândească la altceva în timp ce ascultă și să-și deturneze atenția de la vorbitor și de la subiect.
- Subiectul este prea complex pentru ascultător.
- Ascultătorul trage concluzii pripite asupra a ceea ce aude, înainte ca vorbitorul să își exprime până la capăt gândurile.
- Ascultătorul se lasă distras de lipsa de talent în comunicare a vorbitorului.
- Ascultătorul nu se află într-o stare de spirit propice ascultării și nu este interesat de subiect.

Adevăratele obstacole în calea ascultării celorlalți, și implicit a unei comunicări eficiente, țin de atitudinea pe care uneori o adoptăm. Burns identifică 10 astfel de atitudini:

1. **Convingerea că dreptatea este de partea noastră:** Subiectul își închipuie că numai el are dreptate și că cealaltă persoană se înșală. El este preocupat să dovedească justetea propriului punct de vedere în loc să-și exprime propriile sentimente de ostilitate în mod deschis și să încerce să înțeleagă ce simte sau gândește interlocutorul său.

2. **Blamarea:** Individul este convins că problema a fost generată de greșeala celeilalte persoane. Aceasta îl face să se simtă total nevinovat și îi conferă dreptul de a-l blama pe celălalt.

3. **Nevoia de victimizare:** Individul își „plânge de milă” și consideră că ceilalți îl tratează în mod nedrept din cauza egoismului și lipsei lor de sensibilitate. Încăpățânarea de a nu întreprinde nimic pentru a ameliora situația lasă celorlalți impresia că subiectul în cauză se complăce în postura de martir.

4. **Scoaterea din cauză:** Persoana nu-și poate imagina că a contribuit în vreun fel la crearea problemei survenite, pentru că nu sesizează impactul comportamentului său asupra celorlalți. De pildă, un șef se poate plânge de faptul că unul dintre subordonați este dogmatic, încăpățânat și nu ascultă ceea ce-i spune, fără să-și dea seama că el însuși îl contrazice ori de câte ori acesta încearcă să emită vreo părere.

5. **Defensivitatea:** Subiectului îi este atât de teamă de critică încât nu suportă să audă nimic negativ sau dezagreabil. În loc să asculte și să identifice ceea ce este adevărat în spusele celuilalt, el invocă argumente pentru a se apăra.

6. **Hipersensibilitatea la constrângere:** Persoana se teme să cedeze sau să fie condusă. Întrucât ceilalți oameni îi par excesiv de dominatori, consideră că trebuie să reziste cu orice preț tendințelor acestora de a o influența în vreun fel.

7. **Solicitări exagerate față de ceilalți:** Persoana se crede îndreptățită să beneficieze de un tratament special din partea celorlalți și se simte frustrată atunci când nu este tratată așa cum s-a așteptat. În loc să încerce să înțeleagă ce-i determină pe cei din jur să procedeze astfel, subiectul consideră că aceștia nu sunt rezonabili și că nu au dreptul să se poarte ca atare.

8. **Egoismul:** Subiectul dorește un anumit lucru, într-un moment anume, și face crize de nervi dacă nu-l obține. El nu este interesat de ceea ce cred sau simt alții.

9. **Neîncrederea:** Individul se înconjoară de un zid, de teamă că, dacă va asculta și va căuta să înțeleagă ce simt și gândesc ceilalți, aceștia vor profita de el.

10. **Nevoia compulsivă de a oferi ajutor:** Subiectul simte nevoia să-i ajute pe ceilalți, deși aceștia nu doresc decât să fie ascultați.

Atunci când prietenii sau membrii familiei se plâng că se simt rău, subiectul le dă tot soiul de indicații în legătură cu ce trebuie să facă. În loc să aprecieze acest lucru, cei care au primit sfaturile se simt agasați și continuă să se plângă, ambele părți implicate simțindu-se frustrate.

Atitudinile-obstacol pe care le adoptăm îl blochează pe celălalt să se exprime liber: interpretări, evaluări, judecăți de valoare, ajutor sau sfaturi acordate fără a fi cerute, întrebări prea insistente etc. Ascultarea activă este înainte de toate o atitudine care se manifestă prin comportamente facilitatoare.

Tehnicile de ascultare activă urmăresc crearea unui climat propice pentru exprimare și pun în aplicare anumite procedee: întrebări deschise, întrebări de dirijare, reformulare etc., toate acestea susținute de elemente ale comunicării non-verbale. Să știi să taci, să nu-ți fie teamă de tăcere, să nu reacționezi imediat, să fii realmente disponibil pentru celălalt, să dai dovadă de empatie: acestea sunt atitudinile adecvate ce trebuie adoptate și mai ales dezvoltate pentru a-l asculta cu adevărat pe celălalt. Ascultarea este caracteristica fundamentală a comunicării care vizează exprimarea celuilalt și presupune renunțarea la „plăcerea de a spune”. Ascultarea activă este deci o atitudine de înțelegere care denotă o puternică dorință de a facilita spusele interlocutorului. Ascultarea activă este un instrument excepțional pentru a înțelege dincolo de cuvinte, pentru a face cunoscut modul nostru de a înțelege experiențele, comportamentele, emoțiile, sentimentele celuilalt, și pentru a-l însoți în căutarea unor soluții. Este ascultarea centrată pe trăirile celuilalt, ascultarea empatică, non-directivă, unde domnește respectul de sine și respectul pentru celălalt. Este un ansamblu de atitudini și de tehnici, dar mai presus de acestea, este un mod de A FI.

Cum poate fi practică ascultarea activă? Să ascuți înseamnă să privești: nu există ascultare activă fără contact vizual.

Privirea deschide canalele de comunicare; prin privire recunoașteți prezența celuilalt, manifestați dorință de comunicare, interes, respect. Prin privire vă faceți cunoscută starea de spirit, iar interlocutorul va putea citi o anume „expectativă pozitivă”, adică acea atitudine care denotă o atenție binevoitoare acordată celuilalt și faptul că ne așteptăm să primim de la interlocutor mesaje importante. De asemenea, să ascuți cu adevărat înseamnă să fii empatic cu gândurile și sentimentele celuilalt.

Empatia este arta de a te pune în locul interlocutorului, ascultându-l atent pentru a-i putea înțelege mai bine punctul de vedere, motivația, interesul, pentru a vedea lumea prin prisma lui. Este vorba de a izola ceea ce exprimă interlocutorul de ceea ce am putea simți atunci când îl ascultăm (simpatie sau antipatie), dar totodată de a nu anula total sentimentele proprii (apatie). Iată câteva întrebări pe care ni le putem pune pentru deveni empatici față de interlocutor: „ce încearcă să-mi spună?”, „ce înseamnă acest lucru pentru el?”, „cum vede el problema?”, „care sunt sentimentele lui și ce emoții simte?”.

Să ascuți activ înseamnă să adopți o atitudine înțelegătoare: să nu interpretezi, să nu judeci, să nu acuzi, să nu critici, să nu devalorizezi, să nu denigrezi, să nu insulti, să nu vorbești despre tine însuși, să nu schimbi subiectul, să nu dai sfaturi care nu au fost cerute, să nu te gândești înainte la ceea ce vei spune în timp ce interlocutorul își prezintă problema, ci să te concentrezi asupra lui, încercând să-l înțelegi. Ascultarea activă presupune ca dincolo de raționamentul interlocutorului și faptele relatate, să înțelegi semnificația intelectuală și afectivă profundă a acestor fapte pentru interlocutor, să îți dai seama de conotația afectivă a anumitor cuvinte, gesturi, priviri. Elementele de comunicare nonverbală însoțesc permanent o ascultare care se vrea a fi activă. Ascuți nu doar cu urechile, ci cu întreg corpul: aplecare înainte a corpului, clătinări ușoare din cap, menținerea contactului vizual, zâmbet etc. Prima tehnică utilizată pentru ascultarea activă este tăcerea. Să știi să taci pentru a permite interlocutorului să vorbească sau să-și caute ideile. Să nu îți fie teamă de tăcere pentru că adeseori cea mai bună empatie se realizează în liniște.

O altă tehnică este aceea a interogării: să știi să pui întrebările adecvate, pe un ton cald și blând, pentru a-i permite interlocutorului să se exprime liber, pentru a afla informațiile exacte, nevoile, preocupările, anxietățile și dificultățile celuilalt. Întrebările pe care le adresați demonstrează că ascultați și încurajați comunicarea, iar răspunsurile permit dezvoltarea unor noi argumente. Un efect asemănător are și tehnica reformulării spuselor celuilalt. Astfel, interlocutorul va recunoaște ca într-o oglindă imaginea a ceea ce tocmai a rostit; iar această imagine îl va ajuta să-și clarifice propriul punct de vedere, se va simți înțeles și încurajat să continue să se exprime. Confirmați că l-ați înțeles și verificați-vă prin parafrază, adică

reformulare („Spui că vrei să...?”). Parafrizarea este cea care duce la răspunsul: „Da, așa este”.

Ascultarea activă nu înseamnă pur și simplu a-i acorda atenție celui alt, sau a-i pune întrebări pentru a reconstitui puzzle-ul cu informații care ne lipsesc pentru a înțelege o situație. Ci presupune mai curând să te interesezi de ceea ce nu spune interlocutorul. Trebuie să avem în vedere faptul că noi nu povestim decât o parte a experiențelor pe care le trăim, și aceasta cu ajutorul limbajului – care este adesea mult prea imprecis – și dintr-o perspectivă întotdeauna subiectivă, prin urmare diferită de la persoană la persoană. De aceea ascultarea activă, prin tehnicile pe care le implică și mai ales prin atitudinea care se cere a fi adoptată, permite depășirea unor bariere importante în comunicare, dezamorsarea conflictelor și stabilirea de relații pozitive cu ceilalți.

Carl Rogers, cel care a utilizat pentru prima dată termenul de ascultare activă afirmă: „Când am fost ascultat și înțeles, am devenit capabil să privesc cu alți ochi lumea mea interioară și să pot merge mai departe. Este surprinzător să constăți că sentimente care erau de-a dreptul înspăimântătoare devin suportabile de îndată ce ne ascultă cineva. Este stupefiant să vezi că probleme care păreau imposibil de rezolvat își găsesc soluția atunci când cineva ne înțelege”. Să știi să asculți este o competență pe cât de rară, pe atât de prețioasă!

În funcție de criteriul luat în considerare, distingem mai multe forme ale comunicării.

- **modalitatea sau tehnica de transmitere a mesajului.** Identificăm astfel, după Ioan Drăgan, (*Paradigme ale comunicării de masă*): [94,95]
  - **comunicarea directă**, în situația în care mesajul este transmis uzitându-se mijloace primare - cuvânt, gest, mimică;
  - **comunicarea indirectă**, în situația în care se folosesc tehnici secundare - scriere, tipăritură, semnale transmise prin unde hertziene, cabluri, sisteme grafice etc. În cadrul comunicării indirecte distingem între:
    - comunicare imprimată (presa, revista, carte, afiș, etc.);
    - comunicare înregistrată (film, disc, bandă magnetică etc.);
    - comunicare prin fir (telefon, telegraf, comunicare prin cablu, fibre optice etc.);
    - comunicare radiofonică (radio, TV, având ca suport unde hertziene).
- **modul în care individul, sau indivizii, participă la procesul de comunicare.** Identificăm următoarele forme ale comunicării:
  - comunicare intrapersonală (sau comunicare cu sinele; realizată de fiecare individ în forul său interior);
  - comunicare interpersonală (sau comunicare de grup; realizată între indivizi în cadrul grupului sau organizației din care fac parte; în



această categorie intră și comunicarea desfășurată în cadrul organizației);

- comunicare de masă (este comunicarea realizată pentru publicul larg, de către instituții specializate și cu mijloace specifice);
- **modul de realizare a procesului de comunicare** în funcție de relația existentă între indivizii din cadrul unei organizații; putem astfel identifica:
  - comunicare ascendentă (realizată de la nivelele inferioare ale unei organizații către cele superioare);
  - comunicare descendentă (atunci când fluxurile informaționale se realizează de la nivelele superioare către cele inferioare);
  - comunicare orizontală (realizată între indivizi aflați pe poziții ierarhice similare sau între compartimentele unei organizații în cadrul relațiilor de colaborare ce se stabilesc între acestea).

În general în descrierea formelor de comunicare există trei criterii după care se face clasificarea acestora: instrumentele sau mijloacele comunicării, obiectivele și numărul de persoane implicate în comunicare.

Tipuri de comunicare, aceasta poate fi:

- verbală
- non-verbală
- para-verbală

***Comunicarea verbală sau limbajul*** constituie cel mai utilizat mijloc de comunicare interumană și se poate efectua prin cuvinte rostite formal (cu pacienți, cu clienți) și informal (cu familia, colegii, prietenii) sau prin cuvinte scrise (cărți, reviste, diverse tipărituri).

Exprimarea prin semne verbale sau comunicarea verbală este de două tipuri:

• ***Comunicarea orală*** - prin viu grai. Modul de exprimare a gândurilor se modifică în cele două ipostaze ale limbajului verbal. Astfel, conform lui Leroi-Gourhan [93], limbajul scris „exprimă în cele trei dimensiuni ale spațiului ceea ce limbajul fonetic exprimă în unica dimensiune a timpului” și imprimă gândirii o „locomotivă rectilinie” prin privilegierea raționamentului, rigoarea termenilor și formulările clare. Limbajul oral beneficiază de un registru mai amplu de manifestări, atât prin intervenția unor factori extra- și paralingvistici, cât și prin influența decisivă a cadrului situațional în care se desfășoară comunicarea. Astfel, în relațiile interumane, limbajul oral implică particularități și nuanțe în funcție de vârstă, sexul și statusul social al interlocutorilor. În perioada școlară, limbajul are funcții emoționale – expresive, lucide, persuasive și interpretative, având în vedere faptul că în această perioadă a vieții, aceste funcții se dezvoltă și se diversifică în strânsă dependență de statutul social [94]. Pornind de la elementele de bază ale comunicării, lingvistul R. Jakobson [95] evidențiază șase funcții ale limbajului în comunicare, fiecare dintre acestea asociată cu o dimensiune a procesului de comunicare:

1. funcția emotivă – se referă la emițător și are drept scop „exprimarea directă a atitudinii vorbitorului față de cele spuse de el”
2. funcția conativă sau persuasivă – se referă la receptorul mesajului, urmărindu-se obținerea unui anumit tip de răspuns din partea acestuia
3. funcția referențială, cognitivă sau denotativă – referitoare la contextul informațional sau conținutul exprimat
4. funcția fatică – se referă la contactul interlocutorilor, la conexiunea psihologică a acestuia și implicit la controlul funcționării canalului de comunicare dintre aceștia
5. funcția poetică sau estetică – se concentrează asupra mesajului, a modului și a formei de exprimare
6. funcția metalingvistică – referitoare la codul utilizat. [96]

Cele șase funcții descrise de către Jacobson coexistă în orice tip de comunicare, însă doar una dintre ele predomină, determinând și structura verbală a mesajului (figura 24) [94,95].

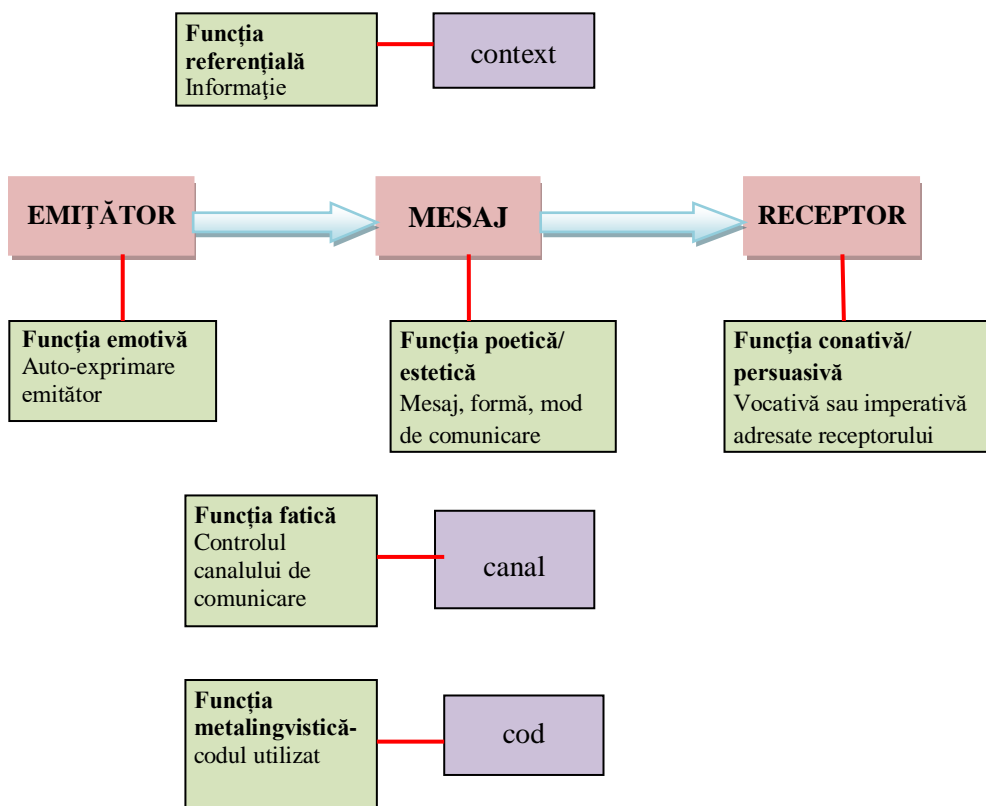


Figura 24. Funcțiile limbajului după Jacobson (Middleton, [95])

- Comunicarea în scris, care implică formulări definitive, excluzând negocierea sensurilor între emițător și receptor și este logică și precisă. În cazul acestei comunicări mesajele sunt scrise pe ambalajul produselor, pe o coală de hârtie, poștă electronic, e-mail, fax, carte, ziar, intranet, rețele de socializare, blog, documente scrise, etc.

### Comunicarea non-verbală

În literatura de specialitate **comunicarea nonverbală** a primit de-a lungul timpului o multitudine de **definiții**, majoritatea fiind acceptate. Majoritatea definițiilor comunicării nonverbale vorbesc despre această comunicare nonverbală ca despre un cumul de mesaje, mesaje ce nu sunt exprimate prin ajutorul cuvintelor, dar care totuși pot fi decodificate, putând crea înțelesuri.

În cazul comunicării interpersonale ponderea comunicării non-verbale, este foarte mare de peste 90% și cuprinde aspect legate de modalitatea în care se face comunicarea mesajului verbal precum și limbajul trupului „body language”, respectiv gesturile, mimica, expresia feței și a ochilor [97,98].

După Albert Mehrabian, dimensiunile comunicării sunt [99]:

1. mesajul verbal (ce spunem?) - ceea ce comunicăm prin cuvinte reprezintă aproximativ 7%;
2. Mesajul vocal (cum spunem?) - 38% este comunicarea verbal prin elemente asociate vorbirii (tonalitate, interjecții)
3. Mesajul vizual - „body language” (ce arătăm?, ce se vede?) - 55% reprezintă comunicarea non-verbală (emitere mesaje, primire mesaje prin mimică, gesturi, postură

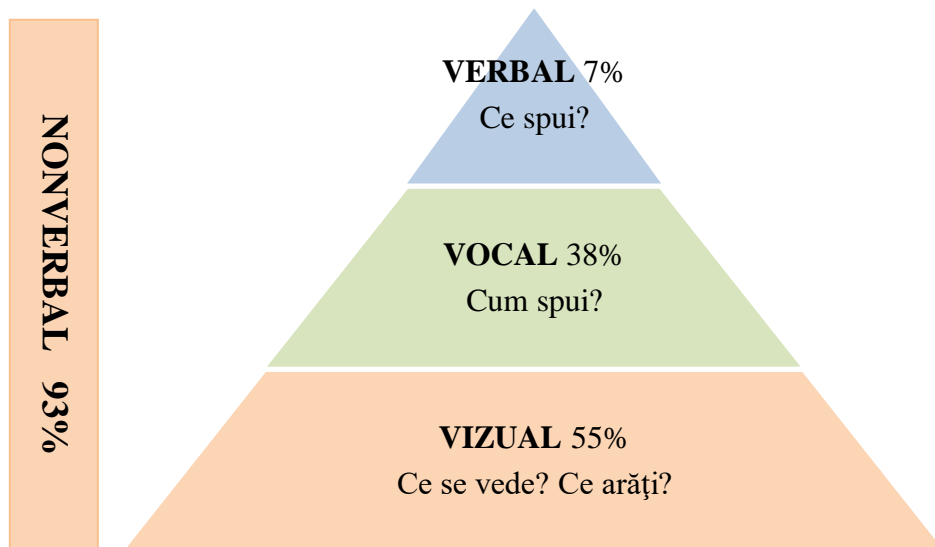


Figura 25. Dimensiunile comunicării interpersonale [99]

Primul motiv, este acela că adesea minimalizăm rolul non-verbalului, de fapt nu percepem decât vârful icebergului într-o conversație.

Comunicarea non-verbală are, datorită ponderii ei mari în cadrul comunicării realizată de un individ, un rol deosebit de important. Limbajul non-verbal poate sprijini, contrazice sau substitui comunicarea verbală. Mesajul neverbal este cel mai apropiat de realitatea emitentului și este cel căruia i se acordă de către interlocutor atenția cea mai mare.

Într-un studiu se indică faptul că pacienții femeilor medici dentiști au un grad de satisfacție mai mare pe termen lung în ceea ce privește tratamentele dentare, decât pacienții bărbaților medici dentiști. Iar la finalul tratamentelor protetice, s-a evaluat satisfacția pacientului legată de rezultatele tratamentelor. Studiul concluzionează că satisfacția acestora - mai ales în cazul tratamentelor protetice de mare amploare- este mai mare atunci când li se dă oportunitatea de a discuta și întreba despre sănătatea proprie dentară.

Caracteristicile individuale de personalitate, de educație, experiența de viață sunt elemente de context care trebuie luate în considerare în interpretarea corectă a limbajelor nonverbale [100].

Modul de folosire și interpretare a limbajelor nonverbale diferă sub multe aspecte nu numai de la individ la individ, ci și de la profesie la profesie, de la colectivitate la colectivitate și de la cultură la cultură [101].

Pentru a putea comunica prin limbaje nonverbale, trebuie în primul rând să devenim conștienți de felul în care noi înșine folosim și interpretăm aceste limbaje, ca și de impactul lor asupra celor din jur.

Există mai multe tipuri de comunicare nonverbală [102]:

Comunicare nonverbală *denumită senzorială*, deoarece se bazează pe ceea ce recepționăm prin intermediul simțurilor văzului, auzului, mirosului, tactil și gustativ.

Comunicarea nonverbală *estetică* (pictura, muzica, dans, imagine, etc.) este aceea care are loc prin intermediul diferitelor forme de exprimare artistică și comunică diferite emoții artistice.

Comunicarea nonverbală poate sprijini, contrazice sau substitui comunicarea verbală, o reglează și o controlează. Mesajul nonverbal este cel mai apropiat de realitatea emitentului și este cel căruia i se acordă de către interlocutor atenția cea mai mare.

În interpretarea limbajelor nonverbale trebuie să ținem cont de următoarele aspecte:

- ✓ pentru a evita interpretarea greșită a unui element de limbaj nonverbal este bine să-l interpretăm în contextul tuturor celorlalte elemente verbale și nonverbale;
- ✓ caracteristicile de personalitate individuale, de educație, experiența de viață sunt elemente care trebuie luate în considerare în interpretarea corectă a limbajelor nonverbale;

- ✓ modul de folosire și interpretare a limbajelor nonverbale diferă sub multe aspecte nu numai de la individ la individ, ci și de la profesie la profesie, de la colectivitate la colectivitate și de la cultură la cultură;
- ✓ pentru a putea comunica prin limbaje nonverbale, trebuie în primul rând să devenim conștienți de felul în care noi înșine folosim și interpretăm aceste limbaje și de impactul lor asupra celor din jur.

### **Principalele funcții în comunicarea non-verbală**

- comunicarea nonverbală are menirea de a o *accentua pe cea verbală*; astfel, cadrul didactic, formator de opinie, poate întări prin anumite elemente de mimică sau de gestică importanța unei anumite părți din mesaj din ceea ce transmite, în timpul orelor, grupului țintă;
- comunicarea nonverbală poate să *completeze mesajul transmis pe cale verbală*; în acest mod, să ne închipuim același material înregistrat și audiat apoi de elevi sau studenți și, în al doilea caz, prezentat de cadrul didactic la propriu; anumite părți ale mesajului verbal pot fi sau nu doar accentuate, ci, ele pot fi completate fericit cu un impact considerabil asupra sporirii motivației învățării; cineva care spune o glumă zâmbește în timp ce face acest lucru, cineva care anunță o veste tristă are o mimică în concordanță cu aceasta;
- comunicarea nonverbală poate, în mod deliberat, să *contrazică anumite aspecte ale comunicării verbale*; atunci când, spre exemplu, trebuie să efectuăm o critică, un zâmbet care contravine aspectului negativ al mesajului verbalizat poate să instaureze o atmosferă pozitivă și relaxantă, care să facă - aparent paradoxal - critica mai eficientă în urmărirea scopurilor acesteia privind schimbări comportamentale la nivelul persoanei mustrate;
- altă funcție a comunicării nonverbale este aceea de a *regulariza fluxul comunicațional* și de a pondera dinamica proprie comunicării verbalizate;
- comunicarea nonverbală repetă sau reactualizează înțelesul comunicării verbale, dând posibilitatea receptorului comunicării să identifice în timp real un îndemn aflat în „spatele” unei afirmații.

### **Elemente componente în comunicarea non-verbală**

#### **Limbaajul tăcerii**

În comunicarea nonverbală, prin tăcere (ascultare pasivă) se poate exprima intenția de continuare a unei expuneri, dezvăluirea unor idei, sentimente sau atitudini care ar putea fi blocate prin intervenție verbală. O soluție pentru situația în care nu se știe cum să se interpreteze tăcerea poate fi feedback-ul.

#### **Limbaajul timpului**

Limbaajul timpului este perceput diferit, în funcție de societate sau cultură. Chiar și în interiorul aceleiași culturi, modul cum este perceput timpul poate fi

diferit. Exemplu: 30 minute petrecute cu cineva care nu-ți este pe plac poate fi considerat ca „pierdere de vreme” iar cu cineva drag poate fi considerat „o veșnicie”.

Timpul biologic - este un concept care poate transmite informații referitoare la performanța indivizilor. Astfel funcție de acesta unii indivizi sunt „privighetori” iar alți „pasări de noapte”. În prima categorie intră cei care sunt matinali, care se trezesc devreme, sunt plini de energie și obțin cele mai bune rezultate în cursul dimineții. Ceilalți reprezintă opusul acestora și intră în cea de a doua categorie. Aceste caracteristici individuale, legate de timpul biologic, ne pot transmite informații legate de performanța indivizilor.

Timpul informațional - este interpretat diferit în diverse culturi.

Timpul este văzut ca parte a contextului în care interacționează oamenii. El poate fi folosit și simbolic, ca în expresia „Timpul înseamnă bani”, expresie care invită la întrebuintarea rațională a timpului.

### **Comunicarea de informații**

Modul în care privim și suntem priviți are legătură cu nevoile noastre de aprobare, încredere, acceptare și prietenie. Chiar și a privi sau a nu privi pe cineva are un înțeles. Interlocutorii care te privesc în ochi în timpul conversației sunt considerați mai credibili decât cei care evită contactul vizual sugerând intenția de a ascunde ceva. Personalitatea se evidențiază și prin alte mișcări ca: rosul unghiilor, jucatul cu o bijuterie, frecatul nasului, etc. Este greu să înțelegem sensul acestor mișcări deoarece unele se fac inconștient și ele pot ilustra doar o stare interioară (frica, jena, nerăbdare). În acest sens nu vorbim de comunicare nonverbală. Dacă aceste semne se folosesc intenționat, pentru a spune ceva despre noi, atunci ele constituie comunicare nonverbală.

### **Limbajul corpului**

Limbajul corpului contribuie la comunicare prin: expresia feței, mișcarea corpului (gesticulație), forma și poziția corpului, aspectul general și comunicarea tactilă.

#### ***A. Expresia feței***

Fața este cea mai expresivă parte a corpului și expresia acesteia constituie un mijloc de comunicare foarte important. În mod normal, ochii și partea de jos a feței sunt privite cel mai intens în timpul comunicării. Fiecare parte a feței noastre comunică: fruntea încruntată semnifică preocupare, mânie, frustrare; sprâncenele ridicate cu ochii larg deschiși semnifică mirare, surpriză; nasul încrețit semnifică neplăcere; nările largite semnifică mânie; buzele strânse sugerează nesiguranță, ezitare, ascunderea unor informații.

Comunicarea prin expresia feței cuprinde:

- **mimica** (încruntarea, ridicarea sprâncenelor, încrețirea nasului, ținutarea buzelor etc.) [52]. Este acea parte a feței noastre care comunică: fruntea încruntată semnifică preocupare, mânie, frustrare; sprâncenele ridicate cu ochii larg deschiși,

semnifică mirare, surpriză; buze strânse- nesiguranță, ezitare, ascunderea unor informații.

- **zâmbetul** (prin caracteristici și momentul folosirii). [8] Este un gest foarte complex, capabil să exprime o gamă largă de informații, de la plăcere, bucurie, satisfacție, la promisiune, cinism, jenă. Interpretarea zâmbetului variază de la o cultură la alta, fiind strâns legată de presupunerile specifice care se fac în legătură cu relațiile interumane în cadrul acelei culturi.

- **privirea** (contactul sau evitarea privirii, expresia privirii, direcția privirii etc.). Se spune că ochii sunt „oglanda sufletului” [9]. Modul în care privim și suntem priviți are legătură cu nevoile noastre de aprobare, acceptare, încredere și prietenie. Chiar și a privi sau a nu privi pe cineva are un înțeles. Privirea constituie un mod netactil de a atinge pe cineva, de unde și expresia „a mângâia cu privirea” [10]. Pupilele dilatate indică emoții puternice, în general la vederea a ceva plăcut, față de care există o atitudine de sinceritate. Pupilele se micșorează ca manifestarea nesincerității, neplăcerii. Clipirea frecventă denotă anxietate.

Ținem că, involuntar, să zâmbim, să ne încruntăm, să rotim, să micșorăm sau să dilatăm pupilele.

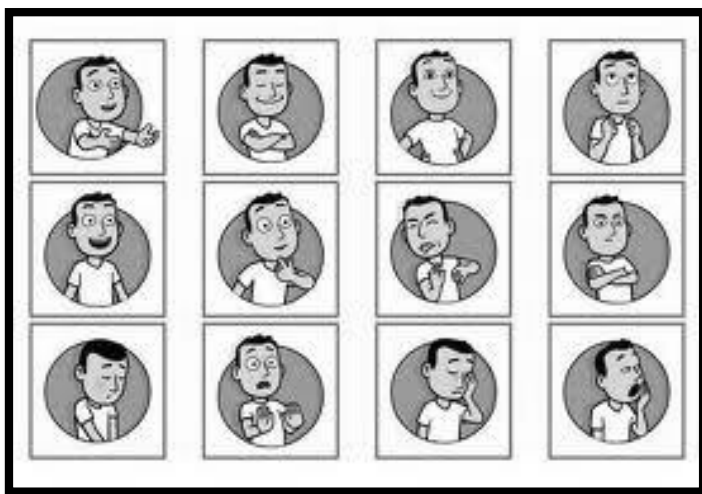


Figura 26. Mimica feței [158]

### ***B. Mișcarea corpului***

Omul comunică prin gesturi, prin poziția și prin modul de mișcare a corpului:

- ❖ brațele deschise denotă sinceritate, acceptare; mâna la gură – surpriză; acoperirea gurii cu mâna – ascunderea a ceva, nervozitate;
- ❖ strângerea pumnilor – ostilitate, mânie sau solidaritate; poate denota și stres;
- ❖ mâinile ținute la spate pot să exprime superioritate sau încercare de autocontrol;

- ❖ utilizarea gesticulației excesive este considerată nepoliticoasă în multe țări;
- ❖ modul în care americanii își încrucișează picioarele relaxat, mișcări largi fără nicio reținere diferă de cel al europenilor (controlat, atent la poziția finală); cel al bărbaților diferă de cel al femeilor;
- ❖ mișcarea picioarelor denotă plictiseală, nerăbdare sau stres;



**Figura 27. Gesturi cu mâinile[129]**

Pentru a ne da seama cât de frecvente sunt gesturile pe care le folosim, putem să încercăm să vorbim cu mâinile la spate.

Câteva elemente ale limbajului gesturilor ar fi: strângerea pumnilor - denotă ostilitate, mânie sau depinzând de context, determinare, solidaritate, stres; brațele deschise - sinceritate, acceptare; mâna la gură - surpriză; acoperirea gurii cu mâna - ascunderea a ceva, nervozitate. Capul sprijinit în palmă semnifică plictiseală, dar palma pe obraz, sau degetele pe obraz denotă interes extrem. Mâinile ținute la spate pot să exprime superioritate sau încercare de autocontrol.

### ***C. Postura corpului***

Postura comunică în primul rând statutul social pe care indivizii cred că îl au sau vor să îl aibă relativ la alții. Urmărirea posturii corpului ne dă informații despre atitudine, emoții, grad de curtoazie, căldura sufletească [50].

- ❖ o persoană dominantă tinde să țină capul înclinat în sus, iar cea supusă, capul în jos;
- ❖ aplecarea corpului în față semnifică interesul față de interlocutor, dar uneori neliniște și preocupare;
- ❖ poziția relaxată, înclinat pe scaun spre spate, poate indica detașare, plictiseală sau autoîncredere excesivă.



Există 3 posturi pe care le iau oamenii, în legătură cu relația dintre ei:

- ✓ *de includere/neincludere*, postura prin care se definește spațiul disponibil activității de comunicare și prin care se limitează accesul în cadrul grupului;
- ✓ *de orientare corporală*, doi oameni pot alege să stea față în față sau alături, paralel; prima situație comunică predispoziție pentru conversație, iar a doua neutralitate;
- ✓ *de congruență/necongruență*, postura care comunică intensitatea cu care o persoană este implicată în ceea ce spune sau face interlocutorul (sau grupul); participarea intensă conduce la postura congruentă (similară cu cea a interlocutorului), iar dacă există diferențe de statut, de puncte de vedere sau de opinii, apar posturile necongruente (persoana nu privește spre interlocutor, nu interacționează sub nicio formă, se disociază de ceilalți membri ai grupului).



Figura 28. Postura corpului



Figura 29. Postura corpului și mimica

#### ***D. Modul de mișcare al corpului***

- Mișcările laterale – sunt vizibile în special la strângerea mâinii; dacă subiectul își mișcă brațele în lateral în mișcarea circulară și are tendința de a efectua mișcări predominant pe lateral, este un bun comunicator.
- Mișcări față /spate – subiectul care face acest tip de mișcări își extinde mâinile direct în față când dă mâna, iar când vorbește se înclină în față; acest tip de mișcare caracterizează pe omul de acțiune.
- Mișcări verticale – în timp ce dă mâna, subiectul se va desfășura pe verticală, iar la așezarea pe scaun se va aduna și va ține brațele în jos; acest individ are putere de convingere.

#### ***E. Comunicarea tactilă***

Se manifestă prin frecvența atingerii, prin modul de a da mâna, modul de îmbrățișare, de luare de braț, bătutul pe umăr etc. [49]. Unii oameni evită orice atingere. Forța și tipul de atingere depind în mare măsură de vârsta, statut, relație și cultură.



**Figura 30. Comunicarea tactilă**

### ***F. Prezența personală***

Prezența personală realizează comunicarea prin intermediul formei corpului, a îmbrăcămintei, a mirosului (parfum), a bijuteriilor și a altor accesorii vestimentare. Prin ceea ce ne comunică, bazat pe anumite atitudini sau idei preconcepute pe care le avem, forma corpului (ectomorf, endomorf și mezomorf) constituie un element important ce trebuie conștientizat în evaluările în cadrul interviurilor. Îmbrăcămintea oglindește personalitatea individului, este un fel de extensie a eului și, în acest context, comunică informații despre acesta. Ea poate afecta chiar comportamentul nostru general sau al celor din jur. Îmbrăcămintea se poate folosi și pentru a crea un rol sau poate marca statusul social, real și pretins.

### **Aspectul fizic în comunicarea nonverbală.**

Mesaje nonverbale sunt transmise și prin intermediul *îmbrăcămintei* și *accesoriilor* pe care le purtăm (bijuterii, cravate, ochelari), prin machiaj, coafură/freză, etc.

Se afirmă că „haina face pe om” și într-adevăr știm că oamenii bine îmbrăcați dau impresia de succes, putere, educație, bani, etc. Îmbrăcămintea poate accentua frumusețea fizică, naturală, reprezintă un simbol cultural (bărbații întotdeauna poartă pantaloni) sau subliniază o tradiție (costume tradiționale populare).

Felul în care ne îmbrăcăm oferă și informații personale. Nu trebuie să fiți eleganți în orice situație, trebuie însă să aveți o ținută adecvată oricărei situații.

### **Spațiul personal și teritoriul în comunicarea nonverbală**

În general oamenii le place să aibă un spațiu propriu, cât de mic, pe care să-l aranjeze conform dorințelor proprii. Spațiul împrumută ceva din personalitatea omului și transmite mesaje nonverbale despre ocupant. Spațiul personal poate fi definit ca fiind distanța de la care există disponibilitatea contactului cu ceilalți.

În domeniul comunicării nonverbale există distanțele diferite de comunicare funcție de context și de caracterul mesajului transmis. Astfel:

- zona intimă (personală), între 0,5-1,2 m este pentru discuții cu caracter personal, fiind însă total inacceptabilă în alte cazuri;
- zona socială (normală), între 1,2-2 m este folosită mai ales la comunicarea interpersonală (colegi de serviciu aflați pe aceeași treaptă ierarhică, prieteni, etc.);
- zona consultativă, între 2-3,5 m este folosită în situații oficiale (superior, subordonat, consultant-client, angajat)
- zona publică, 3,5 m și mai mult în care comunicarea este formală (cursuri, ședințe, discursurile politicianilor, etc.).

Dacă o persoană se apropie mai mult decât este potrivit, poate apărea tensiune și chiar ostilitate, stări care vor afecta comunicarea. Atunci când se produce invadarea (violarea) spațiului personal, persoana în cauză se retrage pentru a restabili distanța, iar în cazul în care acest lucru nu mai este posibil, se va face tot posibilul ca „invadatorul” să se retragă la distanța convenită. Nu stânjeniți pe cei cu care discutați apropiindu-vă de ei mai mult decât trebuie. De obicei când sunteți în picioare, distanța necesară este aceea a strângerii mâinii.

### **Atingerea în comunicarea nonverbală**

Atingerea sau contactul fizic este unul dintre cele mai vechi coduri ale comunicării nonverbale. Ea exprimă emoții sau sentimente diferite, de la sentimente calde: iubire, simpatie, încurajare, până la agresiune fizică. Unii oameni evită orice atingere. Forța și tipul de atingere depinde în mare măsură de vârstă, statut, relație și cultură. Gradul de atingere diferă de la o cultură la alta. La japonezi, înclinarea capului înlocuiește datul mâinii ca salut, în timp ce la eschimoși acest salut se exprimă cu o lovitură ușoară pe umăr

### **Temperatura, lumina și culoarea**

Aceste elemente ale mediului, natural sau ambiant influențează modul în care oamenii comunică fără a constitui însă coduri nonverbale.

Iluminarea corespunzătoare a unui spațiu contribuie la o bună ascultare iar anumite culori au efect stimulatив asupra atenției. Lumina și culoarea pot determina anumite stări și dispoziții fizice. De asemenea, temperatura poate influența pozitiv sau negativ buna comunicare. Culoarele afectează comunicarea sub următorul aspect: culorile calde (galben, portocaliu, roșu) stimulează comunicarea, în timp ce culorile reci (albastru, verde, gri) inhibă comunicarea; monotonia, precum și varietatea excesivă de culoare, inhibă și distrag atenția și comunicarea.

### **Copierea stilului în comunicarea nonverbală**

Oamenii îi acceptă, în mod inconștient, cu mai multă ușurință pe aceia cu care se aseamănă. Studiați cu foarte multă discreție partenerii de discuție și aflați-le stilul. Încercați în cazul în care ei zâmbesc, să zâmbiți iar dacă sunt sobrii să fiți și

voi la rândul vostru. Vorbiți tare sau încet, repede sau rar în stilul partenerului de discuție.

Comunicarea nonverbală sau limbajul trupului este o formă importantă de comunicare, un limbaj natural, inconștient, care transmite sentimentele și intențiile reale ale unei persoane. Atunci când oamenii interacționează unii cu alții, își transmit și primesc semnale nonverbale.

**3. Comunicarea paraverbală** însoțește și întregeste comunicarea verbală prin factori precum: ritmul și fluența vorbirii, tonalitatea și volumul vocii, intonație, etc.

După obiective, comunicarea poate fi:

- incidentală, fără un scop bine stabilit;
- consumatorie, consecință a stărilor emoționale;
- instrumentală, când se urmărește un scop precis.

După participarea indivizilor la procesul de comunicare, se deosebesc:

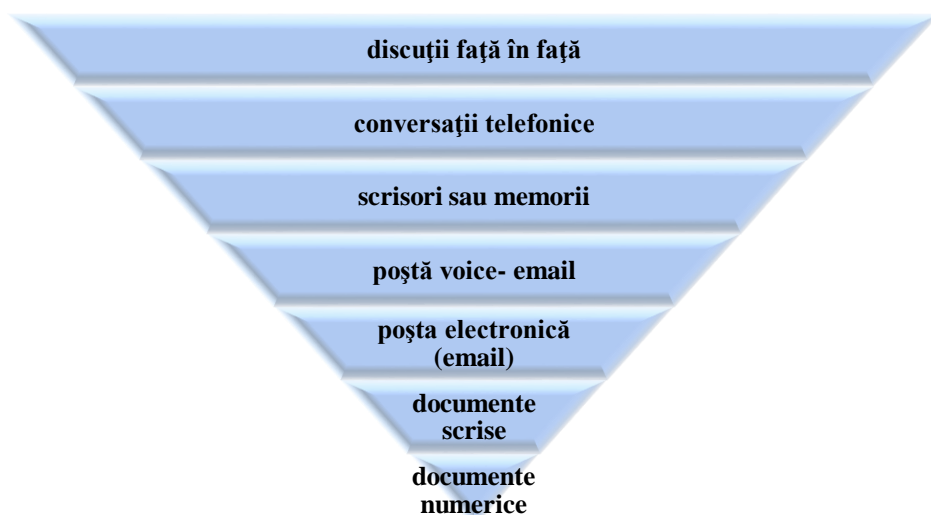
- comunicare intrapersonală (comunicare cu sinele);
- comunicare interpersonală (comunicare cu alții);
- comunicare de masă, cu adresabilitate generală, prin instituții specializate.

Comunicarea interpersonală este prima și probabil cea mai răspândită situație de comunicare verbală. Astfel, o persoană (sau un grup) interacționează cu alte persoane (sau grup) fără a utiliza mijloace mecanice. Comunicarea are loc direct, imediat, dar și reciproc.

Astfel, se realizează conexiunea inversă sau feed-back-ul, prin care se pot modifica raporturile dintre emițător și receptor, primul devenind receptor, iar receptorul emițător [32,99].

Conversația cadru didactic – student sau medic dentist – pacient sunt exemple de comunicare interpersonală. Mesajele pot fi și trebuie să fie realizate astfel încât să corespundă contextului și partenerilor de comunicare. Feed-back-ul se produce imediat, utilizându-se canale vizuale și auditive. Mai există însă și un alt tip de comunicare interpersonală, cea ajutată de mașini sau dispozitive. Cea mai importantă caracteristică a acesteia este faptul că permite sursei și receptorului să fie despărțiți, atât în timp cât și în spațiu. Aceasta combină caracteristicile comunicării interpersonale față în față cu cele ale comunicării de masă [87].

Cea mai bună formă de comunicare este cea față în față (orală), consistența mesajelor fiind mult diminuată în cazul celorlalte forme de comunicare (vezi figura 31) [5, 10,88]



**Figura31. Reprezentarea grafică a consistenței mesajelor în comunicare**

### **Mesajul scris**

Caracteristicile care trebuie respectate pentru ca un mesaj scris să fie eficient sunt următoarele:

- să fie ușor de citit;
- să fie corect;
- să fie adecvat exprimat direcției de transmitere;
- să fie bine gândit.

Înainte de a elabora un mesaj scris trebuie stabilit scopul pentru care se dorește a fi transmis acest mesaj. Pentru aceasta trebuie clarificat dacă:

- este necesară transmiterea mesajului;
- reacția de răspuns este favorabilă;
- mesajul transmis are șanse să-și atingă scopul.

**Tabel 3. Comparație între caracteristicile comunicării orale și a comunicării scrise**

<b>COMUNICAREA ORALĂ</b>	<b>COMUNICAREA SCRISĂ</b>
are grad ridicat de personalizare	are grad ridicat de formalizare
feedback-ul apare imediat	feedback-ul este întârziat
nu se înregistrează	rămâne o înregistrare permanentă a mesajului
este eficientă pentru mesaje simple	este eficientă pentru mesaje complexe
apare o pierdere de acuratețe a mesajului	păstrează acuratețea mesajului
informația non-verbală disponibilă	informația non-verbală indisponibilă sau redusă

Etapile elaborării unui mesaj scris sunt următoarele:

- i. generarea ideilor;
- ii. sistematizarea ideilor;
- iii. organizarea materialului;
- iv. scrierea efectivă a mesajului, începând cu redactarea, editarea și punerea lui sub formă adecvată.

În general etapa de gândire a mesajului (generarea, sistematizarea și organizarea materialului) constituie aproximativ 60% din timpul necesar întocmirii unui mesaj scris, iar etapa de scriere propriu-zisă restul de 40%.

### 1.3.6. Comunicarea asertivă

Definire: *Asertivitatea este un NU spus hotărât și susținut cu argumente asociat cu o atitudine și o modalitate de acțiune în acele situații în care trebuie să se exprime sentimente, să se revendice niște drepturi și să se spună NU atunci când nu sunt dispuși să facă un anumit lucru.*

Comportamentul asertiv reprezintă calea de mijloc între cele două extreme:

**AGRESIVITATE** —————> **ASERTIVITATE** —————> **SUPUNERE**

La bază trebuie să stea convingerea persoanei că are dreptul să ceară ceea ce dorește, respectându-și propriile drepturi, așa cum ea însăși face celor din jur.

Bourne în 1995 se oprește asupra drepturile personale ale adultului privind comunicarea asertivă, explicând că un adult are dreptul să:

- solicite ceea ce dorește
- refuze solicitările cărora nu le poate face față
- își exprime emoțiile, sentimentele pozitive sau negative
- își exprime opiniile
- comită greșeli și să nu fie perfect
- se conformeze propriilor sisteme de valori
- spună NU la tot ceea ce i se pare că nu este pregătit să facă, consideră că este periculos sau îi încalcă sistemele de norme și valori
- își stabilească propriile sisteme de priorități
- nu se simtă responsabilă pentru comportamentele, acțiunile, sentimentele și problemele celorlalți;
- solicite onestitate din partea celorlalți
- se supere pe o persoană la care ține
- fie ei înșiși
- se simtă speriați și să spună acest lucru celorlalți
- spună „nu știu”
- nu prezinte scuze și să nu-și motiveze comportamentul
- ia decizii bazate pe propriile sale interese

- își satisfac propriile tendințe în timpul și în locurile pe care le consideră potrivite
- se distreze și să fie frivol
- fie mai sănătos decât cei din jurul lor
- fie într-o ambianță în care nu se abuzează de persoana sa
- își facă prieteni și să se simtă bine în preajma celorlalți
- se schimbe și să evolueze
- primească respect din partea celorlalți față de propriile nevoi și dorințe
- să fie tratat ca o persoană demnă și plină de respect
- fie fericit. [5, 85]

Comunicarea asertivă poate fi întâlnită atât în relația medic-pacient, asistent-pacient cât și în relația farmacist - pacient, prin dezvoltarea unui comportament asertiv, pasiv sau agresiv legat de transmiterea unui mesaj, conform tabelului nr. 4.

**Tabel.4. Tipuri de comportament**

<b>ASERTIV</b>	<b>PASIV</b>	<b>AGRESIV</b>
problema este discutată	problema este evitată	problema este atacată
drepturile tale sunt susținute	drepturile tale sunt ignorate	drepturile tale sunt susținute fără a se ține cont de drepturile celorlalți
îți alegi singur activitatea	îi lași pe ceilalți să decidă în locul tău	ostil, acuză, blamează
ai încredere în tine	neîncredere	
recunoști drepturile tale și ale celorlalți	vezi drepturile celorlalți ca fiind mai importante decât ale tale	drepturile tale deasupra tuturor

Asertivitatea este o aptitudine care poate fi dezvoltată, asemănător ascultării și empatiei. Prin abilitatea de comunicare asertivă îți susții drepturile, punctul de vedere, îți protejezi spațiul personal, îți exprimi nevoile și sentimentele onest și direct, într-un mod adecvat din punct de vedere social. A te exprima în mod direct presupune următoarele calități:

- a fi încrezător
- a fi stăpân pe situație
- a te exprima la timpul potrivit și adecvat situației
- și în NICIUN caz a spune primul lucru ce-ți trece prin minte.

Printr-o relație asertivă îți poți îndeplini obiectivele personale fără a le afecta pe a celorlalți. Un comportament asertiv presupune să-ți optimizezi relațiile personale, să menții respectul reciproc și să aperi interesele celorlalți. Exersând acest tip de comportament obții mulțumire, control și stimă de sine.

### 1.3.7. Modificarea comportamentului prin comunicare

#### Teorii de schimbare a comportamentelor umane

Comportamentul reprezintă un sistem de fapte care capătă o anumită apreciere morală, constituind maniera de a fi și de a acționa a omului. La baza practicilor de sănătate stau deprinderile, elaborarea acestora din urmă nefiind totdeauna ușoară la vârsta adultă. De regulă, a doua decadă a vieții oamenilor, este și perioada în care se prefigurează și apoi se fixează toate comportamentele de bază, multe din ele de afirmare și adaptare, altele cu risc.

Domeniul afectiv, ca determinant al comportamentului uman se referă la starea emoțională, motivația și sentimente precum teama, ale unui individ. În ultimii ani, medicii dentiști au devenit din ce în ce mai interesați de modul în care trebuie abordați pacienții anxioși, având în vedere faptul că reacțiile și comportamentul acestora sunt diferite de ale celorlalți pacienți, iar medicii pot întâmpina reale probleme. De asemenea, stima de sine (self-esteem-ul) și percepția propriei stări de sănătate și a nevoii de tratament sunt aspecte importante ale comportamentului sanogen. Astfel, pentru a elabora și aplica cu succes un plan de tratament, medicul dentist ar trebui să ia în calcul și aspectele privitoare la îmbunătățirea imaginii de sine a pacientului și conștientizarea acestuia în ceea ce privește propria stare de sănătate orală. Domeniul psiho-social, ca determinant al comportamentului uman, se referă la variabile precum: sexul, statusul socio-economic, statusul marital, satisfacția în viață, evenimentele stresante din viață și autoeficiența percepută.

Dintre aceștia, un loc aparte îl ocupă statusul socio-economic (SES), care poate fi evaluat cu ajutorul unor indicatori precum:

- Statusul ocupațional,
- Venitul financiar,
- Gradul de educație.

Teoriile referitoare la analiza comportamentului conform lui Mc Queen [103], trebuie să aibă câteva obiective de bază, precum:

- Să conducă la înțelegerea corectă a fenomenului studiat
- Să conducă la realizarea unor cercetări practice, aplicative
- Să fie verificabile
- Să îmbunătățească cunoștințele deja existente în domeniu
- Să contribuie la organizarea cercetării prin chestionare în domeniul educației pentru sănătate.

Relația dintre atitudini și comportament este studiată tocmai datorită necesității anticipării reacțiilor pe care oamenii le au față de diferite obiecte ale realității. Referitor la acest subiect, există două teorii opuse:

- cea a divergenței dintre atitudini și comportament
- cea a convergenței dintre cele două variabile.



Experimentul lui Richard T. LaPierre [104-109] arată că între atitudini și comportament există o divergență și că, pentru a cunoaște atitudinile, trebuie reținut ceea ce fac oamenii, nu ceea ce spun. Pe de altă parte, însă, Martin Fishbein și Icek Ajzen [110] au descoperit că relația amintită depinde de patru elemente: obiectul atitudinii, acțiunea, timpul și contextul [105,109] și subliniază că o atitudine formată prin experiență directă conduce la o consistență mai mare atitudine-comportament decât dacă a avut loc o experiență indirectă [111]. De asemenea, cu cât se măsoară atitudini mai specifice, cu atât predicțiile sunt mai bune [112]. Cu cât timpul între măsurarea atitudinilor și observarea comportamentului este mai mic, cu atât corelația dintre cele două este mai bună.

Schimbarea atitudinilor reprezintă un domeniu complex, existând numeroase strategii, teorii și modele care încearcă să explice acest proces. Este important de subliniat faptul că aceleași strategii, tehnici, teorii și modele ale schimbării atitudinale sunt analizate de cercetătorii din domeniu, clasificările și încadrările acestora, însă, fiind diferite. De exemplu, Septimiu Chelcea [118] se referă la teorii psihosociologice ale schimbării atitudinale și la teorii ale limbajului persuasiv, delimitând apoi strategii și tehnici de persuasiune. [120]. El consideră că strategiile de schimbare a atitudinilor și comportamentelor sunt participarea activă și comunicarea persuasivă. Tehnicile participării active sunt contactul interpersonal, jocul de rol, comportamentul contraatitudinal și cel de alegere. Comunicarea persuasivă a fost cel mai atent studiată în cadrul Programului de cercetare a comunicării de la Universitatea Yale.

O altă clasificare a teoriilor privind schimbarea atitudinilor și comportamentelor este cea a lui Richard E. Petty și John T. Cacioppo [113], care propun șapte categorii principale:

1. condiționarea și modelarea,
2. comunicarea persuasivă sau învățarea mesajului,
3. teoria „judecata socială”,
4. abordările motivaționale,
5. cele privite din perspectiva atribuirii,
6. abordările combinate,
7. auto-persuasiunea.

Robert B. Cialdini [114] a formulat șase categorii de bază, fiecare guvernată de câte un principiu psihologic fundamental care conduce comportamentul uman. Cele șase principii ale persuasiunii:

1. reciprocitatea,
2. angajare/consistență (sau consecvență),
3. validare socială,
4. autoritatea,
5. simpatia,
6. raritatea – sunt abordate din punctul de vedere al funcției lor în societate și al modului în care sunt folosite în viața de zi cu zi.

Schimbarea atitudinilor și comportamentelor față de sănătatea orală se poate realiza pe multe căi și în variate contexte:

- de la o discuție informală în familie până la participarea la o lecție de educație pentru sănătate în școală,
- de la o vizită în cabinetul dentar până la expunerea la mesaje persuasive din mass-media.

Înainte de a prezenta teoriile care analizează procesele schimbării atitudinale, prezentăm terminologia din domeniu, delimitând persuasiunea de alte concepte asemănătoare precum „manipulare”, „propagandă”, „influențare”, „persuasiune”, „conformare”, „supunere” și chiar „educație”.

Fără a intra în detaliile cercetărilor, amintim principalele teorii psihosociale ale schimbării atitudinale: de exemplu teoriile behavioriste, care au la bază „intenția comportamentală” generată de atitudinea față de un anumit comportament.

Modelele teoretice referitoare la schimbarea comportamentului față de sănătatea orală pot fi utilizate pentru explicarea multor aspecte ale comportamentului preventiv la nivel primar, secundar și terțiar, iar în comparație cu modelul bio-medical, oferă o alternativă mai bună, atât în ceea ce privește planificarea programelor de promovare a sănătății orale, cât și în ceea ce privește evaluarea eficacității acestora [13, 25].

**Modelul credinței în sănătate** reprezintă una dintre primele încercări de a privi sănătatea într-un context social și a constituit un pilon important în educația pentru sănătate, deoarece a atribuit o valoare crescută atitudinilor individului și a recunoscut importanța pregătirii individului în sensul schimbării comportamentului [115,116].

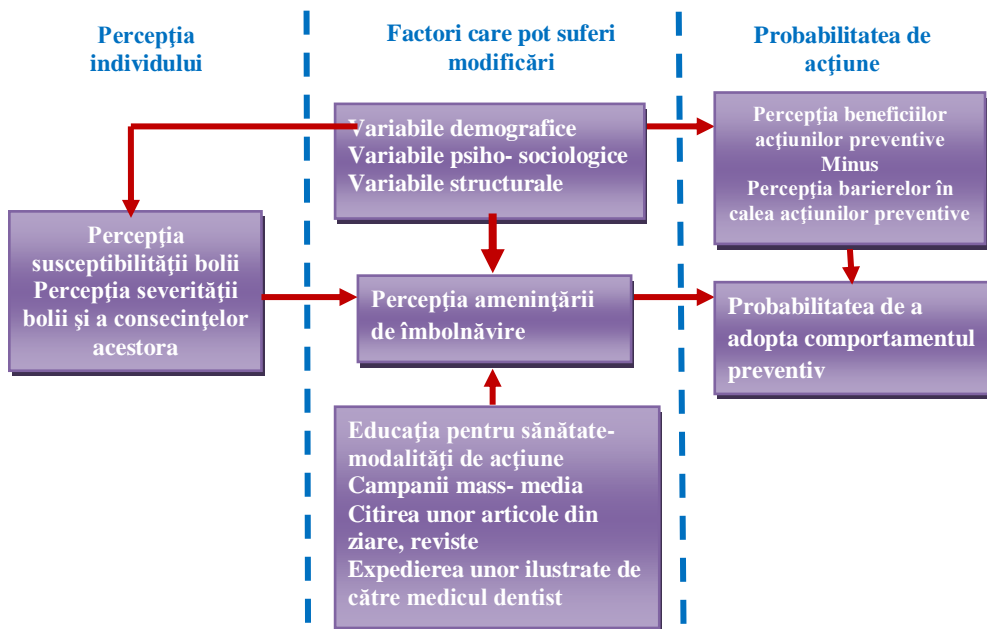


Figura32. Modelul credinței în sănătate [120,121]

Principul de bază al MCS se referă la faptul că, un individ mai bine informat, poate lua decizii mai bune, în ceea ce privește sănătatea sa orală și ia în considerare două variabile de care poate depinde un tip de comportament: valoarea atribuită de către individ unui obiectiv particular și estimarea realizată de către individ, a probabilității de a transpune în practică obiectivul respectiv [117,118].

Astfel după cum se vede în figura 32, percepția susceptibilității de îmbolnăvire se referă la percepția subiectivă a individului, asupra riscului de îmbolnăvire. Percepția severității sau a gravității bolii se referă la percepția individului asupra gradului îmbolnăvirii și a consecințelor bolii. Percepția beneficiilor acțiunii preventive vizează opinia personală a individului despre eficacitatea schimbării comportamentului, în sensul reducerii riscului de îmbolnăvire sau a severității bolii, iar percepția barierelor în acțiunea preventivă vizează percepția costurilor tangibile, psihologice implicate în schimbarea comportamentului. Percepțiile de susceptibilitate, severitate și beneficii versus bariere care vizează acțiunea preventivă și modalitățile de acțiune din cadrul educației pentru sănătate orală pot varia, în funcție de anumite circumstanțe din viața unui individ (valori, credințe, atitudini, obiceiuri, mediu ambiant sau surse de informare)[119].

### ***Teoria acțiunii motivate (TAM) și Teoria comportamentului planificat (TCP)***

Teoria acțiunii motivate (TAM) subliniază importanța atitudinilor și intențiilor individului în procesul de schimbare a unui tip de comportament. Conform acestei teorii, cel mai important determinant al comportamentului este intenția, iar în dezvoltarea unui comportament sanogen sunt implicate două procese cognitive: credința despre ceea ce alți indivizi consideră un lucru ca fiind important și motivația personală de a fi în acord cu acei indivizi. Alte variabile externe, care pot influența atitudinile și respectiv comportamentul, sunt prelucrate în funcție de semnificație [121]. În acest context, individul va lua decizii raționale pe baza cunoștințelor, valorilor și a atitudinilor și ca urmare, intenția acestuia de a transpune în practică o anumită acțiune, reprezintă cel mai relevant predictor al comportamentului respectiv. Astfel, în conturarea intențiilor sunt implicate două tipuri de credințe ale individului: credințe comportamentale și normative. ***Credințele comportamentale*** se referă la acele atitudini ale individului, fundamentate pe evaluarea beneficiilor și a riscurilor relative, dar și a potențialelor rezultate. Ca urmare, cunoștințele individului și percepția relevantă a propriei stări de sănătate, influențează credințele comportamentale. De asemenea, credințele normative se referă la credințele individului despre opinia celor din anturaj și la motivația de a se conforma acelor opinii. Astfel, dacă un anumit tip de comportament corespunde normelor sociale, din cadrul familiei, comunității locale, societății sau așteptărilor unei persoane importante din anturajul individului, acele așteptări vor influența intențiile individului și, drept urmare, comportamentul acestuia [122]. Un exemplu relevant, referitor la aplicabilitatea TAM în domeniul stomatologiei, este prezentat în figura 33. [123].

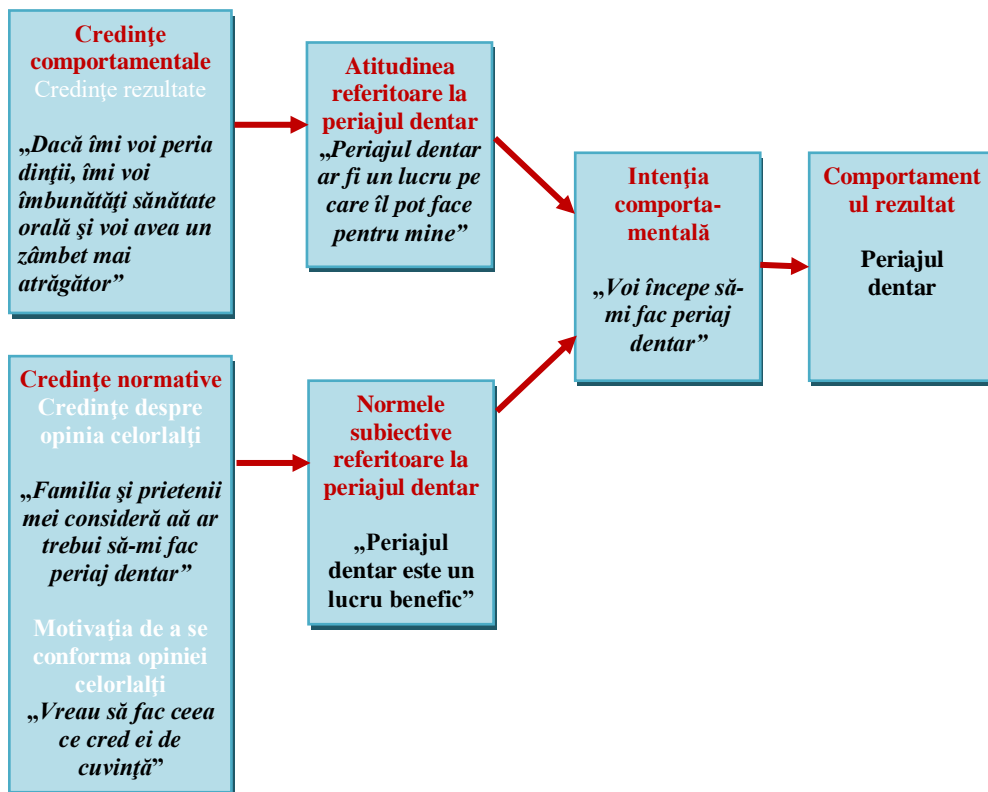


Figura 33. Teoria acțiunii motivate [109,119]

Astfel, individul consideră că periajul dentar îi va îmbunătăți sănătatea orală și esteticăși totodată, ia în considerare faptul că cei din anturajul acestuia apreciază acest comportament ca fiind important și de aceea se simte motivat să adopte practica respectivă, ceea ce conduce la norma subiectivă conform căreia acel tip de comportament este corespunzător. Adăugând la cele de mai sus și atitudinea pozitivă față de periajul dentar, ca și comportament corespunzător, va rezulta intenția comportamentală, urmată ulterior de transpunerea în practică – periajul dentar regulat. Această teorie poate fi aplicată și în cazul eficacității sau a frecvenței periajului dentar [118].

Totuși, una dintre limitele acestei teorii se referă la accentul pus pe intenție, care nu oferă întotdeauna o predicție cu acuratețe a schimbării comportamentului. Astfel, atunci când individul întâlnește anumite obstacole, acesta își poate schimba intenția și, în consecință, nu va mai adopta noul tip de comportament [122,123].

### Teoriile de schimbare a comportamentului față de educație

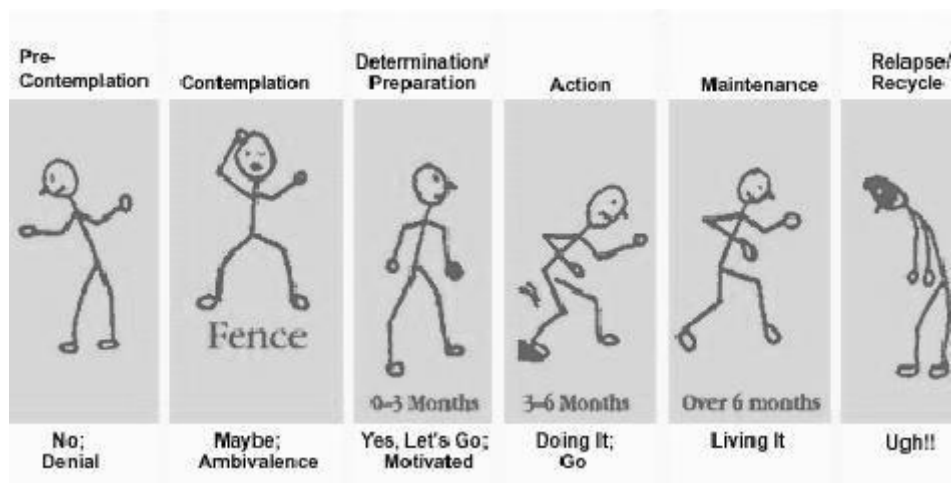
Teoriile de schimbare a comportamentului pot fi folosite ca un ghid pentru dezvoltarea efectivă a metodelor de predare, educaționale. Cum scopul educației

este, în principal, înțelegerea comportamentului, teoriile schimbării comportamentale, oferă o imagine în formularea unor metode eficiente de predare, ca un robinet în mecanismele de schimbare de comportament. Într-o epocă în care programele de educație și cadrele didactice depun eforturi uriașe pentru a ajunge la un public cât mai larg, cu diferite stări socio-economice, cei ce concepe aceste programe se străduiesc din ce în ce mai mult să înțeleagă motivele din spatele schimbării comportamentale, cu scopul de a înțelege caracteristicile universale care pot fi cruciale pentru elaborarea programelor.

Unele teorii, precum ar fi Teoria învățării sociale și Teoria comportamentului planificat, au fost dezvoltate ca încercări de a îmbunătăți educația pentru sănătate. Deoarece aceste teorii abordează interacțiunea dintre indivizi și mediul lor, ele pot oferi o perspectivă asupra eficienței programelor de educație cu un set specific de condiții prestabilite, cum ar fi contextul social în care un program de educație pentru sănătate va fi inițiat și desfășurat. De asemenea educația pentru sănătate este încă în aria în care teoriile de schimbare a comportamentului sunt cel mai des aplicate, cum ar fi Modelul de schimbare prin etape. Acest model a început să se aplice și în alte domenii precum educarea angajaților și dezvoltarea unor sisteme înalte de educație.

### **Etapele schimbării. Modelul Schimbării în etape**

Acesta este un proces de schimbare a comportamentului implicând progresul prin mai multe etape: pre-contemplarea, contemplarea, determinarea, acțiunea, menținerea și uneori recăderea. [124]



**Figura 34. Etapele modelului transteoretic de schimbare a comportamentului [28]**

- *Precontemplarea* (nu este pregătit)- „persoanele nu intenționează să acționeze în viitorul apropiat, nu sunt conștienți de comportamentul lor problematic”;

- *Contemplarea* (începe să se pregătească)- „persoanele recunosc că al lor comportament este problematic și încep să caute argumente pro și contra pentru a continua acțiunile lor”
- *Pregătirea* (este gata de acțiune)- „Persoanele intenționează să acționeze în viitorul apropiat și încep să facă mici pași pentru schimbarea comportamentului” [125]
- *Acțiunea* – „Persoanele fac modificări în stilul lor de viață, pentru a modificări în problemele lor de comportament sau își imprimă noi comportamente sănătoase”.
- *Menținerea* – „Persoane care sunt capabile să mențină stilul nou de viață cel puțin șase luni și muncesc pentru a preveni recăderea”.
- *Terminarea* – „Indivizi care numai au tentații și sunt siguri că nu se vor mai întoarce la obiceiurile lor nesănătoase”. [126]

În plus, cercetătorii au ajuns la concluzia că recăderea nu este o etapă în sine, dar de aici se pot reîntoarce într-o etapă anterioară.

## Capitolul 2.

# COMUNICAREA ÎN PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII DE INTERES COMUNITAR

Modul în care se articulează funcțiile limbajului în mesajul publicitar oglindește interdependența dintre cogniție, afect și voință în activitatea psihică. Utilizarea clipurilor publicitare ca mijloace de transmitere a informației sanogene se definește, astfel, ca o modalitate educațională ușor de acceptat și de integrat în sistemul deschis al psihismului individual (infantil și nu numai). În acest sens, se poate demonstra că există deja un precedent, deci că proiectul de implicare în educația pentru sănătate, construit pe baze similare, are șanse de reușită.

Transmiterea informației sanogene trebuie să se generalizeze ca unul dintre obiectivele funcției referențiale a mesajului publicitar, alături de marketingul produsului. Aceasta deoarece, în privința produselor destinate îngrijirii sănătății, în general, și a (părților) corpului, în particular, scopurile de marketing sunt bine servite tocmai prin difuzarea simultană a informației referitoare la efectele benefice pentru sănătate ce decurg din utilizarea produselor în discuție.

Înțelegerea unui mesaj devine posibilă pe două căi. Una constă în activarea circuitelor de memorie ale individului, pentru a se actualiza informația stocată în memorie, pe seama experiențelor de orice fel (senzoriale, acționale, culturale), cu privire la domeniul abordat în mesajul respectiv. Cealaltă cale rezidă în re-introducerea în memorie a informației (ceea ce, de fapt, contribuie la reactualizarea mai rapidă a datelor stocate), reprezentându-se intuitiv elementele structurii în discuție și sugerându-se, prin simboluri vizuale, relațiile dintre ele, precum și funcțiile lor, în absența, respectiv, în prezența produsului recomandat spre utilizare. De exemplu, imaginea prezintă schematic dintele, figurând prin săgeți roșii atacul bacterian asupra smalțului, după care conturul dintelui este subliniat, în imagine, printr-o linie albastră în contact cu care se prezintă deflecția săgeților roșii – semn că produsul recomandat acoperă smalțul cu un strat protector, care îl izolează de acțiunea distructivă a bacteriilor.

Prima cale, legată de reactivarea memoriei, este mai „ieftină” în termeni strict economici, dar mai supusă „accidentelor”. Clipurile publicitare se adresează și unor categorii de receptori care nu au *încă* (copiii) sau nu *mai* au (bătrânii) acces rapid la informațiile necesare pentru a decoda mesajul; în plus, printre adulți există unii care au învățat temeinic, dar și alții, care au dat mai puțină atenție anatomiei și fiziologiei umane. În legătură cu prevenția din medicina oro-dentară, în particular, mai există și dezavantajul că adesea, din lipsă de timp, profesorii presați de directori și inspectorii de specialitate să respecte ritmicitatea planificărilor trec cu destulă ușurință peste problematica aparatului dento-maxilar, considerând că e un subiect „ușor”, care nu necesită prea multă insistență.

În schimb, prin apelul la imaginea publicitară, vizuală, se realizează o actualizare/egalizare a competențelor tuturor destinatarilor în domeniul de interes,

ceea ce va asigura intelegibilitatea mesajului. Pe de altă parte, această cale de comunicare permite selectarea, din ansamblul informației de anatomie-fiziologie a aparatului bucal, exact a datelor relevante pentru înțelegerea mesajului specific, legat de promovarea produsului dorit. Astfel, conceperea mesajului publicitar pornind de la o bază științifică, legată de reprezentarea proceselor biochimice în care produsul promovat are un rol benefic, constituie, implicit, un act educativ. Pe seama repetării sale frecvente, ca și datorită caracterului informal al actului educațional corelat, mesajul publicitar de acest tip are mari șanse de eficacitate educativă.

Iată suficiente motive pentru care mesajul publicitar destinat promovării medicamentelor și produselor de îngrijire corporală tinde, în ultima vreme, să preia o parte din sarcinile educației pentru sănătate. În elaborarea acestui mesaj sunt implicate două funcții ale limbajului: *funcția referențială* și cea *poietică*. Exercițarea funcției poietice stă la baza „scenariului” jucat de actori și completat prin grafica și efectele speciale ce asigură transmiterea intuitivă a informației, motiv pentru care se poate spune că ea integrează componenta referențială.

Analiza unui videoclip, cu titlu de exemplu, va facilita înțelegerea acestui raport între poietic și referențial, *specific creației de ficțiune*. Scenariul materialului analizat prezintă două paliere de conținut, dintre care primul e construit ca o *lume mică* asemenea cu lumea reală („actuală”, în termenii lui Eco) [157]. Pe acest plan, clipul prezintă receptorului imaginile succesive ale unei fete ținând în mână un desen cu logo-ul firmei producătoare, apoi ale grupului de băieți și fete în care protagonista primei imagini este integrată. Toți cei prezenți par preocupați de o problemă comună, care este explicată pentru receptor prin sloganul „Să salvăm lumea de carii!”. În continuare, scenariul prevede apariția cadrului didactic, depozitar al informației sanogene, care *explicită* modul de acțiune a pastei de dinți promovate, *exemplificând*. Banda sonoră a videoclipului susține imitativ imaginile vizuale, pe fundalul explicației date de învățătoare, verbal.

Explicația și exemplificarea echivalează cu introducerea, în interiorul primului palier de conținut, a imaginilor menite să demonstreze intuitiv efectul aplicării pastei asupra dintelui, constituind al doilea palier de conținut. În acest scop, imaginea trece din planul ficțional inițial pe un plan abstract. Imaginile prezentate nu se mai aseamănă cu cele perceptibile în lumea reală, ci decupează, pe un fundal neutru, partea de realitate relevantă pentru înțelegerea procesului. Pentru transmiterea informației e folosită o scoică, adică un obiect descris verbal, pe banda sonoră, ca asemănător prin compoziție și consistență dintelui uman. Secvența are și o temporalitate proprie, aceea a procesului chimic descris. Această temporalitate e numai ușor comprimată în partea finală a procesului, evidențiind efectul mai curând decât poate el să apară în timp real.

Pe lângă planul cogniției, în publicitate sunt implicate și largi sectoare ale emoționalității.

Astfel, *funcția emotivă* a comunicării vizează transmiterea unor emoții pozitive (plăcere, admirație) legate de produsul promovat și/sau de utilizarea lui.



Această emoție, însă, nu este una personală și spontană, atribuibilă unui emițător individual. „Emițătorul” clipurilor publicitare este, în termeni strict tehnici, un post de radio sau canal de televiziune, dar rolul acestora nu se poate compara cu acela jucat de emițătorul uman într-o situație reală de comunicare. Canalul de televiziune (postul de radio) nu are și rolul de a elabora mesajul, ci doar îl difuzează, îl „pune în undă”, primindu-l gata elaborat de la firma de design publicitar, care îl realizează la comanda unui beneficiar. De regulă, acest beneficiar e o companie furnizoare de produse de îngrijire orală, pentru care publicitatea servește în primul rând scopuri de natură economic-financiară, și numai în ultimul rând are o finalitate educativă. Această stare de fapt își pune amprenta asupra caracteristicilor semantice ale mesajului publicitar.

Emoția este *efectul vizat* al unei elaborări deliberate a mesajului, în funcție de un scop precizat (impunerea pe piață a produsului) și de un set de valori selectat ca propriu paradigmei de mentalitate dominante în categoria de public țintită de mesajul respectiv. De aceea, ea se constituie la nivelul discursului raportat [158]. El zice că „pasta de dinți X are un gust plăcut”, care corespunde decodării mesajului de către destinatar (receptor).

Această observație sugerează că, în teorie cel puțin, designerul care elaborează un mesaj publicitar ar putea foarte bine să nu adere la valorile și judecățile constitutive paradigmei dominante în publicul-țintă. În practică, însă, lucrurile nu stau tocmai așa. Neimplicarea emoțională a autorului se răsfrânge asupra mesajului, chiar sub forma neputinței de a-l elabora, sau, cel mai adesea, sub forma ineficienței persuasive a produsului publicitar realizat. În cartea *Eroarea lui Descartes*, neurofiziologul american Antonio Damasio [159] demonstrează că funcțiile cognitive ale psihismului se află în strânsă interdependență cu procesele afective. De unde rezultă că adeziunea emoțională la anumite valori mobilizează creativitatea, pe când lipsa acesteia o inhibă. (O constatare similară, dar făcută empiric, este rezumată de înțelepciunea ancestrală a poporului român în proverbul „Munca fără tragere de inimă e curată pierdere de vreme”.)

Se naște, în mod firesc, întrebarea: „Ce anume declanșează emoția emițătorului de mesaj, de natură să îi stimuleze creativitatea?” Cu alte cuvinte: „E oare necesar ca produsul promovat să îi placă celui ce elaborează spotul publicitar?” Ar însemna ca un anumit designer să nu poată realiza spoturi pentru *paste* de dinți (de exemplu), ci numai *un* spot pentru promovarea *pastei sale* de dinți favorite (cel puțin la un moment dat). În practică, există anumite limite ale acceptabilității unei sarcini de creație și, chiar presupunând un caz privilegiat, trebuie să avem în vedere necesitatea fiecărui designer de a-și asigura cereri de servicii timp de măcar 20-25 de ani pentru a-și construi o carieră de succes. De aceea, opțiunile axiologice aflate la baza materialelor publicitare se îndreaptă spre anumite *valori adoptate* („igiena”, „sănătatea”), adică însușite prin educație în calitate de „valori”, apoi particularizate la nivelul oro-dentar și asociate metonimic cu produsele de îngrijire din clasa celui promovat. Acesta este și temeiul motivării publicului, prin intermediul publicității,

în sensul cumpărării produselor de îngrijire corporală, a medicamentelor și a suplimentelor alimentare. În acest din urmă caz, emoția nu mai e indusă publicului pornindu-se de la o senzație încercată, memorată și considerată dezirabilă, ci este generată prin rememorarea unor senzații și/sau trăiri emoționale ce i-au fost cândva provocate subiectului de anumite convingeri morale, susținute de argumente ideatice. Putem spune că e vorba, în unele cazuri, despre plăcerea recunoașterii unor emoții asociate cu momente de elevație morală și intelectuală.

*Funcția emotivă e subordonată funcției conative:* emoția (prezumabilă) a emițătorului slujește țelul acestuia de a acționa asupra receptorului, oferindu-i promisiunea unei senzații plăcute, confirmându-i ceea ce crede el că sunt opțiunile sale valorice (dar, de fapt, sunt ale societății) sau, pur și simplu, asigurându-l că nu face notă discordantă printre semenii săi.

De la caz la caz, în funcție de metodele folosite, altădată, de părinți sau educatori pentru a inculca consumatorului adult de azi deprinderi sanogene, mecanismul emoțional responsabil de acceptarea mesajului publicitar (realizarea *funcției conative*, în termenii lui Jakobson) poate fi unul legat de evitarea culpabilizării. Mai mulți filosofi și antropologi au remarcat că civilizația occidentală (iudeo-creștină) tradițională își are rădăcinile într-o ideologie a vinovăției: existența răului este legată, potrivit acestei concepții, de păcat. Omul – se spune – a primit răul ca pedeapsă pentru că nu a ascultat când i s-a impus o linie de conduită ce îl sustrăgea potențialelor pericole; bolile ar fi, conform acestei teorii, efectul devierii de la regulile vieții sănatoase. În logica acestei paradigme, cel bolnav trăiește cu sentimentul că a greșit, mai mult sau mai puțin, în funcție de gravitatea bolii. Cel sănătos trăiește cu teama de a nu greși, mai ales din ignoranță, fără voie, dar cu consecințe incalculabile, pe care va trebui să le remedieze cu eforturi peste puterile sale. În general aceasta e ambianța ideologică în care se introduceau deprinderile, apoi se creau automatismele legate de igiena corporală și oro-dentara în 9 din 10 familii europene, până după cel de-al doilea război mondial. Conform datelor pe care le oferă literatura germană pentru copii din secolul al XIX-lea – faimoșii *Struwwelpeter*, *Suppenkasparetc.* – au existat, în anumite țări europene, perioade de exagerări care pe noi, cei de astăzi, ne-ar putea revolta. Practica amenințării cu consecințele îngrozitoare ale neascultării era considerată lăcită, motiv pentru care predica moralizatoare versificată putea împinge scenariul „ravagiilor neascultării” până la moartea (!) copilului care a refuzat să asculte.

În lumea contemporană, situația este mult schimbată, chiar răsturnată, s-ar putea spune; câștigă teren în sfera valorilor starea de bine, senzația intimă de siguranță în propriul corp, certitudinea fiecăruia că, îngrijindu-și corpul, dispune cât se poate de bine de propriul potențial de afirmare.

În videoclipurile promoționale, efectele emoționale sunt considerate dezirabile și valorile asociate cu ele relevă un sistem complex de relații. Pe de o parte, personajele care animă palierul ficțional (ex. copii și învățătoarea) par deja convinși de eficiența pastei de dinți ce formează obiectul promoției. Spre a induce

aceeași convingere telespectatorilor, scenaristul a optat pentru soluția eroizării personajelor, făcându-le să pară a ilustra o umanitate exemplară.

Realizarea acestei intenții s-a făcut pornind de la diferite slogane, care presupun, în subtext, elemente paradigmatiche de natură valorică apte să inducă emoții pozitive. Astfel, folosirea persoanei întâi plural exprimă coeziunea grupului de copii în vederea atingerii unui țel comun și sugerează, prin asociație de idei, prezența unor valori proprii paradigmei moderne: socialitatea și spiritul de colaborare. Acestea sunt valori la care aderă cea mai mare parte a populației, chiar dacă ele sunt, indirect, asociate inocenței specifice vârstei infantile. Desigur, adulții își dau seama că, în viața reală, acțiunile sunt de multe ori individuale și, cel mai adesea, interesul personal primează asupra celui colectiv; în schimb, la nivel ideal, toată lumea consimte că socialitatea și cooperarea stau la baza evoluției societății. Admiterea acestora ca valori de către indivizii din clasa mijlocie este, în mare parte, datorată unei perspective asupra istoriei însușită prin educația școlară, în cadrul orelor de istorie și filosofie. Această parte a videoclipului are, așadar, șanse de a fi acceptată și de către receptorii adulți, din cauză că le confirmă o parte din ideile și convingerile formate prin educație (*valorile adoptate* menționate mai sus).

Pe de altă parte, scopul urmărit de copiii din clip este, evident, disproporționat față de puterea lor de influență, dar ei nu par a realiza acest lucru. Dimpotrivă, par a simți că dobândesc mai multă importanță prin ideea lor de a coopera într-o acțiune menită a se extinde asupra întregii lumi și se umplu de entuziasm conștientizând elevația obiectivului propus. Această situație fictivă este pasibilă de interpretare diferențiată de către potențialii receptori ai mesajului, în funcție de vârstă. Astfel, telespectatorii aflați la vârsta copilăriei se vor identifica, foarte probabil, cu personajele videoclipului și vor dori să se alăture acțiunii lor. Rezultat: vor cere să li se cumpere pasta de dinți. Adulții, apti să înțeleagă subtextul comic al momentului (discrepanța dintre ceea ce se dorește și ceea ce se poate înfăptui), vor trata cu umor pretenția personajelor și, probabil, vor zâmbi (râde). Dar zâmbetul și râsul sunt manifestări proprii unor emoții pozitive, pe care e foarte probabil ca acei adulți să dorească să le resimtă din nou. De aceea, nu vor evita să urmărească din nou videoclipul și, însușindu-și mesajul sanogen, până la urmă, e probabil că vor cumpăra produsul promovat.

O altă modalitate de a câștiga simpatia receptorilor pentru personajele videoclipului constă în a le face să pară drăguțe, simpatice. Acest obiectiv este îndeplinit în videoclipuri prin selectarea unor actori cu fizic agreabil, care zâmbesc și se mișcă vioi tot timpul, deci constituie *prezențe eutonice* în cadrul filmat. În acest punct, scenaristul mizează pe anumite procese subliminale, care fac ca, aflat în mijlocul unui vuiet de admirație sau entuziasm, individul să se alăture manifestărilor emoționale ale grupului. Se preconizează, deci, ca entuziasmul personajelor din film să se transmită și receptorilor videoclipului, chiar dacă, la nivel rațional, ei sunt conștienți de inadverența dintre scopurile pe care și le propun personajele și mijloacele de care dispun ele pentru a le traduce în faptă.

## **2.1. CONEXIUNEA EDUCAȚIE-COMUNICARE ÎN PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII**

Promovarea sănătății este un proces complex care dă posibilitate oamenilor să folosească toate mijloacele prin care pot controla propria stare de sănătate sau o pot influența îmbunătățind-o.

Promovarea sănătății reunește o diversitate de discipline și profesioniști care au realizat că este necesară o schimbare radicală, nu numai a stilului de viață al oamenilor, ci și al condițiilor în care aceștia trăiesc.

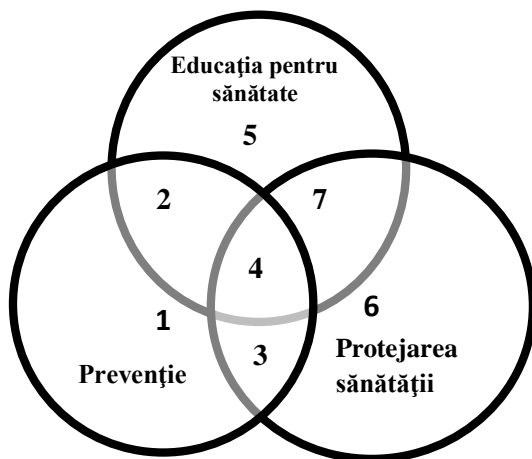
### **2.1.1. Definirea noțiunilor de promovarea sănătății și educație în promovarea sănătății**

**PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII** se poate defini ca [96]:

- *strategie instituțională, medicală și politică*, de abordare a sănătății individului în corelație cu stilul și mediul său de viață, constând din măsuri legislative și reglementări ale acțiunii sociale în sensul păstrării unui mediu sănătos și favorizării modurilor de viață sanogene, respectiv prevenirii/interzicerii modurilor de viață nesănatoase;
- *domeniu științific interdisciplinar* ce permite societății și fiecărui membru al acesteia în parte să dezvolte strategii prin care să dețină ori să-și intensifice controlul asupra factorilor ce influențează starea de sănătate, dându-le posibilitatea de a ridica nivelul acesteia;
- *strategie de mediere între indivizi și mediul înconjurător*, în cadrul căreia se definesc limitele libertății de alegere personală și ale responsabilității sociale pentru sănătate.
- procesul care oferă individului și colectivității posibilitatea de a-și crește controlul asupra determinantilor sănătății și, prin aceasta, de a-și îmbunătăți starea de sănătate. Reprezintă un concept care îi unește pe cei care simt nevoia de schimbare a stilului de viață, cât și a condițiilor de trai. Promovarea sănătății realizează o mediere între mediu și individ, având drept scop asigurarea în viitor a unei bune stări de sănătate (WHO-EURO, Health Promotion Glossary, 1989) [258].

Promovarea sănătății presupune o abordare multidimensională de îmbunătățire a stării de sănătate, care include activități de educație, activități de promovare a unor schimbări comportamentale și de stil de viață, politici și măsuri legislative [164].

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) subliniază încă din 1986 că sănătatea este mult prea importantă pentru a fi lăsată numai practicienilor din domeniul sanitar; educația și elaborarea de politici sanitare trebuie axate pe dezvoltarea sănătății la nivel individual, comunitar și național (Figura 35).



**Figura 35. Promovarea sănătății - concept multidisciplinar [166]**

Acest model prezintă 3 sfere de activitate distincte dar care, în același timp, se suprapun:

- educația pentru sănătate;
- protejarea sănătății;
- prevenirea îmbolnăvirilor.

Diferite zone din figura de mai sus au următoarea semnificație:

1. Servicii preventive, ex: imunizări, măsurarea tensiunii arteriale, folosirea gumei de mestecat cu nicotină pentru abandonarea fumatului, folosirea apei de gură pentru prevenirea infecțiilor orale și a cariilor dentare etc.;

2. Educație în medicina preventivă, ex: informații și sfaturi legate despre periajul dentar corect, renunțarea la fumat;

3. Protejarea sănătății prin metode preventive, ex: fluorizarea apei;

4. Educație pentru protejarea stării de sănătate prin metode preventive, ex: lobby pentru adoptarea legii de obligativitate a purtării centurii de siguranță;

5. Educație pentru sănătate pozitivă, ex: dobândirea unor abilități de viață/comportamente sănătoase în rândul tinerilor;

6. Mesaje pozitive pentru protejarea sănătății, ex: politica legată de fumat la locurile de muncă;

7. Educația pentru sănătate orientată pe sănătatea pozitivă, ex: lobby pentru adoptarea unei legi de interdicere a publicității produselor din tutun.

Începând cu anul 1974, specialiștii din domeniu au identificat cinci principii care stau la baza promovării sănătății (Ashton, 1988):

1. Promovarea sănătății implică activ populația pentru stabilirea unui program de fiecare zi care favorizează sănătatea, în loc de a se orienta preponderent

și exclusiv asupra indivizilor la risc, care au legături cu serviciile medicale. Aceasta înseamnă de fapt, folosirea strategiilor preventive populaționale ecologice, care încearcă să scadă incidența bolilor prin modificarea distribuției factorilor de risc în populație. Avantajul acestei metode este că are potențial mare, dar dezavantajul este că oferă beneficii mari populației generale, dar beneficii mici pentru indivizii cu risc înalt, așa numitul „paradox al prevenirii”. Combinarea celor două tipuri de strategii preventive, cea ecologică și cea a indivizilor cu risc înalt poate asigura impactul cel mai bun.

2. Promovarea sănătății este orientată asupra cauzelor care produc îmbolnăviri;

3. Promovarea sănătății folosește diferite abordări care contribuie la îmbunătățirea stării de sănătate. Acestea includ informarea și educarea, dezvoltarea comunității, organizarea și pledoaria pentru sănătate și legislație; prin acestea promovarea sănătății este *multisectorială* și implică mai multe discipline, nu numai din domeniul sănătății;

4. Promovarea sănătății depinde, în mod special, de participarea populației;

5. Specialiștii din sănătate, în special cei din asistența primară de sănătate [171], au rol în facilitarea acțiunilor de promovare a sănătății (Ashton, 1988).

Promovarea sănătății orale [96], ca parte a programului de promovare a sănătății în sensul definiției OMS, se efectuează în locații adecvate activității medicale, în speță stomatologice, dar și în alte **locații** aflate în proprietatea sau folosința unor instituții conexe sistemului de sănătate și celui educațional. Aceste locații sunt:

- *cabinetele de medicină dentară* (prin informare și consiliere de către medici și asistente de profilaxie)
- *serviciile de sănătate comunitară* (cu aceleași resurse umane, în cadrul programelor de educație și prevenire a afecțiunilor oro-dentare)
- *spitalele și clinicile* (pentru cazurile în care se observă afecțiuni oro-dentare secundare sau asociate unor tulburări organice: infecții, procese degenerative; în cadrul unor programe speciale de educație a părinților, a copiilor, a bătrânilor din teritoriul de competență), cu mențiune specială privind *maternitățile* (consilierea gravidelor privind prevenirea deteriorării danturii în timpul sarcinii) și *instituțiile de ocrotire pentru pacienții* cu nevoi speciale (spitale de boli cronice, cămine-spital pentru bătrâni, centre de plasament pentru orfani și copii abandonati)
- *farmacii* (activitate de consiliere desfășurată de farmaciști în legătură cu produsele de igienizare și îngrijire a aparatului buco-dentar, cu medicamentele și produsele fără zahăr)
- *instituții de învățământ* (grădinițe, școli de diferite grade)
- *locuri de muncă* (prin programe vizând educația adulților în vederea prevenirii afecțiunilor oro-dentare specifice vârstei mature și înaintate)

- *domiciliul persoanelor/familiilor* (prin vizite cu caracter de consiliere și control prin sondaj)
- *mediul virtual* (programele canalelor de televiziune, radio) – [156,173].

Coordonarea tuturor acestor componente se realizează prin activitatea de management al rețelei publice de sănătate și a cabinetelor cu liberă practică (private). Întrucât termenul de management este recent intrat în vocabularul limbii române și acoperirea lui noțională este încă destul de confuză [176].

## **Principiile și obiectivele promovării sănătății**

### **I. Principiile promovării sănătății**

Promovarea sănătății este un concept relativ nou, dezvoltându-se la sfârșitul anilor '70 și începutul anilor '80, dar „nașterea” promovării sănătății se consideră marcată de abia când OMS a discutat strategia „Sănătate pentru toți până în anul 2000” [179].

În anul 1974 se consideră a fi punctul de referință pentru noua sănătate publică și pentru promovarea sănătății. Marc Lalonde, ministrul sănătății din Canada la acea vreme a redescoperit „noua sănătate publică”, ca o abordare care aduce simultan schimbări de mediu, alături de măsuri preventive individuale și intervenții terapeutice adecvate. Noua sănătate publică înlătură tendința de a „da vina pe victimă”. Multe probleme de sănătate sunt percepute ca probleme sociale, mai degrabă decât probleme individuale. În cadrul acestei concepții, mediul este perceput ca fiind atât social și psihologic, cât și fizic. Prin urmare, sănătatea trebuie să reprezinte preocuparea tuturor cetățenilor și nu numai a medicilor sau a altor specialiști.

Principiile promovării sănătății, enunțate în Carta de la Ottawa (1986), principii care acordă o importanță mai mare sănătății și nu bolii, sunt [179]:

- a) Promovarea sănătății implică populația ca un întreg, înlocuind conceptul vechi în care atenția era îndreptată numai asupra grupurilor cu risc.
- b) În promovarea sănătății sunt folosite diferite metode educative: de comunicare, de legislație, măsuri fiscale, deoarece s-a ajuns la concluzia că doar sectorul sanitar singur nu poate produce modificări ale stării de sănătate, îmbunătățind-o.
- c) Promovarea sănătății este orientată asupra determinantilor stării de sănătate, adică: factorii biologici, de mediu, stil de viață, servicii de sănătate.
- d) Promovarea sănătății se realizează doar dacă cunoștințele dobândite la nivel de populație se transformă în comportamente, adică are drept scop determinarea participării concrete a societății la promovarea sănătății.
- e) Rolul promovării sănătății este acela de a permite accesul tuturor la sănătate, sănătatea fiind o prioritate.

La Bangkok are loc a VI-a Conferință Globală pentru Promovarea Sănătății, în august 2005, în cadrul căreia se cere OMS și Statelor Membre, în colaborare cu alții, să aloce mai multe resurse pentru promovarea sănătății, să inițieze planuri de acțiune și să monitorizeze performanța prin folosirea unor indicatori și obiective potrivite și să raporteze progresele la intervale regulate. Organizațiilor aparținând Națiunilor Unite li se cere să exploreze beneficiile dezvoltării unui Tratat Global privind Sănătatea.

Politica „Sănătatea pentru toți” pentru Regiunea Europeană a O.M.S. are drept scop realizarea unui potențial de sănătate completă pentru toată populația prin:

- promovarea și protejarea sănătății oamenilor de-a lungul vieții;
- scăderea incidenței datorate principalelor grupe de boli.

Educația pentru sănătate ar trebui *începută încă din primii ani de școală*, utilizându-se noțiuni corespunzătoare vârstei și care să fie predată de către persoane competente (medici de familie, medici specialiști, personal mediu de specialitate, profesori instruiți pe probleme de educație pentru sănătate) care să asigure transmiterea și dezvoltarea unor atitudini și deprinderi corecte ce au drept scop îmbunătățirea stării de sănătate.

În cadrul celei de a 4-a Conferințe Internaționale de Promovare a Sănătății de la Jakarta s-au identificat prioritățile în acest domeniu pentru secolul XXI (OMS, 1997):

1. **Promovarea responsabilității sociale pentru sănătate** - factorii de decizie trebuie să respecte responsabilitatea socială. Sectorul guvernamental și cel particular ar trebui să promoveze sănătatea prin adoptarea de politici și practici care să evite afectarea sănătății indivizilor; să protejeze mediul și să asigure o folosire rațională a resurselor; să restricționeze producția și comerțul produselor și bunurilor dăunătoare; să protejeze atât cetățeanul din piață, cât și individul la locul de muncă; să includă evaluări ale impactului legat de echitatea în sănătate ca o parte integrantă a elaborării de politici.

2. **Creșterea investițiilor pentru îmbunătățirea stării de sănătate** - aceasta necesită o abordare multisectorială, alocarea de resurse suplimentare pentru educație, locuințe și sectorul de sănătate. O investiție mai mare în sănătate și reorientarea serviciilor existente au potențialul de a favoriza evoluția pozitivă a dezvoltării umane, a sănătății și a calității vieții. Investițiile în sănătate ar trebui să reflecte nevoile anumitor grupuri cum ar fi: femeile, copii, persoanele în vârstă, populațiile sărace și marginalizate.

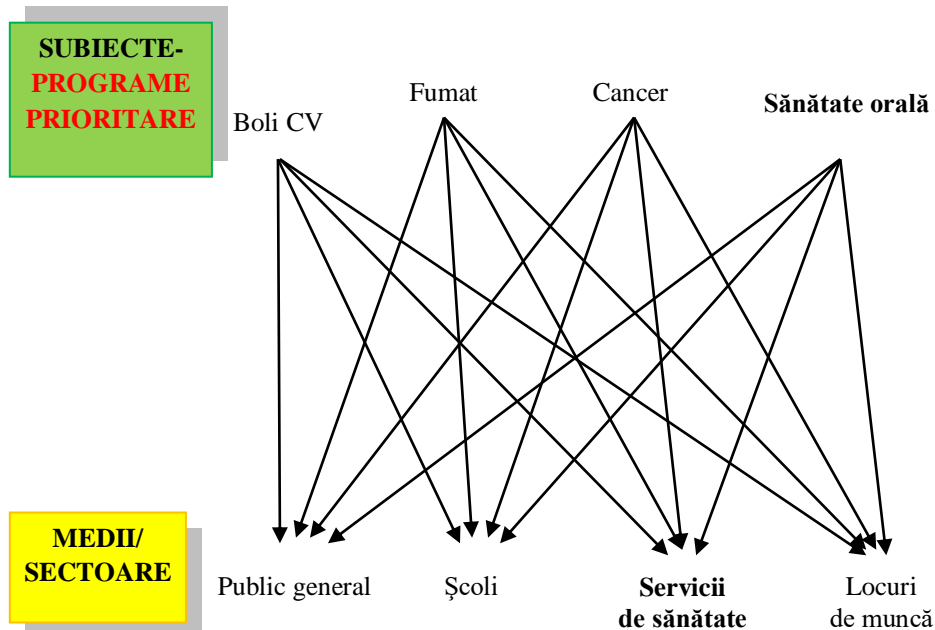
3. **Consolidarea și extinderea parteneriatelor pentru sănătate**—promovarea sănătății presupune realizarea unor parteneriate pentru dezvoltarea socială și a sănătății în diferite sectoare la toate nivelele de conducere în societate. Parteneriatele oferă un beneficiu mutual pentru sănătate prin împărtășirea expertizei, a abilităților și a resurselor. Fiecare partenerial ar trebui să fie transparent și responsabil, să fie bazat pe principii etice stabilite de comun acord, pe înțelegere reciprocă și respect, și deasemenea ar trebui să adere la liniile directoare ale OMS.



4. **Creșterea capacității comunitare și împuternicirea individului** - promovarea sănătății se face de către oameni și cu oameni și nu este despre oameni, presupune atât îmbunătățirea capacității indivizilor de a pune în practică acțiuni, cât și pe capacitatea grupurilor, a organizațiilor și a comunităților pentru promovarea sănătății, presupune educație practică, pregătirea în domeniul conducerii și acces la resurse. Împuternicirea indivizilor întărește procesul de a produce schimbarea.

5. **Asigurarea unei infrastructuri de promovare a sănătății** - trebuie creată o infrastructură de promovare a sănătății, prin noi mecanisme de finanțare locală, națională, a Uniunii Europene și globală. Trebuie găsite motivații pentru a putea influența acțiunile guvernelor, organizațiilor non-guvernamentale, instituțiilor de educație și sectorului particular, pentru a se asigura mobilizarea resurselor la maximum în promovarea sănătății.

Există mai multe modalități de abordare practică a priorităților din promovarea sănătății: cea axată pe probleme/subiecte/ boli, cea axată pe factori de risc și cea axată de grupuri țintă.



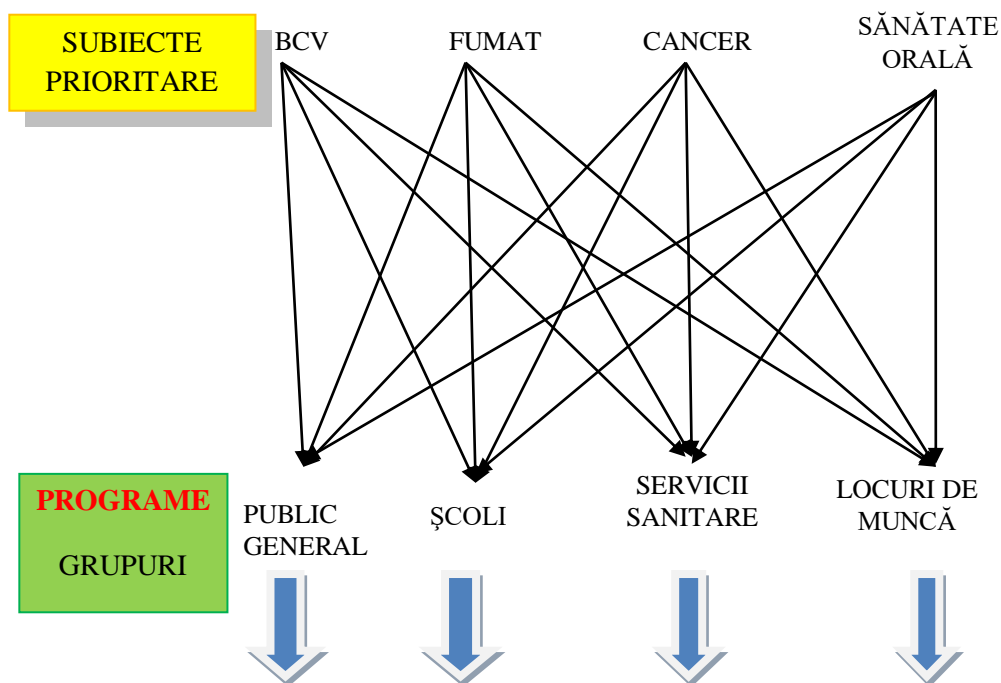
**Figura 36. Abordarea clasică (programe specifice problemelor) [176]**

*Abordarea clasică* este cea a realizării unor programe specifice fiecărei probleme/subiect de promovare a sănătății; în fapt, acestea se referă la abordarea unor boli sau obiceiuri dăunătoare sănătății, astfel se elaborează programele antifumat, antialcool, anticancer, etc. Fiecare din aceste programe încearcă să influențeze populația prin mass-media, școală, locul de muncă, mediul sanitar, mediul comunitar și sectorul voluntaretc..

Subiectele legate de alcool, de pildă, sunt un foarte bun exemplu. Abuzul de alcool este un factor de risc pentru numeroase neoplasme; este frecvent cauza producerii unor accidente; prin efectele sale influențează negativ comportamentul sexual și poate crește riscul transmiterii infecției cu HIV sau alte boli cu transmitere sexuală, poate contribui la probleme orale, determină obiceiuri dăunătoare sănătății, este factor pentru HTA, care la rândul său se asociază cu BCV (boli cardio-vasculare), elaborat de Naidoo în 1998.

Existența acestor suprapuneri, ca și a altora, demonstrează că programele de educație pentru sănătate centrate pe boala individuală și pe factorii de risc duc la duplicarea eforturilor ca și lipsa de coordonare a activităților în privința conținutului și a desfășurării lor în timp. În cel mai bun caz, aceasta înseamnă risipă de energie, timp și resurse. În plus inițiativele separate, sunt frecvent în competiție unele cu altele și apare pericolul inconsistenței mesajelor, ceea ce poate oferi atât populației, cât și specialiștilor, un pretext să nu treacă la nici o acțiune, exemplu o persoană informată de specialistul în igienă orală să nu consume dulciuri, de cel de nutriție să nu consume nici lipide, și atunci cel mai sigur acea persoană nu va face nimic.

O altfel de abordare, pe probleme de sănătate, se bazează pe realizarea unor programe de educație pentru sănătate centrate pe grupuri țintă. Astfel, se pot elabora programe de educație pentru sănătate pentru: publicul general, școli, sectorul voluntar, locurile de muncă, etc.[176].



**Figura 37. Programe de promovarea sănătății centrate pe grupuri țintă**

Un avantaj al acestei abordări este posibilitatea integrării eforturilor de educație pentru sănătate în contextul mai larg al promovării sănătății, care este privită ca o îmbinare între serviciile preventive (cum ar fi imunizare, screening), politicile favorabile sănătății și educația pentru sănătate [176].

## **II. Obiectivele promovării sănătății**

Obiectivele privind „Sănătatea pentru toți” sunt, de fapt, standarde prin care se măsoară, pe de o parte, progresele făcute în ceea ce privește îmbunătățirea și protejarea sănătății, iar pe de altă parte, măsoară progresele obținute în scăderea factorilor de risc cu impact asupra stării de sănătate a populației.

O serie de manifestări cu caracter internațional, cum ar fi cele care au avut loc la Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundswall, au subliniat importanța conceptului de promovare a sănătății [179].

Programul OMS privind „Sănătatea pentru toți” – adoptat în 1985 – consideră prioritate sănătatea și un stil de viață sănătos.

Strategia generală de promovare a sănătății a fost formulată în Carta de la Ottawa în 1986 și cuprinde cinci principii [180]:

1. *Construirea unei politici de sănătate publică*, în care sănătatea ar trebui să fie elementul important pentru factorii de decizie, factori ce ar trebui să se implice în promovarea la nivel populațional a unor stiluri de viață sănătoase.

2. *Crearea unui mediu favorabil sănătății*. Mediile favorabile sănătății au atât dimensiuni fizice cât și sociale. O strategie favorabilă în realizarea acestor medii trebuie să aibă în vedere întărirea sistemelor sociale, ce oferă un suport important împotriva fenomenelor ce au impact negativ (șomaj, instabilitate economică, etc.).

3. *Dezvoltarea unor aptitudini personale*. Se recomandă adoptarea unui stil de viață sănătos, o atenție deosebită dându-se reorientării educației pentru sănătate, în sensul creșterii responsabilității individuale și a autocontrolului asupra propriei sănătăți și vieții.

4. *Implicarea comunității în acțiunile de promovare a sănătății*. Promovarea sănătății se bazează pe dreptul fiecărei persoane de a-și alege un stil de viață propriu, pe de o parte, iar pe de altă parte, se bazează pe responsabilitatea pe care o are societatea față de sănătatea propriilor semeni.

5. *Reorientarea serviciilor de sănătate*. Se consideră că educația pentru sănătate reprezintă o componentă a serviciilor oferite pacienților, în care prevenția joacă un rol important.

Starea de sănătate a unei populații nu poate fi menținută doar de sectorul sanitar, ci, în acțiunile de promovare a sănătății intervin mai mulți factori: sociali, politici, guvernamentali și economici.

Politica OMS „Sănătate pentru toți în secolul 21” pentru regiunea Europeană își propune realizarea unui potențial de sănătate pentru toți indivizii prin:

- promovarea și protejarea sănătății oamenilor de-a lungul întregii vieți;
- reducerea incidenței suferințelor datorate principalelor boli.

Deși aceste obiective coincid cu cele care există în politica globală „Sănătate pentru toți în secolul 21”, totuși ele se adresează în mod special situației existente în Regiunea Europeană. Pentru acest secol s-au formulat 21 de obiective.

Pentru implementarea „Sănătate pentru toți în secolul 21” au fost alese 4 strategii principale de acțiune [176]:

- Strategii care se adresează determinantilor stării de sănătate și impactului pe care îl au aceștia asupra sănătății, strategii economice, culturale, sociale;
- Programe ce au drept scop îmbunătățirea stării de sănătate și, respectiv, a investițiilor necesare pentru a putea asigura îngrijirea bolnavilor și, prin acest lucru, îmbunătățind sănătatea.
- Existența unui sistem integrat de îngrijiri primare, orientat spre comunitate și familie, susținut de servicii de sănătate flexibile, care să răspundă solicitărilor.
- Implicarea parteneriatelor în procesul de promovare a sănătății: familie, școală, societate, loc de muncă, promovând legătura dintre luarea deciziei în problemele de sănătate, implementarea acesteia realizându-se cu o responsabilitate crescută din partea societății. Promovarea sănătății presupune o mai mare implicare din partea membrilor societății.

### **2.1.2. Modele și obiective strategice în managementul determinantilor sănătății, ca factori decisivi în promovarea sănătății**

Determinanții stării de sănătate pot fi modificați prin promovarea sănătății și prevenției, la care se adaugă implicarea comunității, care are un rol important.

Factorii care influențează îngrijirile de sănătate pot fi modificați prin diagnostice precoce, screening, precum și prin implicarea pacientului sau a comunității.

Factorii cei mai importanți care influențează sănătatea rămân sărăcia, stilul de viață, șomajul, locuințele necorespunzătoare, nivelul de educație al populației și poluarea mediului.

Abordarea lor la nivel național, cu intervenții adecvate la nivel comunitar ar trebui să se bazeze pe programe și proiecte în care să fie utilizate resurse publice și private din comunitatea respectivă.

Cunoașterea stării de sănătate a unei comunități este importantă pentru:

- identificarea problemelor de sănătate
- identificarea comportamentului consumatorilor de servicii de sănătate
- identificarea comportamentului furnizorilor de îngrijiri de sănătate
- planificarea și alocarea resurselor.

**Tabel 5. Factorii determinanți ai stării de sănătate [295]**

<b>1. Factori endogeni</b>	
	Sexul; Rasa; Vârsta; Caracteristici biologice; Receptivitatea la infecții; Ereditatea; Constelația hormonală; Caracteristici demografice ale populației
<b>2. Factori de mediu (ambientali sau mezologici)</b>	
<b>a) mediu fizic:</b>	temperatura; umiditatea; radiațiile; zgomotul
<b>b) factori geo-climatici</b>	altitudinea; zona geografică; la locul de muncă; în locuință; mediul înconjurător.
<b>c) factori chimici:</b>	substanțe organice și anorganice din apă, aer, sol și alimente.
<b>d) factori biologici:</b>	bacterii; fungi; paraziți; virusuri.
<b>e) factorii mediului social:</b>	socio-culturali, pragul de sărăcie; mediul de reședință; stilul de viață și alimentație; condiții de muncă și locuit; nivel de instruire, cultură, tradiții, obiceiuri
<b>3. Factorii comportamentali, atitudinile, obiceiurile</b>	
	stilul de viață factorii sociali comportamente
<b>4. Serviciile de sănătate (preventive, curative, recuperatorii)</b>	
	identificarea priorităților, determinismul stării de sănătate

**Diagnosticul stării de sănătate** la nivel populațional prezintă o serie de aspecte caracteristice, unele particularități. Evaluarea stării de sănătate la nivel de colectivitate presupune descrierea, analiza și interpretarea caracteristicilor observate [183].

Descrierea caracteristicilor stării de sănătate se realizează utilizând indicatori statistici (având ca sursă studii demografice sau epidemiologice).

**Tabel 6. Caracteristicile diagnosticului stării de sănătate la nivel individual și de colectivitate [176]**

<b>Diagnosticul stării de sănătate a individului</b>	<b>Diagnosticul stării de sănătate a colectivității</b>
<b>Identificarea persoanei</b> (nume, sex, vârstăetc.)	<b>Identificarea grupului</b> (distribuția și valorile medii, dispersia de la valorile medii pentru sex, vârstă, alte variabile)
<b>Anamneză:</b> - examen clinic; - examen paraclinic; - informațiile obținute se compară cu un „model” știut pentru diverse afecțiuni.	Se culeg <b>informații</b> în condiții cât mai standardizate - se prelucrează datele; - se centralizează; - se calculează indicii; - se compară rezultatele cu anumite modele de referință.
<b>Diagnosticul</b> (nivelului de sănătate) de boală a individului	<b>Diagnosticul sănătății comunității</b>
Determinarea <b>etiologiei</b> bolii	Determinarea cauzelor probabil implicate
<b>Tratamentul</b> etiologic sau simptomatic	<b>Tratamentul</b> sub forma unui program de măsuri care vizează factorii de risc sau boala a cărei prevalență a fost determinată.
<b>Controlul</b>	<b>Controlul</b> prin monitorizarea stării de sănătate a colectivității

Analiza și interpretarea acestora presupune utilizarea conceptelor și metodelor specifice analizei matematice (biostatisticii), epidemiologiei, demografiei, sociologiei, dreptului, eticii.

1. Evaluarea stării de sănătate a grupurilor populaționale se bazează pe principiile metodei de cercetare științifică, în special pe rigoare și modalitate sistematică de abordare.

2. Tendința actuală este de a măsura starea de sănătate într-un mod multicriterial, procesual, evolutiv și de a o aprecia în funcție de criteriile de referință.

3. Sănătatea grupului uman este o sinteză a stării de sănătate individuală, toate apreciate într-o viziune sistemică, globală.

4.Starea de sănătate a populațiilor se apreciază pe baza nivelului unor caracteristici manifestate la nivel de grup, caracteristici cunoscute sub numele de „fenomene”.

5.Exprimarea nivelului acestor fenomene se realizează cu ajutorul valorilor absolute, dar mai exact cu ajutorul indicatorilor și a indicilor.

6.Indicii utilizați pot fi, după natura lor, indici cantitativi și indici calitativi. Indicii de expresie calitativă sunt de obicei indici de sinteză și permit o viziune globală, comparabilă a stării de sănătate a grupurilor populaționale. Indicii de expresie cantitativă oferă de obicei o cantitate mai mare de informație necesară pentru descrierea fenomenelor.

7.În evaluarea stării de sănătate se îmbină conceptele metodele și tehnicile specifice demografiei, epidemiologiei, statisticii medicale, sociologiei și eticii.

8.Cel mai exact, rezultatele analizei stării de sănătate, se exprimăprintr-un raport (comparabilcu epicriza clinică) care poate exprima mai exact și nivelul gravității (severității), etiologia (cauzele), precum și prognosticul problemelor evidențiate.

9.Exprimarea stării de sănătate doar prin unul sau mai mulți indicatori sintetici are ca efect o pierdere mare de informație utilă.

10.Interpretarea rezultatelor trebuie făcută din punct de vedere statistic, al importanței clinice și al importanței pentru sănătatea publică. Se pune un deosebit accent pe interpretarea nivelului de semnificație statistică corelat cu dimensiunea și calitatea eșantionului.

11.Cunoașterea stării de sănătate a populației, precum și a prezenței nivelului factorului de risc, permite definirea problemelor de sănătate a grupului și posibilitatea de elaborare și desfășurare de programe de sănătate preventivă, profilactică, curativă și de recuperare.

### **Stilul de viață**

Stilul de viață este un factor determinant al stării de sănătate a unei populații. Programul OMS „Sănătate pentru toți” se bazează pe capacitatea individului de a-și cunoaște stilul de viață. Stilul de viață al unei persoane poartă amprenta modului de viață al comunității în care aceasta s-a format.

Importanța stilului de viață rezultă din ponderea lui în determinarea stării de sănătate a unei populații.

Din cei patru factori determinanți ai sănătății:

- stilul de viață are ponderea cea mai mare, de 51%.
- factorul biologic are o pondere de 20%;
- mediul ambiant are o pondere de 19%;
- sistemul de îngrijiri de sănătate10%.

Componentele stilului de viață:

- obiceiuri alimentare și consum sau abuz de alcool;
- fumatul;

- stresul;
- utilizarea drogurilor;
- comportamentul sexual;
- comportamentul rutier;
- activitatea fizică (sedentarismul);
- riscuri în timpul liber;
- riscuri profesionale;

Factorii ce influențează stilul de viață:

- factorii de mediu fizic;
- presiunea anturajului;
- dezvoltarea socio-economică a unei țări;
- nivelul de educație al populației în probleme de sănătate;
- obiceiuri dăunătoare sănătății determinate de tradiții, grad de instruire;
- mijloacele financiare de care dispune un individ sau un grup populațional;
- publicitatea crescută la produse cu influență negativă asupra stării de sănătate a populației (de ex. industria alcoolului).
- politica economică și socială a unei țări care încurajează producerea și consumul de bunuri cu influență negativă asupra stării de sănătate a populației, precum și publicitatea la astfel de produse.

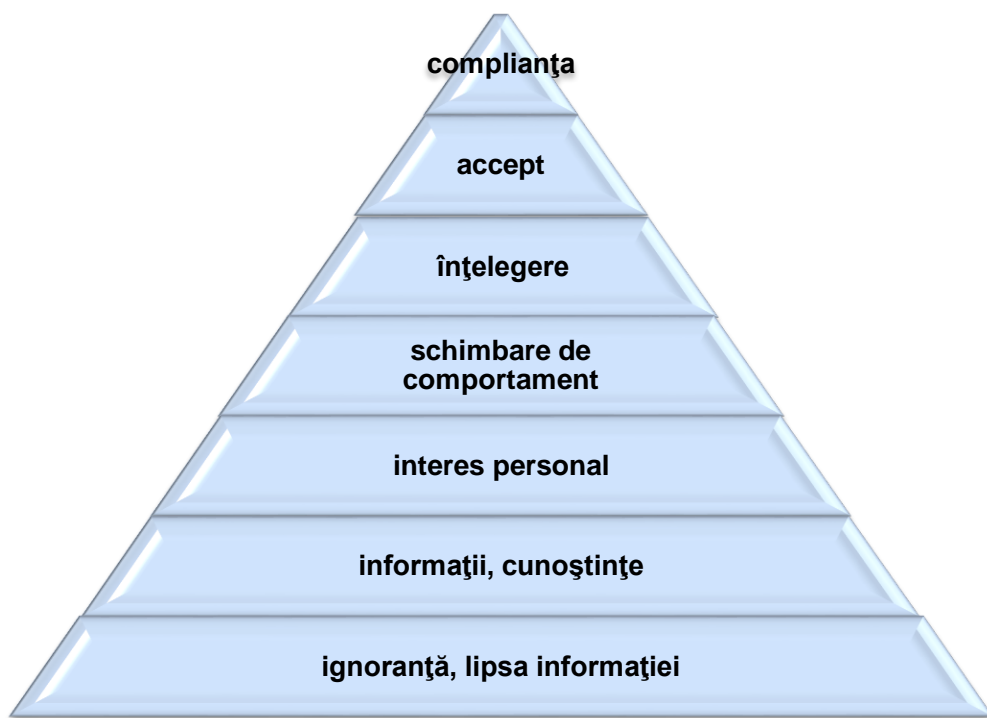
În cadrul stilului de viață, *factorii comportamentali* dețin un rol-cheie, mai ales din perspectiva educațională a prevenției.

Comportamentul se definește ca o secvență de reacții individuale la stimuli externi sau interni, declanșate la nivelul sistemului nervos și repercutate inclusiv la nivel biologic în întregul organism. În elaborarea acestor reacții intervin circuite neurale complexe, realizându-se interacțiuni între activitatea cognitivă de la nivelul cortexului, mecanismele vieții afective și cele subcorticele, de control al motilității, al eliberării de hormoni și neurotransmițători. Prin urmare, în decizia personală se întâlnesc motive care provin din procesarea unor informații preluate din mediul natural și cel social, inclusiv valori – informații asociate cu afecte – cu reprezentări mentale subiective, sau o „raționalitate subiectivă”, acestea din urmă menite să legitimizeze, prin raportare la valori instituite în comunitate, credințele și atitudinile subiectului. *În medicina dentară, ambientul devine un factor esențial, deoarece în acest mediu oamenii nu vin cu plăcere, ba chiar cu stări afective negative.*

Din descrierea de mai sus pot fi deduse nivelurile la care se poate acționa, prin educația pentru sănătate (în speță, pentru sănătate oro-dentară), pentru ca populația, până la nivel de individ, să fie motivată în sensul adoptării unui comportament sanogen.

Problematica responsabilități individuale și a celei sociale în raport cu starea de sănătate oro-dentară este redată în schema lui Einwag, care marchează etapele necesare obținerii unei schimbări eficiente și durabile de comportament.





**Figura 38. Treptele necesare obținerii unei schimbări eficiente și durabile de comportament**

Pentru a modifica starea de bază, care este aceea de ignoranță (lipsă a informației), primul pas îl constituie *informarea*. E de dorit ca aceasta să provină dintr-o sursă autorizată, capabilă să furnizeze informații corecte, verificate științific.

Oricât de corecte ar fi, informațiile în discuție rămân un bagaj non-operational atât timp cât subiectul nu se consideră afectat de vreun risc, pentru evitarea căruia să fie nevoit a pune în practică informațiile acumulate. De aceea, specialiștii sunt cei mai indicați pentru a realiza informarea, ei fiind și beneficiarii studiilor epidemiologice, de pe urma cărora s-au stabilit categoriile de risc, deci pornesc de la cunoașterea situației de ansamblu a morbidității și își ținesc cu precizie mesajul spre cei care resimt nevoia de informare și consiliere în legătură cu o anumită boală, care îi afectează. În acest sens, s-a vorbit despre informarea specifică acțiunilor de promovare a sănătății ca despre o acțiune de *marketing social*, *marketingul* fiind acea activitate prin care *se cercetează* nevoile potențialilor consumatori și se dau *soluțiile specifice pentru satisfacerea acestor nevoi* [169]. Cu alte cuvinte, schimbarea de comportament nu poate fi realizată decât dacă, ghidat de specialist, publicul-țintă își descoperă *interesul personal* în informația sanogenă furnizată de o sursă competentă.

Numai pe seama interesului personal poate fi investit cu valoare comportamentul sanogen, astfel încât un individ sau o populație să renunțe la practicile greșite sau periculoase cu care s-a obișnuit, în ciuda efortului pe care îl presupune orice renunțare la deprinderi vechi și instalare de noi obișnuințe.

Pentru ca toate aceste schimbări să poată avea loc, destinatarul informării, la rândul său, nu trebuie să rămână pasiv. În primul rând, el trebuie să manifeste o atitudine de *compliance*, să nu fie refractar la dialogul cu specialistul, ci să asculte cu bună-credință informațiile furnizate de acesta, să nu ezite în a pune întrebări, a face observații personale, a informa despre stări de fapt constatate în viața sa (ca individ sau colectivitate).

Din încrederea reciprocă, astfel construită, se naște *acceptul* – fundalul emoțional și atitudinal al acumulării de informație sanogenă, acumulare care conduce spre etapa următoare: *înțelegerea*. Numai după ce, pe fondul unui ansamblu de emoții și atitudini pozitive, s-au produs modificările de status cognitiv pe care le implică înțelegerea, poate fi vorba de luarea unei decizii și, pe baza acesteia, de autocontrol în sensul unei *schimbări de comportament*.

**Factorii sociali** sunt reprezentați de ansamblul de concepte și operații mentale învățate de individ sau funcționale în colectivitate, chiar la nivelul relațiilor informale dintre indivizi, dar și la acela al raporturilor dintre individ și instituție publică (locul de muncă, instituțiile de petrecere a timpului liber sunt, de asemenea, cuprinse aici), individ și individ (în situațiile legate de muncă, de petrecerea timpului liber, în mijloacele de transport etc.).

Mediul social influențează individul în mod imperceptibil, dar profund, prin intermediul unor idei a căror investire cu valoare este explicită și, în mod la fel de eficace, prin ansambluri difuze de conținuturi cognitive și afective, corelate pe căi inaparente la prima vedere. De pildă, pentru conștiința comună a epocii noastre, conceptul de *noutate* este asociat cu o valoare emoțională pozitivă, deși este demonstrabil că nu tot ce e nou e superior față de vechi. Astfel credem că se explică și investirea tacită cu valoare pozitivă a unor practici recunoscute ca nocive (fumatul, alcoolul, drogurile și chiar lipsa de igienă personală, inclusiv orală) în rândurile anumitor tineri. Aflați la vârsta la care se simt prea „mari” pentru a mai asculta de părinți, dar nici nu se simt pregătiți să înfrunte responsabilitățile vieții de adult, unii dintre ei devin „copii teribili”, contestatari ai „sistemului” (etichetă lingvistică sub care se ascund noțiuni complexe – uneori și confuze – având drept numitor comun obligația de supunere la regulile conviețuirii sociale). Efectul este aproape mecanic: „nu e bine” (eufemismul folosit în loc de „nu e voie”) este înlocuit cu contrariul său „e de dorit” și se aplică tuturor interdicțiilor asupra cărora părinții și educatorii au căzut de acord. Această opțiune comportamentală nu exclude ca tinerii în discuție să fie conștienți de valabilitatea informației sanogene, dar să prefere ideea de *risc* celei de *siguranță personală* (dezinvestită și ea, ca parte a mentalităților „sistemului”), în dorința lor de a se singulariza, de a se detașa de marea masă a populației.

## **Consumul abuziv de alcool[190]**

Este cunoscută la ora actuală implicarea consumului abuziv de alcool în producerea unor afecțiuni grave, cum ar fi:

- intoxicația gravă cu alcool;
- ciroza hepatică;
- pancreatită;
- afecțiuni neuro-psihice;
- cancer al cavității bucale;
- cancer hepatic și esofagian, etc.;
- accidente;
- acte de violență.

Consumul abuziv de alcool este reprezentat de autoadministrarea repetată sau episodică de alcool etilic, care determină efecte medicale și socio-economice importante.

Cu toată gravitatea problemelor legate de alcool, nu a existat niciodată o politică mondială eficientă privind aspectul preventiv al acestui flagel.

În ceea ce privește consumul abuziv de alcool, există numeroși factori predispozanți. Aceștia sunt reprezentați de: stresul zilnic, exemplul familiei și al anturajului, valorizarea de sine scăzută. Consumul de alcool per capitala este mai mare în țările puternic dezvoltate, comparativ cu cele în curs de dezvoltare. Obiectivele „Sănătății pentru toți” nu pot minimaliza problemele majore legate de consumul abuziv de alcool.

## **Fumatul**

Comportament profund dăunător sănătății, fumatul este responsabil de o multitudine de boli grave, cum ar fi: cancerul bronho-pulmonar, afecțiunile pulmonare cronice, afecțiuni digestive.

La nivel mondial, fumatul este considerat prima problemă de sănătate evitabilă din lume. Studii efectuate la nivel mondial, arată o proporție crescută a fumătorilor pe glob, mai afectați fiind cei din țările industrializate. În medie, tabagismul „ucide” 6 persoane/minut, iar un fumător din patru moare printr-o maladie datorată fumatului.

Renunțarea la fumat se realizează cu dificultate, datorită stării de dependență indusă de nicotină. Legislația anti-tabac în vigoare, existentă în unele țări, presupune:

Pe plan mondial s-a ajuns la un consum mondial de 6.000 miliarde de țigarete, numărul fumătorilor fiind de 1,1 miliarde.

Victimele tabagismului se ridică la 4 milioane decese anual, din care 3 milioane în țările industrializate și 1 milion în țările mai puțin dezvoltate, ponderea cea mai mare înregistrându-se în rândul bărbaților (80%), decese evitabile prin lansarea și aplicarea proiectelor anti-fumat de numeroase organisme internaționale - OMS, UNICEF, Banca Mondială, Comisia Europeană pentru Sănătate și Protecția Consumatorului, Institutul Național pentru Cancer (SUA), Centrul de Control și

Prevenire a Bolilor (SUA). Rolul proiectelor propuse este acela de a duce o politică de control a fumatului, de reducere a fumatului pasiv - cunoscut sub acronimul de ETS (Environmental Tobacco Smoke) - de a asigura un mediu lipsit de fum de tutun la locul de muncă și în spațiile publice, de a crește gradul de conștientizare a riscurilor în rândul fumătorilor.

Rolul negativ al fumatului nu se referă doar la acțiunea sa nocivă asupra aparatului respirator, ca organ principal de impact, ci, propriu-zis, s-a demonstrat că nu există, practic, organ sau aparat care să nu fie alterat morfo-funcțional ca urmare a acestui obicei:

- aparat cardiovascular (angină pectorală, HTA, arteriopatii);
- aparat dento-maxilar (stomatite, gingivite, alterarea smalțului dentar, cancer de buze, de limbă);
- aparat reproducător (impotență sexuală, avort, inserții anormale de placentă, metroragii).

### **Consumul de droguri**

Consumul de droguri generează probleme de sănătate fizică, mintală, de comportament, probleme de ordin familial, juridic, financiar, profesional, probleme greu de rezolvat atunci când sunt utilizate încă din adolescență.

Datele epidemiologice arată o creștere a consumului de droguri mai ales în țările în curs de dezvoltare, tinerii fiind cei mai afectați. În ultimul timp, România a devenit o țară de tranzit și, parțial, piață de desfacere pentru droguri. Distribuirea drogurilor în școli reprezintă o realitate, și în același timp, o preocupare importantă din partea statului.

Consecințele consumului de droguri asupra sănătății sunt de ordin **medical** (transmiterea virusului HIV, SIDA, virusurile hepatitei B și C, TBC, boli cu transmitere sexuală) și **social** datorită tulburărilor neuropsihice pe care le determină (nervozitate, depresie, agresivitate, astfel de persoane fiind implicate în acte de violență, accidente, probleme familiale, la serviciu, școală, etc.).

Introducerea în programa școlară a orelor obligatorii de prevenire a consumului de droguri devine imperativă. Introducerea de programe extracuriculare în școli, de **ocupare** a timpului liber al elevilor și de furnizare de alternative la consumul de droguri: cluburi, excursii, tabere, sport, activități artistice este o altă alternativă în lupta împotriva consumului de droguri.

De maximă importanță este și introducerea standardelor de elaborare a programelor școlare de petrecere a timpului liber, de informare, educare și comunicare în scopul creșterii influenței factorilor de protecție pentru consumul de droguri și alte substanțe în concordanță cu evaluările/cercetările efectuate la nivel național și/sau local în conformitate cu **Strategia Națională Antidrog** aprobată prin H.G. nr. 73/2005 și Planul de Acțiune în vederea implementării Strategiei Naționale Antidrog în perioada 2005 – 2008 aprobat prin H.G. nr. 323/2005 (în temeiul art. 3 din H.G. 1489/2002 privind înființarea ANA - Agenției Naționale Antidrog).

Realizarea unor campanii prin mass-media adresate factorilor de protecție în ceea ce privește consumul de droguri vor duce la creșterea stimei de sine a tinerilor, valorizarea propriei persoane și îmbunătățirea comunicării în familie.

Constituirea centrelor de prevenire și consiliere antidrog drept instituții cu personalitate juridică și personal încadrat care să asigure permanența activităților din cadrul centrului, înființarea de servicii telefonice gratuite de consiliere și sprijin tip „help-line”, afiliate la **FESAT** (Fundatia Europeană de Servicii Telefonice Antidrog), reprezintă alte posibilități ale aceluiași demers.

Scopul creării unei rețele medicale implicate în tratamentul consumatorului de droguri este de a facilita accesul acestuia la toată gama de servicii medicale, de a asigura o investigație multiplă (boli infecțioase, psihiatrie, neurologie etc.) medicală pentru a avea un tablou clinic complet, de a crea posibilitatea unei monitorizări cât mai exacte a problemelor medicale legate de consumul de droguri și, nu în ultimul rând, de a ușura munca echipei din centre. Idealul acestei rețele este ca atunci când consumatorul apelează la oricare din serviciile medicale disponibile, să se realizeze o colaborare multidisciplinară și o coerență a asistenței medicale, stabilindu-se împreună cu ceilalți medici specialiști prioritățile de tratament. Pentru acestea, rețeaua trebuie să fie flexibilă, receptivă, tot timpul în tensiune și să aibă un „coordonator” care să poată oferi o îndrumare și o monitorizare a cazului.

### **Stresul**

Reprezintă ansamblul răspunsurilor specifice date de organism la orice solicitare.

Stresul afectează de la vârste fragede stilul de viață al individului, prin inducerea unor stări de boală cu grave consecințe fizice, psihice și sociale.

Cunoașterea problematicei stresului este importantă pentru evitarea factorilor de risc favorizanți și pentru adaptarea la un stil de viață sănătos.

Conceptul de stres îi aparține lui Hans Selye, care recunoștea prin acesta acțiunea de suprasolicitare a organismului de către o serie de factori fizici, chimici, biologici [195].

Orice situație de viață ce solicită mecanismul adaptativ generează stres. Evenimentul în sine reprezintă un stresor, fie că e vorba de evenimente bune sau rele.

### **Importanța habitatului uman**

Habitatul uman este mediul artificial construit de om. În legătură cu acesta se ridică două probleme: igiena sistematizării localităților și igiena locuințelor umane. Sistematizarea reprezintă ansamblul de măsuri în construcția și reconstrucția așezărilor umane, care să asigure o funcționalitate optimă a acestora.

La baza sistematizării stau trei grupe de factori: economici, naturali și demografici.

Cei mai importanți sunt factorii economici, reprezentați de resursele naturale ale solului și subsolului, de posibilitățile de a întreține relații cu alte localități, de asigurare mijloacelor de transport, etc.

- Factorii naturali sunt reprezentați de relieful localității, caracteristicile solului, existența apelor de suprafață și subterane, climă, vegetație, faună, etc.
- Factorii demografici sunt: numărul și structura populației; densitatea și dinamica populației și starea de sănătate a tuturor colectivităților umane.

Având în vedere multitudinea acestor factori, specialiștii au elaborat o serie de principii igienico-sanitare de sistematizare a orașelor și satelor.

În urban teritoriul este împărțit în mai multe zone: zona de locuit; zona industrială; zona verde; zona transporturilor și zona împrejurimilor urbane.

- Zona de locuit este cea mai extinsă, cuprinzând 40-60% din teritoriu. Ea trebuie plasată pe terenul cel mai bun și sănătos, care să asigure evacuarea apelor, aerarea, etc.
- Zona industrială este nocivă. De aceea ea va fi amplasată în partea opusă vântului dominant și în aval față de sensul scurgerii apei. Între ea și zona de locuit trebuie să existe spații de protecție.
- Zona verde are rol de ameliorare a microclimatului și de înfrumusețare. Este bine ca ea să fie răspândită în insule în toată localitatea.
- Zona transporturilor se referă la întreaga rețea stradală, care trebuie să asigure o circulație comodă și o salubritate corespunzătoare.
- Zona împrejurimilor urbane este preferată în prezent de numeroși locuitori, care-și construiesc reședințele acolo, chiar dacă își duc activitatea în oraș. Este o zonă mai puțin poluată, mai liniștită, care oferă un plus de confort cetățenilor.

În rural zonele se reduc la două: zona de locuit și zona de producție.

La noi locuința rurală se caracterizează prin faptul că este individuală, fiind înconjurată de spațiu verde (grădină de flori, grădină de pomi, etc.). Zona de producție se referă la mici întreprinderi, depozite, unități zootehnice. Toate trebuie să fie izolate de zona de locuit.

Igiena locuințelor. Condițiile de locuit influențează starea de sănătate a organismului, motiv pentru care locuințele trebuie să corespundă unor cerințe sanitare.

Există o serie de criterii sanitare ale locuințelor (OMS):

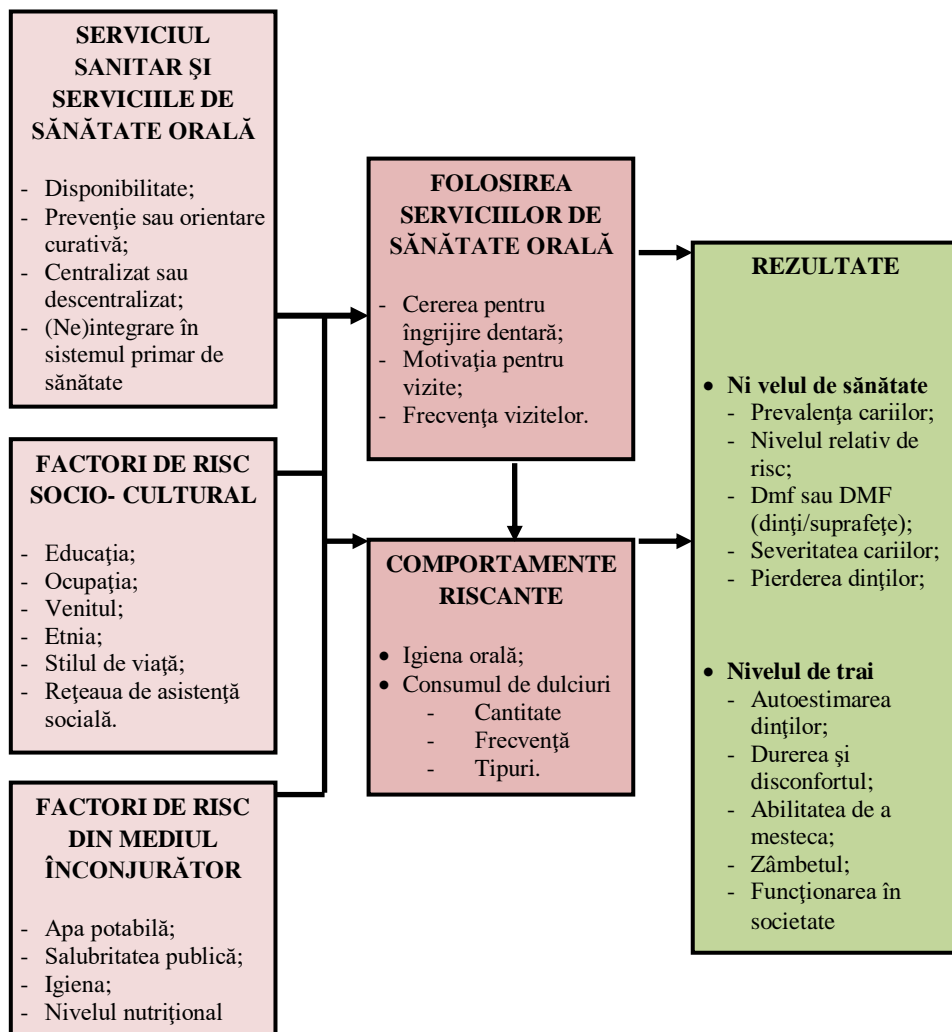
- **prevenirea bolilor transmisibile** prin: aprovizionarea cu apă potabilă; existența de instalații sanitare adecvate; absența focarelor de insalubritate în interior și în exterior; împiedicarea pătrunderii insectelor și rozătoarelor; prezența dotărilor capabile să conserve alimentele;
- **evitarea accidentelor și intoxicațiilor** prin: folosirea unor materiale de construcții rezistente, eliminarea riscurilor de intoxicație și asfixie prin

gaze, de electrocutare sau combustie prin aparate electrice; protecția împotriva căderilor sau altor cauze de traumatisme;

- ***satisfacerea nevoilor fiziologice*** prin: menținerea unei ambianțe termice și a iluminatului natural și artificial suficient; însorirea directă a încăperilor principale; protecția împotriva zgomotului și a vibrațiilor;
- ***asigurarea cerințelor psiho-sociologice*** presupune: posibilitatea de izolare a fiecărei persoane; reușita unei vieți familiale normale și a nevoilor sociale ale individului și familiei; existența unor echipamente și dotări care să ușureze activitatea gospodărească; existența unui aspect estetic al locuinței și al împrejurimilor și asigurarea unor mijloace de transport adecvate.

Este cunoscut faptul că gradientul social-economic are o influență deosebită asupra sănătății. Diferențele ce se manifestă între diferite categorii de populație în privința accesului la îngrijirile de sănătate, ca și abordarea conceptului de sănătate în subculturile diferitelor grupuri populaționale ale unei societăți au la bază, în ultimă analiză, statusul socio-economic distincte al membrilor acelor grupuri sociale. Diferențele rezidă la nivelul venitului mediu și la acela al nivelului de educație și generează inegalități în privința stării de sănătate, în sensul în care grupurile de populație cu nivelul de venit cel mai scăzut prezintă și nivelul de educație cel mai puțin elevat. Responsabilitatea asupra stării de sănătate a populației îi revine societății înseși tot atât de mult cât și fiecărui individ în parte, în calitate de beneficiar al sănătății, de apărător al acesteia și de transmitător de valori prin exemplu personal (comportamente sanogene). Raporturile între (pe de o parte) compartimentele sociale și elementele individuale angajate în promovarea sănătății și (pe de altă parte) factorii de risc sunt prezentate în schema de mai jos, publicată, sub egida Organizației Mondiale a Sănătății, de raportorul Poul Erik Petersen [196]. Autorul subliniază, pentru început, caracterul multifactorial al bolilor ce afectează cavitatea orală și în special dantura, distingând, în cadrul patogeniei, factori proximali și factori distali, aceștia din urmă fiind definiți ca determinanți socio-economici.

Studiul epidemiologic efectuat lărgeste aria de investigare, cuprinzând și loturi reprezentative din țări cu indici economici medii și scăzuți, nu numai din țările dezvoltate [196]. Dincolo de interesul pe care îl prezintă rezultatele cercetării – pe care le vom utiliza ca reper pentru propriile noastre cercetări cu privire la indicele DMS la grupurile-țintă ale activității noastre educative – nu putem să nu observăm utilitatea schemei de principiu, privitoare la factorii de risc (distali și proximali) pentru analiza cariei dentare, pentru elaborarea unui model teoretic de program și proiect care să respecte coordonatele managementului științific.



**Figura 39. Modelul factorilor de risc, cu includerea factorilor distali și proximali pentru studierea cariei dentare Raportul OMS pe anul 2005**

Modelul de mai sus stă la baza directivelor OMS în ceea ce privește elaborarea politicilor de sănătate din diferite state ale lumii, în lumina priorităților ce rezultă din cercetările științifice de cel mai înalt nivel. În acest model, caseta din dreapta conține lista obiectivelor științifice de analiză, ale căror rezultate devin, din perspectiva managerului care elaborează programe de acțiune sau proiecte, date ce caracterizează mediul extern, asupra căruia este necesar să se acționeze. Citind în continuare diagrama, de la dreapta spre stânga, întâlnim două alte casete, puse în legătură, prin săgeți, cu cea descrisă anterior, dar unite și între ele printr-o săgeată. Caseta reprezentând *utilizarea serviciilor de îngrijire dentară* reprezintă, în sine,



un sector de activitate, în legătură cu care se pot crea, de principiu, și există efectiv, *programe de acțiune la nivelul Uniunii Europene și al fiecăruia dintre statele membre*, ca și în statele ce își adaptează legislația la cerințele UE (preiau *acquis-ul comunitar*) în vederea integrării.

Programele de acțiune își definesc obiectivele în raport cu datele incluse în coloana din dreapta, ca și clase de parametri ai stării efective și cu normele științifice de definire a stării de sănătate oro-dentară, ca clase de parametri ai stării vizate. Totodată, sunt luate în calcul date ce exprimă nevoia exprimată de îngrijiri oro-dentare, motivațiile vizitelor la medicul dentist și frecvența acestora, ca parametri reali ce măsoară necesitatea intervenției prin programe, prin comparație cu modelul ideal, științific normat, al stării de sănătate. Toți acești factori sunt relevanți în mod specific, în etapa de analiză a fezabilității. Caseta reprezentând **factorii de risc** include tipurile de bariere ce se opun realizării obiectivelor vizate și cuprinde clasele de parametri ai stării de fapt ce vor fi vizați prin intermediul unui alt pachet de programe, cuprinzând măsuri nespecifice activităților de îngrijire oro-dentară, dar specifice domeniului sanitar, promovării sănătății întregului organism și, corolar acesteia, sănătății oro-dentare.

În fine, în extremitatea din stânga a diagramei sunt prezentate trei casete, care cuprind clasele de parametri ai stării de fapt aflați în raport cu factorii distali recunoscuți ca determinanți indirecti ai stării de sănătate oro-dentară. Aceste domenii vor face obiectul altor pachete de programe, la nivel legislativ, socio-cultural și de protecție a mediului, pachete care vor cuprinde obiective și măsuri menite să prevină menținerea stării de fapt constatate sau înrăutățirea ei și să creeze condițiile îmbunătățirii, pe viitor, a stării de fapt din prezent.

### **2.1.3. Educația pentru sănătate în acțiunile de promovarea sănătății**

#### **2.1.3.1. Obiectivele educației pentru sănătate**

Educația pentru sănătate ar trebui *începută încă din primii ani de școală*, utilizându-se noțiuni corespunzătoare vârstei și care să fie predată de către persoane competente (medici de familie, medici specialiști, personal mediu de specialitate, profesori instruiți pe probleme de educație pentru sănătate) care să asigure transmiterea și dezvoltarea unor atitudini și deprinderi corecte ce au drept scop îmbunătățirea stării de sănătate.

Abordările posibile în educația pentru sănătate sunt:

- medicală;
- educațională;
- orientată spre individ (personalizare);
- schimbare socială.

Activitatea de educație pentru sănătate trebuie să fie fundamentată pe date științifice, verificate, să aibă un conținut optimist, să promoveze formele și mij-

loacele moderne de comunicare, cu largă accesibilitate și mare putere de penetrație în colectivitățile umane.

Orice acțiune de educație pentru sănătate, indiferent de direcția de orientare, urmărește realizarea mai multor obiective.

Obiectivele pentru sănătate în lumina unor documente oficiale ale Organizației Mondiale a Sănătății prevăd:

- să facă să se admită că sănătatea este un capitol util pentru societate;
- să informeze populația asupra a tot ce i-ar fi necesar și util să cunoască în ceea ce privește ocrotirea propriei sale sănătăți;
- să contribuie la crearea unui comportament, a unei atitudini ferme și hotărâte în acest sens;
- să contribuie la formarea unei conștiințe de educație pentru sănătate, cu o cultură sanitară optimă în sensul că fiecare din componenții unei colectivități să fie convins că nu există dezvoltare social – economică fără sănătate;
- să încurajeze crearea și utilizarea rațională a serviciilor medicale.

Scopul educației pentru sănătate este acela de a:

- asigura o mai bună informație despre sănătate și boală;
- forma cadre comunitare care să se ocupe activ de acest obiectiv;
- asigura colaborarea acestora cu unele cadre nespecializate (sociologi, psihologi);
- realiza o infrastructură eficientă la nivel local;
- întări rolul fiecărui individ în propria sa îngrijire sanitară.

Există trei principii de bază ale educației sanitare:

- cel al priorității: cu cât intervenția este mai timpurie, cu atât educația este mai eficientă;
- cel al specificității și autorității: opinia celor cu autoritate legitimă (medic, asistentă, învățător) este mai credibilă;
- cel al integrării educației sanitare în obiectivele programelor naționale sanitare.

O componentă esențială a educației sanitare o reprezintă informarea marelui public.

#### ***2.1.3.1.1. Educația sanitară – educație pentru sănătate – diferențe***

Educația pentru sănătate este prima componentă a prevenției și îngrijirilor primare de sănătate și, în același timp, unul din obiectivele importante ale programului Organizației Mondiale a Sănătății, „Sănătatea pentru toți”.

Educația pentru sănătate se deosebește de educația sanitară, deoarece nu are drept scop doar promovarea unor deprinderi de igienă și sanitație ci se referă la: ridicarea nivelului de cunoștințe medicale în rândul populației, mai ales în domeniul sanogenezei, protecției mediului și prevenției bolilor; formarea unor deprinderi corecte în rândul populației, deprinderi care să promoveze sănătatea [206].

Față de educația sanitară, care are caracter predictiv, folosește dogme, e abstractă și autoritară, educația pentru sănătate are caracter participativ, mobilizând toți actorii comunității pentru luarea unei decizii sanogene și presupune o muncă interdisciplinară (implică medici, asistenți medicali, sociologi, psihologi, mass-media și diverse organizații). O altă deosebire constă în modul de formulare al mesajelor. În cazul educației sanitare, mesajele erau formulate de medici, deci din exteriorul comunității, nu sunt pretestate și prelucrate în funcție de necesitățile membrilor grupului, pe când în cadrul educației pentru sănătate, mesajele sunt create din interiorul comunității, sunt testate și apoi adaptate nevoilor indivizilor constituanți.

Educația pentru sănătate ar trebui începută încă din primii ani de școală, utilizându-se noțiuni corespunzătoare vârstei și care să fie predată de către persoane competente (medici de familie, medici specialiști, personal mediu de specialitate, profesori instruiți pe probleme de educație pentru sănătate) care să asigure transmiterea și dezvoltarea unor atitudini și deprinderi corecte ce au drept scop îmbunătățirea stării de sănătate.

**Tabel 7. Diferențe între conceptual de educație sanitară și educație pentru sănătate [176]**

EDUCAȚIA SANITARĂ	EDUCAȚIA PENTRU SĂNĂTATE
Atitudine <b>prescriptivă</b> , uneoriculpabilizantă și manipulative	Nici un comportament nu este lipsit de sens
Prioritate acordată <b>prevenirii</b> îmbolnăvirilorși dobândirii unorprincipii igienice	<b>Promovarea</b> unui stil de viață sănătos
Activități <b>punctuale</b> , neorganizate	Abordare <i>integrată, coordonată și progresivă</i>
Prevenirea primară, secundară și terțiară - folosite numai ca și <b>conceptmedicalizate</b> <b>și individualizate</b>	Prioritate <b>prevenirii primare</b> în cadrul unei concepții globale
Individul e considerat <b>pasiv</b> (determinare externă) și <b>rațional</b>	Individul e considerat <b>activ</b> (autonomie) și <b>nerațional</b>
Strategie <b>directă</b> (cunoștințe)	Strategie <b>indirectă</b> (motivare)

#### **2.1.3.1.2. Metodele educației pentru sănătate**

Educația pentru sănătate nu se face la întâmplare. Înainte de a începe o acțiune, o campanie de educație pentru sănătate trebuie elaborat un program care poate fi pe termen scurt, mediu sau lung.

Metodele educației pentru sănătate sunt:

### **Metode de cercetare:**

#### **A) – cantitative**

- analiza datelor statistice existente;
- anchete prin chestionar;
- metode rapide.

#### **B) – calitative**

- observația (directă sau participativă);
- interviul (semistructurat, anamneza, în grup);
- conversația (individuală, « focus group »).

Anchetele sunt utile și în selecționarea canalelor de comunicație și activităților rețelilor instituționale care sunt preferate de grupurile țintă și care au cea mai mare audiență.

De asemenea, de mare importanță este folosirea anchetelor în pretestarea materialelor educative, într-un grup dat de indivizi, selectați din grupul țintă, înainte difuzării lor largi. Este un mijloc ieftin de identificare a eventualelor greșeli din procesul de comunicare.

### **Metode de acțiune**

Metodele de acțiune constau din sensibilizarea populației și penetrarea informației. [96]

*Sensibilizarea* – se adresează unor mase largi de populație pe un interval scurt de timp și are ca scop sporirea receptivității populației asupra unor probleme de sănătate. Substratul acestei acțiuni este informarea și implică furnizarea de date despre un subiect, fără a se asuma responsabilitatea modului în care oamenii se hotărăsc să folosească această informație.

Acțiunile de sensibilizare se pot realiza prin multiple modalități: postere, filme scurte, conferințe, sloganuri, etc. Acestea au un caracter mobilizator și reușesc să creeze, în rândul populației, un climat favorabil desfășurării activităților ulterioare.

*Penetrarea informației* – continuă sensibilizarea pe un interval de timp mai lung și se adresează unei populații țintă. În acest caz, pe lângă informare, se are în vedere educarea și chiar consilierea pentru a determina populația sau individul (după caz) să se comporte într-un anumit fel – deci să-și modifice stilul de viață, luând deciziile corespunzătoare vizavi de problemele sale prioritare.

Deci, acțiunile de educație pentru sănătate încep cu sensibilizarea și se termină cu penetrarea informației.

## **2.2. MIJLOACE DE COMUNICARE ÎN PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII**

Mijloacele de comunicare folosite în lecțiile de educație pentru sănătate, cu scopul formării comportamentelor sanogene în rândul populației, se referă la modalitățile de transmitere a mesajului de la comunicator la receptor. Acestea sunt numeroase și variate și pot fi folosite singure, dar cel mai bine combinat [96].

După *criteriul căilor de comunicare* acestea sunt:

1. mijloace verbale:
  - a. demonstrația
  - b. observația
  - c. conferința
  - d. lecția
  - e. convorbirea
2. mijloace scrise sau tipărite
  - a. pliantul, broșura
  - b. afișul
  - c. articolul, reportajul
  - d. cartea de povești, cartea de colorat
3. mijloace vizuale sau audio-video
  - a. reprezentările scenice, teatru de păpuși sau o mică scenetă cu actori
  - b. filmul educativ
  - c. reclama TV
  - d. emisiunile TV
  - e. radioul - emisiuni radio
4. mijloace -web (internet, PC)
  - a. browsing pe teme de sănătate
  - b. siteuri web cu destinație medicală
  - c. aplicații și jocuri PC sau pentru smartphone
  - d. bloguri
  - e. grupuri de pe rețele de socializare

### **2.2.1. Mijloace verbale**

Mijloacele verbale sunt cele mai accesibile și mai răspândite mijloace de educație pentru sănătate.

Ele includ:

- demonstrația
- observația didactică
- conferința
- lecția
- convorbirea

Indiferent de mijlocul folosit, trebuie să se țină cont de câteva aspecte importante pentru a realiza o bună comunicare.

Pentru a avea succesul scontat, trebuie ca tema prezentată să fie una de interes pentru auditoriu. Apoi, conținutul și modul de prezentare a problemelor trebuie să fie de așa manieră încât să capteze atenția.

De asemenea, limbajul folosit va ține seama de capacitatea de înțelegere a auditoriului. Un element important îl reprezintă comunicatorul, atât prin aspectul

fizic, cât și prin atitudinea din timpul comunicării: ținută decentă, să-i privească în față pe cei cărora le vorbește, să zâmbească cât mai mult, mimica, gestică și intonația vocii să capteze atenția – să reziste la distragerea atenției, să fie maleabil și să știe să fie și un bun ascultător.

**Demonstrația** se evidențiază prin prezentarea unor obiecte, fenomene, care vor ușura înțelegerea altor fenomene mai complexe. Noțiunea de demonstrare cere după sine, noțiunea de arătare, de prezentare, a unor procese sau acțiuni naturale sau nenaturale, pentru o înțelegere mai bună a elevilor a unor legi, proprietăți, constante, și care sunt elemente de bază a cunoașterii.

Caracteristici:

- are ca fundament un cadru concret, fie el natural, simbolic sau artificial. Pe baza acestuia, se deduc constatări și interpretări.
- este un suport al cunoașterii pe cale deductivă: prin concretizare și materializare și inductivă: prin concepții și deprinderi.
- are un caracter ilustrativ, iar ca finalitate - reproducerea unor acțiuni, sau învățarea unor cunoștințe noi pe bază de suport intuitiv

Există diverse tipuri de demonstrații, în dependență de materialul avut la dispoziție:

- pe viu: experimente de laborator, demonstrația unor comportamente;



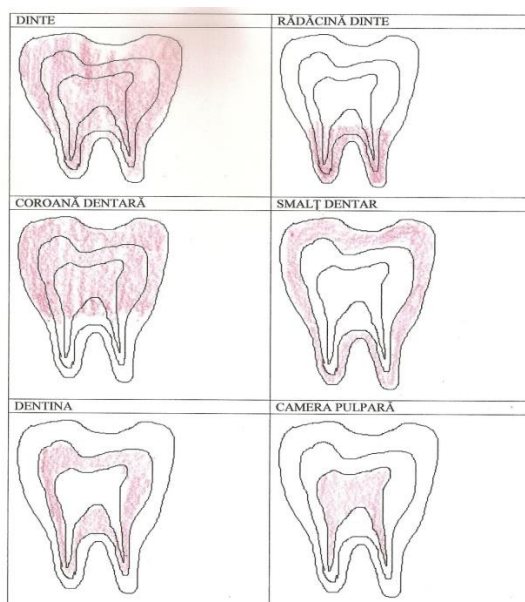
**Figurile 40 și 41. Exemple de demonstrații în timpul acțiunilor de promovare a sănătății**

- figurativă: prin intermediul reprezentărilor grafice;



**Figura 42. Reprezentare grafică educativă**

- cu ajutorul desenului;



**Figura 43. Desen educativ**

- cu ajutorul modelelor: fizice, grafice;



**Figura 44. Folosirea modelelor pentru o activitate de educație pentru sănătate oro-dentară**

- cu ajutorul imaginilor audiovizuale: proiecții statice sau dinamice;
- prin exemple.

***Observarea didactică*** include urmărirea atentă a unor obiecte și fenomene, ce au loc. Acest tip de observare poate avea loc:

- sistematic – prin îndrumarea profesorului
- independent – prin propria dorință.

Acestea au ca țel descoperirea cunoștințelor despre realitatea din jur, și al completării unor informații deja existente în baza de cunoștințe.



**Figura 45. Observarea unor modele cu scop educativ**



Caracteristici:

- are un caracter euristic
- are scopul de a trezi participarea, receptivitatea elevilor față de ceea ce se întâmplă în mediul înconjurător.
- este de 2 tipuri: de lungă sau de scurtă durată.
- prin aceasta se ating următoarele obiective: explicarea, descrierea, interpretarea unor fenomene.

Observațiile văzute vor fi exprimate și explicate, mai târziu, de elevi, prin diferite reprezentări: grafice, referate și desene.



**Figurile 46 și 47 Observarea obiectelor și tehnicii de periere dentare**

Prin acest tip de observare și prin formele care au loc în acest proces, sunt dezvoltate și alte calități, ca: răbdarea, consecvența, imaginația, perseverența, și perspicacitatea.

**Conferința** este considerată foarte utilă de unii și depășită, ca formă de educație, de către alții. Se cunosc varietăți de conferințe:

a) *conferințe educativ-sanitare propriu-zise*, organizate în săli publice și axate pe diverse teme medicale. Expunerea în cadrul acestor conferințe trebuie să fie clară, concisă și să nu depășească 30 de minute. Ea va fi urmată de întrebări din partea auditorului pentru eventuala clarificare a unor aspecte și nelămuriri.

b) *cicluri de conferințe* – constau în expuneri „în serial”, adică abordarea aceleiași probleme în mai multe etape succesive. Exemplu: „Bolile cardio-vasculare”.

c) *simpozionul educativ-sanitar* – în cadrul căruia expunerea este făcută de mai mulți medici, fiecare din ei având la dispoziție 10 – 15 minute.

d) *seara cultural-sanitară* – axată pe o temă de sănătate publică și la care pot conferenția și alți specialiști, nu numai medici. Finalizarea acțiunii se poate face printr-un program artistic sau alte manifestări culturale.

**Lecția** – constă în transmiterea după un plan bine stabilit a unor cunoștințe igienico-sanitare. Este folosită preferențial în unități de învățământ, dar poate fi folosită și pentru alte grupuri. Aceasta are, în general, următoarea structură:

- a) recapitularea cunoștințelor din lecția precedentă (5 – 10 minute);
- b) expunerea noilor cunoștințe, uzând de diversitatea mijloacelor de predare și materialelor didactico-demonstrative (mulaje, planșe, schițe, diapozitive) și care se recomandă să se încadreze în aproximativ 30 – 40 de minute. Expunerea trebuie să fie de asemenea manieră încât să fie accesibilă cursanților [102].
- c) recapitularea și fixarea cunoștințelor prin întrebări sau prin reluarea și clarificarea unor aspecte nelămurite în totalitate (5 – 10 minute).



**Figurile 48 și 49 Lecție prin joc - jocuri de fixare a cunoștințelor, utilizat pentru recapitularea noțiunilor**

**Convorbirea**– urmărește lămurirea unor probleme neclare sau prea puțin cunoscute. Ea constă dintr-o scurtă expunere a educatorului, urmată de întrebări și discuții asupra temei propuse. Acest tip de comunicare se poate face:

- a) *de la individ la individ*, putându-se realiza la inițiativa educatorului sau a persoanei care dorește informația sau sfatul educatorului. Locul de desfășurare poate fi: dispensarul medical, cabinetul particular, cabinete cu activitate specifică de consiliere sau la domiciliu în cadrul vizitelor efectuate periodic sau la solicitarea pacientului.
- b) *convorbiri în cadrul grupului*.

Discuția în grup este o modalitate de lucru în care educatorul (liderul, consilierul) dialoghează cu participanții sau participanții dialoghează între ei. Liderul discuției îndeplinește rol direct în continuitatea și orientarea discuției.

Pentru crearea unui climat de încredere și a unei apropieri între comunicator și grup, vă oferim câteva „*repere*” care să vă ajute în realizarea acestor deziderate:

- grupul e de preferat să fie sub 15 persoane;
- grupul să fie cât mai omogen;
- reuniunile se vor ține acolo unde oamenii se simt bine, în siguranță și fără riscul de a fi întrerupți;

- aşezarea să se facă astfel încât fiecare membru al grupului să se simtă egal, să aibă contact vizual cu ceilalți și să poată vorbi fără greutate (exemplu: în cerc).
- puneți întrebări deschise, care să stimuleze discuția;
- nu forțați participarea la discuție dacă membrii grupului nu doresc;
- încurajați participanții să pună întrebări. Nicio întrebare nu e „deplasată” și toate merită un răspuns;
- respectați dreptul fiecăruia de a avea o opinie, chiar dacă sunt diferite;
- confidențialitatea discuțiilor, dacă e cazul.

### 2.2.2. Mijloace scrise sau tipărite

Reprezintă unele din cele mai des utilizate forme de ridicare a nivelului de cultură sanitară a populației.

Elaborarea unor materiale de informare și educare de calitate implică respectarea unor principii, norme, recomandări cu privire la elaborarea din punct de vedere științific a conținutului acestor materiale, dar și respectarea normelor și principiilor privind redactarea științifică și tehnoredactarea.

Pentru a realiza un material informativ de calitate trebuie să ținem cont de următoarele: [102]

1. *tema abordată*: materialele pentru promovarea sănătății și educație pentru sănătate trebuie să menționeze în mod explicit tema sau subiectul prezentat. Exemple: *O viață sănătoasă*, *Alimentația sănătoasă*, niciodată nu se vor formula titluri de genul: *Nu mâncați mezeluri!*

2. *informațiile furnizate*: materialul de informare și educare trebuie să prezinte toate informațiile anunțate explicit sau implicit în temă și titlu.

3. *audiența intenționată* pentru materialele de informare și educare: materialele de informare și educare trebuie să prezinte toate informațiile anunțate explicit sau implicit în temă și titlu. De exemplu: *acest material este destinat bolnavilor de cancer* sau această broșură este destinată copiilor din clasele 0 - IV.

4. *relevanța materialelor*: trebuie să fie relevante pentru persoanele pentru care au fost elaborate. Sunt relevante pentru fumătorii care doresc să se lase de fumat informațiile despre tipurile de intervenții care îi pot ajuta să se lase de fumat. Dar este lipsită de relevanță pentru aceștia compoziția chimică a fumului de țigară.

5. *corectitudinea științifică a informațiilor furnizate*: Informațiile prezentate în materialele de informare și educare trebuie să fie corecte științific și să corespundă cunoașterii științifice verificate și validate de la momentul elaborării materialului respectiv. Este posibil ca datele prezentate să nu mai fie corecte la un moment dat după elaborarea și diseminarea materialelor respective. Dar, este obligatoriu ca cele afirmate să fie corecte la momentul diseminării materialului.

6. *accesibilitatea materialelor*:

7. *înțelegerea materialelor de către audiența intenționată*

8. *respectarea valorilor audienței intenționate*

9. respectarea demnității umane
10. sursele suplimentare de informare
11. promovarea unor servicii alternative
12. prezentarea dovezilor științifice
13. judecarea calității informațiilor furnizate
14. impactul asupra vieții de zi cu zi
15. informații despre beneficii dar și despre riscuri

Prezentarea poate fi sub formă de foaia volantă:

**Fluturașul**- este una din metodele cele mai vechi de promovare prin tipărituri de mici dimensiuni și în cantități mari.

Scopul unui fluturaș este în primul rând să atragă atenția asupra unui produs, oferte, eveniment, pentru a aduce clientul în contact cu ideea transmisă de către fluturaș.

Conținutul fluturașului:

- logo-ul organizației sau a instituției care l-au emis
- numele fluturașului
- sloganul promovat
- câteva idei informative pe tema aleasă, cu caracter informativ



Figura 50. Exemplu fluturaș pe tema Drepturilor copiilor [207]

**Afișul** – de obicei acesta are un caracter informativ, cu informarea despre o anumită activitate ce va urma.

Caracteristici:

- logo-ul companiilor/instituțiilor organizatoare
- titlul evenimentului
- data și locul evenimentului
- descrierea activităților din cadrul evenimentelor
- populația țintă căreia i se adresează
- imagini sugestive evenimentului organizat

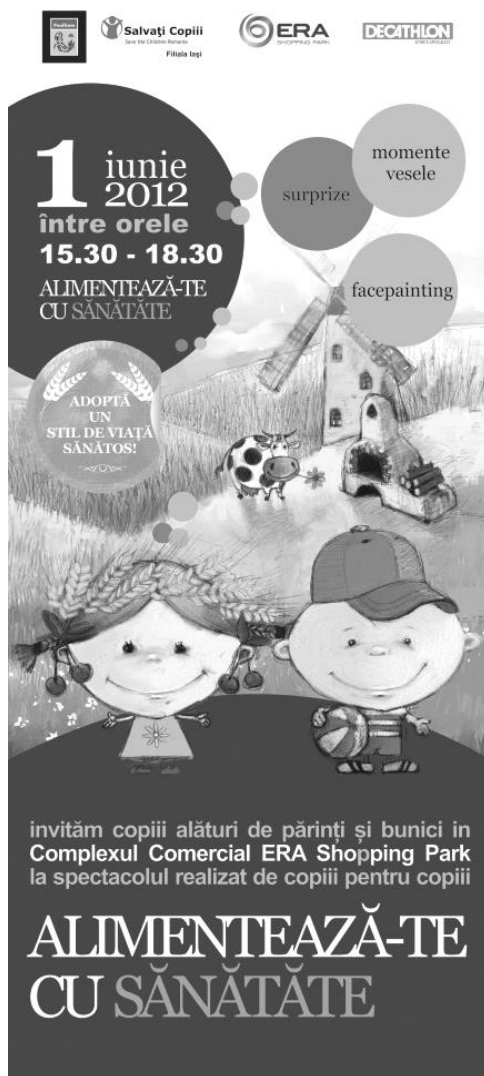


Figura 51. Exemplu de afiș pe tema sănătății destinat copiilor [207]

***Pliantul ilustrat*** care au un caracter mai mult informativ.

Elementele caracteristice:

- logo-ul organizației sau a instituției care l-au emis
- numele fluturașului
- sloganul promovat
- câteva idei informative pe tema aleasă, cu caracter informative
- culoarea caracteristică temei alese

### ***Broșura***

În broșuri pot fi menționate explicit și transparent toate informațiile cu privire la:

- autorii materialului,
- pregătirea profesională a autorilor,
- instituția sau organizația care a susținut/aprobat elaborarea materialului,
- sursele informaționale utilizate,
- data publicării materialului,
- data publicării cărților, articolelor sau ghidurilor pe baza cărora a fost elaborat materialul,
- existența sponsorilor și modul concret în care au sponsorizat elaborarea materialului,
- data la care a fost revizuit ultima dată materialul,
- conflicte de interese ale autorilor.

Astfel, un material de informare de calitate va prezenta explicit informațiile care permit evaluarea corectitudinii informațiilor furnizate și a competenței autorilor.

***Articolul, reportajul, interviul*** cu conținut educativ–sanitar și publicat în presă, constituie un mijloc de informare a populației asupra unor probleme de sănătate publică.

În afară de apariții sporadice, se pot realiza rubrici permanente în care se pot dezbate diverse probleme în serial și/sau se poate răspunde la întrebările cititorilor, ținând cont că sunt persoane mai timide și care doresc să își păstreze anonimatul, dar care totodată doresc să-și clarifice anumite probleme.

Articolele științifice au deasemenea caracter informative pe tema sănătății, dar conținând un limbaj științific ridicat, el este adresat doar unor categorii de oameni.

### **Specializarea materialelor publicitare în funcție de publicul vizat**

Am arătat, în analiza anterioară, faptul că interpretările aceluiași moment dintr-un videoclip de către adulți și de către copii pot să difere. E chiar normal să fie așa, dacă avem în vedere deosebirile de experiență și, în general, de viziune

asupra vieții, existente între copii și adulți. În estetică există, de altfel, o *teorie a receptării*, în spiritul căreia se disting *orizonturile de așteptare* ale diferitelor categorii de public. Aceste orizonturi de așteptare pot fi definite ca sub-paradigme ale paradigmei dominante, în alcătuirea cărora se actualizează selectiv conținuturi accesorii, determinate de factori variabili precum vârsta, sexul, formația culturală, gradul de instrucție, apartenența socială etc.

Întrucât videoclipurile publicitare sunt produse culturale, ele sunt supuse aceluiași factori de variație interpretativă care se manifestă la nivelul tuturor acestora: schițe, nuvele, romane, filme artistice, benzi desenate etc.

Corpusul de materiale publicitare luat în considerare în legătură cu promovarea produselor de îngrijire oro-dentară și a deprinderilor sanogene de profil relevă faptul că există trei segmente principale de public, considerate după criterii sociale și de vârstă, care au fost vizate explicit de autorii mesajelor publicitare.

O primă categorie vizată sunt copiii și preadolescenții. Materialele ce îi privesc au, în general, scenarii comparabile cu acela analizat pe larg anterior. Este vorba, în linii mari, de punerea într-un context situațional oarecare a ceea ce se poate numi – exagerând puțin importanța momentului – „întâlnirea cu expertul”. Într-o situație de viață obișnuită pentru copii (la școală, într-o plimbare prin pădure, în baie la toaleta de dimineață) apare, dintr-un motiv sau altul, depozitarul informației sanogene, care îndeamnă la folosirea regulată a pastei și a periei de dinți, explicând rostul și particularitățile acestora. În videoclipul analizat, rolul expertului era deținut, plauzibil, de învățătoare. Dar el mai poate fi îndeplinit – și este cazul în multe din materialele promoționale – de personaje fictive, realizate ca desene animate: Domnul Castor, Doctorul Măseluță. Analizele privind eficiența publicității în Statele Unite ale Americii au demonstrat că, cel puțin în anii 1990-2000, prezența personajelor animate în clipurile publicitare a fost apreciată pozitiv nu numai de către copii, ci și de către adulți [96]. E de înțeles, atunci, preferința designerilor de publicitate pentru asemenea personaje ca repartitori ai informației sanogene către copii.

În cadrul secvenței instructive, de explicare, prin mijloace intuitive, a procesului fiziologic și/sau biochimic în care se afla implicat obiectul promoției, se folosește, de asemenea, cu succes animația. Imaginile supuse animației cuprind reprezentări simbolice, convenționale, ale unor constituenți paradigmatici (*elemente* precum particulele, fluidele etc. individualizate ca agenți ai unor procese sau protectori împotriva altora). Convențiile de reprezentare stabilite în acest scop pot avea valabilitate generală, sau numai în interiorul ansamblului de materiale publicitare emanând de la o anumită companie. Astfel, de exemplu, în videoclipurile de promovare a gumelor de mestecat și a pastilelor, curba descendentă de culoare roșie reprezintă sistematic evoluția descendentă a valorii pH-ului, în timp ce curba ascendentă de culoare albastră reprezintă creșterea acelei valori după consumul produselor de curățire dentară. La fel, în materialul promoțional analizat mai sus, sloganul „Să salvăm lumea de carii!” este asociat cu un simbol combinat, în care se suprapun două semne convenționale cu utilizare generală („omulețul vesel” și

globul pământesc), dar sinteza lor corespunde în totalitate numai mesajului specific al acestui videoclip.

Ambele imagini vizuale (curba descendent-ascendentă, roșie-albastră și globul pământesc cu ochi și o gură zâmbitoare, conturată cu un – vizibil – tub de pastă de dinți) constituie sinteza grafică a întregului mesaj transmis prin videoclipurile respective, astfel încât au devenit autosuficiente. Nimeni nu mai interpretează curba drept altceva decât „reprezentarea evoluției pH-ului după orice masă și redresarea valorii cu ajutorul produselor de îngrijire dentară X”, deci asociația dintre imagine și marca înregistrată este stabilă.

O altă categorie de public individualizată ca țintă a mesajului publicitar o constituie adulții tineri. Mesajele publicitare adresate lor mizează, în majoritate, pe dorința – firească la această vârstă – de a avea un fizic plăcut, în special ca imagine, dar și mai mult, ca prezență. Un videoclip tipic în acest sens este cel destinat promoției unei anumite paste de dinți, al cărui scenariu „surprinde” o scenă legată de tratamentele cosmetice la care se supun personajele. Deoarece, în timpul tratamentului cosmetic, tinerele beau cafea, vocea din off (a Medicului, absent din cadru, dar omniprezent pentru a da sfaturi) întreabă personajele dacă și dinții lor sunt îngrijiți cu aceeași consecvență. Apoi enumără performanțele pastei de dinți promovate, printre care aceea de a preveni apariția petelor datorate, printre altele, consumului de cafea, vin și tutun.

O variantă mai puțin frivolă a acestui scenariu e destinată tinerilor de ambele sexe și dilată spațiul acordat informației sanogene, lăsând deoparte considerentele estetice în favoarea celor de sănătate. În acest videoclip, comentariul introduce în rândurile publicului noțiunea de „fisuri ale smalțului”, exemplificată prin proiectarea dinților cu smalțul imperceptibil deteriorat pe un ecran de mari proporții, permițând sesizarea microfisurilor pe imaginea mărită. Educația pentru sănătate se face, aici, prin mijloace distincte: explicația, exclusiv verbală, este dată pe coloana sonoră a videoclipului, în timp ce imaginile acestuia au rol de exemplificare și consolidare a informațiilor sanogene.

În fine, cea de-a doua variantă a aceluiași scenariu apare în videoclipul prin care se specifică cele douăsprezece acțiuni simultane ale unei anumite paste de dinți. Captarea bunăvoinței receptorului se face, aici, prin reprezentarea fiecărui efect printr-o persoană separată, în vreme ce, pe coloana sonoră, se explicitează ideea subiacentă acestei multiplicări a personajelor: „doisprezece specialiști în igiena orală au grijă de dinții tăi”. Din punct de vedere emoțional, receptorul trebuie să se simtă protejat și chiar răsfățat, ceea ce constituie o oarecare garanție că va dori să cumpere pasta. Dar partea educativă a videoclipului este cea care asigură succesul videoclipului atât din perspectiva sanitară, cât și din aceea de marketing. Secvența menită să transmită informația sanogenă prezintă un cadran de ceas pe care figurează, în dreptul fiecărei ore, un enunț ce denumește câte un efect al pastei de dinți promovate. Pe măsură ce acele ceasului se învârtesc, obiectivul camerei video surprinde, unul după altul, aceste enunțuri, pe care pelicula le va aduce în fața telespectatorilor, consolidând prin scris-citit informația acumulată pe cale auditivă.



Cea mai recentă dintre variantele acestui scenariu se adresează adulților, cu precădere bărbați, mai susceptibili a se lăsa impresionați de autoritate și/sau de succesul social. Astfel, în debutul acestei variante a clipului, apare o personalitate de succes a vieții publice sau o vedetă de cinema/televiziune, care își exprimă preferința pentru pasta de dinți promovată prin acest mijloc. Motivația oferită e construită pe două componente de bază:

a) că aceasta întrunește cu succes multiple proprietăți într-un singur produs: eficiența (consum minim de timp cu maximum de efecte), reducerea costurilor (cumpărarea o singură dată a unui pachet de servicii diversificate). În continuarea clipului, informația sanogenă e transmisă de o voce din off și consolidată prin imaginile cadranelor de ceas având, în loc de cifre, cele douăsprezece efecte ale pastei de dinți promovate. În această secțiune a videoclipului, mesajul publicitar se transmite identic ca în celelalte materiale destinate produselor aceleiași companii, pe care le-am analizat mai sus;

b) că este preferată pentru propria folosință de specialiștii în igienă orală. Mesajul implicit în aceste argumente nu mai mizează, de astă dată, pe principiile plăcerii senzoriale și emoțiilor agreabile, ci pe idei conexe, în paradigma dominantă, cu strategiile de persuasiune pe bază de considerente moral-culturale.

O altă categorie de public-țintă a videoclipurilor publicitare, vizată în mod distinct de producători, o constituie familiile. În asemenea materiale publicitare apar, de regulă, părinți și copii, soți și soții bucurându-se împreună de economiile înlesnite lor de câte o promoție a producătorilor de paste și perii de dinți, de efectele senzoriale generate de aceste produse sau de o intimitate mai plăcută de pe urma folosirii lor, a unei sănătăți oro-dentare fără cusur. În altele, se mizează mult pe afectele subiecților, pe coeziunea familiei în fața unei obligații comune: aceea de a-și îngriji dantura, prezentându-se la stomatolog. Fără îndoială, scenariștii exagerează întrucâtva reacțiile personajelor, care se regăsesc cu greu, ca atare, în viața reală, dar fac acest lucru cu un scop: acela al implementării în viața cotidiană a practicilor sanogene. Așa cum își fac program special de mers împreună la cofetărie, părinții și copiii lor ar putea să se întâlnească și pentru a merge la stomatolog. Implementarea programelor de îngrijire oro-dentară se bazează mai mult, în aceste videoclipuri, pe puterea exemplului pozitiv decât pe transmiterea de informație cu caracter medico-sanitar. Efectul lor se manifestă numai dacă, în prealabil, au fost însușite mesajele educative ale unor clipuri realizate pe scenarii fundamentate medical, de felul celor analizate în paginile anterioare. De aceea, putem caracteriza clipurile din ultima categorie (axată pe exemple, mai degrabă decât pe explicații) drept materiale de *consolidare* a deprinderilor însușite pe seama materialelor persuasive.

### **2.2.3. Mijloace vizuale**

Mijloacele vizuale, dacă sunt bine realizate, pot transmite mesajul mult mai ușor și mai eficient decât alte mijloace, mai ales spre categoria de populație cu un grad mai redus (scăzut) de școlarizare.

În realizarea acestora, trebuie să se țină seama de câteva elemente:

- să nu fie prea încărcate;
- să fie clare;
- informația să fie corectă;
- textul, dacă există, să fie scurt, concis, ținut.

Putem face o clasificare a mijloacelor vizuale după forma lor astfel:

- a) *forme plane* – afișul, graficul, panoul, planșa, fotografia, diapozitivul, diafilmul;
- b) *tridimensionale* – modelul, macheta, mulajul, preparatul natural, articole cu inscripții (tricouri, fulare, sacoșe, etc.);
- c) *forme combinate* – colțul sanitar, expoziția.

Dintre acestea accentuăm faptul că unele, cum sunt diapozitivul educativ–sanitar, diafilmul educativ–sanitar sau celelalte folosite la retroproiector, sunt de o deosebită utilitate în cadrul lecțiilor și conferințelor, făcându-le mult mai atractive.

Mijloacele video sau audio-video, constituie mijloace, pe cât de utile, pe atât de interesante în munca de difuzare a informațiilor și mesajelor cu caracter educativ către toate categoriile de populație. Reprezintă totodată mijloace cu mare audiență și receptivitate crescută la cea mai mare parte a populației.

**Reprezentările scenice** pot fi folosite cu succes în ridicarea nivelului de cultură sanitară a populației. Pentru preșcolari și școlari cu succes, se poate folosi teatrul de păpuși și de marionete. Aceste mijloace sunt mai dificil de folosit datorită faptului că implică colaborarea cu instituțiile respective și este condiționată de receptivitatea acestora [210].

**Filmul educativ–sanitar** este o componentă importantă în munca de educație din mai multe motive:

- folosind mijloace artistice și tehnice de exprimare, este foarte agreat de public;
- se poate difuza înaintea unor filme artistice, adresându-se unui număr mare de spectatori;
- filmele înregistrate pe videocasete sunt mai ușor de realizat și de mânuit, ele fiind extrem de utile în cadrul expunerilor;
- prin film, mesajul este mult mai ușor de transmis.

Altă aplicabilitate a internetului este vizualizarea de filme de desene animație special concepute pentru cei mici cu tematică educativă pe [www.youtube.com](http://www.youtube.com)



**Figura 52 Povestea lui dințișor**



**Figura 53 Spălat pe dinți Hipo**



**Figura. 54 Periaj dentar corect**

**Televiziunea** poate fi un factor decisiv în transmiterea unor mesaje, ținând cont că este recepționată de milioane de telespectatori. Modalitățile de folosire ale televiziunii sunt multiple:

- difuzarea repetată a unor spoturi educative la orele de maximă audiență;
- realizarea de emisiuni cu invitați (personalități) care să prezinte anumite probleme sau/și să răspundă la întrebările telespectatorilor;
- emisiuni pentru copii cu: scenete, teatru de păpuși sau marionete, desene animate,
- prezentarea de filme documentare cu caracter instructiv-educativ.

**Radioul**, de asemenea, prin realizarea unor emisiuni cu caracter educativ-sanitar, difuzate la ore de maximă audiență, poate fi un factor esențial în ridicarea nivelului de cultură sanitară a populației. Aceste emisiuni pot fi sub forma unor expuneri scurte, sfaturi medicale, răspunsuri la întrebări pe teme medicale sau concursuri. Ele se pot adresa populației sănătoase sau diferențiat, diferitelor categorii de bolnavi.

Datorită faptului că este mai accesibil, din punct de vedere material, are avantajul unei audiențe mai mari decât televiziunea, cuprinzând și categoriile sociale paupere, care de obicei au și un nivel de cultură sanitară mai scăzut.

### ***Reclama sau publicitatea***

În esul lui Roman Jakobson care a inspirat această prezentare, autorul arată că, în orice enunț real, ponderea fiecăreia dintre cele șase funcții ale limbajului depinde de factori pragmatici, adică de ceea ce *intenționează* emițătorul mesajului să facă, folosindu-se de enunțuri ca de niște instrumente, într-un *context dat* al comunicării[72].

Întrucât comunicarea în masă nu poate să țină seama de particularitățile individuale ale subiecților-țintă, contextul comunicării este constituit de ceea ce, în epistemologie, se numește *paradigma* dominantă. Ce este o paradigmă?

**„Vom propune următoarea definiție: o paradigmă conține, pentru orice demers ce se efectuează sub egida sa, conceptele fundamentale sau categoriile centrale de inteligibilitate și, în același timp, tipul de relații logice de atracție/respingere (conjuncție, disjuncție, implicație sau altele) între aceste concepte sau categorii” [215].**

Paradigma este, așadar, un ansamblu de concepții despre lume și viață, ordonate în jurul unei categorii centrale de inteligibilitate (în acest sens, Edgar Morin exemplifică prin *materie* pentru *materialism*, *spirit* pentru *spiritualism*, *idee* pentru *idealism*etc.), ordonarea făcându-se pe baza unor operații logice de tipul celor specificate mai sus. La rândul lor, operațiile logice și chiar raționamentele preferate sub o anumită paradigmă pot să difere de cele preferate atunci când o altă paradigmă devine dominantă. De pildă, sub paradigma idealistă medievală era preferat raționamentul deductiv, pe când sub paradigma materialistă modernă – cel inductiv.

Cu privire la natura conținuturilor organizate în jurul categoriei centrale de inteligibilitate, Morin reține ca valabilă clasificarea făcută anterior (1962) de Thomas Kuhn [214], în cartea sa *Structura revoluțiilor științifice*. Astfel, conținuturile cele mai simple sunt *elementele* și *relațiile* dintre acestea; a doua categorie de conținuturi o reprezintă *modelele*, cea de-a treia – *valorile*, iar cea de-a patra – *reușitele exemplare*.

Astfel, spre exemplu, într-o concepție materialistă, în jurul categoriei centrale de inteligibilitate (materia) se ordonează *elemente* precum atomul, nucleul, electronul, orbitalul electronic, respectiv masa, spațiul-timpul; *relații* precum  $v = st$ ,  $e = mc^2$ , etc.. *Modelele* intim legate de o concepție materialistă sunt cele care definesc structura materiei, de pildă modelul atomului reprezentat printr-o sferă (nucleul) înconjurată de o pluralitate de elipse (orbitalii electronici), sau modelul celulei, reprezentat printr-o curbă închisă, neregulată (membrană), în interiorul căreia este figurată o sferă (nucleul) cu diferite nucleotide, în spațiul dintre membrană și nucleu figurând citoplasma și organele citoplasmice. Trebuie să completăm aceste exemple, elementare prin natura lor, cu specificarea că de structurile pe care acestea le descriu se leagă și anumite mecanisme relaționale care asigură funcționalitatea specifică structurilor descrise. Așadar, modelul este constituit din structură, relații și funcții.

În ceea ce privește *valorile*, Morin [215] arată că, în orice paradigmă, categoria centrală de inteligibilitate este valorizată pozitiv și devine, prin aceasta, criteriu de selecție: conceptele compatibile cu ea vor fi valorizate, de asemenea, pozitiv și susținute chiar apologetic, pe când cele incompatibile cu ea – discreditate, supuse unor atacuri sistematice.

Pe lângă acestea, însă, existența socială generează norme și valori legate de nevoia societății de a-și menține coeziunea, respectiv de a se reproduce într-o formă dezvoltată. De aceea, într-o concepție materialistă despre lume, munca fizică și/sau intelectuală este valorizată pozitiv numai în măsura în care este producătoare de bunuri materiale, palpabile, cu o valoare de întrebuințare bine precizată. Contemplația, dimpotrivă, este privită ca o atitudine inacceptabilă datorită caracterului ei pasiv, spre deosebire de munca intelectuală, care presupune intenția de transformare a realității, deci o atitudine activă. Corelativ, sub o paradigmă materialistă vor fi valorizate pozitiv consecvența, utilizarea judicioasă a resurselor, planificarea etapelor acțiunii și tot ceea ce le susține în practica socială: cercetarea experimentală, calculul matematic și în special acela al probabilităților, sondajele sociologice, pe scurt – tot ceea ce este empiric constatabil, analitic determinabil și cuantificabil în raport cu proprietățile de masă și extensiune atribuite materiei ca trăsături definitorii.

În ceea ce privește valorile individului, sub paradigma materialistă vor fi valorizate trăsăturile fizice precum înălțimea, robustețea, flexibilitatea – în general, calitățile marțiale sau, într-o variantă „îmblânzită”, cele sportive – de asemenea, rezistența la efort și stress, capacitatea organizatorică și de gestiune a activității, corelată cu capacitatea achizitivă (ambele măsurate prin efectele lor pe plan material).

Contextul favorabil manifestării inițiativei individuale, capacităților omului de a acționa deliberat și eficient, atrage în sfera valorilor pozitive entități supraindividuale, constructe ideale și generale care, însă, se repercutează asupra fiecărui individ. Astfel sunt autonomia individuală, drepturile omului, într-un cuvânt principiile ansamblului de norme sociale ce garantează posibilitatea indivizilor de a transforma lumea și pe aceea a societăților de a se restructura, din proprie voință și în raport cu scopuri ce decurg din caracterul material al lumii și din natura imanentă a vieții sociale.

*Reușitele exemplare* reținute de o societate materialistă sunt, firește, cele ale societăților și indivizilor care au reușit să-și creeze o bază materială de natură să le permită un trai confortabil în primul rând ca ființe materiale. Astfel de reușite exemplare au aparținut unor societăți ca aceea greacă din timpul lui Pericle, cea romană din vremea lui Octavian Augustus, cea florentină din epoca Medicilor, cea spaniolă din „Secolul de aur”, cea engleză din timpul Elisabetei I, cea franceză din vremea lui Ludovic al XIV-lea ș.a.m.d. În secolul al XX-lea, „visul american” concretizează, la nivel ideal-tipic, reușitele exemplare considerate din perspectiva clasei mijlocii. Traiul într-o țară democratică, în care să fie consfințite drepturile individuale, constituie fundalul ce face posibilă încadrarea într-un domeniu de activitate și, în consecință, alimentarea ritmică a contului personal cu fonduri suficiente pentru satisfacerea nevoilor materiale ale individului și familiei sale pe o perioadă nedeterminată, în principiu atât timp cât poate munci.

Am detaliat această problemă pentru a pregăti, astfel, concluzia că în structurile de sens subiacente clipului publicitar de promovare a unui produs se va face apel la elemente, relații și modele ce descriu lumea din perspectiva paradigmei dominante în arealul cultural căruia i se adresează publicitatea. Dar, în special, valorile și reușitele exemplare reținute de oamenii care gândesc și trăiesc sub influența unei anumite paradigme de mentalitate (căci e cu neputință să ne sustragem paradigmelor – ele sunt mai mult decât niște simple ideologii) trebuie să devină active în mesajul clipurilor publicitare. **Pe valorile paradigmei dominante și pe reușitele exemplare reținute de aceasta se mizează în primul rând în propaganda care se face oricărui produs.**

Un alt aspect al paradigmelor, care trebuie cunoscut de analiștii produselor intelectuale determinate de conținuturile acestora, este caracterul lor simultan. În societatea contemporană, mai ales, pe lângă paradigma dominantă, care structurează gândirea majorității cetățenilor asupra subiectelor de orice fel, de la problemele vieții cotidiene până la teoriile științifice și filosofice, există și paradigme recesive, prezente sub forma unor subansambluri de idei, unor valori etc. care fie contaminatează, fie contracarează pe anumite niveluri paradigma dominantă. Astfel, paradigma spiritualistă și cea idealistă coexistă cu aceea materialistă, manifestându-se prin diferite credințe subiective, prin tendința metodologică de a autonomiza conștiința de funcționarea sistemelor materiale care o fac posibilă, de a identifica universalii ale existenței și cunoașterii, înțelese ca scheme comportamentale desprinse de istoricitate. Nu este cazul să insistăm asupra acestora în

lucrarea de față, întrucât identificarea lor precisă ține de domeniul filosofiei și ar putea constitui, la rândul său, un subiect de doctorat în acest profil. E bine să reținem, totuși, că, datorită acestei simultaneități, paradigmele se pot influența (contamina) reciproc [216].

Totodată, pentru înțelegerea analizei din paginile ce urmează, este util să avem în vedere faptul că universul mental individual se poate constitui la intersecția mai multor paradigme. Practica educațională specifică societăților din Europa, bazată pe perspectiva istorică asupra domeniilor de studiu, predispune omul european să înglobeze succesiv informații despre toate paradigmele, deci îl face capabil să activeze componente ale acestora atunci când este confruntat cu fenomene pe care e nevoit să le interpreteze. La această stare de fapt se adaugă o caracteristică funcțională a psihismului uman, pusă în evidență mai ales de către psihanalistii din a doua jumătate a secolului al XX-lea, dar și de cercetările de psihologie a copilului desfășurate de Jean Piaget [216]. Conținuturile psihismului nu se articulează precum o teorie sistematică, consecventă de la un capăt la celălalt cu un set de principii bine determinate, ci se aseamănă mai degrabă cu o magmă care „prezentifică” sau aduce „la suprafața” conștiinței ansambluri de idei-afecte-dorințe pasibile de restructurări în timp[189]. Astfel, la un moment dat, constituenții ai unei anumite paradigme pot emerge din memoria pe termen lung a individului în cadrul unui proces de gândire susținut de anumite pulsuni, afecte și acte de voință, pentru ca apoi să reîntre în memoria pasivă, pe măsură ce noi afecte, dorințe, pulsuni pun în mișcare alte resorturi ale voinței și alte procese de judecată, antrenând în circuitele memoriei pe termen scurt alte asociații de idei.

**Internetul.** Cea mai actuală și mai spectaculoasă metodă de Învățământ la Distanță o reprezintă așa-numita „e-Learning” (electronic learning) sau educația prin intermediul mijloacelor electronice și în special al Internetului. Cu toate acestea, e-Learning nu este doar o cale electronică de a transfera cunoștințe. Există o mulțime de posibilități de implementare a educației la distanță prin mijloace electronice, care, generic, sunt denumite e-Learning.

Marea majoritate a instituțiilor care în ziua de azi folosesc învățământul la distanță se concentrează asupra training-ului (instrucția în scopul unei activități specifice) și nu își îndreaptă atenția asupra tendințelor noi din educație:

- tranziția de la training la *educația continuă*, de la instrucția specifică unei anumite activități (unui loc de muncă) la educația înțeleasă ca o activitate continuă în cadrul unei cariere;
- *e-Learning* se extinde rapid datorită concentrării actuale asupra domeniului tehnologiei informației (TI) și programelor de certificare la nevoile educaționale care se impun pentru ocuparea cât mai eficientă a forței de muncă;
- e-Learning are o mare flexibilitate în organizarea conținutului și în managementul procesului de învățământ la distanță, putând fi implementată rapid în orice tip de instituție care necesită o astfel de activitate.

Aceasta reușește în ultima perioadă să se impună tot mai puternic, în mai toate ariile geografice, deoarece permite realizarea educației permanente a populației indiferent de zona de proveniență (urbană sau rurală), vârstă sau ocupație. Se recomandă o puternică acțiune prin acest mijloc de informare (ex.: prin realizarea de site-uri care să conțină informații, exemple, *imagini despre întregul proces de protejare, îngrijire a aparatului dento-maxilar*).

### **2.2.3.1. Aplicații ale imaginilor în promovarea sănătății**

Vizualul are o pondere mare în procesele cognitive și în comunicarea omului occidental contemporan, în procesele educaționale controlate, desfășurate fie în școală, fie în cabinetul dentar, fie prin intermediul mass-media, imaginile nu sunt livrate ca atare, ci însoțite de un discurs lingvistic.

Între planul imaginal și cel lingvistic se creează cu necesitate, prin acest simplu fapt al co-ocurenței, relații reciproce. Dar, datorită prevalenței vizualului și economiei de timp pe care vizualizarea o permite în termenii raportului explicație – înțelegere, considerăm preferabil ca, pentru etapa explicației, ponderea mai mare a importanței să revină mijloacelor vizuale, cele lingvistice intervenind mai pregnant în etapa verificării înțelegerii, în cea a consolidării și fixării cunoștințelor.

Kosslyn [219] consideră că procesele cogniției în care sunt implicate informații vizuale comportă două etape.

- *Prima etapă* este aceea a *generării imaginii de origine internă*, așadar pornind de la circuitele memoriei și ajungând la configurații realizate la nivelul suprafeței corticale avansate vizuale. Componentele acestei etape, din perspectivă tactică, sunt de natură să asigure izotopia dintre contur și detalii, activarea circuitelor locale având ca efect configurarea aproximativă a obiectului reprezentat și găsirea informației propoziționale care asigură reprezentarea constituenților, prin asocierea cu alte informații semantice stocate în memorie [219].
- *A doua etapă* constă din *inspecționarea imaginii mentale* (o dată sau de mai multe ori), implicând câteva procese preliminare menite să ajusteze mărimea și poziția părților imaginii, în așa fel încât partea căutată să se afle în centrul imaginii mentale, așadar să fie focalizată; apoi se declanșează căutarea propriu-zisă a altor informații de tip propozițional corespunzătoare a ceea ce, cu un termen al lui Umberto Eco, se poate numi „informația enciclopedică” asupra acestuia [157].

Deoarece, „mediul” de reprezentare a imaginii mentale nu favorizează menținerea acesteia mai mult de câteva secunde, în activitatea de procesare cognitivă a imaginilor vizuale este nevoie și de un proces de re-generare a imaginii, pentru păstrarea în activitate a configurației neuronale de la nivelul suprafeței corticale avansate vizuale.

În cazul de care ne ocupăm aici, prezența imaginii ca reprezentare externă, perceptibilă imediat, economisește energia și timpul pe care le-ar necesita nu numai

re-generarea imaginii, ci și unele dintre procesele preliminare angajate în funcționarea modelului descris de psihologul american. Nu mai este nevoie de timp, de pildă, pentru căutarea informației propoziționale menite să asigure identificarea și poziționarea corectă a părților, deoarece ele sunt percepute ca atare, și anume în pozițiile lor recunoscute drept „corecte”, astfel încât timpul de generare a imaginii mentale aproape coincide cu cel de inspecționare, lipsind acel Dt necesar punerii în relație a datelor stocate în memorie.

În ceea ce privește contribuția educatorului, însă, lucrurile sunt mai puțin simple. Lui îi revine sarcina deosebit de dificilă de a elabora reprezentarea externă (planșa sau setul de planșe, filmul didactic, prezentarea în Power Point) prin care să gestioneze corect procesele cognitive ale celui educat, în sensul obținerii eficienței procesului de învățare. În acest demers, nimic nu este indiferent, deoarece complexitatea procesului se repercutează dincolo de nivelul cogniției.

*„Tipul de imagine care este generată și modul de a o interpreta depind de utilizarea ce se dorește a fi dată imaginii. Dacă problema e dintre cele care solicită imaginația simbolică, materialul vizualizat poate fi sumar și schematic, dar pentru interpretarea lui va fi necesară o concentrare puternică [...] uneori apare un fel de „obstacol” între cele două etape, cea a generării și cea a interpretării imaginii mentale: economia de efort din etapa formării ei este anulată de angajamentul sporit în ceea ce privește examinarea și interpretarea” [221].*

În fapt, termenului *imaginație simbolică* îi corespunde un ansamblu de procese de reprezentare și memorie care solicită corelarea dintre imagene și logogene (pentru a folosi terminologia lui Paivio) acumulate în memorie în conjuncturi dintre cele mai diferite. Din această cauză, reprezentările antrenate în astfel de procese sunt supuse unor posibilități de corelare cu reprezentări inerente conjuncturilor respective, ce pot distorsiona sensul informației considerate utile de către educator, sau îi pot încetini celui educat viteza operațională, pot genera confuzii.

În cuvintele psihologului american sunt redată numai câteva dintre motivele pentru care am apreciat că selectarea judicioasă a subiectului reprezentării externe, prezentarea lui explicită și cu economie de mijloace vizuale au o importanță capitală pentru eficiența comunicării didactice, cu deosebire în educația pentru sănătate orală. În acest domeniu, în care înțelegerea fenomenelor ce se petrec în viața de fiecare zi comportă explicarea unor noțiuni inedite și activarea unor procese ale imaginației, prin care cei educați să genereze imagini mentale ale unor entități pe care nu le pot percepe imediat, este nevoie de competențe ce depășesc stricta specialitate. De aceea, detaliem în continuare anumite aspecte ale acestui proces în legătură directă cu metodele de folosire a imaginilor vizuale și de corelare a acestora cu discursul lingvistic, în educația pentru sănătate orală.

Astfel, în elaborarea reprezentărilor care ipostaziază în imagini vizuale etapele-cheie ale proceselor explicate (de pildă, fazele formării plăcii bacteriene), imaginile se vor distribui pe spațiul planșei în așa fel încât cea care transmite cea mai mare încărcătură informațională să se afle în mijloc, iar cele mai sărace în



informație – spre periferia acesteia. Dacă procesul ce se cere reprezentat este complex, iar schema tinde să se dezvolte pe orizontală, la extremitățile acesteia nu se va introduce text explicativ, ci se vor selecta cuvinte-cheie, câte unul-două pentru fiecare rubrică, sau se vor folosi imagini pregnante, ușor de perceput și de memorat. În cazul în care astfel de informații sunt elaborate sub forma schemelor realizate din constituenți geometrici, este bine ca figurile folosite să fie poligoane regulate, cu număr mic de laturi, sau curbe închise simple (cercuri, elipse), deoarece acestea pun mai puține probleme de memorare și re-generare mentală a imaginii [221].

Mijloacele moderne de comunicare oferă, în acest sens, avantajul de a prezenta imaginile în succesiune, introducând treptat componentele schemei grafice în tempoul dorit de către educator, în așa fel încât să poată da explicațiile lingvistice necesitate de fiecare componentă a reprezentării în parte, oferind schema integrală a procesului numai în etapa finală a explicației, cu scopul de a consolida reprezentarea mentală aflată în curs de acumulare în memoria celui educat.

De asemenea, în jocurile didactice sau chestionarele folosite în etapa de consolidare a informației sanogene, pentru a declanșa procesele memoriei, se vor folosi stimuli vizuali sau lingvistici legați semantic de imaginea centrală, pe care se sprijină înțelegerea procesului explicat. De exemplu, pentru explicarea plăcii bacteriene la preșcolari și școlarii mici, imaginea centrală poate fi o reprezentare expresivă, eventual umanizată, a bacteriei care atacă țesutul gingival – reprezentat ca teren de acțiune – și suprafața dentară, reprezentată ca un zid de cetate. O primă planșă cu acest conținut poate fi urmată de un șir de alte câteva planșe, în care această primă imagine să fie doar completată și modificată la nivel de detaliu, pentru a reprezenta acumulările și transformările tisulare datorate atacului bacterian.

Un alt exemplu vizează formarea și consolidarea imaginii periajului corect, prin mișcare verticală, de asemenea la preșcolari și la elevii de vârstă mică, grupele la care este, de fapt, esențial ca periajul să fie însușit ca element primar al prevenției. În astfel de cazuri, se pot folosi imagini generate pe calculator, de asemenea sub formă de reprezentări succesive cu imagini centrale simple, viu colorate, pe care medicul-educator le va comenta. Se creează, astfel, o secvență logică a semnificațiilor cuprinse în aceste gesturi, care, într-o etapă ulterioară, va putea fi înregistrată în memoria subiecților într-o formă abstractă, cu ajutorul săgeților îndreptate vertical, în sus și în jos. Aceste imagini reprezentând săgeți verticale vor putea fi reproduse pe hârtie și vor putea fi plasate pe o tăbliță de pluș sau pe o tablă magnetică, aflându-se permanent în clasă. Amintirea semnificației lor va putea fi întreținută și de personalul didactic al grădiniței/școlii, alături de aceea a altor comportamente validate social, spre a fi actualizată în memorie de către fiecare dintre copii în momentul periajului matinal și vespéral.

## **Mijloacele WEB**

În zilele noastre, informația este o resursă esențială în dezvoltarea societății. Modificările frecvente și complexitatea noului tip de societate care utilizează tehnologia informației și comunicațiilor (TIC) ducând la o creștere continuă a volumului și diversității informațiilor prelucrate au determinat apariția conceptului de societate informațională. Societatea informațională reprezintă o nouă etapă a civilizației umane, calitativ superioară, care implică folosirea intensivă a TIC în toate domeniile de activitate [222].

În contextul societății informaționale se pot sublinia patru aspect [223]:

- informația este o resursă a organizațiilor și persoanelor fizice, devenind principala sursă de bunăstare a firmei și individului;
- informația stă la baza unor noi ramuri economice, în dezvoltare rapidă;
- informația poate fi utilizată în comun fără a se consuma;
- dezvoltarea TIC revoluționează activități fundamentale ale societății umane: afacerile, învățământul, sănătatea, guvernarea, managementul întreprinderii.

După cum este definită, societatea informațională este un sistem integrat de funcționare și de conexiuni în domeniul comunicațiilor realizat cu ajutorul rețelelor informatice moderne și care [224]:

- facilitează de regulă accesarea rapidă, nelimitată și mai ieftină a diferitelor puncte din spațiu;
- poate înlocui deplasarea fizică a persoanelor, oferind posibilitatea de lucru la distanță (telelucrul);
- permite îndeplinirea mai rapidă a sarcinilor și la costuri mai reduse în toate domeniile de activitate;
- crește accesul echilibrat al cetățenilor la informații,
- facilitează gestionarea, transmiterea și prelucrarea informațiilor;
- amplifică posibilitatea globalizării economice.

În literatura de specialitate nu există unanimitate în definirea tehnologiilor informaționale, totuși cea mai relevantă dintre toate constă în a înțelege prin aceste colecții de domenii tehnologice, care se dezvoltă simultan și interdependent. Între domeniile cele mai importante sunt incluse informatica, electronica și comunicațiile, producția de conținut. Cu alte cuvinte, trei sunt domeniile tehnologice care stau la baza tehnologiilor informaționale și de comunicații, și anume: informatica, comunicațiile, multimedia, care sunt din de în ce mai convergente. Aceste tehnologii, bazate pe avansurile electronicii, au permis apariția unor noi servicii și aplicații telematice multimedia, care combină sunetul, imaginea și textul și utilizează toate mijloacele de comunicație (telefon, fax, televiziune și calculatoare).

Administrarea și promovarea informațiilor și serviciilor prin intermediul mijloacelor electronice conduce la [225]:

- puternica debirocratizare a procesului administrativ;
- reducerea costurilor administrației;
- eficientizarea utilizării fondurilor publice;
- scăderea semnificativă a actelor de corupție (prin eliminarea condițiilor care predispun la apariția acestora);
- transformarea modului de operare a instituțiilor publice prin utilizarea tehnologiei informației.

Noua societate, clădită pe calapodul societății informaționale acordă o reală importanță informației, cunoașterii, competenței și activităților de cercetare-dezvoltare. Pe piața globală contemporană, care este tot mai competitivă, informația și cunoașterea au mai multă relevanță decât oricând. Noile tehnologii digitale fac accesul, stocarea și transmiterea informației din ce în ce mai facile și mai accesibile. Dispunând de informația digitală, aceasta poate fi transformată în noi valori economice și sociale, creând imense oportunități pentru dezvoltarea de noi produse și servicii. Informația devine resursa cheie pentru implementarea unor conduite de igienă corespunzătoare populației.

### **Importanța tehnologiei informației în promovarea sănătății**

Informația a reprezentat întotdeauna un instrument important pentru management. Pentru a realiza un management eficient, managerul trebuie să fie informat permanent. Două motive sunt cele ce dau importanță informației:

a) *ritmul schimbării* impune un flux continuu de informații; dacă în urmă cu câțiva ani, majoritatea informațiilor necesare desfășurării activității în întreaga viață, puteau fi acumulate în câțiva ani de educație, astăzi cantitatea totală de informație din fiecare specialitate medicală este în continuă creștere;

b) *tehnologia modernă* permite ca informațiile să fie ușor de adunat cu ajutorul computerului, făcând mult mai ușoară accesibilitatea managerului la informație. Informația conține elemente noi de cunoaștere despre modificările care apar în cadrul unor fenomene care pot schimba aspectele inițiale ale evenimentelor sau fenomenelor studiate. Este un instrument al procesului de cunoaștere.

Transmiterea informației se poate face:

- direct - de la fenomenul studiat pe calea observării;
- indirect - prin raționamente, decizii, calcule matematice.

Organizarea informațiilor în vederea conducerii, se realizează în contextul interacțiunii a trei sisteme [227]:

- sistemul decizional având rolul de a conduce activități în vederea realizării unui scop;
- sistemul operațional care execută deciziile conducerii;
- sistemul informațional care face legătura între sistemul decizional și operațional.

Cele trei sisteme sunt în relație unele cu altele, iar prin acțiunea asupra unui sistem se va influența direct sau indirect celelalte două. Analiza și modificarea efectuată în cadrul unui sistem nu va fi eficientă dacă nu se iau în considerare și celelalte două sisteme.

Etapele informației sunt:

- a) colectarea;
- b) stocarea;
- c) procesarea;
- d) accesul;
- e) comunicarea;
- f) folosirea.

a) *Colectarea informației* în prezent în fiecare domeniu există o supra-încărcare de informații care nu sunt întotdeauna folositoare. Pentru un management eficient al informației este necesar controlul informațiilor pe care le primim. Indiferent de specialitatea avută un profesionist trebuie să fie la zi cu tehnologia relevantă, legislația, considerațiile sociale și de mediu. Pentru o colectare rațională a informațiilor trebuie stabilite de la început câteva elemente:

- de ce informații avem nevoie;
- pentru ce ne trebuie;
- sursa de unde le putem obține;
- sub ce formă preferăm primirea informațiilor;
- intervalul de actualizare a informațiilor.

Există mai multe surse de informare:

- surse interne - propriile fișe de consultație și registrele, colegii și celelalte departamente din unitate, biblioteca sau centrul de informare al unității sanitare.

- surse externe - biblioteci publice, instituții specializate, departamente/agenții guvernamentale, servicii specializate în informare și consultanță. Informațiile pot fi culese centralizat, documentele fiind transportate la un calculator și transpuse pe un suport tehnic, sau descentralizat când transpunerea datelor se face la locul în care se află unitatea emitentă de elemente informaționale.

b) *Stocarea informațiilor*. Există domenii în care nu este necesar ca toate informațiile primite să fie stocate. În domeniul medical toate informațiile primite de la bolnav trebuie înregistrate, fișa de consultație sau foaia de observație, fiind cea mai utilă metodă folosită. Stocarea elementelor informaționale constau în alcătuirea de bănci de date, teritoriale sau naționale, care vor fi apoi utilizate rapid de către toate unitățile care au nevoie de aceste date. Datele sunt înregistrate în memoria externă a calculatorului sub formă de fișiere de date fiind actualizate continuu.

c) *Procesarea informațiilor*. Datele obținute, pentru a putea fi folosite eficient, ca instrument managerial, este nevoie să le procesăm. Eficiența poate crește dacă stocăm informațiile procesate. Modul în care informația este procesată depinde atât de felul în care este prezentată, cât și în felul în care va fi folosită.

Eficiența poate crește dacă stocăm informațiile procesate. Modul în care informația este procesată depinde atât de felul în care este prezentată, cât și în felul în care va fi folosită. Procesarea constă în extragerea sensului, în rezumarea unui document amplu prin manipulare statistică, comparație sau prezentare eficientă a datelor. Procesarea elementelor informaționale cu calculatorul se face cu ajutorul mijloacelor tehnice de prelucrare (software) fiind compus dintr-o unitate centrală, memorii auxiliare (benzi, discuri) și echipamente periferice pentru intrarea informațiilor noi (dischete, carduri de memorie) și pentru ieșirea informației procesate (imprimantă).

d) *Accesul la informații* Dacă informațiile sunt stocate eficient, accesul este simplu. Pot apare greutăți atunci când trebuie găsite informații în funcție de criterii sau combinații de factori care sunt neprevăzute. În domeniul accesului la informații, tehnologia informației își demonstrează cel mai pregnant avantajele. Bazele de date existente în prezent pot regăsi datele în funcție de aproape orice criteriu sau combinație de criterii.

e) *Comunicarea informației*. Comunicarea eficientă este una din cheile performanței în management. În ultimul timp mijloacele de comunicare a informației s-au dezvoltat foarte mult, schimbările efectuându-se într-un ritm rapid, telefonul mobil, internetul, teleconferințele sau video și televiziunea în circuit închis, fiind doar câteva din mijloacele accesibile și cele mai utilizate în prezent.

f) *Folosirea informațiilor*. Informațiile obținute trebuie folosite adecvat. În trecut exista tendința de a se colecta și stoca cât mai multe informații dar care nu erau folosite adecvat. Pentru realizarea unui management eficient trebuie ca informațiile să fie revizuite adecvat. În procesul de management informațiile se utilizează cel mai frecvent pentru rezolvarea problemelor, luarea deciziilor și prognosticare:

- rezolvarea problemelor: problema reprezintă o deviere de la standard, o abatere de la obiectivul stabilit ale căror cauze trebuie să le aflăm;
- luarea deciziilor: decizia reprezintă alegerea între două sau mai multe alternative, cu scopul de a obține rezultatul cel mai bun;
- prognosticarea se bazează pe judecăți acumulate prin experiență;
- date statistice.

***Fluxul informațional*** constă în transmiterea informației dintr-un compartiment al unității în altul, cu scopul de a păstra legătura dintre procesul de comandă și execuție, între sistemul decizional și cel operațional.

Poate exista un flux informațional:

- vertical - atunci când informația se transmite între sistemul decizional și operațional din cadrul aceluiași compartiment;
- orizontal - informația are loc între două compartimente sau unități de același nivel.

**Sistemul informațional** are drept scop:

- să ajute la administrarea și coordonarea serviciilor de sănătate dintr-o colectivitate, precum și gestionarea serviciilor curative, preventive și de igiena mediului;- să faciliteze serviciile sanitare locale și naționale în planificare pe termen scurt sau lung; - să demonstreze eficacitatea serviciilor sanitare;
- să permită cunoașterea problemelor legate de sănătate și boală precum și implicațiile lor asupra administrației serviciilor de sănătate;
- să constituie un fond de informații necesar serviciilor sanitare, organelor legislative sau membrilor colectivității.

Sistemul informațional este un element de bază în stabilirea de politici sanitare. Tendința în țările Uniunii Europene este de a se pune în practică o politică de informare integrată în cadrul sistemelor de îngrijiri de sănătate. Actuala politică sanitară în materia colectării, schimbului și analizei informațiilor din sistemul sanitar este considerată de specialiștii belgieni (Bruxelles, 1999) inadecvată pentru diverși parteneri în ceea ce privește datele despre pacienți, indicatorii de sănătate, datele cercetărilor științifice și indicii de performanță. Trebuie ca disponibilitatea și accesibilitatea informațiilor să fie mai bine reglate.

**Informația în management** este importantă pentru:

- Luarea unor decizii cu scopul de a îmbunătăți organizarea serviciilor și facilităților; și
- Realizarea planificării, implementării, monitorizării și evaluării participative.

Informația în management presupune:

- a determina ce informații sunt necesare;
- colectarea și analizarea acestora;
- stocarea și recuperarea lor când este necesar;
- folosirea și difuzarea lor.

**Stabilirea Informației Necesare în Management:** O cantitate considerabilă de informații este obținută pe parcursul planificării, managementului și monitorizării proiectului. Unele dintre aceste informații sunt folosite pentru luarea unor decizii imediate; altele, pentru luarea unor decizii ulterioare. De aceea, un sistem eficient al informației în management ajută managerii proiectului să afle informații necesare pentru luarea diferitelor decizii în diverse momente.

**Colectarea și Analizarea Informației în Management:** Informația poate fi obținută din diverse surse: rapoarte ale personalului tehnic, registre, chestionare completate de diverși participanți, întâlniri de lucru, interviuri, grafice.

**Stocarea Informației:** Este important ca informația să fie stocată pentru a putea fi folosită ulterior. Informația poate fi stocată în registrele comunității, rapoartele proiectului, formulare, și de asemenea poate fi memorizată. Regula de bază este ca informația să poată fi ușor găsită și accesată.

**Folosirea Informației:** Informația poate fi folosită pentru rezolvarea problemelor comunității, determinarea resurselor (felul lor și cantitatea necesară), solicitarea ajutorului necesar și stabilirea viitoarelor proiecte.

**Difuzarea sau Fluxul Informației:** Pentru a fi folosită în mod adecvat, informația trebuie schimbată între diverșii participanți la proiect. Celelalte părți implicate în proiect pot de asemenea folosi informația în luarea propriilor decizii. În acest fel ei îi pot ajuta pe cei ce colectează informația să stabilească utilitatea acesteia în management.

Informația trebuie împărtășită și difuzată la toate nivelele: sătesc, comunal, sub-județean, regional, național, precumși la nivelul ONG-urilor și al donatorului. Informația în management este parte integrantă a monitorizării, deoarece ea este obținută în cursul monitorizării și ajută la planificarea și implementarea activităților acesteia. Fie că provin de la personalul implicat sau de la alte părți interesate, una din cele mai eficiente metode de a procura informații utile este cea a Bilanțului Anual. Unul din scopurile acestuia este de a oferi atât informații în managementul participativ cât și informații legate de monitorizare.

### **Managementul informației în portalurile web**

Termenul de *managementul informației* are mai multe sensuri. Cel mai utilizat este cel de managementul tehnologiei informației în organizație și mai puțin managementul conținutului informațional sau conținutului purtătorilor: documente sau fișiere.

Managementul informației (procesul colectării și stocării informației) și informația în management (datele necesare pentru luarea deciziilor) sunt noțiuni diferite; cu toate acestea ele se completează reciproc și nu pot fi separate în activitățile de zi cu zi. Managementul informației mai poate fi definit ca totalitatea proceselor și comportamentelor care urmăresc producerea efectivă, coordonarea, stocarea, regăsirea, analiza, evaluarea, diseminarea și utilizarea informației.

Problematica generării și gestionării informațiilor este de maximă importanță în condițiile actualului mediu dinamic, complex și imprevizibil. Ultimele decenii au cunoscut o deplasare a interesului de la bunurile tangibile către cele intangibile ceea ce a determinat să se vorbească tot mai mult de sursele informaționale, e-learning, noua educație la distanță, cursuri online, etc.

Rolul informației poate fi acela de suport pentru procesul de învățare și de predare, sau poate fi un material brut din care cercetătorii sintetizează lucrări avansate; în contextul comercial rolul ei este de fundamentare a deciziilor în managementul companiilor.

„Output-urile” variatelor tipuri de procese manageriale ale informației pot fi: un serviciu medical cu programări online, o metodologie de cunoaștere a managementului, o resursă de bază pentru învățare, un birou care oferă acces la o bază de date, o sursă informațională bazată pe Internet. Imaginarea acestor ieșiri este limitată numai de modul în care este utilizată informația.

„Produsele” managementului informației pot fi: baze de date on-line, servicii de referințe ori o bibliotecă cu un fond de documente pentru acces direct. Toți cei implicați în domeniul informării utilizează un set similar de deprinderi; complexi-

tatea diferită, clienții sunt diferiți, scopurile pot fi diferite, constrângerile sunt diferite - dar trăsăturile sunt aceleași:

- *producerea informației*: de unde vine, cum este colectată, cum este structurată, cum poate fi comunicată;
- *managementul și utilizarea informației*: planificare, marketing, evaluare, nevoi de asistare;
- *sisteme și comunicații*: care este suportul tehnologic al activității, problemele și facilitățile acestuia;
- *analiza mediului*: profesional, legal, politici guvernamentale, dezvoltări internaționale, tendințe tehnologice;
- *managementul îndemânărilor (priceperilor, calificărilor)*: resurse umane, finanțe, statistici, managementul proiectelor, instruire, formare.

Garai, în 1997, identifică cinci funcții ale managerului informației:

- prospectare
- evaluare
- procesare
- filtrare
- comunicare

În tot ce face, managerul informației este condus de întrebări legate de scop, de accesibilitate, de evaluare și de comunicare.

Astăzi în domeniul informației predomină o mulțime de termeni care uneori sunt bariere în calea informării, și acest lucru se întâmplă deoarece imaginea profesiei de specialist în informare este umbrită de absența activităților promoționale. Aceștia sunt termeni din jargonul media, iar medicii sau cei care lucrează în domeniul informației ar trebui să-și valorifice abilitățile în aceste noi domenii. Rețele Internet, multimedia, informație secretă, piraterie, securitate, cost, conversie sunt astfel de termeni-barieră pe care ar fi greșit să-i ignorăm.

Phillips în 1997 distinge câteva zone care necesită o atenție sporită în societatea informației:

- accesul universal;
- programe de calculator pentru regăsire și pentru navigare;
- securitate;
- verificare;
- copyright;
- calitatea informației;
- materiale indezirabile;
- responsabilități legale ale furnizorilor de informații;
- plata informației.

În toate aceste zone noua tehnologie este tot mai implicată. Dar viitorul tehnologic nu este totul; specialiștii englezi afirmă că biblioteca virtuală nu este soluția tuturor problemelor și chiar dacă ea poate oferi orice fel de informații, este



scumpă iar din punct de vedere social este indezirabilă (Crawford și Gorman, 1995); potențialul Internetului este imens, totuși există limite și numeroase defecțiuni. Bosseau, în 1995, prognoza o întoarcere la efectuarea temelor pentru acasă pe hârtie, acest lucru permițând profesorului să se asigure că elevii nu se pierd într-un ocean de concepte.

Comentatorii în presa de specialitate repetă aceste argumente cu privire la viitorul profesiei, sau la rolul în viitor al medicilor sau a persoanelor responsabile să promoveze sănătatea: nevoia de schimbare și de adaptare. Ieșirea din apatie pe de o parte și evitarea ezitărilor în acțiune pe de altă parte constituie un semnal pozitiv care face ca profesia să aibă un nou rol - pacienții vin cu noi cereri, iar noi trebuie să fim gata să răspundem tuturor acestor cereri.

Un punct de vedere în acest sens: schimbare acum sau moarte. Un alt punct de vedere: „Există tendința de a ignora constrângerile organizaționale și culturale în care lucrează individul - constrângeri care pot înăbuși inițiativele și pot promova un climat de teamă, inhibând schimbarea și dezvoltarea” [235].

Abell comentează: „calificările tradiționale devin mai valoroase ca oricând, ele sunt poate chiar mai importante decât cele specifice managementului modern al informației în organizații și în societate”. Autoarea notează de asemenea: „noua calificare înseamnă înțelegerea modului cum să aplicăm abilitățile informaționale pentru a obține un impact maxim. În curând vom vedea cum experții în management pot merge pe drumul care să conducă spre managementul cunoașterii, și aceasta este direcția pe care noi trebuie să o urmăm dacă dorim să fim în pas cu dezvoltarea viitoare a informației.”

„Capitalul intelectual” al unei organizații a fost discutat ani în șir, dar ultimele inovații în privința soft-ului, în special Intranetul, oferă o șansă reală de distribuire a cunoașterii în organizație; toate aceste procese sunt ținute pe loc de rezistența culturală. Dacă managementul pune accentul pe managementul cunoașterii, atunci noi ar trebui să ne adaptăm la noua realitate; forța noastră stă în tehnicile de stocare și de regăsire a informației și în capacitatea de a le aplica pentru a obține un impact maxim. Poate că unele probleme vin de la faptul că se pune prea mult accentul pe rolul suportului și nu pe propriile noastre capacități.

Există goluri în ceea ce noi cunoaștem, dar acestea nu sunt de netrecut. Mount (1997) identifica într-un studiu cinci puncte care pot să ducă la dezvoltarea personalului:

- să fie deschis la schimbările tehnologice;
- perfecționarea, pregătirea și dezvoltarea să fie planificate;
- flexibilitatea este crucială;
- vigilența și adaptabilitatea sunt necesare;
- legăturile interpersonale sunt esențiale: cele mai bune oportunități vin de la contacte profesionale și de la discuții.

Trebuie să fim sinceri și să spunem că noi putem crea noi job-uri; căutarea propriilor nevoi de instruire și găsirea pașilor în noul univers informațional sunt acțiuni practice care pot fi planificate și realizate de noi înșine. La început, un pas

pozitiv este examinarea propriilor noastre nevoi de instruire. Biddiscombe (1997) arată cum tehnologia informației (IT) a schimbat job-urile noastre iar calificările cu privire la utilizarea calculatorului sunt esențiale, de aceea ele formează o parte a pachetului curent de pregătire. El accentuează importanța îndemânărilor în lucrul pe calculator, familiarizarea cu e-mail, căutările pe Internet, crearea paginilor Web, experiență în lucrul cu CD-ROM, acces la publicațiile online, cunoașterea lucrărilor importante în management, în plus abilități interpersonale și înțelegerea tehnicilor de învățare.

„Procesarea, editarea, traducerea, crearea bazelor de date, calcul, grafică, predarea și învățarea, biblioteconomiași știința informării - toate sunt în relație directă cu schimbarea tehnologică” (Biddiscombe). Toată lumea se confruntă cu aceste schimbări, numai că profesiile din domeniul informației se diferențiază prin mai multe îndemânări, mai bune calitativ, mai relevante, în concordanță cu rolul important pe care îl au în această lume a informației.

În general într-o organizație se găsesc trei niveluri manageriale: nivelul superior, de mijlocși inferior. Fiecare dintre acestea are un rol diferitși necesită calificări diferite. Este necesară înțelegerea sarcinilor fiecărui nivel pentru a asigura realizarea funcțiilor proprii.

Așa cum spunea C.W. Choo teoria managerială actuală a selectat trei domenii aleinformației în care crearea și utilizarea informației joacă un rol strategic pentru capacitateade creștere a societății, astfel: [238]

1. pe baza informațiilor de care dispune, societatea poate să înțeleagă semnificația modificărilor survenite în mediile sale intern și extern;
2. societatea creează, organizează și procesează informații și, mai ales, poate genera noi cunoștințe prin procesul deînvățare;
3. folosirea suportului informațional pentru luarea deciziilor la toate nivelurile manageriale.

Managementul informației este principala tendință a viitorului. Tehnologiile Internet și Intranet au astăzi un impact maxim în toate domeniile vieții economice și sociale.

Managementul informațieiimplică patru tipuri de operațiuni:

- a) planificarea;
- b) organizarea informațiilor;
- c) activarea (mobilizarea resurselor);
- d) controlul.

Manageriijoacă un rol central în această cursă a competitivității determinate de noua societate. Ei află despre noile tehnologii, se interesează de ele și decid să le folosească sau nu. Abordarea este diferită de la o țară la alta.

La același nivel de dezvoltare economică, există mari diferențe în privința utilizării TIC. La niveluri de dezvoltare mai reduse, lucrurile sunt cu atât mai grave cu cât și nivelul investițiilor în TIC este mai scăzut.

### **Portal informațional**

Prin intermediul portalului informația poate fi gestionată și accesată mult mai ușor, ceea ce ne determină să afirmăm că el este pasul de bază pentru un management cât mai bun al informației.

Portalurile au funcția de îndrumare a clienților către părțile care sunt interesante din punctul de vedere al fiecăruia, de gestionarea cât mai eficientă a informațiilor. Ele grupează mai multe servicii (cont e-mail gratuit, informații diverse, anunțuri, etc.) care fac cercetarea mult mai ușoară și mai plăcută.

Unul din serviciile esențiale puse la dispoziția clienților este acela de menținere a unui catalog (directory) de adrese ale site-urilor web care au un conținut interesant și util. Acesta grupează un număr mare de adrese (mii sau zecide mii) ale unor site-uri web de calitate, adrese care sunt ordonate pe categorii în funcție de tematica predominantă a conținutului siteurilor. Prezența adresei unui site web într-un astfel de catalog al unui mare portal este o recunoaștere a calității site-ului și este însoțită de obicei de un trafic crescut. Un portal integrează multiple surse de informații și aplicații, cum ar fi documente, mail-uri, rapoarte și analize, iar accesul web la conținutul semnificativ se face de la orice stație de lucru. În prezent există astfel de inițiative, proiecte pilot pentru realizarea de portaluri pentru formulare administrative online sau pentru cereri online pentru reînnoirea permisului de conducere auto, portal cu informații privind serviciile de sănătate, portal pentru acces la servicii de e-government.

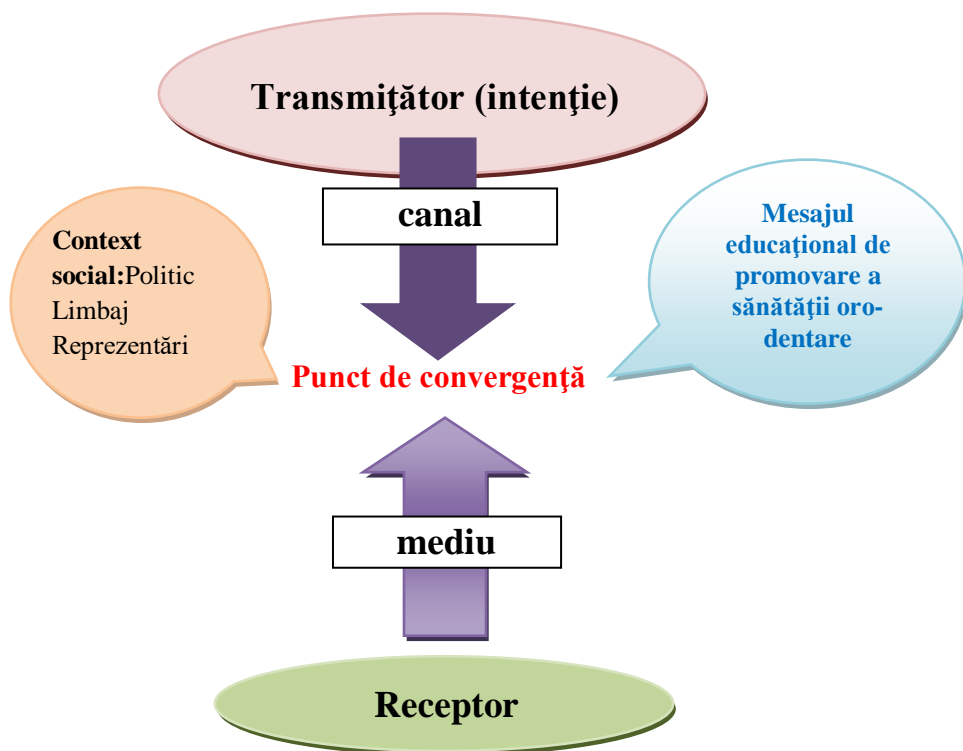
### ***Comunicarea prin intermediul mijloacelor media vs. interacțiunea din clasă***

Clasa este un spațiu comun, de socializare, în care profesorul deține rolul de mediator și transmite spre deosebire de TV care oferă o multitudine de programe transmise printr-un singur canal de emisie, electronic. Mai mult decât atât, economic vorbind, media ne bombardează cu conținuturi ușor de accesat, pentru a atrage un public larg și pentru a scoate profit din advertising. În această privință programele educaționale pornesc din start cu un handicap, cel puțin din punct de vedere economic, cu excepția reclamelor marilor producători de produse pentru igienă orală. Sunt multe diferențe între media și modalitățile de comunicare educaționale. În primul rând, în ceea ce privește scopul comunicării, mijlocele media au nevoie de un eveniment, o unealtă anume prin care profesorii își încurajează elevii să exploreze atent lumea care îi înconjoară.

Cu alte cuvinte, media tachinează în timp ce profesorul predă. În al doilea rând mijlocele media au ca obiectiv transmiterea experiențelor emoționale, în timp ce școala își propune să transmită cunoștințe generale, reci. Media este o industrie în continuă dezvoltare, care are nevoie de profit pentru a rezista concurenței, în timp ce profesorii le oferă elevilor împlinirea intelectuală. Scopurile finale ale celor două diferă mult. Media este modalitatea de a-ți petrece timpul liber și a te repauza după școală pe când școala reprezintă muncă și performanță.

Conținutul transmis depinde enorm și de caracteristicile tehnice ale canalului de transmisie cât și de caracteristicile și calitățile echipamentului de recepție și nu în ultimul rând de mediul social în care este recepționat mesajul. Pentru ca aceste elemente să fie convergente și să formeze un întreg unitar trebuie adaptat mesajul, indiferent care este el, atât în ceea ce privește conținutul cât și formatul, la cerințele și nevoile publicului țintă.

**Când mijloacele media și cele educaționale sunt complementare.** Un canal de comunicare este un canal de comunicare, iar un profesor rămâne un profesor. Mass-media este un puternic instrument de promovare a proiectelor de promovare a sănătății, în principal datorită puterii de a aduce realitatea în clasă.



**Figura 55. Schema de transmitere a mesajului cu conținut educațional prin media[240]**

**Media educă.** Principalul rol al mediei este să informeze, să distreze și să educe. Deși programele educaționale sunt mai puțin atractive din punct de vedere economic, totuși radiourile și televiziunile publice continuă să producă conținuturi educaționale din motive sociale. Literatură, documentare, cântecele, pot fi difuzate caproduse ale proiectelor educaționale, completând conținuturile de învățare oferite on-line.

Noile tehnologii și instrumente în plină dezvoltare, wap-ul, telefoanele mobile sau GPS-urile, completează metodele tradiționale și dezvoltă noi metode de învățare mobilă.

Media poate trata subiecte legate de educație și chiar poate organiza conferințe sau alte evenimente. Acesta este cel mai bun mod de promovare a proiectului către publicul larg. Pentru a reuși, trebuie formulat un plan de abordare a mijloacelor media, și realizată o investigație asupra impactului social al acestora pe grupul țintă deja delimitat. Pentru a trezi interesul ziariștilor și publicațiilor de specialitate ar fi indicat să le trimiteți comunicate de presă și să le organizați conferințe de presă cu principalii actori în proiect. Ar fi de dorit ca legătura cu proiectul să se realizeze în momente special organizate, târguri de carte, sau diferite alte evenimente unde ziariștii sunt de obicei invitați. Se poate de asemenea încerca un parteneriat cu o componentă a mediei locale, și împreună să creați un eveniment, să promovați un produs, un spectacol sau un documentar. Totuși, aceste ocazii sunt de obicei scumpe și în același timp este nevoie de bani în plus pentru a acoperi costurile de producție și cheltuielile de transport ale jurnaliștilor.

Mijloacele media sunt o poartă deschisă către lume pentru tineret, dar datorită exploziei de oferte de echipamente care de care mai sofisticate e nevoie de o selecție atentă a acestora. Misiunea oricărei școli este de a dezvolta personalitatea copiilor astfel încât să devină niște cetățeni responsabili. Educația prin mijloacele media ar trebui să le ofere instrumentele necesare pentru a-i alfabetiza în acest domeniu și a-i învăța cum să deosebească între informațiile de duzină și cele cu adevărat importante. Educația și viitorul ei sunt dependente de acest domeniu iar media la rândul ei este conștientă de impactul educației în contextul social: împreună pot crea cetățenii de mâine ai țării și ai planetei.

### **Utilizarea mijloacelor media**

O definiție tehnică a termenului ar consta în descrierea canalului de transmitere a mesajului și a mediului ce-l primește. În privința radioului, de exemplu, undele de transmisie sunt difuzate printr-un canal de frecvențe care transmit mesajul atât ascultătorilor de aproape cât și celor mai îndepărtați. O frecvență transmite sunetele, care se transmit aproape instantaneu. În ceea ce privește televizorul, canalul de comunicare poate fi constituit din diferite tipuri: cablu, satelit sau frecvențe; cu cât sunt mai multe canale cu atât puteți alege din mai multe programe. Telecomanda schimbă considerabil rolul televizorului ca și canal de comunicare: cu ajutorul ei telespectatorul poate alege un anumit program sau poate privi mai multe programe simultan. Astfel observatorul pasiv devine unul activ. Și radio-ascultătorii pot astăzi să își aleagă programul preferat folosind podcastul.

### **Impactul mijloacelor media asupra societății**

Putem asculta radio-ul lucrând. Dacă acesta ocupă un loc secund, televizorul în schimb a devenit un fel de ocupație în timpul liber, un mod de a evada din obișnuit. Mai mult, privitul și ascultatul sunt două activități total diferite: mesajul difuzat prin radio este un potpuriu de impresii, în timp ce imaginile de la televizor

ne oferă situații ideale și personaje cu care ne putem identifica. Ele trebuie să ofere o experiență de un anumit tip sau altfel vom utiliza telecomanda pentru a găsi ceea ce dorim. Utilizarea televiziunii în folos public a dus la crearea de canale TV publice-online. Posturile publice sau locale de radio le facilitează ascultătorilor libera expresie, și în același timp o triplă interacțiune între cel care sună, crainic și publicul ascultător. Fenomenul echivalent în televiziune sunt reality show-urile. Noile dezvoltări în domeniu, site-uri de tipul „You Tube” și „My Space”, transformă ascultătorii și telespectatorii pasivi în utilizatori care își selectează singuri sau chiar își produc propriile programe TV.

### **Utilizarea mijloacelor web ca mijloace educaționale**

Publicarea în spațiul WORLD WIDE WEB a activității și a documentelor, comunicarea online în general, reprezintă o condiție absolut obligatorie pentru orice organizație, indiferent dacă vorbim despre instituții publice, firme private sau organizații non-guvernamentale. Comunicarea unei instituții de învățământ prin utilizarea instrumentelor și mijloacelor oferite de rețeaua Internet aduce multiple avantaje [22]:

- Se adresează unei largi categorii de utilizatori;
- Se realizează ușor și rapid;
- Este mult mai ieftină decât mijloacele de comunicare obișnuite.

Una dintre aceste metode presupune utilizarea unei abordări orientate mai mult pe instruire în ceea ce privește procesul educațional. Utilizat inițial doar ca un termen generic care se referea la dezvoltarea unui mediu electronic pentru furnizarea mai flexibilă a educației, e-learning a devenit mai mult decât un simplu experiment. S-a dovedit pe baza studiilor și proiectelor experimentale că utilizarea e-learning împreună cu tehnologiile informației și comunicațiilor oferă posibilitatea îmbunătățirii semnificative a procesului educațional. În prezent, e-learning-ul a devenit o alternativă viabilă la metodele de educație tradiționale, astfel că a fost adoptat de către multe dintre unitățile de învățământ, mai ales datorită avantajelor oferite de posibilitatea instruirii continue sau de cele legate de larga aplicabilitate în cadrul organizațiilor celor mai diverse. Studiile de specialitate publicate în ultimii cinci ani arată o creștere continuă a utilizării e-learning în cadrul organizațiilor.

Instruirea bazată pe Web (WBL – Web-Based Learning) și-a propus transformarea spațiului WWW într-un veritabil „vehicul pentru instruire”, diversele materiale educaționale utilizate fiind accesibile online: instrumente software dedicate instruirii, materiale didactice, manuale electronice, legături spre alte surse educaționale. [239] WBL poate fi condusă de instructor sau bazată pe calculator.

Predarea pe Internet (WBT – Web-Based Teaching) a extins învățământul online prin organizarea unor grupe de studenți coordonați de către un instructor, înglobând și o serie de sisteme de comunicație între aceștia: liste de e-mail, forumuri de discuții, videoconferințe. [240]

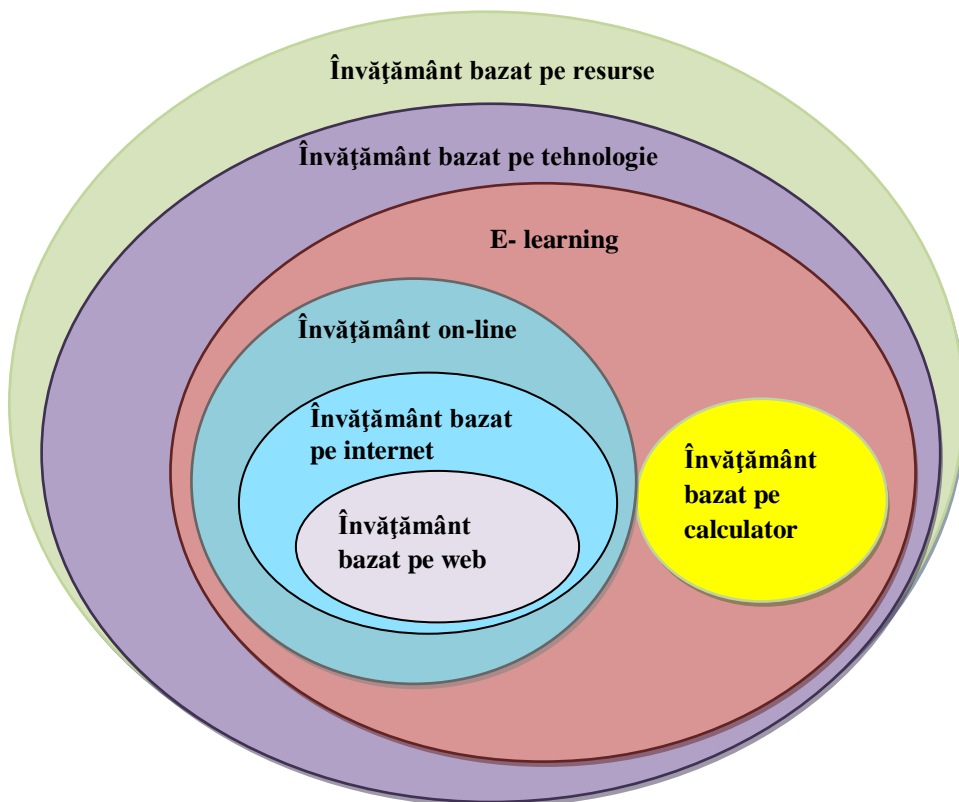
Instruirea inteligentă asistată de calculator (ICAI – Intelligent Computer Assisted Instruction) a apărut din necesitatea de a rezolva anumite probleme cu

care s-au confruntat realizatorii de sisteme clasice de instruire, dintre care menționăm:

- alegerea secvenței optime de lecții pentru fiecare student;
- modificarea dinamică, în funcție de evoluția studentului, a tacticilor pedagogice aplicate;
- anticiparea, diagnosticarea și înțelegerea cauzei erorilor studentului;
- acceptarea răspunsurilor corecte, precum și dialogul în limbaj natural cu studentul. [241]

Principalele categorii de sisteme (medii) inteligente de instruire sunt următoarele:

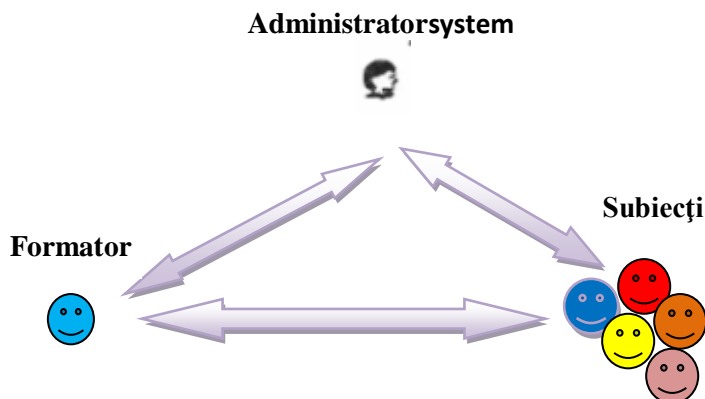
- sistemele inteligente de instruire (ITS - Intelligent Tutoring Systems);
- mediile de învățare inteligente (ILE – Intelligent Learning Environments); o subcategorie a acestora sunt micro-universurile (Microworlds);
- mediile de instruire inteligente pentru învățare prin colaborare (CSCL – Computer Supported Collaborative Learning);



**Figura56. Relații între grupuri de termeni din domeniul instruirii asistate de calculator (preluat din [242])**

- agenții pedagogici autonomi (PAA – Pedagogical Autonomous Agents);
- sisteme de instruire asistată de calculator prin sisteme inteligente (ICAI – Intelligent Computer Assisted Instruction);
- sisteme de învățare asistată de calculator prin sisteme inteligente (ICAL – Intelligent Computer Assisted Learning);
- sisteme educaționale inteligente (IES – Intelligent Educational Systems);
- sisteme de inteligență artificială în educație la distanță (AI-DE – Artificial Intelligence-Distance Education).[243]

Principalii participanți în proces sunt: administratorul de sistem, instruiții și instructorul (figura 56.). Prin diversitatea formelor și complexitatea contextului, mediul Web promovează acțiunea colaborativă, atât la nivelul actului educațional, prin interacțiunea instruitului cu instructorul sau cu alți instruiți, câtși la nivelul procesului de elaborare a propriilor tehnologii de instruire, prin implicarea unor colective specializate în elaborarea aplicațiilor, a conținutului și a întreținerii și dezvoltării permanente a soluției e-learning. Progresul înregistrat în activitatea de învățare determină un grad mai pronunțat de colaborare a instruitului. În mod similar, într-o tehnologie e-learning, nivelul de interacțiune și colaborare crește dacă acestea determină în mod real un progres în dobândirea și aplicarea deprinderilor (figura 57.).

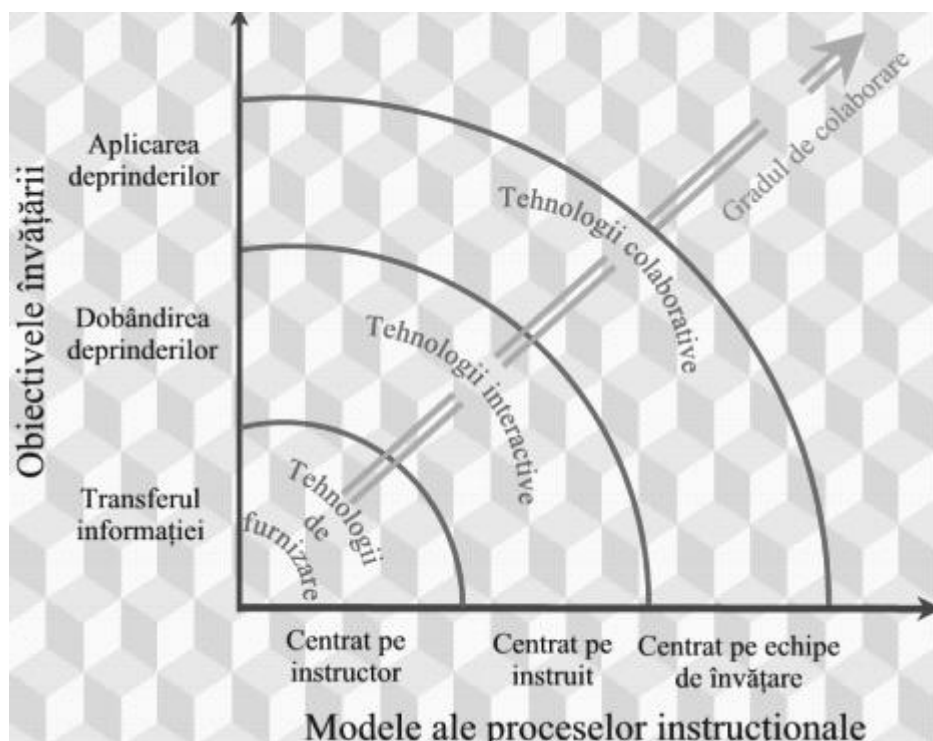


**Figura 57. Principalii participanți în procesul de e-learning (preluat din [243])**

Orice informație poate fi accesată prin utilizarea motoarelor de căutare încorporate, care permit regăsirea facilă a acestora în funcție de o anumită categorie, conținut sau pagină web. Sistemul asigură confidențialitatea informațiilor și garantează integritatea datelor transmise. Fiecare instituție va transmite către sistem și va actualiza cu regularitate informațiile aferente interacțiunii proprii cu cetățenii și mediul de afaceri, printr-o interfață specifică.

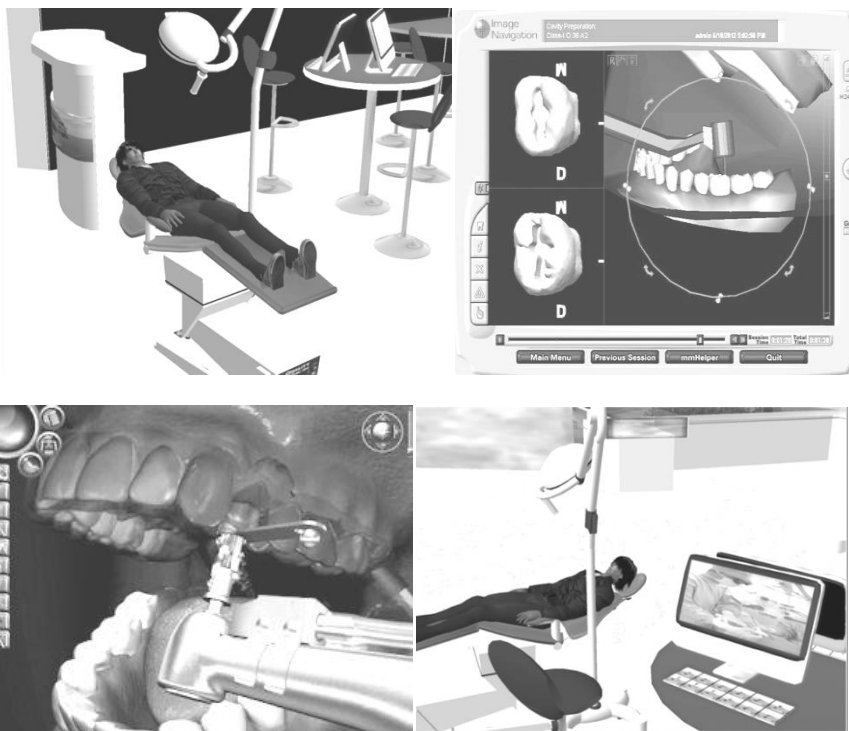


Arhitectura clasică (fig. 58.) a unui sistem e-learning arată că toate obiectele sunt stocate în cadrul bazei de resurse care sunt puse la dispoziție de către unitatea organizatoare, respectiv universitate. Excepție fac cazurile în care sistemul e-learning este furnizat de terțe părți sau alte companii. Setul de sisteme e-learning este constant la început; în cazul dezvoltării ulterioare, de exemplu prin utilizarea de noi echipamente, prin îmbunătățirea serviciilor (ex.: o conexiune Internet mai rapidă), prin mărirea staff-ului (administratori de sisteme informatice), nivelul de dezvoltare va fi direct proporțional cu nivelul curent de încărcare a sistemului. Este posibil să se estimeze în avans o creștere a cerințelor tehnice doar pe baza statisticilor oferite de încărcarea existentă. Indicatorii ce privesc încărcarea utilizatorilor se pot modifica. În cazul unei creșteri rapide a indicatorilor de încărcare este foarte posibil să urmeze o avariere a sistemului, fapt ce va conduce la timpi morți necesari reparării. Acest lucru se produce datorită faptului că cererea de resurse este mai mică decât oferta. Acest lucru înseamnă că toate resursele disponibile nu sunt utilizate, dar trebuie în continuare întreținute. Rezultatul va fi acela că sistemul va înregistra pierderi.



**Figura58. Dependența gradului de colaborare în procesele educaționale față de tehnologiile utilizate (preluat din [244])**

## Jocuri PC pentru adulți



Figurile. 59,60,61 și 62. Imagini din Second Life - joc PC online

Aplicații dezvoltate pentru smartphone-uri Android și Iphone pentru telefonul mobil care se descarcă de pe Internet care antrenează copii în spălatul pe dinți. Se găsesc mai mult de 100 aplicații pe tema sănătății orale, periajului dentar.

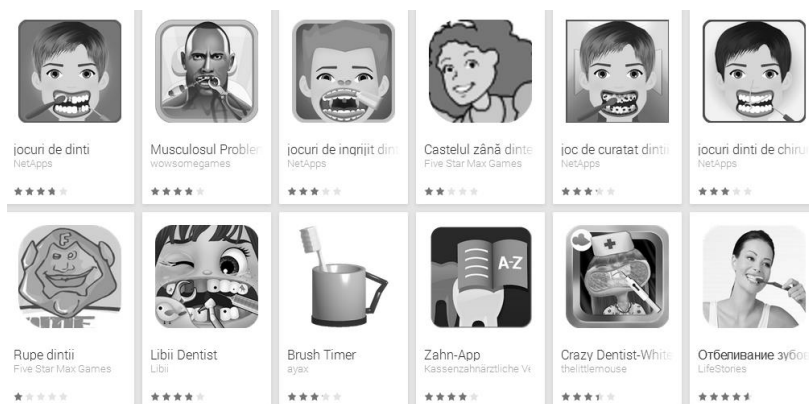


Figura63. Imagine din Google store Aplicații pe tema spălatului pe dinți

## 2.3.        **RESPONSABILITATEA        PROMOTORILOR        DE SĂNĂTATE/FORMATORI DE OPINIE**

### **Răspunderile promotorilor de sănătate (formatori de opinie)**

Promotorii de sănătate au câteva obligații:

- *Să fie informați!* - Datele informaționale se schimbă mereu, iar noile descoperiri produc noi comentarii, noi termeni, noi speranțe. Promotorii de sănătate trebuie să fie în pas cu noile date, să cunoască suficient de bine ansamblul problemelor, să poată explica oamenilor noutățile în domeniu, în așa fel încât ele să poată fi înțelese și acceptate.
- *Să fie îndrăzneți!* -Promotorii de sănătate trebuie, să-și depășească slăbiciunile să-și învingă propriile prejudecăți, să descopere noi resurse și să lucreze împreună cu oameni pe care înainte nu-i considerau importanți.
- *Să fie expliciti!* -Oamenii nu trebuie derutați, folosind un limbaj ambiguu, cu jumătăți de adevăr sau un jargon tehnic. Limbajul folosit trebuie să fie clar, sincer și direct, spre a fi înțeles de cei care trebuie să-și modifice comportamentul obișnuit.
- *Să evite stereotipia și blamarea*, mai ales dacă este vorba de o afecțiune transmisibilă. Bolile nu au preferințe rasiale, religioase, etnice sau de sex.
- Să-și concentreze eforturile pentru a schimba comportamentul în grupurile țintă.
- Să activeze pe un front larg.

Numai o atitudine pozitivă față de schimbarea comportamentului nu se dovedește eficientă. Omenirea este plină de fumători, care știu că fumatul dăunează sănătății și totuși continuă să fumeze. Modificarea comportamentului cere o ofensivă mult mai amplă; promotorii de sănătate trebuie să înțeleagă motivele care îi fac pe oameni să continue să se poarte la fel, să găsească alternative acceptabile și apoi să furnizeze resursele și sprijinul necesar pentru acceptarea alternativelor. Numai frica, după cum se vede, nu aduce schimbările dorite.

*Corolarele* cu impact asupra activității didactice sunt ușor de formulat:

a) *eficiența proceselor cognitive* depinde de:

- zestrea de dispoziții a celui educat;
- starea sa bună de sănătate;
- calitatea stării sale emoționale în timpul participării la procesul de comunicare didactică;
- calitatea sentimentelor dezvoltate în legătură cu societatea, civilizația, cultura;

- calitatea input-urilor exogene receptate de educat în procesul de comunicare didactică;
  - reciprocitatea emoțiilor pozitive în mediul educogen (= generator de educație);
  - validarea calității și utilității output-ului mental al tuturor participanților la activitatea de comunicare;
- b) *procesul de predare-învățare* trebuie:
- să se adreseze în modalități specifice tuturor componentelor activității psihice, de care depinde eficiența proceselor cognitive
  - să fie flexibil ca ritm și ca volum de informație vehiculată, permițând reglarea input-urilor informaționale și atitudinale din fiecare etapă în funcție de output-urile etapei anterioare;
  - să aibă o adresabilitate vocațională, socială și economică suficient de largă pentru a nu crea disfuncții sociale și insatisfacții individuale.
- c) *mediul educogen* trebuie:
- să prezinte accesibilitate, pentru a nu genera subiectului frustrări legate de sentimentul excluderii;
  - să creeze și să dezvolte condiții propice păstrării, menținerii și recuperării sănătății fizice și psihice;
  - să acționeze prin mijloace specifice pentru a asigura evoluția concomitentă pe plan informativ și formativ a tuturor participanților la proces;
  - să integreze comunicarea de informație cu formarea de comportamente, vizând socializarea tinerilor ca persoane și ca viitori profesioniști.

Această expectativă decurge direct din analiza structurilor morfo-funcționale dovedite ale sistemului nervos central și a analizatorilor cu funcțiuni corelate acestuia, precum și din obiectivele fundamentale ale societății, vizând conservarea (prevenirea entropiei) și dezvoltarea sa armonică, precum și a fiecăruia dintre membrii săi.

### **2.3.1. Rolul părinților în promovarea sănătății**

Educarea copiilor în ceea ce privește menținerea igienei orale și dentare nu este un lucru dificil, ci dimpotrivă poate decurge normal. În această privință medicii specialiști trebuie să recomande părinților următorii pași:

1. Să se asigure că micuții lor primește cantitatea optimă de fluor pentru fortifierea dinților. Dacă nu sunt siguri de acest lucru să se adreseze medicului de medicină dentară.
2. Să perie și să curețe spațiile interdentare cu ață dentară în fiecare zi, până când copilul este destul de mare să facă acest lucru singur și mai ales să intre în reflex copilului acest obicei sanogen zilnic.
3. Începând cu vârsta de 6 luni, să ducă copilul în mod regulat la medicul dentist.

4. Dacă în timpul nopții copilul cere biberonul este foarte important ca acesta să fie umplut cu apă, și nu cu lapte, formula de lapte pentru bebeluși sau sucuri de fructe. Aceste lichide stimulează formarea plăcii bacteriene și grăbește procesul de degradare dentară.
5. Să curețe în fiecare zi gingiile copilului lor.
6. Să înceapă periajul dinților odată cu apariția primului dinte.

#### ***2.3.1.1. Relația psihologică copil - medic - părinte***

Actul terapeutic în stomatologia nu poate fi separat de componența sa psihologică ce stabilește o legătură foarte rapidă între componenta medic-copil.

Copilul când se prezintă în cabinetul de medicină dentară este întotdeauna impacientat, neliniștit, motiv pentru care stabilirea rapidă a unei relații de încredere, sau a unei legături între medic și pacientul copil, care este dificil de realizat, este deosebit de importantă. Nu întotdeauna este vorba de durerea cauzată de actul terapeutic în sine, ci de faptul că micuțul poartă în suflet mai mulți ani de influență inconștientă a familiei sale sau a societății, iar reacția sa nu este decât un răspuns al temerilor și ideilor insuflate de acest ambient.

Comportamentul copilului față de tratamentul stomatologic este, în realitate, același ca și față de viața curentă, prin contextul situației și a stării sale de îngrijorare pe care acesta o trăiește. Anxietatea și agresiunea sunt probleme care domină relația dintre medic și pacientul copil.

Ideea de agresiune se găsește decuplată de viața imaginară foarte intensă a copilului. El se simte un intrus printre adulți, unde nimic nu îi aparține și își creează astfel o lume proprie, în care trăiește istorii fantastice și fantezme. Îngrijirile dentare pentru copil reprezintă ocazia de a-și trăi viața fantastică.

Chiar dacă copilul nu ia cunoștință de această transpoziție, practicianul va juca un rol agresor, împotriva căruia trebuie să se apere. Personalitatea copilului este supusă continuu modelării prin sugestie, motiv pentru care aceasta constituie o modalitate de mânuire comportamentală a micului pacient în extenso.

Stresul (atât cel biologic, cât și psihic) ca răspuns nespecific general și adaptativ, creează o stereotipie individuală la agenții stresanți și poate influența radical atitudinea copilului.

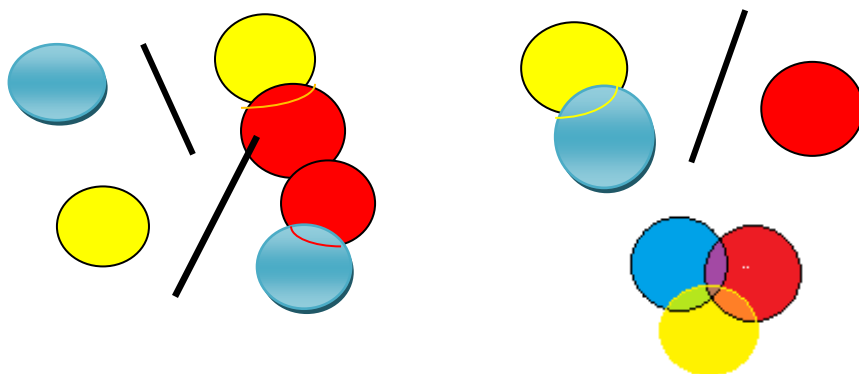
Atitudinea copilului poate îmbrăca mai multe aspecte:

- comportament recalcitrant,
- comportament latent negativ,
- docilitate, cu tendința de seducere a medicului,
- fuga, ca o evadare dintr-un mediu ostil,
- regresivitate.

Având în vedere aceste situații diferite, trebuie creată copilului o anumită dispoziție comportamentală și mai ales o motivație în vederea obținerii unei colaborări fructuoase. În acest sens vârsta copilului este foarte importantă:

- între 5 și 12 ani, este perioada cea mai favorabilă îngrijirilor dentare, deoarece la această vârstă copilul simte nevoia de a fi ghidat și va putea fi mulțumit să facă plăcere adulților;
- perioada de pubertate dimpotrivă este cea mai dificilă, delicată, deoarece adolescentul își caută toate circumstanțele, care îi permit emanciparea și reacția de independență față de părinți și societate.

Întotdeauna între binomul medic-pacient, se interpune și părintele, și de asemenea între binomul părinte-copil poate interveni deasemenea o a treia persoană, acesta fiind medicul. Pentru o bună colaborare și o bună atitudine și un comportament corect pe viitor al copilului, medicul trebuie să se plaseze între părinți și copii, pentru ca părintele să nu-i transmită vreo fobie legată de o experiență anterioară în relația cu medicul dentist.



**Legenda:** ● Copil, ● Părinte, ● Medic sau educator-formator

**Figura 64. Relația medic-pacient-părinte, cele patru situații clasice ce se întâlnesc în viața curentă[245]**

Relația dintre atitudini și comportament este studiată datorită necesității anticipării reacțiilor pe care oamenii le au față de diferite obiecte ale realității. Referitor la acest subiect, există două teorii opuse: cea a divergenței dintre atitudini și comportament și cea a convergenței dintre cele două variabile.

Schimbarea atitudinilor și comportamentelor față de sănătatea orală se poate realiza pe multe căi și în variate contexte, de la o discuție informală în familie până la participarea la o lecție de educație pentru sănătate în școală, de la o vizită în cabinetul dentar până la expunerea la mesaje persuasive din mass-media. Înainte de a prezenta teoriile care analizează procesele schimbării atitudinale, am analizat terminologiei din domeniu, delimitând persuasiunea de alte concepte asemănătoare precum „manipulare”, „propagandă”, „influențare”, „persuasiune”, „conformare”, „supunere” și chiar „educație”.

### 2.3.2. Educația pentru sănătate a grupurilor – formatorii de opinie

În conjunctura social-culturală și economică din România actuală, promovarea sănătății oro-dentare prin măsuri educaționale pune anumite probleme, dintre care unele legate de dinamica mentalităților, iar altele provenite din deficiențe manageriale. Dacă, altădată, efectuarea educației grupurilor era o politică de stat impusă în regim dictatorial, în condițiile democrației ea este supusă reflecției, redefinirii și redimensionării. Nu trebuie pierdut din vedere, însă, că în istoria speciei umane, ca și în comunitățile de primat înrudite cu aceasta, educația s-a făcut și se face predominant în grup. Individualizarea procesului educațional este necesară în toate etapele și societățile, dar în ceea ce privește educația formală, ea nu a fost niciodată și nu poate deveni regula generală de procedură didactică.

Există, de fapt, două etape ale educației, înțeleasă ca parte componentă a procesului de integrare a individului nou-născut în comunitate.

**Prima etapă** a educației este coextensivă socializării primare, adică integrării nou-născutului în familia nucleară (mamă-tată-copii), apoi în cea extinsă (cuprinzând, pe lângă cei de mai sus, bunicii, mătușile, unchii, verii). În prima etapă, copilul se dezvoltă rapid atât fizic, cât și mental, ajungând să-și controleze sfincterele, reflexul alimentar, atenția, să deprindă limbajul articulat și să devină o ființă autonomă. Aceasta este și etapa în care el deprinde regulile igienice de bază, printre care îngrijirea danturii și a cavității bucale. În această etapă, învățarea este individuală, chiar dacă la împărtășirea informației pot să contribuie mai mulți agenți adulți, în mod deliberat (ca educatori informali) sau involuntar (ca sursă de modele acționale imitate de cei tineri). Aceștia îl învață pe tânăr, prin demonstrații practice, periajul dentar și clătirea gurii, însușirea acestora fiind posibilă de îndată ce copilul este capabil să scuipe. Copilul va imita acțiunea demonstrată și practică de adulți, deci își va însuși o tehnică de periaj corectă dacă adulții pe care îi imită se perie pe dinți și o fac așa cum trebuie. Așadar, chiar și atunci când situația solicită direcționarea măsurilor educative spre individ, practicile și valorile subiacente lor sunt transmise de alți indivizi în calitatea lor de membri ai unei societăți, pentru care îl pregătesc pe individ.

**A doua etapă**, cea a socializării secundare, începe în jurul vârstei de 7 ani, când individul începe să se integreze în grupuri extrafamiliale: clasa, școala, vecinătatea, satul/cartierul etc. În societățile moderne, grădinița de copii este o formă de organizare intermediară, născută din necesitatea supravegherii copiilor cu părinți salariați, care preia și însumează anumite caracteristici și obiective atât ale socializării primare, cât și ale socializării secundare, anticipând-o pe aceasta din urmă [129]. Este prima formă de integrare a copilului într-o colectivitate *inter pares* (lat. „între egali”), așadar copilul învață să nu se mai perceapă drept centru focal al preocupărilor tuturor celor din jur și să se considere un individ egal în drepturi și responsabilități cu alții asemeni lui prin vârstă, statut, interese.

Educația în grup prezintă anumite avantaje care decurg din premisele socialității. Grupul dispune de mai multe resurse de percepție, de procesare a

informației și de timp decât individul, pentru a identifica problemele, pentru le defini și rezolva. Chiar dacă nu se poate vorbi despre omogenitate perfectă a concepțiilor și intereselor în cadrul oricărui grup, aglutinarea acestuia ca atare se bazează pe o paradigmă comună mentalului și, cel puțin, pe interese comune de supraviețuire. Pe aceste temeuri, grupul oferă suport în ceea ce privește schimbul de informații, de experiență, facilitează deciziile și contribuie, pe căi psiho-afective și sociale, la implementarea unor comportamente uniforme în rândurile membrilor săi.

Grupurile expuse practicilor de învățare pot fi *formale* (clase de preșcolari și elevi, grupe de studenți, colective de profesioniști) sau *informale* (constituite din persoane de diferite statute, aflate într-un anumit mediu sau locuind pe un anumit teritoriu și având, în virtutea acestui fapt, unele obiective comune). Chiar și în grupurile formale, viața în societățile moderne favorizează individualizarea personalității componentilor, deci nu se va putea lua ca premisă a educației decât o aparentă uniformitate, în raport cu un anumit criteriu sau obiectiv de definire a grupului.

În funcție de omogenitatea sau neomogenitatea grupurilor, politicile de promovare a sănătății trebuie să fie judicios diferențiate, chiar și atunci când vizează obiective de atins la nivelul populației globale. Eficacitatea acestor acțiuni nu se judecă în funcție de obiectiv, ci de atingerea lui, iar aceasta depinde de congruența dintre mijloacele de comunicare folosite și caracteristicile socio-culturale ale publicului-țintă.

Elaborarea unui proiect educațional, există câteva **etape** preliminare:

- Prima trebuie să fie *stabilirea grupului-țintă*. Ea se va realiza pe bază de criterii de vârstă, de formație profesională, de statut și rol social, înțelegând că modul specific de raportare a oricărui individ din grup la paradigma mentală a societății depinde de timpul avut la dispoziție pentru a acumula experiență și a-și dezvolta gândirea, de sectorul de viață socială la care este chemat să participe și de limitele de competență ce i se acordă în cadrul societății, în speță, al aceluia sector.
- A doua etapă constă în *colectarea informației*, în principal a celei legate de incidența anumitor afecțiuni, dar și de concepțiile ontologice și stilul de viață al comunității, cu accent pe cunoștințele de igienă și medicină, respectiv pe comportamentul preventiv. La fel de importantă este informarea asupra gradului de adresabilitate către diverse servicii de sănătate, din perspectiva grupului avut în vedere. Această etapă se realizează prin observație în teren, ca și prin apelul la materiale informative preexistente, sau prin desfășurarea de anchete, difuzarea de chestionare și analiza sintetică a datelor.
- A treia etapă constă în *stabilirea obiectivelor*, selectarea celor prioritare și *proiectarea acțiunilor*. În cadrul obiectivelor, *obiectivele strategice* (cu finalitate generală, stabilită pe termen mediu sau lung) se disting de *obiectivele tactice* (mai specifice și realizabile pe termen scurt). Cu privire la proiectarea efectivă a acțiunilor educative, vom face referiri mai ample în capitolul al treilea.



Metodele de predare-învățare folosite în educația grupurilor sunt diverse, în funcție de vârsta, stadiul de dezvoltare psihică și formația culturală a membrilor. În general, în educația formală pentru sănătate, sunt folosite cele specifice profilului de chimie-biologie din școli generale și licee, dar ele se pot extinde, cu adaptările de rigoare, și în comunicarea cu grupurile informale. Metodele se pot subsuma unor *strategii de învățare*:

- *prin receptare* (educație focalizată pe produs), constând din expuneri, discuții, prezentări de produse și tehnici de îngrijire dentară sau tratament dentar, prezentarea unor scenete de teatru (de păpuși) cu subiect adecvat obiectivului educațional;
- *prin descoperire* (educație focalizată pe proces), în cadrul căreia se pot utiliza, ca metode, *demonstrația, experimentul, studiul de caz, brainstorming-ul*, în funcție de caracteristicile culturale ale grupului-țintă.
- *prin joc* (educație bazată pe succesiunea imitare-creativitate), care mizează pe crearea unei situații imaginare pe baza unor informații asimilate din experiență de către constituenții grupului-țintă care sunt completate și dirijate de educator. Învățarea prin joc nu se adresează numai copiilor, înscenarea putând fi folosită și în grupurile de persoane cu dizabilități (precum și este, sub numele de *psihodramă moreniană*, în psihiatrie) pentru a implementa sau a eradica unele comportamente.

Cu grupurile de subiecți normal psihic care sunt bine sudate, se pot imagina modalități foarte diverse de inserție individuală în activitatea ludică, de pildă asumarea unor roluri diferite de către fiecare dintre jucători (modelul grupului dinamic), uneori în discordanță cu propriile convingeri sau cu comportamentul și atitudinile prescrise de educator.

Specificul activităților educaționale subsumate politicilor de educație pentru sănătatea oro-dentară depinde, în egală măsură, de resursele materiale și de spațiul aflate la dispoziția propunătorului. În cadrul acestora, o nișă aparte revine activităților educative destinate pacienților cu nevoi speciale.

Pacienții cu dizabilități se confruntă cu dificultăți sporite în ceea ce privește atât efectuarea îngrijirilor dentare curente, cât și depistarea și tratamentul afecțiunilor oro-dentare. În funcție de natura dizabilităților de care suferă, ei pot avea dificultăți în efectuarea periajului corect, în sesizarea simptomelor și comunicarea acestora, după cum pot să prezinte chiar unele particularități de îmbolnăvire caracteristice maladiei generale de care sunt afectați sau induse de tratamentul acesteia. Foarte adesea, acutizarea afecțiunilor oro-dentare ale acestor pacienți se datorează și îngrijirilor improprii: neglijarea prezentării lor la controlul periodic de către aparținători și/sau reticențele practicienilor în abordarea clinică a acestor pacienți considerați, pe bună dreptate, mai dificili.

Conștientizarea publicului cu privire la importanța sănătății orale a pacienților cu dizabilități în contextul stării generale de sănătate a organismului, precum

și găsirea unor posibilități de direcționare a acestor pacienți în vederea dispenserizării și tratamentului sunt obiective pe care organizațiile ce se ocupă de persoanele cu nevoi speciale își propun să le atingă[23]. S-a demonstrat că pacienții cu dizabilități psihice – cei mai dificili în raporturile interpersonale, din cauza deficiențelor de comunicare și a imprevizibilității manifestărilor – prezintă un risc cu 40% mai mare de a dezvolta diferite tipuri de patologie secundară, printre care se numără și afecțiunile dento-parodontale (*ibidem*).

Pentru îmbunătățirea stării de sănătate a acestor categorii de pacienți, întreaga societate este nevoită să facă un efort managerial substanțial, de elaborare a unei politici de sănătate țintite și de coordonare a mai multor tipuri de resurse, dintre care cel uman necesită o atenție specială. Pregătirea specialiștilor stomatologi cuprinși în programele de prevenție destinate persoanelor cu dizabilități ar trebui să aibă o pregătire psihologico-psihiatrică complementară, precum și cunoștințe de medicină generală privind maladiile de care suferă pacienții lor, astfel încât să aibă cunoștința de eventualele corelații dintre acestea și patologia orală pe care o dezvoltă secundar.

De asemenea, este nevoie de o rețea de sprijin educațional destinată aparținătorilor acestei categorii de pacienți, deoarece aceștia se află cel mai mult în contact cu membrii lor de familie cu nevoi speciale, dar, de cele mai multe ori, nu au competențe medicale de niciun fel, astfel încât nu pot lua măsurile juste la momentul potrivit [117]. Neglijența se naște adesea din incompetență, iar stereotipurile mentale și comportamentale care se pot instala în relațiile celor sănătoși cu persoanele afectate de dizabilități prezintă mari riscuri pentru calitatea vieții acestora din urmă.

Conținutul programelor și metodele de prevenție adresate pacienților cu nevoi speciale diferă în funcție de natura și gravitatea dizabilităților pe care aceștia le manifestă. Astfel, educația pentru sănătate va fi fezabilă numai la pacienții lipsiți de probleme psihice și la cei cu dizabilități psihice ușor invalidante, care prezintă oarecare abilități de comunicare și pot înțelege mesajul transmis, precum și la cei ale căror dizabilități motrice nu îi împiedică să-și formeze deprinderi de igienă personală. În toate celelalte cazuri, educația pentru sănătatea oro-dentară a pacientului cu dizabilități va fi direcționată spre aparținători și personalul de îngrijire (asistenții sociali, membrii unor fundații de profil). În particular, fundațiile organizate în sprijinul persoanelor cu dizabilități pot juca un rol de seamă în ceea ce privește accesul acestora la asistență medicală dentară și programe de educație pentru sănătatea oro-dentară destinate lor. Ca dovadă că preocuparea în acest sens nu lipsește, în cursul anului 2005 a funcționat în România programul „Special Smiles” în care au fost implicați 15 voluntari stomatologi și 8 studenți. Sub coordonarea Catedrei de Pedodonție a Facultății de Medicină dentară – UMF „Carol Davila” din București și cu sprijinul Universității „Ovidiu” din Constanța și al companiei Colgate-Palmolive, aceștia au examinat 130 de sportivi din lotul Special Olympics International (organizație ce urmărește integrarea socială prin sport a persoanelor cu dizabilități) [27]. „Referitor la posibilitățile de colaborare cu această categorie de pacienți, nu am întâmpinat dificultăți în efectuarea examenului

clinic – arată Dr. Arina Vinereanu, director clinic „Special Smiles” pentru România – un singur subiect refuzând examinarea, în timp ce toți ceilalți au participat la program cu plăcere și entuziasm, ignorând chiar bariera de limbă și confirmând că un limbaj comun se poate găsi atunci când se dorește cu adevărat” [246]. Experiența „Social Smiles”, deși punctuală, este relevantă pentru șansele de succes ale oricărui proiect educațional vizând sănătatea oro-dentară, cu condiția asigurării unui bun management al proiectului.

### 2.3.3. Rolul motivației în reușita acțiunilor de educație pentru sănătate efectuate de promotorii sănătății

Pentru a decela factorii care îi determină pe oameni la acțiune, trebuie să ne întoarcem la abordarea mecanismelor învățării din perspectivă psihologică. În activitatea cognitivă sunt implicate, pe lângă neocortex și cortexul de asociere, alte formațiuni ale creierului (sistemul limbic, structurile diencefalice, ganglionii bazali). Mai mult decât atât, cercetările de psihiatrie din ultimele decenii ale secolului trecut și până la zi evidențiază corelațiile existente între procesele cognitive, cele afective și comportament (acțiuni) cu argumente din studiul pacienților manifestând tulburări de comportament secundare leziunilor cerebrale suferite în arii bine determinate ale SNC. Acestea aruncă o nouă lumină asupra psihologiei motivației și determină nuanțări în privința tehnicilor și mijloacelor motivaționale.

În explicarea motivației ce intervine în strategiile de prevenție aplicate în domeniul oro-dentar, vom porni de la premisa că trebuie să distingem de la bun început *motivația* ca impuls inerent psihismului individual de *motivarea* înțeleasă ca acțiune exogenă de creare a motivației, acțiune realizată de cadrele medicale și îndreptată asupra pacienților.

Motivația exprimă faptul că la baza condiției umane se află un ansamblu de mobiluri – nevoi, tendințe, intenții, idealuri – care susțin realizarea anumitor acțiuni și fapte, precum și adoptarea anumitor atitudini.

Motivația pornește de la nevoi și determină o reacție în lanț, potrivit schemei următoare:



Figura 65. Lanțul nevoi – satisfacție[247]

Motivația este rezultanta unor procese psihice complexe, dintre care unele sunt inconștiente, iar altele conștiente. Asupra acestora din urmă, cadrele medicale pot exercita o acțiune de motivare prin acțiunile de educație pentru sănătate, dar o asemenea acțiune nu trebuie să rămână la nivel strict cognitiv, neglijând factorii motivanți de care pacientul nu este conștient. Pentru a explica mai clar aceste distincții de nuanță, vom detalia problematica neurofiziologică a proceselor motivaționale, apoi vom discuta despre metodele de motivare utilizate în cadrul strategiilor proprii educației pentru sănătate oro-dentară.[248-250].

La o trecere în revistă a motivărilor explicate furnizate de pacienți, potrivit anchetei desfășurate de Cinotti, Grieder și Springob [34], se observă că, pe primele locuri în ordinea frecvenței, se situează durerea și funcția, cu alte cuvinte pacienții se prezintă la medic în primul rând pentru că au dureri pe care nu le mai pot suporta, iar, în al doilea rând, pentru că nu se mai pot folosi optim de dinți pentru masticăția alimentelor. Aceste motive ale prezentării la stomatolog coroborează modelul activității mentale propus de neurobiologii contemporani, model potrivit căruia un prim nivel de asumare / respingere a stimulilor externi, respectiv de elaborare a comportamentelor organismului ca răspuns la aceștia, vizează supraviețuirea biologică. Nu este vorba despre mecanisme elementare, ci despre mecanisme în care sunt angajate talamusul, hipotalamusul și structurile limbice [39] la nivelul SNC, plus întreaga rețea neuronală care asigură corelația cu sistemul endocrin. Chiar dacă, pentru individ, acest mecanism de reglare, preorganizat genetic, rămâne neconștientizat, rolul său în motivație este unul fundamental:

*„Mecanismele preorganizate sunt importante nu numai pentru reglarea biologică de bază. Ele ajută de asemenea organismul la clasificarea lucrurilor sau a evenimentelor în ‘bune’ sau ‘rele’, conform impactului lor posibil în privința supraviețuirii. Cu alte cuvinte, organismul are un set fundamental de preferințe – criterii, înclinații sau valori. Sub influența lor și cu ajutorul experienței, repertoriul de lucruri categorisite drept bune sau rele crește rapid, iar capacitatea de a detecta noile lucruri bune sau rele crește exponențial”.*

Credem că acest prim nivel al motivației funcționează la majoritatea indivizilor și în ceea ce privește igiena orală, în sensul că ei manifestă tendința de a-și clăti gura (a bea apă) după ingestia de hrană, ca și atunci când sesizează „un gust rău/amar” în gură – chiar dacă, în acest ultim caz, etiologia simptomului incriminat poate fi și viscerală, nu neapărat orală. De asemenea, reacțiile adverse ale organismului la abuzul de alimente, la tutun și alcool (stare de rău, vomă), constituie motivații puternice pentru evitarea spontană a factorilor de risc.

În educația non-formală pentru sănătate orală, aceste reacții pot fi folosite în scopul motivării celui educat pentru a adopta o conduită sanogenă. De exemplu, stările de rău trăite de cel care s-a dat abuzului de alcool sau fumatului vor fi reamintite verbal de către educator, provocând celui educat o reactivare a urmelor mnezice legate de trăirea negativă subsecventă abuzului respectiv, astfel încât acesta să își reamintească experiența fizică respectivă, iar pe seama respingerii ei să respingă și cauzele care au provocat-o.

În fapt, însă, mecanismul descris mai sus este aplicabil numai ocazional, deoarece situațiile reale sunt mai nuanțate. Nu orice abuz alimentar constituie risc pentru integritatea danturii, ci doar acela de zaharide externe non-lactice; fumatul, ingestia de alcool și droguri, de asemenea, duc la pierderea sănătății prin acumularea efectelor în timp, iar aceste efecte, la nivel tisular, sunt discrete. În schimb, ingestia de zaharide non-lactice, în special sub formă de prăjituri, biscuiți, sucuri dulci duc la creșterea tonusului fizic, prin creșterea glicemiei; ciocolata, precum și cafeina sau unele droguri influențează, în aparență, favorabil activitatea sistemului

nervos, fie prin stimularea activității, fie prin apariția sentimentului de plăcere, detensionare, de aceea, aceste substanțe nu vor fi recunoscute spontan de către organism ca inducătoare de pericol. Chiar și consumatorii de droguri au, la început, impresia că pot abandona oricând această practică, nedevenind conștienți de dificultatea abandonului decât prin modificările stării de bine fizic și psihic pe care le induce sevrul. Iată de ce lupta cu acești factori destabilizatori ai sănătății organismului, ale căror repercusiuni asupra sănătății oro-dentare devin constatabile doar atunci când starea de sănătate a fost iremediabil deteriorată, este foarte dificilă. La acest nivel intervin, în motivarea conduitelor sanogene, procese neurale mai complexe, care includ cogniția și emoțiile.

Din perspectiva educației pentru sănătate, aceste concluzii experimentale sunt foarte utile prin aceea că furnizează indicii clare asupra proceselor și structurilor ce susțin motivațiile care se cer stimulate ca adjuvant în procesul de introducere a comportamentelor sanogene. La primul nivel al motivației, după cum sugerează Antonio R. Damasio în pasajul de mai sus, toate elementele utile obiectivului educațional există deja ca reprezentări în mintea celui educat – educația pentru sănătate nu face decât să activeze circuite de memorie deja create în cursul experienței de viață, fie că e vorba despre urme mnezice ale unor satisfacții avute, fie că e vorba despre o ideologie socială asumată involuntar (prejudecăți, atitudini congrescute acestora). Rolul educatorului, la acest nivel, constă în a se informa asupra conținutului pe care grupul sau individul educat îl atribuie unor concepte precum *sănătate, frumusețe, igienă*, care grupează reprezentări mentale despre corp și despre mediu, la care creierul reacționează emoțional, proiecții de sine legate de aceste emoții și de reprezentările despre individ investite cu valoare în comunitatea căreia îi aparține.

Următoarea etapă constă în a compara întregul ansamblu de informații cu concluziile științifice și de a specula nevoia de atașament emoțional al educatului față de valorile comunității sale. Aceste mize și procedee caracterizează practicile educaționale informale și non-formale, cu adresabilitatea cea mai largă întrucât nu impun celui educat să se mobilizeze împotriva voinței sale pentru a-și însuși cunoștințe, ci îi *exploatează emoțiile și dorințele ca stimulent pentru inițierea unor procese cognitive*. Datorită aparentei facilități pe care o propun strategiile de această factură, nu este deloc surprinzător că, în comunicarea multimedia, sunt preferate ca ținte motivaționale *calitatea estetică a danturii și prospețimea respirației*, corespunzătoare idealului contemporan de frumusețe „aseptică”. La un nivel mai profund – corespunzând, în statistica citată, itemului „căutarea unui statut social” – funcționează o mult mai veche prejudecată: aceea potrivit căreia *conducătorul își păstrează statutul social atâta vreme cât sănătatea sa nu declină*, cât se plasează, prin vigoare, deasupra celorlalți. Deși este un vestigiu al socialității animale în gândirea și comportamentele oamenilor, bine ascuns sub diferite motivații de altă natură, ea *constituie așteptarea* că o persoană dornică să dețină anumite prerogative sau, măcar, să rețină atenția celor din jurul său, trebuie să arate bine și să aibă o bună stare de sănătate. Datorită importanței pe care o deține

simbolismul dinților și al gurii în imaginarul social [34], starea de sănătate oro-dentară oferă unul dintre primele indicii în acest sens, ceea ce explică și frica de edentație ca mobil al însușirii comportamentului sanogen.

Corespunzător acestei situații, orientarea tactică predominantă a educației pentru sănătate oro-dentară este axată, în prezent, pe latura emoțională și socială a imaginarului celor educați, propunându-le comportamentele sanogene ca pe niște „rețete” pentru a-și îmbunătăți propria imagine și a-și asigura succesul social. Ele pot fi coroborate de noțiuni etice, care să întărească efectul emoțional al proiecției pozitive de sine, fără miza pe patternuri coercitive, ci punând în valoare responsabilitatea corelată cu liberul arbitru.

## **2.4. COMUNICAREA ÎN PROMOVAREA UNUI STIL DE VIAȚĂ SĂNĂTOS**

OMS a definit încă din 1946 sănătatea ca „starea completă de bunăstare fizică, psihică și socială și nu simpla lipsă a bolii sau a infirmității. Această definiție, considerată și astăzi un „standard de aur” prin abordarea sa pozitivă, este în sine o declarație politică și indică trecerea de la definițiile anterioare, organice sau funcționale, mai limitate, date sănătății spre o concepție holistică, care include și abordarea promovării, menținerii și îmbunătățirii stării de sănătate din perspectiva tuturor determinantilor pentru sănătate; în acest context, politicile sanitare/reformarea serviciilor de sănătate sunt văzute ca una dintre componentele politicilor de sănătate (mai degrabă un mijloc decât un scop în sine) [50].

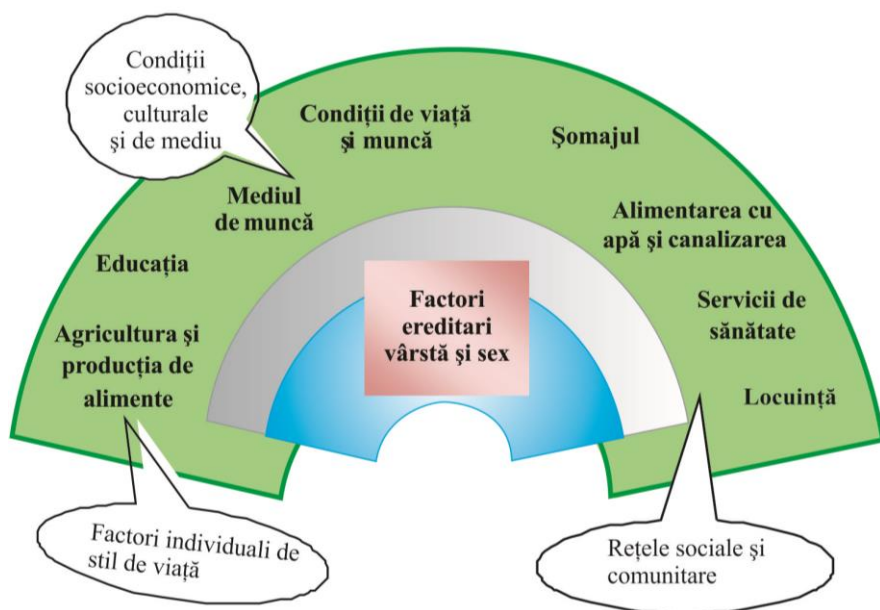
În Carta de la Ottawa pentru Promovarea Sănătății din 1986 a Organizației Mondiale a Sănătății, conceptul a fost subliniat ca Politică de Sănătate Publică și a fost dezvoltat în continuare în recomandările de la Adelaide, ce au urmat Conferinței OMS din 1988 din Adelaide Australia.

În anul 2005, directorul general OMS, dr. Lee Jong-Wook, a constituit Comisia asupra determinantilor sociali ai sănătății, cu sarcina de a elabora recomandări pentru politici și intervenții care să reducă inechitățile în sănătate. Președinția finlandeză a Uniunii Europene din 2006 a selectat ca prioritate abordarea sănătății prin prisma determinantilor sănătății. A fost Conferința Ministerială la Nivel Înalt în septembrie 2006 pe această temă și a produs un Raport Comun cu OMS [262].

*Politica Europeană „Sănătate în toate politicile” (Health in all Policies/HiaP):*

Sub președinția finlandeză a UE (2006), conceptul „Sănătate în toate Politicile” a devenit strategie comunitară. Pe 30 noiembrie 2006 Consiliul pentru Afaceri de Sănătate Socială a adoptat strategia „Sănătate în toate Politicile”, ca o reafirmare a Articolului 152 al Tratatului de la Amsterdam, cum stabilește Comunitatea Europeană care afirmă că „un înalt al protecției sănătății umane va fi asigurat de către toate instituțiile Comunității în definirea tuturor politicilor și activității Comunității” [262].

„Sănătate în toate politicile”, menționată în continuare în text este astăzi strategia politică a Uniunii Europene ce se referă la rolul critic pe care sănătatea îl joacă în viața economică și socială din societățile secolului XXI. Ea introduce conceptul de sănătate mai bună ca scop comun al tuturor componentelor guvernului și abordează provocările complexe ale sănătății printr-un răspuns politic integrat dincolo de granițele diferitelor portofolii. Prin încorporarea unei preocupări pentru impactul asupra sănătății în procesele de dezvoltare a politicilor tuturor sectoarelor și agențiilor, ea permite guvernului să abordeze Determinanții cheie ai stării de sănătate într-un mod sistematic și în același timp permite luarea în considerare a beneficiilor unei stări de sănătate mai bune a populației pentru bunăstarea socială și dezvoltarea economică.



**Figura 66. Determinanții stării de sănătate [262]**

Prin abordarea determinanților stării de sănătate cum ar fi agricultura, educația, mediul, politicile fiscale, habitatul și transportul, sănătatea populației poate fi îmbunătățită și povara economică a sistemului de sănătate poate fi redusă. Rolul sectorului de sănătate este de a susține alte sectoare pentru a-și atinge scopurile într-un mod care îmbunătățește de asemenea sănătatea și bunăstarea [256,257].

Este bine recunoscut faptul că sănătatea indivizilor și populațiilor este modelată de factori largi ai societății care se află în afara influenței sectorului de sănătate: determinanții sănătății și bunăstării. Acești determinanți includ mediul social, economic și fizic precum și comportamente și caracteristici individuale.

Determinanții Sociali ai Stării de Sănătate așa cum sunt subliniați de Organizația Mondială a Sănătății în 2005 sunt: gradientul social, stresul, primii ani

de viață, excluderea socială, munca, șomajul, suportul social, dependențele, alimentația și transportul. UE prin Comisia pentru Determinanții Sociali ai Stării de Sănătate a cerut OMS și tuturor guvernelor „să conducă acțiunea globală asupra determinantilor sociali ai sănătății cu scopul de a obține echitate în sănătate”. Aceasta a subliniat de asemenea că „politicile sociale și economice au un impact determinant asupra dezvoltării unui copil pentru a crește și a se dezvolta la potențialul său maxim, de a avea o viață înfloritoare sau a avea o viață ruinată”. Dezvoltarea unei societăți bogate sau sărace poate fi judecată după calitatea sănătății populației sale, după felul în care sănătatea este distribuită de-alungul spectrului social și după gradul de protecție oferit celor dezavantajați ca urmare a unei sănătăți deficitare.

#### **2.4.1. Îmbunătățirea sănătății prin determinanții sănătății**

Strategia Europeană „Sănătatea în toate politicile” (HiaP) este esențială pentru depășirea dificultăților viitoare din Europa. Europa trebuie de asemenea să facă față multor dificultăți legate de sănătate. Rezolvarea dificultăților nu poate fi făcută de sistemul sanitar singur, deoarece sănătatea este în principal determinată de factori din afara sectorului de sănătate. Similar structura și funcționarea sistemelor de sănătate este în mare măsură rezultatul deciziilor luate la nivelele politice și în diverse sectoare dincolo de cel al sănătății [258].

Ca strategie orizontală, trebuie luat în considerare impactul politicilor asupra sănătății prin determinanții sănătății atunci când sunt planificate politici ale tuturor sectoarelor, atunci când se aleg diferite opțiuni politice și când sunt formulate strategii de implementare. Este de remarcat că modificarea stilului de viață individual este uneori dincolo de abilitatea indivizilor înșiși; o schimbare adesea are nevoie de politici care să o susțină și care să facă adoptarea unui stil de viață sănătos o opțiune viabilă.

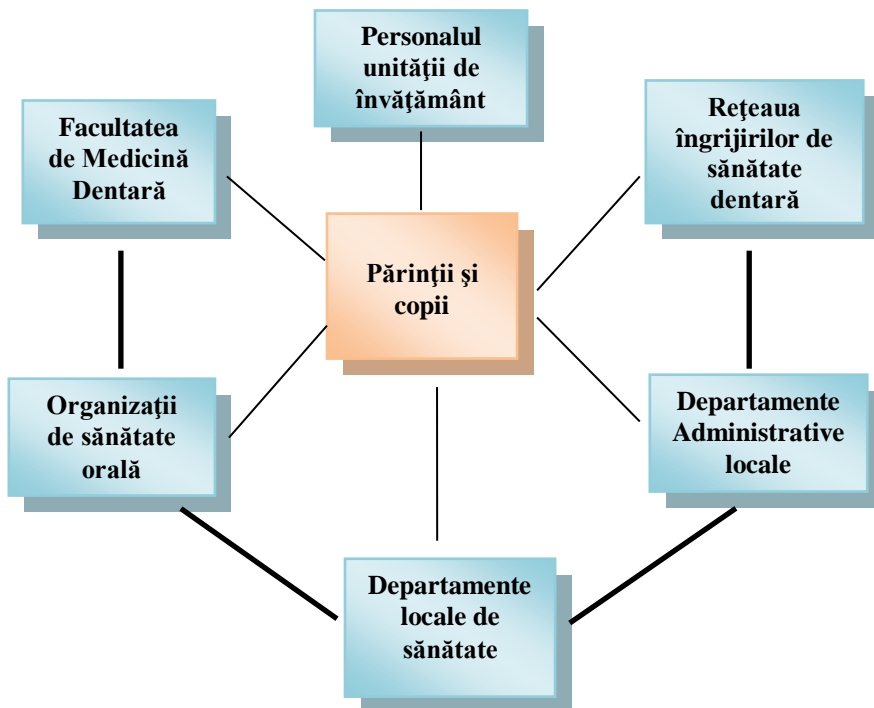
Plasarea sănătății pe agenda decidenților politici trebuie să fie un proces continuu. În prezent, inițiativele legate de informațiile din sănătate culeg statistici de sănătate de bază, indicatori legați de îngrijirile de sănătate, în același timp cu factori de risc la nivel individual cum ar fi fumatul și obezitatea. Cu toate acestea lipsesc informații identificabile care să arate efectul politicilor nelegate primar de sănătate asupra sănătății. Este propusă o agendă de cercetare care se concentrează pe trei arii conexe care ar formula informațiile de sănătate în așa mod încât implicațiile pentru decidenții din alte sectoare decât cel de sănătate să fie clare: (a) cercetare care să illustreze legătura cantitativă dintre determinanții sociali și de mediu ai sănătății și rezultatele lor finale asupra sănătății; (b) cercetare care ilustrează și cuantifică efectul politicilor și intervențiilor specifice asupra acestor determinanți; (c) dezvoltarea de indicatori legați de politici care să ofere o estimare cantitativă a sănătății care ar putea fi câștigate (sau a poverii îmbolnăvirilor care pot fi evitate) prin adoptarea unei anumite politici [259].



Câștiguri importante în sănătate prin aplicarea diverselor politici de sănătate s-au făcut în anumite sectoare cum ar fi: educația, apa și sanitația, planificarea, munca, habitatul, traficul, agricultura și nutriția. De exemplu în domeniul mediului și sănătății, cunoștințele științifice solide, diseminate într-o formă care servește și informarea decidenților au fost o forță motrice foarte importantă pentru integrarea aspectelor de sănătate în sectoarele de transport și mediu.

E foarte probabil ca viteza redusă cu care pătrunde reforma în straturile profunde ale organismului social de la noi să se datoreze unor cauze generale comune, dar care e posibil să se manifeste particularizat în teritoriu, de aceea soluțiile manageriale trebuie găsite pe baza datelor concrete de la nivel local. Acest obiectiv tactic ar presupune existența unei rețele de management funcționale, pe de o parte la nivelul fiecărui sector de activitate, iar pe de altă parte, între organismele centrale și cele locale [260]. Conștienți că, din acest punct de vedere, discutăm despre deziderate, iar nu despre realități, considerăm că ar fi binevenită intensificarea programelor de calificare în domeniul managementului, cuprinzând quasi-totalitatea personalului care gestionează efectiv activitatea diferitelor organizații, mai ales din sectoarele non-economice (sănătate, învățământ și educație permanentă, cultură etc.).

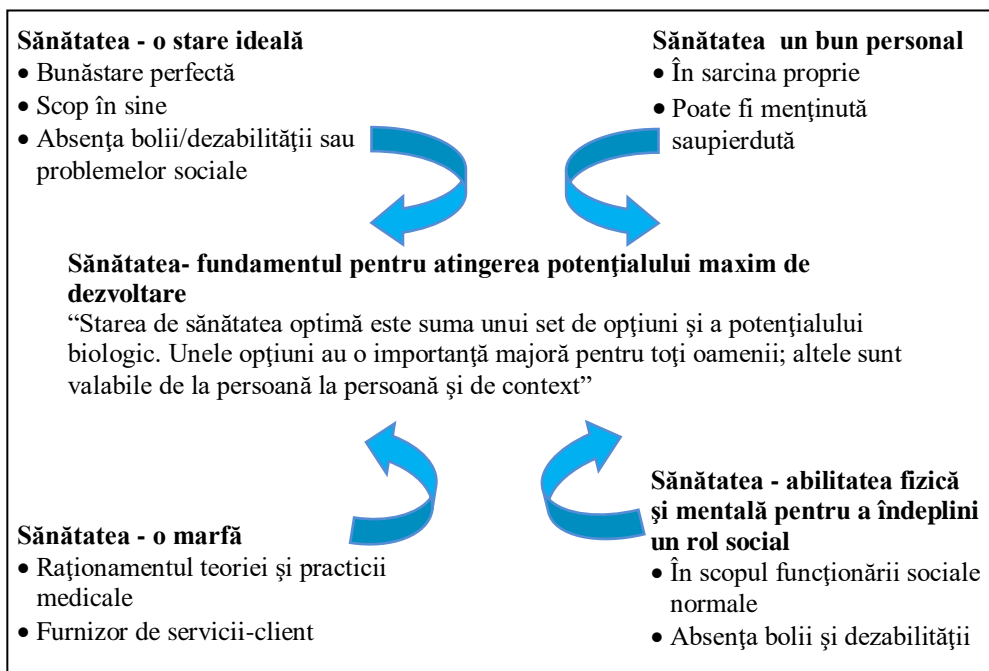
Un aspect particular, îl reprezintă managementul financiar-contabil al rețelei publice de îngrijiri de sănătate, deoarece spre deosebire de economie, justiție, mediu, administrație, sănătății nu i-a fost alocat un capitol distinct în tratatul de aderare. Pașii până la integrarea reală în UE cuprind șapte puncte importante, dintre care unul se referă la alocarea unor fonduri mai mari pentru medicina preventivă, la ora actuală, costurile legate de prevenție fiind suportate în cea mai mare parte, de ansamblul societății, doar prin sistemul asigurărilor de sănătate. De aceea, este vital ca, la nivelul Casei Asigurărilor pentru Sănătate, al Ministerului Sănătății și al structurilor sale din teritoriu, banii publici să fie gestionați de profesioniști competenți și responsabili, liberi de imixtiuni din sfera politicului. În condițiile scăderii natalității din ultimii cincisprezece ani, a îmbătrânirii populației și a deteriorării stării de sănătate pe ansamblul populației românești, managementul corect al banilor publici implică și un aspect proiectiv, legat de nevoile sporite de asistență medicală, ce vor apărea în următorii ani, până când se va putea atinge din nou un relativ echilibru între populația activă și cea asistată. Din aceste motive, socotim că este imperios necesară elaborarea unei strategii manageriale responsabile a sistemului românesc de sănătate la toate nivelurile, care să prevină irosirea resurselor și scurgerea fondurilor în scopuri străine de nevoile vitale ale populației. Succesul în implementarea unor astfel de programe poate fi atins doar atunci când există o armonie între următoarele elemente indispensabile în reușita oricărei acțiuni: coordonare, competență, cooperare și continuitate. [261-263]



**Figura 67. Parteneriatele necesare pentru implementarea programelor școlare de sănătate orală [261].**

Științele politice aplicate în sănătate utilizează concepte ca politică, ideologie, putere și autoritate, sănătate și politici de sănătate/ de îngrijiri de sănătate. Doyal și Gough consideră că modul în care o societate definește sănătatea și dominanța unei perspective particulare asupra sănătății vor avea un impact semnificativ asupra acțiunilor politice privind asigurarea sănătății și promovarea bunăstării [262]. Astfel este necesar pentru înțelegerea conceptului de sănătate explorarea contextului politic, social și cultural. În societatea contemporană coexistă teorii competitive privind sănătatea: sănătatea ca stare ideală, sănătatea ca o trăsătură/un bun personal, ca o abilitate fizică și mentală pentru a îndeplini un rol social, sănătatea ca marfă, sănătatea ca un fundament pentru atingerea potențialului maxim de dezvoltare.

Unul din factorii ce influențează major structura unei politici sanitare și a unui sistem de sănătate este numit convențional „factor ideologic”, reprezentând concepțiile dominante despre rolul diferiților actori în structura socială și economică a fiecărui stat, acestea sunt bazate la rândul lor pe convingeri profunde despre valori sociale, umane, morale, etc. Din acest punct de vedere, una din cele mai simple și mai cuprinzătoare abordări clasifică politicile de sănătate în trei mari categorii: a) Noua Dreaptă/conservatoare, b) ideologia de centru/liberalism și social - democrație și c) Noua Stângă/socialism radical [263].



**Figura 68. Stările sănătății [255]**

*Abordarea de dreapta (conservatoare)* implică intervenția guvernului doar pentru menținerea legii; piața economică este liberă, cu intervenție minimă din partea statului. Impozitele și taxele sunt de asemenea minime, sectorul privat având libertatea să își utilizeze profitul cum consideră. Suveranitatea consumatorului este atributul de bază derivat din acest concept, fiind acceptate ca legitime doar intervențiile ce sprijină „egalitatea în fața legii” a tuturor cetățenilor. Inegalitatea dintre oameni este legitimă atât timp cât există o egalitate a șanselor. Inegalitatea recompenselor sociale și economice generează o situație de concurență prin care indivizii sunt motivați să depună efort pentru a fi recompensați. Protecția socială este considerată că ar duce la o cultură a dependenței, indivizii s-ar sprijini în întregime pe ajutorul statului și nu ar mai depune efort propriu. Asigurarea protecției sociale este considerată costisitoare, cu cerințele unei structuri birocratice costisitoare, care ar descuraja spiritul de auto-ajutorare și ar conduce la comportamente indezirabile sociale. Se consideră că stabilirea unui venit minim garantat și a unui salariu minim pe economie au efecte negative asupra inițiativei individuale, motivației de a munci și implicit asupra bunei funcționări a economiei. Indivizii vor profita de ajutorul statului și vor refuza să mai muncească. Ajutorul social trebuie acordat doar în condiții extreme, pe baza testării mijloacelor, la un nivel al prestațiilor care să nu descurajeze intrarea pe piața forței de muncă. Serviciile sociale trebuie să fie private, cheltuielile să fie acoperite de individ, familie sau prin agenții private. Sărăcia este inevitabilă, dar bogăția poate fi sporită

prin creștere economică. Protecția socială frânează economia liberă, deci creșterea economică - prin urmare nu reduce sărăcia. În ceea ce privește sănătatea, aceasta este considerată un bun privat. Fiecare om are obligația de a se asigura în mod privat împotriva situațiilor de boală și invaliditate. Statul trebuie să contribuie doar la plata serviciilor medicale speciale, în care individul nu își poate asigura un venit corespunzător. Planificarea în sănătate este respinsă ca o intervenție ce poate periclita mecanismele pieței; se susține o piață liberă cu doar doi actori importanți: vânzătorii de servicii medicale și cumpărătorii acestor servicii. Acest model în formă pură nu se mai aplică astăzi în nici o societate dezvoltată, cel mai aproape de acest model politic fiind politicile de sănătate din Statele Unite ale Americii.

*Ideologia de centru*, fie că este de dreapta (abordarea liberală) sau stânga (social-democrația) consideră că guvernul este o forță mediatore ce însumează preferințele individuale într-o politică ce reflectă interesele unor sectoare largi ale populației, guvernul asumându-și astfel responsabilitatea furnizării de servicii către populație, contrastând cu ideologia conservatoare. Piața economică este liberă, dar statul intervine pentru a realiza redistribuția resurselor economice. Inegalitatea dintre oameni este inevitabilă, dar situațiile extreme trebuie înlăturate. Egalitatea șanselor presupune alocarea mai multor resurse celor care se află într-o situație de dezavantaj. Scopul global al acestei politici este „egalitatea șanselor” [256]. Protecția socială apelează la solidaritatea dintre oameni și întărește sentimentul apartenenței comunitare. Protecția socială este o dimensiune a cetățeniei, un liant între individ și stat. Asigurarea unui venit minim și impunerea unui salariu minim pe economie sunt importante pentru stabilitatea socială. Nivelul prestațiilor trebuie raportat la nivelul de viață standard, considerat decent în societatea respectivă. Serviciile sociale sunt reglementate, finanțate și în mare măsură prestate de către stat. Se încurajează caritatea și asociațiile voluntare, iar agențiile private de asigurări au rol limitat. Sărăcia poate fi eliminată prin măsuri de redistribuție. Statul trebuie să ia măsuri pentru asigurarea stării de sănătate a populației [253]. Principiul de bază al intervenției este de îmbunătățire a sănătății populației. În această ideologie se aplică adoptarea unui sistem național de sănătate sau a unei agenții de asigurări sociale, ghidate de către stat; este practic concepția de politică sanitară ce stă la baza majorității politicilor de sănătate din Uniunea Europeană. Este cazul și României, ca și al celorlalte sisteme de sănătate din fostele țări socialiste din Europa.

*Abordarea radicală* se preocupă mai mult de obiective decât de mijloace, justificând astfel intervenția statală, oricât de masivă și cu indiferență față de costuri, pentru realizarea scopului „egalitatea rezultatelor” [257]. Toată producția și schimbul economic se află sub monopol de stat. Piața economică este reglementată de stat. Economia este planificată, salariile sunt stabilite prin reglementări și nu prin jocul forțelor pe piață. Inegalitatea dintre oameni trebuie înlăturată prin acțiunea statului, conform principiului „de la fiecare după posibilități, pentru fiecare după nevoi” - Marx. Există o birocrație de stat care alocă fiecăruia dintre noi după nevoi din bunul comun.

Deci peste tot în lume guvernele de dreapta sunt înclinate să vadă sănătatea ca pe o responsabilitate individuală, statul jucând un rol minor, în timp ce guvernele de centru și stânga consideră accesul la asistență medicală ca pe un drept, statului revenindu-i în acest caz un rol important în promovarea acesteia. Cu toate că în majoritatea țărilor din Europa, statul este implicat în funcționarea sistemului de sănătate, nu numai în domeniul reglementării și al politicilor de sănătate, dar și în asigurarea accesului tuturor cetățenilor la serviciile de sănătate de bază. Valorile pe baza cărora sunt definite politicile sanitare sunt solidaritatea, asigurarea accesului universal și echitabil la servicii de sănătate de calitate versus utilizarea eficientă a resurselor disponibile și controlul costurilor.

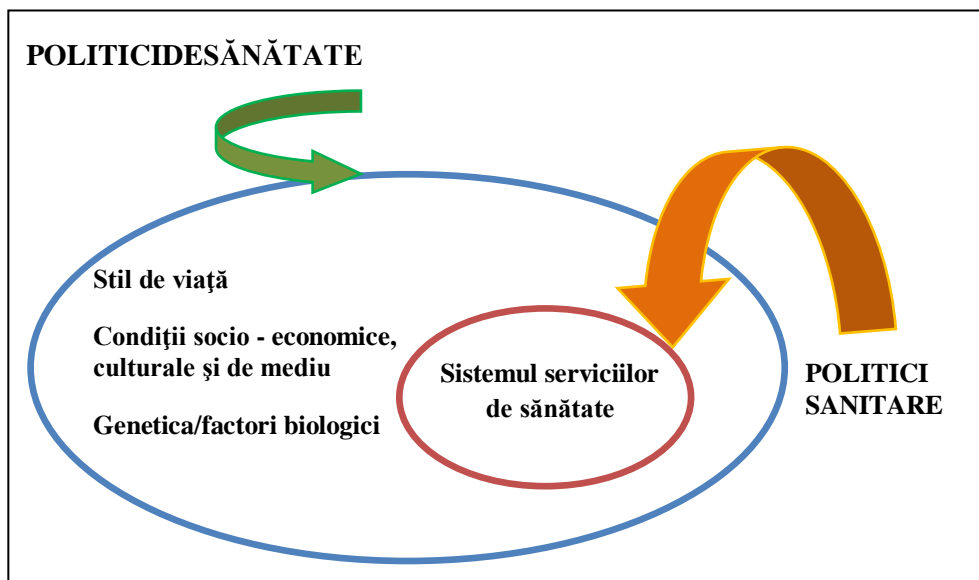
Strategia de sănătate 2008-2013 a Uniunii Europene stabilește pentru principii de bază pentru dezvoltarea sistemelor de sănătate comunitare: valori comune, recunoașterea corelației directe între sistemele de sănătate și dezvoltarea economică, integrarea sănătății în toate politicile sectoriale și creșterea rolului Comunității Europene în sănătatea globală.

#### **2.4.2. Procesul politic și politica sanitară/politica serviciilor de sănătate**

Definiția politicii este în sine actul politic. Scopul și natura politicii este, ca și sănătatea, un concept controversat, pentru că elementele din definiție reprezintă o alegere politică. Acest aspect este și a fost definit diferit de-a lungul timpului în funcție de diverse ideologii politice [253].

După Heywood, 2000, termenul de politică are patru dimensiuni:

1. politica este un act de guvernare: politica este asociată primordial cu arta guvernării și suma activității statului;
2. politica este viața publică: politica este asociată conceptual cu conducerea și dezvoltarea societății și comunității;
3. politica este rezolvarea conflictelor: politica este asociată în principal cu exprimarea și rezolvarea conflictelor prin compromis, negociere și alte strategii;
4. politica este putere: politica este procesul prin care producția, distribuția și utilizarea resurselor limitate este determinată în toate ariile existenței sociale.



**Figura 69. Politicile sanitare [257]**

Deși, atunci când e vorba despre menținerea sănătății, majoritatea resurselor se îndreaptă spre serviciile medicale, se apreciază că acestea nu influențează decât cu maximum 20% starea de sănătate la nivel populațional, așa cum a demonstrat Maxwell RU încă din 1998, model utilizat frecvent în teoriile ulterioare ale determinantilor stării de sănătate.

În esență, termenul „politici de sănătate” trebuie să se refere la toți determinanții stării de sănătate și să aibă o abordare intersectorială pentru a putea fi eficace în implementare. Politicile din domeniul serviciilor de sănătate/ medicale/ de îngrijiri, care au stat la baza reformei structurale a sistemului de sănătate din România după anul 1989, sunt denumite în contextul acestei lucrări și pentru ușurarea diferențierii „politici sanitare” (figura 67.).

Procesul politic este ansamblul de decizii și evenimente prin care o politică apare pe agenda decidenților, este aprobată și elaborată sau retrasă. Este un proces interactiv, cu mai multe puncte de acces care oferă oportunități de a influența factorii de decizie implicați la fiecare etapă. În principiu există trei faze de elaborare a politicilor: faza de formulare, faza de implementare și faza de evaluare. În timpul etapei de formulare există o acumulare (in-put) de informații, idei și rezultate ale studiilor, consultarea persoanelor cheie, a diferitelor organizații și grupuri de interese. Etapa de implementare implică diseminarea informațiilor cu privire la politica adoptată și punerea în acțiune. Politicile adoptate sunt puse în aplicare prin procesul de reglementare care traduce politica într-un set de norme scrise, emise de organismul care are responsabilitatea de administrare a politicii. După Logest, 2006, procesul politic include, de asemenea, o evaluare și în faza de modificare atunci când politicile existente sunt revizuite și poate fi modificată sau

rescrise pentru a se adapta la circumstanțele în schimbare. Cum orice problemă privind sistemul serviciilor de sănătate trece prin etapele procesului politic (de la nevoia de schimbare la o propunere de un program real care poate fi adoptat, implementat și evaluat), procesul politic este supus valorilor, preferințelor și influențelor politicianilor la putere, ca și a altor persoane, organizații și grupuri speciale de interes.

### 2.4.3. Politicile de educație pentru sănătate

În societățile moderne, învățarea noțiunilor de anatomie și fiziologie umană ca parte a educației curriculare, are un loc bine definit în practica instituțională. Ea asigură o minimă pregătire pentru înțelegerea conceptului de sănătate din perspectiva biologiei umane, dar de cele mai multe ori ratează componente esențiale, precum aceea comportamentală (sănătatea ca rezultat al unor comportamente sano-gene) și aceea socio-ambientală (sănătatea ca dimensiune esențială a calității vieții, determinată de factori de mediu, economici și socio-culturali). Din aceste motive, educația pentru sănătate nu se poate limita la statutul de componentă a educației formale (prin intermediul școlilor de toate gradele, inclusiv învățământul superior), ci trebuie să devină parte a *educației permanente*, adresându-se deopotrivă copiilor și adulților (ca indivizi și ca părinți), dar și bătrânilor; de asemenea, unei părți a persoanelor cu dizabilități (excluzi fiind doar cei asistați din motive de dizabilități locomotorii, cei cu deficiențe severe de comunicare, respectiv de comprehensiune și utilizare a exprimării, cei având coeficientul de inteligență sub 35 [84]).

Întrucât comportamentele sanogene, în particular deprinderile igienice, sunt comportamente învățate ca parte a setului de deprinderi ce asigură supraviețuirea, ele trebuie introduse încă din etapa socializării primare. Învățarea periajului dentar și automatizarea deprinderii de curățare a dinților de cel puțin două ori pe zi ar trebui să fie parte a vieții de familie, să se consolideze în grădiniță prin aportul grupului și să se mențină ca atare de-a lungul întregii vieți. Știm că, din păcate, nu este așa, deci subliniem, în acest context, necesitatea desfășurării unor acțiuni mai consecutive pentru educarea adulților.

În centrele urbane, cu precădere în municipiile în care există facultăți de medicină dentară, aprecierea nevoii de educație resimțite și *dezvoltarea programelor de asistență și/sau educație pentru sănătate oro-dentară* se fac în mod curent, fie prin medici și asistente de profilaxie la nivelul cabinetelor stomatologice, fie în serviciile de stomatologie comunitară, existând și o densitate mare a specialiștilor în raport cu totalul populației. În astfel de medii, educația pentru sănătate se desfășoară, la opțiune, și individual, apelându-se la emisiunile medicale de pe posturile de televiziune, radio, la revistele de specialitate – disponibile numai la orașe – și chiar accesând portaluri de pe Internet. Cu toate acestea, nivelurile de interes manifestat față de problematica sănătății sunt inegale, variind în funcție de vârstă, sex și nivel general de instrucție.

Deficitul de asistență stomatologică, precum și de resurse umane pentru a aprecia nevoia de educație resimțită de populație și a implementa programe de

educație pentru sănătate, se înregistrează în mediul rural și chiar în localitățile suburbane, din centura marilor orașe. Locuitorii din aceste zone trebuie să se deplaseze la medicii din orașe pentru urgențe și tratamente, iar singurele canale prin care le parvin informații din sfera prevenției primare sunt cele mediatice (în special televiziunea, secundar radioul). Această situație relevă *importanța pe care o dobândesc, în context, mijloacele moderne de informare în masă și responsabilitatea pe care Consiliul Național al Audiovizualului, conducerea canalelor de radio/televiziune, realizatorii de emisiuni și producătorii de publicitate trebuie să și-o asume ca parteneri în proiecte de educație pentru sănătate.*

Un sector mai deficitar în ceea ce privește educația pentru sănătate oro-dentară este acela al instituțiilor de ocrotire pentru copii, bătrâni și persoane cu handicap. Deși, în aceste cazuri, avem de-a face cu medii instituționale, în care serviciile de sănătate și activitatea de prevenție s-ar putea organiza cu anumite înlesniri și ar trebui să fie eficace, nu toate aceste instituții dispun de resursele materiale și umane necesare prevenției primare și secundare, cu atât mai puțin de proiecte vizând educația pentru sănătate și, în particular, pentru sănătate oro-dentară. *Nevoia de asistență și educație resimțită de cei instituționalizați este recunoscută de conducătorii centrelor în discuție, dar slaba susținere financiară a instituțiilor bugetare împiedică angajarea de personal și achiziționarea de aparatură.* Situația este încă alarmantă în căminele-spital ce adăpostesc bolnavi neuro-psihic, de unde lipsește uneori complet asistența stomatologică și unde desfășurarea oricărui program educațional pune probleme deosebite.

În schimb, reabilitarea cabinetelor de medicină generală și dentară în rețeaua de învățământ este o măsură binevenită, de natură să ofere și copiilor instituționalizați posibilitatea de a beneficia de asistență medicală, respectiv de a primi o educație pentru sănătate. Cu condiția ca personalul de supraveghere din centrele de plasament să nu oblige minorii, din motive de incultură sau de comoditate personală, la respectarea unui regim instituțional cu totul potrivit cerințelor unei vieți sănătoase.

În altă ordine de idei, datorită eterogenității factorilor favorizanți ai patologiilor oro-dentare, *activitatea de prevenție primară, în care este inclusă educația pentru sănătate oro-dentară, se cere conjugată cu acțiuni de susținere pe plan instituțional, economic și social în cadrul unei politici naționale de sănătate.* În țara noastră există voința politică de a realiza o acțiune comună în vederea îmbunătățirii stării de sănătate și a nivelului de educație pentru sănătate, care se traduce prin elaborarea și punerea în practică a Programului Național de Educație pentru Sănătate. Dincolo de voința politică, însă, sunt necesare eforturi susținute ale practicienilor de la diferite niveluri ierarhice ale rețelei publice, ca și din cabinetele cu liberă practică, în vederea realizării efective și continue a obiectivelor programului. Totodată, se dorește *colaborarea cu psihologii, sociologii, cadrele didactice, dar și cu specialiștii din domeniul igienei alimentației, al bolilor de nutriție, al protecției mediului etc., pentru formarea unei culturi a sănătății, de natură să ofere motivații în favoarea unei conduite sanogene și în detrimentul unor*



practici precum fumatul, consumul de alcool și droguri, hiper/hipoalimentația, consumul exagerat de dulciuri ș.a., asumate de unele categorii ale populației pe baza unor prejudecăți complet lipsite de suport real, altele din motive de ordin psihic sau psihosocial pe care societatea noastră încă nu are mijloace să le gestioneze. În lipsa unor acțiuni consecvente de susținere economică și socială, a unor campanii de restructurare a ideologiilor privind persoana și sănătatea individuală, cel puțin jumătate din eforturile de prevenire a instalării patologiilor de orice fel se risipesc în zadar.

În societățile moderne, învățarea noțiunilor de anatomie și fiziologie umană ca parte a educației curriculare are un loc bine definit în practica instituțională. Ea asigură o minimă pregătire pentru înțelegerea conceptului de sănătate din perspectiva biologiei umane, dar de cele mai multe ori ratează componente esențiale, precum aceea comportamentală (sănătatea ca rezultat al unor comportamente sanogene) și aceea socio-ambientală (sănătatea ca dimensiune esențială a calității vieții, determinată de factori de mediu, economici și socio-culturali). Din aceste motive, educația pentru sănătate nu se poate limita la statutul de componentă a educației formale (prin intermediul școlilor de toate gradele, inclusiv învățământul superior), ci **trebuie să devină parte a educației permanente**, adresându-se deopotrivă copiilor și adulților (ca indivizi și ca părinți), dar și bătrânilor; de asemenea, unei părți a persoanelor cu dizabilități (excluzi fiind doar cei asistați din motive de dizabilități locomotorii, cei cu deficiențe severe de comunicare).

Întrucât comportamentele sanogene, în particular deprinderile igienice, sunt comportamente învățate ca parte a setului de deprinderi ce asigură supraviețuirea, ele trebuie introduse încă din etapa socializării primare. Învățarea periajului dentar și automatizarea deprinderii de curățare a dinților de cel puțin două ori pe zi ar trebui să fie parte a vieții de familie, să se consolideze în grădiniță prin aportul grupului și să se mențină ca atare de-a lungul întregii vieți. Știm că, din păcate, nu este așa, deci subliniem, în acest context, necesitatea desfășurării unor acțiuni mai consecvente pentru educarea adulților.

Dacă e relativ ușor să definim educația pentru sănătate ca proces de comunicare prin care se vehiculează informație sanogenă și să definim plaja de beneficiari ai acestui proces, e întrucâtva mai complicat să arătăm cui revine sarcina de a efectua educația pentru sănătate, în speță pentru sănătatea oro-dentară. Menținându-ne la nivelul unui model teoretic, această sarcină revine, în primul rând, medicului. În practică, însă, eficacitatea acțiunii de promovare a sănătății oro-dentare desfășurate de medicul individual are șanse de realizare destul de mici. Atât studiile scrise, cât și observația curentă ne obligă să luăm act de discrepanțele dintre *nevoia normativă*, *nevoia resimțită* și *nevoia exprimată* de asistență medicală, astfel încât considerăm că, în raport cu acești parametri, **sarcinile educației pentru sănătate se cer împărțite**.

Cadrele sanitare pot, desigur, să răspundă nevoii de educație exprimate de pacienți. Medicul poate chiar să deducă, pe seama propriilor observații, nevoia de educație resimțită la nivelul unei colectivități locale sau a unui segment al acesteia.

Estimarea nivelului la care se ridică nevoia normativă de educație, însă, privește competențele cele mai înalte la care se situează practica medicală la nivel mondial (*state-of-the-art*), prin urmare este de resortul factorilor de decizie din Ministerul Educației și Învățământului, cu consultarea forurilor competente din Ministerul Sănătății, a practicienilor cu cele mai bune rezultate din clinicile universitare, din colegiile și asociațiile de profil.

Corespunzător acestei situații, putem semnală o serie de **relații de inter-dependență** între aceste trebuințe, în sensul în care *nevoia normativă de educație pe de o parte trebuie să vină în întâmpinarea nevoii resimțite* (cu alte cuvinte, specialiștii în prevenție stomatologică și ortodonție să posede competențele necesare pentru a consilia populația în direcțiile în care aceasta resimte nevoia de îndrumare, indiferent dacă o exprimă explicit sau nu), iar, *pe de altă parte, trebuie să depășească nevoia exprimată*, pentru a da informații complete asupra proceselor fiziologice și/sau patologice consecutive particularităților biologice, comportamentelor individuale, respectiv factorilor de mediu cu influență în instalarea patologiilor oro-dentare.

Promovarea sănătății orale, ca parte a programului de promovare a sănătății în sensul definiției OMS, se efectuează în locații adecvate activității medicale, în speță stomatologice, dar și în alte **locații** aflate în proprietatea sau folosința unor instituții conexe sistemului de sănătate și celui educațional. Aceste locații sunt:

- **cabinetele de medicină dentară** (prin informare și consiliere de către medici și asistente de profilaxie);
- **cabinetele de medicina familiei;**
- **serviciile de sănătate comunitară** (cu aceleași resurse umane, în cadrul programelor de educație și prevenire a afecțiunilor oro-dentare);
- **spitalele și clinicile** (pentru cazurile în care se observă afecțiuni oro-dentare secundare sau asociate unor tulburări organice: infecții, procese degenerative; în cadrul unor programe speciale de educație a părinților, a copiilor, a bătrânilor din teritoriul de competență), cu mențiune specială privind *maternitățile* (consilierea gravidelor privind prevenirea deteriorării danturii în timpul sarcinii) și *instituțiile de ocrotire pentru pacienții* cu nevoi speciale (spitale de boli cronice, cămine-spital pentru bătrâni, centre de plasament pentru orfani și copii abandonați);
- **farmacii** (activitate de consiliere desfășurată de farmaciști în legătură cu produsele de igienizare și îngrijire a aparatului oro-dentar, cu medicamentele și produsele fără zahăr);
- **instituții de învățământ** (grădinițe, școli de diferite grade);
- **locuri de muncă** (prin programe vizând educația adulților în vederea prevenirii afecțiunilor oro-dentare specifice vârstei mature și înaintate);
- **domiciliul persoanelor/familiilor** (prin vizite cu caracter de consiliere și control prin sondaj);

- *mediul virtual* (programele canalelor de televiziune, radio, sistemul educațional informatizat – SEI, Intel Education cu programul Intel Teach).

Coordonarea tuturor acestor componente se realizează prin activitatea de management al rețelei publice de sănătate și al cabinetelor cu liberă practică (private).

#### **2.4.4. Educația pentru sănătate în Europa**

În anul 2001 Directorul Uniunii Europene pentru Educație și Cultură a elaborat un material asupra educației dentare în Europa, sub redacția D.B.Shanley [164]. Întrucât cercetările referitoare la influențele sociale asupra sănătății bucale au demarat abia în urmă cu 30 de ani, subiectul continuă să sufere modificări semnificative și să se dezvolte. În contextul convergenței standardelor în domeniul educației dentare între statele membre ale UE, sarcina ce revine educatorilor de sănătate publică dentară este complicată, datorită variațiilor în structura organiza-torică și în funcționarea serviciilor de sănătate publică în diferite țări.

Corelația strânsă între sănătatea bucală și starea socio-economică a scos în evidență necesitatea aprecierii inegalităților în domeniul sănătății bucale și a efec-telor măsurilor socio-economice asupra acestora la nivelul comunității. Influențele geo-politice asupra accesului la îngrijirea sănătății și oportunitățile educative au apărut ca având o mare importanță, crescând interesul global pentru ele.

În vederea dezvoltării ulterioare trebuie avuți în vedere anumiți factori:

- factorii națională și globali care afectează sistemul național al îngrijirii sănătății;
- efectele impactului social al bolilor bucale asupra necesității, cererii și utilizării serviciilor de sănătate;
- tradiția și statutul social al profesiei dentare în țara respectivă.

Subiectele domeniilor acoperite sub numele de sănătate publică dentară și stomatologie preventivă includ: politica sanitară; organizarea serviciilor de sănă-tate; economia sanitară; epidemiologia; statistica; informatica; etica; științele ambientale; comunicarea; practica managementului; tratamentul grupurilor cu necesități speciale; sănătatea publică și mediul; ergonomia; igiena generală și bucală; educația sanitară și promovarea sănătății; studiile comparative asupra siste-melor îngrijirii sănătății în Europa; istoria stomatologiei; componentele culturale; problemele mediului; mediul social și natural și prevenția individuală și comunitară.

S-a constatat adesea că prevenția individuală a fost integrată în alte domenii ca stomatologia pediatrică, ortodonția, parodontologia, stomatologia conservativă și microbiologia.

### **Trăsăturile generale comune majorității școlilor**

Trăsătura generală comună majorității școlilor stomatologice constă în integrarea sănătății publice dentare și prevenției în curriculum la diverse nivele. Scopul programului educațional în domeniul sănătății publice dentare poate fi rezumat astfel: „de a ușura integrarea aptitudinilor sociale și clinice ale profesioniștilor în îngrijirea sănătății și de a-i motiva să se comporte corespunzător față de comunitate și față de indivizi”. [181]

Există influențe clare asupra curriculei și/sau programului educațional pentru sănătatea bucală în jumătate din facultățile vizate. Multe facultăți au adoptat un program multidisciplinar, folosind personal din alte departamente ale universității sau practicanți din serviciile de sănătate sau din cabinetele particulare. Într-un număr de facultăți se țin cursuri în legătură cu subiectul. Este regretabil faptul că în majoritatea facultăților accentul se pune pe prevenția individuală, nu pe cea comunitară. Deși prevenția individuală este integrată în program, punctul de vedere al grupului de lucru care a elaborat prezentul material este acela că sănătatea câștigă dacă prevenția este aplicată la nivelul comunității, în funcție de necesitățile regionale.

Planurile pentru o schimbare în viitor includ programul activității individuale a studentului și mobilizarea lui timpurie în îngrijirea pacienților. Metodele obișnuite de învățare includ lecturi teoretice, seminarii și prezentări de cazuri. În acest sens sunt foarte utile grupurile mici de lucru.

Programele cu care se confruntă majoritatea facultăților în ce privește sănătatea publică dentară și prevenția sunt grevate de:

- timpul insuficient acordat de program;
- lipsa experienței practice;
- lipsa personalului care să implementeze programul;
- legătura insuficientă cu studenții la disciplinele clinice;

În general, metodele de studiu folosite au fost similare în majoritatea facultăților. Ele au inclus evaluarea continuă și examinarea finală într-o formă superior structurată, unele facultăți incluzând examene orale și examene de tip test și /sau întrebări cu opțiuni multiple.

### **Țelurile programului de sănătate publică**

Pentru a pune de acord competențele în sănătatea publică dentară este necesar să se armonizeze subiectele care să fie incluse în disciplină. În multe facultăți etica și legislația, științele comportamentale, comunicarea și chiar managementul practic sunt considerate ca făcând parte din sănătatea publică dentară.

Pe baza rapoartelor facultăților de stomatologie și a discuțiilor de grup se conturează următoarele țeluri ale programului de sănătate publică dentară:

- să dea viitorilor stomatologi o pregătire etică și științifică potrivite unei vieți de studiu și dezvoltării profesionale;
- să se asigure o ambianță care să stimuleze autoînvățarea, analiza științifică, valorile morale și recunoașterea responsabilităților sociale în cadrul unei universități bazată pe liberalism;

- să se înlăture barierele din fața acumulării de cunoștințe bazate pe inteligență și bun simț;
- să se asigure că programele analitice îndeplinesc cel puțin cererile naționale și ale UE.;
- să dezvolte în student înțelegerea referitoare la poziția ca membru al echipei de sănătate și ca lider în comunitate.

Competențele sugerate sunt următoarele:

- înțelegerea îngrijirii bucale ca parte a sistemului general de sănătate,
- studentul să fie familiarizat cu organizarea și activitatea sistemelor de îngrijire socială și de sănătate;
- să înțeleagă diferitele sisteme de acordare a îngrijirilor bucale și tendințele lor de dezvoltare;
- să stăpânească conceptele economice ale sănătății;
- să înțeleagă factorii care influențează utilizarea serviciilor de sănătate bucală la nivel individual și comunitar;
- să fie familiarizați cu modificarea manifestărilor bolilor și să înțeleagă implicațiile lor;
- să înțeleagă problemele speciale bucale legate de diferitele grupuri de populație;
- să cunoască sistemele internaționale de îngrijire bucală;
- să îmbunătățească interacțiunea educativă reciprocă între stomatologi;
- să înțeleagă regulile metodologice de bază în conducerea cercetării;
- să evalueze critic factorii determinați social, ca mulțumirea pacientului, sistemul de îngrijire dentară și componentele sociale ale bolilor bucale;
- să dezvolte îndemânarea și atitudinile care vor menține comportamentul profesional dorit,
- să-și dezvolte înțelegerea critică în așa fel încât să fie competent pentru practica clinică.

## **2.5. MARKETINGUL SOCIAL – MODEL DE PROMOVARE A SĂNĂTĂȚII**

Termenul de marketing social a fost folosit pentru prima dată de către Kotler și Zaltman în 1971. Acesta se referă la folosirea principiilor și tehnicilor utilizate în marketing pentru a promova o cauză socială, o idee sau un comportament [31].

Creșterea poverii bolilor cronice și infecțioase presupune concentrarea activității din domeniul sănătății publice către modificarea stilului de viață și a comportamentelor individuale, îmbunătățirea condițiilor economice și sociale, reformularea politicilor sociale, adică rolul sănătății publice este acela de a determina o schimbare socială.

Cei care lucrează în instituțiile din domeniul sănătății nu pot realiza singuri această schimbare pentru că trebuie acționat împotriva deteriorării condițiilor

socio-economice sau a factorilor de risc cu influență negativă asupra stării de sănătate a populației.

Marketingul reprezintă „activitatea umană îndreptată către satisfacerea nevoilor și dorințelor printr-un proces de schimb”. În domeniul sănătății, marketingul se referă la satisfacerea nevoilor și dorințelor legate de sănătate, promovând schimbarea la nivel de individ sau schimbul de programe sociale și politici la nivel de societate. Acest lucru înseamnă că, prin activitatea sa, educatorul din domeniul promovării sănătății se ocupă de marketing, acesta reprezentând un model de promovare a sănătății la nivel comunitar.

În educația pentru sănătate, ideea de la care s-a pornit a fost aceea că, dacă oamenii primesc informații corecte privind propriile lor probleme de sănătate, aceștia și le vor însuși, își vor îmbunătăți cunoștințele și, în acest mod, atitudinile, iar comportamentul lor se va schimba.

Scopul marketingului social este acela de a induce schimbarea voluntară a comportamentelor. În educația pentru sănătate, problema cea mai importantă nu este ignoranța, ci aceea de a avea o motivație atunci când se produce o modificare a unui comportament. Marketingul social încearcă să influențeze comportamentul unor grupuri sau chiar al unei societăți, și nu al unor indivizi; a apărut datorită faptului că s-a constatat că, de cele mai multe ori, campaniile publicitare de informare a populației în probleme de sănătate nu aveau succes, pe când publicitatea care se făcea la produsele comerciale era încununată de succes.

Hyman și Sheatley (1947) au investigat cauzele insuccesului campaniei de informare a populației, formulând următoarele concluzii [32]:

- Un grup de persoane care nu știu nimic nu poate fi influențat numai prin campanii de publicitate.
- Probabilitatea existenței unui răspuns individual crește dacă audiența este, în prealabil, interesat de acel subiect. Atunci când subiectul abordat nu este interesant, un număr mic de persoane vor răspunde acelei solicitări.
- Receptivitatea la informații noi primite crește, dacă acestea sunt în acord cu atitudinile lor. Oamenii evită informațiile care nu le creează plăcere.
- Oamenii înțeleg diferit informația pe care o primesc în funcție de valorile lor personale; pentru același tip de informații, modul în care reacționează indivizii este diferit.

Publicitatea comercială are drept principiu de bază canalizarea unor atitudini și comportamente care există cu adevărat, în mod real, în populație.

Marketingul are succes în vânzarea produselor. Publicitatea la produse nocive pentru organism a dus la efecte deosebite în ceea ce privește comercializarea lor. Atunci când se făcea reclamă la produsele nocive, promovarea sănătății a intrat în competiție cu marketingul de tip comercial. A apărut, în felul acesta, nevoia de a prezenta informații diferite despre unul și același produs.

Există diferențe între marketingul social și cel comercial (după Yolande Coombs):

1. Marketingul social nu are drept scop final obținerea unui profit financiar;
2. Mecanismul schimbării nu este financiar (de exemplu, nu trebuie să plătești pentru a renunța la fumat);
3. Produsul marketingului social nu este un produs tangibil. În mod tradițional, produsul de marketing a fost conceput ca un produs tangibil, care are un anumit preț, apoi marketingul s-a extins, în categoria produselor intrând și componente mai puțin tangibile, cum ar fi serviciile oferite populației.
4. Produsul, în marketingul social, este heterogen (contradictoriu), adică nu toată populația recepționează identic același mesaj.
5. Marketingul comercial nu trebuie să facă față unor mesaje contradictorii.
6. Mesajele, în marketingul social, nu sunt valide decât atunci când sunt strâns legate de nivelul de cunoștințe ale individului la un moment dat.

### **Spitale care promovează sănătatea**

Dacă promovarea sănătății este definită ca „procesul prin care devine posibil ca oamenii să își controleze și îmbunătățească sănătatea” (Carta de la Ottawa privind Promovarea Sănătății) în cele ce urmează, se utilizează acest termen în domeniul spitalicesc pentru a acoperi conceptele de educație pentru sănătate, prevenirea bolilor și servicii de reabilitare. De asemenea, acoperă întărirea sănătății prin includerea pacienților, rudelor și angajaților în procesul de îmbunătățire a bunăstării lor legate de sănătatea fizică, mentală și socială [37].

Spitalele joacă un rol important în promovarea sănătății, prevenirea bolilor și oferirea de servicii de reabilitare. Unele dintre aceste activități reprezintă o parte esențială a activității spitalelor. Cu toate acestea, prevalența în creștere a afecțiunilor legate de stilul de viață și a bolilor cronice necesită o furnizare mai extinsă și sistematică a unor asemenea activități cum ar fi educația privind tratamentul, strategii de comunicare eficiente pentru a permite pacienților să aibă un rol activ în managementul bolilor cronice sau pentru consiliere motivațională.

La ora actuală se poate considera că spitalele funcționează atât în România cât și în alte țări, pe baza sau în cadrul unor structuri învechite care sunt obligate să reacționeze într-un mediu devenit tot mai complex și dinamic. Problema lor centrală devine astfel, reforma și modificarea propriilor lor structuri interne care să poată face față presiunilor venite din mediul extern, de a se transforma dintr-o organizație statică, birocratică într-una flexibilă și adaptabilă noilor solicitări ale societății. Este bine cunoscut faptul că, în toate spitalele din România (dar și din alte țări europene) există o ierarhie bine stabilită cu structuri manageriale de tip birocratic care coexistă cu un sistem informal de comandă și control devenit

tradițional. Acest fapt a transformat, de voie de nevoie, mulți șefi de secții în manageri sau lideri autoritari careși-au pus amprenta personală pe managementul secțiilor respective, depășind de multe ori cadrul oferit de mandat. În plus, secțiile funcționează prea puțin într-un mod interconectat sau interdependent, cvasi-autonomia este aproape o regulă, iar transferul pacienților de la o secție la alta devine un proces birocratic.

Pe scurt se poate descrie un astfel de spital ca și o structura arhaică, pornind de la următoarele considerente:

- Organizare a muncii pe baza specialităților și nu inter-profesionalism
- Existența unor structuri ierarhice și nu organizare pe echipe
- Orientare și accente puse pe secții și nu pe organizație ca întreg
- Organizare și diviziune a proceselor (muncii) cu norme ce se stabilesc la nivel de secții și nu la nivelul spitalului ca întreg
- Birocrație în loc de cultură organizațională
- Idealism în loc de profesionalism.

Din această scurtă enumerare se poate ușor desprinde o analogie cu ierarhiile de tip militar sau cu birocrațiile unui stat totalitar sau chiar cu organizații de tip monahal.

Având astfel de structuri, spitalele trebuie să reacționeze la presiunea venită din mediul extern care cuprinde următoarele elemente:

- **Demografice:** îmbătrânirea populației prin creșterea speranței de viață, migrației și scăderea natalității. Lipsa unei rețele de asistență socială pentru bătrâni, creșterea numărului de persoane care locuiesc singure, inclusiv creșterea numărului de familii monoparentale, precum și numărul redus de servicii psiho-sociale și de îngrijiri din afara spitalului duc la o acutizare a fenomenului de „lipsă a aparținătorilor” și la menținerea „mitului” de rol social al spitalelor de acută.
- **Creșterea numărului de boli cronice** ca efect al modificării profilului epidemiologic odată cu creșterea bunăstării economice și controlul bolilor transmisibile. La acestea se adaugă și progresul tehnologic și tendința naturală a specialiștilor de a folosi cele mai noi tehnologii.
- **Creșterea nevoii de individualizare a serviciilor** în fața pretențiilor tot mai crescute ale pacienților. Democratizarea multor domenii ale vieții sociale a dus la o schimbare a valorilor sociale astfel încât spitalele cu structura lor foarte ierarhică sunt puse în fața problemei abordului democratic cerut atât de pacienți cât și de personal.
- **Drepturile pacienților** – devin un element tot mai important, pacienții și societatea civilă accentuează tot mai des acest drept.
- Politicile de gen și echitatea de gen sunt alte elemente care încă nu au găsit o reflectare adecvată în cadrul spitalelor, știut fiind că femeile domină ca număr domeniul îngrijirilor, dar nu și ierarhiile.



- Politicile de finanțare tind tot mai mult înspre o stopare a creșterii cheltuielilor și reprezintă un factor de presiune important asupra modului de management al spitalelor.
- Nevoia unui sistem de sănătate cu un grad cât mai mare de integrare a serviciilor de sănătate – pornește tocmai de la faptul că modul în care spitalele sunt integrate în sistem este foarte deficitar, iar comunicarea cu ceilalți actori ai sistemului sanitar lipsește sau este minimă.

În aceste condiții, reformarea serviciilor spitalicești trebuie să aibă și o componentă internă care nu depinde hotărâtor de procesul general de reformă declanșat la nivel guvernamental. Cu alte cuvinte, dacă o serie de elemente de schimbare trebuie induse prin intermediul unor măsuri la nivel de legislație, există domenii ce pot fi schimbate prin organizare internă sau schimbare modului de abordare. Un astfel de domeniu este promovarea sănătății care trebuie să devină o componentă esențială a calității serviciilor spitalicești. Managementul calității poate încorpora instrumente ce pot asigura introducerea unor servicii și măsuri de promovarea sănătății în spitale. De altfel, promovarea sănătății ar trebui să fie parte integrată a domeniului clinic, educațional și comportamental la orice nivel al unui sistem de sănătate.

În mod clasic, promovarea sănătății este legată mai degrabă de asistența primară. La acest nivel au acționat majoritatea programelor sau politicilor de sănătate, considerând asistența primară ca fiind un nivel mai flexibil și mai accesibil. Nu s-a luat în considerare faptul că, cel puțin la noi în țară, sistemul de sănătate încă mai gravitează în jurul spitalului și că persistă disconexiunea între spital și asistența primară atât în ceea ce privește fluxul pacienților, dar mai ales în ceea ce privește comunicarea și continuitatea între cele două segmente.

### **Promovarea sănătății în spitale sau cabinete de medicină generală**

Preluând din asistența primară o serie de elemente de promovare a sănătății, spitalele ar putea la rândul lor să joace un rol important prin introducerea sistematică a unor elemente de promovare a sănătății ca de exemplu:

- Promovarea renunțării la fumat înainte de operații sau înaintea unei intervenții chirurgicale maxilo-facială;
- Evaluarea factorilor de risc la nivelul fiecărui pacient;
- Informarea pacienților asupra nevoilor și posibilităților rezultate din noua lor condiție de pacienți;
- Satisfacerea nevoilor pacienților pentru informații suplimentare despre afecțiunea pe care o au și cauzele de producere a acestora;
- Informarea pacienților despre afecțiuni uzuale sau cronice care sunt mai des tratate în spitale;
- Discutarea cu pacienții despre stresul psihologic produs de spitalizare, sau tratamentul care urmează și ajutorarea pacienților să facă față acestui stres;

- Realizarea legăturii între nivelele primar, secundar și terțiar prin îngrijiri continue, pe termen lung (care necesită un tip special de prevenire a îmbolnăvirilor și promovare a sănătății) și
- Rezolvarea nevoilor speciale ale personalului din domeniul sănătății generale și a sănătății oro-dentare.

Până acum, instrumentele existente pentru managementul calității în spitale și în cabinetele de medicină dentară nu au inclus promovarea sănătății. Un angajament pentru promovarea sănătății în spitale și în cabinetele de medicină dentară, va îmbunătăți calitatea îngrijirilor oferite precumși sănătatea și siguranța atât a pacienților, cât și a personalului.

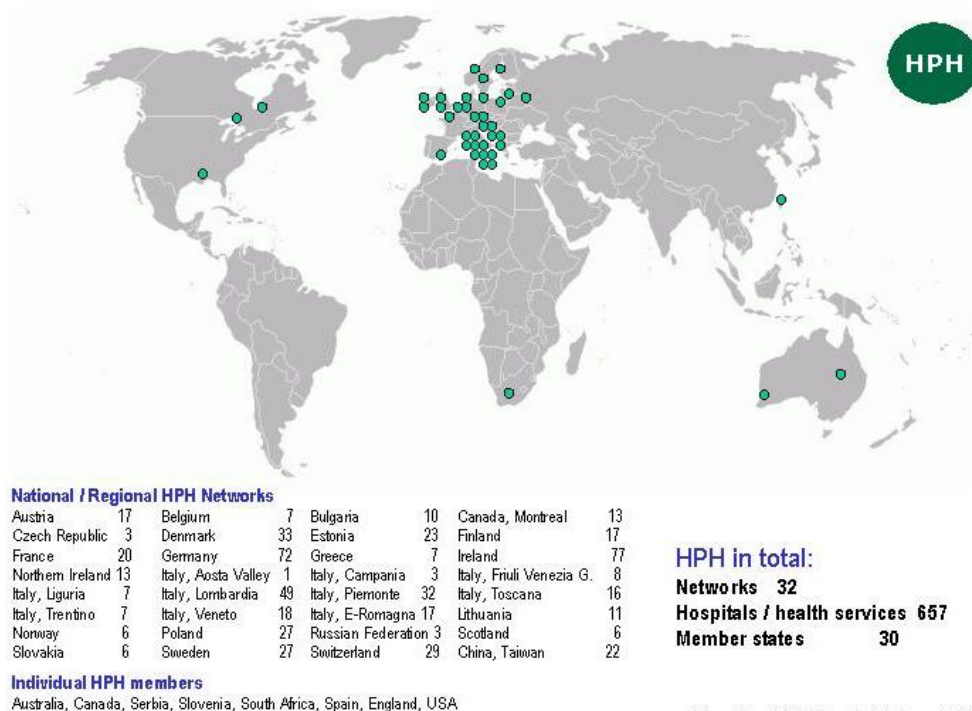
Promovarea sănătății în spitale și în cabinetele de medicină dentară, trebuie considerată ca o dimensiune de bază a calității serviciilor medicale precumși a eficienței clinice și a siguranței pacientului. Pe de altă parte, promovarea sănătății și în spitale poate contribui ca un factor important în prevenirea incidenței bolilor cronice caun factor ce susține calitatea vieții.

Curentul de introducere a promovării sănătății și la nivelul spitalelor are ca intenție reorientarea acestor instituții prin integrarea educației pentru sănătate, promovarea sănătății, prevenirea bolilor și serviciile de reabilitare cu asistență curativă. În acest fel, un spital care promovează sănătatea încearcă să încorporeze concepțeși valori, strategiiși standarde ale promovării sănătății în structura organizațională și cultura spitalului. Scopul este de a crește calitatea serviciilor de sănătate, de a îmbunătăți relația dintre spitale și comunitate, de a asigura continuitatea serviciilor în afara mediului spitalicesc. Totodată, introducerea conceptelor de promovare a sănătății la nivelul spitalelor va contribui la îmbunătățirea comunicării între spitalși serviciile de asistență ambulatorie ceea ce va duce atât la creșterea nivelului stării de sănătate a populației, dar mai ales la creșterea satisfacției pacienților și a aparținătorilor și nu în ultimul rând a personalului medical.

Multe tratamente în cadrul spitalelor nu vindecă, ci contribuie la îmbunătățirea calității vieții pacientului. Din acest motiv, este important ca pacienții și aparținătorii să fie educați și pregătiți pentru externare și pentru legătura cu medicul de familie. În general, responsabilitatea spitalului vis a vis de pacient se termină o dată cu externarea. Procentul mare de reinternări pe care îl evaluăm din perspectiva sistemului de sănătate, ca întreg, se datorează în mare parte și acestei discontinuități a îngrijirii post-spitalicești, dar mai ales a responsabilității față de ceea ce se întâmplă cu pacientul după externare. O mare parte din reinternări și complicații s-ar putea preveni dacă pacienții și aparținătorii lor ar fi mai bine pregătiți și dacă ceilalți furnizori de servicii ar fi implicați și informați. Mai mult decât atât, spitalele clinice și, în general, instituțiile unde se desfășoară activități de cercetare și învățământ acumulează și diseminează o mare cantitate de cunoștințe influențând astfel structurile locale ale sistemului de sănătate, precumși practica profesională din imediata lor vecinătate și arie de influență.

Alte argumente pentru introducerea sistemului de promovare a sănătății în cadrul spitalelor ar putea fi formulate astfel [59]:

- Spitalele dețin în continuare un rol central în cadrul sistemului de sănătate.
- Spitalele sunt instituții prin care trece un număr mare de oameni putând astfel aborda unsegment important al populației.
- Spitalele reprezintă un loc de expunere la diferite toxice, agenți chimiciși infecțioși, dar și la o mare cantitate de stres atât pentru personal, cât și pentru pacienți.
- Spitalele produc o mare cantitate de deșeuri, fapt care poate contribui la poluare.
- Spitalele oferă o gamă largă de servicii diagnostice și terapeutice ca răspuns la boli acuteși cronice fapt care le face să se orienteze cu precădere asupra bolii și nu asupra sănătății.
- Spitalele au avut până acum un rol marginal în promovarea sănătății și prevenirea bolilor în ciuda unui potențial enorm.



**Figura 70. Repartiția geografică la nivel mondial a spitalelor care au implementat strategia OMS de promovare a sănătății [37]**

## Concluzii

În decursul ultimelor decenii, sectorul ocrotirii sănătății a atins, în majoritatea țărilor lumii, dimensiuni comparabile cu cele ale sectoarelor economice de maximă importanță. Alături de alte instituții din sfera serviciilor publice, rețeaua de ocrotire a sănătății s-a dezvoltat foarte rapid în ultimul secol. Paralel cu această expansiune, cu creșterea bugetului alocat ocrotirii și refacerii sănătății, care e în medie de 8 % din produsul intern brut al unei țări dezvoltate (dar se poate ridica până la 14 % din acesta în cazul unei supraputeri economice, ca Statele Unite ale Americii), a avut loc și o schimbare de perspectivă în privința obiectivelor practicii medicale.

Observarea corelațiilor morfo-funcționale dintre aparatele și sistemele constitutive organismului uman au condus la concepția că actul medical, pentru a fi eficace, se cere raportat la totalitatea factorilor care influențează starea de sănătate – caracteristică a unui întreg, nu a unei sume de părți autonome.

Creșterea frecvenței maladiilor cu risc letal ridicat (afecțiunile cardiovasculare, procesele neoplazice), ca și incidența sporită, în ultimii ani, a tulburărilor de nutriție cu potențial, de asemenea, letal în caz de decompensare (diabetul), a afecțiunilor grave, secundare dependenței de tutun, alcool și droguri au condus la cercetări, ale căror rezultate au evidențiat, o dată în plus, corelațiile anatomo-fiziologice din organismul uman. Conștientizarea acestora a fost potențată de observația că tulburările de nutriție ca diabetul și obezitatea, precum și toxicozele, sedentarismul, tabagismul constituie factori de risc în apariția bolilor cardiovasculare. Unul dintre aspectele de maximă importanță legate de aceste corelații rezidă în conștientizarea faptului indubitabil că o seamă de maladii grave pot să se instaleze ca efect al necunoașterii sau ignorării deliberate a factorilor de risc care favorizează apariția tulburărilor respective. Mai mult, studiul tulburărilor de nutriție a pus în lumină și legătura, mai puțin evidentă, dintre metabolism, regimul alimentar și starea de sănătate oro-dentară, cu implicații în sfera practicii preventive în medicina dentară.

De aici, importanța acordată prevenției îmbolnăvirilor printr-un regim de viață adaptat caracteristicilor metabolice și energetice ale fiecărui individ, ca și măsurilor vizând echilibrarea vieții psihice a membrilor societății, prin reducerea la minimum (dacă nu e posibilă eliminarea) factorilor de stres, declanșatori de surmenaj, nevroze și tulburări de comportament. În condițiile în care, de peste un secol și jumătate, un număr tot mai mare de nevrotici încearcă să se compenseze prin comportamente deviante ca uzul de alcool, tutun și droguri, s-a impus concluzia că prevenția medicală trebuie să fie dublată atât de restructurări la nivel economico-social, cât și de măsuri educaționale de natură să schimbe mentalitățile generate de necunoașterea sau distorsionarea realităților privind interdependența dintre stilul de viață și starea de sănătate.

Pe de altă parte, succesele obținute în eradicarea sau limitarea ariei de răspândire a infecțiilor cu agenți patogeni, letale sau susceptibile de sechele invali-

dante (variola, malaria, ftizia, poliomielita, tetania, rabia), prin practicile preventive de vaccinare, au întărit convingerea că prevenția joacă un rol-cheie în salvagardarea sănătății. În schimb, apariția unor maladii necunoscute până acum două sau trei decenii – exemplul tipic fiind sindromul imunodeficienței dobândite (SIDA) – de mare risc și prin potențialul lor de contagiune, nu numai prin rezistența lor la tratament, a atras după sine necesitatea diversificării mijloacelor și permanentizării prevenției în practica medicală. Progresia lentă a cercetărilor și rezultatele farmacologice incerte, în ciuda eforturilor de stabilire a etiologiei și de găsire a unor metode curative eficace împotriva SIDA, fac mai acută ca oricând chestiunea prevenției îmbolnăvirii.

Recrudescența din ultimii ani a tuberculozei pulmonare și a sifilisului în România, ocurența sporadică a unor epidemii de meningită și hepatită A în anumite zone (mereu aceleași) ale țării, alături de posibila infestare cu HIV a unui număr de persoane mult mai mare decât acela al bolnavilor luați în evidență, sugerează nu numai necesitatea acută, ci și caracterul interdisciplinar al prevenției. Într-adevăr, problematica prevenției nu este numai de natură medicală, ci și socială, economică și, în sens larg, culturală, manifestând relația de dependență dintre starea de sănătate și mentalități.

Rolul sectorului de sănătate variază de la o țară la țară. În lipsa unor responsabilități clare, profesioniștii din sectorul de sănătate tind să considere că rolul este în principal în domeniul serviciilor curative, sau în cel mai bun caz în activități de prevenire a bolilor și de promovare a sănătății în cadrul serviciilor de sănătate. Pentru a avea un rol mai semnificativ în identificarea politicilor și propunerilor de politici cu impact potențial asupra sănătății, sectorul de sănătate trebuie să aibă o capacitate suficientă în termeni de personal de sănătate publică și mandat precum și responsabilități suficiente atribuite lor. Rolul sectorului de sănătate este de a milita pentru sănătate și de a fi un partener activ în cooperarea intersectorială.

Prin tratatul de la Amsterdam, Comunitatea și-a asumat responsabilitatea de a asigura protejarea sănătății în toate politicile UE. Aceasta constituie baza legală pentru întărirea HiaP în elaborarea politicilor la nivel European. Pentru a implementa complet obligațiile tratatului este nevoie ca la nivelul UE să se identifice barierele în calea implementării complete a obligațiunilor ce decurg din tratat și să se facă amendamentele necesare pentru depășirea acestor bariere și să se investigheze posibilitățile de a întări obligațiile legale asupra raportării implicațiilor pentru sănătate ale politicilor comunitare.

Scopul final al HiaP este de a fi un ajutor pentru decizii politice informate în așa fel încât informațiile de încredere asupra implicațiilor pentru sănătate sunt disponibile decidenților politici și a celor ce implementează politicile. Sănătatea este în prezent o componentă a mai multor strategii și politici ale Comunității - inclusiv Strategia de la Lisabona și politica de dezvoltare sustenabilă - în ceea ce privește contribuția sa la scopurile și obiectivele majore ale acestor politici.

### *Capitolul 3.*

## **MANAGEMENTUL COMUNICĂRII ÎN PRACTICA MEDICALĂ**

### **3.1. COMUNICAREA ÎN ACTIVITATEA MEDICALĂ CLINICĂ**

Comunicarea în îngrijirea medicală reprezintă o tematică dintre cele mai actuale și importante, cu un interes teoretic și practic crescând, în condițiile în care legăturile emoționale strânse, managementul interactiv medic – pacient sunt factori protectori ai sănătății, catalizatori ai procesului de vindecare.

În lumea contemporană se vorbește mai mult ca oricând despre necesitatea comunicării, a relației interpersonale nu numai verbale, ci și sufletești. Într-o societate în plină globalizare, cu un puternic și imprevizibil impact, indivizii trăiesc din motive de ordin economic, social și cultural un crunt proces de alienare (de înstrăinare). Dacă în lumea satului românesc de acum un secol toată lumea se cunoștea, se saluta, se angaja în disputele verbale molipsite de umor, astăzi s-a ajuns la situația paradoxală că un locatar nu-și cunoaște vecinii de bloc și, mai grav, nici nu dorește să-i cunoască. Asistăm la incredibila scenă în care zeci de oameni trec pe lângă o persoană căzută în stradă, ocolind-o indiferenți, disprețuitori („poate fi vreun bețiv sau drogat”) ori chiar batjocoritori, până când cineva se îndură să telefoneze la 112.

Pacientul când se îndreaptă spre serviciile medicale se așteaptă în primul rând să fie ascultat, înțeles, să își povestească toate suferințele, nu neapărat cele strict legate de specialitatea unde se prezintă, să-și găsească răspuns la întrebările și îngrijorările sale, să plece de la doctor cu un confort psihic sporit și abia apoi să fie tratat. Starea de bine de la sfârșitul consultației nu depinde doar de tratamentul primit, ci și de încrederea pe care medicul și-a câștigat-o în fața pacientului prin comunicare. Evident, toate acestea necesită un consum de energie din partea medicului pentru o ascultare activă, pentru a manifesta empatie, pentru a identifica așteptările pacientului și mai ales de a răspunde acestora.

Empatia are o componentă înăscută, care ne ajută să ne fie mai ușor și natural să creăm o relație bună cu pacienții noștri și din fericire feedback-ul personal pozitiv vine foarte repede de la pacienți, iar „conflictele” cu pacienții sunt foarte puține.

În meseria de medic comunicarea este esențială pentru exercitarea corectă a meseriei, deși tot timpul vrem să comunicăm eficient cu toată lumea, mai ales cu pacienții, uneori intervin câteva bariere de comunicare. Acestea pot fi:

- lipsa de timp,
- stresul,
- oboseala (după o gardă de exemplu),
- așteptări nerealiste din partea pacienților,
- agresivitatea și lipsa de răbdare a unor pacienți,

- probleme personale sau frustrări de care nu ne putem detașa,
- alți factori externi – telefoane care sună, ușa care se deschide în mod repetat.

Chiar dacă diagnosticul și tratamentul dat de medic sunt foarte corecte, dacă pacientul nu-și înțelege boala, ce trebuie să facă, dacă nu se simte înțeles și nu este încurajat, beneficiul consultației nu este maxim și pacientul va plecanemulțumit.

Beneficiile unei bune comunicări cu pacientul sunt de ambele părți, asigurând o complianță mai bună la tratament, un confort psihic sporit din partea pacientului, localizarea pacienților și controlul mai bun al bolilor cronice. Așadar, trebuie să facem cu toții un efort pentru a comunica mai bine, pentru a crește calitatea și eficiența actului medical.

### 3.1.1. Medicul și personalul medical

În exercitarea profesiei de medic, asistent medical sau alt personal medical, comunicarea cu pacientul poate fi o adevărată provocare. Se comunică în fiecare zi cu pacienții, dar oare se comunică eficient? Se ating obiectivele terapeutice cu fiecare pacient în parte?

Forța personalului medical se bazează pe trei caracteristici principale:

1. trăsăturile de personalitate
2. abilitățile dobândite
3. inteligența (rațională și emoțională) - tabelul 8.

**Tabel 8. Trăsăturile de personalitate, abilitățile și inteligența personalului medical**

Trăsături de personalitate	Abilități (capacități dobândite)	Inteligența	
		Rațională	Emoțională
inteligența generală ridicată	abilitatea de a folosi tehnici de comunicare	cunoașterea principiilor și tehnicilor de comunicare cu pacientul	motivație intrinsecă, plăcerea de a comunica cu pacienții
sociabilitate	abilitatea de a cunoaște produsele medicale și farmaceutice	observarea și cunoașterea obiectivă a pieței farmaceutice și medicale	interesul pentru contactele sociale ca plăcere existențială
capacitate de comunicare	abilitatea de a identifica și califica corect tipul pacientului	observarea și cunoașterea produselor farmaceutice și medicale, plus a avantajelor folosirii anumitor materiale tehnico-medicale în defavoarea altora	sensibilitate empatică, interes sincer pentru pacienți și echipa de lucru

capacitate empatică	abilitatea organizatorică pentru pregătirea și planificarea activității	cunoașterea psihologiei pacientului	nevoia de succes - încredere în forțele proprii, viziune pozitivă asupra ego-ului
prezența - aspect plăcut	abilitatea de a îmbunătăți permanent performanțele profesionale	planificarea și organizarea activității	planificarea și utilizarea eficientă a timpului
capacitatea de convingere	persuasiune - puterea de a convinge	carisma	comportament adecvat circumstanțelor
stăpânire de sine	rezistență fizică și psihică	atitudine pozitivă, proactivă, entuziastă	capacitate de negociere și control al conflictelor

### *Personalul medical eficient*

Eficiența personalului medical are la bază mai multe componente distincte:

- fizicul:
  - aspect îngrijit
  - zâmbet plăcut
  - ținută curată, impecabilă
  - încălțăminte curată, adaptată halatului medical;
  - păr îngrijit
  - respirație proaspătă
- personalitatea
- sociabilitate
- curiozitate
- imaginație
- creativitate
- entuziasm
- sinceritate
- ambiție
- încredere
- motivație prin muncă
- pregătirea:
  - experiența în domeniul medicamentului și în relația cu pacientul
  - credibilitatea
  - atitudinea pozitivă, priceperea de a asculta
  - abilitatea de comunicare cu pacientul
  - adaptabilitatea față de tipologiile diferite de pacienți



- competența de comunicare:
  - integrarea informațiilor pentru pacient
  - poziționarea mesajelor în comunicare
  - prezentarea de concluzii în favoarea rezultatului terapeutic
  - stimularea participării active a pacientului în comunicare
  - practicarea mesajelor emoționale

Personalul medical ineficient - un personal medical poate fi considerat ineficient ca o consecință a unor factori:

- incompetența
- aspect fizic necorespunzător
- trăsături de personalitate și comportament inadecvat
- lipsa de interes pentru nevoile pacientului
- lipsa de motivație pentru profesia de medic, asistent, etc.

Tipuri de personal medical ineficient:

a) orgoliosul:

- scopul său este de a se afirma în fața pacientului, și de a-l consilia, a oferi informații, etc.
- simte nevoia să vorbească de propria persoană
- simte nevoia să eclipseze, să se laude
- are un accentuat spirit de contrazicere

b) agresivul:

- nu este interesat cu adevărat de nevoile pacientului
- este neatent la reacțiile pacientului
- ascultă puțin
- are răspuns la toate întrebările pacientului
- argumentează diagnosticul și tratamentul în detalii de specialitate pe care pacienții nu le înțeleg;
- ratează comunicarea cu pacienții și pune aceasta pe seama ignoranței pacienților sau a colegilor de muncă

c) plictisitul:

- prezintă informații fără convingere
- își construiește o argumentație pe care o recită monoton și fără entuziasm, fără să privească pacientul;
- arată obosit
- oftează des

d) arogantul:

- pacientul trebuie să se bucure că i de acordă atenție
- dă senzația că dacă îi oferă informații îi face o favoare acestuia
- caută să complexeze pacienții dând informații în termeni de specialitate

e) snobul

- folosește limbaj sofisticat neînțeles de pacient
- risipește timp în relații pe care nu reușește să le stabilească
- se simte frustrat și neînțeles

f) neglijentul:

- ținută neîngrijită
- oferă explicații și informații incoerente și incomplete
- comunică greu, laconic
- nu face niciun efort să convingă
- dă senzația că nu prea este interesat de pacient
- nu face eforturi să construiască o relație profesională de durată cu pacientul.

Tipuri de personalitate întâlnite la cadrele medicale sau pacienți:

**Tipul agresiv**

*Caracteristici:*

- jignește pe cei din jurul său
- lezează sentimentele oamenilor;
- încalcă drepturile persoanelor (omului sau pacienților)
- utilizează un ton ridicat
- folosește frecvent expresii ofensatoare
- acțiunile sale îi deranjează pe ceilalți
- umilește oamenii
- are o atitudine superioară față de ceilalți
- critică distructiv - pentru greșeli reale sau imaginare
- tratează oamenii cu dispreț
- este ostil și răutăcios
- nu acceptă opinii sau idei
- nu tolerează sfaturile primite
- nu înțelege ideile altor persoane
- întrerupe interlocutorul pentru a-și exprima propria opinie
- ia decizii fără a consulta pe ceilalți
- își manifestă violent nemulțumirea
- este certăreț, vorbește mult
- găsește defecte în tot ce fac alții

*Expresii verbale folosite:*

- faci sau nu faci?
- ce prostie!
- e clar că nu ești în stare să înțelegi!
- toți sunteți niște proști!

*Semne non-verbale:*

- tensiune
- stă aproape de interlocutor
- este încruntat
- expresia feței este rigidă
- își menține privirea fixată în ochii interlocutorului pentru intimidare
- face gesturi provocatoare - agită mâinile, arată cu degetul, agită pumnii
- are o voce amenințătoare, rece, ridicată la finalul propoziției.

### **3.1.2. Tipuri de pacienți [125]**

Este pe deplin recunoscut astăzi rolul important al interacțiunii și comunicării în etiologia și tratamentul diverselor tipuri de oameni. Pacienții în primul rând sunt oameni, iar oamenii sunt foarte diferiți!!! Starea de sănătate deasemenea diferă de la un pacient la altul, putem spune chiar că fiecare pacient este unic, nevoile sunt diverse și, în același timp, individuale. Deasemenea diversitatea pacienților tratați este dată și de vârsta acestora, categoria socială pregătire educațională, profesie, etnie, dizabilități, etc.

Cunoașterea tipologiei pacienților prezintă o mare importanță în comunicarea cu pacientul, dacă recunoaște tipul pacientului, un cadru medical sau un farmacist eficient și profesionist poate organiza dialogul și poate eficientiza acțiunea terapeutică. [5, 264]

#### **A. Pacientul - dominanță și sociabilitate**

După dominanță și sociabilitate pacienții se clasifică în patru tipuri:

##### **1. *Emotivul***

- a. Dominanță și sociabilitate puternică
- b. Vorbește repede
- c. Gesticulează mult
- d. Preferă relații informale
- e. Este empatic
- f. Are o mare putere de convingere

##### **2. *Autoritarul***

- a. Dominanță puternică și sociabilitate scăzută
- b. Atitudine serioasă, preocupată
- c. Exprimă opinii clare în mod hotărât
- d. Dificil de abordat
- e. Comunică cu un mare efort
- f. Comportament dur, impunător
- g. Are multe pretenții

### **3. Reflexivul**

- a. Dominanță slabă, sociabilitate scăzută
- b. Control emoțional puternic
- c. Se exprimă pretențios - își construiește frazele cu foarte mare grijă
- d. Este lent - revelează detaliile
- e. Ia decizii greu
- f. Nu este un partener de conversație - preferă comunicarea intimă
- g. Pare a fi preocupat întotdeauna de altceva

### **4. Îndatoritorul**

- a. Dominanță slabă, sociabilitate crescută
- b. Răbdător, sensibil
- c. Nu îi place să se implice în luarea deciziilor
- d. Este un bun ascultător
- e. Evită să folosească puterea și atuurile
- f. Își exprimă deciziile într-un mod serios

## **B. Pacientul dificil**

Pacientul dificil este acela care prin comportamentul său provoacă dificultăți specialiștilor din domeniul sănătății, dar și farmaciștilor. Caracteristicile acestora sunt:

- Să te facă să-ți pierzi răbdarea
- Să te oblige să faci lucruri lipsite de profesionalism sau să încalci normele legale
- Să te împiedice să-ți faci meseria
- Să te facă să te simți vinovat dacă nu te conformezi dorințelor acestora, etc.[5, 265,266]

Oamenii tind să dezvolte propriul lor stil interacțional care devine cu atât mai clar, în măsura în care este mai puțin variat și mai consistent. Încă de la începutul stabilirii alianței terapeutice, apar unele probleme legate de motivația pentru psihoterapie a pacienților, în contextul caracteristicilor personalității lor. Aceste dificultăți se datorează în mare parte rigidității pattern-ului lor interacțional. Din această perspectivă, putem contura următoarele tipuri „dificile” de pacienți:

### **1. Pacienții dominatori**

Caracteristici:

- încrezători în sine, dominanți și competitivi,
- autoritar-despotici,
- trăsături ale personalității narcisiste și obsesivo-compulsive stabilite în DSM-III-R (APA, 1987).
- lipsă de empatie manifestată într-o mare varietate de contexte.
- autoîncrezători și coercitivi de interacțiune cu ceilalți,
- independenți, energici și, într-o anumită măsură, atrăgători.

Modalități de abordare:

- într-o manieră curtenitoare și plină de respect.
- ascultați cu mare interes,
- sfătuiți puțin
- sa-i respecte modul în care s-a descurcat până în momentul de față.

Propunerile și sfaturile pentru schimbare vor fi prezentate într-o asemenea manieră încât să i se ofere mereu posibilitatea de a face o alegere.

## ***2. Pacienții paranoizi***

Caracteristici:

- Etichetați drept „reci”, serioși, critici, rezervați și defensivi,
- conțin trăsături ale personalității paranoide și antisociale stabilite în DSM-III-R (APA, 1987).
- lumea apare ca fiind amenințătoare și ostilă.
- nu au încredere în alții pentru că se tem de faptul că informațiile vor fi folosite împotriva lor.
- hipervigilenți, iau măsuri de protecție împotriva oricărei amenințări percepute.
- Sinceritatea, loialitatea și fidelitatea altora sunt puse la îndoială.
- Manifesta o dorință excesivă de a fi independenți, mergând până la culmea egocentrismului și a importanței de sine exagerate.

Modalități de abordare:

- trebuie să fie antrenați în terapie cu mare grijă.
- un terapeut care nu dovedește un bun autocontrol, poate submina încrederea pacientului în procesul psihoterapeutic.
- Terapeutul trebuie să fie:
  - curtenitor,
  - atent în alegerea cuvintelor,
  - foarte clar în oferirea informațiilor,
  - tolerant, fără a adopta un comportament submisiv sau, dimpotrivă, un aer de prea mare autoritară și prestigiu.
- Moralizarea pacienților sau expunerea punctelor de vedere personale ale terapeuților ar trebui pe cât posibil evitate.
- Utilizarea sugestiilor indirecte, precum și acceptarea lumii „paranoide” a pacienților lor reprezintă un mijloc eficient de „înrolare” a acestora în terapie.
- Teama paranoicului de a nu-și pierde independența și puterea de a domina evenimentele trebuie manevrată cu mare abilitate de terapeut.

## ***3. Pacienții obstrucționiști***

Caracteristici:

- ostili și neimplicați, rebeli-neîncrezători,
- conțin trăsături ale următoarelor tulburări de personalitate: pasiv-agresivă, antisocială și schizotipală.

- au serioase probleme în conformarea la normele sociale și în îndeplinirea sarcinilor profesionale.
- Imprevizibili și explozivi,
- adeseori creează o distanță față de ceilalți, simțind o lipsă de apreciere din partea acestora.
- suferă de o autostimă redusă și abordând o atitudine cinică, își exprimă opoziția fie deschis, fie prin continue uitări și amânări ale sarcinilor.

Modalități de abordare:

- au nevoie de o abordare tolerantă și plină de răbdare din partea psihoterapeutului.
- dacă terapeutul este criticat de pacientul sau, este preferabil să abordeze serios acest lucru, exprimându-și regretul, în locul adoptării unui comportament defensiv.
- Abordarea nu trebuie să fie coercitivă, ci ar fi de preferat să li se ofere posibilitatea de a-și formula propriile lor opinii.
- să le ofere sugestii indirecte de continuare a tratamentului.
- este important ca descrierile, exemplele și formulele sugestive oferite de terapeut să concorde cu ideile și nevoile reale ale pacientului. Numai în acest mod, pacientul obstructiv va fi pregătit să coopereze.

#### ***4. Pacienții evitanți***

Caracteristici:

- drept inhibați, nesiguri și submisivi,
- conțin trăsături ale tulburărilor de personalitate evitante și obsesivo-compulsive.
- sunt rigizi, pasivi și egoiști,
- consideră ca au probleme adânci și conflicte serioase care nu pot fi rezolvate de alte persoane.
- nu sunt dispuși să intre în relații decât dacă li se oferă o garanție extrem de fermă de acceptare necritică.
- Comportamentul lor social este stângaci, nesigur și nonasertiv.
- Luarea de decizii este evitată, amânată, tergiversată din cauza unei frici însoțite de a nu face vreo eroare.
- Au o mare nevoie de a fi asertivi, dar îi împiedică inhibițiile, ruminațiile și îndoielile lor.
- Extrem de perfecționiști, propriile lor greșeli sunt comparate cu idealuri înalte pe care și le fixează
- au tendința de a se simți vinovați și de a se autopedeși.

Modalități de abordare:

- terapeuții pot deveni descurajați și iritați datorită pesimismului și modelului comportamental rigid adoptat de acești pacienți.
- terapeutul este important să manifeste răbdare, înțelegere, interes față de pacient și să nu fixeze obiective terapeutice prea înalte.

- Experiența clinică a demonstrat că un pacient pesimist nu se simte înțeles de un terapeut optimist.
- ar putea fi eficientă o etichetare pozitivă a simptomului.
- Cu un asemenea tip de pacient, psihoterapia ar trebui să se desfășoare în pași mici și concreți.
- Terapeutul trebuie să rămână empatic, prietenos și înțelegător, să se abțină, să însuflească prea multă speranță
- Terapeutul trebuie să evite să adopte un comportament mult prea directiv față de acest tip de pacient.
- terapeutul poate adopta un stil chiar mai pasiv decât pacientul sau să sugereze, într-o manieră indirectă, modul în care schimbarea terapeutică este posibilă, chiar dacă pacientul nu este încă pregătit pentru această schimbare.

### ***5. Pacienții dependenți***

Caracteristici:

- submisivi și pasivi,
- conțin trăsături ale tulburării de personalitate dependente.
- sunt într-o permanentă căutare de suport afectiv,
- manifestă o dependență excesivă față de alții.
- au puține ambiții și pretenții,
- puțin entuziasm în ceea ce întreprind și tind să supraaprecieze calitățile celorlalți.
- În contactele interpersonale manifestă o atitudine critică și reiectantă, fiind totodată cuprinși de frica de a nu fi abandonați.
- Prin comportamentul lor, stimulează hiperprotecție și dominare din partea persoanelor cu care intră în contact.
- Ușor de lezată prin critică sau dezaprobare,
- au dificultăți în a-și formula propriul lor punct de vedere sau în a fi asertivi.
- manifestă o încredere de sine scăzută, precum și dificultăți în luarea deciziilor sau în asumarea responsabilității.

Modalități de abordare:

- Datorită faptului că sunt anxioși, acești pacienți pot fi motivați în terapie prin oferirea unui mediu cât mai cald și mai suportiv.
- Încrederea de sine poate fi întărită prin cât mai multe feedback-uri pozitive oferite de terapeut.
- terapeutul ar trebui să puncteze în permanență aspectele care merg bine în terapie, dar și circumstanțele care au dus la eșecurile pacientului.
- Se pot utiliza strategii paradoxale, cum ar fi etichetarea pozitivă a comportamentului simptomatic.

- Pot fi punctate „dezavantajele” și „pericolele” care atrag după sine schimbarea, întărindu-se, în acest mod, responsabilitatea pacienților pentru propria lor însănătoșire.

Strategiile psihoterapeutice descrise mai sus și care au drept sursă propriul stil interpersonal al pacientului trebuie alese de medic încă din fazele timpurii ale terapiei, pentru a putea fi puse în beneficiul tratamentului. Un terapeut bun și cu adevărat abil în domeniul artei sale profesionale trebuie să-și adapteze tehnica în funcție de tipul de personalitate și de nevoile pacientului său.

### 3.2. TEHNICI DE COMUNICARE ÎN PRACTICA MEDICALĂ

Comunicarea cu pacientul este indispensabilă personalului medical, dar mai ales medicului în activitatea terapeutică. Printr-o comunicare eficientă cu pacientul, medicul va răspunde nevoilor acestuia, asigurându-i aderența la tratament și obținerea rezultatului terapeutic dorit. Esența unei bune comunicări dintre medic și pacient este ca **mesajul transmis să fie același cu mesajul recepționat.**

**Atenție! A comunica nu este același lucru cu a vorbi.**

Comunicarea se face după anumite reguli precise, care trebuie înțelese și însușite, iar deprinderile practice de comunicare se dezvoltă permanent, prin multe exerciții. Oamenii pot învăța să comunice mai bine indiferent de profesia și educația acestora. Schimbările au loc permanent: copilărie - adolescență - maturitate - bătrânețe.

Asistența medicală modernă se bazează pe educație și comunicare. O problemă particulară în legătură cu informarea pacientului, se referă la dezvoltarea abilităților de comunicare ale medicului. Folosirea adecvată a tehnicii de comunicare facilitează accesul la o mai bună autocunoaștere și cunoașterea celor din jur.

Modul tradițional de comunicare cu pacientul se rezumă la faptul că în timp ce pacientul consideră că știe ce nevoi are, medicul sau asistentul medical, prin prisma superiorității cunoștințelor sale, consideră că știe care sunt nevoile pacientului. Acest mod de comunicare este perimat și nu mai corespunde nevoilor (pacientului, medicului sau personalului medical secundar).

**Comunicarea medic-pacient** reprezintă o activitate importantă desfășurată de medic în scopul colectării informațiilor necesare eliberării unui tratament adecvat, specific fiecărui pacient în parte, dar și instruirii acestuia, în legătură cu modul de aplicare a tratamentului.

În interacțiunea sa cu pacientul, medicul parcurge câteva etape, mergând de la deschiderea discuției, chestionarea pacientului, ascultarea, instruirea acestuia, crearea unei relații de colaborare/încredere între medic și pacient, până la finalizarea discuției.



### 3.3. COMUNICAREA CU PACIENTUL ÎN TIMPUL CONSULTAȚIEI MEDICALE

Etapetele interacțiunii cu pacientul în cadrul consultației medicale sunt următoarele: **deschiderea, investigarea pacientului, transmiterea informațiilor și închiderea.**

#### 3.3.1. Deschiderea

Deschiderea reprezintă etapa în care medicul intră în contact cu pacientul în farmacie.

Se spune că „*Nu vei avea niciodată a doua șansă să faci prima impresie*”.

Această etapă este foarte importantă deoarece reprezintă startul, relației medic-pacientul și se derulează încă de la primul pas al pacientului în cabinetul medical.

Ca și **componente ale acestei etape**, deosebim:

##### A. Contactul vizual cu pacientul

Este important ca medicul să surprindă momentul în care pacientul a intrat în cabinetul medical - denotă interes din partea acestuia, atitudine pro-activă; contactul vizual transmite faptul că pacientul a fost observat. Pacientul la rândul său realizează că medicul este prezent și va fi la: dispoziția sa în intervalul de timp imediat următor.

##### *De evitat!*

- *Activitățile la calculator sau introducerea rețetelor când un pacient a intrat în cabinetul medical; chiar dacă sunt efectuate astfel de activități, este important să fie trecute în planul de importanță. Pacientul este cel mai important!*
- *Discuțiile între personalul medical cu ignorarea pacientului.*
- *Discuțiile lungi la telefon (fix, mobil).*
- *Așezarea produselor foilor de observație la loc, în sertare;*
- *Mestecarea gumei, mâncatul sau băutul cafelei, etc.*

##### B. Zâmbetul

„*Un zâmbet nu costă nimic, dar oferă multe.*” (Anonim)

În momentul în care există contact vizual cu pacientul este deosebit de important să îi zâmbim. Un zâmbet exprimă deschidere, încredere, acceptare, „**sunt aici ca să vă ajut!**”, creează bună dispoziție, o stare de bine, optimism, atât pacientului cât și medicului (prin mimetism).

Zâmbetul este una dintre expresiile faciale cele mai utilizate pentru declanșarea unei relații pozitive de comunicare între doi interlocutori. Zâmbetul este „contagios”: aproape din reflex, cei din jur vor răspunde, la rândul lor, cu un zâmbet [267].

Zâmbetul nu doar schimbă expresia feței ci și stimulează creierul să producă endorfină care reduce durerea fizică și emoțională și dă o senzație de bună-dispoziție. O persoană poate zâmbi într-o varietate de moduri (dulce, blând, amar, înțelept, disprețuitor, ironic, de „de gură-cască” etc.), existând multe tipuri de zâmbete care nu sunt simulate! [268] Unii oameni de știință, în plus, au demonstrat că „zâmbetul se aude”, de aceea foarte mulți pacienți detectează zâmbetul inclusiv la telefon, fără să-l vadă propriu-zis.

În cazul zâmbetului fals sau convențional, buzele se întind lateral, datorită mușchilor rizorius. Aceștia trag colțurile gurii în părți, dar nu le pot ridica, așa cum se întâmplă în cazul zâmbetului adevărat. *Zâmbetele adevărate sunt dificil de mimat, deoarece lipsește emoția sinceră* [269].



**Tipuri de zâmbete**

Un zâmbet are puterea de a exprima încredere, fericire, entuziasm, și cel mai semnificativ lucru, este faptul că semnalizează **acceptare**.

Zâmbetul este una dintre cele mai utilizate expresii faciale și, în: timp, cel mai ușor de recunoscut. Importanța deosebită a zâmbetului în relațiile interumane este determinată și de faptul că acesta poate fi perceput de - mare distanță (în jur de 90 metri), înaintea celorlalte expresii ale mimicii

### **C.Salutul**

Formula de salut a pacientului se va face în funcție de momentul zilei, (*Bună ziua! Bună seara!*); fiind momentul în care medicul deschide discuția cu pacientul. Prin salut se arată respect față de acesta și se creează oportunitatea de a se iniția o relație profesională modernă cu pacientul. Cu toate că în *Codul bunelor maniere* regăsim obligația de a saluta a celui care intră într-o încăpăre, instituție, magazin, medicul va saluta primul pacientul, deoarece acesta are datoria profesională să respecte pacientul, nu numai pentru faptul că a intrat în cabinetul medical, ci pentru mult mai multe motive:

- a decis să solicite soluții, informații și tratament în scopul rezolvării unor probleme de sănătate sau în scopul menținerii stării de sănătate;
- este suferind și are nevoie de îndrumare și consiliere;
- a revenit deoarece apreciază activitatea profesională a medicului;
- a trecut doar ca să adreseze un salut etc.

Deschiderea, care poate fi denumită în procesul comunicării cu pacientul și etapa de abordare, are ca scop inițierea unei conversații menite să câștige încrederea și să mențină atenția pacientului.

Abordarea pacientului este ideal a fi personalizată. Personalizarea abordării este foarte utilă, mai ales dacă medicul cunoaște numele pacientului (de la vizitele anterioare): („*Bună ziua, d-na Popescu!*”, „*Cum sunteți astăzi?*”, „*Cum vă simțiți astăzi?*”). Dacă nu cunoaște numele pacientului, medicul se poate adresa cu „*Bună ziua doamnă/domnule!*”. Acest tip de adresare are un impact benefic asupra acestuia, transmițând pacientului că va beneficia de un tratament profesionist, iar discuția va putea continua într-un climat destins și de încredere.

Etapă de deschidere/abordare a pacientului este una dintre cele mai importante etape, deoarece creează atmosfera propice dezvoltării unei relații profesionale de durată. Această atmosferă trebuie să fie prietenoasă, calmă, deschisă și de încredere reciprocă.

### 3.3.2. Investigarea pacientului

Pe parcursul acestei etape, medicul află detalii legate de numele pacientului, vârsta acestuia, simptomele pe care le acuză, cauzele problemelor de sănătate și durata acestora, medicația anterior administrată, alte medicamente utilizate curent etc. Ele pot afecta pacientul (deoarece unele întrebări sunt legate de aspecte mai personale și detalii ale stilului de viață) și chiar pot produce o stare de enervare sau iritare, dacă acestea nu sunt puse cu tact și într-un climat propice.

În această etapă de cele mai multe ori este necesară o încălzire a atmosferei cu un comentariu ca de exemplu:

- despre vreme (...*Cum vă simțiți? E atât de cald afară!... Atât de mult a plouat astăzi!*)
- despre membrii familiei pacientului (de exemplu despre copii, un părinte etc.).

**Pacientul va fi mult mai pregătit să răspundă întrebărilor cu notă personală și, în același timp, va fi mult mai motivat să participe la discuție.**

De asemenea trebuie avut în vedere dacă pacientul intră pentru prima dată în contact cu medicul (pacient cu simptomatologie nouă, sau este un pacient care a revenit fiind pacient cronic etc. [270]).

**Dacă pacientul semnalează că nu are timp să discute** despre simptomatologie sau medicație, atunci este necesar să se fixeze o altă întâlnire, față în față sau cel puțin la telefon, într-un alt moment sau în alte zile.

Investigarea pacientului cuprinde două etape foarte importante:

- anamneza
- examinarea clinică

*În timpul acesteia este foarte important ca atât în adresarea întrebărilor cât și în ascultarea răspunsurilor, medicul trebuie să manifeste interes, empatie față de pacient, încurajându-l în furnizarea informațiilor necesare în prescrierea tratamentului.*

Medicul va conduce dialogul cu pacientul printr-un set de bine stabilit. Există mai multe stiluri de a pune întrebări și mai multe de întrebări care vor conduce la răspunsuri din partea pacientului.

În comunicarea cu pacientul nivelul și calitatea informației primite pot fi afectate de stilul de chestionare [271]. Astfel putem recunoaște șase tipuri de întrebări:

- întrebări închise
- întrebări deschise
- întrebări de conducere/control
- întrebări de cercetare
- întrebări ajutătoare
- întrebări multiple

**Întrebările închise**- solicită răspunsuri scurte, adesea alcătuite dintr-un singur cuvânt. Există trei categorii de întrebări închise, care sunt utile în practica medicală, și anume:

- întrebări închise de alegere / selectare
- întrebările închise cu răspuns Da/Nu
- întrebările închise de identificare

**Întrebări închise de alegere/selectare** - Cu aceste întrebări pacientul este pus în situația să aleagă una, din două sau mai multe alternative. Exemple:

*Durerea apare mai frecvent înainte sau după mâncare?*

*Febra apare mai frecvent dimineața sau seara?*

*Preferăți producătorul X sau Y pentru ibuprofen?*

*Copilul tolerează mai bine comprimatele sau siropul?*

*Ce fel de tuse aveți, seacă sau uscată?*

**Întrebările închise cu răspuns Da/Nu** - sunt întrebări la care pacientul nu are decât două variante de răspuns, respectiv *Da* sau *Nu*.

Exemple:

*Ați mai avut dureri și înainte?*

*Vă doare acest dinte?*

*Aveți dureri după periajul dentar?*

*Aveți febră?*

*Sângerați după periajul dentar?*

*Aveți dureri de cap?*

*Sunteți alergic(ă) la un medicament?*

*Vă simțiți mai bine după medicamentul X pe care vi l-am recomandat săptămâna trecută?*

*Mai luați și alte medicamente?*

**Întrebările închise de identificare** - oferă informații de identificare despre pacient, extrem de utile medicului pentru înregistrarea pacientului în sistemul

informațional, dar și pentru identificarea pacientului și o corectă evaluare a acestuia.

Exemple:

*Cum vă numiți? Cum se numește copilul?*

*Ce vârstă aveți (are copilul)?*

*Unde locuiți? Din ce județ sunteți?*

*Cine este medicul dvs. de familie?*

*Ce temperatură aveți (are copilul)?*

**Întrebările deschise** dau pacientului oportunitatea de a da medicului răspunsuri complete, dar, în același timp, lasă o mare libertate formulării răspunsurilor. Răspunsurile la acest tip de întrebări au mai mult de unu-două cuvinte. Întrebările deschise se utilizează când sunt necesare mai multe informații despre pacient, având rolul de a încuraja răspunsul: *Cum ...? Ce...? Care ...? Unde...? Ce simțiți? Ce părere aveți? Când vă simțiți mai rău?*

Exemple:

*Ce v-a determinat să veniți la doctor?*

*Ce vă supără?*

*De când vă doare piciorul așa tare?*

*Ce părere aveți să încercați să mergeți 30 de minute zilnic?*

*Ce medicamente mai luați?*

*Unde vă doare, mai exact?*

*Când ați observat erupția pe piele?*

*Ce ați mâncat înainte?*

*Când tușiți mai rău?*

### **Întrebări de conducere/control**

Acest tip de întrebări au întotdeauna atașate o așteptare, indică pacientului răspunsul pe care medicul dorește să-l audă. Prin acest tip de întrebări, medicul controlează cu mult tact situația, **pacientul fiind condus către un răspuns sigur**. Este indicat a fi utilizate într-o manieră pozitivă, pentru a stimula fluența conversației. Ideea de bază a utilizării acestui tip de întrebări este de a păstra conversația în zona de interes a medicului (*mai sunt importante amănuntele despre nepoți, creșterea prețurilor, politică a țării*). Medicul își confirmă sau infirmă anticiparea mentală a răspunsurilor pacientului și construiește un diagnostic.

Întrebările de conducere/control sunt întrebări simple care conduc pacientul în direcția dorită de medic, care totuși, pot induce presiune pacientului:

Exemple:

*Ați folosit crema așa cum v-am sfătuit, nu-i așa?*

*Ați luat antibioticul din 6 în 6 ore, nu-i așa?*

*Consumați prea alcool frecvent, nu-i așa?*

*Ați mai fumat, nu-i așa?*

*Nu obișnuieți să folosiți apa de gură recomandată, nu-i așa?*

Uneori acest tip de întrebări exercită o presiune prea mare asupra pacientului și acesta, datorită disconfortului pe care-l resimte, nu va mai răspunde în maniera așteptată. Aceasta poate fi o problemă și poate afecta evaluarea informațiilor primite și chiar ipoteza de diagnostic.

Exemple:

*Nu ați dat copilului suplimente cu fluor pentru întărirea dinților, nu-i așa?*

*Nu ați condus mașina, în timp ce ați luat acest medicament, nu-iașa?*

*Nu ați consumat dulcedea la ultimul control, nu-i așa?*

*Țineți regimul alimentar recomandat, nu-i așa?*

Pacientul poate fi speriat să contrazică sau să fie de acord cu medicul.

**Întrebări de cercetare** sunt folosite pentru a construi informația plecând de la un răspuns inițial. Ca tip de întrebări pot fi: închise, deschise sau de conducere / control.

**Aceste întrebări demonstrează atenția și interesul medicului pentru pacient.** Dezavantajul acestui tip de întrebări este faptul că pot deveni interrogative dacă sunt folosite frecvent.

Exemple:

*Ce ați dorit să spuneți? Puteți explica? În ce fel?*

Aceste întrebări clarifică farmacistului informația primită anterior.

*De ce spuneți asta?*

Pacientul este rugat să justifice afirmația anterioară.

*Vă mai amintiți și altceva?*

Aceste întrebări încurajează pacientul să dea alte informații care să completeze informația pe care a furnizat-o anterior.

Exemple:

*Ce fel de durere aveți? Cum se manifestă durerea?*

*Ce fel de tuse aveți? Tuse seacă, uscată (fără flegmă), tuse productivă (cu expectorație, flegmă)?*

Și această întrebare solicită mai multe detalii despre informația anterioară.

Exemple:

*Sunteți sigur(ă) că ați luat un comprimat de două ori pe zi? Nu ați luat mai mult de două tablete pe zi, nu-i așa?* Această întrebare verifică informația primită anterior.

### **Parafrizarea**

*Pacientul: Nu-mi place medicamentul X, îl prefer pe Y. Medicul: Preferați medicamentul Y?*

*Pacientul: Mă simt foarte rău, cred că am răcit: îmi curge nasul, am și un pic de febră, mă dor toate!*

*Medicul: Deoarece vă curge nasul, aveți febră, dureri de cap și dureri musculare, credeți că ați răcit și doriți tratament pentru asta?*

Parafrazarea este tot o tehnică prin care se verifică informația primită de la pacient. Totodată, medicul se asigură că a înțeles corect informația transmisă. Parafrazarea se concentrează pe conținutul transmis de pacient, făcând rezumatul a ceea ce a spus, tocmai **pentru a lămuri și a confirma înțelegerea corectă a celor transmise.**

Pașii unui proces de parafrazare sunt:

**Pasul 1:** Dați posibilitate pacientului să termine ce are de spus.

**Pasul 2:** Reformulați, cu propriile cuvinte, ceea ce credeți că pacientul a spus anterior (pasul 1).

**Pasul 3:** Dacă pacientul vă confirmă înțelegerea mesajului, continuați conversația.

**Pasul 4:** Dacă pacientul vă sugerează că ați înțeles greșit, rugați-l să repete astfel: „Nu am înțeles, vă rog frumos să repetați ceea ce ați spus!”

Și parafrazarea este o tehnică utilă de comunicare, cu condiția să nu fie utilizată prea des.

*Cum vă administrați, de obicei medicamentul? Ușor...*

*De câte ori pe zi? De 4-5 ori pe zi*

*Îmi puteți arăta modul în care vă spălați pe dinți?*

*De câte ori pe zi? Odată, de 2-3 ori?*

Uneori, întrebarea pusă, poate pune în încurcătură pacientul, de exemplu, prin utilizarea de către medic a unui limbaj care nu este familiar pacientului (prea mulți termeni medicali).

Exemple:

*-Aveți simptomegastro-intestinale?*

*- ??? (pacientul nu răspunde, este nedumerit)*

*- Vă doare stomacul?*

*- Da, am arsuri, dacă mănânc seara târziu.*

*- Aveți și meteorism?*

*- ??? (pacientul nu răspunde, este nedumerit)*

*- Sunteți și balonat?*

*- Da, mai ales după ce consum fructe.*

De aceea, este necesară adaptarea limbajului, la nivelul de înțelegere al pacientului.

**Întrebări multiple**sunt mai puțin recomandate a se utiliza în comunicarea cu pacientul.

Exemple:

*Știți de câte ori să luați comprimatele? Doriți să-mi mai explicați o dată?  
Înainte de masă sau după masă?*

**Întrebări ajutătoare/de completare sunt** utile atunci când pacientul greșește răspunsul la întrebarea inițială sau dă un răspuns inexact. Pot fi necesare, deoarece întrebarea originală pusă nu a fost suficient de clară.

Exemple:

*-Cât de des luați comprimatele?*

*- Destul de des....*

*- Câte comprimate luați pe zi?*

*-Patru.*

*Ați avut dureri mai mult timp? Este mai rău dimineața? Aveți încheieturile înțepenite?*

*De când are febră copilul? Tușește? I-ați măsurat temperatura?*

Aceste întrebări multiple, fără pauză între ele, pot duce la confuzie; pacientul nu va ști la care dintre întrebări să răspundă mai întâi, și probabil, nu va fi capabil să le rețină pe toate.

Informațiile urmărite de farmacist sunt variate și întrebările utilizate trebuiesc adaptate pacientului:

#### **a)Pacient nou**

- cunoștințele pacientului despre boală, regimul alimentar, condițiile de efectuare a tratamentului și, nu în ultimul rând, obiectivele tratamentului;eventualele probleme cu care se poate confrunta în timpul tratamentului.

#### **b)Pacientul cu boală cronică**

- problemele legate de apariția unei acutizări;
- detalii legate de medicație;
- reacțiile adverse constatate;
- eficiența tratamentului;
- eventualele probleme cu care se poate confrunta în timpul tratamentului.

#### **c)Pacient care se tratează singur**

- descrierea și durata simptomelor;
- durata în timp a persistenței simptomatologiei și succesiunea apariției simptomelor
- metode terapeutice abordate anterior;
- medicamente utilizate anterior;
- eventualele probleme cu care se poate confrunta în timpul tratamentului.



La finalul acestei etape, este important a se **mulțumi pacientului** că a reușit să comunice cât mai multe informații despre problema sa de sănătate, deoarece este un proces destul de incomod pentru acesta. *Prin acest gest de mulțumire îi arătam respect.*

Importanța investigării pacientului nu poate fi subestimată. Informațiile primite de la pacient sunt vitale atunci când se face recomandarea un plan de diagnosticare sau de tratament. Astfel, apare necesitatea structurării întrebărilor într-o ordine care să asigure relevanța detaliilor obținute.

### **Exemplul 1**

**Metoda celor cinci „C”:** (Cine, Care, Când, Ce, Ce)

**Cine?** – cine este pacientul?

**Care?** - care sunt simptomele pacientului?

**Când?** - de când au apărut simptomele?

**Ce?** - ce a întreprins pacientul/apartinătorii până să vină la farmacie?

**Ce?** - ce medicamente luați în acest moment?

Acest set simplu de întrebări aduce informații de bază în discuția pacientului cu medicul, personal medical sau farmacist.

Astfel, medicul va afla **cui se adresează**.

Cu a doua întrebare se **clarifică simptomele** pe care le prezintă pacientul. Foarte important este **momentul** apariției simptomelor. Medicul va formula aceeași ipoteză de diagnostic pentru pacient.

### **Exemplul 2**

**Metoda ENCORE**

**Explore - (Investighează sau cercetează)** se află despre tipul și apariția simptomelor, precum și existența simptomelor asociate;

**No medication? - (Despre medicație)** în această etapă se află totul medicația pacientului în prezent sau în trecut. Din nefericire la noi în țară este extrem de întâlnită automedicația, astfel este extrem de important să aflăm detalii despre un posibil tratament medicamentos;

**Care - (Grijă)** pacienții sunt diferiți și au nevoi diferite: copii, și femei însărcinate sau cele care alăptează, pacienți alergici; aceste diferențe influențează radical recomandările medicului; medicul va trebui să acorde o foarte mare atenție acestei stări de fapt.

**Observe - (Observă)** este deosebit de important să fim atenți la comportamentul, mimica, gesturile, faciesul pacientului, deoarece acestea pot constitui semnale de alarmă pentru medic în anumite - circumstanțe; observarea cu atenție a pacientului poate dezvălui multe detalii despre suferința sa (transpiră, pupile dilatate, miros specific). Foarte rar, un pacient grav bolnav va arăta perfect sănătos.

**Refer - (îndrumă sau trimite)** îndrumarea pacientului către un medic specialist atunci când este necesar: de ex. în cazul pacienților cu risc crescut (sugari, copii, vârstnici etc.) sau atunci când simptomele sunt persistente sau sugerează o stare gravă;

**Explain - (Explică)** - este important a se da explicații pacientului în legătură cu deciziile de investigare șiterapeutice luate; dacă acțiunile, fie că este vorba de un tratament medicamentos sau e vorba de o serie de investigații paraclinice, pe care va trebui să le întreprindă pacientul sunt bine explicate, complianța acestuia la tratament și investigații va fi mult mai mare [271].

### **Exemplul 3 Metoda STOP**

**Simptome** - Care sunt simptomele pacientului?

**Timp** - De când? Debutul și evoluția simptomelor în timp?

**Observarea** - Pacientului de către medic?

**Prezentarea** - La medic?

Utilizarea acestor tipare poate fi benefică mai ales atunci când medicul este presat de timp (rând de pacienți în așteptare), pacientul este grăbit și semnalizează clar că nu este disponibil pentru investigarea amănunțită a medicului. De asemenea, pot constitui baza unor exerciții pentru dezvoltarea abilităților medicului de comunicare cu pacientul, în special în primii ani de activitate, când medicul se confruntă cu lipsa de experiență în ceea ce privește comunicarea cu pacientul [64].

### **3.3.3. Transmiterea informațiilor**

#### **3.3.3.1. Transmiterea informațiilor legate de boală**

##### **Comunicarea diagnosticelor grave**

Comunicarea diagnosticelor grave sunt greu de gestionat de către medici. Pentru a fi empatici cu pacienții medicii trebuie să fie atenți la următoarele detalii înainte de a le comunica pacienților:

- Există pacienți care doresc ca la comunicarea unor diagnostice grave să participe soțul/soția sau alt membru al familiei, iar această dorință trebuie întotdeauna respectată, deoarece ea ușurează mult sarcina medicului și poate ajuta pacientul să gestioneze mai ușor informația.
- Există și cazuri în care incapacitatea pacientului de a înțelege despre ce este vorba nu poate conduce la o discuție cu familia sau alte persoane apropiate, așa cum se întâmplă de exemplu în pediatrie, în psihiatrie sau în cazul pacienților comatoși.
- Există de asemenea pacienți care nu doresc ca familia să fie informată despre starea lor gravă de sănătate, și de asemenea este foarte important pentru încrederea pacienților în medic ca această dorință să le fie respectată.

*Când se comunică un diagnostic grav, nimic nu este mai nepotrivit decât lipsa empatiei, a capacității medicului de a rezona în fața suferinței. Există medici care consideră drept neprofesională emoția și tensiunea pe care comunicarea unui diagnostic grav le-o provoacă.*

Weber M., Werner A., Nehring C, Tentrup F.Y. (1999) considera ca pentru comunicarea diagnosticelor grave trebuie respectate unele condiții, cum ar fi:

1. Pregătirea locului în care se va desfășura întâlnirea sau consultația. Primul pas în comunicarea diagnosticelor grave este pregătirea medicului pentru întâlnire și aceasta înseamnă alegerea unui moment liniștit pentru aceasta. Dacă bolnavul se află în spital medicul se va așeza pe patul pacientului, dar nu se va grăbi să se ridice imediat ce a terminat de vorbit sau de răspuns la întrebări.
2. Exploatarea cunoștințelor și suspiciunilor pacientului privind boala sa.
3. Transmiterea informației în cantități mici și pe căi diverse. Clinicianul trebuie să aibă cunoștințe privind gravitatea bolii și să ajusteze forma prezentării problemelor ce decurg din aceasta în funcție de nevoile emoționale de care pacientul are nevoie.
4. Medicul trebuie să răspundă sentimentelor pacienților. Este bine să se exprime părerile de rău pentru suferința pacientului. Medicul își poate arăta implicarea nu numai prin expresii verbale, dar și printr-o atitudine nonverbală de solidaritate, cum ar fi un bun contact vizual menținut permanent.
5. Medicul stabilește o atitudine de conlucrare pentru viitor deoarece a comunica un diagnostic grav nu e un eveniment punctual ce se desfășoară în câteva minute după care pacientul este abandonat.

**Răspunsul emoțional al pacienților e foarte intens dar și foarte diferit:**

- Unii sunt foarte calmi, chiar reci, interesându-se în totalitate de detalii tehnice. Această reacție, sau lipsa reacției, este o adevărată supapă care permite eliberarea de anxietate a pacientului. Un calm extrem poate sugera și că persoana nu a înțeles mesajul sau nu poate „conecta” emoțional.
- Alți pacienți arată supărare și chiar ostilitate. Pacienții pot face comentarii supărătoare pretinzând că medicul le-a schimbat diagnosticul sau consideră că acesta i-a mințit. Ei pot întreba „de ce spitalul nu este mai eficient?, de ce nu li s-a spus mai devreme că suferă de o boală atât de gravă?” De asemenea, ei pot exagera mult importanța celor câteva zile care au fost necesare pentru precizarea diagnosticului sau pentru gândirea planului terapeutic.
- Unii pacienți vor combina furia cu negarea cerând o a doua opinie, medicul trebuind să ajute pacientul să obțină și altă părere.

Cel mai indicat mod de depășire a barierelor în comunicare este evitarea așa-numitelor adevăruri parțiale.

Din ce în ce mai multe studii vin să confirme faptul că speranța și încrederea în ajutorul divin, chiar și în cazul unor bolnavi considerați incurabili au dus la ameliorarea suferinței și, nu în puține situații, chiar la vindecare. Au existat cazuri de boli incurabile tratate cu placebo sau puterea minții, de asta noi ca medici suntem obligați să însuflăm pacientul pentru vindecare, sau spre o gândire pozitivă chiar dacă noi nu credem în vindecarea lui.

Kenneth Parament, profesor de psihologie la Universitatea de Stat „Bowling Green” din Ohio, a studiat timp de mai mulți ani legătura dintre credință și modul în care peste 600 de pacienți, cu suferințe mai mult sau mai puțin grave au luptat cu boala. Concluziile au arătat că bolnavii care nu credeau în eficiența rugăciunilor și mai ales cei care se credeau abandonați de Dumnezeu erau cu 30% mai mult supuși riscului de a-și pierde viața, în următorii doi ani față de cei care aveau încredere în ajutorul divin, din acest motiv dacă pacienții ne spun și au încredere în noi și ni se destăinuie că ei apelează la ajutorul divin și acesta îi va ajuta, noi nu trebuie să îi descurajăm.

Comunicarea diagnosticelor grave reprezintă o situație medicală și terapeutică în care medicul se află de multe ori fără pregătire de specialitate, aceasta fiind supusă unor erori sistematice care vor scădea mult din calitatea actului medical.

Data fiind de obicei slaba abilitate a medicului privind comunicarea diagnosticelor grave este necesară realizarea unor programe privind etica comunicării medic-pacient. În acest context, ar fi bine să se propună câteva reguli în comunicarea diagnosticului grav:

- Stabilirea unui moment cât mai puțin dureros pentru pacient.
- Alocarea unui timp suficient pentru discuția în care se va comunica diagnosticul grav.
- Se va folosi un limbaj simplu, ferm și clar, pe înțelesul pacientului.
- Se va evita tentația de minimalizare a problemei.
- Se va exprima părerea de rău pentru ce i se întâmplă pacientului.
- Se va asigura pacientul de disponibilitatea medicului în a-l ajuta cu tot ce-i stă în putere.
- Se comunica planul de îngrijire, dar nu se va promite vindecare.

### **3.3.3.2. Transmiterea informației legate de medicație și tratament**

Educarea pacientului, explicarea modului de utilizare a medicamentelor, reacțiile adverse, efectele secundare, interacțiunile medicamentoase sau cu alcool, cafea, etc., este *recomandat a fi făcute într-un mod politicos, calm, profesional, care să inspire încredere și siguranță pacientului.*

Când medicul recomandă medicație simptomatică sau nu, este important să explice orice decizie luată pacientului; în această decizie trebuie inclus și pacientul, care poate alege din mai multe alternative terapeutice. *Uneori, explicațiile medicului sunt mult mai importante decât utilizarea în sine a medicamentelor.* Medicul are responsabilitatea în a se asigura că i se va elibera de către farmacist produsul adecvat pacientului și, de asemenea, este important să se asigure că pacientul știe cum să-și administreze corect medicația. Este necesar să ajute pacientul, să depășească orice confuzie și să-și respecte schema de tratament.

Un **minighid al informațiilor necesare pacientului** cuprinde - următoarele categorii importante, enumerate în ordinea firească a: conținutului:

**a) Numele medicamentului și concentrația (sinonime, DCD);**

Atât medicul cât și farmacistul au obligația să informeze pacientul ce medicamente i-au fost prescrise de către medic (existente pe prescripția medicală) sau pe care le recomandă în farmacie.

De exemplu medicul:

*„Pentru febra copilului vă recomand să folosiți Ibuprofen pe care îl găsiți în farmacie sub denumirea de Nurofen sub formă de sirop sau supozitoare, aceasta este o formă mai scumpă și nu vă pot elibera rețetă gratuită sau Brufen suspensie orală pe care vi-l pot prescrie gratuit. Amândouă sunt același medicament, care acționează la fel, dar depinde de producător. Ce acceptă mai ușor copilul d-voastră sirop sau supozitoare? Doriți produsul gratuit sau cel pe care îl cumpărați? „*

De exemplu farmacistul:

*„Aveți pe rețetă medicamentul X de ....mg (sau ml etc.) care conține substanța activă Y”*

*„Vă recomand Paracetamol Sinus, care conține paracetamol și o substanță numită pseudoefedrină.”*

**b) Scopul tratamentului și efectele medicamentelor**

Pacientul este informat în ce scop i-au fost recomandate produsele și ce efect au.

*„V-am prescris acest medicament pentru a vă ține sub control tensiunea.”*

*„V-am prescris medicamentul XXXX pentru îmbunătățirea circulației și memoriei”*

*„Medicamentul YYYY este pentru calmarea tusei și eliminarea sputei.”*

*„Medicamentul ZZZZ este pentru scăderea febrei și ameliorarea durerilor de cap.”*

**c) Calea de administrare**

Medicul comunică, iar farmacistul reamintește pacientului care este calea de administrare, asigurându-se că a fost înțeles. Calea de administrare a medicamentului prescris de medic este un aspect foarte important de subliniat.

*„Aceste comprimate se înghit cu un pahar cu apă (200 - 250 ml)”.*

*„Conținutul pliculețului îl veți dizolva în 50 ml de apă”.*

*„Conținutul spray-ului se va pulveriza în nas.”*

*„Aceste picături se pun în ureche...”*

*„După deschiderea flaconului să păstrați sticluța la frigider”.*

Pentru administrarea pe cale vaginală, rectală, consilierea pacientului necesită neapărat un spațiu minim de confidențialitate.

*Nu de puține ori au fost identificate situații în care ovulele, comprimatele vaginale sau supozitoarele au fost înghițite de către pacient, datorită faptului că au*

*lipsit informațiile legate de calea de administrare a produsului. Iar aceste erori nu țin neapărat de gradul de educație al pacientului.*

#### **d)Modul de administrare**

Medicul va informa pacientul despre cum se administrează în mod corespunzător medicamentul respectiv; va da recomandări concrete pentru preparate ca picături otice, colice, unguente oftalmice, clisme, aerosoli, inhalații etc.și chiar va recurge la demonstrații acolo unde este cazul.

#### ***Se vor evita expresiile care nu sunt clare pentru pacient!***

Exemple de indicații de administrare necorespunzătoare, de evitat:

- „*Ia nevoie*”,este irelevant; această indicație nu specifică maximul de doze admise pe zi și maximul de doze admis o dată;
- „*după mese*”, „*după mesele principale*”, poate fi o exprimare neclară: o persoană activă poate lua doar două mese pe zi, pe când un pacient diabetic are stabilite de nutriționist 6 mese pe zi; alt exemplu este alimentația sugarului (la fiecare 3-4 ore);
- „*înainte de masă*”,este o informație incompletă, nu specifică cu cât timp înainte de masă (amănunt foarte important dacă ne gândim la administrarea orală a unor antibiotice!); „*de trei ori pe zi*”,este o informație incompletă, fiind irelevant timpul dintre două administrări (important în cazul administrării unui antibiotic);
- „*conform recomandării*”(care recomandare?!),
- „*la fel ca și anterior*”(cum?!) etc.;
- „*cât mai curând posibil*” poate însemna, în funcție de persoană, câteva ore, o zi sau o săptămână;
- „*la prima oră*” poate însemna ora 7, 8, 9, sau 10, în funcție de individ și bioritmul său;
- cuvinte ca, „*repede*”, „*devreme*”, „*cald*”, „*rece*”etc. trebuie evitate în comunicare, pentru că se pot interpreta diferit; dacă totuși se folosesc, ele trebuie să fie precis definite.

Un mod de administrare eronat poate să apară în cazul notării pe ambalajul medicamentului a modului de administrare.

Iată câteva mesaje scrise cu informații insuficiente:

- *notarea pe ambalajul extern al produsului*, „0-1-1”, „1 - 1 - 1”, „1 - 0 - 0”*sunt exprimări total neadecvate, greu de descifrat pentru pacienți și denotă o mare lipsă de profesionalism;*
- *notarea*, „1/2”*se poate ușor confunda cu*, „2”*și invers;*
- *notarea*, „1l-ră”(1 lingură) *se poate ușor confunda cu*, „1 l-ță”(1 linguriță) *datorită prescurtărilor neadecvate etc.*

Exemplu:

- în cazul administrării unui antibiotic pe cale orală cu timpul de înjumătățire la 12 ore, se scrie pe o bucată de hârtie suficient de mare (ATENȚIE NU POST-IT!):
  - denumirea medicamentului și concentrația acestuia (*foarte citeț, cu litere suficient de mari*)
  - 1 comprimat dimineața și 1 comprimat seara (la interval de 12 ore, de ex: ora 8 și 20, sau 9 și 21, sau 7 și 19). Se iau la 15 minute după masă. Se vor consuma multe lichide în timpul zilei (apă, ceai)!
  - Se scrie cum se procedează în caz că a luat un medicament mai târziu decât ora de respectat și se subliniază importanța respectării frecvenței de 12 ore.

#### **e)Momentul administrării raportat la mesele principale și bioritmul circadian[5]**

Pacientul va primi indicații despre momentul optim din zi în care sa își administreze medicamentele. Un medicament care nu este administrat în cel mai favorabil moment al zilei, nu are efectul maxim.

- *Seara (exemplu):* antihistaminice H<sub>2</sub> (ranitidina, famotidina), statine (simvastatina, lovastatina), hipnotice;
- *Dimineața (exemplu):* glucocorticoizii, loratadina, vitaminele și multimineralele.

*Exemple:*

*„Aceste medicamente se iau înainte de a mânca pe stomacul gol”sau inversul, „Trebuie neapărat să mâncați înainte de a lua acest medicament”.*

*„Dizolvați un comprimat de Osteocare de 1000 mg într-un pahar de apă de 200 ml pe care îl beți dimineața după ce luați micul dejun, iar pe parcursul zilei consumați minimul 3 l de apă”,* acesta este mesajul transmis pacientului pentru a se absorbi și fixa calciul în organism și pentru ca să se evite formarea calculilor renali totodată.

#### **f)Doza pentru o dată și pentru 24 de ore, doza maximă ce nu trebuie depășită**

Produsele medicamentoase de pe prescripțiile medicale dar și cele OTC necesită din partea medicului care le prescrie sau le recomandă, dar și din partea farmacistului o atenționare clară în ceea ce privește:

- doza maximă pentru o administrare
- doza maximă pe 24 de ore (de exemplu numărul de comprimate de XXX ce pot fi supte într-o zi;

astfel, pacientului i se transmite, *„să nu luați mai mult de 2 comprimate o dată și să nu luați mai mult de 6 comprimate, în 24 de ore”*).

Un exemplu negativ, foarte frecvent întâlnit este administrarea (ca autome-dicație) a paracetamolului:

- în doze mai mari decât cele admise (pentru o dată / pentru 24 de ore)
- sau combinarea acestuia cu alte combinații (de tip antigripal de genul: Fervex) care, la rândul lor, conțin doze mari de paracetamol,
- sau combinarea acestuia cu aspirină, care se prinde de aceeași receptori.

Toxicitatea paracetamolului la nivel hepatic poate fi devastatoare, putând determina hepatita toxică medicamentoasă. Trebuie explicat clar pacientului că „medicament mult nu înseamnă efect mai bun!”, ci dimpotrivă, doar intoxicare corpului.

### **g)Intervalul dintre administrări**

De cele mai multe ori se utilizează incomplet recomandarea „*de trei ori pe zi*” sau „*de patru ori pe zi*”, lipsind din mesaj intervalul de timp de administrare. Acesta este foarte important a fi specificat, în special în cazul antibioticelor și sulfamidelor.

„*Acest antibiotic de ia din 8 în 8 ore*”, foarte mulți oameni au tendința să ia antibioticul din 6 în 6 ore sau să-l ia după propria schemă primele zile din 6 în 6 ore, apoi din 8 în 8 și la final de 2 ori pe zi. Pentru antibiotic trebuie subliniată necesitatea administrării celor 5, 7 sau 10 zile în funcție de antibiotic, deoarece marea majoritate a oamenilor îl opresc după ce le trece simptomatologia.

„*Aveți grijă medicamentul ce vi-l prescriu acum este antibiotic și chiar dacă trebuie administrat de două ori pe zi, nu uitați că aceasta se face la interval de 12 ore*”.

### **h)Intervalul de timp de administrare**

Informația cu privire la intervalul de timp de administrare dintre două doze este de asemenea foarte important.

Exemple:

**-Tratamentul cu antibiotice:** se atenționează pacientul despre pericolul de a întrerupe sau finaliza înainte de termen tratamentul cu antibiotice (pericolul recidivelor și apariția rezistenței bacteriilor la antibiotic). Cei mai mulți oameni au tendința să rărească administrarea antibioticelor și mai ales de a scurta perioada de timp, pentru a nu-și încărca corpul de chimicale, ca știu ei că nu e bine, astfel iau antibioticul până „nu-i mai dor dinții”, sau „până s-a dezumflat măseaua”, „până nu i-a mai durut gâtul”, „până nu a mai tușit”, etc.

**-Tratamentul cu suplimente alimentare** (vitamine și/sau multiminerale, protectoare ale articulațiilor, complexe cu efect antioxidant, ginseng, pădădie, lăptișor de matcă etc.): efectele benefice ale acestora sunt observate după cel puțin două săptămâni de la prima administrare iar o cură completă are o perioadă ce poate varia între 2, 3 luni sau chiar 6 luni, în funcție de produs.



### **i)Precauțiile și contraindicațiile produsului medicamentos**

Unele medicamente se administrează cu precauție sau sunt contraindicate:

- unor categorii de pacienți:
  - copii (unele produse specifică exact vârsta sub care trebuie evitate a fi administrate copiilor),
  - gravide,
  - mame care alăptează;
- în anumite situații:
  - conducerea autovehiculelor,
  - consumul de alcool,
  - tutun,
  - automedicație.

**Nou-născutul și copilul mic** reprezintă o categorie specială de pacienți. În cazul copiilor sub 2 ani nu se recomandă administrarea medicamentelor sub formă de comprimate, ci doar sub formă de supozitor, picături sau siropuri. De asemenea indiferent de medicamentul prescris sau administrat trebuie testată toleranța și reacția alergică la acesta din partea copilului.

În **sarcină**, administrarea medicamentelor trebuie făcută cu grijă și medicul trebuie să cunoască foarte bine posibilele efecte adverse ale medicamentului asupra fătului cât și asupra mamei. Majoritatea antibioticelor au potențial teratogen la gravide, în perioada embrionară (lunile 1-3) și pot provoca malformații. De asemenea un vomitiv foarte des administrat gravidelor în primul trimestru de sarcină în caz de dizgrauidie este Metoclopramidul, care are potențial teratogen și poate determina de asemenea un sindrom extrapiramidal. Se recomandă, de asemenea prudență și în perioada ultimelor două trimestre de sarcină, chiar și în timpul travaliului. Administrarea anesteziei este de asemenea permisă cu condiția ca aceasta să nu fie efectuată cu adrenalină.

Până în zilele noastre medicii sunt foarte prost informați când vine vorba despre medicația posibilă la **mamele care alăptează** și recomandă întreruperea alăptării pentru orice administrare de medicamente. Mamelor care alăptează le sunt permise foarte multe medicamente, dar înainte de a prescrie un medicament acestora medicul trebuie să aibă în vedere următoarele:

- **Vârsta copilului alăptat**, este o diferență între un bebeluș de o lună și un copil de 2 ani. De exemplu: nurofenul se poate administra la mamă de la vârsta de 3 luni a bebelușului, de când și lui i se permite acest antiinflamator, pentru diaree se poate folosi Smecta, care se indică și în tratamentul bebelușilor. Paracetamol se poate lua pentru calmarea durerilor din prima zi.
- **Posibilele alergii ale mamei sau ale copilului**
- **Verificarea pe site-ul <http://www.e-lactancia.org/>**, unde se poate verifica compatibilitatea medicamentului cu alăptarea.

**Capacitatea de conducere a autovehiculelor** este diminuată de la unele medicamente cum ar fi:

- deprimantele SNC (hipnotice, tranchilizante, medicamente care au efect secundar sedativ),
- medicamentele ce afectează vederea (medicamente adresate investigaării fundului de ochi în oftalmologie, laucomatoase etc.),
- unele antihipertensive care au și efect sedativ: propranolol, clonidină,
- unele antiasmatice cu efect sedativ (ketotifen).

#### **j) Reacțiile adverse (R.A.) previzibile ale medicației**

Se atenționează pacientul, cu foarte multă grijă, asupra manifestărilor R.A., gravității lor, durată, necesitatea observării și raportării imediate a apariției acestora. Este foarte important ca pacientul să fie informat despre cele mai previzibile R.A. care pot să apară în timpul tratamentului și despre conduita de urmat în cazul apariției lor.

**Nu este nevoie a se detalia situația în amănunt a tuturor R.A. existente în prospectul medicamentului (!)**, dar sunt necesare explicații simple, pentru liniștirea pacientului. Accentuarea pericolului reacțiilor adverse poate influența negativ pacientul și-l poate determina chiar să renunțe la tratament.

#### **k) Alimentația adecvată regimului medicamentos**

Alimentele influențează negativ absorbția medicamentelor, reprezentând o barieră fizică spre suprafața de absorbție, întârzie absorbția intestinală, prin întârzierea golirii stomacului, în funcție de cantitatea alimentelor, vâscozitatea, compoziția și temperatura lor, scad absorbția pentru medicamentele degradate în stomac.

Alimentele scad cantitatea absorbită a unor medicamente: furosemid, unele antibiotice (ampicilina, fenoximetilpenicilina, lincomicina, eritromicina, norfloxacina, rifampicina, izoniazida), unele citostatice (metrotexat, melfalan), loratadina, isosorbid dinitrat, captopril, lisinopril, sotalol, ketoprofen, lansoprazol, teofilina, sulfametoxazol, trimetoprim. Este recomandabil ca aceste medicamente să se administreze cu 1 oră înainte de mesele principale sau la 2 - 3 ore după masă, pentru a nu fi scăzută cantitatea de substanță activă absorbită și, implicit, diminuat efectul terapeutic urmărit.

Medicamentele la care se urmărește un efect rapid, precum unele:

- analgezice (paracetamol, ibuprofen),
- hipnotice (nitrazepam, diazepam, Zolpidem etc.),
- antihistaminice (prometazina, clemastina, cetirizina, azelastina, loratadina)

se administrează cu 1 oră înainte de mesele principale sau la 2-3 ore după masă, pentru a evita eventualele incompatibilități dintre medicamente și diverse substanțe care se regăsesc în alimente.

Alte medicamente cu administrare cronică (în poliartrită, afecțiuni ale articulațiilor etc.), cum sunt antiinflamatoarele nesteroidiene (AINS) se administrează la

sfârșitul mesei. Efectul terapeutic al AINS nu este modificat semnificativ iar alimentele protejează mucoasa gastrică de efectul iritant. Prezența alimentelor este utilă și în cazul substanțelor medicamentoase iritante ale mucoaselor, care se administrează, în general, după mese sau asociate cu lapte: săruri de potasiu și calciu, derivați de teofilina, cafeina etc.

**Produsele lactate**, care au un conținut mare de ioni de calciu, scad cantitatea absorbită a tetraciclinelor și a fluorochinolonelor antibacteriene (ciprofloxacina, moxifloxacina) deoarece formează cu acestea complexi insolubili, inactivi farmacologic. Astfel, bolnavii tratați cu aceste antibiotice, trebuie sfătuiți să evite produsele lactate, produsele antiacide sau antianemice.

Asemănător și **alimentele bogate în tanin, calciu, proteine** în exces micșorează absorbția **preparatelor cu fier**.

**Levodopa** se absoarbe mai puțin dacă se administrează o **dietă bogată în proteine** (datorită aminoaciduriei fenilalaninei). Din acest motiv în cazul produselor medicamentoase care conțin levodopa este recomandabil să fie administrate cu 1 oră înainte de mesele principale sau la 2-3 ore după masă.

Unele medicamente se administrează la sfârșitul mesei, deoarece au o absorbție mai bună sau fără modificări, în prezența alimentelor: carbamazepina, metoprololul, nifedipina, propranololul, spironolactona, nitrofurantoina, albendazolul, mebendazolul. Efectul farmacologic al medicamentelor respective nu este modificat semnificativ, iar alimentele tejează mucoasa gastrică de efectul iritant.

**Alimentele bogate în fibre vegetale**, prin adsorbție, întârzie absorbția unor medicamente cum ar fi digoxinul, iar cele bogate în vitamina B<sub>6</sub> (ficat de vită, carne de porc, ton, avocado proaspăt, mazăre, fasole), consumate în cantități mari, pot stimula biotransformarea antiparkinsonianului levodopa, cu diminuarea eficacității.

**Alimentele bogate în vitamina K** (ficat, ceai negru, cereale, vegetale proaspete: brocoli, conopidă, morcov, soia, spanac, varză), consumate în cantități mari, pot reduce efectul anticoagulantelor, prin antagonism de efect.

**Cafeaua** prezintă antagonism de efect (are efect de stimulare a secreției gastrice) și reduce eficacitatea antiulceroaselor.

**Alimentele bogate în tiramină** (banane, brânzeturi fermentate, bere, ciocolată, cafea, ficat de pui, iaurt, pește afumat, struguri, vin roșu), consumate pe parcursul unui tratament antidepresiv cu IMAO neselective, printr-un sinergism de potențare, pot declanșa sindromul cunoscut ca: „*cheese effect*” - manifestat cu stimulare cardiovasculară periculoasă: HTA paroxistică, tahicardie, aritmii, AVC.

**Sucurile acide** influențează absorbția substanțelor bazice și stabilitatea unor medicamente instabile la pH acid (de exemplu: ampicilina, tetracilina, eritromicina bază, penicilina V); aceste medicamente se administrează, în general, la aproximativ 2-3 ore după masă, când pH-ul acid este mai redus.

**Lactatele** (laptele, brânza, smântână, frișca) în asocieră cu antiacide conținând ioni de calciu, Ca<sup>2+</sup> (exemplu carbonatul de calciu), în doze mari, timp îndelungat, prin sinergism chimic, pot induce sindromul „*antiacide-lapte*”, manifestat cu hipercalcemie marcată, osteoporoză și litiază calcică.

**Sucul de grapefruit** consumat cronic reduce biotransformarea multor medicamente, antrenând efecte de supradozare a acestora: diazepam, antialergice anti-H<sub>1</sub> (terfenadina). În timpul unui tratament medicamentos se va evita consumul de grapefruit (fruct sau suc).

**Regula de bază în administrarea medicamentelor solide pe cale orală, indiferent de forma lor farmaceutică: - administrarea medicamentelor se face cu o cantitate relativ mare de apă (un pahar de 250 ml).**

Avantaje:

- dezintegrarea formelor farmaceutice;
- dizolvarea formelor farmaceutice;
- grăbirea golirii stomacului;
- mărirea disponibilului de molecule la nivelul suprafeței de absorbție.

În general se evită ceaiul, cafeaua, sucurile, laptele în administrarea concomitentă cu medicamentele!

### **1) Depozitarea corespunzătoare a medicamentelor și respectarea termenului de valabilitate**

Farmacistul are obligația de a informa pacientul despre condițiile de păstrare în casă a medicamentelor eliberate și să citească cu atenție prospectul medicamentului respectiv. Se evită un mediu prea cald, prea umed, prea rece sau expunerea la lumină. Condițiile de păstrare a medicamentelor sunt însoțite de următoarele expresii și temperatura de păstrare corespunzătoare:

- „la rece”-(2-8° C), „la loc răcoros”, (8-15° C),
- „la temperatura camerei”, (15-25° C)
- „ferit de umiditate”.

*Atenție! Medicamentele nu se păstrează în baie sau în bucătăriedeoarece, din cauza variațiilor de temperatură, substanțele active se pot inactiva. Dulăpiorul cu medicamente (al casei) ar trebui să fie din lemn sau din plastic și cât mai protejat de accesul copiilor. În general, medicamentele trebuie păstrate în ambalajul original.*

**La frigider, între 2 și 6 grade Celsius** se păstrează vaccinurile, serurile, insulina, unele suspensii pentru copii etc.

**Picăturile de ochi (coblerele)** se folosesc maximum o lună de la deschiderea flaconului. Se atenționează pacientul că, deși majoritatea produselor au trecut pe prospect termenul de garanție (de maximum trei ani), acesta *este valabil doar atâta timp cât flaconul nu a fost desigilat*. După efectuarea tratamentului, flaconul respectiv nu se păstrează mai mult de o lună de la deschiderea flaconului.

Alte sfaturi pe care le poate da medicul, iar apoi repeta farmacistul în legătură cu păstrarea medicamentelor să verifice înainte de utilizare:

- termenul de valabilitate ale medicamentelor păstrate în casă (pentru dureri de cap, de dinți, antigripale etc.)
- dacă nu și-au modificat consistența, culoarea, forma sau mirosul.

### **m) Reguli de igienă care trebuie respectate pentru administrarea și păstrarea medicamentelor**

Diverse produse medicamentoase implică respectarea unor reguli minime de igienă la administrare. De exemplu:

- în cazul picăturilor de ochi, unguentelor/gelurilor oftalmice, picăturilor otice, suspensiile pentru copii etc., medicul la scrierea rețetei, cât și farmacistul la eliberarea rețetei, vor sublinia importanța igienei în administrarea tratamentului medicamentos.
- la prepararea picăturilor oculare, înaintea fiecărei aplicări, „*mâinile trebuie să fie curate*”. Nu se atinge orificiul de deschidere al purtătorului sau al tubului, nefiind permis contactul direct cu ochiul. În cazul picurătoarelor nazale, după fiecare utilizare este indicat a se spăla cu apă fiartă vârful detașabil al spray-ului nazal.
- Plasterii transdermici se aplică pe piele, doar dacă aceasta nu prezintă infecții, leziuni sau echimoze. Zona pe care se aplică plasterii trebuie să fie fără păr, curată (se spală în prealabil) și uscată.
- Administrarea comprimatelor, cremelor, unguentelor sau gelurilor de uz vaginal sau supozitoarelor, este necesară spălarea pe mâini înainte și după administrare.
- Aplicatorul, dacă este de unică folosință se aruncă, dacă nu, se spală cu atenție cu apă fiartă.

**Regula generală de igienă înainte și după administrarea diferitelor forme farmaceutice este spălarea mâinilor cu apă și săpun, iar în cazul preparatelor externe, zona pe care se aplică să fie cât mai curată.**

Mesajele către pacient vor fi: **simple, scurte, empatic, relevante!** Provenite de la englezescul „keep it Simple, Short, Empathetic and Relevant” (KISSER)

## **3.4. COMUNICAREA VERBALĂ CU PACIENTUL**

Calitatea informațiilor obținute de medic în timpul consultațiilor este strâns legată de abilitatea de a pune întrebări pacientului și de a crea o relație bună cu el. Studiile demonstrează că între 60 și 80% din informațiile necesare stabilirii diagnosticului primar sunt obținute în timpul interviului cu pacientul. Dacă variabila „pacient” nu poate fi controlată în acest caz, medicul își poate antrena capacitatea de a stabili o relație de calitate cu pacientul său și își poate îmbunătăți mereu abilitățile legate de comunicare.

Ca proces important în actul medical, comunicarea este un proces activ de transmitere și recepționare de informații, în care cel puțin unul dintre partenerii de comunicare (terapeutul) trebuie să aibă abilități de:

- ascultare activă
- înțelegere a mesajului și de a răspunde unor întrebări

- interpretare a limbajului nonverbal
- motivare a interlocutorului pentru ca acesta să susțină conversația.

O relație terapeutică de calitate presupune că medicul:

- Își orientează atenția asupra pacientului;
- Creează și menține un mediu care să protejeze demnitatea pacientului;
- Păstrează confidențialitatea actului medical;
- Are drept principală preocupare binele pacientului - primum non nocere!;
- Respectă pacientul și îl tratează ca pe un întreg.

Regulile comunicării verbale în comunicarea medic-pacient:

- utilizarea cuvintelor și expresiilor clare, pe care pacientul le poate înțelege ușor;
- nu se vorbește în limbaj de specialitate decât atunci când este strict necesar, iar în aceste condiții se explică clientului termenii;
- nu se folosesc fraze întortocheate;
- se cere feedback cu privire la cele înțelese; spunem când nu am înțeles ceva, cerem lămuriri.

***Ascultarea activă*** înseamnă:

- Ascultarea mesajului – este important să acordăm atenție informațiilor care se transmit, să auzim și să înțelegem mesajul transmis.
- Identificarea emoțiilor pe care le conține mesajul – aceste emoții pot fi exprimate direct, prin cuvinte sau trebuie să le identificăm singuri, în funcție de mimică, gesturi, tonalitate, pauze în vorbire.
- Înlăturarea posibilelor bariere în calea comunicării – evită să dai ordine, să ameninți, să critici neconstructiv, să interoghezi, să ironizezi etc. Aceste bariere se pot datora interlocutorului sau chiar ție.
- Verificarea înțelegerii corecte a mesajului – punem întrebări, urmărim dacă limbajul nonverbal este în concordanță cu mesajul verbal transmis.
- Încurajarea vorbitorului pentru a continua.

*Elementele ascultării active* sunt:

- feedback-ul,
- sumarizarea,
- formularea întrebărilor.

Exemple de expresii indezirabile în relația terapeutică:

- Expresii din familia „negarea negativului”. Chiar dacă la nivelul conștientului cel care va asculta va înțelege perfect, la nivelul subconștientului, creierul nu înțelege negarea și se va forma chiar

imaginea pe care nu o vreți! De exemplu, în loc de „Nu vă supărați...”, spuneți „Fiți amabil...”

- „Da, dar...” La nivel subliminal, clientul percepe oricum un „nu” (o poziție diferită de a lui, o critică la ceea ce a spus) și, în loc să asculte ceea ce urmează după „dar”, va deveni mai rigid. Ceea ce aveți de făcut este să înlocuiți „dar” cu „și”.
- Adesea auzim expresia „Îmi pare rău... dar...”, singurul „rezultat” pe care îl obținem este pierderea respectului din partea clientului. Dacă există un motiv pentru care trebuie să ne cerem scuze, putem formula altfel, de exemplu: „Ceea ce s-a întâmplat este, într-adevăr, ceva foarte neplăcut. Haideți să vedem cum putem găsi o rezolvare”.
- „Voi încerca”. A spune „O să încerc” sau ceva asemănător înseamnă, evident, a pregăti terenul pentru a putea spune mai târziu: „Am încercat, dar nu a fost posibil”. Verbul „a încerca” nu creează deloc încredere și îi dă imediat de bănuț clientului. Dacă rezultatul pe care îl va aduce serviciul nostru nu este garantat, este profesionist să spunem ceva de genul: „Din experiența mea pot să vă spun că...”.
- „Nu sunt sigur”. Cum să convingem un client atâta timp cât noi înșine nu suntem convinși (și lăsăm și să se vadă lucrul acesta)? Dacă ne aflăm în dificultate (adică atunci când clientul are o obiecție sau formulează o întrebare la care nu avem răspuns) iată ce vom spune: „Întrebarea dvs. e foarte interesantă. Am să caut în literatura de specialitate răspunsul și am să vă pregătesc un material pe data viitoare cu privire la acest aspect.” Fiți curajoși și recunoașteți când nu știți ceva. A da senzația că suntem atotcunoscători, determină neîncredere din partea clientului.
- „Ca să fiu sincer...” („Dacă tot trebuie să spunem adevărul...”, „Vorbind serios...”). Ce să înțelegem? Că până acum s-a glumit ori s-au spus minciuni? Aceasta este o expresie care subliniază mesajul unei fraze și totuși nu liniștește clientul, ci mărește neîncrederea. La fel, declarațiile de genul „Pe onoarea mea” nu fac decât să declanșeze suspiciuni. Onoarea se demonstrează cu fapte, nu cu declarații.
- Evitarea negațiilor – pentru clarificare, puneți clientului întrebări afirmative, de genul: „Doriți să discutăm azi despre ...?” și evitați întrebările de genul: „Nu doriți să discutăm azi despre...?”

**LA PRIMUL CONTACT** cu pacientul medicul v-a încerca să afle următoarele date de la pacientul său. Aceste date sunt următoarele:

**1. Datele personale ale pacientului** –cuprind date de identificare ale pacientului precum: nume, vârsta, sex, adresa și număr de telefon, grup sanguin, stare civilă, locul de muncă și ocupația,dg. de trimitere și dg.la internare, data și ora internării (ultimele patru în caz că ne referim la o internare a pacientului în spital).

**Vârsta** – imprimă anumite particularități ale bolilor depinzând de ea.

- în copilărie predomină bolile infecto-contagioase (scarlatina, rujeola, rubeola, varicela, tusea convulsivă), boli congenitale, rahitismul etc.
- în adolescență – angina streptococică cu complicațiile ei, reumatismul poliarticular acut, glomerulonefrita acută, cardita reumatică; hepatita acută virală, tuberculoza pulmonară, boli hormonale legate de pubertate
- adulții pot avea orice patologie:
  - o unele fiind urmare a unor boli din copilărie (stenoza mitrală, insuficiența mitrală, insuficiența cardiacă),
  - o boli congenitale-hipertensiunea arterială esențială, anemii hemolitice, ulcerul gastro-duodenal;
  - o boli câștigate prin anumite obiceiuri, alimentație, alcool, fumat, stres: ulcer, colecistite, diabet zaharat, HTA, dislipidemii, cardiopatia ischemică acută și cronică, hepatite acute virale sau cronice, boli venerice, HIV, hemopatii maligne, cancer etc.
- vârstnicii au o patologie specifică legată de ateroscleroză, lacunarism cerebral, accidente neurologice, reumatismul degenerativ, emfizemul pulmonar, cancere cu diferite localizări, infarctul miocardic, boala Alzheimer, etc.

**Sexul** – influențează prin aspectele particulare morfo-fiziologice diferite la bărbați și femei, determinând boli care apar exclusiv la femei sau bărbați sau boli cu incidență mai crescută la unii sau la alții.

➤ **Femeile**

- o **aspecte fiziologice** legate de menarhă, graviditate și menopauză, precum și boli specifice lor: metroanexite, fibrom uterin, chiste ovariene, cancerul de col și corp uterin.
- o **patologii cronice** frecvente: stenoza mitrală, astmul bronșic, colecistite, litiaza biliară, colitele, infecțiile urinare, hipertiroidismul, tromboflebitele, lupusul eritematos diseminat, poliartrita reumatoidă, cancerul mamar etc.

➤ **Bărbații**

- o **patologii caracteristice organelor genitale** masculine: orhiepididimita, adenomul și cancerul de prostată, cancerul testicular; hemofiliile
- o **patologii cronice frecvente**: stenoza și insuficiența aortică, infarctul miocardic, cordul pulmonar cronic, bronșiectazia, ulcerul duodenal, guta, cancerul bronho-pulmonar, spondilita anchilozantă, trombangita obliterantă etc.

**Domiciliul și locul nașterii** – pot uneori furniza date despre anumite zone geografice cu patologii specifice.

- o Gușa endemică sau distrofia endemică tireopată – apare în anumite zone cu conținut scăzut de iod (Munții Apuseni, Maramureș);



- Nefropatia endemică balcanică – o nefrită tubulo-interstițială care apare mai ales în zona Dunării, la granița cu Bulgaria și Serbia (MH, DJ, CS)
- Talasemiile – anemii hemolitice congenitale care apar mai ales în Dobrogea, Delta Dunării și frecvent în Grecia
- Malaria – apăsarea mai ales în zonele mlăștinoase, unde era prezent țânțarul anofel, actual eradicat în România dar boala este prezentă frecvent în țările Africii
- Parazitozele tropicale (tripanostomiaza, filarioza), holera se mai întâlnesc și azi în țări din Asia și Africa.

## **2. Anamneza**

Este foarte utilă în orientarea spre un diagnostic și ea depinde de experiența și mai ales de modul de abordare de către medic al pacientului și al anturajului acestuia. Uneori o anamneză corectă conduce rapid spre orientarea către diagnostic, acesta fiind necesar pentru tratamentul de urgență cum ar fi infarctul acut, intoxicațiile medicamentoase sau alimentare, ulcerul perforat, apendicita acută etc.

Informațiile privind semnele și simptomele de debut precum și cauzele apariției lor sunt definitorii în orientarea spre diagnostic.

**2.1. Motivele prezentării la medic** - cuprind toate semnele și simptomele pe care le poate preciza pacientul dar acestea depind de modul de chestionare al pacientului și de traducerea medicului în termeni medicali. Acestea vor fi grupate pe cât posibil pe aparate, având în vedere că pacientul poate avea o asociere de boli. De exemplu:

- dureri precordiale, palpitații, dispnee după efort – ne orientează spre o boală cardiacă;
- tuse productivă, junghi toracic, febră – spre o infecție pulmonară;
- disurie, dureri lombare, frisoane, febră, urini tulburi – spre o infecție urinară.

**2.2. Antecedentele heredo-colaterale.** Sunt necesare anumite întrebări privind rudele și bolile mai importante apărute în familie. Sunt boli care au transmitere ereditară cum ar fi: microsferocitoza ereditară și alte anemii hemolitice, hemofilia la rudele de sex masculin din partea mamei dar și a tatălui, guta, diabetul insipid, rinichiul polichistic, sifilisul, infecția cu HIV etc.

Alte boli pot apare în familii ca și boli cu predispoziție ereditară cum ar fi: HTA esențială, litiaza biliară, diabetul zaharat tip II, ulcerul duodenal, neoplaziile, epilepsia, schizofrenia, obezitatea, dislipidemiile, cardiopatia ischemică etc.

Un alt aspect ține de locul de coabitare și de muncă în vederea depistării unor boli transmisibile sau contagioase cum ar fi: tuberculoza la alți membri ai familiei sau la colegi, alte boli contagioase recente: hepatita acută, varicela, rujeola, scarlatina, boli parazitare.

**2.3. Antecedentele personale fiziologice.** Au importanță mare la copii dar și la adulți.

Ne interesează:

- tipul de naștere (prematură, natural), probleme din copilărie (condiții de locuit)
- Vârsta debutului ciclului menstrual - menarha, periodicitatea ciclului, cu aspecte precise privind durata lui, numărul de sarcini, avorturi, sunt importante pentru anemiile feriprive.
- Vârsta de instalare a menopauzei cu toate tulburările ei care pot determina apariția unor alte boli: HTA, boli endocrine, osteoporoza, boli psihice, cancerul mamar sau uterin etc.
- aflarea momentului instalării pubertății și tulburările apărute.

**2.4. Antecedentele personale patologice** – aici ne interesăm de toate bolile pe care le-au avut pacienții din copilărie și până în momentul internării mai ales cele corelate cu motivele prezentării la medic. Unele boli anterioare pot avea urmări în timp. De exemplu, scarlatina sau infecția streptococică (angine) poate determina GNA sau RPA cu cardită reumatică, valvulopatii, insuficiență cardiacă.

Sunt obligatorii aflarea acestor boli, deoarece multe fac complicații la nivelul mai multor aparate: boli digestive, cardio-respiratorii, respiratorii, renale, endocrine, neurologice etc.

Infecțiile venerice, de tipul sifilisului și mai ales SIDA sunt mai dificil de recunoscut.

Hepatitele virale cu virus B și C pot avea ca și cauză diverse tratamente anterioare injectabile, transfuzii în antecedente.

Sunt importante intervențiile chirurgicale, traumatismele, intoxicațiile, tratamente medicamentoase mai îndelungate, iradierile terapeutice.

**2.5. Condițiile de viață.** Factorii de mediu, de la domiciliu și de la locul de muncă pot constitui elemente de risc pentru apariția și agravarea unor boli.

Locuința – poate interveni în apariția sau agravarea unor boli preexistente prin condițiile pe care le oferă. De exemplu:

- locuință insalubră, umedă sau cu praf, poate determina apariția rahitismului la copii și a tuberculozei, mai ales cu o alimentație precară. De asemenea praful, igrasia pot determina apariția și declanșarea astmului bronșic.
- Alimentația – intervine în mai multe momente ale vieții în apariția unor boli. În copilărie o alimentație carentată, mai ales în vitamine și proteine poate determina apariția copiilor subnutriți, cu rahitism sau disproteinemii.
  - Excesul de glucide și sau lipide, mai ales în prezența unor factori ereditari poate determina apariția obezității, a diabetului zaharat, a

dislipidemiilor și apoi a bolilor secundare lor, ateroscleroza, cardiopatia ischemică, HTA, accidente neurologice și boli osteo-articulare.

- Alimentația dezordonată, fără orar fix și mai ales în prezența unor factori nocivi, fumat, alcool, pot determina apariția ulcerului gastro-duodenal, gastritei, hepatopatiilor cronice, enterocolitelor.
- Consumul de toxice – în mod excesiv și în colaborare cu o alimentație precară pot determina apariția și agravarea unor boli hepatice, hepatita cronică etanolică, boli gastro-intestinale, cardiace (cardiomiopatia dilatativă), neurologice și psihice (delirium tremens).
- Fumatul – are consecințe directe asupra tractului respirator superior sau chiar a celui inferior prin acțiunea cancerigenă a produșilor de ardere din tutun (gudroane, benzspiren) și apariția cancerului de buză, laringian, bronho-pulmonar și a altor boli respiratorii. Bronșitele cronice, astmul bronșic, duc în timp la apariția altor boli de tipul cordului pulmonar cronic și a gastritelor cronice.
- Abuzul de medicamente – constituie actualmente un pericol iminent. Este vorba de consumul de somnifere, de droguri (morfină, halucinogene, amfetamine, etc.), anticoncepționale, antiinflamatoare. Modul și locul lor de acțiune este diferit dar pot constitui cauze grave de boli psihice, hepatice, gastrice, hematologice.

**2.6. Condițiile de muncă**—în anumite condiții, locul de muncă și profesia bolnavului pot constitui cauze morbide pentru anumite boli. Din acest motiv a luat naștere și specialitatea medicală, medicina muncii, care a luat un mare avânt în ultimii ani. Cele mai cunoscute meserii cu factori nocivi sunt: mineritul, morăritul, industria de prelucrare a produșilor de benzină, a diluanților, etc.

- minerii (silicoza, antracoza, silico-tuberculoza),
- muncitorii din industria morăritului – boli pulmonare,
- din inds. solvenților organici – aplazii medulare, etc.

Un factor nociv și recunoscut tot mai mult în ultimul deceniu este **STRESUL**.

**2.7. Istoricul bolii.** Anamneza pacientului constituie modul în care putem afla toate aspectele legate de debutul bolii sau al bolilor pentru care acesta s-a prezentat la medic.

Este important de precizat:

- modul de debut brusc sau insidios,
- posibile cauze determinante ale apariției simptomelor,
- caracterul simptomelor cu sau fără tratament, evoluția lor în timp.

Un inconvenient este modul diferit de percepție a durerii de către pacient, unii minimalizând durerea iar alții exagerând-o. Este important de a evidenția pentru durere locul, intensitatea, iradierea, evoluția cu sau fără tratament, apariția de semne de asociere.

Toate manifestările de boală cu evoluția lor se vor descrie separat, cu termeni medicali, la acest capitol, istoricul bolii fiind decisiv în diagnosticul și atitudinea medicului pentru terapie.

### 3.5. COMUNICAREA ASERTIVĂ CU PACIENTUL

În literatura de specialitate, pentru desemnarea unei comunicări eficiente și, respectiv, a conduitelor optime, se întâlnesc tot mai des sintagmele: comunicare asertivă și comportament asertiv. Dar ce înseamnă de fapt asertivitatea? Dacă pentru o descriere amplă am putea să ne imaginăm relațiile umane pe un continuum, atunci la cei doi poli ai acestuia s-ar găsi comunicarea și comportamentul agresiv, respectiv comunicarea și comportamentul pasiv. La mijlocul acestui continuum s-ar situa comunicarea și comportamentul asertiv. Noțiunea de asertivitate a fost introdusă de specialiști în terapia comportamentală, care afirmă că asertivitatea inhibă anxietatea, reduce depresia. Se subliniază faptul că un comportament asertiv conduce la o îmbunătățire a imaginii de sine.

Asertivitatea comportă patru elemente legate de componenta cognitivă:

- refuzul cererilor – a putea spune NU;
- solicitarea favorurilor și formularea de cereri;
- exprimarea sentimentelor pozitive și negative;
- inițiere, continuare și încheiere a unei conversații generale.

Componenta comportamentală a asertivității include o serie de elemente non-verbale, cum ar fi:

- *Contactul vizual*: o persoană asertivă își privește interlocutorul drept în ochi. Lipsa contactului vizual poate transmite mesaje nedorite, de tipul: „eu nu sunt convins de ceea ce spun” sau „îmi este foarte frică”

- *Tonul vocii*: chiar și cel mai asertiv mesaj își va pierde din semnificație dacă va fi exprimat cu o voce șoptită (aceasta va da impresia de nesiguranță) sau prea tare, fapt care ar putea activa comportamentul de apărare al interlocutorului.

- *Postura*: poziția corpului unei persoane asertive diferă de la situație la situație. Totuși, se apreciază că, în majoritatea cazurilor, subiectul trebuie să stea drept: nici prea rigid, pentru că aceasta exprimă o stare de încordare, nici prea relaxat, pentru ca ceilalți ar putea interpreta o astfel de poziție ca fiind lipsită de respect.

- *Mimica*: pentru ca mesajul să aibă caracter asertiv, mimica trebuie să fie adecvată și congruentă cu conținutul mesajului. Astfel, de exemplu, dacă cineva zâmbește atunci când afirmă că ceva îl supără, oferă interlocutorului o informație ambiguă care alterează sensul comunicării.

- *Momentul administrării mesajului*: cel mai eficient mesaj asertiv își pierde semnificația dacă este administrat într-un moment nepotrivit.

- *Conținutul*: chiar dacă celelalte condiții sunt respectate, mesajul nu-și atinge scopul dacă este prea agresiv, cu intenția de a-l blama pe celălalt sau, dimpotrivă, exprimat prea timid și într-un mod pasiv. Conținutul unui mesaj trebuie să fie precis, descriptiv și direct.

### 3.6. COMUNICAREA NON-VERBALĂ CU PACIENTUL

**Comunicarea non-verbală**, deseori denumită și **comportamentul Kin-verbal** sau **limbajul corpului** (*body language*), este o modalitate de a transmite informații prin intermediul expresiilor faciale, gesturilor, atingerii, mișcărilor, posturii corpului, accesoriilor personale (haine, bijuterii, stilul părului, tatuaje etc.), tonalitatea vocii, timbrul și volumul vocii fiecăruia.

Comportamentele non-verbale reprezintă aproximativ 60-65% din întreaga comunicare intrapersonală iar în timpul momentelor intime pot constitui chiar 100%. din comunicare. „*Văd ceea ce gândești!*” (Marvin Karlins, PhD în psihologie)

Comunicarea non-verbală are un rol important în interacțiunea medic – pacient, unde sunt foarte importante: **tonul vocii, poziția corpului, contactul vizual, zâmbetul, apropierea și utilizarea gesturilor.**

Stăpânirea unor elemente de comunicare non-verbală este utilă medicului în efectuarea unei comunicări eficiente cu pacientul [269, 272].

Comunicarea non-verbală cu pacientul în timpul consultului medical, include pe lângă cele discutate în capitolul anterior, **examenul obiectiv al pacientului.**

Eficacitatea examenului obiectiv depinde de experiența medicului pentru a decela toate semnele patologice, pe care trebuie să le interpreteze în contextul anamnezei efectuate în prealabil.

Metodele clasice ale examenului obiectiv constau în:

- inspecție,
- palpare,
- percuție
- ascultare.

#### I. INSPECȚIA

Pornind de la citatul lui Corrigan care susține că „problema medicilor nu este aceea că nu știu destul, ci că nu observă îndeajuns”, putem afirma că limbajul non-verbal are și aici o pondere semnificativă pentru stabilirea diagnosticului și tratamentului unui pacient, astfel putem afirma că inspecția, care constă în observarea vizuală a semnelor de boală pe toată suprafața corpului și în cavitățile accesibile este extrem pe importantă și trebuie să-i acordăm atenția scontată.

Inspecția se face în condiții de luminozitate corespunzătoare, de preferat lumina naturală și va ține cont de pudorea pacientului dar nu se va neglija nici o regiune a corpului, explicându-se necesitatea examenului în prealabil.

Inspecția se va începe cu extremitatea cefalică, urmată de gât, torace, membrele superioare, abdomen și membrele inferioare.

Este imperios necesar de a efectua examenul în poziție statică și apoi în mișcare.

**II. PALPAREA** – decelează modificările superficiale sau mai profunde produse de boală și se efectuează prin utilizarea pulpei degetelor sau a mâinii. Înainte de efectuarea acesteia se încălzesc în prealabil mâinile și se recomandă efectuarea acesteia cu mănuși medicale de unică folosință. Toate modificările decelate vor fi descrise prin localizarea lor în raport cu regiunile topografice ale corpului, mărimea, forma, conturul, consistența, sensibilitatea spontană sau la palpare și mobilitatea lor.

**III. PERCUȚIA** – este o metodă digitală de completare a palpării în anumite modificări patologice. Ea constă în lovirea ușoară, repetată a suprafeței cercetate, în scopul explorării zonelor subiacente. Percuția se face digito-digital, prin utilizarea degetului mijlociu al mâinii drepte care lovește, ca un ciocănel, degetul mijlociu al mâinii stângi, care este aplicată pe suprafața zonei cercetate. Întotdeauna percuția se efectuează bilateral și prin comparare stânga- dreapta în cazul plămânilor.

**Percuția** poate fi:

- superficială, când explorează zone până la 3-5 cm adâncime,
- profundă, când explorează la o adâncime de 7 cm.

La percuție se aude un sunet cu intensitate, tonalitate și timbru caracteristice, depinzând de prezența sau absența aerului în zona percutată. Astfel putem întâlni:

- **Sunetul mat (matitatea)** este dată de prezența unor țesuturi sau organe fără conținut aerian, cum ar fi masa musculară, ficat, splină sau de un proces patologic dens, cum ar fi o colecție de lichid sau o tumoră.
- **Sonoritatea** – este sunetul evidențiat prin percuția zonei plămânilor, fiind dată de conținutul aerian normal al alveolelor pulmonare.
- **Timpanismul** – este o varietate de sonoritate dar mai intens, de tip muzical, dat de un conținut aerian în spații închise, cu pereți regulați, cum ar fi stomacul, intestinale (fiziologic) sau în cavernele pulmonare, patologic.
- **Hipersonoritatea** – are caractere intermediare între sonoritate și timpanism și e dată de prezența unei cantități crescute de aer în organe normale sonore. Un ex. ar fi emfizemul pulmonar
- **Submatitatea** – este un sunet intermediar între sonor și mat, dat de diminuarea conținutului aerian față de situația normală (lichid în cavitatea pleurală dar în cantitate mică)

**IV. AUSCULTAȚIA** – este metoda de percepere a zgomotelor normale sau patologice la nivelul organelor. În mod direct, dar neutilizată, se face cu urechea aplicată pe corpul pacientului. Ascultația se face cu ajutorul stetoscopului, inventat de Laennec.

Prin ascultație se pot decela sunetele produse de mișcările respiratorii, de activitatea cordului, de mișcările intestinale.

### **Contactul vizual**

Pentru o comunicare eficientă este nevoie ca persoanele care comunică să se poată privi în ochi. Se consideră că ochii sunt „*oglinza sufletului*”, deci, urmărirea ochilor persoanei cu care comunicăm ne va arăta FELUL în care aceasta primește și înțelege mesajul nostru.

Ochii pot fi un barometru foarte precis al sentimentelor, deoarece au un control redus asupra expresiei lor:

- **când ne place ceea ce vedem, pupilele se dilată:** când suntem „interesați, surprinși sau puși în fața unei anumite situații, ochii se deschid larg, pupilele se dilată foarte rapid, pentru a lăsa să intre o cantitate maximă de lumină, transmițând creierului un număr cât mai mare de informații vizuale; ...” emoții pozitive și mulțumire;
- **ochi strălucitori:** se pot traduce prin deschiderea ochilor încât aceștia par tot mai mari în fața unei element surpriză. . . emoții pozitive;
- **când nu ne place ceea ce vedem** (o surpriză neplăcută, amenințare reală), **pupilele se contractă;** este o formă de respingere a imaginii;
- **refuzul de a privi** poate lua diferite forme: acoperire:
  - amână, scurtă atingere a ochilor în timpul conversației sau întâi deschiderea ochilor sau închiderea lor pentru mai mult timp,
  - închiderea pleoapelor; sugerează un comportament de evitare a interlocutorului și chiar a discuției cu acesta;
- **privirea fixă,** apare atunci când ne place interlocutor! suntem curioși sau când amenințăm; este necesar să ne bazăm pe expresii faciale, care însoțesc privirea insistentă, pentru a putea plăcerea (un zâmbet relaxat) sau neplăcerea (fălci încleștate, buze strânse;
- **privirea piezișă** în direcția interlocutorului poate lua forma unei ușoare rotiri sau aplecări a capului, însoțită de privirea într-o parte sau de o scurtă rotire a ochilor; se manifestă ca urmare a suspiciunii față de ceilalți sau a punerii la îndoială a adevărului spuselor acestora [5, 269, 272].

### **Expresia feței**

Expresia feței este cunoscută și ca „*cel mai de preț lucru pe care îl porți*”. Se estimează că oamenii pot produce 10.000 de expresii faciale diferite. Fericirea, tristețea, furia, frica, surpriza, dezgustul, bucuria, ura, rușinea, încordarea, interesul sunt recunoscute universal ca expresii faciale. Aristotel spunea că „*omul are cea*

*mai bogată mimică dintre toate ființele*”. Fața umană având aproximativ 80 de mușchi mari și mici, care prin diverse combinații reușesc să exprime un număr foarte mare de expresii, de exemplu: expresia unei fețe lipsită de stres are ochii relaxați și buzele pline, pe când o față stresată are trăsăturile încordate și ușor deformat, sprâncenele încruntate și fruntea ridată.

Expresia feței trebuie să exprime interes pentru ceea ce se comunică:

- expresie plictisită, de îngrijorare sau supărare, nu sunt utile comunicării.
- expresie „*fixă*” - denotă încruntare, dezacord;
- expresie „*încruntată*” - denotă neîncredere, evaluare;
- expresie „*strălucitoare*” - denotă interes, motivare;
- expresie „*adormită*” - denotă plictiseală, a pierdut legătura cu cei din jur;
- „*Clipește des*” - denotă nervozitate sau faptul că interlocutorul ascunde ceva;

Despre privitul „*în ochi*” - se poate spune că evitarea sau menținerea prea mult a contactului vizual nu este indicată (nu mai mult de 0,7 secunde cu o persoană necunoscută, media optimă situându-se la 0.4 secunde); refuzul contactului vizual este un instrument puternic de evidențiere a consternării, neîncrederii sau dezaprobării.

Faciesul/expresia feței reprezintă conformația feței și a capului și poate avea o semnificație de mare valoare semiologică în precizarea diagnosticului.

Aspecte importante ale feței sunt:

- **Faciesul hipocratic:** o față trasă, cenușie, cu ochi înfundați în orbite, cu șanțuri nazo-labiale adâncite, cearcăne și nas ascuțit. Apare în afecțiuni grave cu atingere peritoneală, de tipul peritonitelor prin perforație.
- **Faciesul basedowian:** este caracteristic afecțiunii de bază, boala Basedow, cu exoftalmie bilaterală sau asimetrică, fantă palpebrală larg deschisă, privire vie, inteligentă, uneori clipire rară; anxietate cu aspect de spaimă înghețată.
- **Faciesul mixedematos:** apare ca o lună plină, cu față rotundă, infiltrată, palidă, inexpresiv, alopecia jumătății externe a sprâncenelor, macroglosie cu amprente dinților, voce aspră și groasă, păr rar, aspru, uscat, decolorat, friabil, specifică hipotiroidismului. Acest aspect este denumit facies buhăit.
- **Faciesul acromegalic:** apare în hipersecreția de hormon somatotrop hipofizar și apare cu o dezvoltare accentuată a arcadelor orbitale, nasului, urechilor, buzelor și mentonului.(prognatism)
- **Faciesul mitral:** apare la pacienții cu afectarea valvelor mitrale și este tipic, cu cianoza obrazilor, nasului, buzelor și urechilor, pe un fond palid al restului tegumentelor.
- **Faciesul anemic:** este un facies palid pai, cu mucoasele conjunctivale palide și apare în anemiile severe mai ales de tip feripriv.



- **Faciesul congestiv:** este opusul celui anemic, apărând culoarea roșie vineție, mai ales la nivelul extremităților capului, obraji, lobul urechilor, nasului și menton. Apare la cei cu poliglobulii secundare sau primare, la cei cu HTA sau la cei cu febră mare.
- **Faciesul hectic:** apare cu pomeții obrajilor roșii pe un fond palid al feței, mai ales la cei cu forme grave de TBC.
- **Faciesul cirotic sau hepatic:** prezintă o culoare galbenă teroasă (icterică sau subicterică), cu venectazii pe pomeții obrajilor și pe nas, buze subțiate, roșii, carminate. Apare la cei cu hepatită cronică activă și la cei cu ciroză.
- **Faciesul adenoidian** este specific copiilor cu polipi nazali sau vegetații adenoide și apare un facies cu îngustarea nasului, proeminența buzei și a arcadei superioare. Concomitent apare o voce tipică, nazonată și tulburări ale auzului.
- **Faciesul rigid,** fără mimică apare la pacienții cu boală Parkinson.
- **Faciesul cushingoid** este tipic pentru cei cu hipersecreția hormonilor glucocorticoizi suprarenalieni. Apare un facies rotund (facies de lună plină), cu piele roșie violacee, gura mică, acnee, gât gros așa numit „de bizon” iar la femei apare și hirsutismul (mustăți și barbă)
- **Faciesul lupic** este caracteristic pentru pacienții cu LED (lupus eritematos diseminat) și apare cu o erupție cutanată caracteristică sub formă de fluturi la nivelul nasului și obrajilor. Erupția este eritematoasă cu scuame fine.
- **Faciesul din sclerodermie** apare rigid, parcă micșorat, fără riduri și cute faciale, inexpressiv, cu nas și buze subțiri. A fost comparat cu o icoană bizantină.
- **Faciesul vultuos** este tipic pentru pacienții cu febră mare, cum ar fi în pneumonii, bronhopneumonii, gripe, etc.
- **Faciesul asimetric** apare în paralizia de nerv facial, când o parte a feței este paralizată și determină asimetria feței.
- **Faciesul** ca o **pară** apare la cei cu parotidită epidemică sau cu adenopatii mari submandibulare.

**Atitudinea pacientului:** Prin ea, în medicină se înțelege absența sau modificarea posibilității de mișcare, deplasare sau de efectuare a gesturilor de igienă personală, de alimentație etc. De asemenea, atitudinea reflectă și poziția pe care tinde bolnavul să o aibă în anumite suferințe.

Atitudinea activă – reprezintă posibilitatea pacientului de a se deplasa, de a se alimenta, de a efectua igiena personală.

Atitudinea pasivă – imposibilitatea de efectuare a acestor mișcări.

Atitudinile sau pozițiile forțate (impuse) – reprezintă diferite poziții impuse de anumite suferințe pe care le adoptă bolnavul în vederea reducerii durerii sau efectuării unor funcții.

- Atitudine antalgică – reprezintă poziții forțate de diverse dureri în evoluția unor boli. De ex. poziția ghemuită în ulcerul gastro-duodenal, decubitul contralateral în pleurită sau fracturi costale etc.
- Atitudini antidispneice – ortopneea (poziția semișezândă) – apare la bolnavii cu dispnee; decubitul lateral pe partea bolnavă la pacienții cu pleurezie exudativă; poziția cu torace aplecat anterior în pericardita exudativă, etc.
- Atitudini forțate de contracturi musculare patologice: în meningită – cocoș de pușcă, culcat lateral, cu capul în extensie și cu coapse și gambe flectate; în tetanos – opistotonus – decubit dorsal, cu corpul sprijinit pe cap și călcâi, ca un arc; în hernia de disc lombar – poziția corpului este deviată lateral datorită scoliozei, prin contractura musculaturii paravertebrale unilateral.

### **Gesturi și posturi**

În timpul unei discuții, o anumită poziție a corpului și mișcările ascultătorului pot arăta o lipsă de interes pentru cele discutate. În timp ce discutăm cu cineva este indicat să adoptăm poziția frontală (față în față), cu corpul drept sau eventual ușor aplecat spre cealaltă persoană și să ne mișcăm cât mai puțin. Foarte potrivită pentru o discuție este așezarea pe scaune sau fotolii, față în față, adoptându-se o poziție relaxată a corpului. Cabinetele moderne ar trebui să ofere pacientului un spațiu de consiliere care să asigure confidențialitatea și un climat propice dezvoltării relației medic-pacient.

### **Definiții**

**GEST, gesturi**, s.n. *1. Mișcare a mâinii, a capului etc. care exprimă o idee, un sentiment, o intenție, înlocuind uneori vorbele sau dând mai multă expresivitate vorbirii. 2. Faptă sau purtare dictată de un anumit scop, de anumite interese, având o anumită semnificație etc. - Din fr. geste, lat. gestus. [1]*

**POSTURA, posturi**, s.f. *1. Situație în care se află cineva la un moment dat. 2. (Rar) Ținută, poziție a corpului. - Din fr. posture. [1]*

Gesturile adaugă putere și conținut mesajului verbal, îmbunătățesc comunicarea, dau semnificație cuvintelor, atrag și susțin atenția audienței.

**Gesturile capului** pot fi numeroase, cel mai frecvent utilizate fiind:

- mișcarea capului de sus în jos (încuviințare) și stânga-dreapta (negare);
- datul capului pe spate (uimire, dezaprobare);
- bărbia sus, nasul ridicat (încredere, confort psihic);
- bărbia în jos, implicit și nasul (formă de retragere sau distanțare, indiciu unui sentiment negativ);

- încrețirea frunții (poate semnaliza neliniște, tristețe, concentrare, nădurare, uimire, supărare);
- expirația cu umflarea obrazilor - modalitate de eliminare a stresului și de calmare.

Poziția capului trădează interesul, toleranța, indiferența, dezgustul față de interlocutor. Poziția de ascultare cu interes este cu capul ușor înclinat lateral.

Clătinarea capului în sus și în jos înseamnă acord, aprobare, înțelegere.

Clătinarea capului de la stânga la dreapta înseamnă negare, dezaprobare și această mișcare a capului descurajează foarte mult persoana în cauză. În cazul unor negocieri sau diferite conversații de afaceri sau nu numai câștigăm teren dacă inițiem aproape imperceptibil mișcările capului celui cu care negociem.

Mișcările sunt multiple și complexe, se realizează combinații de mișcări, se asociază mișcarea capului cu mișcarea altor segmente ale corpului, mișcarea integrată fiind caracteristică fiecărei situații sau stări psihologice.

Comunicarea prin expresia feței include mimica (încruntarea, ridicare sprâncenelor, încrețirea nasului, țuguirea buzelor)



**Figura 71. Expresii ale feței și poziții ale capului**

## Corpul

- înclinat înainte- arată agresivitate, acțiune,
- înclinat înapoi- arată atitudinea defensivă. De exemplu, „**efectul broaștei țestoase**” este deseori observat când oamenii sunt umili sau își pierd brusc încrederea în

**Gâtul** - acoperirea adânciturii gâtului ne indică insecuritate, efort emoțional, frică sau griji; mâna care se joacă cu un lanț poate servi aceluiași scop.

**Umerii** - ridicarea din umeri indică de obicei lipsa de cunoștințe sau îndoielă, lipsă de implicare sau nesiguranță. Umerii ridicați până la nivelul urechilor dau efectul de „broască țestoasă”: mesajele transmise sunt de slăbiciune, nesiguranță, emoții negative. Când este înălțat doar un singur umăr mesajul este dubios.

**Mâinile** - sunt după față, cele mai expresive părți ale corpului. Cu un număr de 27 de oaze, mâinile sunt părțile corpului care ne permit să controlăm mediul în care trăim sau ne desfășurăm activitatea. Mâinile pe lângă corp, comunică deschiderea, mâinile în șold comunică aroganță, stabilește „cine este șeful” sau arată că sunt probleme de discutat.

Există chiar și teorii care consideră limbajul mâinilor ca fiind sursa care a stat la baza protolimbajului (prima forma de limbaj folosită de om). Exemple:

- comunicarea la telefon folosește și mâinile;
- stare de anxietate sau nervozitate este calmată prin mângâierea palmelor sau frecarea degetelor;
- roaderea degetelor denotă nesiguranță sau nervozitate;
- folosirea mâinii ca suport pentru cap înseamnă că a apărut starea de plictiseală;
- ascunderea mâinilor creează o impresie negativă (țineți-vă mâinile a vedere!);
- frecarea frunții denotă că persoana se frământă sau trece printr-o oarecare de disconfort.

**Brațele** - a ne ascunde după o barieră sau obstacol este un răspuns „normal, pe care l-am învățat încă din fragedă copilărie, pentru a ne asigura un plus de protecție. Copiii se ascund după obiecte mai mari precum scauneși alte piese de mobilier ori de câte ori se află într-o periculoasă sau dificilă. Pe măsură ce devin adulți, acest răspuns non-protecție devine din ce în ce mai sofisticat, forma sa desăvârșită încrucișarea brațelor.

Mesajul brațelor încrucișate, de închidere și apărare, are același sensși semnificație, indiferent de momentul și de contextul în care acest gest apare. Încrucișarea bruscă a brațelor în timpul unei conversații indica o stare de disconfort.

Brațele duse la spate (postura „regală” folosită de regi, ne transmite mesajul „*Nu te apropia!*”.

**Picioarele** sunt considerate cea mai onestă parte a corpului:

- avem tendința să ne întoarcem spre persoanele sau lucrurile care ne plac sau care ne sunt agreabile;
- când cineva vorbește cu o persoană stând cu vârfurile picioarelor îndreptate în altă direcție, este un semn că ar dori să fie altundeva, de asemenea, când un picior se îndreaptă în altă direcție în timpul conversației, este un indiciu de intenție, direcția în care persoana dorește să se deplaseze [5, 269, 272].

**Mersul pacienților** constituie un alt indiciu important pentru doctor, mai ales în bolile neurologice dar și în afecțiuni ale aparatului locomotor.

- Mersul antalgic – apare din cauza unor dureri și este întâlnit în boli reumatice sau în suferințele n. sciatic.
- Mersul rigid – apare la aterosclerotici sau în boala Parkinson și este un mers cu pași mici.
- Mersul dezordonat – apare în coree, complicație neurologică din RPA.
- Mersul cosit – apare în hemipareze spastice și membrul descrie un arc de cerc în timpul mersului.
- Mersul talonat –ataxic, pe călcâie, apare în sifilisul cu localizare la măduva spinării, tabes.
- Mersul stepat – apare în paralizia de sciatic popliteu extern.
- Mersul legănat, de rață – apare în miopatiile grave.
- Mersul ataxic – apare în afecțiunile cerebeloase și pacientul merge încet cu picioarele depărtate și cu privirea în jos.
- Mersul ebrios – apare în intoxicațiile acute cu alcool cu barbiturice, în sindroamele cerebeloase.
- Mersul adinamic – miastenia gravis, boala Addison, neoplazii în faze terminale

### **Mișcările involuntare**

Aceste mișcări sunt anormale și involuntare, ele fiind determinate de contracții musculare nedorite și apar în leziuni ale sistemului nervos extrapiramidal și boli metabolice.

- **Fasciculațiile și fibrilațiile musculare** sunt contracții rapide, limitate la suprafața mușchilor, fiind determinate de intoxicații endo (insuficiența hepatică, insuficiența renală decompensată, insuficiența respiratorie etc.) sau exogene.
- **Tremurăturile** – sunt oscilații ale extremităților corpului. Ele pot fi fine, rapide, mai ales la nivelul membrelor superioare, în caz de alcoolism, consum excesiv de cafea, în hipertiroidism sau în emoții, intoxicații cu plumb, arsenic, mercur, b.Basedow, scleroza în plăci. Tremurăturile din Parkinson sunt rare, apar numai în repaus și sunt mai frecvente la nivelul capului și membrelor superioare. În ence-

falopatia portală și insuficiența hepatică apar tremurături mai ample și rare, ca bățile aripilor de pasăre, fiind denumite flapping-tremor.

- **Mișcările atetozice** – sunt mișcări lente, permanente și apar în boli ale nucleilor bazali ale creierului (boala Wilson sau degenerescenta hepatolenticulară).
- **Mișcările coreice** – sunt mișcări ample, involuntare, rapide, aritmice și de scurtă durată și apar în leziuni cerebrale din cadrul RPA, în encefalite, etc.
- **Convulsiile** – sunt contracții intermitente ale mușchilor, cu o durată variabilă. Ele pot fi tonice și produc rigiditatea segmentelor interesate sau pot fi clonice, când produc mișcări violente, ample, dezordonate ale întregului corp. Ele pot fi și mixte, tonico-clonice. Apar în epilepsie, hipertensiunea intracraniană, tulburări metabolice sau vasculare cu răsunet pe creier sau în intoxicații exogene.
- **Contractura permanentă** – tetanos, tetanie, turbare, afecțiuni cerebrale, isterie.

### **Tonalitatea vocii**

Știința vocii umane se numește paralingvistică și are în vedere, contextul comunicării, următoarele aspecte:

- calitățile vocii: domeniu de frecvențe, controlul mișcări buzelor, articularea cuvintelor, ritmul, rezonanța vocii, viteza de vorbire;
- caracteristicile vocale: râs, plâns, șoptit, oftat;
- parametrii vocali: intensitate, înălțime, extensia vocii;
- separatorii vocali (îi, aa, mm, aa), pauzele etc.
- Ritmul prea rapid poate genera neînțelegerea mesajului, iar cel prea lent plictiseală.
- Pauzele între propoziții sau cuvinte pot fi folosite pentru a accentua anumite părți, pentru a da timp de gândire, a genera anticipa: forța pe interlocutor să spună mai mult.
- Ticurile, ezitățile, repetarea necontrolată a unor cuvinte etc. sunt erori de paralimbaj. Ele sunt esențializate și eliminate [5, 273] în comunicarea cu pacientul, medicul va ține seama de element foarte important și anume tonalitatea vocii. Se va căuta să se adopte un ton firesc, natural și cât mai plăcut.

Tonalitatea vocii comunică starea de spirit și are un are efect mimetic asemănător zâmbetului induce interlocutorului o stare de dispoziție similară celei transmise de emițător (medicul).

Tonalitatea vocii poate fi:

- înaltă (denotă nervozitate și un control slab al emoțiilor, irită!);
- joasă (transmite gravitate și seriozitate, calmează).

Se consideră ca tonalitate optimă, o voce joasă (Atenție! Nu foarte joasă!)

Alternarea tonului creează interes și varietate. Intonația dă sens și importanță. Întotdeauna mesajul este indicat a fi transmis rar și pe tonuri joase. Dicția influențează transmiterea corectă sau incorectă a mesajului. Accentuarea deplasează atenția pacientului la acele elemente ale mesajului pe care le considerăm importante.

Pauza înseamnă puterea mesajului. În același timp pauza este esențială pentru a reține atenția pacientului: este indicat a se face pauză între cuvinte și idei principale. Pauza poate fi asociată cu întrebările retorice, răspunsurile date, afirmațiile legate de produsul medicamentosetc.

### ***Distanța socială (dintre personalul medical și pacient)***

Comunicarea spațială mai este numită și comunicare proxemică, după Edward T. Hall, antropologul care a studiat printre altele nevoia de spațiu a omului (Proxemic Theory) și a identificat patru distanțe zonale:

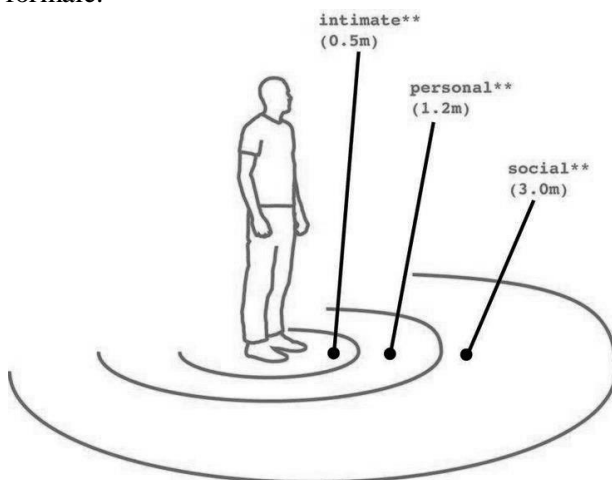
Există 4 tipuri de distanțe: distanța intimă, distanța personală, distanța socială, distanța publică

1. Distanța intimă – așa numita distanță „corp la corp” – maximum 15 – 40 cm este distanța la care vocea are un rol minor, distanța în care acceptăm numai persoanele foarte apropiate: parteneri, părinți, frați/ surori.

2. Distanța personală – este distanța „familiară” – 45-75 cm până la maxim 125 cm – distanța în care vocea este familiară, normală, distanța în care acceptăm persoanele familiare nouă-prieteni, colegi, cunoscuți.

3. Distanța socială – 125-210 cm – este distanța pe care o impunem în schimburile sociale cu persoanele noi pe care le cunoaștem, cu partenerii de afaceri, etc. La această distanță vocea este plină, distinctă, mai intensă.

4. Distanța publică – până la 7.50 m – este spațiul în care acceptăm orice persoană necunoscută. La această distanță discursurile sunt formalizate, gesturile sunt stereotipe, formale.



**Figura 72. Spațiul dintre persoane după Edward T. Hall. [277]**

Ca să înțelegem mai bine noțiunea de spațiu personal, să ne imaginăm că omul are propria sa „bulă de aer” pe care o duce cu sine și a cărei mărime depinde de densitatea populației aceluși loc unde a crescut. Distanța zonală personală este determinată cultural: în unele culturi, de exemplu cea japoneză, oamenii s-au obișnuit cu aglomerația, iar în altele preferă spații larg deschise și le place să mențină distanța (de exemplu oamenii din mediul rural, ținuturi slab populate) [5, 272]

Comunicarea spațială este un element care nu trebuie neglijat în comunicarea cu pacientul. Apropierea de pacient la o distanță mai mică de 50 cm înseamnă încălcarea zonei intime a acestuia și perturbă comunicarea. Pacientul se va retrage fizic, dar și psihic, iar comunicarea cu acesta va fi dificilă.

Invadarea spațiului intim de către o persoană necunoscută determină schimbări fiziologice, cum ar fi creșterea ritmului cardiac, irigarea crescută a creierului și a mușchilor, organismul pregătind-se pentru o situație de „fugă” sau „luptă”.

Distanța optimă dintre medic și pacient, cu excepția examenului obiectiv, se consideră a fi de 50-120 cm.

Cabinetele medicale implică confidențialitatea și comunicarea cu pacientul decurge în cele mai bune condiții, fiind respectată zona intimă a pacientului [5, 271, 275], spre deosebire de comunicarea cu pacientul în sala de primiri urgențe sau în salonul de spital, în care comunicarea cu pacientul este mai dificilă datorită celorlalți stimuli și celorlalte persoane, unde poate intervine stânjeneala, iar dacă pacientul dă semne că dorește să comunice ceva de care îi este rușine, și nu se poate deplasa, medical va trebui să invadeze zona intimă a pacientului.

### ***Ținuta***

Aspectul și ținuta medicului influențează comunicarea cu pacientul. Ținuta neîngrijită, o pată pe halat, halat șifonat, un halat de mărime nepotrivită, lipsa unui nasture, fermoarul neîncheiat sau părul ciuflit sunt factori perturbatori ai bune comunicări.

Curat, ordonat, profesionist și impecabil - pacientul trebuie să perceapă această imagine de curățenie și ordine care atrage după sine respectul vis-a-vis de instituția reprezentată de cabinetul medical și personalul acesteia.

Ținuta comunică informații despre sine, influențează comportamentul celor din jur. Ținuta poate sublinia apartenența la o categorie profesională (halatul alb este asociat cu profesioniștii din domeniul sănătății), socială, cât și la o anumită companie (prin logo-ul sau însemnele distinctive aplicate pe halat).

Utilizarea halatului și a ecusonului este foarte importantă. Medicul se identifică cu un profesionist, are o mai bună comunicare cu pacientul, inspirând încredere. Purtarea unui ecuson pe care este inscripționat numele medicului (și funcția acestuia, când e cazul) aduce un beneficiu în plus comunicării cu pacientul. În momentul în care pacientul observă ecusonul, știe exact cu cine discută, se simte mai degajat și mai sigur pe el, chiar dacă nu se adresează medicului sau personalului medical pe nume. În plus, va putea reține numele medicului sau a asistentului, la a doua vizită în cabinetul medical, salon de primire urgențe sau policlinică



medical, este mult mai încrezător în momentul în care reîntâlnește persoana cu care deja a intrat anterior în contact.

Atenție! Lasă mult de dorit: halatul nu tocmai curat, ecusonul prins de un buzunar al halatului la nivelul șoldurilor, halatul care nu are nasturii încheiați (sau fermoarul), un model prea sofisticat de halat (cu multe capse, revere cu volane etc. combinații cu alte culori etc.).



**Figura 73. Ținute medicale (www.google.com)**

La pacienții aflați în stadiul terminal un halat colorat din partea personalului medical auxiliar imprimă veselie, o pată de culoare la finalul vieții și este binevenit, deasemenea în serviciile medicale de pediatrie un halat cu floricele, fluturași sau chiar cu personaje din desene animate face o colaborare mai ușoară cu micuții pacienți.

### ***Ascultarea activă***

Ascultarea activă a fost definită de Karl Rogers, pornind de la observația că oamenii gândesc mai repede decât vorbesc și de aceea ei nu ascultă și nu întreg mesajul care li se transmite, în același timp pregătindu-se pentru formularea răspunsului.

Proverbul latin „Motivul pentru care avem două urechi și o singură gură este pentru a vorbi mai puțin și pentru a asculta mai mult”, ar trebui să fie și deviza medicilor în relația cu pacientul, astfel pacientul simte că i se acordă o mare importanță.

Ascultarea activă presupune unele calități:

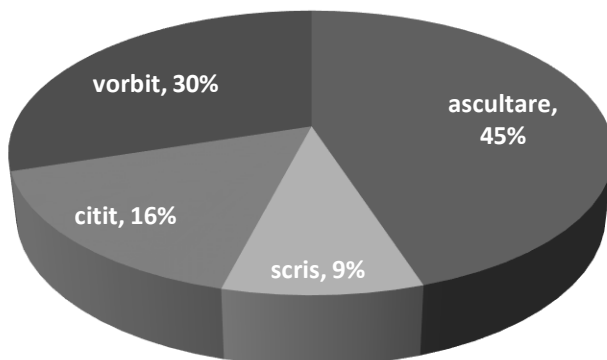
- comportare caldă;
- atitudine deschisă, de sinceritate, interes;
- capacitatea de a te pune în situația interlocutorului.

Ascultarea activă înseamnă o ascultare atentă a comunicatorului și apoi reproducerea mesajului transmis cu cuvintele proprii ale ascultătorului.



**Figura 74. Ascultare activă**

Din moment ce avem două urechi și doar o gură, ascultatul s-ar putea să fie una din abilitățile cele mai importante de comunicare. Aici se ascunde un mare adevăr. Un procent de 70% din timpul vieții îl petrecem comunicând, din care prin scris 9%, citit 16%, vorbit 30% și ascultat 45%. Cu toate acestea *ascultarea are o eficiență de numai 25%* [276].

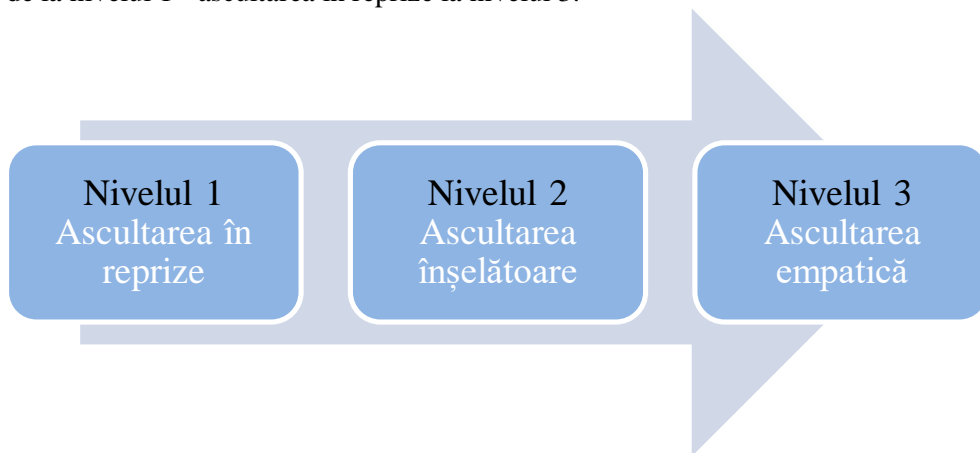


**Figura 75. Ponderea modalităților de comunicare din timpul vieții.**

Ascultarea activă în comunicare cu pacientul presupune trei caracteristici importante:

- *ascuți* cu atenție întreg mesajul, nu presupui că tu știi deja ceea ce pacientul dorește să spună, nu-l întrerupi brusc la jumătatea propoziției punând o cu totul altă întrebare;
- *selectezi* din ceea ce pacientul transmite, doar ceea ce este relevant pentru boala sa;
- *procesezi* informația transmisă de pacient prin filtrul experiențelor și cunoștințelor medicale asimilate.

Există trei niveluri de ascultare, caracterizate de anumite comportamente care afectează eficiența ascultării. Cel mai înalt nivel de ascultare este nivelul 3= ascultarea empatică; potențialul de a înțelege, a reține și a comunica eficient crește de la nivelul 1= ascultarea în reprize la nivelul 3.



**Figura 76. Cele trei nivele de ascultare [5, 267]**

Nivelul 1: Ascultarea în reprize = ascultătorul este când concentrat, când neatent, relativ conștient de ceilalți, dar axat în principal asupra propriei sale persoane. Ascultarea de nivel 1 este pasivă, lipsită de răspuns adecvat. Adesea ascultătorul are o privire lipsită de expresie și este mai degrabă interesat să orbească el însuși decât să asculte.

Nivelul 2: Ascultarea „înșelătoare” = cuvintele sunt auzite, dar nu ascultate în mod real. La acest nivel, comunicarea este superficială, ascultătorii fiind preocupați mai mult de conținut și rămân detașați de ceea ce se vorbește (ascultătorul rostește Ihmm! .... Mdaa mai mult de complezență, în realitate fiind foarte puțin atent la conversație).

Nivelul 3: Ascultarea empatică = ascultătorul este concentrat asupra prezentului, este concesiv și reactiv, nu se lasă distras, este atent la comunicarea globală a interlocutorului, inclusiv la limbajul corporal. Arată empatie față de sentimentele și ideile celui care vorbește. Ascultarea empatică implică o atitudine de acceptare și impune ca ascultătorul să arate, atât verbal cât și prin mijloace non-verbale, că ascultă cu adevărat [276].

Modul de ascultarea este interferat de multiple cauze precum:

1. amintiri
2. valori
3. interese
4. imagini trecute și viitoare
5. credințe
6. supoziții
7. sentimente puternice

8. așteptări
9. atitudini
10. experiențe trecute
11. mediul
12. prejudecăți

Conceptul de empatie care se referă la sensibilitatea, la necesitățile și valorile celorlalți - apare ca un element major în explicațiile comportamentului interpersonal. În mod natural pe parcursul unei ziletoți oamenii ascultă la toate cele trei niveluri de ascultare în funcție de situație. Ideal ar fi să ascultăm la nivelul 3 în orice situație. Din nefericire medical la locul de muncă ar trebui să fie cât mai aproape în orice situație de ascultarea la nivelul 3, în caz că nu este vorba de bârfe între colegi sau alte subiecte nelegate de viața profesională.

Rezultatele pe care medicul le poate obține în comunicarea prin intermediul ascultării empatice pot fi remarcabile, deoarece ascultarea empatică poate:

1. conduce la o soluționare mai facilă a problemelor pacienților. Oferindu-le prilejul de a discuta despre problemele de sănătate, pacienții își pot clarifica ideile și își pot diminua nivelul emoțional.
2. reduce tensiunile. Totodată, ascultarea poate oferi pacienților o șansă de a spune ce au pe suflet, eliberând atmosfera generală de stres și ostilitate (este dificil a discuta despre problemele de sănătate personale cu un necunoscut, chiar dacă acesta este farmacistul).
3. facilitează cooperarea. Pacienții realizează că medicul este cu adevărat interesat de ei și de problemele lor de sănătate: îi respectă și se arată dispuși să fie mai deschiși și mai cooperanți.
4. promovează comunicarea.
5. contribuie la dezvoltarea unei gândiri active.
6. sporiți aprecierea de sine [5, 276].

### **Metode de îmbunătățire a ascultării pacientului:**

1. *Concentrarea/Focusarea pe discuție.* Este important ca medicul să se comporte ca un bun ascultător. În timp ce pacientul vorbește este foarte important să-și focalizeze atenția pe acesta.
2. *Nu vorbi tot timpul!!/Ascultă!* În general oamenii le place să aducă propriile opinii sau întâmplări în discuție. Un bun ascultător lasă interlocutorul să o facă. Dacă medicul își impune brutal propriile păreri va elimina toate beneficiile ascultării. Pacientul nu se va simți respectat, va fi inhibat și nu va reține în totalitate informațiile furnizate de farmacist, ceea ce va conduce la o stare de nervozitate.
3. *Eliminarea factorilor perturbatori (telefon mobil, spațiu aglomerat etc.)* pe cât posibil. Se încetează toate activitățile în momentul ascultării: nu scotocim în sertare, nu operăm în calculator, nu discutăm cu colegul de tură, nu răspundem la propriul telefon mobil, nu așezăm medicamentele pe raft etc.

4. *Controlul propriului limbaj non-verbal (body language).* Este recomandat a fi adoptată o ușoară înclinare înainte, menținerea contactului vizual, o postură relaxată.
5. *Focusarea pe pacient,* cuvintele sale, sentimentele sale și ceea ce comunică la rândul său non-verbal. De ascultat tonalitatea vocii pacientului și ritmul acestuia de vorbire, ceea ce spune, dar, mai ales, ceea ce nu spune.
6. *Evitarea întreruperilor,* chiar dacă există acord cu ceea ce spune pacientul.
7. *Evitarea trecerii la un alt subiect* când există un moment de tăcere.
8. *Răspunsurile în timpul ascultării.* Este important ca pacientul să știe că este ascultat. Va fi încurajat de farmacist să continue să vorbească, într-un mod cald și individualizat.
9. *Evitarea utilizării răspunsurilor de tip „Uf”, „Vai”, „Hmmm”, „Ihmmm” și a unei tonalități nesincere.* Este indicat a se furniza pacientului răspunsuri non-verbale încurajatoare, prin înclinarea capului și o expresie facială care nu judecă informația.
10. *Evitarea atingerii pacientului în timpul comunicării cu acesta.* Sunt binevenite atingerile doar în mod excepțional, când pacientul este extrem de supărat sau plânge. Majoritatea oamenilor nu acceptă să fie atinși. Mai indicat este a se folosi expresiile „îmi pare rău să aud asta!”, „Vă înțeleg!”.
11. *Controlul emoțiilor.* Există cuvinte, afirmații, situații ce pot fi declanșatori de emoții negative sau pozitive și care conduc la distorsionarea a ceea ce auzim.
12. *Parafrizarea*
13. *Clarificarea.* Medicul va pune întrebări pacientului într-o manieră politicoasă, asigurându-se că a înțeles ceea ce a spus pacientul. Vor fi utilizate întrebări care să nu fie amenințătoare sau prea interrogative.
14. *Eliminarea presupunerilor.* În calitate de ascultător activ este bine a se evita concluziile rezultate din presupuneri. În caz de nelămuriri sau inadvertențe se recurge la o serie de întrebări.
15. *Reflectare la cele ascultate.*
16. *Interpretarea informațiilor.*
17. *Sumarizarea/Recapitularea informațiile primite.*
18. *Acordarea unui feedback activ.*
19. *Mulțumirea pentru informațiile primite.* Este important a se mulțumi pacientului pentru faptul că a reușit să comunice cât mai multe informații despre problema sa de sănătate, deoarece este un proces destul de incomod pentru acesta. Prin acest gest îi arătăm respect.

Pacientul când comunică cu medicul are nevoie să simtă că atunci când vorbești cu el, îi acordați toată atenția, căutați să fiți sinceri și convingători în tot ceea ce spuneți.

Consecințele lipsei abilităților de comunicare ale medicului sunt [5]:

1. Scăderea aderenței la tratament a pacientului;
2. Satisfacția scăzută în procesul comunicării;
3. Insensibilitatea medicului la nevoile pacientului cu schimbarea ulterioară a terapeutului
4. Creșterea grijilor și preocupărilor pacientului în legătură cu starea sa de sănătate;
5. Diminuarea statutului medicului;
6. Insatisfacția profesiei;
7. Scăderea indicatorilor economici și financiari ai cabinetului medical, inclusiv numărul de pacienți fideli;
8. Creșterea numărului reclamațiilor și a pacienților nesatisfăcuți, cu creșterea denigrării medicului pe rețelele online și prin viu grai.

Pentru a vedea ce tip de medici sunteți în cazul ascultării pacienților vă puteți aplica Testul de autoevaluare a ascultării active a pacientului. Testul trebuie parcurs cu atenție, pentru a fi cât mai corectă autoevaluarea.

Vă rugăm să parcurgeți cu atenție testul.

Încercați să vă autoevaluați, cât puteți de obiectiv și marcați căsuța potrivită X în dreptul fiecărei afirmații, corespunzător cu următoarea scală:

TD = afirmația este în total dezacord cu realitatea

D = afirmația este în general, în dezacord cu realitatea

I = sunt indecis

A = afirmația este în general, în acord cu realitatea

TA = afirmația este în total acord cu realitatea

Nr. crt.	AFIRMAȚII	TD	D	I	A	AT
1	Tind să nu ascult un pacient cu care nu sunt de acord					
2	Îmi este dificil să mă implic într-o discuție în care subiectul nu mă interesează					
3	Când am impresia că am înțeles ce vrea să-mi spună pacientul nu mai ascult în continuare și mă gândesc la altceva					
4	Îmi este ușor să ascult părerile altora, chiar dacă ele diferă de ale mele					
5	Într-o discuție, dacă ceva nu-mi este clar, solicit pacientului să-mi explice					
6	De obicei mi se formează în minte o stare de respingere/refuz, neplăcere, atunci când altcineva vorbește; tind să-l întrerup					
7	Adesea mi se întâmplă să arăt ca și cum aș asculta, dar de fapt mă gândesc la altceva					

8	Uneori mi se întâmplă să mă gândesc la altceva, când de fapt ar trebui să ascult					
9	Dacă nu sunt în stare să ascult în mod corespunzător, îi spun aceasta pacientului					
10	În timp ce ascult, urmăresc atent ideile principale ale mesajului, nu mă pierd în detaliile acestuia					
11	Sunt conștient de faptul că, pentru persoane diferite, cuvintele pot să aibă diferite înțelesuri					
12	Dacă ceea ce spune pacientul nu-mi place sau nu cred, „decuplez”					
13	Observ cu atenție persoana care vorbește					
14	Mă concentrez la ceea ce spune pacientul, nu asupra cum arată acesta					
15	Știu care cuvinte sau propoziții mă fac să reacționez emoțional și mă controlez					
16	Îmi pregătesc dinainte discuțiile pentru a asigura îndeplinirea obiectivelor cu pacientul X					
17	Am în vedere reacțiile pacientului la ceea ce voi spune					
18	Iau în considerare caracteristicile personalității pacientului					
19	Atunci când vorbesc, încerc să determin în ce „toane” se află pacientul					
20	Las pacientul să înțeleagă că îmi dau seama de nivelul său emoțional					
21	Simt că sunt capabil întotdeauna să comunic clar și pe înțeles pacientului					
22	Adesea am impresia că ar fi trebuit să se fi înțeles ceea ce am spus					
23	Sunt în stare să primesc mesaje negative (vești proaste, refuz) fără să intru în defensivă sau să mă enervez					
24	Îmi exersează/verific adeseori deprinderea de a asculta eficient					
25	Îmi vine greu să mă concentrez asupra a ceea ce se spune dacă este zgomot sau există altă perturbare					
26	Adesea judec/evaluatez ceea ce mi se spune, în timp ce ascult					
27	Parafrasez ceea ce mi s-a spus pentru a mă asigura că am înțeles corect					

INTERPRETAREA REZULTATELOR. încercuiți în tabelul de mai jos cifra aflată în poziția căsuței pe care ați marcat-o cu X în dreptul fiecărei afirmații:

Nr. afirmație	TD	D	I	A	AT
1	5	4	3	2	1
2	5	4	3	2	1
3	5	4	3	2	1
4	1	2	3	4	5
5	1	2	3	4	5
6	5	4	3	2	1
7	5	4	3	2	1
8	5	4	3	2	1
9	1	2	3	4	5
10	1	2	3	4	5
11	1	2	3	4	5
12	5	4	3	2	1
13	1	2	3	4	5
14	1	2	3	4	5
15	1	2	3	4	5
16	1	2	3	4	5
17	1	2	3	4	5
18	1	2	3	4	5
19	1	2	3	4	5
20	1	2	3	4	5
21	1	2	3	4	5
22	5	4	3	2	1
23	1	2	3	4	5
24	1	2	3	4	5
25	5	4	3	2	1
26	5	4	3	2	1
27	1	2	3	4	5
<b>Total coloane</b>					
<b>Total general</b>					



### Interpretarea testului:

Scor	Interpretare
Total	
109-135	Aveți o înțelegere excelentă a procesului de comunicare interpersonală și comunicați în mod competent.
82-108	Aveți o bună înțelegere a procesului de comunicare și adeseori comunicați în mod competent. Aveți însă, anumite domenii ale comunicării, în care ar fi util să vă perfecționați.
54-81	Aveți o înțelegere generală asupra procesului de comunicare și, uneori, comunicați în mod competent. Adesea însă, aveți probleme când comunicați. Este necesar să vă perfecționați.
27-53	Este necesar să depuneți un efort serios pentru a vă îmbunătăți comunicarea cu pacientul.

### 3.7. BARIERELE DE COMUNICARE ÎN CABINETUL MEDICAL SAU ÎN INSTITUȚIILE MEDICALE

Există o serie de factori perturbatori care pot interveni negativ în comunicarea cu pacientul în unitatea medicală, fie că vorbim de un cabinet de medicină de familie, de un cabinet de medicină dentară, o cameră de primire urgențe, un salon de spital sau o clinică medicală. Astfel, există mai multe tipuri de bariere de comunicare identificate.

#### *A. Bariere legate de mediu*

Mediul unității medicale poate genera bariere ale comunicării cu pacientul. Iată câteva exemple:

- mobilierul neadecvat al cabinetului medical (exemplu: dimensiunile scaunului nepotrivite, existența unui mobilier vechi, neîngrijit, cântar antic, patcu găuri, scaun de medicină dentară găurit, pătat, etc.);
- camera de așteptare mică, îngrămădită (pacientul poate intra în camera de așteptare din cauza aglomerației sau a zgomotului), mobilier neadecvat în sala de așteptare, reviste nepotrivite, televizor cu programe nepotrivite, etc.;
- telefonul care sună mereu și nu răspunde nimeni, întregul personal fiind ocupat cu pacienții (telefonul poate constitui în același timp și un factor de stres);
- prezența unei alte persoane între medic și pacient (în momentul în care o altă persoană se interpune între pacient și medic, elementele de comunicare sunt alterate);

- lipsa unui spațiu pentru discuții intime între medic și pacient (spațiul de confidențialitate, întâlnit mai ales în saloanele de spital, în camerele de primire urgențe);
- temperatura ambientală din cabinetul medical (prea frig sau prea cald prin lipsa unei st adecvate de încălzire sau de aer condiționat);
- mirosul neplăcut (diverse situații: miros de transpirație, canalizare defectuoasă, spațiu închis ermetic, dezinfectanți urât mirositori etc.);
- zgomote din mediul extern unității medicale (șantier în construcții în apropiere, lucrări de reabilitare stradale, circulație, cabinet medical situate într-o intersecție unde se aud frecvent claxoane, etc.).

### ***B. Bariere legate de pacient***

- neîncrederea pacientului în medicul curant (experiențe anterioare neplăcute, medicul este lipsit de experiență sau are o ținută, atitudine neadecvată etc.);
- anxietatea pacientului din cauza bolii (dureri, febră, tuse, stres, limitarea mișcărilor etc.);
- tipologia pacientului (timid, coleric, nervos, tăcut);
- vârsta pacientului (sugar, copil, persoană vârstnică);
- dizabilități (de vorbire, cognitive etc.);
- prejudecăți ale pacientului (exemplu: pacientul consideră că medical și dacă nu este bolnav îi prescrie medicamente ca să pară important, etc.);
- experiențe anterioare neplăcute;
- oboseala;
- problemele personale;
- bariere semantice;
- pacientul nu știe să asculte sau nu este pregătit pentru ascultare;
- lipsa abilităților de comunicare;
- model cultural diferit;
- lipsa respectului reciproc.

### ***C. Bariere datorate medicului:***

- timiditatea acestuia;
- oboseala;
- problemele personale;
- bariere semantice;
- lipsa de experiență în comunicarea cu pacientul, lipsa abilităților de comunicare;
- alegerea unor mesaje inadecvate (mesajul este echivoc din cauza unor cuvinte nepotrivite, utilizarea unui limbaj de specialitate);
- lipsa de încredere în comunicarea interpersonală;
- teama de a nu face față întrebărilor pacienților;
- lacune în pregătirea profesională;

- lipsa de concentrare asupra pacientului (execută sarcini multiple în același timp);
- prejudecăți, percepții false;
- nu oferă feedback pacientului;
- lipsa respectului reciproc.

#### ***D. Alte bariere în comunicare***

În afara barierelor identificate și enumerate mai sus pot apare și alte tipuri de bariere cum ar fi:

- multitudinea activităților din cabinetul medical, unitatea medicală;
- lipsa timpului efectiv pentru comunicare (sala de așteptare aglomerată și medicul se grăbește);
- personal insuficient pentru activitățile unității medicale;
- bariere lingvistice. [5, 268, 271, 276]

Un alt exemplu ilustrativ pentru barierele de comunicare următoarea întâmplare:

Pe podul Brooklyn într-o dimineață de primăvară un orb cerșește, având pe genunchi un carton, pe care scrie „Orb din naștere”. Mulțimea trece indiferentă până în momentul în care un necunoscut se oprește, ia cartonul, îl întoarce mângâlește câteva cuvinte pe el și pleacă. Imediat după aceea, miracol. Fiecare trecător întoarce capul și mulți, înduioșați, se opresc și aruncă un bănuț în pungă, câteva cuvinte spun foarte simplu „Este primăvară și eu nu pot să o văd”.

### **3.8. RELAȚIA MEDIC-PACIENT**

Relația dintre medic și pacient definește conținutul activității medicale; este matricea în care fiecare îngrijire medicală este menținută și deservită. Medicul modern trebuie să cunoască tipologia fiecărui pacient, trebuie să știe modul în care acesta îl percepe, este necesar ca relația sa cu pacientul să nu se limiteze doar la realizarea unor servicii despre care acesta din urmă nu cunoaște foarte multe. Medicul ca un bun psiholog va realiza o strânsă apropiere interumană cu bolnavul, în folosul acestuia din urmă. Deschiderea afectivă a medicului către bolnav „cheia de boltă în psihologia medicală”, risipind anxietatea, incertitudinile și umanizarea actului medical. Puterea sufletului omenesc este un medicament pe care nimic nu îl poate întrece.[277]

În cadrul relației de comunicare medic-pacient, medicul trebuie să poată recunoaște și descifra corect mesajele verbale și nonverbale transmise de pacient. Presupune, totodată, că medicul trebuie să știe să utilizeze și modalitățile verbale și nonverbale de comunicare cele mai adecvate pentru a transmite informații pacientului, în funcție de situația de comunicare existentă.

Succesul actului medical depinde în cel mai înalt grad de buna funcționare și organizare a locului în care se acordă asistența, de conștiința profesională și de prestigiu medicului.

Dar, medicul actual, influențat de numeroși factori, a trebuit și el să se transforme.

Fascinația tehnicii secolului XX și chiar XXI a făcut ca medicul să facă apel exagerat la metode sofisticate tehnic sau la metode multiple de laborator, la aparate, ceea ce a fost în detrimentul contactului cu bolnavul, care devine minim. Medicul dezertând de la menirea lui, a devenit un fel de dispecer sau interpret al unor analize.[278]

Contactul medicului cu pacientul nu este numai un act terapeutic sau numai morală, ci și una și cealaltă în același timp. Bolnavul va suporta suferința în primul rând în funcție de personalitatea sa, va avea dubii sau momente de culpabilitate, dar la un moment dat el va hotărî să abordeze medicul. Medicul devine astfel pentru bolnav un suport psihologic, relațiile dintre medic și bolnav fiind relații în care acesta din urmă caută dependența. Această tendință trebuie bine cunoscută de medic, mai ales când el se află în fața unor bolnavi cronici. Este o mare artă a ști cât trebuie lăsat un bolnav să regreseze și ce grad de maturitate trebuie cerut unui individ.[270]

Scripcaru subliniază că niciodată organicul – nu răspunde la un model prefabricat al bolii, medicul fiind obligat să ia în considerare psihicul bolnavului, deoarece aici medicul nu are rolul numai de a alunga o durere fizică, ci și o deznădejde, o temere și prin aceasta să dea speranță omului suferind. Medicul trebuie să evite convingerea intuitiv-negativă a bolnavului despre starea sa, pentru a evita orice conflict cu acesta. El trebuie să promoveze o atitudine etico-afectivă față de bolnav, fenomen care conferă practicii medicale elemente de permanență, raportul medic-bolnav, fiind, în fond, o întâlnire dintre o încredere și o conștiință.

Preocuparea de aspectele psihice ale bolnavilor reprezintă în fond o adevărată datorie morală, iar în acest sens disponibilitățile psihologice ale medicului trebuie să fie foarte importante.[153,155]

Medicul trebuie, în primul rând, în cadrul contactului sau cu bolnavul să definească boala, organizând toate etapele stabilirii diagnosticului și apoi a tratamentului. Orice neputință sau chiar ezitare în acest domeniu perturbă relațiile dintre medic și pacient, iar uneori, aceasta se poate extinde datorită atitudinii afective a bolnavului asupra întregului personal medical și chiar a întregii medicine.

Cu toate aceste referiri negative trebuie subliniat că adevărata poziție a medicului în societate este cu totul alta. Medicul este o existență în folosul altora, motiv pentru care el are nevoie de calitățile tuturor celorlalte profesii, căci el răspunde de viața omului ca valoare socială.

Pacientul nu este dispus încă de la începutul bolii să se adreseze medicului, pacientul hotărându-se în acest sens în funcție de numeroși factori. Venit în fața medicului, în cadrul primei consultații medicale, pacienții oferă medicului propria lor preconcepție privind boala. Aceste oferte ale bolnavului vor continua până în momentul când medicul și pacientul vor accepta o anumită boală.

În cazul acestui contact interpersonal, medicul și pacientul nu se găsesc pe poziții similare. Bolnavul este cel mai dezavantajat. El se află sub influența suferinței fizice și morale, a reacției psihologice create de această situație, resimte în toată perioada bolii o stare de nesiguranță. Pentru bolnavul aflat în această situație, medicul apare ca o ființă puternică, chiar cu puteri magice, plin de energie și având la dispoziție multiple posibilități. Pe de altă parte medicul în fața actului medical este și el influențat de numeroși factori, cei mai importanți fiind însă factorii legați de propria personalitate, de modalitățile personale de a reacționa și de a se dăruia.

Relația interpersonală dintre medic și pacient apare ca un fenomen inerent practicării profesiei medicale, în cadrul căreia dezvoltarea procedeele paraclinice, computerizate, matematice, tot mai sofisticate, nu a reușit încă să înlocuiască firescul contact dintre medic și omul bolnav.

Relația dintre medic și pacient definește conținutul activității medicale. Pe lângă dimensiunile psihologice individuale ale persoanelor implicate mai există și un ansamblu complex de aspecte de ordin social și cultural. Aceste aspecte vor influența, pe parcursul desfășurării relației medic-pacient, atât comportamentul medicului, cât și pe cel al pacientului. Această relație văzută ca una care se stabilește între membrii a două grupuri sociale distincte: un grup a cărui membri cer îngrijire de sănătate, și altul, care oferă îngrijirea.

Așa cum afirmă A.Percek – fiecare ființă care suferă de ceva din punct de vedere a patologiei, își conferă ca de la sine putere prerogativele unicatului. Fiecare vorbește convins despre gripa sa, despre ulcerul său. Această nuanță de personalizare este imprimată nu atât de boală în sine cât de răsunetul ei psihologic.

În această trăire a bolii unicat, bolnavul reflectă cadrul psihologic familial și social; ca și traiectoria de moment a vieții sale în care l-a surprins apariția bolii, toate aceste elemente de context psihosocial, fiind adăugate celor derivând din structura personalității sale.

Influențat de comportamentele cognitive și afective ale personalității sale, bolnavul posedă exigențe legitime privind misiunea medicului de a-l vindeca, acceptând în schimb să se supună autorității profesionale medicale (comunicarea simptomelor, efectuarea examenului fizic și a investigațiilor paraclinice, aplicarea indicațiilor terapeutice medicamentoase, etc.).

Medicii reprezintă elementul cheie în cadrul sistemului sanitar, ei fiind cei care determină conținutul studiilor medicale, ei formulează regulile codului deontologic al profesiunii medicale și tot ei sunt cei care depind de propriile lor organizații.

Ca persoană el poate avea o multitudine de trăsături comune cu bolnavii pe care-i tratează sau cu restul oamenilor sănătoși, dar ca medic – depozitar al unei științe însărcinate cu vindecarea bolii-el exercită o funcție socială a cărei îndeplinire pretinde satisfacerea unor exigențe sociale reglementate.

Medicul apare într-o triplă ipostază de om, care alină, înțelege suferința, vindecă boala, salvează (uneori) viața bolnavului (Laignel-Lavastine).

Dintre calitățile cerute de public medicului putem grupa: însușiri morale (conștiință profesională, abnegație), calități relaționale (sinceritate, cordialitate, autoritate, timp consacrat bolnavilor), însușiri intelectuale (exactitatea diagnosticului, cunoștințe profesionale, diagnostic instantaneu, fler etc.).

Referitor la natura prestigiului medical trebuie subliniat că medicul nu este sinonim cu competența tehnică, existând situații când calitățile relaționale ale unui medic pot atrage mai mult pacienții. Important este ca, odată dobândit, acest prestigiu obligă pe medic la eforturi suplimentare spre a nu-l diminua prin insuccese profesionale, fapt care ar putea fi exploatat în beneficiul bolnavului, având un rol favorabil chiar din startul relației interpersonale medic-pacient.

Toți bolnavii trebuie să aibă aceleași drepturi de a fi îngrijiți de medic, indiferent de poziția lor socială. O încălcare legală a universalismului în acordarea asistenței medicale o permite oficial societatea prin constituirea cabinetelor și chiar a clinicilor medicale.

Medicul acționează asupra corpului cu diverse mijloace (injecții, sonde) sau asupra sufletului (primind confidențe inavuabile). Aceasta înseamnă că dreptul medicului asupra intimității unei persoane nu trebuie să depășească limitele domeniului medical.

Medicul trebuie să fie neutru din punct de vedere afectiv față de bolnavul pe care îl îngrijește, deoarece acesta fie că-l iubește sau nu, el așteaptă de la medic să fie vindecat de boala sa.

Dezinteresul și altruismul-deși aparent vin în opoziție cu neutralitatea afectivă, cu specificitatea funcțională și cu atitudinea universală, sunt absolut necesare spre a fi captată încrederea bolnavului care este un element esențial în tratament, fără ea neputând fi posibilă psihoterapia.

Din punct de vedere al eficienței actului medical prioritară este competența tehnică, dar un rol important are și natura relației dintre medic și pacient, având influență atât în actul terapeutic, cât și-n stabilirea diagnosticului.

Stabilirea unei relații adecvate poate ajuta atât pacientul să abordeze și să descrie propria sa stare, cât și medicul în a stabili diagnosticul și tratamentul.

De preferat ar fi, ca între medic și pacient trebuie să caute îngrijire și să coopereze cu medicul, iar medicul trebuie să aplice cunoștințele în beneficiul pacientului, dar se poate instala și o relație conflictuală, insistând asupra mijloacelor folosite de medic și de pacient pentru a-și atinge scopul.

Esența comunicării constă în înlăturarea incertitudinii pacientului și medicului cu privire la natura bolii. Incertitudinile sunt de două feluri: clinice-când există incertitudine clară privind diagnosticul și prognoza sa, și funcționale, când medicul știe care sunt diagnosticul și prognosticul, dar menține familia și pacientul în stare de incertitudine pentru a nu fi obligat să dezvăluie lucruri neplăcute bolnavului.

### 3.8.1. Tipuri de relație medic-pacient

Cele trei tipuri de relații sunt inspirate din tipologia liderului:

- autoritar,
- democrat
- laissez-faire.

Cea mai comună relație în practica medicală a consultațiilor este cea de coordonare –cooperare.

Relația care se poate stabili între medic și pacient depinde de mai mulți factori, cum ar fi:

- cadrul instituțional,
- tipul de specialitate al medicului,
- barierele sociale între medic și pacient, etc.
- comunicarea sinceră din partea pacientului
- ignoranța pacientului,
- circumstanțele în care el cere ajutorul medical

Dacă pacientul nu este bine informat, el va fi adesea nesatisfăcut, confuz și necooperant. Vizita, tratamentul, orice act medical în general devine în acest context un act stresant. Îmbogățirea comunicării cu medicul este esențială în acest sens, comunicarea verbală interpersonală fiind mai eficientă decât o informație vizuală sau scrisă.

Comunicarea între medic și pacient poate fi influențată *negativ* de următorii factori:

- atitudinea profesională (mulți medici oferă minim de informație pacienților pentru a stabili liniștea și a înlătura anxietatea acestora);
- stilul de interviu (fiecare medic adoptă un anumit stil particular de desfășurarea interviului, stil orientat spre persoană, sau caracterizat printr-o limitare a sensibilității pacientului și nu diferă mult de la un pacient la altul);
- problemele incertitudinii (menținerea incertitudinii e una din căile prin care medicii mențin controlul atât asupra pacientului, cât și asupra tratamentului),
- neîncrederea pacientului (slaba comunicare în relația medic-pacient a fost frecvent pusă pe seama barierelor create de diferențele de clasă și statut dintre medic și pacienții săi),
- perspectivele diferite ale medicului și pacientului (perspectiva medicului acordă importanță raționamentului științific și datelor psiho-clinice în diagnosticarea bolii),
- interesele și prioritățile diferite ale medicului și pacientului (o sursă importantă de conflict stă în interesele și prioritățile diferite ale medicului și pacientului)

Bolnavul este preocupat doar de afecțiunea lui și de tratamentul propriu; în timp ce medicul trebuie să răspundă cerințelor unui număr mare de pacienți. Medicii ar putea înregistra conflicte și între dorința lor de a ajuta pacienții ca indivizi și obligațiile lor ca salariați ai statului), diferențele de opinie asupra evaluării gravității bolii (aceste diferențe rezultă atât din inegalitatea lor privind cunoștințele medicale, cât și din experiența personală diferită a bolii. Există pacienți care-și subestimează gravitatea medicală a bolii, iar alții care o supraestimează); dificultățile legate de înțelegere și memorie (folosirea de către medic a unui limbaj tehnic, nefamiliar pacientului va duce la neînțelegerea mesajului informațional transmis de medic).

Comunicarea dintre medic și pacient poate avea efecte benefice atât asupra răspunsului fiziologic și psihologic al pacientului, cât și-n privința respectării indicațiilor medicale și a obținerii unui grad înalt de satisfacție, în legătură cu îngrijirea primită.

Îngrijirea acordată de o asistentă medicală pregătită special pentru comunicarea cu pacientul duce la reducerea stresului înregistrat de pacient și la o scădere a complicațiilor somatice care survin după o intervenție. Aceste efecte benefice pot fi obținute și datorită rudelor apropiate.

Procesul de comunicare și informare a pacientului duce la reducerea anxietății acestuia, pornind de la minimalizarea sau suprimarea grijilor pe care și le poate face bolnavul. O senzație poate induce o alarmă doar dacă este percepută și interpretată ca o amenințare. Reinterpretarea senzațiilor, redirecționează atenției spre idei pozitive sau relaxare, ca urmare a unei bune comunicări cu medicul permit pacientului un mai mare control asupra condiției fizice și psihice proprii.

Pentru a se feri de acuzații de neglijență profesională, medicul trebuie să-și perfecționeze competența comunicativă.

### **3.8.2. Istoric legislativ care reglementează relația medic-pacient, drepturile și obligațiile pacienților**

Cu o istorie lungă, ce datează de la principiile deontologice ale lui Hipocrate, la nivel de principiu constituțional, această valoare fundamentală a fost consacrată în 1948, când, prin art. 25 din Legea fundamentală, s-a prevăzut în mod expres, faptul că „Statul poartă grija de sănătate publică prin înființarea și dezvoltarea de servicii sanitare”.

În art. 20 alin. (2), Constituția din 1965 prevedea obligația statului de a asigura „asistență medicală prin instituțiile sale sanitare”. Din acest punct de vedere, se poate afirma că actuala Lege fundamentală este superioară, prin garantarea acestui drept și asumarea obligațiilor statului în acest sens.

În art. 34 alin. (1) din actuala Constituție, se prevede faptul că „Dreptul la ocrotirea sănătății este garantat”, iar prin prevederile alin. (2) „Statul este obligat să ia măsuri pentru asigurarea igienei și a sănătății populației”.



Legile speciale elaborate în domeniu, au cunoscut, de asemenea, o diversificare și o perfecționare a reglementărilor. Astfel, prin Legea nr. 984 din 11 aprilie 1927, pentru organizarea Casei Sănătății, această instituție era înființată pe lângă Ministerul Sănătății și Ocrotirilor Sociale, având ca principale atribuții de a studia condițiunile sănătății publice și ocrotirilor sociale, a centraliza și administra toate fondurile depinzând de Minister.

Potrivit prevederilor Decretului nr. 212 din 13 mai 1953, privind reglementarea profesiunii de medic, aceasta putea fi practică în cabinete particulare sau în serviciul statului.

În aceeași perioadă, prin prevederile Decretului nr. 246 din 29 mai 1958, privind reglementarea acordării asistenței medicale și a medicamentelor, beneficiarii serviciilor medicale erau împărțiți în două categorii:

- 1) din prima categorie făceau parte persoanele care beneficiau de asistență medicală și medicamente gratuite,
- 2) iar din a doua categorie făceau parte persoanele care beneficiau de anumite reduceri la costurile asistenței medicale și a medicamentelor.

**Art. 34 din Constituția României garantează dreptul cetățeanului român la ocrotirea sănătății, statul roman obligându-se să ia toate măsurile necesare pentru asigurarea sănătății populației.**

În acest sens, pentru a proteja cel mai important drept al omului, dreptul la o viață sănătoasă, legiuitorul român a adoptat **Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003 forma consolidată**, act normativ prin care se creează un cadru instituțional care are drept scop familiarizarea pacientului și a corpului medical cu drepturile pe care pacientul le are în cadrul sistemului de îngrijiri de sănătate, pentru a putea beneficia de îngrijiri de cea mai bună calitate de care societatea dispune la un moment dat.

La adoptarea acestei legi au fost avute în vedere principiile pentru promovarea drepturilor pacienților în statele europene membre ale Organizației Mondiale a Sănătății, principii adoptate ca urmare a Consultării Europene OMS asupra Drepturilor Pacienților ce a avut loc la Amsterdam în anul 1994. Pentru schițarea acestor principii ale drepturilor pacienților în Europa au fost avute în vedere:

- Declarația Universală a Drepturilor Omului (1948),
- Convenția Europeană asupra Drepturilor Umane și Libertăților Fundamentale (1950)
- Carta Socială Europeană (1961)
- Convenția Internațională asupra Drepturilor Civile și Politice (1966)
- Convenția Internațională asupra Drepturilor Economice, Sociale și Culturale (1966).

Principiile la care am făcut anterior referire vizează:

- dreptul pacientului la respect al persoanei sale ca ființă umană,
- dreptul la autodeterminare,
- dreptul la integritate fizică și mentală,
- dreptul la securitatea propriei sale persoane,

- dreptul la respect pentru propria sa confidențialitate,
- dreptul de a avea propriile sale valori morale și culturale,
- dreptul pacientului de a i se respecta convingerile filosofice și religioase
- dreptul la o protecție a „sănătății” prin măsuri adecvate de prevenție.

În art. 2 din Legea drepturilor pacientului, forma consolidată, pacienții au dreptul la îngrijiri medicale de cea mai înaltă calitate de care societatea dispune, în conformitate cu resursele umane, financiare și materiale, această normă juridică consacrand un drept căreia îi corespunde implicit obligația corelativă a statului român de a lua toate măsurile necesare, politice, sociale, fiscale și legislative, pentru asigurarea unor îngrijiri medicale calitative.

Art. 3 din lege statuează dreptul pacientului de a fi respectat ca persoană umană, fără nicio discriminare, prin discriminare, în sensul legii, înțelegându-se distincția care se face între persoane aflate în situații similare pe baza rasei, sexului, apartenenței etnice, originii naționale sau sociale, religiei, opțiunilor politice ori antipatiei personale.

Unul dintre cele mai importante drepturi ale pacientului este ***dreptul la informația medicală***, reglementat în capitolul II al legii, potrivit acestor norme juridice, pacientul având dreptul de a fi informat asupra stării sale de sănătate, a intervențiilor medicale propuse, a riscurilor potențiale ale fiecărei proceduri, precum și cu privire la date despre diagnostic și prognostic. Pacientul are, de asemenea:

- dreptul de a decide dacă mai dorește să fie informat în cazul în care informațiile prezentate i-ar cauza suferință,
- dreptul de a cere în mod expres să nu fie informat ori să își aleagă o altă persoană care să fie informată în locul său.

Informația corectă, completă și accesibilă pacientului, raportată la nivelul său de înțelegere, cu privire la starea sa de sănătate și la consecințele acordării sau neacordării serviciului medical, constituie premisa unui consimțământ valabil exprimat, al solicitării unei alte opinii medicale ori a refuzului de a primi niște servicii medicale.

Respectarea acestui drept fundamental are un impact deosebit asupra unui alt aspect indispensabil pentru exercitarea actelor de îngrijire medicală: **consimțământul pacientului**. Potrivit prevederilor art. 13 din Legea nr. 46/2003, pacientul are dreptul să refuze sau să oprească o intervenție medicală asumându-și în scris răspunderea pentru decizia sa, cu obligația corelativă din partea cadrelor medicale de a explica pacientului consecințele refuzului sau ale opririi actelor medicale.

Consimțământul trebuie să fie liber și neviciat pentru a putea produce efecte. Viciile de consimțământ în dreptul civil sunt reprezentate de eroare, dol (acțiune făcută cu rea credință, viclenie) și violență.

- **Eroarea** este falsa reprezentare a realității în vederea obținerii consimțământului, falsa reprezentare în lipsa căreia pacientul nu și-ar fi dat consimțământul pentru efectuarea unui act medical.

- *Dolul (viclenia)* este acel viciu de consimțământ care constă în inducerea în eroare a unei persoane, prin mijloace viclene sau dolosive, în vedere obținerii consimțământului său.
- *Violența*, ca și viciu de consimțământ, constă în amenințarea unei persoane cu un rău care îi produce o temere ce o determina să își dea consimțământul pe care altfel nu și l-ar fi dat.

Chiar dacă aceste vicii de consimțământ sunt în practică rar întâlnite, am considerat necesară explicitarea acestora datorită importanței majore pe care o are consimțământul pacientului față de exercitarea unui act medical.

Exista însă și situații excepționale, în care legiuitorul a considerat că interesul pacientului este mai presus de exprimarea consimțământului său:

- în cazul în care pacientul necesită o intervenție medicală de urgență, consimțământul reprezentantului legal nu mai este necesar.
- în cazul în care furnizorii de servicii medicale consideră că intervenția este în interesul pacientului, iar reprezentantul legal refuză să își dea **consimțământul**, decizia este declinată unei comisii de arbitraj de specialitate, comisie constituită din trei medici în cazul pacienților internați în spital sau din doi medici pentru pacienții din ambulator.

Art. 26 din Constituția României consacră principiul potrivit căruia autoritățile publice **respectă și ocrotesc viața intimă, familială și privată a cetățenilor români**. Respectând acest principiu fundamental, capitolul IV din Legea nr. 46/2003 reglementează *dreptul la confidențialitatea informațiilor și viața privată a pacientului*. Potrivit prevederilor art. 21 și art. 22 din lege, toate informațiile privind starea pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, datele personale sunt confidențiale chiar și după decesul acestuia, putând fi furnizate numai în cazul în care pacientul își dă consimțământul explicit sau dacă legea o cere în mod expres. Doar în situația excepțională în care informațiile sunt necesare altor furnizori de servicii medicale acreditați, implicați în tratamentul pacientului, acordarea consimțământului pentru furnizarea acestor informații nu mai este obligatorie. Dată fiind importanța respectării acestui drept al pacientului, legiuitorul a considerat că încălcarea acestui drept constituie, în raport cu gravitatea faptei, o infracțiune, reglementată ca atare în **art. 227 – Divulgarea secretului profesional din Codul Penal**, potrivit căruia fapta constând în divulgarea fără drept a unor date de către acela căruia i-au fost încredințate sau care a luat cunoștință în virtutea profesiei ori funcției, dacă această faptă este de natură a aduce prejudicii unei persoane, constituie infracțiune și se pedepsește cu închisoare de la trei luni la trei ani sau cu amendă penală.

Având în vedere că legiuitorul consacră **DREPTURILE PACIENTULUI** la tratament și îngrijiri medicale, pentru a preveni eventuale abuzuri, **art. 29 din Legea nr. 46/2003** reglementează obligația furnizorilor ca, în cazul în care aceștia sunt obligați să recurgă la selectarea pacienților pentru anumite tipuri de tratament

care sunt disponibile în număr limitat, selectarea se face numai pe baza criteriilor medicale. Alin. (2) al art. 29 din lege prevedea obligația Ministerului Sănătății și Familiei ca în termen de 30 de zile de la data intrării în vigoare a legii, respectiv până sfârșitul lunii martie 2003, să elaboreze criteriile medicale pentru selectarea pacienților pentru anumite tipuri de tratament. Cu toate acestea, se pare că această inițiativă de altfel lăudabilă a rămas la nivel de prevedere legală, deoarece singurele criterii de selecție elaborate prin ordin al Ministrului Sănătății au fost cele privind pacienții cu hepatita cronică virală și cei cu ciroză hepatică, criterii actualizate periodic și care astăzi sunt cuprinse în Ordinul nr. 658/2006 privind criteriile de eligibilitate pentru includerea în tratamentul antiviral și alegerea schemei terapeutice la pacienții cu hepatita virală B, C și D, precum și la pacienții cu ciroză hepatică.

Cum pentru alte tipuri de tratament nu au fost publicate nici până în prezent astfel de criterii de selecție, se pune întrebarea care sunt criteriile de care se ține seama în practica uzuală și care este gradul de obiectivitate cu care se realizează această selecție a pacienților. Se poate observa faptul că legiuitorul, prin adoptarea unei legi speciale privitoare exclusiv la drepturile pacientului, a urmărit să confere siguranță pacientului și încredere în corpul medical și în serviciile medicale pe care acesta le furnizează. Mai mult, pentru a asigura respectarea acestor drepturi, prin acte normative speciale au fost reglementate și obligațiile corpului medical față de pacienți, cu sancțiunile aferente încălcării acestora.

Trebuie subliniat însă faptul că pacientul trebuie să conștientizeze că are nu doar drepturi, ci și **OBLIGAȚII** corelative, unele dintre aceste obligații fiind reglementate prin norme legale. Astfel, **art. 38 din legea nr. 95/2006** privind reforma în domeniul sănătății, forma consolidată, prevede obligația cetățenilor români și a oricărui alte persoane aflate pe teritoriul României de a:

- se supune măsurilor de prevenire și combatere a bolilor transmisibile,
- respecta întocmai normele de igienă și sănătate publică,
- oferi informațiile solicitate
- aplica măsurile stabilite privind instituirea condițiilor pentru prevenirea îmbolnăvirilor și pentru promovarea sănătății individului și a populației.

Totodată, art. 219 din legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, actualizată, enumără obligațiile pe care pacienții asigurați le au în sistemul asigurărilor sociale de sănătate pentru a putea beneficia de drepturile conferite prin lege:

- sa se înscrie pe lista unui medic de familie;
- să anunțe medicul de familie ori de câte ori apar modificări în starea lor de sănătate;
- să se prezinte la controalele profilactice și periodice stabilite prin contractul-cadru;

- să anunțe în termen de 15 zile medicul de familie și casa de asigurări asupra modificărilor datelor de identitate sau a modificărilor referitoare la încadrarea lor într-o anumită categorie de asigurați;
- să respecte cu strictețe tratamentul și indicațiile medicului;
- să aibă o conduită civilizată față de personalul medico-sanitar;
- să achite contribuția datorată fondului și suma reprezentând coplata, în condițiile stabilite prin contractul-cadru;
- să prezinte furnizorilor de servicii medicale documentele justificative care atestă calitatea de asigurat.

Pentru anumite situații, legiuitorul român a ținut seama de gravitatea consecințelor încălcării unor obligații ale pacienților, fapt pentru care a încadrat ca și **infraacțiuni** faptele de zădărniciere a combaterii bolilor, de contaminare venerică și transmitere a sindromului imunodeficientar dobândit și de sustragere de la tratamentul medical.

În sensul prevederilor Codului Penal, infraacțiunea de zădărniciere a combaterii bolilor, prevăzută de art. 352, constă în nerespectarea măsurilor privitoare la prevenirea sau combaterea bolilor infectocontagioase, dacă a avut ca urmare răspândirea unei boli, și se pedepsește cu închisoare de la 6 luni la 2 ani sau cu amendă, iar infraacțiunea de contaminare venerică și transmitere a sindromului imunodeficientar dobândit, reglementată de art. 353 și art. 354, constă în transmiterea unei boli venerice sau a sindromului imunodeficientar dobândit prin act sexual, de orice natură, cu o persoană de sex diferit sau de același sex sau prin acte de perversiune sexuală de către o persoană care știe că suferă de o asemenea boală, pedeapsă stabilită de legiuitor fiind închisoarea de la 6 luni la 3 ani în cazul contaminării venerice și închisoarea de la 3 la 10ani în cazul transmiterii SIDA.

Chiar dacă în Legea nr.46/2003 nu există un capitol distinct privitor la obligațiile pacienților, aceștia trebuie să aibă tot timpul în vedere un principiu consacrat de art. 57 din Legea Fundamentală a României, constând în aceea ca atât cetățenii români, cât și cetățenii străini și apatrizii trebuie să-și exercite drepturile și libertățile constituționale cu buna-credință, fără să încalce drepturile și libertățile celorlalți, deci fără a comite un abuz de drept. Prin urmare, pacientul trebuie să își exercite drepturile conferite de lege de o asemenea manieră încât să se mențină un echilibru între drepturile acestuia și obligațiile sale față de corpul medical și față de ceilalți semeni ai săi, pentru ca numai astfel sistemul de sănătate poate funcționa în mod corect în societatea românească, iar pacientul se poate bucura într-adevăr de drepturile sale.

### **Confidențialitatea informațiilor**

Atunci când se referă la responsabilitatea juridică, legiuitorul trece pe primul plan confidențialitatea datelor despre pacient și actul medical, după care face trimitere la toate celelalte drepturi enumerate în lege. Această opțiune a legiuitorului

rului poate avea la bază gravitatea faptei, frecvența sporită în raport cu celelalte încălcări sau poate aspectele procedurale, în sensul că poate fi dovedită mai ușor.

Dreptul la confidențialitatea informațiilor reprezintă, în același timp, una dintre formele de protecție a vieții private a pacientului și este garantat prin obligația furnizorilor de servicii medicale de a păstra secretul profesional. Sediul materiei îl reprezintă dispozițiile **art. 227 – Divulgarea secretului profesional Cod Penal**, potrivit cărora, constituie infracțiunea de divulgare a secretului profesional și se pedepsește cu închisoare de la 3 luni la 3 ani sau cu amendă, faptă constând în divulgarea, fără drept, a unor date, de către acela căruia i-au fost încredințate, sau de care a luat cunoștință în virtutea profesiei ori funcției, dacă fapta este de natură a aduce prejudicii unei persoane. Faptele de această natură sunt rare, însă există o abundență de reglementări similare, în sensul că, în forme aparent diferite, printr-o norma de trimitere, fiecare act normativ reia și conținutul textului de incriminare.

**Art. 116 Codul de procedură penală: „Obiectul și limitele declarației martorului”.** Persoana obligată a păstra secretul profesional (cadrul medical, n.n.) nu poate fi ascultată ca martor cu privire la faptele și împrejurările de care a luat cunoștință în exercițiul profesiei, fără încuviințarea persoanei față de care este obligată a păstra secretul (încuviințarea se dă în scris). Astfel, același drept la confidențialitate, cu obligația corelativă a păstrării secretului profesional, sub sancțiunea normelor de drept penal, este consacrat și în Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, formă consolidată și OUG nr. 144/2008 privind exercitarea profesiei de asistent medical generalist, a profesiei de moașă și a profesiei de asistent medical, precum și organizarea și funcționarea Ordinului Asistenților Medicali Generaliști, Moașelor și Asistenților Medicali din România.

### **Consimțământul asupra intervenției medicale**

Necesitatea consimțământului liber și neviciat, obținut de la pacient, anterior prestării serviciului medical, reprezintă o formă de exprimare a libertății oricărei persoane de a dispune în legătură cu limitele și formele de existență, în acord cu normele de interes general.

Consimțământul este implicit, atunci când pacientul solicită serviciul medical. Uneori, datorită împrejurărilor speciale în care pacientul se află, este necesar consimțământul scris din partea pacientului sau a membrilor de familie, situații pe care diferitele acte normative le reglementează amănunțit.

Legea cu privire la prelevarea și transplantul de organe, consacră libertatea consimțământului atât pentru donator cât și pentru primitor. Potrivit prevederilor art. 5, este necesar consimțământul scris, liber, prealabil și expres obținut de la donator, consimțământ asupra căruia poate reveni, iar potrivit art. 11, transplantul de țesuturi și organe umane poate fi efectuat numai cu consimțământul scris al primitorului.

## **Dreptul la informația medicală**

Dreptul la informația medicală, drept consacrat de către legiuitor, în favoarea pacientului, constituie, în același timp o obligație a furnizorilor de servicii de sănătate. Informația corectă, completă și accesibilă pacientului, raportată la nivelul acestuia de înțelegere a stării de sănătate precum și a consecințelor acordării sau neacordării serviciului medical, constituie premiza unui consimțământ valabil exprimat, solicitării și a altei opinii medicale, sau dimpotrivă a refuzului de a primi respectivele servicii.

## **Dreptul de a fi respectat ca persoană umană**

Relația dintre medic și pacient se particularizează și prin dimensiunea coordonatelor umane, antrenate pe parcursul actului medical. Fiind mai vulnerabilă, personalitatea pacientului trebuie să se bucure de un plus de protecție și respect din partea corpului medical. Din aceasta perspectivă, legiuitorul a consacrat, în mod expres, și dreptul pacientului de a fi respectat ca persoană umană, obligație care rezultă în principal din Codul de deontologie profesională precum și din normele legale generale.

Potrivit prevederilor art. 3 alin. (1) din Legea nr. 74/1995, privind exercitarea profesiei de medic, înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Medicilor din România, republicată, în exercitarea profesiei, medicul trebuie să dovedească „*disponibilitate, corectitudine, devotament și respect față de ființa umană*”.

Potrivit art. 3 din Legea drepturilor pacientului nr. 46/2003, formă consolidată, [142] pacientul are dreptul de a fi respectat ca persoană umană, fără nicio discriminare. Chiar și în lipsa unor consacrări exprese, în legea cu privire la drepturile pacientului, prin prevederile Codului penal, alături de celelalte atribute fundamentale, este protejată onoarea și demnitatea persoanei.

## **Dreptul la îngrijiri medicale de cea mai înaltă calitate**

Dreptul la îngrijiri medicale de cea mai înaltă calitate este consacrat printr-o multitudine de acte normative în vigoare.

Problema este dacă, și în ce măsură, pacienții își pot valorifica integral și eficient acest drept consacrat într-o formă atât de generoasă.

Calitatea actului medical este diminuată uneori prin încălcarea normelor de etică profesională, însă în cele mai frecvente cazuri, prin lipsa resurselor financiare și materiale necesare, cu consecința neantrenării întregului potențial de care dispune corpul medical. Rezultă că, în mod inevitabil se pune problema în ce măsură statul își îndeplinește obligațiile specifice ținând de asigurarea sănătății populației și, prin aceasta calității vieții.

Legea cu privire la drepturile pacienților va fi urmată și de o lege cu privire la drepturile furnizorilor de servicii medicale? Probabil că răspunsul este negativ. Astfel stând lucrurile, rezultă că în cadrul acestui raport contractual cu drepturi și

obligații corelative, legiuitorul a înțeles să instituie mai multe drepturi în favoarea pacienților și mai multe obligații în favoarea corpului medical. Aceasta deoarece, apelând la serviciile de sănătate, pacienții își valorifică un drept, în timp ce pres-tând aceste servicii, furnizorii își îndeplinesc o obligație profesională, etică și morală.

### **3.8.3. Metode de îmbunătățire a relației de comunicare în îngrijirea medicală**

Îmbogățirea comunicării cu medicul este esențială, iar comunicarea verbală interpersonală este mai eficientă decât o informație vizuală sau scrisă.

Îmbunătățirea comunicării medic – pacient se poate realiza ținând cont de următoarele sugestii: îndrumările și recomandările să fie date la începutul inter-viului; să fie accentuată importanța recomandărilor și indicațiilor medicale; să folosească propoziții și cuvinte scurte; informația ce trebuie comunicată să fie formulată în propoziții clare; să se dea informații concrete, precise, în mod deli-berat, mai degrabă decât informațiile generale; să-și dezvolte și să-și exercite disponibilitatea de ascultare.

Analizând comunicarea deficitară dintre personalul medical și pacient în cadrul spitalului, ar fi de preferat ca în spital să existe o persoană competentă care să informeze pacientul; deoarece în spital, echipa de medici și asistente poate presupune că un altul a comunicat bolnavului ceea ce vrea sau simpte nevoia să știe acesta, fără ca, de fapt, vreunul dintre ei să o facă.

Responsabilitatea îmbunătățirii comunicării revine medicului, deoarece el deține controlul asupra consultației și determină forma și conținutul ei.

### **3.8.4. Abilități și capacități comunicaționale decisive în relația medic-pacient**

Personalitatea medicului determină stilul său de muncă în cadrul profesiei lui, care se manifestă nu numai în cadrul deciziei terapeutice, ci în cadrul tuturor relațiilor cu bolnavii, de orice fel ar fi ele. În acest sens numeroși autori subliniază marea importanță a formării psihologice a medicului.[155]

Stabilirea diagnosticului și tratamentului, chiar dacă rămân principalele scopuri ale relației medic-pacient, nu trebuie să acopere întreaga arie problematică a acestei relații. În acest sens trebuie conștientizată nevoia pacientului de a fi informat, necesitatea extinderii interviului cu elemente în afara celor clinice, dar care au importanță mare din punct de vedere medical.

Soluția unei comunicări eficiente rezidă în stilul de interviu adoptat de medic. El trebuie să-și dezvăluie abilitatea de a recunoaște căile subtile prin care pacienții încearcă să le comunice problemele și preocupările lor și să investigheze activ ideile și opiniile lor privitoare la starea lor de sănătate.



### **3.8.5. Strategii de influențare a evoluției relației medic-pacient**

Atât medicul, cât și pacientul trebuie să folosească strategii de influențare a evoluției relației dintre ei, în sensul atingerii scopului propus de fiecare în parte. Din aceste strategii putem aminti: persuasiunea, negocierea ca strategie de control, incertitudinea funcțională, comportamentul nonverbal.

Prin procesul de persuasiune, pacienții încearcă să convingă medicul că un anumit tip de tratament este mai potrivit, prezentând informația despre el într-o formă care, cred ei, îl poate determina pe medic să accepte soluția propusă de ei. La rândul său medicul încearcă să convingă pacientul că procedura cerută sau sugerată de pacient, nu este așa de bună ca cea sugerată de el. Medicul poate folosi și un avertisment în legătură cu ceea ce s-ar putea întâmpla dacă neglijează sfatul său.

Negocierea ca strategie de control se referă la procesul prin care medicii și pacienții ajung la un compromis.

Strategia incertitudinii funcționale intervine atunci când medicul, fiind sigur pe evoluția unei boli sau de rezultatul unei terapii, poate prelungi deliberat incertitudinea pacientului.

Comportamentul nonverbal poate fi un instrument foarte eficient și util în influențarea pacientului. Un zâmbet sau un semn încurajator poate indica continuarea discuției sau a relației respective.

Relația dintre medic și pacient este influențată și de natura sistemului medical, de contextul organizațional în care se desfășoară interacțiunea între cei doi.

## **3.9. ABILITĂȚI DE COMUNICARE ÎN TIMPUL CONSULTULUI MEDICAL**

Necesitatea eficientizării comunicării cu pacientul, în timpul primului consult medical este foarte important. Consultația trebuie să dureze în jur de 15-20 de minute, într-un cadru privat, fie el cabinet medical sau salon de spital, unde pacientul are intimitatea de care are nevoie pentru a putea comunica ușor cu medical. Există și situații special, când avem de a face cu pacienți dificili sau când trebuie să comunicăm unele diagnostice sau aplicarea unor tratamente invazive dificile și costisitoare, punând medicul în dificultate.

Comunicarea ineficientă reduce adesea acuratețea diagnosticului. Studiile arată că:

- medicii permit pacientului numai 18 secunde pentru a prezenta istoricul bolii înainte de a-l întrerupe.
- doar 2% dintre pacienți au oportunitatea de a-și finaliza istoricul. Prin întreruperea fluxului de informații de la pacient, clinicianul este adesea privat de fapte susceptibile de a-l ajuta în stabilirea unui diagnostic corect.

- Cel mai eficient predictor al complianței pacientului la un plan de tratament este comunicarea între medic și pacient. Dacă medicul utilizează o comunicare eficientă, crește și complianța pacientului la tratament.

Pacienții în timpul consultului medical au următoarele bariere de comunicare cu medical, pe care acesta ar trebui să-l facă să le învingă:

- simt că irosesc timpul valoros al medicului;
- omit detalii ale istoricului pe care le consideră neimportante;
- sunt jenați să menționeze lucruri care i-ar pune într-o lumină nefavorabilă;
- nu înțeleg terminologia medicală;
- cred că medicul nu i-a ascultat și, de aceea, nu are informațiile necesare pentru a lua o decizie bună de tratament.

Pentru a înlătura aceste bariere medical în timpul conversației cu pacientul ar trebui să:

- să stea așezat
- pacientul să stea confortabil
- să stabilească un contact vizual
- să asculte pacientul fără a-l întrerupe
- să exprime atenție prin semne non-verbale
- să permită pauzele atunci când pacientul își caută cuvintele
- să sesizeze și să legitimeze sentimente
- să explice și să se reasigure în timpul examinărilor
- să întrebe în mod explicit dacă există alte motive de îngrijorare.

Abordarea comunicării medic-pacient are multe puncte comune pentru medicii din toate specialitățile, dar există și diferențieri. Abordarea pacientului de către medicul de familie merită o abordare separată datorită relației de lungă durată ce se dorește a se realiza. Aplicarea tehnicilor comunicaționale nu prelungește durata vizitei, ci doar îmbunătățește relația medic-pacient. Dacă medical reușește să deprindă abilitățile comunicării asertive, și reușește să transmit corect informațiile pacienților va observa că timpului necesar pentru consultație devine mult mai scurt.

Pașii către o comunicare mai bună cu pacienții în timpul primului consult medical sunt:

- Îmbunătățirea abilităților de comunicare de bază deja avute
  - nu trebuie omise amabilitățile
  - nu trebuie să se simtă deloc faptul căsunteți grăbit
  - mențineți conversația pe linia dorită
  - comunicarea trebuie să fie cu dublu sens
  - ascultarea fără a întrerupe pacientul din relatarea simptomatologiei
  - comunicarea cu privirea, sub nicioformă nu trebuie să faceți altceva în acest timp
  - discuțiile cu pacientul trebuie să fie organizate, urmărind tehnica BATHE

- În permanență trebuie adaptat stilul de comunicare, stilului modern, participativ:
  - trebuie făcut un efort suplimentar pentru a câștiga încrederea
  - întotdeauna medical trebuie să fie atent la dinamica schimbărilor
  - întotdeauna pacienții trebuie să se simtă implicați
  - trebuie insuflăte așteptări cât mai realiste pacienților
  - furnizarea de cât mai multe informații în cât mai puțin timp pacienților.
- Medicul trebuie să ia măsuri permanente pentru a se perfecționa, în scopul depășirii așteptărilor pacienților:
  - îmbunătățirea sistemelor informaționale și de organizare din cabinetul medical,
  - trimiterea tuturor pacienților o scrisoare de bun-venit (un model în format word poate fi descărcat de pe site-ul [www.medicaacademica.ro](http://www.medicaacademica.ro))- de exemplu pentru un pacient nou înscris la un nou medic de familie, sau un pacient nou la cabinetul medical dentar venind pentru un tratament îndelungat, etc.
  - folosirea computerului în mod creativ
  - educați personalul medical auxiliar pentru o mai bună comunicare cu pacienții
  - surprinderea pacienților într-un mod plăcut: de ex: amintirea de ziua de naștere a pacientului și chemarea acestuia pentru un consult gratuit, recompensarea cu o floare sau un marțișor paciențele în ziua de 1 sau 8 martie, etc.
  - urmărirea periodică a pacienților
  - îmbunătățirea conceptului de „medicină de familie” sau medic personal

### ***Tehnica BATHE de comunicare cu pacientul[289]***

Tehnica BATHE, este îndelung folosită în îngrijirile primare de sănătate deoarece este simplă și eficientă. Acronimul BATHE provine de la:

**B – Background**= rugarea pacientului să-și descrie starea actuală. *NU se cer detalii în acest punct al conversației, acestea nu sunt importante!!!*

**A - Affect**= starea pe care o simte pacientul în legătură cu starea lui actuală - de ex: supărare, furie, teamă, anxietate - aici se poate ajuta pacientul dacă nu știe să se exprime prin enumerarea stărilor posibile;

**T- Trouble**= problemele pe care pacientul le are datorită acestei stări. Acesta este motivul real al acestei stări din spatele emoției?

**H – Handling**= felul în care reușește pacientul să gestioneze această stare. Cum a abordat acest gen de stare pacientul în trecut? Există opțiuni pe care pacientul încă nu le-a luat în considerare? Ajută pacientul să găsească măcar un lucru pozitiv, prin care poate răspunde acestei stări.

**E- Emphaty**= insuflarea speranței, datorată înțelegerii și interesării tale de starea prin care trece pacientul. Încurajarea pacientului să înfrunte problema.

Procedura durează aproximativ 1 minut și trebuie să fie practică la fiecare consult medical, pentru a observa evoluția în timp a pacientului și a stării psihice a acestuia.

Medicii pot folosi tehnica de BATHE să se conecteze în mod semnificativ cu pacienții, ca și liant pentru probleme de sănătate mintală și să însușească pacienții să se ocupe de mai multe aspecte ale vieții lor într-un mod mai constructiv.

**Rafinarea abilităților de comunicare**, pentru a menține calitatea comunicării în secolul „extra-vitezei”, dumneavoastră ca medic, trebuie să vă asigurați că implementați toate acele lucruri pe care deja le cunoașteți dar pe care câteodată, din varii motive, doar presupuneți că le faceți:

1. **NU omiteți amabilitățile!** Pe lângă alte beneficii pe care pacientul le urmărește, este bine cunoscut că pacienții sunt mai dornici să urmeze sfatul medical dacă sunt într-o relație bună cu medicul lor.

- a. Primirea pacientului cu un zâmbet larg, strângerea mâinii acestuia, faptul că îi spuneți pe numele de familie sau pe numele mic, în funcție de vârstă și de natura relației, fac parte din modul de primire a acestuia.
- b. Odată pacientul așezat trebuie ca și medicul să se așeze lângă pacient sau de aceeași parte a biroului. Aceasta relaxează pacientul astfel încât să comunice mult mai deschis.

2. **NU arătați pacientului că sunteți grăbit!** Pacienții devin iritați atunci când medicii par grăbiți, chiar dacă nu o spun direct. Trebuie să fiți atenți și la semnalele nonverbale, să priviți la ceas sau să stați cu mâna pe mânerul ușii. Acest tip de comportament sugerează pacientului că nu este important sau la fel de important ca pacientul care urmează. Este important să-l faceți pe pacient să se simtă în centrul atenției. Odată ajunși în sala de examinare, fiți siguri că sunteți într-adevăr acolo: concentrați-vă atenția pe pacient și opriți-vă din a fi preocupați de ceea ce se întâmplă în afara acesteia.

3. **Mențineți conversația pe direcția dorită.** Astfel va crește eficiența și va fi maximizată valoarea timpului petrecut cu pacienții. În timp ce anumiți pacienți își prezintă problemele în mod direct, alții obișnuiesc să devieze de la discuție. Deși se pot obține informații folositoare, este util să vă folosiți intuiția pentru a sesiza când conversația își pierde din relevanță și să readuceți, cu tact, discuția la subiect.

4. **Comunicați cu dublu sens.** Un medic poate învăța multe de la un pacient chiar în timpul discuțiilor informale. Când discutați cu pacienții dvs. puteți afla mai multe despre vaccinarea copiilor lor sau despre eventuale consulturi de care ar avea nevoie. Aceste informații valoroase trebuie introduse în programările viitoare, în orarul de tip chart pe care fiecare medic ar trebui să îl folosească.

5. **Ascultați fără a întrerupe.** Tendința dvs. ar putea fi de a pune pacientului o mulțime de întrebări, în timp ce ați putea obține mai multe informații și economie de timp ascultând activ pacientul fără să-l întrerupeți. Studiile arată că pacientul vorbește în medie numai 18 secunde până când este întrerupt de medic. Dacă medicii i-ar lăsa să vorbească 3 – 4 minute, pacienții ar spune 90% din ceea ce nu este în regulă cu ei.

În timpul primului consult medical când medicul trebuie să abordeze anamneza și examenul obiectiv, pe lângă cele tratate deja în subcapitolul 3.2.1., medicul trebuie să dea o foarte mare importanță semnelor de boală astfel trebuie să urmărească:

- **faciesul pacientului**

- **tipul constituțional și starea de nutriție**, se referă la structura corporală a pacientului și la aspectul său general, în funcție de conformația dobândită prin ereditate sau prin factori fiziologici sau patologici. Pentru orientarea tipului constituțional se apreciază și dezvoltarea staturală a bolnavului, care poate fi determinată de factori ereditari, endocrini sau de mediu și este în corelație cu creșterea oaselor.

Tipurile constituționale pot fi de trei feluri:

- Tipul astenic – ectomorf - tip slab, este predispus la ulcere gastro-duodenal, TBC, boli psihice.
- Tipul picnic – endomorf - mic de statură, cu dezvoltarea țesuturilor rezultate din transformarea endodermului, este predispus la ateroscleroză, obezitate, HTA, diabet zaharat etc.
- Tipul stenic – mezomorf – intermediar între primele, este predispus la boli osteo-articulare și musculare.

- **tipul statural** apar alte aspecte:

- Nanismul hipofizar sau piticul – apare în insuficiența hormonului somatotrop din copilărie
- Nanismul din stenoza mitrală apare mai tardiv la persoanele care fac cardită reumatismală în cadrul RPA-lui
- Nanismul din alte boli endocrine, ereditare sau osoase: mixedem (hipotiroidism), rahitism, etc.
- Gigantismul hipofizar – este o creștere staturală exagerată prin exces de hormon somatotrop în copilărie
- Acromegalia – este o creștere exagerată a extremităților corpului, tot prin hipersecreția hormonului somatotrop, începând din copilărie
- Eunocoidismul – dezvoltarea normală a corpului dar cu deficit în dezvoltarea organelor genitale și a activității sexuale

- **starea de nutriție** – care se apreciază prin analiza dezvoltării țesutului celular subcutanat și a celui muscular; prin efectuarea semnelor pliului cutanat la nivelul abdomenului și prin raportul greutate - înălțime. Semnificațiile patologice ale stării de nutriție constau în aprecierea îngrășării sau slăbirii excesive.

- *Slăbirea excesivă* a unui individ este un semn de gravitate a unei boli și poate constitui un simptom pentru el. Cașexia reprezintă starea excesiv de slabă a unui bolnav și poate apare în carențe alimentare, boli endocrine, stenoza pilorică, boli toxico-infecțioase grave, cancere, boli psihice, etc.
- *Obezitatea sau îngrășarea excesivă* apare în caz de supraalimentație sau în dezechilibre endocrine și predispune la ateroscleroză, HTA, infarct miocardic, artroze, deficiențe respiratorii, etc.

- **culoarea tegumentelor**- trebuie observată și asociată cu rasa omului: caucazian, rus- ucrainian- rozalii și blond, german- rasa ariană, indienii, rasa galbenă, rasa neagră, etc. Paloarea se observă cel mai bine la palme, mucoase și unghii. Ea poate fi localizată sau generalizată. Modificările patologice urmări- rite sunt:

- **Paloarea** – este culoarea mai deschisă a tegumentelor și mucoaselor și apare în caz de reducerea circulației superficiale, prin vasoconstricție sau mai frecvent apare în anemii. În anemii culoarea poate să difere în funcție de tipul de anemie:
  - anemia feriprivă – apare o paloare de ceară sau ca varul în funcție de tipul de anemie feriprivă: posthemoragie acută sau cronică.
  - anemiile hemolitice și megaloblastice – apare o culoare gălbuie, ca paiul de grâu copt.
  - leucemii cronice și IRC – apare o culoare gri-pământie
  - endocardita bacteriană infecțioasă – paloarea este de tip cafea cu lapte.
- **Roșeața** – apare prin vasodilatație accentuată sau prin creșterea cantității de oxihemoglobină în circulație (poliglobulie). Ea apare după expunere la temperaturi înalte sau în stări febrile, după efort fizic, la cei cu distonie neuro-vegetativă, la femei în perioada menopauzei (bufeuri), la etanolici, în intoxicația cu oxid de carbon, în poliglobulii primare sau secundare.
- **Tulburările de pigmentare** ale tegumentelor cuprind hipomelanozele și hipermelanozele.
  - Hipomelanozele sunt caracterizate prin scăderea sau absența pigmentului melanic. Din acest grup fac parte albinismul caracterizat prin absența pigmentului în piele, păr și ochi și vitiligo caracterizat prin apariția unor pete deschise la culoare, cu contur hiperpigmentat.
  - Hipermelanozele apar prin creșterea numerică a celulelor melanice și supraîncărcarea lor cu pigment și sunt datorate cauzelor hormonale: insuficiența cronică a glandelor suprarenale (boala Addison), hipertiroidismului (boala Basedow). Efelidele - pete brun roșietice mici pe obraji, umeri, spate, fața dorsală a mâinilor

apar prin pigmentarea pielii sub formă de pistrui și au caracter familial și constituțional.

- Icterul este colorația galbenă a pielii, mucoaselor și sclerelor determinată de impregnarea acestora cu bilirubină când aceasta are valori crescute în sânge (peste valoarea normală de 1mg la 100 ml sânge). Culoarea icterică apare în icterul hemolitic (prin formare în exces a bilirubinei din hemoglobină), icterul hepatic (hepatită acută virală, hepatită cronică, ciroză hepatică), icterul prin obstrucția căilor biliare (icter mecanic sau obstructiv).
- Culoarea galbenă a tegumentelor, fără modificarea sclerelor se produce în carotenism (depozitarea tisulară a carotenilor), în insuficiența renală cronică (prin retenția cromogenilor urinari) sau în tratamentul îndelungat cu mepacrină (culoarea fiind considerată în acest caz pseudoicterică).
- **Cianoza** (kianos) – este o culoare albastruie – vineție a pielii și mucoaselor și apare din cauza creșterii nivelului hemoglobinei reduse în vasele mici în anumite teritorii. Cianoza poate fi adevărată sau falsă:
  - *adevărată* apare în condiții de creștere a cantității absolute de Hb. redusă în capilare (peste nivelul de 5 g /100 ml sânge). Ea apare mai bine la extremități și depinde de anumiți factori:
  - volumul capilarelor cutanate și mucoase, grosimea și transparența învelișului cutaneo-mucos (cel mai bine se observă la lobul urechilor, pomeți, buze și patul unghial).
  - pigmentația pielii (la rasa neagră sau alte hiperpigmentări cutanate) se caută mai bine la palme sau mucoasa conjunctivală
  - asocierea cu alți pigmenți în același timp, de ex. cu icterul
  - concentrația Hb. în sânge, ea apărând mai repede la cei cu poliglobulie decât la cei cu anemie
  - *falsă* apare în următoarele situații:
  - intoxicația cu oxid de carbon (carboxihemoglobinemie), care are o culoare albastruie cu tentă carminată
  - policitemia vera, când cianoza are aspect roșu-vinețiu
  - methemoglobinemie și sulfhemoglobinemie (intoxicația cu nitriți, nitrotoluen, benzen etc.)
  - argiria – depozitarea sărurilor de argint în tegumente, dând o colorație albastră-cenușie

În apariția cianozei are importanță nivelul absolut al Hb. reduse. La anemici, mai ales la valori sub 5 g. /100 ml sg. cianoza nu poate fi evidențiată. Din punct de vedere fiziopatologic și clinic, cianoza se împarte în: ciroză centrală și periferică.

• **cianoza centrală**– este dată de saturarea insuficientă a sângelui arterial cu oxigen, tradusă prin creșterea nivelului absolut al Hg. reduse în sângele arterial peste valoare limită de 5 g/100 ml. Această cianoză este generalizată și interesează atât tegumentele cât și mucoasele, iar temperatura nu este scăzută, așa zisa cianoză caldă. Ea se intensifică la efort iar la digitopresiune sau vitropresiune colorația cianotică se reface fără roșeață intermediară.

*Cauzele cianozelor de tip central sunt:*

1. Cauze respiratorii: în afecțiuni ale aparatului respirator care conturbă procesul normal de hematoză, astfel încât sângele nu se mai oxigenează suficient la nivelul plămânilor:

- a. afecțiuni care reduc patul de hematoză: pneumonii masive, bronho-pneumonii, TBC miliar, fibroze pulmonare extinse, pleurezii masive, pneumotorax, fibrotorax, toracele cifo-scoliotic, etc.
- b. afecțiuni care produc obstrucția căilor respiratorii: boli laringo-traheale, tumori care comprimă căile respiratorii, astmul bronșic, BPCO, etc.

2. Cauze cardiace:

- a. insuficiența cardiacă stângă din cardiopatia ischemică, infarctul miocardic, HTA, valvulopatii mitro-aortice, cardiomiopatii, tulburări de ritm și conducere. În aceste condiții crește presiunea în circulația pulmonară, ceea ce duce la diminuarea schimburilor gazoase la nivel alveolo-capilar. În insuficiența cardiacă stângă, cianoza se poate instala în mod brusc ca în edemul pulmonar acut sau în mod cronic, progresiv în alte forme de IC stg.
- b. cardiopatiile congenitale complexe care se pot instala de la naștere, persistând toată viața – boala albastră. Acești copii au o dezvoltare staturo-ponderală deficitară, au redusă capacitatea de efort (apare faciesul negroid). În caz de defecte septale izolate, cianoza lipsește inițial, ca urmare a presiunii mai mari în inima stg. Cianoza apare mai târziu când se inversează șuntul, din cauza creșterii presiunii sângelui în inima dreaptă. În cardiopatiile congenitale cianogene (cu comunicare între inima dreaptă și stângă), șuntul veno-arterial aduce în sistemul arterial o cantitate de sânge venos nesaturat în oxigen. Așa apare cianoza din tetralogia Fallot, defect septal combinat cu obstrucție la nivelul circulației pulmonare, etc.
- c. persistența canalului arterial, cu hipertensiune pulmonară asociată când apare o cianoză centrală dar doar la nivelul membrelor inferioare.
- d. fistulele arterio-venoase pe vase mari și mijlocii, cu șunt veno-arterial după anevrisme sau pe vase mici, în telangiectazia ereditară.

3. Cauze mixte: cardiace și respiratorii. Tipic este cordul pulmonar cronic în care apare suferința inimii drepte consecutiv unei afecțiuni bronhopulmonare.



• **cianoza periferică**– este determinată de o vasoconstricție urmată de încetinirea vitezei circulației sângelui într-o zonă periferică, ceea ce duce la extracția crescută a oxigenului de către țesuturi, din sângele arterial. Acest tip de cianoză interesează de obicei doar tegumentele, temperatura lor fiind scăzută (cianoza rece) iar după digitopresiune sau vitropresiune, colorația cianotică se reface, trecând printr-o fază de roșeață. Cianoza periferică poate fi generalizată sau localizată.

- Cianoza generalizată – apare după expunere la frig sau în insuficiența cardiacă congestivă, când se asociază și o vasoconstricție cutanată compensatorie. Ea este mai pronunțată la extremități care sunt reci iar în insuficiența cardiacă dreaptă sau congestivă, apar și edemele. Alte cauze sunt insuficiența tricuspidiană și pericardita constrictivă, când mecanismul este altul și anume prin creșterea presiunii în teritoriul venos, urmată de dilatarea plexurilor venoase subpăpilare. În aceste cazuri cianoza este asemănătoare cu cea din obstrucțiile venoase localizate.
- Cianoza localizată – apare în obstrucțiile trunchiurilor venoase sau arteriale și este strict localizată la teritoriul corespunzător. Dacă obstacolul este pe cava superioară apare cianoza extremității cefalice, a membrelor superioare, a gâtului și a părții superioare a toracelui (cianoza în pelerină cu sau fără edem). În caz de obstrucții pe trunchiuri venoase mijlocii, cum ar fi în tromboflebite, apare cianoza acelui segment sau membru, alături de alte modificări, căldură, arsuri, etc.

- **Explorarea tegumentelor** pentru observarea diverselor leziuni de tip:

- *Maculă*- pată netedă, de culoare roz sau roșiatică, de dimensiuni mici (sub 1cm diametru) care nu depășește planul tegumentar și apare în boli eruptive infecțioase ca rujeola, rubeola, febra tifoidă.
- *Papulă*- proeminență mică pe piele, rotundă cu diametru sub 0,5 cm palpabilă; apare în scarlatină, urticarie.
- *Nodul*- o formațiune dermică sau hipodermică de dimensiuni variate, palpabilă ce apare în xantomatoză, lipomatoză, eritem nodos.
- *Veziculă*- o formațiune în relief, cu diametrul sub 1cm, cu conținut lichidian care apare în varicelă, zona zoster, herpes.
- *Bula*- o veziculă cu conținut purulent care apare în acnee, variolă, impetigo.
- *Chist*- o colecție încapsulată cu conținut lichid sau semilichid.
- *Crustă*- depozit de exudate solidificate la suprafața tegumentului care apar în evoluția herpesului, zonei zoster sau ca urmare a unor eroziuni, ulceratii sau la nivelul eczemelor cutanate.
- *Cicatrice* - apare prin vindecarea plăgilor cutanate unde se dezvoltă un țesut fibros.

- *Fisură*- soluție de continuitate liniară care ajung până la nivelul dermului.
- *Eroziune*- pierdere de substanță care interesează epidermul.
- *Ulceratie*- pierdere de substanță mai profundă ce interesează și dermul.
- *Gangrenă*- necroză a țesutului și straturilor subiacente care se poate suprainfecta devenind fetidă.
- *Escară*- o gangrenă mai profundă circumscrisă, situată la nivelul zonelor supuse presiunii externe (fese, regiunea sacrată, călcâie).
- *Vergeturi*ă-bandăde atrofie la nivelul căreia pielea este subțiată și încrețită și se produce prin ruperea fibrelor elastice din derm. Apare în cazul creșterii în volum a abdomenului (sarcină, ascită) sau a altor regiuni (obezitate, edeme) sau odată cu slăbirea rapidă și accentuată a pacientului.
- *Peteșie*-pată hemoragică de dimensiuni mici (sub 1cm) de formă rotundă sau ovală ce apar pe piele sau mucoase.
- *Echimoză*-pată hemoragică dermo-hipodermică mai mare de 1cm.
- *Telangiectazie*-dilatate a vaselor mici pe piele sau mucoase ce apare în hipovitaminoze B, sarcină, ciroză, consum de anticoncepționale.

- **Examenul părului**, se face examinând atât părul capilar câtși cel de pe tegumente. Modificările calitative ale părului se referă la grosimea firului, luciul și pigmentarea părului, astfel putem observa:

- *Hipotrichoza* reprezintă rădăcinea părului, întâlnită în: hipotiroidism, boala Addison.
- *Calviția* este pierderea pilozității pe o arie determinată.
- *Alopecia*este căderea părului de pe cap, dinrădăcina sa.
- *Hipertrichoză* este creșterea densității părului în zonele cutanatecaracterizate prin pilozitate.
- *Hirsutismul*reprezintă o hipertrichoză pe zone mai extinse

- **Examenul unghiilor**, se analizează forma, grosimea, friabilitatea și culoarea lor. Modificările de formă constau în bombarea sau excavarea unghiilor.

- *Bombarea* – accentuarea patologică a convexității unghiilor apare în cazul degetelor hipocratice și se caracterizează prin hipertrofia țesuturilor moi ale ultimei falange și aspectul unghiei de sticlă de ceasornic. Aspectul apare în diverse boli bronho-pulmonare (neoplasm, bronșiectazie, abces pulmonar, empiem, fibroze interstițiale), boli cardiace (angio-cardiopatii congenitale, endocardita infecțioasă, insuficiența cardiacă), boli digestive (ciroză hepatică, polipoză intestinală, rectocolită ulcero-hemoragică), poliglobulii.
- *Excavarea unghiilor (coilonikia)* apare în anemii feriprive, mixedem, acromegalie.

- **Sistemul adipos** se pune în evidență prin inspecția generală și prin măsurarea pliului cutanat pe abdomen sau pe braț, apreciindu-se astfel starea de nutriție a pacientului.

- **Sistemul muscular** se examinează prin inspecție și palpare, constatând astfel dezvoltarea și tonusul musculaturii: hipertrofie, hipotrofie, hipertonie, hipotonie musculară sau aspect normal.

- **Sistemul ganglionar**, prin inspecție se pot observa ganglionii în caz de adenopatie importantă în locuri precum axila sau inghinal. Palparea ganglionilor se face cu ambele mâini, simetric, începând din zona occipitală continuând apoi cu celelalte grupe. În caz de *adenomegalie* se descriu următoarele caractere: localizarea ganglionilor, numărul, volumul lor, consistența, sensibilitatea, mobilitatea și starea tegumentelor supraiacente. Se pot întâlni: ganglioni unici sau multipli, localizați sau generalizați, confluenți, mobili sau fixați, de diverse mărimi și forme (rotunzi, ovali, neregulați) dureroși sau nedureroși, consistență mai scăzută sau mai crescută, cu tegumente nemodificate sau inflamate, ulcerate sau cicatrizate la nivelul grupelor ganglionare. Modificări ale ganglionilor pot apare în boli infecțioase acute sau cronice, boli ale sângelui și organelor hematoformatoare, tumori maligne cu diverse localizări ce pot determina metastaze ganglionare localizate sau generalizate.

- **Sistemul osos**, fracturile se caracterizează prin mobilitate anormală a unui segment osos și crepitații osoase. Deformările osoase apar prin creșterea și dezvoltarea anormală a oaselor, prin proliferări tumorale sau tulburări endocrine (acromegalie) sau metabolice (rahitism, osteomalacie, boala Paget).

- **Examenul obiectiv al articulațiilor**, se urmărește volumul, sensibilitatea, deformările și mobilitatea articulațiilor și la țesuturile periarticulare. Putem întâlni:

- *Congestie* – colorația roșieatică a tegumentelor din jurul articulațiilor apare în cazul artritelor (inflamații articulare).
- *Tumefacția țesuturilor periarticulare* duce la deformarea articulară, durere spontană la mișcare și limitarea mobilității articulare.
- *Tumefacția articulară* apare în artrite și poate realiza aspecte divers semnificative pentru bolile însoțite de modificări articulare (reumatism articular acut, poliartrita reumatoidă, artrite reactive, lupus eritematos sistemic, boli de collagen). Tumefierea articulațiilor poate fi provocată de acumulare de lichid în cavitatea articulară, în special la articulațiile mari, genunchi, lichidul evidențiindu-se clinic prin semnul denumit șocul rotulian.
- *Tofii gutoși* – nodozități cutanate ce se formează prin depozite de urat de sodiu în jurul articulațiilor și au semnificație pentru boala metabolică numită gută.
- *Durerea articulară* – sensibilitatea se constată prin palparea articulațiilor și prin mișcările active sau pasive efectuate de pacient.

- *Deformările articulare* se observă la inspecția atentă, având semnificație în artrite sau în artroze (procese degenerative articulare, cu caracter cronic).
- *Mobilitatea articulară* se evidențiază prin mișcările active sau pasive ale articulațiilor, bolile articulare determinând reducerea sau dispariția mobilității unei articulații fie din cauza durerilor, fie din cauza anchilozei sau semianchilozei articulare. La mobilizarea articulațiilor se pot auzi zgomote anormale – crepitații articulare ce pot apare în artroze sau în distrucții ale suprafețelor osoase care participă la formarea articulațiilor.

## *Capitolul 4.* **MANAGEMENTUL COMUNICĂRII PENTRU PACIENȚII CU NECESITĂȚI SPECIALE**

### **4.1. DEFINIREA PACIENTULUI CU NEVOI SPECIALE**

Pacientul sau persoana cu nevoi speciale/cerințe speciale (CES) este denumit în literatura de specialitate, o persoană care se caracterizează în general printr-o serie de structuri atitudinal-comportamentale cărora trebuie:

- a. să le dovedim:
  - înțelegere
  - încredere
  - înțajutorare;
- b. să le înlăturăm:
  - disconfortul
  - depersonalizarea
  - dizarmonia;
- c. să ajungem la înțelepciunea ce presupune:
  - acceptare
  - acomodare
  - atitudine;
- d. să reușim să le acordăm o șansă prin:
  - speranță
  - dragoste
  - dăruire;
- e. considerându-l egalul nostru,
- f. bucurându-se de toate drepturile unei persoane dăruită cu viață și care merită a trăi.

### **4.2. COMUNICAREA CU PACIENTUL VÂRSTNIC**

Multe persoane vârstnice suferă adesea mai mult din cauza izolării, ignorării, marginalizării, lipsei de comunicare cu cei din jur, decât de o boală sau alta. A-i vorbi unui vârstnic în grabă, răstit, plictisit, indiferent, fără a te asigura că te-ai adaptat înțelegerii sale, nivelului de cultură, capacității de recepție, capacității auditive, poate să-i facă rău, adâncindu-i suferințele. Între abuzurile contra persoanelor vârstnice este inclus abuzul psihologic, emoțional sau verbal care se referă la un limbaj nepotrivit menționat mai sus, care se constituie într-un stres și se adaugă celorlalte pe care este obligat să le suporte o persoană vârstnică. Acesta poate însemna o condamnare la izolare psihologică și socială, la precipitarea regresiei psiho-intelectuale, constituindu-se în același timp și într-un stres de subsolicitare.

Atunci când se adresează medicului, pacientul vine cu toate problemele sale, nu numai cu cele de ordin medical (la persoanele vârstnice acest aspect este foarte important), alături de suferința medicală existând, cel mai adesea, cea sufletească, pricinuită fiind de pierderea partenerului de viață, îndepărtarea copiilor, singurătatea. În cărțile de psihoterapie ale profesorului și psihoterapeutului Ion Dafinoiu este adeseori folosit un joc de cuvinte ce ilustrează extrem de subtil această situație: history (istorie/poveste) vs his story (istoria/povestea lui) sau extrapolând este trecerea de la generalul situației medicale la particularitățile persoanei.

Comunicarea în general este inclusă printre nevoile fundamentale ale unei persoane, cu atât mai mult a unei persoane suferinde și vârstnice. S-a afirmat că ființa umană complexă este un tip indivizibil, a cărei existență implică nevoi psihologice, nevoi de comunicare și nevoi spirituale. Pentru vârstnic, se poate afirma că nevoia de comunicare este vitală, existența sa, calitatea și durata vieții fiind amenințate de nesatisfacerea nevoii de comunicare, dar și de o comunicare inadecvată. Mai devreme sau mai târziu, o persoană de vârstă a treia își trăiește ultima parte a vieții, care precede sfârșitul, încheind existența. Comunicarea, în acest stadiu, are semnificații particulare și este, alături de alte elemente de îngrijire paliativă, o soluție a calității vieții până în ultima clipă.

Cu ajutorul comunicării investigăm tipologia persoanei, modificările psihologice determinate de îmbătrânire, gradul acestora de îmbolnăvire, suferința, stresul social și psihologic, handicapul. Prin comunicare obținem date prețioase privind nevoile unei persoane sau alteia, dar mai ales, cu ajutorul comunicării putem influența chiar și în sens terapeutic (psihoterapeutic) starea persoanei, fără a mai pune la socoteală transmiterea spre însușire a mesajelor noastre destinate s-o ajute.

În comunicarea cu pacientul vârstnic RĂBDAREA trebuie să fie prima calitate pe care trebuie să ne-o asumăm deoarece o persoană în vârstă își găsește mai greu cuvintele pentru a-și alcătui răspunsurile, care, în final, sunt găsite, doar dacă cel ce conduce dialogul are răbdarea necesară. Tulburările de memorie pot interveni întârziind și mai mult răspunsurile, chiar dacă persoana vârstnică a înțeles, a recepționat mesajul.

În alte situații de îmbătrânire avansată, cu diverse afectări ale structurilor neurologice de suport a funcțiilor psihice, complicată cu boli neuropsihice sau chiar în îmbătrânirea timpurie, când pot apărea astfel de tulburări cu debut precoce, este afectată înțelegerea; persoana ascultă, aude, dar nu înțelege, ca urmare a degradării unor zone din creier unde se face recepția și prelucrarea mesajelor. Nici în aceste cazuri nu trebuie să ne pierdem răbdarea ci, să insistăm, să apelăm și la celelalte forme de comunicare non-verbală, fiindcă poate fi vorba de o afazie parțială (afazia este pierderea capacității de înțelegere și de exprimare), de tulburări ale exprimării verbale (disfazie) sau pur și simplu de tulburări de auz.

Trebuie să fim, de asemenea, pregătiți pentru confruntarea cu un limbaj simplificat, mai sărac, stereotip adesea, ceea ce este o altă caracteristică a îmbătrânirii, căreia trebuie să adaptăm și propriul nostru limbaj și să utilizăm constant calitatea pe care o subliniam anterior.

Comunicarea cu pacientul vârstnic rămâne o provocare, dar nu numai pentru medic, ci pentru toți cei din jurul persoanei respective. Pentru medic, uneori, acele 20 de minute acordate discuției cu pacientul devin atât de mici, încât este nevoie de mult tact și răbdare pentru a obține atât informațiile medicale de care are nevoie, dar și pentru a satisface nevoile de comunicare specifice vârstnicului.

#### **4.3. COMUNICAREA CU PACIENTUL CU DIZABILITĂȚI**

Pentru a putea comunica, medicul e necesar să țină cont de anumite elemente specifice, cum ar fi: [127,129]

- 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;
- să-i înțeleagă suferința;
- să comunice cu părinții sau persoanele ce-l însoțesc, atât privind boala cât și tratamentul ce-l va urma;
- să-i observe reacția corpului la anumiți stimuli;
- să dezamorseze stările conflictuale;
- să ia atitudine;
- să determine o poziție pozitivă a pacientului față de consultația medicală și tratament;
- să dezvolte elemente de comunicare nonverbală pe înțelesul acestuia;
- să evite inițierea unor discuții contradictorii și neconstructive;
- să își controleze propria atitudine, conduită și comportament față de pacientul său cu dizabilități.

Pentru ca totul să se desfășoare într-o notă de profesionalism, respect și comportament adecvat, pacientul cu dizabilități (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 și atmosferă firească, dată însăși de cei doi actori implicați în ea.

Este necesar, totodată, ca medicul să se implice (acolo unde este cazul) și în recomandarea unor instituții de stat și/sau private, abilitate în actul de educație și

integrare psihosocială a acestor categorii de pacienți. La baza unei asemenea asistențe se află trei componente de bază și anume:[127-129]

**a. psihologică**

- cunoașterea particularităților specifice dezvoltării psihice a persoanei și a tuturor componentelor personalității;
- atitudinea și reacțiile persoanei în raport cu deficiența sau cu incapacitatea sa, cât și în relațiile cu cei din jur;
- modul de manifestare a comportamentului în diferite situații;
- identificarea disfuncțiilor la nivel psihic;
- identificarea căilor de recuperare/compensare a funcțiilor psihice afectate;
- asigurarea unui cadru de securitate și confort afectiv pentru menținerea echilibrului psihic și dezvoltarea armonioasă a personalității;

**b. pedagogică** ce constă în:

- evidențierea problemelor specifice în educarea, instruirea și profesionalizarea persoanelor cu diferite tipuri de deficiențe;
- adaptarea/modificarea conținutului învățământului în funcție de nivelul evoluției și dezvoltării biopsihice a subiecților supuși educației;
- asigurarea unui cadru optim de pregătire astfel încât fiecare subiect supus educației și instruirii, să asimileze un minimum de cunoștințe și deprinderi practice necesare integrării sociale;

**c. socială** ce constă în:

- inserția bio-psiho-socio-culturală a persoanei în realitatea socială actuală sau în schimbarea pe axele profesională, familială și socială;
- acțiuni de prevenirea și susținerea a 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:

i. *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);

ii. *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, inadaptrile, 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 vâz (tiflologia);
- 4) handicapul (tulburările) de limbaj (logopedia);
- 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, inadaptare, întârziere mintală, oligofrenie, debilitate mintală și encefalopatie infantilă.

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

- Sindromul Down sau Trisomia 21 caracterizat prin mongolism, recunoașterea este adesea facială;
- Oligofrenia fenilpiruvică caracterizată de absența unei enzime care face ca pielea să fie foarte sensibilă: persoanele sunt blonde cu ochi albaștri;
- Idiotia armurătorică – apare după 3-6 luni;
- Gorgoilismul caracterizat prin statură mică, nu crește în înălțime și are înfățișare de persoană vârstnică;
- Hipertelorismul caracterizat prin persoană cu aspect animalic;
- Sindromul Turner;
- Cretinismul endemic determinat de 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)
- alfabetul/limbajul mimicogestual,

elemente care le ajută să relaționeze și socializeze cu cei din jur.

În cazul unui pacient cu handicap de auz, medicul trebuie să se afle:

- cu fața la el;
- la nivelul lui ca înălțime;
- cu fața liberă pentru a i se înțelege mesajul,
- 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 vâz = 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 vâz, refuză ostentativ a li se spune: chiori sau orbi, indicat ar fi termenul de nevăzător sau ambliop celor cu vederea foarte slabă.

În cazul acestor pacienți medicul trebuie să cunoască faptul că discuția trebuie să se poarte normal, că înclinarea 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 răbdător, 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 un medic cu un astfel de pacient, trebuie să dovedească înțelegere, să-l ajute să-și învingă frica sau teama 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 (dentiția, 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;
- râs și plâns nestăpânit;
- mânie;
- negativism;
- minciună, jaf (tâlharie) sau 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; și 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. [128]

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, 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.

Un rol important revine și modului în care are loc alegerea canalului de comunicare, acesta având:

- puternice conotații date de dimensiunea socială a situației;
- se referă la modul de transmitere a mesajului (voce, scris, gest) și a condițiilor fizice (poziția lor în spațiu, locul întâlnirii);
- 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 [127,129] 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.

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;

Astfel încât, la Blakar, emițătorul (actorul) este un creator care prin mesajul său, furnizează un întreg ansamblu de informații - semne cu privire la propria persoană, la viziunea sa asupra obiectului comunicării sau la situația socială pe care o dorește sau o percepe – care vor fi percepute, interpretate și evaluate de către interlocutor, determinând reacțiile, angajamentul, receptivitatea sau blocarea acestuia. [127].

Specificul unei asemenea comunicări trebuie să fie cu siguranță: zâmbetul, încrederea, acceptarea, respectul, strângerea de mână și de ce nu, îmbrățișarea medicului de către pacientul cu dizabilități, ca formă a celui „mulțumesc doctore că ai grijă de mine și de sănătatea mea!”

#### 4.4. COMUNICAREA CU PACIENTUL BOLNAV PSIHIC

*Comunicarea cu pacientul psihotic constituie o problemă de mare importanță pentru familia acestuia, prietenii, colegii de muncă și chiar pentru personalul medical. Simptomele psihotice relevă o deteriorare severă în aprecierea realității în ciuda evidențelor de contrariu. Nerecunoașterea sau ignorarea acestora constituie o problemă importantă ce îngreunează comunicarea cu acești pacienți. Aceasta nu este o problemă specifică României ci una generală, indiferent de țară și care aparține în egală măsură individului și comunității.*

Cum comunicăm cu un pacient psihotic? este o întrebare pe care și-o pun adesea cu îngrijorare familia acestuia, prietenii, colegii de muncă și nu de puține ori chiar și personalul medical care se confruntă cu o persoană ce prezintă unul sau mai multe din următoarele simptome:[144-146]

- idei delirante
- halucinații
- vorbire marcat dezorganizată (incoerență ideo-verbală)
- comportament marcat dezorganizat sau catatonic.

Simptomele psihotice relevă o deteriorare severă în aprecierea realității, astfel încât persoana în cauză evaluează incorect realitatea în ciuda evidențelor de contrariu. Cu alte cuvinte, pacientul psihotic este convins de realitatea celor gândite, simțite, trăite de el, simptomele respective stăpânindu-i conștiința și modificându-i în sens patologic comportamentul. Simptomul psihotic, este în ciuda contradicțiilor evidente cu realitatea, incompatibil cu existența atitudinii critice, pacientul fiind lipsit de capacitatea de a-i sesiza esența patologică. Atât halucinațiile cât și ideile delirante sunt considerate a fi un efect al supraactivării striatului ventral, datorită pe de o parte hiperdopaminergiei de la acest nivel, ce intensifică mecanismele de feedback pozitiv în circuitele cortico-striato-talamo-corticale, iar pe de altă parte, unei activități hipocampice aberante caracterizate prin descărcări brutale, prin suprasarcină către striatul ventral.

Simptomele psihotice sunt considerate sub raport psihiatric elemente psihopatologice de o mare gravitate, conferind caracterul de urgență psihiatrică și posibil și medicală, condiției ce le manifestă.

Simptomele psihotice caracterizează conform DSM-IV, trei grupe mari de tulburări și anume:

1. tulburări psihotice primare (schizofrenia, tulburarea psihotică acută, tulburarea schizoafectivă, tulburarea delirantă) și ocazional anumite tulburări de dispoziție primare, conferindu-le un grad suplimentar de gravitate;
2. tulburări psihotice datorate unei condiții medicale generale și ocazional întâlnite în anumite tulburări cognitive datorate unei condiții medicale generale (delirium și demența);
3. tulburări psihotice induse de o substanță psihoactivă și ocazional în anumite tulburări cognitive (delirium, demența) induse de o substanță psihoactivă.

Pentru a înțelege mai bine gravitatea simptomelor psihotice ele ar putea fi comparate cu simptome somatice precum hematemeza, melena, febra de 40 de grade, etc. simptome ce incapacitează persoana în cauză, determinând solicitarea proprie a ajutorului medical. Este greu de presupus că în fața unor astfel de simptome, cineva, indiferent de gradul de educație medicală ar zice: „fugi de aici, așa ceva nu există”, sau „lasă-mă cu prostiile astea”, sau va ignora pur și simplu simptomul considerându-l lipsit de semnificație. Și cu toate acestea așa sunt reacțiile în fața unui simptom psihotic.[145,147]

Nerecunoașterea sau ignorarea simptomelor psihotice constituie o problemă deosebit de importantă ce grevează comunicarea cu pacientul psihotic. Aceasta nu este o problemă specifică țării noastre ci una generală, indiferent de țară și care aparține în egală măsură individului și comunității.

La nivel individual, pacientul psihotic este lipsit de capacitatea de a-i sesiza esența patologică ceea ce îl incapacitează de cele mai multe ori, în solicitarea personală a ajutorului medical. Pe de altă parte însă, s-a observat un lucru extrem de interesant și anume faptul că majoritatea oamenilor nu au idee când o problemă personală devine suficient de mare/importantă încât să necesite îngrijire medicală psihiatrică. Cercetările recente sugerează faptul că oamenii operează mental pe baza unor scheme conținând o abordare laică asupra cauzei, simptomelor, evoluției corespunzătoare unui anumit tip de boală. Identificarea caracteristicilor unei anumite astfel de scheme conduce persoana la conștientizarea necesității ajutorului medical și al obiceiului de complianță la tratament. În ceea ce privește schemele mentale ale tulburărilor psihice, acestea constituie încă o arie majoră de cercetare.

Există însă o relație direct proporțională între clasa socială, respectiv nivelul cultural și economic al persoanelor ce se adresează serviciilor medicale de îngrijire a sănătății mentale, deși barierele financiare nu sunt mai mari decât în alte specialități. Nivelul educației pare să fie un predictor mult mai important decât aspectul material privind autoadresarea către psihiatru, ceea ce sugerează că factorii culturali sunt mult mai importanți decât resursele financiare în influențarea acestei atitudini a unei clase sociale.

S-a observat de asemenea că femeile se adresează cu mai multă ușurință decât bărbații serviciilor de îngrijire a sănătății mentale - atitudinea necorelată cu capacitatea de exprimare sau decența, ci așa cum rezultă din cercetările sociologice efectuate pe parcursul mai multor ani, datorită faptului că ele sunt mai capabile să identifice aspectele sanogene și respectiv patogene comparativ cu bărbații; de fapt, această recunoaștere este punctul cheie în procesul luării deciziei de a se adresa medicului și care diferențiază bărbații de femei. Odată problema recunoscută, nu au mai fost decelate deosebiri între bărbați și femei în obținerea ajutorului specializat.

S-a mai constatat, totodată, că persoanele cu o comorbiditate a condițiilor medicale sunt mai înclinate să caute ajutor medical specializat psihiatric, decât acelea cu o singură boală.

Factorii psihologici personali cum ar fi strategia de a face față prin negarea problemei sau prin evitarea confruntării cu problema ivită, prejudecățile legate de

serviciile de psihiatrie, contribuie și ele la rândul lor la această atitudine de scotomizare (ignorare) a simptomelor psihotice.[148]

La nivelul comunității de data aceasta, persistă din nefericire o percepție negativă a bolnavilor psihici, o atitudine de rejectare a acestuia ce se învâрте în jurul prezumției de pericolozitate și impredictibilitate a acestor pacienți, atitudine întărită și de tablourile stereotipe ce apar în mass-media (TV, filme, ziare).

Atitudinea aceasta negativă (având o strânsă legătură cu problematica comunicării în general cu pacientul psihotic) este parte a unei grupări mai largi de credințe, atitudini și valori caracterizate prin absența simpatiei pentru oamenii aflați în suferință, a unei neîncrederi adânc înrădăcinată în oameni și instituții medical psihiatrice și a unor concepții rigide asupra a ceea ce este corect sau greșit. S-a observat că atitudinea negativă față de pacienții psihici este mai pronunțată la persoanele în vârstă, a celor cu nivel educațional scăzut și al bărbaților comparativ cu femeile.

Prin impactul asupra comunicării cu pacientul psihotic, atitudinea negativă este importantă dintr-o multitudine de motive, dar mai ales pentru faptul că ea privează pacientul de ajutorul medical.

Pare incredibil, dar simptomele psihotice sunt ignorate sau tolerate, inimaginabil de mult, atât de pacient cât și de microgrupul în care trăiește. Studiile asupra primului episod de schizofrenie evidențiază faptul că perioada medie de timp de la debutul simptomelor psihotice și până la inițierea unui tratament eficient este frecvent de 1-3 ani, cu situații de peste 3 ani deloc rare (Johnston et all., 1986, Loebel et all., 1992, Beiser et all., 1993).

Numeroase alte studii (McGlashan 1999, Barnes et all., 2000, Ho et all., 2000, Larsen et all., 1998) au identificat pacienții rămași netratați în comunitate timp de 1-3 ani. Dar chiar și pacienții care se adresează serviciilor sistemului de sănătate înregistrează întârzieri considerabile în instituirea unei terapii adecvate. Loebel arată într-un studiu că pacienții aflați la primul episod de schizofrenie au avut în medie 9 consultații (contacte medicale) cu profesioniștii din sistemul de sănătate înaintea primirii unui tratament adecvat. [146-148] Durata de timp dintre debutul simptomelor psihotice și inițierea tratamentului (cunoscută și sub numele de durata psihozei netratate) are implicații profunde asupra pacientului și familiei sale.

Se cunoaște faptul că simptomele psihotice netratate pot avea un efect „toxic” prin ele însele asupra structurilor cerebrale. Nenumărate studii au evidențiat corelații dintre durata psihozei netratate și prognosticul afecțiunii în termeni ai ratei de recădere, duratei de timp necesare atingerii remisiunii simptomelor, nivelului de remisiune atins, etc. Pe de altă parte perioada psihozei dinaintea începerii tratamentului a fost găsită a fi (Lincoln, 1998), deosebit de traumatizantă pentru familiile pacienților fiind caracterizată prin rate înalte de suicid și parasuicid, suferință familială, acte medico-legale, intervenții ale poliției, utilizare de droguri, comportament amenințător, perturbant, cu tendința de a abandona relația cu pacientul. Din nefericire, motivația de a căuta ajutor psihiatric apare numai în contextul deteriorării severe în funcționarea relațiilor intrafamiliale.

Comunicarea cu pacientul psihotic este grevată, de asemenea, de o serie de prejudecăți, unele aparținând chiar personalului medical. O prejudecată deseori întâlnită printre cadrele medicale care îngrijesc pacienți psihotici având distorsiuni importante în aprecierea realității este aceea că în totalitate judecata pacientului este afectată, că acesta nu ar fi în stare să discearnă sau să acționeze în mod responsabil, prezumție ce nu corespunde realității. Comunicarea este un proces învățat, influențat desigur de aptitudinile persoanei, de abilitatea sa de a relaționa cu alții, de experiențele trecute, de condiția socio-culturală sau etnică, dar și de cunoștințele asupra subiectului abordat.

Desigur, comunicarea cu pacientul psihotic recunoaște anumite aspecte specifice, pur tehnice ce pot fi divizate în:

- atitudini greșite
- atitudini corecte

Pacientul psihotic simte nevoia să comunice, să exprime trăirile patologice care de cele mai multe ori sunt angoasante. Simptomul psihotic nu anulează comunicarea în totalitatea formelor ei. Faptul că pacientul psihotic ne comunică suferința lui într-o manieră care ne intrigă, ne contrariază, ne șochează, ne sperie nu ne dă dreptul să o ignorăm. Atenția, îngrijorarea, compasiunea și suportul de care beneficiază simptomele medicale, o datorăm în egală măsură simptomelor psihice și mai ales celor psihotice. Imaginați-vă că întoarceți spatele unei persoane care se prăbușește sub ochii dumneavoastră acuzând dureri precordiale.

#### **4.4.1. Tipuri de pacienți psihici:**

##### ***Pacientul psihotic.***[129-136]

Caracteristici:

- Este un pacient extrem de dificil.
- Informarea preliminară este dificilă și are un caracter imprevizibil.
- Informarea poate fi respinsă și tratamentul neacceptat pe baza unei logici patologice.
- Medicul reușește cu greu să învingă voința pacientului.
- Chiar dacă și-a dat acordul la instituirea tratamentului, pacientul poate oricând să revină asupra deciziei și să refuze colaborarea cu echipa terapeutică.
- Impredictibilitatea trăirii afective și asociațiile logice particulare mențin psihiatrul într-o permanentă instabilitate și insecuritate relațională cu pacientul psihotic.

Pentru o bună comunicare medicul trebuie:

- să îi mențină vie atenția,
- să îi stimuleze observația, răbdarea și rezistența
- să îi ascute instinctul de conservare.



### ***Pacientul nevrotic.***

Caracteristici:

- Este un pacient facil deoarece știe că are o problemă și crede că medicul îl poate ajuta.
- Informarea preliminară și cea completă sunt ascultate și reținute în totalitate.
- Își dă acordul pentru instituirea tratamentului.
- Problema este că, pe termen mediu și lung, nevroticul își activează sisteme de apărare, ce-l protejează în raport cu realul.
- Nu va rămâne multă vreme ca membru al echipei terapeutice.
- Va inventa zeci de motive pentru a explica de ce nu a mai urmat recomandările terapeutice.

În acest caz contactul medic-pacient este căutat ca scop în sine, ca o nevoie de contact interuman.

### ***Pacientul psihopat.***

Caracteristici:

- Este un pacient dificil.
- Rareori ajunge la psihiatru.
- Nu acceptă, nici măcar din politețe diagnosticul psihiatric.
- Nu are răbdare să audă informarea și nu concepe să urmeze un tratament.

### ***Pacientul psiho-somatic.***

Caracteristici:

- Este un pacient dificil, deoarece el prezintă două afecțiuni, una psihică și una somatică.
- Abordarea lui se realizează în echipă.
- Efortul de stabilire al diagnosticului este concomitent al psihiatrului și al somaticianului.

*Comunicarea:*

- Informarea și obținerea consimțământului informat de a fi tratat cad, de obicei, în seama psihiatrului care are abilitățile necesare.
- Psihiatrul preia și îndatoririle psihologului pregătind pacientul pentru etapa ce va urma.
- Cooperarea pacientului este ușor de obținut.

### ***Pacientul psiho-organic.***

Caracteristici de comunicare:

- Este un pacient dificil.
- Informarea preliminară poate să nu aibă interlocutor, fie pentru că nu-și poate susține atenția focalizată pe interviu, fie pentru că nu poate fixa în memorie informațiile obținute.

- În prezenta unor complicații somatice apare un tablou psihic grav, cu îngustarea câmpului de conștiință.
- Pacientul poate refuza tratamentul, dar situația fiind o urgență ce pune viața în pericol, permite psihiatrului să informeze familia și iaconsimțământul de a trata pacientul.

#### ***Pacientul dependent.***

- Este un pacient facil ce ridică, însă, multe probleme.
- Informarea preliminară este ascultată cu un aparent interes.
- Acceptă cu ușurință și fără întrebări suplimentare schema aleasă de medic.
- Este un pacient cuminte, respectuos dar închis în sine.
- Psihiatrul pune mare accent pe etapa de informare completă și de obținere a consimțământului informat, deoarece vizează pe termen lung creșterea rezistenței la impulsul addictiv.
- Indiferent de efortul medicului în instruirea pacientului, rezultatele expectate sunt reduse.

#### **4.4.2. Reguli generale în comunicarea cu pacientul bolnav psihic**

În comunicarea cu acești pacienți medicul trebuie să explice următoarele:

- Abordarea terapeutică imediată implică o alegere rapidă a schemelor de tratament ce combină antidepresivele, anxioliticele și neurolepticele în cantități progresiv crescătoare până la obținerea efectelor dorite. Urmează o etapă de menținere în platou de 4-6 săptămâni, după care dozele sunt diminuate până la obținerea dozelor de întreținere.
- Apariția efectelor adverse poate determina asocierea la schemă a medicației simptomatice.
- Este necesar ca pacientul să fie informat despre timpul lung de apariție a efectelor terapeutice pozitive, 1-3 săptămâni, deoarece expectațiile legate de ingestia unei tablete vizează obținerea unui efect rapid, nu neapărat și definitiv.
- Se vor explica unele simptome țintă sunt mai ușor de înlăturat precum: insomnia, scăderea apetitului, tabloul psihotic, iar altele sunt mai lent ameliorate precum: depresia, anxietatea, plângerile somatice etc.
- Medicul este obligat să prezinte pacientului efectele adverse cel mai des întâlnite în practică, ale medicației utilizate și timpul scurs de la debutul tratamentului până când pot să se manifeste.
- Apariția unor efecte adverse cuplate cu întârzierea apariției efectelor pozitive, percepute în plan subiectiv, pot scădea complianța la tratament a bolnavului.
- Medicul trebuie să supravegheze tratamentul timp în care observă evoluția pacientului sub tratament, și completează anamneza, apro-

fundează cunoașterea structurii pacientului. Această etapă trebuie să creeze premisele unei bune recuperări, reabilitări și reinsertii sociale.

- În psihiatrie nu se poate obține o vindecare totală și fără defect.
- Finalizarea diagnostică și informarea completă sunt amânate pentru momentul în care pacientul tratat reușește să deschidă comunicarea cu exteriorul prin rezolvarea dezechilibrelor interioare. Acest lucru se obține în medie după 5-21 de zile de tratament.
- Informarea corectă și completă a pacientului face parte din dreptul fundamental al omului. Medicul este dator pacientului cu o informare corectă despre boala sa, evoluția ei și tratamentul.
- Forma sub care se informează bolnavul trebuie individualizată în funcție de personalitatea, nivelul de instruire și de educare al bolnavului și depinde, în mare măsură, de personalitatea medicului.
- Medicul este obligat să-și informeze bolnavul despre tot ce are legătură cu suferința sa, în termeni expliciți.
- Exprimarea trebuie să fie simplă, accesibilă, inteligibilă și loială.
- Conținutul informării trebuie să includă:
  - denumirea afecțiunii,
  - felul bolii,
  - evoluția previzibilă a bolii,
  - tratamentul, alternative de tratament, avantaje și dezavantaje ale acestor alternative,
  - complicațiile suferinței,
  - riscuri posibile,
  - recăderi, recurente, etc.

Psihiatrul trebuie să insiste asupra complexității abordării terapeutice:

- medicația se alătură psihoterapiei (individuală, de cuplu, consilierea separării generațiilor, adoptarea unor strategii de combatere a stresului eficiente),
- adoptarea unui comportament alimentar care promovează sănătatea (suplimentat cu vitamine, minerale),
- reintroducerea în programul zilnic a activităților relaxante (sport, muzică, viața socială, călătorii, lectura),
- efortul de a stabili relații inter-personale armonioase (promovarea principiului biblic „iartă și uită”), împăcarea cu sine și cu Dumnezeu etc.

**Informarea bolnavului** este un pas important spre obținerea asentimentului, adeziunii, consimțământului pentru a presta actul medical. *Pacientul trebuie să-și dea consimțământul, în cunoștință de cauză, pentru a se putea iniția tratamentul.*

**Consimțământul pacientului** decurge dintr-un principiu fundamental și anume libertatea omului. În cazurile de urgență absolută (agitație psiho-motorie, sinucigași etc.) conduita medicului va fi ghidată de criteriul de utilitate.

Consimțământul de a urma tratamentul se bazează pe înțelegerea principiilor terapeutice în psihiatrie. Pacientul trebuie să știe că sunt simptome „țintă” facil de tratat (insomnia, lipsa de apetit, neliniștea, trăirea delirant-halucinatorie etc.) și lent rezolvate (depresia, anxietatea, plângerile somatice fără substrat organic etc.). Consimțământul vizează atât înțelegerea și acceptarea modificării acelor concepții și comportamente nocive ce au generat contextul psihopatologic, cât și urmarea tratamentului recomandat pe o perioadă de timp variabilă. Această etapă vizează pacientul și familia lui.

**Abordarea terapeutică imediată:** presupune o împletire a tratamentului farmacologic cu psihoterapia și cu regimul igienico-dietetic (alimentație, activități plăcute, ameliorarea calității suportului social etc.).

**Abordarea terapeutică de perspectivă:** se referă la dispensarizarea specifică și are ca obiectiv menținerea unui grad al funcționalității socio-profesionale și familiale.

**Supravegherea tratamentului:** dorința medicului de a ajuta pacientul explică efortul acestuia de a crea confortul necesar recuperării și reabilitării, de a consolida nevoile și expectațiile pacientului. Este perioada când psihiatrul abordează familia pentru a ameliora calitatea suportului afectiv.

**Finalizarea diagnosticului:** coroborarea datelor obținute prin anamneze succesive cu datele obținute din observare, heteroanamneza, investigații paraclinice și psihologice conduce spre formularea diagnosticului complet.

**Informarea completă:** se realizează după cel puțin 21 de zile de la începerea tratamentului. Informarea trebuie să fie simplă și accesibilă. Se referă la:

- diagnostic,
- evoluția pe termen scurt și lung,
- tratamentul,
- condițiile în care pot să apară recăderile, relapsele și recurențele,
- explicarea detaliată a cauzelor, circumstanțelor existențiale și obiceiurilor nesanogene care au concurat la apariția bolii.

## **4.5. COMUNICAREA CU PACIENTUL AFLAT ÎN STADIUL TERMINAL**

Comunicarea în îngrijirea paliativă este elementul cheie, cu un impact major și vital în realizarea unei îngrijiri medicale eficiente și de înaltă calitate. Pentru o bună comunicare medic – pacient cu boală cronică progresivă, esențiale sunt *onestitatea* și *sinceritatea*.

Pentru mulți pacienți cu boli cronice progresive în stadii avansate, comunicarea este virtual, unica formă de tratament:

- informația,
- speranța realistă,
- păstrarea demnității umane prin alinarea suferințelor fizice și psihice,

- suportul psiho-emoțional, social și spiritual,
- încurajarea și antrenarea familiei în îngrijirea bolnavului, sunt esențiale în a ajuta bolnavii să se adapteze la un stil de viață mai limitat, impus de boală.

Problema comunicării este că nu întotdeauna reușim să transmitem mesajul dorit. Aceasta deoarece cel care primește mesajul, îl interpretează prin prisma propriei percepții, care poate fi diferită de cea a emițătorului. Aptitudinile de comunicare ale medicului, trebuie învățate și perfecționate în permanență. În primul rând, medicul trebuie să învețe să asculte pacientul, să recunoască și să descifreze corect mesajele verbale și nonverbale transmise de pacient, ca apoi să poată elabora propriul mesaj, într-o manieră în care pacientul să-l înțeleagă.

Scripcaru subliniază în cartea sa, faptul că „niciodată organicul nu răspunde la un model prefabricat al bolii, medicul fiind obligat să ia în considerare psihicul bolnavului, deoarece aici medicul nu are rolul numai de a alunga o durere fizică, ci și o deznădejde, o temere și prin aceasta să dea speranță omului suferind”.

Greșelile ce pot apare în procesul de comunicare medic-pacient, pot fi datorate unor:

- factori interni:
  - caracteristici individuale,
  - tipul de personalitate,
  - nivelul de înțelegere,
  - prejudecăți,
  - religie,
- dar și unor factori externi:
  - contextul social,
  - contextul familial, intervenția altor profesioniști din sănătate, experiențe anterioare

Comunicarea între medic și pacient în stadiul terminal poate fi **influențată negativ** de următorii factori:

- atitudinea profesională (medicul oferă un minimum de informații pacienților, pentru a înlătura anxietatea acestora);
- stilul de interviu (medicul adoptă un stil particular de interviu pe care îl aplică la toți pacienții, nefiind orientat spre persoană);
- problema incertitudinii (menținerea incertitudinii este una din căile prin care medicii mențin controlul atât asupra pacientului cât și asupra tratamentului);
- neîncrederea pacientului (slabă comunicare în relația medic-pacient a fost frecvent pusă pe seama barierelor create de diferențele de clasă și statut);
- perspective, interese și priorități diferite ale medicului și pacientului (din aceste puncte de vedere, medicul trebuie să se plieze pe dorințele și prioritățile pacientului);

- dificultăți legate de înțelegere (folosirea de către medic a unui limbaj tehnic, nefamiliar pacientului, ceea ce duce la neînțelegerea mesajului informațional);
- lipsă de atenție, teamă, frică, neîncrederea (toate aceste elemente, pot compromite o comunicare reală);

Pentru îmbunătățirea comunicării medic-pacient, a evitării greșelilor de comunicare cât mai mult posibil, medicul trebuie să-și reconsidere atitudinea și modul de abordare, prin prisma următoarelor aspecte:

- să adopte o atitudine de parteneriat în comunicarea cu pacientul și familia acestuia;
- să fie sincer, onest, să ofere informațiile reale într-o manieră empatică și fermă;
- să folosească un limbaj adecvat nivelului de înțelegere al pacientului;
- să ofere pacientului gradual informații despre boală și atât cât dorește pacientul să cunoască, dându-i astfel posibilitatea afișării sentimentelor și trăirilor;
- să respecte demnitatea și individualitatea fiecărui pacient;
- să-și ofere disponibilitatea pentru acordarea unui suport atât pacientului cât și familiei lui.

O bună comunicare medic-pacient, este mai eficientă decât o informație vizuală și scrisă. Aceasta poate avea efecte benefice atât asupra răspunsului fiziologic cât și psihologic, totodată încurajează respectarea indicațiilor medicale, cu obținerea unui grad înalt de satisfacție în legătură cu îngrijirea primită.

Relația medic-pacient constituie o problemă fundamentală a psihologiei medicale. Cu atât mai mult, în îngrijirea paliativă e nevoie de înțelegerea psihologiei umane în fața bolilor amenințătoare. Omenirea s-a născut odată cu suferința; îngrijirea bolnavului este ca vechime egală cu ea. Momentul acordării îngrijirii, cât și modul în care este făcută, reprezintă etapă culminantă în cadrul relației medic – pacient. Un zâmbet și o strângere de mână pentru un bolnav, fac mai mult decât o mie de cuvinte.

HIPOCRATE avea dreptate când afirma că „medicina rămâne cea mai nobilă profesie”, dar putem adăuga la aceasta că este nevoie de noblețe și bunătate pentru acordarea de îngrijiri medicale paliative celor ce au nevoie de acestea.

#### **4.5.1.Reacții tipice ale bolnavilor afectați de boli letale**

Cancerul este fărăîndoială boala secolului.[131-136]. Aflată pe locul 2, după afecțiunile cardiace între cauzele mortalității, boala ne este din ce în ce mai comună, fiecare dintre noi având în familie sau printre cunoscuți persoane care suferă sau au murit de cancer. În general, omul privește această boală ca echivalent al începutului unui sfârșit în suferință și însingurare. Cu toate acestea, mulți bărbați, femei sau tineri care suferă de cancer sau alte boli incurabile pot trăi o viață

productivăși independentă, atât în perioada în care se află sub tratament cât și după aceea.

Bolnavii incurabili și în particular cei aflați în stări terminale, trăiesc profunde stări emoționale și de stres. Frica de moarte, schimbările la nivelul imaginii și a stimei de sine, întreruperea planurilor vieții, schimbările de rol social și a stilului de viață, sunt aspecte care pot determina stări puternice de disconfort psihologic, iar în lipsa unei atente supravegheri spirituale pot duce la depresii. Dacăîn faza de debut a bolii, prognosticul este de multe ori favorabil și dezechilibrul moral ușor de restabilit, în fazele acute este nevoie de o echipă bine pregătită care să ofere o alternativăși soluții la frământările complexe ale celui în suferință.

*Deznădejdea* este dușmanul echipei inter-profesionale care se ocupă de bolnavul terminal și care afecteazădeopotrivăși relația cu apropiații (familia, rudele și prietenii).

Depresia și alți factori psihosociali, precum grija de a nu fi o povară pe umerii celorlalți și lipsa speranței, sunt factori care încurajează bolnavul spre o atitudine pro – suicid.

Orice persoana aflatăîn proximitatea sau iminentă morții, chiar dacă nu a făcut-o și înainte, meditează din cele mai vechi timpuri asupra morții, atât omul religios, cât și cel nereligios. Toți, în mai mică sau mai mare măsură, se întreabă asupra tainelor morții și asupra a ceea ce va fi după moarte, astfel încât putem da dreptate celor care afirmă că **„rugăciunea este leacul cel mai puternic împotriva tristeții, oricare ar fi pricina ei.”**

**Îngrijirea paliativă**, include un spectru larg de îngrijiri, de asistență medicală, psihologică, socială, culturalăși îndeosebi spirituală. Îngrijirile paliative nu se adresează în particular cazurilor terminale, ele sunt inițiate atunci când bolnavul prezintă o simptomatologie activă, progresivă sau avansată a bolii și nu se renunță la ele atât timp cât tratamentele alternative pentru acea afecțiune au fost epuizate.

Echipa medicală trebuie să fie dedicată și este foarte bine să fie completată de un preot, aceasta datorită complexității problemelor legate de trecut, prezent și viitor sau de însăși trăirea religioasă cu care bolnavul se confruntă.

Nivelul suferinței psihologice depinde de capacitatea personală a fiecărui bolnav de a face față problemelor ce derivă din afecțiunea terminalăși este determinat de tipul de personalitate al acestuia, de stres, experiențe asemănătoare cu cea personală trăite de prieteni sau rude, pierderea recentă a unei persoane apropiate, probleme și obligații familiale, probleme de cuplu, o suferința psihică cu istoric, precum și de consumul de alcool sau alte droguri. Acești factori împreună cu cei sociali, precum lipsa suportului din partea familiei și a societății, scăderea veniturilor familiei și izolarea, alături de cei culturali ce țin de tradiții și obiceiuri, împreună cu cei spirituali care pot fi reprezentați de lipsa religiozității, a credinței

și a oricărui sistem de valori, pot pune echipa de profesioniști în fața unei adevărate provocări.

Tratamentul trebuie să fie centrat pe grijă, considerație și răbdare, punând un accent foarte mare pe comunicarea cu pacienții aflați în stadiul terminal prin:

- ascultarea nevoilor,
- ascultarea problemelor bolnavului,
- construirea unei punți de comunicare care să emane încredere din ambele părți și respect față de persoană,
- ridicarea barierelor în abordarea oricărei teme,
- eradicarea dacă este posibil a fricii față de moarte și de necunoscut.

Calitatea actului de îngrijire constituie esența îngrijirilor și aceasta se reflectă în îmbunătățirea stării sufletești și chiar medicale a pacienților. Menținerea calității se poate realiza numai printr-o îmbunătățire continuă a serviciilor. Chiar dacă am identificat nevoile bolnavilor și ne bazăm pe indicatori de calitate a vieții bine structurați, implementarea serviciilor și acordarea acestora în funcție de nevoile fiecărui bolnav constituie o provocare zilnică pentru participanții la actul de îngrijire.

Acest proces este interdependent în relație cu dezvoltarea profesională și individuală a tuturor participanților la actul de îngrijire, a relațiilor dintre aceștia precum și față de reflectarea acestor relații asupra persoanelor îngrijite, a eficacității manageriale, a modalităților de alocare a resurselor umane și financiare deopotrivă.

Rolul societății și în special al comunității este acela de a încuraja și a se implica în procesul îngrijirilor terminale, de a afișa o atitudine pozitivă față de acești bolnavi, oferindu-le suportul psihologic necesar, atât lor cât și familiilor acestora. S-a întâmplat, nu odată, ca unii membri ai familiei să intre în depresie și să ajungă la suicid din lipsa consilierii psihice a acestora și datorită primirii veștii într-un mod nepotrivit de la medici, astfel putem spune, ca medic ce are de a face cu pacienți în stadiul terminal, că înclinația psihologică trebuie să fie una mult mai bine dezvoltată pentru a putea trata atât pacientul cât și familia acestuia.

Atât indivizii, cât și societățile prezintă atitudini diferite în fața bolii incurabile, atitudini care reflectă sisteme normative și practici culturale deosebite. Chiar în cursul istoriei, atitudinile față de moarte au evoluat, aceasta schimbându-și semnificațiile în funcție de mai multe elemente, printre care:

- interpretările religioase (de la sacru la profan),
- configurațiile demografice (de la cei mai tineri la cei mai vârstnici)
- localizările morții (de la moartea în căminul familial la cea „instituționalizată”).

Spre deosebire de societățile tradiționale, caracterizate de un slab nivel tehnic și de o mortalitate ridicată, în care rolul indivizilor aflați pe moarte era fixat prin obiceiuri și tradiții, în societățile contemporane, caracterizate de progresul tehnicilor și metodologiilor medicale, care au redus procentele de mortalitate, rolul indivizilor care sunt în curs de a muri este caracterizat de numeroase ambiguități.



O serie de studii efectuate în acest domeniu (Kûbler-Ross E., 1968) au evidențiat următoarele cinci etape prin care trec bolnavii incurabili în drumul lor spre moarte:

- refuz și izolare;
- furie;
- negociere;
- deprimare;
- acceptare (resemnare).

Deși nu toate persoanele cu boli letale trec prin toate aceste stadii, unii autori consideră că acestea reprezintă o succesiune *tipică* (în sensul unui tip ideal), cu caracter prescriptiv, care atrage din partea medicilor și a asistentelor cele mai nuanțate interpretări cu privire la comportamentul pacientului, făcându-i să adopte anumite atitudini și reacții, cel mai adesea cu rol de predicție constructive.

În stadiile menționate, evidențiate de Elisabeth Kûbler-Ross în lucrarea sa „*Death and Dying*” (1968), au fost identificate ca urmare a informațiilor oferite de un lot de peste 400 de bolnavi incurabili cărora li s-au luat interviuri amănunțite.

Aceste interviuri au evidențiat ca anumite reacții sunt mai frecvente, ca urmare a trecerii bolnavilor incurabili prin cele cinci stadii:

- primul stadiu = ***refuzul și izolarea***, caracterizat de șocul pe care îl are bolnavul odată cu aflarea diagnosticului, șoc concretizat în reacții tipice de genul: „***Nu e posibil! Nu mi se poate întâmpla tocmai mie!***”, adică o reacție de respingere a unui adevăr evident. Se pare că această reacție este determinată, de o anumită concepție contemporană asupra morții, conform căreia împotriva acestui eveniment trebuie mobilizate toate forțele și resursele, indiferent de eforturi sau costuri. Acceptarea diagnosticului de boala incurabilă echivalează de fapt cu eșecul, cu recunoașterea faptului că nu mai e nimic de făcut în fața unui destin implacabil;
- cel de al doilea stadiu = ***furia***, este acompaniat de o reacție complementară cu prima, de genul: „***Nu mie! De ce tocmai mie?***”. Această reacție este determinată de conștientizarea faptului că moartea, atât de impresionantă și îndepărtată de obicei, l-a ales dintre toți tocmai pe bolnavul în cauză. Astfel, furia acestuia este îndreptată împotriva „supraviețuitorilor”, contra personalului de îngrijire (medici și asistente), cărora li se reproșează tot felul de lucruri mărunte. La rândul lor, membrii personalului medical reacționează în mod tipic față de bolnavul incurabil, întârziind să răspundă solicitărilor sau chiar chemărilor acestuia. Furia bolnavului incurabil reprezintă, de fapt, singura resursă de care mai dispune acesta, în raport cu situația caracterizată de incapacitate, suferință, alinare și, mai ales, neputință de a schimba destinul. O asemenea situație pare, cumva, comparabilă cu starea de „***anomie individuală***”, definită de absența oricărei alternative;

- stadiul trei = **negocierea**, apare în momentul în care bolnavul incurabil renunță la reacțiile sale de furie în favoarea adoptării unei conduite, care ar putea extinde cât mai mult perioada de timp rămasă până în momentul morții. Conștientizând faptul că furia sa nu are niciun efect asupra schimbării cursului bolii, pacientul adoptă strategia prelungirii, cât mai mult posibil, a timpului ce i-a mai rămas de trăit. Majoritatea negocierilor au loc între conștiința bolnavului și concepția sa religioasă, exprimate în forma: „**Dacă tu, Dumnezeu meu, îmi mai acorzi un an de trăit, voi deveni un bun creștin**” sau „**Pentru încă un an de viață, îmi voi dona organele cuiva care are nevoie de ele**”. Această strategie a negocierii cu sine și cu Dumnezeu reprezintă, de fapt, promisiunea unei schimbări de conduită în schimbul prelungirii vieții. Tranzacțiile pot avea loc și între pacient și membrii personalului medical, luând forma unui schimb cu aceștia. De exemplu, adoptarea unei conduite mai maleabile în schimbul permisiunii de a petrece sfârșitul săptămânii în familie, de a se plimba în curtea spitalului etc. Singurătatea și frica în fața diagnosticului grav, reevaluarea automată a priorităților și revelația subită a deșertăciunii materiale, atmosfera de suferință colectivă și de solidaritate dincolo de clasă și statut, ursuzenia sau chiar nesiguranța doctorilor, răceala și iritarea asistentelor, dar, mai ales, timpul bolnav care se întinde incert între pereții albi, totul predispozează la credință.
- Stadiul patru = stadiul **deprimării**, este însoțit de recunoașterea faptului că procesul negocierii s-a încheiat și urmează actul final al morții. Deprimarea îl face pe bolnavul incurabil să refuze orice contact cu vizitatorii săi, cu excepția, poate, a unei persoane foarte apropiate. În acest stadiu, bolnavul începe să se „pregătească” pentru pierderea persoanelor apropiate separându-se de acestea și adoptând un gen de conduită similară unei „**morți simbolice**”, care-l desparte de toți ceilalți și de realitățile vieții;
- ultimul stadiu, cel al **acceptării sau resemnării**, nu se manifestă ca o renunțare sau o abdicare în fața morții, ci mai degrabă ca o conștientizare pozitivă a lucrurilor care au fost realizate de bolnav, exprimată în forma: „**Mi-am pus la punct afacerile personale, am rezolvat toate problemele, de acum pot să mor liniștit.**” O asemenea conștientizare echivalează cu un gen de rememorare sau bilanț al lucrurilor bune sau rele realizate în viață, reprezentând o etapă care îi face egali pe cei care se pregătesc să moară cu cei care abia încep să trăiască. Ambii au trebuințe fizice care trebuie îndeplinite de ceilalți (hrana, îmbăiere etc.), ambii au diverse necesități, pe care doar o persoană apropiată și iubită, de care individul este dependent, le poate realiza.

Modelul descris de E. Kübler-Ross a adus o serie de clasificări și interpretări asupra procesului morții, mai ales din perspectiva persoanelor care experimentează

acest proces. Totuși, criticii acestui model teoretic au evidențiat următoarele deficiențe ale ciclului format din cele cinci stadii (Wolinski F.D., 1988, pp. 186-187)[290]:

- aceste stadii li se aplică strict numai bolnavilor incurabili care au suficient timp și destulă capacitate pentru a evalua și a se confrunta cu procesul morții. Cu alte cuvinte, modelul li se aplică numai acelor bolnavi conștienți de sfârșitul lor apropiat, nu și indivizilor care mor în accidente cu caracter traumatic sau celor care nu-și mai pot prezerva discernământul și capacitatea de interpretare;
- nu toți indivizii trec prin aceleași stadii și nici nu le parcurg în aceeași ordine, întrucât există o varietate de situații și conduite determinate de factori sociali și culturali.

Realizat dintr-o perspectivă fenomenologică (situarea în universul bolnavilor incurabili ca grup social distinct), modelul menționat are, totuși, calitatea de a sugera căile prin intermediul cărora bolnavii incurabili pot fi ajutați să îndure mai ușor „stigmatul” determinat de diagnosticul de „*bolnav incurabil*” și alienarea indusă de acesta.

E. Mansell Pattison (1977), de exemplu, a distins șase căi principale prin care le poate fi acordată asistență operațională unor asemenea bolnavi:

1) reducerea anxietăților, incertitudinii și șocului emoțional dat de diagnostic, prin asumarea unor responsabilități precise în raport cu situația bolnavului și împărtășirea, împreună cu acesta, a problemelor cu care se confruntă;

2) clarificarea și punerea în ordine a problemelor specifice ale vieții pacientului, pentru a evita alte tulburări și șocuri emoționale;

3) menținerea unui contact uman stimulat în tot cursul procesului apropierei de moarte;

4) ajutorul acordat bolnavului pentru a menține o relație semnificativă între situația sa individuală și realitățile vieții, între el și cei apropiați, de care începe să se izoleze;

5) îndeplinirea trebuințelor fizice și psihice ale pacientului, fără a-l face să-și piardă respectul de sine;

6) încurajarea bolnavului de a-și accepta cu demnitate situația dramatică.

Totuși, aceste căi de intervenție diferă în funcție de stadiile prin care trece bolnavul și de caracteristicile lui individuale și social-culturale. Unii bolnavi reacționează diferit față de alții, confruntându-se, pe rând, cu sentimente de neîncredere în diagnosticul dat de medic, cu trecerea de la emoția puternică la indiferența totală, cu dorința puternică de a muri mai rapid, cu speranța că nu este pierdut totul etc.

Stadiile menționate de E. Kübler-Ross - aprecia C. Charmaz (1980) - sunt mai degrabă consecința cererilor instituționale și a trebuințelor personalului medical decât un model „universal” al experienței morții. Din acest punct de

vedere, etapa acceptării (resemnării) este, de fapt, un mijloc de a introduce un sens al „ordinii” în procesul de trecere în neființă, făcându-l pe pacient să-și accepte situația și să adopte o conduită corespunzătoare.

#### **„Contextele de conștientizare” a morții iminente[5]**

Considerând procesul morții dintr-o perspectivă sociologică, B. Glaser și A. Strauss (1965), care au utilizat observația participantă și interviul în mai multe spitale americane, au evidențiat procesul de interacțiune care se stabilește între pacienții incurabili și, pe de o parte, familiile lor, iar, pe de altă parte, membrii personalului medical. Autorii mai sus menționați au elaborat următoarea tipologie a acestei interacțiuni, evidențiat patru contexte de conștientizarea morții iminente:

- **conștientizarea închisă (restrânsă)** - pacientul nu recunoaște că moartea sa este iminentă, deși ceilalți știu acest lucru;
- **conștientizarea presupusă** - pacientul bănuiește că va muri, dar ceilalți nu-i spun nimic despre acest lucru;
- **prefăcătoria reciprocă** - fiecare dintre părți, inclusiv pacientul, știe că moartea este inevitabilă, dar acționează și se comportă ca și cum prognosticul bolii ar fi optimist;
- **conștientizarea deschisă** - toate părțile recunosc deschis și discută între ele caracterul inevitabil al morții.

Aceste contexte de conștientizare nu grăbesc, așa cum consideră diferiți autori, procesul morții, ci determină doar modalitățile de interacțiune între pacient, membrii familiei lui și cei ai corpului medical, care, de cele mai multe ori, evită să recunoască deschis iminența morții. Conștientizarea deschisă a acestei iminente permite însă atenuarea sentimentelor de alienare ale bolnavului incurabil.

În spitale, de exemplu, în care au loc majoritatea deceselor, moartea nu mai este „controlată” de individ sau de familia sa, ci de membrii personalului medical, care privesc decesul pacienților ca pe un eveniment predictibil sau un procedeu de rutină. Aceasta contribuie la fenomenul de „depersonalizare” a morții și chiar de „criză” a morții (Blauner R., 1966), în sensul că nu există, în prezent, abordări și definiții adecvate care ar putea individualiza esența acestui fenomen sau eveniment, așa cum se petreceau lucrurile în societățile tradiționale.

R. Fulton (1976) vorbește, în acest sens, chiar de o „deritualizare” a funeraliilor, care devin tot mai mult un act formal, golit de conținut, care înlocuiește valențele sacre ale riturilor de altădată, ce aveau rolul important de a întări conștiința colectivă a unei comunități.

## **4.6. PACIENTUL PROVENIT DIN GRUPURILE VULNERABILE**

Pentru a realiza o comunicare mai eficientă, dar și corectă, din punct de vedere a calității și chiar cantității informației transmise prin mesaj, e necesar a sublinia ceea ce definește Larousse (1998), și anume că, comunicarea este o „acțiune de a transmite, a aduce la cunoștință, a împărtăși, a fi în raport cu, a fi

legat de, a fi în relație cu” reprezentând practic o stare și o acțiune, menite în final a determina o atitudine și/sau un comportament dintre două sau mai multe persoane [5, 13].

Este de fapt momentul în care, Stanton N. (1995) vorbește de atingerea unor scopuri prin procesul de comunicare, acesta pornind de la:

- să fim receptați (auziți sau citiți);
- să fim înțeleși;
- să fim acceptați;
- să provocăm o reacție (o schimbare în comportament sau atitudine)

În acest context respectarea regulilor comunicării presupune:

- să ascultăm;
- să observăm;
- să analizăm;
- să controlăm;
- să ne exprimăm [264];

și face ca transmiterea mesajului comunicării, în cazul nostru, între medic și pacient, să se bazeze pe receptor (R=pacient), emițătorul (E=medicul) asigurându-se:

- dacă s-a înțeles mesajul;
- cum îl recepționează;
- la ce să se aștepte;
- cât reprezintă din tot demersul;
- care este feedback-ul.

astfel încât pasul următor să declanșeze o ascultare eficientă și activă, bazându-se pe acceptarea reciprocă ca și coeficient al reușitei.

Este momentul în care, respectându-se Jurământul lui Hipocrate:„... În toate casele în care voi merge, voi intra pentru folosul bolnavilor, străin de orice nedreptate și voluntarâși vătămătoare și de acte nedemne față de femei și bărbați, de oameni liberi sau sclavi...”, ceea ce îndeamnă fiecare medic spre o conduită și un comportament în care respectarea ca ființă a omului să se facă indiferent de sex, vârstă, rasă, etnie, religie, cultură, păreri politice și lista rămâne deschisă.

Există momente în care cursul vieții ne determină a deveni vulnerabili (provenit din latinescul vulnerabilis-DEX 1998)[1] catalogat ca parte slabă a cuiva, influențabil, nevralgic, astfel încât ajungem ca vulnerabilitatea să fie un concept modern, care tinde să ia locul conceptului de determinism endogen. Totodată, vulnerabilitatea este un catalizator care amplifică efectul unui agent declanșator, fie eveniment major sau dificultate de viață serioasă și care nu este eficace decât în legătură cu aceștia [291, 292, 293].

Extrapolând constatările elementare legate de vulnerabilitate la nivelul celor menționate anterior, ajungem a cuantifica grupurile vulnerabile de persoane, care în anumite situații se pot transforma în pacienți aparținând unor grupuri cum ar fi:

- minoritățile/etnia;
- persoanele cu dizabilități;
- femeile însărcinate;
- copiii;
- persoanele private de libertate etc.

determinând din partea medicului nu numai cunoașterea elementelor caracteristice fiecărei categorii în parte, cât mai ales, modalitatea și logistica aplicată în cazul comunicării cu acestea.

În fapt, persoanele vulnerabile sunt cele aflate în incapacitatea absolută sau relativă de a-și proteja propriile interese. Altfel spus, ele nu au suficientă putere, inteligență, educație, resurse, abilități sau alte atribute pentru a-și proteja interesele.

De asemenea, un rol important revine și modului în care are loc alegerea canalului de comunicare cu grupurile vulnerabile știind că:

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

astfel încât, cei doi actori ai comunicării, medic versus pacient, să fie în stare și în cunoștință de cauza sa, și să:

- aleagă limbajul;
- găsească cuvintele potrivite;
- înlănțuiescă cuvintele în ordinea dorită;
- transmită cuvintele/informația printr-un canal,

Astfel, emițătorul (actorul) este un creator care prin mesajul său, furnizează un întreg ansamblu de informații - semne cu privire la propria persoană, la viziunea sa asupra obiectului comunicării sau la situația socială pe care o dorește sau o percepe- care vor fi percepute, interpretate și evaluate de către interlocutor, determinând reacțiile, angajamentul, receptivitatea sau blocarea acestuia [293].

Practic, ajungem la momentul în care trebuie să existe un scop comun între cei doi „actori” ai comunicării, medicul și pacientul aparținând unui grup vulnerabil, prin care:

- a) să se atingă obiectivele propuse,
- b) să se evite situațiile periculoase,

dezvoltându-se astfel o atitudine, o conduită și un comportament care să determine normalitatea actului medical/farmaceutic în sine, dezamorsând stările conflictuale ce pot apărea la un moment dat, atât instantanee cât și/sau provocate, timpul și spațiul fiind elemente de contur de multe ori.

Tot acest demers atitudinal este menit a decodifica, în fapt, două situații ce pot exista la un moment dat, pornind de la reacția:

- a) medicului/farmacistului față de grupul vulnerabil;

b) grupului vulnerabil față de farmacist/medic, astfel încât rezultanta să se bazeze din perspectiva deontologiei profesionale pe dreptul la:

- viață
- sănătate;
- educație;
- menținerea și păstrarea identității culturale;
- de a alege.

De asemenea, este esențial a se lua în considerație elementul cultural când se planifică cel mai bun program de recuperare medicală. Cunoașterea culturii pacientului ajută la dezvoltarea unei atitudini sensibile față de această valoare - întâia, prima premisă a unui tratament de calitate. Diverse sisteme de valori culturale, religioase sau chiar individuale comunitare, influențează semnificativ judecata clinică, iar preocuparea pentru protejarea drepturilor individului rezidă tocmai din identificarea acestor valori particulare. Într-o rețea extinsă de valori, concepții, prejudecăți, oamenii își interpretează diferit evenimentele, conferindu-le înțelesuri unice, pe care alții nici măcar nu le iau în considerare. Această unicitate a ființei umane nu se referă la particularitățile fenotipice (de ex. o anumită culoare a ochilor, părului, pielii etc.) ci la experiențe profunde, cum ar fi confortul fizic, siguranța, starea generală de bine fizic, psihic și mental [294].

Deci, este momentul de a sublinia că fiecare din grupurile vulnerabile amintite anterior își au caracteristicile sale structurale aparte, contactul cu medicul/farmacistul le determină atitudini, conduite și comportamente variate, duce la conturarea elementelor definitorii relației existente.

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

1. identificarea culturală = ceea ce determină ca medicul/farmacistul să cunoască cultura și originea pacientului ce provine dintr-un grup vulnerabil, tradițiile și obiceiurile locale putând interfera cu procesul de vindecare a acestuia;

2. metoda de comunicare = știind că lipsa comunicării ce se identifică și prin barierele de limbă, pot influența calitatea actului medical/farmaceutic, succesul terapeutic și chiar satisfacția pacientului într-un context dat;

3. barierele de limbă = în contextul în care este importantă trecerea de la ceea ce spunem la cum spunem, comunicarea non-verbală fiind esențială;

4. înțelegerea = pentru evitarea unei comunicări ineficiente e necesar de a cere pacientului provenit dintr-un grup vulnerabil să reproducă prin propriile cuvinte și expresii noțiunile primite, înainte de a concluziona dacă acestea au fost bine înțelese sau nu;

5. credințele și valorile implicate = are loc identificarea sistemului de credință, ceea ce reprezintă a fi un factor determinant al vitezei de recuperare după boală a pacientului provenit dintr-un grup vulnerabil, la care el se raportează;

6. încrederea = stă în balansul alterării diagnosticului bolii, deoarece dacă cei în cauză nu furnizează toate informațiile relevante pentru cursul bolii, rezultatele intervenției pot fi compromise de la bun început;

7. însănătoșirea = important este ca timpul să fie cel care să proceseze informația legată de mersul cazului pacientului care face parte dintr-un grup vulnerabil;

8. dieta = face trimitere la propriile achiziții în acest domeniu mai ales a grupurilor etnice, de aceea, munca în echipă nutriționist-farmacist, va fi benefică pentru pacientul aflat în această situație dată;

9. evaluarea = va apărea sub forma percepției culturale a propriilor emoții și verbalizarea lor, făcând trimitere la comunicarea și relaționarea medicului/farmacistului cu pacientul din prisma conștientizării diferențelor culturale și necesitatea înțelegerii elementelor de multiculturalitate;

10. subiectivismul echipei medicale = înlăturarea din start și din principiu a etichetării pacienților aparținând grupurilor vulnerabile, a stereotipiilor și prejudecăților, astfel încât e necesară înțelegerea lor în contextul cultural la care se raportează, fără a li se aduce atingere ca persoane.

Putem spune că un sistem de sănătate este competent și din punct de vedere al respectului cultural, prin cererea experților medicali să își exprime sensibilitatea față de diferențele implicite de comportament, față de atitudinile și semnificațiile atașate evenimentelor emoționale, cum ar fi durerea, depresia sau dizabilitatea. Rolul major al medicului va fi de sprijinire a implicării active a pacientului și familiei în procesul de recuperare a bolii, diminuând frica de necunoscut și întărind speranța de însănătoșire rapidă [294].

Sub aceste auspicii, existența elementelor conceptuale vizând perspectivele multiculturalității implicate în actul comunicării medicului cu grupurile vulnerabile, face viabilă acceptarea nu numai a diversității culturale și valorice a semenilor noștri, cât și posibilitatea de a întreține un climat socio-economic menit a menține sănătatea fizică și psihică a celor care trebuie considerați și sunt de fapt ființe și nu obiecte, având cu toții drepturi egale, chiar și în raport cu binele și răul.

În cadrul grupurilor vulnerabile, românii reprezintă și ocupă un loc aparte, pornind de la perceperea lor în general și ajungând la cunoașterea cu adevărat a identității lor culturale și nu numai. Astfel, cunoașterea câtorva elemente ne-ar ajuta a-i înțelege și a-i accepta pornind de la faptul că:

- Principiile lor de viață se reflectă în credința hindusă, structurându-se în jurul conceptului de pur (ujo) și impur, spurcat (mahrime), identitatea regăsindu-se și în îmbrăcămintea ce o poartă;
- Conceptul de pur (ujo) implică starea fizică dar și spirituală având ca reper partea de sus a corpului uman până la brâu.
- Conceptul de impur (mahrime) are ca reper partea de la brâu în jos a corpului uman;
- În opoziția pur-impur apar reguli stricte care fac referire la corpul uman și igiena rituală;



- Ei cred în bine (del) și rău (beng), ca fiind reflecția dintre pur și impur, venerând-o totodată pe Fecioara Maria, declarându-se creștini și credincioși;

Pentru ei, *familia are valoare fundamentală* deoarece în cadrul ei se regăsește atât solidaritatea cât și structura educațională, ele asigurând protecția și siguranța socială a individului, existând totodată un adevărat cult pentru copil.

**Copilul rrom** este educat tradițional pe formarea sa în spiritul fraternității, al ajutorului reciproc cât și al responsabilității pentru ceilalți, fata fiind învățată să se ocupe de gospodărie, iar băiatul va învăța meserii, reușind astfel a se descurca de la o vârstă fragedă în viață.

**Femeia rromă** nu trece prin fața bărbatului, părul și-l va ține strâns în coziși acoperit de dikhlo, iar corpul nu și-l spală în fața altora, nici chiar asoțului.

**Bărbatul rrom** va merge dimineața primul la apă ca nu cumva femeia, ajungând înaintea sa, s-o spurce.

**Bătrânii rromi** ocupă un loc important în familie, aceasta având un adevărat cult pentru ei, și de aceea nu-i va abandona niciodată, excluderea reprezentând uciderea lor spirituală, practic, fiind considerat un păcat de moarte. Sfatul bătrânilor numit și kriss rromani, format din cei vârstnici și înțelepți, are rolul de a face dreptate în conflictele majore, având rolul și de a reglementa relațiile interumane, raportate la comunitate.

În acest context în care ne-am oprit la a enumera doar câteva dinelementele ce-i caracterizează ca minoritate și grup vulnerabil, vom înțelege de ce:

- în cabinetul medical intră toată familia, deoarece vor să fie alături și solidari cu celce are o problema de sănătate;
- vociferează cu toții, fiind o modalitate de a atrage atenția în acest caz, celor din jur;
- n-au răbdare să aștepte, crezând că trebuie serviți repede, ca să-și rezolve problema;
- e necesar a identifica șeful grupului, deoarece explicându-i acestuia situația creată, prin autoritatea ce o are, el va estompa și rezolva un posibil conflict ce poate apărea la un moment dat;
- i se va explica pe înțelesul propriu, modalitatea de a folosi eficient tratamentul prescris de medic;
- informațiile generale date asupra unui medicament vor fi clare, precise, accesibile și acceptabile;
- dacă la sfârșitul dialogului constructiv avut de medic cu persoana rromă, aceasta i se va adresa cu „Te del tut baht o Del” (să-ți dea Domnul noroc) înseamnă că misiunea a fost îndeplinită cu succes, respectând omul aflat în suferință și nu numai; deci, comunicarea a fost eficientă atingându-și scopul propus [294].



## ÎN LOC DE ÎNCHEIERE

Comunicarea este adânc implicată în întreaga funcționare a societății, în asemenea măsură încât, fără comunicare, corpul social, cu întreaga complexitate a funcțiunilor sale, nu ar putea să existe. Noua formație culturală se definește tot mai mult în perioada actuală a practicii medicale, iar schimbul de informații având drept scop prevenirea îmbolnăvirii, menținerea cât mai îndelungată a capacităților fizico-psihoice individuale optime, de natură are menirea trăirea plenară a vieții. Noilor generații trebuie să li se introducă, într-un limbaj accesibil, informații susținute de probe, de la care pornind să-și formeze reprezentări științifice corecte și convingeri morale cu privire la comportamentul igienic, prevenirea și tratamentul bolilor. Aceasta trebuie înțeleasă ca strategie favorabilă propriei bunăstări, dar și ca parte a drepturilor și obligațiilor cetățeanului într-un stat civilizat. Pentru toate acestea, practicianul din domeniul medical, are nevoie de cunoștințe dintr-o sferă cu totul diferită de aceea abordată în Facultatea de medicină: **sfera comunicării**. Înțelegând natura și principiile teoretice ale comunicării, funcțiile limbajului, corelațiile dintre diferite tipuri de limbaje, practicianul din domeniul medical (medic, farmacist, asistent, tehnician) poate deveni un receptor mai sensibil și mai avizat pentru nevoile pacienților. Dacă circumstanțele specifice activității sale o impun, acesta poate ajunge chiar să deprindă îndemânarea de a folosi tehnicile multimedia în practica de terapie profilactică sau curativă. Analiza comunicării, efectuată din punctul de vedere al structurii și al funcționalității acesteia, a evidențiat faptul că utilizarea limbajului reprezintă transpunerea într-un ansamblu complex de semnale și relații a întregii trame de concepte, stări (de fapt și emoționale), motivații și comportamente care caracterizează modul de a fi uman, în componentele sale individuale și sociale.

Ca parte a practicii sociale, activitatea de îngrijire a sănătății se află implicată în această rețea de sensuri și se actualizează, prin fiecare act terapeutic sau preventiv, în funcție de semnalele pe care practicianul din domeniul medical le receptează din contextul situațional în care trebuie să intervină și acționând prin mijlocirea unor semnale pe care acesta le transmite spre acest context, cu precădere spre receptorii umani cu care se află în contact, pacienții.

Cunoscând componentele și funcționarea limbajului natural, prin intermediul căruia se realizează această relație biunivocă, personalul medico-farmaceutic își exercită funcția activă în comunicarea medicală. Personalul medico-farmaceutic are dreptul să exercite această funcție și poartă responsabilitatea ce derivă din ea, în calitate de depozitar al informației sanogene, calitate pe seama căreia se desfășoară inserția în societate a acestei categorii profesionale.

**Feed-back-ul** în comunicarea specifică asistenței medicale este un aspect de maximă importanță, singurul în măsură să asigure informarea personalului medical cu privire la problemele concrete ale celor asistați. Numai învățând să-și asculte pacienții, să le intuiască stările emoționale și să le stimuleze exprimarea sinceră a

nedumeririlor poate personalul medical să evalueze corect nivelul de înțelegere a informației comunicate.

Omul suferind este mult mai sensibil la orice gest, la orice mimică a medicului; el înregistrează imediat și negreșit atât nesiguranța, nehotărârea medicului, cât și indispoziția, nerăbdarea lui.

Ar trebui acordată o importanță mai mare momentului introductiv, neglijat de cele mai multe ori. De acest prim contact între medicul dentist și pacient poate depinde, ulterior, tot tratamentul.

Comportamentul pacientului este influențat de suferință și, ca atare, nu mai este unul firesc, fapt de care medicul și personalul auxiliar este obligat să țină seama. Cunoștințele de psihologie și psihologie medicală îl vor ajuta pe medic să înțeleagă acest comportament, cât și nevoia de ajutor a pacientului, chiar dacă acesta nu și-o exprimă.

La rândul său, pacientul îl poate ajuta pe medic, relatându-i date pe care acesta nu le cunoaște din investigațiile directe, de aici necesitatea de a utiliza anamneza în procesul de cunoaștere a pacientului. În relația medic-pacient este nevoie de spirit, de sensibilitate, de disponibilitatea de a asculta pacientul, de a-l înțelege și ajuta. Este nevoie atât de cunoștințe de specialitate, cât și cunoștințe de psihologie medicală. În relațiile sale cu pacienții, medicul trebuie să înțeleagă că aceștia au un comportament nefiresc, determinat de disconfortul psihic generat de suferință; când aceasta este prelungită, apare și sentimentul deprimant de neîncredere în medic și în posibilitățile medicinei. Prin atitudinea sa față de pacient, prin optimismul echilibrat pe care trebuie să îl manifeste, medicul va dobândi încrederea pacientului, redându-i optimismul de care are nevoie în procesul vindecării. Relația medic-pacient este una asimetrică, adică se referă la două persoane cu statut social diferit, cu cerințe și așteptări diferite. Medicul trebuie să realizeze o legătură de colaborare cu pacientul, favorizând o relație armonioasă pe baza apropierei psihice a acestuia. Între medic și pacient trebuie să existe o relație bazată pe stimă reciprocă, să asigure o acțiune terapeutică pozitivă. Nu trebuie uitat că pacienții noștri nu sunt doar „obiectul muncii noastre”, ci ființe umane care trebuie cunoscute și respectate. Trebuie să folosim un limbaj simplu și clar. Să nu trecem la o idee nouă până nu a fost asimilată cea veche. În orice domeniu, în centrul lui se află omul. Ținta spre care trebuie să tinzi este sufletul acestuia. Dacă ai reușit să ajungi, indiferent cât de puțin, la sufletul lui, puterea de convingere crește, deoarece cresc înțelegerea, respectul și acceptarea reciprocă. Toate acestea necesită pasiune, interes, investiții, cu alte cuvinte respectarea celei de a doua porunci din Noul Testament al Bibliei, adică *iubirea față de aproapele tău*.

## Bibliografie

1. DEX
2. [www.wikipedia.com](http://www.wikipedia.com), accesat în 11 iunie 2015;
3. Stanton N., Comunicarea, Editura Societatea Științifică și Tehnică, București, 1995
4. Lăzărescu M., Psihologie clinică, Editura Helicon, Timișoara, 1994
5. Rusu A., Pașca D., Hâncu G., Ghidul farmacistului în comunicarea cu pacientul, ediția a II-a, Editura University Press, Târgu-Mureș 2014;
6. Ioan Radu, Petru Iluș, Liviu Matei, Psihologie socială, Editura Exe S.R.L., ClujNapoca, 1994, p.185
7. Denis, Mcquail, Comunicarea, Editura Institutul European, Iași, 1999, p. 31
8. Michael Kunczik, Astrid Zipfel, Introducere în știința publicisticii și a comunicării, Editura Presa Universitară Clujeană, Cluj-Napoca, 1998, p.14
9. Stancu, Șerb, Relații publice și comunicare, Editura Teora, București, 1999, p. 35
10. Silvaș A., Comunicare internațională, Editura Petru Maior, Târgu Mureș, 2008;
11. Anghel P., Stiluri și metode de comunicare, Editura Aramis, Burucești, 2003
12. McLuhen Marshall Understanding Media: The Extensions of Man; 1st Ed. McGraw Hill, NY; reissued by MIT Press, 1994, with introduction by Lewis H. Lapham; reissued by Gingko Press, 2003, ISBN 1-58423-073-8
13. McLuhen Marshall The Medium is the Massage: An Inventory of Effects with Quentin Fiore, produced by Jerome Agel; 1st Ed.: Random House; reissued by Gingko Press, 2001, ISBN 1-58423-070-3
14. [www. http://biblioteca.regielive.ro](http://www.biblioteca.regielive.ro), accesat în 15 iulie 2015;
15. Melvin L. DeFleur, Sandra Ball-Rokeach, Teorii ale comunicării de masă, Iași Ed. Polirom, 1999 p.21-38,
16. Guy Lochard & Henri Boyer, Comunicarea mediatică, Iași, Ed. Institutul European, 1998
17. Roger Silverstone, „Televiziunea în viața cotidiană”, Iași Ed. Polirom, 1999 p.98.
18. [https://ro.wikipedia.org/wiki/Papirusul\\_lui\\_Ani](https://ro.wikipedia.org/wiki/Papirusul_lui_Ani)
19. <http://www.dk.com/uk/>
20. <http://www.mihaildavid.ro/foamea-de-carte-gutenberg-si-tiparul-partea-a-ii-a>, accesat în 13 iunie 2015
21. Marian L, Etica profesională și bazele comunicării, ciclul prelegeri, Universitatea Tehnică a Moldovei, Chișinău 2008,
22. US patent No. 174,465 - Improvement în Telegraphy
23. „Alexander Graham Bell Laboratory Notebook, 1875-1876”. 1875-1876. Accesat la 23 iulie 2013.
24. Play Store - accesat în 2.oct. 2014.
25. [www.DentFixPro.ro](http://www.DentFixPro.ro), accesat în 2.oct. 2014.
26. [www.colgate.ro](http://www.colgate.ro), accesat în 2.oct. 2014.
27. [www.zâmbeșteromania.ro](http://www.zâmbeșteromania.ro), accesat în 2.oct. 2014.
28. Sogaard, A. J. „The effect of a mass-media on dental health education campaign”. Health Education Research (1988)(3) (pp.243-266).
29. Munteanu, M., Introducere în știința comunicării - suport de curs - anul I. Universitatea Constantin Brâncuși - Facultatea de litere și științe sociale, Tg-Jiu, 2009.

30. Petersen PE, Yamamoto T Improving the oral health of older people: the approach of The WHO Global Oral Health programme. *Comm Dent Oral Epidemiol* 33: 81–92, (2005)
31. Schein R, Wilson K, Keelan J. Literature review on the effectiveness of the use of social media: a report for peel public health, 2010 July 2010.
32. Bennett GG, Glasgow re, The delivery of public health interventions via the internet: Actualizing their potential, *annu rev Public Health*. 2009; 30: 273-92.
33. <http://www.turismmarket.com/comunicare-nonverbala>, accesat în martie 2011
34. <http://www.descopera.org/kinezica-sau-comunicarea-prin-gesturi/>, accesat în martie 2011
35. <https://www.facebook.com/who>, accesat în 2.oct. 2014.
36. <https://www.youtube.com/user/who>, accesat în 2 oct 2014.
37. <https://twitter.com/who>, accesat în 2 oct. 2014
38. <https://plus.google.com/+who/posts>, accesat 2 oct 2014.
39. J. Van Cuilenburg G. Noomen-Știința-Comunicării, Editura Humanitas, Bucuresti, 2009;
40. Armand Mattelart, Michelle Mattelart, Istoria teoriilor comunicării, Ed. Polirom, Iași, 2000;
41. Alex Mucchielli, Les sciences de l'information et de la communication, Hachette, Paris, 2001, p.7. 13 Francis Ballé, (dir.), Dictionnaire des médias, Larrousse, Paris, 1998, p. 79.
42. Christian Baylon, Xavier Mignot, Comunicarea, Ed.Universității „Al.I.Cuza”, Iași, 2000, p. 9.
43. Claude Shannon, Warren Weaver, The Mathematical Theory of Communication University of Illinois Press, 1949.
44. Daniela Cotoară, Elena Tîrziman, Aspecte ale comunicării în domeniul socio-uman, Ed. Universității București, 2004.
45. Gilles Willet, apud Ioan Drăgan, Paradigmele comunicării de masă, Casa de Editură și Presă „Șansa” SRL, București, 1996., pp. 12-14.
46. Christian Baylon, Xavier Mignot, Op. cit., p.46. 7 Dictionnaire des médias, Maison Mame, 1971, p. 52
47. Lucien Sfez, Dictionnaire critique de la communication, P.U.F., Paris, 1993, pp.147-150.
48. Gilles Willet, apud Ioan Drăgan, Op. cit., p.16.
49. Robert Escarpit, Écrit et la communication, P.U.F., Paris, 1978.
50. John Fiske, Op. cit.; vezi și Yves Le Coadic, Op. cit., p. 66
51. Armand Mattelart, Michelle Mattelart, Istoria teoriilor comunicării, Ed. Polirom, Iași, 2000)
52. Alex Mucchielli, Les sciences de l'information et de la communication, Hachette, Paris, 2001, p.7
53. Francis Ballé, (dir.), Dictionnaire des médias, Larrousse, Paris, 1998, p. 79. 109)
54. Jean-Michel Besnier, apud Ioan Drăgan, Op. cit., p. 67.
55. W. Weaver and C. E. Shannon, The Mathematical Theory of Communication, Urbana, Illinois: University of Illinois Press, 1949, republished în paperback 1963.
56. Oenicke, 1996, pag. 64
57. Veghes-Ruff / Grigore, 2003, pag. 21
58. Zerfass/Fietkau, 1999, pag. 6

59. Chadlington, Lord, Globalization, the internet and the future of public relations. Speech presented at 1999 Vernon C. Schranz, Distinguished Lecture în Public Relations. Muncie, IN: Ball StateUniversity. Monography, 1999. pag. 6
60. Springston
61. Frölich, 2002, pag. 1
62. News aktuell und forsa, media studie 2000 Journalisten online
63. Michael L. Kent, Maureen Taylor, 2002
64. Petter Alexander Gustavsen/ Elspeth Tilley, 2003, pag. 10
65. Cooley, T., 1999
66. Roman Jakobson, *Essais de linguistique générale*, 1963, edited by Krystina Pomorska and Stephen Rudy, Cambridge, MA, Harvard University Press, 1987, pp. 50-60.
67. Dinu Mihai - „Comunicarea”, Ed. Algos, București, 2000
68. Bühler, Karl, „Die Axiomatik der Sprachwissenschaft”, în *Kant-Studien*38 (Berlin, 1933), pp. 19-20
69. Jakobson, Roman, „Linguistics and Poetics”, *Language în Literature*, edited by Krystina Pomorska and Stephen Rudy, Cambridge, MA, Harvard University Press, 1987, pp. 62-94.
70. Braddock, R., „An Extension of the „Laswell formula”, în *Journal of Communication*,8:88-93, apud McQuail, Denis, Windahl, Sven, *Modele ale comunicarii pentru studiul comunicarii de masa*, Bucuresti, comunicare.ro, 2001, p.20.
71. McQuail, Denis, Windahl, Sven, *Modele ale comunicarii pentru studiul comunicarii de masa*, Bucuresti, comunicare.ro, 2001, p.20.
72. Jakobson, Roman, *Essais de linguistique générale*, Paris, Ed. de Minuit, 1963, cap. IX.
73. Mihai Dinu, *Comunicarea. Repere fundamentale*, Ed. a II-a, f.a., Bucuresti, Editura Algos, p.99+100.
74. *Praxématique et psychomécanique du langage*, în „*Cahiers de praxématique*”,Montpellier, Université Paul Valéry, 1986.
75. Cf. Zamfir, C., Vlasceanu L. (coord.), *Dic'ionar de sociologie*, Bucure;ti,Editura Babel, 1993, p. 366.
76. Marinescu, Valentina, *Introducere în teoria comunic[r]ii. Principii, modele, aplicatii*, Bucuresti, Editura Tritonic, 2003, p. 110.
77. Alex Mucchielli, «Les modèles de la communication” în Philippe Cabin (coord),*La communication. Etat des savoirs*, Editions Sciences Humaines, 2003, p. 66.
78. McQuail, Denis, Windahl, Sven, *Modele ale comunicarii pentru studiul comunicarii de masa*, Bucuresti, Editura SNSPA comunicare.ro, Facultatea de comunicareși relatii publice, 2001.
79. Claude Shannon (1916-2001), *Teoria matematica a comunicarii*, publicat în 1948
80. Winkin, Yves, „Approche systémique et constructiviste de la communication”, conférence, 10-12 ianuarie 2005, Séminaire National de Paris, Le baccalauréat STG: une voie vers la poursuite d'études.
81. Ducrot, Oswald, *Les mots du discours*, Paris, Ed. de Minuit, 1980, p. 44.
82. Ilișoi D, Lesenciuc A, Ciupercă C, Syilagy A, Pașca MD, *Consiliere și comunicare interpersonal*, Editura Antet, București, 2010;
83. Burns DD, *The Feeling Good Handboock*, A Plume Book, New York, 1989,
84. Holdevici I, *Ameliorarea performanțelor individuale prin tehnici de psihoterapie*, Editura Orizontului, București, 2000;

85. Samuel C. Certo, Supervision, concept and skill buildings, eight edition, New York, 2011
86. Samuel C. Certo, Modern management, concept and skill, Prentice Hall, New York, 2005
87. Monica Voicu, Costache Rusu, ABC-ul comunicării managerial, Editura Danubius, Brăila 1999
88. Chiriacescu A., Comunicare interumană. Comunicare în afaceri. Negociere, Biblioteca ASE, București 2003;
89. Baylon, Christian, Mignot, Xavier – Comunicarea, Editura Universității „Al. I. Cuza”, Iași, 2000
90. Prutianu Ștefan –Manual de comunicare și negocieri în afaceri, Vol I „Comunicarea”, Editura Polirom, Iași, 2000
91. Hogan, Kevin – Depășește cele 8 obstacole în calea comunicării, Editura Amaltea, București, 2006
92. Iovănuț, Simona –Comunicarea, Editura Waldpress, București, 2001
93. Leroi-Gourhan, A. Gestul și cuvântul. Ed. Meridiane, București, 1983.
94. Jacobson, R. „Closing Statement: Linguistics and Poetics.” In style in language. Sebeok, th. Mit press, Cambridge Massachusetts, 1960, 350-377.
95. Dumitrache Mihaela A., Moraru, Ruxandra I., Dumitrașcu, Loredana C., Științe comportamentale - note de curs. Ed. Cernaprint, București, 2005, 5-189.
96. Popovici Ramona, Conexiunea educație-comunicare în managementul activităților de promovare a sănătății orale, Editura Nagard, Lugoj, 2009
97. Cava R., Comunicarea cu oamenii dificili, Ed. Curtea Veche, București, 2003
98. Marinescu P, Managementul instituțiilor publice cap III, Comunicare în instituțiile publice, Cartea electronică, Universitatea București 2003;
99. Mehrabian A. Silent Messages: Implicit Communication of Emotions and Attitudes, 2nd edition, Belmont CA, Wadsworth 1981;
100. Drăgan, I. paradigme ale comunicării de masă. Ed. Șansa, București, 1996.
101. Fiske, J. Introduction to communication studies. Methuen, New York, 1982.
102. Popovici RA, Ciobanu V, Podariu AC, Păcurar M, Sava-Roșianu R, Sănătate publică orală. Management, Epidemiologie ȘI Biostatistică medicală, ED. MIRTON, Timișoara, 2014, 127:340, ISBN 978-973-52-1414-2
103. McQueen, D.V. „The Contribution of Health Promotion Research to Public Health.” Eur Publ Health, 1991, 1, 22-28.
104. Rich, S.K. „Behavioral Foundations for the Dental Hygiene Process.” In Dental Hygiene Theory and Practice. Darby, M.L., Walsh, M.M. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1995, 75-101.
105. Shenoy, R.P., Sequeira, P.S. „Effectiveness of a school dental education program in improving oral health knowledge and oral hygiene practices and status of 12-to 13-year-old schoolchildren.” Indian J Dent Res, 2010; 21(2); 253-259.
106. Chelcea, Septimiu (2006) Opinia publică. Strategii de persuasiune și manipulare (pp. 17-33; 55-67; 67-76; 81-84). București: Editura Economică.
107. Septimiu Chelcea (2008) Psihosociologie. Teorii, cercetări, aplicații (ediția a II-a revăzută și adăugită), Iași, Editura Polirom, 2008, 308-309 p. (ISBN 978-973-46-0868-3)
108. Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research. Reading, MA: Addison-Wesley.



109. Fazio, R. H., & Zanna, M. P. (1978). Attitudinal qualities relating to the strength of the attitude-behavior relationship. *Journal of Experimental Social Psychology*, 14, 398-408.
110. Davidson, A.R. and J.J. Jaccard (1979), „Variables that Moderate the Attitude-Behavior Relation: Results of a Longitudinal Survey”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1364-1376.
111. Richard E. Petty, Derek D. Rucker, John T. Cacioppo, Ch. 5. The Elaboration Likelihood Model of Persuasion, *Perspectives of Persuasion, Social Influence and Compliance Gaining*, Ed. Pearson, Boston, 2004;
112. Robert B. Chialdini, *Attitude and Attitude Change*, *Psychol* 1991, 32: 357-404.
113. MacDonald, G. „Redesigning the evidence base for health promotion.” *Internet Journal of Public Health Education*, 2000, 2 B, 9-17.
114. Hollister, Mary C. „Health Education and Promotion Theories.” In *Primary Preventive Dentistry-7th ed.* Harris, N.O., Garcia-Godoy, F., Nathe, C.N. Pearson Education Inc., Upper Saddle River, NJ, 2009, 348-363.
115. Rosenstock, I.M., Strecker, V.J., Becker, M.H. „Social learning theory and the health belief model.” *Health Education Quarterly*, 1988; 15; 175-183.
116. Maiman, L.A., Becker, M.H. „The health belief model: Origins and correlates in psychological theory.” *Health Education Monographs*, 1974, 2, 336-353.
117. MacDonald, Laura L. „Concepts of Health and Wellness.” In *Dental Hygiene Theory and Practice*. Darby, M.L., Walsh, M.M. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1995, 55-73.
118. Nathe, C. *Dental public health - 2nd ed.* Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ, 2005.
119. Ajzen, I., Fishbein, M. *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1980.
120. Tedesco, L.A., Keffer, M.A., Davis, E.L., Christersson, L.A. „Effect of a social cognitive intervention on oral health status, behavior reports, and cognitions.” *J of Periodontol*, 1992; 63; 567-575.
121. Rich, S.K. „Behavioral Foundations for the Dental Hygiene Process.” In *Dental Hygiene Theory and Practice*. Darby, M.L., Walsh, M.M. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 1995, 75-101.
122. Prochaska, J.O., Wright, J. A., & Velicer, W.F. (2008). Evaluating Theories of Health Behavior Change: A hierarchy of Criteria Applied to the Transtheoretical Model. *Applied Psychology*, 57(4), 561-588. doi:10.1111/j.1464-0597.2008.00345.x
123. Prochaska, JO; DiClemente, CC. *The transtheoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin; 1984. ISBN 0-87094-438-X.
124. Prochaska, JO; Norcross, JC; DiClemente, CC. *Changing for good: the revolutionary program that explains the six stages of change and teaches you how to free yourself from bad habits*. New York: W. Morrow; 1994. ISBN 0-688-11263-3.
125. Odette Dimitriu, „Tehnici psihoterapeutice”, Editura Victor, București 2004;
126. Pașca M. D. – (2012) - *Comunicarea în relația medic-pacient*, Ed. University Press – Târgu-Mureș
127. Verza E. – (1997) – *Psihopedagogia specială* – Ed. Didactica și Pedagogică - București  
Să construim poduri – (2010) Ed. Hifa – Ro, Târgu-Mureș;
128. Maria Dorina PAȘCA, *Comunicarea cu pacientul cu dizabilități*, Editura Universității de Medicină și Farmacie, Târgu Mureș, p 918-924;
129. Abric J.C., *Psihologia Comunicării*, Editura Collegium, Polirom, Iasi, 2002;
130. Atanasiu A., *Elemente de psihologie medicala*, Editura Medicala, Bucuresti 1983;

131. Balint M., The doctor, his patient and the illness, Editura Pitman Medical Co., London, 1966;
132. Foucault Michel., Nașterea Clinicii, Editura Științifică, București, 1998;
133. Giblin L., Arta dezvoltării relațiilor interumane, Colecția Cărții Cheie, București, 2000;
134. Jeican R., Psihopatologie, Editura Casa Cărții de Știință, Cluj, 1997;
135. Lazarescu M., Calitatea vieții în psihiatrie, Editura Info-Medica, București, 1999;
136. Romila A., Psihiatrie, Facultatea Hiperion, București, 1992;
137. Vlădescu C., Managementul serviciilor de sănătate, Editura Expert, București, 2000.
138. Legea nr. 984 din 11 aprilie 1927, pentru organizarea Casei Sănătății Publicată în M.O. nr. 81 din 12 aprilie 1927.
139. Decretul nr. 212 din 13 mai 1953, privind reglementarea profesiei de medic Publicată în M.O. nr. 16 din 16 mai 1953.
140. Decretul nr. 246 din 29 mai 1958, privind reglementarea acordării asistenței medicale și a medicamentelor Publicată în M.O. nr. 24 din 2 iunie 1958.
141. Legea nr.3/1978, privind asigurarea sănătății populației Publicată în B.O. nr. 54 din 10 iulie 1978.
142. Legea nr. 46/2003, privind drepturile pacientului Publicată în M.O. nr. 51 din 29 ianuarie 2003
143. Legea Nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății
144. Everson R. C., Sletten I. W., Altman, Brown M. L. 1974 Disturbing behaviour: a study of incident reports. *Psychiatric Quarterly* 48:266-275
145. Hodgkinson P. E., McIvor L., Phillips M. 1985, Patient assaults on staff in a psychiatric hospital: a two-year retrospective study. *Journal of Medicine, Science and the Law* 25(4):288-294.
146. Corrigan P. W., Lieberman R. P., Engel J. D. 1990, From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. *Hosp Community Psychiatry* 41:1203-1211.
147. A.P.A. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 4th ed., American Psychiatric Association, Washington DC.
148. Anthony W.A., Liberman R.P. (1992) – Principles and practice of psychiatric rehabilitation. *Handbook of Psychiatric Rehabilitation* Edited by RP Liberman. New York: MacMillan.
149. Kumar PJ, Clark MI. *Clinical Medicine*. Ed. Balliere Tindall. 2002.
150. Milcu M. Psihologia relațiilor interpersonale. Iași Ed. Polirom. 2005.
151. Păunescu-Podeanu I. Bazele clinice pentru practica medicală. București: Editura medicală. 2003.
152. Drucker P. *People and Performance*. New York: Harper's College Press. 1977.
153. Scripcaru Ghe, Ciornea T. *Deontologie medicală*. București. 1979.
154. Stoica-Constantin A. *Conflictul interpersonal*. Iași: Ed. Polirom. 2004.
155. Tudose Fl. *O abordare modernă a psihologiei medicale*. București: Ed. InfoMedica. 2000.
156. Zamfir E. *Cultura relațiilor interpersonale*. București Ed. Politică. 1982.
157. Eco Umberto – *Limitele interpretării – în românește de Ștefania Mincu, Constanța, Ed. Politică*.
158. Pasat Mihaela – *L' enterinement -discours direct et discours rapporté en français contemporain*, Ed. Mirton, Timișoara, 2004.

159. Damasio Antonio – Eroarea lui Descartes. Emoțiile, rațiunea și creierul uman. Traducere din engleză de Irina Tănăsescu. Ed. Humanitas, bucurești, 2004.
160. Brooks, Fred. The Mythical Man-Month, 20th Anniversary Edition, Adison Wesley. ISBN 0-201-83595-9. 1995
161. Popovici Ramona Amina - Educatia pentru sanatate oro-dentara. Managementul proiectelor educationale, Timisoara ed Mirton 2007
162. Ezsenck, Michael W., Keane, Mark T., 1995. Cognitive Psychology. A Student's Handbook. Psychology Press, an imprint of Erlbaum (UK) Taylor & Francis, s.l.
163. Zaharia, R. Marketing social – politic. București, Editura Uranus, 2001.
164. [http://www.oznet.ksu.edu/dp\\_health/HealthyPlaces/framework/overview.html](http://www.oznet.ksu.edu/dp_health/HealthyPlaces/framework/overview.html)
165. Neculau, A. (coordonator) Psihologie. Iași: Polirom, 2000.
166. Podariu Aangela., Grivu O., Jumanca Daniela., Gălușcan Atena. Educație sanitară stomatologică-curs. Timișoara: Editura Mirton, 1999
167. Vasile Sebastian Dancu - „Comunicarea în managementul instituțional”, Ed. Gewalt, Cluj-Napoca, 2000
168. Băileșteanu, Gheorghe: Semiotică Economică: bazele teoretice. Timișoara: Editura Mirton, 2005.
169. Buchanan, D.R., Reddy, S., Hossain, Z. Social Marketing: A Critical Appraisal. Health Promotion International, 1994, 9, 49-57.
170. Băileșteanu Gh., 2005. Semiotică economică: bazele teoretice, Timișoara: Editura Mirton.
171. Camporesi P. La carne impassibile. Milano: Il Saggiatore, 1983.
172. Cliford G.C., Fazler, M., Rotzoll, K.B., Brittain McKee, K., trad. coord. de Ruxandra Boicu. Istoria comunicării. Iași: Ed. Polirom, 2001.
173. Kosslyn, St. M., 1989. Le immagini nella mente. Creare e utilizzare le immagini nel cervello. Firenze: Giunti. Titlul original: Ghosts in the Mind's Machine: Creating and Using Images in the Brain, W.W. Norton & Co.
174. Emilia Novac, Denisa Abrudan – Management – Timișoara: Editura Mirton, 1999.
175. Bennett, P. Health locus of control. 1999
176. Școala Națională de Sănătate Publică și Management Sanitar – Managementul spitalului, editura Public H Press, 2006, București.
177. Cristea, V., Iosif, G., Marhan, A., Niculescu, C., Trăușan-Matu, Ș., Udrea, O., Sisteme inteligente de instruire pe Web, Editura Politehnica Press, București, 2005.
178. Naidoo J., Wills J., Public Health and Health promotion: developing practice, Bailliere Tindall; 2nd edition, 2007
179. Popovici R., Ciobanu V., Podariu A., Păcurar M., Sănătate Publică Orală - Management, Epidemiologie, Biostatistică, editura Mirton, Timișoara, 2012
180. Ionescu Gh. Gh., Cazan E., Management, Timișoara: Editura Universității de Vest, 2005.
181. Health Promotion ([http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf)).
182. De Felice, Emidio, Duro, Aldo, 1993. Vocabolario italiano. Edizione fuori commercio riservata ai docenti. Società editrice internazionale / G.B. Palumbo.
183. Matei Șt., Băileșteanu Gh., Evaluarea eficienței economice. Sinteză și sisteme, Timișoara: Editura Facla, 1986.
184. <http://www.gerry-howell/telegraft.jpg>.
185. Marilen Pirtea - Impactul structural și funcțional al procesului de aderare la Uniunea Europeană asupra pieței financiare din România, ed. Univ. de Vest, Timisoara 2007

186. World Health Organization, Deifinition of health, <http://www.who.int/about/definition/en/print.html/> (retrieved September 10, 2009)
187. Podariu Angela., Jumanca Daniela., Gălușcan Atena., Văcaru Roxana., Muntean Ramona. *Tratat de medicină preventivă*. Timișoara: Editura Waldpress, 2003.
188. Ovidiu Grivu, Angela Podariu, Anca Bailă, Ioan Pop - „Prevenția în stomatologie”, Ed. Mirton, Timișoara, 1995
189. Vidal, Bruno, L’universo della memoria: dall’Ars Memorativa di Cicero alle acquisizioni della moderna neurofisiologia, în «Atti dell’Accademia di scienze, lettere e arti di Udine», anno 1994, vol. LXXXVII, Anno accademico 388o, Udine, Arte grafiche friulane, 1995.
190. Șimandan, Andrei. *Teoria cunoașterii sociale*. București: Editura Academiei Române, 2002.
191. Tannahill A. *Health education and healthpromotion: from priorities to programs*. 1994
192. Ramona Amina Muntean, *Educația pentru sănătate în cabinetele de medicină dentară – componentă a prevenției în procesul de integrare a României în Politicile de sănătate ale Uniunii Europene*, *Viața stomatologică* 2005,5 (41): 29-30.
193. Andre de Peretti, Jean Marie Legand, Jean Boniface - „Tehnici de comunicare”, Ed. Polirom, Iași, 2001
194. Petersen PE, Yamamoto T (2005) Improving The oral health of older people: the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Comm dent Oral Epidemiol* 33: 81–92
195. Vance K, Howe W, Dellavalle RP. Social internet sites as a source of public health information. *Dermatol Clin*. 2009 VI; apr; 27(2):133-6.
196. Petersen, P.E., Kwan, Stella. „The 7th Who Global Conference on Health Promotion - Towards integration of oral health (Nairobi, Kenya 2009).” *Community Dental Health*, 2010; June, 27 (Suppl. 1) (2); 129-136.
197. Brech E.F. *Principles of Marketing*. New York, Routledge, 1953.
198. The Center for Development and Population Activities: *Advocating for access, choice and participation în population and development – A handbook for women leaders*. 1994
199. *The group promoter’s resource book – A practical guide to building rural self-the occlusion* December 2009.
200. *Making Health Communication Programms Work*, US Department of Health & Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute Maslow, A. *A theory of Human Motivation*. *Psychological Review*, vol. 50, 1943.
201. Nutbeam D, *Health Promotion Glossary-* World Health Organization
202. *Oral Health Barometer* 2009;
203. Popescu Al., *Management și marketing sanitar. Asistență și protecție socială*, București: Editura Medicală, 1994
204. *Ottawa Charter for Health promotion - WHO/HPR/HEP/95.1 Ottawa Charter*
205. Macdonald, G. (2000) – „Redesigning the evidence base for health promotion”. *Internet Journal of Public Health and Health Education* 2, B 9-17
206. Școala Națională de Sănătate Publică. *Elaborarea materialelor de informare și educare pentru promovarea sănătății și educație pentru sănătate*. Ghid național, București. Editura Public H Press, 2006
207. <http://s-o-s.webgarden.ro/thema/activitati-an-scolar-2010-2011/s-o-s-drepturile-copiilor-iunie>
208. <https://iasisalvaticopiii.wordpress.com/2012/05>

209. Doyal L, Gough I., A theory of human need. London: Macmillan, 1991
210. Stahl T., Wismar M., Otilia E., Lahtinen E., Leppo K. (editors), Health în All Policies - perspectives and potentials, Ministrz of Social Affairs and Health, Finland 2006.
211. Milstein RL, and Wetterhal SF. Framework for Program Evaluation în Public Health. Centers for Disease Control and Prevention. MMWR 1999 / Vol.48 / No.
212. Kwan, Stella Y.L., Petersen, P.E., Pine, Cynthia M., Borutta, A. „Health-promoting schools: an opportunity for oral health promotion.” Bulletin of the World Health Organization, 2005, 83(9):677-685.
213. Noelle-Neumann, E. „The theory of public opinion: The concept of the Spiral of Silence.” In Communication Yearbook 1. Anderson, J.A. Sage, Newbury Park, CA, 1991, 256-287.
214. Kuhn, Thomas, 1999. Structura revoluțiilor științifice. Iași: Editura Polirom.
215. Morin, Edgar, 1991. La Méthode, IV. Les idées: leur vie, leur milieu, leurs mœurs, leur organisation. Paris: Éditions du Seuil.
216. Lee Jong-Wook, Public Health is a social issue, Lancet 2005, 365: 1005-1006
217. Jan Bergström and Sören Eliasson, European Journal of Orthodontics 1987 9(1):216-223; doi:10.1093/ejo/9.1.216 © 1987 by European Orthodontic Society,
218. Predișcan, Mariana, 2004. Schimbarea organizațională. Ce, când și cum să schimbăm? Timișoara: Editura Universității de Vest, col. „Economică”.
219. Kosslyn, St. M., 1989. Le immagini nella mente. Creare e utilizzare le immagini nel cervello. Firenze: Giunti. Titlul original: Ghosts în the Mind's Machine: Creating and Using Images în the Brain, W.W. Norton & Co.
220. Castoriadis, Cornelius, 1999. L'institution imaginaire de la société. Paris: Editions du Seuil.
221. Delacour, Jean, 2001. Introducere în neuroștiințele cognitive. Traducere de Raluca Melinte. Referent științific prof. dr. Dinu Cristian Popescu. Iași: Editura Polirom. Titlul original: Une introduction aux neurosciences cognitives, De Boeck & Larcier Éditeurs, 1998.
222. Vlada M., E-Learning și software educațional, Noi tehnologii de e-learning, Conferința Națională de Învățământ Virtual, Software educațional, Editura Universității din București, 2003
223. Muntean, M. și al., Considerații privind e-learning în societatea bazată pe cunoaștere, Revista economică, nr. 4(28)/2003.
224. Otilia Otlacan - Marketing Strategy: 7 Dimensions to Consider (the e-marketing mix), [www.teawithedge.com](http://www.teawithedge.com), 02 august 2005
225. Carliner, S., An Overview of Online Learning (2nd edition). Amherst, MA: HRD Press, 2004.
226. Comisia comunităților europene, Memorandum asupra Învățării Permanente, Brussels, 30.10.2000
227. Cristea, V., Iosif, G., Marhan, A., Niculescu, C., Trăușan-Matu, Ș., Udrea, O., Sisteme inteligente de instruire pe Web, Editura Politehnica Press, București, 2005.
228. Toma, S., Făt, S., Găbureanu, S., Novak, C., Instruirea în societatea cunoașterii: Impactul programului Intel Teach în România, București: Agata, 2009.
229. Adăscăliței, A., Instruire asistată de calculator: didactică informatică, Polirom, 2007.
230. Stahl T., Wismar M., Otilia E., Lahtinen E., Leppo K. (editors), Health în All Policies - perspectives and potentials, Ministrz of Social Affairs and Health, Finland 2006
231. Darren J. Gray, Simon J. Forsyth, Robert S. Li, Donald P. McManus, YueSheng Li, Honggen Chen, Feng Zheng, Gail M. Williams, An Innovative Database for

- Epidemiological Field Studies of Neglected Tropical Diseases, [www.plosntds.org](http://www.plosntds.org) May 2009 | Volume 3 | Issue 5 | e413
232. Bodea „Informatica instruirii”, Ed. Economică, 2002
  233. <http://www.dot.ro>
  234. <http://www.smartnews.ro>
  235. Encyclopaedic dictionary of librarianship and information science. Editat de John Feathers și Paul Sturges. London: Routledge, 1997, p. 187.
  236. Rob, K., Modeling Units of Study from Pedagogical Perspective, Educational Technology Expertise Center Open University of the Netherlands, First Draft, version 2, 2001.
  237. Finke, A., Bicans, J., E-learning System Content and Architecture Evolution, Proc. of 16th International Conference on Information and Software Technologies IT 2010
  238. Ghilic-Micu, B., Stoica, M., Managementul proceselor de e-learning bazate pe tehnologia informației și comunicațiilor, Workshop - Managementul proiectelor informatice, București, oct. 2004
  239. Davidescu, N., E-ducation, information investors în people for relaunch economy, The Ninth International Conference „Investments and Economic Recovery”, May 22-23, 2009.
  240. Élthes, Z., Realizări e-learning și blended learning, Conferința Națională de Învățământ Virtual, ediția a VI-a, 2008.
  241. Brut, M., Instrumente pentru e-learning: ghidul informatic al profesorului modern, Iași, Polirom, 2006.
  242. <http://depmath.ulbsibiu.ro/chair2/craciunas/model%20standard%20platforma%20eLearning.pdf>
  243. Rob, K., Modeling Units of Study from Pedagogical Perspective, Educational Technology, Expertise Center Open University of the Netherlands, First Draft, version 2, 2001.
  244. Roșca, I.G., Apostol, C., Zamfir, G., E-learning – paradigma a instruirii asistate, Revista Informatica Economica, nr. 2 (22)/2002.
  245. Școala Națională de Sănătate Publică - Promovarea sănătății și educație pentru sănătate, Editura Public H Press, București 2006, pag 17-20.
  246. Backer, T. E., Rogers, E. M., & Sopory, P. (1992). Designing health communication campaigns: What works. Thousand Oaks, CA: Sage.
  247. Higgins E.T., (2000), Does Personality Provide Unique Explanations for Behaviour? Personality as Cross-Person Variability în General Principles, în European Journal of Personality, Eur. J. Pers. 14: 391±406 (2000).
  248. Gollwitzer, P.M. (1990). Action phases and mind-sets. In E.T. Higgins & R.M. Sorrentino (Eds.), Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior (Vol. 2, pp. 53-92). New York: Guilford Press
  249. Deci E. L and all, (2001), P Need Satisfaction, Motivation, and Well-Being în the Work Organizations of a Former Eastern Bloc Country: A Cross-Cultural Study of Self-Determination, în PSPB, Vol. 27 No. 8, August 2001 930-942
  250. Deci, E. L., & Ryan, R. M., 2004, Self-Determination Theory; An Approach To Human Motivation And Personality (<http://www.psych.rochester.edu/SDT/index.html>).
  251. Doyal L, Gough I, A theory of human need. London: Macmillan, 1991.
  252. Naidoo J., Wills J., Public Health and Health promotion: developing practice, Bailliere Tindall; 2<sup>nd</sup> edition, 2007.

253. Heywood A., Political Ideologies, Palgrave Macmillan, 4<sup>th</sup> edition, 2007
254. Moore S. Social welfare alive, Nelson Thornes, 3<sup>rd</sup> edition, 2002.
255. Vlădescu C, coordonator, Sănătate Publică și Management, Ed. Cartea Universitară, București, 2004.
256. Longest, B. B. Jr, *Health policy making in the United State*, Chicago, IL: Health Administration PresLongest, 4<sup>th</sup> edition, 2006.
257. Vlădescu, Cristian, Politici sanitare. București: Editura Cartea Universitară, 2005.
258. Vlădescu C., Predescu M., Stoicescu E., Sănătate publică și management sanitar. Evaluarea nevoilor și planificarea sanitară. Promovarea sănătății și educația pentru sănătate. Etică medicală și drepturile pacienților Editura Exclus SRL, București, 2002;
259. World Health Organization, Deifinition of health, <http://www.who.int/about/definition/en/print.html/> (retrieved September 10, 2009)
260. Lee Jong-Wook, *Public Health is a social issue*, Lancet 2005, 365: 1005-1006
261. Stahl T., Wismar M., Otilia E., Lahtinen E., Leppo K. (editors), *Health in All Policies - prospectives and potentials*, Ministrz of Social Affairs and Health, Finland 2006
262. Dahlgren G, Whitehead M., Leveling up (part 2): *a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe 2006.
263. Wilkinson R. G., *The impact of inequality: how to make sick societies healthier*. London: Routledge, 2005.
264. Comisia Prezidențială pentru Analiza și Elaborarea Politicilor din Domeniul Sănătății Publice din România, *Un sistem sanitar centrat pe nevoile cetățeanului*, București, 2008.
265. Parker L.A, Lumbreras B., Ildenfonso H. A, *Health information and advocacz for „Health in All Policies”*: a research agenda, J Epidemiol Comunitz Health 2010; 64:114-116
266. Cava R, Comunicarea cu oamenii dificili, Editura Curtea Veche, Bucure;ti 2003
267. Liley R., Cum să ne purtăm cu oamenii dificili, Editura Meteor Press, București 2007;
268. Petrie Sue M., Oamenii toxici, Editura Amsta Publishing București, 2008
269. Kramer N., Kopp S, Becker-Asano C, Sommer N, Smile and the World will smile with you - The effects of a virtual agents smile users evaluation and behavior, International Journal of Human-Computer Studies, 2013, 71(3): 335-349
270. Pașca MD, Comunicarea în relația medic-pacient, Editura University Press, Târgu Mureș, 2012;
271. Navaro J, Marvis Karlinis M, Secretele comunicării non-verbale, Editura Meteor Press, București 2008;
272. Ratuncci MJ, Pharmacists Talking with Patients, A Guide to Patient Counseling, second edition, Lippicott Williams& Wilkins 2007
273. Langley CA, Belcher D, Applied Pharmaceutical Practice, Cambridge University Press, Cambridge, 2009.
274. Pease A, Limbajului trupului: cum pot fi citite gândurile altora din gesturile lor, Editura Polimark, București 2002;
275. Silvaș A, Comunicare educațională, Universitatea Petru Maior Târgu Mureș, 2008;
276. <http://www.id-laser.com/category/social-distance/>
277. Hall ET, Proxemics, Current Anthropology, 9 (2-3),83-108,1968
278. Burley - Allen M, Arta de a asculta ce spun cei din jurul tău și succesul în viață, Editura Teora București, 2005

279. Popescu Al., Management și marketing sanitar. Asistență și protecție socială, București: Editura Medicală, 1994
280. Popovici R., Podariu A., Jumanca D., Gălușcan A., Oancea R., Sava Roșianu R.: Educația pentru sănătate oro-dentară. Managementul proiectelor educaționale – Editura Mirton Timișoara, 2007.
281. Ramona Amina Muntean, Educația pentru sănătate în cabinetele de medicină dentară – componentă a prevenției în procesul de integrare a României în Politicile de sănătate ale Uniunii Europene, Viața stomatologică 2005,5 (41): 29-30.
282. Making Health Communication Programms Work, US Department of Health & Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute Maslow, A. A theory of Human Motivation. Psychological Review, vol. 50, 1943.
283. Mariana Predișcan, 2004. Schimbarea organizațională. Ce, când și cum să schimbăm? Timișoara: Editura Universității de Vest, col. „Economica
284. Marilen Pirtea - Impactul structural și funcțional al procesului de aderare la Uniunea Europeana asupra pieței financiare din Romania, ed. Univ. de Vest, Timisoara 2007
285. Ursoniu S., Management sanitar, Timișoara: Editura de Vest, 2000.
286. Vasile Sebastian Dancu - „Comunicarea în managementul instituțional”, Ed. Gewalt, Cluj-Napoca, 2000
287. Tones, K. Marketing and the Mass Media: Theory and Myth: Reflections on Social Marketing. Health Education Research, 1994, 9, 165-169. Trade Unions. 2000
288. Tulchinsky Th. Varavicova E., Noua Sănătate Publică. Introducere în secolul XXI, Traducere și adaptare: Alexandru și Pavel Jalbă, Editura Ulysse, Chișinău, 2003
289. Richard Rathe, Responding to emotions BATHE, <http://rathe.medinfo.ufl.edu/responding-to-emotions-bathe/>
290. Wolinski F.D., The Sociology of Health: Principles, practitioners and issues, second edition, Belmont 1988, pp. 186-187
291. Lăzărescu M, Psihologie clinică, Editura Helican, Timișoara, 1994
292. Tudose F, Orizonturile psihologiei medicale, Editura Medicală, București, 2003;
293. Astărăstoae V, Gavrilogici C, Vivol M, Gergely D, Sandu I, Etica și non-discriminarea grupurilor vulnerabile în sistemul de sănătate, Editura GrTPopă - UMF Iași, 2011
294. Goleman D, Inteligența emoțională, Ediția a III-a, Editura Curtea Veche, București, 2008.
295. Georgeta Zanoschi, Sănătate publică și management sanitar, Iași: Edit Dan, 2003
296. Danila I, Amariei C - Orientari profilactice în stomatologie, ed. Syrinx - Med Constanta, 1997.
297. Virginia Faur, Un brevet de viață lungă, Ed. Gutenberg Univers, Arad, 2015.



## LEGI LEGATE DE DREPTURILE ȘI OBLIGAȚIILE PACIENȚILOR

### Legea nr. 46 din 21/01/2003 a drepturilor pacientului

Publicată în Monitorul Oficial, Partea I nr. 51 din 29/01/2003

#### **CAPITOLUL I** **Dispoziții generale**

**Art. 1.-** în sensul prezentei legi:

- a. prin pacient se înțelege persoană sănătoasă sau bolnavă care utilizează serviciile de sănătate;
- b. prin discriminare se înțelege distincția care se face între persoane aflate în situații similare pe baza rasei, sexului, vârstei, apartenenței etnice, originii naționale sau sociale, religiei, opțiunilor politice sau antipatiei personale;
- c. prin îngrijiri de sănătate se înțelege serviciile medicale, serviciile comunitare și serviciile conexe actului medical;
- d. prin intervenție medicală se înțelege orice examinare, tratament sau alt act medical în scop de diagnostic preventiv, terapeutic ori de reabilitare;
- e. prin îngrijiri terminale se înțelege îngrijirile acordate unui pacient cu mijloacele de tratament disponibile, atunci când nu mai este posibilă îmbunătățirea prognozei fatale a stării de boală, precum și îngrijirile acordate în apropierea decesului.

**Art. 2. -** Pacienții au dreptul la îngrijiri medicale de cea mai înaltă calitate de care societatea dispune, în conformitate cu resursele umane, financiare și materiale.

**Art. 3. -** Pacientul are dreptul de a fi respectat ca persoană umană, fără nici o discriminare.

#### **CAPITOLUL II** **Dreptul pacientului la informația medicală**

**Art. 4.-** Pacientul are dreptul de a fi informat cu privire la serviciile medicale disponibile, precum și la modul de a le utiliza.

**Art. 5.**

(1) Pacientul are dreptul de a fi informat asupra identității și statutului profesional al furnizorilor de servicii de sănătate.

(2) Pacientul internat are dreptul de a fi informat asupra regulilor și obiceiurilor pe care trebuie să le respecte pe durata spitalizării.

**Art. 6. -** Pacientul are dreptul de a fi informat asupra stării sale de sănătate, a intervențiilor medicale propuse, a riscurilor potențiale ale fiecărei proceduri, a alternativelor existente la procedurile propuse, inclusiv asupra neefectuării tratamentului și nerespectării recomandărilor medicale, precum și cu privire la date despre diagnostic și prognostic.

**Art. 7.** - Pacientul are dreptul de a decide dacă mai dorește să fie informat în cazul în care informațiile prezentate de către medic i-ar cauza suferință.

**Art. 8.** - Informațiile se aduc la cunoștință pacientului într-un limbaj respectuos, clar, cu minimalizarea terminologiei de specialitate; în cazul în care pacientul nu cunoaște limba română, informațiile i se aduc la cunoștință în limba maternă ori în limba pe care o cunoaște sau, după caz, se va cauta o altă formă de comunicare.

**Art. 9.** - Pacientul are dreptul de a cere în mod expres să nu fie informat și de a alege o altă persoană care să fie informată în locul său.

**Art. 10.** - Rudele și prietenii pacientului pot fi informați despre evoluția investigațiilor, diagnostic și tratament, cu acordul pacientului.

**Art. 11.** - Pacientul are dreptul de a cere și de a obține o altă opinie medicală.

**Art. 12.** - Pacientul are dreptul să solicite și să primească, la externare, un rezumat scris al investigațiilor, diagnosticului, tratamentului și îngrijirilor acordate pe perioada spitalizării.

### **CAPITOLUL III**

#### ***Consimțământul pacientului privind intervenția medicală***

**Art. 13.** - Pacientul are dreptul să refuze sau să oprească o intervenție medicală asumându-și, în scris, răspunderea pentru decizia sa; consecințele refuzului sau ale opririi actelor medicale trebuie explicate pacientului.

**Art. 14.** - Când pacientul nu își poate exprima voința, dar este necesară o intervenție medicală de urgență, personalul medical are dreptul să deducă acordul pacientului dintr-o exprimare anterioară a voinței acestuia.

**Art. 15.** - în cazul în care pacientul necesită o intervenție medicală de urgență, consimțământul reprezentantului legal nu mai este necesar.

**Art. 16.** - în cazul în care se cere consimțământul reprezentantului legal, pacientul trebuie să fie implicat în procesul de luare a deciziei atât cât permite capacitatea lui de înțelegere.

#### **Art. 17.**

(1) în cazul în care furnizorii de servicii medicale consideră că intervenția este în interesul pacientului, iar reprezentantul legal refuză să așeze dea consimțământul, decizia este declinată unei comisii de arbitraj de specialitate.

(2) Comisia de arbitraj este constituită din 3 medici pentru pacienții internați în spitale și din 2 medici pentru pacienții din ambulator.

**Art. 18.** - Consimțământul pacientului este obligatoriu pentru recoltarea, păstrarea, folosirea tuturor produselor biologice prelevate din corpul său, în vederea stabilirii diagnosticului sau a tratamentului cu care acesta este de acord.

**Art. 19.-** Consimțământul pacientului este obligatoriu în cazul participării sale în învațăământul medical clinic și la cercetarea științifică. Nu pot fi folosite pentru cercetare științifică persoanele care nu sunt capabile să își exprime voința, cu excepția obținerii consimțământului de la reprezentantul legal și dacă cercetarea este făcută în interesul pacientului.

**Art. 20.-** Pacientul nu poate fi fotografiat sau filmat într-o unitate medicală fără consimțământul sau, cu excepția cazurilor în care imaginile sunt necesare diagnosticului sau tratamentului și evitării suspectării unei culpe medicale.

#### ***CAPITOLUL IV***

##### ***Dreptul la confidențialitatea informațiilor și viața privată a pacientului***

**Art. 21.-** Toate informațiile privind starea pacientului, rezultatele investigațiilor, diagnosticul, prognosticul, tratamentul, datele personale sunt confidențiale chiar și după decesul acestuia.

**Art. 22.-** Informațiile cu caracter confidențial pot fi furnizate numai în cazul în care pacientul își dăconsimțământul explicit sau dacă legea o cere în mod expres.

**Art. 23.-** în cazul în care informațiile sunt necesare altor furnizori de servicii medicale acreditați, implicați în tratamentul pacientului, acordarea consimțământului nu mai este obligatorie.

**Art. 24.-** Pacientul are acces la datele medicale personale.

##### **Art. 25.**

(1) Orice amestec în viața privată, familială a pacientului este interzis, cu excepția cazurilor în care această imixtiune influențează pozitiv diagnosticul, tratamentul ori îngrijirile acordate și numai cu consimțământul pacientului.

(2) Sunt considerate excepții cazurile în care pacientul reprezintă pericol pentru sine sau pentru sănătatea publică.

#### ***CAPITOLUL V***

##### ***Drepturile pacientului în domeniul reproducerii***

**Art. 26. -** Dreptul femeii la viață prevalează în cazul în care sarcina reprezintă un factor de risc major și imediat pentru viața mamei.

**Art. 27. -** Pacientul are dreptul la informații, educație și servicii necesare dezvoltării unei vieți sexuale normale și sănătății reproducerii, fără nici o discriminare.

##### **Art. 28.**

(1) Dreptul femeii de a hotări dacă să aibă sau nu copii este garantat, cu excepția cazului prevăzut la Art. 26.

(2) Pacientul, prin serviciile de sănătate, are dreptul să aleagă cele mai sigure metode privind sănătatea reproducerii.

(3) Orice pacient are dreptul la metode de planificare familială eficiente și lipsite de riscuri.

## **CAPITOLUL VI**

### ***Drepturile pacientului la tratament și îngrijiri medicale***

#### **Art. 29.**

(1) În cazul în care furnizorii sunt obligați să recurgă la selectarea pacienților pentru anumite tipuri de tratament care sunt disponibile în număr limitat, selectarea se face numai pe baza criteriilor medicale.

(2) Criteriile medicale privind selectarea pacienților pentru anumite tipuri de tratament se elaborează de către Ministerul Sănătății și Familiei în termen de 30 de zile de la data intrării în vigoare a prezentei legi și se aduc la cunostință publicului.

#### **Art. 30.**

(1) Intervențiile medicale asupra pacientului se pot efectua numai dacă există condițiile de dotare necesare și personal acreditat.

(2) Se exceptează de la prevederile alin. (1) cazurile de urgență aparute în situații extreme.

**Art. 31.** - Pacientul are dreptul la îngrijiri terminale pentru a putea muri în demnitate.

**Art. 32.** - Pacientul poate beneficia de sprijinul familiei, al prietenilor, de suport spiritual, material și de sfaturi pe tot parcursul îngrijirilor medicale. La solicitarea pacientului, în măsura posibilităților, mediul de îngrijire și tratament va fi creat cât mai aproape de cel familial.

**Art. 33.** - Pacientul internat are dreptul și la servicii medicale acordate de către un medic acreditat din afara spitalului.

#### **Art. 34.**

(1) Personalul medical sau nemedical din unitățile sanitare nu are dreptul să supună pacientul nici unei forme de presiune pentru a-l determina pe acesta să îl recompenseze altfel decât prevăd reglementările de plată legale din cadrul unității respective.

(2) Pacientul poate oferi angajaților sau unității unde a fost îngrijit plăți suplimentare sau donații, cu respectarea legii.

#### **Art. 35.**

(1) Pacientul are dreptul la îngrijiri medicale continue până la ameliorarea stării sale de sănătate sau până la vindecare.

(2) Continuitatea îngrijirilor se asigură prin colaborarea și parteneriatul dintre diferitele unități medicale publice și nepublice, spitalicești și ambulatorii, de specialitate sau de medicină generală, oferite de medici, cadre medii sau de alt personal calificat. După externare pacienții au dreptul la serviciile comunitare disponibile.

**Art. 36.** - Pacientul are dreptul să beneficieze de asistență medicală de urgență, de asistență stomatologică de urgență și de servicii farmaceutice, în program continuu.

## **CAPITOLUL VII**

### ***Sanctiuni***

**Art. 37.** - Nerespectarea de către personalul medico-sanitar a confidențialității datelor despre pacient și a confidențialității actului medical, precum și a celorlalte drepturi ale pacientului prevăzute în prezenta lege atrage, după caz, răspunderea disciplinară, contravențională sau penală, conform prevederilor legale.

## **CAPITOLUL VIII**

### ***Dispoziții tranzitorii și finale***

#### **Art. 38.**

(1) Autoritățile sanitare dau publicității, anual, rapoarte asupra respectării drepturilor pacientului, în care se compară situațiile din diferite regiuni ale țării, precum și situația existentă cu una optimă.

(2) Furnizorii de servicii medicale sunt obligați să afișeze la loc vizibil standardele proprii în conformitate cu normele de aplicare a legii.

(3) în termen de 90 de zile de la data intrării în vigoare a prezentei legi, Ministerul Sănătății și Familiei elaborează normele de aplicare a acesteia, care se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

**Art. 39.** - Prezenta lege intră în vigoare la 30 de zile de la data publicării în Monitorul Oficial al României, Partea I.

**Art. 40.** - La data intrării în vigoare a prezentei legi se abrogă Art. 78, 108 și 124 din Legea nr. 3/1978 privind asigurarea sănătății populației, publicată în Buletinul Oficial, Partea I, nr. 54 din 10 iulie 1978, precum și orice alte dispoziții contrare.

Această lege a fost adoptată de Senat în ședința din 19 decembrie 2002, cu respectarea prevederilor Art. 74 alin. (2) din Constituția României.

**PRESEDINTELE SENATULUI**

**NICOLAE VACAROIU**

Această lege a fost adoptată de Camera Deputaților în ședința din 19 decembrie 2002, cu respectarea prevederilor Art. 74 alin. (2) din Constituția României.

**TITLUL VIII**

**Asigurările sociale de sănătate**

***CAPITOLUL II***

***Drepturile și obligațiile asiguraților***

**Art. 218.**

(1) Asigurații beneficiază de pachetul de servicii de bază în caz de boală sau de accident, din prima zi de îmbolnăvire sau de la data accidentului și până la vindecare, în condițiile stabilite de prezenta lege.

(2) Asigurații au următoarele drepturi:

a. să aleagă furnizorul de servicii medicale, precum și casa de asigurări de sănătate la care se asigură, în condițiile prezentei legi și ale contractului-cadru;

b. să fie înscrși pe lista unui medic de familie pe care îl solicită, dacă îndeplinesc toate condițiile prezentei legi, suportând cheltuielile de transport dacă opțiunea este pentru un medic din altă localitate;

c. să își schimbe medicul de familie ales numai după expirarea a cel puțin 6 luni de la data înscrierii pe listele acestuia;

d. să beneficieze de servicii medicale, medicamente, materiale sanitare și dispozitive medicale în mod nediscriminatoriu, în condițiile legii;

e. să efectueze controale profilactice, în condițiile stabilite prin contractul-cadru;

f. să beneficieze de servicii de asistență medicală preventivă și de promovare a sănătății, inclusiv pentru depistarea precoce a bolilor;

g. să beneficieze de servicii medicale în ambulatorii și în spitale aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate;

h. să beneficieze de servicii medicale de urgență;

i. să beneficieze de unele servicii de asistență stomatologică;

j. să beneficieze de tratament fizioterapeutic și de recuperare;

k. să beneficieze de dispozitive medicale;

l. să beneficieze de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu;

m. să li se garanteze confidențialitatea privind datele, în special în ceea ce privește diagnosticul și tratamentul;

n. să aibă dreptul la informație în cazul tratamentelor medicale;

o. să beneficieze de concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate în condițiile legii.

**TITLUL XV**  
**Răspunderea civilă a personalului medical și a furnizorului de produse și servicii medicale, sanitare și farmaceutice**

**CAPITOLUL III**  
***Acordul pacientului informat***

**Art. 649.**

(1) Pentru a fi supus la metode de prevenție, diagnostic și tratament, cu potențial de risc pentru pacient, după explicarea lor de către medic, medic dentist, asistent medical/moașă, conform prevederilor alin. (2) și (3), pacientului i se solicită acordul scris.

(2) În obținerea acordului scris al pacientului, medicul, medicul dentist, asistentul medical/moașă sunt datori să prezinte pacientului informații la un nivel științific rezonabil pentru puterea de înțelegere a acestuia.

(3) Informațiile trebuie să conțină: diagnosticul, natura și scopul tratamentului, riscurile și consecințele tratamentului propus, alternativele viabile de tratament, riscurile și consecințele lor, prognosticul bolii fără aplicarea tratamentului.

**Art. 650.** - Vârsta legală pentru exprimarea consimțământului informat este de 18 ani. Minorii își pot exprima consimțământul în absența părinților sau reprezentantului legal, în următoarele cazuri:

a. situații de urgență, când părinții sau reprezentantul legal nu pot fi contactați, iar minorul are discernământul necesar pentru a înțelege situația medicală în care se află;

b. situații medicale legate de diagnosticul și/sau tratamentul problemelor sexuale și reproductive, la solicitarea expresă a minorului în vârstă de peste 16 ani.

**Art. 651.**

(1) Medicul curant, asistentul medical/moașă răspund atunci când nu obțin consimțământul informat al pacientului sau al reprezentanților legali ai acestuia, cu excepția cazurilor în care pacientul este lipsit de discernământ, iar reprezentantul legal sau ruda cea mai apropiată nu poate fi contactat, datorită situației de urgență.

(2) Atunci când reprezentantul legal sau ruda cea mai apropiată nu poate fi contactat, medicul, asistentul medical/moașă pot solicita autorizarea efectuării actului medical autorității tutelare sau pot acționa fără acordul acesteia în situații de urgență, când intervalul de timp până la exprimarea acordului ar pune în pericol, în mod ireversibil, sănătatea și viața pacientului.

**CAPITOLUL IV**  
***Obligativitatea asigurării asistenței medicale***

**Art. 652.**

(1) Medicul, medicul dentist, asistentul medical/moașă au obligația de a acorda asistența medicală/îngrijiri de sănătate unei persoane doar dacă au acceptat-o în prealabil ca pacient, criteriile de acceptare urmând a fi stabilite prin normele metodologice de aplicare a prezentei legi.

(2) Medicul, medicul dentist, asistentul medical/moașă nu pot refuza să acorde asistență medicală/îngrijiri de sănătate pe criterii etnice, religioase și orientare sexuală sau pe alte criterii de discriminare interzise prin lege.

(3) Medicul, medicul dentist, asistentul medical/moașa au obligația de a accepta pacientul în situații de urgență, când lipsa asistenței medicale poate pune în pericol, în mod grav și ireversibil, sănătatea sau viața pacientului.

**Art. 653.**

(1) Atunci când medicul, medicul dentist, asistentul medical/moașa au acceptat pacientul, relația poate fi întreruptă:

- odată cu vindecarea bolii;
- de către pacient;
- decătre medic, în următoarele situații:
  - i. atunci când pacientul este trimis altui medic, furnizând toate datele medicale obținute, care justifică asistența altui medic cu competente sporite;
  - ii. Pacientul manifestă o atitudine ostilăși/sau ireverențioasă față de medic.

(2) Medicul va notifica pacientului, în situația prevăzută la alin. (1) lit. c) pct. (ii), dorința terminării relației, înainte cu minimum 5 zile, pentru ca acesta să găsească o alternativă, doar în măsura în care acest fapt nu pune în pericol starea sănătății pacientului.

**Art. 654.**

(1) Medicul, asistentul medical/moașa, angajați ai unei instituții furnizoare de servicii medicale, au obligația acordării asistentei medicale/îngrijirilor de sănătate pacientului care are dreptul de a primi îngrijiri medicale/de sănătate în cadrul instituției, potrivit reglementărilor legale.

(2) Medicul poate refuza asigurarea asistenței medicale în situațiile menționate la art. 653 alin.(1)lit. c).

**Art. 655.**

(1) În acordarea asistenței medicale/îngrijirilor de sănătate, personalul medical are obligația aplicării standardelor terapeutice, stabilite prin ghiduri de practică în specialitatea respectivă, aprobate la nivel național, sau, în lipsa acestora, standardelor recunoscute de comunitatea medicală a specialității respective.

(2) Colegiul Medicilor din România va elabora și va supune spre aprobare Ministerului Sănătății Publice standardele terapeutice, stabilite prin ghiduri de practică la nivel național, până la intrarea în vigoare a prezentului titlu.



## CODUL DE DEONTOLOGIE MEDICALĂ AL COLEGIULUI MEDICILOR DIN ROMÂNIA

### CAPITOLUL I

#### Domeniul de aplicare și principii generale

**Art. 1.** - Prezentul cod cuprinde normele de conduită obligatorii în legătură cu exercițiul drepturilor și îndatoririlor profesionale ale medicului.

**Art. 2.** - Prevederile prezentului cod, atât cele ce reamintesc regulile morale pe care orice medic trebuie să le respecte, cât și cele care privesc aspecte tehnice, precum și comportarea față de confrăți, sunt obligatorii pentru medicii din evidența Colegiului Medicilor din România. Medicii care au activități în învățământ răspund în respectarea prevederilor prezentului cod de cei pe care îi au în îndrumare.

**Art. 3.** - Sănătatea omului este țelul suprem al actului medical. Obligația medicului constă în a apăra sănătatea fizică și mentală a omului, în a ușura suferințele, în respectul vieții și demnității persoanei umane, fără discriminări în funcție de vârstă, sex, rasă, etnie, religie, naționalitate, condiție socială, ideologie politică sau orice alt motiv, în timp de pace, precum și în timp de război. Respectul datorat persoanei umane nu încetează nici după decesul acesteia.

**Art. 4.** - În exercitarea profesiei sale, medicul acordă prioritate intereselor pacientului, care primează asupra oricăror alte interese.

**Art. 5.** - În exercitarea profesiei sale, medicul este obligat să respecte drepturile fundamentale ale omului și principiile etice în domeniul biomedical. Colegiul Medicilor din România va actualiza periodic prevederile prezentului cod în concordanță cu declarațiile și convențiile la care România este parte, privind etica în domeniul biomedical.

**Art. 6.** - Este interzis medicului, în exercitarea profesiei sale, să impună pacientului opiniile sale personale de orice natură ar fi acestea.

**Art. 7.** - Medicul nu trebuie să înceteze niciodată, în decursul vieții sale profesionale, să își însușească achizițiile științei medicale, în scopul îmbunătățirii cunoștințelor sale medicale.

**Art. 8.** - Medicul trebuie ca, în conformitate cu abilitățile și cunoștințele sale, să contribuie la informarea obiectivă a publicului și autorităților medicale în ceea ce privește problemele medicale. Medicul care oferă informații medicale în mass-media trebuie să verifice modul în care afirmațiile sale sunt făcute publice și să ia atitudine în cazul denaturării acestora.

### CAPITOLUL II

#### Îndatoriri generale

#### SECȚIUNEA A

##### *Despre independența profesională a medicului și responsabilitate*

**Art. 9.** - Medicul are independență profesională absolută, libertatea absolută a prescripțiilor și actelor medicale pe care le consideră necesare, în limitele competenței sale, și este răspunzător pentru acestea. În cazul limitării prin constrângeri administrative și/sau economice a independenței sale, medicul nu este răspunzător.

**Art. 10.** - Medicul nu va garanta vindecarea afecțiunii pentru care pacientul i s-a adresat.

**Art. 11.** - În activitatea medicală ce se desfășoară în echipă (secții de spital, proces de învățământ medical tip rezidențiat), răspunderea pentru actele medicale aparține șefului echipei, în limitele atribuțiilor administrative de coordonare, și medicului care efectuează direct actul medical, în limitele competenței sale profesionale și rolului care i-a fost atribuit de șeful echipei. În echipele interdisciplinare, șeful echipei se consideră a fi medicul din specialitatea în care s-a stabilit diagnosticul major de internare, dacă nu există reglementări speciale care să prevadă altfel.

**Art. 12.** - **Încredințarea totală sau parțială a obligațiilor proprii către alte persoane, în lipsa controlului personal, constituie abatere deontologică.**

**Art. 13.** - Exprimarea consimțământului informat al pacientului pentru tratament nu înlătură responsabilitatea medicului pentru eventualele greșeli profesionale.

### **SECȚIUNEA B** **Secretul profesional**

**Art. 14.** - **Secretul profesional este obligatoriu, cu excepția situațiilor prevăzute de lege.**

**Art. 15.** - Fac obiectul secretului profesional tot ceea ce medicul, în timpul exercitării profesiei sale, a aflat direct sau indirect în legătură cu viața intimă a bolnavului, a familiei, a aparținătorilor, precum și probleme de diagnostic, prognostic, tratament, diverse circumstanțe în legătură cu boala. Secretul profesional persistă și după terminarea tratamentului sau decesul pacientului.

**Art. 16.** - **Secretul profesional trebuie păstrat și față de aparținători, dacă pacientul nu dorește altfel.**

**Art. 17.** - **Secretul profesional trebuie păstrat față de colegi, cadre sanitare și instituțiile medicale care nu sunt implicate în actul medical al pacientului în cauză.**

**Art. 18.** - În comunicările științifice cazurile vor fi în așa fel prezentate încât identitatea bolnavului să nu poată fi recunoscută.

**Art. 19.** - În cazul în care nu este contrar intereselor pacientului, medicul curant va permite accesul mass-media la pacient numai cu acceptul acestuia. Medicii șefi ai unităților medicale sunt obligați să ia toate măsurile în așa fel încât accesul mass-media la pacient să se facă numai cu acceptul medicului curant și al pacientului. Acordarea de informații cu privire la un anumit caz se poate face numai cu acordul pacientului, al medicului curant și al șefului unității medicale.

**Art. 20.** - Evidențele medicale trebuie păstrate ca materiale secrete profesionale.

### **SECȚIUNEA C** **Reguli generale de comportament în activitatea medicală**

**Art. 21.** - **Medicul nu poate trata un pacient fără a-l examina medical în prealabil, personal.** Numai în cazuri excepționale, de urgență sau în cazuri de forță majoră (îmbolnăviri pe nave maritime aflate în mers, pe avioane în zbor, locuri inaccesibile sasu în timp util) se vor da indicații de tratament prin mijloace de telecomunicații.

**Art. 22.** - Medicul poate executa o activitate medicală doar dacă are pregătire și practică suficientă pentru aceasta. Această prevedere nu se aplică în cazuri de urgență vitală, care nu poate fi rezolvată altfel.

**Art. 23.** - Medicul poate utiliza numai aparate de diagnostic sau tratament autorizate și pentru mănuierea cărora are pregătire ori suficientă practică.

**Art. 24.** - Dacă în urma examinării sau în cursul tratamentului medicul consideră că nu are suficiente cunoștințe ori experiență pentru a asigura o asistență corespunzătoare, va solicita un consult, prin orice mijloace, cu alți specialiști sau va îndruma bolnavul către aceștia.

**Art. 25.** - În caz de pericol de moarte iminent, medicul va rămâne lângă pacient atât timp cât este nevoie de ajutorul lui profesional.

**Art. 26.** - Pacientul nevindecabil va fi tratat cu aceeași grijă și aceeași atenție ca și cel care are șanse de vindecare.

**Art. 27.** - Medicul va informa pacientul asupra bolii acestuia, tratamentului necesar și a șanselor de însănătoșire. Medicul va evita să trezească prin comportamentul lui imaginea unei boli mai grave decât este ea în realitate.

**Art. 28.** - Medicul va păstra o atitudine de strictă neutralitate și neamestec în problemele familiale ale bolnavului, exprimându-și părerea numai dacă este solicitat și numai dacă intervenția este motivată de interesul sănătății bolnavului.

**Art. 29.** - Medicul nu trebuie să se implice în problemele legate de interesele materiale din familia bolnavului său.

## **SECȚIUNEA D**

### ***Obligativitatea acordării asistenței medicale***

**Art. 30.** - Medicul care se găsește în prezența unui bolnav sau rănit în pericol are obligația să îi acorde asistență la nivelul posibilităților momentului și locului ori să se asigure că cel în cauză primește îngrijirile necesare.

**Art. 31.** - În caz de calamități naturale sau accidenteări în masă, medicul este obligat să răspundă la chemare, chiar să își ofere de bunăvoie serviciile medicale imediat ce a luat cunoștință despre eveniment.

**Art. 32.** - Medicul poate refuza acordarea de îngrijiri de sănătate din motive personale sau profesionale temeinice, îndrumând pacientul spre alte surse de îngrijire medicală, cu excepția situațiilor de urgență. Medicul este obligat să pună la dispoziție confratelui care preia pacientul toate informațiile medicale referitoare la caz.

## **SECȚIUNEA E**

### ***Întreținerea și folosirea cunoștințelor profesionale. Educația medicală continuă***

**Art. 33.** - Medicii au datoria de a-și perfecționa continuu cunoștințele profesionale.

**Art. 34.** - În folosirea unor metode terapeutice noi trebuie să primeze interesul pacientului, iar acestea nu pot fi utilizate decât după evaluarea raportului risc-beneficiu.

## **SECȚIUNEA F**

### ***Integritatea și imaginea medicului***

**Art. 35.** - Medicul trebuie să fie model de comportament etico-profesional, contribuind la creșterea nivelului său profesional și moral, a autorității și prestigiului profesiei medicale pentru a merita stima și încrederea pacienților și a colaboratorilor.

**Art. 36.** - Medicul nu trebuie să se folosească de un mandat electiv, o funcție administrativă sau de alte autorități pentru a-și crește clientela.

**Art. 37. - Medicul poate folosi numai titlul la care are dreptul, conform pregătirii sale profesionale.**

**Art. 38. -** Informările privind serviciile medicale sunt acceptate, cu condiția să fie corecte, și se pot referi la:

a) sediul profesional, orele de funcționare, conducerea instituției medicale;

b) specialitatea și titlul medicului;

c) metodele de diagnostic și tratament folosite. Aceste informații trebuie să se refere numai la metode de diagnostic și tratament fundamentate științific și acceptate în lumea medicală. Nu trebuie să conțină informații eronate sau care ar putea induce pacienții în eroare;

d) tarifele percepute.

Aceste informații nu trebuie să inducă pacienților impresia că neapelarea la serviciile medicului respectiv le poate pune în pericol starea de sănătate fizică sau psihică.

**Art. 39. - Medicul nu poate face reclamă unor medicamente sau bunuri medicale de consum.** Menționarea denumirii unor medicamente sau bunuri medicale în cuprinsul unor articole, cărți, făcută în scop științific, nu se consideră reclamă.

**Art. 40. -** Medicul nu trebuie să facă propagandă în mediile nemedicale sau chiar medicale unor procedee de diagnostic ori tratament insuficient probate, fără să sublinieze și rezervele ce se impun.

**Art. 41. - Este contrară eticii înțelegerea dintre doi medici, între medic și farmacist sau între medic și un cadru auxiliar pentru obținerea de avantaje materiale.**

**Art. 42. -** Este interzisă medicului practician implicarea în distribuirea unor remedii, aparate sau produse medicamentoase autorizate ori neautorizate.

**Art. 43. -** Este interzisă practicarea de către medic a unor activități care dezonorează profesia medicală. Orice medic trebuie să se abțină, chiar în afara vieții profesionale, de la acte de natură să ducă la desconsiderarea acesteia.

**Art. 44. - Medicul nu poate fi obligat să își exercite profesia în condiții ce ar putea compromite calitatea îngrijirilor medicale și a actelor sale profesionale, cu excepția urgențelor medico-chirurgicale vitale.**

**Art. 45. -** Medicul nu poate propune sau aplica pacientului ca benefice ori lipsite de riscuri remedii sau procedee iluzorii ori insuficient probate. Orice practică neștiințifică este interzisă.

**Art. 46. - Este interzisă acordarea de facilități, colaborarea sau sprijinirea oricărei persoane care practică ilegal medicina.** Medicul are obligația de a sesiza existența unor astfel de situații colegiului teritorial al medicilor.

## **SECȚIUNEA G**

### ***Onorarii și atragerea bolnavilor***

**Art. 47. -** Este interzisă emiterea oricărui document medical care ar aduce pacientului un avantaj material nejustificat sau ilicit.

**Art. 48. - Este interzisă medicului practicarea concurenței neloiale, inclusiv prin practicarea unor tarife minimale, vădit disproportionale față de costul real al serviciului medical, în scopul atragerii clientelei.** Este admis serviciul gratuit în scopuri filantropice, cu informarea colegiului teritorial al medicilor cel mai târziu la 3 zile după acordarea asistenței medicale.

### **CAPITOLUL III** **Îndatoriri față de bolnavi**

#### **SECȚIUNEA A** **Respectarea drepturilor persoanei**

**Art. 49.** - Medicul trebuie să respecte dreptul persoanei în privința opțiunii libere asupra medicului său curant și chiar să faciliteze această posibilitate.

**Art. 50.** - Un medic care este solicitat sau are obligația să examineze o persoană privată de libertate ori să dea îngrijiri în mediu carceral nu poate nici direct, nici indirect, fie și numai prin simpla prezență, să cauzioneze sau să favorizeze atingerea integrității fizice ori psihice a vreunui deținut, inclusiv a demnității acestuia. Dacă medicul constată că persoana privată de libertate a suportat maltratări, are obligația să informeze autoritatea judiciară.

#### **SECȚIUNEA B** **Relația cu pacientul**

**Art. 51.** - Exercițarea profesiei medicale nu trebuie făcută impersonal, ci încercând stabilirea unei relații umane cu pacientul, pentru ca, la nevoie, compasiunea din partea medicului să nu pară un act formal.

**Art. 52.** - Este interzis ca medicul curant să întrețină relații sexuale cu pacienții săi sau să-i supună pe aceștia unor acte degradante pentru ființa umană.

**Art. 53.** - Medicul trebuie să dea dovadă de diligență maximă în stabilirea diagnosticului, tratamentului adecvat și în evitarea complicațiilor previzibile la pacientul aflat în îngrijirea sa.

**Art. 54.** - Prescripțiile medicale trebuie formulate cât mai clar, medicul asigurându-se că a fost înțeles complet de către bolnav și anturajul acestuia, mergând până la încercarea de a supraveghea executarea tratamentului.

**Art. 55.** - Din momentul în care a răspuns unei solicitări, medicul este automat angajat moral să asigure bolnavului în cauză îngrijiri conștiincioase și devotate, inclusiv prin trimiterea pacientului la o unitate medicală sau la un specialist cu competențe superioare.

**Art. 56.** - Medicul curant are obligația de a face toate demersurile medicale pentru a facilita pacientului său obținerea drepturilor sale ce decurg din starea de boală.

**Art. 57.** - În caz de război, cataclisme, epidemii și atentate, medicul nu are dreptul să își abandoneze bolnavii, cu excepția unui ordin formal al unei autorități competente în conformitate cu legea.

#### **SECȚIUNEA C** **Consimțământul**

**Art. 58.** - Pentru orice intervenție medicală diagnostică sau terapeutică este necesar consimțământul informat al pacientului.

**Art. 59.** - Consimțământul pacientului va fi exprimat în condițiile legii.

**Art. 60.** - Consimțământul va fi dat după informarea pacientului asupra diagnosticului, prognosticului, alternativelor terapeutice, cu riscurile și beneficiile acestora.

**Art. 61.** - În situația pacienților minori, incompetenți sau care nu își pot exprima voința, consimțământul va aparține reprezentanților legali. Dacă medicul curant apreciază că decizia reprezentantului legal nu este în interesul pacientului, se constituie o comisie de arbitraj de specialitate pentru a evalua cazul și a lua decizia.

**Art. 62.** - În situații de urgență, când este pusă în pericol viața pacientului, iar acesta nu își poate exprima voința și rudele sau reprezentanții legali nu pot fi contactați, consimțământul este implicit, iar medicul va face tot ceea ce este posibil pentru salvarea pacientului, urmând ca informarea acestuia să se facă ulterior.

**Art. 63.** - Prognosticul grav va fi împărtășit pacientului cu prudență și tact, ținându-se cont de starea psihică a acestuia. Prognosticul va fi dezvăluit și familiei doar dacă pacientul consimte la aceasta. În cazul în care se consideră că dezvăluirea prognosticului infaust va dăuna pacientului sau atunci când acesta nu dorește să afle, prognosticul poate fi dezvăluit familiei.

## **SECȚIUNEA D**

### ***Probleme ale îngrijirii minorilor***

**Art. 64.** - Medicul trebuie să fie apărătorul intereselor medicale ale copilului bolnav atunci când apreciază că starea de sănătate a copilului nu este bine înțeleasă sau nu este suficient de bine protejată de enturaj.

**Art. 65.** - Dacă medicul apreciază că un minor este victima unei agresiuni sau privațiuni, are obligația de a-l proteja uzând de prudență și anunțând autoritatea competentă.

## **SECȚIUNEA E**

### ***Eliberarea de documente***

**Art. 66.** - Este interzisă eliberarea pentru bolnav a unor certificate de competență sau a unor rapoarte tendențioase. Orice act medical va oglindi realitatea obiectivă.

**Art. 67.** - Medicul poate emite certificate, atestate și documente permise de lege, pe baza propriilor sale constatări și a examenelor necesare în acest scop. Este interzis ca informațiile medicale să fie prezentate deformat sau ascunse. Documentele medicale vor respecta forma prevăzută de lege. Documentele medicale nu trebuie să conțină mai multe date decât este necesar scopului pentru care acestea sunt întocmite și eliberate.

**Art. 68.** - Persoana la care se referă documentul medical emis are dreptul de a fi informată cu privire la conținutul acestuia.

## **CAPITOLUL IV**

### ***Îndatoriri față de public***

**Art. 69.** - Medicul chemat într-o familie ori colectivitate trebuie să se îngrijească de respectarea regulilor de igienă și de profilaxie. El va semnala bolnavului și enturajului responsabilitatea ce revine acestora față de ei înșiși, dar și față de comunitate și colectivitate.

**Art. 70.** - Medicul are obligația morală de a aduce la cunoștință organelor competente orice situație de care află și care reprezintă un pericol pentru sănătatea publică.

## **CAPITOLUL V**

***Relațiile medicului cu colegii și colaboratorii, consultul medical, reguli de comportare cu alți profesioniști din sfera sanitară, obligații față de Colegiul Medicilor din România***

### **SECȚIUNEA A**

***Relațiile medicului cu colegii și colaboratorii. Confraternitatea***

**Art. 71.** - Medicul va trebui să își trateze confrății așa cum ar dori el însuși să fie tratat de ei. În baza spiritului de corp, medicii își datorează asistența morală.

**Art. 72.** - Schimbul de informații între medici privind pacienții trebuie să se facă obiectiv și în timp util, în așa fel încât asistența medicală a pacienților să fie optimă.

**Art. 73.** - Dacă un medic are neînțelegeri cu un confrate, trebuie să prevaleze concilierea potrivit Statutului Colegiului Medicilor din România.

**Art. 74.** - **Este interzisă răspândirea de comentarii ce ar putea să prejudicieze reputația profesională a unui confrate. Medicii trebuie să ia apărarea unui confrate atacat pe nedrept.**

**Art. 75.** - Constituie încălcare a regulilor etice blamarea și defăimarea colegilor (critica pregătirii sau activității lor medicale) în fața bolnavilor, aparținătorilor, a personalului sanitar etc., precum și orice expresie sau act capabil să zdruncine încrederea în medicul curant și autoritatea acestuia.

**Art. 76.** - Atunci când un medic ia cunoștință despre greșeli etice sau profesionale care aduc atingere imaginii profesiei, comise de către un coleg, trebuie să ia atitudine cu tact, încercând să discute problema cu confratele în cauză. Dacă aceasta nu dă rezultate, medicul are obligația să discute cazul în cadrul Colegiului Medicilor din România, înainte de a se adresa autorităților competente.

### **SECȚIUNEA B**

***Consultul medical***

**Art. 77.** - Ori de câte ori medicul consideră necesar să ceară părerea unui coleg pentru elucidarea diagnosticului, formularea planului terapeutic sau a indicației unei intervenții, acesta va propune, de acord cu bolnavul sau aparținătorii lui și ținând cont de preferințele acestuia, un consult cu alți confrăți.

**Art. 78.** - Consultul este organizat de medicul curant și este recomandabil ca medicii chemați pentru consult să examineze bolnavul în prezența medicului curant. Apoi medicii se retrag pentru a discuta cazul. După ce au căzut de acord, medicul curant comunică bolnavului sau aparținătorului rezultatul consultului. Dacă există divergențe de păreri, se va proceda, după caz, la completarea examinărilor, internarea în spital, lărgirea consultului prin invitarea altor specialiști etc.

**Art. 79.** - În consultul medical se va păstra o atmosferă de stimă și respect reciproc, nu se va manifesta superioritate față de medicul curant. Discuția cazului și observațiile critice nu se vor face în fața bolnavului sau a altor persoane străine, chiar dacă este vorba de medici subordonați.

**Art. 80.** - **Un medic care a fost chemat pentru un consult nu trebuie să revadă ulterior pacientul din proprie inițiativă și fără aprobarea medicului curant.**

**Art. 81.** - În cazul colaborării mai multor medici pentru examinarea sau tratamentul aceluiași pacient, fiecare practician își asumă responsabilitatea personal. Este interzis transferul de sarcini și responsabilități privind indicațiile de investigații, prescrierea de

medicamente sau concedii medicale către alți medici care nu au participat la consultul medical.

**Art. 82.** - Dacă în urma unui consult avizul celor chemați diferă fundamental de cel al medicului curant, pacientul trebuie informat. Medicul curant este liber să se retragă dacă părerea medicilor chemați la consult prevalează în opinia pacientului sau a anturajului acestuia.

**Art. 83.** - Pacientul aflat în tratamentul unui coleg poate fi asistat de orice confrate pentru probleme incidente urgente, cu informarea prealabilă sau ulterioară a medicului.

**Art. 84.** - Dacă propunerea pentru un consult medical vine din partea pacientului sau a anturajului acestuia, medicul are obligația organizării modalității de consult. În cazul în care medicul curant nu este de acord, se poate retrage fără explicații. În urma consultului se va redacta un document semnat de participanți. Dacă documentul nu este redactat, se consideră că participanții la consult susțin punctul de vedere al medicului curant.

### **SECȚIUNEA C**

#### ***Raporturi cu alți profesioniști sanitari***

**Art. 85.** - Medicii vor avea raporturi bune, în interesul pacienților, cu ceilalți profesioniști din domeniul medical.

### **SECȚIUNEA D**

#### ***Obligații față de Colegiul Medicilor din România***

**Art. 86.** - Medicii membri ai Colegiului Medicilor din România trebuie să susțină organizația din toate punctele de vedere.

**Art. 87.** - Medicul aflat în anchetă profesională este obligat să colaboreze cu persoanele desemnate de colegiu și să furnizeze toate datele solicitate în vederea încheierii investigației în cel mult 14 zile de la solicitare.

### **CAPITOLUL VI**

#### ***Situații speciale***

### **SECȚIUNEA A**

#### ***Reguli privind cercetarea medicală pe subiecți umani***

**Art. 88.** - Cercetarea medicală pe subiecți umani se face cu respectarea prevederilor convențiilor și declarațiilor internaționale la care România este parte semnatară.

**Art. 89.** - Medicul implicat în cercetarea biomedicală are datoria de a promova și proteja viața, sănătatea, intimitatea și demnitatea subiecților umani care participă la cercetare.

**Art. 90.** - În desfășurarea cercetării medicale pe subiecți umani trebuie acordată o protecție deosebită populațiilor vulnerabile, cum ar fi:

- a)** persoane dezavantajate din punct de vedere economic și medical;
- b)** persoane care nu își pot da consimțământul pentru participarea într-o cercetare medicală (minori, persoane incompetente, persoane care datorită stării lor nu își pot exprima voința);
- c)** persoane care sunt susceptibile a-și da consimțământul sub presiune (de exemplu, persoane în detenție, militari);



d) persoane care nu beneficiază personal din cercetare;

e) persoane pentru care cercetarea medicală este combinată cu îngrijirea medicală.

**Art. 91. - În cercetarea pe subiecți umani, binele individului primează asupra binelui societății în general și al științei.**

**Art. 92. -** Cercetarea medicală în scopul progresului medical trebuie să se facă doar în ultimă instanță pe subiecți umani. Aceasta trebuie să se efectueze în conformitate cu datele științifice existente, cu alte surse relevante de informare și cu datele obținute din experimentarea pe animale, atunci când aceasta este posibilă.

**Art. 93. -** Principalul scop al cercetării medicale pe subiecți umani este de a îmbunătăți metodele profilactice, diagnostice și de tratament, înțelegerea etiologiei și a patogenezei unei afecțiuni.

**Art. 94. -** Nu se poate întreprinde nici o cercetare pe o persoană, decât dacă sunt întrunite cumulativ următoarele condiții:

a) nu există nici o metodă alternativă la cercetarea pe ființe umane, de eficacitate comparabilă;

b) riscurile la care se poate expune persoana nu sunt disproporționate în comparație cu beneficiile potențiale ale cercetării;

c) proiectul de cercetare a fost aprobat de instanța competentă după ce a făcut obiectul unei examinări independente asupra pertinentei sale științifice, inclusiv al unei evaluări a importanței obiectivului cercetării, precum și al unei examinări pluridisciplinare a acceptabilității sale pe plan etic;

d) persoana pe care se fac cercetări este informată asupra drepturilor sale și asupra garanțiilor pentru protecția sa;

e) există consimțământul participanților.

**Art. 95. -** Protocolul cercetării trebuie să fie evaluat de o comisie de etică, formată din persoane independente față de cercetători sau sponsori. Comisia de etică ce efectuează evaluarea proiectului trebuie să fie informată cu privire la desfășurarea cercetării și are dreptul de a monitoriza cercetările în derulare.

**Art. 96. -** Cercetarea medicală pe subiecți umani trebuie să fie efectuată numai de către persoane calificate în acest sens. Această persoană are responsabilitatea privind subiecții implicați în cercetare, chiar dacă aceștia și-au exprimat consimțământul informat pentru participare.

**Art. 97. -** Experimentul clinic (cercetarea fără scop terapeutic) este admisibil din punct de vedere etic dacă nu comportă nici un risc serios previzibil. Cercetătorii care conduc experimentul clinic sunt obligați să îl întrerupă dacă apare pericolul vătămării sănătății subiectului sau când acesta cere sistarea experimentului. Cercetarea medicală pe subiecți umani se poate derula doar dacă potențialele beneficii sunt superioare riscurilor.

**Art. 98. - Impunerea cu forța sau prin inducerea în eroare a experimentului pe om constituie o gravă încălcare a principiilor eticii medicale.** Participarea subiecților umani în cercetare se poate face numai voluntar și numai după ce aceștia au fost informați adecvat cu privire la: scopurile, metodele cercetării, riscurile și beneficiile anticipate. De asemenea, subiecții trebuie informați că se pot retrage oricând din cercetare, fără ca acest lucru să îi prejudicieze în vreun fel. Consimțământul informat al participanților trebuie luat cu respectarea prevederilor legale.

**Art. 99. - Refuzul unui pacient de a participa într-o cercetare nu trebuie să influențeze calitatea relației medic-pacient.**

**Art. 100. -** În cazul minorilor, consimțământul va fi obținut de la aparținători sau de la reprezentantul legal, fiind necesar și acceptul minorului de a participa în cercetare. Este

necesar un maximum de prudență în a utiliza minorii în experimentele medicale și numai dacă riscurile sunt minime.

**Art. 101.** - În cazul persoanelor incompetente sau incapabile de a-și exprima voința, consimțământul va fi obținut de la aparținători sau de la reprezentanții legali.

**Art. 102.** - Includerea în cercetarea medicală a subiecților incompetenți sau care nu își pot exprima voința se va face numai atunci când cercetarea nu poate fi efectuată folosindu-se persoane competente (condiția fizică sau psihică ce împiedică obținerea consimțământului informat este o caracteristică necesară a populației incluse în studiu) și numai dacă riscurile sunt minore.

**Art. 103.** - **Medicul trebuie să ia toate măsurile necesare pentru protejarea intimității subiecților participanți în cercetare, pentru păstrarea confidențialității informațiilor despre subiecți, și trebuie să minimalizeze pe cât posibil impactul cercetării asupra integrității fizice, mentale și a personalității acestora.**

**Art. 104.** - Cercetările făcute în scop terapeutic constituie aplicarea pentru prima dată la om a unor procedee medicale sau chirurgicale și se vor face exclusiv în scop curativ. În asemenea cercetări trebuie să existe o proporționalitate justă, în favoarea bolnavului, între riscurile procedurii nou și gravitatea cazului; pericolele posibile ale procedurii nou să nu întrecă în gravitate evoluția probabilă a bolii de bază sau a tratamentelor cunoscute și aplicate până în prezent.

**Art. 105.** - Folosirea unui placebo în cercetări medicale combinate cu îngrijirea pacienților este admisă numai atunci când nu există metode profilactice, diagnostice sau terapeutice demonstrate pentru subiecții participanți ori atunci când pacienții care primesc placebo nu sunt expuși unor riscuri suplimentare.

**Art. 106.** - Participanții într-o cercetare medicală trebuie să aibă acces la beneficiile rezultate din aceasta, după încheierea cercetării.

**Art. 107.** - Publicarea rezultatelor unei cercetări medicale pe subiecți umani se va face cu respectarea acurateței datelor și numai în condițiile în care sunt respectate normele etice naționale și internaționale care guvernează cercetarea medicală pe subiecți umani.

**Art. 108.** - Se interzice provocarea de îmbolnăviri artificiale unor oameni sănătoși, din rațiuni experimentale.

**Art. 109.** - În toate cazurile de cercetări clinice, pentru verificarea pe om a eficacității unor metode de diagnostic sau de tratament se va respecta riguros condiția consimțământului voluntar al subiectului.

**Art. 110.** - Experimentarea umană trebuie să respecte un număr de reguli:

a) să fie precedată de o serioasă experimentare pe animal;

b) subiectul să accepte voluntar, să fie major, în stare de libertate și perfect informat despre riscuri;

c) în cazul unor maladii incurabile, la subiecți în stadiul terminal, remediul nu trebuie să provoace suferințe suplimentare și să existe șanse rezonabile de a fi util;

d) nu pot fi experimentate remedii care ar altera psihicul sau conștiința morală.

**Art. 111.** - Se interzice orice activitate terapeutică sau experimentală pe om din simple rațiuni de orgoliu profesional ori științific, de al cărei rezultat nu poate beneficia majoritatea indivizilor sau care lezează principiile culturale ori morale ale comunității.

**Art. 112.** - Experimentele privind clonarea ființei umane sunt interzise.

## **SECȚIUNEA B**

### ***Exercițiul medicinei de expertiză judiciară***

**Art. 113.** - Subiectul va fi informat în prealabil despre sensul examinării, de către expertul care nu a avut niciodată nici o relație de un gen oarecare cu cel expertizat, ceea ce i-ar putea influența raționamentele. În acest din urmă caz expertul are obligația de a se recuza, informând forurile competente cu privire la motivele recuzării.

**Art. 114.** - Expertizatul îl poate recuza pe expert, acesta trebuind să se supună dorinței expertizatului.

**Art. 115.** - Raportul final nu va conține decât elemente de răspuns la chestiunile puse în decizia de numire a expertului. În rest, expertul este supus secretului profesional.

## **SECȚIUNEA C Exercițiul medicinei private**

**Art. 116.** - Este interzis unui medic să își încredințeze propriul cabinet unui coleg pentru a fi administrat. Excepție face situația în care medicul titular este plecat din localitate din motive bine întemeiate (concedii de odihnă, de boală, postnatale, stagii de pregătire în alte localități sau în străinătate), când se va utiliza licența de înlocuire acordată de Colegiul Medicilor din România.

**Art. 117.** - În cabinetele de grup, exercițiul profesiei rămâne personal, pentru a se putea asigura, pe de o parte, independența profesională, iar pe de altă parte, răspunderea profesională individuală completă. Libertatea de opțiune pentru un anumit medic trebuie asigurată și respectată.

**Art. 118.** - Orice fel de asociere între medici trebuie să facă obiectul unui contract scris ce trebuie să respecte independența profesională a fiecăruia. Actul trebuie obligatoriu comunicat consiliului colegiului teritorial, pentru ca acesta să își dea avizul din toate punctele de vedere.

**Art. 119.** - Angajamentul profesional al medicului nu poate depăși competența profesională, capacitatea tehnică și de dotare a cabinetului ori baza materială afectată, inclusiv prin convenții sau colaborări ferme cu alte unități sanitare.

## **SECȚIUNEA D**

### ***Atentarea la viața și integritatea fizică a bolnavului. Eutanasia***

**Art. 120.** - Medicul trebuie să încerce reducerea suferinței bolnavului incurabil, asigurând demnitatea muribundului.

**Art. 121.** - Se interzice cu desăvârșire eutanasia, adică utilizarea unor substanțe sau mijloace în scopul de a provoca decesul unui bolnav, indiferent de gravitatea și prognosticul bolii, chiar dacă a fost cerut insistent de un bolnav perfect conștient.

**Art. 122.** - Medicul nu va asista sau îndemna la sinucideri ori autovătămări prin sfaturi, recomandări, împrumutarea de instrumente, oferirea de mijloace. Medicul va refuza orice explicație sau ajutor în acest sens.

**Art. 123.** - Nici o mutilare nu poate fi practică fără o justificare medicală evidentă, serios documentată și fără consimțământul informat al pacientului, cu excepția situațiilor de urgență cu risc vital.

**Art. 124.** - Prin actele sale profesionale, de investigare sau terapeutice, medicul nu trebuie să supună pacientul nici unui risc nejustificat, chiar dacă există cererea expresă a acestuia din urmă.

**Art. 125.** - Întreruperea de sarcină poate fi practică în cazurile și în condițiile prevăzute de lege. Orice medic este liber să refuze fără explicații cererea de întrerupere voluntară a sarcinii.

## ***CAPITOLUL VII***

### ***Dispoziții diverse***

**Art. 126.** - În domenii specifice ale unor specialități medicale, la propunerea comisiilor de specialitate, Consiliul național al Colegiului Medicilor din România poate adopta norme de detaliere ce vor fi publicate ca anexe și care fac parte integrantă din prezentul cod.

**Art. 127.** - **În situația unei acțiuni disciplinare împotriva sa, medicul trebuie să fie sincer în toate declarațiile pe care le face. Invocarea secretului profesional nu trebuie să împiedice instruirea disciplinară în curs. Declarațiile inexacte făcute deliberat vor fi considerate drept abateri grave.**

**Art. 128.** - Orice medic care încetează exercițiul profesiei are obligația de aduce acest fapt la cunoștința Colegiului Medicilor din România.

**Art. 129.** - Prezentul cod a fost aprobat de Adunarea generală națională în ședința din data de 25 martie 2005 și intră în vigoare la data publicării în Monitorul Oficial al României, Partea I.

## EXEMPLE ÎNTREBĂRI CU RĂSPUNS ÎNCHIS ȘI DESCHIS

### I. Întrebări cu răspuns închis - sunt cu răspunsuri la alegere:

#### *De tip da sau nu*

Aveți afișate prețurile în sala de așteptare: DA/NU

Aveți toalete pt pacienți separate decât cele pt medici?DA/NU

#### *Date de identificare – un singur răspuns poate fi corect*

1. Sexul copilului: masculin/feminin

2. Mediul de proveniență

a. Urban

b. Rural

3. Venitul familiei:

a. Sub 1000 lei

b. 1000-1700 lei

c. 1700-2500 lei

d. 2500-5000 lei

e. Peste 5000 lei

4. Ultimașcoală absolvită a părinților:

a. Școala generală

b. Școala profesională

c. Liceul

d. Postliceală sau Colegiu

e. Facultate

f. Master

g. Doctorat

***Întrebări cu răspunsuri multiple - unul sau mai multe răspunsuri pot fi corecte***

1. Copilul d-voastră are obiceiul de a:
  - a. Roade obiecte
  - b. Roade unghiile
  - c. Suge degetul
  - d. Scrâșni dinții
  - e. Introduce în gură tot felul de obiecte
2. Folosiți internetul în mod uzual de pe:
  - a. Tableta
  - b. Telefonul mobil
  - c. Laptop
  - d. Desktop
  - e. Nu folosesc internetul

**II. Întrebări cu răspuns deschis:**

1. Familia d-voastră are .....membrii
2. Timpul petrecut de pacientul cu programare în sala de așteptare?  
..... minute
3. Câtă pastă de dinți folosește copilul dumneavoastră?  
.....tub pe an
4. Mai doriți să faceți alte mențiuni despre alimentația copilului d-voastră?  
.....

## CHESTIONARE PENTRU ACCESIBILITATE LA SERVICIILE MEDICALE DENTARE

### Exemplu 1 CHESTIONAR

ID chestionar	
Data interviului	
Semnatura	

#### A. Socio-Demografie

<b>A.1.</b>	<b>Data nașterii</b>	.... / .... / 19....	Vă rog completați Zi/luna/an
<b>A.2</b>	<b>Genul</b>	<input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Feminin	Vă rog bifați în cerc varianta care vi se potrivește
<b>A.3.</b>	<b>Locuiți în mediul</b>	<input type="radio"/> Urban <input type="radio"/> Rural	
<b>A.4.</b>	<b>Adresa actuală</b>		Vă rog să scrieți localitatea, strada și numărul
<b>A.5.</b>	<b>Angajat</b>	<input type="radio"/> Da <input type="radio"/> Nu	
<b>A.6.</b>	<b>Ultima școală absolvită</b>	<input type="radio"/> Școala primară <input type="radio"/> Școală generală <input type="radio"/> Liceu <input type="radio"/> Profesională <input type="radio"/> Colegiu/postliceală <input type="radio"/> Facultate	Dacă sunteți în ultimii 2 ani la facultate bifați vă rog facultate
<b>A.7.</b>	<b>Câți membri are familia d-voastră?</b>	----	
<b>A.8.</b>	<b>Veniturile familiale se încadrează în?</b>	<input type="radio"/> < 1000 lei <input type="radio"/> 1000 - 2000 lei <input type="radio"/> 2000 - 5000 lei <input type="radio"/> > 5000 lei <input type="radio"/> Nu știți	

## B. Nutriție

B.1 .	<b>Câte mese/gustări sau băuturi dulci consumați pe zi?</b>						
	<input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3-5 <input type="radio"/> 5-7 <input type="radio"/> >7						
B.2 .	<b>Cât de des mâncați sau beți, chiar și în cantități mici următoarele:</b>						
		Des	Din când în când	Rar	Nici-odată	Nu știu	
	1. Fructe proaspete	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	2. Biscuiți, prăjituri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	3. Dulciuri (ciocolată, înghețată, bomboane, caramelle)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	4. Coca-Cola, sucuri, limonadă, băuturi dulci	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	5. Gemuri, ducețuri, miere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	6. Gumą cu conținut de zahăr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	7. Lactate (lapte, iaurturi, brânză, smântână)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	8. Suplimente de Ca ± Vitamina D	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
B.3 .	<b>Cât de des consumați:</b>						
		zilnic	De câteva ori pe săptămână	De câteva ori pe lună	Nici-odată		Nu știu
	1. Alimente fierbinți	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	2. Alimente sau băuturi reci de la frigider sau gheață	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
	3. Băuturi carbogazoase (în afară de apă)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
B.4 .	<b>Apa pe care o consumați pentru băut este:</b>						
	<input type="radio"/> Apă de fântână, foraj <input type="radio"/> Apa de la robinet <input type="radio"/> Apă minerală plată <input type="radio"/> Apă minerală carbogazoasă						



### C. Stil de viață

C. 1.	<b>Consumați cafea/ceai negru?</b>							
	<input type="radio"/> Da <input type="radio"/> Nu							
	Dacă „Da”, atunci cât de des? <input type="radio"/> 1 pe zi <input type="radio"/> 2-3 pe zi <input type="radio"/> > de 3 pe zi <input type="radio"/> 2-3 pe săptămână <input type="radio"/> Rar							
C. 2.	<b>Fumați?</b>							
	<input type="radio"/> Da <input type="radio"/> Nu							
C. 3.	Dacă „DA”, atunci cât de mult:							
	<input type="radio"/> < 5 țigări/zi <input type="radio"/> 5-10 țigări/zi <input type="radio"/> 10-20 țigări/zi <input type="radio"/> >20 țigări/zi <input type="radio"/> ocazional							
	<b>Cât de des consumați alcool? Vă rugăm să răspundeți bazându-vă pe experiența ultimului an.</b>							
		>1 pahar/zi	5-6 pahare/sa pt.	2-4 pahare./s apt	1 pahar/sa pt	1-3 pahare /l ună	< 1 pahar/lu nă	Nici - odată
	1. bere	O	O	O	O	O	O	O
2. vin, must	O	O	O	O	O	O	O	
3. spirto ase	O	O	O	O	O	O	O	

## D.Igiena oro-dentară

D.1	<b>Când vă spălați pe dinți?</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li>○ niciodată</li><li>○ când îmi spune cineva să mă spăl</li><li>○ dimineața și seara</li><li>○ după fiecare masă</li><li>○ înainte de culcare</li></ul>
D.2	<b>Folosiți vreodată scobitori?</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li>○ după fiecare masă</li><li>○ când simt că am resturi de mâncare între dinți</li><li>○ niciodată</li></ul>
D.3 •	<b>Folosiți ață dentară?</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li>○ ori de câte ori mă spăl pe dinți</li><li>○ seara, când mă spăl pe dinți înainte de culcare</li><li>○ din când în când</li><li>○ niciodată</li><li>○ nu știu de este și cum se folosește</li></ul>
D.4 •	<b>Folosiți apă de gură?</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li>○ ori de câte ori mă spăl pe dinți</li><li>○ seara, când mă spăl pe dinți înainte de culcare</li><li>○ din când în când</li><li>○ niciodată</li></ul>
D.5 •	<b>Câți dinți aveți extrași?</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Nici unul</li><li>○ &lt; 3 dinți</li><li>○ 3-5 dinți</li><li>○ 5-10 dinți</li><li>○ 10-20 dinți</li><li>○ Toți</li><li>○ Nu știu</li></ul>
D.6 •	<b>Purtați proteză dentară?</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Da</li><li>○ Nu</li></ul>
D.6 •	<b>Dacă „Da”, atunci ați achiziționat-o pe ultima?</b>
	<ul style="list-style-type: none"><li>○ În urmă cu 1-2 ani</li><li>○ În urmă cu 3-4 ani</li><li>○ În urmă cu 5-9 ani</li><li>○ Mai mult de 10 ani în urmă</li><li>○ Nu mai știu</li></ul>

Cât des în ultimele 12 luni ați întâmpinat următoarele?					
	De s	Din cân d în cân d	Ra r	Nici- odat ă	Nu ști u
1. Dificultăți întâmpinate la consumul de alimente din cauza unor probleme dentare sau la nivel oral	O	O	O	O	O
2. Dificultăți întâmpinate la mestecat\mușcat din cauza unor probleme dentare sau la nivelul gurii	O	O	O	O	O
3. Dureri la nivel gingival/dentar/pete pe gât	O	O	O	O	O
4. Senzație de tensiune la nivelul dinților, gingiei sau a protezei dentare	O	O	O	O	O
5. V-ați simțit jenat din cauza aspectului dinților, gurii d-voastră?	O	O	O	O	O
6. Evitați o conversație datorită aspectului d-voastră dentar, mirosului gurii d-voastră sau aspectului protezei?	O	O	O	O	O
7. Ați redus participarea dumneavoastră la activitățile sociale din cauza unor probleme cu gura sau dinți	O	O	O	O	O

**D.7**  
.

## E. Accesibilitatea la servicii medicale dentare

E.1.	<b>Cândați făcut ultimavizită laun medic dentistpentru problemedentare, protezesaugingivale?</b>	
	<input type="radio"/> Mai puțin de 1 an <input type="radio"/> Între 1 și 2 ani <input type="radio"/> Între 2 și 5 ani <input type="radio"/> Mai mult de 5 ani <input type="radio"/> Niciodată <input type="radio"/> Nu știu	
E.2.	<b>Cât de des ați vizitat un medic dentist în ultimele 12 luni?</b>	Vă rugăm speci- ficați numărul dacă la întreba- rea precedent ați bifat „mai puțin de 1 an”
	--	
E.3.	<b>Carea fostmotivulpentruultima vizitaladentist?</b>	
	<input type="radio"/> Consult,evaluare, detartraj sau periaj dentar <input type="radio"/> Tratament de rutină <input type="radio"/> Tratament de urgență <input type="radio"/> Spontan <input type="radio"/> Nu știu	
E.4.	<b>Carea fostprincipalul motivpentru care nu ați fost laun dentistînultimii doi ani?</b>	
	<input type="radio"/> Este prea scump <input type="radio"/> Nu ați dorit să cheltiți bani pe îngrijire dentară <input type="radio"/> Vă este frică sau nu vă place să mergeți la medical dentist <input type="radio"/> Nu aveți probleme dentare care să necesite acest lucru <input type="radio"/> Cabinetul dentar este foarte departe <input type="radio"/> Nu mai aveți dinți sau aveți proteză dentară <input type="radio"/> Aveți alte problem medicale care vă împiedică să mergeți <input type="radio"/> Nu știu	
E.5.	<b>Arfi posibilpentrud-voastrăsă apelați laudentistcândeste necesar,la o distanțademai puțin de 30 de minute de călătorie, fie de la locul dedomiciliusaulocul de muncă?</b>	
	<input type="radio"/> Da <input type="radio"/> Nu <input type="radio"/> Nu știu	
E.6.	<b>Dacăaveținevoie deîngrijiredentară, aveți ușoracceslaun cabinetdentarsauclinikă dentară?</b>	
	<input type="radio"/> Da <input type="radio"/> Nu <input type="radio"/> Nu știu	

<b>E.7.</b>	<b>În general, în cazul în care aveți nevoie de îngrijire dentară unde mergeți ?</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ La un cabinet dentar sau clinic privată</li> <li>○ La un cabinet dentar în contract cu CJAS</li> <li>○ La o clinic sau școală universitară</li> <li>○ La cabinetul cel mai apropiat</li> <li>○ Altele</li> <li>○ Nu știu</li> </ul>	

## **Exemplu 2**

### **CHESTIONAR**

Localitatea unde profesati: ....., Vârsta.....

La întrebările de mai jos vă rog să încercuiți varianta corectă DA sau NU, iar acolo unde e cazul vă rog să da-ți detalii.

1. Aveți sală de așteptare: DA/NU

Dacă da, câte locuri.....

2. Aveți afișate prețurile în sala de așteptare: DA/NU

3. Aveți toalete pt pacienți separate decât cele pt medici? DA/NU

4. Aveți locuri de parcare în fața cabinetului pentru cel puțin 25 % din locurile din sala de asteptare? Da/NU

5. Ce program aveți?

.....

6. De când sună pacientul pt programare cât timp trece până ajunge în cabinetul dv?

.....zile sau..... ore

7. Timpul petrecut de pacientul cu programare în sala de așteptare?

..... minute

8. Sunteți disponibil să stați peste program la servicii? DA/NU

9. Acceptați urgențe la orice oră, chiar și noaptea? DA/NU

10. Acceptați urgențe în weekend? DA/NU

11. Acceptați urgențe chiar dacă timpul dumneavoastră este plin din cauza programărilor?

DA/Nu

12. Aveți contract cu CJAS Timis? DA/NU

13. În ultima perioadă în contextul crizei economice a scăzut numărul pacienților? DA/NU

Dacă da, cam cu cât? .....%

14. Aveți rampă pt persoanele cu handicap? DA/NU

15. Aveți bară la toalete pt persoanele cu handicap? DA/NU

16. Sunteți dispus să tratați un pacient cu HIV, Hepatita B sau C? DA/NU

## CHESTIONAR PENTRU EVALUAREA CUNOȘTIȚELOR ȘI OBICEIURILOR SANOGENE ÎNAINTEA ȘI DUPĂ ACȚIUNEA DE PROMOVARE A SĂNĂTĂȚII

### *Chestionar* pentru evaluarea sănătății dentare la copii sub 5 ani

Un copil de sănătate dentară este efectuată de multe lucruri diferite. Cele trei cele mai importante pentru dinții în curs de dezvoltare sunt igiena dentară la domiciliu (periajul, folosirea aței dentare și utilizarea de fluoruri), orice obiceiuri legate de gură sau dinți, și dieta copilului dumneavoastră. Pentru a ne ajuta să evaluăm cât mai bine sănătatea dentară a copilului dumneavoastră, vă rugăm să răspundeți la următoarele întrebări:

**Data nașterii:** a copilului: \_\_\_\_/ \_\_\_\_/20\_\_\_\_

**Localitatea de domiciliu:**.....

**Mediul**urban/rural

Sexul masculin sau feminin

### ÎNGRIJIREA DENTARĂ LA DOMICILIU

#### 1. Copilul dumneavoastră se spală singur pe dinți?

DA / NU

Cât dedes își face periajul dentar?

.....oripezi,.....ori pe săptămână

#### 2. Dumneavoastră îl spălați pe dinți ce copilul d-voastră?

DA / NU

Cât dedes?

.....oripezi, .....oripe săptămână

#### 3. Câtă pastă de dinți folosește copilul dumneavoastră?

.....tub pe an

#### 4. Înghite pasta de dinți?

DA / NU

#### 5. Îi curățați dinții cu ață dentară?

DA / NU

Cât dedes?

..... ori,.....pezioripe săptămână

#### 6. Copilul d-voastră a luat pastille de fluor?

DA / NU

Dacă „DA”, la ce vârstă a început să le ia?

Încă le mai ia? DA / NU

**7. Copilul d-voastră a trăit vreodată într-o zonă bogată în fluor?**

DA / NU

Dacă „DA” la ce vârstă?....., și cât timp.....(luni),.....(ani).

**8. Copilul d-voastră a primit tratament cu fluor la medical dentist?**

DA / NU

**9. Ați dori să mai adăugați ceva despre îngrijirea dentară acasă a copilului d-voastră?**

.....

**OBICEIURI VICIOASE**

**1. Copilul d-voastră și-a supt vreun deget?**

DA / NU

S-a oprit la vârsta de..... ani, încă o mai face DA/ NU, doar noaptea DA/ NU

**2. Copilul d-voastră își freacă dinții între ei?**

DA / NU

**3. Copilul d-voastră are alte obiceiuri pe care le face cu dinții?.....**

**NUTRIȚIA**

**1. Copilul d-voastră înainte de culcare își ia o sticlă cu el?**

DA / NU

Dacă „DA”, atunci ce conține de obicei aceasta?.....

**2. Copilul d-voastră obișnuiește să care peste tot cu el o sticlă sau o cană care conține altceva decât apă plată?**

DA / NU

Dacă „DA”, atunci ce.....

**3. Copilul d-voastra mesteca guma cu zahar?**

DA / NU

Dacă,, DA” cât de des?

.....ori pe zi, .....ori pe săptămână

**4. Câte mese mănâncă copilul d-voastră pe zi?**

.....

**5. Câte mese lichide pe zi consumă copilul d-voastră, în afară de mese, snack-uri și apă plată?**

.....

**6. Dacă copilul d-voastră mai folosește suzeta, o folosește cu zahăr sau miere pe ea?**

DA / NU

**7. Mai doriți să faceți alte mențiuni despre alimentația copilului d-voastră?**

.....

**CHESTIONARE PENTRU PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII – EVALUAREA  
INIȚIALĂ, EVALUAREA FEEDBACK-ULUI LA FINALUL ACȚIUNILOR  
EDUCAȚIONALE**

*Exemplu 1*

**Chestionar privind testarea cunoștințelor și a nivelului de înțelegere a noțiunilor de  
sănătate dentară și de prevenire a anomaliilor dento-maxilare**

Exemplu de completare:

Noi putem cauza anomalii dento-maxilare?

.....X...../ ...../...../...../...../  
da                      nu                      probabil                      nu știu

1. Extracția dentară trebuie să fie precedată de examinarea radiografică?

...../ ...../...../...../...../  
da                      nu                      probabil                      nu știu

2. Roderea creionului sau a altui obiect este un obicei vicios?

...../ ...../...../...../...../  
da                      nu                      probabil                      nu știu

3. Ungerea degetelor cu substanțe cu gust neplăcut poate ajuta la renunțarea introducerii  
degetelor în gură?

...../ ...../...../...../...../  
da                      nu                      probabil                      nu știu

4. Rahitismul este considerată o cauză a anomaliilor dento-maxilare?

...../ ...../...../...../...../  
da                      nu                      probabil                      nu știu

5. Băgarea degetelor în gură pot fi deforma dinții?

...../ ...../...../...../...../  
da                      nu                      probabil                      nu știu

6. Mâncarea de dulciuri de la o vârstă fragedă poate fi periculoasă pentru dezvoltarea  
dinților?

...../ ...../...../...../...../  
da                      nu                      probabil                      nu știu



7. Interpunerea creionului între arcadele dentare este un obicei vicios?

...../...../...../...../  
da                      nu                      probabil                      nu știu

8. Purtarea de aparate dentare pot duce la renunțarea la obiceiurile vicioase?

...../...../...../...../  
da                      nu                      probabil                      nu știu

9. Folosirea timp îndelungat a biberonului este o cauză de anomalie dento-maxilară?

...../...../...../...../  
da                      nu                      probabil                      nu știu

10. Sugerea policelui poate duce la anomalii dento-maxilare?

...../...../...../...../  
da                      nu                      probabil                      nu știu

11. Aplicarea pe degete a unor substanțe amare sau iuți poate fi considerată o măsură profilactică pentru anomalii dento-maxilare?

...../...../...../...../  
da                      nu                      probabil                      nu știu

12. Considerați că tratamentul prin aparate ortodontice multifuncționale poate duce la decondiționarea obiceiurilor vicioase?

...../...../...../...../  
da                      nu                      probabil                      nu știu

13. Rahitismul deformează oasele și dinții?

...../...../...../...../  
da                      nu                      probabil                      nu știu

14. Considerați că alimentația bogată în carbohidrați poate afecta sănătatea orală și poate fi considerată o cauză de anomalie dento-maxilară?

...../...../...../...../  
da                      nu                      probabil                      nu știu

## ***Exemplu 2.***

### **Chestionar adresat preșcolarilor și elevilor**

Bună ziua, vă mulțumesc pentru acordul d-voastră pentru participarea copilului la studiul meu. Vă rog să răspundeți împreună cu copilul dumneavoastră la întrebările de mai jos, încercuind răspunsul care vi se potrivește și să adăugați comentarii acolo unde considerați necesar.

#### **Date personale**

1. Vârsta copilului.....ani, .....luni
2. Sexul copilului.....
3. Mediul de proveniență
  - a. Urban
  - b. Rural
4. Familia d-voastră este formată din .....membri;
5. Venitul familiei:
  - a. Sub 1000 lei
  - b. 1000-1700 lei
  - c. 1700-2500 lei
  - d. 2500-5000 lei
  - e. Peste 5000 lei
6. Ultimele școală absolvită a părinților:
  - a. Școala generală
  - b. Școala profesională
  - c. Liceul
  - d. Postliceală sau Colegiu
  - e. Facultate
  - f. Master
  - g. Doctorat

#### **Stil de viață:**

1. Copilul d-voastră are obiceiul de a:
  - a. Roade obiecte
  - b. Roade unghiile
  - c. Suge degetul
  - d. Scrâșni dinții
  - e. Introduce în gură tot felul de obiecte

2. Frecvența periajului dentar:
  - a. Nu se spală deloc
  - b. De 2-3 ori pe săptămână
  - c. Odată pe zi
  - d. De 2 ori pe zi
  - e. După fiecare masă
3. Copilul d-voastră ce tip de pastă de dinți folosește?
  - a. Special concepută pentru copii din farmacie
  - b. Special concepută pentru copii din supermarket
  - c. Homeopată pentru copii
  - d. Naturistă pentru copii
  - e. Nu folosește pastă de dinți
4. Cât de des îi schimbați periuța de dinți?
  - a. Odată la 3 luni
  - b. De 2 ori pe an
  - c. Când se tocește
  - d. Anual
  - e. Nu știu
5. Copilul d-voastră folosește apă de gură
  - a. Da, zilnic
  - b. Da, săptămânal
  - c. Nu
6. Cât de des consumă copilul d-voastră sucuri?
  - a. Zilnic
  - b. De 2 – 3 ori pe săptămână
  - c. Săptămânal
  - d. de 2 ori pe lună
  - e. Lunar
  - f. Niciodată
7. Cât de des consumă copilul d-voastră dulciuri de casă sau din comerț?
  - a. Zilnic
  - b. De 2 – 3 ori pe săptămână
  - c. Săptămânal
  - d. De 2 ori pe lună
  - e. Lunar
  - f. Niciodată
8. Copilul d-voastră bea seara la culcare sau noaptea băuturi îndulcite (lapte, ceai)?
  - a. Da
  - b. Nu
  - c. Uneori

9. Frecvența prezentării la medicul dentist?
- a. Nu am fost niciodată
  - b. Odată la șase luni
  - c. Odată pe an
  - d. Când am probleme
  - e. Nu vreau la medicul dentist

**Cunoștințe în domeniul prevenirii cariei dentare**

1. Câți dinți de lapte există în cavitatea orală?
- a. 16
  - b. 20
  - c. 28
  - d. Nu știu
2. Câți dinți definitivii există în cavitatea orală?
- a. 20
  - b. 28
  - c. 32
  - d. 36
  - e. Nu știu
3. Cum se face periajul dentar corect?
- a. De sus în jos
  - b. De la stânga la dreapta
  - c. De la gingie spre dinți
4. De ce apare caria dentară?
- a. De la dulciuri
  - b. De la nespălatul pe dinți
  - c. De la mancare
  - d. Nu știu
5. Copilul d-voastră are unul din următoarele dispozitive electronice?
- a. Smartphone
  - b. Tabletă
  - c. Laptop
  - d. Unitate PC
  - e. TV în propria cameră
6. Cât timp petrece în medie copilul d-voastră în fața televizorului uitându-se la desene animate?
- a. Copilul meu nu se uită la TV
  - b. Mai puțin de o oră pe zi
  - c. 1-3 ore pe zi
  - d. 3-5 ore pe zi
  - e. Peste 5 ore pe zi

7. Postul de desene animate preferat de copilul d-voastră?
  - a. Disney junior
  - b. Disney chanel
  - c. Minimax
  - d. Cartoon network
  - e. Site-uri online de desene animate
8. Timpul petrecut în fața tabletei, laptopului, unității PC?
  - a. Mai puțin o oră pe zi
  - b. 1-3 ore pe zi
  - c. Peste 3 ore pe zi
  - d. Nu mai mult de o oră pe săptămână
9. Temele copiilor în folosirea mijloacelor moderne:
  - a. Jocuri
  - b. Cântece și filmulețe pe Youtube
  - c. Aplicații educative
  - d. Desene animate
  - e. Rețele de socializare (pentru elevi)
10. Întrebare adresată doar pentru elevi. Copilul d-voastră are un cont pe o rețea de socializare (Facebook, Twitter, Instagram, etc.)
  - a. Da
  - b. Nu
  - c. Nu știu

**Întrebări la acest chestionar atașate doar la evaluarea finală**

1. Ce metode de comunicare folosite dealungul lecțiilor de sănătate orală v-au plăcut cel mai mult?
  - a. Prezentările Power Point
  - b. Poveștile pe tema sănătății orale
  - c. Jocurile propuse
  - d. Colorarea planselor
  - e. Exersarea metodelor de periaj dentar corect
  - f. Crearea proiectelor pe teme propuse împreună cu părinții
  - g. Desenele animate cu caracter educativ
  - h. Jocurile PC, tabletă propuse
  - i. Aplicațiile de pe telefonul mobil și tableta propuse

### *Exemplu 3*

#### **Chestionar -elevi 13-18 ani-**

Bună ziua, vă rog să răspundeți la următoare întrebări încercuind variant corectă sau care vi se potrivește:

Vârsta.....ani

Sex masculin - feminin

Mediul de proveniență urban- rural

1. Dacă vreți să vă informați în legătură cu o problemă de sănătate la cine apălați mai întâi pentru răspunsuri:
  - a. Părinți
  - b. Medic
  - c. Profesor
  - d. Prieteni
  - e. Internet
2. Unde apălați să găsiți răspunsurile la întrebările legate de igiena orală?
  - a. La școală
  - b. În ziare
  - c. La TV
  - d. La medic
  - e. În familie
  - f. Pe internet
3. Ce materiale de informare apălați pentru o lecție de educație pentru sănătate:
  - a. Articole
  - b. Prezentări teoretice Power Point
  - c. Discuție liberă în grupuri
  - d. Pliante, afișe, cărți cu mesaje educative
  - e. Pagini web
  - f. Mesaje și pagini personalizate pe rețelele de socializare
4. Unde ar fi locul de desfășurare ideal pentru d-voastră a unei lecții de educație pentru sănătate orodentară?
  - a. Într-o sală de clasă
  - b. Într-un cabinet de stomatologie
  - c. Într-o conferință web de acasă
  - d. La întâlniri de grup în afara școlii
5. Până în prezent unde ați primit informații legate de igiena orodentară corectă?
  - a. În familie
  - b. La medical stomatolog
  - c. La grădiniță, școală
  - d. Pe internet

6. Ce teme v-ar interesa să fie tratate într-un proiect de promovare a sănătății oro-dentare?
  - a. Periajul dentar corect
  - b. Etapele unei igiene orodentare corecte
  - c. Folosirea aței dentare
  - d. Alimentația sănătoasă
  - e. Motivele apariției cariei și felul în care aceasta apare, plus metode de tratament
  - f. Cauzele apariției anomaliilor dento-maxilare și modul de tratare al acestora
  - g. Evaluarea cazului d-voastră individual și explicarea pe caz a ceea ce este de făcut pentru îmbunătățirea igienei orale
7. Considerați că aveți o igienă orală bună?
  - a. Da
  - b. Nu
8. Cât de des vă efectuați periajul dentar?
  - a. De 3 ori pe zi
  - b. De 2 ori pe zi
  - c. Odată pe zi
  - d. Ocazional
  - e. Niciodată
9. Folosiți apă de gură
  - a. Da
  - b. Nu
10. Folosiți ață dentară
  - a. Da
  - b. Nu
11. Dacă ați putea să vă schimbați ceva la cavitatea d-voastră orală care ar fi acel lucru?
  - a. Mi-aș albi dinții
  - b. Mi-aș îndrepta dinții
  - c. Aș face cumva să mai am toți dinții
  - d. Mi-aș face o respirație proaspătă continuă
  - e. Nu aș schimba nimic

## EXEMPLU CONSIMȚĂMÂNT INFORMAT

### CONSIMȚĂMÂNT DE PARTICIPARE LA UN STUDIU ÎN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII ORO-DENTARE CU REFERIRE LA PREVENIREA ANOMALIILOR DENTO-MAXILARE

Sunteți întrebat/întrebată dacă doriți să participați la un studiu de cercetare. Scopul acestui formular de consimțământ informat este acela de a vă ajuta să decideți dacă doriți să participați la acest studiu de cercetare. Vă rugăm să citiți cu atenție acest formular. Pentru a participa la un studiu de cercetare este necesar să vă dați consimțământul pe baza informațiilor oferite.

Cercetatorii implicați sunt **Dr. ....**, medic de medicină dentară, doctorand, **Dr. ....**, medic specialist de ortodonție, Doctor în științe medicale, și dr. Codruța Angela Podariu, de la Universitatea de Medicină și Farmacie Victor Babeș Timișoara, România.

Cercetarea implică numai persoanele care aleg să participe. Aveți timp să reflectați asupra deciziei dvs. de a participa la studiu. Puteți discuta despre aceasta decizie cu familia și prietenii dumneavoastră, precum și cu medicul/medicii dumneavoastră. Dacă aveți întrebări, puteți să cereți informații persoanelor implicate în acest studiu.

#### **De ce se realizează acest studiu de cercetare?**

Scopul acestui studiu este de a afla în ce mod este mai bine transmis mesajul de prevenire a anomaliilor dento-maxilare. Scopul cercetării este de a determina dacă educația de prevenire a anomaliilor dento-maxilare este realizată mai bine pe cale orală sau scrisă.

#### **Cate persoane vor participa la acest studiu?**

Cercetarea va include aproximativ 150 de copii; 75 de copii care împreună cu părinții lor vor participa la niște lecții de educație pentru sănătate și 75 care au primit doar un pliant de informare de la medicul dentist curant. Pentru a putea fi selecționat în studiu, trebuie să locuiți în Județul Timiș. Puteți participa la acest studiu numai o dată pentru fiecare dintre copii dvs.

#### **Ce se întâmplă dacă sunt de acord să particip la acest studiu?**

În cazul în care consimțiți să participați la acest studiu, veți fi rugată să completați un chestionar în care veți fi întrebată despre ce sunt anomaliile dento-maxilare, cum se previn acestea și care sunt modalitățile de tratare a acestora. Participarea dvs. efectivă la acest studiu va dura aproximativ 1 – 1,5 ore din timpul dvs.

#### **Care sunt beneficiile participării la acest studiu?**

Nu va exista niciun beneficiu direct derivat din participarea dvs. la acest studiu sau din permisiunea că răspunsurile furnizate de către dvs. să fie utilizate în scop de cercetare științifică. Prin utilizarea rezultatelor acestui studiu, sperăm să obținem informații despre modalitățile de îmbunătățire în viitor a campaniilor de promovare a sănătății oro-dentare.

#### **Care sunt riscurile asociate participării la acest studiu?**

Nu există nici un risc legat de participarea dvs. la acest studiu.

#### **Ce drepturi am dacă particip la acest studiu?**

Participarea la acest studiu este alegerea dvs. Puteți alege să participați sau nu la studiu. Puteți alege să nu răspundeți la oricare dintre întrebări sau puteți să refuzați completarea oricărei secțiuni din cercetare, din orice motive. Indiferent de decizia pe care o



luați, nu vor exista penalități la adresa dvs. Parasirea acestui studiu nu va afecta serviciile medicale de care beneficiați. Puteti sa va retrageti din studiu în orice moment doriti, prin contactarea fie a Dr. Eleni Teodoridoiu.

**Ce se intampla daca ma retrag din acest studiu?**

Participarea dvs. la aceast studiu de cercetare este voluntară. Chiar și după ce ați decis că sunteți de acord să participați la studiu sau după semnarea formularului de consimțământ informat, puteți decide în orice moment, să vă retrageți din studiu, fără a suporta penalități sau pierderea unor beneficii la care ați fi fost altfel, îndreptățită. Vom păstra și analiza datele furnizate de dvs. până în momentul retragerii din studiu, cu excepția cazului în care dvs. cereți ca aceste informații să fie excluse din analize și/sau distruse.

**O copie a acestui document va fi pastrată împreuna cu datele colectate în acest studiu.**

**De asemenea, o copie a documentului va ramane la dumneavoastră.**

**Sunt de acord să particip împreună cu copilul meu la lecții de educație pentru sănătate oro-dentară cu tema „Prevenirea anomaliilor dento-maxilare”.**

☐ **Da** ☐ **Nu** ☐ **Inițiale**

**Sunte de acord să completez un chestionar.**

☐ **Da** ☐ **Nu** ☐ **Inițiale**

**Am citit, sau mi-au fost aduse la cunoștință, informațiile despre acest studiu.**

**Prin aceasta, consimt să particip la studiu.**

Nume \_\_\_\_\_

Semnătură \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

## ALIMENTAȚIA OMULUI SĂNĂTOS

**Recomandată de doamna dr. Virginia Faur, fondatoare a mai multor organizații alternative de sănătate, inventator de medicamente**

**Cheia sănătății este regula celor 3 cinci: consumă zilnic 5 fructe, 5 legume, 5 nuci.**

**Ține minte! Fructele** se mănâncă ca masă separată sau între mese, nu după mese, pentru a evita fermentațiile.

**Legumele** se consumă cu orice mâncare și este indicat ca fiecare masă să înceapă cu o salată de legume pentru a asigura apa biologică necesară digestiei și rezerva alcalină.

**Important:** înainte oricărei terapii, golește-ți intestinele. Clisma însănătoșește flora intestinală, asigură 80% din imunitate, sintetizează vitaminele B și K, are rol digestiv și metabolic.

**Mănâncă din belșug aceste alimente alcaline pentru a reduce inflamațiile și a îmbunătăți pH-ul intracelular!**

**Legumele și zarzavaturile crude** – să fie cel puțin o treime din hrana zilnică. Favorizează diureza, regularizează tranzitul intestinal, ușurează transpirația, eliminarea deșeurilor. **Fibrele vegetale** pe care le conțin ajută la digestie. **Morcovul este denumit chiar „prietenul intestinului”**. Legumele înfruntă radicalii liberi, descurajează cancerul (prin aportul de enzime și de microelemente), protejează împotriva bolilor cardiovasculare (prin degajarea arterelor), reglează tensiunea arterială. Sunt compatibile cu orice aliment, sunt alcalinizante, conțin enzime, vitamine, minerale, fibre. **Regele legumelor este ardeul.**

**Fructele împreună cu legumele trebuie să reprezinte 75% din hrana zilnică.** Puternic detoxifiante, se consumă în stare proaspătă, **separat de alte alimente**. Completează necesarul de vitamine, enzime, minerale și fibre al organismului. Fructele sunt polivitamine naturale. Reprezintă hrana beneficătoare, dătătoare de viață, de energie, de bună dispoziție. Fructele sunt considerate alimentele cele mai importante pe care le poate consuma omul de orice vârstă. Fructele, precum și sucurile lor trebuie consumate numai separat. **Dacă vin în contact cu mâncarea din stomac și cu sucurile digestive, ele fermentează și totul devine acid.** Consumul corect de fructe duce la o incredibilă întinerire, la longevitate, la energie, la sănătate deplină. **Regele fructelor este mărul.** Sucul de mere face minuni în curățirea ficatului, rinichilor, vezicii biliare. **Două mere** consumate seara reglează glicemia, normalizează nivelul colesterolului. Fenomenul se explică prin conținutul ridicat de pectină și pentru că satisface aproape toate necesitățile nutriționale ale organismului.

**Consumați semințe** – între mese, în locul gustărilor: nuci, semințe de dovleac, de cânepă, de susan, de in, de chimen, de schinduf, de mărar, de coriandru, mac, migdale, alune etc. **Sunt micile uzine de medicamente.** Înainte să se transforme în plante, semințele conțin energii uriașe și substanțe benefice pentru organism. Semințele se consumă neprăjite; deși par uscate și moarte, **sunt organisme vii**, bogate în nutrienți. Semințele sunt viața însăși.

Introduceți în alimentație **borșul și moarea de varză** (făcute în casă). Sunt veritabile alimente-medicament. Moarea de varză în care macerați ceapa tăiată rondele sau peștișori ar trebui să fie baza oricărei salate de crudități. În fiecare zi puteți adăuga altă legumă de sezon: ardei, castraveți, roșii, sfeclă etc. Moarea de varză se poate consuma și ca atare, 1-2 pahare/zi. Stimulează digestia – **pot spune că nu este digestiv mai bun**; este utilă în caz de sensibilitate la frig, în stări febrile. În perioada epidemiilor de gripă este bine să vă goliți intestinalele cu 1-2 pahare de moare de varză luate dimineața pe stomacul gol, timp de 3-7 zile. Atât borșul cât și moarea de varză sunt bogate în enzime și principii active și însănătoșesc flora intestinală, iar borșul are faima de a fi util și în alcoolism. **Se spune că cei care beau zilnic borș nu mai simt nevoia să bea alcool.**

**Consumați doar grăsimi bune: ulei de măsline presat la rece, ulei de cocos, de dovleac, avocado, ulei de in** – în limita a 20-30% din totalul calorilor/24 ore – sunt hipocolesterolemizante, previn scleroza, regenerează celulele. Uleiul de cocos este antimicrobian, antifungic, de ajutor pentru cei cu cancer care au funcția imunitară redusă, având și proprietăți anticancer.

**Plantele amare** – antibiotic natural, sursă naturală de antioxidanți; sunt antivirale, antiparazitare, alcalinizează sângele, activează funcția antitoxică a ficatului, conduc la detoxifierea sângelui și a limfei, ușurează digestia, măresc gradul de asimilare a substanțelor nutritive. **Cultivați-vă gustul pentru amar ca un preludiv pentru sănătate!** Plantele vă ajută să reacționați la boală, vă trezesc imunitatea adormită, vă trezesc medicul din interior, propriile forțe de apărare, grăbesc însănătoșirea. **Plantele din flora spontană** (urzica, păpădia, sparanghelul, anghinarea, pătlagina, busuiocul etc.) sunt regeneratoare, antianemice, fortifiante, detoxifiante, reconfortante, scad colesterolul, întăresc sistemul digestiv. **Suplimentele alimentare FAVISAN** (ceaiuri, capsule, tincturi) **conțin toți nutrienții de care organismul are nevoie** spre a-și întreține vigoarea și tinerețea. Refac digestia, reglează metabolismul, activează circulația sanguină.

**Lichidele** (apa de izvor, apa argiloasă, apa de țărâțe din cereale, ceaiuri din plante) – 2-3 l zilnic – asigură hidratarea țesuturilor și previn îmbătrânirea prematură.

**Argila**, sub formă de drajeuri sau apă argiloasă, este remineralizantă, detoxifiantă, cicatrizantă, antitoxică, energizantă, antiparazitară, antianemică. Asigură sănătatea **sistemului osos, vascular, respirator, digestiv, nervos.**

**Magneziul** - este supranumit **mineralul antistres**, mineralul inimii, colac de salvare pentru sistemul nervos, ozonul organismului uman. Ar trebui să fie pâinea cea de toate zilele, întrucât este prezent în peste 300 de procese metabolice. **Absorbția intestinală** depinde de cantitatea de magneziu ingerată. Magneziul împiedică formarea depunerilor de calciu, a calculilor biliari și renali, este un regenerator celular, **echilibrant psihic** (are acțiune antidepresivă), drenor hepatic. Luptă împotriva îmbătrânirii și a bolilor degenerative (cancer, diabet etc.).

**Zincul** - este supranumit **mineralul imunității**. Este necesar pentru digerarea proteinelor, pentru producția de acid clorhidric, reface timusul. Intră în compoziția a peste 200 de enzime, între care și **anhidraza carbonică** ce are rolul de a capta CO<sub>2</sub> din țesuturile periferice pe care îl transferă pe cale sanguină la plămâni, de unde îl elimină prin respirație.

**Vitamina C** - nu o produce organismul, dar nu este reacție metabolică în care să nu fie nevoie de ea. **Este regină între vitamine.** Ea decide soarta băătăiei pentru sănătate în favoarea noastră. Reprezintă un vaccin nepericulos și ne poate salva de pericolul agresiunii cancerului. **Menține arterele tinere.** Alături de vitamina E și magneziu face ca sângele să nu fie predispus la cheaguri.

Consumați doar lactate fermentate: **iaurt, kefir**, dar faceți-le acasă. Nu din comerț, care sunt pline de aditivi, lapte praf și alte substanțe potențatoare de gust și îndulcitoare. Vă pun două întrebări: Mai are vreun iaurt din ziua de azi, gustul iaurtului de pe vremea copilăriei noastre? Își mai aduce cineva aminte de gustul iaurtului tradițional?

### **Mănâncă puțin sau deloc aceste alimente acide și inflamatorii, care hrănesc cancerul și toate bolile degenerative!**

**Carnea și derivatele din carne** sunt acidifiante, greu digerabile, creează condiții pentru flora de putrefacție, este hrana predilectă a celulelor canceroase. Este impregnată cu vibrațiile de groază ale ființei măcelărite. Transmite neliniște, stres. Se înlocuiește cu: 5 nuci, 25 de migdale sau 10 sâmburi de caise (sursă de vitamina B17) sau alte semințe.

**Zahărul și alimentele ce conțin zahăr** sunt acide, generează inflamații, accentuează osteoporoza, duc la epuizarea magneziului și la acidoza sângelui. Sunt hipercolesterolemizante și cariogene, dereglează metabolismul tiaminoglicidic. Zahărul hrănește celulele canceroase. Declanșează răspunsul insulinar, creând rezistența la insulină. **Rezistența la insulină a fost pusă și ea în directă legătură cu proliferarea cancerului.** Duce și la epuizarea magneziului din corp, o altă cauză ce duce la proliferarea cancerului. Siropul de porumb conține mult mercur, o toxină ce favorizează cancerul. Recomandarea de a elimina zahărul include toate formele lui. Se admite miere, dar puțină, la omul sănătos.

**Oțetul** stârnește o furtună de iritații, corodări, arsuri, predispune la ulcer, astm, carii dentare, osteoporoză, calculi renali. Provoacă mâncărimi, usturimi, disconfort, acidoza sângelui.

Se înlocuiește cu: suc de la o lămâie, Ascolact sau Favivit C (vitamina C pudră).

**Laptele și produsele lactate** creează inflamații, aciditate, cauzează colite, alergii, acnee, eczeme, chisturi, indurații și fibroame uterine, prejudiciază organismul de minerale, inițiază dezechilibre hormonale și de metabolism.

**Renunță la grâu!** Eliminarea grâului (pâine, făină, paste etc.) asigură dispariția agentului nociv – **glutenul** – care distruge și otrăvește mucoasa intestinului, ceea ce duce la o stare de **malnutriție** foarte avansată. Glutenul provoacă **inflamații**. Inflamația contribuie la **progresul cancerului**. **A fi sătul (de pâine) nu înseamnă că ești bine hrănit;** poți fi sătul, dar în realitate ești subnutrit. Găsești fibre și alți nutrienți în multe alte alimente (nuci, semințe, legume, fructe, leguminoase) și, dacă simți nevoia, poți consuma cu moderație cereale cu conținut redus de gluten (orz, ovăz, secară, grâu spelta) sau fără gluten (orez, mei, porumb, hrișcă). **În 100% din cazuri, renunțarea la pâine are efecte spectaculoase asupra sănătății,** siluetei și dispoziției generale. Încercați să înlocuiți pâinea cu **cartofi**

**copti, mămăligă, orez.** Atenție, făina albă procesată se ascunde sub alte denumiri: paste făinoase, cornuri, covrigi, plăcinte, briose, pizza, prăjituri, biscuiți, torturi, sosuri.

**Nu consumați grăsimi rele: uleiuri hidrogenate** (margarina și toate uleiurile parțial hidrogenate), ulei de floarea soarelui, soia, porumb. Determină creșterea colesterolului, favorizează **scleroza și îmbătrânirea timpurie**. Sunt **inflamatorii**, sporesc riscul de **cancer**. Alterează structura și flexibilitatea membranelor celulare în tot corpul. Din păcate aceste uleiuri rele se găsesc încă din abundență în foarte multe produse procesate.

**Nu consumați sare iodată!** Obosește ficatul și rinichii, este răspunzătoare de creșterea **tensiunii arteriale**, crește nivelul **colesterolului**, favorizează retenția apei în țesuturi. Este **otrava albă** care favorizează **cancerul** și face să explodeze **cancerul de tiroidă**. Este îngrijorător faptul că pe lângă sarea iodată propriu-zisă, se consumă zilnic cantități uriașe din această otravă albă, pentru că toți producătorii de alimente (precum mezelurile și pâinea), sunt obligați prin lege să folosească exclusiv sare iodată. Coordonatorul unui studiu a declarat: **povara sării iodate este mult mai grea decât povara băuturilor dulci**, pentru că acestea din urmă reprezintă doar un tip alimentar pe care oamenii pot să-l evite cu ușurință, în timp ce sarea se află în toate produsele.

Nu consumați **organisme modificate genetic (OMG): soia, cereale, legume și fructe de dimensiuni mari**. Cumpărați doar legume și fructe mici care la prezentare nu sunt uniforme. Aceste alimente nu au ce căuta pe farfuria celor care vor să aibă un risc cât mai mic de cancer. Atenție însă! Aceste OMG-uri sau derivatele lor se pot găsi ascunse în produse procesate la care nici nu vă gândiți. Evitați-le! Sunt studii asupra pericolului prezentat de aceste alimente. Consumați produse certificate ECO, BIO și autohtone.

Nu consumați **alimente procesate!**

**a. cărnuri procesate** – celebrii mici, mezeluri, parizer, hot dogs, hamburger, crenvurști etc. Toate conțin **nitriți și nitrați** și nu se știe ce se mai poate găsi, așa cum ne-au arătat evenimentele din ultima vreme. Acolo unde nu se știe ce se găsește, producătorii pot ascunde cu ușurință toate resturile și produsele vechi expirate pe care nu le mai pot valorifica.

**b. produse din făină albă de grâu procesată.** Excesul de carbohidrat procesat este corelat cu o creștere cu 220% a incidenței cancerului de sân la femei. Grâul și alte alimente cu indice glicemic mare au fost corelate cu o creștere rapidă a zaharurilor din sânge, fapt ce hrănește celulele canceroase și încurajează răspândirea acestora.

Nu consumați **alimente și băuturi dietetice cu aspartam, zaharină și alți îndulcitori**. Sunt mai periculoase chiar decât zahărul. S-a descoperit că sunt cauza a numeroase afecțiuni incluzând defecte de naștere și cancer.

Nu consumați **sucuri carbogazoase**. Ca și cărnurile și făina de grâu procesate, au fost corelate cu un risc crescut de cancer. Sunt pline de zaharuri, coloranți, sare, cofeină și alte chimicale. **Creează acid în organism și hrănesc celulele canceroase**. Nu consumați **nonalimente**. Cum poate omul consuma (mânca) alimente care nu există în natură? **Le spunem nonalimente pentru că ele nu se găsesc nicăieri în natură**, fiind obținute prin reacții chimice de sinteză. Aici intră margarina, aromele identic naturale și îndulcitorii sintetici.

**Hrana gătită la microunde** este viciată prin faptul că disturbă structura celulară, conține radicali liberi, dereglează însăși esența sa energetică; este o hrană moartă. Nu consumați floricele făcute la microunde! S-a constatat că **acidul perfluorooctanoic** și **diacetilul** din pungile cu floricele pentru microunde au potențial cancerigen.

**Evitați vaccinurile.** Ele sunt otrăvuri oferite gratuit. **Vaccinați-vă natural** cu echinacea, vit. D3, măceș, cătină, zinc, propolis. **Vaccinurile** nu sunt necesare decât în câteva cazuri speciale, și nu în programele de masă cum sunt ele prezentate acum. Sunt țări care au renunțat de mult la anumite vaccinuri, printre care și vaccinul împotriva TBC-ului care se face nou născuților în primele minute de la naștere. Noi de ce nu urmăm exemplul altor țări?

## STRATEGIA ALIMENTARĂ

Este confirmat științific că **inflamația** este adevărata cauză a tuturor bolilor. Să căutăm să mâncăm alimente alcaline, antiinflamatoare, ce mențin în limite normale pH-ul sanguin și intracelular.

**1. Dimineața la scolare se ia un pahar sau două de apă cu 3 căței de usturoi.**

Introduceți ceapa și usturoiul crud în alimentație. Sunt baza fiecărei salate de crudități. Sunt antibiotice naturale iar potențialul lor terapeutic este uimitor: protejează împotriva deteriorării ADN-ului, ajută la fluidizarea sângelui, la stimularea imunității, la detoxifierea ficatului; normalizează tensiunea, colesterolul, glicemia.

**2. Mănâncăți 75% din hrană legume și fructe, din care mai mult de 50% este crudă.** Această hrană crudă vă alimentează sângele cu antioxidanți și enzime care luptă împotriva radicalilor liberi. Fructele se consumă ca masă separată, sau cu 1 oră înainte de mese, nu după mese.

Fiecare masă să fie **precedată de o salată de crudități** cu legume de sezon sau varză murată. Aceste crudități pregătesc digestia din două motive: asigură apa necesară digestiei (digestia este o reacție de hidroliză) precum și enzimele necesare digेरării hranei, economisind astfel rezerva de enzime a organismului.

Protecția antioxidantă oferită de legumele și fructele crude este vitală pentru a stopa bolile degenerative, legate de îmbătrânire, căci ele conțin muniția necesară pentru a contracara deteriorarea.

**De fapt, cheia sănătății este regula celor 3 cinci: 5 fructe, 5 legume, 5 nuci pe zi.**

**3. Între mese consumați semințe:** de dovleac, de cânepă, de susan, de in, de chimen, de schinduf, de migdale, alune, nuci, în prealabil înmuiate.

**4. Introduceți în alimentație:** borșul, zerul și moarea de varză. Sunt alimente vii care însănătoșesc flora intestinală. Știința a demonstrat că **flora intestinală dictează dacă ești sănătos sau bolnav.**

**5. Consumați doar grăsimi de calitate:** ulei de măsline ecologic, ulei de cocos, de dovleac, ulei de in, în limita a 30% din necesarul caloric.

6. Cultivați-vă gustul pentru amar ca un preludiu pentru sănătate. Consumați plante amare ca: pelin, pătlagină, păpădie, urzică, anghinare, sub formă de ceaiuri, capsule, tincturi.

7. **Beți zilnic 2 litri de lichide** (apă de izvor, apă argiloasă, ceaiuri din plante, supe, ciorbe). Lichidul asigură hidratarea și previne îmbătrânirea celulei.

**Nu consumați:**

Alimente acide proinflamatoare, care hrănesc cancerul și toate bolile degenerative.

1. **Carne** și derivate din carne, decât foarte, foarte rar, având grijă ca în farfurie salata de crudități ca și volum să fie de 3 ori mai mare.

2. **Zahăr** și nici un aliment care conține zahăr; mânâncăți miere, dar puțină.

3. **Oțet** – se înlocuiește cu sucul unei lămâi, cu vitamina C (Favivit C), Ascolact (acid lactic+vitamina C).

4. **Nu consumați lapte**; consumați doar lactate fermentate: iaurt, kefir, dar făcute în casă iar brânză foarte, foarte rar.

5. Feriți-vă cât puteți de alimente procesate, de excesul de carbohidrați.

6. Renunțați la grâu și la **glutenul** lui care distruge și otrăvește mucoasa intestinului și flora intestinală.

7. Nu consumați sare iodată și căutați să depistați organismele modificate genetic pentru a le evita.

8. Nu consumați alimente și băuturi sintetice cu aspartam, zaharină și alți îndulcitori. În afară de miere, folosiți stevia.

9. Nu consumați sucuri carbogazoase și nici un nonaliment – margarină, arome identic naturale.

## STRATEGIA SUPLIMENTELOR

1. **Vitamina C** – pentru că nu o produce organismul și nu este reacție metabolică în care să nu fie nevoie de ea; este **vitamina vieții și a longevității, este antibiotic și interferon natural. Este antihistamină naturală, antialergic, antiinflamator; întărește imunitatea, este cheia pentru o viață fericită, este un drog al fericirii.**

Sub formă de pulbere este obligatorie stilului de viață, căci ajută ficatul să-și exercite funcția antitoxică. Ajută la întârzierea formării mucegaiurilor.

Păstrați flaconul cu vitamina C pulbere pe masă pentru a o avea la îndemână când puneți mâncarea la păstrat.

De exemplu:

- Dacă păstrați în frigider diverse sortimente de brânzeturi, se adaugă puțină vitamina C deasupra. Brânzeturile nu trebuie să aibă nici un pic de mucegai. Curățați coaja și încă 5-6 mm în interior, dacă în exterior vedeți mucegai.

- Dacă păstrați în frigider orez, adăugați vitamina C.

- Dacă păstrați în frigider paste făinoase, adăugați vitamina C.

- Adăugați vitamina C în orice aliment păstrat în frigider pentru o altă masă.

2. **Vitamina E pe suport de cătănă.** Se ia sub formă de capsule, este esențială deoarece din alimente se obține greu. Este un antioxidant nespecific care păzește celulele de deteriorarea produsă de oxidare.

**3. Vitamina D3** – se ia sub formă uleioasă. Activează sistemul imunitar prin „armarea” celulelor T astfel încât aceasta să combată infecțiile. Această vitamină protejează organismul de: **cancer, diabet, osteoporoză, afecțiuni renale, depresie, obezitate, afecțiuni ale inimii, boli autoimune**. Este numitorul comun al tuturor afecțiunilor, este compatibilă cu organismul uman, din moment ce corpul uman produce efectiv vitamina D când are această ocazie (este expus la acțiunea razelor solare).

**4. Vitamina B2** – o vitamină importantă căci dezintoxică corpul de benzen, transformându-l în fenol. Are culoare galbenă. Se folosește ca și colorant în condimente, brandul Delicios. Folosind zilnic aceste condimente, consumați vitamina B2.

**5. Magneziul** este o prezență obligatorie; poate fi luat sub formă de magneziu oxid, magneziu lactat sau magneziu sulfat. Poate ajuta la prevenirea bolilor de inimă, mai ales a aritmiilor și a insuficienței cardiace congestive. Este supranumit mineralul inimii și colac de salvare pentru sistemul nervos, mineralul antistres, ozonul organismului uman. Poate detoxifia **fenolul** transformându-l în fenilfosfat de magneziu – o formă prin care se elimină prin rinichi.

Este un mineral **de importanță majoră, de care au nevoie toate celulele, în cantități mari**. Este furnizat doar de **zarzavaturile cu frunze verzi, deci este greu de a asigura necesarul zilnic numai prin alimentație**.

Prea puțin magneziu predispune la **boli de inimă, diabet, hipertensiune**. Femeile cu carență de magneziu în sânge sunt mai predispuse la creșterea colesterolului nociv (LDL) și la îngroșarea pereților arterelor carotide. Persoanele cu o dietă bogată în magneziu au mai mult colesterol de protecție HDL și mai puțină insulină sau zahăr în sânge.

Creierul are nevoie de magneziu pentru a funcționa bine. Magneziul este necesar în reglarea excitabilității sistemului nervos central. Studiile au arătat că persoanele cu **deficiență de magneziu** pot prezenta **convulsii de tip epileptic, amețală, tremur muscular, ca și simptome psihologice (iritabilitate, anxietate, confuzie, depresie, apatie, insomnie)**.

**6. Zincul** este **mineralul imunității** și impropriu denumit **vitamina bărbaților**. Zincul contribuie la creșterea capacității de asimilare a oxigenului. Statisticile arată că 90% din populație are deficiență de zinc. **Combate uscăciunea vaginală la femei și produce erecții mai ferme la bărbați**; fără zinc nu există dorință de împerechere. Studiile arată că bărbaților infertili cărora li s-au administrat zinc timp de 2 luni au produs 45% mai multă spermă. Zincul oprește hipofiza să producă prolactină, care oprește producția de testosteron și determină producerea de dihidrotestosteron responsabil de mărirea prostatei. Dihidrotestosteronul este inamicul organelor sexuale masculine.

**7. Coenzima Q<sub>10</sub> (CoQ<sub>10</sub>)** – este importantă pentru sănătate, longevitate și o viață sexuală armonioasă. Este o ubiquinonă și se găsește în fiecare celulă a corpului, în special în mitocondriile celulare și este o componentă a lanțului de transport a electronilor care generează 95% din energia corpului (ATP). Transformă glucidele, proteinele și lipidele în energie.

Inima, ficatul și rinichii au cele mai înalte concentrații de CoQ<sub>10</sub>. Pe măsură ce îmbătrânim, rezerva de CoQ<sub>10</sub> se epuizează mai ales din inimă.



## **Beneficii**

- Ajută la scăderea presiunii sanguine.
- Previne oxidarea LDL-ului.
- Antioxidant – inhibă inițierea și propagarea oxidării lipidelor și proteinelor.
- Este eficient împotriva cancerului.
- Sprijină sănătatea creierului.
- Ajută în procesul de reîntinerire celulară.
- Ajută în cazul actului sexual care necesită energie. Eficacitatea a fost dovedită și pentru bărbați, și pentru femei. Un nivel bun de energie și un sistem cardiovascular bun, ajută la o erecție satisfăcătoare (în cazul bărbaților).

## **Notă:**

- S-a demonstrat științific că din cauza deficiențelor de CoQ<sub>10</sub> capacitatea de a avea orgasm scade.
- Medicamentele statine micșorează producerea de CoQ<sub>10</sub>. Dacă vreți să aveți orgasm și o viață sexuală armonioasă, nu luați statine.

Se recomandă suplimente cu Q<sub>10</sub>, dar obținută dintr-un aliment întreg, deoarece asimilarea și metabolizarea ei necesită și alte elemente prezente în alimentul respectiv în forma integrală. Surse alimentare de Q<sub>10</sub>: nuci, alune de pădure, fistic, pătrunjel, spanac, susan, ulei de măsline, avocado.

## **8. Ceaiul din plante autohtone să fie a treia masă a zilei.**

Un ceai pe zi luptă împotriva îmbătrânirii prin protejarea inimii și a arterelor. Băutorii de ceaiuri din plante au niveluri normale ale colesterolului total, al trigliceridelor și cel mai bun raport HDL/LDL. Cantitatea de grăsimi periculoase din sânge scade proporțional cu ceaiul băut. Chiar fumătorii înrăiți care beau ceaiuri din plante (1 litru/zi) nu aveau grăsimi oxidate (periculoase) în sânge. Aceasta pentru că ceaiurile din plante neutralizează radicalii liberi care favorizează obturarea arterelor.

**9. Ginkgo biloba** – face reversibilă impotența; planta ajută la refacerea memoriei, la prevenirea declinului facultăților mintale; planta nu numai că dilată vasele de sânge de la nivelul creierului și al extremităților, dar îmbunătățește și fluxul sanguin spre penis necesar erecției.

## **VREI SĂ TRĂIEȘTI MAI MULT? PUNE-ȚI ZILNIC URMĂTOARELE 5 ÎNTREBĂRI.**

### **Prima întrebare**

**1. Câtă vitamină C se află în hrana ta zilnică?** Trebuie să ai în vedere că vitamina C este sensibilă la temperaturi ridicate (se distruge prin gătire, încălzire) și este solubilă în apă – adică trebuie ingerată zilnic. Dacă s-ar decerna o medalie de aur la o olimpiadă a substanțelor nutritive, ea ar fi câștigată fără nici un dubiu de vitamina C. În organismul uman are două mari funcții: **întărește sistemul imunitar și echilibrează psihicul**. Ea este cel mai redutabil inamic al tuturor bolilor.

- Este vitamina vieții și a longevității, bagheta magică a naturii.
- Este antibiotic și interferon natural, antihistaminic, antialergic și antiinflamator; este cel mai eficient apărător al tinereții.

- **Este cheie pentru o viață fericită**, un drog al fericirii. Participă la sinteza **serotoninei**, o substanță fără de care n-ai reuși să te relaxezi și să dormi bine. **Protejează** și face posibilă secreția a 10 hormoni ce dirijează 4 domenii: **sexualitatea, funcția tiroidei, stresul și creșterea**.

- **Repară și consolidează țesutul conjunctiv**, tonifică și netezește pereții vaselor de sânge. Cu vitamina C varicele și hemoroizii se retrag iar ridurile și încrețiturile pielii dispar.

- **Lipsa vitaminei C duce la:** opacizarea pupilei, apariția cataractei, a glaucomului, sângerarea gingiei, răceli frecvente, tendință de inflamare a mucoaselor, **oboseală permanentă**, excident de greutate corporală, nervozitate, dificultate de concentrare, depresie, insomnie, riduri, talpa găștei la ochi, căderea părului, lipsa de farmec și de carismă.

- **Cu vitamina C pielea ta își păstrează tonusul**, rămâne netedă și catifelată, celulele tale sunt aprovizionate cu oxigen. Aprovizionarea cu oxigen a celulelor este vitală. De asemenea vitamina C protejează suprarenala, previne ateroscleroza, scade glicemia.

- **Este călăul radicalilor liberi**, ajutând celulele din corpul tău să se reînnoiască în permanență. Fumatul echivalează cu o fabrică de radicali liberi, în consecință amatorii de nicotină ar trebui să se orienteze spre o hrană bogată în vitamina C.

- Funcțiile creierului ar fi complet blocate în absența vitaminei C.

După cum vezi, oamenii trebuie să aibă în vedere aportul regulat de vitamina C prin alimentele consumate, sau riscă probleme grave de sănătate. Vitamina C nu se formează în organism, dar importanța ei pentru sănătate este uriașă.

**Alimente bogate în vitamina C:** legumele (ardei, pătrunjel, spanac, varză, tomate, cartofi, ceapă etc.), fructe (citrice, fructe de pădure, mere etc.), plantele (măceș, cătină, măcriș, coada calului, lobodă, păpădie, alge etc.), polenul, lăptișor de matcă.

## A doua întrebare

### 2. Ai destule fibre în alimentația ta?

Insist asupra consumului de fibre (în medie 25 g/zi) pentru că ajută la vindecarea intestinului tău. Fibrele sunt ingrediente nedigerabile din mâncăruri care stimulează creșterea bacteriilor benefice și îți însănătoșește flora intestinală. Consumul de fibre nu îți protejează doar **colonul**, ci și inima, fiind predispus la un risc mai mic de accident vascular cerebral și chiar poți avea o viață mai lungă.

**Alimente bogate în fibre:** fructele, legumele, nucile, leguminoasele, sursele de inulină (napii, rădăcina de cicoare, rădăcina de păpădie), usturoiul crud, semințele de in.

Cerealele rafinate sunt sărace în fibre.

Carnea și produsele de la animale nu au deloc fibre.

## A treia întrebare

### 3. Ai introdus în alimentație probioticele (alimente fermentate)?

Poate nu știi ce sunt. Sunt organisme vii care:

- Îmbunătățesc echilibrul florei microbiene și suprimă microorganismele patogene.
- Sunt tipuri de probiotice ce pot fi folosite în profilaxia cancerului de colon, la reducerea colesterolului și a tensiunii arteriale.

- Mai adăugăm abilitatea probioticelor de a eradica *Helicobacter pylori*, de a reduce simptomele cauzate de antibiotice, cum ar fi diareea datorată bacteriei **Clostridium difficile**.

- Alimentele fermentate sunt dovedite că modulează răspunsurile imunitare prin sistemul imunitar al mucoasei intestinale; 80% din sistemul tău imunitar este localizat în sistemul tău digestiv. Acesta este un motiv în plus de a-ți îngriji flora intestinală, care este un element esențial al unei bune sănătăți. Un sistem imunitar puternic, care este sprijinit permanent de ecosistemul tău intern sănătos este apărarea nr. 1 împotriva tuturor bolilor, de la banala răceală la cancer.

- Alimentele fermentate au și un rol detoxifiant. Sunt cei mai buni chelatori – capabile să elimine o gamă largă de toxine și metale grele.

- Implementează această înțelepciune străveche alimentară! Pentru aceasta, învață să-ți faci în casă propriile tale alimente fermentate (murături, borș, iaurt, kefir). Legumele fermentate sunt ușor de făcut și reprezintă cea mai rentabilă cale de a introduce cantități mari de probiotice sănătoase în dieta ta. Îți poți face de toamna zecii de borcane cu legume fermentate, dar atenție, **nu cu oțet**, ci numai cu saramură, care pot conține de 100 de ori mai multe probiotice decât un singur supliment alimentar.

### Un sfat prețios:

- Adaugă o cantitate mică de aliment fermentat fiecărei mese (borș de exemplu, dar făcut în casă).

- Ca să beneficiezi la maxim de alimentele fermentate lactic, renunță la zahăr și la toate alimentele care conțin zahăr. Zahărul alimentează **bacteriile patogene, fungii din intestine**, drojdiile. Renunțând la zahăr faci ca **flora ta intestinală, care este al doilea ficat și al doilea creier**, să înflorească și aceasta este adevărata magie de refacere a sănătății tale. Repet, flora intestinală dictează dacă ești sănătos sau bolnav, ea îți poate îmbunătăți și starea afectivă.

Din fericire, ai putea și tu să-ți manipulezi propriul **microbiom** consumând alimente fermentate care conțin „bacterii bune”, ceea ce te-ar face să poștești ulterior doar alimente sănătoase.

### A patra întrebare

#### 4. Ai scaun zilnic?

„Am avut astăzi scaun”. Evacuarea colonului zilnic este importantă. **Moartea începe în colon**, spune înțelepciunea populară. Colonul reprezintă sistemul de canalizare a organismului și din când în când e bine să fie curățat. 90% din boli se datorează unui colon murdar (constipației).

Deci un mod de viață sănătos începe cu un colon sănătos.

### A cincea întrebare

#### 5. Ai magneziu suficient în hrana ta zilnică?

Multe boli sunt ascunse în spatele deficienței de magneziu. El este **mineralul antistres**, el luptă împotriva bătrâneții. intervine în peste 300 procese metabolice, este mineralul inimii, este colac de salvare pentru sistemul nervos. Prin urmare, nici o zi fără un **nectar verde** și un supliment de magneziu!

## MIJLOACE DE COMUNICARE (INSTRUMENTE) PROPRII CONCEPTE PENTRU EFICIENTIZAREA TRANSMITERII MESAJELOR ÎN PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII ORO-DENTARĂ

În cadrul proiectelor educaționale pentru preșcolari și școlari mici am conceput **cărți de colorat** cu tematică în relație cu igiena oro-dentară:

**1. „Dinți frumoși și sănătoși”**- realizată de renumitul caricaturist d-l Cristian Vecerdea tipărită de către Editura Nagard din Lugoj, în 2006, cu o copertă de Marius Enache



Coperta cărții de colorat(față/verso)

### CUVÂNT ÎNAINTE

Fie că mărturisim sau nu, toți ne dorim tinerețea fără bătrânețe și viața fără de moarte. Știm că e imposibil, dar continuăm să ni le dorim. Prolungirea stării de bine specifice tinereții prin menținerea pe timp cât mai îndelungat a sănătății e, însă, cu putință. Mijlocul sigur îl constituie un regim de viață sănătos.

La realizarea acestui deziderat contribuie o dantură sănătoasă, pe care să ne-o păstrăm integră cât mai mult timp. Alimentația bogată în minerale, în special în calciu, legume și fructe a mamei în timpul sarcinii, apoi a copilului, pe toată perioada dezvoltării sale, constituie prima condiție a păstrării sănătății dinților. O condiție la fel de importantă, deloc secundară, o reprezintă igiena gurii. Din păcate, ea este ignorată foarte adesea atât de adulți, cât și de copii.

Mulți dintre noi nu știu că sănătatea dinților "de lapte" este importantă pentru copiii noștri. Pornind de la ideea greșită că "acești dinți se strică și cad oricum, deci nu trebuie să ne batem capul cu ei", nu își învață copiii să se spele pe dinți după fiecare masă, nici nu îi duc la controale preventive de două ori pe an. Acești oameni nici măcar nu-și imaginează cât rău le fac, prin indiferența lor, celor pe care susțin că-i iubesc mai mult decât orice pe lume.

O altă prejudecată care încă se menține în anumite medii sociale este frica de medic, în special de medicul dentist, "înarmat" cu ace și freze cu care îi chinuie pe cei ce, împinși de durere, îi trec pragul. Dar de ce să se ajungă până la durere?! E mai simplu și

mai puțin costisitor să prevenim cariile decât să reparăm o dantură stricată. Rolul principal în formarea unor deprinderi trainice de viață sănătoasă revine, în primul rând, familiei. Părinții și bunicii trebuie să fie alături de cei tineri pentru ca ei să-și însușească stilul de viață care să le favorizeze o dezvoltare armonioasă și o existență lipsită de necazurile pricinuite de boli premature, la vârsta adultă. Cunoscându-i mai bine ca oricine pe micuții lor, ei vor găsi resurse de timp și energie să-i convingă, cu dragoste, cu umor, dar și cu consecvență, că e bine, plăcut să fii curat, frumos și sănătos.

Știm cu toții ce mult le place copiilor să deseneze și să coloreze. De fapt, "foană de imagini" a copilului e intim legată de primul stadiu al dezvoltării sale mentale, în care el gândește nu cu ajutorul conceptelor, ci al imaginilor. Prezintă-i poze, planșe, apoi oferindu-i posibilitatea de a le realiza chiar el, nu facem decât să sprijinim dezvoltarea mentală a copilului nostru. Să fim conștienți de faptul că o carte cu imagini înseamnă, pentru mintea copilului, ceea ce înseamnă aerul și apa pentru organism. Cartea de față, concepută împreună cu renumitul caricaturist Cristi Vecerdea - Criv, e menită să vină în ajutorul lor, al părinților și bunicii care încearcă să-i învețe pe cei mici, prin mijloacele accesibile gândirii lor, ce și cum trebuie să facă pentru a-și păstra dinții sănătoși, ca să nu mai aibă de ce să se teamă de medicul dentist. Să meargă la cabinetul medical așa cum ar merge în vizită la un prieten dispus să-i ajute și să-i apere de rău.

**2.,,Dințișorul cel curat"-** realizată de Victor Emanuel Blaga, folosind programul Photo-Shop. Cartea a fost tipărită de către Editura Nagard din Lugoj, în 2006, cu o copertă de Marius Enache.



**Coperta cărții de colorat față/verso**

## O POVESTE ADEVĂRATĂ

Chiar dacă par tari, rezistenți, dinții sunt părți fragile ale corpului uman. Pare de necrezut, dar smalțul lor, supus atacului bacterian în mediul umed al gurii, nu rezistă. Bacteriile, organisme minuscule pe care nu le putem evita, dau naștere cariilor dentare, hrănindu-se cu țesuturile organismului nostru. Din păcate, de răul pe care ni-l fac nu ne dăm seama decât foarte târziu, când caria deja s-a produs.

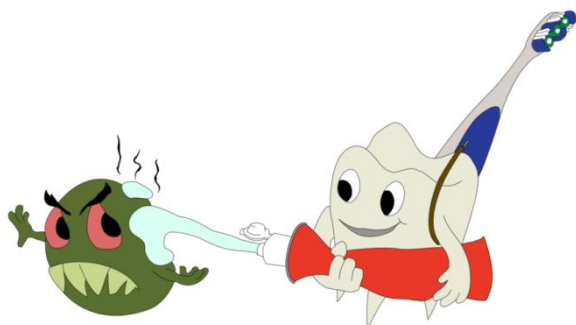
Este ca un război în care gura noastră ar fi o cetate bogată, mândră de palatul ei cu acoperișuri boltite din marmură roz și de arcadele largi, sprijinite pe coloane șlefuite din marmură albă, asupra căreia niște dușmani mărunți la trup și la minte, dar foarte vicleni, ar plănuia atacuri. Scopul lor nu e decât să consume, să distrugă, fără a pune nimic în loc, prădători fără judecată și fără milă, pe care nu-i vedem, nu-i auzim, nu-i putem prinde. Cu toate acestea, trebuie să apărăm un bun de preț: sănătatea noastră. Nu putem să așteptăm până observăm urmele atacului, până când dinții noștri se transformă într-o masă maronie, sfărâmcioasă, ca molozul. Atacul bacterian, trebuie să-l presupunem ca inevitabil și să-i prevenim efectele. Dacă inamicul pătrunde în palat, să-i pregătim acolo o ambuscadă.

Va fi o luptă grea, ca acelea pe care le vedem prin filme, în care eroii trebuie să înfrunte privirea celui pe care se pregătesc să-l ucidă? Nicidecum! Noi putem să mergem liniștiți la școală, la joacă, la sala de sport sau la teatru, putem citi o carte sau rezolva probleme de matematică, putem face tot ceea ce vrem! Avem aliați împotriva cariei dentare, chiar mulți, care își pun în slujba noastră știința, resursele bănești și rețelele de comunicare, cercetând zi și noapte modalități de prevenire a cariilor. Avem la dispoziție luptători fără număr, care se sacrifică, preschimbându-și trupurile în spumă și lăsându-le spălate de ape, numai pentru ca dinții noștri să-și păstreze scilipirile de marmură. Ce trebuie să facem noi în schimb? Mai nimic, câteva lucruri simple și necostisitoare. În primul rând, să ne consultăm tot timpul cu strategul acestei bătălii, medicul dentist. El poate face previziuni în privința căilor de atac ale bacteriilor, deci el va elabora și planul de apărare. Apoi, să ne aprovizionăm cu pastă de dinți, o periută moale cu mâner potrivit la dimensiunile mâinii noastre, cu apă dentară și cu apă de gură. Aceștia sunt „războinicii” noștri, gata de luptă contra unei solde foarte mici, care nu ne va sărăci bugetul. Dar, mai ales, să fim vigilenți tot timpul, pentru că bacteriile ce cauzează caria dentară nu dorm, nu se joacă, nu citesc cărți, nu rezolvă probleme de matematică, nu se duc la filme. Ele intră în gură odată cu alimentele pe care le consumăm și atacă încontinuu. Nu le putem respinge decât dacă ne spălăm pe dinți sau mestecăm gumă specială, cu efect de curățire a dinților și scădere a acidității (pH-ului). Să fim mereu în alertă, altfel inamicul ne va specula delăsarea și va ataca mai virulent.

Deseenele, realizate de Victor Emanuel Blaga, povestesc, prin imagini, despre un asemenea „război” îndelungat, de uzură, pe care aliații sănătății dinților îl duc pentru noi, împotriva bacteriilor și cariei dentare. Dacă îți place să desenezi, să colorezi și să-ți lași imaginația să zboare, ia-ți această carte și creioanele colorate și... pregătește-te să pomești la atac împreună cu aliații tăi!

Dr. RAMONA AMINA POPOVICI

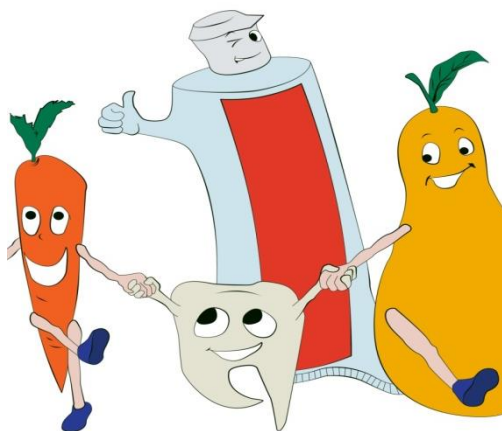
În carte imaginile sunt statice, dar par să „surprindă” un moment semnificativ “din mișcare” (instantaneu). Opțiunea de a folosi imagini statice pentru a împărtăși cunoștințe referitoare la determinanții sănătății orale s-a bazat pe relația particulară pe care acestea o au cu conținutul educațional transmis. Întrucât intenționăm să desemnez factorii de igienă și alimentari susceptibili să exercite o influență benefică asupra statusului dentar, am cerut designerului să creeze un număr de **imagini emblemă**, fiecare aflându-se în legătură cu un anumit determinant al stării de sănătate orală (periută și pasta de dinți, legumele și zarzavaturile, produsele lactate, apa dentară)



Planșa 1 din cartea de colorat “*Dințișorul cel curat*”



Planșa 2 din “*Dințișorul cel curat*”



Planșa 3 din cartea de colorat „*Dințișorul cel curat*”

Imaginile reprezentând obiecte au fost supuse transformării prin prozopopee, adică unei umanizări a caracteristicilor acestora, așa cum au fost reprezentate în imaginea simplificată a obiectelor, ceea ce a ușurat integrarea lor în “tiparul” unui scenariu epic memorat anterior, de-acum familiar copiilor.

În acest caz, imaginea centrală a fost reprezentarea expresivă, umanizată a unei bacterii care atacă țesutul gingival și suprafețele dentare (Planșa 1).

Încă un exemplu care duce la constituirea și consolidarea imaginii periajului corect, după cum sugerează imaginea reprezentând un molar care se spală cu peria sub duș. Imaginea se adresează în mod specific grupurilor de vârstă la care este, de fapt, esențială introducerea periajului ca prim element de prevenție.

**3., „Zâna Măseluță”-** realizată de Victor Emanuel Blaga, folosind programul Photoshop. Cartea a fost tipărită de către Editura Nagard din Lugoj, în 2007, cu o copertă de Marius Enache.

### **CUVÂNT ÎNAINTE**

*Mulți dintre noi nu știu că sănătatea dinților „de lapte” este importantă pentru copiii noștri. Se pornește de la ideea greșită că acești dinți o să cadă oricum, și o să crească alții în locul lor, copiii nu sunt îndrumați să se spele pe dinți după fiecare masă, nici nu sunt duși la controalele preventive de două ori pe an.. Însă uneori dințișorii de lapte nu vor să se clatine și îi blochează în creștere pe cei care ar trebui să le ia locul. Acești oameni nici măcar nu-și imaginează cât rău le fac, prin indiferența lor, celor pe care susțin că-i iubesc mai mult decât orice pe lume.*

*Părinții și bunicii trebuie să fie alături de cei micuți pentru ca ei sași însușească stilul de viață care să le favorizeze o dezvoltare armonioasă a danturii. Cunoscându-i mai bine ca oricine pe micuții lor, ei vor găsi resurse de timp și energie să-i convingă, cu dragoste, că este important să fii curat, frumos și sănătos.*

*Zâna Măseluță are și ea câteva sfaturi pentru cei dornici să le asculte:*

*Zâna Măseluță te învață: Du-te la control cât mai des, pentru ca dinții să nu se carieze și să-și păstreze strălucirea.*

*Zâna Măseluță te învață: Periază-ți dinții după fiecare masă.*

*Zâna Măseluță te învață: Mănâncă brânzeturi, fructe și legume crude, bea lapte cât mai mult, ca să ai dinți sănătoși și frumoși..*

*Zâna Măseluță te învață: Nu te teme să-ți scoți dinții care se clatină; în locul lor îți vor crește alții, mai puternici.*

*Zâna Măseluță te învață: Nu-ți fie rușine să porți aparatul ortodontic (de îndreptat dinții), dacă ai nevoie de el.*

*Zâna Măseluță te învață: Controlul dentar de două ori pe an te ajută să afli dacă dinții tăi sunt sănătoși.*

*Zâna Măseluță te învață: Ai grijă de sănătatea dinților, pe măsură ce apar. Păstrează-i ca pe un bun de preț!*

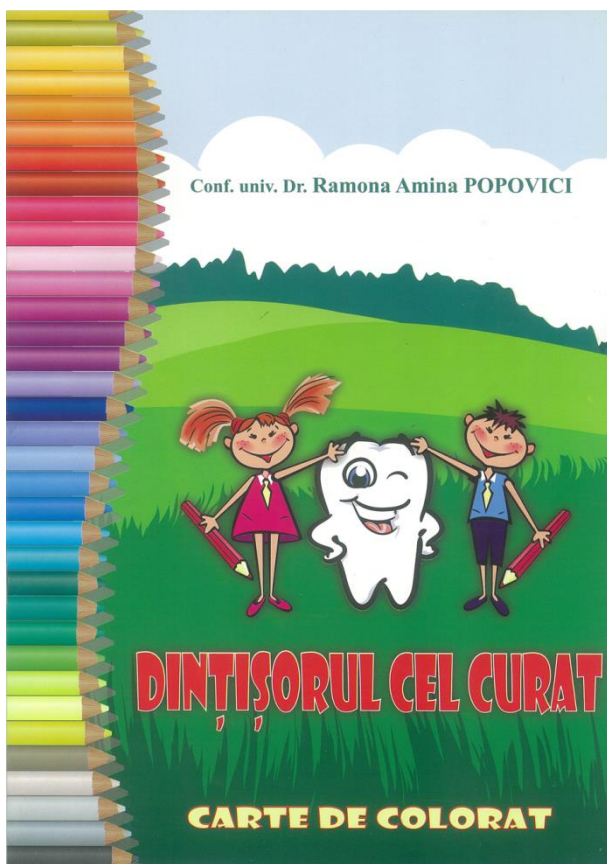
**Dr. Ramona Popovici**





Caracterul practic-aplicativ al acestui gen de acțiune educațională pe care l-am inițiat în cadrul acestui proiect constă în performarea de către copii a unor acte care să le provoace mental mesaje de reamintire atunci când se confruntă cu o nouă imagine a unei zâne sau prințese din alte povestiri.

**4. „Dințișorul cel curat”.** În această carte de colorat imaginile sunt însoțite și de versuri. Prin urmare, am folosit stimuli vizuali și lingvistici legați semantic de imagine. Și acesta este un punct important pe care am încercat să-l marchez în termeni de marketing social.



*Tiparul executat la*



TRADITIE SI CREDIBILITATE

MIRTON®

editură-tipografie-legătorie

RO-Timișoara, str. Samuil Micu nr. 7  
Tel.: 0256-225684, 272926; Fax: 0256-208924;  
e-mail: [mirton@mirton.ro](mailto:mirton@mirton.ro); [www.mirton.ro](http://www.mirton.ro)