

ROLUL COMUNICĂRII EFICIENTE ÎN CREȘTEREA CALITĂȚII ÎNGRIJIRII PERSOANELOR CU DIZABILITĂȚI

Prof. Univ. Ramona Amina POPOVICI¹
Dr. Sorana LIXANDRU²
Alexandra Magdalena IOANA³
Șef Lucrări Dr. Andreea- Mihaela KIS *¹
Laria Maria TRUSCULESCU¹
Denisa DOBRIN²
Alexandru MISCHIE⁴
Conf. Andreea SALCUDAN⁵
Ramona Camelia ANICULIA⁶

¹ Departamentul I, Departamentul de Management și Comunicare în Stomatologie, Facultatea de Stomatologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” Timișoara, ramona.popovici@umft.ro; Piața Eftimie Murgu Nr. 2, 300041 Timișoara, România; ramona.popovici@umft.ro;

² Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate

³ Școala Doctorală, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” Timișoara, Departamentul de Anatomie și Embriologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” Timișoara, Piața Eftimie Murgu Nr. 2, 300041 Timișoara, România; alexandra.ioana@umft.ro

⁴ Școala Doctorală, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” Timișoara, Piața Eftimie Murgu Nr. 2, 300041 Timișoara, România, alexandru.mischie@umft.ro

⁵ Departamentul de Bioetică, Deontologie și Comunicare Medicală, Universitatea de Medicină, Farmacie, Știință și Tehnologie „George Emil Palade” din Târgu Mureș, 540142 Târgu Mureș, România; andreea.salcudean@umfst.ro

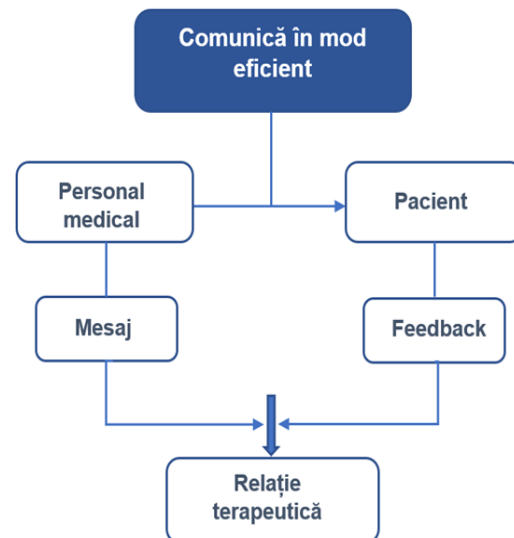
⁶ Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” Timișoara, Facultatea de Medicină, Departamentul V, Medicină Internă, Medicina Muncii; ramona.anculia@umft.ro

*Autor corespondent: Andreea- Mihaela KIS

Îngrijirea persoanelor cu dizabilități presupune o complexitate crescută a intervențiilor medico-sociale, fiind profund influențată de calitatea relației interumane dintre profesioniști și beneficiari. În acest context, comunicarea eficientă nu reprezintă un simplu instrument operațional, ci un pilon esențial al actului terapeutic și al îngrijirii holistice, în măsură să influențeze direct percepția calității serviciilor, gradul de cooperare al pacientului și rezultatele procesului de reabilitare.

Cuvinte cheie: Persoane cu dizabilități, aparținători, comunicare, respect, empatie, personal medical.

Figura 1. Schema comunicării personal medical-pacient



I. INTRODUCERE

Comunicarea reprezintă un proces interactiv prin care se transmite și se recepționează informație, atitudini, emoții și intenții, având ca finalitate înțelegerea mutuală. În domeniul medical, acest proces dobândește o valoare terapeutică și etică, contribuind la stabilirea unei relații de încredere între profesionistul din sănătate și pacient [1]. Comunicarea eficientă presupune nu doar exprimarea clară a informațiilor medicale, ci și ascultarea activă, adaptarea mesajului la nivelul de înțelegere al pacientului și luarea în considerare a contextului emoțional și cultural. (Figura 1)

Dimensiunile comunicării includ aspecte verbale (cuvinte rostite sau scrise), nonverbale (expresii faciale, gesturi, postură) și paraverbale (intonarea, volumul, ritmul vocii). Aceste componente funcționează sinergic, influențând semnificația mesajului transmis [2]. În practica medicală, este esențială alinierea acestor dimensiuni pentru a asigura coerență, autenticitate și respect în interacțiune.

În relația cu pacienții cu dizabilități, complexitatea comunicării crește, necesitând instrumente specifice și o conștientizare sporită a barierelor potențiale. Această adaptare nu este un act de concesie, ci o obligație profesională și morală ce reflectă calitatea serviciilor oferite.

II. SCOPUL /OBIECTIVE

Scopul principal al acestei cercetări este de a investiga percepția pacienților cu dizabilități și/sau a aparținătorilor acestora asupra calității comunicării în instituțiile medicale, precum și impactul acestei comunicări asupra gradului de satisfacție față de îngrijire și a accesului la servicii medicale adecvate.

Obiectivele cercetării

1. Să identifice modalitățile prin care personalul medical comunică cu pacienții cu dizabilități.
2. Să evalueze dificultățile de comunicare întâmpinate de persoanele cu dizabilități și/sau aparținători în interacțiunea cu instituțiile medicale.
3. Să analizeze nivelul de satisfacție perceput al beneficiarilor față de comunicarea cu personalul medical.
4. Să evidențieze diferențele de percepție în funcție de tipul de dizabilitate (mentală, de auz, de vorbire).
5. Să propună măsuri de îmbunătățire a comunicării în funcție de nevoile exprimate de respondenți.

III. MATERIAL ȘI METODE

Designul cercetării

Cercetarea este de tip cantitativ, transversal, descriptiv -analitic, având ca metodă principală aplicarea unui chestionar structurat. Studiul este orientat pe explorarea percepțiilor, dificultăților și nevoilor legate de comunicare în contextul îngrijirii medicale a persoanelor cu dizabilități.

Populația și eșantionul

Grupul țintă este reprezentat de:

- Persoane adulte cu dizabilități (în special dizabilități de vorbire, auz sau intelectuale ușoare/medii) care pot răspunde în mod autonom la chestionar.
- Aparținători (membri de familie, tutori legali) ai pacienților cu dizabilități moderate/severe, în special în cazurile în care comunicarea directă este limitată.

Eșantionul a fost format din 121 respondenți. S-au selectat din rândul beneficiarilor instituțiilor medicale (spitale, centre de recuperare, ambulatorii) dintr-un județul Timiș și prin diseminarea chestionarului pe grupuri de suport pentru persoane cu dizabilități de pe Facebook, având astfel atât chestionare fizice cât și online, care au fost toate reunite într-o bază de date comună.

Instrumentul de cercetare

Instrumentul principal a fost un chestionar standardizat, structurat pe următoarele secțiuni:

- Date demografice (vârstă, sex, statut – pacient/aparținător, tipul dizabilității).
- Experiența anterioară cu serviciile medicale.
- Modul în care comunică personalul medical (claritate, empatie, adaptare, utilizare de instrumente alternative).
- Dificultăți întâmpinate în comunicare.
- Nivelul de satisfacție față de comunicare (scală Likert).
- Sugestii de îmbunătățire.

Perioada cercetării - culegerea datelor s-a desfășurat pe parcursul a 2 luni, în perioada februarie- martie 2025.

Etica cercetării

Participarea la studiu a fost voluntară, anonimă și bazată pe consimțământ informat și s-au respectat normele de protecție a datelor cu caracter personal (GDPR), iar aprobarea etică va fi solicitată de la instituția coordonatoare.

Analiza statistică

Datele au fost introduse și procesate utilizând un program statistic (ex: SPSS și Excel). Analiza a inclus:

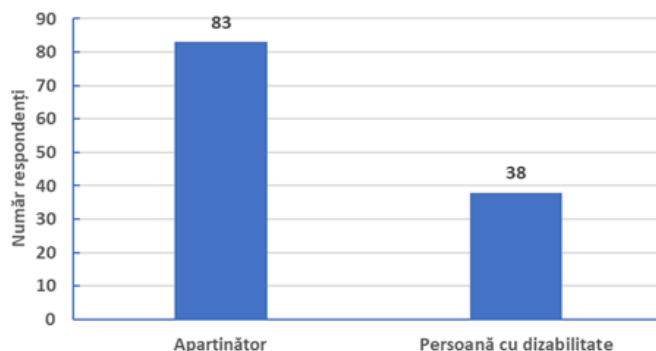
- Statistici descriptive: frecvențe, procente, medii, abateri standard.
- Analiza bivariată: teste de asociere între tipul de dizabilitate și percepția comunicării (chi-pătrat, test t pentru eșantioane independente).
- Analiza corelațiilor: între nivelul de satisfacție și gradul perceput de adaptare a comunicării.
- Prezentarea **grafică a rezultatelor**: tabele și diagrame (bare, circulare, distribuții cumulative).

IV. REZULTATE

4.1. Descrierea eșantionului

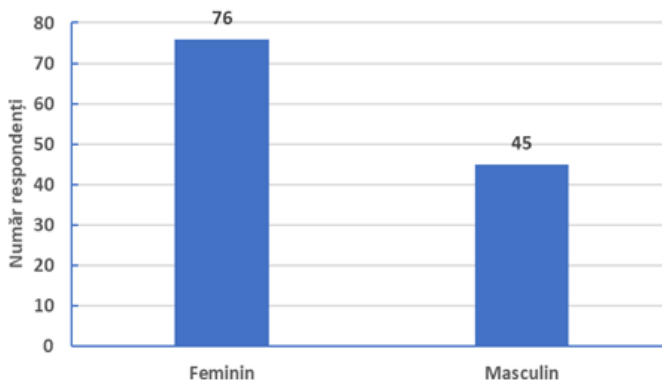
Studiul a fost realizat pe un eșantion format din 121 de subiecți, dintre care 83 (68,6%) au fost aparținători ai unor persoane cu dizabilități, iar 38 (31,4%) au fost persoane cu dizabilități capabile să răspundă autonom la întrebările din chestionar. Repartizarea pe aceste două categorii reflectă realitatea comunicării mediată frecvent de familie în cazurile de dizabilitate severă sau combinată. (Figura 2)

Figura 2. Distribuția subiecților după calitatea de persoană direct participantă sau aparținător



Din punct de vedere al distribuției pe sexe, predomină subiecții de sex feminin, în număr de 76 (62,8%), comparativ cu 45 (37,2%) de sex masculin. Această observație este consistentă cu literatura de specialitate, care arată că îngrijirea persoanelor cu dizabilități revine într-o proporție majoritară femeilor (mame, fiice, soții) [3]. (Figura 3)

Figura 3. Distribuția pe sexe a lotului studiat



Vârsta subiecților a variat între 18 și 77 de ani, cu o medie de aproximativ 44,3 ani și o abatere standard de 12,6 ani. Cei mai mulți respondenți se încadrează în intervalul de vârstă 35-54 ani (41,3%), urmat de grupa 18-34 ani (31,4%) și grupa peste 55 de ani (27,3%).

În ceea ce privește tipul de dizabilitate al beneficiarului, respondenții au indicat următoarele distribuții (posibil răspuns multiplu):

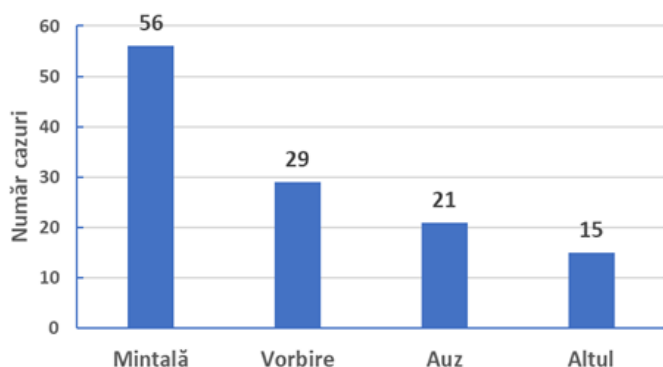
- Dizabilitate mintală/cognitivă – raportată la 56 de cazuri (46,3%)
- Dizabilitate de vorbire – raportată la 29 de cazuri (24%)

- Dizabilitate de auz – prezentă la 21 de cazuri (17,4%)

Alte dizabilități (inclusiv dizabilități motorii cu impact asupra exprimării) – 15 cazuri (12,4%)

Această diversitate permite o explorare comparativă a percepției asupra comunicării, în funcție de specificul dizabilității, fiind în concordanță cu clasificările funcționale propuse de OMS în cadrul International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [4]. (Figura 4)

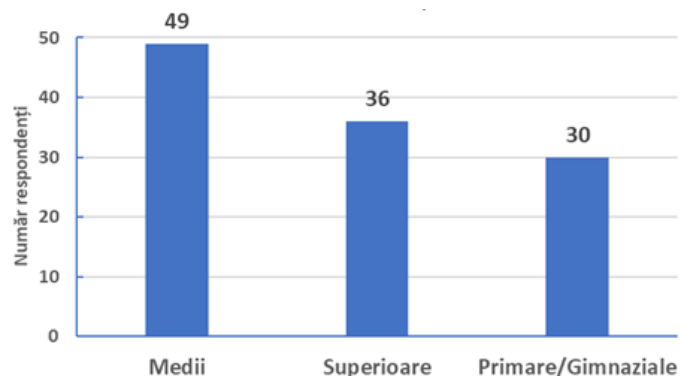
Figura 4. Tipul de dizabilitate al subiecților sau al celor pe care îi îngrijesc aparținătorii



Referitor la tipul de instituție medicală frecventată, 69 de respondenți (57%) au indicat interacțiuni recente cu spitale publice, 28 (23,1%) cu ambulatorii sau policlinici, 15 (12,4%) cu centre de recuperare și doar 9 (7,4%) cu spitale private. Această distribuție evidențiază o prevalență a accesării sistemului public, în acord cu studiile naționale privind accesul persoanelor cu dizabilități la servicii de sănătate [5].

În ceea ce privește nivelul de educație (răspuns opțional pentru 115 dintre participanți), distribuția a fost: studii medii – 49 subiecți (42,6%), studii superioare – 36 subiecți (31,3%), studii primare sau gimnaziale – 30 subiecți (26,1%), date care reflectă o heterogenitate educațională, ceea ce subliniază importanța adaptării limbajului și a canalului comunicațional folosit de personalul medical, pentru a asigura acces egal la înțelegerea mesajului [6]. (Figura 5)

Figura 5. Nivelul de educație

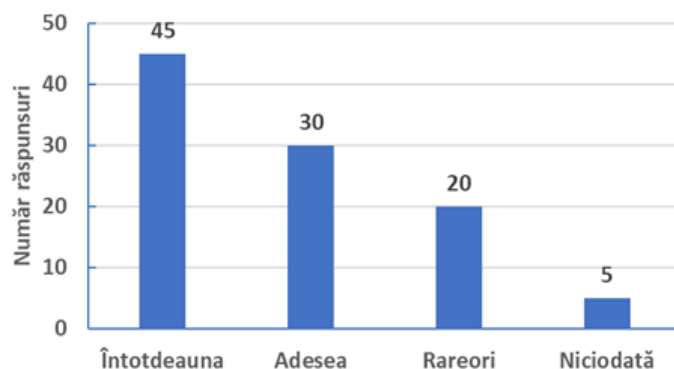


4.2. Analiza percepției comunicării

Rezultatele obținute indică o percepție general favorabilă privind respectul în interacțiunea medic-pacient:

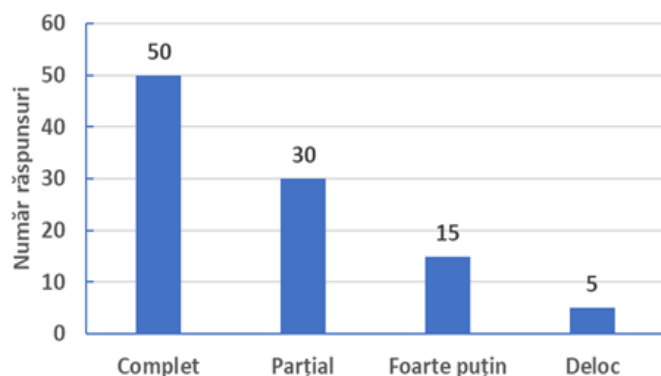
aproximativ 45% dintre respondenți au declarat că personalul medical s-a adresat „întotdeauna” cu respect, în timp ce 30% au selectat varianta „adesea”. Cu toate acestea, existența unui procent cumulativ de 25% care indică lipsă parțială sau totală de respect, atrage atenția asupra unui deficit de uniformitate în comportamentul profesional [7]. (Figura 6)

Figura 6. Respectul în comunicare perceput



În ceea ce privește gradul de înțelegere a explicațiilor medicale, 50% dintre participanți au afirmat că au înțeles complet mesajele transmise, iar 30% doar parțial. Este îngrijorător că 20% dintre respondenți au declarat o înțelegere scăzută sau deloc, ceea ce confirmă nevoia unei mai bune adaptări a limbajului medical, în special în cazul persoanelor cu dizabilități de natură cognitivă sau senzorială [8]. (Figura 7)

Figura 7. Percepția privind gradul de înțelegere al explicațiilor medicale primite

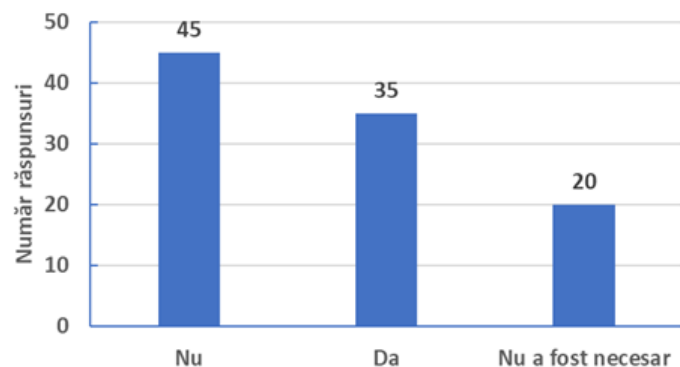


La întrebarea privind utilizarea unor metode de comunicare adaptate, doar 35% dintre respondenți au indicat că personalul medical a folosit astfel de metode (limbajul semnelor, scris, imagini etc.), în timp ce 45% au răspuns negativ, iar 20% au considerat că nu a fost necesar. Această statistică indică o lipsă de rutină în aplicarea principiilor comunicării incluzive și confirmă datele din literatura internațională privind formarea insuficientă a personalului în acest domeniu [9]. (Figura 8)

Referitor la empatie, doar 40% dintre respondenți au considerat că personalul a fost întotdeauna empatic, alți 45% selectând „uneori”, în timp ce 15% nu au simțit deloc empatie, aspect fundamental, întrucât empatia susține participarea activă a pacientului în procesul de

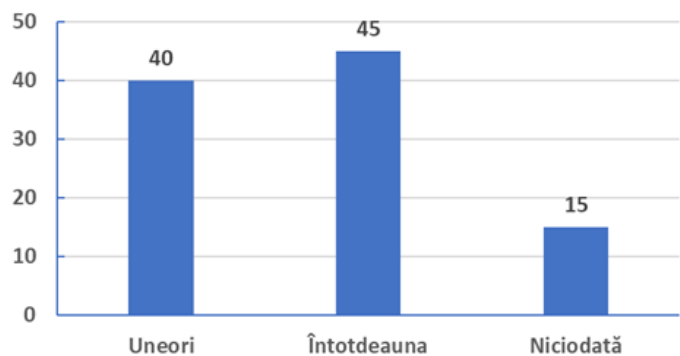


Figura 8. Folosirea metodelor de comunicare adaptate



îngrijire și influențează în mod direct satisfacția percepută [10]. (Figura 9)

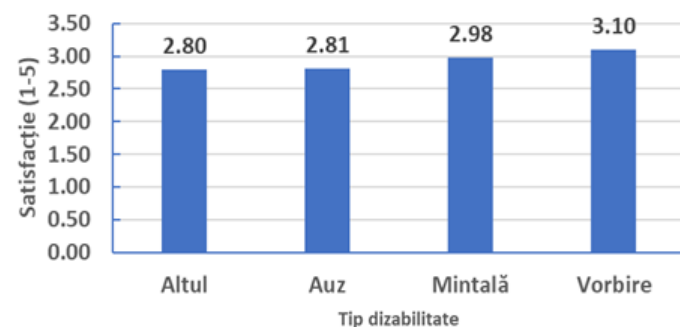
Figura 9. Empatia în comunicare a personalului medical



Analiza diferențelor în nivelul mediu de satisfacție relevă diferențe semnificative între percepțiile diverselor categorii de respondenți, atât în funcție de tipul dizabilității, cât și de statutul acestora.

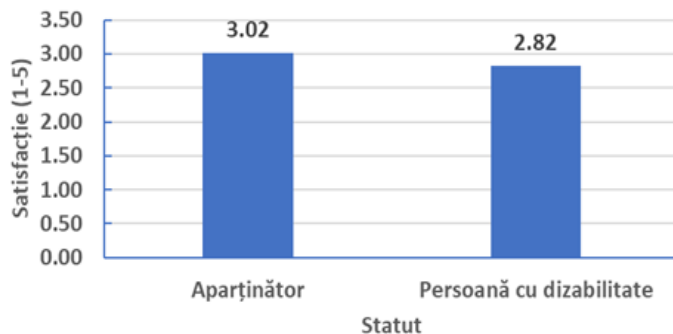
Pacienții cu dizabilități de vorbire au raportat cel mai înalt nivel mediu de satisfacție (3.10), urmat de cei cu dizabilitate mintală (2.98). Este posibil ca dificultățile de exprimare orală să fie parțial compensate de sprijinul primit sau de metode alternative de comunicare mai bine înțelese în rândul personalului. În schimb, persoanele cu dizabilități de auz (2.81) și cei care au selectat „alt tip” (2.80) prezintă cele mai scăzute niveluri de satisfacție, sugerând lipsa unor metode eficiente și sistematice de adaptare a mesajelor la nevoile lor specifice – o problemă evidențiată frecvent în cercetările internaționale [9, 11]. (Figura 10)

Figura 10. Analiza corelației dintre tipul de dizabilitate și nivelul de satisfacție al comunicării



În ceea ce privește statutul respondenților, aparținătorii tind să aprecieze comunicarea cu personalul medical ceva mai favorabil (3.02), comparativ cu persoanele cu dizabilități (2.82). Această diferență poate fi explicată atât prin faptul că aparținătorii pot interveni pentru a compensa deficiențele comunicative ale pacientului, cât și printr-o percepție mai tolerantă, dat fiind rolul lor de intermediar [7, 8]. (Figura 11)

Figura 11. Analiza corelației dintre nivelul de satisfacție și statutul participantului



Diferențele între categorii indică nevoia unei politici instituționale diferențiate, care să vizeze formarea cadrelor medicale nu doar în comunicarea generală cu persoanele cu dizabilități, ci și în funcție de tipul funcțional specific al dizabilității. Studiile arată că doar o abordare segmentată poate duce la o comunicare eficientă, în special în cazul pacienților cu deficiențe senzoriale sau multiple [10].

În concluzie, datele evidențiază importanța personalizării comunicării și a unei strategii clare de incluziune comunicațională, adaptate realităților diversificate ale dizabilităților, cu accent pe îmbunătățirea instruirii personalului și integrarea mijloacelor de comunicare asistivă acolo unde este necesar.

V. DISCUȚII

Rezultatele obținute în această cercetare evidențiază în mod clar existența unor diferențe semnificative în percepția comunicării în instituțiile medicale, influențate atât de tipul dizabilității, cât și de statutul respondentului (pacient vs. aparținător). Aproximativ un sfert dintre respondenți au raportat lipsa respectului în interacțiunile cu personalul medical, în timp ce doar jumătate au înțeles complet explicațiile primite. Aceste date indică o discrepanță între idealul comunicării centrate pe pacient și practica reală din instituțiile medicale. Aceste rezultate sunt susținute de literatura internațională, care arată că persoanele cu dizabilități, în special cele cu deficiențe senzoriale și cognitive, întâmpină frecvent bariere în comunicare, ce duc la excludere, confuzie și neîncredere în sistemul medical [3, 7, 8]. De asemenea, lipsa unor metode alternative de comunicare (limbajul semnelor, pictograme, dispozitive asistive) a fost menționată de 45% dintre respondenți – un fapt documentat și de OMS, care recomandă integrarea tehnologiilor de sprijin ca standard în îngrijirea acestor pacienți [4,9].

Interesant este că aparținătorii au raportat un nivel mediu de satisfacție ușor mai ridicat

decât pacienții înșiși. Aceasta poate reflecta o percepție protecționistă și o comunicare mediată care, deși eficientizează accesul la informații, reduce autonomia pacientului – aspect problematic în etica medicală contemporană [10].

Nivelul cel mai scăzut de satisfacție a fost asociat cu pacienții cu dizabilități de auz și alte forme complexe, sugerând o lipsă cronică de pregătire a personalului în gestionarea comunicării vizuale sau în lucrul cu interpreți autorizați – o tendință semnalată și în cercetările europene privind incluziunea persoanelor cu dizabilități în sistemele de sănătate [11].

Comunicarea eficientă în domeniul medical este o componentă esențială a îngrijirii centrate pe pacient și un indicator al calității serviciilor de sănătate. În cazul persoanelor cu dizabilități, comunicarea nu este doar un mijloc de transfer de informații, ci devine un instrument terapeutic în sine, cu rol în susținerea autonomiei, înțelegerea planului de tratament, obținerea consimțământului informat și promovarea relației de încredere între pacient și personalul medical. Rezultatele cercetării noastre evidențiază faptul că, în ciuda unor bune intenții din partea sistemului sanitar, persistă lacune semnificative în asigurarea unei comunicări eficiente și incluzive.

Una dintre cele mai relevante constatări ale studiului este faptul că doar aproximativ jumătate dintre respondenți au afirmat că au înțeles complet explicațiile medicale primite, în timp ce restul au raportat o înțelegere parțială, scăzută sau chiar absentă. Acest aspect reflectă o realitate larg documentată în literatura de specialitate: comunicarea clinică este adesea afectată de suprasolicitaarea personalului, de lipsa formării în comunicare cu persoane cu dizabilități și de absența unor protocoale standardizate [12,13].

În mod particular, pacienții cu dizabilități senzoriale (auz, vorbire) sau mintale sunt mai expuși riscului de a nu înțelege indicațiile medicale, ceea ce poate conduce la erori de tratament, anxietate crescută și un sentiment de excludere. În România, unde resursele sistemului public sunt limitate, aceste probleme se acutizează prin absența unor politici instituționale clare privind comunicarea adaptată și prin insuficiența personalului instruit pentru nevoile speciale [14].

Unul dintre factorii recurenți menționați atât în studiile internaționale, cât și în observațiile empirice ale cercetării noastre este lipsa de timp alocat fiecărui pacient. În sistemele medicale supraaglomerate, cum este cel românesc, timpul alocat consultației este adesea insuficient chiar și pentru pacienții fără dificultăți de comunicare. În cazul pacienților cu dizabilități, care necesită timp suplimentar pentru exprimare, clarificare sau utilizarea de instrumente alternative, timpul scurt disponibil devine o barieră esențială în realizarea unei comunicări autentice [15]. Fenomenul acesta este agravat de presiunea pe eficiență birocratică, volumul mare de pacienți și lipsa personalului de sprijin, cum ar fi interpreții de limbaj mimico-gestual, consilierii de comunicare sau chiar voluntarii instruiți. Timpul limitat reduce capacitatea de ascultare activă, împiedică verificarea înțelegerii și descurajează punerea de întrebări din partea pacientului – toate fiind componente fundamentale ale comunicării centrate pe persoană [16].

Un alt aspect crucial evidențiat de cercetare este lipsa unei formări sistematice în comunicarea adaptată. Majoritatea cadrelor medicale nu au beneficiat, în timpul studiilor universitare sau postuniversitare, de module dedicate comunicării cu persoane cu dizabilități. În lipsa acestei pregătiri, personalul medical fie recurge la metode intuitive (adesea ineficiente), fie evită dialogul, fapt care amplifică excluderea comunicativă [17].

Literatura arată că simpla empatie, fără tehnici și cunoștințe specifice, nu este suficientă. Sunt necesare intervenții educaționale bazate pe simulări, exerciții de reflecție profesională, contact direct cu persoane cu dizabilități și training în utilizarea instrumentelor asistive [18]. În unele state, aceste cerințe au fost integrate în standardele de calitate ale instituțiilor medicale, dar în România asemenea inițiative sunt rare sau inexistente. Pe lângă relația directă dintre pacient și furnizorul de servicii, trebuie subliniată și importanța comunicării intraechipă. Pentru pacienții cu dizabilități, care beneficiază adesea de o abordare multidisciplinară, este esențial ca toți membrii echipei să aibă acces la aceleași informații și să adopte o linie coerentă de comunicare. Lipsa unui limbaj profesional comun, absența întâlnirilor de echipă și deficiențele de documentare duc la mesaje contradictorii și confuzie în rândul pacientului și familiei [19].

Un alt rezultat important al studiului constă în identificarea lipsei unor politici instituționale clare privind comunicarea incluzivă. Doar o mică parte dintre respondenți au menționat existența unor facilități specifice pentru comunicare: pliante adaptate, personal cunoscător al limbajului semnelor, ghiduri vizuale, tablete cu aplicații de exprimare etc. Această realitate indică o neconcordanță gravă între dreptul legal la informare și realitatea practică, ceea ce contribuie la perpetuarea inechităților [20].

Pe plan internațional, organisme precum Organizația Mondială a Sănătății și Biroul Înaltului Comisar pentru Refugiați (UNHCR) recomandă explicit integrarea comunicării incluzive în strategiile de dezvoltare instituțională. În România, însă, această recomandare rămâne de cele mai multe ori ignorată, iar responsabilitatea este transferată personalului, în lipsa unei infrastructuri de sprijin [21].

Un element interesant al cercetării a fost constatarea diferenței dintre percepția pacienților și a aparținătorilor. Deși ambii actori sunt implicați în comunicarea medicală, aparținătorii tind să raporteze o satisfacție mai mare, posibil pentru că acționează ca intermediari și au o înțelegere mai completă a informațiilor. Totuși, această intermediere poate diminua autonomia pacientului și ridică probleme etice dacă deciziile sunt luate în absența unei înțelegeri directe din partea persoanei afectate [18,22].

În plus, cercetările recente susțin că implicarea activă a pacientului – chiar cu dizabilități – este preferabilă delegării comunicării, întrucât contribuie la creșterea responsabilizării și a stimei de sine, cu efecte pozitive asupra reabilitării și calității vieții [23].

Tehnologia poate oferi o soluție parțială la unele dintre problemele menționate anterior. Aplicațiile mobile, softurile de sinteză vocală, tabletele cu pictograme, traducerea automată în limbajul semnelor sau comunicarea scrisă asistată pot facilita semnificativ interacțiunea cu pacienți cu dizabilități [56]. Din păcate, în România, →

În lipsa unui cadru instituțional și financiar care să susțină integrarea tehnologiei în practica curentă, acest potențial rămâne nerealizat, în ciuda eficienței demonstrate în alte țări [24].

VI. CONCLUZII

Comunicarea eficientă reprezintă un element central al calității îngrijirii acordate persoanelor cu dizabilități, cu impact direct asupra înțelegerii actului medical, complianței la tratament și percepției de siguranță în sistemul sanitar.

Aproximativ jumătate dintre respondenți au declarat dificultăți de înțelegere a mesajului medical, fapt ce subliniază o lipsă de adaptare a limbajului profesional la nevoile funcționale ale pacienților cu dizabilități.

Respectul și empatia personalului medical au fost apreciate ca fiind prezente în majoritatea cazurilor, însă cu variații semnificative în funcție de tipul dizabilității, ceea ce sugerează o aplicare inegală a principiilor comunicării centrate pe pacient.

Pacienții cu dizabilități de auz și cei cu alte forme severe de dizabilitate au raportat cele mai scăzute niveluri de satisfacție, reflectând o inadecvare structurală a instituțiilor medicale față de nevoile acestora.

Apartținătorii au perceput comunicarea ca fiind mai eficientă decât pacienții înșiși, indicând un posibil dezechilibru între comunicarea directă și comunicarea mediată, cu riscuri asupra autonomiei pacientului.

Instrumentele de comunicare adaptată (limbajul semnelor, pictograme, dispozitive asistive) au fost rar utilizate, în ciuda dovezilor privind eficiența lor în alte sisteme de sănătate.

Lipsa de timp disponibil pentru consultație a fost identificată ca un obstacol sistemic major, care reduce considerabil calitatea comunicării, mai ales în cazurile complexe.

Profesionalizarea insuficientă în comunicarea incluzivă a fost confirmată de lipsa formării în acest domeniu, atât în educația medicală de bază, cât și în formarea continuă.

Comunicarea în echipa medicală este adesea fragmentată, afectând coerența mesajelor transmise pacientului și generând neînțelegeri sau redundanțe.

Nu există politici instituționale coerente privind comunicarea cu pacienții cu dizabilități, ceea ce determină un transfer inadecvat al responsabilității către personalul de execuție.

Tehnologia asistivă este un potențial nevalorificat, din cauza lipsei dotărilor, a competențelor digitale și a cadrului administrativ de implementare.

Studiul confirmă existența unor nechități structurale în accesul la o comunicare de calitate, ceea ce impune reforme urgente la nivel de politici publice, formare profesională și infrastructură comunicațională.

Direcții viitoare de cercetare

- Studiu calitativ aprofundat (interviuri, focus grupuri) cu pacienți și aparținători, pentru înțelegerea experiențelor emoționale și a percepțiilor asupra interacțiunii medicale.
- Evaluarea impactului intervențiilor educaționale privind comunicarea incluzivă în rândul personalului

medical, prin proiecte pilot de formare.

- Analiza comparativă între diferite regiuni sau tipuri de instituții (public/privat) pentru a identifica bune practici și discrepanțe în abordarea comunicării cu pacienții cu dizabilități.

Contribuții proprii ale cercetării

- A realizat o evaluare sistematică, cu instrument cantitativ validat, a percepției comunicării în rândul unui grup relevant de pacienți cu dizabilități și aparținători.
- A identificat tipare diferențiate de satisfacție în funcție de tipul dizabilității și statutul respondentului, oferind un cadru de segmentare a intervențiilor de îmbunătățire.
- A propus un plan strategic în 8 obiective concrete, care poate fi implementat instituțional în scopul îmbunătățirii comunicării cu pacienții cu dizabilități.
- A pus în evidență lipsurile critice ale sistemului sanitar românesc privind resursa de timp, formare profesională și politici comunicaționale, fundamentând nevoia de reformă.
- A corelat datele obținute cu literatura științifică internațională, contribuind la consolidarea bazei de cunoștințe în domeniul comunicării medicale incluzive în România.

Bibliografie

1. Hall J, Roter D, Katz N. Task versus socioemotional behaviors in physician communication. *Med Care*. 1988;26(4):391–402.
2. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. 3rd ed. CRC Press; 2013.
3. Alborz A, McNally R, Glendinning C. Access to healthcare for people with learning disabilities in the UK: mapping the issues and reviewing the evidence. *J Health Serv Res Policy*. 2005;10(3):173–182.
4. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). WHO Press; 2001.
5. Vlădescu C, Scintee G, Olsavszky V, Hernández-Quevedo C, Sagan A. Romania: Health system review. *Health Syst Transit*. 2016;18(4):1–170.
6. Tervo RC, Palmer G, Redinius P. Health professional student attitudes towards people with disability. *Clin Rehabil*. 2004;18(8):908–915.
7. Krahn GL, Walker DK, Correa-De-Araujo R. Persons with disabilities as an unrecognized health disparity population. *Am J Public Health*. 2015;105 Suppl 2 (Suppl 2):S198–206.
8. Shakespeare T, Iezzoni LI, Groce NE. Disability and the training of health professionals. *Lancet*. 2009;374 (9704):1815–1816.
9. Larson EB, Yao X. Clinical empathy as emotional labor in the patient–physician relationship. *JAMA*. 2005;293(9):1100–1106.
- 10.

Bibliografia continuă în pagina următoare

Continuarea bibliografiei din pagina precedentă

10. Smeltzer SC. Improving communication with patients with disabilities: The health care provider's role. *Home Healthc Nurse*. 2007;25(7):443–451
- Morris MA, Gilbert J, Chung M, Clark NM. The role of health literacy in explaining racial/ethnic disparities in asthma. *Arch Intern Med*. 2006;166(17):1843–1849.
11. Morris MA, Gilbert J, Chung M, Clark NM. The role of health literacy in explaining racial/ethnic disparities in asthma. *Arch Intern Med*. 2006;166(17):1843–1849.
12. World Health Organization. Disability and health fact sheet. WHO; 2022.
13. Iezzoni LI. Eliminating health and health care disparities among the growing population of people with disabilities. *Health Aff*. 2011;30(10):1947–1954.
14. Taylor HR, Boudville AI, Anjou MD. The roadmap to close the gap for vision: full report. Melbourne: Indigenous Eye Health Unit, The University of Melbourne; 2012.
15. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 7th ed. Oxford University Press; 2013.
16. Zazove P, Meador HE, Reed BD, et al. U.S. medical schools' compliance with the Americans with Disabilities Act: findings from a national survey. *Acad Med*. 2016;91(7):979–986.
17. UN Human Rights Council. Report on the rights of persons with disabilities to the highest attainable standard of health. United Nations; 2020.
18. Smeltzer SC, Avery C, Haynor P. Interactions of people with disabilities with nursing staff during hospitalization: a qualitative study. *Disabil Health J*. 2012;5(1):16–23.
19. UNICEF. Children and young people with disabilities fact sheet. Geneva: WHO/UNICEF; 2015.
20. UN Human Rights Council. Report on the rights of persons with disabilities to the highest attainable standard of health. United Nations; 2020
21. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 7th ed. Oxford University Press; 2013.
22. Kroll T, Jones GC, Kehn M, Neri MT. Barriers and strategies affecting the utilisation of preventive services for people with physical disabilities. *Health Soc Care Community*. 2006;14(4):284–293.
23. Blackstone SW, Pressman H. Patient communication in health care settings: new opportunities for augmentative and alternative communication. *Augment Altern Commun*. 2016;32(1):69–79.
24. Brady NC, Bruce S, Goldman A, Erickson K. Communication services and supports for individuals with severe disabilities: guidance for