

**UNIVERSITATEA PEDAGOGICĂ DE STAT „ION CREANGĂ”
DIN CHIȘINĂU**

Cu titlu de manuscris

C.Z.U.: 378.015+159.9(043.3)

OALA Viorica

**TEHNOLOGII DIDACTICE UNIVERSITARE
DE FORMARE A EMPATIEI PROFESIONALE
A STUDENȚILOR MEDICINIȘTI**

Specialitatea 531.01 – Teoria generală a educației

Teză de doctor în științe ale educației

Conducător științific:



Borozan Maia,

doctor habilitat în pedagogie,
profesor universitar

Autoare:



OALA Viorica

CHIȘINĂU, 2026

© OALA Viorica, 2026

CUPRINS:

ADNOTARE	5
ANNOTATION	6
LISTA ABREVIERILOR	7
LISTA TABELELOR	8
LISTA FIGURILOR	9
INTRODUCERE	10
1. FUNDAMENTE TEORETICE PRIVIND EMPATIA PROFESIONALĂ	
LA STUDENȚII MEDICINIȘTI	21
1.1. Evoluția și semnificațiile științifice ale conceptului de empatie	21
1.2. Empatia ca dimensiune a profesionalismului medical.....	33
1.3. Empatia medicală în aria culturii emoționale	39
1.4. Concluzii la capitolul 1	45
2. CONTEXTUL UNIVERSITAR AL DEZVOLTĂRII EMPATIEI MEDICALE.....	46
2.1. Factori determinanți în dezvoltarea empatiei medicale	47
2.2. Atitudini profesionale ale studenților mediciști în contextul provocărilor actuale	52
2.3. Premise ale formării profesionale inițiale a empatiei medicale.....	58
2.4. Modelul teoretic al empatiei medicale	68
2.5. Concluzii la capitolul 2	81
3. DEMERSUL EXPERIMENTAL AL FORMĂRII EMPATIEI MEDICALE	
LA STUDENȚII MEDICINIȘTI	82
3.1. Designul experimentului pedagogic de evaluare a nivelurilor de formare a empatiei medicale.....	83
3.2. Valori medii comparate privind impactul <i>Tehnologiei didactice universitare de formare a empatiei profesionale la studenții mediciști</i>	99
3.3. Concluzii la capitolul 3	146
CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI	148
BIBLIOGRAFIE	151

ANEXE	178
Anexa 1. Glosar de termeni.....	178
Anexa 2. Manual universitar Tehnologia didactică universitară de formare a empatiei medicale la studenții mediniști.....	181
Anexa 3. Chestionarul Scala de empatie Jefferson.....	182
Anexa 4. Fișa de observare a Empatiei.....	184
Anexa 5. Scala de contagiune emoțională.....	186
Anexa 6. Chestionarul de evaluare a empatiei emoționale (QMEE-adaptat pentru studenții mediciniști.....	187
Anexa 7. Scala de evaluare a empatiei relaționale în consultația medicală (CARE-adaptată).....	188
Anexa 8. Teste de evaluare a empatiei medicale aplicate la disciplina Limba engleză (ESS) pe secțiuni și componente.....	189
Anexa 9. Indicele de Reactivitate Interpersonală (IRI) – versiune adaptată studenților mediciniști.....	200
Anexa 10. Modulul empatia medicală integrat în conținutul disciplinei universitare la programele de licență.....	201
Anexa 11. Confirmarea realizării experimentului pedagogic în învățământul superior.....	203
Declarația privind asumarea răspunderii.....	204
CURRICULUM VITAE	205

ADNOTARE

OALA Viorica

„Tehnologii didactice universitare de formare a empatiei profesionale a studenților mediciniști”, Chișinău, 2026

Structura tezei include : introducere, trei capitole, concluzii generale și recomandări, bibliografie din 337 de surse, adnotare (română, engleză), concepte-cheie în limbile română și engleză, lista abrevierilor, 150 pagini de text de bază, 17 de tabele, 20 figuri, 11 anexe.

Publicații la tema tezei: 14 lucrări științifice.

Concepte-cheie: empatie, empatie profesională, cultură emoțională, tehnologii didactice universitare, studenți mediciniști, formare profesională inițială, învățământ superior medical.

Domeniul de studiu: Teoria generală a educației

Scopul investigației constă în conceptualizarea și validarea experimentală a Tehnologiei didactice universitare de formare a empatiei la studenții mediciniști.

Obiectivele cercetării vizează determinarea fundamentelor științifice ale empatiei medicale; studiul politicilor educaționale relevante promovării EM în formarea profesională inițială a studenților mediciniști; conceptualizarea științifică a Modelului teoretic al EM în termeni de valori, indicatori și descriptori; diagnosticarea experimentală a nivelurilor și descrierea specificului EM a studenților mediciniști la debutul formării profesionale; elaborarea, implementarea și validarea experimentală a Tehnologiei didactice universitare de formare a empatiei profesionale la studenții mediciniști; edificarea unor noi cunoștințe științifice specifice dezvoltării EM.

Noutatea și originalitatea științifică a cercetării constă în: determinarea fundamentelor teoretice privind EM în contextul formării profesionale inițiale; conceptualizarea empatiei medicale ca sistem integrativ de capacități axiologice, cognitive, afective și de leadership medical, elaborate în acord cu cerințele profesiei medicale și ale educației universitare contemporane; descrierea specificului formării EM la studenții mediciniști; elaborarea și fundamentarea *Modelului teoretic al empatiei medicale* în contextul exigențelor practicii clinice centrate pe pacienți; stabilirea indicatorilor, descriptorilor, valorilor și a criteriilor de evaluare a empatiei medicale, structurate în baza componentelor empatiei medicale; elaborarea și validarea experimentală a *Tehnologiei didactice universitare de formare a empatiei profesionale*, integrată în curriculumul disciplinei *Limba engleză*; formularea concluziilor și recomandărilor științifice privind formarea EM în procesul de formare profesională inițială a studenților mediciniști.

Rezultatele obținute ce contribuie la soluționarea unei probleme științifice importante în cercetare vizează definirea empatiei medicale din perspectivă interdisciplinară, Modelul teoretic al empatiei medicale, indicatorii, descriptorii, valorile și criteriile de evaluare a EM și Tehnologia didactică universitară de formare a empatiei profesionale la studenții mediciniști, valori teoretico-praxiologice care au contribuit la optimizarea formării profesionale inițiale a studenților mediciniști în învățământul medical.

Semnificația teoretică a cercetării rezultă din: conceptualizarea EM din perspectivă interdisciplinară și clarificarea conținutului științific al acesteia la nivel de structură și conținut; interpretarea elementelor Modelului teoretic al empatiei medicale, structurat în componentele: axiologie medicală, cognitivă, afectivă și leadership medical; argumentarea teoretică și descrierea indicatorilor, descriptorilor și valorilor EM; formularea criteriilor de evaluare a EM în contextul formării profesionale inițiale.

Valoarea aplicativă a cercetării constă în: determinarea metodologiei de cercetare a EM la studenții mediciniști; diagnosticarea nivelurilor și a specificului empatiei medicale în context universitar; aplicarea în procesul didactic universitar a indicatorilor, descriptorilor, valorilor și criteriilor de evaluare a EM; implementarea în practica universitară a Tehnologiei didactice universitare de formare a empatiei profesionale prin integrarea modulului „Empatia medicală” în cadrul disciplinei *Limba engleză*; formularea concluziilor și recomandărilor metodologice pentru integrarea EM în paradigma educației centrate pe pacienți și a formării competențelor socioemoționale în învățământul superior.

Implementarea rezultatelor științifice s-a realizat prin cercetări teoretice și experimentale desfășurate în cadrul Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, cu participarea studenților mediciniști din anul I.

ANNOTATION

OALA Viorica

“University Teaching Technologies for Developing the Professional Empathy of Medical Students”, Chişinău, 2026

The thesis structure includes introduction, three chapters, general conclusions and recommendations, a bibliography of 337 sources, annotation in Romanian and English, key concepts in Romanian and English, a list of abbreviations, 150 pages of basic text, 17 tables, 20 figures and 11 annexes.

Publications on the research topic: 14 scientific papers.

Key-concepts: empathy, medical empathy, emotional culture, university didactic technologies, medical students, initial professional training, higher medical education.

Field of study: General Theory of Education

The purpose of the research consists of the conceptualization and experimental validation of the university didactic technology for developing empathy in medical students.

Research objectives are aimed at: to determine the scientific foundations of ME; to examine educational policies relevant to promoting ME in the initial professional training of medical students; to develop a scientific conceptualization of the Theoretical model of ME in terms of values, indicators, and descriptors; to conduct an experimental diagnosis of the levels and specific features of ME in medical students at the beginning of their professional training; to design, implement, and experimentally validate a university didactic technology for the development of professional empathy in medical students; to generate new scientific knowledge related to the development of ME.

The scientific novelty and originality consist in: determining the theoretical foundations of ME within the context of initial professional training; conceptualizing ME as an integrative system of axiological, cognitive, affective, and medical leadership capacities, aligned with the requirements of the medical profession and contemporary higher education; describing the specific features of medical empathy formation in medical students; developing and substantiating the Theoretical model of ME in relation to patient-centered clinical practice; establishing indicators, descriptors, values, and evaluation criteria structured according to the components of ME; designing and experimentally validating a University didactic technology for the development of professional empathy, integrated into the curriculum of English for Specific Purposes; and formulating scientific conclusions and recommendations regarding the development of medical empathy in initial professional training.

The results that contribute to the solution of an important scientific problem, include: the interdisciplinary definition of ME; the Theoretical model of ME; the system of indicators, descriptors, values, and evaluation criteria; and the University didactic technology for developing professional empathy in medical students—elements that have contributed to optimizing their initial professional training in medical education.

The theoretical significance of the research results from: the interdisciplinary conceptualization of medical empathy and the clarification of its scientific content at the structural and functional levels; the interpretation of the components of the Theoretical model (medical axiology, cognitive, affective, and leadership dimensions); the theoretical substantiation of indicators, descriptors, and values; and the formulation of evaluation criteria for ME in the context of initial professional training.

The praxiological value of research consists in: establishing a research methodology for medical empathy in medical students; diagnosing the levels and specific features of medical empathy in the university context; applying indicators, descriptors, values, and evaluation criteria within the teaching process; implementing the University didactic technology through the integration of the “Medical Empathy” module into the English for Specific Purposes course; and formulating methodological recommendations for integrating medical empathy into patient-centered education and socio-emotional competence development in higher medical education.

The implementation of the scientific results through theoretical and experimental research conducted at the “Nicolae Testemiţanu” State University of Medicine and Pharmacy, with the participation of first-year medical students.

LISTA ABREVIERILOR

în limba română:

Abreviere	Semnificație
EM	- Empatie medicală
OMS	- Organizația Mondială a Sănătății
GMC	- Consiliul medical general
VR	- Realitatea virtuală
IE	- Inteligența emoțională
JSE	- Scala de empatie a lui Jefferson
ABC	- Modelul tripartit
ELM	- Modelul probabilității elaborării
UNESCO	- Organizația Națiunilor Unite pentru Educație, Știință și Cultură
OSCE	- Organizația pentru Securitate și Cooperare în Europa
QMEE	- Chestionarul de măsurare a empatiei emoționale
IRI	- Indexul de reactivitate interpersonal
CARE	- Scala de evaluare a empatiei relaționale în consultația medicală
ESS	- Engleza pentru scopuri specifice
GE	- Grup experimental
GC	- Grup de control
USMF	- Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu”

În limba engleză

IAT	- Implicit Association Test
WFME	- World Federation for Medical Education
CME	- Continuous Medical Education
MB	- Maslach Burnout Inventory
AMA	- American Medical Association
JSPE	- Jefferson Scale of Physician Empathy
JSPPE	- Jefferson Scale of Patient's Perceptions of Physician Empathy
CARE	- Consultation and Relational Empathy Measure (Mercer)
PBL	- Problem-Based Learning
Dr	- Doctor

LISTA TABELELOR

- Tabelul 1.1. Interpretări ale semnificației conceptului de empatie
- Tabelul 2.2. Indicatorii, descriptorii și valorile componente axiologice a empatiei medicale
- Tabelul 2.3. Indicatorii, descriptorii și valorile componente cognitive a empatiei medicale
- Tabelul 2.4. Indicatorii, descriptorii și valorile componente afective a empatiei medicale
- Tabelul 2.5. Indicatorii, descriptorii și valorile componente leadership medical
- Tabelul 3.1. Distribuția subiecților în etapele experimentului pedagogic
- Tabelul 3.2. Proiectul experimental al diagnosticării empatiei medicale a studenților
- Tabelul 3.3. Corespondența itemilor cu valorile și componentele empatiei medicale
- Tabelul 3.4. Date privind numărul respondenților evaluați pentru determinarea nivelurilor valorilor empatiei medicale (pe componente aparte)
- Tabelul 3.5. Traseul metodologic de integrare a modului specific dezvoltării empatiei medicale în unitățile de curs la studenții mediciniști
- Tabelul 3.6. Structura activităților de învățare pentru dezvoltarea empatiei medicale la studenții mediciniști
- Tabelul 3.7. Activități de formare a unităților de competență (empatia medicală) ale studenților mediciniști
- Tabelul 3.8. Standardele profesionale ale studenților mediciniști
- Tabelul 3.9. Produse curriculare valorificate pentru formarea empatiei medicale
- Tabelul 3.10. Unitățile de conținut la disciplina limba engleză, facultatea Medicină generală
- Tabelul 3.11. Integrarea Modulului „Empatia Medicală” în unitățile de conținut ale disciplinei Limba engleză (ESS), Medicina generală, Anul I
- Tabelul 3.12. Descrierea valorilor empatiei medicale a studenților mediciniști

LISTA FIGURILOR

- Figura 2.1. Modelul teoretic al empatiei medicale
- Figura 3.1 Nivelul general al empatiei studenților mediciniști la etapa de constatare
- Figura 3.2. Nivelurile de formare a empatiei medicale (componenta axiologie medicală)
- Figura 3.3. Nivelurile de formare a empatiei medicale (componenta cognitivă)
- Figura 3.4. Nivelurile de formare a empatiei medicale (componenta afectivă)
- Figura 3.5. Nivelurile de formare a empatiei medicale (componenta leadership medical)
- Figura 3.6. Valori experimentale comparate privind nivelurile componentelor empatiei medicale
- Figura 3.7. Nivelurile de formare a empatiei medicale ale studenților mediciniști
- Figura 3.8. Tipologia activităților didactice ale Tehnologiei didactice universitare de formare a empatiei profesionale (pe componentele EM)
- Figura 3.9. Tehnologia didactică universitară de formare a empatiei profesionale
- Figura 3.10. Nivelul general al empatiei măsurate la studenții mediciniști prin Scala de empatie Jefferson (autoevaluare, GE-68 de studenți, plan comparat: constatare-control)
- Figura 3.11. Nivelul general al empatiei măsurate la studenții mediciniști prin Scala de empatie Jefferson (GC-53 de studenți, plan comparat: constatare-control)
- Figura 3.12. Nivelul general al empatiei măsurate la studenții mediciniști prin Scala de empatie Jefferson (etapa de control, plan comparat: GE – 68 de studenți și GC – 53 de studenți)
- Figura 3.13. Valori experimentale comparate privind nivelurile de formare a empatiei medicale (componenta axiologie medicală - etapa de control)
- Figura 3.14. Valori experimentale comparate privind nivelurile de formare a empatiei medicale (componenta cognitivă – control, plan comparat)
- Figura 3.15. Valori experimentale comparate privind nivelurile de formare a empatiei medicale la studenții mediciniști (componenta afectivă – etapa de control GE și GC)
- Figura 3.16. Valori experimentale comparate privind nivelurile de formare a empatiei medicale (componenta leadership – control, plan comparat, GE și GC)
- Figura 3.17. Valori experimentale comparate privind nivelurile de formare a componentelor empatiei medicale (etapa de control, GE și GC)
- Figura 3.18. Valori experimentale comparate privind nivelurile de formare a componentelor empatiei medicale la studenții mediciniști (plan comparat: GE, constatare-control)
- Figura 3.19. Nivelul general al empatiei studenților mediciniști (plan comparat: GE – 68 de studenți, constatare-control)

INTRODUCERE

Actualitatea și importanța temei de cercetare este determinată de necesitatea formării empatiei medicale în contextul transformărilor educației și a sistemelor de sănătate care implică formarea competențelor socioemoționale la studenții mediciști. Empatia medicală este recunoscută drept o competență profesională esențială, cu rol determinant în asigurarea calității îngrijirii pacienților și a gradului de satisfacție al acestora față de actul medical. Documentele de politici educaționale internaționale și naționale: Codul Educației al Republicii Moldova [328], Curriculumul universitar pentru formarea medicală inițială [330], Cadrul European al Calificărilor pentru Educație Permanentă [326], și Organizația Mondială a Sănătății [337], promovează importanța dezvoltării competențelor de comunicare socială, inclusiv empatia medicală, ca dimensiune esențială a profesionalismului medical.

Importanța cercetării este certificată de decalajul semnificativ, abordat în literatura de specialitate, dintre recunoașterea teoretică a empatiei medicale și valorificarea insuficientă a acestei competențe în practica formării profesionale inițiale: pe de o parte, empatia este recunoscută universal ca factor predictor al calității actului medical, iar pe de altă parte, studii longitudinale [198], [238] demonstrează că nivelul empatiei scade semnificativ pe parcursul formării profesionale medicale. Această realitate îngrijorătoare este amplificată de absența unui cadru pedagogic unitar și sistematic de formare a empatiei medicale în curriculumul universitar, fapt ce generează o lacună metodologică cu consecințe directe asupra pregătirii profesionale a viitorilor medici. Cercetările recente în domeniul educației medicale [125], [128], [225] demonstrează că empatia poate fi dezvoltată prin intervenții pedagogice structurate [148], [72], [73], ceea ce conferă cercetării de față relevanță științifică și valoare praxiologică în contextul dezideratului pedagogic de optimizare a formării profesionale inițiale a studenților mediciști [96], [71].

Descrierea situației în domeniul de cercetare și identificarea problemei de cercetare. În ultimele două decenii, *problematica formării empatiei medicale la studenții mediciști* rămâne în atenția cercetătorilor în context național și pe plan global. Interesul în ascensiune pentru studiul empatiei medicale se explică prin incertitudinile teoretice și metodologice privind formarea și evaluarea acestei competențe în procesul de formare profesională inițială. Contribuții semnificative ale autorilor din domeniul psihologiei, pedagogiei și științelor medicale s-au înregistrat prin definirea și interpretarea științifică a conceptelor de empatie, empatie medicală, cultură emoțională și tehnologii didactice universitare, relevând rolul determinant al acestor termeni în formarea profesională inițială a studenților mediciști.

Totodată, se constată conceptualizarea și valorificarea insuficientă a empatiei medicale în practica universitară, ceea ce generează un deficit metodologic cu impact asupra calității formării profesionale inițiale a studenților mediciști.

În plan internațional cercetările interdisciplinare relevă abordări multiple ale semnificației conceptului de empatie: S. Marcus analizează empatia din perspectiva structurii de personalitate, evidențiind interdependența dintre capacitatea empatică și trăsăturile individuale [63]. Th. Lipps interpretează EM ca proiecție estetică și identificare afectivă cu celălalt [307]; C. Rogers îl conceptualizează ca și condiție terapeutică fundamentală a relației autentice dintre terapeut și client [259]; M. H. Davis propune modelul pluridimensional al empatiei, structurat pe componente cognitive și afective [159]; M. Hoffman [193] și N. Eisenberg [170] evidențiază geneza și fundamentul prosocial al empatiei în dezvoltarea morală și comportamentul altruist; J. Decety și P. L. Jackson descriu arhitectura neurobiologică a procesului empatic și mecanismele sale funcționale la nivel cerebral [161].

Conceptul de empatie medicală este analizat de M. Hojat din perspectiva relației medic-pacienți [197] și evaluat prin Scala Jefferson [196], iar M. Neumann et al. înregistrează declinul empatiei pe parcursul formării medicale [238]. Eficiența intervențiilor educaționale orientate spre formarea empatiei profesionale este investigată de S. A. Batt-Rawden et al. [128], R. F. Baugh et al. [129] și G. McNally et al. [225], care demonstrează că empatia este o competență ce poate fi formată prin programe pedagogice canalizate pe dezvoltarea personală. **Tehnologiile didactice universitare de formare a empatiei** sunt abordate de K. A. Stepien și A. Baernstein, care fundamentează intervențiile pedagogice propuse [281]; R. Charon valorifică medicina narativă ca instrument formativ [151]; H. Riess et al. demonstrează eficiența simulării clinice în dezvoltarea empatiei [256]; autorii K. C. Fragkos și P. E. S. Crampton [176], S. Ardenghi et al. [118], M. Baseer et al. [125], D. J. Sarkis et al. [266], H. L. Ngo et al. [239] și G. Li Pira et al. [250] identifică și validează tehnologii didactice universitare recomandate pentru formarea empatiei medicale în învățământul superior.

În Republica Moldova, problematica formării empatiei medicale și a competențelor socioemoționale în învățământul superior constituie o zonă de interes major pentru cercetătorii din domeniul pedagogiei. S. Chițu [17] investighează formarea empatiei cadrelor didactice ca și competență pedagogică esențială, furnizând repere conceptuale relevante cercetării noastre; Vl. Guțu [55] fundamentează teoretic curriculumul universitar centrat pe formarea de competențe în învățământul superior, având o abordare teleologică în care finalitățile ghidează întregul demers didactic [53]; M. Cojocaru-Borozaan [19], [20] instituie noua direcție de

cercetare Pedagogia culturii emoționale prin conceptualizarea termenului de cultură emoțională a profesorului și elaborarea tehnologiilor didactice universitare de formare a culturii emoționale a cadrelor didactice; Al. Barbăneagră [5] dezvoltă registrul strategiilor didactice universitare de educație multilingvă în învățământul superior pedagogic; M. Șevciuc [98] abordează teoretic formarea competențelor profesionale la studenți și didactica universitară; T. Bushnaq [12] evidențiază rolul tehnologiilor comunicative în predarea limbii engleze; A. Glavan [44] explorează dimensiunile prioritare ale calității vieții și ale formării profesionale a psihologilor în context universitar; D. Antoci [2] fundamentează teoria și metodologia formării orientărilor valorice la tineri, elaborând un cadru axiologic aplicabil formării profesionale inițiale; T. Kononova [61] contribuie la dezvoltarea didacticii limbilor străine prin valorificarea textului multimodal ca instrument de formare a competențelor lingvistice în procesul didactic; O. Golubovschi [52] interpretează tehnologiile didactice de formare universitară a competențelor profesionale la studenții pedagogi; A. Betivu [6] conceptualizează modelul teoretic al stilului existențial al adolescenților, operaționalizat prin indicatori, descriptori și valori profesionale; T. Șova [102] elaborează un cadru teoretic și aplicativ privind managementul stresului profesional al cadrelor didactice, evidențiind importanța autoreglării emoționale în context universitar; L. Țurcan [107] promovează cultura emoțională și reziliența emoțională a cadrului didactic în contextul formării profesionale; E. Bârsan [8] fundamentează paradigma comunicării asertive în mediul universitar, evidențiind rolul abilităților de comunicare în formarea profesională și în calitatea relațiilor interpersonale din câmpul educațional; A. Afanas [1] conceptualizează un sistem de formare profesională continuă, operaționalizat prin noi standarde de competență, indicatori și criterii de evaluare a performanței profesionale în context academic, perspective care fundamentează înțelegerea empatiei ca dimensiune formabilă a personalității profesionale.

Studiile științifice consacrate conceptului de empatie medicală relevă diversitatea abordărilor teoretice și metodologice ale acestuia în contextul formării profesionale inițiale. Analiza pozițiilor științifice ale autorilor C. Rogers [258], M. H. Davis [159], M. Hoffman [193], M. Hojat [197], S. A. Batt-Rawden [128], R. F. Baugh [129], G. McNally [225], evidențiază utilizarea neuniformă a termenilor empatie, empatie medicală și empatie profesională, interpretați ca trăsătură de personalitate, ca abilitate sau competență profesională ce poate fi formată. Sinteza acestor cercetări permite identificarea unor elemente structurale comune - componente cognitive, afective și comportamentale - convergente în jurul capacității de înțelegere a perspectivei celuilalt, însă insuficient integrate într-un model conceptual unitar

aplicabil formării universitare. Interpretată în literatura de specialitate atât ca (a) proces „*înțelegere a experienței pacientului și răspuns adecvat la aceasta în cadrul relației medic-pacient*” [197], cât și ca (b) rezultat „*construct pluridimensional care integrează componente cognitive și afective, manifestate în comportamentul profesional*” [158] empatia medicală este valorificată în prezenta cercetare din ambele perspective, ca fundament al formării competenței profesionale.

În cadrul demersului investigațional valorificăm sintagma „*Empatie profesională a studenților mediciști*” care comportă aceeași semnificație științifică. Conceptul operațional al cercetării „*formarea empatiei medicale*” desemnează, procesul de dezvoltare a competențelor profesionale prin educație și instruire [39], [15] și internalizarea progresivă a comportamentelor empaticе prin învățare în „*zona proximei dezvoltări*” a personalității profesionale [294]. Procesul are caracter continuu și sistemic, realizat prin convergența influențelor educaționale formale, nonformale și informale, și presupune proiectarea și aplicarea coerentă a metodelor, mijloacelor și formelor de organizare a instruirii, în vederea dezvoltării conduitei empaticе în relația medic-pacient [15].

Preocuparea noastră științifică în cercetare vizează formularea unor răspunsuri fondate științific la următoarele întrebări: *Care este esența științifică a conceptului de empatie medicală în contextul formării profesionale inițiale a studenților mediciști? Ce criterii de evaluare, indicatori, descriptori și valori ale empatiei medicale pot fi valorificate pentru evaluarea acestei dimensiuni în învățământul superior? Ce demersuri pedagogice și tehnologii didactice sunt eficiente pentru formarea universitară a empatiei medicale?*

Problema cercetării: insuficiența conceptualizării și integrării empatiei medicale în curriculumul de formare profesională inițială a studenților mediciști.

Scopul investigației constă în conceptualizarea și validarea experimentală a Tehnologiei didactice universitare de formare a empatiei la studenții mediciști.

Ipoteza cercetării: formarea empatiei medicale la studenții mediciști poate deveni eficace, dacă formarea acesteia va fi fundamentată prin: definirea și conceptualizarea empatiei medicale din perspectiva formării profesionale inițiale; în acord cu exigențele educației universitare medicale contemporane; determinarea structurii și a particularităților dezvoltării empatiei medicale în context universitar; elaborarea Modelului teoretic al empatiei medicale, structurat pe componentele axiologică, cognitivă, afectivă și leadership medical, operaționalizate prin indicatori, descriptori, valori și criterii de evaluare specifice; identificarea mecanismelor de dezvoltare a empatiei în contextul interacțiunilor educaționale și clinice;

integrarea empatiei medicale în curriculumul disciplinei *Limba engleză (ESS)*; elaborarea, implementarea și validarea experimentală a Tehnologiei didactice universitare de formare a empatiei profesionale în învățământul superior.

Obiectivele cercetării:

1. Determinarea fundamentelor științifice ale empatiei medicale;
2. Studiul politicilor educaționale relevante promovării empatiei medicale în formarea profesională inițială a studenților mediciști;
3. Conceptualizarea științifică a Modelului teoretic al empatiei medicale în termeni de valori, indicatori și descriptori;
4. Diagnosticarea experimentală a nivelurilor și descrierea specificului empatiei medicale a studenților mediciști la debutul formării profesionale;
5. Elaborarea, implementarea și validarea experimentală a Tehnologiei didactice universitare de formare a empatiei profesionale la studenții mediciști;
6. Edificarea unor noi cunoștințe științifice specifice dezvoltării empatiei medicale.

Metodologia cercetării este ancorată în prevederile documentelor de politici ale educației: Codul Educației al Republicii Moldova [328], Strategia de Dezvoltare a Educației 2030 [335], Cadrul European al Calificărilor [326], care au oferit reperele normative și conceptuale ale demersului investigațional Fundamentele teoretice ale cercetării sunt susținute de: paradigma constructivistă (L. Vygotsky [294], A. Bandura [122]), dimensiunea comunicării pedagogice și a discursului didactic [10], care explică dezvoltarea competențelor socioemoționale prin învățare și interacțiune; paradigma umanistă (C. Rogers [258], D. Goleman [48]), care valorifică empatia ca dimensiune centrală a relației interpersonale și a formării personalității; abordările cognitive și socio-cognitive (M. H. Davis [159], M. Hoffman [193]), care fundamentează structura pluridimensională a empatiei; abordările neuropsihologice (J. Decety, P.L.Jackson [161]) care explică mecanismele neurobiologice ale procesului empatic; modelele empatiei medicale (M. Hojat [197], N. Mead, P. Bower [232]), care definesc rolul empatiei în relația medic-pacient; cercetările privind dinamica empatiei în formarea medicală (M. Neumann et al. [238]) care evidențiază demersul diagnostic al cercetării. Cadrul teoretic integrează teoria culturii emoționale (M. Cojocaru-Borozan [19], [34]), modelul formării profesionale inițiale (C. Cucuș [39]), curriculumul centrat pe competențe (Vi. Guțu [55]), tehnologiile didactice universitare (T. Bushnaq [12], O. Golubovschi [52]) și cercetările privind eficiența intervențiilor pedagogice în educația medicală

(S. A. Batt-Rawden et al.[128], R. F. Baugh et al.[129], G. McNally et al.[225]), care susțin valorificarea empatiei ca competență profesională în învățământul superior medical.

Sinteza și justificarea metodelor de cercetare: *teoretice* - documentarea științifică, analiza și modelarea pedagogică; *analitico-sintetice* - interpretarea conceptelor și modelelor empatiei medicale; *experimentale* - experimentul pedagogic, observația, chestionarul și testarea prin instrumente psihometrice (Scala Jefferson - JSE) și metode de prelucrare matematică a datelor experimentale.

Noutatea și originalitatea cercetării constă în: determinarea fundamentelor teoretice privind empatia medicală în contextul formării profesionale inițiale; conceptualizarea empatiei medicale ca sistem integrativ de capacități axiologice, cognitive, afective și de leadership medical, elaborate în acord cu cerințele profesiei medicale și ale educației universitare contemporane; descrierea specificului formării empatiei medicale la studenții mediciști; elaborarea și fundamentarea *Modelului teoretic al empatiei medicale* în contextul exigențelor practicii clinice centrate pe pacienți; stabilirea indicatorilor, descriptorilor, valorilor și a criteriilor de evaluare a empatiei medicale, structurate în baza componentelor empatiei medicale; elaborarea și validarea experimentală a *Tehnologiei didactice universitare de formare a empatiei profesionale*, integrată în curriculumul disciplinei *Limba engleză pentru scopuri specifice*; formularea concluziilor și recomandărilor științifice privind formarea empatiei medicale în procesul de formare profesională inițială a studenților mediciști.

Rezultatele obținute ce contribuie la soluționarea unei probleme științifice importante în cercetare vizează: definirea empatiei medicale din perspectivă interdisciplinară, Modelul teoretic al empatiei medicale, indicatorii, descriptorii, valorile și criteriile de evaluare a EM și Tehnologia didactică universitară de formare a empatiei medicale la studenții mediciști, valori teoretico-praxiologice care au contribuit la optimizarea formării profesionale inițiale a studenților mediciști în învățământul medical.

Semnificația teoretică a cercetării rezultă din: conceptualizarea empatiei medicale din perspectivă interdisciplinară și clarificarea conținutului științific al acesteia la nivel de structură și conținut; interpretarea elementelor Modelului teoretic al empatiei medicale, structurat în componentele: axiologie medicală, cognitivă, afectivă și leadership medical; argumentarea teoretică și descrierea indicatorilor, descriptorilor și valorilor empatiei medicale; formularea criteriilor de evaluare a EM în contextul formării profesionale inițiale.

Valoarea praxiologică a investigației constă în: determinarea metodologiei de cercetare a empatiei medicale la studenții mediciști; diagnosticarea nivelurilor și a specificului empatiei

medicale în context universitar; aplicarea în procesul didactic universitar a indicatorilor, descriptorilor, valorilor și criteriilor de evaluare a empatiei medicale; implementarea în practica universitară a Tehnologiei didactice universitare de formare a empatiei profesionale prin integrarea modului „Empatia medicală” în cadrul disciplinei *Limba engleză pentru scopuri specifice*; formularea concluziilor și recomandărilor metodologice pentru integrarea empatiei medicale în paradigma educației centrate pe pacienți și a formării competențelor socioemoționale în învățământul superior medical.

Implementarea rezultatelor științifice s-a realizat prin cercetări teoretice și experimentale, desfășurate în cadrul Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, cu participarea studenților medicinisti din anul I.

Aprobarea rezultatelor investigației s-a realizat prin publicarea valorilor cercetării în: (a) **reviste științifice (4):** „*Argumente privind importanța empatiei profesionale a studenților medicinisti.*”, Revista Acta et Commentationes, Sciences of Education, categoria B, Chișinău, 2022; „*Evoluția semnificațiilor științifice ale conceptului de empatie*”, Studia Universitatis Moldaviae (Seria Științe ale Educației), Chișinău, 2023; „*Modelul conceptual al empatiei medicale*”, Revista Univers Pedagogic, Chișinău, 2025; „*University Teaching Technology for Developing Medical Empathy*”, Didactica Danubiensis, România, 2025; (b) **materialele conferințelor științifice internaționale (7):** „*Interactive strategies in teaching and learning EMP*”, Chișinău, 2022; „*Determinant factors of the development of professional empathy in medical students*”, Bălți, 2022; „*Professional attitudes of medical students in the context of current challenges*”, Chișinău, 2023; „*Premise contextuale ale formării profesionale inițiale a empatiei medicale la studenții medicinisti*”, Chișinău, 2023; „*Interferences of empathy with social self-efficacy in the current context of the emotional culture approach*”, Iași, 2023; „*The Value Of Empathy In Building Emotional Comfort Within The Family*”, Iași, 2024; „*Formarea competenței de comunicare profesională în limba engleză la studenții medicinisti prin adoptarea unui model hibrid*”, Comrat, 2025. (c) **culegeri ale conferințelor științifice naționale cu participare internațională (2):** „*Oportunități ale tehnologiilor didactice universitare de formare a empatiei profesionale la medicinisti*”, Chișinău, 2023; „*Dezvoltarea empatiei prin intermediul jocului de rol în cadrul orelor de limbă engleză medicală*”, Chișinău, 2024; (d) **manual universitar (1):** *University Didactic Technologies for the development of Medical Empathy*, Ars Libri Prof LLC, Costești, 2025.

Publicațiile la tema tezei includ 14 lucrări științifice între care: manual universitar (1) [246], 4 articole publicate în reviste științifice [68], [69], [72], [247], 7 articole în lucrările

conferințelor internaționale [148], [70], [96], [242], [243], [244], [245], 2 articole în materialele conferințelor internaționale publicate în R. Moldova [71], [73].

Concepte-cheie: empatie, empatia medicală, cultură emoțională, tehnologii didactice universitare, studenți mediciști, formare profesională inițială, învățământ superior medical.

SUMARUL COMPARTIMENTELOR TEZEI

Introducerea prezintă argumente științifice privind actualitatea temei și importanța problemei de cercetare, descrierea situației în domeniul de cercetare prin relevarea celor mai semnificative cercetări și autori de referință, elucidarea condițiilor sociale ce generează problema investigației, scopul și obiectivele cercetării, metodologia de cercetare, implementarea și aprobarea rezultatelor cercetării, volumul și structura tezei.

Capitolul 1 „Fundamente teoretice privind empatia profesională la studenții mediciști” prezintă o gamă variată de definiții ale conceptelor fundamentale și conexe, prin raportare la diferite opinii teoretice, abordate din perspectivă filosofică, psihologică, sociologică și pedagogică; dezvoltă analiza evoluției conceptului de empatie, de la abordările clasice (Th. Lipps [307], E. Titchener [287]) la conceptualizările contemporane ale empatiei ca structură multidimensională și competență profesională (M. H. Davis [159], M. Hojat [197]); evidențiază conținuturile structurale și caracteristicile definiției ale empatiei profesionale în contextul formării profesionale inițiale; reflectă pozițiile savanților în interpretarea esenței științifice a empatiei în cadrul abordărilor umaniste, cognitiviste, socio-cognitive și neuropsihologice; tratează problematica empatiei profesionale prin prisma unor poziționări conceptuale stipulate în documentele de politici ale educației, reflectate la nivel normativ, însă insuficient valorificate la nivelul procesului educațional, fapt ce constituie o problemă metodologică pentru proiectarea curriculumului universitar, în care dimensiunea socioemoțională rămâne insuficient integrată în activitățile de formare [328], [335]. Din această perspectivă de actualitate, se evidențiază scopul major al educației medicale, identificat atât ca unul obiectiv, de a asigura dezvoltarea competențelor profesionale ale viitorilor specialiști, cât și ca unul subiectiv, orientat spre formarea capacității acestora de a înțelege și valorifica dimensiunea umană a relației medic-pacient.

Sinteza literaturii științifice din perspectiva filosofică (E. Stein [280]) interpretează empatia ca fundament al relației interumane; din perspectivă sociologică (G. H. Mead [231]), ca mecanism al interacțiunii sociale; din perspectivă psihologică (C. Rogers [258], M. H. Davis

[159], M. Hoffman [193], N. Eisenberg [170], J. Decety, P. L. Jackson [161], A. Bandura [122], A. Glavan [44], L. Vygotsky [294] etc.), sunt evidențiate mecanismele cognitive și afective ale empatiei și rolul în dezvoltarea personalității; din perspectiva educației medicale (M. Hojat [197], M. Neumann et al. [238], S. A. Batt-Rawden et al. [128], R. F. Baugh et al. [129], G. McNally et al. [225], S. W. Mercer, W. J. Reynolds [234]), empatia profesională este abordată ca dimensiune a relației medic-pacient și competență susceptibilă de formare; iar din perspectivă pedagogică (M. Cojocaru-Borozan [19], [20], C. Cucuș [38], Vl. Guțu [55], Al. Barbăneagră [5], M. Șevciuc [98], T. Bushnaq [12], T. Kononova [61], S. Chițu [17], O. Golubovschi [52], D. Antoci [2], M. Borozan [10], V. Buzenco [13] etc.), formarea empatiei este analizată ca rezultat al acțiunilor educaționale orientate spre dezvoltarea competențelor socioemoționale și profesionale, integrate în curriculumul universitar. Analiza pozițiilor științifice evidențiază caracterul multidimensional al empatiei profesionale și diversitatea interpretărilor acesteia - ca proces, trăsătură, competență sau comportament, structurat prin interacțiunea componentelor cognitive, afective și comportamentale și rolul său în relația medic-pacient și în profesionalismul medical. Sunt delimitate conceptele conexe și sunt evidențiate riscurile asociate manifestării empatiei în practica medicală (M. Neumann et al. [238]). În corelație cu pedagogia culturii emoționale, „*empatia este interpretată ca dimensiune a dezvoltării socioemoționale și a autoreglării afective*” [20]. În contextul examinării studiilor realizate la nivel național și internațional, au fost evidențiate incertitudini teoretice și abordări fragmentare ale empatiei, și insuficienta conceptualizare și valorificare pedagogică a acesteia în procesul de formare profesională inițială a studenților mediciști.

Capitolul 2 „Contextul universitar al dezvoltării empatiei medicale” prezintă analiza sistemică a factorilor determinanți ai dezvoltării empatiei medicale la studenții mediciști, în corelație cu reperele teoretice evidențiate în capitolul 1 și cu specificul formării profesionale inițiale în învățământul superior medical; evidențiază influența convergentă a factorilor *sociali și de politici educaționale* [326], [337], *pedagogici* (M. Cojocaru-Borozan [20]), *psihologici* (M. Hojat [197], M. Neumann et al. [238], T. Șova [103]) și *experiențiali* (D. Kolb [215], Lin et al. [222]) asupra dezvoltării competențelor empatice; analizează rolul curriculumului formal și al curriculumului ascuns în formarea atitudinilor profesionale și a comportamentelor empatice; explică mecanismele de dezvoltare a empatiei în contextul interacțiunilor educaționale și al învățării experiențiale. Analiza poziționărilor științifice și a premiselor contextuale ale formării profesionale inițiale relevă caracterul complex, dinamic și insuficient

valorificat al dezvoltării empatiei medicale în mediul universitar, determinat de fragmentarea abordărilor și de integrarea limitată a dimensiunii socioemoționale în procesul educațional. Studiul strategiilor didactice universitare de educație multilingvă (Al. Barbăneagră [5]) și al tehnologiilor de formare a competențelor lingvistice prin utilizarea textului multimodal (T. Kononova [61]) oferă repere metodologice valoroase pentru proiectarea demersului formativ al empatiei medicale integrate în disciplinele de limbă. Din perspectiva formării profesionale universitare, cercetările privind teoria competențelor profesionale (M. Huncă [57]) și dimensiunile psihologice ale calității vieții și ale formării la nivel academic (A. Glavan [44]) contribuie la înțelegerea contextului în care se constituie conduita empatică a studenților mediciști, evidențiind interacțiunea factorilor personali, educaționali și contextuali. Sunt examinate atitudinile profesionale ale studenților mediciști și condițiile de formare a acestora, evidențiindu-se necesitatea unei abordări sistemice a empatiei medicale, în acord cu tendințele contemporane de inovare educațională [243]. Pe baza analizei teoretice și a cadrului contextual, este elaborat și argumentat *Modelul teoretic al empatiei medicale* structurat pe patru componente interdependente, axiologică medicală, cognitivă, afectivă și leadership medical, care reflectă caracterul integrativ al competenței empatică și relația acesteia cu cerințele profesiei medicale [72]. Modelul explică procesualitatea dezvoltării empatiei medicale și fundamentează organizarea demersului formativ în context universitar.

Capitolul 3 „Demersul experimental al formării empatiei medicale la studenții mediciști” include designul cercetării experimentale, proiectat și realizat în baza fundamentelor teoretice și conceptuale evidențiate în capitolele anterioare, orientat spre validarea Modelului teoretic al empatiei medicale și a Tehnologiei didactice universitare de formare a empatiei profesionale. Cercetarea experimentală a fost realizată în anul 2022-2023, evaluând valorile empatiei medicale a studenților, în conformitate cu etapele clasice ale experimentului pedagogic, respectând principiile metodologiei cercetării în științele sociale. În scopul determinării nivelului inițial al empatiei medicale a fost organizată cercetarea empirică pentru realizarea obiectivelor: (a) estimarea nivelului de formare a empatiei medicale la studenții mediciști și (b) diagnosticarea vulnerabilităților în formarea empatiei medicale. Eșantionul general al cercetării este reprezentat de 121 studenți de la programul de studii superioare de licență, specialitatea Medicina generală din cadrul Universității de Stat de Medicină și Farmacie (USMF) „Nicolae Testemițanu”, distribuiți în două grupuri de cercetare: experimental - 68 studenți și de control - 53 studenți. Cercetarea experimentală a debutat cu

stabilirea metodelor și instrumentelor de cercetare utilizate în cadrul etapelor experimentului pedagogic aplicat, în concordanță cu obiectivele și ipoteza studiului. În scopul evaluării nivelului empatiei medicale a fost utilizată Scala Jefferson (JSPE-S), elaborată de M. Hojat [196], în varianta adaptată conform valorilor empatiei medicale și specificului contextului educațional investigat. Instrumentul de cercetare a evaluat 20 de valori ale empatiei medicale, selectate riguros din literatura pedagogică și psihologică de specialitate, corelate cu valorile promovate în standardele profesionale actuale de formare a studenților mediciști.

Evoluția nivelurilor generale ale empatiei medicale în grupul experimental, arată o creștere semnificativă a ponderii studenților cu nivel înalt al EM. Această dinamică confirmă faptul că EM este o competență educabilă, iar intervenția didactică sistematică produce transformări calitative relevante în conduita profesională a studenților mediciști. Compararea rezultatelor evidențiază creșteri semnificative, în raport cu grupul de control, confirmând impactul pozitiv al intervenției pedagogice. Studenții din GE au demonstrat dezvoltarea competențelor empatică prin integrarea valorilor profesionalismului medical.

Experimentul pedagogic realizat a condus la evaluarea și determinarea nivelurilor și particularităților dezvoltării empatiei medicale, evidențiind caracterul său multidimensional în contextul educației universitare medicale. Implementarea Tehnologiei didactice a facilitat dezvoltarea empatiei medicale, necesară interacțiunii eficiente medic-pacient, prin integrarea dimensiunilor axiologice, cognitive, afective și de leadership în conduita profesională a studenților mediciști. Se constată astfel că obiectivele cercetării experimentale au fost realizate, iar rezultatele obținute, confirmă ipoteza cercetării și demonstrează eficiența intervenției pedagogice în formarea empatiei medicale.

Concluziile generale și recomandările prezintă sintetic rezultatele teoretice și experimentale ale cercetării, evidențiază problematica formării empatiei medicale în contextul formării profesionale inițiale a studenților mediciști; valorifică pozițiile științifice privind conceptualizarea empatiei medicale ca fenomen educațional multidimensional și formabil; relevă Modelul teoretic al empatiei medicale și Tehnologia didactică universitară elaborate și validate, distingând valoarea acestora pentru științele educației; subliniază necesitatea integrării sistemice a empatiei în curriculumul universitar medical și în practicile didactice; formulează recomandări adresate factorilor de decizie, cadrelor didactice universitare și structurilor de politici educaționale; conturează identitatea științifică a cercetării și deschide direcții de investigare privind formarea empatiei medicale în contexte de formare profesională inițială și continuă.

1. FUNDAMENTE TEORETICE PRIVIND EMPATIA PROFESIONALĂ LA STUDENȚII MEDICINIȘTI

Conceptul de *empatie profesională* este frecvent invocat în cadrul formării medicale, fiind recunoscut ca o componentă esențială a competențelor de comunicare și relaționare în practica profesională. Deși rolul empatiei în actul medical este larg acceptat, literatura de specialitate relevă existența unor neclarități și diferențe de abordare la nivel teoretic, generate de varietatea perspectivelor psihologice, educaționale și socioculturale și de diversitatea modurilor în care aceasta este conceptualizată și evaluată. Analiza conceptului de empatie profesională evidențiază pluralitatea pozițiilor științifice privind structura, funcțiile și mecanismele sale și condițiile care susțin dezvoltarea acesteia în cadrul formării universitare medicale. În literatura de specialitate se conturează diferențe semnificative privind organizarea și funcționarea componentelor cognitive, afective și comportamentale ce stau la baza empatiei profesionale a viitorilor medici.

1.1. Evoluția și semnificațiile științifice ale conceptului de empatie

Conceptul de *empatie* prezintă un caracter polisemantic și reflectă, în mod implicit, fundamentul teoretic al ideii de *înțelegere afectivă a alterității*. În raport cu obiectivele stabilite în cadrul cercetării, devine relevantă analiza evoluției istorice a acestui concept, întrucât transformările sale semantice evidențiază schimbările produse în modul de raportare la relația interumană și la mecanismele de înțelegere a celuilalt [157]. Această dinamică semantică justifică lectura evolutivă a conceptului, de la intuiție morală la construct multidimensional. În literatura științifică pot fi identificate numeroase definiții și interpretări, semnificația termenului variind în funcție de domeniul de referință și de orientarea teoretică adoptată. Empatia este abordată în estetică, psihologie, științe sociale și educație medicală.

Studiul conceptului de empatie își are rădăcinile în gândirea filosofică a antichității, perioadă în care ideea participării la trăirile celuilalt era asociată cu armonia comunitară și echilibrul interior al ființei umane. Reflecțiile etice ale lui A. Smith și D. Hume asupra *simțirii cu celălalt* constituie temelia solidarității interumane în filosofia morală britanică: Hume vede în simpatia cu aproapele mecanismul prin care ființa umană se racordează la comunitatea morală [203], iar Smith o plasează la baza judecății etice imparțiale [276]. În Evul Mediu (sec. V-XIV), participarea la suferința aproapelui a fost integrată în sfera virtuților morale, corelată cu compasiunea și responsabilitatea față de comunitate. În Renaștere (sec. XIV-XVI), odată cu

afirmarea umanismului, este reconsiderată ideea de persoană reflexivă, capabilă să se înțeleagă pe sine prin raportare la experiențele celorlalți. În perioada modernă (sec. XVII-XIX), interpretarea empatiei s-a apropiat treptat de analiza mecanismelor psihologice ale simțirii comune și ale contagiunii afective, pregătind tranziția de la intuiție morală la explicații psihologice fundamentate științific.

Momentul decisiv al constituirii empatiei ca noțiune teoretică îl reprezintă estetica germană a secolului al XIX-lea. R. Vischer introduce termenul *Einfühlung* tradus prin „simțire înlăuntru”, pentru a descrie procesul prin care subiectul contemplator proiectează propriile stări afective asupra unui obiect estetic, trăind astfel forma frumuseții prin propriul corp [309]. Th. Lipps transformă conceptul într-un mecanism central al psihologiei germane, argumentând că empatia reprezintă un proces de cunoaștere intuitivă a celuilalt, realizat prin reproducerea internă a stărilor afective observate [307], conferindu-i astfel statut cognitiv, nu doar afectiv, și transformând-o în mecanism fundamental al înțelegerii interumane. Termenul a migrat în spațiul anglofon prin intermediul lui E. B. Titchener, care, în 1909, a tradus *Einfühlung* prin *empathy*, neologism construit din grecescul *em-pathos* (a simți în interior) [287], o schimbare terminologică ce a marcat și o deplasare de accent: de la mecanism estetic la capacitate psihologică generală, transferabilă în orice relație interumană.

Filosofia fenomenologică a conferit empatiei un statut ontologic și epistemologic riguros. C. Hahn o definește ca modalitate specifică prin care conștiința accede la experiența celuilalt, o formă de „intuiție a conștiinței străine”, care nu presupune fuziunea subiectivităților, ci recunoașterea diferențiată și reflexivă a celuilalt ca subiect autonom [205]. E. Stein, în studiul său fundamental, arată că actul empatic presupune recunoașterea vieții psihice a celuilalt ca „dată într-un mod nemijlocit, dar distinct”, recunoaștere ce confirmă valoarea ireductibilă a fiecărui subiect uman [280, p. 10]. M. Scheler operează distincția decisivă dintre empatie și simpatie, subliniind că înțelegerea trăirii celuilalt poate fi lipsită de participarea afectivă pozitivă obligatorie, clarificare cu consecințe directe pentru practica medicală, unde empatia trebuie menținută și în situații de suferință extremă a pacientului [267]. Fendt G. și M. C. Nussbaum demonstrează că empatia constituie o condiție a participării democratice autentice, plasând-o în teoria dreptății și în fundamentul emoțiilor morale [174], iar L. Reznick argumentează că înțelegerea experiențelor subiective ale celuilalt constituie fundamentul oricărei abordări umaniste în practica psihiatrică și medicală [255].

Prima conceptualizare psihologică sistematică a empatiei aparține lui R. F. Dymond, care, în 1948, propune empatia ca abilitate de a transpune imaginativ gândurile și sentimentele

celuilalt, definiție care a orientat cercetarea psihologică timp de două decenii [168]. C. R. Rogers conferă conceptului o dimensiune terapeutică și relațională determinantă: empatia este „perceperea corectă a cadrului de referință intern al celuilalt, cu componentele sale emoționale și semnificațiile acestora, ca și cum am fi cealaltă persoană, dar fără a pierde condiția de „ca și cum”[258, p. 210]. Această formulare consacră empatia ca valoare profesională centrală în psihoterapie, subliniind dublul său caracter: apropierea psihologică față de celălalt și, simultan, păstrarea diferenței dintre sine și alteritate.

P.H. Maucorps și R. Bassoul descriu empatia ca intenție cognitivă, voință participativă, efort imaginativ, tentativă de previziune sau de anticipație, oscilând continuu între proiecția eului și identificarea cu altul, relevând caracterul dinamic al fenomenului [305]. L. Wispé accentuează dimensiunea sa epistemică: empatia este „o cale de cunoaștere care se referă la încercarea unui om de a înțelege cu acuratețe experiențele subiective ale altuia”, operând totodată o delimitare conceptuală precisă față de simpatie - simpatia implică un interes față de bunăstarea celuilalt însoțit de un accent pe propria stare afectivă, în timp ce empatia presupune o tentativă de înțelegere a experienței subiective a celuilalt ca atare, fără contopirea perspectivelor [299]. E. Stotland definește empatia ca participare la emoțiile altuia, o reacție emoțională a observatorului care percepe că altul trăiește o emoție [283]. A. Mehrabian și N. Epstein evidențiază dimensiunea involuntară - empatia ca experiență involuntară, exprimând abilitatea de a substitui stările emoționale ale altora, în contexte relaționale variate [233]; iar R. Hogan subliniază dimensiunea cognitivă de reprezentare a perspectivei celuilalt, definind empatia ca act al construirii pentru sine a stării mentale a altuia [194]. Cercetările lui M. Davis au marcat tranziția decisivă de la modelele unidimensionale ale empatiei la un model multidimensional: lucrarea sa *Empathy: A Social Psychological Approach* (1994) propune patru componente distincte, luarea perspectivei (*perspective taking*), fantezia empatică, preocuparea empatică (*empathic concern*) și distresul personal, măsurate prin *Interpersonal Reactivity Index*, instrument utilizat pe scară largă până în prezent [160]. Descoperirile lui Davis au arătat că empatia cognitivă și empatia afectivă sunt procese parțial dissociabile, cu corelate neurobiologice și comportamentale diferite. Analiza critică a lui C. Duan și C. E. Hill a evidențiat însă existența unor inconsistențe conceptuale și metodologice persistente, generate de utilizarea diferită a termenului în domenii disciplinare distincte, subliniind necesitatea elaborării unui cadru teoretic integrator [167]. B. M. P. Cuff printr-o analiză conceptuală sistematică a literaturii internaționale, au identificat patru caracteristici comune majorității definițiilor empirice ale empatiei: bipolaritatea cognitiv-afectivă, orientarea prosocială,

caracterul dinamic al procesului și condiția esențială a diferențierii sine-celălalt, fără de care empatia se transformă în identificare sau contagiune afectivă [156]. N. Eisenberg a descris empatia drept „un proces afectiv și cognitiv complex, prin care subiectul răspunde emoțional la stările altuia, păstrând conștiința separării de sine”, constituind un cadru axiologic intern care orientează comportamentele prosociale [170]. Ch. Batson, prin clarificarea distincțiilor conceptuale dintre cele opt fenomene numite *empathy* în literatura de specialitate, demonstrează că utilizarea ambiguă a termenului a generat confuzii metodologice considerabile în cercetarea empirică [126]. Autorul diferențiază cu precizie: cunoașterea stării interioare a celuilalt, adoptarea posturii celuilalt, perceperea afectivă rezonantă, proiecția imaginativă, distresul empatic, preocuparea empatică, îngrijorarea compasivă și empatia transpersonală. Această taxonomie a contribuit la clarificarea instrumentarului conceptual al cercetărilor medicale contemporane [127].

Cercetările lui S. Freud, L. Vygotski, A. Leontiev, A. Bandura, M. Hoffman și J. Decety evidențiază importanța interacțiunii dintre condițiile interne - afective, cognitive și cele externe - sociale, educaționale, în formarea empatiei ca trăsătură complexă a personalității. Freud pune în evidență că rădăcinile empatiei se regăsesc în experiențele timpurii ale copilăriei, în special în relația afectivă cu părinții [180, pp. 39-40]. J. Piaget explică apariția empatiei prin procesele cognitive de asimilare și acomodare: în stadiile preoperaționale, empatia se manifestă prin imitație emoțională, iar în stadiile formale, prin înțelegere perspectivală [249, pp.212-215]. D. Bischof-Köhler demonstrează, din perspectivă experimentală, că primele manifestări ale empatiei apar în stadiul senzomotor al dezvoltării, confirmând caracterul său ontogenetic [137]. M. L. Hoffman [193, pp. 45-48] propune un traseu dezvoltat în patru etape: empatia globală, empatia egocentrică, empatia pentru sentimentele altora și empatia morală, ultima etapă fiind esențială pentru comportamentul etic profesional. E. Fromm a reliefat că empatia reprezintă o formă superioară de cunoaștere a celuilalt, orientată spre înțelegerea reală a ființei sale, nu spre satisfacerea nevoilor proprii [182, p. 112]. L. Vygotski confirmă că empatia se constituie în zona proximei dezvoltări, spațiul în care subiectul depășește competența actuală prin medierea socială: internalizarea emoțiilor altora are loc prin dialog, joc de rol și cooperare, procese care pot fi deliberat organizate în medii educaționale, argument decisiv pentru tratarea empatiei ca obiectiv curricular explicit [294, pp. 245-246]. A. Leontiev completează din perspectiva teoriei activității: actul empatic presupune o restructurare a motivelor și scopurilor activității, transformând rezonanța emoțională spontană într-o formă superioară de activitate psihică orientată spre înțelegerea și sprijinirea celuilalt [317]. A. Bandura plasează empatia în

centrul teoriei învățării sociale, arătând că aceasta se formează prin observare și modelare comportamentală, iar „empatia este expresia internă a autoreglării morale” [122, pp. 74-79].

Progresele neuroștiințelor au furnizat un substrat biologic solid pentru înțelegerea empatiei ca proces complex și integrativ. J. Decety demonstrează că empatia implică două dimensiuni principale: componenta afectivă, reprezentată de capacitatea de a resimți emoțiile altuia, și componenta cognitivă, care presupune abilitatea de a înțelege intențiile și trăirile acestuia într-un mod diferențiat și conștient [161]. Studiile de neuropsihologie socială arată că aceste procese sunt susținute de activarea sistemului neuronilor oglindă, a cortexului prefrontal și a insulei anterioare, regiuni cerebrale implicate în perceperea și procesarea durerii și a suferinței celuilalt. L. Christov-Moore au confirmat că empatia este rezultatul integrării unor mecanisme neurale distincte, recunoașterea emoțiilor, rezonanța afectivă, reacțiile comportamentale rapide și capacitatea de diferențiere dintre sine și celălalt, aspect esențial pentru menținerea echilibrului relațional [153]. S. Baron-Cohen definește empatia ca abilitate de a identifica ce gândește sau simte altcineva și de a răspunde cu o emoție adecvată, evidențiind baza sa neurocognitivă și distincția între empatia cognitivă și cea afectivă [124].

În literatura psihologică de limbă rusă, V. N. Miasîșcev analizează empatia în cadrul psihologiei relațiilor interpersonale, argumentând că relația psihologică cu celălalt constituie fundamentul trăirii empaticе [320]; S. L. Rubinstein o plasează în contextul psihologiei generale a personalității, subliniind că empatia se constituie ca formă superioară a activității psihice relaționale [322]; B. G. Ananiev relevă rolul empatiei în structurarea experienței sociale [310]; A. A. Bodalev atestă că empatia constituie mecanismul fundamental al percepției și înțelegerii interumane [311]; D. A. Leontiev arată că actul empatic presupune atribuirea de semnificație experienței celuilalt, nu doar reproducerea afectivă a acesteia [318]; A. B. Orlov subliniază că empatia este indisociabilă de paradigma umanistă a psihologiei personalității, unde subiectul este înțeles ca ființă orientată axiologic și relațional [321] iar V. I. Slobodcikov și E. I. Isaev argumentează că empatia constituie o categorie fundamentală a ființei umane ca subiect relațional, întemeiată pe capacitatea de a recunoaște și respecta alteritatea celuilalt ca realitate autonomă [323].

Din perspectiva psihologiei personalității românești, S. Marcus evidențiază că empatia se integrează în structura de personalitate ca dimensiune relativ stabilă, dar modulabilă prin experiență socială și formare deliberată [63]. P. Popescu-Neveanu [92] definește empatia, în *Dicționarul de psihologie* (1978), ca fenomen de transpunere imaginativă și afectivă în situația altuia, subliniind rolul ei în procesele de comunicare și înțelegere interumană. Ulterior, autorul

analizează empatia ca funcție a nivelurilor superioare ale psihicului uman, integrând-o în arhitectura mai largă a personalității. Aceste contribuții au fundamentat înțelegerea empatiei în psihologia românească, influențând direct formarea cercetătorilor din Moldova. S. Marcus confirmă, prin perspectiva psihologiei personalității, că empatia constituie o trăsătură formabilă, perspectivă convergentă cu abordările internaționale ale empatiei ca aptitudine cultivabilă [63]. R. J. Sternberg a plasat capacitatea empatică la intersecția inteligenței sociale și emoționale, interpretând-o ca formă superioară de procesare interpersonală și de adaptare relațională [282].

R. Gherghinescu realizează o analiză sistematică a rolului și locului empatiei inter- și intragrupale în structura competenței didactice, demonstrând că empatia funcționează ca mecanism de reglare a relațiilor de grup și de prevenire a distorsiunilor perceptive în interacțiunile sociale [43]. Prin studiile ulterioare, R. Gherghinescu elaborează o viziune de ansamblu asupra „*Anotimpurilor empatiei*”, o metaforă care surprinde dinamica afectiv-cognitivă a empatiei în funcție de contextul relațional și de stadiul de maturizare a personalității [42]. Autoarea investighează implicațiile empatiei în monitorizarea divergențelor de opinie în viața cotidiană, iar în alt studiu a analizat diferențele de gen în manifestarea empatiei, contribuind la o înțelegere nuanțată a factorilor demografici care modulează capacitatea empatică. Genul influențează semnificativ stilul de comunicare în relația medic-pacient, femeile demonstrând un stil mai empatic și centrat pe pacient [190].

S. Pîslari examinează statutul empatiei în știința contemporană, identificând convergențele și divergențele dintre abordările disciplinare și subliniind necesitatea unui cadru integrator [84], [85]. Studiile autoarei privind mecanismele de producere a empatiei relevă că empatia se constituie prin interacțiunea componentei afective (rezonanța emoțională față de trăirile celuilalt), a componentei cognitive (înțelegerea perspectivei și a contextului de viață), și a componentei comportamentale (răspunsul relațional adecvat) [86]. Autoarea susține că specificul manifestării empatice la cadrele didactice în relația cu elevii este influențat semnificativ de climatul emoțional al clasei și de modelul relațional promovat de profesor, concluzie transferabilă direct în contextul formării medicale [88]. Totodată, se analizează rolul empatiei în prevenirea comportamentului deviant [87], în dezvoltarea inteligenței emoționale a liderului și în contextul psihoterapiei, demonstrând caracterul transdisciplinar al fenomenului empatic și relevanța formării sale sistematice în medii profesionale.

Interesul pedagogic pentru empatie s-a cristalizat progresiv, pe măsură ce cercetările psihologice au demonstrat rolul empatiei în relațiile de formare și în eficiența comunicării

didactice. B. S. Bloom, prin *Taxonomia obiectivelor educaționale - Domeniul afectiv* (1964), au furnizat primul cadru sistematic de proiectare a obiectivelor afective în educație, plasând empatia la nivelul superior al taxonomiei, în zona valorificării și caracterizării prin valori [138]. K. A. Stepien și A. Baernstein sintetizează metodologiile de formare a empatiei în educația medicală, identificând simularea clinică, jocul de rol, practica reflexivă și analiza narativei pacientului ca strategii cu cel mai înalt potențial formativ [281]. Strategiile de dezvoltare a gândirii reflexive, propuse de M. Pohl, susțin cultivarea empatiei cognitive prin perspectivarea situațiilor de viață [251]. L. Z. Jaber, S. Southerland și F. Dake au extins cadrul pedagogic [208], demonstrând că cultivarea capacității de a înțelege perspectivele cognitive diferite ale studenților, empatia epistemică a cadrului didactic, este la fel de necesară ca empatia emoțională, adăugând o dimensiune epistemologică până atunci neglijată în literatura de specialitate.

Din perspectivă sociologică, É. Durkheim asociază simțirea în comun cu fundamentul solidarității sociale, empatia funcționând ca element esențial de coeziune și stabilitate a vieții colective [303]. Z. Bauman atrage atenția că dinamica modernității lichide poate eroda disponibilitatea empatică, transformând cultivarea empatiei într-o necesitate imperativă pentru menținerea solidarității în contexte sociale instabile și fragmentate [130]. A. Kleinman plasează empatia în centrul comunicării clinice eficiente, definind-o prin capacitatea de a înțelege profund experiența subiectivă a pacientului și de a comunica adecvat această înțelegere într-un mod terapeutic și responsabil [213]. J. R. Betancourt demonstrează că distanța culturală și nivelul competenței interculturale influențează semnificativ calitatea înțelegerii reciproce în contexte clinice, afectând direct relația medic-pacient [134]. Cercetările de sociologie a emoțiilor, reprezentate în spațiul academic autohton prin G. Jderu, consideră că trăirile afective sunt modelate de normele de grup și de contextul relațional în care se produc, perspectivă relevantă pentru înțelegerea modului în care mediul universitar medical poate susține sau inhiba formarea empatiei la studenți [59]. L. Cuznețov și N. Banuh asupra dimensiunilor valorice ale educației confirmă că empatia nu poate fi formată decât în cadrul unui demers formativ explicit orientat axiologic: responsabilitatea morală a formatorului față de formabil constituie premisa indispensabilă a oricărei pedagogii empatică autentice [40]. C. Cucuș demonstrează că valorile nu pot fi transmise declarativ, ci se constituie prin participare autentică la experiențe educaționale cu semnificație morală, perspectivă aplicabilă direct formării axiologice a empatiei medicale, în măsura în care studenții sunt implicați în situații de învățare care solicită asumare, reflecție și responsabilitate față de celălalt [38].

Cadrul teoretic al Pedagogiei culturii emoționale demonstrează că empatia este expresia unui nivel determinat de organizare afectivă a personalității și că poate fi formată sistematic prin demersuri educaționale deliberate [19], [27], [34]. Autoarea subliniază că empatia nu este separabilă de valorile interiorizate ale formabilului și că strategiile formative eficiente trebuie să vizeze simultan dimensiunile cognitivă, afectivă și axiologică ale personalității. A. Glavan subliniază că dimensiunile psihologice ale calității vieții tinerilor, echilibrul emoțional și capacitatea de relaționare interpersonală, sunt corelate direct cu nivelului de dezvoltare empatică, relevând că empatia nu este separabilă de bunăstarea psihologică a viitorului profesionist [45], [46]. T. Șova identifică mecanismele de degradare a resurselor emoționale ale profesionistului prin expunere prelungită la solicitări instituționale fără suport adecvat [103], [104], concluzii transferabile direct în contextul formării studenților mediciști.

C. Zagaievschi [109], [110] fundamentează teoretic și metodologic dezvoltarea inteligenței emoționale prin comunicare la adolescenți, demonstrând că interacțiunile comunicative structurate constituie mecanismul privilegiat prin care competențele afective se formează progresiv, perspectivă relevantă pentru proiectarea intervențiilor formative în medii universitare. L. Sadovei demonstrează că modelul competenței de comunicare didactică include, ca dimensiune constitutivă, sensibilitatea empatică față de interlocutor, perspectivă structurantă pentru proiectarea curriculumului de formare a empatiei medicale [95]. D. Goleman [47] descrie, prin prisma neurobiologiei, creierul și inteligența emoțională ca un sistem complex de recunoaștere, interpretare și reglare a emoțiilor proprii și ale altora, fundament al relațiilor interpersonale funcționale și productive. Definind inteligența emoțională drept „cheia succesului în viață” [48], Autorul plasează empatia în centrul abilităților sociale, ca un „mobil intern al acțiunii morale și relaționale”, evidențiind rolul său în orientarea comportamentelor prosociale și în facilitarea interacțiunilor autentice [49].

Din perspectivă pedagogică autohtonă, S. Chițu elaborează un cadru metodologic pentru cultivarea empatiei în mediul universitar, demonstrând că aceasta nu se dobândește spontan, ci prin strategii formative explicite de comunicare autentică, reflecție și modelare relațională, concluzie cu directă aplicabilitate în formarea medicală inițială [17]. Cercetătoarea relevă că, în absența unui demers pedagogic intenționat, empatia rămâne la un nivel reactiv, nedezvoltat, incapabil să susțină o relație profesională de calitate. S. Nastasiu demonstrează că empatia nu este un epifenomen relațional, ci nucleul funcțional al oricărei interacțiuni profesionale autentice [66]. S. Adatia documentează, prin studii multicentrice, că nivelul empatiei diferă semnificativ între programe medicale și contexte educaționale naționale, confirmând că

variabilitatea reală a fenomenului empatic este corelată cu specificul fiecărui mediu de formare [113].

Empatia în educația medicală a constituit un domeniu de cercetare emergent, sistematizat îndeosebi prin contribuțiile lui M. Hojat și ale școlii de la Jefferson Medical College. Empatia profesională este definită ca atribut preponderent cognitiv care implică înțelegerea experiențelor, preocupărilor și perspectivelor pacientului, combinată cu capacitatea de a comunica această înțelegere în mod terapeutic [195]. Această definiție deplasează centrul de greutate de pe rezonanța afectivă spontană pe înțelegerea deliberată, ceea ce o face deopotrivă mai riguroasă epistemologic și mai operaționalizabilă pedagogic. Jefferson Scale of Empathy (JSE), instrumentul construit pe baza acestui model, a generat cel mai consistent corp de cercetare internațională în educația medicală, devenind standardul de referință în evaluarea empatiei clinice [196].

Studiile longitudinale realizate pe cohorte de medici și studenți demonstrează că empatia clinicianului se corelează cu parametri clinici superiori, control mai eficient al glicemiei la pacienții diabetici, recuperare mai rapidă în afecțiuni acute, plasând empatia în centrul profesionalismului medical, nu la periferia sa umanistă [198]. Explicațiile invocate în literatura de specialitate pentru eroziunea empatiei la studenții din anii clinici sunt identificate și sistematizate de M. Neumann, fenomen care a generat o preocupare crescândă în comunitatea pedagogiei medicale [238]. Absența unor intervenții pedagogice structurate se confirmă, în viziunea lui J. Howick, drept factor determinant al declinului empatic, în timp ce curriculumul longitudinal integrat poate inversa această tendință [200]. Legătura explicită dintre compasiunea clinică, siguranța pacientului și sustenabilitatea efortului profesional este elaborată conceptual de S. Trzeciak, A. Mazzarelli și R. Arnold prin conceptul de „compassionomics”, care evidențiază impactul măsurabil al îngrijirii empaticе asupra rezultatelor clinice, reducerii burnout-ului și creșterii satisfacției atât pentru pacienți, cât și pentru profesioniștii din domeniul medical [291].

Cercetările privind formarea empatiei profesionale la studenții mediciști din spațiul moldovenesc relevă că decalajul dintre valorile declarate și comportamentele clinice concrete reprezintă o vulnerabilitate sistemică a curriculumului medical actual [68], iar analiza evoluției semnificațiilor conceptului demonstrează că sensul empatiei s-a transformat continuu [69] de la proiecție estetică la competență clinică formabilă. Realizând o analiză a abordărilor științifice din perspectivă istorică și interdisciplinară, constatăm necesitatea evidențierii opiniilor savanților în vederea definirii conceptului de empatie corelat cu dimensiunea axiologică și profesională a acesteia (Tab. 1.1.).

Tabelul 1.1. Interpretări ale semnificației conceptului de empatie

Autor	Definiții atribuite conceptului
Th. Lipps	„Empatia deplină este tocmai absorbirea deplină în elementul perceput optic, a mea și a ceea ce resimt eu, în acesta” [307]
E. Titchener	„Empatia este eu proiectat în obiectul perceput, realizat prin imitație kinestezică interioară” [287]
G.H. Mead	„Empatia înțeleasă ca asumare de rol” și ca un constituent al esenței inteligenței sociale” [231]
S. Freud	„Empatia este mecanismul ce face posibil ca un individ să preia unele atitudini în toate direcțiile, cu privire la viața mintală a altuia” [180]
R.F. Dymond	„Empatia este transpunerea imaginativă a unei individ în gândirea, trăirea, modul de acțiune al altuia și prin aceasta structurarea lumii conform celuilalt” [168]
W.A. Kerr; B.J. Speroff	„Empatia este abilitatea de a se pune pe sine în poziția altei persoane, stabilind raporturi și anticipând alte reacții, stări și comportamente” [210]
J.P. Guilford	„Abilitatea empatică ca o abilitate de precizie, de recunoaștere a dispozițiilor psihologice ale unei alte persoane, percepțiile sale, gândurile, sentimentele și atitudinile, de asemenea, ca trăsături proprii” [187]
C. Rogers	„A fi empatic înseamnă a percepe cu acuratețe cadrul intern de referință al altuia, cu toate componentele sale emoționale și semnificațiile care-i aparțin, „ca și cum” ai fi cealaltă persoană, dar fără a pierde condiția de „ca și cum” [258]
P.H. Maucorps; R. Bassoul	„Empatia - o intenție cognitivă, o voință participativă, un efort imaginativ, o tentativă de previziune sau de anticipație. Oscilează continuu între doi termeni extremi care sunt: proiecția eului și identificarea cu altul” [305]
R. Hogan	„Empatia este actul construirii pentru sine a stării mentale a altuia” [194]
E. Stotland	„Empatia - participarea la emoțiile altuia - o reacție emoțională a observatorului, din cauză că el percepe că altul trăiește „orice e pe cale să trăiască o emoție” [283]
A. Mehrabian /N. Epstein	„Empatia ca experiență involuntară, exprimând abilitatea de a substitui, în stările emoționale ale altora” [233]
K.B. Clark	„Empatia-capacitate unică a ființei umane de a simți nevoile, aspirațiile, frustrările, durerile, bucuriile, ...sau foamea altora ca și când ar fi acele persoane” [154]
M.H. Davis	„Empatia este o combinație între asumarea cognitivă a rolului celuilalt și activarea preluării experienței de substituție emoțională în favoarea altuia” [160]
P. Popescu- Neveanu	Empatia - formă superioară de cunoaștere a psihicului uman, implicând procese la niveluri diferite ale organizării psihice [92]
R. Gherghinescu	Empatia - constituent al competenței didactice; factor predictor al calității relației inter- și intragrupale [43]
S. Pislari	Empatia - fenomen cu mecanisme de producere specifice, componente afective și cognitive și funcții relaționale distincte [86]
S. Chițu	Empatia cadrelor didactice - dimensiune formabilă a competenței relaționale profesionale [17]
J.A. DeVito	„A empatiza cu cineva reprezintă a simți ceea ce trăiește o altă persoană” [163]
M. Hojat	„Empatia clinică - atribut preponderent cognitiv care implică înțelegerea experiențelor, preocupărilor și perspectivelor pacientului, combinat cu capacitatea de a comunica această înțelegere terapeutic” [195]

Examinând multiplele abordări în conceptualizarea empatiei prezentate în Tab. 1.1., se constată că diversitatea perspectivelor științifice nu este un semn de inconsistență conceptuală, ci expresia bogăției unui fenomen care se situează la intersecția multiplelor dimensiuni ale experienței umane. Analiza comparativă a abordărilor permite identificarea a cinci caracteristici definitorii cu implicații directe pentru proiectarea formării empatiei medicale:

Caracterul relațional al empatiei presupune existența sa exclusiv în relația cu o altă persoană, implicând recunoașterea alterității ca realitate autonomă și distinctă de propria subiectivitate. [258], [278]. În contextul formării medicale, pacientul trebuie înțeles nu este un „caz” ci ca persoană cu experiență subiectivă unică, ireductibilă la tabloul clinic [191], [232].

Caracterul diferențiat al empatiei presupune că distincția sine-celălalt constituie condiția esențială a autenticității procesului empatic. Fără această distincție, empatia se transformă în identificare sau contagiune afectivă, ambele cu riscuri profesionale specifice: identificarea conduce la pierderea obiectivității clinice, iar contagiunea emoțională poate genera epuizare sau reacții dezadaptative [156], [229]. M. L. Hoffman demonstrează că maturizarea empatiei presupune tocmai consolidarea progresivă a acestei distincții: empatia imatură este globală și difuză, în timp ce empatia matură este diferențiată și mediată cognitiv [193]. M. H. Davis operaționalizează această caracteristică prin distincția dintre personal distress, care reflectă o insuficientă diferențiere sine-celălalt, și empathic concern, care reflectă o empatie autentică și diferențiată, cu orientare prosocială [160].

Multidimensionalitatea structurală a empatiei presupune integrarea dimensiunii afective, cognitive și motivaționale. Modelul lui Davis, operaționalizat prin IRI, rămâne cel mai citat cadru multidimensional al empatiei, structurat în patru subscale: interpretarea - adoptarea cognitivă a punctului de vedere al altuia; fantezia - transpunerea imaginativă în situații fictive; preocuparea empatică - rezonanța afectivă prosocială; și distresul personal - disconfortul afectiv la suferința altuia [160]. B. M. P. Cuff confirmă prin meta-analiză că bipolaritatea cognitiv-afectivă, orientarea prosocială, caracterul dinamic și diferențierea sine-celălalt sunt prezente în marea majoritate a definițiilor empirice ale empatiei, constituind nucleul robust al constructului [156]. În formarea medicală, această multidimensionalitate justifică utilizarea unor baterii combinate de evaluare și a unor strategii didactice diversificate, care să adreseze explicit fiecare dimensiune a empatiei.

Fundamentarea axiologică a empatiei presupune că actul empatic implică confirmarea valorii și demnității persoanei. În contextul responsabilității profesionale și al deciziilor clinice, T. L. Beauchamp și J. F. Childress integrează această caracteristică în principiile eticii

biomedicale: empatia fiind expresia practică a respectului pentru autonomie și a angajamentului față de beneficiența pacientului [131]. Din perspectiva dezvoltării morale, M. L. Hoffman demonstrează că empatia matură și morala prosocială se dezvoltă convergent, valorile internalizate timpuriu constituind substratul motivațional al comportamentelor empaticе de-a lungul vieții [193] iar N. Noddings adaugă perspectiva etică: grija autentică și empatia se întemeiază pe o responsabilitate relațională asumată conștient, nu pe o normă exterioară [240]. În context educațional, această dimensiune impune formarea axiologică explicită, întrucât empatia autentică nu poate fi cultivată în absența valorilor legate de demnitatea umană.

Caracterul formativ al empatiei este demonstrat empiric prin posibilitatea dezvoltării sale prin interacțiuni sociale și procese educaționale, ceea ce confirmă că empatia poate fi cultivată sistematic în contexte formative adecvate. A. Bandura arată că empatia se formează prin observare și modelare comportamentală, studentul dezvoltându-și treptat conduite empaticе prin contact cu mentori și prin feedback structurat [122]. N. Eisenberg evidențiază rolul autoreglării și al controlului reacțiilor afective în maturizarea empatică, ceea ce susține o empatie adaptată și funcțională [170]. E. Teding van Berkhout și J. M. Malouff demonstrează, la rândul lor, că intervențiile pedagogice structurate produc efecte pozitive și durabile asupra nivelului empatiei [285]. În ansamblu, datele relevă că empatia reprezintă un proces integrativ, rezultat al interacțiunii dinamice dintre dimensiunile cognitive și afective, manifestat diferențiat în funcție de particularitățile individuale. Această perspectivă permite înțelegerea empatiei ca o competență flexibilă, modelată de experiențele educaționale și de contextul relațional.

Din studiul teoretic realizat, conchidem că nu există o poziție științifică unanim acceptată referitoare la conținutul structural al empatiei, fapt care determină dificultatea delimitării exacte a componentelor sale și a elaborării unei metodologii de formare în contexte educaționale și profesionale. Evoluția conceptului reflectă caracterul său interdisciplinar și dinamic, marcând transformările modului în care știința a înțeles relația dintre sine și celălalt în diferite epoci istorice: de la proiecție imaginativă și estetică (T. Lipps [307]; E. B. Titchener [287]), la asumare de rol și inteligență socială (G. H. Mead [231]; C. R. Rogers [258]), la mecanism neuro-afectiv integrator (J. Decety [161]; M. H. Davis [160]) și până la competență profesională formabilă: Studiile longitudinale pe cohorte de medici demonstrează empiric că empatia medicului se corelează cu rezultate clinice superioare la pacienți [195]; Jefferson Scale of Empathy (JSE) [196] operaționalizează empatia clinică în cel mai utilizat instrument de evaluare la nivel internațional; iar cadrul educațional integrat [197] fundamentează formarea deliberată a empatiei ca obiectiv curricular explicit în profesiunile din sănătate.

1.2. Empatia ca dimensiune a profesionalismului medical

Continuând analiza evoluției conceptului de empatie din perspectivă istorică și axiologică, prezentul subcapitol examinează empatia profesională ca răspuns contemporan la tensiunea dintre eficiența sistemelor medicale și nevoia de umanizare a îngrijirii. În medicina actuală, puternic tehnologizată și marcată de standardizare procedurală, relația medic-pacient riscă să se reducă la un schimb funcțional, în care dimensiunea umană devine secundară. Studii de referință privind comunicarea profesională demonstrează că deficiențele în interacțiunea medic-pacient sunt identificabile empiric și au consecințe directe asupra satisfacției și cooperării pacienților [216]. În acest context, empatia profesională apare ca mecanism de echilibru: T. Quince demonstrează că nu empatia perturbă decizia medicală, ci constituie un element structural al competenței profesionale, care menține calitatea relațională a actului medical fără a compromite obiectivitatea diagnosticului [253], iar T. L. Beauchamp și J. F. Childress ancorează această perspectivă în cadrul principiilor eticii biomedicale argumentând că empatia reprezintă expresia practică a principiilor de beneficiență și respect pentru autonomia pacientului, transformând-o dintr-o trăsătură morală opțională într-o obligație profesională intrinsecă [131]. Întrebările de cercetare care structurează prezentul subcapitol sunt: (1) cum se definește empatia profesională în medicină, astfel încât să includă înțelegerea și exprimarea terapeutică; (2) ce componente sunt constitutive: cognitive, afective autoreglate, comportamentale; (3) cum se formează și cum se menține în contextul educației medicale; (4) cum se delimitează de simpatie și compasiune; (5) ce relație există între empatie, calitatea îngrijirii și sustenabilitatea psihologică a medicului.

Diversificarea vocabularului de specialitate: *empatie medicală*, *empatie clinică*, *empatie a medicului*, *empatie profesională*, nu este întâmplătoare, ci reflectă accentele diferite ale autorilor: unii insistă pe empatia ca fenomen psihologic general, alții o descriu ca instrument al comunicării clinice, iar alții ca normă a profesionalismului. Empatia clinică este conceptualizată ca atribut preponderent cognitiv: nu rezonanță afectivă spontană, ci înțelegere deliberată a experiențelor, preocupărilor și perspectivelor pacientului, exteriorizată terapeutic prin comportamente comunicative observabile [197]. Această distincție are consecințe directe atât epistemologice empatia devine un construct riguros, diferențiat de simpatie sau compasiune, cât și pedagogice: dacă empatia este înțelegere deliberată și nu dispoziție înăscută, ea poate fi formată sistematic prin intervenție curriculară explicită.

J. Halpern completează această perspectivă, argumentând că empatia clinică nu diminuează obiectivitatea profesională, ci contribuie la rafinarea acesteia: medicul poate

înțelege mai profund contextul simptomelor și suferinței pacientului prin „implicare imaginativă” controlată, fără a se lăsa absorbit de trăirile acestuia [191]. Din perspectiva medicinei narative, A. W. Frank adaugă că ascultarea poveștii bolnavului, cu suferința, temerile și resemnificările sale, reprezintă o formă specifică de empatie practică, prin care medicul accede la dimensiunile subiective ale bolii inaccesibile diagnosticului biomedical [177]. И. М. Юсупов descrie empatia ca abilitate a profesionistului de a înțelege experiența emoțională a pacientului, de a recunoaște semnificațiile subiective ale trăirilor și de a comunica această înțelegere într-un mod suportiv [325], perspectivă care concepe empatia nu ca simplu act afectiv, ci ca proces profesional complet: înțelegere, interpretare și comunicare terapeutică. Enciclopedia psihoterapeutică coordonată de Б. Д. Карвасарский, definește empatia drept mecanism central al alianței terapeutice, subliniind că deficitul empatic constituie un factor de risc pentru eșecul comunicativ cu consecințe directe asupra aderenței la tratament [315]. Valoarea acestei abordări constă în faptul că empatia nu este redusă la „a simți”, ci este concepută ca proces profesional complet: înțelegere - interpretare – comunicare [323].

Dintr-o perspectivă mai aplicativă, Е. Мацкевич și Т. Широкогорова (2022), prezintă empatia ca abilitate clinică multidimensională, structurată prin componente interdependente: cognitivă (înțelegerea perspectivei pacientului), afectivă (rezonanță moderată, fără supraidentificare) și comportamentală (exprimarea empatiei în comunicarea terapeutică) [319]. Particularitatea acestei abordări este că oferă o schemă utilă didactic: empatia profesională devine competență formată din elemente antrenabile, nu dintr-o singură reacție afectivă. Confirmând această structurare din perspectivă neurobiologică, cercetările privind mecanismele neurale ale empatiei identifică patru procese distincte recunoașterea emoțiilor, rezonanța afectivă, reacțiile comportamentale rapide și capacitatea de diferențiere sine-celălalt, susținute de rețele neuronale specifice susceptibile de modulare prin experiență și formare deliberată [153]. Variabilitatea individuală a empatiei reflectă, la rândul său, configurații neuronale distincte în integrarea mecanismelor afective și cognitive, variabilitate care nu este fixă, ci modelabilă prin practică educațională sistematică [161].

Delimitarea conceptuală dintre empatie și simpatie constituie un punct de stabilitate esențial în definirea empatiei profesionale. L. Wispé stabilise deja că simpatia implică un interes față de bunăstarea celuilalt însoțit de un accent pe propria stare afectivă, în timp ce empatia presupune o tentativă de înțelegere a experienței subiective a celuilalt fără contopirea perspectivelor [299]. D. Jeffrey argumentează că această clarificare reprezintă „primul pas spre o îngrijire clinică mai umană”: simpatia comportă riscul identificării cu suferința pacientului și

al pierderii distanței clinice necesare, în timp ce empatia profesională presupune înțelegere și rezonanță autoreglată, compatibilă cu responsabilitatea clinică [209]. Din perspectivă praxiologică, empatia profesională nu desemnează fuziunea afectivă cu starea pacientului, ci înțelegerea controlată a acesteia și exteriorizarea sa terapeutică, o distincție cu consecințe directe pentru formarea universitară [319]. Confundarea empatiei cu simpatia generează în practica educațională două disfuncții simetrice: fie respingerea sa ca risc de epuizare emoțională, fie idealizarea sa ca dispoziție afectivă spontană și neformabilă în ambele cazuri, formarea sistematică este eludată [253]. O rafinare conceptuală recentă introduce distincția dintre empatie și compasiunea clinică, înțeleasă ca motivație de acțiune pentru ameliorarea suferinței. Cercetările interdisciplinare demonstrează că acest tip de angajament profesional se asociază cu rezultate măsurabile în siguranța pacientului, în aderența la tratament și în sustenabilitatea profesională pe termen lung [291].

Impactul empatiei asupra calității actului medical este documentat empiric: studii longitudinale evidențiază asocieri semnificative între nivelul empatic al clinicianului și controlul glicemic la pacienții diabetici, respectiv o incidență redusă a complicațiilor acute plasând empatia la intersecția dintre umanismul medical și eficiența terapeutică [195]. Din perspectiva experienței pacientului, datele empirice confirmă că perceperea unui climat relațional empatic în cadrul consultației se traduce în înțelegerea mai profundă a propriei situații clinice, în claritatea comunicării terapeutice și în un grad sporit de satisfacție față de interacțiunea medicală [234].

Meta-analiza lui J. Howick constată că intervențiile care stimulează comunicarea empatică determină îmbunătățiri mici, dar consistente, atât în rezultatele psihologice ale pacienților, cât și în unii indicatori fizici relevanți, confirmând că empatia constituie un factor practic de eficiență clinică, nu un simplu atribut moral [201]. Din perspectiva psihiatriei clinice germane, C. Schäfer argumentează că deficitul de empatie nu este doar o lacună relațională, ci un factor de risc pentru eșecul comunicativ cu consecințe directe asupra aderenței la tratament [308]. A. Kleinman plasează empatia în centrul comunicării clinice eficiente, definind-o prin capacitatea de a înțelege profund experiența subiectivă a pacientului și de a comunica adecvat această înțelegere într-un mod terapeutic [213]. J. R. Betancourt demonstrează că distanța culturală și nivelul competenței interculturale influențează semnificativ calitatea înțelegerii reciproce în contexte clinice, afectând direct empatia din relația medic-pacient [134].

Din perspectiva educației medicale, empatia studenților medici este tratată drept un construct relevant pentru profesionalism, formabil și evaluabil, nu o trăsătură lăsată la voia

întâmplării. W. F. Laughey relevă că primele experiențe clinice generează reacții emoționale variate, de la entuziasm și motivație, până la anxietate, constituind un moment critic în formarea identității profesionale și a sensibilității empatice [219].

Studiile de cohortă demonstrează că empatia clinică produce efecte măsurabile: nivelul empatic al clinicianului se asociază semnificativ cu controlul glicemic al pacienților diabetici și cu o incidență redusă a complicațiilor acute, plasând această competență la intersecția dintre umanism medical și eficiență terapeutică [198]. Din perspectiva experienței pacientului, datele empirice confirmă că perceperea unui climat relațional empatic în cadrul consultației se traduce în înțelegerea mai profundă a propriei situații clinice, în claritatea comunicării terapeutice și într-un grad sporit de satisfacție față de interacțiunea medicală. [238], iar sintezele sistematice relevă că demersurile orientate spre stimularea comunicării empatice produc ameliorări modeste, dar reproductibile, atât în sfera stării psihologice a pacienților, cât și în anumiți indicatori somatici, conferind astfel empatiei statutul de variabilă cu impact practic verificabil, depășind dimensiunea sa pur normativă sau deontologică. [155].

Din perspectivă pedagogică autohtonă, D. Antoci subliniază că orientările valorice ale tinerilor se constituie prin interiorizarea valorilor sociale și profesionale în contexte educaționale concrete, ceea ce explică rolul structurant al valorilor umaniste în proiectarea curriculumului de formare a empatiei medicale [2] iar A. Howe demonstrează că formarea medicală centrată pe pacient, integrată în contextul comunitar, contribuie semnificativ la dezvoltarea sensibilității profesionale și a capacității empatice la studenți [199].

Sustenabilitatea empatiei profesionale depinde nu doar de calitatea formării inițiale, ci și de condițiile organizaționale și de mecanismele individuale de autoreglare emoțională. C. Maslach și S. E. Jackson susțin că expunerea prelungită la solicitări emoționale și organizaționale poate conduce la iritabilitate, rigiditate comportamentală, defensivitate și diminuarea capacității de a înțelege emoțiile celorlalți, tocmai componentele pe care empatia le presupune [228]. C. P. West confirmă că burnout-ul medicilor are consecințe direct măsurabile asupra calității îngrijirii medicale și asupra siguranței pacientului, argumentând că responsabilitatea organizațională pentru protecția psihologică a clinicienilor și prevenirea epuizării profesionale este la fel de importantă ca responsabilitatea individuală a medicului [298]. H. J. Freudemberger, primul care a descris clinic sindromul de burnout în contextul profesiilor de ajutor, identifică factorii generatori esențiali: munca intensă fără rezultate imediate vizibile, nerecunoașterea calității activității și presiunea menținerii unei imagini idealizate a medicului în societate [181]. Relația dintre epuizarea profesională și capacitatea

empatică nu este unidirecțională, ci se manifestă printr-o dinamică de reciprocitate distructivă: diminuarea treptată a empatiei favorizează instalarea burnout-ului, în timp ce starea de epuizare erodează și mai profund resursele afective ale practicianului. Acest mecanism autoperpetuant riscă să devină ireversibil în absența unor măsuri de intervenție structurate, concepute nu doar la nivel individual, ci la scara întregului sistem în care profesionistul activează [324].

Literatura recentă atrage atenția asupra uzurii compasionale: P. Ferri și colaboratorii arată că profesioniștii expuși frecvent suferinței intense pot dezvolta epuizare emoțională profundă și diminuarea capacității empatică, empatia devenind o resursă consumabilă care necesită protecție și regenerare [175]. P. Muris și H. Otgaar confirmă că stima de sine scăzută și deficitul de autocompasiune sunt factori de risc pentru eroziunea empatiei profesionale, subliniind că protejarea bunăstării psihologice a medicului este inseparabilă de menținerea capacității sale empatică față de pacient [237]. J. Salinsky și P. Sackin analizează mecanismele defensive pe care medicii le dezvoltă în consultație pentru a face față solicitărilor emoționale, mecanisme care, pe termen lung, pot eroda sistematic disponibilitatea empatică [264]. T. D. Shanafelt și J. H. Noseworthy concluzionează că responsabilitatea pentru sustenabilitatea empatiei clinice aparține deopotrivă individului și instituției: menținerea empatiei profesionale depinde de mecanisme eficiente de autoreglare și de condiții organizaționale care să sprijine echilibrul psihologic al medicilor [273]. P. D. Toon argumentează că sustenabilitatea psihologică a medicului constituie o condiție prealabilă a empatiei autentice: un clinician care nu-și protejează propria bunăstare nu poate oferi îngrijire empatică de calitate pe termen lung [290]. J. W. Rowe și R. L. Kahn demonstrează că bunăstarea activă a individului implică angajament social susținut și prevenirea dizabilității funcționale [262], principii aplicabile sustenabilității relaționale și profesionale a medicului pe tot parcursul carierei sale medicale.

Empatia nu se manifestă exclusiv ca stare psihologică interioară, ci se exprimă prin comportamente comunicative concrete. J. Cosnier evidențiază că emoțiile organizează comunicarea, funcționând ca un sistem de semnalizare relațională anterior sau paralel cu mesajul verbal, empatia fiind transmisă prin ritm, pauză, privire, postură și intonație [302]. D. L. Roter și J. A. Hall demonstrează că stilul de comunicare al medicului, deschis și centrat pe pacient, influențează direct calitatea relației terapeutice și complianța pacientului [261]. J. A. DeVito subliniază caracterul integrativ al competenței comunicative, care include empatia și sensibilitatea interpersonală [163], iar E. Bîrsan arată că paradigma comunicării asertive oferă un model aplicabil formării comunicării empatică în relația medic-pacient [8]. În acest cadru, interacțiunea medicală implică interpretarea continuă a semnalelor emoționale ale pacientului,

empatia devenind o componentă structurală a comunicării profesionale. Interviu motivațional, analizat de G. Tober oferă un cadru aplicativ pentru ghidarea pacientului prin ascultare reflectivă și validare emoțională [288].

Autorii E. B. Larson și X. Yao definesc empatia clinică drept muncă emoțională în relația medic-pacient, implicând gestionarea conștientă a reacțiilor afective pentru a răspunde nevoilor pacientului [217]. Teoria emoțiilor discrete a lui C. Izard descrie emoția ca sistem multicomponent, iar empatia profesională ca abilitate de „citire” și „răspuns” la acest sistem: recunoașterea, interpretarea și reglarea reacțiilor în context clinic [207], [314]. A. H. Vinson și K. Underman susțin că empatia implică gestionarea deliberată a emoțiilor în raport cu normele profesionale și contextul instituțional [293].

O direcție critică este evidențiată de B. Michalec și F. W. Hafferty, care arată că promovarea detașării emoționale pentru menținerea obiectivității clinice poate conduce la o formă redusă a empatiei, limitată la proceduri tehnice [235]. Depășirea modelului detașării clinice prin implicare imaginativă și o etică centrată pe relație este propusă de J. Halpern [191], și N. Noddings [240], apropiind astfel empatia de paradigma medicinei centrate pe pacient. În plan aplicativ, J. Noordman et al. demonstrează eficiența programelor integrate de comunicare, simulare și feedback în creșterea empatiei percepute de pacienți [241]. Dimensiunea procesuală a formării empatiei în contextul clinic relevă, în viziunea lui A. Жолудова și O. Полякова, că empatia profesională nu se consolidează prin simpla acumulare a practicii, ci prin integrarea conștientă și continuă a trăirilor emoționale într-un demers reflexiv structurat, corelând experiența clinică cu reflecția sistematică și autoreglarea emoțională [313].

Abordările teoretice și empirice examinate converg spre o concluzie cu valoare structurantă pentru prezenta cercetare: empatia profesională este o competență constituită din componente antrenabile înțelegerea perspectivei pacientului (cognitivă), rezonanța emoțională moderată fără supraidentificare (afectivă) și exprimarea empatiei în comunicarea terapeutică (comportamentală). Fiecare dintre aceste componente răspunde unor mecanisme de învățare distincte și poate fi vizată prin strategii pedagogice specifice, ceea ce conferă empatiei statutul de obiectiv formativ legitim și operaționalizabil. Formarea ei deliberată în mediul universitar medical nu este, prin urmare, un deziderat abstract, ci o necesitate pedagogică fundamentată teoretic și susținută empiric. Această concluzie justifică proiectarea unui demers formativ sistematic, fundamentat pe un model conceptual validat, adaptat specificului formării profesionale inițiale a studenților medici și orientat spre dezvoltarea treptată a empatiei ca reper central al identității lor profesionale.

1.3. Empatia medicală în aria culturii emoționale

Dacă subcapitolele anterioare au analizat empatia ca standard relațional și ca dimensiune a profesionalismului medical, prezentul subcapitol deplasează accentul spre fundamentul psihopedagogic care face posibilă manifestarea autentică și sustenabilă a empatiei în planul trăirii și al autoreglării. În această logică, empatia medicală este examinată nu ca abilitate interpersonală, ci ca expresie a unui nivel determinat de dezvoltare a culturii emoționale, concept central al pedagogiei contemporane a formării profesionale [34], [27]. Analiza se structurează în jurul a patru axe complementare: delimitările conceptuale dintre cultura emoțională, inteligența emoțională și competențele socioemoționale; componentele psihologice ale culturii emoționale și relația lor cu empatia; autoreglarea emoțională ca mecanism structurant al empatiei profesionale; și maturizarea empatiei pe parcursul formării universitare medicale.

Problematika culturii emoționale a personalității este abordată extensiv în psihologie, pedagogie și științele educației, din perspectiva dezvoltării afective, a reglării emoționale și a integrării sociale. În spațiul academic autohton, acest concept a dobândit un cadru teoretic coerent printr-o serie de lucrări de referință care au sedimentat progresiv fundamentele sale conceptuale și instrumentele de operaționalizare. Sunt identificați indicatorii structurali ai culturii emoționale și sunt trasate coordonatele aplicării lor în formarea profesională inițială, oferind un punct de pornire solid pentru orice demers formativ centrat pe dimensiunea afectivă [19]. Registrul emoțional al formatorului exercită o influență tacită, dar profundă, asupra structurii afective a celor pe care îi formează prin mecanisme de modelare și identificare care operează adesea în afara conștiinței directe a participanților la actul educațional. Această perspectivă are implicații directe pentru construcția mediului formativ în care urmează să fie cultivată empatia medicală, sugerând că calitatea relațională a formatorului nu este un factor secundar, ci o condiție constitutivă a procesului [20]. Cultura emoțională nu apare spontan și nu se consolidează prin simpla expunere la experiențe afective, ea necesită intervenție didactică structurată, reflecție ghidată și feedback formativ continuu, calibrat în funcție de nivelul de dezvoltare al fiecărui student [21]. Demersurile pedagogice validate experimental în mediul universitar propun un model explicit, articulat în jurul reflecției sistematice, al modelării comportamentale și al exersării deliberate a mecanismelor de reglare afectivă, conferind acestui proces o rigoare comparabilă cu formarea oricărei alte competențe profesionale [25].

Depășind dimensiunea instrumentală a gestionării emoțiilor, cultura emoțională integrează afectivitatea în structura axiologică a personalității: dacă inteligența emoțională

răspunde la *cum gestionez emoția?*, cultura emoțională ridică o întrebare mai profund [27]. Depășind dimensiunea instrumentală a gestionării emoțiilor, cultura emoțională integrează afectivitatea în structura axiologică a personalității: dacă inteligența emoțională răspunde la *cum gestionez emoția?*, cultura emoțională ridică o întrebare mai profundă *ce semnificație are emoția în raport cu valorile interiorizate?* Capacitatea de autoreglare emoțională, claritatea afectivă și reevaluarea cognitivă se constituie în funcție de calitatea experiențelor educaționale trăite, fapt care conferă mediului formativ un rol determinant în edificarea acestor competențe. Promovând explicit această dimensiune prin conținuturi curriculare, climat relațional și modele de rol, instituțiile de învățământ superior dobândesc responsabilitatea directă față de maturizarea afectivă a viitorilor profesioniști [28].

Ancorat în sisteme de înțelepciune colectivă internalizate cultural, registrul valoric al culturii emoționale confirmă că empatia nu poate fi desprinsă de contextul axiologic al comunității profesionale din care face parte practicianul [29]. Recunoscând dimensiunea emoțională drept constitutivă și indispensabilă formării universitare, cercetările din domeniu argumentează că o personalitate cu adevărat integrată și responsabilă nu se poate construi ignorând viața afectivă [30]. Coroborând aceste perspective cu datele neuroștiințelor cognitive, se evidențiază că inclusiv substratul anatomo-fiziologic al culturii emoționale circuitele neurale implicate în procesarea afectivă poate fi modelat prin practică educațională repetată și sistematică [32]. Înscriind emoțiile în spațiul normelor și al rolurilor sociale, cercetările subliniază că empatia nu reprezintă doar o trăire interioară, ci și o capacitate de reglare a expresiei afective în acord cu cerințele rolului profesional asumat [33]. Constituind sinteza acestui întreg demers investigativ, pedagogia culturii emoționale propune un cadru integrator al noii ramuri pedagogice, demonstrând că reglarea afectivă este produsul modelării educaționale și al autoreflexiei sistematice. Completând tabloul, analiza dimensiunilor afectiv-cognitive ale trăirilor emoționale în contextul stresului ocupațional și al formării profesionale oferă o perspectivă mai nuanțată asupra mecanismelor prin care cultura emoțională se structurează în timp [34]. Cercetările privind psihologia emoțiilor completează tabloul, analizând dimensiunile afectiv-cognitive ale trăirilor emoționale în contextul formării profesionale și al stresului ocupațional [31]. Formarea atitudinilor de acceptare și respect față de diversitate constituie, la rândul său, premisa esențială a empatiei interculturale autentice — o dimensiune indispensabilă practicii medicale contemporane, marcată de pluralitate culturală și de nevoia permanentă de adaptare relațională [107], [108]. Extinzând analiza spre cultura pedagogică înțeleasă ca sistem de norme și valori care orientează conduita profesională,

cercetările confirmă că dimensiunea emoțional-relațională este parte integrantă a identității profesionale a oricărui formator [37].

O delimitare conceptuală necesară privește raportul dintre cultura emoțională, inteligența emoțională și competențele socioemoționale, termeni utilizați uneori ca sinonime funcționale, deși surprind aspecte diferite ale aceleiași realități psihopedagogice. Conceptul de inteligență emoțională a fost formulat pentru prima dată de P. Salovey și J. D. Mayer ca abilitate de a monitoriza propriile emoții și ale altora, de a le discrimina și de a utiliza această informație în orientarea gândirii și acțiunii, o definiție cu accent pe dimensiunea cognitivă a procesării emoționale [265]. Modelul celor patru ramuri, elaborat ulterior de aceiași autori [230], sistematizează inteligența emoțională ca ierarhie de abilități distincte: perceperea corectă a emoțiilor, utilizarea lor în facilitarea gândirii, înțelegerea semnificațiilor emoționale și reglarea acestora, o arhitectură care plasează reglarea emoțională ca abilitate superioară, cu implicații directe pentru formarea autoreglării empaticе la studenții medicinaști. Modelul a fost popularizat de D. Goleman, care a demonstrat că inteligența emoțională constituie un factor predictiv al performanței profesionale și al calității relațiilor interpersonale [50]. și îmbunătățește capacitatea de a gestiona emoțiile proprii și ale celorlalți, optimizând procesul de învățare emoțională a studenților [22]. G. Corcos și C. Vilder demonstrează că dezvoltarea inteligenței emoționale este un proces gradual, realizabil prin practici deliberate de conștientizare și reglare a emoțiilor [36]. F. Lelord și C. Andre subliniază că fundamentul reglării emoționale autentice rezidă în acceptarea de sine, condiție prealabilă a disponibilității empaticе față de celălalt [62]. R. Bar-On definește inteligența emoțională prin prisma competențelor de adaptabilitate și management al stresului, relevând că echilibrul interior în condiții solicitante consolidează funcționarea relațională stabilă, premisă a empatiei profesionale durabile [123]. C. Morrisette argumentează că conștientizarea și eliberarea tiparelor emoționale negative constituie un act de igienă psihologică ce sporește capacitatea de rezonanță autentică cu emoțiile celorlalți [65].

Competențele socioemoționale, analizate de M. Pleșca [91], reprezintă operaționalizarea pedagogică a acestor concepte, incluzând empatia, cooperarea, autoreglarea și comunicarea asertivă, ele constituie expresia comportamentală a culturii emoționale. Prin urmare, cultura emoțională este mai largă ca semnificație decât inteligența emoțională, deoarece implică nu doar abilități, ci și organizarea ierarhică a trăirilor, integrarea lor în conștiința de sine și raportarea la norme culturale interiorizate [34], [27]. Această poziționare teoretică are consecințe directe pentru analiza empatiei medicale: empatia nu poate fi redusă la o abilitate

punctuală de citire a emoțiilor pacientului, ci trebuie înțeleasă ca expresie a unui sistem afectiv structurat și culturalizat.

Fundamentarea psihologică a culturii emoționale necesită analiza structurii emoției ca proces psihic complex. M. Golu descrie emoția ca fiind alcătuită din componenta fiziologică, componenta cognitiv-evaluativă și componenta comportamentală [51], o structură tripartită cu relevanță directă pentru înțelegerea empatiei profesionale: rezonanța afectivă (componenta subiectivă), interpretarea situației celuilalt (componenta cognitivă) și răspunsul adecvat (componenta comportamentală) trebuie să funcționeze integrat pentru ca empatia să fie profesional funcțională. M. Zlate subliniază că viața afectivă este inseparabilă de mediul relațional și educațional, emoțiile fiind modelate prin experiență și interacțiune socială [112]. V. Pavelcu [83] completează, evidențiind că autoeducația afectivă începe cu cunoașterea de sine, orientând conduita emoțională spre autenticitate și responsabilitate. Iar în viziunea lui I. Comănescu, autoeducația constituie mecanismul prin care individul își modelează sistematic personalitatea și conduitele profesionale [35]. P. Popescu-Neveanu [92] subliniază că emoțiile exprimă raportul subiectului cu situația trăită și sensul atribuit acesteia, implicând un proces de semnificare culturală.

Teoria emoțiilor discrete a lui C. Izard oferă un cadru analitic suplimentar: emoția este un sistem multicomponent care include trăirea subiectivă, evaluarea cognitivă, expresia comportamentală și activarea neurofiziologică [207]. A. Gorbatkow adaugă perspectiva asimetriei pozitiv-negative a emoțiilor, evidențiind faptul că emoțiile negative sunt procesate mai rapid și mai intens decât cele pozitive, cu implicații directe asupra necesității formării rezilienței emoționale a medicului în raport cu suferința pacientului [312]. A. Nicoară și C. Zagaievski demonstrează că afectivitatea, emoția și empatia se intersectează în practici culturale și comunicative concrete, subliniind caracterul culturalizat al vieții afective și importanța formării deliberate a competențelor emoționale în mediul universitar [67]. Această perspectivă consolidează ideea că dezvoltarea empatiei medicale nu se reduce la reacții individuale spontane, ci presupune un proces educațional orientat spre conștientizare, reglare și integrare a emoțiilor în conduita profesională.

Dimensiunea interculturală a culturii emoționale dobândește importanță specifică în contextul educației medicale. G. Jderu subliniază că expresia afectivă este mediată de norme sociale și de așteptări culturale, transformând emoția într-un fenomen interacțional [59]. Deși emoțiile au un substrat biologic universal, manifestarea și interpretarea lor sunt diferențiate cultural, în contextul universitar medical, studenții interacționează cu pacienți din medii

culturale diverse, iar capacitatea de a interpreta adecvat manifestările emoționale ale celuilalt devine esențială pentru calitatea EM [134]. E. Tîmbaliuc, Al. Barbăneagră și S. Dermendji-Gurgurov confirmă că dimensiunea valoric-emoțională a personalității studentului mediază adaptarea interculturală, constitutivă pentru comunicarea empatică în contexte multiculturale [286]. Educația multiculturală comprehensivă oferă cadrul teoretic pentru formarea deschiderii față de diversitate, competență esențială în practica medicală multilingvă [135]. O. S. Haque și A. Waytz analizează riscul dezumanizării în medicină ca formă extremă a detașării emoționale, argumentând că sensibilitatea empatică previne eroziunea relației terapeutice și confirmă rolul structurant al culturii emoționale în formarea medicală [192].

Reglarea emoțională, situată de J. D. Mayer și P. Salovey la nivelul superior al inteligenței emoționale, condiționează funcționarea tuturor celorlalte abilități empatică fără ea, acestea riscă să devină incomplete sau contraproductive în interacțiunea medicală [230]. T. Şova analizează managementul stresului profesional al cadrelor didactice, identificând mecanismele de degradare a resurselor emoționale prin expunere prelungită la solicitări fără suport instituțional adecvat concluzii cu valoare explicativă directă pentru contextul studenților medicinisti [102]. Tehnicile concrete de autoreglare afectivă propuse în aceeași perspectivă investigativă, alături de instrumentele de evaluare a rezilienței emoționale ca premisă a empatiei profesionale durabile, completează un cadru formativ coerent. [103], [104]. Epuizarea afectivă a formatorului nu afectează doar bunăstarea sa personală, ci erodează și disponibilitatea empatică pe care o poate modela în fața studenților o relație documentată sistematic în cercetarea educațională contemporană [165]. M. A. Brackett și colaboratorii confirmă că reglarea emoțională se corelează direct cu satisfacția profesională și cu prevenirea epuizării: profesioniștii cu capacitate ridicată de autoreglare afectivă înregistrează niveluri semnificativ mai scăzute de burnout, ceea ce validează relevanța formării explicite a acestei competențe în contextul universitar [140].

I. Holdevici, din perspectiva psihoterapiei cognitiv-comportamentale, demonstrează că tehnicile de restructurare cognitivă și de management al emoțiilor pot fi predate și practicate sistematic în contexte educaționale, perspectivă cu aplicabilitate directă în formarea medicală [56]. El. Rusu analizează că autoreflexia și exercițiul conștient contribuie la maturizarea inteligenței emoționale la studenți [93]. G. Matthews, I. J. Deary și M. C. Whiteman evidențiază că stabilitatea emoțională și controlul afectiv se corelează cu funcționarea adaptativă: autoreglarea nu înseamnă suprimarea emoției, ci integrarea acesteia într-un sistem coerent de reacții adaptative [64]. A. H. Vinson și K. Underman argumentează că gestionarea expresiei

emoționale în activitatea clinică este un proces deliberat, dependent de norme sociale și roluri profesionale, nu un act spontan [293].

Maturizarea empatiei în contextul formării profesionale este un proces complex, dinamic și dependent de multiple variabile educaționale și contextuale. Empatia nu are un caracter static, ci prezintă o evoluție progresivă influențată de experiențele educaționale, fapt confirmat de F. A. Andersen [116] și M. Neumann [238] care indică variații semnificative în funcție de anii de studii și de factorii contextuali specifici mediului universitar. Această evoluție implică, în viziunea lui M. L. Hoffman, o tranziție de la empatia globală la empatia diferențiată și mediată cognitiv, trecere care presupune consolidarea distincției sinecelălalt și apariția controlului conștient asupra reacțiilor afective, ca expresie a maturității emoționale și morale progresive [193]. N. Eisenberg evidențiază că maturizarea empatică este corelată cu dezvoltarea autoreglării și a controlului executiv, subliniind rolul acestora în gestionarea reacțiilor emoționale în situații sociale complexe și solicitante [170].

Cultura emoțională se conturează în formarea universitară prin interacțiunea dintre factori individuali temperament, reflecție personală și cei instituționali: context pedagogic, norme profesionale, practică clinică. Această interacțiune nu este întâmplătoare, ci poate fi orientată deliberat prin strategii formative adecvate. M. Pleșca evidențiază că empatia se formează nu prin simplă expunere la situații clinice, ci prin reflecție ghidată și feedback formativ sistematic, ceea ce plasează responsabilitatea formării în centrul proiectării curriculare [91]. Dimensiunea socială a empatiei este, la rândul ei, inseparabilă de competența relațională mai largă. K. R. Wentzel demonstrează că responsabilitatea față de ceilalți și implicarea activă în mediul educațional sunt constitutive ale competenței sociale concluzie direct transferabilă în formarea medicală: empatia nu poate fi desprinsă de angajamentul social al studentului și de responsabilitatea sa profesională emergentă. Concluzia este transferabilă direct în formarea medicală: empatia nu se poate desprinde de angajamentul social al studentului și de responsabilitatea sa profesională emergentă. [297]. Cultura emoțională se structurează astfel pe cinci niveluri: (1) reactivitate și trăire afectivă primară; (2) conștientizare și interpretare a emoțiilor; (3) autoreglare și control emoțional; (4) integrare valorico-normativă; (5) expresie relațională responsabilă și adaptativă. Prin urmare, formarea culturii emoționale în mediul universitar medical nu este o dimensiune opțională sau complementară a procesului formativ, ci o condiție structurală a formării unui profesionist capabil să mențină relații terapeutice de calitate, stabile și eficiente pe termen lung, în acord cu exigențele etice și relaționale ale practicii medicale contemporane.

1.4. Concluzii la Capitolul 1

Cercetarea teoretică a literaturii psihologice, pedagogice, medicale și sociologice a permis delimitarea cadrului conceptual al empatiei și evidențierea evoluției semnificațiilor acesteia, precum și a rolului său în practica și educația medicală contemporană. Analiza surselor științifice relevă caracterul complex, interdisciplinar și dinamic al empatiei medicale, configurată ca fenomen educațional multidimensional, susceptibil de formare în contextul formării profesionale inițiale a studenților mediciști [68], [69].

Examinarea evoluției istorice și epistemologice a conceptului de empatie confirmă transformarea acestuia de la proiecție estetică și intuiție afectivă la construct psihologic multidimensional și, ulterior, la competență profesională integrată în practica medicală [69]. În această perspectivă, empatia medicală se afirmă ca dimensiune constitutivă a profesionalismului medical [72], operaționalizabilă și evaluabilă în contexte educaționale și clinice. Sinteza cercetărilor analizate și a contribuțiilor proprii a permis fundamentarea empatiei medicale ca fenomen educațional integrativ, structurat pe componente axiologice, cognitive, afective și comportamental-comunicative, reflectate în conduita profesională a studentului medicinist în relația medic-pacient. Această structură evidențiază interdependența dimensiunilor valorice, cognitive și emoționale în configurarea comportamentului empatic profesional [72], [246].

Analiza teoretică a demonstrat existența unei corelații directe între empatia medicală și cultura emoțională, aceasta din urmă constituind cadrul axiologic și autoreglator al dezvoltării comportamentului empatic. În acest sens, formarea empatiei implică integrarea dimensiunilor cognitive și afective cu valorile profesiei medicale și dezvoltarea mecanismelor de autoreglare emoțională în context universitar [244], [73]. Rezultatele cercetărilor analizate și ale investigațiilor proprii evidențiază că integrarea empatiei medicale în curriculumul universitar se realizează fragmentar, iar lipsa unor repere conceptuale și metodologice coerente limitează dezvoltarea sistematică a acesteia. Această situație confirmă existența unei probleme științifice reale și actuale, generate de insuficiența valorificare pedagogică a dimensiunii socioemoționale în procesul formativ [70], [242].

În aceste condiții, se impune elaborarea unui cadru teoretic și praxiologic unitar, capabil să susțină atât investigarea empirică a empatiei medicale, cât și proiectarea intervențiilor educaționale eficiente. Constatările teoretice fundamentează necesitatea elaborării Modelului teoretic al empatiei medicale și a Tehnologiei didactice universitare, ca instrumente sistemice de formare a competenței empatică în învățământul superior medical [72], [246], [247].

2. CONTEXTUL UNIVERSITAR AL DEZVOLTĂRII EMPATIEI MEDICALE

Capitolul prezintă rezultatele valorificării sistematice a reperelor teoretice și pedagogice care au condus la identificarea *condițiilor educaționale și profesionale ce influențează dezvoltarea empatiei medicale la studenții mediciști*, în contextul formării profesionale inițiale și al exigențelor actuale ale practicii medicale. Analiza literaturii de specialitate și a contextului actual al educației medicale a permis evidențierea unor factori determinanți ai formării empatiei: experiențele clinice timpurii și expunerea directă la pacient, comunicarea eficientă și autentică cu pacientul, climatul educațional universitar și cultura instituțională, modelele profesionale oferite de cadrele didactice și mentorii clinici, și reflecția asupra experiențelor profesionale trăite în contexte reale. Evoluția sistemelor de sănătate și orientarea medicinei spre modelul centrat pe pacient evidențiază necesitatea dezvoltării competențelor relaționale și comunicative ale medicului, ca parte integrantă a actului medical. Din această perspectivă, empatia medicală devine o componentă esențială și indispensabilă a profesionalismului medical contemporan, contribuind la înțelegerea profundă a experienței pacientului, la creșterea calității comunicării și la consolidarea relației terapeutice. Aceasta susține luarea deciziilor centrate pe pacient și favorizează creșterea eficienței actului medical.

Conținutul capitolului analizează în mod detaliat și sistematic *atitudinile profesionale ale studenților mediciști în contextul provocărilor actuale ale profesiei medicale contemporane*, evidențiind modul în care experiențele educaționale și clinice, formale și informale, influențează formarea sensibilității față de pacient, dezvoltarea empatiei și asumarea responsabilității profesionale în situații reale de practică medicală. Totodată, sunt examinate premisele contextuale ale formării profesionale inițiale a empatiei medicale, prin analiza complexă și integrativă a rolului mediului universitar, al curriculumului formal și ascuns și al activităților de formare orientate spre dezvoltarea competențelor socio-emoționale și relaționale în contexte educaționale și clinice autentice.

Sinteza lucrărilor științifice dedicate empatiei a relevat că dimensiunea sa medicală rămâne insuficient clarificată conceptual, fapt care a fundamentat necesitatea elaborării *Modelului teoretic al empatiei medicale*, reprezentând un element central de structurare teoretică a cercetării și un instrument de analiză integrativă, care surprinde relațiile complexe dintre factorii educaționali, dimensiunile empatiei și procesul de formare profesională a studenților mediciști, oferind un cadru explicativ coerent pentru analiza dezvoltării empatice.

2.1. Factori determinanți în dezvoltarea empatiei medicale

Literatura de specialitate relevă faptul că dezvoltarea empatiei la studenții mediciști nu este rezultatul unui factor unic, ci al unui ansamblu complex de determinanți psihologici, educaționali, sociali și contextuali, care interacționează pe parcursul formării universitare și al experiențelor clinice. În registrul cercetării pedagogice autohtone se articulează premisele formării inițiale [70], un model conceptual al empatiei medicale [72] și o analiză explicită a factorilor determinanți [242], demersuri cu care ne aliniem conceptual înainte de a detalia fiecare categorie. Empatia clinică se constituie ca un construct preponderent cognitiv, implicând înțelegerea experiențelor, preocupărilor și perspectivelor pacientului — însă nu se reduce la o stare interioară: ea capătă valoare terapeutică abia prin expresie comportamentală observabilă [195]. Nivelul empatic al studenților mediciști variază semnificativ în funcție de gen, specialitate și context național de formare [116]. Profilul psihologic agreabilitate, deschidere, neuroticism constituie un factor de variabilitate a răspunsului la intervențiile formative, impunând o abordare diferențiată în proiectarea acestora [277]. Fenomenele etichetate drept „empatie” în literatura de specialitate pot desemna procese psihologice distincte, iar compararea studiilor sau proiectarea intervențiilor fără această precauție riscă să genereze concluzii false [126].

Formarea empatiei nu se poate reduce la stimularea rezonanței afective, ci trebuie să vizeze un sistem integrat de competențe cognitive, afective autoreglate și comunicativ-relaționale. Analiza de față examinează factorii determinanți grupați în șase categorii interdependente: (1) *factori sociali și de mediu*; (2) *factori pedagogici*; (3) *factori psihologici și de personalitate*; (4) *factori personali și biografici*; (5) *experiențele clinice*; (6) *factori cultural-comunicaționali*.

Familia reprezintă primul spațiu de internalizare a sensibilității față de suferința celuilalt: empatia se formează prin observare, modelare și identificare emoțională cu figurile de atașament în cadrul relațiilor de îngrijire timpurii. A. Bandura explică mecanismele prin care modelele adulte și normele observate canalizează stilurile de răspuns la suferința altuia empatia devenind un comportament dobândit și consolidat social prin recompensare și imitare [122]. Trăsăturile de ordin psihologic, inclusiv disponibilitatea empatică, rezultă din interacțiunea dinamică dintre premisele native și condițiile formative ale mediului educațional, perspectivă demonstrată de Gh. Oancea-Ursu [74]. J. Bowlby argumentează că securitatea atașamentului timpuriu favorizează, pe termen lung, capacitatea de preocupare empatică față de celălalt [139], perspectivă completată de M. D. S. Ainsworth oferă un cadru relațional mai nuanțat al aceluiași

proces. [114]. La nivel comunitar, participarea la activități colective și expunerea la diversitate umană sunt asociate cu scoruri empatici mai ridicate la studenții mediciști; revizuirile sistematice indică variabilitate în funcție de context cultural și de instrumentul utilizat [70].

Factorii sociali acționează și prin mecanismul culturii instituționale academice. C. M. Brazeau evidențiază, pe un eșantion de 545 de studenți mediciști, o corelație negativă semnificativă între nivelul burnout-ului academic și scorurile de empatie ($r = -0,34, p < 0,001$), demonstrând că atmosfera academică favorabilă profesionalismului moderează efectul epuizării asupra disponibilității empatică [122]. W. Hafferty susține prin analiză calitativă că „curriculumul ascuns”, ansamblul de norme, valori și așteptări implicite transmise informal în instituțiile medicale, poate consolida sau, dimpotrivă, eroda disponibilitatea relațională a studenților, indiferent de calitatea intervențiilor formale [188].

Factorii pedagogici și modul în care este organizată formarea universitară condiționează, în măsură decisivă, dezvoltarea empatiei profesionale. K.A.Stepien și A.Baernstein constată că intervențiile bazate pe reflecție narativă, joc de rol, medicină narativă și discuții ghidate pot fi asociate cu creșteri ale scorurilor empatici la studenții mediciști, mai ales când sunt integrate curricular și susținute de feedback structurat [281]. H.Riess demonstrează, printr-un trial controlat, că un program de formare a empatiei informat neuroștiințific poate îmbunătăți empatia percepută în relația profesională, confirmând că aceasta răspunde la intervenție pedagogică deliberată [256]. Sintezele sistematice recente confirmă că intervențiile deliberate proiectate pentru cultivarea inteligenței emoționale în educația medicală produc efecte măsurabile asupra calității relației terapeutice și a autoreglării afective a studenților [226]. J.Noordman confirmă că programele care combină comunicare centrată pe pacient, simulare și feedback-ul formativ pot crește empatia raportată de pacienți în interacțiunile medicale [241].

Modelul învățării experiențiale al lui D. A. Kolb constituie fundamentul teoretic al structurării activităților didactice în ciclul experiență-reflecție-conceptualizare-experimentare, evidențiind că empatia nu se formează prin simpla expunere la situații clinice, ci prin procesarea deliberată a acestora [215]. Formarea competențelor profesionale la studenți presupune integrarea dimensiunilor cognitive, afective și atitudinal-valorice ale personalității perspective care legitimează proiectarea unui demers formativ explicit al empatiei ca obiectiv curricular [98]. Activitățile reflexive și experiențiale constituie, la rândul lor, condiții ale dezvoltării competențelor complexe în mediul universitar, convergent cu premisele metodologice ale prezentei cercetări și cu orientarea actuală a educației medicale spre învățare integrativă, centrată pe student și pe practicile reale ale profesiei [45].

Supraîncărcarea curriculară și stresul academic figurează în literatura de specialitate drept factori de risc pentru epuizare și pentru reducerea resurselor atenționale disponibile relației cu pacientul [143], [228]. Presiunea academică și expunerea la suferință fără suport adecvat apar printre cauzele principale ale declinului empatic la studenți și rezidenți, mecanisme convergente cu analizele privind burnout-ul în sănătate [238], [296]. Utilizarea textului multimodal în predarea limbilor străine contribuie la formarea competențelor integrative ale studenților, inclusiv a sensibilității față de diversitatea contextuală a interlocutorului perspectivă cu relevanță directă pentru comunicarea empatică [61].

Trăsăturile de personalitate și factorii psihologici individuali conturează în mod semnificativ capacitatea empatică a studentului medicinist. Comportamentul empatic nu se manifestă uniform el poartă amprenta distinctă a structurii psihologice a fiecărui individ. Y. Song și M. Shi identifică agreabilitatea și deschiderea către experiență drept predictorii pozitivi ai empatiei, în timp ce neuroticismul amplifică distresul personal, o reacție afectivă care poate perturba funcționarea empatică în relațiile clinice [277]. S. Baron-Cohen introduce în dezbateră dimensiunea cognitivă a înțelegerii celuilalt capacitatea de a reconstrui stările mentale ale pacientului ca element diferențiator față de empatia afectivă, cu implicații directe pentru formarea medicală [124]. J. Decety și P.L. Jackson propun o arhitectură funcțională a empatiei care leagă procesele de reprezentare și reglare de rețele neurale distincte, susceptibile de modulare prin experiență educațională sistematică [161]. R. Epstein arată că prezența conștientă și calibrată față de pacient ceea ce el numește *attending* cultivă recunoașterea nuanțată a propriilor reacții afective și menține empatia funcțională sub presiune, prevenind detașarea defensivă [172]. Practica *mindful* în medicină [173], definită ca angajare conștientă și prezentă în actul clinic, sprijină gestionarea reacțiilor afective proprii, menținând empatia funcțională sub presiune și prevenind detașarea defensivă. E.L. Deci și R.M. Ryan explică prin teoria autodeterminării că motivația intrinsecă și identificarea cu valorile profesiei pot proteja angajamentul relațional al studentului în fața presiunilor instituționale și academice [162].

Factori personali și biografici. Experiențele biografice ale studentului influențează disponibilitatea empatică prin mecanisme complexe și nu întotdeauna intuitive. R. L. Ruttan, M. H. McDonnell și L. F. Nordgren demonstrează experimental că experiența anterioară similară cu suferința celuilalt poate reduce, paradoxal compasiunea, prin fenomenul de „insensibilitate prin experiență”, mecanism relevant pentru selecția și pregătirea reflexivă a studenților mediciști [263]. A. Kleinman arată că traversarea propriei experiențe de boală transformă fundamental perspectiva clinicianului față de suferința pacientului, prin apropierea

de experiența subiectivă a bolii ca realitate trăită [213]. Diferențele de gen în scorurile empatice necesită interpretare prudentă, cu luarea în considerare a stilurilor sociale de autoprezentare și a așteptărilor cultural-normative privind expresia emoțională acceptabilă în diferite roluri profesionale [116], [153]. S. Kim evidențiază că empatia medicului, percepută de pacient, se asociază direct cu satisfacția și cooperarea acestuia față de recomandările terapeutice [212]. Al. Barbăneagră demonstrează că valorificarea strategiilor bazate pe sarcini în predarea limbii și literaturii române contribuie la formarea capacității de abordare și interpretare a mesajelor celorlalți, o dimensiune cognitivă a empatiei transferabilă în comunicarea terapeutică [5]. Această perspectivă confirmă că formarea empatiei este condiționată și de calitatea formării lingvistice și comunicative a studentului, nu doar de experiența directă.

Experiența clinică acționează simultan ca spațiu privilegiat de formare empatică și ca sursă potențială de eroziune a acesteia, totul depinde de calitatea suportului educațional în care se produce. D. Jeffrey clarifică faptul că empatia poate evolua de la trăsătură percepută la competență negociată, dacă experiența clinică este însoțită de reflecție sistematică și ghidată [209]. Prin cultura clinică, J. Saphiro generează implicit o separare între perspectiva medicului și experiența pacientului, fenomen denumit „*othering*” în socializarea medicală [274]. S. W. Mercer și W. J. Reynolds demonstrează că empatia medicului se asociază direct cu calitatea îngrijirii și cu satisfacția pacienților [234]. C.L.Bylund și G.Makoul arată că răspunsul clinicianului la „ocaziile empatice” influențează direct percepția pacientului asupra calității comunicării [144]. V. Carrard confirmă variabilitatea individuală semnificativă a empatiei, relevând că un mediu educațional suportiv favorizează creșterea acesteia pe parcursul formării [146]. J. Howick identifică supraîncărcarea curriculară, absența modelelor profesionale empatice și climatul instituțional ca principali determinanți ai eroziunii empatice [202].

Diversitatea culturală a pacienților și calitatea comunicării clinice constituie factori cu impact direct asupra funcționalității empatiei în practica medicală contemporană. J.R.Betancourt argumentează că distanța culturală și competența interculturală influențează semnificativ calitatea înțelegerii reciproce în contexte clinice diverse, afectând direct empatia din relația medic-pacient [134]. M. D. Pasca oferă un cadru comunicațional medical aplicat medicinei din spațiul românesc, evidențiind importanța adaptării mesajului medical la particularitățile culturale ale pacientului [79]. C. Chiriac documentează rolul constitutiv al empatiei în comunicarea medicală primară, subliniind contribuția acesteia la stabilirea relației de încredere și la eficiența interacțiunii medic-pacient [16]. A. Dinescu abordează competența comunicativă în instituții publice ca ansamblu de strategii adaptative centrate pe interlocutor,

principiu transferabil comunicării medicale empaticе, în care mesajul trebuie calibrat permanent în funcție de starea emoțională și nevoile pacientului [41]. J. A. DeVito subliniază că competența comunicativă include nu doar abilități lingvistice, ci și sensibilitate interpersonală, empatie și capacitatea de anticipare a reacțiilor interlocutorului, componente care trebuie formate explicit în educația medicală universitară [163]. Integrarea praxiologică a dimensiunilor cognitive, afective și culturale ale comunicării în formarea competenței lingvistice, perspectivă demonstrată de A. Sîrghi și M. Șevciuc, oferă un cadru metodologic direct aplicabil cultivării comunicării empaticе la studenții medicinisti activi în contexte multilingve [275]. P. Ferri și colaboratorii analizează asocierea dintre empatia neprotejată și burnout [175], demonstrând că absența autoreglării în relația cu suferința pacientului constituie un risc profesional major.

Tabloul factorilor examinați relevă că empatia medicală nu se dezvoltă liniar și uniform, ci printr-o interacțiune continuă între variabile individuale, educaționale, culturale și instituționale. Niciun factor nu acționează izolat: factorii sociali și biografici conturează disponibilitatea relațională inițială a studentului, factorii pedagogici pot susține sau limita dezvoltarea acesteia, iar experiența profesională devine fie un factor formativ, fie un factor de risc, în funcție de gradul de reflecție și de suport educațional asociat. În acest sens, literatura de specialitate privind declinul empatiei în anii clinici [41], [59], [202] evidențiază faptul că efectele intervențiilor educaționale formale pot fi diminuate de influențele curriculumului ascuns, care transmite modele comportamentale implicite. Această interacțiune complexă între factori subliniază necesitatea unui demers educațional coerent, sistemic și continuu, susținut la nivel instituțional, orientat spre integrarea explicită a empatiei în toate componentele procesului de formare medicală.

Analiza factorilor determinanți ai empatiei medicale evidențiază că intervențiile izolate nu contracarează presiunile contextuale și ale curriculumului ascuns; eficiența formării presupune integrarea perspectivei pacientului, a autoreglării emoționale și a unui mediu instituțional orientat relațional. Constatările privind declinul empatiei [208], [249], [213] arată că intervențiile formale pot fi neutralizate de normele informale ale culturii medicale, ceea ce impune un demers sistemic la nivel instituțional. Corelarea cercetărilor autohtone [247], [77], [253] cu literatura internațională confirmă validitatea acestor concluzii în contextul formării medicale din Republica Moldova. Totodată, această concordanță subliniază necesitatea integrării sistematice a dimensiunilor axiologice și emoționale în curriculumul universitar medical, ca premisă pentru formarea unei identități profesionale capabile să răspundă exigențelor etice, relaționale și de calitate ale practicii medicale contemporane.

2.2. Atitudini profesionale ale studenților mediciști în contextul provocărilor actuale

Analiza atitudinilor profesionale ale studenților mediciști constituie o direcție de cercetare cu relevanță crescută în literatura de specialitate, în contextul transformărilor profunde prin care trece formarea medicală contemporană: digitalizarea practicii profesionale, emergența unor dileme etice inedite, restructurarea curriculumului și schimbarea așteptărilor pacienților față de relația terapeutică. Studiile empirice documentează că atitudinile profesionale față de empatie mediază calitatea relației medic-pacient: studenții cu atitudini pozitive față de empatie demonstrează comportamente clinice mai centrate pe pacient, chiar în absența unor protocoale formale explicite [253]. Conceptul de atitudine ocupă un loc central în psihologia socială, începând cu definiția clasică a lui G. W. Allport, care descria atitudinea drept „o stare de pregătire neuropsihică și mentală, organizată prin experiență, care exercită o influență direcțională sau dinamică asupra răspunsului individului față de toate obiectele și situațiile cu care este în relație” [117, p. 40-42]. M. Golu sintetizează că atitudinea este „o modalitate stabilizată de raportare a individului față de componentele esențiale ale vieții sociale”, operând ca mecanism de reglare a conduitei prin sistemul de valori interiorizate [51]. P. Popescu-Neveanu completează că atitudinile orientează selectiv percepția și comportamentul individului, constituind structuri psihice cu funcție de filtru interpretativ al realității profesionale [92]. Atitudinile profesionale sunt conceptualizate ca sisteme de evaluare psihosocială care mediază relația dintre valorile internalizate ale studentului și comportamentele clinice concrete: atitudinile față de empatie influențează intenția comportamentală și, prin aceasta, conduita efectivă în interacțiunile cu pacienții.

Înțelegerea atitudinilor profesionale presupune examinarea atât a arhitecturii lor interne cognitive, afective și comportamentale cât și a funcțiilor prin care acestea orientează și reglează conduita profesională. Modelul tripartit al atitudinilor cu componente cognitivă, afectivă și comportamentală, rămâne cel mai utilizat cadru de referință în cercetarea psihosocială, operaționalizat de I. Ajzen și M. Fishbein în Teoria Acțiunii Raționale și în Teoria Comportamentului Planificat (TPB) [115]. Conform acestui model, schimbarea atitudinii poate fi obținută prin intervenții centrate pe oricare dintre componente, informare cognitivă, experiențe afective sau exerciții comportamentale, ceea ce justifică diversificarea metodologică a programelor de formare a empatiei medicale. E. Bonchiș și colaboratorii descriu funcțiile atitudinilor în psihologia personalității: cognitivă, organizarea și interpretarea informațiilor; instrumentală, orientarea spre rezultatele dorite; expresivă a valorilor, exprimarea identității

profesionale; și de apărare a eului, protecția imaginii de sine [9]. Funcția de apărare a eului are implicații directe pentru proiectarea pedagogică: ea explică rezistența la schimbare atunci când intervențiile contrazic valorile actuale ale studentului fără a oferi un cadru alternativ consistent, abia când studentul percepe noile valori ca expresie a propriei identități profesionale, atitudinea se restructurează autentic.

J. R. Frank argumentează că educația medicală bazată pe competențe vizează integrarea cunoștințelor științifice cu abilitățile clinice, competențele de comunicare și valorile profesionale, plasând atitudinile ca dimensiune constitutivă a competenței, nu ca „adaos” umanist opțional [179]. N. Mead și P. Bower completează cu modelul centrării pe pacient: atitudinile profesionale față de autonomia pacientului, față de relația terapeutică și față de împărțirea puterii în decizia clinică sunt constitutive pentru calitatea îngrijirii [232]. Taxonomia domeniului afectiv oferă repere complementare pentru proiectarea obiectivelor atitudinale în educația medicală, plasând empatia la nivelul superior al taxonomiei, în zona valorificării și caracterizării prin valori [139], iar Teoria autodeterminării explică motivația intrinsecă și identificarea cu valorile profesiei sunt condiții ale angajamentului relațional durabil, ceea ce justifică că formarea empatiei medicale nu poate viza exclusiv schimbarea atitudinii declarate, ci trebuie să creeze condițiile internalizării valorice autentice [162].

Stabilitatea atitudinilor profesionale reflectă gradul de maturitate al identității profesionale: cu cât aceasta este mai bine conturată, cu atât conduita profesională devine mai previzibilă și mai coerentă. Identitatea profesională a medicului se formează la intersecția curriculumului formal, a experiențelor clinice autentice și a procesului de internalizare a valorilor profesiei, nu ca simplă sumă de cunoștințe și deprinderi tehnice, ci ca structură integrată a sinelui profesional, din care empatia derivă ca expresie autentică, nu ca performanță conformistă. R. L. Cruess, S. R. Cruess și Y. Steinert identifică trei etape ale acestui proces: (1) *recunoașterea*, studentul află că empatia este o valoare constitutivă a profesiei medicale prin interacțiunea cu mentori, cursuri și documente normative; (2) *experimentarea*, studentul practică comportamente empatice în contexte structurate, primind feedback și reflectând asupra propriilor reacții; (3) *internalizarea*, empatia devine o dimensiune a identității profesionale proprii, nu un comportament performativ pentru aprobarea evaluatorilor [155]. G. H. Mead analizează constituirea sinelui prin interacțiune simbolică, demonstrând că personalitatea profesională se structurează prin negocierea continuă a perspectivelor proprii cu perspectivele semnificative ale celorlalți [231]; L. S. Vygotsky descrie dezvoltarea proceselor psihologice superioare în mediu social, argument fundamental pentru organizarea contextelor de învățare

empatică prin interacțiune structurată și reflecție ghidată [294] V. Olaru completează prin demonstrarea că metacogniția, monitorizarea propriilor procese de învățare, susține autoreglarea atitudinală, factor esențial în formarea conduitei empaticе deliberate [76]. E. Aronson și S. Patnoe demonstrează, prin tehnica Jigsaw Classroom, că cooperarea structurată a învățării, în care fiecare student contribuie cu o perspectivă unică la înțelegerea comună, reduce prejudecățile și consolidează atitudini prosociale, transferabile direct în formarea empatiei [119]. R. M. Veatch completează cadrul eticii medicale reflexive, subliniind necesitatea asumării conștiente a responsabilității morale în actul medical și a integrării valorilor în procesul decizional medical [292]. R. L. Potter extinde perspectiva spre etica organizațională, evidențiind rolul structurilor instituționale și al culturii organizaționale în modelarea comportamentului profesional și a practicilor medicale responsabile [252].

Formarea atitudinilor empaticе autentice este indisolubil legată de constituirea unui sistem de valori profesionale stabile și interiorizate. C. Cucuș subliniază că „valorile nu pot fi predate, ci create prin participare”, ele se constituie prin implicarea autentică a studentului în experiențe educaționale cu semnificație morală, nu prin transmitere declarativă de norme și standarde [38]. N. Silistraru evidențiază că perspectiva axiologică asupra educației implică formarea unor valori durabile, ancorate în experiența culturală și interpersonală concretă a formabililor [100]. M. Șleahțișchi argumentează interdependența dintre valori, lideri și reprezentări sociale în constituirea identității profesionale, subliniind că studenții medici și configurează valorile prin raportare la modelele pe care le admiră și cu care se identifică [101]. E. Țărnă demonstrează că adaptarea la mediul academic, cu cerințele, normele și așteptările sale specifice, produce transformări semnificative ale sistemului de valori și ale comportamentelor studenților, inclusiv în ceea ce privește empatia și responsabilitatea profesională [106]. Studenții care experimentează o adaptare pozitivă la mediul universitar medical, caracterizată prin sentimentul de apartenență, competență și autonomie au șanse mai mari de a internaliza valorile empaticе ca dimensiuni ale propriei identități profesionale [162], au șanse mai mari de a internaliza valorile empaticе ca dimensiuni ale propriei identități profesionale. M. Pleșca adaugă că „dezvoltarea competențelor socioemoționale la studenți este condiționată de calitatea mediului formativ și de modelele valorice propuse de cadrele didactice”, confirmând că responsabilitatea instituției este la fel de importantă ca responsabilitatea individuală a studentului [91].

În opinia autoarelor L. Șerbănescu, M. D. Bocoș și I. Ioja managementul programelor de formare continuă presupune corelarea sistematică a nevoilor individuale cu obiectivele

instituționale [97], asigurând astfel sustenabilitatea competențelor dobândite în formarea inițială un principiu aplicabil și integrării Modulului „Empatia Medicală” în arhitectura curriculară a USMF. M. Huncă arată că formările profesionale continue centrate pe această conexiune favorizează internalizarea valorilor profesionale [57], fundament al empatiei. Educația pentru dezvoltare emoțională și sănătate mintală oferă instrumentele pedagogice necesare pentru consolidarea atitudinilor prosociale și a empatiei ca componentă a bunăstării relaționale [110].

Modelul Probabilității Elaborării (ELM) explică de ce metodele care stimulează elaborarea cognitivă profundă, discuție critică, analiză de caz, reflecție ghidată, produc schimbări atitudinale stabile, spre deosebire de mesajele superficiale procesate periferic. M. Berg demonstrează, în cadrul proiectului european „Learning to Be”, că programele de formare a competențelor socioemoționale desfășurate concomitent cu profesorii și studenții lor în cinci țări europene au contribuit la dezvoltarea stabilă a acestor competențe, cu efecte pozitive măsurabile la ambele grupuri [133]. Evaluarea longitudinală a aceluiași proiect, realizată cu accent pe mecanismele de transfer și durabilitate, confirmă că elaborarea cognitivă susținută, prin reflecție ghidată, feedback structurat și experimentare activă, produce schimbări stabile de atitudine, nu doar modificări circumstanțiale. A. Balan și T. Kononova demonstrează că antrenamentul empatiei prin combinarea metodelor cognitive și experiențiale produce rezultate superioare față de abordările unidimensionale, confirmând valoarea pluralismului metodologic în formarea atitudinilor empatice [121].

Curriculumul ascuns al mediului medical, modelele de conduită ale formatorilor, normele instituționale nescrise și cultura organizațională a clinicii, poate eroda sistematic atitudinile empatice formate explicit în sala de curs. Curriculumul ascuns este definit drept „cel care funcționează la nivelul organizării sociale a educației medicale” [161]. F. W. Hafferty demonstrează că „curriculumul ascuns”, ansamblul de norme, valori și așteptări implicite transmise informal prin comportamentele mentorilor și climatul organizațional, exercită o influență decisivă asupra atitudinilor empatice ale studenților, adesea mai puternică decât curriculumul formal explicit [188]. Valorile implicite ale mediului clinic pot neutraliza complet efectele programelor formale de formare, creând o disociere între ceea ce studentul învață în sala de curs și ceea ce observă și internalizează în practica clinică. P. Haidet și H. F. Stein confirmă că discrepanța dintre valorile declarate ale instituției și comportamentele observate ale mentorilor generează confuzie valorică la studenți, care tind să se orienteze spre modelele reale mai degrabă decât spre normele formale [189].

B. Michalec și F. W. Hafferty critică forma „deficitară emoțional” a empatiei promovată implicit în unele culturi medicale, redusă la proceduri comunicative standardizate, fără implicare afectivă autentică, ca efect al valorizării eficienței și detașării în sistemul clinic [235]. Socializarea medicală poate genera, în mod insidios, un proces de distanțare față de subiectivitatea pacientului o tendință de a trata cel aflat în suferință ca un „altul” îndepărtat, lipsit de profunzime personală, mecanism care subminează treptat disponibilitatea empatică a practicianului și fragilizează calitatea relației terapeutice. [274]. C. M. Brazeau și colaboratorii demonstrează o corelație negativă între burnout-ul academic și empatie, confirmând că epuizarea reduce disponibilitatea empatică [142].

Teoria disonanței cognitive oferă un cadru explicativ pentru înțelegerea tensiunii dintre valorile empatică declarate ale studentului și conduita sa reală în contextul presiunilor clinice și instituționale. Atunci când un student care a interiorizat valoarea empatiei este plasat într-un mediu clinic ce recompensează viteza și eficiența, descurajând implicit implicarea emoțională, tensiunea interioară generată de această contradicție tinde să fie rezolvată nu prin rezistență, ci prin alinierea treptată a propriilor atitudini la normele dominante ale mediului un mecanism subtil, dar cu efecte profunde asupra conduitei profesionale viitoare [51]. I. Holdevici evidențiază că tehnicile de restructurare cognitivă pot fi utilizate pedagogic pentru a consolida atitudinile empatică în fața acestor presiuni contextuale, sprijinind autoreglarea valorică a studentului [56]. B. A. Lown și C. F. Manning propun intervenții comunicative interdisciplinare ca antidot față de dezumanizarea implicită a culturii clinice, demonstrând că reconstrucția intenționată a normelor comunicative în mediul clinic poate contracara efectele curriculumului ascuns [224].

Formarea atitudinilor empatică în mediul universitar medical reclamă strategii pedagogice deliberate, concepute să activeze simultan dimensiunile cognitive, afective și comportamentale ale studentului. Intervențiile pedagogice structurate constituie mijlocul verificat empiric pentru prevenirea eroziunii atitudinale și formarea conduitei empatică durabile. Intervențiile bazate pe reflecție narativă, joc de rol și discuții ghidate produc schimbări stabile de atitudine față de empatie, mai ales când sunt integrate longitudinal în curriculum și susținute de feedback structurat, concluzie sistematizată de K. A. Stepien și A. Baernstein [281]. Predarea empatiei prin pacienți simulați, cu reflecție structurată și feedback imediat, constituie una dintre cele mai eficiente metode de formare atitudinală, după cum confirmă W. Laughey [218]. Un trial randomizat controlat, conceput de H. Riess pe baze neuroștiințifice, arată că un program de formare a empatiei produce creșteri semnificative ale empatiei raportate

de pacienți, nu doar ale autopercepției studenților, evidențiind impactul direct al intervențiilor asupra calității interacțiunii clinice [256].

E. Teding van Berkhout și J. M. Malouff confirmă prin meta-analiză că programele structurate produc efecte pozitive verificabile și durabile asupra empatiei, cu condiția proiectării pe baza unor teorii pedagogice explicite și a implementării sistematice [285]. R. M. Epstein și M. S. Krasner demonstrează că reziliența medicului și practica reflexivă sistematică susțin calitatea actului clinic, prevenind epuizarea emoțională și menținând angajamentul profesional pe termen lung [171]. Paradigma medicinei narrative, fundamentată de R. Charon, plasează ascultarea și interpretarea narațiunii bolnavului în centrul formării empatice, ca instrument cognitiv și etic de înțelegere a suferinței dincolo de diagnosticul biomedical [151]. J. Howick sintetizează dovezile privind cultivarea empatiei medicilor prin intervenții pedagogice sistematice, confirmând că declinul atitudinal nu este inevitabil atunci când instituția investește deliberat în formarea empatică [200]. G. Riva arată că realitatea virtuală funcționează ca „tehnologie corporalizată”, facilitând asumarea perspectivei pacientului prin experiențe empatice dificil de obținut prin metode convenționale, cu implicații pentru simularea imersivă în formarea medicală [257]. K. S. Chan și N. Zary evidențiază că atitudinile față de instrumentele digitale sunt influențate de percepția utilității [150].

Eroziunea atitudinilor empatice: este un subiect abordat de M. Hojat ce raportează, că cel mai semnificativ declin al empatiei se produce în al treilea an de studii medicale corespunzând tranziției spre mediul clinic și expunerii la un curriculum ascuns care privilegiază obiectivitatea față de sensibilitatea relațională [198]. În viziunea lui M. Neumann, supraîncărcarea curriculară, modelele profesionale și absența reflecției structurate erodează sinergic disponibilitatea empatică [238]. J. Halpern adaugă că declinul empatiei nu reflectă o evoluție inevitabilă spre „maturitate profesională”, ci o distorsiune a formării medicale care confundă detașarea defensivă cu obiectivitatea clinică autentică [191]. H. J. Freudenberger [181] și C. Maslach [228] arată că burnout-ul afectează direct calitatea empatiei clinice, prin diminuarea disponibilității emoționale, a sensibilității față de pacient și a implicării relaționale. Empatia neprotejată instituțional crește riscul epuizării emoționale, erodând chiar capacitatea empatică, paradox evidențiat de P. Ferri și colaboratorii [175]. E. B. Larson și X. Yao conceptualizează empatia clinică drept muncă emoțională deliberată, ce implică gestionarea conștientă a reacțiilor afective și necesită formare și susținere instituțională [217]. Empatia se formează la intersecția dintre factorii individuali (personalitate, motivație) și cei instituționali (climat academic, modele de rol), constituind un sistem dinamic cu potențial pedagogic real

2.3. Premise ale formării profesionale inițiale a empatiei medicale

Formarea empatiei medicale la studenții mediciști nu se produce în vid, ci în cadrul unui sistem de condiții contextuale: normative, curriculare, instituționale și relaționale, care determină în ce măsură această competență este cultivată, menținută sau, dimpotrivă, erodată pe parcursul studiilor universitare. Înțelegerea acestor premise contextuale are valoare practică directă: ea permite identificarea pârghiilor de intervenție pedagogică și proiectarea unor strategii educaționale eficiente [253], [246], [247]. Empatia a traversat o lungă evoluție conceptuală: termenul a fost introdus în psihologie de E. B. Titchener ca traducere a conceptului german *Einfühlung*, desemnând inițial o formă de proiecție estetică, pentru ca ulterior cercetarea să îl extindă spre dimensiunile cognitive, afective și comportamentale ale înțelegerii interpersonale [287]. C. R. Rogers a fundamentat statutul empatiei ca mod autentic de a fi în relația cu celălalt, demonstrând că înțelegerea lumii interne a interlocutorului ca și cum ar fi proprie, fără a pierde calitatea de „ca și cum”, constituie condiția relației terapeutice eficiente [260]. C. Duan și C. E. Hill relevă că starea actuală a cercetării empatiei este marcată de o pluralitate de definiții, modele și instrumente, ceea ce impune o poziție teoretică explicită la nivelul oricărui demers de formare [167]. S. Marcus demonstrează că empatia și personalitatea sunt indisolubil legate, constituind un sistem dinamic în care trăsăturile stabile de personalitate modulează capacitatea de răspuns empatic [63]. Premisele contextuale sunt analizate în cinci dimensiuni complementare: cadrul normativ și politicile educaționale; structura curriculumului universitar; mediul educațional și cultura organizațională; modelele de rol și dinamica formativă a empatiei în practica clinică; și instrumentele psihometrice de evaluare, constituind premisa indispensabilă a monitorizării și ameliorării sistematice a procesului formativ [70].

Includerea empatiei ca obiectiv curricular explicit nu reprezintă o opțiune discreționară a instituției de formare, ci o direcție susținută de un cadru normativ stratificat de la standardele internaționale ale educației medicale până la documentele de politici educaționale ale Republicii Moldova. Această ancorare normativă multinivel conferă demersului formativ legitimitate instituțională și îl integrează într-o viziune coerentă asupra profesionalismului medical contemporan. Cadrul European al Calificărilor stabilește descriptorii de nivel care implică responsabilitate socială și capacitate relațională ca rezultate așteptate la nivelul formării universitare [326], iar Cadrul Național al Calificărilor din Republica Moldova operaționalizează aceste cerințe europene în contextul specific local [327], obligând programele universitare să includă competențe transversale cu dimensiuni socioemoționale. În Republica Moldova, formarea inițială este ancorată în Codul educației [328], Standardele

pentru formarea medicilor [336], Curriculumul universitar de formare medicală inițială [330] și Codul de etică și deontologie al lucrătorului medical [329]. Regulamentul privind formarea profesională continuă a lucrătorilor medicali [334] stipulează obligativitatea actualizării sistematice a competențelor profesionale pe tot parcursul carierei, creând premisa normativă pentru integrarea empatiei medicale nu doar în formarea inițială, ci și în programele de educație medicală continuă [332]. Cadrul CanMEDS plasează comunicarea empatică, respectul față de experiența pacientului și conduita profesională responsabilă printre competențele de ieșire explicite ale absolventului de medicină, oferind un limbaj comun pentru evaluarea și formarea empatiei în programe medicale internaționale [179]. Recomandările General Medical Council sunt explicite: absolvenții trebuie să demonstreze abilități de comunicare empatică față de pacienți și aparținători, confirmând că empatia este o exigență a standardelor internaționale de calitate, nu un „adaos” umanist opțional [331]. Documentele OMS poziționează comunicarea empatică, respectul față de pacient și îngrijirea centrată pe persoană în zona competențelor esențiale ale profesioniștilor din sănătate la nivel global, deși operaționalizarea lor curriculară rămâne inconsistentă în multe sisteme de formare [337]. Principiul educației permanente conferă legitimitate pedagogică continuității formative a empatiei medicale dincolo de anii de licență, plasând-o ca dimensiune a unui angajament profesional pe viață perspectivă fundamentată de I. Jinga [60]. eoria și praxiologia formării profesionale continue oferă, în viziunea lui A. Afanas, modele transferabile pentru construcția programelor de formare empatică în instituțiile universitare medicale, prin corelarea competențelor-țintă cu strategiile de reflecție și practică autentică [1]. În literatura pedagogică autohtonă, Vl. Guțu, E. Muraru și O. Dandara demonstrează că proiectarea standardelor de formare profesională inițială în învățământul universitar trebuie să integreze în mod explicit competențele relaționale și atitudinale alături de cele tehnice și metodologice [54]. Vl. Guțu subliniază că un curriculum educațional coerent presupune alinierea riguroasă a obiectivelor de formare cu strategiile didactice și instrumentele de evaluare principiu cu implicații directe pentru proiectarea unui modul curricular dedicat empatiei medicale [55]. Inovarea pedagogică autentică nu se reduce la substituirea unor tehnici cu altele, ci implică o restructurare profundă a paradigmei formative în ansamblu, prin care valorile și atitudinile profesionale devin obiective legitime ca și competențele [94].

Curriculumul universitar constituie instrumentul instituțional prin excelență prin care mediul formativ își exercită influența asupra dezvoltării empatiei - structurând, prin conținuturile, metodele și evaluările sale, cadrul în care atitudinile profesionale se sedimentează

sau, dimpotrivă, se erodează. Înțeles astfel, el nu este doar un document de planificare, ci o arhitectură formativă cu efecte profunde și adesea invizibile asupra identității profesionale a studentului medicinist. În mod tradițional, programele medicale au accentuat competențele biomedicale și tehnice, riscând să marginalizeze dimensiunea relațională dacă aceasta nu este explicită în rezultatele de învățare și susținută prin strategii pedagogice adecvate. L. Z. Jaber, S. Southerland și F. Dake demonstrează că formarea empatiei epistemice în programele de pregătire inițială poate fi realizată sistematic prin activități de observare, reflecție și analiză a perspectivelor divergente, cu efecte durabile asupra calității comunicării și colaborării profesionale [208], concluzie care susține integrarea metodelor reflexive în curriculumul de formare a empatiei medicale. N. Díez-Goñi și M. C. Rodríguez-Díez argumentează explicit de ce predarea empatiei este esențială în curriculumul de medicină: empatia nu este o predispoziție înnăscută stabilă, ci o competență care se poate forma și care influențează direct calitatea actului medical și satisfacția pacientului [164].

Sintetizând 13 studii derulate pe parcursul a peste trei decenii, K. A. Stepien și A. Baernstein arată că programele formative care îmbină reflecția narativă, jocul de rol, medicina narativă și discuțiile ghidate generează creșteri semnificative ale scorurilor empatice în raport cu grupurile de control confirmare empirică a superiorității abordărilor pedagogice integrate față de intervențiile izolate [281]. E. Teding van Berkhout și J. M. Malouff aduc dovezi experimentale solide în sprijinul educabilității empatiei: sinteza a 18 studii controlate relevă un efect global pozitiv de $d = 0,63$ (IC 95%: 0,44-0,82), indicând că programele de formare cu adevărat eficiente nu se bazează pe o singură metodă, ci îmbină simularea clinică, reflecția personală și contactul direct cu pacienții într-un demers pedagogic integrat [285].

C. A. Tomlinson demonstrează că instrucția diferențiată, adaptarea sarcinilor la profilul individual al studentului, optimizează achizițiile atitudinale, principiu valorificat în designul activităților de formare empatică [289]. H. Riess aduce o dovadă metodologică de referință: un studiu randomizat controlat pe 99 de rezidenți arată că un program de formare de 6 ore, ancorat în neuroștiință, produce ameliorări semnificative atât ale percepției proprii asupra empatiei (JSE; $p < 0,01$), cât și ale evaluărilor formulate de pacienți ($p < 0,05$), față de grupul de control [256]. Relevanța acestui rezultat depășește confirmarea autopercepției, el demonstrează că efectele intervenției sunt vizibile din perspectiva pacientului, cel mai fidel indicator al calității reale a relației terapeutice.

Medicina narativă propune un cadru curricular în care empatia nu se predă ca tehnică, ci se cultivă prin lectură critică, scriere reflexivă și analiză narativă a experienței de boală, o formă

de înțelegere practică și etică a celuilalt [151]. Științele umaniste medicale literatura, filosofia, arta, istoria medicinei îi oferă studentului unghiuri interpretative multiple asupra suferinței umane, lărgind orizontul comprehensiv necesar empatiei clinice autentice [296]. Înțelegerea bolii prin prisma narațiunii pacientului, cu temerile, resemnificările și transformările sale interioare, reconfigurează în profunzime calitatea actului medical, deplasând accentul de pe diagnostic spre persoana care trăiește boala [177], [178]. Interacțiunile simulate cu pacienți, atunci când sunt ghidate de criterii clare și urmate de reflecție structurată, produc ameliorări măsurabile ale competenței empatice [218]. Totodată, percepțiile studenților și ale tutorilor asupra a ceea ce înseamnă „a fi empatic” diferă adesea semnificativ o divergență relevantă atât pentru interpretarea scorurilor din cercetarea proprie, cât și pentru proiectarea mai precisă a activităților formative [219].

Tehnologiile comunicative utilizate strategic în predarea universitară pot susține formarea nu doar a competențelor lingvistice, ci și a celor relaționale și empatice, prin contextele de comunicare autentică pe care le generează [12]. Strategiile didactice adaptate specificului adulților cu accent pe implicarea activă și reflecția practică constituie o condiție a eficienței oricărei intervenții formative la nivel universitar, iar motivația intrinsecă față de valorile profesiei amplifică semnificativ asumarea personală a parcursului de formare empatică [270]. Platformele educaționale integrate facilitează nu doar transmiterea de cunoștințe, ci și crearea unor spații de reflecție și interacțiune empatică, în timp ce modelele hibride de predare demonstrează rezultate superioare atât în dobândirea competenței comunicative, cât și în formarea capacității de comunicare empatică adaptată contextului clinic multicultural [271]. Integrarea instrumentelor digitale în practica clinică poate fragiliza calitatea relaționării empatice dacă nu este însoțită de strategii pedagogice explicite de menținere a prezenței afective în relația cu pacientul [223]. Potențialul formativ al platformelor educaționale rezidă nu în capacitatea lor de a transmite informații, ci în aceea de a genera contexte vii de reflecție și interacțiune [183] o resursă valoroasă, în opinia cercetătorilor, în cultivarea disponibilității empatice a viitorului medic [184].

Orientarea carierei studenților în raport cu politicile educaționale actuale, presupune un cadru formativ integrat, capabil să coreleze finalitățile profesionale cu cerințele sociale și instituționale în continuă schimbare perspectivă care legitimează includerea explicită a dimensiunilor relaționale și socioemoționale în curriculumul universitar [272]. Competența comunicativă în limbă străină se constituie, în viziunea autoarelor, din dimensiuni lingvistice, sociolingvistice, pragmatice și (inter)culturale integrate praxiologic [275]. Predarea

interdisciplinară a conținuturilor lingvistice în instituții multilingve constituie o strategie cu potențial formativ direct aplicabil pregătirii comunicative a studenților [4]. Adoptarea unui model hibrid în predarea englezei medicale generează rezultate superioare în formarea competenței de comunicare profesională a studenților mediciști, cu efecte directe asupra calității interacțiunii clinice [96]. Modelul formativ mixt, argumentat de M. Șevciuc și A. Sîrghi ca soluție flexibilă pentru educația pe tot parcursul vieții, integrează organic resursele digitale cu interacțiunea față-în-față [269].

În opinia F. W. Hafferty „curriculumul ascuns” reprezintă ansamblul de norme, valori și așteptări implicite transmise informal prin comportamentele mentorilor și climatul organizațional care exercită o influență decisivă asupra disponibilității empatice a studenților, adesea mai puternică decât curriculumul formal [188]. În aceeași ordine de idei autorii P. Haidet și H. F. Stein subliniază discrepanța dintre valorile declarate și comportamentele observate ale mentorilor generează confuzie valorică, studenții orientându-se prioritar spre modelele reale din practica clinică [189]. Totodată, B. Michalec și F. W. Hafferty critică „versiunea deficitară emoțional” a empatiei promovată implicit în unele culturi medicale, care reduce empatia la proceduri tehnice standardizate fără investiție afectivă autentică [235].

Corelația negativă semnificativă între nivelul burnout-ului academic și scorurile de empatie, demonstrată de C. M. Brazeau, pe un eșantion de 545 de studenți mediciști confirmă faptul că atmosfera academică este un moderator important al disponibilității empatice [142]. În aceeași ordine de idei, autorii L. N. Dyrbye, M. R. Thomas și T. D. Shanafelt confirmă, pe un eșantion de 2.566 de studenți din SUA, că nivelurile ridicate de stres și burnout academic sunt asociate semnificativ cu scăderea empatiei și deteriorarea atitudinilor față de pacienți [169], studenții cu simptome de burnout au scoruri JSE semnificativ mai scăzute ($p < 0,001$) și atitudini mai cinice față de pacienți [146].

Analiza relațiilor dintre componentele empatiei medicale a valorificat instrumente metodologice validate, recomandate în cercetarea educațională contemporană pentru investigarea efectelor indirecte [268]. Abordând problematica dezvoltării sociale, I. Platon și V. Plămădeală argumentează că securitatea psihologică constituie premisa funcționării autentice a mecanismelor empatice în procesele de îngrijire terapeutică [90]. În opinia T. Șova, managementul stresului profesional al cadrelor didactice influențează calitatea mediului educațional creat pentru studenți, climat de care depinde la rândul său formarea empatiei [102]. Autorii M. Cojocaru-Borozan, T. Șova și L. Țurcan-Balțat aduc argumente că anume cultura

emoțională a cadrului didactic este o condiție inerentă a calității interacțiunilor comunicative și implicit, ale capacității formatorului de a transmite modele autentice de empatie [31].

Conceptualizând principiul organizator al relației terapeutice de pe pacient, centrare N. Mead și P. Bower evidențiază cinci dimensiuni importante: boala și experiența bolii, persoana în întregul ei, contextul social, relația terapeutică și împărțirea puterii și a responsabilității, model ale cărui premise instituționale trebuie cultivate în cultura organizațională a facultăților de medicină [232]. Subliniind natura profund relațională a îngrijirii primare, E. J. Cassell, arată că medicul care înțelege suferința pacientului în complexitatea sa biopsihosocială poate oferi o îngrijire calitativ superioară [147]. N. Noddings oferă un fundament filosofic și educațional pentru această perspectivă, argumentând că etica constituie cadrul cel mai adecvat pentru formarea unui profesionalism medical autentic și responsabil [240].

Preocupările științifice ale lui W. T. Branch privind modelele de rol empatic contribuie semnificativ la dezvoltarea comportamentelor empatică ale studenților [141], iar percepția pozitivă a empatiei mentorilor corelează direct cu scorurile empatică ale studenților ($r = 0,41$, $p < 0,001$). Expunerea la modele profesionale empatică în mediul clinic, așa cum afirmă B. A. Lown și C. F. Manning produce, nu doar imitare comportamentală, ci și restructurarea valorilor profesionale ale studenților [224] și J. Salinsky și P. Sackin [264] demonstrează că grupurile Balint [211] contribuie la reducerea tendințelor de distanțare și la consolidarea empatiei, prin crearea unui spațiu de procesare reflexivă a experiențelor emoționale din practica clinică. R. M. Epstein și M. S. Krasner argumentează că reflecția sistematică asupra propriilor reacții emoționale dezvoltă o formă de *mindfulness* profesional care permite medicului să rămână prezent și empatic fără a ceda supraidentificării cu pacientul sau epuizării emoționale [171].

Modelele de rol din mediul clinic constituie unul dintre cei mai puternici vectori informali ai formării empatică, transmițând prin comportament observat, nu prin discurs explicit normele relaționale pe care studentul le interiorizează și le reproduce. Contactul cu practica medicală reprezintă un moment definitoriu în configurarea atitudinilor empatică ale studentului, dar efectul său nu este deterministic: aceeași experiență clinică poate cultiva empatia sau o poate eroda, în funcție de calitatea contextului formativ în care se produce. D. Jeffrey clarifică faptul că empatia poate evolua de la trăsătură percepută la competență negociată, cu condiția că experiența clinică este însoțită de reflecție sistematică și ghidată [209]. A. Kleinman explică faptul că înțelegerea bolii prin prisma narațiunii pacientului, cu suferința, temerile și resemnificările sale, transformă fundamental calitatea actului medical și capacitatea clinicianului de a fi autentic empatic [213].

Printr-un studiu longitudinal, M. Hojat argumentează, că cel mai semnificativ declin al empatiei se produce în al treilea an de studii medicale ($d = 0,44$, $p < 0,001$), corespunzând primului contact susținut cu practica clinică și cu un curriculum ascuns care privilegiază obiectivitatea față de sensibilitatea relațională [198]. S. Adatia identifică, prin cercetarea experimentală într-o facultate canadiană, că scăderea semnificativă a scorurilor JSE între anul al doilea și al treilea de studiu ($d = 0,38$, $p < 0,05$), se explică prin schimbarea mediului educațional și intensificarea presiunii performanței [113]. M. Neumann sistematizează, în meta-analiza a 18 studii longitudinale și transversale ($N = 9.832$), că variabilitatea interstudiară a declinului empatic ($d = 0,18-0,73$) este explicată preponderent de caracteristicile mediului educațional, nu de cele individuale ale studenților [238]. V. Carrard analizează traiectorii longitudinale recente, confirmând variabilitatea individuală semnificativă [146] menționând că unii studenți înregistrează creșteri ale empatiei dacă beneficiază de un mediu educațional suportiv. Printr-o sinteză sistematică și tematică a studiilor calitative, J. Howick identifică, următorii factori explicativi principali ai declinului: *absența suportului reflexiv pentru experiențele emoționale ale studenților, modelarea profesională inadecvată, supraîncărcarea curriculară și insuficiența rolului de mentorat empatic în etapa clinică* [200]. J. Shapiro avertizează că practicile discursive ale culturii clinice pot genera implicit o separare între perspectiva medicului și experiența subiectivă a pacientului, erodând disponibilitatea empatică prin normalizarea distanței relaționale [274].

Un rezultat esențial este raportat de S. Srinivasan și colaboratorii: în instituțiile medicale care acordă prioritate disciplinelor umaniste și angajamentului comunitar, empatia studenților a rămas stabilă pe parcursul tuturor anilor de studiu, fără scăderea tipică observată în tranziția clinică [279]. Autorii atribuie această stabilitate unui context educațional care valorizează sistematic reflecția, artele, sensibilitatea culturală și dimensiunea umană a profesiei, argument empiric decisiv că declinul nu este inevitabil, ci este un indicator al calității mediului educațional. H. Chen relevă, într-o revizuire integrativă recentă, că empatia influențează pozitiv nu doar relația medic-pacient, ci și sănătatea mintală a studentului, performanța academică și dezvoltarea competențelor clinice, justificând tratarea sa ca obiectiv educațional strategic și prioritar [152]. În aceeași ordine de idei H. Chauvel arată că dinamica pozitivă a empatiei în programe de studii dedicat relației medic-pacient, arată că existența unui modul explicit consolidează empatia studenților în condițiile stresului clinic [306]. P. Ferri semnalează că empatia neprotejată instituțional generează un paradox: cu cât clinicianul este mai empatic fără suport adecvat, cu atât riscul epuizării emoționale este mai mare, justificând susținerea

instituțională sistematică a empatiei ca resursă profesională valoroasă [175]. Compasiunea, distinctă de empatia afectivă prin orientarea sa activă spre alinarea suferinței, reprezintă o capacitate cu fundamente evolutive solide, indispensabilă formării unui profesionalism medical autentic [186]. Optimismul și atitudinea pozitivă față de sine constituie resurse psihologice fundamentale ale succesului profesional, relevante pentru sustenabilitatea empatiei clinice [81]. Cercetătorii demonstrează că utilizarea etică a inteligenței artificiale în cercetarea academică presupune o responsabilitate socială care derivă tocmai din capacitatea de empatie a cercetătorului față de consecințele inovațiilor sale pentru ceilalți [183].

Operaționalizarea empatiei în cercetarea medicală și educațională se realizează prin instrumente psihometrice specializate, a căror calitate determină direct validitatea concluziilor privind efectele intervențiilor formative. În această perspectivă, selecția și adaptarea unor scale de măsurare fiabile și validate devin o condiție metodologică esențială pentru proiectarea, monitorizarea și optimizarea programelor de formare a empatiei la viitorii profesioniști din domeniul sănătății. B. M. P. Cuff subliniază că revizuirile constructului empatic identifică un dezacord persistent privind natura empatiei, cognitivă, afectivă sau mixtă, ceea ce justifică utilizarea unor baterii combinate care acoperă multiple dimensiuni și perspectivele mai multor raportori [156]. J. Decety și P. L. Jackson argumentează că empatia are substrat neurocognitiv multicomponent, susținând ideea că niciun instrument singular nu epuizează fenomenul și că o abordare multidimensională a evaluării reflectă mai fidel complexitatea proceselor implicate [161]. C. R. Rogers avertizează că empatia trebuie înțeleasă ca dimensiune a calității prezenței în relație, argument care susține triangularea evaluării prin multiple surse și metode [259].

Jefferson Scale of Empathy (JSE / JSE-S) este cel mai utilizat instrument de evaluare a empatiei medicale în cercetarea internațională [196], cuprinzând 20 de itemi pe o scală Likert de 7 puncte, structurați în trei factori: luarea perspectivei pacientului, grija compasională și transpunerea în situația acestuia. Proprietățile psihometrice sunt solide, cu consistență internă ($\alpha = 0,87-0,89$) și stabilitate test-retest ($r = 0,65-0,80$) demonstrate în studii multicentrice. R. Likert evidențiază că tehnicile de scalare a atitudinilor reprezintă instrumentul metodologic fundamental pentru evaluarea aplicativă a constructelor psihosociale [221], principiu pe care se întemeiază structura JSE.

Interpersonal Reactivity Index (IRI), elaborat de M. H. Davis [158], rămâne cel mai utilizat instrument multidimensional de cercetare psihologică, cu o structură de patru subscale: *perspective taking* (PT), *fantasy* (FS), *empathic concern* (EC) și *personal distress* (PD). Spre deosebire de JSE, IRI permite disocierea empatiei cognitive (PT) de empatia afectivă (EC și

PD) și de tendința de identificare imaginativă (FS), furnizând un profil diferențiat al competenței empatice. Consistența internă a subscalelor variază: $\alpha = 0,70-0,78$ pentru PT, $\alpha = 0,75-0,79$ pentru EC, $\alpha = 0,75-0,81$ pentru PD.

Questionnaire Measure of Emotional Empathy (QMEE), elaborat de A. Mehrabian și N. Epstein [233], evaluează dimensiunea afectivă a empatiei, evidențiind predispoziția de răspuns emoțional la experiențele altora. Instrumentul este utilizat frecvent în studiile asupra studenților medici, inclusiv în context est-european. Un studiu realizat la Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” din Chișinău, pe 56 de studenți din Stomatologie, Farmacie și Medicină Generală, a evidențiat diferențe semnificative între specializări, cu niveluri mai reduse de empatie în unele programe [70]. Rezultatele indică influența mediului educațional asupra dezvoltării empatiei și necesitatea adaptării programelor de formare.

Scala CARE (Consultation and Relational Empathy), elaborată de S. W. Mercer [234], este un indicator clinic relevant al empatiei, deoarece reflectă experiența pacientului, nu doar autopercepția clinicianului. S. S. Kim et al arată că empatia evaluată de pacient îmbunătățește starea psihologică, satisfacția și relația terapeutică [212]. J. Howick confirmă importanța evaluărilor multi-sursă [201], iar C. Platon și S. Focșa-Semionov evidențiază rolul testelor de personalitate în profilarea variabilelor asociate empatiei [89].

Variabilitatea nivelului empatiei între studenții medici din contexte culturale diferite nu este aleatorie ea oglindește diferențele structurale dintre sistemele de formare în care aceștia sunt integrați. Pe un eșantion de 1.215 studenți din patru școli medicale daneze, E. A. Hvidt identifică diferențe semnificative în funcție de sex ($d = 0,41$, $p < 0,001$) și o corelație solidă între motivația prosocială și nivelul empatic ($r = 0,32$, $p < 0,001$), ilustrând modul în care factorii individuali și cei educaționali se potentează reciproc [206]. A. Munoz-Miquel adaugă că empatia, emoțiile și centrarea pe pacient se materializează în strategii comunicative concrete, observabile și, prin urmare, educabile analizând discursul clinic se pot dezvălui mecanismele prin care empatia funcționează în situații reale [236].

Traectoria empatiei de-a lungul formării este profund dependentă de context, iar divergența rezultatelor internaționale reflectă tocmai diferențele structurale dintre programele de pregătire [116]. Datele furnizate de Ж. А. Мацкевич și Т. Г. Широкогорова confirmă faptul că empatia este o competență necesară cu implicații directe pentru calitatea actului medical, cu efecte vizibile în evaluările din sistemele de formare postuniversitară [319]. Burnout-ul și empatia lucrătorilor medicali evoluează invers proporțional relație identificată de

T. Ю. Удалова și colaboratorii, iar protecția instituțională a empatiei în fața presiunilor profesionale devine, în această lumină, o prioritate de sănătate organizațională [324].

Analiza contextului formării empatiei profesionale arată că aceasta este dependentă de condițiile educaționale și instituționale. Empatia se dezvoltă automat în funcție de specificul pedagogic, modelele de rol, coerența dintre curriculumul formal și cel ascuns și existența unor instrumente de evaluare adecvate. Declinul empatiei semnalat în literatura de specialitate nu este inevitabil: acolo unde reflecția și dimensiunea umanistă sunt promovate sistematic, nivelul empatiei se menține [185]. Un demers formativ explicit, longitudinal și ancorat instituțional reprezintă, în viziunea lui T. A. Quince et al., condiția esențială pentru ca formarea empatiei să producă efecte durabile și transferabile în practica clinică [253].

Valorificarea sarcinilor autentice în predare-învățare cultivă capacitatea de interpretare a mesajelor interlocutorului o dimensiune cognitivă a empatiei direct transferabilă în comunicarea terapeutică [5]. Componenta valorico-emoțională se formează prin strategii pedagogice explicite, argument cu aplicabilitate directă în proiectarea formării competenței empatice medicale [286]. Formarea competențelor profesionale la studenți [98] presupune integrarea coerentă a dimensiunilor cognitive, afective și valorice ale personalității depășind segmentarea artificială a competenței și plasând dimensiunea axiologică în centrul construcției identitare a viitorului practician. Orice reformă curriculară orientată spre competențe socioemoționale trebuie să se întemeieze pe teoria curriculumului și pe teoria formării fără aceste premise, inovarea pedagogică riscă să rămână superficială, fără a atinge structurile profunde ale atitudinilor și valorilor profesionale [30]. Datele disponibile conturează un cadru solid pentru fundamentarea unui model teoretic integrator al empatiei medicale. Premisele contextuale ale formării profesionale inițiale identificate în prezentul subcapitol particularitățile mediului universitar medical, diversitatea factorilor care influențează dezvoltarea empatiei, tensiunea dintre obiectivele formale și cultura instituțională reală, precum și vulnerabilitatea empatiei în absența unor structuri de protecție și reflecție argumentează, în mod convergent, necesitatea unui model teoretic explicit. Un astfel de model trebuie să fie capabil să articuleze simultan dimensiunile empatiei profesionale, oferind totodată repere operaționale pentru proiectarea și evaluarea demersurilor formative. Fără un asemenea cadru conceptual coerent, intervențiile pedagogice riscă să rămână fragmentare, incapabile să producă efecte durabile asupra profilului empatic al viitorului medic. Elaborarea și fundamentarea acestui model constituie obiectul subcapitolului următor.

2.4. Modelul teoretic al empatiei medicale

Cercetările prezentate în subcapitolele anterioare evidențiază că empatia medicală este un construct pluridimensional, a cărui formare la studenții medici depinde de interacțiunea complexă dintre trăsăturile de personalitate, factorii contextuali și intervențiile educaționale deliberate. Cu toate acestea, literatura de specialitate nu oferă un cadru teoretic unitar care să integreze simultan dimensiunile axiologică, cognitivă, afectivă și de leadership medical ale empatiei medicale și să le articuleze explicit cu procesul de formare universitară inițială. Modelele existente tratează empatia prin perspective parțiale, cu valoare euristică limitată în raport cu complexitatea fenomenului formativ. Potrivit lui Babbie, modelele conceptuale sunt construcții teoretice care permit organizarea logică a relațiilor dintre concepte și facilitează înțelegerea și investigarea empirică a fenomenelor complexe [120]. Aplicat în cercetarea pedagogică, un model conceptual nu reprezintă o simplă reprezentare grafică, ci o schemă interpretativă care evidențiază mecanismele interne ale unui fenomen și direcțiile de intervenție, transformând constructul teoretic în instrument metodologic pentru operaționalizarea obiectivelor de formare, a metodelor didactice și a criteriilor de evaluare.

Perspectiva psihologică individuală, reprezentată de B. M. Cuff și colaboratorii [156], M. H. Davis [160], M. Hojat și colaboratorii [198] și T. Quince și colaboratorii [253], operaționalizează empatia ca set de abilități individuale măsurabile, dar ignoră contextul organizațional și relațional în care aceasta se formează și se menține. Perspectiva comunicativă, reprezentată de J. Howick și colaboratorii [201], S. W. Mercer și W. J. Reynolds [234] și A. H. Vinson și K. Underman [293], tratează empatia ca formă de muncă emoțională și comunicativă, dar nu furnizează un cadru pedagogic operaționalizabil pentru curriculum. Perspectiva socializării profesionale, reprezentată de F. W. Hafferty [188] și M. Neumann și colaboratorii [238], demonstrează că empatia este produsul culturii organizaționale medicale, dar nu propune instrumente de intervenție pedagogică sistematică. Modelul teoretic elaborat în prezenta cercetare sintetizează și depășește aceste perspective, oferind un cadru integrator cu valoare praxiologică directă [72].

Construcția modelului propus pornește de la o critică fundamentată a limitelor modelelor anterioare de empatie medicală. Modelul lui M. Hojat, cel mai utilizat în cercetarea internațională, definește empatia medicală ca un construct predominant cognitiv, axat pe preluarea perspectivei pacientului și comunicarea înțelegerii [195]. Autorul fundamentează această definiție empiric, demonstrând că empatia clinicianului se corelează cu parametri clinici superiori la pacienți [168], iar Jefferson Scale of Empathy (JSE) [196], instrumentul construit

pe baza acestui model, a generat cel mai consistent corp de cercetare internațională în educația medicală, devenind standardul de evaluare în domeniu. Cadrul educațional integrat al empatiei [197] extinde modelul spre formarea profesională. Deși a generat cel mai validat instrument de măsurare, modelul Hojat marginalizează dimensiunea afectivă și ignoră complet contextul organizațional și de leadership în care empatia clinică se formează și se menține. Modelul lui M. H. Davis, bazat pe IRI, integrează atât empatia cognitivă, cât și cea afectivă [160], dar este construit în paradigma psihologiei generale, fără a fi adaptat specificului relației terapeutice sau cerințelor educației medicale. Perspectiva narativă a lui Charon completează tabloul prin dimensiunea umanistă și reflexivă [151], demonstrând că ascultarea și interpretarea poveștii bolnavului cultivă empatia ca instrument cognitiv și etic, dar nu oferă un cadru structural operaționalizabil pentru curriculum.

Larson și Yao demonstrează că empatia clinică este simultan un produs al atitudinii morale, al capacității cognitive de luare a perspectivei și al rezonanței afective cu experiența pacientului, constituind nucleul relației terapeutice autentice [217]. Epstein argumentează că empatia medicală nu poate fi redusă la o reacție emoțională spontană, ci presupune atenție conștientă față de pacient, capacitate de reflecție și disponibilitate de a integra dimensiunea umană a suferinței în decizia clinică, ceea ce indică un construct care depășește oricare dintre dimensiunile izolate descrise în literatura de specialitate [173]. J. R. Doty, neurochirurg și cercetător, demonstrează prin experiența proprie că cultivarea conștiinței compasionale modifică structural modul de relaționare cu pacientul, validând practic paradigma neuroștiințifică a empatiei formabile [166].

Prin urmare ***definim empatia profesională a studenților mediciști***, denumită și empatie medicală, ca o competență ce confirmă profesionalismul medical, reflectată în capacitățile eticii medicale: de a conștientiza, a cunoaște normele etice, a înțelege pacienții exprimând toleranță și adaptabilitate (*componenta cognitivă*); de a compătimi și a demonstra reziliență la stres, de a oferi suport emoțional și a rezona adecvat cu trăirile emoționale ale pacienților prin sensibilitate (*componenta afectivă*); de a acționa în acord cu valorile practicii medicale precum respectul pentru valori, demnitate, autonomie și integritate profesională (*componenta axiologică*) și capacitățile de a colabora și a prioritiza responsabil nevoile pacienților pentru a lua decizii clinice, inovatoare ce influențează dinamica pozitivă a stării emoționale a pacientului asigurând calitatea asistenței medicale (*componenta de leadership medical*) într-un context marcat de cultură organizațională.



2.1. Modelul teoretic al empatiei medicale (Oala V., 2025) [72]

Originalitatea sa constă nu în generarea unor concepte noi, ci în articularea explicită a relațiilor dintre componente și în orientarea explicită spre formarea profesională inițială a empatiei medicale, context neacoperit sistematic de modelele disponibile.

Modelul teoretic al empatiei medicale (Fig. 2.1.) este organizat pe patru componente principale: axiologică, cognitivă, afectivă și leadership medical, ce converg spre comunicarea empatică ca expresie practică și ce asigură confortul psihologic al pacientului. Componentele nu funcționează secvențial, ci se află într-o relație de interdependență sistemică și dinamică: deficitul oricăreia dintre ele le afectează pe celelalte și diminuează calitatea comunicării empatică finale, influențând eficiența relației terapeutice și rezultatele actului medical.

Componenta axiologică constituie fundamentul moral al modelului și reflectă sistemul de valori care orientează comportamentul profesional al medicului. Noddings argumentează că empatia și grija față de celălalt se întemeiază pe o etică a relației și a responsabilității, în care individul își asumă conștient rolul de a răspunde nevoilor celorlalți, transformând empatia dintr-o dispoziție individuală într-o obligație morală profesională [240].

Beauchamp și Childress demonstrează că principiile eticii medicale, respectul pentru autonomia pacientului, beneficența, non-maleficiența și dreptatea, constituie cadrul normativ al relației medic-pacient și empatia reprezintă expresia practică a acestor principii, permițând medicului să înțeleagă experiența pacientului și să acționeze în interesul său autentic [131]. Cruess și colaboratorii confirmă empiric că deficiențele în valorile etice din perioada studiilor prezic conduite profesionale deficitare ulterioare, confirmând că componenta are valoare predictivă pentru conduita clinică a viitorului medic [155].

În cadrul modelului propus, componenta axiologică include: *profesionalismul* (angajament față de pacient, responsabilitate, integritate); *etica medicală* (respectul principiilor bioetice); *respectul pentru diversitatea culturală* (sensibilitate față de diferențele etnice, religioase, de gen); *integritatea profesională* (onestitate, transparență); și *confidențialitatea medicală* (protecția intimității pacientului). Aceste valori creează cadrul moral și axiologic în care empatia poate fi exprimată autentic, nu doar performativ sau formal. A. Beșivu confirmă că sistemul de valori profesionale se constituie progresiv prin experiențe culturale și relaționale asumate conștient și reflectate critic, în care studentul traversează restructurări profunde ale ierarhiei valorilor personale [6].

Componenta cognitivă se referă la capacitatea medicului de a înțelege experiența subiectivă a pacientului și de a interpreta corect nevoile, așteptările și semnificațiile pe care acesta le atribuie bolii. J. Decety și P. L. Jackson demonstrează că empatia și teoria minții (ToM) constituie constructe multidimensionale cu baze neurale parțial suprapuse, dar distincte: ToM implică înțelegerea credințelor, intențiilor și stărilor mentale ale celuilalt, în timp ce empatia adaugă și rezonanța afectivă, ceea ce le face constructe complementare în modelarea relației clinice [161]. D. Batson demonstrează că empatia implică procese cognitive complexe, în special *perspective taking* (luarea perspectivei celuilalt), care permit subiectului să înțeleagă starea emoțională și situațională a altei persoane fără a pierde capacitatea de analiză obiectivă, distingând astfel empatia de fuziunea emoțională sau de proiecție [126]. J. Launer argumentează că empatia clinică presupune abilitatea de a privi situația medicală din perspectiva pacientului și de a integra această perspectivă în procesul de luare a deciziilor, o competență cognitivă care poate fi sistematic exersată și îmbunătățită [220]. R. Charon arată că medicina narativă, prin formarea capacității de a asculta și interpreta povestea pacientului, cultivă empatia ca instrument cognitiv și etic care facilitează o înțelegere profundă a suferinței umane dincolo de diagnosticul biomedical [151].

Componenta cognitivă a modelului include: *înțelegerea nevoilor pacientului* (capacitate de luare a perspectivei); *conștientizarea așteptărilor* (recunoașterea agendei pacientului); *toleranța profesională* (suspendarea judecăților prematuroare); și *adaptabilitatea în comunicare* (flexibilitate în stil și conținut în funcție de profilul pacientului). Aceste elemente permit medicului să interpreteze corect experiența pacientului și să adapteze intervenția medicală la particularitățile situației. Formarea capacității de interpretare a mesajelor interlocutorului, constituie o dimensiune cognitivă a empatiei fiind accesibilă prin strategii didactice deliberate [5], confirmând transferabilitatea acestei competențe în comunicarea terapeutică. În opinia A. Glavan platformele educaționale integrate susțin dezvoltarea competențelor reflexive ale studenților, inclusiv a celor cognitive necesare empatiei clinic [45].

Componenta afectivă reflectă dimensiunea emoțională a empatiei medicale și capacitatea medicului de a răspunde emoțional adecvat la experiența pacientului, fără pierderea granițelor profesionale. C. R. Rogers definește empatia ca perceperea lumii interioare a celuilalt „ca și cum” ar fi propria lume, cu acuratețe emoțională, ceea ce implică rezonanță afectivă controlată, nu absorbție sau distanțare defensivă [258]. R. N. Remen subliniază că empatia medicală implică o prezență umană autentică și disponibilitatea de a însoți suferința pacientului fără a o judeca sau minimiza, creând un spațiu relațional în care pacientul se simte înțeles și acceptat [254]. Cercetările lui Riess și colaboratorii demonstrează că componenta afectivă este neurobiologic mediată de sistemul neuronilor oglindă și de circuitele insulei cerebrale, putând fi modulată prin intervenție educațională deliberată, aspect cu implicații directe pentru formarea universitară [256]. Componenta afectivă a modelului include: *sensibilitatea emoțională* (reactivitate la semnalele afective ale pacientului); *compasiunea* (grija activă față de suferința celuilalt); *suportul emoțional* (oferirea unui spațiu de siguranță relațională); și *capacitatea de autoreglare afectivă* (gestionarea propriilor reacții emoționale pentru a preveni supraidentificarea sau detașarea defensivă). Echilibrul dintre rezonanță afectivă și autoreglare constituie, potrivit lui Decety și Ickes, miezul empatiei clinice, esențial pentru menținerea unei relații terapeutice eficiente, stabile și echilibrate în contextul practicii medicale [161]. Pedagogia culturii emoționale, oferă fundamentul teoretic sistematic pentru înțelegerea acestei componente: autoreglarea afectivă în relația cu pacientul nu este spontană, ci dobândită prin formare explicită orientată axiologic [34]. Autoarea [111] furnizează instrumentele pedagogice necesare cultivării acestor competențe afective în context universitar.

Componenta leadership medical reprezintă dimensiunea originală și distinctivă a modelului propus față de cadrul modelelor psihologice existente. Introducerea sa pornește de

la constatarea că empatia clinică autentică nu se poate manifesta și nu poate fi susținută la nivel individual dacă mediul organizațional și cultura instituțională nu o valorizează și nu o promovează [188], [238], [291]. W. T. Branch argumentează că empatia trebuie integrată în cultura profesională a medicinei și susținută prin leadership etic și responsabil, deoarece medicii care manifestă empatie contribuie la crearea unui climat profesional bazat pe colaborare, respect și responsabilitate, un climat care, la rândul său, formează noile generații de medici [141]. În viziunea autorului D. Wear, dezvoltarea empatiei în educația medicală presupune nu doar formarea competențelor individuale ale studenților, ci și transformarea culturii organizaționale a instituțiilor medicale, ceea ce implică exercitarea unui leadership pedagogic coerent, orientat spre valori umaniste și relaționale [296]. Responsabilitatea față de comunitatea profesională, identificată de V. Buzenco ca trăsătură definitorie a cadrului didactic-lider social [14], constituie o perspectivă transferabilă dimensiunii de leadership medical. Componenta leadership medical include: *responsabilitatea profesională* (asumarea calității actului medical față de pacient și comunitate); *colaborarea interdisciplinară* (lucrul în echipe centrate pe pacient); *orientarea spre calitatea îngrijirii* (angajamentul față de îmbunătățirea continuă a standardelor relaționale); și *dezvoltarea profesională continuă* (investiția în formarea proprie și a colegilor în domeniul competențelor relaționale). Utilizarea platformelor educaționale integrate în învățământul superior modern creează condiții pentru formarea responsabilității profesionale și a colaborării ca dimensiuni ale identității profesionale [46], iar reziliența emoțională a cadrului didactic și, prin analogie, a medicului este determinată de calitatea mediului instituțional și de existența unor structuri de suport colectiv [11].

Înțelegerea deplină a modelului presupune surprinderea dinamicii sale integrative, a modului în care componentele, articulate sistemic și ierarhizate funcțional, nu se sumează pur și simplu, ci se potențiază reciproc, generând treptat, prin acumulare calitativă, confortul psihologic al pacientului ca finalitate superioară și criteriu ultim de validare a empatiei clinice autentice. Această dinamică relevă faptul că empatia medicală nu este un atribut static al personalității clinicianului, ci un proces relațional viu, construit și reconstruit în fiecare interacțiune terapeutică, prin mobilizarea conștientă și integrată a tuturor resurselor valorice, cognitive, afective și instituționale ale practicianului. Componenta axiologică asigură orientarea valorică a comportamentului empatic, creând fundamentul motivațional și etic al celorlalte componente. Componenta cognitivă furnizează instrumentele înțelegerii perspectivei pacientului, transformând valorile în acțiuni de cunoaștere. Componenta afectivă aduce rezonanța emoțională care face înțelegerea cognitivă să devină autentică și trăită. Componenta

de leadership asigură că empatia individului se traduce în practici instituționale și organizaționale coerente și sustenabile, care susțin și reproduc cultura empatică. Interacțiunea dintre cele patru componente generează comunicarea empatică, forma concretă de manifestare a empatiei în practica clinică. Comunicarea empatică integrează atât dimensiunile verbale (ascultare activă, parafrizare, validare emoțională, explicații adaptate), cât și cele nonverbale (contact vizual, tonul vocii, proximitatea fizică adecvată, postura deschisă) [201]. S. W. Mercer și W. J. Reynolds relevă că empatia clinică contribuie la consolidarea relației medic-pacient și la îmbunătățirea semnificativă a satisfacției pacienților față de îngrijirile primite, efectele fiind mai pronunțate atunci când comunicarea empatică este percepută de pacient ca autentică, nu performativă [234].

Confortul psihologic al pacientului ocupă centrul modelului și reprezintă rezultatul direct al manifestării empatiei în procesul de îngrijire medicală. Acesta nu reprezintă doar o stare emoțională pozitivă, ci o condiție favorabilă pentru eficiența tratamentului, pentru aderența la recomandările terapeutice și pentru colaborarea pacientului în procesul terapeutic. Din punctul de vedere a autorului M. Hojat medicii cu scoruri JSE mai ridicate obțin rezultate clinice semnificativ mai bune, control mai eficient al glicemiei la pacienții diabetici, recuperare mai rapidă în afecțiuni acute, confirmând că confortul psihologic al pacientului mediază efectele empatiei medicului asupra stării de sănătate [195]. S. S. Kim confirmă că empatia medicului îmbunătățește starea psihologică a pacientului, crește satisfacția față de îngrijiri și consolidează relația terapeutică, independent de natura diagnosticului [212].

Aplicabilitatea modelului teoretic în formarea inițială a studenților mediciști evidențiază relevanța sa practică și adaptabilitatea în contexte educaționale diverse. Principala valoare praxiologică a modelului teoretic rezidă din capacitatea sa de transpunere practică: obiective de formare clar definite și măsurabile, metode didactice specifice și criterii de evaluare riguroase, adaptate contextului educațional medical din Republica Moldova. Componenta axiologică în curriculum se formează preponderent prin climatul moral al instituției și cultura organizațională, prin curriculumul ascuns în sensul lui Hafferty [188] și prin cursuri structurate de bioetică, deontologie medicală și filozofia îngrijirii orientate spre dezvoltarea responsabilității profesionale. N. Noddings subliniază că etica nu se predă declarativ, prin transmitere teoretică, ci se modelează prin relația concretă dintre profesor și student, în contexte educaționale autentice și interactive [240]. Prin urmare, seminarele centrate pe dileme etice, reflecția ghidată prin jurnale etice și prezența mentorilor care întruchipează valorile profesionalismului medical sunt esențiale pentru internalizarea valorilor și formarea

unei conduite empatică autentice. D. Antoci demonstrează că formarea orientărilor valorice la tineri se produce prin participarea activă la contexte educaționale cu semnificație morală, nu prin transmitere declarativă de norme [3].

Componenta cognitivă în curriculum se dezvoltă prin cursuri și ateliere de comunicare clinică, prin metode de luare a perspectivei pacientului și prin utilizarea narațiunilor medicale. Medicina narativă, fundamentată de Charon, propune ca studenții să citească și să scrie despre experiența bolii, cultivând imaginația empatică [151]. Metodele de *Problem-Based Learning* (PBL) integrează organic această dimensiune: studenții care lucrează pe cazuri clinice complexe sunt obligați să ia în calcul nu doar parametri fiziologici, ci și preferințele, temerile și valorile pacientului în elaborarea planului terapeutic. T. Kononova demonstrează că abordarea textului multimodal la orele de limbi străine formează capacitatea de interpretare a mesajelor complexe și a semnalelor nonverbale, competență cu transferabilitate directă în decodificarea emoțională a pacientului [61].

Componenta afectivă necesită activități de contact uman direct și spații de debriefing emoțional. Stagiile clinice timpurii cu observarea directă a interacțiunilor medic-pacient, urmate de discuții reflexive, sunt esențiale. Grupurile Balint, adaptate la studenții avansați, oferă un cadru securizant în care sentimentele generate de întâlnirile cu pacienții pot fi articulate și procesate colectiv. D. Kjøeldmand și I. Holmström afirmă că participarea la grupuri Balint crește satisfacția profesională și previne epuizarea emoțională la studenții medici și medici [211]. În opinia lui D. A. Kolb ciclul experienței directe, urmată de reflecție, conceptualizare și experimentare activă, produce transformări profunde și durabile ale atitudinilor și competențelor profesionale și personale [215], principiu central și esențial al oricărei strategii de formare empatică.

Componenta leadership medical se formează prin proiecte de voluntariat comunitar, lucru în echipe interdisciplinare și programe de mentorat inter-colegial structurat. Aceste experiențe cultivă responsabilitatea față de pacient, față de coleg și față de comunitate profesională ancorând empatia în dimensiunea sa organizațională. Formarea universitară trebuie să integreze explicit responsabilitatea și angajamentul profesional în profilul absolventului medical [98], dimensiuni care se construiesc prin activități reflexive și experiențiale [45].

Evaluarea sistematică a empatiei profesionale reprezintă condiția validării și perfecționării continue modelului propus. O abordare robustă și integrativă combină instrumente multiple și complementare, corespunzătoare diferitelor componente ale modelului și dimensiunilor sale funcționale.

Jefferson Scale of Empathy (JSE), versiunea pentru studenți (S-Version), reprezintă cel mai utilizat instrument de evaluare a empatiei în context academic medical, fiind validat transcultural și utilizat pe scară largă în cercetarea educațională [196]. Aplicat longitudinal, la intrarea în program și la absolvire, permite monitorizarea dinamicii empatiei cognitive de-a lungul formării profesionale.

Scala CARE (Mercer și colaboratorii) măsoară percepția pacientului asupra comportamentului empatic al clinicianului: gradul în care acesta a ascultat activ, a demonstrat înțelegere și a creat un spațiu de siguranță emoțională în cadrul interacțiunii medicale [234]. Utilizată în stadii clinice sau în situații de simulare standardizată, scala CARE adaugă perspectiva receptorului empatiei, considerată cel mai relevant indicator cel mai relevant, pe care auto-raportul studentului nu îl poate surprinde adecvat.

Rubricile comportamentale în OSCE traduc empatia în indicatori observabili și evaluabili în mod sistematic: formularea de enunțuri empaticе verbale adecvate contextului, menținerea contactului vizual, utilizarea unui ton calm și suportiv și parafrizarea corectă a îngrijorărilor pacientului. Această operaționalizare permite alinierea evaluării cu modelul conceptual, facilitând măsurarea competențelor empaticе în situații clinice simulate și standardizate: componenta cognitivă se verifică prin parafrizare și luarea perspectivei pacientului; componenta afectivă, prin răspunsul emoțional adecvat și validarea trăirilor pacientului; componenta axiologică, prin respectarea autonomiei pacientului, a confidențialității și a principiilor etice ale practicii medicale.

Portofoliul reflexiv oferă o imagine longitudinală și integrativă a dezvoltării conștiinței empaticе: eseuri reflexive despre situații clinice dificile, analizate calitativ prin criterii interpretative clare, completează datele cantitative și permit surprinderea transformărilor profunde care nu sînt vizibile în scoruri standardizate. R. Epstein arată că practica reflecției conștiente și sistematice în medicină este direct corelată cu calitatea comunicării empaticе și cu menținerea umanismului profesional pe termen lung, contribuind la dezvoltarea unei identități profesionale autentice și la consolidarea responsabilității relaționale în actul medical [172], [173]. K. A. Stepien și A. Baernstein sintetizează că intervențiile bazate pe reflecție narativă, joc de rol și discuții ghidate produc schimbări stabile de atitudine față de empatie atunci cînd sînt integrate longitudinal în curriculum [281].

Modelul teoretic al empatiei medicale propus aduce contribuții originale la dezvoltarea paradigmei de formare profesională a studenților mediciști. *Prima contribuție* constă în integrarea componentei de leadership medical ca dimensiune structurală a empatiei clinice, o

perspectivă absentă din modelele psihologice și comunicative existente, argumentând că empatia individuală nu poate fi susținută fără un context organizațional favorabil și că responsabilitatea formativă aparține instituției în ansamblul ei, nu exclusiv studentului. *A doua contribuție* constă în orientarea explicită a modelului spre formarea inițială la studenții mediciști din sistemul universitar moldovenesc, integrând perspectiva cercetărilor autohtone [247], [77], [82] cu literatura internațională de referință. *A treia contribuție* constă în oferirea unui cadru operaționalizabil pentru curriculum, metode didactice și evaluare, transformând constructul teoretic într-un instrument de proiectare pedagogică cu aplicabilitate directă.

Principalele limite ale modelului teoretic vizează: (a) riscul privilegierii dimensiunilor mai ușor de măsurat (cognitive și comunicaționale) în detrimentul celor mai greu cuantificabile (reziliența afectivă, leadershipul empatic), ceea ce poate conduce la o reprezentare parțială a fenomenului; (b) necesitatea validării empirice a structurii pe patru factori prin analiză factorială confirmativă pe eșantioane reprezentative din sistemul universitar medical din Republica Moldova, pentru asigurarea robusteții metodologice; (c) posibilele dificultăți de implementare în contexte academice conservatoare, unde empatia nu este recunoscută ca obiectiv educațional explicit și prioritar în formarea profesională. Aceste limite nu diminuează valoarea euristică a modelului și relevanța sa teoretico-aplicativă în domeniul educației medicale: acestea dimpotrivă, reflectă direcții concrete de cercetare, rafinare conceptuală și validare ulterioară în contexte educaționale diverse și dinamice.

Indicatorii empatiei medicale exprimă trăsăturile definitorii ale competenței empatice, structurate în raport cu componentele Modelului și operaționalizate prin descriptorii și valori profesionale, constituind repere pentru evaluarea și dezvoltarea comportamentelor empatice la studenții mediciști. Prin caracterul lor sistemic, indicatorii permit corelarea dimensiunilor teoretice ale empatiei cu manifestările sale observabile în context educațional și clinic [82]. Această abordare se întemeiază metodologic pe tradiția cercetării pedagogice autohtone. Astfel A. Bețivu menționează că formularea și descrierea indicatorilor, descriptorilor și valorilor unui construct complex, permite operaționalizarea pedagogică și evaluarea performanțelor. Structurați pe dimensiunile axiologică, cognitivă, afectivă și de leadership medical, indicatorii nu descriu stări punctuale, ci traiectorii de dezvoltare profesională fapt ce îi face compatibili cu logica evaluării formative continue și cu cerințele transferului competenței empatice din mediul universitar în practica clinică [7].

Aceștia permit identificarea nivelului de manifestare a comportamentelor empatice și evidențiază capacitatea studentului de a înțelege perspectiva pacientului, de a răspunde adecvat

în relația medic-pacient, în corelație cu dezvoltarea competențelor socioemoționale și a inteligenței emoționale [51], [230]. Tab. 2.2 prezintă indicatorii, descriptorii și valorile componente axiologice a empatiei medicale. Componenta axiologică vizează interiorizarea valorilor profesionale fundamentale ale practicii medicale: respectul necondiționat față de pacient, responsabilitatea morală în actul medical, aplicarea principiilor eticii medicale și respectarea normelor deontologice în situații concrete.

Tabelul 2.2. Indicatorii, descriptorii și valorile componente axiologice a EM

Componentă	Indicatori	Descriptori	Valori
Axiologie medicală	Interiorizarea valorilor profesionale	Manifestă respect constant față de pacient, prin comportamente conforme valorilor profesiei; demonstrează responsabilitate morală în actul medical	Profesionalism
	Respectarea principiilor etice	Aplică principiile eticii medicale în situații concrete; respectă normele deontologice și ia decizii etice în relația medic-pacient	etică medicală
	Sensibilitate interculturală	Valorizează diversitatea culturală și religioasă în relația cu pacientul; adaptează comportamentul profesional, evitând stereotipurile culturale.	Respect pentru valori și culturi
	Coerență morală în acțiune	Menține coerența între valori și comportamente; acționează cu integritate în acord cu principiile profesionale inclusiv în situații dificile	Integritate profesională
	Respectarea normelor de confidențialitate	Respectă confidențialitatea informațiilor pacientului în comunicarea medicală; gestionează responsabil și etic datele sensibile.	Confidențialitate medicală

Criteriile de evaluare specifice fiecărei componente reflectă nivelul de manifestare a empatiei medicale și orientează monitorizarea progresului formativ. Criteriile de evaluare a empatiei medicale pentru componenta axiologică: (a) orientarea valorică a conduitei profesionale, (b) respectarea principiilor etice și a normelor deontologice. Interpretarea științifică a dezvoltării empatiei medicale a devenit posibilă prin configurarea indicatorilor, descriptorilor și valorilor empatiei medicale (Tab.2.3). Componenta cognitivă operaționalizează capacitatea de perspective-taking înțelegerea perspectivei pacientului în și interpretarea corectă a informațiilor furnizate de acesta, anticiparea nevoilor și așteptărilor sale, integrarea normelor etice în comunicarea medicală, deschiderea cognitivă față de diversitate și flexibilitatea în comunicare. Această componentă reflectă nucleul conceptual al EM, potrivit căruia înțelegerea experiențelor, preocupărilor și perspectivelor pacientului constituie un proces cognitiv distinct și ireductibil la rezonanța afectivă și, prin urmare, susceptibil de dezvoltare sistematică prin intervenții educaționale structurate.

Tabelul 2.3. Indicatorii, descriptorii și valorile componentei cognitive a EM

Componentă	Indicatori	Descriptorii	Valori
Cognitivă	Capacitatea de perspective-taking	Înțelege perspectiva pacientului în contextul său personal; interpretează corect informațiile furnizate de pacient.	Înțelegerea perspectivei pacientului
	Anticiparea nevoilor pacientului	Identifică și interpretează așteptările și nevoile pacientului; adaptează intervenția în funcție de contextul pacientului.	Conștientizarea așteptărilor
	Integrarea normelor etice	Aplică norme și principii etice în comunicarea medicală; corelează cunoștințele teoretice cu situațiile profesionale în luarea deciziilor.	Cunoașterea normelor etice
	Deschidere cognitivă	Manifestă toleranță față de diferențe și perspective diverse; își ajustează judecățile în funcție de context.	Toleranță profesională
	Flexibilitate în comunicare	Adaptează limbajul și comportamentul la contextul pacientului; utilizează strategii variate de comunicare în funcție de situație.	Adaptabilitate

Criteriile de evaluare a EM pentru *componenta cognitivă* se referă la: (a) capacitatea de înțelegere a perspectivei pacientului, (b) conștientizarea nevoilor și așteptărilor pacientului, (c) adaptabilitatea cognitivă în comunicarea medicală. Gradul de formare a componentei afective a EM a fost evaluată prin indicatorii: disponibilitatea empatică autentică; sensibilitatea emoțională față de stările pacientului; capacitatea de susținere emoțională în situații dificile; rezonanța emoțională controlată și autoreglarea reacțiilor afective sub presiune (Tab 2.4).

Tabelul 2.4. Indicatorii, descriptorii și valorile componentei afective a EM

Componentă	Indicatori	Descriptorii	Valori
Afectivă	Disponibilitate empatică	Manifestă grijă autentică față de pacient; exprimă interes pentru starea pacientului; se implică emoțional adecvat în relație	Compătimire și îngrijire necondiționată
	Sensibilitate emoțională	Identifică emoțiile pacientului și reacționează adecvat; răspunde empatic la stările emoționale ale pacientului.	Sensibilitate
	Capacitatea de suport emoțional	Oferă suport emoțional adecvat în situații dificile; încurajează pacientul și creează un climat de încredere.	Suport emoțional
	Rezonanță emoțională controlată	Rezonează cu emoțiile pacientului, menținând controlul profesional; păstrează distanța profesională	Rezonanță emoțională
	Autoreglare emoțională	Își reglează reacțiile emoționale; gestionează stresul profesional	Reziliență la stres

Premisele formării leadershipului medical (Tab. 2.5) se constituie în plan afectiv. Criteriile de evaluare a EM pentru *componenta afectivă* se referă la: (a) capacitatea de rezonanță

emoțională controlată, (b) manifestarea suportului emoțional adecvat, (c) autoreglarea reacțiilor afective în situații clinice.

Componenta de leadership medical constituie dimensiunea inovatoare a Modelului teoretic, extinzând empatia, dincolo de relația medic-pacient, spre calitatea actului medical în plan organizațional. Indicatorii articulează responsabilitatea profesională, colaborarea interdisciplinară, orientarea spre nevoile și autonomia pacientului, inițiativa profesională continuă și preocuparea pentru autoperfecționare.

Tabelul 2.5. Indicatorii, descriptorii și valorile componentei de leadership medical

Componentă	Indicatori	Descriptori	Valori
Leadership medical	Asumarea responsabilității profesionale	Își asumă deciziile și acțiunile în relația cu pacientul; demonstrează responsabilitate pentru consecințele acțiunilor	Responsabilitate
	Capacitatea de colaborare	Colaborează eficient în echipa interdisciplinară; comunică eficient și contribuie la coeziunea echipei.	Colaborare profesională
	Orientare spre pacient	Plasează pacientul în centrul deciziilor medicale; prioritizează nevoile și respectă autonomia pacientului.	Prioritizarea nevoilor pacientului
	Inițiativă profesională continuă	Identifică oportunități și propune soluții pentru îmbunătățirea actului medical; aplică practici inovatoare pentru creșterea calității îngrijirii.	Inovarea și calitatea asistenței medicale
	Autoperfecționare profesională	Manifestă preocupare pentru perfecționare profesională continuă; participă la formare continuă și reflectă asupra propriei practici.	Dezvoltare profesională continuă

Criteriile de evaluare a empatiei medicale pentru componenta de leadership medical vizează: (a) asumarea responsabilității profesionale și a deciziilor centrate pe pacient; (b) colaborarea interdisciplinară prin comunicare eficientă în echipa medicală; (c) orientarea spre calitatea actului medical și dezvoltarea profesională continuă, susținută de autoevaluare și reflecție critică. Indicatorii, descriptorii și criteriile de evaluare operaționalizează Modelul teoretic al empatiei medicale ca instrument aplicabil în formarea profesională inițială, conferindu-i coerență și funcționalitate pedagogică. Implementarea sa în curriculum, urmată de evaluări prin metode mixte și instrumente validate creează premise orientate spre formarea unor medici competenți și implicați relațional. Premisele și condițiile acestei implementări sunt detaliate în Capitolul 3, consacrat designului al cercetării și validării Tehnologiei didactice universitare de formare a empatiei profesionale, evidențiind etapele de proiectare, experimentare și analiză a eficienței modelului propus în contextul învățământului medical [78], [83], [257].

2.5. Concluzii la Capitolul 2

Analiza contextului universitar al dezvoltării empatiei medicale a evidențiat caracterul său complex, multidimensional și determinat de interacțiunea factorilor sociali, pedagogici, psihologici, personali, clinici și cultural-comunicaționali, care acționează integrat în procesul formării profesionale inițiale a studenților medici. Empatia medicală se conturează astfel ca o competență relațională esențială, dependentă de calitatea mediului educațional și de coerența influențelor formative.

În raport cu obiectivul conceptualizării modelului teoretic, sinteza literaturii și analiza cadrului educațional au permis fundamentarea Modelului teoretic al empatiei medicale, structurat pe patru componente interdependente: axiologică, cognitivă, afectivă și de leadership medical. Modelul oferă un cadru integrator pentru înțelegerea mecanismelor de formare a empatiei și pentru operaționalizarea acesteia în context universitar, evidențiind rolul valorilor profesionale, al proceselor de înțelegere a perspectivei pacientului, al rezonanței emoționale și al responsabilității profesionale în configurarea comunicării empatice.

În raport cu obiectivul diagnosticării experimentale, analiza studiilor teoretice și empirice a permis conturarea specificului empatiei medicale la studenți și identificarea tendințelor de dezvoltare ale acesteia în funcție de factorii determinanți ai formării. Rezultatele sintetizate indică faptul că nivelul empatiei este variabil și sensibil la influențele mediului educațional, fiind frecvent supus unui declin în etapa clinică în absența intervențiilor pedagogice adecvate. Această constatare subliniază necesitatea utilizării unor instrumente valide de evaluare și a implementării unor strategii didactice sistematice pentru monitorizarea și dezvoltarea competențelor empatice.

Totodată, s-a demonstrat că formarea empatiei medicale nu poate fi realizată exclusiv prin transmiterea de cunoștințe, ci presupune un demers educațional complex, bazat pe internalizare valorică, reflecție, experiență clinică ghidată și modele profesionale autentice. Curriculumul formal, curriculumul ascuns și cultura organizațională influențează în mod decisiv dezvoltarea sau, dimpotrivă, eroziunea acestei competențe.

Conținutul capitolului 2 fundamentează teoretic și contextual necesitatea abordării sistemice a formării empatiei medicale, oferind atât un model conceptual operaționalizabil, cât și repere pentru diagnosticarea nivelurilor și specificului dezvoltării empatiei medicale. Aceste rezultate constituie baza metodologică pentru demersul experimental ulterior și pentru elaborarea strategiilor didactice orientate spre dezvoltarea empatiei în educația medicală contemporană.

3. DEMERSUL EXPERIMENTAL AL FORMĂRII EMPATIEI MEDICALE LA STUDENȚII MEDICINIȘTI

Transformările profunde din sistemele contemporane de sănătate, orientarea tot mai accentuată spre modelul centrat pe pacient și creșterea complexității relației medic-pacient impun reconsiderarea priorităților în formarea profesională inițială a medicilor. În acest context, empatia medicală devine o competență indispensabilă a profesionalismului medical, nu doar o calitate personală dezirabilă, ci un factor determinant al calității îngrijirii, al comunicării clinice eficiente și al satisfacției pacientului. Cu toate acestea, programele tradiționale de formare medicală acordă prioritate cunoștințelor științifice și competențelor tehnice, marginalizând sistematic dimensiunea relațională și emoțională a actului medical. Această orientare generează un decalaj semnificativ între exigențele practicii medicale și pregătirea reală a studenților pentru relația cu pacientul.

Capitolul prezintă rezultatele cercetării pedagogice experimentale obținute prin valorificarea instrumentelor de evaluare a valorilor EM la studenții mediciniști. Demersul experimental a fost conceput și planificat în baza Modelului teoretic al empatiei medicale, elaborat și fundamentat în Capitolul 2, care operaționalizează EM prin componentele interdependente: axiologia medicală, componenta cognitivă, componenta afectivă și componenta de leadership medical, furnizând criteriile, indicatorii și descriptorii pe baza cărora au fost construite instrumentele de evaluare și proiectate intervențiile formative. Datele cercetării empirice au condus la identificarea problemelor dezvoltării EM la studenții din Republica Moldova și au fundamentat elaborarea *Tehnologiei didactice universitare de formare a empatiei profesionale la studenții mediciniști*, concepută pentru a răspunde cerințelor tot mai complexe privind relația medic-pacient în furnizarea unei îngrijiri medicale de calitate.

Contextul disciplinei de limbă engleză medicală oferă condiții favorabile pentru dezvoltarea simultană a competenței de comunicare profesională și a empatiei medicale, întrucât actul comunicativ clinic presupune înțelegerea perspectivei pacientului, gestionarea emoțiilor și construirea relației terapeutice. Empatia nu se formează spontan, ci reclamă o formare deliberată, reflexivă și integrată curricular cerință consacrată explicit în documentele normative ale educației medicale.

Datele empirice confirmă că declinul empatiei pe parcursul anilor de studiu se manifestă și în rândul studenților mediciniști din Republica Moldova, legitimând necesitatea unei intervenții pedagogice structurate, prin care empatia, responsabilitatea etică și orientarea spre pacient devin valori interiorizate ale identității profesionale.

3.1. Designul experimentului pedagogic de evaluare a nivelurilor de formare a empatiei medicale

Cercetarea experimentală a fost realizată în cadrul anului universitar 2022-2023 la Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, urmărind evaluarea sistematică a nivelurilor empatiei medicale la studenții mediciști în conformitate cu etapele clasice ale experimentului pedagogic și cu principiile metodologiei cercetării în științele educației. Demersul empiric a vizat realizarea a două obiective principale: (a) estimarea nivelului inițial de formare a empatiei medicale la studenții mediciști și (b) diagnosticarea vulnerabilităților formative în vederea fundamentării intervențiilor pedagogice specifice.

Eșantionul general al cercetării este constituit din 121 de studenți de la programul de studii superioare de licență, specialitatea Medicina generală, distribuiți în două grupuri: experimental - 68 de studenți (GE) și de control - 53 de studenți (GC). Distribuția subiecților pe etapele experimentului pedagogic este prezentată în Tab. 3.1.

Tabelul 3.1. Distribuția subiecților în etapele experimentului pedagogic

Eșantionul cercetării	Etapa de constatare (septembrie- 2022)		Etapa de formare (septembrie 2022- mai 2023)	Etapa de control (mai 2023)	
	GE	GC	GE	GE	GC
Studenți mediciști	68	53	-	68	53
Total eșantion	121		68	121	

Stabilirea metodelor și instrumentelor de cercetare s-a realizat în concordanță cu obiectivele și ipoteza studiului, respectând criteriile validității și fidelității psihometrice. În plan teoretic, proiectarea intervenției formative se fundamentează pe principiile tehnologiei pedagogice moderne și pe educația centrată pe student, care demonstrează că abordarea teoretică a formării competențelor profesionale la studenți presupune articularea coerentă a obiectivelor, metodelor și instrumentelor de evaluare [98]. Un alt argument relevant pentru structurarea instrumentarului de evaluare în raport cu cele patru componente ale Modelului teoretic confirmă că activitățile reflexive și experiențiale constituie fundamentul formării competențelor complexe în mediul universitar întrucât acestea angajează simultan dimensiunea cognitivă, afectivă și acțională a personalității studentului [45]

Alegerea instrumentelor a urmărit surprinderea complexă a dimensiunilor cognitive și afective ale empatiei în contextul formării medicale, argument care a orientat adaptarea scalelor utilizate la contextul educațional specific al studenților mediciști din Republica Moldova . Proiectul experimental al diagnosticării empatiei medicale este prezentat în Tab. 3.2.

Tabelul 3.2. Proiectul experimental al diagnosticării empatiei medicale a studenților

Metoda de cercetare	Instrumentul	Subiecți antrenați și etapele cercetării experimentale
Autoevaluare	Scala de evaluare a empatiei, varianta adaptată a Scalei Jefferson (<i>Jefferson Scale of Empathy</i>), autor Hojat Mohammadreza	Total: 121 de studenți GE - 68 de studenți GC - 53 de studenți
Observare	Fișa de observație	Etape: constatare -control

Cercetarea a valorificat Scala Jefferson de Empatie (JSPE-S) ca instrument central de evaluare, completat de instrumente complementare aplicate în regim de triangulare metodologică, în conformitate cu recomandările privind evaluarea multidimensională a empatiei medicale [137], [179].

Scala Jefferson a empatiei (Jefferson Scale of Empathy - JSE) este un instrument psihometric consacrat pentru măsurarea empatiei în contextul educației și practicii profesionale în domeniul sănătății [179], [180]. Varianta originală cuprinde 20 de itemi pe scala Likert cu 7 puncte (1 = total dezacord; 7 = total acord), cu afirmații formulate pozitiv și negativ, prin inversare, având trei versiuni adaptate: pentru studenți la medicină (S-Version), pentru profesioniști din domeniul sănătății (medici, asistente, farmaciști etc.) HP-Version și pentru studenți din alte domenii de sănătate (HPS-Version). Scala a fost dezvoltată de M. Hojat pentru a reflecta empatia necesară în relația medic-pacient și continuă să fie utilizat pe scară largă pentru cercetare, evaluare educațională și inițiative de formare. Scala a fost adaptată contextului de evaluare a empatiei medicale la studenții din Republica Moldova, iar itemii au fost repartizați pe cele patru componente ale Modelului teoretic al empatiei medicale elaborat în cadrul acestei cercetări (Anexa 3). Fișa cu 20 de afirmații ale scalei a fost repartizată studenților de la programele de studiu Medicină generală, Stomatologie, Farmacie și Asistență Medicală, anul I de studiu, pentru completare *prin metoda autoevaluării*. Rezultatele înregistrate la fiecare item la etapa de constatare au fost analizate detaliat, iar în continuare sunt prezentate rezultatele generale, obținute prin calculul mediei itemilor, pentru determinarea nivelului general al empatiei.

În figura ce urmează este prezentat nivelul general al empatiei, măsurat la studenții mediciniști prin aplicarea Scalei Jefferson de Empatie (JSE), în etapa de constatare a cercetării, în plan comparativ între grupul experimental (68 de studenți) și grupul de control (53 de studenți). Nivelul general al empatiei a fost determinat prin calcularea mediei aritmetice a scorurilor obținute la toți cei 20 de itemi ai scalei, fiecare item evaluând dimensiuni relevante ale empatiei în context medical (perspectivă cognitivă, înțelegerea pacientului, capacitatea de a adopta punctul de vedere al acestuia etc.). Pentru fiecare respondent s-a calculat scorul total

prin însumarea răspunsurilor la cei 20 de itemi, iar ulterior s-a determinat media generală pentru fiecare grup. Valoarea medie obținută reflectă nivelul global al empatiei manifestate de studenți în raport cu interacțiunea medic-pacient, oferind o imagine sintetică asupra predispoziției empatice a viitorilor profesioniști din domeniul medical, iar compararea mediilor dintre GE și GC permite identificarea eventualelor diferențe inițiale între grupuri, relevante pentru fundamentarea etapelor ulterioare ale intervenției formative. Prin urmare, Fig.3.1. ilustrează poziționarea comparativă a celor două grupuri în raport cu nivelul empatiei la momentul inițial al cercetării, constituind un reper de referință pentru evaluarea impactului intervenției educaționale ulterioare.

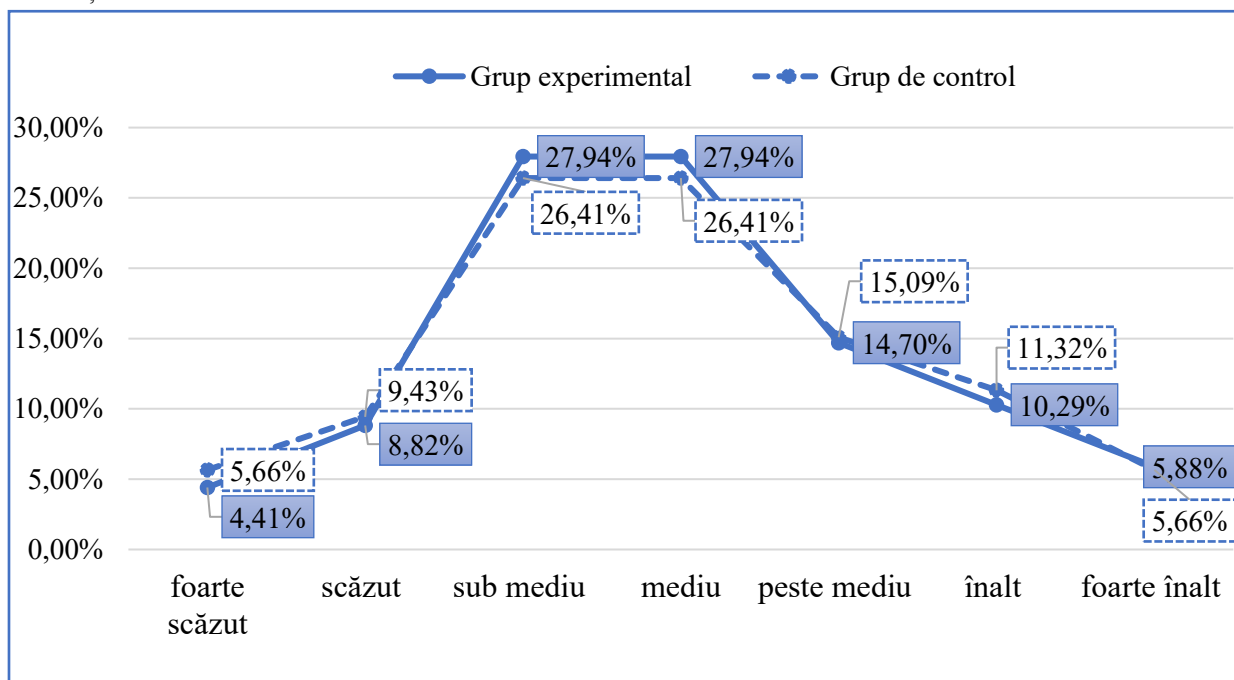


Figura 3.1. Nivelul general al empatiei studenților mediciniști la etapa de constatare (autoevaluare, Scala de empatie Jefferson, comparat: GE – 68 studenți și GC – 53 studenți)

Datele din Fig. 3.1 evidențiază nivelul general al EM în rândul studenților mediciniști, comparând rezultatele obținute de grupul experimental (GE - 68 de studenți) cu cele ale grupului de control (GC - 53 de studenți). Constatăm, că distribuția nivelului empatiei este relativ similară între cele două grupuri, dar cu unele diferențe pe anumite paliere. La nivelul „foarte scăzut”, se înregistrează un procent ușor mai ridicat în grupul experimental (5,66%) față de grupul de control (4,41%) al nivelului de empatie a studenților mediciniști, la nivelul „scăzut”, valorile sunt apropiate (9,43% GE și 8,82% GC). În categoria „sub mediu”, diferențele sunt minore, dar grupul experimental depășește ușor grupul de control (27,94% față de 26,41%), aceleași valori medii fiind înregistrate și pentru nivelul „mediu”. Aceste valori procentuale sunt de fapt cele mai înalte, cu cei mai mulți studenți care și-au evaluat nivelul de

empatie (sub mediu și mediu). Categoriile „peste mediu”, „înalt” și „foarte înalt” au înregistrat valori scăzute, dar apropiate între grupuri la această etapă. grupul de control are un procentaj ușor mai mare (15,09%) comparativ cu grupul experimental (14,70%). Distribuția generală indică faptul că majoritatea studenților din ambele grupuri se regăsesc în zona valorilor „sub mediu” și „mediu” ale empatiei medicale, ceea ce semnaleză o nevoie de dezvoltare a acestei competențe esențiale în practica medicală. Totodată, valorile din zonele superioare („înalt” și „foarte înalt”) sunt relativ scăzute în ambele grupuri, ceea ce justifică necesitatea unor intervenții formative, în special în cadrul grupului experimental, pentru a crește nivelul empatiei medicale în rândul viitorilor profesioniști din domeniu.

Un al doilea instrument aplicat a fost *fișa de observare* (Anexa 4). Itemii scalei adaptate Jefferson (JSE) au fost repartizați pe patru componente esențiale ale empatiei medicale, corespunzătoare Modelului teoretic propus descris în Cap. 2 [72], fiecare componentă reflectând un ansamblu specific de comportamente și valori profesionale, reflectate în itemii scalei și adaptați pentru contextul formării inițiale a studenților de la specialitatea Medicină generală pe dimensiunile *axiologică, cognitivă, afectivă și leadership medical*. Distribuția itemilor pe cele patru componente permite o analiză diferențiată a nivelului empatiei medicale în baza a trei niveluri (*minim, mediu, înalt*), facilitând diagnosticarea nevoilor de formare și evaluarea progresului empatic al studenților pe parcursul procesului de formare. Structura scalei în varianta adaptată și corelată componentelor și valorilor empatiei medicale este prezentată în tab. 3.3.

Tabelul 3.3. Corespondența itemilor cu valorile și componentele empatiei medicale

Componente	Valori	Itemii repartizați corespunzător valorilor și componentelor
1. AXIOLOGIE MEDICALĂ	Professionalism	Item 4: „Limbajul corporal al pacienților este la fel de important ca și comunicarea verbală în interacțiunile cu pacientul!” Item 6: „Pentru că oamenii sunt diferiți, este dificil pentru studentul medicinist să vadă lucrurile din perspectiva pacienților”
	Etică medicală	Item 11: „Bolile pacienților pot fi vindecate numai prin tratament medical sau chirurgical; prin urmare, emoțiile pe care le simt pacienții nu au o influență semnificativă asupra rezultatelor medicale sau chirurgicale”
	Respect pentru credințe, valori și culturi	Item 13: „Încearcă să înțeleagă ce se întâmplă în mintea pacienților acordând atenție la indiciile lor non-verbale și limbajului corporal”
	Integritate profesională	Item 2: „Pacienții se simt mai bine atunci când sunt înțelese sentimentele” Item 3: „Este dificil să vadă lucrurile din perspectiva pacienților”
	Confidențialitate medicală	Item 12: „Întrebarea pacienților despre ce se întâmplă în viața lor personală nu este de ajutor în înțelegerea problemelor lor fizice”

2. COGNITIVĂ	Înțelegerea nevoilor pacientului	Item 1: „Înțelegerea despre cum se simt pacienții și familiile lor nu influențează tratamentul medical sau chirurgical”
	Conștientizarea așteptărilor	Item 5: „Studentul are un simț dezvoltat al umorului și crede că contribuie la un rezultat clinic mai bun”
	Cunoașterea normelor etice	Item 8: „Atenția la rezultatele personale ale pacienților nu influențează tratamentul medical sau chirurgical”
	Toleranță profesională	Item 10: „Pacienții apreciază înțelegerea sentimentelor lor, considerând-o terapeutică în sine”
	Adaptabilitate	Item 14: „Studentul crede, că emoția nu are loc în tratamentul bolilor medicale”
3. AFECTIVĂ	Compătimire și Îngrijire necondiționată	Item 9: „Încearcă să-și imagineze pe sine în locul pacienților, atunci când le acordă îngrijire”
	Sensibilitate	Item 7: „Încearcă să acorde atenție pacienților atunci când își relatează istoricul sau când le adresează întrebări despre sănătatea lor fizică”
	Suport emoțional	Item 15: „Empatia este o abilitate terapeutică fără de care succesul în tratament este limitat”
	Rezistență la stres	Item 16: „O componentă importantă a relației medic-pacient este înțelegerea de către student a statutului social și emoțional al pacienților, precum și a statutului acelora din familiile lor”
	Rezonanță emoțională	Item 17: „Încearcă să acorde atenție la emoțiile pacienților atunci când le oferă îngrijire pentru a-i trata mai bine”
4. LEADERSHIP MEDICAL	Responsabilitate	Item 18: „Încearcă să se înțeleagă pe sine mai bine prin relații puternice cu pacienții” Item 19: „Citirea literaturii medicale nu are nicio influență asupra îngrijirii pacienților”
	Colaborare profesională	Item 20: „Se simte încrezător în utilizarea tehnicilor de comunicare sofisticate pentru a facilita tratamentul medical pentru pacienți”
	Prioritizarea nevoilor pacientului	Item 2: „Pacienții se simt mai bine atunci când le înțelege sentimentele”
	Inovarea și calitatea asistenței medicale	Item 4: „Consideră că limbajul corporal al pacienților este la fel de important ca și comunicarea verbală în interacțiunile lor”
	Dezvoltare profesională continuă	Item 13: „Încearcă să înțeleagă ce se întâmplă în mintea pacienților acordând atenție la indiciile lor non-verbale și limbajului corporal”

Variabilele cercetării experimentale au fost concepute pentru fiecare componentă a empatiei medicale: **componenta axiologie medicală** (profesionalism, etică și îngrijire medicală, respect pentru credințe, valori și cultură, integritate profesională, confidențialitate medical).

Componenta axiologică a EM vizează dimensiunea valorică și etică a relației dintre medic și pacient, presupunând nu doar înțelegerea emoțiilor pacientului (componenta cognitivă) sau trăirea acestora într-o anumită măsură (componenta afectivă), ci și *asumarea de către medic a unei atitudini morale față de suferința și nevoile pacientului*, fapt care presupune profesionalism, conduită etică și respect pentru valorile culturii profesionale. Principial este faptul, că axiologia medicală transformă empatia dintr-o simplă reacție emoțională într-o virtute morală care ghidează comportamentul medicului în favoarea confortului emoțional al pacienților, este ceea ce conferă profunzime comunicării interpersonale și umanism practicii medicale facilitând construirea unor relații de încredere în mediul profesional.

T. L. Beauchamp și J. F. Childress fundamentează această dimensiune prin cele patru principii ale eticii biomedicale: autonomie, non-maleficientă, beneficentă și dreptate, arătând că respectarea lor constituie expresia responsabilității morale față de pacient [131]. M. L. Hoffman adaugă perspectiva morală-evolutivă: empatia devine virtute morală atunci când depășește simpla reacție emoțională și se integrează într-un sistem de valori care ghidează conduita profesională spre binele celuilalt, chiar în absența recompensei imediate sau a controlului extern [193]. N. Noddings subliniază că îngrijirea autentică este fundamentată pe o etică relațională, în care responsabilitatea față de celălalt nu este o normă externă, ci o angajare interioară conștientă și asumată în interacțiunea umană [240]. R. L. Cruess, S. R. Cruess și Y. Steinert demonstrează că identitatea profesională a medicului, inclusiv dimensiunea sa axiologică, se formează gradual prin participarea la comunitatea profesională și prin interiorizarea valorilor practicii medicale [155]. C. Cucos confirmă din perspectivă pedagogică că formarea valorică nu poate fi redusă la transmiterea de norme, ci presupune interiorizare activă prin experiențe educaționale autentice [38]. R. M. Veatch [292] completează cadrul eticii medicale reflexive, argumentând că relația terapeutică autentică implică o responsabilitate morală bidimensională, față de pacient și față de profesie, axiologia medicală transformând empatia dintr-o reacție circumstanțială într-o virtute stabilă care conferă profunzime comunicării interpersonale și umanism practicii medicale contemporane.

Formarea profesională a autenticității și a integrității profesionale a studenților medici va începe la debutul studiilor universitare, prin toate disciplinele de studiu deoarece constituie temelia empatiei medicale, bazată pe valorile profesionalismului: sinceritatea, responsabilitatea și respectul. Datele experimentale de la etapa de constatare sunt prezentate în Fig. 3.2 și reflectă datele cercetării valorilor empatiei medicale ale studenților medici în GE și GC, constituind reperul inițial pentru analiza impactului intervenției formative.

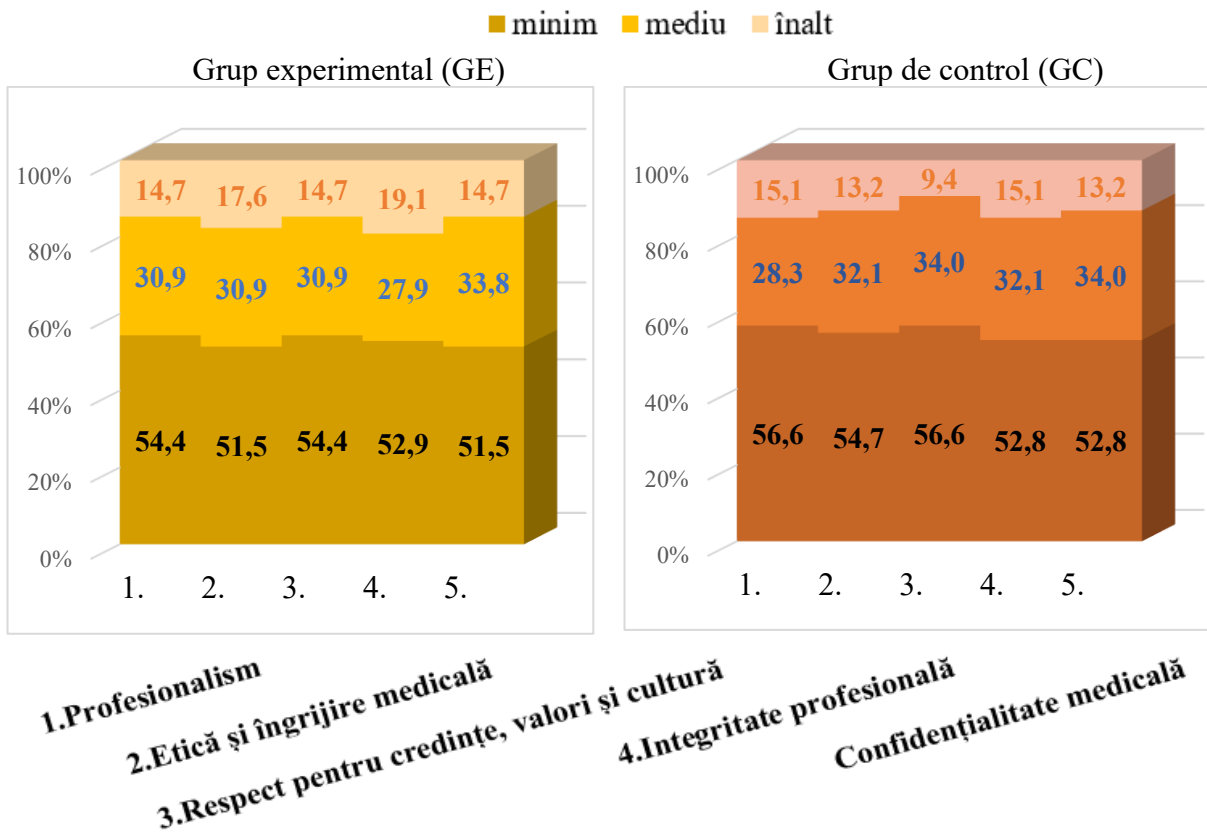


Figura 3.2. Nivelurile de formare a empatiei medicale (componenta Axiologie medicală)
(constatare, plan comparat: GE – 68 de studenți și GC – 53 de studenți)

Examinarea rezultatelor experimentale la etapa de constatare atât în grupul experimental, cât și în grupul de control arată valori experimentale preponderent de nivel minim și mediu al profesionalismului medical (minim -54,4 % și mediu – 30,9%). Pentru etica îngrijirii medicale (minim – 51,5% și mediu – 30,9%). Comparativ mai complicată este situația la variabila respect pentru credințe, valori și cultură (minim – 54,4% și mediu – 30,9%). Regretabil însă nivel înalt la valorile empatiei medicale evaluate prezintă doar între 14,7 % și 17,6 % dintre studenții investigați.

Problematica dezvoltării empatiei medicale la componenta axiologică se configurează ca o prioritate formativă explicită și esențială în contextul educației medicale contemporane. Respectul pentru demnitatea pacienților constituie fundamentul axiologic al actului medical: în literatura eticii biomedicale se subliniază că „recunoașterea valorii intrinseci a fiecărui pacient, indiferent de statutul social sau diagnosticul său, nu este opțională, ci o obligație morală a profesiei” [131]. Din perspectiva psihologiei morale, se demonstrează că angajamentul față de binele celuilalt, dorința de a contribui activ la alinarea suferinței și la sprijinirea pacientului, își

are rădăcinile în dezvoltarea empatiei morale, care orientează conduita profesională spre interesul pacientului și responsabilitatea etică [193]. În cadrul eticii grijii, această perspectivă este extinsă prin argumentul că îngrijirea autentică presupune o relație etică de reciprocitate și responsabilitate, nu un paternalism care impune, ci o prezență profesională care însoțește și susține pacientul în mod empatic [240]. Axiologia medicală presupune, totodată, justiție și echitate în actul medical: medicul are obligația morală de a trata cu empatie toți pacienții, fără discriminare, păstrând echilibrul dintre implicarea afectivă și responsabilitatea profesională în deciziile clinice [131], [170].

Variabilele cercetării experimentale pentru *componenta cognitivă* a empatiei medicale vizează: înțelegerea nevoilor pacientului, conștientizarea așteptărilor acestuia, cunoașterea normelor etice, manifestarea toleranței profesionale și capacitatea de adaptare la diversitatea situațiilor clinice. Componenta cognitivă reflectă capacitatea medicului de a înțelege în mod rațional și diferențiat trăirile, gândurile și perspectiva pacientului, fără a fi copleșit emoțional, menținând un echilibru funcțional între analiză și implicare relațională. În literatura psihologiei sociale, acest proces este descris prin conceptul de perspective-taking, care presupune plasarea mentală în situația celuilalt, concomitent cu menținerea unei delimitări clare între sine și pacient [126]. Această capacitate facilitează interpretarea contextuală a experienței pacientului și susține adaptarea conduitei profesionale la particularitățile fiecărei interacțiuni clinice, contribuind la luarea unor decizii adecvate și responsabile în actul medical.

Cercetările psihometrice evidențiază faptul că dimensiunea cognitivă a empatiei poate fi evaluată și dezvoltată relativ independent de componenta afectivă, oferind un suport relevant pentru proiectarea intervențiilor educaționale și a strategiilor didactice specifice [160]. Această autonomie funcțională permite orientarea procesului formativ spre dezvoltarea capacității de înțelegere rațională a perspectivei pacientului, fără a genera supraîncărcare emoțională. Studiile din neuroștiințele sociale confirmă că această dimensiune implică rețele neurale parțial distincte de cele responsabile pentru rezonanța emoțională, ceea ce susține caracterul său specific în structura procesului empatic [161]. În abordările clinice contemporane se subliniază că distanța profesională nu echivalează cu indiferența emoțională, ci exprimă o formă de prezență cognitivă controlată și conștientă, care permite menținerea unei judecăți clinice obiective, concomitent cu înțelegerea experienței pacientului [191]. Această poziționare profesională asigură echilibrul necesar între implicarea empatică și responsabilitatea decizională în actul medical. Situația subiecților experimentali din grupul experimental (GE) și grupul de control

(GC) este comparabilă din punctul de vedere al distribuției inițiale, datele fiind prezentate sintetic și comparativ în Fig. 3.3.

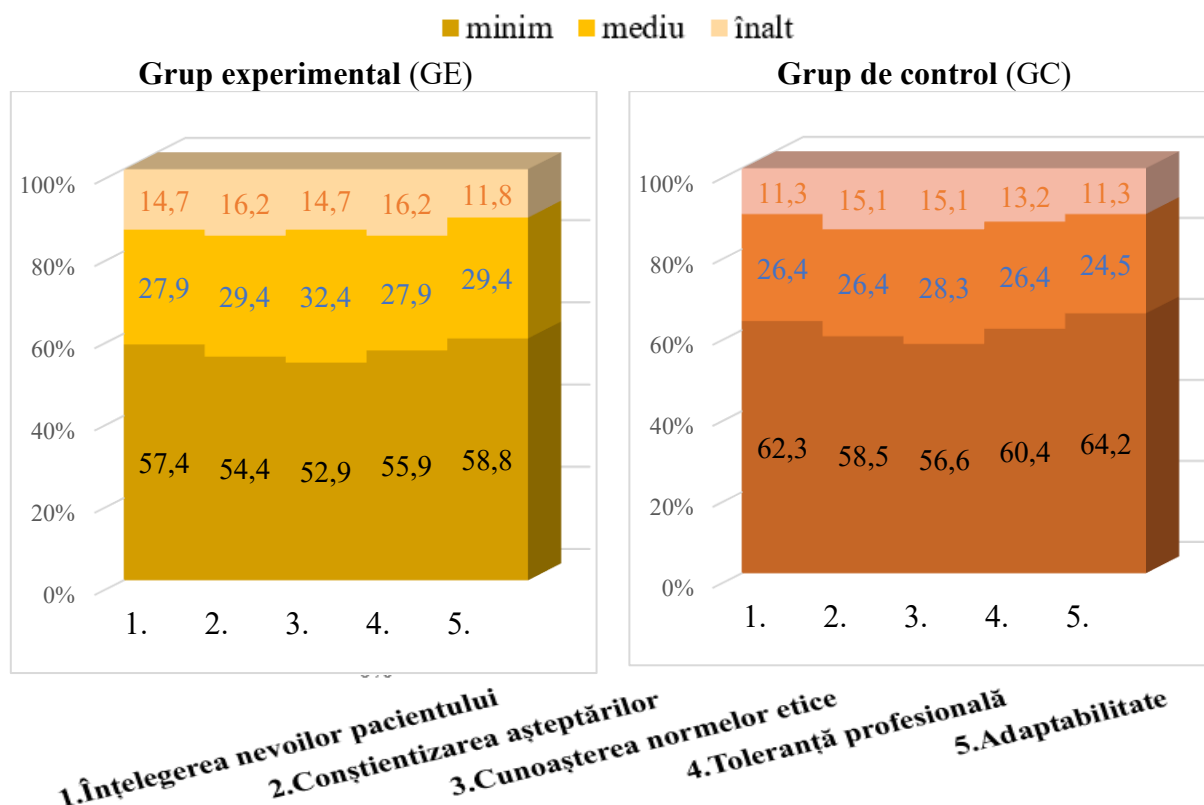


Figura 3.3. Nivelurile de formare a empatiei medicale (componenta cognitivă)

(constatare, plan comparat: GE – 68 de studenți și GC – 53 de studenți)

Analiza rezultatelor experimentale referitoare la valorile componente cognitive a empatiei medicale demonstrează concentrarea datelor la nivelul minim și mediu în GE și în GC. Spre exemplu, *toleranța profesională* este estimată cu 60,4 % pentru nivelul minim, cu 26,4 % pentru nivelul mediu situație care se explică prin faptul, că studenții mediciști la debutul pregătirii profesionale au formate insuficient *caracteristicile componente cognitive a empatiei medicale*: înțelegerea globală de către studenți a perspectivei pacientului (perspective-taking), fără să-și imagineze cum vede pacientul propria suferință, boală sau tratament. Doar 13,2 % dintre subiecții experimentali au făcut dovada faptului că dețin un nivel înalt de toleranță profesională, deoarece aceasta implică o reconstrucție mentală a modului în care pacientul gândește și simte, ținând cont de contextul său personal, cultural și emoțional. *Adaptabilitatea ca valoare a empatiei medicale* a fost estimată cu numai 11,3 % pentru nivelul înalt, 24,5 % pentru nivelul mediu și, îngrijorător, 64,2 % pentru nivelul minim care se manifestă prin recunoașterea cu dificultăți a emoțiilor cu grad înalt de absorbție afectivă. Cunoscut este faptul, că medicul identifică emoțiile pacientului (frică, anxietate, disperare etc.) fără să le simtă

neapărat la aceeași intensitate. Din aceste considerente empatia medicală pe *dimensiunea cognitivă* asigură echilibrul dintre implicare și obiectivitate, solicitând analiză și interpretare rațională a trăirilor afective ale pacienților. M.Hojat precizează că empatia cognitivă permite medicului să înțeleagă și să interpreteze emoțiile pacientului în contextul clinic adaptând comunicarea la nevoile acestuia [197], constituind astfel baza pentru luarea deciziilor etice și terapeutice adecvate [131] și pentru individualizarea tratamentului [232].

Componenta afectivă a empatiei medicale vizează capacitatea medicului de a rezona emoțional cu suferința pacientului, fără a pierde controlul asupra propriilor reacții, dimensiunea care conferă relației medic-pacient căldură, umanitate și autenticitate. În literatura umanistă a psihologiei, această calitate este definită ca înțelegerea experienței interne a pacientului din perspectiva sa, cu fidelitate emoțională, dar fără pierderea delimitării dintre sine și celălalt [258], iar în abordările clinice contemporane este descrisă ca o tranziție de la o atitudine distantă și obiectivantă la o empatie clinică autentică, bazată pe implicare conștientă și înțelegere profundă [191]. În scopul evaluării componentei afective au fost selectate variabilele cercetării: compătimire și îngrijire necondiționată, sensibilitate, suport emoțional, reziliență la stres și rezonanță emoțională controlată, datele obținute experimental sunt relevate în Fig. 3.4.

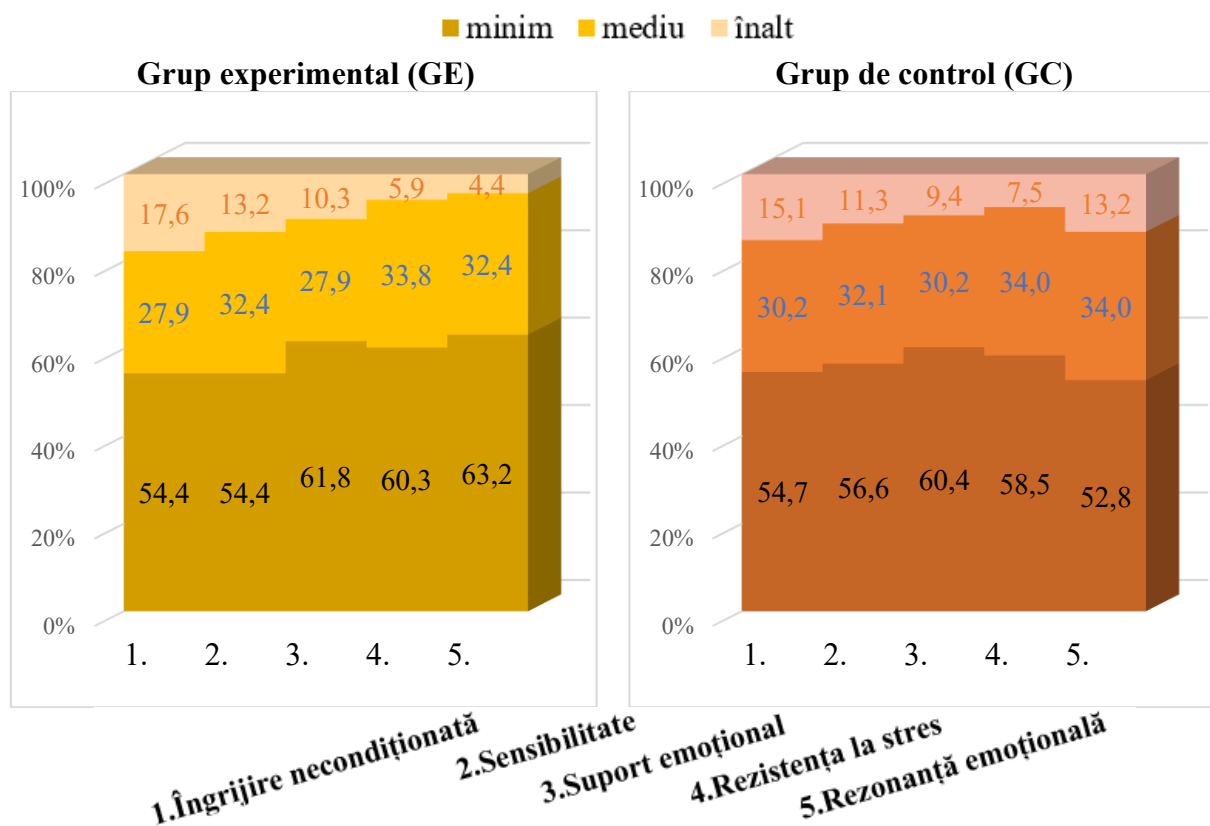


Figura 3.4. Nivelurile de formare a empatiei medicale (componenta afectivă)
(constatare, plan comparat: GE – 68 de studenți și GC – 53 de studenți)

În grupul experimental datele pentru *compătimire și îngrijire necondiționată* denotă: nivel înalt – 17,6 %, nivel mediu – 27,9 % și pentru nivelul minim – 54,4 %. *Sensibilitate la starea pacientului* (nivel minim 54,4 %, mediu – 32,4% și nivel înalt – 13,2 %) și se exprimă prin capacitățile medicului de a percepe nu doar conținutul verbal al mesajului, ci și tonul vocii, expresiile faciale și limbajul non-verbal și alte semnale subtile care reflectă trăirile pacientului, elemente care, conform cercetărilor din domeniul comunicării clinice, mediază în mod semnificativ calitatea comunicării empatică în cadrul consultației [144]. Suportul emoțional înregistrează niveluri predominant minime (61,8%), medii (27,9%) și înalte (10,3%), ceea ce indică o implicare afectivă limitată în relația cu pacientul la majoritatea subiecților investigați. Această distribuție sugerează necesitatea dezvoltării capacității de susținere emoțională, ca dimensiune esențială a empatiei medicale, în contextul formării profesionale inițiale. *Rezistența la stres și rezonanța emoțională* reflectă capacitatea medicului de a răspunde adecvat suferinței pacientului, menținând un echilibru între implicarea empatică și autoreglarea afectivă. Emoțiile sunt resimțite într-o formă moderată și controlată, evitând supraidentificarea și prevenind epuizarea psihologică, cu impact pozitiv asupra relației terapeutice.

Literatura privind burnout-ul profesional evidențiază că supraidentificarea emoțională reprezintă o sursă majoră a epuizării în profesiile de ajutor [228], în timp ce cercetările din domeniul medicinei reflexive subliniază rolul esențial al autoreglării afective și al gestionării conștiente a reacțiilor emoționale în menținerea rezilienței medicului [171]. În același timp, studiile din sfera comunicării clinice arată că semnalele non-verbale au un rol determinant în susținerea comunicării empatică, influențând percepția pacientului asupra disponibilității emoționale a medicului [144]. Componenta afectivă conferă empatiei dimensiunea de comuniune emoțională autentică, care fundamentează compasiunea și facilitează construirea unei relații de încredere și deschidere reciprocă, transformând înțelegerea rațională într-o implicare umană profundă și funcțională în contextul actului medical.

Variabilele cercetării pentru componenta leadership medical vizează responsabilitatea profesională, colaborarea eficientă în echipă, prioritizarea nevoilor pacientului, orientarea spre inovare și calitatea asistenței medicale, precum și dezvoltarea profesională continuă în contexte clinice complexe. *Componenta de leadership medical* a empatiei se referă la capacitatea medicului de a exercita o influență pozitivă asupra pacientului, echipei și mediului clinic, prin comportament profesional, comunicare eficientă și asumare etică (Fig. 3.5.) Literatura de specialitate evidențiază că integrarea empatiei în practicile de leadership contribuie la consolidarea colaborării în echipele medicale, la îmbunătățirea calității îngrijirii și la formarea

viitoarelor generații de profesioniști [142], susținând totodată dezvoltarea unei culturi organizaționale centrate pe valori umaniste.

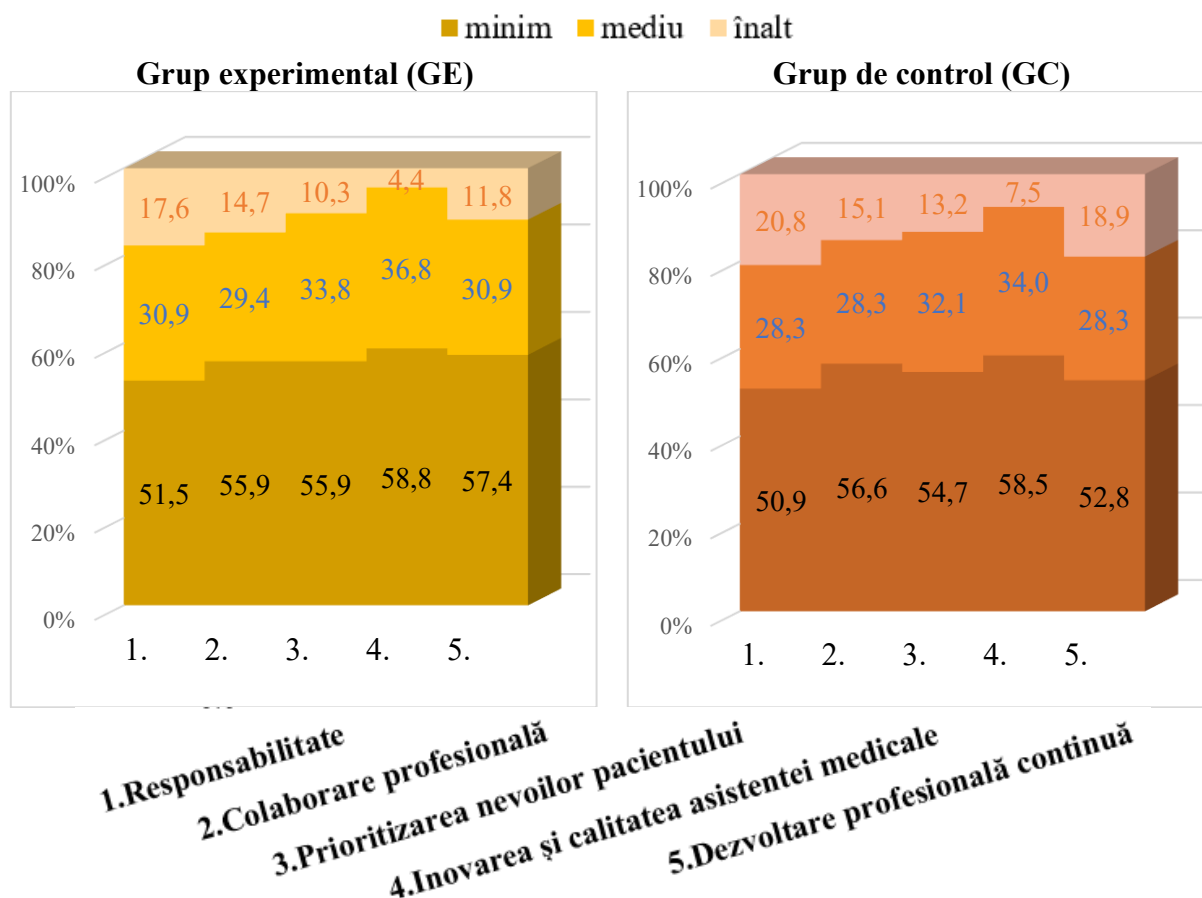


Figura 3.5. Nivelurile de formare a empatiei medicale (componenta leadership medical)

(constatare, plan comparat: GE – 68 de studenți și GC – 53 de studenți)

Influența pozitivă prin empatie este posibilă prin leadership medical al studenților mediciniști care se reflectă în nivelul responsabilității profesionale asumate (nivel înalt – 17,6%, nivel mediu – 30,9% și nivelul minim – 51,5%), evidențiind gradul de implicare în activitatea clinică și educațională. Se constată că medicul empatic devine un model de comportament profesional și relațional pentru colegi și studenți, promovând o cultură a respectului reciproc, înțelegerii autentice și a grijii față de pacienți în contextul practicii medicale. Colaborarea profesională, evaluată cu numai 14,7% pentru nivelul înalt și 29,4% pentru nivelul mediu se exprimă prin atitudinea empatică și disponibilitatea relațională, medicul contribuind la consolidarea relațiilor de încredere și loialitate în cadrul echipei medicale. Componenta leadership medical a empatiei presupune utilizarea empatiei ca instrument de conducere umană eficientă și responsabilă, atât în relația cu pacientul, cât și în coordonarea echipei, reprezentând forma matură și activă a empatiei, care transformă medicul din simplu

furnizor de servicii într-un ghid empatic, etic și inspirator pentru cei din jur. Tab. 3.4. reflectă rezultatele experimentale care indică nivelurile empatiei medicale la studenții mediciști, oferind o bază analitică pentru identificarea componentelor care prezintă vulnerabilități în anii debutanți ai studiilor universitare.

Tabelul 3.4. Date privind numărul respondenților evaluați pentru determinarea nivelurilor valorilor empatiei medicale (pe componente aparte)

Dimensiuni/ Componente	Niveluri/grupuri/Nr. subiecți							
	Grup experimental (GE)				Grup de control (GC)			
	minim	mediu	înalt	total	minim	mediu	înalt	total
1. AXIOLOGIE MEDICALĂ								
Profesionalism	37	21	10	68	30	15	8	53
Etică și îngrijire medicală	35	21	12	68	29	17	7	53
Respect pentru credințe, valori și cultură	37	21	10	68	30	18	5	53
Integritate profesională	36	19	13	68	28	17	8	53
Confidențialitate medicală	35	23	10	68	28	18	7	53
<i>Media</i>	36	21	11	68	29	17	7	53
COGNITIVĂ								
Înțelegerea nevoilor pacientului	39	19	10	68	33	14	6	53
Conștientizarea așteptărilor	37	20	11	68	31	14	8	53
Cunoașterea normelor etice	36	22	10	68	30	15	8	53
Toleranță profesională	38	19	11	68	32	14	7	53
Adaptabilitate	40	20	8	68	34	13	6	53
<i>Media</i>	38	20	10	68	32	14	7	53
AFECTIVĂ								
Compătimire și îngrijire necondiționată	37	19	12	68	29	16	8	53
Sensibilitate	37	22	9	68	30	17	6	53
Suport emoțional	42	19	7	68	32	16	5	53
Rezistența la stres	41	23	4	68	31	18	4	53
Rezonanță emoțională	43	22	3	68	28	18	7	53
<i>Media</i>	40	21	7	68	30	17	6	53
LEADERSHIP MEDICAL								
Responsabilitate	35	21	12	68	27	15	11	53
Colaborare profesională	38	20	10	68	30	15	8	53
Prioritizarea nevoilor pacientului	38	23	7	68	29	17	7	53
Inovarea și calitatea asistenței medicale	40	25	3	68	31	18	4	53
Dezvoltare profesională continuă	39	21	8	68	28	15	10	53
<i>Media</i>	38	22	8	68	29	16	8	53

Fig. 3.6 prezintă date experimentale comparate privind nivelurile de formare a empatiei medicale pe fiecare componentă aparte oferind o imagine detaliată și diferențiată a distribuției acestora în cadrul eșantionului investigat. Rezultatele obținute demonstrează necesitatea unor

activități sistematice de formare a empatiei medicale, valorile predominant minime și medii indicând lacune formative relevante ce reclamă o intervenție pedagogică structurată.

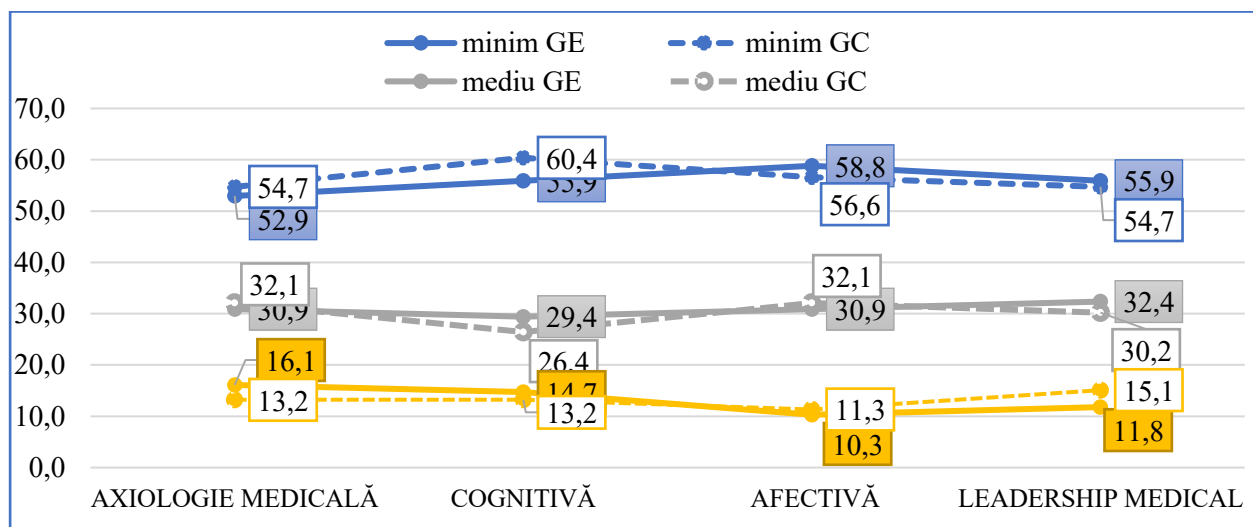


Figura 3.6. Valori experimentale comparate privind nivelurile componentelor EM

(constatare, plan comparat: GE – 68 de studenți și GC – 53 de studenți)

Crearea unui climat terapeutic favorabil constituie unul dintre obiectivele principale ale medicilor empatici, întrucât presupune dezvoltarea unui mediu sigur și suportiv pentru pacienți, în care aceștia să se simtă ascultați, sprijiniți și valorizați, facilitând astfel comunicarea deschisă și eficiența actului medical. Profilul inițial al empatiei medicale se prezintă similar în ambele grupuri, după cum relevă Fig. 3.7.

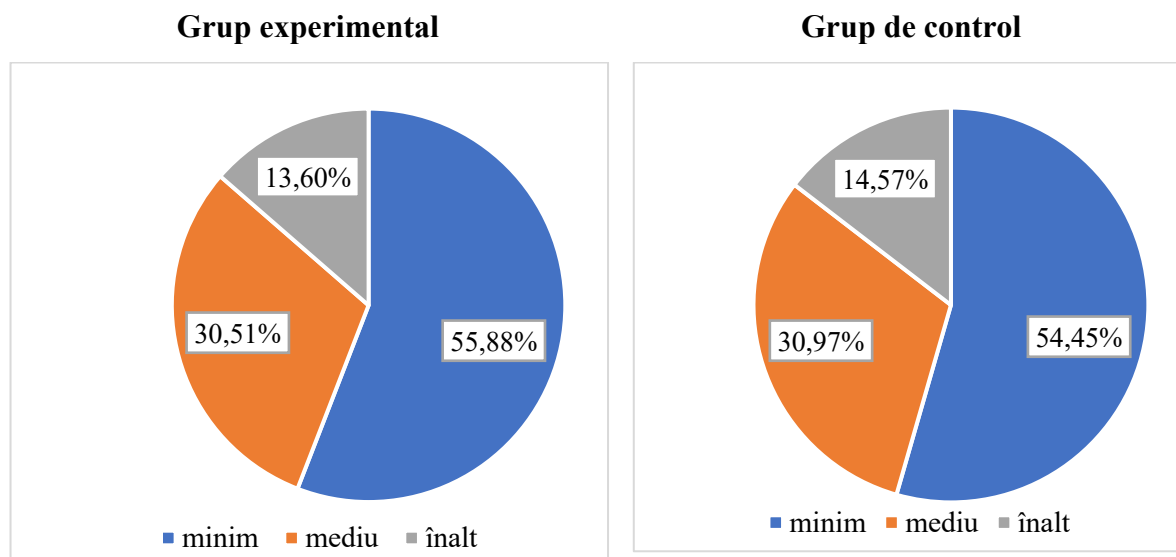


Figura 3.7. Nivelurile de formare a empatiei medicale ale studenților mediciști

(constatare, plan comparat: GE – 68 de studenți și GC – 53 de studenți)

Fig. 3.7 prezintă nivelurile de formare a empatiei medicale la etapa de constatare, relevând că valorile înregistrate în GE (n = 68) și GC (n = 53) nu diferă semnificativ, fapt care

confirmă echivalența inițială a grupurilor, condiție metodologică prealabilă indispensabilă validității și relevanței experimentului pedagogic. Empatia medicală reprezintă instrumentul prin care medicul coordonează comunicarea interpersonală și relațiile cu pacienții, facilitând o comunicare eficientă și fundamentarea deciziilor pe nevoile reale ale acestora; cercetările din domeniul medicinei centrate pe pacient evidențiază că empatia autentică îmbunătățește semnificativ calitatea îngrijirii și nivelul satisfacției pacienților [234]. Studenții medicinii valorizează empatia ca resursă esențială pentru a comunica clar și sensibil, pentru a înțelege complexitatea nevoilor pacientului și pentru a lua decizii etice, bine argumentate și responsabile [131], [155]. În situații critice, empatia medicală asigură echilibrul necesar dintre autoritatea profesională și dimensiunea umană a actului medical, echilibru descris ca fiind esențial pentru tranziția de la o abordare distantă la o empatie clinică autentică, bazată pe implicare conștientă și judecată profesională [191].

În cadrul abordărilor actuale ale medicinei reflexive se evidențiază că participarea la grupuri Balint, configurate ca spații deliberate de reflecție și procesare a experiențelor clinice dificile, contribuie la consolidarea satisfacției profesionale și la prevenirea epuizării emoționale în rândul medicilor și studenților medicinii, confirmând că empatia susținută prin forme de leadership colectiv și dialog profesional reduce burnout-ul și întărește coeziunea echipei medicale [211]. Din perspectiva studiilor privind governanța organizațională în sănătate, se argumentează că leadership-ul instituțional trebuie să promoveze strategic implicarea profesioniștilor, prin politici de recunoaștere autentică, autonomie decizională și suport psihologic sistematic, evidențiind că sustenabilitatea empatiei clinice reprezintă o responsabilitate partajată între individ și instituție, nu exclusiv a clinicianului. În același registru, este demonstrat că strategiile organizaționale centrate pe bunăstarea și valorizarea medicilor contribuie semnificativ la diminuarea epuizării profesionale și la menținerea angajamentului relațional în practica medicală [273]. În cadrul paradigmei inteligenței emoționale, adaptabilitatea relațională este conceptualizată ca o competență esențială care modelează stilul de comunicare medic-pacient în funcție de particularitățile și nevoile individuale ale fiecărui pacient, facilitând o interacțiune clinică nuanțată și eficientă [230]. Autoreglarea emoțională, ca dimensiune centrală a acestui construct, permite gestionarea conștientă și adaptativă a situațiilor tensionate și menținerea echilibrului profesional în contexte de complexitate ridicată, contribuind la stabilitatea relației terapeutice, la claritatea deciziilor clinice și la calitatea intervenției medicale, precum la prevenirea epuizării emoționale și la susținerea rezilienței profesionale a medicului [171].

Cercetarea experimentală a demonstrat că nedezvoltarea EM generează consecințe relevante și documentate în literatura internațională, cu impact direct asupra calității actului medical și a relației terapeutice: răcirea relației medic-pacient și apariția unor interacțiuni mecanice, impersonale, identificate ca indicatori ai declinului empatic [238], conduc la scăderea încrederii în medic și în sistemul medical în ansamblu [201], [212]. Ascultarea superficială și lipsa clarității în explicații amplifică suferința emoțională a pacientului, generează neînțelegeri în procesul de comunicare și poate determina abandonul tratamentului sau scăderea aderenței terapeutice, afectând rezultatele clinice [204], [144]. În literatura consacrată sindromului de burnout se evidențiază că insensibilizarea emoțională, una dintre dimensiunile sale centrale, apare în absența unor relații autentice și satisfăcătoare cu pacienții, afectând profund disponibilitatea empatică a clinicianului [228]; în același registru, fenomenul este descris ca o epuizare progresivă a resurselor interne ale profesionistului, determinată de suprasolicitare și dezechilibru emoțional [181], iar cercetările asupra mediului organizațional arată că burnout-ul constituie o consecință sistemică a unor contexte profesionale care nu valorizează dimensiunea relațională a actului medical [296]. Din perspectivă sociologică, este conceptualizat și riscul „robotizării” profesionale, definit prin pierderea motivației și a sensului uman al profesiei, ca efect al tratării empatiei ca simplă „muncă emoțională” nerecunoscută și insuficient susținută instituțional [291]. Eșecul în gestionarea situațiilor dificile diagnostice grave sau terminale în absența empatiei conduce la reacții de cinism și evitare, fenomen documentat în studiile privind declinul empatiei și adaptarea emoțională în practica medicală [238], [263]. Comportamentele distante sau arogante atrag plângeri din partea pacienților, generează conflicte în relația terapeutică și, în ultimă instanță, pot conduce la riscuri legale și implicații juridice pentru practician [155]. Studiile din domeniul intervențiilor comunicaționale interdisciplinare evidențiază că programe *Schwartz Center Rounds* contribuie semnificativ la prevenirea dezumanizării în practica medicală și la consolidarea unei culturi instituționale empatică, confirmând că insuficiența empatiei individuale fragilizează nu doar relația medic-pacient, ci și coeziunea și funcționarea echipei medicale [224]. Cercetările privind managementul organizațional în sănătate evidențiază strategii de reducere a burnout-ului și de creștere a angajamentului medicilor, arătând că mediile care nu valorizează dimensiunea relațională generează tensiuni organizaționale și scăderea calității îngrijirii, cu impact direct asupra siguranței și satisfacției pacienților [273]. În acest context, promovarea unei culturi instituționale bazate pe empatie, suport colegial și leadership responsabil devine o condiție esențială pentru sustenabilitatea organizațională și pentru protejarea sănătății profesionale a personalului medical.

3.2. Valori medii comparate privind impactul *Tehnologiei didactice universitare de formare a empatiei profesionale la studenții mediciști*

Conceptul de *tehnologie didactică universitară* este un termen operațional al cercetării și din aceste rațiuni științifice am considerat importantă descrierea unui sistem de idei privind tehnologia didactică universitară spicuit din literatura de domeniu, care au stat la baza elaborării tehnologiei didactice universitare de formare a empatiei profesionale la studenții mediciști. Această evoluție reflectă tendința generală de modernizare a didacticii universitare, determinată de exigențele societății cunoașterii și de necesitatea formării de competențe profesionale durabile, transferabile în practica de specialitate.

Tehnologiile educaționale au reprezentat, în mod tradițional, un indicator privilegiat al evoluției și modernizării sistemelor de învățământ. Primele conceptualizări sistematice ale tehnologiilor educaționale apar în spațiul anglofon la mijlocul secolului XX, când Comisia Tehnologiilor Educaționale din Marea Britanie (National Council for Educational Technology, 1967) definea tehnologia în raport cu mijloacele mass-media derivate din revoluția comunicațională, utilizate în scopuri de instruire, perspectivă de la care cercetarea pedagogică va extinde treptat semnificația termenului de la „dotare tehnică” la „proiect pedagogic integrat”. Aceasta a constituit baza de la care cercetarea pedagogică a extins progresiv semnificația termenului. De-a lungul deceniilor, conceptul a acumulat o pluralitate de interpretări și definiții, fără ca vreuna dintre acestea să dobândească un statut unanim acceptat în literatura de specialitate. În literatura pedagogică românească, I. Cerghit (1997-2001) definește mijloacele de învățământ componentă esențială a tehnologiei didactice drept „ansamblul de obiecte, dispozitive și aparate care contribuie la desfășurarea eficientă a activității didactice”, marcând trecerea de la o viziune strict materială la una funcțională asupra resurselor educaționale [15]. S. Cristea (2000) precizează că mijloacele reprezintă „instrumente materiale naturale, artificiale, tehnice, informaționale selectate și adaptate pedagogic pentru realizarea activității de predare-învățare-evaluare”, plasându-le în interiorul unui sistem de proiectare curriculară și tehnologică [37]. C. Cucuș propune o definiție cu dublă dimensiune: în sens restrâns, tehnologia vizează ansamblul mijloacelor audiovizuale utilizate în practica educativă, iar în sens larg, ansamblul structural al metodelor, mijloacelor de învățământ și strategiilor de organizare a predării-învățării, corelate sistemic cu obiectivele pedagogice, conținuturile transmise, formele de realizare a instruirii și modalitățile de evaluare. [38].

Termenul de Tehnologie didactică apare în dublă accepțiune: vizând ca *proces* utilizarea sistematică a cunoștințelor despre psihologia învățării și strategiile operaționale și ca *produs*

referindu-se la ansamblul de dispozitive pedagogice elaborate pentru a produce la student schimbări observabile, exprimate în comportamente specifice [52]. Înțelegerea tehnologiei pedagogice ca ansamblu sistematic orientat spre schimbări observabile în conduita educabililor a fost aprofundată și din perspectiva predării limbilor în context multilingv, unde caracterul ei procesual și transformator a dobândit o operaționalizare specifică [316]. Ca proces, tehnologia educațională valorifică ansamblul cunoștințelor despre instruire, psihologia învățării și strategiile operaționale, în vederea proiectării, realizării și evaluării educației în raport cu finalități prestabilite. Ca produs, ea desemnează sisteme elaborate, materiale și instrumente, destinate să producă la student schimbări observabile în comportamentele comunicative și cultura învățării. În viziunea cercetătorului D. Patrașcu tehnologiile educaționale pot fi examinate atât ca mijloace și modele de instruire, cât și ca formă de activitate pedagogică orientată spre organizarea optimă a procesului instructiv-educativ, spre crearea unui climat moral-psihologic favorabil fiecărui student și spre stimularea activității de învățare la nivelul maximal al potențialului didactic [80, p. 34].

În perspectiva construcției și dezvoltării curriculumului universitar, Cojocaru M. și Papuc L. definesc tehnologiile educaționale ca strategii de realizare a obiectivelor formative, fundamentate pe teorii ale cunoașterii, comunicării și învățării, determinate totodată de specificul materiei de studiu, de caracteristicile subiecților educați și de cultura profesională a cadrelor didactice universitare [apud 12, p. 21]. În accepția aceluiași autori, tehnologiile didactice exprimă capacitatea cadrului didactic de a combina eficient mijloacele mass-media cu metodologia și formele de organizare a procesului de învățământ, în vederea desfășurării optime a activității de predare-învățare-evaluare și a valorificării resurselor umane și materiale disponibile, în acord cu inovațiile din domeniul comunicării.

Orientarea curriculumului universitar spre formarea competențelor reprezintă una dintre direcțiile prioritare ale politicilor educaționale contemporane, concretizată în standarde, evaluări și proiectări curriculare centrate pe competențe [52, p. 2]. În cadrul procesului de predare-învățare, metodologia didactică deține un rol determinant, întrucât elaborarea unor strategii didactice eficiente și atractive constituie o condiție esențială a implicării active a studenților în actul formativ [183, p. 54].

În literatura pedagogică privind tehnologiile didactice universitare, T. Bushnaq (2011) elaborează și validează *tehnologiile comunicative de predare a frazeologismelor engleze în învățământul superior*, demonstrând că o tehnologie didactică eficientă presupune activități educaționale care angajează studentul într-un efort personal motivat, derulând un proces de

achiziție și transfer de cunoștințe, de dezvoltare a capacităților și atitudinilor, și asigurând o abordare diferențiată pentru participarea tuturor studenților, în funcție de potențialul individual și nivelul de formare a competențelor [12]. O. Golubovschi (2012) descrie, în Tehnologia formării competențelor de traducere la studenții-traducători, o tehnologie de formare profesională structurată într-o etapă pregătitoare și trei etape interdependente de implementare, însoțită de producerea resurselor curriculare adecvate; această arhitectură etapizată: pregătire, formare, validare constituie model de referință pentru Tehnologia didactică universitară de formare a empatiei medicale, adaptată specificului disciplinei Limbă engleză [52]..

În planul integrării tehnologiilor informaționale, M. Pavel (2015) evidențiază că utilizarea TIC în formarea inițială sporește calitatea achizițiilor profesionale și facilitează construirea competențelor digitale, element indispensabil al tehnologiilor didactice universitare contemporane [82]. Modelul *flipped learning*, fundamentat de J. Bergmann (2014), demonstrează că inversarea raportului dintre activitățile realizate acasă și în clasă eliberează timpul de contact pentru activități aplicative, reflexive și colaborative, oferind un cadru favorabil integrării activităților experiențiale și de abordare empatică [136]. G. Riva (2018-2020) argumentează că tehnologiile digitale imersive: realitatea virtuală, platformele de simulare, resursele multimedia interactive, funcționează ca „tehnologii corporalizate” care permit transpunerea autentică în perspectiva pacientului [257], generând experiențe empatică dificil de obținut prin metode convenționale și deschizând noi direcții pentru tehnologiile didactice de formare a EM .

Din analiza literaturii de profil rezultă că tehnologia didactică universitară eficientă se caracterizează prin câteva trăsături esențiale. *Caracterul sistemic* presupune integrarea coerentă a obiectivelor de formare, a conținuturilor, a metodelor, a mijloacelor și a formelor de evaluare, astfel încât fiecare componentă să contribuie funcțional la formarea competențelor vizate. *Caracterul participativ* implică angajarea activă a studentului în procesul de construire a cunoașterii, valorificând principiul învățării prin acțiune, reflecție și cooperare. *Caracterul formativ* orientează demersul pedagogic spre schimbări observabile la nivelul atitudinilor, valorilor și comportamentelor profesionale, nu doar spre acumularea de cunoștințe declarative. *Caracterul evaluativ-continuu* presupune valorificarea sistematică a evaluării formative, cu feedback imediat, ca mecanism de autoreglare a procesului de învățare. Potrivit lui Bushnaq T. (2011), care a elaborat și validat *Tehnologiile comunicative de predare a frazeologismelor engleze în învățământul superior*, tehnologiile didactice universitare eficiente „implică activități educaționale ce angajează studentul într-un efort personal motivat, derulând un proces

de achiziție și transfer de cunoștințe, de dezvoltare a capacităților și atitudinilor, asigurând abordarea diferențiată pentru participarea tuturor studenților în activitatea didactică, în funcție de potențialul individual și nivelul de formare a competențelor”. Această conceptualizare este fundamentală pentru cercetarea de față, întrucât formarea empatiei medicale implică exact tipul de angajament motivat, diferențiat și orientat spre transfer al lui Bushnaq [12]. Golubovschi O. (2020), în lucrarea „Tehnologia formării competențelor de traducere la studenții-traducători”, descrie o *Tehnologie de formare a competențelor profesionale* structurată în trei etape interdependente și o etapă pregătitoare, însoțită de producerea resurselor curriculare adecvate [52]. Această structurare etapizată: pregătire → formare → validare, constituie modelul arhitectural al Tehnologiei didactice universitare de formare a empatiei profesionale, adaptată specificului disciplinei ESS și al formării medicale.

În lumina cercetărilor prezentate și a specificului formării empatiei medicale, identificăm următoarele categorii de tehnologii didactice universitare valorificabile, în cadrul Tehnologiei elaborate: *Tehnologii interactive și participative* includ: simularea clinică (role-play), studiul de caz clinic, discuțiile în grup mic bazate pe narativa pacientului, tehnica „Fish Bowl” și dezbaterea etică. Aceste strategii angajează studentul în situații simulate de comunicare terapeutică, stimulând abordarea empatică și autorefecția. Kolb (1984), în teoria sa a *învățării experiențiale*, demonstrează că ciclul experiență concretă → observare reflexivă → conceptualizare abstractă → experimentare activă este ciclul optim pentru formarea competențelor afectiv-atitudinale, inclusiv a empatiei [215]. Simularea clinică și jocul de rol urmează exact acest ciclu, ceea ce le conferă valoare pedagogică demonstrată empiric. *Tehnologii reflexive* includ: jurnalul de reflecție clinică, portofoliul de cazuri, autoevaluarea structurată și supervizarea reflexivă. Aceste tehnologii favorizează procesarea profundă a experienței afective, transformând emoția brută în cunoaștere pedagogică integrată. D. Schön (1983), în teoria sa despre *practitioner-ul reflexiv*, subliniază că profesionistul expert nu aplică reguli abstracte, ci reflectează în și asupra acțiunii, capacitate care trebuie formată explicit prin tehnologii reflexive. *Tehnologii de natură comunicativă* includ: ascultarea activă structurată, tehnica întrebărilor deschise, comunicarea nonverbală empatică și interviul motivațional adaptat. Bushnaq T. (2011) demonstrează că tehnologiile comunicative, definite ca „strategii didactice care valorifică interacțiunea autentică și transferul de semnificații într-un context motivat” au cel mai înalt potențial de formare a valorilor relaționale și profesionale [12]. Aplicarea principiului comunicativ în formarea empatiei presupune conceperea situațiilor de învățare ca scenarii de comunicare terapeutică reală, cu obiective afective clare. *Tehnologii*

bazate pe narativa medicală includ: analiza literaturii despre experiența bolii, scrierile reflexive ale pacienților, prezentările de caz narrative și vizionarea ghidată de filme cu tematică medicală. Charon R. (2001, 2006), fondatoarea *Medicinei Narrative*, demonstrează că formarea capacității de a citi, interpreta și răspunde la narativele pacienților este calea privilegiată de formare a EM [151]. Studii recente (Arntfield et al., 2013; Barber, 2017) confirmă că intervențiile bazate pe narativa medicală îmbunătățesc semnificativ scorurile JSE la studenții medici. *Tehnologii de formare prin proiect* includ: proiectele de anchetă comunitară, observarea ghidată și interviurile cu pacienți. Aceste strategii oferă studentului contactul autentic cu suferința umană, sursă primară, ireductibilă, a motivației empatică.

Tehnologia didactică universitară de formare a empatiei medicale este guvernată de un ansamblu de șase *principii pedagogice* interdependente, care configurează unitar cadrul metodologic al întregii intervenții formative și derivă din sinteza fundamentelor teoretice prezentate în Capitolul 1 și din premisele contextuale ale formării profesionale inițiale în învățământul medical [66], [225]. Aceste principii nu acționează izolat, ci constituie un sistem funcțional articulat în jurul obiectivului central al Tehnologiei didactice universitare de formare a empatiei profesionale, care presupune abordarea simultană și corelată a tuturor componentelor empatiei medicale: axiologico-medicală, cognitivă, afectivă și leadership medical, în cadrul acelorași situații de învățare, evitând fragmentarea artificială a unui construct unitar [70], [225]. *Principiul autenticității experiențiale* se întemeiază pe modelul învățării experiențiale al lui D. A. Kolb, conform căruia cunoașterea autentică se constituie prin ciclul experiență-reflecție-conceptualizare-experimentare, nu prin transmitere declarativă de informații. *Principiul reflexivității sistematice* asigură procesarea afectivă și cognitivă a experiențelor empatică prin instrumente reflexive structurate (jurnal, portofoliu, discuție ghidată), transformând emoția în valoare profesională internalizată [149], [235]. *Principiul autenticității clinice* cere ca situațiile de învățare să fie cât mai apropiate de realitatea practicii medicale, valorificând scenariile clinice reale din comunicarea medicală în limbă engleză [87], [136]. *Principiul progresivității* organizează intervențiile formative în secvențe gradate de complexitate crescândă, de la recunoaștere la experimentare și internalizare, asigurând parcurgerea tuturor etapelor procesului de formare a identității profesionale empatică. *Principiul centrării pe student* garantează adaptarea demersului la profilul empatic individual, diagnosticat prin Scala Jefferson la debutul formării, și valorificarea experiențelor autobiografice ca resurse ale învățării empatică [66], [221]. În acest cadru, studentul devine co-autor al propriului parcurs de dezvoltare a empatiei, prin reflecție personală, implicare activă și asumarea treptată a rolului profesional.

Operaționalizarea principiilor Tehnologiei didactice în practica didactică se realizează printr-un repertoriu structurat de *patru categorii de activități didactice*, distribuite diferențiat pe cele patru componente ale empatiei medicale, în funcție de obiectivele specifice ale fiecărei componente [67], [225]. Distribuția acestora este reprezentată în Fig. 3.8.

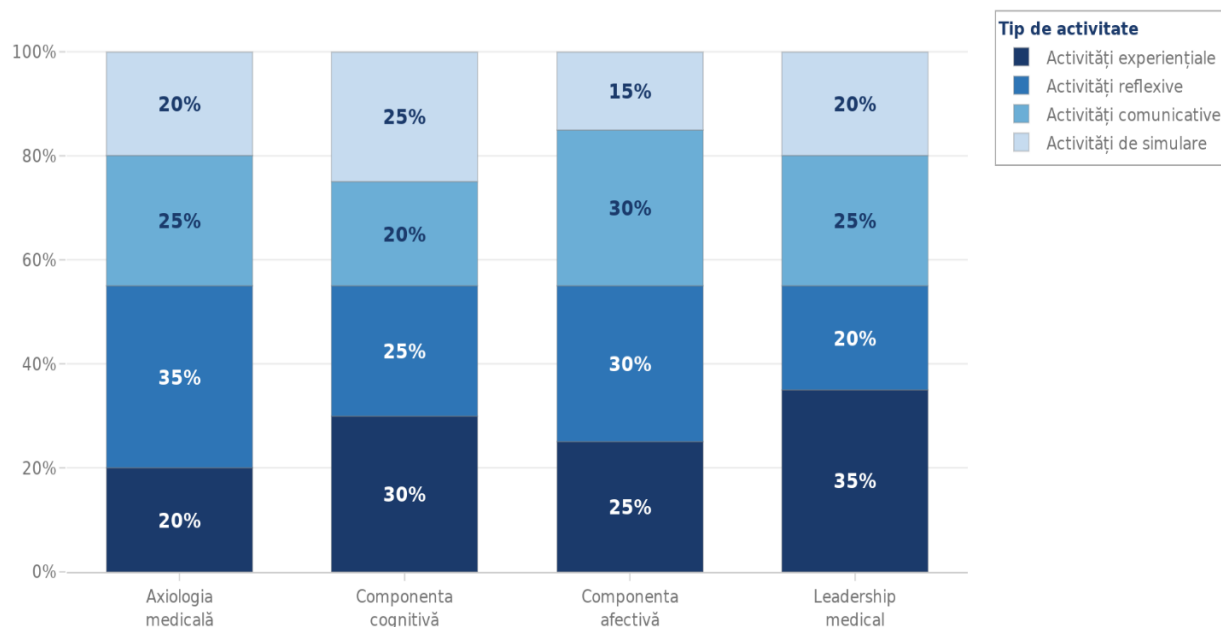


Fig. 3.8. Tipologia activităților didactice ale Tehnologiei didactice universitare de formare a empatiei profesionale (pe componentele EM)

Activitățile experiențiale - jocul de rol, simularea clinică, studiile de caz narative - sunt preponderente în cadrul componentei cognitive și al celei de leadership medical, deoarece acestea necesită angajarea activă a perspectivei celuilalt și exersarea deciziei în contexte de incertitudine. *Activitățile reflexive* - jurnalul empatic, debrieful structurat, autoanalizele de caz - sunt prioritare în cadrul componentei afective, sprijinind autoreglarea emoțională și prevenind detașarea defensivă documentată de literatura de specialitate [148], [161]. *Activitățile comunicative* - exercițiile de comunicare empatică în limba engleză medicală, analiza discursului clinic, negocierea în echipa medicală - traversează toate cele patru componente, reflectând caracterul transversal al competenței comunicative empatică [87], [140]. *Activitățile de simulare* - cu pacient standardizat, cu feedback imediat și analiză video - sunt distribuite echilibrat, deoarece simularea constituie unul dintre cele mai eficiente contexte de formare atitudinală verificate prin cercetare empirică [192], [246].

Tehnologia didactică universitară și curriculumul disciplinei ESS. Disciplina *Limba engleză* (ESS) oferă cadrul curricular privilegiat pentru formarea empatiei medicale, întrucât îmbină exigențele lingvistice cu cele relaționale și etice ale viitorului medic. Conținuturile

clinice ale disciplinei: anamneza, comunicarea diagnosticului, consimțământul informat, comunicarea vești proaste sunt, în esență, situații de comunicare empatică. Prin urmare, valorificarea lor ca situații de formare a empatiei medicale nu reprezintă o adăugare artificială la curriculum, ci o aprofundare pedagogică a potențialului formativ existent. Golubovschi O. (2020) demonstrează că integrarea tehnologiei de formare a competențelor profesionale în disciplinele de specialitate, prin producerea de resurse curriculare adecvate (programe analitice, suporturi de curs, ghiduri metodologice), este condiția necesară și suficientă pentru validarea experimentală [52]. Prin transfer metodologic, Tehnologia noastră valorifică exact același principiu: integrarea unitară în curriculumul ESS a activităților de formare a empatiei, fără a crea un curs separat, ci prin reconfigurarea pedagogică a celor existente.

Astfel, Tehnologia Didactică Universitară de Formare a Empatiei Medicale la Studenții Mediciniști constituie un răspuns pedagogic sistematic la provocarea formării unui profesionist medical capabil nu doar de competență tehnică, ci și de relație terapeutică autentică, fundamentată pe empatie clinică deliberat formată și evaluabilă. Contribuția acestei tehnologii la câmpul teoretic și praxiologic al pedagogiei universitare rezidă tocmai în dovada că empatia medicală este educabilă, măsurabilă și formabilă sistematic prin strategii didactice proiectate pe baze epistemologice riguroase.

Concepută cu scopul de a forma valorile empatiei medicale: *înțelegerea nevoilor pacientului, sprijinul emoțional, reziliența la stres și leadership-ul medical empatic* [63], Tehnologia didactică universitară de formare a empatiei medicale funcționează în planul dezvoltării curriculare prin inserția unor conținuturi specifice în disciplinele din curriculumul universitar de formare profesională inițială a studenților mediciniști [288]. Implementată la Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” (USMF) cu studenții din anul I, în cadrul disciplinei *Limba engleză (ESS)*, Tehnologia valorifică activitățile didactice universitare orientate spre dezvoltarea empatiei medicale, realizate prin exerciții de simulare clinică, studii de caz, jocuri de rol și reflecție ghidată [62], [127], [192], care sensibilizează studenții la conștientizarea importanței empatiei în interacțiunile profesionale. Se demonstrează că experiența directă, urmată de reflecție, conceptualizare și experimentare activă, produce transformări profunde și durabile ale atitudinilor și competențelor [189], principiu care fundamentează structura activităților din Tehnologie și organizarea procesului formativ. Studenții au fost ghidați să interiorizeze atitudini profesionale empatică, înțelegând că disponibilitatea empatică față de pacient influențează direct calitatea diagnosticului

relațional și a procesului terapeutic, contribuind la eficiența comunicării și la consolidarea relației medic-pacient [168], [170].

Obiectivele generale ale Tehnologiei didactice universitare de formare a empatiei profesionale vizează dezvoltarea unui sistem integrat și coerent de atitudini, cunoștințe și abilități necesare comunicării empaticе cu pacienții, îmbunătățirii capacității de a oferi îngrijire personalizată și de a răspunde adecvat la suferințele emoționale ale acestora, în acord cu principiile medicinei centrate pe pacient și ale profesionalismului medical [215], [216]. Formarea profesionalismului medical, inclusiv a competențelor relaționale esențiale, nu poate fi lăsată la voia întâmplării sau exclusiv experienței practice, ci necesită un cadru pedagogic deliberat, coerent și integrat curricular în mod sistematic, orientat spre dezvoltarea competențelor profesionale și umane [134]. În esență, tehnologia didactică valorifică domeniul afectiv al actului medical, pornind de la premisa că gestionarea adecvată, conștientă și responsabilă a emoțiilor proprii și ale pacienților, în sensul inteligenței emoționale, constituie o condiție fundamentală a succesului terapeutic și a relației medic-pacient, contribuind la eficiența intervenției clinice și la calitatea îngrijirii, nu un element secundar sau marginal al formării medicale, ci o dimensiune esențială a profesionalismului medical [200].

La baza elaborării Tehnologiei didactice universitare au stat *I. reperele teoretice privind empatia medicală*, reprezentate de contribuțiile unor autori care au formulat concepte, teorii, principii și paradigme ce permit înțelegerea mecanismelor emoționale în relația medic-pacient. Empatia medicală a fost abordată din perspective interdisciplinare convergente: din perspectiva psihologiei umaniste, A. H. Maslow plasează satisfacerea nevoilor emoționale drept condiție prealabilă a oricărei dezvoltări autentice [229], iar C. Rogers definește empatia drept abilitatea de a înțelege lumea interioară a celuilalt cu fidelitate emoțională, adoptând perspectiva sa, dar menținând conștient delimitarea dintre sine și celălalt [258]; din perspectiva inteligenței emoționale, P. Salovey și J. D. Mayer [265] formulează pentru prima dată conceptul de inteligență emoțională drept „abilitatea de a monitoriza emoțiile proprii și ale altora, de a le discrimina și de a folosi această informație în ghidarea gândirii și acțiunii”. Modelul celor patru ramuri ale inteligenței emoționale [230], elaborat ulterior de aceiași autori, sistematizează percepția, utilizarea, înțelegerea și reglarea emoțiilor ca ierarhie de abilități distincte, cu implicații directe pentru formarea autoreglării empaticе la studenții mediciști; din perspectiva neuroștiințelor cognitive, J. Decety și P. L. Jackson descriu empatia ca o arhitectură funcțională complexă, cu suprapuneri parțiale între rețelele afective și cele cognitive [161], S. E. Christov-Moore și colaboratorii confirmă bazele neurologice ale variantei empaticе [153], iar Watt

argumentează pentru o perspectivă integrativă afectiv-cognitivă [295]; Deci și Ryan fundamentează rolul motivației intrinseci în angajamentul empatic [162], iar Hoffman oferă cadrul teoretic al dezvoltării stadiale a empatiei, demonstrând că sensibilitatea față de suferința celuilalt se formează progresiv [193].

De relevanță directă pentru conceperea Tehnologiei a fost sistemul de idei elaborat de cercetătoarea M. Cojocaru-Borozaan, care demonstrează că tehnologia dezvoltării culturii emoționale, ca sistem deliberat de metode și instrumente, poate fi aplicată formativ în medii universitare, transformând cultura emoțională dintr-o trăsătură implicită în competență evaluabilă. Teoria culturii emoționale [27] subliniază că educația centrată pe nevoile emoționale ale studenților constituie fundamentul dezvoltării culturii emoționale profesionale, premisă fundamentală pentru structurarea Tehnologiei didactice universitare propuse. Din această perspectivă, M. Cojocaru-Borozaan și L. Țurcan-Balțat [33] ancorează emoțiile în câmpul normelor și rolurilor sociale, demonstrând că inteligența emoțională optimizează capacitatea de a gestiona emoțiile proprii și ale celorlalți în interacțiunile socioprofesionale. Pedagogia culturii emoționale [34] extinde această perspectivă, demonstrând că îmbunătățirea calității procesului de învățare emoțională a studenților devine posibilă prin intervenții pedagogice deliberate, structurate pe valori și orientate spre formare autentică. Empatia include, astfel, componente axiologice, cognitive și motivaționale adaptate nevoilor studenților perspectivă care a orientat structurarea Modelului teoretic al empatiei medicale elaborat în subcapitolul 2.4. Fig. 3.9. prezintă sinteza abordării asupra problemei studiate.

Tehnologia se întemeiază pe trei paradigme principale. Paradigma umanistă, reprezentată de A. H. Maslow, pune ființa umană în centrul procesului formativ, subliniind că satisfacerea nevoilor emoționale constituie condiția prealabilă a oricărei dezvoltări autentice [229]; aplicată în predarea limbii engleze medicale, aceasta a orientat cultivarea reflecției asupra valorilor umane și a nevoilor emoționale ale pacienților prin studii de caz și jocuri de rol. Paradigma constructivistă, formulată de J. Piaget, care demonstrează că judecata morală, inclusiv sensibilitatea față de celălalt, se construiește progresiv prin experiență activă [249] și dezvoltată de L. S. Vygotsky prin accentul pe zona proximei dezvoltări și pe rolul medierii sociale [294], a orientat structurarea activităților de simulare clinică și de lucru în grup. Paradigma neuroștiințifică susține că empatia dispune de baze neurologice distincte activarea cortexului prefrontal și a sistemului limbic, care pot fi antrenate prin practică repetată [153], [161], [293]; aceasta justifică valorificarea simulărilor clinice și a realității virtuale: W. Laughey și colaboratorii propun douăsprezece recomandări validate pentru predarea empatiei prin pacienți

simulați [218], H. Riess demonstrează eficiența unui curriculum de formare empatică bazat pe neuroștiințe [256], iar G. Riva argumentează rolul realității virtuale ca „tehnologie corporalizată” în dezvoltarea competențelor relaționale [257]. Cercetările recente confirmă că, deși integrarea empatiei în curriculum este esențială, aceasta rămâne o provocare din cauza barierelor structurale ale educației medicale tradiționale, fapt care a constituit pentru elaborarea Tehnologiei didactice de formare a empatiei profesionale a studenților medicinști (Fig. 3.9.).

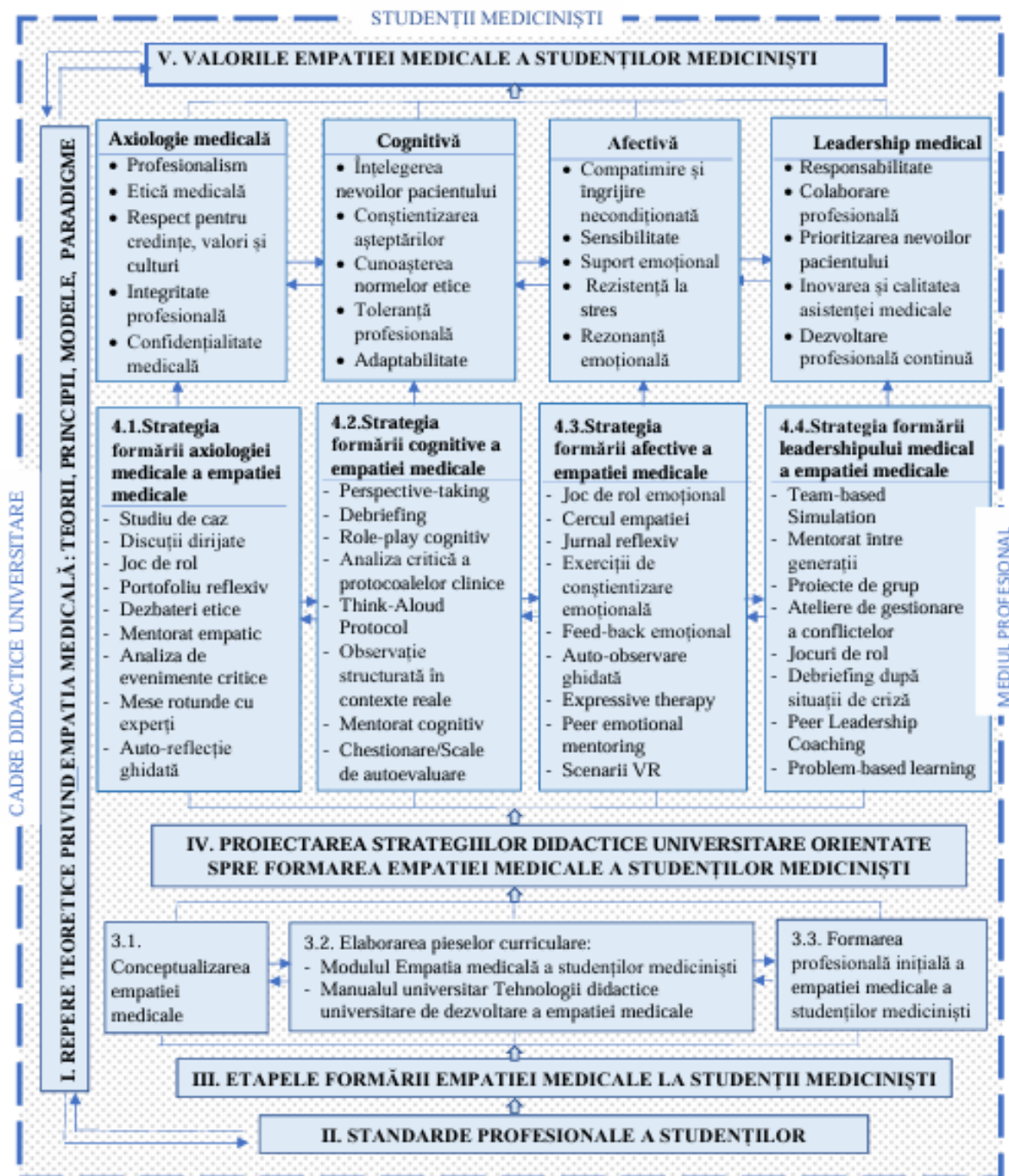


Figura 3.9. Tehnologie didactică universitară de dezvoltare a empatiei profesionale

(Oala V., 2025) [247]

În elaborarea Tehnologiei a fost valorificat ideea lui Hafferty privind valoarea implicită a curriculumului ascuns „reforme curriculare formale nu sunt suficiente atâta timp cât există un curriculum ascuns care transmite valori contrare umanismului medical”, subliniind că valorile, atitudinile și comportamentele profesionale nu se formează exclusiv prin conținuturile declarate ale programului de studii, ci și uneori mai profund prin experiențele nereglementate, prin modelele observate și prin cultura instituțională în care studentul este implicat zilnic [188]. Această perspectivă a impus necesitatea unui design curricular care să abordeze în mod explicit formarea empatiei, nu doar ca rezultat colateral al experienței clinice. Cercetările lui Hojat demonstrează că empatia nu urmează o traiectorie ascendentă pe parcursul formării medicale, ci cunoaște, dimpotrivă, o eroziune semnificativă în tranziția spre anii clinici paradoxal tocmai în etapa în care contactul cu pacientul devine direct și cotidian [198], iar M. Neumann sistematizează cauzele acestui declin ca o „problemă multifactorială”

,3+062+--, în care mediul educațional joacă un rol determinant: supraîncărcarea cognitivă, cultura competitivă, expunerea la suferință fără suport reflexiv adecvat și lipsa modelelor empatică în rândul formatorilor contribuie cumulativ la diminuarea disponibilității empatică [238]. J. Howick identifică, în completarea acestui tablou, factorii contextuali care mediază schimbările empatiei pe parcursul formării, de la calitatea relațiilor cu mentorii, la natura interacțiunilor cu pacienții și la presiunea evaluărilor academice [202]. Factorii determinanți în formarea empatiei, rolul mentorilor, calitatea interacțiunilor cu pacienții și presiunea academică, sunt analizați sistematic de Haidet și Stein, evidențiind că mentoratul de calitate și interacțiunile autentice cu pacienții pot constitui contrapondere eficientă la presiunile care erodează empatia, cu condiția că sunt integrate deliberat în proiectul formativ [189]. Din aceste rațiuni, Tehnologia didactică universitară elaborată în prezenta cercetare plasează studentul în centrul procesului de învățare, în sensul centrării pe persoană descris de N. Mead și P. Bower [232] și al exigențelor formative promovate de Organizația Mondială a Sănătății [337], un cadru în care acumularea cunoștințelor de specialitate și dezvoltarea abilităților sociale necesare îngrijirii pacienților nu sunt tratate ca obiective paralele, ci ca dimensiuni complementare și inseparabile ale formării medicale autentice [292].

Tehnologia didactică universitară de formare a empatiei profesionale la studenții mediciști din anul I a fost proiectată pentru a facilita dezvoltarea acestei competențe esențiale în procesul educațional și este integrată în cadrul disciplinei Limbă engleză (ESS), oferind un cadru ideal pentru dezvoltarea abilităților lingvistice și a empatiei medicale simultan. Traseul metodologic al implementării tehnologiei didactice universitare a fost proiectat în concordanță

cu particularitățile formării profesionale inițiale și cu cerințele curriculumului universitar medical, facilitând integrarea empatiei în activitățile de comunicare medicală în limba engleză, prin valorificarea metodelor experiențiale și a situațiilor clinice simulate, care permit dezvoltarea concomitentă a competențelor lingvistice, relaționale și reflexive ale studenților medici (Tab. 3.5). Organizarea demersului asigură trecerea de la conceptualizare la aplicare și internalizare, susținând transformarea empatiei într-o competență profesională evaluabilă.

Tabelul 3.5. Traseul metodologic de integrare a modului specific dezvoltării empatiei medicale în unitățile de curs la studenții medici

Mo- du- lul	Unități de conținut	Comportamente dezvoltate	Nr.de ore	
			Contact direct	Studiu individual
Program de licență				
Empatia medicală	Noțiuni introducti- ve privind empatia medicală	-Definește empatia medicală ca construct profesional -Distinge empatia de concepte corelate (simpatie, compasiune) -Argumentează rolul empatiei în relația medic-pacient -Analizează impactul empatiei asupra calității actului medical -Exemplifică situații clinice relevante	2	6
	Conceptul empatiei medicale la studenții medici	-Operaționalizează empatia medicală în contexte clinice -Delimitează empatia de constructe conexe -Identifică componentele empatiei -Analizează manifestările în interacțiuni clinice -Integrează perspectiva pacientului în decizie -Demonstrează conduite empatice în comunicare	2	6
	Cultura emoțională -fundament al dezvoltării empatiei medicale	-Analizează dimensiunile empatiei (axiologică, cognitivă, afectivă, leadership) -Corelează cultura emoțională cu comportamentul profesional -Identifică reacții emoționale în contexte clinice -Aplică strategii de autoreglare -Manifestă deschidere față de dezvoltarea emoțională	2	6
	Metode de cercetare și formare a empatiei medicale	-Identifică tehnologii didactice utilizate în formarea profesională medicală -Analizează potențialul formativ al metodelor experiențiale -Aplică instrumente de evaluare a empatiei medicale -Corelează strategiile didactice cu obiectivele formării empatice -Proiectează activități centrate pe conduita empatică	2	6
Total ore			8	22
			30	

Activitățile de formare a competențelor empatice la studenții mediciști au fost organizate sistematic în cadrul cursurilor și seminariilor universitare, vizând dezvoltarea progresivă și integrată a următoarelor unități de competență ale empatiei medicale, în concordanță cu obiectivele formării profesionale și cu exigențele practicii medicale contemporane și cu necesitatea dezvoltării unei comunicări eficiente și a unei relații terapeutice autentice. Aceste activități au fost concepute într-o logică pedagogică etapizată, care valorifică atât dimensiunea cognitivă, cât și cea afectivă și comportamentală a empatiei, facilitând transferul cunoștințelor în situații clinice concrete. Prin integrarea metodelor interactive (jocul de rol, studiul de caz clinic, dezbateră etică, analiza narativă), a reflecției ghidate și a simulărilor clinice, procesul formativ a creat condiții pentru ca studentul să fie nu doar receptor pasiv al cunoștințelor despre empatie, ci actor activ al propriei formări profesionale. Finalitatea acestui demers nu s-a rezumat la acumularea de cunoștințe, ci a vizat dezvoltarea unor conduite profesionale empatice stabile, adaptate complexității relației medic-pacient și cerințelor practicii medicale contemporane.

A. La nivel de cunoaștere (obiective reproductive):

- Recunoașterea conceptelor și teoriilor legate de empatie medicală, inclusiv componentele axiologică, cognitivă și afectivă, în contextul literaturii de specialitate;
- Identificarea conceptelor esențiale ale empatiei medicale și a cercetărilor relevante privind relația dintre empatie și îmbunătățirea rezultatelor clinice;
- Definirea și descrierea empatiei medicale și a importanței sale în relația medic-pacient și în practica profesională;
- Observarea și evidențierea manifestărilor empatiei în interacțiunile reale sau simulate.

B. La nivel de aplicare (obiective productive):

- Analiza și sinteza metodelor de dezvoltare a empatiei medicale, prin evaluarea critică a strategiilor utilizate pentru îmbunătățirea comunicării medic-pacient;
- Interpretarea valorilor empatiei în contexte clinice specifice și adaptarea comportamentului profesional la situațiile întâlnite;
- Evaluarea nivelului de empatie la studenți și cadre medicale pe baza criteriilor specifice, incluzând autoevaluarea și evaluarea colegială;
- Proiectarea și organizarea activităților de formare a EM în practica educațională.

C. La nivel de integrare (obiective creative și comportamentale):

- Rezolvarea situațiilor problematice apărute în contextul medical prin aplicarea unor comportamente empatice adecvate și responsabile;

- Adaptarea la condițiile emoționale și psihologice ale pacienților, prin gestionarea eficientă a comunicării empaticе și crearea unei relații bazate pe încredere, respect și înțelegere reciprocă. În Tab. 3.6. sunt prezentate etapele activităților de învățare și scopurile urmărite în vederea dezvoltării EM, evidențiind structura, coerența și logica procesului formativ.

Tab. 3.6. Structura activităților de învățare pentru dezvoltarea empatiei medicale la studenții mediciniști

Etape ale activităților de învățare	Scopuri
1. Etapa preliminară: Salutul și introducerea în tematica empatiei medicale	Crearea unui climat de lucru bazat pe deschidere și acceptare, în care studenții să se simtă confortabil pentru a discuta liber despre conceptul de empatie și despre rolul său în practica medicală. Această etapă vizează inițierea unui dialog deschis între studenți și formatori, introducând obiectivele generale ale activităților.
2. Exercițiul de sensibilizare: „Simularea empatiei în situații clinice”	Organizarea unui set de simulări clinice, prin care studenții se confruntă cu scenarii medicale reale. Scopul este de a activa răspunsurile empaticе în situații practice și de a-i ajuta să recunoască și să răspundă emoțiilor pacienților în mod adecvat. Se urmărește, de asemenea, conștientizarea reacțiilor emoționale proprii în interacțiuni sub presiune.
3. Explicarea conceptelor de empatie și aplicarea acestora	Oferirea unei explicații teoretice detaliate asupra componentelor empaticе (cognitive, afective, axiologice și de leadership), urmată de activități practice în care studenții aplică aceste concepte în cadrul simulărilor clinice. Scopul este de a dezvolta capacitatea studenților de a înțelege și de a reacționa empatic în fața unor pacienți reali sau simulați.
4. Reflecție și feedback asupra activităților realizate	Reflecție emoțională și cognitivă asupra activităților desfășurate: ce emoții au apărut în timpul simulărilor și cum au fost gestionate acestea? Ce lecții au fost învățate în ceea ce privește interacțiunile empaticе? Această etapă urmărește să adâncească înțelegerea studenților asupra modului în care empatia influențează rezultatele clinice și relația medic-pacient.
5. Concluzii și evaluare finală	Încheierea activităților cu o evaluare a progresului fiecărui student. Se discută lecțiile învățate și aplicabilitatea empatiei în practica medicală. Scopul este de a oferi direcții clare de dezvoltare ulterioară a competențelor empaticе, subliniind importanța empatiei în îngrijirea pacienților și în relațiile terapeutice.

Studenții mediciniști, în procesul didactic universitar de formare a empatiei medicale, au avut posibilitatea să cunoască: specificul influenței empatiei profesionale asupra performanțelor clinice și a calității îngrijirii medicale; particularitățile manifestării componentelor empaticе în interacțiunile medicale reale și simulate; rolul empatiei în menținerea echilibrului emoțional al medicilor și al pacienților în situații clinice complexe; și principalele strategii de dezvoltare a abilităților empaticе în contextul relației medic-pacient.

Dezvoltarea EM la studenții mediciniști a fost realizată prin activități de instruire variate și structurate, care au inclus exerciții de stimulare a înțelegerii nevoilor emoționale ale

pacienților, de conștientizare a așteptărilor acestora și de aplicare a unei abordări centrate pe pacient, în contexte educaționale (Tab. 3.7.), contribuind la formarea unor comportamente empatică autentice și la consolidarea competențelor relaționale în practica medicală.

Tabelul 3.7. Activități de formare a unităților de competență (EM) ale studenților medicinisti

Componente ale empatiei medicale	Obiectivele activităților de formare a empatiei medicale	Valori ale empatiei medicale
Componenta axiologică	<ul style="list-style-type: none"> - Dezvoltarea profesionalismului și a responsabilității etice în relația medic-pacient - Cultivarea respectului pentru credințele, valorile și culturile pacienților - Asigurarea confidențialității și a integrității profesionale în toate interacțiunile clinice 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Profesionalism ➤ Etică medicală ➤ Respect pentru credințe, valori și culturi ➤ Confidențialitate ➤ Integritate profesională
Componenta cognitivă	<ul style="list-style-type: none"> - Dezvoltarea capacității de a înțelege nevoile și așteptările pacientului. - Îmbunătățirea cunoștințelor despre normele etice și aplicarea lor în practică - Adaptarea la diverse situații clinice și menținerea unei toleranțe profesionale în fața provocărilor. 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Înțelegerea nevoilor pacientului Conștientizarea așteptărilor ➤ Cunoașterea normelor etice ➤ Toleranță profesională ➤ Adaptabilitate
Componenta afectivă	<ul style="list-style-type: none"> - Dezvoltarea capacității de a oferi sprijin emoțional și îngrijire necondiționată (compasiune, suport emoțional). - Îmbunătățirea sensibilității emoționale și rezilienței la stres în situații dificile (sensibilitate, reziliență la stres). - Crearea unei legături emoționale pozitive cu pacientul, menținând totodată o distanță profesională corespunzătoare (rezonanță emoțională). 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Compasiune ➤ Suport emoțional ➤ Sensibilitate ➤ Reziliență la stres ➤ Rezonanță emoțională
Componenta leadership medical	<ul style="list-style-type: none"> - Asumarea responsabilității pentru deciziile și acțiunile medicale (responsabilitate). - Colaborarea eficientă cu echipa medicală pentru a oferi o îngrijire de calitate (colaborare profesională). - Prioritizarea nevoilor pacientului în toate deciziile medicale și îmbunătățirea continuă a calității îngrijirii (prioritizarea nevoilor, inovație și calitate). - Dezvoltarea continuă a competențelor și abilităților profesionale prin formare continuă (dezvoltare profesională continuă). 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Responsabilitate ➤ Colaborare profesională ➤ Prioritizarea nevoilor pacientului ➤ Inovație și calitate în îngrijirea medicală ➤ Dezvoltare profesională continuă

II. *Standardele profesionale ale studenților mediciști* (Tab. 3.8.) se fundamentează pe un set bine articulat de valori și principii care constituie baza dezvoltării competențelor empatiche necesare în practica medicală, reflectând exigențele profesionalismului contemporan și ale medicinei centrate pe pacient. Aceste standarde integrează dimensiuni etice, relaționale și comunicaționale, orientate spre respectul pentru demnitatea umană, responsabilitatea profesională și angajamentul față de binele pacientului, constituind repere esențiale pentru formarea identității profesionale a viitorilor medici. În acest sens, empatia este valorizată nu doar ca abilitate interpersonală, ci ca expresie a unei conduite profesionale mature, integrate în sistemul de valori și competențe al medicului format și capabile să susțină relații terapeutice autentice și eficiente în contexte clinice variate și complexe.

Tab. 3.8. Standardele profesionale ale studenților mediciști

Standarde profesionale	Descrierea standardelor (perspectiva ESP)	Metode de predare (Specifice ESP)
Competențe clinice și tehnice	Capacitatea de a utiliza terminologia medicală corectă și de a accesa literatura de specialitate bazată pe dovezi (EBM) în limba engleză. Vizează acuratețea lingvistică în diagnostic și tratament.	CLIL (Content and Language Integrated Learning): Studiarea ghidurilor clinice (ex. NICE) în engleză. Terminology Mapping: Exerciții de corelare a termenilor tehnici cu cei colocalizabili (layman terms).
Etica și deontologia profesională	Respectarea principiilor fundamentale (autonomie, binefacere, non-maleficiență, dreptate) prin utilizarea unui registru formal și nuanțat, conform standardelor internaționale (Beauchamp și Childress, 2019).	Case-based Learning: Analiza și dezbaterile dilemelor etice din jurnale medicale străine. Translation Tasks: Traducerea și adaptarea formularelor de consimțământ informat din engleză în română.
Comunicarea și empatia	Dezvoltarea abilităților de comunicare centrată pe pacient, utilizând strategii de ascultare activă și tehnici de livrare a veștilor dificile (ex: protocolul SPIKES) în limba engleză.	Simulated Medical Interview: Jocuri de rol cu „pacienți standardizați” pentru exersarea anamnezei. Video Feedback: Analiza performanței comunicative și a limbajului non-verbal în context multicultural.
Educația continuă și cercetarea	Angajamentul față de lifelong learning prin navigarea bazelor de date internaționale (PubMed, Cochrane) și abilitatea de a sintetiza informația științifică globală.	Academic Writing Workshops: Redactarea de abstracte studii de caz și articole științifice. WebQuest: Căutarea critică a dovezilor medicale recente pentru a răspunde unei întrebări clinice specifice.
Leadership și colaborare	Capacitatea de a lucra în echipe multidisciplinare internaționale și de a comunica asertiv în congrese sau consilii medicale globale.	Collaborative Projects: Prezentări de grup (PowerPoint) pe teme de sănătate publică, realizate în echipă. Simulări de conferință: Organizarea unei mini-sesiuni de întrebări și răspunsuri tip panel discussion.

Literatura de specialitate confirmă că empatia nu se limitează la îmbunătățirea relației medic-pacient, ci influențează direct performanța clinică, calitatea îngrijirii și satisfacția pacienților, fiind un determinant esențial al eficienței actului medical. Ancorând această perspectivă într-un cadru conceptual riguros, L. M. Spencer și S. M. Spencer (1993) definesc competența profesională drept ansamblul caracteristicilor personale, cunoștințe, abilități, atitudini și valori, care generează performanță superioară într-un rol dat, cadru în care empatia medicală se legitimează ca nucleu al profilului de competențe al absolventului de medicină [278]. Relevanța sa clinică este susținută empiric de M. Hojat (2018) demonstrează că medicii cu scoruri mai ridicate pe Scala Jefferson obțin rezultate clinice semnificativ mai bune inclusiv control glicemic îmbunătățit la pacienții diabetici, evidențiind impactul direct al empatiei asupra performanței clinice [195], iar la nivel meta-analitic, convergența dovezilor devine și mai evidentă, J. Howick (2018) confirmă prin meta-analiză că comunicarea empatică și pozitivă produce efecte măsurabile și semnificative clinic în consultații, contribuind la eficiența intervențiilor medicale și la optimizarea relației terapeutice [201]; în aceeași direcție, S. S. Kim, S. Kaplowitz și M. V. Johnston evidențiază corelații directe între empatia medicului, complianța și satisfacția pacientului, subliniind rolul esențial al empatiei în facilitarea cooperării terapeutice [212], iar la nivel sintetic S. W. Mercer și W. J. Reynolds concluzionează că empatia constituie un factor esențial al calității îngrijirii, influențând pozitiv atât experiența pacientului, cât și rezultatele actului medical [234].

Educația medicală ar trebui să acorde o importanță deosebită și constantă formării competențelor empatică în paralel cu cele tehnice, în vederea dezvoltării unui profesionalism medical complet și echilibrat. În cercetările dedicate profesionalismului medical se argumentează că acesta, inclusiv dimensiunea sa empatică, nu se formează spontan sau incidental, ci necesită un cadru pedagogic deliberat, coerent și susținut longitudinal, integrat în structura formării universitare [155]. Sintezele din domeniul educației medicale susțin că empatia trebuie tratată ca dimensiune curriculară distinctă și sistematică, inclusă deliberat în programele de formare medicală [164]. În abordările clinice contemporane se subliniază că empatia clinică autentică presupune o transformare profundă a practicii medicale, depășind modelul tradițional al „preocupării detașate” și orientând actul medical spre înțelegere relațională și implicare conștientă [191]. Aceste perspective converg spre modele integratoare ale educației empatică în profesiunile din sănătate, care susțin necesitatea unei abordări sistemice și continue a formării empatiei în context profesional [197]. Mediul educațional exercită un impact semnificativ asupra dezvoltării empatiei: un climat excesiv de competitiv

sau un profesionalism deficitar îngreunează disponibilitatea empatică, evidențiind nevoia unui cadru formativ care valorizează bunăstarea emoțională a studenților. Relațiile dintre burnout, empatie și climatul de profesionalism sunt semnificative și bidirecționale, fiecare dimensiune influențând-o dinamic pe celelalte [143]. Analizele calitative din educația medicală identifică factorii contextuali care explică modificările empatiei pe parcursul formării: presiunea academică intensă, supraîncărcarea curriculară și influența modelelor de rol negative în mediul clinic [202]. Cercetările longitudinale asupra empatiei în rândul studenților mediciniști documentează faptul că declinul empatiei reprezintă o problemă multifactorială și sistemică, asociată tocmai acestor caracteristici ale mediului educațional și ale experienței formative timpurii, ceea ce reclamă un design curricular deliberat și coerent [238].

III. Etapele formării empatiei medicale la studenții mediciniști descriu un proces structurat și progresiv, care începe de la conceptualizare și progresează către aplicarea practică și integrarea în comportamentul profesional. În această logică, procesul formativ include, inițial, conceptualizarea empatiei medicale, urmată de elaborarea și integrarea conținuturilor curriculare specifice, iar ulterior de formarea profesională inițială prin activități didactice orientate spre dezvoltarea componentelor axiologice, cognitive, afective și de leadership. Această succesiune reflectă o evoluție coerentă de la înțelegerea teoretică la exersarea și internalizarea empatiei în contexte clinice, în vederea formării unei conduite profesionale autentice și centrate pe pacient.

III.1. Conceptualizarea empatiei medicale reprezintă prima etapă a procesului formativ, fundamentată pe înțelegerea teoretică aprofundată a empatiei ca și competență profesională esențială în practica medicală contemporană. În cadrul abordărilor actuale, empatia este conceptualizată atât ca abilitate emoțională, cât și ca competență cognitivă indispensabilă pentru stabilirea unor relații de încredere între medic și pacient [195]. Empatia medicală implică procese cognitive complexe, prin care medicul înțelege experiențele pacienților, le interpretează adecvat și răspunde într-un mod care promovează încrederea, cooperarea și eficiența intervenției terapeutice [201]. Dimensiunea etică, reflectată în datoria morală de a proteja demnitatea și bunăstarea pacientului, este argumentată în cadrul eticii biomedicale și al modelelor reflexive ale practicii medicale [131], [290]. În cadrul etapei de conceptualizare a empatiei medicale, accentul a fost pus pe integrarea Modelului conceptual al empatiei medicale în predarea limbii engleze medicale, asigurând astfel corelarea dintre dimensiunea lingvistică și cea relațională a formării profesionale. Prima etapă a presupus elaborarea modulului „Empatia medicală”, structurat în cinci teme, dintre care patru vizează componentele

fundamentale ale empatiei medicale: axiologică, cognitivă, afectivă și de leadership, iar a cincea temă are rol de sinteză și generalizare a conținuturilor. Fiecare dintre aceste dimensiuni contribuie la dezvoltarea unui comportament empatic coerent, reflexiv și sustenabil, adaptat cerințelor contextului profesional medical.

III.2. Elaborarea pieselor curriculare pentru formarea empatiei medicale constituie un demers important și bine structurat în pregătirea studenților mediciști (Tab. 3.9.), orientat spre integrarea resurselor educaționale tradiționale și digitale în procesul formativ. Piese curriculare includ atât documente normative și suporturi didactice fundamentale (cadrul de referință al curriculumului, standardele educaționale, planurile de învățământ, manuale universitare), precum și resurse digitale și interactive (platforme, aplicații, instrumente de evaluare). Acestea sunt completate de materiale specifice, precum modulul „Empatia medicală”, narațiuni clinice și instrumentul JSPE-S. Integrarea lor susține învățarea activă și reflexivă și dezvoltarea competențelor empatice, contribuind la formarea unei practici medicale centrate pe pacient.

Tabelul 3.9. Produse curriculare valorificate pentru formarea empatiei medicale

Piese curriculare	Linkuri/Resurse adiționale
Cadrul de referință al Curriculumului Național	https://medicina1.usmf.md/ https://usmf.md/wp-content/uploads/2013/08/Codul-Educatiei.pdf Dicționar Medical Englez-Român
Standardele educaționale de stat	Softuri educaționale
Curriculum la specialitate	YouTube
Plan de învățământ	Medical English Podcast Medical English Games
Manual universitar Tehnologia didactică universitară de dezvoltare a empatiei profesionale	https://tefltastic.wordpress.com/ Quizlet https://quizlet.com/ Quizzes https://quizizz.com/
Modulul „Empatia Medicală”	Canva https://www.canva.com/
Colecție de narațiuni medicale autentice și simulate	Kahoot https://kahoot.com/ Coursera https://www.coursera.org edX https://www.edx.org
Scala Jefferson de Empatie — versiunea pentru studenți (JSPE-S), varianta adaptată (Anexa 3) [169]	Socrative https://www.socrative.com/ EnglishClub – Medical English https://www.englishclub.com/english-for-work/medical-vocabulary.php
Indicele de Reactivitate Interpersonală (IRI) — subscalele PT, EC, PD (Anexa 9) [137]	TELL ME MORE English Medical https://www.tellmemore.com/
Fișa de observare a Empatiei a comportamentelor empatice (Anexa 4)	HealthCarePoint https://www.healthcarepoint.com/ MediLearn English https://www.medilearnenglish.com
Portofoliu reflexiv individual	MedicineNet https://www.medicinenet.com/script/main/hp.asp

Elaborarea și integrarea pieselor curriculare în procesul educațional universitar reprezintă un pas esențial pentru asigurarea coerenței și continuității în formarea studenților mediciști. VI. Guțu definește curriculumul educațional ca „ansamblul documentelor de politică educațională prin care se stabilesc finalitățile, conținuturile, strategiile și evaluarea procesului de învățământ”, constituind cadrul de referință pentru orice demers de formare [55]. Din perspectiva tezei de față, această definiție este pe deplin aplicabilă educației medicale universitare: *Cadrul de referință al Curriculumului Național* constituie baza conceptuală, metodologică și praxiologică pentru politicile curriculare, inclusiv în ceea ce privește integrarea empatiei medicale ca obiectiv de formare explicit [327]. Potrivit lui R. L. Potter, trecerea de la etica clinică la etica organizațională legitimează înțelegerea documentelor curriculare nu ca simple instrumente administrative, ci ca „expresii instituționale ale responsabilității față de binele comun al profesioniștilor și al pacienților” [252] perspectivă pe care o îmbrățișăm în proiectarea Tehnologiei didactice universitare propuse. *Standardele educaționale* vizează asigurarea calității formării, dezvoltarea valorică a studenților și consolidarea competențelor necesare unui sistem de sănătate modern [336]. Cadrul European al Calificărilor stabilește descriptorii de nivel care fundamentează coerența dintre formarea națională și spațiul european [326], iar WHO argumentează că „educația profesiunilor din sănătate trebuie să fie o punte spre calitate, nu doar transmitere de cunoștințe, ci formare de profesioniști capabili să răspundă nevoilor reale ale pacienților și comunităților” [337]. În Republica Moldova, standardele USMF operaționalizează aceste cerințe internaționale la nivelul programelor de licență în medicină [333], iar Metodologia Bologna asigură alinierea structurală a ciclurilor de formare [332].

Planurile de învățământ pentru ciclul I din învățământul medical și farmaceutic se elaborează pe specialități, în conformitate cu nomenclatorul domeniilor de formare profesională [326], [327]. Această arhitectură curriculară oferă cadrul pentru integrarea Modulului „Empatia Medicală” ca secvență obligatorie, în acord cu prevederile Curriculumului Universitar: Formare Medicală Inițială (USMF, 2022) [327] și cu Standardele pentru formarea inițială a medicilor în RM [336]. În acest context, *Curriculumul universitar* [330] înțeles ca ansamblu al documentelor oficiale care definesc finalitățile, conținuturile și strategiile didactice nu poate ignora dimensiunea relațională și empatică a formării medicale. Cerințele GMC precizează explicit că absolvenții trebuie să demonstreze abilități de comunicare și empatie față de pacienți și aparținători [331], ceea ce confirmă că integrarea empatiei în curriculum este o exigență a standardelor internaționale de calitate.

Modulul „Empatia Medicală” (Anexa 10) este o piesă curriculară necesară în formarea profesională a studenților mediciști, contribuind la dezvoltarea competențelor empatice prin activități de învățare aplicative. Acest modul a permis dezvoltarea abilităților empatice necesare în interacțiunile medic-pacient. Modulul „Empatia medicală” este strâns legat de formarea competențelor specifice programului de studiu la nivelul Universității de Stat de Medicină și Farmacie Nicolae Testemițanu. Rolul său principal este de a pregăti studenții să se afirme prin empatie în comunicarea profesională, punând un accent deosebit pe terminologia medicală și pe abilitățile de comunicare necesare pentru o interacțiune eficientă și sensibilă cu pacienții. Modulul dezvoltă competențele lingvistice și empatice ale studenților, dar într-un context mai amplu de leadership medical, colaborare interprofesională și comunicare empatică. Acest modul integrează simulări clinice, jocuri de rol și exerciții de reflecție, care permit studenților să exerseze recunoașterea și gestionarea emoțiilor pacienților, îmbunătățindu-și astfel relația medic-pacient. Prin integrarea empatiei în educația medicală, modulul „Empatia Medicală” completează curriculumul universitar cu o componentă esențială pentru practicarea unei medicini centrate pe pacient. Această piesă curriculară asigură dezvoltarea competențelor clinice și a celor legate de leadership și etică profesională, pregătind studenții pentru provocările profesionale.

În contextul dezvoltării curriculare a fost elaborat *manualul universitar pentru formarea empatiei medicale, „Tehnologii didactice universitare de dezvoltare a empatiei profesionale la studenții mediciști”,* care reprezintă o resursă esențială, structurată în cinci capitole; (I) noțiuni introductive privind empatia medicală, (II) conceptul de empatie medicală, (III) metode de cercetare, (IV) strategii de formare, (V) evaluarea și autoevaluarea empatiei medicale. Manualul asigură un cadru bine structurat pentru dezvoltarea abilităților empatice necesare în practica clinică.

III.3. Formarea profesională inițială include activități didactice universitare, care sunt proiectate și realizate în cadrul disciplinelor de specialitate. Seminariile universitare și activitățile de simulare clinică oferă studenților o platformă de exersare a abilităților lingvistice și empatice într-un cadru realist, stimulând gândirea critică și capacitatea de rezolvare a problemelor. Traseul metodologic al Modulului „Empatia Medicală” nu constituie o disciplină separată, ci este integrat transversal în cele cinci unități de conținut ale disciplinei Limba engleză pentru scopuri specifice (ESS), conform Tab. 3.10. Fiecare unitate tematică ESS reprezintă contextul clinic autentic în care o temă din Modulul EM este operaționalizată prin metode experiențiale: joc de rol, simulare clinică, studiu de caz, reflecție ghidată, asigurând

astfel simultaneitatea formării competenței lingvistice de specialitate și a competenței empatică. Această arhitectură curriculară răspunde principiului integrării transversale formulate de F. W. Hafferty [188], potrivit căruia formarea atitudinilor profesionale devine eficientă când este ancorată în contextul disciplinelor de bază, nu separată ca un curs izolat.

Tabelul 3.10. Unitățile de conținut la disciplina limba engleză, facultatea medicină generală

Unități de conținut
<p>Anatomia omului</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Introducere în corpul uman. Definierea conceptului de corp uman și structurilor sale majore. Descrierea funcțiilor generale ale organismului uman. 2. Sistemul osos. Oase, articulații, cartilaje. Funcțiile sistemului osos . Tipuri de oase și a rolurilor acestora în organism. 3. Sistemul muscular. Tipuri de mușchi. Funcțiile sistemului muscular. 4. Sistemul nervos uman. Structura sistemului nervos central și periferic. Funcțiile sistemului nervos transmiterea impulsurilor și controlul funcțiilor corporale. Tipurile de celule nervoase și rolurilor acestora. 5. Ce este sângele? Celule, plasmă, plachete. Funcțiile sângelui în transportul substanțelor, coagulare și apărare imună. 6. Sistemul cardiovascular. Structura inimii. Tipuri de vase sangvine. Circulația sanguină. Componentele principale ale sistemului cardiovascular și rolurilor acestora. 7. Sistemul respirator. Descrierea structurilor implicate în respirație: plămâni, trahee, bronhii. Schimbul de gaze în plămâni. Factorii care reglează respirația. 8. Sistemul digestiv. Prezentarea organelor implicate în digestie: stomac, intestin subțire și gros, ficat, pancreas. Descrierea proceselor de digestie și absorbție a nutrienților. Identificarea funcțiilor sistemului digestiv în descompunerea și absorbția alimentelor. 9. Microorganisme. Definierea microorganismelor și clasificarea acestora. Descrierea rolului microorganismelor în mediu și în organismul uman. Identificarea beneficiilor și riscurilor asociate cu microorganismele. 10. Sistemul imunitar. Prezentarea structurilor sistemului imunitar: limfocite, anticorpi, organe limfatice. Descrierea mecanismelor de apărare împotriva infecțiilor. Identificarea rolului sistemului imunitar în menținerea sănătății și lupta împotriva bolilor.
<p>Managementul în domeniul sănătății</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Îngrijirea pacientului ambulatoriu și în staționar. Diferențe între îngrijirea ambulatorie și spitalicească. Evaluarea inițială și planificarea îngrijirii. Comunicarea eficientă cu pacientul. 2. Internarea în spital. Procesul de internare și documentare 3. Monitorizarea semnelor vitale ale pacientului. Semnele vitale și importanța lor. Tehnici de măsurare corectă. 4. Interpretarea și raportarea semnelor vitale. Managementul durerii. Evaluarea și Documentarea Durerii. Planificarea și implementarea măsurilor de control al durerii. Educația pacientului și comunicarea empatică.
<p>Afecțiuni, simptome, investigații și tratamente</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Semne și simptome medicale. Identificarea și Descrierea Semnelor Vitale: Studiarea semnelor vitale: pulsul, tensiunea arterială, temperatura și respirația în contextul evaluării stării pacientului. Recunoașterea și Interpretarea Semnelor și Simptomelor Comune. 2. Acordarea primului ajutor. Tehnici de Resuscitare Cardio-Pulmonară. Situații de urgență.

3. Sănătate mentală. Tulburările de Ansamblu și Depresia: Studierea simptomelor și factorilor de risc pentru tulburările de anxietate și depresie. Strategii de Gestionare a Stresului.
4. Ictusul cerebral. Tipuri și Cauze: Investigarea tipurilor de accident vascular cerebral (AVC) și factorii de risc asociați. Importanța intervenției imediate.
5. Boli cardiace. Factori de Risc și Prevenție: Evaluarea factorilor de risc pentru bolile cardiace și implementarea măsurilor preventive. Gramatica: Comparative adjectives
6. Diabetul zaharat. Tipuri de Diabet: Înțelegerea diferențelor dintre diabetul de tip 1 și tip 2. Studiul metodelor de monitorizare și control al nivelului de glucoză în sânge.
7. Alergiile. Tipuri de Alergii și Reacții Alergice: Identificarea alergiilor comune și a reacțiilor alergice asociate. Gestionarea Alergiilor.
8. Boli ale căilor respiratorii. Boli Respiratorii Comune: Studierea afecțiunilor: astmul, bronșita și pneumonia. Metode de Diagnostic și Tratament.
9. Osteoartrita. Managementul Durerii și Mobilității: Examinarea strategiilor pentru gestionarea durerii și menținerea mobilității în osteoartrită.

Administrarea medicamentelor

1. Administrarea medicamentelor. Definiția și importanța corectei administrări a medicamentelor. Tipuri de medicamente și moduri de administrare.
2. Rezistență antimicrobiană/ MRSA. Conceptul de rezistență la antibiotice. Impactul asupra tratamentului infecțiilor bacteriene.
3. Medicina alternativă și complementară. Principalele Abordări: Acupunctura, homeopatia, terapia cu plante medicinale, chiropractica, etc.

Obiectivele disciplinei „Limba engleză” au vizat dezvoltarea competențelor lingvistice necesare pentru a comunica eficient în mediul medical și pentru a înțelege terminologia medicală specifică diferitelor contexte clinice și academice. Aceste obiective includ:

- definirea terminologiei medicale specifice, inclusiv vocabularul legat de medicamente, rezistență antimicrobiană și medicină alternativă, studenții fiind capabili să recunoască și să utilizeze corect termenii medicali în contexte clinice și academice.
- cunoașterea procedurilor standard pentru administrarea medicamentelor și utilizarea termenilor specifici pentru descrierea epidemiilor și pandemiilor, obiectiv include învățarea pașilor pentru prevenirea rezistenței antimicrobiene și aplicarea corectă a procedurilor în practică.
- demonstrarea abilităților de descriere a pașilor necesari în administrarea medicamentelor și a tehnicilor de prevenire a rezistenței antimicrobiene, studenții fiind capabili să aplice aceste cunoștințe în simulări clinice și studii de caz reprezentative pentru practica medicală reală
- aplicarea cunoștințelor în contexte practice și evaluarea critică a practicilor de medicină alternativă, obiectiv care vizează integrarea coerentă a informațiilor teoretice și aplicarea lor în situații clinice concrete, asigurând totodată evaluarea surselor medicale valide.

- integrarea conceptelor învățate pentru gestionarea riscurilor și a situațiilor de urgență, inclusiv epidemii și pandemii, studenții dezvoltând capacitatea de a adopta decizii rapide, fundamentate și etice în contexte clinice cu grad ridicat de complexitate și incertitudine.

De asemenea, studenții trebuie să:

- identifice surse de informații medicale valide și să demonstreze capacitatea de a înțelege termeni și concepte noi, utilizând materiale academice și articole științifice actuale.
- demonstreze abilități de cercetare și evaluare critică a datelor medicale, formulând concluzii logice și argumentate. Aceasta presupune evaluarea surselor și sintetizarea informațiilor din diferite domenii medicale.
- aplice corect termenii medicali în discuții, prezentări și texte în limba engleză, utilizând contextul pentru a deduce semnificația termenilor necunoscuți și pentru a construi enunțuri coerente și precise.
- integreze informații din surse diverse și să participe activ în discuții despre îngrijirea pacientului și alte subiecte medicale, asigurând o comunicare clară și eficientă.

Pentru aspecte clinice mai avansate, studenții vor:

- defini semnele vitale și procedurile de internare a pacientului în spital, inclusiv termenii specifici asociați cu îngrijirea acestuia.
- cunoască structura, funcția și patologiile fiecărui sistem al corpului uman, identificând informații relevante din surse științifice și articole medicale.
- demonstreze capacitatea de a interpreta și traduce informațiile medicale într-un limbaj accesibil pentru pacienți și să aplice corect terminologia medicală pentru discuții clinice despre tratament și monitorizarea pacientului.
- integreze cunoștințele dobândite pentru a propune soluții de îngrijire a pacientului și pentru a comunica eficient în scris și verbal, oferind suport colaborativ echipei medicale.

Aceste obiective au fost realizate prin activități didactice, seminariile și studiile de caz, promovând astfel dezvoltarea unor competențe solide de limbaj medical esențiale pentru practica clinică și pentru colaborarea internațională în domeniul medical.

III.3.1. Strategiile didactice universitare orientate spre formarea componentelor empatiei medicale utilizate în predarea limbii engleze medicale:

III.3.1.a. Strategia formării axiologice a empatiei medicale se concentrează pe valorile și principiile etice care guvernează practica medicală - profesionalism și respect pentru diversitate [110], [134]. Studiul de caz etic și scenariile simulate ajută studenții să dezvolte o bază etică solidă, esențială pentru practicarea unei medicini empatice.

III.3.1.b. Strategia formării cognitive a empatiei medicale se axează pe dezvoltarea capacității de *perspective-taking* - înțelegerea perspectivei și emoțiilor pacientului - și pe îmbunătățirea abilităților cognitive de recunoaștere a suferinței celuilalt.

Jocurile de rol și narațiunile pacienților sunt metode didactice eficiente pentru a stimula răspunsul empatic.

III.3.1.c. Strategia formării afective a empatiei medicale implică dezvoltarea sensibilității emoționale și a capacității de a oferi compasiune pacienților. Mediul de învățare are impact semnificativ asupra empatiei afective; cadrele didactice trebuie să creeze un mediu suportiv, fără judecată, în care studenții să poată reflecta asupra propriilor emoții. Metodele utilizate includ simulări emoționale și reflecție ghidată în grup.

III.3.1.d. Strategia formării leadership-ului medical empatic pregătește studenții să conducă echipe medicale cu empatie și responsabilitate. Exercițiile de leadership și programele de mentorat contribuie la formarea abilităților de coordonare și comunicare empatică în echipele medicale.

Datele prezentate în Tabelul 3.10 evidențiază modalitatea de integrare graduală și funcțională a Modulului „Empatia Medicală” în unitățile de conținut ale disciplinei Limba engleză (ESP) pentru studenții mediciști din anul I. Structura propusă reflectă o abordare curriculară sistemică, bazată pe corelarea conținuturilor de specialitate cu dezvoltarea competențelor empatică, considerate esențiale pentru formarea profesională medicală.

Integrarea modulului urmează o logică progresivă a formării competențelor: în cadrul unității „Anatomia omului” sunt introduse noțiunile fundamentale ale empatiei medicale, iar în unitatea „Managementul în sănătate” acestea sunt aprofundate prin raportare la relația medic-pacient și la organizarea actului medical.

În cadrul unității „Afecțiuni, simptome, tratamente”, empatia este valorificată aplicativ prin raportare la situații clinice concrete, dezvoltând capacitatea studenților de a înțelege experiența pacientului și de a adapta comunicarea în funcție de nevoile acestuia. Asocierea tehnologiilor pedagogice cu unitatea „Administrarea medicamentelor” reflectă orientarea spre metode didactice active (simulare, joc de rol, instruire digitală) menite să faciliteze formarea comportamentelor empatică în contexte educaționale autentice.

În final, unitatea „Sinteză și evaluare integrativă” încheie parcursul formativ prin consolidarea reflexivă a competențelor dezvoltate, stimulând conștientizarea progresului individual și ajustarea comportamentului profesional în direcția unei practici medicale autentice, centrate pe pacient.

Prin urmare, Tab. 3.11. demonstrează o integrare coerentă și echilibrată a empatiei medicale în cadrul disciplinei Limba engleză, evidențiind caracterul interdisciplinar al formării și contribuind la dezvoltarea unei competențe profesionale complexe, cu impact direct asupra calității actului medical și a relației terapeutice.

Tabelul 3.11. Integrarea Modulului „Empatia Medicală” în unitățile de conținut ale disciplinei Limba engleză (ESS) Medicina generală, Anul I

Nr.	Unități de conținut	Tema din Modulul EM integrată
I	Anatomia omului	Noțiuni introductive privind empatia medicală
II	Managementul în sănătate	Conceptul empatiei medicale la studenții mediciniști
III	Afecțiuni, simptome, tratamente	Cultura emoțională fundament al dezvoltării empatiei
IV	Administrarea medicamentelor	Tehnologii pedagogice pentru formarea empatiei
	Sinteză și evaluare integrativă	Evaluarea formativă a empatiei în educația medicală

Rezultate experimentale privind dinamica formării empatiei medicale la studenții mediciniști (etapa de control)

În experimentul pedagogic la etapa de validare a Tehnologiei a antrenat GE - 68 de studenți mediciniști și GC – 53 studenți (Fig. 3.10). Abordarea praxiologică a contextului formării inițiale a studenților mediciniști creează premise pentru prefigurarea înțelegerii empatiei - mecanism funcțional al conexiunii interumane în procesul comunicării profesionale.

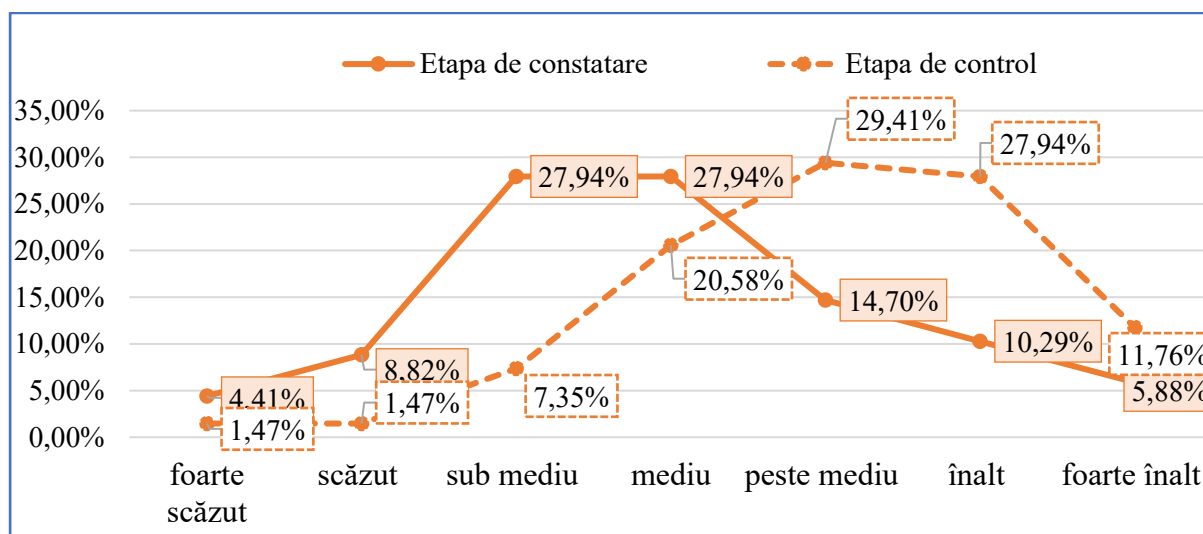


Figura 3.10. Nivelul general al empatiei măsurate la studenții mediciniști prin Scala de empatie Jefferson (autoevaluare, GE, plan comparat: constatare-control)

Analiza comparativă a nivelului general al empatiei, măsurate prin metoda autoevaluării (Scala de empatie Jefferson) la studenții mediciniști din grupul experimental (GE – 68 studenți), evidențiază modificări semnificative între etapa de constatare și etapa de control.

În etapa de constatare, distribuția rezultatelor indică o concentrare mai accentuată în zona nivelurilor sub mediu și mediu. Astfel, 27,94% dintre studenți se situează la nivel sub mediu, iar un procent identic (27,94%) la nivel mediu. Nivelul peste mediu este înregistrat de 14,70% dintre respondenți, iar nivelul înalt de 10,29%. Nivelurile extreme sunt slab reprezentate: foarte scăzut – 1,47% și foarte înalt – 11,76%. Se observă, așadar, o distribuție predominant centrată pe palierul mediu-inferior al empatiei, ceea ce sugerează un potențial de dezvoltare a acestei competențe socio-afective în rândul studenților. *În etapa de control*, se constată o deplasare vizibilă a distribuției către nivelurile superioare ale empatiei. Procentul studenților situați la nivel peste mediu crește la 29,41%, iar cei înregistrați la nivel înalt ajung la 27,94%, ceea ce reflectă o creștere semnificativă comparativ cu etapa inițială. Nivelul mediu este reprezentat de 20,58% dintre studenți, în timp ce nivelul sub mediu scade la 7,35%. Nivelurile foarte scăzut și scăzut rămân marginale (1,47% fiecare).

Comparativ, se observă o reducere consistentă a ponderii nivelurilor inferioare (sub mediu) și o creștere accentuată a nivelurilor peste mediu și înalt, ceea ce indică o evoluție pozitivă a nivelului general al empatiei în urma intervenției aplicate. Deplasarea curbei distribuției din zona mediană către zona superioară confirmă eficiența demersului formativ și sugerează consolidarea dimensiunilor cognitive și afective ale empatiei profesionale.

Raportarea activităților de formare la standardele profesionale în învățământul superior medical pe dimensiunea interesului pentru valorile culturii emoționale, în general, și ale empatiei medicale, în special, predispune spre umanizarea actului medical, sporește încrederea și confortul pacientului în relația cu medicul, încurajează atitudini de grijă, respect și sprijin față de pacient. Totodată menționăm că gestionarea procesului de formare profesională a studenților medici a determinat evaluarea nivelului general al empatiei medicale.

Fig. 3.11 arată nivelul general de formare a empatiei medicale la studenții medici care a crescut evident în GE în comparație cu nivelul general de empatie a subiecților experimentali din grupul de control. În ansamblu, rezultatele autoevaluării evidențiază o tendință de optimizare a nivelului de empatie medicală al studenților medici, ceea ce susține ideea impactului favorabil al intervenției educaționale asupra dezvoltării competențelor relaționale necesare practicii medicale.

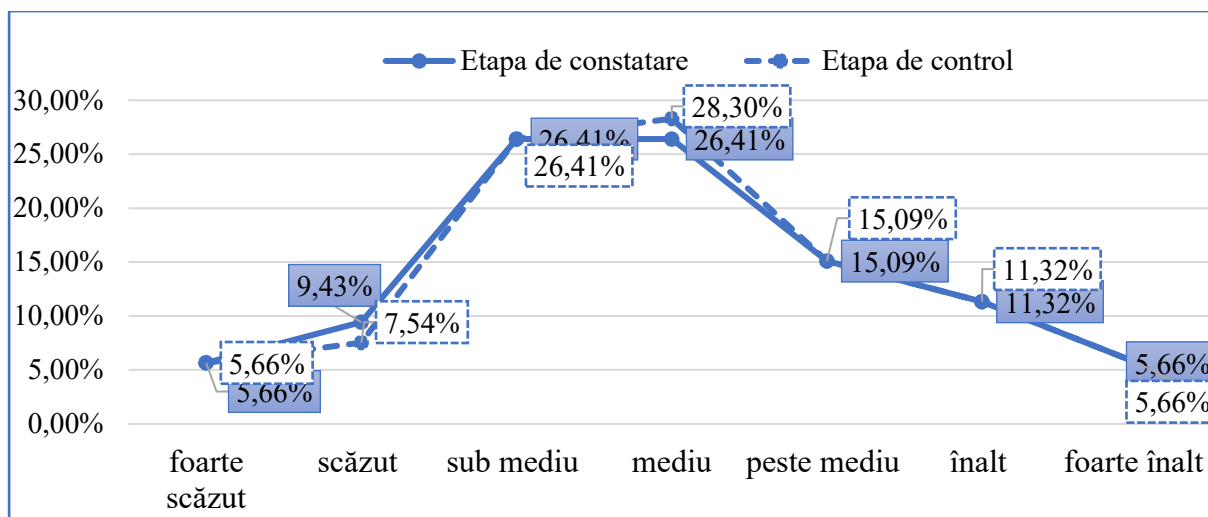


Figura 3.11. Nivelul general al empatiei măsurate la studenții mediciniști prin Scala de empatie Jefferson (GC-53 de studenți, plan comparat: constatare-control)

Analiza nivelului general al empatiei la studenții mediciniști din grupul de control (GC – 53 studenți), relevă o distribuție relativ stabilă a rezultatelor între etapa de constatare și etapa de control, fără modificări semnificative structural.

În etapa de constatare, cele mai ridicate ponderi se înregistrează la nivelurile sub mediu și mediu, fiecare cu 26,41%. Nivelul peste mediu este reprezentat de 15,09% dintre studenți, iar nivelul înalt de 11,32%. Nivelurile extreme sunt mai slab reprezentate: foarte scăzut – 5,66% și foarte înalt – 5,66%, în timp ce nivelul scăzut cumulează 9,43%. Distribuția evidențiază o concentrare predominantă în zona mediană a scalei, ceea ce indică un nivel moderat al empatiei în cadrul grupului. În etapa de control, structura distribuției rămâne în mare parte similară. Se observă o ușoară creștere la nivelul mediu (28,30%) și o diminuare a nivelului scăzut (7,54%). Nivelul sub mediu se menține la 26,41%, iar nivelurile peste mediu (15,09%) și înalt (11,32%) rămân practic neschimbate. Nivelurile foarte scăzut și foarte înalt se păstrează la același procent (5,66%).

Comparativ între cele două momente de evaluare, variațiile procentuale sunt minime și nu indică o deplasare consistentă a distribuției către nivelurile superioare ale empatiei. Curba distribuției rămâne centrată pe palierul mediu, fără o tendință clară de creștere a ponderii nivelurilor peste mediu sau înalt. Datele experimentale expuse în Fig. 3.12 arată că în GE nivelul înalt al empatiei medicale este reprezentat de 51,47 % dintre subiecți, spre deosebire de GC unde cu nivel înalt au fost estimați doar 32,60 % din respondenți.

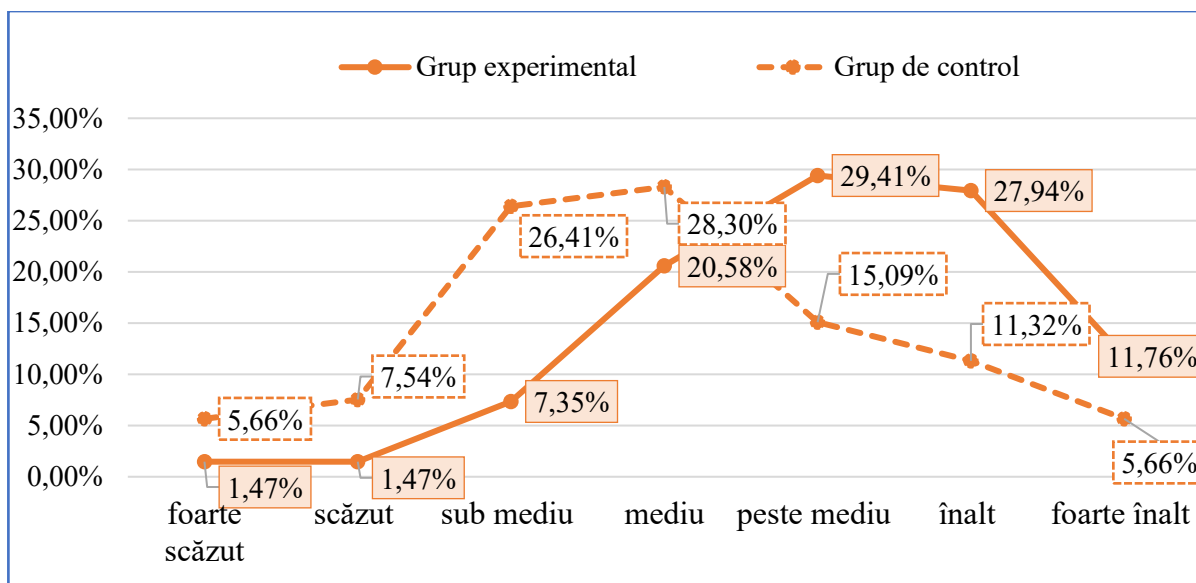


Figura 3.12. Nivelul general al empatiei măsurate la studenții mediciniști prin Scala de empatie Jefferson (etapa de control, plan comparat: GE – 68 de studenți și GC – 53 de studenți)

În grupul de control nu se înregistrează creșterea explicită a datelor, nivelul minim al empatiei medicale având 52, 8% dintre studenții mediciniști. Aceștia au puține oportunități de a conduce și a media empatice conflictele educaționale. La ora actuală, sfera afectivă a studenților mediciniști tinde spre dezechilibru emoțional și dezorganizări psihice, manifestate evident și în particularități ale sindromului extenuării psihice, descris în literatură ca stare de epuizare nervoasă și emoțională complexă exprimată prin simptome psihosomatice, psihopatologice și somatice generând situații de disfuncție socială [143]; [169]. Din perspectiva efectelor sindromului asupra calității vieții, epuizarea emoțională este apreciată ca vacuum existențial, caracterizat prin deficit de interes și inițiative ce se rezumă la apatie, plictiseală și dispariția sensului dezvoltării profesionale continue.

În etapa de control, *fișa de observare* (Anexa 4) a fost aplicată repetat, în vederea realizării unei evaluări comparative riguroase și a identificării eventualelor modificări survenite în nivelul empatiei medicale al studenților, pe parcursul procesului formativ și al activităților didactice desfășurate, reflectând dinamica dezvoltării competențelor empatice. În acest context metodologic, instrumentele de evaluare au fost menținute constante, în vederea asigurării comparabilității și coerenței rezultatelor obținute pe parcursul etapelor experimentale. Itemii scalei adaptate Jefferson (JSE) au fost menținuți în aceeași structură conceptuală, fiind repartizați pe cele patru componente esențiale ale empatiei medicale (axiologică, cognitivă, afectivă și leadership medical), relevante pentru formarea inițială a studenților de la

specialitatea Medicină generală și pentru evaluarea coerentă și sistematică a progresului empatic în cadrul procesului educațional. Aplicarea repetată a instrumentului a permis realizarea unei analize longitudinale riguroase, prin raportare la aceleași trei niveluri de evaluare (minim, mediu, înalt), asigurând comparabilitatea rezultatelor cu cele obținute în etapa de constatare și evidențiind dinamica evoluției empatiei medicale în timp. Distribuția itemilor în funcție de cele patru componente a facilitat examinarea diferențiată și sistematică a evoluției fiecărei dimensiuni a empatiei medicale, oferind posibilitatea identificării progresului, a stagnărilor sau a eventualelor regresii în dezvoltarea competențelor empatică și evidențierea particularităților de dezvoltare ale fiecărui grup investigat. În același timp, această abordare a permis o interpretare nuanțată și contextualizată a rezultatelor, prin corelarea datelor cantitative cu particularitățile procesului formativ și cu dinamica grupurilor de studenți implicați. Astfel, concluziile formulate dobândesc o relevanță sporită, reflectând nu doar eficiența intervenției didactice în termeni măsurabili, ci și profunzimea potențialului său formativ în plan atitudinal, relațional și identitar profesional. Această dublă lectură, cantitativă și calitativă, conferă rezultatelor cercetării o valoare explicativă mai consistentă, oferind totodată repere clare și fundamentate pentru optimizarea, adaptarea și transferul Tehnologiei didactice universitare în contexte variate de formare medicală inițială. În viziunea lui M. Grawitz, rigoarea metodologică în cercetarea pedagogică presupune combinarea complementară a demersurilor cantitative și calitative [304]. Menținerea structurii scalei adaptate și corelarea constantă a itemilor cu valorile și componentele empatiei medicale au asigurat coerența metodologică a demersului evaluativ, permițând aprecierea obiectivă și comparabilă a impactului intervenției formative și formularea unor concluzii fundamentate privind dinamica dezvoltării empatiei în cadrul procesului de formare profesională și identificarea direcțiilor de optimizare a activităților didactice. Structura scalei, în varianta adaptată și aplicată în etapa de control, este prezentată în tabelul ce urmează, oferind o imagine clară asupra organizării itemilor și a corespondenței acestora cu dimensiunile analizate, facilitând astfel interpretarea rezultatelor și utilizarea lor în optimizarea și ajustarea strategiilor didactice. În estimarea componentei *Axiologia medicală*, prin variabilele cercetării experimentale, au fost evaluate dimensiuni esențiale ca profesionalismul, etica și îngrijirea medicală, respectul pentru credințe, valori și cultură, integritatea profesională și confidențialitatea medicală, ca repere fundamentale ale conduitei medicului.

Figura 3.13. prezintă argumente experimentale privind dinamica pozitivă a empatiei medicale aferente componentei axiologice în grupul experimental, în timp ce în grupul de

control datele experimentale au înregistrat creșteri ne semnificative, situație care poate fi constatată prin analiza comparativă a datelor la toate cele patru componente ale empatiei medicale în figurile ce urmează, evidențiind diferențele de impact ale intervenției formative.

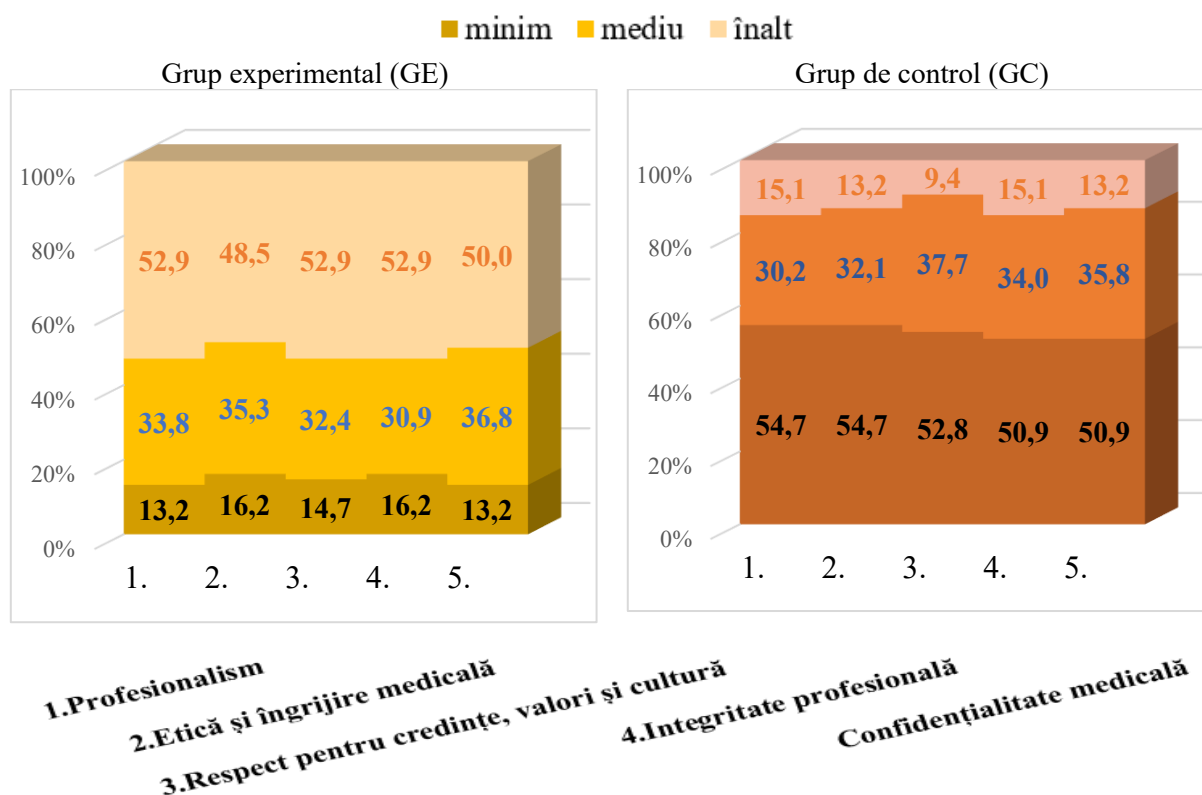


Figura 3.13. Valori experimentale comparate privind nivelurile de formare a empatiei medicale (componenta Axiologie medicală) (etapa de control)

(etapa de control, date comparate: GE – 68 de studenți și GC – 53 de studenți)

Analiza pertinentă a datelor experimentale denotă creșterea valorilor empatiei medicale a studenților din GE, fapt care certifică eficiența acțiunilor formative. Profesionalismul GE a crescut (52,9%) comparativ cu rezultatele GC (15,1%). Cele mai înalte rezultate experimentale se atestă în GE la variabila *respectul pentru credințe, valori și cultură profesională* (52,9%) și pentru variabila integritate profesională (52,9%). Totodată confidențialitatea medicală a crescut în GE (la 50,0%), demonstrând faptul, că studenții medici au reușit să însușească axiologia medicală configurată în temeiul standardelor profesionale ale medicilor.

Judecând din perspectiva înregistrării progreselor studenților medici în dezvoltarea empatiei medicale (componenta cognitivă), am urmărit în primul rând conștientizarea necesității unui echilibru între înțelegerea încărcăturii emoționale a pacientului și implicarea afectivă, pentru a preveni supraîncărcarea emoțională. În acest context „*înțelegerea empatică*” autentică facilitează astfel schimbarea pozitivă a dinamicii tratamentului. Caracterul

multidimensional al empatiei medicale ne-a determinat să o conceptualizăm ca competență profesională integrativă, în care componenta cognitivă ocupă un loc central, fără de care studenții nu pot atinge nivelul de empatie solicitat de practica medicală (Fig. 3.14.)

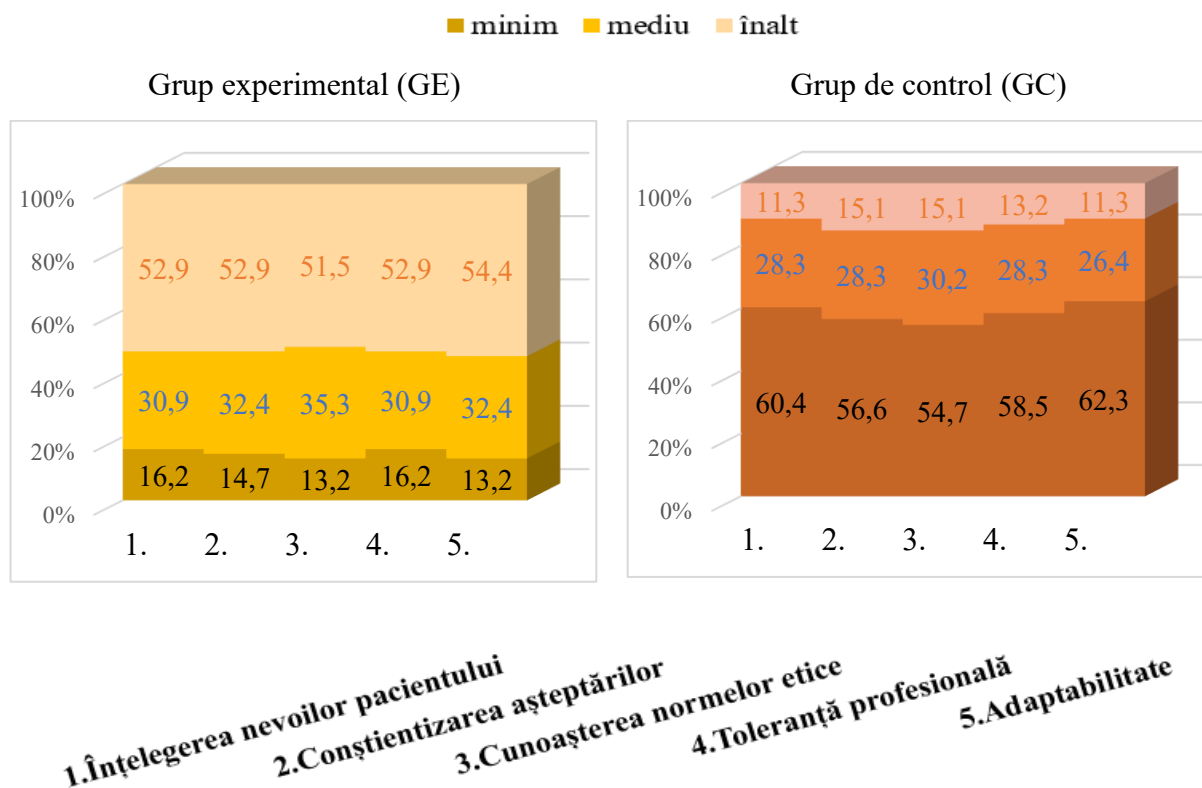


Figura 3.14. Valori experimentale comparate privind nivelurile de formare a empatiei medicale (componenta cognitivă) (control, plan comparat: GE /GC)

Componenta cognitivă a empatiei medicale reprezintă capacitatea studenților de a înțelege, la nivel intelectual și rațional, experiențele, gândurile și perspectivele pacienților. Această dimensiune a empatiei se referă la abilitatea de a interpreta corect ceea ce pacientul simte și gândește, fără a pierde obiectivitatea profesională.

Datele expuse în Fig. 3.15 preponderența valorilor experimentale pentru nivelurile înalt și mediu al EM la cele 5 variabile măsurate. Astfel, în grupul experimental valorile empatiei medicale se prezintă astfel (nivel înalt al înțelegerii nevoilor pacienților – 52,9 %, conștientizarea așteptărilor, înalt -52,9 %, cunoașterea normelor etice, înalt – 51,5 %, adaptabilitatea înalt – 54,4 % etc). Creșterea datelor pentru nivelul înalt al empatiei medicale se explică din perspectivă mentală capacitățile studenților exprimându-se în tendința de a se pune „în locul” pacientului, imaginându-și cum este să trăiești cu o anumită boală, suferință sau stres medical. Studenții au învățat să identifice și să înțeleagă temerile, valorile și convingerile pacientului cu privire la sănătate și tratament

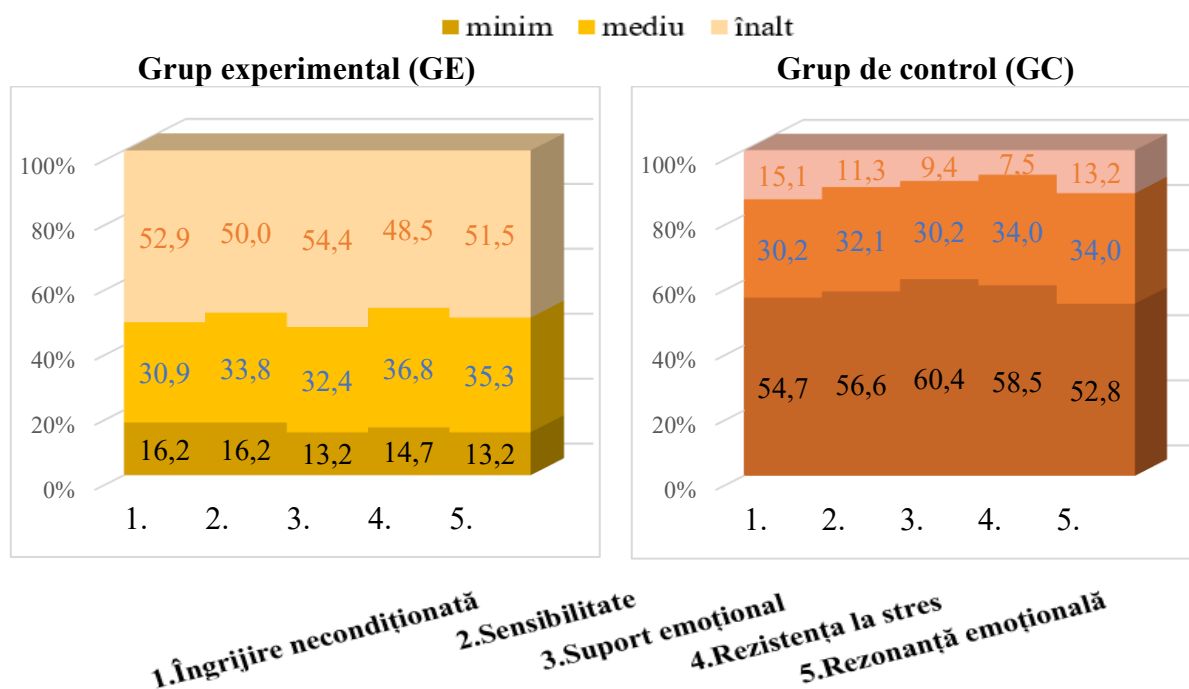


Figura 3.15. Valori experimentale comparate privind nivelurile de formare a empatiei medicale la studenții mediciști (componenta afectivă)

(etapa de control, GE – 68 de studenți și GC – 53 de studenți)

Abordarea din *perspectivă afectivă* a empatiei medicale a fost inevitabilă, această competență fiind principală în educația medicală, deoarece echilibrează compasiunea umană cu raționamentul clinic, contribuind la o practică medicală etică și eficientă. Studenții au conștientizat, că empatia afectivă este valoroasă, dacă funcționează mecanismele de autoreglare emoțională, în caz contrar suprasolicitarea emoțională poate genera *stres empatic*, oboseală emoțională sau burnout. Spre deosebire de componenta cognitivă, care vizează înțelegerea experienței pacientului, componenta afectivă implică rezonanța emoțională, adică trăirea unor emoții congruente sau complementare față de cele ale pacientului. Datele prezentate în Fig.3.15 denotă scăderea explicită a rezultatelor pentru nivelul minim al subiecților experimentali, fapt care dovedește impactul acțiunilor formative (nivel minim al GE la toate variabilele cercetării: între 13,2% și 16,2%). Prin componenta afectivă, studenții reușesc să vadă pacientul ca pe o ființă umană completă, nu doar ca pe un „caz” sau un diagnostic.

Studiul teoretico-experimental a demonstrat faptul că contactul empatic autentic și susținut contribuie la formarea unei conduite medicale echilibrate, centrate pe pacient, capabilă să integreze competența profesională cu sensibilitatea umană în actul îngrijirii medicale. Studenții mediciști s-au dovedit a fi interesați de a demonstra cultură profesională bazată pe valorile EM (Fig.3.16).

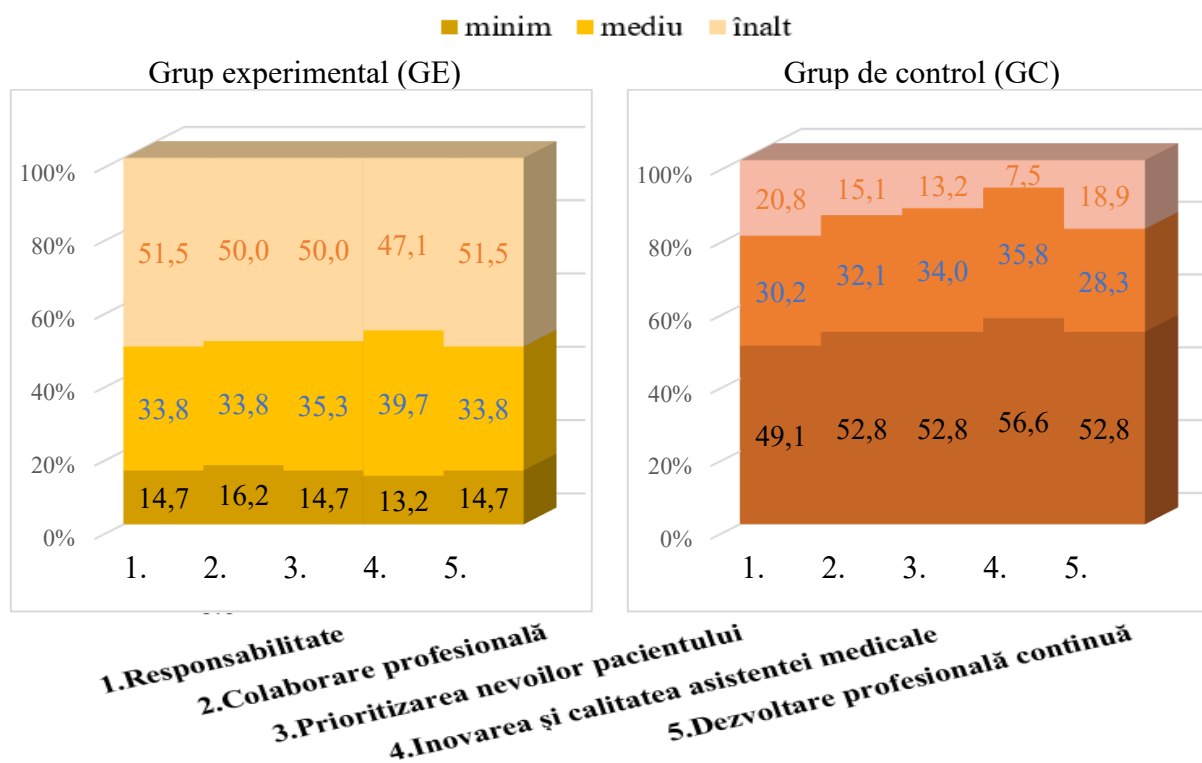


Figura 3.16. Valori experimentale comparate privind nivelurile de formare a EM
(componenta leadership) (control, plan comparat: GE /GC)

Figura 3.16 prezintă nivelurile de formare a empatiei medicale (componenta leadership) care face dovada migrației datelor spre diminuare rezultatelor pentru nivelul minim al empatiei (responsabilitate -14,7%, colaborare – 16,2%, prioritizarea nevoilor pacientului – 14, 7%, inovarea și calitatea asistenței medicale – 13,2% și tendința spre dezvoltare profesională continuă – 14, 7%), date care se explică prin sporirea valorilor experimentale pentru nivelul înalt (responsabilitate -51,5%, colaborare – 50,0%, prioritizarea nevoilor pacientului – 50,0%, inovarea și calitatea asistenței medicale – 47,1% și tendința spre dezvoltare profesională continuă – 51, 5%), și nivelul mediu al empatiei medicale. La o primă analiză științifică a datelor privind numărul respondenților repartizați pe niveluri (etapa de control), constatăm cele mai înalte valori pentru empatia cognitivă în GE, fapt care demonstrează impactul formative al activităților didactice universitare orientate spre dezvoltarea empatiei medicale

Polarizarea datelor experimentale spre nivelul înalt și mediu la etapa de control demonstrează că studenții au asimilat fundamentele teoretice și praxiologice ale formării empatiei medicale, fapt confirmat de atitudinile empatic exprimate în ședințele de studiu de caz în cadrul seminariilor universitare: studenții ghidează deciziile morale în îngrijirea pacientului, stabilește norme etice pentru afirmarea empatiei medicale, evitând manipularea

emoțională sau paternalismul. Totodată studenții mediciniști își asumă responsabilitatea în fața suferinței pacienților, ceea ce stă la baza încrederii pacientului în medic și a respectului reciproc.

Fig. 3.17. ilustrează dinamica pozitivă a datelor experimentale în grupul experimental de studenți mediciniști, evidențiind impactul favorabil al intervenției formative asupra dezvoltării empatiei medicale.

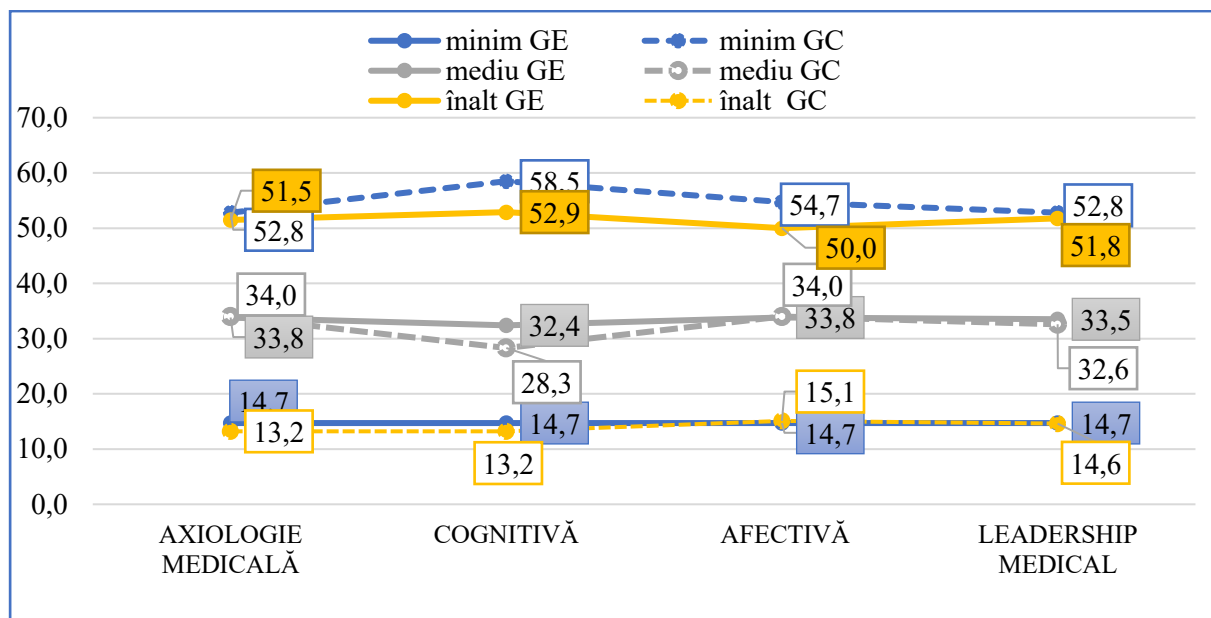


Figura 3.17. Valori experimentale comparate privind nivelurile de formare a componentelor EM (etapa de control, GE – 68 de studenți și GC – 53 de studenți)

La etapa de control rezultatele pentru cele patru componente ale empatiei medicale au crescut evident, cele mai înalte valori se constată la empatia cognitivă (de la 13,2 % la 52,9%), ceea ce reflectă dezvoltarea capacității de înțelegere rațională a perspectivelor pacientului. O creștere semnificativă a datelor pentru nivelul înalt se înregistrează la componenta leadership medical (de la 14,6 % la 51,8%), indicând consolidarea responsabilității profesionale și a influenței pozitive în contextul relațiilor medicale și de echipă. Relevante date au fost înregistrate și pentru nivelul mediu (de la 28,3 % la 32,4 % pentru empatia cognitivă), ceea ce permite studenților mediciniști să mențină *obiectivitatea profesională* și să *prevină implicarea emoțională excesivă*, asigurând un echilibru între implicare și distanțare.

Distribuția comparativă a nivelurilor de formare a empatiei medicale pe dimensiuni, înregistrată la etapele de constatare și control, este ilustrată în Fig. 3.18. Aceasta evidențiază dinamica evoluției empatiei axiologice, cognitive, afective și de leadership medical în urma aplicării programului formativ.

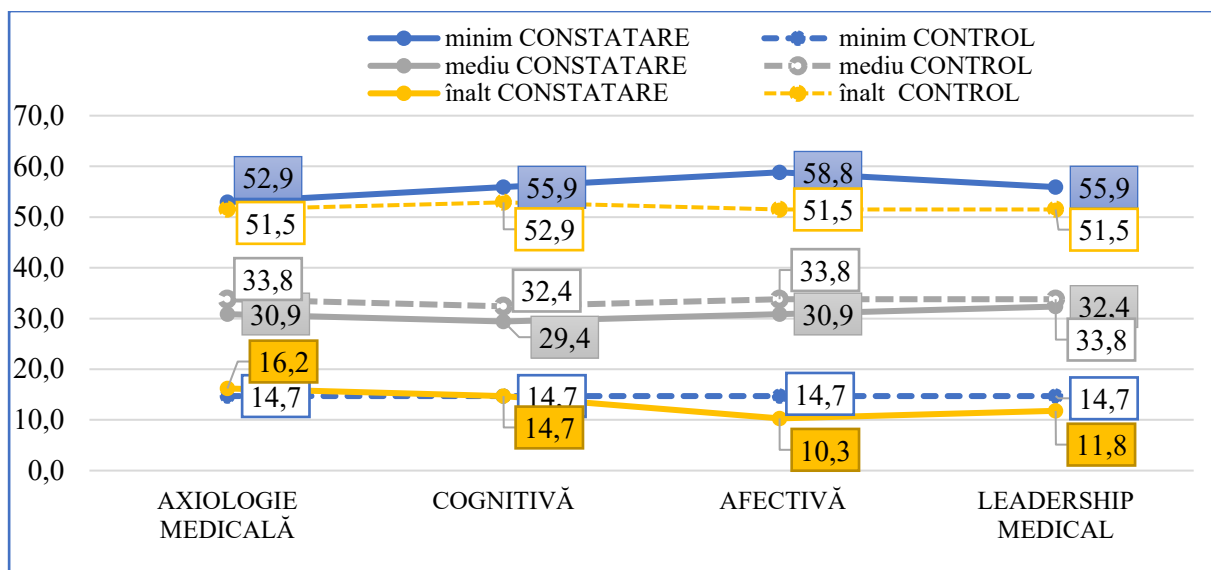


Figura 3.18. Valori experimentale comparate privind nivelurile de formare a componentelor EM la studenții mediciniști (plan comparat: GE, constatare-control)

Creșterea semnificativă a rezultatelor la etapa de control, pe cele patru componente ale empatiei medicale, confirmă eficiența intervenției formative și relevanța strategiilor didactice aplicate (Fig. 3.18). Spre exemplu, dacă la etapa de constatare subiecții cu nivel înalt erau în mediu între 10,3% și 14,7%, atunci la etapa de validare a Tehnologiei de formare rezultatele au sporit semnificativ între 14,7% și 55,9%, fapt ce reflectă impactul activităților formative implementate și validează ipoteza cercetării, demonstrând dezvoltarea competențelor empatice în mod sistematic. Profilul inițial al empatiei medicale relevă o distribuție asimetrică între grupul experimental și cel de control (Fig.3.19).

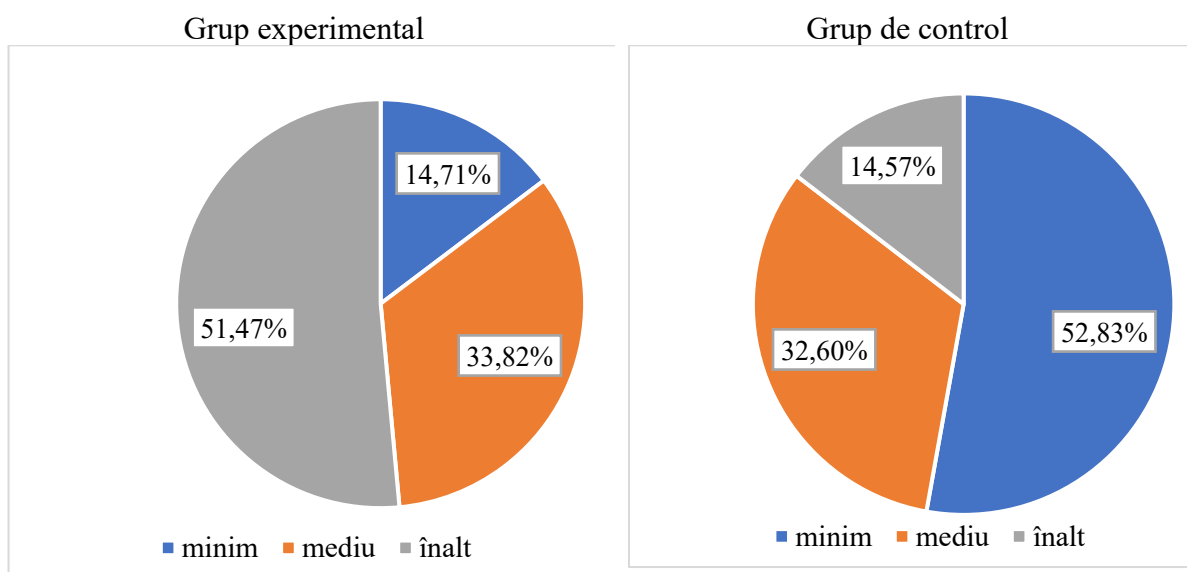


Figura 3.19. Nivelul general al empatiei a studenților mediciniști (plan comparat: GE, constatare-control)

Analiza comparativă a nivelului general al empatiei studenților mediciști din Fig 3.19 evidențiază diferențe semnificative între grupul experimental și grupul de control, în etapa de control. În cadrul *grupului experimental*, distribuția pe cele trei niveluri indică o predominanță clară a nivelului înalt al empatiei (51,47%), urmat de nivelul mediu (33,82%), în timp ce nivelul minim este înregistrat doar la 14,71% dintre studenți. Ponderea redusă a nivelului minim indică diminuarea vulnerabilităților empatice și o creștere a capacității de raportare profesională centrată pe pacient.

În contrast, *grupul de control* prezintă o distribuție inversată, cu o pondere majoritară a nivelului minim (52,83%), urmat de nivelul mediu (32,60%), iar nivelul înalt fiind reprezentat doar de 14,57% dintre studenți. Această structură arată o concentrare predominantă în zona inferioară a scalei, sugerând menținerea unui nivel moderat-scăzut al empatiei în absența unei intervenții formative sistematice. Comparativ, diferența dintre cele două grupuri este evidentă mai ales la nivelul înalt al empatiei (51,47% în grupul experimental față de 14,57% în grupul de control) și la nivelul minim (14,71% în grupul experimental față de 52,83% în grupul de control). Această polarizare a distribuțiilor confirmă impactul pozitiv al intervenției aplicate în cadrul grupului experimental și susține ipoteza eficienței demersului formativ.

În ansamblu, datele demonstrează o deplasare semnificativă a centrului de greutate al distribuției către nivelul înalt al empatiei în cazul grupului experimental, în timp ce grupul de control își menține predominanța la nivelul minim, evidențiind diferențele de impact ale intervenției formative. Rezultatele consolidează validitatea intervenției educaționale și evidențiază rolul formării intenționale și sistematice în dezvoltarea competențelor empatice necesare practicii medicale, confirmând eficiența strategiilor didactice aplicate.

Competența emoțională, empatia medicală este rezultatul sporirii inteligenței emoționale și afirmarea unor convingeri/atitudini privind importanța disciplinării comportamentului afectiv, spectrul variat al cunoștințelor despre viața afectivă a individului, ansamblul de capacități ce permit canalizarea energiei emoționale, integrarea de succes în orice mediu social și crearea unei cariere rezonante. În procesul de învățământ studenții mediciști au beneficiat de strategii orientate spre *dezvoltarea creativității emoționale* care este factorul de productivitate a proceselor intelectuale în mediul profesional, care vizează capacități de dezvoltare a noilor mecanisme emoționale, eficiente și autentice care asigură conștientizarea, decodificarea, dezvoltarea informației emoționale și autoreglarea conduitei afective în comunicarea medic-pacienți. Examineate în planul relațiilor interpersonale valorile empatiei medicale descrise în continuare presupun implicare afectivă permanentă.

IV. Valorile empatiei medicale formate studenților mediciști este secțiunea finală a figurii și reprezintă obiectivul suprem al Tehnologiei didactice universitare: integrarea completă a valorilor empatică în practica profesională a studenților mediciști.

Cercetarea empatiei medicale explorează mecanismele complexe care susțin dezvoltarea și manifestarea empatiei în interacțiunile clinice: înțelegerea perspectivelor pacienților, recunoașterea emoțiilor, abilitățile de comunicare și capacitatea de autoreglare emoțională. C. D. Batson identifică nu mai puțin de opt fenomene distincte grupate sub eticheta „empatie”, subliniind că fiecare implică procese și funcții diferite [126]; în completare, B. M. Cuff și colaboratorii conchid că empatia este „un construct multidimensional care presupune componentele afectivă, cognitivă și comportamentală, toate influențând calitatea relației terapeutice” [156], iar M. H. Davis demonstrează că dimensiunile cognitive și afective nu se exclud, ci funcționează complementar în constituirea răspunsului empatic complet [160]. J. Decety și P. L. Jackson adaugă perspectiva neuroștiințifică, arătând că empatia dispune de o arhitectură funcțională distinctă, cu suprapuneri parțiale între rețelele afective și cele cognitive [161]. Aceste elemente sunt esențiale pentru a asigura o relație medic-pacient bazată pe încredere, respect reciproc și comunicare autentică: C.L.Bylund și G.Makoul au demonstrat că comunicarea empatică în întâlnirea clinică este asociată semnificativ cu satisfacția și cooperarea pacientului [144], J. Howick au confirmat prin meta-analiză efectele pozitive ale comunicării empatică asupra rezultatelor clinice [201], iar S. W. Mercer și W. J. Reynolds plasează empatia drept factor determinant al calității îngrijirii [234]. În consecință, cercetarea empatiei medicale nu poate rămâne la nivel pur psihologic: ea se îmbină cu abordarea multidimensională a personalității profesionale a medicilor, integrând componente cognitive și afective, și solicită o reconceptualizare pedagogică explicită, operaționalizabilă în obiective, metode și criterii de evaluare. Valorile care susțin empatia medicală sunt strâns legate de etica profesională și de integritatea în relația cu pacienții. T. L. Beauchamp și J. F. Childress fundamentează principiile etice ale practicii medicale, autonomie, non-maleficientă, beneficentă, dreptate, recunoscând că respectul pentru demnitatea umană constituie condiția prealabilă a oricărei relații terapeutice legitime [131]. M.L.Hoffman demonstrează că empatia și conduita morală se dezvoltă convergent, valorile pro-sociale formate timpuriu constituind substratul motivațional al grijii față de celălalt [193]. Aceste valori, respectul pentru demnitatea umană, compasiunea, responsabilitatea și confidențialitatea, sunt activate nu doar în interacțiunile directe cu pacienții, ci și în contextul echipelor interprofesionale, unde B. A. Lown și C. F. Manning au evidențiat că intervențiile centrate pe comunicare și suport reciproc îmbunătățesc semnificativ colaborarea, coeziunea echipei și calitatea îngrijirii oferite pacienților [224].

Valorile empatiei medicale se constituie ca unități cognitive și afective și includ recunoașterea emoțiilor pacienților, conștientizarea nevoilor acestora, capacitatea de a oferi sprijin emoțional și adaptabilitatea la contextul clinic specific [156], [160], [161]. Din perspectiva Modelului conceptual [72], aceste elemente nu sunt izolate, ci formează un sistem integrat, cel mai bine descris prin interacțiunea componentelor axiologică, cognitivă, afectivă și de leadership medical, sistem demonstrat empiric la eșantionul de studenți mediciniști de la USMF „Nicolae Testemițanu” [242], [244]. Aceste variabile pot fi activate fie ca răspuns la nevoile pacienților în situații clinice particulare, fie ca parte a autoevaluării și autoreglării emoționale a medicului, contribuind la adaptarea conduitei profesionale în funcție de contextul relațional. Autorii P. Salovey și J. D. Mayer înțeleg inteligența emoțională ca abilitate de a percepe și evalua emoțiile proprii și ale celorlalți, de a le diferenția și de a valorifica această informație în orientarea gândirii și a comportamentului. [265], iar într-o altă lucrare, autorii dezvoltă modelul prin includerea explicită a reglării emoționale ca dimensiune superioară [230], subliniind rolul acesteia în menținerea echilibrului emoțional și a eficienței interacțiunii. Această capacitate se identifică drept componentă integrantă a dimensiunii afective a empatiei medicale profesionale, fiind formabilă și consolidată progresiv prin tehnologia didactică universitară propusă, în contexte educaționale structurate și reflexive. Prin activități de simulare, reflecție ghidată și analiză a situațiilor clinice, studenții mediciniști sunt îndrumați să conștientizeze, să analizeze și să regleze propriile răspunsuri emoționale dobândind astfel nu doar cunoaștere despre empatie, ci și capacitatea autentică de a o practica în relația cu pacientul [72], [246], [247]. Totodată, dezvoltarea acestei dimensiuni contribuie la menținerea echilibrului dintre implicarea empatică și distanțarea profesională, susținând capacitatea medicului de a acționa eficient în situații clinice complexe și solicitante, fără a compromite obiectivitatea decizională sau stabilitatea emoțională. În acest sens, autoreglarea afectivă permite gestionarea adecvată a stresului profesional, prevenirea epuizării emoționale și menținerea unei relații terapeutice funcționale, bazate pe empatie autentică și responsabilitate profesională asumată, condiție esențială atât pentru stabilitatea psihologică a medicului, cât și pentru eficiența intervenției clinice.

Empatia medicală se fundamentează pe patru valori complementare: axiologia medicală, componenta cognitivă, componenta afectivă și leadership-ul medical empatic, care, integrate coerent, structurează dezvoltarea unei conduite profesionale echilibrate și centrate pe pacient, contribuind la eficiența relației terapeutice, la calitatea actului medical și la construirea unei identități profesionale mature și profund umane.

Tabelul 3.12. Descrierea valorilor empatiei medicale a studenților medicinști

	Valorile empatiei medicale	Descrierea
Axiologia medicală	Profesionalism	Este o valoare fundamentală care implică respectarea standardelor profesionale, fiind ghidată de etică și responsabilitate în relațiile cu pacienții și colegii. Acesta influențează comportamentul empatic al medicului prin menținerea unei conduite ireproșabile și oferirea unei îngrijiri de înaltă calitate.
	Etică medicală	Reprezintă cadrul moral și deontologic prin care medicii își desfășoară activitatea. Prin respectarea confidențialității, drepturilor pacienților și integrității personale, etica medicală susține dezvoltarea empatiei în relațiile medic-pacient.
	Respect pentru credințe, valori și culturi	Această valoare implică sensibilitatea față de diversitatea culturală și religioasă a pacienților, asigurându-se că tratamentele și îngrijirile oferite respectă valorile personale și identitatea pacientului, facilitând astfel o relație empatică și de încredere.
	Integritate profesională	Integritatea înseamnă onestitate și transparență în relația cu pacienții și colegii. Aceasta contribuie la dezvoltarea unei relații bazate pe empatie autentică, unde medicul își menține angajamentele față de pacient și respectă valorile profesionale.
	Confidențialitate medicală	Confidențialitatea protejează intimitatea pacienților, creând un cadru sigur pentru exprimarea emoțiilor și nevoilor acestora. Respectarea acestei valori este esențială pentru o relație empatică, deoarece pacienții se simt ascultați și protejați.
Cognitivă	Înțelegerea nevoilor pacientului	Aceasta implică recunoașterea și evaluarea corectă a nevoilor fizice și emoționale ale pacienților, permițând medicului să ofere îngrijiri personalizate și empatică, bazate pe o înțelegere profundă a situației fiecărui pacient.
	Conștientizarea așteptărilor	Medicul trebuie să fie conștient de așteptările pacienților cu privire la tratament și îngrijire. Această valoare permite medicilor să comunice eficient și empatic, oferind soluții care răspund atât nevoilor fizice, cât și emoționale ale pacientului.
	Cunoașterea normelor etice	Cunoașterea și aplicarea normelor etice în situații clinice permit medicului să navigheze între dilemele etice, menținând un comportament empatic față de pacient, chiar și în situații dificile sau tensionate.
	Toleranță profesională	Toleranța față de stres și provocările zilnice ale mediului medical asigură o atitudine calmă și empatică față de pacienți, chiar și în momente de presiune ridicată. Aceasta permite medicilor să fie alături de pacienți, oferindu-le sprijin emoțional constant.
	Adaptabilitate	Capacitatea de a se adapta la nevoile individuale ale fiecărui pacient și la situațiile clinice diverse este esențială pentru a asigura o îngrijire empatică. Adaptabilitatea permite medicilor să răspundă prompt și eficient la schimbările din starea pacientului.

Afectivă	Compașiune și îngrijire necondiționată	Compașiunea este fundamentul empatiei medicale, implicând oferirea de îngrijire necondiționată și sprijin emoțional, fără a judeca pacientul, ci răspunzând nevoilor acestuia într-un mod plin de înțelegere.
	Sensibilitate	Sensibilitatea față de stările emoționale ale pacienților permite medicului să recunoască suferințele ascunse și să ofere confort psihologic, contribuind la crearea unei atmosfere de siguranță și încredere.
	Suport emoțional	Oferirea de sprijin emoțional în timpul îngrijirilor medicale contribuie la reducerea anxietății și stresului pacienților, creând un mediu de îngrijire empatic și protector.
	Rezistență la stres	Medicul trebuie să-și gestioneze propriul stres pentru a oferi o îngrijire empatică de calitate. Rezistența la stres contribuie la menținerea unei atitudini echilibrate, oferindu-i medicului capacitatea de a face față cu calm provocărilor.
	Rezonanță emoțională	Rezonanța emoțională implică capacitatea medicului de a se sincroniza emoțional cu pacientul, fără a-și pierde obiectivitatea. Aceasta ajută la crearea unei legături emoționale autentice cu pacientul, menținând totodată o distanță profesională sănătoasă.
Leadership medical	Responsabilitate	Responsabilitatea profesională implică asumarea deciziilor medicale și a consecințelor acestora. Prin această valoare, medicii dezvoltă o empatie autentică, având grijă de pacienți cu conștiința responsabilității asupra vieții lor.
	Colaborare profesională	Colaborarea cu colegii din echipa medicală bazată pe respect reciproc și înțelegere contribuie la crearea unui mediu empatic nu doar pentru pacienți, ci și pentru echipă. Prin colaborare eficientă, se creează un climat pozitiv pentru pacienți.
	Prioritizarea nevoilor pacientului	Această valoare presupune plasarea nevoilor pacientului înaintea altor factori, oferind îngrijire empatică centrată pe pacient. Prioritizarea nevoilor pacientului este esențială pentru o relație de încredere.
	Inovarea și calitatea asistenței medicale	Medicul empatic caută constant noi metode și tehnici pentru a îmbunătăți îngrijirea oferită, răspunzând în mod empatic la nevoile individuale și colective ale pacienților.
	Dezvoltare profesională continuă	Dezvoltarea continuă a competențelor empatică și profesionale este esențială pentru menținerea unei relații de calitate cu pacienții, permițând medicului să rămână conectat cu nevoile în schimbare ale acestora.

Această descriere a valorilor empatiei medicale oferă o înțelegere detaliată și nuanțată a competențelor necesare pentru studenții medicinii, axate pe oferirea unei îngrijiri empatică, responsabile și de înaltă calitate. Valorile subliniază importanța profesionalismului, colaborării și responsabilității în contextul unei relații medic-pacient centrate pe nevoile pacientului, evidențiind rolul empatiei ca fundament al comunicării eficiente și al actului medical. În același timp, aceste repere valorice contribuie la formarea unei conduite profesionale mature, orientate spre respectul pentru demnitatea umană, adaptarea la diversitatea culturală și gestionarea

adecvată a situațiilor clinice complexe, consolidând capacitatea viitorilor medici de a construi relații terapeutice autentice și sustenabile.

IV.1. Axiologia medicală include valori fundamentale care ghidează comportamentul profesional al medicilor, cum ar fi profesionalismul, etica medicală și integritatea, constituind baza deciziilor clinice responsabile. Aceste valori determină calitatea relației medic-pacient și protejează drepturile pacienților, inclusiv dreptul la confidențialitate și autonomie, asigurând respectarea principiilor etice ale practicii medicale. În literatura de specialitate se subliniază că medicii empatici internalizează și aplică constant aceste valori, asigurându-se că interacțiunile lor sunt etice, respectuoase și orientate spre binele pacientului [164]. Un cod etic solid este esențial pentru dezvoltarea unui comportament profesional exemplar, bazat pe integritate, responsabilitate și respect pentru pacient, contribuind la consolidarea încrederii în actul medical. *Metode educaționale:* Studiu de caz etic: studenții analizează situații clinice în care apar dileme etice legate de confidențialitatea pacientului și respectul pentru autonomia acestuia, dezvoltând astfel o înțelegere aprofundată a axiologiei medicale și capacitatea de a lua decizii etice argumentate.

IV.2. Componenta cognitivă se referă la abilitatea medicului de a înțelege perspectiva pacientului și de a lua decizii care să reflecte nevoile, valorile și dorințele acestuia, în contextul unei relații terapeutice centrate pe pacient. În cadrul abordărilor centrate pe pacient se evidențiază că actul medical presupune raportarea la experiența subiectivă a bolii, la persoana în integralitatea sa și la împărțirea responsabilității în relația terapeutică, elemente care susțin o îngrijire adaptată așteptărilor pacientului [232]. Respectul pentru autonomie și consimțământul informat, ca principii fundamentale ale eticii biomedicale, condiționează legitimarea deciziilor terapeutice care integrează preferințele pacientului și susțin participarea activă a acestuia în procesul decizional. Cercetările recente evidențiază că interacțiunile timpurii cu pacienții și mentoratul empatic contribuie semnificativ la dezvoltarea acestei capacități cognitive, facilitând înțelegerea profundă a perspectivelor pacientului și a complexității situațiilor clinice [149]. În acest context, mentorii empatici joacă un rol esențial în ghidarea studenților, sprijinindu-i în dezvoltarea abilității de a interpreta corect experiențele pacientului de a înțelege complexitatea situațiilor clinice și de a răspunde adecvat nevoilor acestuia în contexte variate. Prin modelare comportamentală și feedback constructiv, mentorii contribuie la internalizarea unor conduite profesionale empatică și la consolidarea identității profesionale a viitorilor medici. *Metode educaționale:* Jocuri de rol: studenții își asumă rolul de medic și pacient în scenarii clinice diverse, exersând adoptarea perspectivei pacientului și

formularea unor răspunsuri empaticе adecvate, inclusiv în limba engleză medicală. Aceste activități contribuie la dezvoltarea gândirii clinice, la îmbunătățirea comunicării și la consolidarea competențelor cognitive și relaționale necesare practicii medicale.

IV.3. Componenta afectivă implică sensibilitatea emoțională necesară pentru a oferi suport adecvat pacienților și familiilor acestora, facilitând stabilirea unei relații terapeutice bazate pe încredere și deschidere. Literatura de specialitate evidențiază că integrarea empatiei în practică presupune menținerea unui echilibru între prezența afectivă și limitele profesionale, evitând atât detașarea excesivă, cât și supraidentificarea emoțională [191], [147], iar dezvoltarea competențelor de reglare emoțională și reziliență devine esențială pentru menținerea calității relației terapeutice în condiții de solicitare ridicată [171]. Pentru formarea inițială, un mediu educațional suportiv și un climat relațional favorabil sunt asociate cu dezvoltarea dimensiunii afective a empatiei, contribuind la consolidarea siguranței emoționale și a disponibilității empaticе a studenților [189], [143], iar sintezele calitative evidențiază rolul factorilor de context și al experiențelor de învățare în modularea empatiei pe parcursul formării [202]. De asemenea, programele de pregătire evaluate multi-sursă subliniază importanța contextului formativ în dezvoltarea comunicării empaticе și a competențelor relaționale autentice [241]. *Metode educaționale:* Simulări emoționale: scenarii clinice care provoacă răspunsuri emoționale puternice, în care studenții exersează oferirea de sprijin empatic în situații stresante sau critice. Reflecție ghidată: discuții de grup și activități reflexive prin care studenții analizează propriile reacții emoționale și dezvoltă strategii eficiente de gestionare a stresului și autoreglare afectivă.

IV.4. Leadership-ul medical empatic este necesar pentru a promova inovarea calitatea și sustenabilitatea îngrijirii medicale, contribuind la crearea unui climat profesional bazat pe colaborare, respect și responsabilitate. În cadrul cercetărilor privind managementul organizațional în sănătate, se evidențiază că leadership-ul executiv trebuie să promoveze strategii instituționale care sporesc angajarea profesioniștilor și reduc burnout-ul, prin optimizarea culturii organizaționale, gestionarea echilibrată a încărcării de muncă și dezvoltarea unei comunități de leadership funcționale [273]. Aceste dimensiuni au implicații directe asupra coeziunii și eficienței echipei medicale și, indirect, asupra calității îngrijirii oferite pacienților. Leadership-ul empatic presupune nu doar capacitatea de a coordona și organiza activitatea medicală, ci și abilitatea de a susține emoțional membrii echipei, de a facilita comunicarea deschisă și de a gestiona conflictele într-un mod constructiv și respectuos. În acest sens, medicul devine un facilitator al unui climat relațional sănătos, capabil să inspire,

să motiveze și să promoveze valori profesionale autentice în cadrul echipei. *Metode educaționale*: Exerciții de leadership: studenții sunt implicați în simulări complexe în care joacă rolul liderilor echipelor medicale, învățând să coordoneze activități clinice, să ia decizii în situații dificile și să gestioneze conflictele într-un mod empatic, responsabil și eficient.

Aceste valori formează fundamentul unei îngrijiri medicale de calitate, bazate pe respectul pentru pacienți, pe o înțelegere profundă a nevoilor acestora și pe capacitatea de a coordona echipele medicale într-un mod empatic și responsabil. În același timp, ele contribuie la dezvoltarea unei practici medicale centrate pe pacient, în care deciziile clinice sunt luate în mod etic, informat și adaptat contextului individual, consolidând încrederea în relația terapeutică. Totodată, aceste valori susțin coeziunea echipei medicale, eficiența colaborării interprofesionale și capacitatea de a gestiona situații complexe într-un mod echilibrat, promovând un climat organizațional sănătos și orientat spre calitatea îngrijirii.

Cadrelor didactice universitare, studenții mediciniști și mediul profesional constituie pilonii fundamentali ai procesului educațional, contribuind activ și complementar la implementarea și aplicarea strategiilor didactice dedicate dezvoltării empatiei medicale. Acești actori joacă un rol crucial în modelarea, susținerea și internalizarea empatiei ca valoare profesională, prin interacțiuni educaționale autentice, exemple comportamentale și experiențe formative relevante. În acest sens, empatia devine o competență esențială a practicii medicale moderne, integrată atât în procesul de formare, cât și în exercitarea responsabilă a profesiei. Cadrele didactice sunt responsabile pentru crearea unui mediu educațional care stimulează empatia și dezvoltarea unor metodologii inovative care să contribuie la formarea profesională a studenților [142], [188], [189]. W.T.Branch et al. (2009) arată că profesorii și formatorii pot acționa ca modele ale dimensiunilor umane ale îngrijirii, influențând prin atitudinea și interacțiunile cotidiene comportamentele studenților [142]. Pentru simulări și expunerea la situații clinice complexe, inclusiv prin realitate virtuală, literatura indică rolul tehnologiilor immersive și al simulării în formarea competențelor relaționale [257], iar recomandările privind predarea empatiei prin pacienți simulați susțin integrarea acestor practici în curriculum [219]. În predarea limbii engleze medicale, jocul de rol și strategiile interactive pot dezvolta concomitent competențe lingvistice și empatice [73], [148]; metodele interactive în predarea ESS favorizează învățarea orientată spre relația medic-pacient [148]. M.Oprescu [77] și T.Kononova [61] oferă repertoriul metodologic al predării moderne a limbii engleze, valorificând textul multimodal și metodele interactive. Lectura textelor de specialitate în limba engleză prezintă provocări specifice pentru studenții cu profil tehnic și medical deopotrivă

[301], fapt care justifică integrarea strategiilor de scaffolding lingvistic în activitățile de formare empatică prin ESS. Reconfigurând arhitectura temporală a instruirii, J. Bergman [136] argumentează eficiența modelului flipped learning pentru eliberarea timpului de contact în vederea activităților aplicative. Pledând pentru o regândire fundamentală a raportului dintre generațiile de studenți și tehnologia educațională, M. Prensky subliniază că studenții contemporani crescuți în mediul digital procesează informația diferit față de generațiile anterioare, fapt ce impune adaptarea strategiilor didactice prin integrarea instrumentelor digitale interactive ca modalitate firească de formare a competențelor profesionale, inclusiv a celor de natură relațională și empatică [248]. Valorificând potențialul digital în formarea inițială, M. Pavel [82] demonstrează că integrarea TIC în formarea inițială sporește calitatea achizițiilor profesionale iar Cocalea și colaboratorii [18] confirmă potențialul comunicării prin TIC în contexte educaționale - perspectivă la care V. Oboroceanu adaugă, în viziunea sa, relevanța TIC pentru formarea competențelor studenților pedagogi [75]. Ca reper metodologic de referință, S. Șuleanschi și colaboratorii [105] oferă modelul curricular pentru module de dezvoltare personală, reper în structurarea Modulului Empatia Medicală.

Studenții mediciști sunt beneficiarii direcți ai procesului educațional, fiind supuși unor strategii didactice variate și structurate, menite să le dezvolte empatia în interacțiunile cu pacienții și să le formeze competențe relaționale esențiale pentru practica medicală. În studiul calitativ al S. Chhabra (2020) apar teme relevante legate de experiența empatiei în timpul formării medicale, evidențiind rolul interacțiunilor timpurii cu pacienții, al reflecției personale și al mentoratului empatic în dezvoltarea acestei competențe [149]. Pentru facilitarea unui feedback structurat și a unei comunicări centrate pe pacient în procesul de pregătire, sunt utile modelele evaluate multi-sursă, care permit o apreciere complexă a comportamentului empatic din perspective diferite (autoevaluare, evaluare colegială și evaluare externă), contribuind la conștientizarea și reglarea conduitei profesionale. M. Neumann et al. (2011) arată că empatia studenților poate fi afectată în medii de învățare solicitante și în prezența unor factori de mediu nefavorabili, așa cum presiunea academică sau modelele de rol negative, ceea ce subliniază vulnerabilitatea acestei competențe în context educațional [238]. Un mediu educațional suportiv, care valorizează relația didactică, comunicarea deschisă și climatul de profesionalism, este asociat cu dezvoltarea empatiei și a disponibilității relaționale a studenților [189], [143], iar sintezele calitative indică rolul determinant al contextului formativ și al experiențelor de învățare în modularea empatiei pe parcursul formării universitare [202]. În acest sens,

integrarea strategiilor interactive, a reflecției ghidate și a experiențelor clinice autentice contribuie la consolidarea unei empatii sustenabile și adaptate cerințelor practicii medicale.

Mediul profesional în care studenții își aplică competențele influențează în mod semnificativ dezvoltarea continuă a empatiei, modelând atât comportamentele relaționale, cât și atitudinile profesionale în contexte reale de practică [238], [296]. Climatul organizațional care sprijină comunicarea centrată pe pacient, lucrul în echipă și suportul profesional este evidențiat în evaluările intervențiilor interdisciplinare, fiind asociat cu îmbunătățirea colaborării și a calității îngrijirii. Autorii T. D. Shanafelt și J. H. Noseworthy (2017) plasează leadership-ul executiv în centrul strategiilor care promovează angajarea profesională și reduc burnout-ul, subliniind efectele acestuia asupra culturii organizaționale, coeziunii echipei și performanței clinice [273]. Corelând datele experimentale ale etapei de constatare cu cele ale etapei de control și raportând rezultatele la structura Modelului conceptual al empatiei medicale, devine posibilă configurarea unui profil empatic diferențiat al studenților mediciniști, o descriere care depășește nivelul statistic și oferă o imagine concretă, aplicabilă și operaționalizabilă a ceea ce caracterizează un student cu nivel minim, mediu sau înalt de empatie medicală. Această abordare permite nu doar interpretarea rezultatelor, ci și orientarea clară a procesului educațional, atât în diagnosticarea nevoilor formative, cât și în proiectarea intervențiilor pedagogice ulterioare. Datele etapei de constatare au permis, astfel, configurarea unui profil diferențiat al studenților în funcție de nivelul empatiei medicale, pe trei trepte minim, mediu și înalt, intersectate cu cele patru componente structurale ale Modelului conceptual, oferind o bază solidă pentru analiza evoluției competențelor empaticice în cadrul procesului de formare profesională. Pentru a conferi o interpretare operațională acestor rezultate și a evidenția implicațiile lor formative, se impune descrierea detaliată a profilurilor empaticice corespunzătoare fiecărui nivel de dezvoltare a empatiei, prin raportare la dimensiunile Modelului teoretic și la comportamentele observabile în practica clinică. Această descriere permite identificarea indicatorilor concreți ai progresului empatic. Totodată, ea contribuie la înțelegerea mecanismelor prin care empatia se formează și se manifestă în context profesional, oferind repere clare pentru optimizarea procesului educațional.

Nivelul minim de formare a empatiei medicale (predominant la etapa de constatare: 52-64% din studenți, pe componente) caracterizează studentul care tratează interacțiunea medic-pacient ca schimb informațional și procedural. Din perspectivă axiologică, acesta aplică normele etice formal, fără interiorizare valorică; respectul față de pacient este declarativ și nu se traduce în conduite consistente. Din perspectivă cognitivă, studentul cu nivel minim nu

reușește să se plaseze autentic în perspectiva pacientului (perspective-taking deficitar) el înțelege simptomul, nu experiența subiectivă a bolii. Din perspectivă afectivă, fie se identifică excesiv cu suferința pacientului (risc de supraidentificare), fie menține o distanță defensivă ca mecanism de protecție; autoreglarea emoțională este incipientă. Din perspectiva leadershipului medical, studentul cu nivel minim evită asumarea responsabilității profesionale și privește empatia ca pe o trăsătură temperamentală înăscută, nu ca pe o competență antrenabilă.

Nivelul mediu de formare a empatiei medicale (28-33% la etapa de constatare) caracterizează un profil formativ în tranziție: La acest nivel, studentul recunoaște importanța empatiei și manifestă comportamente empatic recunoscutibile, însă inconsistente și puternic dependente de context. Axiologic, valorile fundamentale ale profesionalismului respect, confidențialitate, demnitate sunt interiorizate, fără a fi atinsă capacitatea de a gestiona nuanțele etice complexe. Cognitiv, adoptarea perspectivei pacientului este accesibilă în scenarii structurate, dar devine dificilă în contexte clinice reale, mai ales sub presiune. Afectiv, sensibilitatea este moderată, cu tendința emoțiilor proprii de a interfera cu judecata clinică, ceea ce indică nevoia consolidării autoreglării afective. Leadershipul empatic se limitează la participarea funcțională în echipă, fără inițiativă privind calitatea relației terapeutice

Nivelul înalt de formare a empatiei medicale (13-18% la etapa de constatare; 47-55% la etapa de control în GE) caracterizează studentul care a internalizat empatia ca dimensiune constitutivă a identității profesionale. Axiologic, valorile eticii biomedicale și ale respectului față de diversitatea pacienților ghidează conduita în mod autentic, nu performativ. Cognitiv, studentul practică sistematic perspective-taking, adaptează comunicarea la profilul individual al pacientului și interpretează nuanțat semnalele verbale și nonverbale. Afectiv, menține echilibrul dintre rezonanță emoțională și autoreglare, simte cu pacientul fără a se pierde în experiența acestuia; rezistența la stres și prevenirea burnout-ului sunt integrate în practica cotidiană. Ca leadership medical, studentul cu nivel înalt promovează cultura empatică în echipă, contribuie la îmbunătățirea calității îngrijirii și demonstrează responsabilitate față de propria dezvoltare profesională continuă.

Această configurare a nivelurilor confirmă că empatia medicală este o competență graduală și educabilă, construită progresiv prin intervenții formative structurate, nu spontan în cursul experienței clinice. Datele etapei de control confirmă că intervenția pedagogică sistematică deplasează semnificativ scorurile spre zona superioară, validând eficiența strategiilor didactice aplicate și necesitatea consolidării empatiei ca dimensiune constitutivă a identității profesionale medicale.

3.3. Concluzii la capitolul 3

Experimentul pedagogic realizat a permis evaluarea, analiza comparativă și determinarea nivelurilor de formare a empatiei medicale, evidențiind particularitățile dezvoltării acesteia în contextul formării profesionale inițiale și dinamica evoluției competențelor empatică în timp. Rezultatele cercetării au demonstrat că empatia medicală se structurează ca un sistem integrat și coerent de valori, atitudini și comportamente profesionale, organizate pe componentele axiologică, cognitivă, afectivă și de leadership medical, confirmând relevanța și aplicabilitatea Modelului teoretic elaborat în cadrul cercetării. Totodată, aceste rezultate evidențiază eficiența intervenției formative implementate și importanța unei abordări pedagogice sistematice în dezvoltarea empatiei ca dimensiune esențială a profesionalismului medical.

Problema formării empatiei medicale se conturează ca o necesitate fundamentală a educației medicale contemporane, aceasta fiind reprezentată printr-un ansamblu complex de disponibilități interne și competențe relaționale care susțin comunicarea eficientă medic-pacient și calitatea actului medical. Empatia nu mai este considerată o trăsătură opțională, ci o dimensiune esențială a profesionalismului medical, indispensabilă pentru dezvoltarea unei relații terapeutice autentice și pentru creșterea eficienței intervenției clinice. Datele experimentale au evidențiat faptul că, la etapa de constatare, majoritatea studenților se situează la niveluri minime și medii ale empatiei medicale, ceea ce indică insuficienta dezvoltare a acestei competențe esențiale și necesitatea unor intervenții pedagogice sistematice, bine structurate și adaptate contextului educațional. Această situație reflectă atât limitele formării tradiționale, centrate predominant pe dimensiunea tehnică a profesiei, cât și importanța integrării deliberate a componentelor empatică în curriculumul medical. În acest sens, rezultatele obținute subliniază necesitatea dezvoltării unor strategii didactice orientate spre formarea progresivă a empatiei, prin activități experiențiale, reflecție ghidată și practici centrate pe pacient, contribuind la formarea unor medici competenți nu doar din punct de vedere tehnic, ci și relațional și uman.

Analiza comparativă a rezultatelor obținute în grupul experimental și grupul de control a demonstrat că implementarea Tehnologiei didactice universitare de formare a empatiei profesionale a contribuit semnificativ la dezvoltarea competențelor empatică ale studenților mediciști, în special pe dimensiunile comunicării empatică, înțelegerii perspectivei pacientului, suportului emoțional și autoreglării afective, evidențiind superioritatea intervenției formative în raport cu abordările tradiționale.

Integrarea activităților interactive (joc de rol, simulări clinice, reflecție ghidată) în cadrul disciplinei Limba engleză (ESS) a facilitat formarea concomitentă a competențelor lingvistice și relaționale, demonstrând că învățarea contextualizată și interdisciplinară contribuie la dezvoltarea unor competențe profesionale complexe, adaptate cerințelor practicii medicale contemporane. Această abordare a permis transferul cunoștințelor în situații simulate apropiate de realitatea clinică, consolidând atât abilitățile de comunicare, cât și comportamentele empaticе. Rezultatele obținute validează obiectivul de cercetare privind elaborarea, implementarea și validarea experimentală a Tehnologiei didactice universitare de formare a empatiei profesionale la studenții mediciști, demonstrând că dezvoltarea empatiei este posibilă în condițiile proiectării unui demers didactic sistemic, coerent și centrat pe student, care valorifică experiența practică, reflecția critică și feedback-ul formativ. Totodată, acestea confirmă relevanța integrării empatiei în structura curriculumului universitar ca dimensiune esențială a profesionalismului medical.

De asemenea, cercetarea a contribuit la edificarea unor noi cunoștințe științifice privind dezvoltarea empatiei medicale, prin: conceptualizarea și operaționalizarea Modelului empatiei medicale pe patru componente interdependente; integrarea instrumentelor psihodiagnostice validate (Scala Jefferson); demonstrarea rolului tehnologiilor didactice interactive în formarea competențelor empaticе; evidențierea relației dintre empatie, calitatea comunicării medicale și performanța profesională. Prin urmare, ipoteza cercetării a fost confirmată, demonstrând că formarea empatiei medicale la studenții mediciști devine eficientă dacă: sunt definite și integrate reperele conceptuale ale empatiei medicale în curriculumul universitar; sunt identificate și valorificate dimensiunile axiologice, cognitive, afective și de leadership ale empatiei; sunt utilizate tehnologii didactice universitare interactive, orientate spre experiență și reflecție; sunt aplicate instrumente valide de evaluare și autoevaluare a empatiei; este asigurată corelarea dintre formarea competențelor empaticе și exigențele profesionale ale practicii medicale contemporane. În concluzie, cercetarea confirmă că empatia medicală reprezintă o competență profesională esențială, formabilă prin intervenții pedagogice deliberate, iar integrarea acesteia în procesul educațional universitar contribuie la formarea unor viitori medici capabili să ofere îngrijire medicală de calitate, centrată pe pacient și fundamentată pe valori umane autentice. Totodată, rezultatele evidențiază importanța unei abordări educaționale integrate, care susține dezvoltarea unui profesionalism medical echilibrat, orientat spre responsabilitate și comunicare eficientă, spre construirea unor relații terapeutice funcționale și durabile.

CONCLUZII GENERALE

Demersul investigational vizează fundamentarea științifică și valorificarea praxiologică a formării empatiei medicale la studenții mediciști în contextul formării profesionale inițiale. Apreciind contribuțiile semnificative ale studiilor din domeniul empatiei, comunicării medicale și educației socioemoționale, constatăm că definirea, structurarea și evaluarea empatiei medicale în procesul de formare universitară rămân marcate de incoerențe teoretice și metodologice, generate de fragmentarea abordărilor și de integrarea limitată a dimensiunii socioemoționale în curriculumul universitar medical. Absența unor repere conceptuale și a unor modele pedagogice aplicabile constituie un impediment în dezvoltarea sistematică a competențelor empatice ale viitorilor medici, justificând necesitatea elaborării unui cadru teoretic și praxiologic unitar. Rezultatele științifice importante ale cercetării sunt sintetizate în următoarele concluzii generale:

1. Din perspectiva abordărilor teoretice, ***au fost determinate fundamentele științifice ale empatiei medicale***, prin analiza analitico-sintetică a paradigmelor psihologice, pedagogice și medicale, evidențiindu-se caracterul multidimensional al acesteia. Investigarea evolutivă a semnificațiilor conceptului de empatie în literatura internațională a permis identificarea transformărilor de paradigmă de la empatia ca rezonanță afectivă spontană la empatia ca competență profesională structurată, educabilă și evaluabilă în contexte profesionale definite [68], [69]. Studiul interferențelor semantice și al abordărilor interdisciplinare ale empatiei a integrat perspective complementare a căror sinteză a condus la o definiție operațională aplicabilă contextului universitar medical [246], [243]. Din aceste rațiuni științifice, ***definim empatia profesională a studenților mediciști denumită și empatie medicală***, „ca o competență ce confirmă profesionalismul medical, reflectată în capacitățile eticii medicale: de a conștientiza, a cunoaște normele etice, a înțelege pacienții exprimând toleranță și adaptabilitate (componenta cognitivă); de a compătimi și a demonstra reziliență la stres, de a oferi suport emoțional și a rezona adecvat cu trăirile emoționale ale pacienților prin sensibilitate (componenta afectivă); de a acționa în acord cu valorile practicii medicale precum respectul pentru valori, demnitate, autonomie și integritate profesională (componenta axiologică) și capacitățile de a colabora și a prioritiza responsabil nevoile pacienților pentru a lua decizii clinice, inovatoare ce influențează dinamică pozitivă a stării emoționale a pacientului asigurând calitatea asistenței medicale (componenta de leadership medical) într-un context marcat de cultură organizațională.” [245].

2. Problematika cercetării, generată de decalajul semnificativ dintre recunoașterea teoretică a empatiei medicale și valorificarea sa insuficientă în practica formării profesionale inițiale [68], [96], pe de o parte, și de analiza fundamentelor teoretice și a **rezultatelor experimentale**, pe de altă parte, **au permis constatarea**: (a) necesității clarificării structurii și conținutului științific al EM ca sistem integrativ de competențe axiologice, cognitive, afective și de leadership medical; (b) absenței unui cadru metodologic de evaluare a EM în context universitar; (c) deficitului de modele pedagogice orientate explicit spre formarea empatiei în procesul de instruire universitară; (d) integrării limitate a dimensiunii socioemoționale în curriculumul formării profesionale inițiale a studenților mediciști [243], [244], [70].

3. Prin studiul experimental, realizat prin aplicarea Scalei Jefferson de empatie (JSPE-S), adaptată specificului contextului educațional investigat, **au fost determinate nivelurile și particularitățile manifestării empatiei medicale la studenții mediciști la debutul formării profesionale** [70], [246]. Rezultatele au evidențiat predominanța nivelurilor minime și medii ale empatiei medicale în GE și GC confirmând necesitatea unui demers educațional orientat spre formarea empatiei prin curriculumul universitar în cadrul învățământului medical [247].

4. În temeiul abordărilor teoretice interdisciplinare și al sintezei rezultatelor experimentale, a fost elaborat și fundamentat Modelul teoretic al empatiei medicale, structurat pe componentele axiologie medicală, cognitivă, afectivă și de leadership medical [72], care reflectă unitatea dimensiunilor valorice, cognitive și comportamentale ale relației terapeutice centrate pe pacient și operaționalizează empatia medicală prin indicatori, descriptori și criterii de evaluare aplicabile în formarea profesională inițială.

5. În contextul identificării condițiilor pedagogice necesare formării empatiei medicale, a fost elaborată, implementată și validată experimental Tehnologia didactică universitară de formare a empatiei profesionale [247], concepută ca sistem pedagogic integrat, structurat pe cinci blocuri funcționale interdependente: repere teoretice, standarde profesionale, etapele formării, proiectarea strategiilor didactice și valorile empatiei medicale [71]. Tehnologia a fost implementată în cadrul curriculumului disciplinei Limba engleză (ESS), valorificând strategiile didactice interactive: studii de caz, simulări clinice, jocuri de rol, reflecție ghidată, activități de leadership medical și evaluarea formativă continuă prin Scala Jefferson [73], [148], [96]. Caracterul inovator al Tehnologiei rezidă din integrarea componentei de leadership medical ca dimensiune a EM și din valorificarea comunicării medicale în limba engleză ca mediu privilegiat al formării personalității empatice a studenților [246], [247].

6. Rezultatele experimentale comparative au demonstrat eficiența intervenției pedagogice și dinamica pozitivă a empatiei medicale în GE, confirmând interdependența componentelor EM. Aceste date demonstrează că empatia medicală este o competență educabilă și validează experimental ipoteza cercetării [246], [247].

7. Datele teoretice și praxiologice ale cercetării au permis edificarea unor noi cunoștințe științifice privind formarea empatiei medicale, prin conceptualizarea Modelului teoretic al empatiei medicale [66], elaborarea și validarea Tehnologiei didactice universitare [47], [246] și formularea criteriilor, indicatorilor și descriptorilor de evaluare a empatiei medicale în context universitar. Problema științifică importantă soluționată constă în fundamentarea teoretică și praxiologică a unui cadru pedagogic unitar de formare a empatiei medicale la studenții mediciști, contribuind la dezvoltarea teoriei și metodologiei formării competențelor socioemoționale în învățământul superior medical [242], [243], [244], [245], [73].

Recomandări metodologice

Factorilor de decizie:

- actualizarea documentelor de politici educaționale din perspectiva integrării explicite a empatiei medicale și a competențelor socioemoționale ca finalități ale formării profesionale inițiale, în concordanță cu standardele internaționale ale educației medicale;
- consolidarea standardelor de formare medicală prin includerea empatiei medicale și a leadershipului medical ca competențe profesionale ale studenților mediciști.

Actanților educaționali:

- actualizarea curriculumului universitar medical prin integrarea conținuturilor specifice dezvoltării EM;
- elaborarea de resurse curriculare care să valorifice empatia medicală ca finalitate transversală a formării profesionale;
- implementarea Tehnologiei didactice universitare de formare a empatiei profesionale în cadrul disciplinelor de profil, cu accent pe strategiile didactice experiențiale simulări clinice, studii de caz, jocuri de rol, reflecție ghidată și activități de leadership medical;
- valorificarea disciplinelor universitare ca spațiu privilegiat al formării competenței empatice și comunicative la studenții mediciști
- racordarea permanentă a demersurilor educaționale universitare la tendințele internaționale privind formarea EM.

BIBLIOGRAFIE

În limba română

1. AFANAS, A. *Teoria și praxiologia formării profesionale continue a cadrelor didactice*. Teză de doctor habilitat în științe ale educației. Chișinău, 2022. 422 p.
2. ANTOCI, D. *Teoria și metodologia formării orientărilor valorice la adolescenți și tineri*. Teză de doctor habilitat în științe ale educației. Chișinău, 2022. 220 p.
3. ANTOCI, D., BOROZAN, M. *Axiologia educației. Manual universitar*. Costești: Ars Libri, 2023. 364 p. ISBN 978-606-36-2430-8. (11, 45 c.a.)
4. BARBĂNEAGRĂ Al. Oportunități de abordare interdisciplinară a conținuturilor disciplinei limba și literatura română în instituțiile cu instruire în limba rusă. În: *Probleme ale științelor socioumanistice și modernizării învățământului: materialele conferinței științifice anuale a profesorilor și cercetătorilor UPS „Ion Creangă”*. Vol. 3 (seria XX). Chișinău: Tipogr. UPS „I. Creangă”, 2018, p. 89-96. ISBN: 978-9975- 46-374-4;
5. BARBĂNEAGRĂ, Al. Valorificarea strategiei bazată pe sarcini în procesul de predare-învățare a limbii și literaturii române. În: *Probleme ale științelor socioumanistice și modernizării învățământului*, Ed. 22, 8-9 octombrie 2020, Chișinău. Chișinău: CEP UPS „I.Creangă”, 2020, Seria 22, Vol.3, pp. 268-271. ISBN 978-9975-46-449-9; 978-9975-46-452-9.
6. BETIVU, A. *Formarea stilului existențial al adolescenților în contextul crizei valorilor*. Teză de doctor. Bălți, 2021.164 p.
7. BEȚIVU, A. *Stilul existențial: paradigmă și transfigurări axiologice*. Monografie. Bălți: Tipografia din Bălți, 2022. 202 p. ISBN 978-9975-161-03-9
8. BÎRSAN, El. *Paradigma comunicării asertive a cadrelor didactice. Repere teoretice și practice*. Chișinău. 2017. 293 p. ISBN 978-9975-46-319-5
9. BONCHIȘ, E. *Introducere în psihologia personalității*. Oradea: Editura Universității din Oradea, 2006. 404 p. ISBN 973-7598-997
10. BOROZAN M., ICHIM G. R. *Arta discursului pedagogic*. România. Costești: Ars Libri, 2024. 288 p. ISBN: 978-606-36-2724-8
11. BOROZAN M., ȘOVA T., ȚURCAN L. *Cultura emoțională și reziliența emoțională a cadrului didactic*. Suport de curs.Chișinău:CEP:UPSC,2025, 231 p. ISBN 978-9975-48-286-8
12. BUSHNAG, T. *Tehnologii comunicative de predare a frazeologismelor engleze în învățământul superior*. Teză de doctor. Chișinău: UPSC, 2011. 144 p.

13. BUZENCO, V. *Conceptualizarea pedagogică a dezvoltării inteligenței sociale a cadrelor didactice*”, Teză de doctor. Chișinău: UPSC, 2023. 203 p.
14. BUZENCO, V. Profilul cadrului didactic – lider social. În: *Acta et commentationes (Științe ale Educației)*. 2022, nr. 1(27), pp. 142-148. ISSN 1857-0623.
15. CERGHIT, I. *Metode de învățământ*. Iași: Polirom, 2011. 424 p. ISBN 9789734622481.
16. CHIRIAC, C. *Comunicarea empatică în asistența medicală primară*. Medical Manager 2022, ISSN 1582-869X, nr. 7, 24-27
17. CHIȚU S. *Formarea empatiei cadrelor didactice*: Monografie. Chișinău: Centrul Editorial Poli- grafic al USM, 2005. 171 p.
18. COCALEA, D., REPEȘCO, G., GLAVAN, A. Aspecte ale comunicării prin intermediul tehnologiilor informaționale de comunicare (TIC). În: *Materialele Conferinței Republicane a Cadrelor Didactice: Psihopedagogie și incluziune școlară*, Ed. 5, 26-27 februarie 2022, Chișinău. Chișinău, Republica Moldova: Tipografia Universității de Stat din Tiraspol, 2022, Vol. 5, pp. 127-136. ISBN 978-9975-76-387-5.
19. COJOCARU-BOROZAN, M. Concepte fundamentale în aria pedagogiei culturii emoționale. În: *Materialele Simpozionului Internațional „Cultura profesională a cadrelor didactice. Exigențe actuale*. Chișinău. 2013, pp. 19 - 30.
20. COJOCARU-BOROZAN, M. *Cultura emoțională a profesorului*. Suport de curs universitar. Chișinău: Tipografia UPS “I. Creangă”, 2009, 70 p
21. COJOCARU-BOROZAN, M. *Formarea continuă a culturii emoționale la profesorii școlari*. Seminarii metodologice. Ch.: Tipografia UPS “I. Creangă”, 2010. 42 p.
22. COJOCARU-BOROZAN, M. Limbaj, comunicare și inteligență emoțională a studenților: corespondențe conceptuale și precizări terminologice. În: *Studia Universitatis*, 2007, nr.9, p.85-89.
23. COJOCARU-BOROZAN, M. *Metodologia cercetării culturii emoționale*. Chișinău: Tip. UPS „Ion Creangă”, 2012. ISBN 258-3475-46-0688-8.
24. COJOCARU-BOROZAN, M. Profesionalizarea didactică în optica pedagogiei culturii emoționale, În: *Revista de Psihologie. Pedagogie specială. Asistență socială*, Chișinău: 2011, 10 p., 0,62 c.a. ISSN- 1857-0224.
25. COJOCARU-BOROZAN, M. *Strategia dezvoltării culturii emoționale a studenților*. Chișinău: Tipografia UPS “Ion Creangă”, 2012. p.15-37.
26. COJOCARU-BOROZAN, M. *Tehnologia dezvoltării culturii emoționale*. Chișinău: Tipografia UPS „I. Creangă”, 2012. 239 p. ISBN 978 9975 – 46 – 126 – 9.

27. COJOCARU-BOROZAN, M. *Teoria culturii emoționale*. Chișinău: Tipografia UPS “Ion Creangă”, 2010. 239 p. ISBN 978-9975-46-066-8
28. COJOCARU-BOROZAN, M. Valori ale culturii emoționale promovate în învățământul superior. În: *Materialele Conferinței Științifice Internaționale „Priorități actuale în procesul educațional”*. Chișinău: CEP USM, 2010, p. 65-75
29. COJOCARU-BOROZAN, M., MOCANU, N., BALȚAT, L. *Valorile culturii emoționale reflectate în înțelepciunea popoarelor lumii*. Chișinău: Tipografia UPS „I. Creangă”, 2014. 235 p. ISBN 978-9975-46-206-8
30. COJOCARU-BOROZAN, M., PAPUC, L. *Fundamentele științelor educației*. Manual universitar. Chișinău: UPS „Ion Creangă”, 2014. 446 p. ISBN 978-9975-46-207-5.
31. COJOCARU-BOROZAN, M., ȘOVA, T., ȚURCAN-BALȚAT, L. *Psihologia emoțiilor*. Chișinău: Tipogr. UPS „Ion Creangă”, 2016. 204 p. ISBN 978-9975-46-307-2.
32. COJOCARU-BOROZAN, M., STRATAN, N. *Dimensiunea anatomo-fiziologică a culturii emoționale*. Chișinău: Tipografia UPS „I. Creangă”, 2014. 133 p. ISBN 978-9975-46-208-2
33. COJOCARU-BOROZAN, M., ȚURCAN-BALȚAT, L. Argumente teoretice privind studiul sociologiei emoțiilor. În: *Managementul educațional: realizări și perspective de dezvoltare. Materialele Conferinței științifico-practice internaționale, Ed. 1-a, 27 aprilie 2017*. Bălți: Tipografia din Bălți, 2017. 364 p. pp. 219-223. ISBN 978-9975-132-97-8.
34. COJOCARU-BOROZAN, M., ZAGAIEVSCHI, C., STRATAN, N. *Pedagogia culturii emoționale*. Chișinău: Tipografia UPS „I. Creangă”, 2014. 200 p. ISBN 978-9975-46-214-3.
35. COMĂNESCU, I. *Autoeducația- azi și mâine*. Oradea: Editura Imprimeriei de Vest, 1996, 343 p. ISBN 973-96858-5-4
36. CORCOS, G., VILDER, C., *Cum să-ți dezvoltți inteligența emoțională. Cea mai eficientă metodă pentru a reuși în viața*. Trad. din limba franceză de D. Corciuc, Ed. Litera, București, 2019, 213p. ISBN 978-606-33-2812-1
37. CRISTEA, S. Cultura pedagogică a profesorului. În: *Cultura cercetării pedagogice: provocări și tendințe contemporane. Ediția 1, Vol.1, 5-6 iunie 2021*. Chișinău: Tipografia Universității de Stat din Tiraspol, 2021, pp. 22-34. ISBN 978-9975-76-345-5 55. CRISTEA, S. Dicționar de pedagogie. Ed. LITERA, 2002, 400 p. ISBN: 9975-7
38. CUCOȘ, C. *Pedagogie și axiologie*. București: Editura Didactică și Pedagogică, 1995. 159 p. ISBN 973-30-4398-2.
39. CUCOȘ, C. *Pedagogie*. (ediția a III-a, revăzută și adăugită), Editura Polirom, Iași 2014 536 p
40. CUZNEȚOV, L., BANUH, N. *Filosofia educației*. Chișinău: UPS „I. Creangă”, 2004.

41. DINESCU, A. *Ghid al comunicatorului din instituții publice*. Iași: Ed. Lumen, 2019. 404 p.
42. GHERGHINESCU, R. *Anotimpurile empatiei: Studii de psihologie socială cognitivă*. București: Atos, 2001. 224 p.
43. GHERGHINESCU R. *Empatia și eroarea de atribuire. Rolul și locul empatiei inter-și intragrupale și al atribuirii în structura competenței didactice*. Teză de doctor în psihologie. București, 1996. 230 p
44. GLAVAN, A. Calitatea vieții tinerilor din perspectiva sănătății. În: *Univers Pedagogic*, 2017, nr. 1(53), pp. 89-92. ISSN 1811-5470.
45. GLAVAN, A., ARSENOV, G. Reflecții psihologice asupra învățării eficiente la studenți. În: *Cultura cercetării pedagogice: provocări și tendințe contemporane*, Ed. 1, 5-6 iunie 2021, Chișinău. Chișinău: Tipografia Universității de Stat din Tiraspol, 2021, Ediția 1, Vol.2, pp. 175-191. ISBN 978- 9975-76-347-9.
46. GLAVAN, A. Dimensiuni psihologice ale învățării în etapa tinereții. În: *Univers Pedagogic*, 2022, nr. 1(73), pp. 56-60. ISSN 1811-5470. DOI: <https://doi.org/10.52387/1811-5470.2022.1.10>
47. GOLEMAN, D. *Creierul și inteligența emoțională: noi perspective*. Trad. din engleză de Gabriela-Alexandra Bănică, Ed. a 2-a, București: Curtea Veche Publishing, 2018, 110 p. ISBN 978-606-44-0044-4
48. GOLEMAN, D. *Inteligența emoțională: cheia succesului în viață*. București: Ed. Alfa, 2004. 376 p.
49. GOLEMAN, D. *Inteligența socială. Noua știință a relațiilor umane*. Ed. a II a, revizuită. Curtea Veche, 2018. 576 p. ISBN: 978-606-44-0092-5
50. GOLEMAN, D. *Inteligența emoțională în Leadership*. Trad. din limba engleză de Sabina Dorneanu, Ed. a 2-a, reviz., București: Curtea Veche Publishing, 2018, 366 p. ISBN 978-606-44-0050-5
51. GOLU, M. *Fundamentele psihologiei*. (Vol. I și II), București: Ed. Fundației România de Măine, 2007. ISBN 978-973-725-857-1.
52. GOLUBOVSKI, O. *Tehnologia formării competențelor de traducere la studenții-traducători*. Teză de doctor. Chișinău: UPSC, 2020. 264 p.
53. GUȚU, VI. Învățământul centrat pe competențe: abordare teleologică. În: *Revista Didactica Pro*, nr. 1 (65), 2011. pp. 2-7. ISSN 1810-6455
54. GUȚU VL., MURARU E., DANDARA O. Proiectarea standardelor de formare profesională inițială în învățământul universitar, Ghid metodologic, Chișinău: CE USM, 2003. 86 p.

55. GUȚU, VI. Curriculum educațional. Chișinău: CEP USM, 2013. 230 p. ISBN 978-9975-4411-7-9,
56. HOLDEVICI, I. *Tratat de psihoterapie cognitiv-comportamentală*. București: Ed. Trei, 2009, 720 p. ISBN 978-973-707-260-3
57. HUNCĂ, M. *Formări profesionale continue ale cadrelor didactice centrate pe interconexiunea nevoilor personale și instituționale*. Teză de doctor. Chișinău, 2016
58. HUCHES, M., TERRELL, J. B. *Inteligența emoțională în acțiune. Programe de training și coaching pentru lideri, manageri și echipe*. Trad. din limba engleză de Silvia Guta. București: Curtea Veche, 2017, 461 p. ISBN 978-606-588-941-5
59. JDERU, G. *Introducere în sociologia emoțiilor*. Iași: Polirom, 2012, 264 p. ISBN 978-973-46-2187-3
60. JINGA, I. *Educația permanentă*. București, 1979. 151 p.
61. KONONOVA, T. Abordarea textului multimodal la orele de limbi străine. În: *Tradiție și inovare în cercetarea științifică*, 8 octombrie 2021, Bălți. Bălți: Universitatea de Stat „Alecu Russo” din Bălți, 2021, Ediția 10, Vol. I, pp. 114-117. ISBN 978-9975-50-271-9.
62. LELORD, F., ANDRE, C. *Cum să te iubești pe tine însuși*. București: Editura Trei, 2015. 304 p. ISBN 9786067195262
63. MARCUS S. *Empatie și personalitate*. București: Editura ATOS, 1997. 146 p.
64. MATTHEWS, G., DEARY, I.J., WHITEMAN, M.C. *Psihologia personalității. Trăsături, cauze, consecințe*. Ediția a II-a. Iași: Polirom, 2012. 570 p. ISBN 978-973-46-3070-7..
65. MORRISETTE, C. A. *Putera emoțiilor: Descoperă-ți adevărată vîrstă, trezește pentru a trăi cu adevărat*. Trad. din limba engleză de Alexandra Macsim, București: Lifestyle Publishing, 2017, 302p. ISBN 978-606-78-017-4
66. NASTASIU, S. Abordări teoretice ale competenței de comunicare interpersonală. În: *Integrare prin cercetare și inovare. Științe sociale. Rezumate ale comunicărilor*. 8-9 noiembrie 2018. Chișinău, Republica Moldova: CEP USM, 2018, 2018, pp. 299-303
67. NICOARĂ, A., ZAGAIEVSCHI, C. Afectivitate, emoție și empatie în literatura pentru copii. În: *Probleme ale științelor socioumanistice și modernizării învățămîntului*, Chișinău: CEP UPS „I.Creangă”, 2020, Seria 22, Vol. 2, pp. 21-23. ISBN 978-9975-46-449-9.
68. OALA, V. Argumente privind importanța empatiei profesionale a studenților medicinisti. În: *Acta et Commentationes, Sciences of Education*. Categoria B. 2022, nr. 4(30), pp. 152-160. ISSN 1857-0623, E-ISSN 2587-3636 https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/175490
69. OALA, V. Evoluția semnificațiilor științifice ale conceptului de empatie. În: *Studia Universitatis Moldaviae*, Revista științifică a Universității de Stat din Moldova, 2023, Nr.

- 5(165): nr.5, CZU: 159.942 + 316.613.42, pp. 264-270, ISSN 1857-2103, DOI: [https://doi.org/10.59295/5\(165\)2023_42](https://doi.org/10.59295/5(165)2023_42), https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/185128
70. **OALA, V.** Premise contextuale ale formării profesionale inițiale a empatiei medicale la studenții mediciști. În: *Cercetarea pedagogică: exigențe contemporane și perspective de dezvoltare*, 3-4 noiembrie 2023, Chișinău. Chișinău: CEP UPS „I.Creangă”, 2023, Ediția 1, pp. 130-136. ISBN 978-9975-46-867-1 (PDF). https://ibn.idsi.md/ro/vizualizare_articol/201516
71. **OALA, V.** Oportunități ale tehnologiilor didactice universitare de formare a empatiei profesionale la mediciști. În: *Cercetarea în biomedicină și sănătate: calitate, excelență și performanță*, Ed. 1, 18-20 octombrie 2023, Chișinău. Chișinău, Republica Moldova: 2023, p. 753. ISSN 2345-1476.
72. **OALA, V.** Modelul conceptual al empatiei medicale. În: *Univers Pedagogic*. 2025, nr. 1(85), pp. 85–91. ISSN 1811-5470. DOI: <https://doi.org/10.52387/1811-5470.2025.1.12> https://ibn.idsi.md/ro/vizualizare_articol/227823
73. **OALA, V.** Dezvoltarea empatiei prin intermediul jocului de rol în cadrul orelor de limba engleză medicală. În: *Cercetarea în biomedicină și sănătate: calitate, excelență și performanță*, Ed. 4, 16-18 octombrie 2024, Chișinău. Chișinău, Republica Moldova: 2024, p. 889. ISSN 2345-1467. <https://repository.usmf.md/handle/20.500.12710/29888>
74. OANCEA-URSU, Gh. *Ereditatea și mediul în formarea personalității*. București: Editura All, 1998, 340 p. ISBN: 973-9392-35-0
75. OBOROCEANU, V. *Formarea competențelor profesionale ale studenților pedagogi prin tehnologiile informaționale și comunicaționale*. Teză de doctor. Chișinău: UPSC. Ch., 2016. 200 p
76. OLARU, V. Competența de a învăța să înveți prin prisma autoformării metacognitive a cadrelor didactice. În: *Revista Didactica Pro*. 2007, nr.3-4, pp. 43-44.
77. OPRESCU, M. *Metode tradiționale și moderne folosite în predarea limbii engleze*. Universitatea de Vest Timișoara, 2008.
78. PAPUC, L., SADOVEI, L., COJOCARU-BOROZAN, M. *Inițierea în cariera profesională: pentru studenții pedagogi*. Chișinău: UPS „I. Creangă”, 2013. 172 p. ISBN 9789975-46-1696
79. PAȘCA, M.D. *Comunicarea în relația medic-pacient*. Târgu Mureș: University Press (EUP), 2012. 327 p. ISBN 978-973-169-878-1
80. PATRAȘCU, D. *Tehnologii educaționale*. Chișinău: Î.S.F.E.-P–Tipografia centrală, 2005, 704 p. ISBN 9975-78-379-1

81. PAULSON, T. L. *Avantajul optimismului - 50 de adevăruri simple pentru a-ți transforma atitudinile și acțiunile în rezultate*. București: Editura AMALTEA, 2011. 246 p. ISBN 978-973-162-085-5
82. PAVEL, M. *Formarea inițială a viitorilor învățători prin utilizarea tehnologiilor informaționale și comunicațiilor*. Teză de doctor. Chișinău: UST, 2015. 191 p.
83. PAVELCU, V. *Invitație la cunoașterea de sine*. Iași: Tipo Moldova. 2011. 134 p. ISBN 9731685731.
84. PÎSLARI, S. *Dezvoltarea empatiei la vârsta preadolescentă*. Teză de doctor. Chișinău, 2018. 228 p.
85. PÎSLARI, S. Problema empatiei în psihologia contemporană. În: *Practica psihologică modernă*. Chișinău: Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”, 2015, p.60-65.
86. PÎSLARI, S. Mecanismele de producere a empatiei, componentele și funcțiile ei. În: *Conferința practico-științifică „Practica psihologică modernă” Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”, Chișinău, 2016, p.56-61.*
87. PÎSLARI, S. Problema empatiei în știința contemporană. În: *Paradigmele inteligenței în psihologia contemporană*. Chișinău: Centru Metodic Municipal DGETS, Liceul Teoretic „Ion Creangă”, 2012. p.53-55.
88. PÎSLARI, S. Specificul manifestării empatiei la cadrele didactice în relațiile cu elevii. În: *Conferința națională Probleme ale științelor socio-umane și modernizării învățământului, a Universității Pedagogice de Stat din Moldova, 2012, p.87-89.*
89. PLATON, C., FOCȘA-SEMIONOV, S. *Teste de personalitate*. Chișinău, 1993.
90. PLATON, I., PLĂMĂDEALĂ, V. Securitatea psihologică asigurată de modelul relațional de dezvoltare a inteligenței sociale și emoționale în procesul terapeutic integrativ. În: *Aspecte psihosociale ale securității psihologice și manifestările ei în plan social la copii . 29 octombrie 2021*. Chișinău: Centrul Editorial-Poligrafic al Universității Pedagogice de Stat „Ion Creangă”, 2021, pp. 122-136. ISBN 978-9975-46-564-9.
91. PLEȘCA, M. Dezvoltarea competențelor socioemoționale la studenți. În: *Revistă de științe socioumane*. 2016, nr. 3(34), pp. 9-13. ISSN 1857-0119
92. POPESCU-NEVEANU, P. *Dicționar de psihologie*. București: Albatros, 1971. 389 p.
93. RUSU, EI. *Formarea inteligenței emoționale a studenților pedagogi*. Teză de doctor. Chișinău: 2013. 252 p.
94. SADOVEI, L., BOROZAN, M. (coord.). *Contribuții pedagogice de transfer inovațional pentru renovarea paradigmei educației contemporane*. Chișinău: „Garomont-Studio”, 2019, 336 p. 2019. ISBN 978-9975-134-86-6

95. SADOVEI, L. *Modelizarea competenței de comunicare didactică*. Chișinău: UPS „Ion Creangă”, 144 p. ISBN 978-9975-136-53-2, 2017.
96. SÎRIGHI, A., MAXIAN, L., OALA, V. Formarea competenței de comunicare profesională în limba engleză la studenții mediciști prin adoptarea unui model hibrid. În: *Научно-образовательное пространство: реалии и перспективы повышения качества образования*, Ed. 5, 7 noiembrie 2025, Comrat. Comrat: Tipografia „A & V Poligraf”, 2025, Ediția 5, pp. 137-141. ISBN 978-9975-83-358-5. https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/246230
97. ȘERBĂNESCU, L., BOCOȘ, M. D., IOJA, I. *Managementul programelor de formare continuă a cadrelor didactice*. Ghid practic. Iași: Polirom, 2020, 278 p. ISBN 9789734682454
98. ȘEVCIUC, M. Abordarea teoretică a formării competențelor profesionale la studenți. În: *Studia Universitatis Moldaviae (Seria Științe ale Educației)*, 2007, nr. 5, pp. 93-95. ISSN 1857-2103.
99. ȘEVCIUC, M., ȚURCANU C., TOMA N. Strategiile didactice – surse ale limbajului pedagogic. În: *Limbajul educației: lucrări ale Conferinței Dialoguri despre educație: ediția a II-a, 10-12 aprilie 2025/ coord.: Laurențiu Șoitu, Gabriela Haja. – Iași: Editura Universității „Al. I. Cuza”, 2025, pp. 209-221. ISBN 978-606-714-938-8*
100. SILISTRARU, N. et al. *Perspectiva axiologică asupra educației în schimbare*. Chișinău: Print Caro, 2011. 180 p. ISBN 978-9975-56-030-6
101. ȘHLEAHTIȚCHI, M. O triadă indestructibilă valori, lideri, reprezentări sociale. În *Psihologie. Pedagogie specială. Asistență socială*. Nr.2(51), 2018, pp. 37-44. ISSN 1857-0224
102. ȘOVA, T. *Managementul stresului profesional al cadrelor didactice*. Chișinău: Tipografia UPS „Ion Creangă”, 2014. 280 p. ISBN 978-9975-46-196-2
103. ȘOVA, T., COJOCARU-BOROZAN, M. *Metodologia diminuării stresului ocupațional. Ghid pentru studenți și cadre didactice*. Chișinău, 2014. 143 p. ISBN 978-9975-4487-3-4
104. ȘOVA, T., COJOCARU-BOROZAN, M. *Stresul ocupațional al cadrelor didactice. Note de curs*. Chișinău, 2014. 151 p. ISBN 978-9975-4487-2-7
105. ȘULEANSCHI, S. et al. *Curriculum La Modulul „Dezvoltarea personală și proiectarea carierei”*. Chișinău, 2016. 107 p. Disponibil: chromeextension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://mecc.gov.md/sites/default/files/ome_793_din_12.09.2016.pdf

106. ȚĂRNĂ, E. Valorile culturale și comportamentale ale personalității studentului în procesul de adaptare la mediul academic. În: *Artă și Educație Artistică*. 2011, nr. 2-3(17), pp. 87-94. ISSN 1857-0445
107. ȚURCAN-BALȚAT, L. *Formarea cadrelor didactice prin valorile toleranței*. Chișinău: Tip. UPS „I. Creangă”, 2015. 324 p. ISBN 978-9975-46-242-6.
108. ȚURCAN-BALȚAT, L. Promovarea culturii toleranței într-o societate multiculturală. În: *Managementul educațional: realizări și perspective de dezvoltare. Ediția 2-a, 27 aprilie 2018*. Bălți: Tipografia din Bălți, 2018, pp. 430-433. ISBN 978-9975-3260-0-1.
109. ZAGAIEVSCHI, C. *Fundamente teoretice și metodologice ale dezvoltării inteligenței emoționale prin comunicare la adolescent*. Teză de doctor în pedagogie. Chișinău, 2013.
110. ZAGAIEVSCHI, C. Sănătate mintală prin educație pentru dezvoltare emoțională. În: *Probleme ale științelor socioumanistice și modernizării învățământului Materialele conferinței științifice anuale a profesorilor și cercetătorilor UPS „Ion Creangă”. Seria 19, Vol.2, 24 martie 2017*. Chișinău, Republica Moldova: Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău, 2017, pp. 109-118. ISBN 978-9975-46-335-5
111. ZAGAIEVSCHI, C., COJOCARU-BOROZAN, M. *Educație pentru dezvoltare emoțională și sănătate mintală*. Chișinău: Tipografia UPS „Ion Creangă”, 2014. 192 p. ISBN 978-9975-46-209-9
112. ZLATE, M. *Eul și personalitatea*. București: Editura Trei, 2004. ISBN 973-8291-30-5.

În limba engleză

113. ADATIA, S., TELLIER, P. P., REMTULLA, R. Survey of Medical Student Empathy at a Canadian Medical School: A Cross-Sectional Quantitative Survey. In: *PRiMER (Leawood, Kan.)*, 2002. 6, 6. <https://doi.org/10.22454/PRiMER.2022.535629>
114. AINSWORTH, M. D. S., BLEHAR, M. C., WATERS, E., WALL, S. *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation (1st ed.)*. Psychology Press, 2015, 466 p. ISBN 9780203758045 <https://doi.org/10.4324/9780203758045>
115. AJZEN, I., FISHBEIN, M. *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1980.
116. ANDERSEN, F. A. et al. *Revisiting the trajectory of medical students' empathy, and impact of gender, specialty preferences and nationality: a systematic review*. BMC Med Educ. 2020 Feb 17;20(1):52. doi: 10.1186/s12909-020-1964-5. doi. Medline.
117. ALLPORT, G. W. Attitudes. In: *Murchison, C., Ed., Handbook of Social Psychology*, Clark University Press, Worcester, MA, 1935, 798-844.

118. ARDENGHI, S. et al. Does Medical Curriculum Impact on Empathy? A Longitudinal Study in a Sample of Undergraduate Medical Students. In: *Med.Sci.Educ.* 2024, 34, 873-881. <https://doi.org/10.1007/s40670-024-02053-5>
119. ARONSON, E., STEPHAN, C., SIKES, J., BLANEY, N., SNAPP, M. *The Jigsaw classroom*. Beverly Hills, CA: Sage Publications, 1978.
120. BABBIE, E. *The practice of social research*. 12th Edition, Wadsworth, Belmont. ISBN 978-0-495-59847-X
121. BALAN, A., KONONOVA, T. Empathy training in future teachers: methodology and outcomes. In: *European Journal of Educational Sciences*, 2019, vol. 6(2), pp. 45-59.
122. BANDURA, A. *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986. ISBN 013815614X
123. BAR-ON, R. The Impact of Emotional Intelligence on Subjective Well-Being. In: *Perspectives in Education*, vol. 23, 2005, pp. 41-62.
124. BARON-COHEN, S. *Mindblindness: An Essay on Autism and Theory of Mind*. Cambridge, MA: MIT Press, 1995, 171 p. ISBN 0262023849
125. BASEER, M. et al. Baseer, M., Mahboob, U., Shaheen, N., Mehboob, B., S Abdullah, A., Siddique, U. Effectiveness of empathy portfolios in developing professional identity formation in medical students: a randomized controlled trial. In: *BMC Medical Education*, 2024, 24(1), 600. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05529-5>
126. BATSON, C. D. These Things Called Empathy: Eight Related but Distinct Phenomena, in Jean Decety, and William Ickes (eds), In: *The Social Neuroscience of Empathy* (Cambridge, MA, 2009; online edn, MIT Press Scholarship Online, 22 Aug. 2013), <https://doi.org/10.7551/mitpress/9780262012973.003.0002>, accessed 20 Mar. 2026.
127. BATSON, D. The Empathy-Altruism Hypothesis. KOSTIĆ, A., CHADEE, D. (eds.), In: *Positive Psychology: An International Perspective*. Wiley Blackwell, 2021, pp. 12-32.
128. BATT-RAWDEN, S. A. CHISOLM, M. S., ANTON, B., FLICKINGER, T. E. Teaching empathy to medical students: An updated, systematic review. In: *Acad Med.* 2013;88:1171-1177. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318299f3e3>
129. BAUGH, R. F. et al. The Long-Term Effectiveness of Empathic Interventions in Medical Education: A Systematic Review. In: *Advances in medical education and practice*, 2020, 11, 879-890. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S259718>
130. BAUMAN, Z. *Liquid Modernity*. Cambridge: Polity Press, 2000, 232 p. ISBN 0-7456-2409-X

131. BEAUCHAMP, T.L., CHILDRESS, J.F. Principles of Biomedical Ethics. In: *American Journal of Bioethics*, 2019, vol. 19(11), pp. 9-12. <https://doi.org/10.1080/15265161.2019.1665402>
132. BECKER, E. S. KELLER M.M., GOETZ T., FRENZEL A.C., TAXER J.L. Antecedents of teachers' emotions in the classroom: an individual approach. In: *Frontiers in Psychology*. 2015, 6/635. Disponibil: DOI: 10.3389/fpsyg.2015.00635
133. BERG, M. et al. The development of teachers' and their students' social and emotional learning during the "learning to be project"-training course in five european countries. In: *Frontiers in Psychology*. 2021, 12. Disponibil: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.705336>
134. BETANCOURT, J. R. et al. Defining cultural competence. *Public Health Reports*, 2003, vol. 118(4), pp. 293-302. <https://doi.org/10.1093/phr/118.4.293>
135. BENNETT, C. I. (2011). *Comprehensive multicultural education: Theory and practice*. Boston, MA: Allyn and Bacon.
136. BERGMAN, J. *Flipped Learning: Gateway to Student Engagement*. International Society for Technology in Education, Eugene, Oregon, 2014.
137. BISCHOF-KÖHLER, D. The Development of Empathy in Infants. LAMB, M. E., KELLER, H. (eds.), In: *Infant Development*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 1991, pp. 245-273.
138. BLOOM, B. S. *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational objectives*. Handbook I: The cognitive domain. New York: McKay, 1964.
139. BOWLBY, J. *A secure base: Parent child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books, 1988, 136 p. ISBN 0-465-07598-3
140. BRACKETT, M. A. et al. Emotion-regulation ability, burnout, and job satisfaction among british secondary-school teachers. In: *Psychology in the Schools*. 2010, 47/4, pp. 406-417.
141. BRANCH, W. T. BRANCH, W. T., JR, FRANKEL, R., GRACEY, C. F., HAIDET, P. M., WEISSMANN, P. F., CANTEY, P., MITCHELL, G. A., INUI, T. S. A good clinician and a caring person: longitudinal faculty development and the enhancement of the human dimensions of care. In: *Academic Medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 2009, 84(1), 117-125. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181900f8a>
142. BRAZEAU, C. M, SCHROEDER, R., ROVI, S., & BOYD, L. Relationships between medical student burnout, empathy, and professionalism climate. In: *Academic Medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 2010, 85(10 Suppl), S33-S36. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181ed4c47>
143. BURNS, D. *Feeling Good: The New Mood Therapy*. New York: Harper, 1999.

144. BYLUND, C. L., MAKOUL, G. Empathic communication. In: *Patient Education and Counseling*, 2002, vol. 48(3), pp. 207-216. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0738-3991\(02\)00173-8](https://doi.org/10.1016/s0738-3991(02)00173-8)
145. CARKHUFF, R. R. *Helping and Human Relations*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1969, vol.5, no. 1. ISBN 0030812151
146. CARRARD, V. et al. Trajectories of medical students' empathy. In: *BMC Medical Education*, 2025, vol. 25(1), p. 534. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-025-07051-8>
147. CASSELL, E. J. *Doctoring: The Nature of Primary Care Medicine*. Oxford: Oxford University Press, 2002.
148. CAZAC, V., OALA, V. Interactive strategies in teaching and learning EMP. In: *Probleme actuale ale lingvisticii și didacticii limbilor străine*, Ed. 3, 25 noiembrie 2022, Chișinău. Chișinău: CEP UPS „I.Creangă”, 2022, Ediția 3, pp. 35-42. ISBN (pdf) 978-9975-46-739-1. https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/181967
149. CHHABRA, S. Medical Students' Perspectives on the Factors Affecting Empathy Development During Their Undergraduate Training. In: *Medical science educator*, 2022. 32(1), 79-89. <https://doi.org/10.1007/s40670-021-01487-5>
150. CHAN, K. S., ZARY, N. Artificial Intelligence in Medical Education. In: *JMIR Medical Education*, 2019, vol. 5(1). <https://doi.org/10.2196/13930>
151. CHARON, R. *Narrative Medicine*. New York: Oxford University Press, 2006, 288 pp. ISBN 13 978-0-19-516675-0
152. CHEN, H., XUAN, H., CAI, J., LIU, M., SHI, L. The impact of empathy on medical students: an integrative review. In: *BMC Medical Education*, 2024, vol. 24(1), p. 455. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-05448-5>
153. CHRISTOV-MOORE, SIMPSON EA, COUDÉ G, GRIGAITYTE K, IACOBONI M, FERRARI PF. Empathy: gender effects in brain and behavior. In: *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 2014, 46 Pt 4(Pt 4), 604-627. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.09.001>
154. CLARK, K. B. Empathy: a neglected topic in psychological research. In: *American Psychologist*, 1980, vol. 35, pp. 187-190. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.2.187>
155. CRUESS, R. L., CRUESS, S. R., STEINERT, Y. *Teaching medical professionalism: supporting the development of a professional identity*. Cambridge: Cambridge University Press, 2016, 309 pp. ISBN 978-1-107-49524-1
156. CUFF, B. M. P. et al. Empathy: a review of the concept. In: *Emotion Review*, 2016, vol. 8, pp. 144-153. <https://doi.org/10.1177/1754073914558466>

157. DAVID, R. Review of Susan Lanzoni, "Empathy. A History". In: *Aisthesis*, 2020, vol. 13, pp. 196-198.
158. DAVIS, M. H. A multidimensional approach to individual differences in empathy. In: *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 1980, vol. 10, p. 85. <https://cir.nii.ac.jp/crid/1572261551142528640>
159. DAVIS, M. H. Measuring individual differences in empathy. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 1983, vol. 44, pp. 113-126. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>
160. DAVIS, M. H. *Empathy: A Social Psychological Approach*. London: Routledge, 2018. <https://doi.org/10.4324/9780429493898>,
161. DECETY, J., JACKSON, P. L. The functional architecture of human empathy. In: *Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews*, 2004, vol. 3(2), pp. 71-100. <https://doi.org/10.1177/1534582304267187>
162. DECI, E. L., RYAN, R. M. *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior (2nd ed.)*, 1985. New York: Plenum Press. <http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4899-2271-7>
163. DEVITO, J. A. *Human communication: the basic course*. 14th ed. New York: Pearson Education, 2018, 496 p. ISBN-13: 9780134408644
164. DÍEZ-GOÑI, N., RODRÍGUEZ-DÍEZ, M. C. Why teaching empathy is important for the medical degree. In: *Revista Clínica Española*, 2017, vol. 217(6), pp. 332-335. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2017.01.005>
165. DONKER, M. H. et al. *Teachers' emotional exhaustion: associations with their typical use of and implicit attitudes toward emotion regulation strategies*. In: *Frontiers in Psychology*, 2020, 11. Disponibil: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00867>
166. DOTY, J. R. *Into the Magic Shop: A Neurosurgeon's Quest to Discover the Mysteries of the Brain and the Secrets of the Heart*. New York: Avery, 2016. 288 p. ISBN 978-0698404021.
167. DUAN, C., HILL, C. E. The current state of empathy research. In: *Journal of Counseling Psychology*, 1996, vol. 43, pp. 261-274. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.43.3.261>
168. DYMOND, R. F. A preliminary investigation of insight and empathy. In: *Journal of Consulting Psychology*, 1948, vol. 12(4), pp. 228-233. <https://doi.org/10.1037/h0056251>
169. DYRBYE, L. N. et al. Psychological distress among medical students. In: *Academic Medicine*, 2006, vol. 81(4), pp. 354-373. <https://doi.org/10.1097/00001888-200604000-00009>
170. EISENBERG, N. et al. Empathy-related responding. In: *Social Issues and Policy Review*, 2010, vol. 4(1), pp. 143-180. <https://doi.org/10.1111/j.1751-2409.2010.01020.x>

171. EPSTEIN, R. M., KRASNER, M. S. Physician resilience. In: *Academic Medicine*, 2013, vol. 88(3), pp. 301-303. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e318280cff0>
172. EPSTEIN, R. *Attending: medicine, mindfulness, and humanity*. New York: Scribner, 2017, 304 p., ISBN 978-1-5011-2171-5
173. EPSTEIN, R. M. Mindful practice. In: *JAMA*, 1999, vol. 282(9), pp. 833-839. <https://doi.org/10.1001/jama.282.9.833>
174. FENDT, G. Martha C. Nussbaum, Upheavals of thought: the intelligence of the emotions, In: *Faith and Philosophy: Journal of the Society of Christian Philosophers*: Vol. 21: Issue 3, Article 11. DOI: 10.5840/faithphil200421331 Available at: <https://place.asburyseminary.edu/faithandphilosophy/vol21/iss3/11>.
175. FERRI, P. et al. Empathy and burnout: an analytic cross-sectional study among nurses and nursing students. In: *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*, 2015, 86 Suppl 2, 104-115.
176. FRAGKOS, K. C., CRAMPTON, P. E. S. Teaching clinical empathy. In: *Acad. Med.*, 2020, vol. 95(6), pp. 947-957. DOI: <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000003058>
177. FRANK, A. W. *The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics*. Chicago: University of Chicago Press, 1995, 213 p. <https://doi.org/10.7208/chicago/9780226260037.001.0001>
178. FRANK, A. W. *The renewal of generosity*. Chicago: University of Chicago Press, 2004. <https://doi.org/10.7208/chicago/9780226260259.001.0001>,
179. FRANK, J. R. *The CanMEDS 2005 physician competency frame work. Better standards. Better physicians. Better care*. Ottawa, 2005, ON: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
180. FREUD, S. *Group psychology and the analysis of the ego*. London: Hogarth Press, 1921, 40 p
181. FREUDENBERGER, H. J. Staff burnout. In: *Journal of Social Issues*, 1974, vol. 30, pp. 159-165. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
182. FROMM, E. *The art of loving : An Enquiry into the Nature of Love..* New York: Harper & Brothers, 1956, 148 p
183. GLAVAN, A., REPEȘCO, G. Ethical aspects and social responsibilities in AI research. In: *Didactica Danubiensis Journal*, 2025, vol. 5(1), ISSN 2821-4374.
184. GLAVAN, A., REPEȘCO, V. Integrated educational platforms in higher education. In: *Didactica Danubiensis Journal*, 2023, pp. 93-101. ISSN 2821-4374.
185. GLAVAN, A. Dimensions of psychological trauma. In: *Practical Highlights of Apy-Phyto-Aromatherapy in Psycho-Physical Trauma*. București: Editura Etna, 2024, pp. 10-21. ISBN 978-630-6644-00-1.

186. GOETZ, J. L. et al. Compassion: an evolutionary analysis. In: *Psychological Bulletin*, vol. 136(3), 2010, pp. 351-374. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0018807>
187. GUILFORD, J. P. *Personality*. New York: McGraw-Hill, 1959, 563 p. Library of Congress Catalog Card Number 58-11173
188. HAFFERTY, F. W. Hidden curriculum in medicine. In: *Academic Medicine*, 1998, vol. 73(4), pp. 403-407. DOI: <https://doi.org/10.1097/00001888-199804000-00013>
189. HAIDET, P., STEIN, H. F. Student-teacher relationship. In: *Journal of General Internal Medicine*, 2006, vol. 21(Suppl. 1), pp. S16-S20. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00304.x>
190. HALL, J. A., ROTER, D. L. Patient gender and communication. In: *Women's Health*, 1995, vol. 1(1), pp. 77-95. ISSN 10772928.
191. HALPERN, J. *From detached concern to empathy: Humanizing Medical Practice*. 2001, 165 p. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:osobl/9780195111194.001.0001>
192. HAQUE, O. S., WAYTZ, A. Dehumanization in medicine. In: *Perspectives on Psychological Science*, 2012, vol. 7, pp. 176-186. DOI: <https://doi.org/10.1177/1745691611429706>
193. HOFFMAN, M. L. *Empathy and moral development*. New York: Cambridge University Press, 2000. 331 p. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511805851>
194. HOGAN, R. Development of an empathy scale. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1969, no. 33, p.307-316.
195. HOJAT, M. Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients. In: *Academic Medicine*, 2011, vol. 86(3), pp. 359-364. DOI: <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182086fe1>
196. HOJAT, M. et al. The Jefferson Scale of Empathy. *Advances in Health Sciences Education*, 2018, vol. 23(5), pp. 899-920. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10459-018-9839-9>
197. HOJAT, M. *Empathy in health professions education and patient care*. New York: Springer, 2016, 450 p. ISBN 978-3-319-27624-3 <https://doi.org/10.1007/978-3-319-27625-0>
198. HOJAT, M. VERGARE, M. J., MAXWELL, K., BRAINARD, G., HERRINE, S. K., ISENBERG, G. A., VELOSKI, J., GONNELLA, J. S. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. In: *Acad Med*. 2009, 84(9), 1182-1191. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181b17e55>
199. HOWE, A. Patient-centred medicine through student-centred teaching. In: *Medical Education*, 2001, vol. 35(7), pp. 666-672. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2923.2001.00925.x>

200. HOWICK, J. et al. Transition course to reverse empathy decline. In: *The Clinical Teacher*, 2025, vol. 22(4), e70138. DOI: <https://doi.org/10.1111/tct.70138>
201. HOWICK, J. et al. Effects of empathic communication. In: *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2018, vol. 111(7), pp. 240-252. DOI: <https://doi.org/10.1177/0141076818769477>
202. HOWICK, J., DUDKO, M., FENG, S. N., AHMED, A. A., ALLURI, N., NOCKELS, K., WINTER, R., HOLLAND, R. Why might medical student empathy change throughout medical school? A systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. In: *BMC Medical Education*, 2023, 23(1), 270. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04165-9>
203. HUME, D. *A Treatise of Human Nature*. Ed. L. A. Selby-Bigge. Oxford: Clarendon Press, 1896, 709 p. ISBN 978-0-521-54158-9
204. HUNTER, J. C. *The Servant: A Simple Story About the True Essence of Leadership*. Prima Publishing, 1998, 187 p. ISBN 9780761513698
205. HAHN, C., HUSSERL, E. *The Basic Problems of Phenomenology: From the Lectures, Winter Semester, 1910-1911*, 2010. Translated by Ingo Farin and James G. Hart. Husserl Studies. 26. 10.1007/s10743-010-9073-7.
206. HVIDT, E. A., SØNDERGAARD, J., HVIDT, N. C., WEHBERG, S., BÜSSING, A., ANDERSEN, C. M. Development in Danish medical students' empathy: study protocol of a cross-sectional and longitudinal mixed-methods study. In: *BMC medical education*, 2020, 20(1), p. 54. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-1967-2>
207. IZARD, C.E. Four systems for emotion activation: Cognitive and noncognitive processes. In: *Psychological Review*, 100, 1993, pp. 68-90. [citat 09.09.2019]. Disponibil: <https://pdfs.semanticscholar.org/a6b1/36a13f0b3122ef62d687038b174eca74d1a3.pdf>
208. JABER, L. Z., SOUTHERLAND, S., DAKE, F. Cultivating epistemic empathy in preservice teacher education. In: *Teaching and Teacher Education*. 2018, nr. 72, pp. 13-23. Disponibil: <https://doi.org/10.1016/j.tate.2018.02.009>
209. JEFFREY, D. Clarifying empathy: the first step to more humane clinical care. In: *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 2016, 66(643), e143-e145. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X683761>
210. KERR, W. A., SPEROFF, B. J. Validation and Evaluation of the Empathy Test. In: *Journal of General Psychology*, 1954, vol. 50, pp. 269-276.
211. KJELDMAND, D., HOLMSTROM, I. Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners. In: *Annals of family medicine*, 2008, 6(2), pp. 138-145. <https://doi.org/10.1370/afm.813>

212. KIM, S. S., KAPLOWITZ, S., JOHNSTON, M. V. The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance. In: *Eval. Health Prof.* 2004, vol. 27, pp. 237-251. ISBN 978-1-80356-611-5 <https://doi.org/10.1177/0163278704267037>
213. KLEINMAN, A. The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition: [Excerpt]. In: *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 92(10), 2017, p. 1406. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001864>
214. KOESTLER, A. *The Act of Creation*. London: Hutchinson, 1964, 751 p. ISBN-13: 978-1939438980
215. KOLB, D. A. *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1984. ISBN: 0132952610 <http://academic.regis.edu/ed205/Kolb.pdf>
216. KORSCH, B. M., GOZZI, E. K., FRANCIS, V. Gaps in doctor-patient communication. 1. Doctor-patient interaction and patient satisfaction. In: *Pediatrics*, 42(5), 1968, pp. 855-871.
217. LARSON, E. B., YAO, X. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. In: *JAMA*, 293(9), 2005, pp. 1100-1106. <https://doi.org/10.1001/jama.293.9.1100>
218. LAUGHEY, W., SANGVIK, G., STOCKBRIDGE, C., FINN, G. M. Twelve tips for teaching empathy using simulated patients. In: *Medical teacher*, 41(8), 2019, pp. 883-887. <https://doi.org/10.1080/0142159X.2018.1481283>
219. LAUGHEY, W. F., ATKINSON, J., CRAIG, A. M., DOUGLAS, L., BROWN, M. E., SCOTT, J. L., ALBERTI, H., FINN, G. M. Empathy in Medical Education: Its Nature and Nurture - a Qualitative Study of the Views of Students and Tutors. In: *Medical science educator*, 31(6), 2021, pp. 1941-1950. <https://doi.org/10.1007/s40670-021-01430-8>
220. LAUNER, J. *Narrative-Based Primary Care: A Practical Guide* (1st ed.). CRC Press, 2002, 92 p. eBook ISBN9781315385549. <https://doi.org/10.1201/9781315385549>,
221. LIKERT, R. A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 1932, vol. 140, pp. 1-55.
222. LIN, H. L., WANG, Y. C., HUANG, M. L., YU, N. W., TANG, I., HSU, Y. C., & HUANG, Y. S. Can virtual reality technology be used for empathy education in medical students: a randomized case-control study. In: *BMC medical education*, 24(1), 2024, p. 1254. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06009-6>
223. LOSASSO A.A, LAMBERTON CE, SAMMON M. *Enhancing student empathetic engagement, history-taking, and communication skills during electronic medical record use in patient care*. *Acad Med*. 2017;92:1022-1027

224. LOWN, B. A., MANNING, C. F. The Schwartz Center Rounds: evaluation of an interdisciplinary approach to enhancing patient-centered communication, teamwork, and provider support. In: *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 85(6), 2010, pp. 1073-1081. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181dbf741>
225. MCNALLY, G., HAQUE, E., SHARP, S. THAMPY, H. Teaching empathy to medical students. In: *The Clinical Teacher*, 2023, vol. 20(1), e13557. <https://doi.org/10.1111/tct.13557>
226. MAITY, S, et all. S. Enhancing emotional intelligence in medical education: a systematic review of interventions. In: *Front. Med.* 2025, 12:1587090. doi: 10.3389/fmed.2025.1587090.
227. MAGUIRE, P., PITCEATHLY, C. Key communication skills and how to acquire them. In: *BMJ (Clinical research ed.)*, 2002, vol. 325(7366), pp. 697-700. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7366.697>
228. MASLACH, C., JACKSON, S. E. The Measurement of Experienced Burnout. In: *Journal of Organizational Behavior*, 1981, 2, 99-113. <http://dx.doi.org/10.1002/job.4030020205>
229. MASLOW, A. H. *Motivation and Personality* (2nd ed.). New York: Harper and Row, 1970, 369 p. Card number: 76-113490
230. MAYER, J. D., SALOVEY, P. *What is emotional intelligence?* In P. Salovey, and D. J. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* 1997, pp. 3-31. New York, NY. Basic Books.
231. MEAD, G. H. *Mind, Self and Society*. University of Chicago Press, 1934, 401 p. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-50777-3>
232. MEAD, N., BOWER, P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. In: *Social science & medicine*, 2000, vol. 51(7), pp. 1087-1110. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00098-8)
233. MEHRABIAN, A., EPSTEIN, N. *A measure of emotional empathy*. In: *Journal of Personality*, 1972, no. 40(4), p.525-543. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1972.tb00078.x>
234. MERCER, S. W., REYNOLDS, W. J. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract.* 2002 Oct;52 Suppl (Suppl): S9-12. Medline.
235. MICHALEC, B., HAFFERTY, F. W. Challenging the clinically-situated emotion-deficient version of empathy within medicine and medical education research. In: *Social theory and health: STH*, 2022, 20(3), 306-324. <https://doi.org/10.1057/s41285-021-00174-0>

236. MUÑOZ-MIQUEL, A. Empathy, Emotions and Patient-centredness: a Case Study on Communication Strategies. In: *HERMES - Journal of Language and Communication in Business*. 2019, 59, pp. 71-89. 10.7146/hjlc.v59i1.116990.
237. MURIS, P., OTGAAR, H. Self-Esteem and Self-Compassion: A Narrative Review and Meta-Analysis on Their Links to Psychological Problems and Well-Being. In: *Psychology research and behavior management*, 2023, 16, 2961-2975. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S402455>
238. NEUMANN, M., EDELHÄUSER, F., TAUSCHEL, D., FISCHER, M. R., WIRTZ, M., WOOPEN, C., HARAMATI, A., SCHEFFER, C. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. In: *Acad Med*. 2011, 86(8):996-1009. doi: 10.1097/ACM.0b013e318221e615. doi. Medline.
239. NGO, H. L., SOKOLOVIC, N., JENKINS, J. M. Teaching cognitive and affective empathy in medicine: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. In: *Medical education online*, 2025, 30(1), 2501263. <https://doi.org/10.1080/10872981.2025.2501263>
240. NODDINGS, N. *Caring: A Relational Approach to Ethics and Moral Education*. 2nd Edition, University of California Press, Berkeley, 2013. ISBN 9780520275706
241. NOORDMAN, J., POST, B., VAN DARTEL, A. A. M., SLITS, J. M. A., OLDE HARTMAN, T. C. Training residents in patient-centred communication and empathy: evaluation from patients, observers and residents. In: *BMC medical education*, 2019, 19(1), p. 128. <https://doi.org/10.1186/s12909-019-1555-5>
242. OALA, V., Determinant factors of the development of professional empathy in medical students. In: *Managementul educațional: realizări și perspective de dezvoltare*, Ed. 4, 27-28 octombrie 2022, Bălți. Bălți: Tipografia din Bălți, 2022, Ediția 4-a, pp. 329-334. ISBN 978-9975-161-32-9. https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/176195
243. OALA, V., BOROZAN, M. Professional Attitudes Of Medical Students In The Context Of Current Challenges, CIEA, In: *Education for Peace and Sustainable Development*, Ed. Ediția 6, 9-10 octombrie 2023, Chișinău. Republica Moldova: 2023, Ediția 6-a, pp. 103-104. ISBN 978-9975-62-593-7.
244. OALA, V., COJOCARU-BOROZAN, M., Interferences of empathy with social self-efficacy in the current context of the emotional culture approach. In: *Conferința Științifică Internațională „Problematika Feministă Reflectată în Societatea Contemporană“*. Iași, Ediția a XIV-a, mai, 2023, pp.97-106, ISBN 978-630-328-000-4 Diponibil: https://drive.google.com/file/d/1O_IqT2iY6lOqigCSk5F7F30x9SOKJt_L/view?usp=drive_link

245. **OALA, V.,** BOROZAN, M., *The Value Of Empathy In Building Emotional Comfort Within The Family. Iași,* 2024, pp. 442-455. <https://www.researchgate.net/publication/400711849>
The value of empathy in building emotional comfort within the family
246. **OALA V.,** BOROZAN M., GOLUBOVSKI O., *University didactic technologies for the development of medical empathy.* Coursebook. România: Ars Libri Publishing House Costești, 2025. 268 p. ISBN: 978-606-35-3003-3
247. **OALA, V.** University Teaching Technology for Developing Medical Empathy. In: *Didactica Danubiensis,* 2025, 5(1), 236–249. <https://dj.univ-danubius.ro/index.php/DD/article/view/3639>
248. PRENSKY, M. *Digital Natives, Digital Immigrants Part 1,* On the Horizon, 2001, Vol. 9 Issue: 5, pp. 1-6, doi: 10.1108/10748120110424816
249. PIAGET, J. *The Moral Judgement of the Child.* London: Kegan Paul, Trench, 1932, 452 p. ISBN 0 7100 3106 8
250. PIRA, G. L., RUINI, C., VESCOVELLI, F., BAÑOS, R., & VENTURA, S. Could Empathy Be Taught? The Role of Advanced Technologies to Foster Empathy in Medical Students and Healthcare Professionals: A Systematic Review. In: *Journal of medical systems,* 2025, 49(1), 6. <https://doi.org/10.1007/s10916-025-02144-9>
251. POHL, M. *Learning to think thinking to learn: models and strategies to develop a classroom culture of thinking / by Michael Pohl.* Highett, Vic.: Hawker Brownlow Education, 1999. 1740250486
252. POTTER, R. L. From clinical ethics to organizational ethics: the second stage of the evolution of bioethics. In: *Bioethics forum,* 1996, 12(2), 3-12.
253. QUINCE T.A, THIEMANN P, BENSON J, HYDE S. Undergraduate medical students' empathy: Current perspectives. *Adv Med Educ Pract.* 2016; 7:443-55. DOI: [10.2147/AMEP.S76800](https://doi.org/10.2147/AMEP.S76800)
254. REMEN, R. N. *Kitchen table wisdom: Stories that heal.* Penguin, 2006, 338 p. ISBN-13: 978-1573226103
255. REZNEK, L. *The Philosophical Defence of Psychiatry* (1st ed.). Routledge, 1991. <https://doi.org/10.4324/9780203981726>
256. RIESS, H., KELLEY, J. M., BAILEY, R. W., DUNN, E. J., PHILLIPS, M. Empathy training for resident physicians: a randomized controlled trial of a neuroscience-informed curriculum. In: *Journal of general internal medicine,* 2012, 27(10), 1280-1286. <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2063-z>

257. RIVA, G., Neuroscience of Virtual Reality: From Virtual Exposure to Embodied Medicine. In: *Cyberpsychology, behavior and social networking*, 2019, 22(1), 82-96. <https://doi.org/10.1089/cyber.2017.29099.gri>
258. ROGERS, C. R. Empathic: An Unappreciated Way of Being. *The Counseling Psychologist*, 1975, 5, 2-10. <http://dx.doi.org/10.1177/001100007500500202>
259. ROGERS, C. R. Client-centered therapy. Boston: Houghton Mifflin, 1951, 560 p. DOI:10.1007/978-0-387-29681-4_3
260. ROGERS, C. R. *On Becoming a Person*. Boston: Houghton Mifflin, 1959, 420 p. ISBN 0-395-75531-X
261. ROTER, D., HALL, J. JUNGHANS, B. *Doctors Talking with Patients-Patients Talking with Doctors: Improving Communication in Medical Visits*. 2006, 238 p. ISBN 0275990141
262. ROWE, J. W., KAHN, R. L. Successful aging. *The Gerontologist*, 1997, 37(4), 433-440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
263. RUTTAN, R. L., MCDONNELL, M. H., & NORDGREN, L. F. Having “been there” doesn’t mean I care: When prior experience reduces compassion for emotional distress. In: *Journal of personality and social psychology*, 2015, 490 p. 108(4), 610. <https://doi.org/10.1037/pspi0000012> DOI: [10.1037/pspi0000012](https://doi.org/10.1037/pspi0000012)
264. SALINSKY, J., SACKIN, P. *What are You Feeling Doctor?: Identifying and Avoiding Defensive Patterns in the Consultation* (1st ed.). CRC Press, 2000. <https://doi.org/10.1201/9781315384436>
265. SALOVEY, P., MAYER, J. D. *Emotional intelligence. Key Readings on the Mayer and Salovey Model*. N.Y.: Dude Publishing, 2007. ISBN 978-1-887943-72-7.
266. SARKIS, D. J., LUCCHETTI, G., MATTOS MARTINS, M. D. C., DE SOUZA FERREIRA, B., DE OLIVEIRA SOARES, A. H., DA SILVA EZEQUIEL, O., LUCCHETTI, A. L. G. Effectiveness of different strategies to teach empathy among medical students: A randomized controlled study. In: *Patient education and counseling*, 2025, 130, 108468. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2024.108468>
267. SCHELER, M. *The Nature of Sympathy*. Trans. Peter Heath. London: Routledge & Kegan Paul, 1954, 274 p. ISBN 978-1-4128-0687-9
268. SELIG, J. P., PREACHER, K. J. (2008, June). *Monte Carlo method for assessing mediation: An interactive tool for creating confidence intervals for indirect effects*. Available from <http://quantpsy.org/>.
269. SEVCIUC, M., SÎRGHI, A. Blended learning in the context of lifelong learning. In: *Y. Syvokhop, J. Świerzawski (Eds.). Continuous education: current discourses*. Publishing

- House of University of Technology, Katowice, Poland, 2022, p. 31-41, ISBN 978-83-963977-3-7 DOI:10.54264/M004
270. SEVCIUC, M., ȚURCAN, C., TOMA, N. Didactic technologies and strategies for adults: concept and peculiarities. In: *Revista Educația Omului de azi pentru Lumea de Mâine*, Oradea, România, nr.18, 2021, p.34-42, ISSN: 1843-9985, (0,45 c.a.)
271. SEVCIUC, M. Socio-professional coordinate of motivation for Self-training in educational field. In: *Revista Educația Omului de azi pentru Lumea de Mâine*, Oradea, România, nr.19, 2022, p.31-36 ISSN: 1843-9985.
272. SEVCIUC, M., BOTEZATU V., REABOI-PETRACHI V., DICUSARĂ O., DABIJA A. Career guidance of students in the context of educational policies: findings and perspectives. In *Revista „Studia Universitatis Moldaviae”, Seria „Științe ale Educației”, Categorie B*, Chișinău: Centrul Editorial-Poligrafic al USM, 2024, nr.5(175), p.28-39, ISSN 1857-2103
273. SHANAFELT, T. D., NOSEWORTHY, J. H. Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. In: *Mayo Clinic proceedings*, 2017, 92(1), 129-146. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.10.004>
274. SHAPIRO, J. Walking a mile in their patients' shoes: Empathy and othering in medical education. In: *Philosophy, ethics, and humanities in medicine: PEHM*, 2008, 3, 10. <https://doi.org/10.1186/1747-5341-3-10>
275. SIRGHI, A., SEVCIUC, M. Praxiological aspects of developing foreign language communicative competence. In: *Studia Universitatis Moldaviae (Seria Științe ale Educației)*. 2025, nr. 5(185), pp. 35-46. ISSN 1857-2103. DOI: [https://doi.org/10.59295/sum5\(185\)2025_04](https://doi.org/10.59295/sum5(185)2025_04).
276. SMITH, A. The Theory of Moral Sentiments (D. D. Raphael A. L. Macfie, Eds.). Oxford: Clarendon Press, 1976. (Original work published 1759) ISBN 0-86597-012-2
277. SONG, Y., SHI, M. Associations between empathy and big five personality traits among Chinese undergraduate medical students. *PloS one*, 2017, 12(2), e0171665. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171665>
278. SPENCER, L. M., SPENCER, S. M. Competence at Work: Models for Superior Performance. John Wiley and Sons, New York, 1993, 398 p. ISBN 0-471-54809-X
279. SRINIVASAN, S., RACHOIN, J. S., GENTILE, M., HUNTER, K., CERCEO, E. Empathy and cultural competence remains stable for medical students: do the humanities have an effect? In: *BMC medical education*, 2024, 24(1), 1301. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06040-7>

280. STEIN, E. On the Problem of Empathy. The Collected Works of Edith Stein. Washington : ICS Publications, 1917/ 1989. 135 p. ISBN 0-935216-1-1-1
281. STEPIEN, K. A., BAERNSTEIN, A. Educating for empathy. A review. *Journal of general internal medicine*, 2006, 21(5), 524-530. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00443.x>
282. STERNBERG, R. J. (ed) The Cambridge Handbook of Intelligence. Second Edition. Cambridge University Press, 2020. 1272 p. ISBN 9781108485104
283. STOTLAND, E. Exploratory Investigations of Empathy. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*. 1969, Vol. 4, pp. 271-314. New York: Academic Press.
284. STRATTON, T.D., SAUNDERS, J. A., ELAM, C.L., How to distress and well-being relate to medical student empathy? A multicenter study. In: *Journal of General Internal Medicine* 2007, 22(2):177-83 DOI:10.1007/s11606-006-0039-6
285. TEDING VAN BERKHOUT, E., MALOUFF, J. M The efficacy of empathy training: A meta-analysis of randomized controlled trials. In: *Journal of counseling psychology*, 2016, 63(1), 32-41. <https://doi.org/10.1037/cou0000093>
286. TÎMBALIUC, E., BARBĂNEAGRĂ, Al., DERMENDZI-GURGUROV, S The value-emotional component in the structure of intercultural competence. In: *Buletinul științific al Universității de Stat "Bogdan Petriceicu Hasdeu" din Cahul, Seria "Științe Umanistice"*, 2022, nr. 1(15), pp. 155-165. ISSN 2345-1866.
287. TITCHENER, E. B. *A Textbook of Psychology*. New York, Macmillan, 1910, 602 p. ISBN 1022883062
288. TOBER, G. *Motivational Interviewing: Helping People Change*. Alcohol and Alcoholism. 2013, 48. 376-377. ISBN 978-1-4625-5279-5
289. TOMLINSON, C. A. *The Differentiated Classroom: Responding to the Needs of All Learners*. Alexandria, VA: Association for Supervision and Curriculum Development, 1999, 140 p. ISBN 0-87120-342-1
290. TOON, P. D. *A Flourishing Practice?* London: RCGP, 2014, 152 p. ISBN 0850843537, 9780850843538
291. TRZECIAK, S., MAZZARELLI, A., ARNOLD, R. Compassionomics: Hypothesis and experimental approach. In: *Medical hypotheses*, 2017, 107, 92-97. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2017.08.015>
292. VEATCH, R. M. *A theory of medical ethics*. New York: Basic Books, 1981, 387 p. ISBN 0-465-08437-0

293. VINSON, A. H., Underman, K. Clinical empathy as emotional labor in medical work. In: *Social science and medicine*, 2020, (1982), 251, 112904. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.112904>
294. VYGOTSKY, L. S. *Mind in society: The development of higher psychological processes*. In M. Cole, V. John-Steiner, S. Scribner and E. Souberman (Eds.), Cambridge, MA: Harvard University Press, 1978, 175 p. ISBN 0-674-57629-2
295. WATT, D. F. Watt, D.F. Toward a Neuroscience of Empathy: Integrating Affective and Cognitive Perspectives. In: *Neuropsychoanalysis*, 2007, 9(2), 119 - 140. DOI:[10.1080/15294145.2007.10773550](https://doi.org/10.1080/15294145.2007.10773550)
296. WEAR, D. Wear, D. Perspective: A perfect storm: the convergence of bullet points, competencies, and screen reading in medical education. In: *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 2009, 84(11), 1500-1504. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3181ba9946>
297. WENTZEL, K. R. *Social competence at school: Relation between social responsibility and academic achievement*. Review of Educational Research, 1991, 61(1), 1-24. ISSN-0034-6543
298. WEST, C. P., DYRBYE, L. N., SHANAFELT, T. D. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. In: *Journal of internal medicine*, 2018, 283(6), 516-529. <https://doi.org/10.1111/joim.12752>
299. WISPÉ, L. The Distinction between Sympathy and Empathy: To Call Forth a Concept, a Word Is Needed. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 1986, 50, 314-321. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.2.314>
300. WILLIAMS, B., BROWN, T., MCKENNA, L., BOYLE, M. J., PALERMO, C., NESTEL, D., BRIGHTWELL, R., MCCALL, L., RUSSO, V. Empathy levels among health professional students: a cross-sectional study at two universities in Australia. In: *Advances in medical education and practice*, 2014, 5, 107-113. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S57569>
301. ZINGAN, O., BARBĂNEAGRĂ, Al. Challenges engineers-to-be encounter in reading specialized texts. In: *Noi tendințe în predarea limbajelor de specialitate*, Ed. 2, 18 martie 2017, Chișinău. Chișinău: CEP USM, 2017, pp. 175-179. ISBN 978-9975-56-433-5.

În limba franceză

302. COSNIER, J. *Psychologie des émotions et des sentiments*. Paris: Retz, 1994. Print. ISBN 9782725615325
303. DURKHEIM, É. *De la division du travail social*. Paris: Félix Alcan, 1893, 468 p. ISBN 1332557589
304. GRAWITZ, M. *Méthodes de recherche en sciences sociales*. Paris: Dalloz, 2001. ISBN 2-7076-0692-8
305. MAUCORPS, P.H., BASSOUL, R. *Empathies et connaissance d'autrui*. Paris: Centre National de la recherche scientifique, 1960, vol 1, 93 p
306. CHAUVEL, H. Étude de l'évolution de l'empathie et des connaissances des étudiants en médecine avant et après un module obligatoire de formation à la relation médecin-malade. *Médecine humaine et pathologie*, 2020. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02940933v1>

În limba germană

307. LIPPS, T. *Ästhetik: Psychologie des Schönen und der Kunst*. Bd. 1. Hamburg: Voss, 1903. XIV u. 601 S. Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane 37: 292-298
308. SCHÄFER, C. *Die Bedeutung der Empathie für die Arzt-Patient-Beziehung*. München: Urban and Fischer, 2003. 198 p. ISBN: 978-3-437-31652-4
309. VISCHER, R. *Über das optische Formgefühl*. Ein Beitrag zur Ästhetik. Leipzig: Hermann Credner, 1873. <https://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=hvd.32044108132788;view=1up;seq=5>.

În limba rusă

310. АНАНЬЕВ, Б. Г. *Человек как предмет познания*. Санкт-Петербург: Питер, 2001. 288 с. ISBN 5-272-00315-2.
311. БОДАЛЕВ, А. А. *Психология общения*. Москва. Воронеж: МОДЭК, 2002. 256 с. ISBN 5-87977-027-3
312. GORBATKOW, A. Исследование позитивно-негативной асимметрии эмоций на разных уровнях субъектного развития. In: *The Journal of the Higher School of Economics*. 2008, 5. 133-143. <https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-pozitivno-negativnoy-asimmetrii-emotsiy-na-raznyh-urovnyah-subektnogo-razvitiya> (дата обращения: 26.04.2026).
313. ЖОЛУДОВА, А., ПОЛЯКОВА, О. *Мониторинг готовности студентов старших курсов медицинских вузов к профессиональной деятельности*. Вестник

- Нижевартовского государственного университета, 2021, (1 (53)), 109-115. <https://cyberleninka.ru/article/n/monitoring-gotovnosti-studentov-starshih-kursov-meditsinskih-vuzov-k-professionalnoy-deyatelnosti> (дата обращения: 26.04.2026).
314. ИЗАРД, К. *Психология эмоций*. Санкт-Петербург: Питер, 2006. 464 с. ISBN 5-272-00061-7.
315. КАРВАСАРСКИЙ, Б. Д. (ред.) *Психотерапевтическая энциклопедия*. Санкт-Петербург: Питер, 2000. 1024 с. ISBN 5-8046-0152-9.
316. КОНОНОВА, Т. О сущности педагогических технологий. In: *Probleme de filologie: aspecte teoretice și practice*, Ed. 2, 11 decembrie 2015, Bălți. Balti, Republic of Moldova: Tipografia "Indigou Color", 2016, Ediția 2, pp. 54-59. ISBN 978-9975-3145-3-4.
317. ЛЕОНТЬЕВ, А. Н. *Деятельность. Сознание. Личность*. Москва: Смысл, 2005. 352 с. ISBN 5-89357-153-2.
318. ЛЕОНТЬЕВ, Д. А. *Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности*. 3-е изд. Москва: Смысл, 2007. 511 с. ISBN 978-5-89357-237-4.
319. МАЦКЕВИЧ Е., ШИРОКОГОРОВА Т. Эмпатия как необходимый клинический навык врача. In: *Азимут научных исследований: педагогика и психология*, 2022, 11 (2 (39)), 54-59. <https://cyberleninka.ru/article/n/empatiya-kak-neobhodimyy-klinicheskiy-navyk-vracha> (дата обращения: 26.04.2026).
320. МЯСИЩЕВ, В. Н. *Психология отношений*. Москва. Воронеж: МОДЭК, 2004. 400 с. ISBN 5-89395-465-9
321. ОРЛОВ, А. Б. *Психология личности и сущности человека: парадигмы, проекции, практики*. Москва: Академия, 2002. 272 с. ISBN 5-7695-0827-2.
322. РУБИНШТЕЙН, С. Л. *Основы общей психологии*. Санкт-Петербург: Питер, 2005, 713 с. ISBN 5-314-00016-4.
323. СЛОБОДЧИКОВ, В. И., ИСАЕВ, Е. И. *Основы психологической антропологии. Психология человека*. Москва: Школа-Пресс, 1995. 384 с. ISBN 5-88527-081-3.
324. УДАЛОВА, Т.Ю., МОРДЫК, А.В., РЕЗНИЧЕНКО, И.С., АРОЯН, А.Р., РУДЕНКО, С.А., БАТИЩЕВА, Т.Л. Профессиональное выгорание и эмпатия медицинских работников противотуберкулезных диспансеров. *Человек и его здоровье*. 2017, 124-129. 10.21626/vestnik/2017-1/22.
325. ЮСУПОВ, И. М. *Психология эмпатии: Теоретические и прикладные аспекты*. Диссертация доктора психологических наук. Санкт-Петербург, 1995, 252 р.

Documente normative și resurse online

326. Cadrul european al calificărilor. Disponibil: <https://mecc.gov.md/ro/content/cadruleuropean-al-calificarilor>
327. Cadrul național al calificărilor din republica moldova. Chișinău: Ministerul Educației, 2011. Disponibil: <https://mecc.gov.md>.
328. Codul Educației. Publicat: 24.10.2014 în Monitorul Oficial Nr. 319-324, art. Nr: 634; data intrării în vigoare: 23.11.2014 (cu modificările ulterioare: 2016, 2017, 2018, 2019). Disponibil la: www.mecc.gov.md.
329. Codul de etică și deontologie a lucratorului medical și farmacistului. Disponibil: <https://cnts.md/storage/files/Structura/139%20O%20din%2010.07.2019%20Aprobarea%20codului%20de%20etica%20deontologica.pdf>
330. Curriculum universitar: formare medicală inițială. Chișinău: USMF „Nicolae Testemițanu”, 2022. https://didactic.usmf.md/sites/default/files/inline-files/Plan%20invatamant_programul%20de%20studii_Medicina_2019-2020.pdf
331. General Medical Council. Outcomes for graduates. London: GMC, 2018 Disponibil: <https://www.gmc-uk.org/education/standards-guidance-and-curricula/standards-and-outcomes/outcomes-for-graduates>.
332. Metodologia de implementare a Boloniei în Republica Moldova, Chișinău: Ministerul Educației, 2010. <https://mecc.gov.md/ro/content/procesul-bologna>
333. Planul național de sănătate al republicii moldova 2021-2025. Chișinău: Ministerul Sănătății, 2021. Disponibil: <https://msmps.gov.md>.
334. Regulamentul privind formarea profesională continuă a lucrătorilor medical. Chișinău: Ministerul Sănătății, 2015. https://ms.gov.md/sites/default/files/regulament_nou_emc.pdf
335. Strategia de dezvoltare „Educația 2030” și Programul de implementare a acesteia https://cancelaria.gov.md/sites/default/files/strategia_nationale_de_dezvoltare_moldova_2030-t.pdf
336. Standarde pentru formarea inițială a medicilor în Republica Moldova. Chișinău: USMF „Nicolae Testemițanu”, 2019. https://didactic.usmf.md/sites/default/files/inline-files/Standard%20de%20calificare_7_CNC%20RM_Medicina.pdf
337. World health organization. *Transforming and Scaling Up Health Professionals' Education and Training*. Geneva: WHO Press, 2013, 124 p. ISBN 978-92-4-150650-2 https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/93635/9789241506502_eng.pdf

GLOSAR DE TERMENI

Acomodare socială – proces de ajustare a comportamentelor la cerințele mediului social, pentru menținerea echilibrului relațional și reducerea conflictelor [92].

Activare emoțională dirijată – utilizare pedagogică intenționată a unor stimuli/situații pentru a produce trăiri afective relevante, urmate de reflecție și reglare [142].

Adaptare emoțională – capacitatea de a ajusta răspunsurile afective la stresori și la schimbări de context, cu menținerea funcționării eficiente [3].

Alfabetizare emoțională – învățarea identificării, denumirii, exprimării și gestionării emoțiilor proprii și ale altora [27].

Asertivitate pedagogică – exprimare clară și fermă a poziției profesionale, cu respect față de interlocutor și orientare spre relații educaționale echilibrate [8].

Auto-reflecție profesională – examinare critică a propriilor reacții, decizii și atitudini în practică, pentru îmbunătățirea conduitei profesionale [215].

Autoreglare emoțională – gestionarea conștientă a stărilor afective pentru răspunsuri adecvate situației și obiectivelor relaționale [23].

Bunăstare emoțională – stare de echilibru afectiv, funcționalitate psihologică și satisfacție subiectivă [123].

Climat psihosocial – totalitatea patternurilor emoționale și relaționale ale unui grup, care influențează cooperarea și performanța [59].

Compașiune – răspuns orientat spre alinarea suferinței celuilalt, susținut de sensibilitate emoțională și motivație prosocială [126].

Competență emoțională – ansamblu de cunoștințe, atitudini și abilități de recunoaștere, reglare și utilizare adaptativă a emoțiilor în relații și activitate profesională [34].

Comunicare empatică – interacțiune în care înțelegerea perspectivei celuilalt este transmisă explicit prin limbaj verbal și nonverbal suportiv [144].

Confort emoțional – sentiment de siguranță afectivă și armonie relațională, favorizând învățarea și colaborarea [234].

Cultura emoțională – structură valorică și competențială a personalității, orientată spre utilizarea matură a emoțiilor în viața socială și profesională [27].

Cultura emoțională profesională – sistem instituționalizat de valori, norme și competențe afective ce modelează conduita etică în profesie [34].

Curriculum ascuns – influențe formative implicite (norme, atitudini, modele de comportament) transmise informal în mediul educațional. [188].

Detășare emoțională – distanțare afectivă folosită pentru protecție psihică, care poate susține obiectivitatea, dar în exces reduce conectarea interpersonală [191].

Disciplinare emoțională – control voluntar al expresiei și direcției emoțiilor în acord cu valori și scopuri sociale/profesionale [27].

Educație a emoționalității umane – proces formativ prin care persoana își dezvoltă capacitatea de înțelegere și autoreglare afectivă [26].

Educație pentru toleranță – intervenție educațională orientată spre formarea respectului pentru diversitate și conviețuire democratică [107].

Empatie – construct multidimensional ce include înțelegerea perspectivei altuia și răspuns afectiv adecvat față de experiența acestuia [160].

Empatie afectivă – componenta empatiei care presupune rezonanță emoțională față de trăirea celuilalt [193].

Empatie cognitivă – capacitate de a înțelege mental punctul de vedere și stările celuilalt, fără contopire emoțională [197].

Empatie medicală – aplicarea empatiei în relația clinică pentru înțelegerea pacientului și îngrijire centrată pe persoană [195].

Empatie predictivă – anticiparea nevoilor și reacțiilor emoționale ale celuilalt pe baza indicatorilor contextuali și relaționali [200].

Empatie profesională – utilizare echilibrată, etică și funcțională a înțelegerii cognitive-afective a celuilalt în context ocupațional [197].

Feedback reflexiv – feedback care dezvoltă conștientizarea propriilor mecanisme emoționale și relaționale, nu doar corectarea performanței tehnice [176].

Inteligență emoțională – abilitatea de a percepe, înțelege, folosi și regla emoțiile în scop adaptativ [48].

Leadership empatic – stil de conducere bazat pe înțelegerea emoțiilor membrilor echipei și pe decizii orientate spre binele comun [50].

Management emoțional – set de practici de monitorizare și reglare a emoțiilor proprii și ale celorlalți în vederea eficienței relaționale [21].

Maturitate emoțională – stabilitate, autocontrol și adecvare afectivă în situații sociale diverse [34].

Metacompetențe emoționale – competențe de ordin superior, ca empatia și autoreglarea, ce potențează utilizarea eficientă a tuturor celorlalte abilități profesionale [32].

Model conceptual al empatiei medicale – cadru explicativ integrator al componentelor cognitive, afective, axiologice și comportamentale ale empatiei în medicina formativă [73].

Nevoie emoțională – trebuință psihologică de acceptare, securitate și conectare, a cărei frustrare poate genera disfuncții afective [302].

Rezistența emoțională – capacitate de menținere și refacere a echilibrului psihic în fața solicitărilor emoționale intense [141].

Rezonanță afectivă – acordare emoțională la experiența celuilalt, menținută în limitele unei relaționări profesionale sănătoase [112].

Simulare clinică empatică – metodă educațională bazată pe scenarii clinice simulate, utilizată pentru exersarea simultană a competențelor tehnice și empatică [250].

Tehnologie didactică empatică – proiectare sistemică de metode și resurse didactice orientate explicit spre dezvoltarea empatiei [247].

Tehnologii didactice universitare – ansamblu de strategii, metode și instrumente folosite în învățământul superior pentru organizarea și evaluarea formării [246].

Tehnologie educațională – aplicare sistematică de metode, resurse și proceduri pentru optimizarea procesului de învățare [80].

Tehnologie de predare – utilizare structurată a tehnicilor didactice pentru eficientizarea instruirii [81].

Tehnologie pedagogică – sistem metodologic riguros de proiectare, implementare și evaluare a activităților educaționale [12].

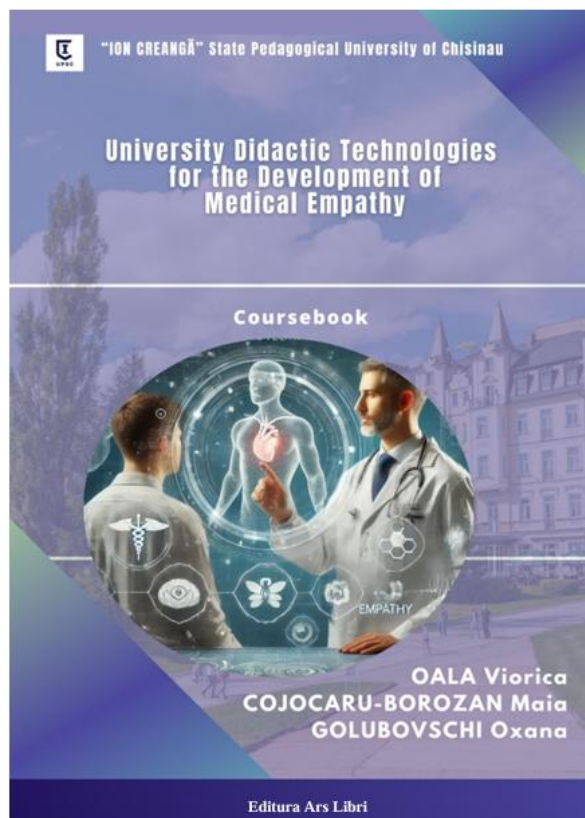
Toleranță pedagogică medicală – atitudine profesională de respect și acceptare a diversității pacientului și a colegilor în contexte educaționale [107].

Transfer empatic – transferul abilităților empatică formate în contexte de învățare către practica reală cu pacientul [128].

Validare emoțională – recunoașterea explicită și legitimarea trăirilor celuilalt, cu efect de consolidare a relației terapeutice [217].

Zona de dezvoltare empatică proximală – intervalul în care progresul empatic este posibil prin ghidaj, modelare și suport din partea unui mentor [294].

Manualul universitar Tehnologia didactică universitară de formare a empatiei medicale



Descrierea CIP este disponibilă la Biblioteca Națională a României.

„Ion Creangă” State Pedagogical University of Chisinau, Republic of Moldova

The content of the present article was fulfilled and presented in frame of national project „Professional training management for action research in the perspective of educational innovation” (Project Number 040105, “Ion Creanga” State Pedagogical University of Chisinau, Republic of Moldova)

Approved by the Senate of “Ion Creangă” State Pedagogical University, Chișinău, Minutes No. 7 of February 27, 2025

Authors:

OALA Viorica, doctoral student, university assistant, “Nicolae Testemițanu” State University of Medicine and Pharmacy, Chișinău
BOROZAN Maia, Doctor Habilitatus in Educational Sciences, university professor, ICITT, “Ion Creangă” State Pedagogical University, Chișinău, Republic of Moldova
GOLUBOVSKI Oxana, PhD, associate professor, Faculty of Foreign Languages and Literatures, “Ion Creangă” State Pedagogical University, Chișinău

Reviewers:

GLAVAN Aurelia, Doctor Habilitatus in Educational Sciences, university professor, “Ion Creangă” State University, Department of Psychopedagogy and Special Psychopedagogy, Chișinău, Republic of Moldova

EȘANU-DUMNAZEV Daniela, PhD in Pedagogy, university associate professor, “Nicolae Testemițanu” State University of Medicine and Pharmacy, Chișinău, Republic of Moldova

Print run: 200 copies
Printed at: Ars Libri Prof LLC

ISBN: 978-606-35-3003-3

Ars Libri Publishing House
Costești, 2025

TABLE OF CONTENTS

CHAPTER I. Introduction to Medical Empathy	7
1.1. Definitions of Medical Empathy.....	8
1.2. Importance of Empathy in Medical Practice.....	18
1.3. Intercultural Dimension of Medical Empathy.....	30
1.4. Empathic Communication in the Professional Environment.....	40
CHAPTER II. Concept of Medical Empathy in Medical Students	54
2.1. Medical Empathy – A Professional Competence in the Context of University Education.....	55
2.2. Conceptual Model of Medical Empathy.....	56
2.3. Theoretical Interpretations of Empathy in Medicine.....	59
2.4. Components of Medical Empathy in the Views of Researchers from Various Fields.....	63
CHAPTER III. Emotional Culture – The Cornerstone of Medical Empathy Development	75
3.1. Theoretical Approaches to Emotional Culture.....	76
3.2. Impact of Studying Emotional Culture on the Professional Formation of Students in Higher Education.....	102
3.3. Medical Empathy – An Expression of Emotional Culture and Professional Culture in Medical Students.....	117
CHAPTER IV. Pedagogical Technologies for Professional Training in Higher Education	128
4.1. Terminological Clarifications Regarding University Teaching Technologies.....	129
4.2. Pedagogical Technologies Applied in University Education.....	136
4.3. University Technology for Professional Formation of Medical Empathy.....	161
CHAPTER V. Research Methods for Emotional Culture and Medical Empathy in Medical Students	176

Scala de empatie Jefferson (Jefferson Scale of Empathy - JSE)

(variantă adaptată după M. Hojat [196], pentru studenții mediciști)

Nume: _____ Vârsta: _____

Gen: _____ Data: _____

Specialitatea medicală: _____

Altă specialitate din domeniul sănătății (dacă este cazul): _____

Instrucțiuni

Vă rugăm să indicați gradul în care sunteți de acord sau în dezacord cu fiecare afirmație, bifând un singur răspuns pentru fiecare item.

Utilizați următoarea scală de evaluare:

1 — dezacord total

7 — acord total

	1	2	3	4	5	6	7
1. Înțelegerea modului în care se simt pacienții și familiile lor nu influențează tratamentul medical sau chirurgical.							
2. Pacienții mei se simt mai bine atunci când le înțeleg emoțiile.							
3. Îmi este dificil să văd lucrurile din perspectiva pacienților mei.							
4. Consider că înțelegerea limbajului nonverbal al pacienților este la fel de importantă ca și comunicarea verbală în relația medic-pacient.							
5. Am un bun simț al umorului, care cred că contribuie la rezultate clinice mai bune.							
6. Deoarece oamenii sunt diferiți, îmi este dificil să înțeleg perspectiva pacienților mei.							
7. Încerc să nu acord atenție emoțiilor pacienților în timpul anamnezei sau în evaluarea stării lor de sănătate.							
8. Atenția acordată experiențelor personale ale pacienților nu influențează rezultatele tratamentului.							
9. Încerc să mă pun în locul pacienților atunci când le ofer îngrijire.							
10. Pacienții apreciază faptul că le înțeleg emoțiile, ceea ce are un efect terapeutic în sine.							
11. Bolile pacienților pot fi tratate doar prin intervenții medicale sau chirurgicale; legăturile emoționale nu influențează rezultatele.							
12. A întreba pacienții despre viața lor personală nu este util pentru înțelegerea problemelor lor fizice.							

	1	2	3	4	5	6	7
13. Încerc să înțeleg ce gândesc pacienții mei acordând atenție indiciilor nonverbale și limbajului corporal.							
14. Consider că emoțiile nu își au locul în tratamentul bolilor medicale.							
15. Empatia este o abilitate terapeutică fără de care succesul tratamentului este limitat.							
16. Un element important al relației cu pacienții este înțelegerea stării lor emoționale și a familiilor acestora.							
17. Încerc să gândesc ca pacienții mei pentru a le oferi îngrijire mai bună.							
18. Nu permit ca relațiile emoționale dintre pacienți și familiile lor să îmi influențeze activitatea.							
19. Nu îmi face plăcere să citesc literatură non-medicală sau să mă implic în arte.							
20. Consider că empatia este un factor terapeutic important în tratamentul medical sau chirurgical.							
Scor total:							

SCORARE ȘI INTERPRETARE

Calculul scorului

1. Se inversează scorurile pentru itemii:

1, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 18, 19

Reguli de recodare:

- 7 → 1
- 6 → 2
- 5 → 3
- 4 → 4 (rămâne neschimbat)
- 3 → 5
- 2 → 6
- 1 → 7

2. Se adună toate scorurile celor 20 de itemi.

Interval scor

- **Minim:** 20
- **Maxim:** 140

Interpretare

- Scoruri mari → nivel ridicat de empatie medicală
- Scoruri moderate → empatie în dezvoltare
- Scoruri mici → necesitatea dezvoltării competențelor empatice

Fișă de observare a empatiei medicale (Oala V, 2025 [246])

(aplicat la etapa de control a experimentului pedagogic)

Fișă de observare a empatiei oferă un instrument structurat de reflecție destinat profesioniștilor din domeniul sănătății, pentru evaluarea și îmbunătățirea abilităților empatice după fiecare interacțiune cu pacientul. Instrumentul este structurat pe patru componente ale Modelului teoretic al empatiei medicale: componenta axiologică, componenta cognitivă, componenta afectivă și componenta de leadership medical, fiecare reflectând un ansamblu specific de valori și comportamente profesionale esențiale pentru construirea relației terapeutice autentice.

1 = Necesită îmbunătățire 3 = Nivel satisfăcător 5 = Nivel excelent

Instrucțiuni

I. Componenta axiologică (*profesionalism, etică medicală, integritate, confidențialitate, respect pentru valori și culturi*)

1. Am respectat autonomia pacientului și i-am valorizat opiniile, credințele și alegerile personale.
Scor: ____
2. Am demonstrat onestitate și transparență în comunicare, menținând integritatea profesională.
Scor: ____
3. Am respectat confidențialitatea și am tratat informațiile pacientului cu responsabilitate și discreție.
Scor: ____
4. Am manifestat respect față de valorile culturale, religioase și personale ale pacientului, fără a emite judecăți de valoare.
Scor: _

II. Componenta cognitivă (*înțelegerea perspectivei pacientului, conștientizarea nevoilor, toleranță profesională, adaptabilitate*)

1. Am încercat să înțeleg perspectiva pacientului și experiențele acestuia în contextul său personal și cultural.
Scor: ____
2. Am interpretat corect semnalele verbale și nonverbale ale pacientului pentru a-i identifica nevoile și așteptările.
Scor: ____
3. Am menținut echilibrul între empatia cognitivă și obiectivitatea clinică necesară actului medical.
Scor: ____
4. Am demonstrat flexibilitate și adaptabilitate în comunicare, ajustând limbajul și abordarea în funcție de particularitățile pacientului.
Scor: _

III. Componenta afectivă (rezonanță emoțională, compasiune, sensibilitate, suport emoțional, rezistență la stres)

1. Am ascultat activ pacientul, fără a-l întrerupe, demonstrând prezență afectivă autentică.
Scor: ____
2. Am recunoscut emoțiile pacientului și am demonstrat că le înțeleg și le validez.
Scor: ____
3. Am utilizat indicii nonverbale (contact vizual, expresii faciale, postură deschisă, ton al vocii) pentru a transmite empatie și căldură umană.
Scor: ____
4. Am oferit suport emoțional și reasigurare atunci când pacientul a manifestat anxietate, teamă sau vulnerabilitate.
Scor: _

IV. Componenta de leadership medical (responsabilitate, colaborare, prioritizarea nevoilor pacientului, dezvoltare profesională continuă)

1. Am explicat informațiile medicale într-un mod clar, accesibil și adaptat nivelului de înțelegere al pacientului.
Scor: ____
2. Am încurajat pacientul să adreseze întrebări și am răspuns empatic și responsabil preocupărilor sale.
Scor: ____
3. Am reflectat critic asupra propriului comportament empatic și am identificat direcții de îmbunătățire profesională.
Scor: ____
4. Am manifestat angajament față de dezvoltarea profesională continuă în domeniul comunicării centrate pe pacient.

Interpretarea rezultatelor:

I. Componenta axiologică evaluează măsura în care studentul acționează în conformitate cu valorile și principiile etice ale profesiei medicale.

- Scoruri mari → conduită profesională etică, respect autentic față de pacient
 - Scoruri mici → necesitatea consolidării culturii valorice și a eticii profesionale
- II. Componenta cognitivă** vizează capacitatea de înțelegere a perspectivei și nevoilor pacientului ca proces mental deliberat.

- Scoruri mari → empatie cognitivă dezvoltată, capacitate de decenterare
- Scoruri mici → dificultăți în interpretarea nevoilor și perspectivei pacientului

III. Componenta afectivă evaluează calitatea rezonanței emoționale și a conectării afective cu pacientul.

- Scoruri mari → relație empatică autentică și suport emoțional eficient
- Scoruri mici → necesitatea dezvoltării ascultării active și a sensibilității emoționale

IV. Componenta de leadership medical analizează capacitatea studentului de a traduce empatia individuală în practică profesională responsabilă și orientată spre calitate.

- Scoruri mari → comunicare eficientă, responsabilitate și angajament față de îmbunătățirea continuă
- Scoruri mici → dificultăți în asumarea responsabilității profesionale și în reflecția critică

Scala contagiunii emoționale

(variantă adaptată după Hatfield, 1994 [246], pentru studenții mediciniști)

Aceasta este o scală care măsoară o varietate de emoții și comportamente în diferite situații. Nu există răspunsuri corecte sau greșite, de aceea vă rugăm să răspundeți cât mai sincer posibil. Rezultatele sunt complet confidențiale. Citiți fiecare item și indicați răspunsul care vi se potrivește cel mai bine. Vă rugăm să răspundeți cu atenție la fiecare întrebare.

Utilizați următoarea scală de răspuns:

- *Întotdeauna* = Este întotdeauna adevărat pentru mine
- *Adesea* = Este adesea adevărat pentru mine
- *De obicei* = Este de obicei adevărat pentru mine
- *Rareori* = Este rareori adevărat pentru mine
- *Niciodată* = Nu este niciodată adevărat pentru mine

1. Dacă persoana cu care vorbesc începe să plângă, mi se umezesc ochii.
2. A fi în preajma unei persoane fericite mă înveselește atunci când sunt trist(ă).
3. Când cineva îmi zâmbește cald, îi răspund zâmbind și simt o căldură interioară.
4. Mă cuprinde tristețea când oamenii vorbesc despre moartea celor dragi.
5. Îmi încleștez maxilarul și simt tensiune în umeri când văd fețe furioase la știri.
6. Când privesc în ochii persoanei iubite, mintea mea se umple de gânduri romantice.
7. Mă irită să fiu în preajma persoanelor furioase.
8. Privind fețele victimelor la știri, încerc să-mi imaginez ce simt acestea.
9. Mă topesc atunci când persoana iubită mă ține aproape.
10. Devin tensionat(ă) când aud o ceartă aprinsă.
11. A fi în preajma oamenilor fericiți îmi umple mintea cu gânduri pozitive.
12. Simt cum corpul meu reacționează atunci când persoana iubită mă atinge.
13. Observ că devin tensionat(ă) când sunt în preajma persoanelor stresate.
14. Plâng la filme triste.
15. Auzind țipetele ascuțite ale unui copil speriat într-o sală de așteptare la dentist, mă simt neliniștit(ă).

Notă: Cu cât scorul este mai mare, cu atât persoana este considerată mai susceptibilă la contagiunea emoțională.

- Itemi pentru fericire: 2, 3, 11
- Itemi pentru iubire: 6, 9, 12
- Itemi pentru frică: 8, 13, 15
- Itemi pentru furie: 5, 7, 10
- Itemi pentru tristețe: 1, 4, 14

Scor total = **suma tuturor itemilor**

Chestionarul de evaluare a empatiei emoționale (QMEE)

(adaptat pentru studenții mediciniști, după A. Mehrabien, N. Epstein [233])

Instrucțiuni. Citiți cu atenție fiecare afirmație și indicați în ce măsură sunteți de acord cu aceasta, utilizând următoarea scală:

- 1 – Total dezacord
- 2 – Dezacord
- 3 – Mai degrabă dezacord
- 4 – Neutru
- 5 – Mai degrabă acord
- 6 – Acord
- 7 – Total acord

Nu există răspunsuri corecte sau greșite. Vă rugăm să răspundeți sincer.

Itemii chestionarului

1. Mă simt emoționat(ă) când văd un pacient suferind.
2. Îmi este ușor să înțeleg emoțiile altor persoane.
3. Reacționez emoțional la problemele pacienților.
4. Pot rămâne indiferent(ă) în fața suferinței altora. (*item inversat*)
5. Mă afectează emoțional situațiile dificile ale pacienților.
6. Îmi este greu să simt ceea ce simt ceilalți. (*item inversat*)
7. Sunt sensibil(ă) la nevoile emoționale ale pacienților.
8. Încerc să evit implicarea emoțională în problemele altora. (*item inversat*)
9. Mă simt implicat(ă) emoțional în relația cu pacientul.
10. Îmi pasă de ceea ce simt ceilalți.
11. Mă tulbură emoțional situațiile de suferință.
12. Nu sunt afectat(ă) de emoțiile altor persoane. (*item inversat*)
13. Pot simți ușor durerea emoțională a altora.
14. Îmi este dificil să manifest empatie. (*item inversat*)
15. Reacționez cu compasiune în fața suferinței.
16. Prefer să nu mă implic emoțional în relațiile profesionale. (*item inversat*)
17. Încerc să înțeleg stările emoționale ale pacientului.
18. Mă emoționează poveștile de viață ale pacienților.
19. Îmi este greu să rămân indiferent(ă) la suferință.
20. Nu consider emoțiile importante în actul medical. (*item inversat*)

Interpretarea scorului

Scor total minim: 20

Scor total maxim: 140

- 20-60 → nivel scăzut de empatie
- 61-100 → nivel mediu
- 101-140 → nivel ridicat

Scala de evaluare a empatiei relaționale în consultația medicală (CARE)

(variantă adaptată după S. W. Mercer et al., 2004 [246])

Instrucțiuni pentru respondenți

Vă rugăm să evaluați comportamentul studentului/medicului în timpul consultației, bifând opțiunea care reflectă cel mai bine experiența dumneavoastră.

Utilizați următoarea scală:

- 1 – Foarte slab
- 2 – Slab
- 3 – Acceptabil
- 4 – Bun
- 5 – Foarte bun

Dacă un item nu este aplicabil, puteți selecta: „Nu se aplică”.

Itemii scalei

1. M-a făcut să mă simt confortabil în timpul consultației.
2. M-a lăsat să povestesc fără să mă întrerupă.
3. A ascultat cu atenție ceea ce am spus.
4. A arătat interes real față de problemele mele.
5. A înțeles emoțiile mele.
6. A manifestat compasiune față de situația mea.
7. A explicat lucrurile clar și pe înțelesul meu.
8. A verificat dacă am înțeles informațiile oferite.
9. M-a implicat în luarea deciziilor.
10. A creat o relație de încredere.

- Fiecare item se notează de la **1 la 5**
- Scor total = suma itemilor (fără „Nu se aplică”)

Scor maxim: 50

Scor minim: 10

- **10-25** → nivel scăzut de empatie clinică
- **26-40** → nivel mediu
- **41-50** → nivel ridicat

Test de evaluare a empatiei medicale aplicat la disciplina Limba engleză

(Secțiunea A, componenta axiologie medicală)

Group: _____

Total Score: 50/ _____

Name of Student: _____

1. Article Review and Understanding (15 points)

a. Read the Article: The Importance of Empathy in Medical Practice

„Empathy is a cornerstone in the healthcare profession, affecting not only the satisfaction and trust of patients but also the effectiveness of care. In medical practice, empathy involves understanding and acknowledging patients' emotions, cultural backgrounds, and unique circumstances. Studies have shown that an empathetic approach can improve patient adherence to treatments, reduce anxiety, and increase overall patient satisfaction. However, empathy is not an innate skill for everyone; it needs to be developed and practiced. Medical training programs now emphasize the role of empathy, teaching students the skills needed to communicate compassionately and listen actively to each patient.”

b. True / False

1. Empathy is a critical element in healthcare that only improves patient satisfaction, not the effectiveness of care. T / F

2. An empathetic approach helps to reduce patient anxiety and enhances adherence to treatment plans. T / F

3. Empathy is a skill that medical students are encouraged to develop as part of their training. T / F

4. Understanding a patient's cultural background is irrelevant to empathy in medical practice. T / F

5. Listening actively is a part of empathetic communication emphasized in medical training programs. T / F

Score 5/ _____

c. Write three questions to ask in a patient interview that would reflect empathy:

1. What _____ ?
2. How _____ ?
3. Can you _____ ?

Score 5/ _____

2. Paraphrase the Underlined Phrases (5 points)

Empathy in medical practice is essential for (1) building strong patient relationships. Understanding a patient's (2) emotional state and cultural context is critical to successful treatment outcomes. Healthcare providers who (3) communicate compassionately and (4)

actively listen to patients can reduce (5) patient anxiety and improve adherence to medical recommendations.

Score 5/ _____

3. Case Study Analysis (10 points)

Read the following case study:

„Dr. Lewis, a general practitioner, meets with a new patient, Mr. Thompson, who has recently moved from a different country and appears visibly anxious. Mr. Thompson is concerned about a chronic condition he’s been managing for years. Dr. Lewis listens carefully, making sure to ask about any cultural or familial beliefs that might affect Mr. Thompson's treatment approach. During the consultation, Dr. Lewis explains the importance of each treatment option clearly and addresses Mr. Thompson's concerns empathetically.”

Answer the questions:

a. How did Dr. Lewis demonstrate empathy in this interaction?

b. Identify two empathetic questions Dr. Lewis might ask to understand Mr. Thompson's needs better.

c. In what ways could Dr. Lewis further improve his empathetic approach?

Score 10/ _____

4. Dialogue Creation (10 points)

Imagine you are a healthcare professional conducting an assessment on a patient who is visibly nervous. Write a dialogue between you and the patient, incorporating the following elements:

- Introduction and establishing rapport
- Asking questions about the patient’s concerns in an empathetic way
- Responding to the patient’s emotions appropriately
- Summarizing the conversation, emphasizing understanding and support

Example Start:

You: „Good morning, [Patient's Name]. I’m Dr. [Your Last Name], and I’ll be here to support you throughout this assessment. I understand that these sessions can feel a bit overwhelming. How are you feeling today?”

Score 10/ _____

5. Reflective Journal Entry (10 points)

After a simulated patient interaction, write a reflective journal entry on the following:

- Describe the emotions you observed in the patient and how you responded.
- Reflect on any challenges you faced in connecting empathetically.
- Identify one area where you could improve your empathetic communication.

Score 10/ _____

Test de evaluare a empatiei medicale aplicat la disciplina Limba engleză
(Secțiunea B, componenta cognitivă a empatiei medicale)

Group: _____

Total Score: 40 / _____

Name of Student: _____

Section 1: Understanding Empathy as a Core Competency in Healthcare (10 points)

1. Multiple Choice Questions (Choose the correct answer)

- a. Why is empathy considered essential in healthcare?
1. It improves clinical outcomes and patient satisfaction.
 2. It helps healthcare providers learn technical skills faster.
 3. It reduces the need for patient follow-up appointments.
 4. It only benefits patients with chronic illnesses.

Answer: _____

- b. Which of the following best describes the role of the conceptual model of medical empathy in education?

1. It limits empathy training to specific medical fields.
2. It provides a structured way to teach, practice, and assess empathy skills.
3. It focuses only on emotional support for patients.
4. It discourages personal boundaries in patient care.

Answer: _____

2. Short Answer Questions

- a. Explain one way that empathy training can improve patient compliance and satisfaction.

Answer: _____

- b. Why is it important for empathy to be systematically integrated into medical education?

Answer: _____

Section 2: Theoretical Foundations of Empathy in Medicine (10 points)

3. True / False (Indicate T for True or F for False)

- a. Cognitive empathy involves understanding the patient's emotional state without necessarily sharing the same emotions. **T / F**
- b. The theory of affective states emphasizes the need for healthcare providers to become emotionally involved with the patient to provide compassionate care. **T / F**
- c. Mirror neurons play a role in empathic responses by helping healthcare providers recognize patients' emotions. **T / F**
- d. Empathy is primarily influenced by neurological mechanisms without the need for ethical considerations. **T / F**
- e. Medical ethics in empathy includes respecting patient autonomy and promoting beneficence. **T / F**

4. Match the Concepts (Match the term with its correct description)

Concept	Description
A. Theory of Cognitive Empathy	1. Emotionally connecting without losing objectivity
B. Mirror Neurons	2. Intellectual understanding of patient perspective
C. Medical Ethics in Empathy	3. Brain cells that reflect observed emotions
D. Patient-Centered Communication	4. Ensures trust through clear, respectful dialogue

Answers:

A. _____ B. _____ C. _____ D. _____

Section 3: Components of Medical Empathy (10 points)

5. Fill in the Blanks

- The _____ component of empathy emphasizes professional values, including integrity, competence, and respect for patient confidentiality.
- _____ empathy requires the provider to intellectually understand the patient's perspective without experiencing the same emotions.
- The _____ component involves healthcare providers showing compassion, sensitivity, and _____ emotional support to patients.
- Medical _____ highlights a healthcare provider's role in guiding and empowering patients throughout their care journey.

6. Short Answer

- Describe one way in which the axiology component of empathy impacts patient care.

Answer: _____

- How does affective empathy differ from cognitive empathy in patient interactions?

Answer: _____

Section 4: Case Study (10 points)

7. Read the following case study and answer the questions that follow:

Dr. Smith is consulting with Mrs. Lee, an elderly patient with multiple health concerns. Mrs. Lee expresses her fears about her upcoming surgery and worries about her ability to cope afterward. Dr. Smith listens attentively, acknowledges her concerns, and reassures her by discussing the support systems that will be in place. He also asks about her family and cultural beliefs to better understand how to tailor the post-surgery care plan.

Questions:

- Identify two components of medical empathy that Dr. Smith displayed in his interaction with Mrs. _____ Lee.

Answer: _____

Test de evaluare a empatiei medicale aplicat la disciplina Limba engleză
(Secțiunea C, componenta afectivă a empatiei medicale)

Group: _____

Total Score: 40/ _____

Name of Student: _____

1. True/False Statements

Read each statement carefully and mark whether it is True (T) or False (F).

- a) Empathy is considered a skill that can be developed and assessed systematically in medical education. **T / F**
- b) Research shows that empathy in healthcare professionals is solely about emotional resonance with patients. **T / F**
- c) Using a structured model for teaching empathy can make it a measurable and sustainable skill in medical practice. **T / F**
- d) Cognitive empathy involves taking the patient's perspective but does not require an emotional response. **T / F**
- e) Physiological measures like Heart Rate Variability (HRV) are used to assess empathy in clinical settings. **T / F**

Score: 5 points

2. Multiple Choice Questions

Choose the correct answer for each question.

- a) Which tool is commonly used to measure professional and ethical values relevant to empathy in medical practice?
 - A. Empathy Quotient (EQ)
 - B. Schwartz Value Survey (SVS)
 - C. Emotional Contagion Scale
 - D. Perspective-Taking Scale
- b) Which of the following is an example of a structured method to develop cognitive empathy?
 - A. 360-Degree Feedback
 - B. Jefferson Scale of Empathy (JSE)
 - C. Role-Playing Exercises
 - D. Heart Rate Variability (HRV)
- c) Emotional resonance in medical empathy is best measured by:
 - A. The Empathy Quotient (EQ)
 - B. Theory of Mind Tasks
 - C. Leadership Practices Inventory (LPI)
 - D. Interpersonal Reactivity Index (IRI)
- d) Which component of medical empathy emphasizes balancing empathic guidance with assertive leadership?
 - A. Cognitive Empathy
 - B. Affective Empathy

- C. Medical Axiology
- D. Medical Leadership

Score: 5 points

3. Short Answer Questions

Answer the following questions briefly.

a) Why is it essential to have rigorous methods for assessing empathy in medical education?

b) How does cognitive empathy differ from affective empathy in medical interactions?

c) Explain one reason why empathy training is crucial for patient-centered care.

- 1. Medical axiology
- 2. Cognitive empathy
- 3. Affective empathy
- 4. Medical leadership

Score: 5 points

4. Matching Exercise

Match each component of empathy with the most suitable assessment tool.

A) Jefferson Scale of Empathy (JSE)

B) Perspective-Taking Scale

C) Balanced Emotional Empathy Scale (BEES)

D) Emotional Intelligence Scale (EIS)

Score: 5 points

5. Case Analysis

Read the following case and answer the questions.

Case study: Dr. Green is a medical educator conducting a session on empathic communication. During a role-play exercise, one student, Alex, struggles to convey empathy when interacting with a simulated patient expressing anxiety about their diagnosis. Dr. Green observes that Alex is good at understanding the patient's perspective cognitively but seems disconnected emotionally.

a) Based on the case study, identify which component of empathy Alex is struggling with.

b) Suggest one method that Dr. Green could use to help Alex develop affective empathy.

Score: 5 points

6. Written Production

Imagine you are asked to reflect on the importance of empathy in clinical practice. Write a brief essay (150-200 words) that addresses the following points:

- The role of empathy in improving patient outcomes and fostering trust.
- How empathy training and assessment contribute to better healthcare.
- Personal insights on how empathy can be continuously developed as a skill.

Score: 10 points

Test de evaluare a empatiei medicale aplicat la disciplina Limba engleză

(Secțiunea D, componenta leadership medical)

Group: _____

Total Score: 50/ _____

Name of student: _____

Section 1: Multiple Choice Questions (15 points)

Select the best answer for each question.

1. *Which of the following strategies is designed to enhance the Axiology component of empathy in medical students?*

- a) Emotional Resonance Workshops
- b) Perspective-Taking Exercises
- c) Role Modeling and Mentorship
- d) Non-Verbal Communication Training

2. *The primary objective of Perspective-Taking Exercises is to:*

- a) Develop leadership skills in patient care
- b) Improve understanding of the patient's perspective
- c) Enhance non-verbal communication abilities
- d) Address barriers to empathy in clinical practice

3. *Which teaching material is common to both Ethical Case Analysis and Ethics and Professional Values Workshops?*

- a) Simulation-based learning modules
- b) Detailed case studies
- c) Biometric feedback equipment
- d) Interprofessional collaboration scenarios

4. *Support and Resilience Groups aim to:*

- a) Provide a space for students to discuss challenging patient encounters and build emotional resilience
- b) Train students in leadership and coordination skills
- c) Improve students' technical medical knowledge
- d) Enhance students' abilities to use medical technology effectively

5. *In the strategy of Simulated Patient Interactions, the follow-up activity 'Structured feedback' involves:*

- a) Peers providing feedback based on empathy rubrics
- b) Simulated patients giving specific feedback on interactions
- c) Teachers grading students based on exam performance
- d) Students writing self-assessment essays

Section 2: True/False Statements (10 points)

Indicate whether each statement is True (T) or False (F).

1. Role-Play Simulations are exclusively used to develop technical medical skills, not empathy. T / F
2. Non-Verbal Communication Training focuses on improving students' ability to use body language to convey empathy. T / F

3. Addressing Barriers in Empathy Training includes activities that help students manage time pressures and emotional fatigue. T / F
4. Interprofessional Collaboration aims to enhance individual competition among healthcare students. T / F
5. Emotional Resonance Workshops are designed to help students recognize patient emotions and interpret non-verbal cues. T / F

Section 3: Short Answer Questions (15 points)

Provide brief answers to the following questions.

1. Explain the rationale behind using Role Modeling and Mentorship in empathy training.

2. List two objectives of the 'Ethical Case Analysis' strategy.

- _____
- _____

3. Describe one follow-up activity associated with 'Perspective-Taking Exercises' and its purpose.

4. How do 'Support and Resilience Groups' contribute to the development of affective empathy?

5. What is the primary goal of 'Continuous Improvement Projects' in the context of empathy training?

Section 4: Matching Exercise (10 points)

Match each empathy training strategy with the component of empathy it primarily targets.

Strategies

Components of Empathy

A. __ Role Modeling and Mentorship

1. Axiology (Professional Values)

B. __ Simulated Patient Interactions

2. Cognitive Empathy

C. __ Emotional Resonance Workshops

3. Affective Empathy

D. __ Interprofessional Collaboration

4. Medical Leadership

E. __ Addressing Barriers in Empathy Training

Section 5: Case Study Analysis (10 points)

Read the following case study and answer the questions that follow.

Case Study:

Total Score: 50/_____

Grading Rubric:

- Section 1 (Multiple Choice Questions): 3 points each
- Section 2 (True/False Statements): 2 points each
- Section 3 (Short Answer Questions): 3 points each
- Section 4 (Matching Exercise): 2 points each
- Section 5 (Case Study Analysis): 3-4 points per question
- Section 6 (Written Production): 20 points (Content: 10 points, Clarity and Organization: 5 points, Examples and Application: 5 points)

Instructions to Students:

- Read each question carefully before answering.
- For multiple-choice and true/false questions, select the best answer.
- Provide clear and concise answers for short answer questions.
- In your essay, ensure that you cover all the points asked in the question.
- Manage your time effectively to complete all sections.

Indicele de reactivitate interpersonală (IRI)

(adaptat după M. H. Davis, 1983 [159], pentru studenții mediciniști)

Instrucțiuni

Citiți fiecare afirmație și indicați în ce măsură vi se potrivește, utilizând următoarea scală:

- | | |
|----------------------------|----------------------|
| 0 - Nu mă descrie deloc | 1 - Mă descrie puțin |
| 2 - Mă descrie moderat | 3 - Mă descrie bine |
| 4 - Mă descrie foarte bine | |

Adoptarea perspectivei (Perspective Taking – PT)

1. Uneori încerc să îmi înțeleg mai bine prietenii imaginându-mi cum văd ei lucrurile.
2. Cred că orice problemă are mai multe puncte de vedere și încerc să le analizez pe toate.
3. Când sunt supărat(ă) pe cineva, încerc de obicei să mă pun în locul acelei persoane.
4. Înainte de a critica pe cineva, încerc să îmi imaginez cum m-aș simți în locul lui.
5. Dacă sunt sigur(ă) că am dreptate, nu pierd mult timp ascultând argumentele altora. (*item inversat*)
6. Uneori îmi este dificil să văd lucrurile din perspectiva altcuiva. (*item inversat*)
7. Încerc să analizez toate punctele de vedere înainte de a lua o decizie.

Fantezie (Fantasy – FS)

1. După ce vizionez un film sau o piesă, simt uneori că sunt unul dintre personaje.
2. Mă implic emoțional în trăirile personajelor din romane.
3. De obicei sunt obiectiv(ă) când urmăresc un film sau o piesă și nu mă implic foarte mult. (*item inversat*)
4. Visez cu ochii deschiși și îmi imaginez frecvent situații care mi s-ar putea întâmpla.
5. Rareori mă implic profund într-o carte sau într-un film bun. (*item inversat*)
6. Când urmăresc un film bun, îmi este ușor să mă pun în locul personajului principal.

Empatie afectivă (Empathic Concern – EC)

1. Când văd pe cineva tratat nedrept, simt nevoia să îl protejiez.
2. Uneori nu simt prea multă compasiune pentru persoanele tratate incorect. (*item inversat*)
3. Am adesea sentimente de grijă și compasiune pentru persoanele mai puțin norocoase.
4. Uneori nu simt prea multă milă pentru ceilalți atunci când au probleme. (*item inversat*)
5. Problemele altora nu mă afectează prea mult. (*item inversat*)
6. Sunt adesea profund emoționat(ă) de ceea ce văd că li se întâmplă altora.
7. M-aș descrie ca fiind o persoană sensibilă și empatică.

Distres personal (Personal Distress – PD)

1. Când văd pe cineva care are nevoie urgentă de ajutor, mă pierd cu firea.
2. Uneori mă simt neputincios(oasă) în situații foarte emoționale.
3. În situații de urgență mă simt neliniștit(ă) și tensionat(ă).
4. De obicei gestionez eficient situațiile de urgență. (*item inversat*)
5. Tind să îmi pierd controlul în situații de urgență.
6. Când văd pe cineva rănit, rămân de obicei calm(ă). (*item inversat*)
7. Devin nervos(oasă) atunci când trebuie să gestionez o persoană foarte afectată emoțional.

Modalitate de scorare (Se calculează scorul pentru fiecare subscală separat; Itemii inversați se recodifică)**Interpretare**

- Scoruri ridicate la **PT, FS, EC** → nivel crescut de empatie cognitivă și afectivă
- Scoruri ridicate la **PD** → nivel crescut de disconfort emoțional (posibil risc de supraîncărcare emoțională)

Modulul Empatia Medicală

(întegrat în conținutul disciplinelor universitare la programul de licență)

G.01.O.006 Limba engleză

Informații de identificare a cursului

Denumirea programului de studii: Medicină

Anul de studii și semestrul: Anul I, semestrele I/II

Statutul: Unitate de curs obligatoriu

Număr de ore pentru modul: contact direct – 8 ore; studiu individual – 22 ore

Integrarea modului în unitatea de curs

Modulul *Empatia Medicală*, integrat în cadrul disciplinei Limba engleză (ESS), vizează dezvoltarea competențelor comunicative și relaționale necesare interacțiunii eficiente medic-pacient. Acesta familiarizează studenții cu tehnici de comunicare empatică, strategii de ascultare activă și modalități de exprimare adecvată a suportului emoțional în context clinic.

Comportamente dezvoltate în cadrul modului

- Manifestarea empatiei în comunicarea medic-pacient
- Aplicarea tehnicilor de ascultare activă
- Identificarea și interpretarea emoțiilor pacientului
- Adaptarea mesajului verbal și nonverbal în funcție de contextul clinic

Finalitățile modului

La finalul modului, studentul va fi capabil:

- să aplice strategii de comunicare empatică în limba engleză medicală;
- să identifice și să interpreteze corect stările emoționale ale pacientului;
- să utilizeze un limbaj adecvat pentru exprimarea suportului emoțional;
- să gestioneze situații de comunicare dificilă în context medical.

Conținuturi

Nr. d/o	Conținuturi	Contact direct	Studiu individual
1.	Noțiuni introductive privind empatia medicală	2	6
2.	Conceptul empatiei medicale la studenții mediciniști	2	6
3.	Cultura emoțională – fundament al dezvoltării empatiei medicale	2	6
4.	Metode de cercetare și formare a empatiei medicale	2	4
Total		8	22

Strategii didactice

Realizarea finalităților modului se va asigura prin utilizarea strategiilor didactice interactive și centrate pe student:

- jocul de rol (simularea consultației medicale);
- studiul de caz;
- analiza situațiilor clinice;
- discuții dirijate și reflecție ghidată;
- exerciții de comunicare empatică în limba engleză medicală;

Activități de studiu individual

Nr. d/o	Tipul, forma activității	Nr. de ore
1.	Analiza situațiilor de comunicare medic-pacient și identificarea comportamentelor empatică	6
2.	Elaborarea dialogurilor medicale centrate pe empatie	6
3.	Reflecție scrisă asupra rolului empatiei în practica medicală	6
4.	Autoevaluarea nivelului de empatie prin instrumente specifice	4
Total		22

Evaluare. Evaluarea în cadrul modului se realizează etapizat, prin evaluare inițială, formativă și finală, în vederea monitorizării progresului în dezvoltarea empatiei medicale. *Evaluarea inițială* se realizează prin discuții, chestionare și activități de diagnostic, având scopul de a identifica nivelul inițial al competențelor empatică. *Evaluarea curentă* se desfășoară în cadrul activităților practice, prin observarea comportamentelor empatică manifestate în situații simulate, realizarea sarcinilor individuale și participarea activă la activitățile de învățare. *Evaluarea finală* constă în analiza performanței studenților în cadrul simulărilor de consultație medicală, fiind apreciată capacitatea acestora de a integra elemente de comunicare empatică în interacțiunea cu pacientul.

Bibliografie

1. ANTOCI, D. *Teoria și metodologia formării orientărilor valorice la adolescenți și tineri*. Teză de doctor habilitat în științe ale educației. Chișinău, 2022.
2. BOROZAN, M. Contextul pedagogic al transferului inovațional din perspectiva exigențelor pieței muncii. În: *Cercetarea și inovarea educației din perspectiva exigențelor actuale ale pieței muncii, ediția 1, vol.1, 30-31 octombrie 2021*. Chișinău: Tipografia UST, 2021, pp. 17-25. ISBN 978-9975-76-368-4.
3. CRISTEA, S. *Teoria și praxiologia cercetării pedagogice*. București: Editura Didactică și Pedagogică, 2016. 306 p. ISBN 978-606-31-0184-7.
4. GLAVAN, A. REPEȘCO, G. Dimensiuni psihologice ale învățării în etapa tinereții. În: *Univers Pedagogic*, 2022, nr. 1(73), pp. 56-60. ISSN 1811-5470. DOI: <https://doi.org/10.52387/1811-5470.2022.1.10>
5. GLAVAN, A., BĂLĂNUȚĂ, T. Ajustarea instrumentelor psihodiagnostice pentru evaluarea stărilor afective la pacienți. În: *Vector European*, 2023, nr. 2, pp. 164-168. ISSN 2345-1106. DOI: <https://doi.org/10.52507/2345-1106.2023-2.31>

Confirmare privind realizarea experimentului pedagogic

CONFIRMARE

Prin prezenta, se confirmă faptul, că Viorica OALA, în perioada 2022-2025, a desfășurat experimentul pedagogic în cadrul tezei de doctor în științe ale educației „Tehnologii didactice universitare de formare a empatiei profesionale a studenților mediciști” în cadrul Universității de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu” din Chișinău, Catedra de Limbi moderne.

27.04.2026

Șefa Catedrei de Limbi moderne

Daniela EȘANU-DUMNAZEV,
dr., conf. univ

Decan al Facultății de Medicină nr. 1



Gheorghe PLĂCINTĂ,
dr. hab.șt. med., conf.univ

DECLARAȚIA PRIVIND ASUMAREA RĂSPUNDERII



Subsemnata Oala Viorica, declar pe răspundere personală că materialele prezentate în teza de doctorat **Tehnologiile didactice universitare de formare a empatiei medicale a studenților medici** sunt rezultatul propriilor cercetări și realizări științifice. Conștientizez că, în caz contrar, urmează să suport consecințele în conformitate cu legislația în vigoare.

Data _____



OALA Viorica

CV-ul autoarei

Curriculum vitae Europass 			
Informații personale			
Nume / Prenume	Oala Viorica		
Adresă(e)	Mun. Chișinău, or. Sîngera, str. Suveranității 3		
Mobil:	069024943		
E-mail(uri)	viorica.oala@gmail.com / viorica.oala@usmf.md		
Naționalitate (-tăți)	RM / Ro		
Data nașterii	07/03/1984		
Domeniul ocupațional Locul de muncă	Asistent universitar USMF” Nicolae Testemițanu” din Chișinău		
Experiența profesională 02.07.2024 09.10.2021- prezent 27.01.2020 15.08.2011-31.10.2021 25.08.2006-31.08.2011	Mediator. Biroul de mediere „Mediatorul Oala Viorica” Asistent universitar, USMF” Nicolae Testemițanu” din Chișinău Co-fondator asociația AIBIC Profesor de limba engleză, IPLT Gh. Asachi Profesor de limba franceză, Gimnaziul Hiliuți, r-nul Fălești, s. Hiliuți		
Educație și formare 2022-prezent 2014-2016 2013 2012 2002-2006 1999-2002 1900-1999	Doctorandă a Școlii Doctorale „ Științe ale educației” în cadrul UPSC „Ion Creangă” 531.01 – Teoria generală a educației, anul III, Școala Doctorală Științe ale Educației, Master în Științe ale educației, Institutul de Științe ale Educației Conferirea gradului II, IPLT Gh. Asachi, din Chișinău Perfecționare la Limba Engleză, Institutul de Formare Continuă Licențiat în Filologie, Universitatea de Stat „Alec Russo”, Bălți Studii de liceu, Liceul Teoretic „Ion Creangă” , or. Bălți Studii gimnaziale, r-nul Florești, s. Cenușa		
Formare profesională continuă	02.03.2025 - 29.09.2025 - <i>Mobilitate</i> de Agreement la Ismail Humanitarian University, Odesa, Ucraina 2025 - <i>Bursă de Excelență a Guvernului</i> , RM 2024 - <i>Seminarul științifico-metodologic</i> . Un model de renovare a conținuturilor universitare orientat spre formarea studenților pentru cercetare, Seminarul științifico-metodologic „Managementul valorificării inovațiilor prin cercetarea pedagogică acțională”, 26 septembrie, 2025 - <i>Seminarul științifico-metodologic</i> . Tehnologia didactică universitară de dezvoltare a empatiei medicale, În „Provocări actuale în managementul instituțiilor educaționale”, Seminar științific Ediția III, 16 mai		
Limba maternă	Română		
Limbi străine cunoscute	Înțelegere	Vorbire	Scriere
Limba engleză	C2	C2	C2

Limba franceză	B2	B2	B2
Limba rusă	C1	C1	B2
Competențe dobândite la locul de muncă	<ul style="list-style-type: none"> • Proiectarea și implementarea strategiilor didactice moderne, centrate pe student, în predarea limbii engleze pentru scopuri specifice (ESP/EMP) • Integrarea metodelor inovative (joc de rol, învățare experiențială) pentru dezvoltarea empatiei profesionale la studenții mediciști • Experiență de 17 ani în organizarea procesului instructiv-educativ și evaluarea obiectivă a performanțelor academice • Competențe de management educațional și consiliere, dezvoltate în activitatea de dirigiență • Experiență în organizarea examenelor naționale (secretar bacalaureat), cu respectarea procedurilor și termenelor limită 		
Competențe informatice	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizarea instrumentelor digitale în procesul didactic (platforme educaționale, prezentări interactive) • Competențe de bază-intermediare în utilizarea pachetului Microsoft Office (Word, PowerPoint, Excel) • Utilizarea resurselor digitale pentru elaborarea materialelor didactice și a conținuturilor educaționale 		
Alte competențe	<ul style="list-style-type: none"> • Abilități avansate de comunicare și relaționare interpersonală • Capacitate de organizare, planificare și prioritizare a sarcinilor • Adaptabilitate și reziliență în contexte educaționale diverse • Responsabilitate profesională și etică în activitatea didactică 		
Permis(e) de conducere	B		
Forumuri științifice	<p>2022 - <i>Certificat de participare activă la Conferința Națională cu participare Internațională (ediția a III-a)</i>, cu comunicarea „Interactive strategies in teaching and learning EMP”, Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă” din Chișinău,, 25 Noiembrie</p> <p>2023 - <i>Certificat de participare activă</i>. Conferința științifică anuală a cadrelor științifico-didactice. USMF,, Nicolae Testemițanu”: Cercetarea în Biomedicină și Sănătate Calitate, Excelență și Performanță, cu comunicarea: „<i>Oportunități ale Tehnologiilor didactice universitare de Formare a Empatiei Profesionale la Mediciști</i>”</p> <p>2023 - <i>Certificat de participare la Conferința Cambridge Day în Moldova</i>, Oala Viorica has attended Conference Cambridge Day Moldova, Radisson Blue Hotel, Chișinău, duration 3 hours, 29th April 2023.</p> <p>2024 - <i>Certificat de participare activă</i>. Conferința științifică anuală a cadrelor științifico-didactice. USMF „Nicolae Testemițanu”: Cercetarea în Biomedicină și Sănătate Calitate, Excelență și Performanță, cu comunicarea: „Dezvoltarea empatiei prin intermediul jocului de rol în cadrul orelor de limbă engleză medicală, Moldovan Journal of Health Sciences 11 (ISSN 2345-1467), 889</p>		

<p>Publicații</p>	<p>LUCRĂRI ȘTIINȚIFICE</p> <p>Cărți de specialitate</p> <p>1. Oala, V. Cojocaru-Borozan M., Golubovschi O., University didactic technologies for the development of medical empathy. Coursebook. România: Ars Libri Publishing House Costești, 2025. 268 p. ISBN: 978-606-35-3003-3</p> <p>În reviste din Registrul Național al revistelor de profil, categoria B</p> <p>2. Oala, V. Argumente privind importanța empatiei profesionale a studenților medici. În: <i>Acta et Commentationes, Sciences of Education</i>. Categoria B. 2022, nr. 4(30), pp. 152-160. ISSN 1857-0623, E-ISSN 2587-3636 https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/175490</p> <p>3. Oala, V. Oala, V. Evoluția semnificațiilor științifice ale conceptului de empatie. În: <i>Studia Universitatis Moldaviae</i>, Revista științifică a Universității de Stat din Moldova, 2023, Nr. 5(165): nr.5, CZU: 159.942 + 316.613.42, pp. 264-270, ISSN 1857-2103, https://doi.org/10.59295/5(165)2023_42, https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/185128</p> <p>4. Oala, V. Modelul conceptual al empatiei medicale. In: <i>Univers Pedagogic</i>, 2025, nr. 1(85), pp. 85-91. ISSN 1811-5470. DOI: https://doi.org/10.52387/1811-5470.2025.1.12</p> <p>5. Oala, V. Oala, V. University Teaching Technology for Developing Medical Empathy. <i>Didactica Danubiensis</i>, 2025, 5(1), 236-249.</p> <p>Articole în culegeri științifice a conferințelor științifice internaționale (peste hotare)</p> <p>6. Oala, V., Cojocaru-Borozan, M., Interferences of empathy with social self-efficacy in the current context of the emotional culture approach. Conferința Științifică Internațională “Problematica Feministă Reflectată în Societatea Contemporană”/ coord. Marinela Rusu – Iași, Ediția a XIV-a, mai, 2023, pp.97-106, ISBN 978-630-328-000-4</p> <p>7. Oala, V. Borozan, M., The Value Of Empathy In Building Emotional Comfort Within The Family, Conferința Științifică Internațională Problematica feministă în lumea contemporană, presa universitară Clujeană”/ coord. Marinela Rusu – Iași, Ediția a XV-a, mai, 2024, pp.442-455, ISBN 978-606-37-2370-4</p> <p>Articole în lucrările conferințelor științifice internaționale (Republica Moldova)</p> <p>8. Oala, V. Determinant factors of the development of professional empathy in medical students. In: <i>Managementul educațional: realizări și perspective de dezvoltare</i>, Ed. 4, 27-28 octombrie 2022, Bălți. Bălți: Tipografia din Bălți, 2022, Ediția 4-a, pp. 329-334. ISBN 978-9975-161-32-9. https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/176195</p> <p>9. Cazac, V., Oala, V. Interactive strategies in teaching and learning EMP. In: <i>Probleme actuale ale lingvisticii și didacticii limbilor străine</i>, Ed. 3, 25 noiembrie 2022, Chișinău. Chișinău: CEP UPS „I.Creangă”, 2022, Ediția 3, pp. 35-42. ISBN (pdf) 978-9975-46-739-1 . https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/181967</p> <p>10. Oala, V. Premise contextuale ale formării profesionale inițiale a empatiei medicale la studenții medici. In: <i>Cercetarea pedagogică: exigențe contemporane și perspective de dezvoltare</i>, 3-4 noiembrie 2023, Chișinău. Chișinău: CEP UPS „I.Creangă”,</p>
--------------------------	--

	<p>2023, Ediția 1, pp. 130-136. ISBN 978-9975-46-867-1 (PDF).https://ibn.idsi.md/ro/vizualizare_articol/201516</p> <p>11. Oala, V. Professional attitudes of medical students in the context of current challenges. In: <i>Education for Peace and Sustainable Development</i>, Ed. Ediția 6, 9-10 octombrie, Chișinău. Chișinău, Republica Moldova: 2023, Ediția 6-a, pp. 103-104. ISBN 978-9975-62-593-7</p> <p>11. Sîrghi, A., Maxian, L., Oala, V. Formarea competenței de comunicare profesională în limba engleză la studenții mediciști prin adoptarea unui model hibrid. In: <i>Научно-образовательное пространство: реалии и перспективы повышения качества образования</i>, Ed. 5, 7 noiembrie 2025, Comrat. Comrat: Типография „A & V Poligraf”, 2025, Ediția 5, pp. 137-141. ISBN 978-9975-83-358-5. https://ibn.idsi.md/vizualizare_articol/246230</p> <p>Articole în culegeri ale conferințelor științifice naționale:</p> <p>13. Oala, V. Oportunități ale tehnologiilor didactice universitare de formare a empatiei medicale a studenților mediciști. Conferința științifică anuală „Cercetarea în biomedicină și sănătate: Calitate, Excelență și Performanță”, 18-20 octombrie, 2023 Disponibil: Culegerea-Rezumat-MJHS 10 3 2023 anexa1.pdf (usmf.md)</p> <p>14. Oala, V. Dezvoltarea empatiei prin intermediul jocului de rol în cadrul orelor de limba engleză medicală. In: <i>Cercetarea în biomedicină și sănătate: calitate, excelență și performanță</i>, Ed. 4, 16-18 octombrie 2024, Chișinău. Chișinău, Republica Moldova: 2024, p. 889. ISSN 2345-1467. https://repository.usmf.md/handle/20.500.12710/29888</p>
--	--