

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η Τέχνη της Επικοινωνίας στην Ολιστική Φροντίδα Υγείας

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΟΥΤΣΟΥΒΕΡΗ Π. ΜΑΡΙΑ
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ 20006

Ακαδημαϊκός Υπεύθυνος

Καθηγητής

Μάρκος Σαρρής

ΑΘΗΝΑ 2022

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Η Τέχνη της Επικοινωνίας στην Ολιστική Φροντίδα Υγείας

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΚΟΥΤΣΟΥΒΕΡΗ Π. ΜΑΡΙΑ
ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ 20006

Ακαδημαϊκός Υπεύθυνος

Καθηγητής

Μάρκος Σαρρής

ΑΘΗΝΑ 2022

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης

**Επιβλέπων
Καθηγητής**

**Μάρκος Σαρρής
Καθηγητής**

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Μέλος

**Σωτήριος Σούλης
Καθηγητής**

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Μέλος

**Ασπασία Γούλα
Αν. Καθηγήτρια**

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

Ευχαριστίες

Η παρούσα Διπλωματική εργασία συντάχτηκε στα πλαίσια ολοκλήρωσης των σπουδών μου στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα με τίτλο «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας» του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές ευχαριστίες μου στον επιβλέποντα καθηγητή κύριο Μάρκο Σαρρή, για όλη την καθοδήγηση και την πολύτιμη βοήθεια του κατά τη διάρκεια της εκπόνησης αυτής της εργασίας. Τον ευχαριστώ ειλικρινά για την ευκαιρία που μου έδωσε να είμαι υπό την επίβλεψη του και να διδαχτώ τόσα πολλά κατά τη διάρκεια των μαθημάτων, ανοίγοντας μου νέους ορίζοντες. Η εργασία αυτή αποτέλεσε πηγή άντλησης γνώσεων που θα με βοηθήσουν σε όλη τη διάρκεια της επαγγελματικής μου πορείας.

Την εργασία αυτή την αφιερώνω στη μητέρα μου Αναστασία για όλη την αγάπη και την υποστήριξη της. Την αφιερώνω επίσης στον αδελφό μου Θοδωρή, ο οποίος με βοήθησε κατά τη συγγραφή και τη συλλογή των πληροφοριών. Ευχαριστώ τον σύντροφο μου για όλη την υποστήριξη, την κατανόηση και την αγάπη που μου έδωσε κατά την εκπόνηση της εργασίας.

Δήλωση Συγγραφέα Μεταπτυχιακής Εργασίας

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Κουτσουβέρη Μαρία, με αριθμό μητρώου 20006 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι «Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου». Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 30 Ιουνίου 2022 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η Δηλούσα



Περίληψη

Η επικοινωνία στον τομέα της υγείας είναι ένας εξελισσόμενος και ολοένα και πιο σημαντικός τομέας για την δημόσια υγεία και όχι μόνο. Ως εκ τούτου, πολλοί συγγραφείς και οργανισμοί προσπαθούν να ορίσουν ή να επαναπροσδιορίσουν την επικοινωνία του τομέα της υγείας με την πάροδο του χρόνου. Λόγω της πολυεπιστημονικής φύσης της επικοινωνίας για την υγεία, πολλοί από τους ορισμούς μπορεί να εμφανίζονται κάπως διαφορετικοί μεταξύ τους. Ωστόσο, όταν αναλύονται, οι περισσότεροι επισημαίνουν τον ρόλο που μπορεί να διαδραματίσει η επικοινωνία στον τομέα της υγείας επηρεάζοντας και υποστηρίζοντας άτομα, κοινότητες, επαγγελματίες υγείας, υπεύθυνους χάραξης πολιτικής ή ειδικές ομάδες για να υιοθετήσουν και να διατηρήσουν μια πρακτική συμπεριφοράς ή μια κοινωνική αλλαγή ή αλλαγή πολιτικής που τελικά θα βελτιώσει τα αποτελέσματα της υγείας. Η κατανόηση του πραγματικού νοήματος της επικοινωνίας για την υγεία και η δημιουργία του σωστού πλαισίου για την εφαρμογή της μπορεί να βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας και τα άλλα εμπλεκόμενα άτομα να εντοπίσουν έγκαιρα τις εκπαιδευτικές ανάγκες του προσωπικού που εμπλέκονται στη διαδικασία επικοινωνίας και με αυτόν τον τρόπο να βοηθήσουν τους ασθενείς. Τέλος, η επικοινωνία στον τομέα της υγείας συμβάλει επίσης στη δημιουργία της σωστής οργανωτικής νοοτροπίας και ικανότητας που θα πρέπει να οδηγήσει σε μια επιτυχημένη χρήση επικοινωνιακών προσεγγίσεων για την επίτευξη στόχων που αφορούν τους ασθενείς.

Λέξεις κλειδιά : Επικοινωνία, υγεία, συμπεριφορά, ασθενής, γιατρός.

The Art of Communication in Holistic Health Care

Abstract

Communication in the field of health is an evolving and increasingly important field for public health and beyond. As a result, many authors and organizations seek to define or redefine health communication over time. Due to the multidisciplinary nature of health communication, many of the definitions may appear somewhat different. However, when analyzed, most highlight the role that health communication can play in influencing and supporting individuals, communities, health professionals, policy makers, or task forces to adopt and maintain a behavioral practice or social change, or policy change that will ultimately improve health outcomes. Understanding the real meaning of health communication and creating the right framework for its implementation can help health professionals and other stakeholders identify the training needs of the staff involved in the communication process in a timely manner and thus help patients. Finally, communication in the field of health also contributes to the creation of the right organizational mentality and ability that should lead to a successful use of communication approaches to achieve goals that concern patients.

Key words: Communication, health, behavior, patient, doctor.

Περιεχόμενα

Δήλωση Συγγραφέα Μεταπτυχιακής Εργασίας.....	5
Περίληψη.....	6
Abstract	7
Περιεχόμενα.....	8
Εισαγωγή.....	10
Μέρος Α΄.....	12
Κεφάλαιο 1ο : Ο ορισμός και οι συμμετέχοντες της επικοινωνίας στον τομέα της υγείας	12
1.1 Ο ορισμός της επικοινωνίας στον τομέα της υγείας.....	12
1.2 Οι συμμετέχοντες της επικοινωνίας στον τομέα της υγείας.....	13
Κεφάλαιο 2ο : Οι θεωρήσεις της επικοινωνίας, η λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία και τα μοντέλα επικοινωνίας στον τομέα της υγείας	21
2.1 Οι θεωρήσεις της επικοινωνίας στον τομέα της υγείας	21
2.1.1 Ενσυναίσθηση	21
2.1.2 Έλεγχος	22
2.1.3 Αυτοαποτελεσματικότητα.....	23
2.1.4 Εμπιστοσύνη.....	24
2.1.5 Αυτοαποκάλυψη και επιβεβαίωση	25
2.2 Η λεκτική και η μη λεκτική επικοινωνία στον τομέα της υγείας.....	26
2.2.1 Η περιγραφική/αφηγηματική επικοινωνία στην υγειονομική περίθαλψη	29
2.3 Τα μοντέλα επικοινωνίας στον τομέα της υγείας	31
Κεφάλαιο 3ο : Η προώθηση, τα εμπόδια και η εκτίμηση της επικοινωνίας στον τομέα της υγείας	39
3.1 Η προώθηση της επικοινωνίας στον τομέα της υγείας.....	39
3.1.1 Εκστρατείες προώθησης της υγείας.....	39
3.2 Τα εμπόδια της επικοινωνίας στον τομέα της υγείας.....	56
3.3 Η εκτίμηση της επικοινωνίας στον τομέα της υγείας	71
Μέρος Β΄.....	76
Κεφάλαιο 1ο : Η συστηματική ανασκόπηση των άρθρων γύρω από την τέχνη της επικοινωνίας στην ολιστική φροντίδα υγείας	76
1.1 Ο σχεδιασμός και η μεθοδολογία της συστηματικής ανασκόπησης.....	76
Κεφάλαιο 2ο : Οι παράγοντες επικοινωνίας στην ολιστική εξανθρωπισμένη νοσηλευτική φροντίδα	78
2.1 Εισαγωγή.....	78
2.2 Βιβλιογραφική ανασκόπηση	80
2.3 Μεθοδολογία έρευνας.....	82
2.4 Αποτελέσματα και συζήτηση	83
2.5 Οι επιπτώσεις και οι συστάσεις	84
2.6 Συμπεράσματα	85
Κεφάλαιο 3ο : Ο ρόλος των επικοινωνιακών δεξιοτήτων στην ολιστική νοσηλευτική	86

3.1 Εισαγωγή	86
3.2 Μεθοδολογία έρευνας, ανάλυση και ευρήματα	90
3.3 Συμπεράσματα	91
Κεφάλαιο 4 ^ο : Εμπόδια στην επικοινωνία σχετικά με τη συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική με ασθενείς : Μια ποιοτική μελέτη.....	95
4.1 Εισαγωγή	95
4.2 Μέθοδοι και Υλικά	98
4.3 Αποτελέσματα και συζήτηση	100
4.4 Συμπεράσματα	103
Κεφάλαιο 5 ^ο : Αξιοποίηση της θεραπευτικής επικοινωνίας ως γραφικό στοιχείο για την πνευματική και ενεργειακή φροντίδα : Μια ελπίδα για τη νοσηλευτική πρακτική του 21ου αιώνα.....	104
5.1 Εισαγωγή	104
5.2 Μέθοδοι και αποτελέσματα	105
5.3 Συμπεράσματα	111
Κεφάλαιο 6 ^ο : Οι καλύτερες στρατηγικές για την βελτίωση της επικοινωνίας στην υγειονομική περίθαλψη.....	113
6.1 Εισαγωγή	113
6.2 Βιβλιογραφική ανασκόπηση	114
6.3 Συμπέρασμα	118
Κεφάλαιο 7 ^ο : Πίνακας συστηματικής ανασκόπησης	121
Επίλογος	125
Βιβλιογραφία	127

Εισαγωγή

Η επικοινωνία περιλαμβάνει την ανατροφοδότηση μεταξύ του παραλήπτη και του πομπού κάποιων πληροφοριών ή δεδομένων. Η ελεύθερη έκφραση από τον ασθενή με μικρή ή καθόλου αναστολή είναι σημαντική κατά την ολιστική επικοινωνία στον τομέα της υγείας. Οι πολύ καλές τεχνικές επικοινωνίας είναι απαραίτητες για τη συλλογή του γενικού ιστορικού υγείας ενός ασθενούς. Αυτό περιλαμβάνει τα δημογραφικά και τα προσωπικά δεδομένα για τη σωματική, κοινωνικοπολιτισμική, πνευματική και ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς, η οποία περιλαμβάνει τη χρήση ενός συνδυασμού λεκτικών και μη λεκτικών δεξιοτήτων. Για να ληφθούν πιο λεπτομερείς πληροφορίες, απαιτούνται αντικειμενικά δεδομένα, τα οποία περιλαμβάνουν την φυσική εξέταση. Είναι σημαντικό για τον επαγγελματία υγείας και τον ασθενή να κατανοούν ο ένας τη γλώσσα του άλλου. Οι γλωσσικοί φραγμοί μπορεί να προκύψουν όταν είτε ο επαγγελματίας υγείας είτε ο ασθενής δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσουν σωστά. Η τήρηση των ακριβών και ευανάγνωστων αρχείων βελτιώνει τον προγραμματισμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση της φροντίδας, καθώς και τη συνέχιση της φροντίδας.

Όταν ένας επαγγελματίας υγείας έχει πολλούς ασθενείς να φροντίσει και πολύ λίγο χρόνο για να αφιερώσει στον καθένα, η επικοινωνία μπορεί να περιορίζεται στο να απαντά σε ερωτήσεις και να λέει στον ασθενή τι να περιμένει και τι να κάνει. Από ολιστικής άποψης, η επικοινωνία με αυτόν τον τρόπο αναστέλλει παρά βοηθά στη διαδικασία το να γίνει καλά ένας ασθενής. Η ολιστική επικοινωνία είναι η τέχνη της ανταλλαγής συναισθηματικών αλλά και πραγματικών πληροφοριών. Περιλαμβάνει την εγκατάλειψη των κρίσεων και την εκτίμηση της άποψης των ασθενών. Ξεκινά με προσεκτική μη λεκτική επικοινωνία (δηλαδή, ζεστή, αποδεκτή οπτική επαφή και στραμμένη προς τον ασθενή και μια ελκυστική έκφραση του προσώπου).

Τα βασικά για την καλή επικοινωνία είναι η εκμάθηση, όπου δεν απαιτεί πολύ χρόνο και μπορεί να αλλάξει σημαντικά την ποιότητα της εμπειρίας του ασθενούς. Η πιο βασική μορφή ολιστικής επικοινωνίας είναι η «ενεργητική ακρόαση». Η ενεργητική ακρόαση είναι ένας συγκεκριμένος τρόπος να ακούς τι λέει και τι αισθάνεται ένα άτομο και να αντικατοπτρίζει αυτές τις πληροφορίες πίσω στον ομιλητή. Στόχος της είναι να ακουσθεί το άτομο και να του προσφερθεί ενσυναίσθηση. Είναι η ικανότητα

να παρέχεται ήπια, συμπονετική προσοχή σε ότι έχει ειπωθεί ή υπονοηθεί. Όταν ένας επαγγελματίας υγείας ακούει με αυτόν τον τρόπο τους ασθενείς του, απλώς προσπαθεί να αντικατοπτρίσει τα συναισθήματα και τα βαθύτερα νοήματα του άλλου, κάτι που τους βοηθά να αισθάνονται ότι ακούγονται και κατανοούνται σε μεγάλο βαθμό. Τέλος, δεν πρέπει ο επαγγελματίας υγείας να αναλύει, να ερμηνεύει, να κρίνει ή να δίνει συμβουλές άσκοπα. Όταν οι ασθενείς λαμβάνουν την κατάλληλη προσοχή με αυτόν τον τρόπο, είναι λιγότερο ανήσυχοι, παραπονιούνται λιγότερο για την φροντίδα τους και είναι πιο πιθανό να συμμορφωθούν με την θεραπεία τους.

Μέρος Α'

Κεφάλαιο 1ο : Ο ορισμός και οι συμμετέχοντες της επικοινωνίας στον τομέα της υγείας

1.1 Ο ορισμός της επικοινωνίας στον τομέα της υγείας

Η επικοινωνία έχει οριστεί ως η μετάδοση πληροφοριών μέσω ενός καναλιού από μια πηγή σε έναν παραλήπτη, με συγκεκριμένο σκοπό. Η επικοινωνία για την υγεία είναι ένα υποσύνολο επικοινωνίας που ασχολείται με το πώς τα άτομα σε μια κοινωνία επιδιώκουν να διατηρήσουν την υγεία και να αντιμετωπίσουν ζητήματα που σχετίζονται με την υγεία, δηλαδή πώς διαδίδονται, κατανοούνται και ερμηνεύονται τα μηνύματα που σχετίζονται με την υγεία. Η επικοινωνία για την υγεία εστιάζει σε συγκεκριμένες αλληλεπιδράσεις που σχετίζονται με την υγεία μέσω των οποίων τα άτομα αποδίδουν νόημα στις εμπειρίες τους, στις προσπάθειες τους να μοιραστούν αυτές τις έννοιες και να προσαρμόσουν κατάλληλα τη συμπεριφορά τους και τους παράγοντες που επηρεάζουν αυτήν την αλληλεπίδραση (Skarbalienė et al., 2019).

Όταν οι επαγγελματίες υγείας τείνουν μόνο στη διατήρηση της σωματικής ευεξίας των ασθενών τους και απορρίπτουν ή αγνοούν τις επικοινωνιακές πτυχές, εκτελούν τα καθήκοντα τους σε μια απλοϊκή και ακόμη και επικίνδυνη βάση, επειδή όλοι όσοι εμπλέκονται σε μια θεραπευτική διαδικασία βασίζονται τις ερωτήσεις, τα συμπεράσματα τους και τις συστάσεις των εννοιών που αντλούν από τα σύμβολα της επικοινωνίας. Οι αλληλεπιδράσεις μπορεί να είναι λεκτικές ή μη λεκτικές, προφορικές ή γραπτές, προσωπικές (άτυπες) ή απρόσωπες (επίσημες) και όλες συμβάλλουν στην ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Η επικοινωνία είναι το πιο σημαντικό εργαλείο που διαθέτουν οι επαγγελματίες υγείας για την προαγωγή της υγείας, την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και τη συλλογή σχετικών πληροφοριών από ασθενείς, την επεξήγηση διαδικασιών και θεραπειών και την πρόκληση συνεργασίας από μέλη μιας ομάδας υγειονομικής περίθαλψης. Η διαύγεια, η επικαιρότητα και η ευαισθησία της ανθρώπινης επικοινωνίας στην υγειονομική

περίθαλψη είναι συχνά κρίσιμη για τη σωματική και συναισθηματική ευημερία όλων των ενδιαφερομένων (Ruben, 2014).

1.2 Οι συμμετέχοντες της επικοινωνίας στον τομέα της υγείας

Τα μηνύματα που στέλνουν οι άνθρωποι μπορούν να καθορίσουν τις σχέσεις. Οι σχέσεις επικοινωνίας μεταξύ παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και ασθενών έχουν μεγάλη επιρροή στις πρακτικές υγειονομικής περίθαλψης. Δημιουργούνται σχέσεις μεταξύ της πηγής ή των πηγών της επικοινωνίας στον τομέα της υγείας και του παραλήπτη ή των παραληπτών. Η πηγή μπορεί να είναι ένα άτομο, μια ομάδα, μια οργάνωση ή ένα μαζικό κοινό. Επίσης, ο παραλήπτης μπορεί να είναι φυσικό πρόσωπο, μια ομάδα, μια οργάνωση ή ένα μαζικό κοινό. Οι νοσηλευτές, το διοικητικό προσωπικό υγείας, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι γιατροί, οι παιδαγωγοί υγείας, οι ειδικοί επικοινωνίας, οι εργοθεραπευτές και οι λογοθεραπευτές, οι φυσιοθεραπευτές, οι φαρμακοποιοί, το προσωπικό δημόσιας υγείας κ.λπ. θεωρούνται όλοι επαγγελματίες υγείας που διαδίδουν μηνύματα υγειονομικής περίθαλψης σε ποικίλα περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης. Αποδέκτες είναι τα άτομα προς τα οποία απευθύνονται μέσω των υπηρεσιών υγείας (Załuski & Makara-Studzińska, 2019).

Τα άτομα

Στη διαπροσωπική επικοινωνία δημιουργείται μια σχέση μεταξύ δύο ή περισσότερων ατόμων (δυάδα) όπου σε αυτή την περίπτωση η δυάδα αποτελείται από έναν επαγγελματία υγείας και έναν ασθενή, όπου και οι δύο έχουν προσδοκίες σχετικά με την εκπλήρωση των συγκεκριμένων αναγκών τους. Ισχυρές διαπροσωπικές σχέσεις δημιουργούνται όταν ικανοποιούνται αυτές οι ανάγκες. Οι ανάγκες και ο ρόλος που διαδραματίζει κάθε σχεσιακός εταίρος για την κάλυψη των αναγκών επηρεάζουν την επικοινωνία. Ενώ ορισμένοι ρόλοι είναι σαφείς, άλλοι είναι διφορούμενοι. Σήμερα, οι θεσμοθετημένοι ρόλοι του γιατρού, του νοσηλευτή και του ασθενούς ή του ασθενή υφίστανται σημαντικές αλλαγές. Οι επαγγελματίες υγείας νέας γενιάς, όπως οι διαχειριστές περιπτώσεων και οι εκπαιδευτές υγείας, έχουν έρθει στο προσκήνιο για

να αμφισβητήσουν τους παραδοσιακούς ρόλους των γιατρών και των νοσηλευτών (Hannawa et al., 2015).

Οι ασθενείς χρησιμοποιούν τη διαπροσωπική επικοινωνία για (Hu, 2015) :

- Να αποκτήσουν σχετικές πληροφορίες υγείας σχετικά με τα προβλήματα υγείας και τις θεραπείες τους.
- Να συνεργάζονται με τους επαγγελματίες υγείας και να κερδίσουν το σεβασμό τους.
- Να λαμβάνουν περίπλοκες και μακροπρόθεσμες αποφάσεις για την υγειονομική περίθαλψη.
- Να αντιμετωπίσουν τη συχνά περιοριστική γραφειοκρατία του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.
- Να αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας.

Οι επαγγελματίες υγείας χρησιμοποιούν δεξιότητες διαπροσωπικής επικοινωνίας για να (Hu, 2015) :

- Δημιουργήσουν σχέσεις με έναν ασθενή.
- Αποσπάσουν πλήρεις και ακριβείς πληροφορίες από ασθενείς και επαγγελματίες υγείας.
- Να εξουσιοδοτήσουν τον ασθενή να λαμβάνει τεκμηριωμένες αποφάσεις υγειονομικής περίθαλψης.

Η θεραπευτική (δηλαδή, η συμβολή στη θεραπεία της ασθένειας ή της γενικής ευημερίας) επικοινωνία σε διαπροσωπικό επίπεδο είναι ιδιαίτερα σημαντική για τη θεραπεία ασθενειών. Ο στόχος της θεραπευτικής επικοινωνίας είναι να βοηθήσει ένα άτομο να κατανοήσει καλύτερα τον εαυτό του και να το ενδυναμώσει να λάβει αποφάσεις υγειονομικής περίθαλψης που επιτυγχάνουν την εκπλήρωση αναγκών και στόχων. Για επιτυχή δυαδική επικοινωνία, απαιτούνται γνωστικές (ικανότητα αντίληψης) και συμπεριφορικές (ικανότητα προσαρμογής) δεξιότητες και από τους

δύο συμμετέχοντες στο πλαίσιο μιας συγκεκριμένης κατάστασης. Στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης, η επιτυχημένη επικοινωνία ορίζεται με όρους αποτελεσματικής αλληλεπίδρασης που στοχεύει σε θεραπευτικά αποτελέσματα. Ωστόσο, η θεραπευτική επικοινωνία μπορεί επίσης να πραγματοποιηθεί (Squires & Jacobs, 2014).

Η πρακτική μάθηση θεωρείται από καιρό η βασική μέθοδος μάθησης. Έχει πλέον βρεθεί ότι σχεδόν όλη η μάθηση μπορεί επίσης να συμβεί έμμεσα με την παρατήρηση της συμπεριφοράς άλλων ανθρώπων. Η ικανότητα της μάθησης μέσω παρατήρησης επιτρέπει στους ανθρώπους να αποκτούν κανόνες για τη δημιουργία και τη ρύθμιση προτύπων συμπεριφοράς χωρίς να χρειάζεται να τα σχηματίσουν σταδιακά μέσω κουραστικών δοκιμών και λαθών. Στην υγειονομική περίθαλψη, όπου τα λάθη μπορεί να είναι μοιραία, μια αποτελεσματική μέθοδος μάθησης είναι η μάθηση με μοντέλα ή η παρατήρηση. Τα άτομα που έχουν επιτυχία στην αντιμετώπιση ορισμένων προβλημάτων μπορούν να χρησιμεύσουν ως πρότυπα για άλλους. Αυτό μπορεί επίσης να λάβει χώρα μέσα σε ρυθμίσεις ομαδικής επικοινωνίας όπου τα μέλη της ομάδας βοηθούν το ένα το άλλο για την επίλυση προβλημάτων και τη βελτίωση της αυτο-αποτελεσματικότητας (Anderson et al., 2019).

Τα μοντέλα κάνουν τη μεγαλύτερη εντύπωση σε έναν παραλήπτη όταν είναι μοναδικά, σχετικά, απλά και εύκολα στην παρακολούθηση, με παρόμοιο δημογραφικό υπόβαθρο, ελαφρώς πιο κοινωνικά στην προσωπικότητα και ελαφρώς πιο ικανά στη μοντελοποιημένη συμπεριφορά. Επιπλέον, θα πρέπει να παρουσιαστεί μια ποικιλία μοντέλων και ρυθμίσεων εφαρμογών. Όταν αποδεικνύονται οι κανόνες που καθοδηγούν τη συμπεριφορά και η αντίθεση μεταξύ αποτελεσματικής και αναποτελεσματικής συμπεριφοράς, η επιρροή ενός μοντέλου αυξάνεται. Η επικοινωνία για την υγεία δεν λαμβάνει χώρα μόνο μεταξύ ενός επαγγελματία υγείας, άλλων επαγγελματιών υγείας, προτύπων και ασθενών, αλλά και μεταξύ ασθενών και μελών του κοινού. Η δύναμη των ατόμων να επηρεάζουν το ένα το άλλο σχετικά με τις πεποιθήσεις, τις στάσεις και τις απόψεις τους για την υγεία δεν πρέπει να υποτιμάται. Σε διάφορα στάδια της διαδικασίας λήψης αποφάσεων για την υγεία, μπορεί να χρειαστεί η υποστήριξη, η βοήθεια, ακόμη και η υπεράσπιση ενός μη επαγγελματία (Olofin, 2020).

Ομάδες

Οι ομάδες εντός του περιβάλλοντος υγειονομικής περίθαλψης επικοινωνούν μεταξύ τους. Μια ομάδα αποτελείται από τρία ή περισσότερα άτομα των οποίων οι συμπεριφορές έχουν αμοιβαία επίδραση ο ένας στον άλλο. Η επικοινωνία μικρών ομάδων έχει γίνει ένας σημαντικός μηχανισμός για την επίτευξη υγειονομικής περίθαλψης. Ο Rensburg (1996) ορίζει την ομαδική επικοινωνία ως τη *«λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία που εμφανίζεται μεταξύ μιας συλλογής ατόμων των οποίων οι σχέσεις τα κάνουν σε κάποιο βαθμό αλληλοεξαρτώμενα»*, για παράδειγμα, ομάδες υγειονομικής περίθαλψης, ομάδες αυτοβοήθειας, ομάδες εστίασης και ομάδες θεραπείας. Οι ομάδες παρέχουν πληροφορίες, υποστήριξη και ικανότητες επίλυσης προβλημάτων που τα άτομα δεν μπορούν να παρέχουν ανεξάρτητα. Η διαχείριση περιπτώσεων είναι ένα τρέχον μοντέλο ομάδας που χρησιμοποιείται από πολλές ομάδες υγειονομικής περίθαλψης, ιδιαίτερα στη διαχειριζόμενη υγειονομική περίθαλψη. Η διαχείριση περιπτώσεων χρησιμοποιεί κλινική τεχνογνωσία και πληροφορίες για την υγεία, καθώς και μια επιχειρηματική προσέγγιση για τη διαχείριση της φροντίδας. Μια ομάδα υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να αποτελείται από μια ποικιλία τεχνικών, ιατρικών και παραϊατρικών επαγγελματιών και ημιαπαγγελματιών που παρέχουν διάφορες υπηρεσίες που χρειάζεται ένας ασθενής και συντονίζουν μια ολιστική προσέγγιση στην υγειονομική περίθαλψη. Όλα τα μέλη μπορεί να προέρχονται από την ιατρική κοινότητα ή η ομάδα μπορεί να είναι διεπιστημονική (Ruben, 2014).

Οι στόχοι των ομάδων υγείας είναι οι εξής (Liu et al., 2017) :

- Επίβλεψη της υγειονομικής περίθαλψης.
- Χρησιμοποίηση των πόρων πιο αποτελεσματικά και οικονομικά.
- Προσφορά ολοκληρωμένης, ολιστικής και υψηλότερης ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης.
- Μετατόπιση των ασθενών από έναν προσανατολισμό ασθενείας σε έναν προσανατολισμό υγείας.

Η επιτυχία μιας ομάδας βασίζεται στη διαχείριση της δυναμικής της ομαδικής αλληλεπίδρασης, όπως η ηγεσία, ο καθορισμός ρόλων και η διαπραγμάτευση, ο καθορισμός στόχων, η επίλυση προβλημάτων, η σύγκρουση, η εξουσία, η εμπιστοσύνη και η υποστήριξη. Όταν μια ομάδα υγειονομικής περίθαλψης λειτουργεί με επιτυχία, τα επίπεδα ικανοποίησης τόσο των ασθενών όσο και των επαγγελματιών υγείας αυξάνονται. Η σημασία της επικοινωνίας σε μια ομάδα υγειονομικής περίθαλψης είναι αυτονόητη. Μία από τις σύγχρονες τάσεις της κοινωνίας είναι η στροφή από τη θεσμική βοήθεια στην αυτοβοήθεια, μια τάση που αφενός μπορεί να είναι αποτέλεσμα της εξέλιξης της υγείας και αφετέρου της διευκόλυνσης της. Οι ομάδες αυτοβοήθειας σχηματίζονται για να υποστηρίξουν άτομα που αντιμετωπίζουν κρίση, άγχος, στρες, αβεβαιότητα, μετάβαση ρόλων (π.χ. μετά από διαζύγιο/θάνατο συζύγου ή συνταξιοδότηση), προβλήματα υγείας κ.λπ. Αυτές οι ομάδες συνήθως μοιράζονται μόνο ένα συγκεκριμένο πρόβλημα ή κατάσταση, αλλά δημιουργούν και διατηρούν συνεχείς δεσμούς που παίζουν σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της ψυχολογικής και σωματικής ευεξίας των μελών τους (Sibiya, 2018).

Η αποτελεσματικότητα των ομάδων αυτοβοήθειας βασίζεται στην επικοινωνία που χαρακτηρίζεται από αμοιβαιότητα, ενσυναισθητική ειλικρίνεια, αποδοχή όλων των μελών και συμμετρική αλληλεπίδραση, δηλαδή από ίσο προς ίσο και όχι από υφιστάμενο σε ανώτερο ή αντίστροφα. Οι ομάδες αυτοβοήθειας εκθέτουν τα νέα μέλη σε πρότυπα και παρέχουν ένα ασφαλές περιβάλλον στο οποίο τα μέλη μπορούν να κάνουν πρόβα νέων ρόλων. Τα μέλη μοιράζονται πληροφορίες, λαμβάνουν ανατροφοδότηση και αναγνωρίζουν τη συμπεριφορά μεταξύ τους με σκοπό να ανακτήσουν τον έλεγχο της ζωής τους. Οι ομάδες αυτοβοήθειας είναι βιώσιμες εναλλακτικές πηγές κοινωνικής υποστήριξης όταν η οικογένεια, οι φίλοι και οι επαγγελματίες υγείας δεν είναι διαθέσιμοι ή απρόθυμοι ή το μέλος αισθάνεται αποξενωμένο από τον εαυτό του και την κοινωνία ή ως συμπλήρωμα των παραδοσιακών υπηρεσιών υγείας, όπως στην περίπτωση των πασχόντων από χρόνια νόσο (Tran et al., 2020).

Οι ομάδες εστίασης, που παραδοσιακά συνδέονται με το μάρκετινγκ, είναι πολύτιμα εργαλεία που χρησιμοποιούνται ευρέως στην έρευνα που σχετίζεται με την υγεία και στον προγραμματισμό. Οι στόχοι είναι η απόκτηση ποιοτικών δεδομένων και ανατροφοδότησης σχετικά με συναισθήματα και τις απόψεις μικρών ομάδων

συμμετεχόντων σχετικά με συγκεκριμένα προβλήματα, εμπειρίες, υπηρεσίες, ιδέες για την προαγωγή της υγείας, μηνύματα, στρατηγικές κ.λπ. Αυτές οι πληροφορίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για προγράμματα έρευνας και προώθησης της υγειονομικής περίθαλψης. Στα αρχικά στάδια των προγραμμάτων προώθησης και των εκστρατειών για την υγεία, οι ομάδες εστίασης χρησιμοποιούνται για να επιτευχθεί γενική συμφωνία μεταξύ μιας ομάδας δείγματος, επειδή συνήθως υπάρχει κοινωνική απόσταση μεταξύ των σχεδιαστών προγραμμάτων και των παραληπτών των μηνυμάτων (Freeman, 2019).

Οργανισμοί

Καθώς η υγειονομική περίθαλψη λαμβάνει χώρα σε ένα ανοιχτό σύστημα, η επικοινωνία λαμβάνει χώρα εσωτερικά στους οργανισμούς και εξωτερικά μεταξύ των οργανισμών. Μέσα στους οργανισμούς, η επικοινωνία λαμβάνει χώρα κατά την εκτέλεση των οργανωτικών καθηκόντων και την επίτευξη των στόχων. Εξωτερικά, οι οργανισμοί επικοινωνούν για να συντονίσουν τις δραστηριότητες μεταξύ αλληλεξαρτώμενων οργανισμών εντός του ευρύτερου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Οι υπηρεσίες, η θεραπεία και οι πληροφορίες παρέχονται σε επαγγελματίες υγείας, διαχειριστές, υπεύθυνους χάραξης πολιτικής, στους ασθενείς και τις οικογένειες τους κ.λπ (Norouzinia et al., 2015).

Στο διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης του σήμερα, οι ασθενείς είναι συχνά μπερδεμένοι και αβέβαιοι για τα δικαιώματα και τα προνόμια τους, καθώς και για πρακτικές πτυχές όπως οι διαδικασίες και τα πρωτόκολλα θεραπείας. Καθώς η γνώση για την υγεία έχει αυξηθεί, οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης έχουν γίνει πιο περίπλοκες. Ο ασθενής έρχεται αντιμέτωπος με μια ποικιλία καταστάσεων στις οποίες έχει ελάχιστο ή καθόλου έλεγχο. Μερικές φορές ο ασθενής χρησιμοποιεί έναν «δικηγόρο», εκπρόσωπο ή διερμηνέα για να βρει σχετικές πληροφορίες από διαχειριστές και παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, να λύσει διοικητικά προβλήματα και να βεβαιωθεί ότι οι επιθυμίες του/της ακούγονται και γίνονται κατανοητές όταν λαμβάνονται αποφάσεις για την αντιμετώπιση κάποιων καταστάσεων (Lotfi et al., 2019).

Οι ενημερωμένοι ασθενείς υγειονομικής περίθαλψης που γνωρίζουν τα δικαιώματά τους ως ασθενείς και που συμμετέχουν ενεργά στην οργάνωση της δικής τους υγειονομικής περίθαλψης μπορούν πιο εύκολα να ξεπεράσουν τη γραφειοκρατία της υγειονομικής περίθαλψης. Εάν οι ασθενείς γνωρίζουν τους κανόνες, τους κανονισμούς και τις διαδικασίες του νοσοκομείου και κατανοούν τη λειτουργία του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, είναι σε καλή θέση να κατευθύνουν τη δική τους υγειονομική περίθαλψη και μπορούν στη συνέχεια να ξεπεράσουν τον εκφοβισμό, τη σύγχυση και την έλλειψη ανθρωπιάς που αντιμετωπίζουν συχνά όταν έρχονται αντιμέτωποι με δύσκολες και πολύπλοκες καταστάσεις της υγειονομικής περίθαλψης. Για τους περισσότερους μεμονωμένους ασθενείς, τα σοβαρά προβλήματα υγείας είναι πολύ περίπλοκα, μπερδεμένα και απρόβλεπτα για να ερμηνευτούν πλήρως, να κατανοηθούν και να ανταποκριθούν επαρκώς χωρίς τη βοήθεια ενός οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης με το καλά εκπαιδευμένο προσωπικό και τον εξειδικευμένο εξοπλισμό του. Ένας οργανισμός υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να παρέχει στους ασθενείς πόρους επεξεργασίας πληροφοριών για να τους βοηθήσει να κατανοήσουν και να λύσουν τα προβλήματα υγείας τους. Είναι προς το συμφέρον των οργανώσεων υγείας να βοηθούν τους ασθενείς με τέτοιο τρόπο ώστε η υγειονομική περίθαλψη να διατηρηθεί (Fakhr-Movahedi et al., 2016).

Μαζικό κοινό

Σύμφωνα με τους στόχους του Χάρτη της Οττάβα για την Προαγωγή της Υγείας του 1986 και τις αποφάσεις της Παγκόσμιας Διάσκεψης Υγείας που πραγματοποιήθηκε στο Κάιρο το 1994, οι προσπάθειες για την προώθηση της υγείας και την πρόληψη των ασθενειών έχει αυξηθεί. Χρησιμοποιώντας τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να διαδώσουν τα μηνύματά τους στο κοινό γενικά. Αν και η ικανότητα των μέσων μαζικής ενημέρωσης ως εργαλεία για μακροπρόθεσμες αλλαγές στη στάση και τη συμπεριφορά είναι αβέβαιη, μπορεί να είναι αποτελεσματικά για την αύξηση της ευαισθητοποίησης σε θέματα υγείας και, όταν συμπληρώνονται από άλλα μέσα επικοινωνίας, μπορούν να παίξουν σημαντικό συμπληρωματικό ρόλο στην αλλαγή στάσεις και την συμπεριφορά (Brinderjeet, 2020).

Όσον αφορά την επιρροή των μέσων μαζικής ενημέρωσης στη ζωή των ασθενών, ο Neuendorf (1990) εξηγεί ότι «ένα άτομο μπορεί να συμβουλευτεί έναν γιατρό μερικές φορές το χρόνο, αλλά μπορεί να διαβάσει ένα ιατρικό άρθρο στην εφημερίδα ή ένα περιοδικό λίγες φορές το μήνα, να παρακολουθήσει ένα τηλεοπτικό πρόγραμμα που δείχνει κάποιο άλλο ιατρικό πρόβλημα και μπορεί να προβληθεί μια ιατρική διαφήμιση. Καθώς τα μέσα θα καθοδηγούνται περισσότερο από τους χρήστες, θα είναι δυνατές οι διευρυμένες μορφές επικοινωνίας» (Kourkouta & Papathanasiou, 2014).

Όταν εκτίθενται στα μέσα μαζικής ενημέρωσης, οι άνθρωποι καθοδηγούνται από γνωστικές και συναισθηματικές δυνάμεις στην προσπάθεια τους να επεξεργαστούν τις πληροφορίες που δίνονται σε ένα μήνυμα. Σύμφωνα με τον Donohew (1990), οι εκστρατείες για την υγεία θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι επεξεργάζονται τις πληροφορίες και τις διάφορες στρατηγικές και μεθόδους για την προσέλκυση και τη διατήρηση της προσοχής ενός κοινού-στόχου. Η διέγερση, η προσοχή, η γνώση και ο σχεδιασμός των μηνυμάτων πρέπει να τύχουν προσοχής. Για παράδειγμα, υπάρχει ένα όριο στο πόσα μηνύματα θα είναι σε θέση να αφομοιώσει ένας ασθενής πριν ξεκινήσει η σύγχυση. Το κοινωνικό μάρκετινγκ είναι μια έννοια που εφαρμόζεται τώρα εκτενώς στον χειρισμό των μέσων μαζικής ενημέρωσης ποικίλων θεμάτων υγείας. Το κοινωνικό μάρκετινγκ εστιάζει την προσοχή στους αποδέκτες της επικοινωνίας στο κοινωνικό, πολιτικό και οικονομικό τους περιβάλλον. Επομένως, οι σχεδιαστές εκστρατειών δεν εξετάζουν μόνο τι προσπαθούν να κάνουν οι άνθρωποι, αλλά και γιατί το κοινό-στόχος μπορεί να παρακινηθεί να συμμορφωθεί ή να αντισταθεί στην επιθυμητή συμπεριφορά. Και πάλι, υπάρχει μια μετατόπιση από το τι θέλει ο επαγγελματίας υγείας σε αυτό που χρειάζεται ο ασθενής (Real et al., 2018).

Κεφάλαιο 2ο : Οι θεωρήσεις της επικοινωνίας, η λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία και τα μοντέλα επικοινωνίας στον τομέα της υγείας

2.1 Οι θεωρήσεις της επικοινωνίας στον τομέα της υγείας

Στην υγειονομική περίθαλψη, η «φροντίδα» αναφέρεται στο «επίπεδο συναισθηματικής εμπλοκής που εκφράζουν οι επικοινωνιολόγοι ο ένας για τον άλλον, αφού σχετίζεται με την επίδειξη ενδιαφέροντος για την ευημερία του άλλου ατόμου». Στην επικοινωνία του τομέα της υγείας, μια σειρά από παράγοντες είναι βασικοί για την επιτυχία της επικοινωνίας. Οι παράγοντες είναι η ενσυναίσθηση, ο έλεγχος, η εμπιστοσύνη, η αυτοαποκάλυψη και η επιβεβαίωση. Επιπλέον, η μεταφορά μηνυμάτων μέσω λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας έχει ιδιαίτερη σημασία σε ένα περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης, ενώ, από την άποψη της συμμόρφωσης του ασθενούς, η αυτοαποτελεσματικότητα είναι βασικό ζήτημα για την επιτυχία της επικοινωνίας. Αν και το μεγαλύτερο μέρος της βιβλιογραφίας αναφέρεται μόνο στη δυαδική κατάσταση, οι βασικές αρχές ισχύουν για όλες τις καταστάσεις της επικοινωνίας για τον τομέα της υγείας (Wittenberg et al., 2016).

2.1.1 Ενσυναίσθηση

Η ενσυναίσθηση θεωρείται ως ο πιο σημαντικός παράγοντας για την επιτυχημένη επικοινωνία στον τομέα της υγείας. Επηρεάζει τα αποτελέσματα της επικοινωνίας σε όλους τους τύπους σχέσεων, συμπεριλαμβανομένης αυτής μεταξύ του επαγγελματία υγείας και του ασθενή. Η ενσυναίσθηση είναι *«η δύναμη να ταυτίζει κανείς τον εαυτό του νοητικά με (και να κατανοεί πλήρως) ένα άτομο ή ένα αντικείμενο στοχασμού»*. Περιλαμβάνει την ευαισθησία στα μεταβαλλόμενα συναισθήματα που ρέουν στο άλλο άτομο, είτε είναι φόβος είτε η οργή, η τρυφερότητα ή η σύγχυση. Η ενσυναίσθηση είναι η ικανότητα να αναπτυχθεί μια πλήρης κατανόηση της κατάστασης και των συναισθημάτων ενός ασθενή και να συσχετιστεί αυτή η κατανόηση με το άτομο (Kwame & Petrucka, 2021).

Η ενσυναίσθηση παίζει έναν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην αποτελεσματική διαπροσωπική επικοινωνία στον τομέα της υγείας, όπου η έμφαση πρέπει να δίνεται στον ασθενή που αντιμετωπίζει το πρόβλημα. Η ενσυναίσθηση μπορεί να εμφανιστεί σε πολλά σημεία της διαδικασίας επικοινωνίας στον τομέα της υγείας. Διάφορες δεξιότητες πρέπει να έχουν όσοι επιθυμούν να δείξουν ενσυναίσθηση, για παράδειγμα, παρατηρητικές δεξιότητες, δεξιότητες επικοινωνίας, αντιληπτικές δεξιότητες, δεξιότητες συναισθηματικής ευαισθησίας και φροντίδας. Μέσω της ενσυναίσθησης, οι επαγγελματίες υγείας κατανοούν καλύτερα τους ασθενείς τους και τα προβλήματα τους, καθώς και άλλους επαγγελματίες υγείας στην ομάδα υγειονομικής περίθαλψης. Η κατανόηση βοηθά τους ασθενείς να αντιμετωπίσουν τα συναισθήματα του φόβου και της σύγχυσης που προκαλούνται από την οποιαδήποτε ασθένεια (Bramhall, 2014).

2.1.2 Έλεγχος

Όπως η ενσυναίσθηση, έτσι και ο έλεγχος είναι μέρος κάθε κατάστασης επικοινωνίας και εγγενές στοιχείο της ανθρώπινης αλληλεπίδρασης γενικά. Ο προσωπικός έλεγχος αφορά την αντίληψη ότι οι άνθρωποι μπορούν να επηρεάσουν τον τρόπο με τον οποίο οι περιστάσεις επηρεάζουν τη ζωή τους. Όσο περισσότερο προσωπικό έλεγχο δέχεται ένας ασθενής, τόσο λιγότερα είναι τα αισθήματα αδυναμίας του, ακόμα κι αν ο έλεγχος δεν ασκείται άμεσα. Οι άνθρωποι πρέπει να βλέπουν το περιβάλλον τους ως ελεγχόμενο και προβλέψιμο. Ο σχεσιακός έλεγχος αναφέρεται στις αντιλήψεις που έχουν οι άνθρωποι για το κέντρο ελέγχου στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, δηλαδή την ιεραρχία σύνδεσης τους με τους άλλους. Επίσης, περιλαμβάνει τον βαθμό στον οποίο οι άνθρωποι αισθάνονται ικανοί να επηρεάσουν τη φύση και την ανάπτυξη των σχέσεων. Όταν τα άτομα μέσα σε μια σχέση μοιράζονται τον σχεσιακό έλεγχο, το αποτέλεσμα είναι η δραστική διαπροσωπική επικοινωνία. Η ασθένεια προκαλεί αβεβαιότητα και, στην πραγματικότητα, η αβεβαιότητα προκαλεί συναισθήματα απώλειας ελέγχου. Το αποτέλεσμα είναι ο φόβος, ο θυμός και η ανικανότητα. Για να βοηθήσουν τους ασθενείς να ανταπεξέλθουν, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να προσπαθήσουν να αποκαταστήσουν τα αισθήματα ελέγχου τους. Μερικοί ασθενείς είναι εσωτερικά προσανατολισμένοι και αναλαμβάνουν την ευθύνη, ενώ άλλοι έχουν εξωτερικό προσανατολισμό και ακολουθούν μια προσέγγιση αναμονής στις προτιμήσεις τους για έλεγχο (Jones, 2012).

Ο έλεγχος βοηθά τους επαγγελματίες υγείας να εργαστούν αποτελεσματικά με ασθενείς και άλλους επαγγελματίες υγείας. Ωστόσο, μετά από προσεκτική αξιολόγηση της συγκεκριμένης κατάστασης, οι ασθενείς θα πρέπει να έχουν ελεύθερο έλεγχο σε περιπτώσεις που μπορούν να διαχειριστούν τις καταστάσεις μόνοι τους, με έναν επαγγελματία υγείας σε βοηθητικό ρόλο σε περιπτώσεις που δεν μπορούν να διαχειριστούν τις καταστάσεις μόνοι τους. Η κοινή χρήση του ελέγχου στην υγεία είναι πολύπλοκη και μπορεί να διαφέρει από κατάσταση σε κατάσταση. Στην υγειονομική περίθαλψη, η διαχείριση, η ευθύνη και ο έλεγχος μιας ασθένειας μοιράζονται ή μεταβιβάζονται στον ασθενή όποτε είναι δυνατόν, προκειμένου να αυξηθεί η συμμόρφωση και να περιοριστεί το κόστος (Andriyanto, 2019).

2.1.3 Αυτοαποτελεσματικότητα

Η έννοια της αυτό-αποτελεσματικότητας συνδέεται με τον προσωπικό έλεγχο. Η αυτο-αποτελεσματικότητα είναι μια προσωπική εκτίμηση και πίστη στην ικανότητα εκτέλεσης ενός συγκεκριμένου τύπου συμπεριφοράς κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες για να επηρεαστούν οι υπάρχουσες συνθήκες. Για παράδειγμα, όταν αναρρώνει κάποιος ασθενής μετά από μια σοβαρή ασθένεια ή όταν αντιμετωπίζει μια χρόνια ασθένεια. Οι αντιλήψεις των ανθρώπων για τις δυνατότητες τους επηρεάζουν τη συμπεριφορά, τα κίνητρα, τα πρότυπα σκέψης και τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις. Γενικά, οι άνθρωποι παρακινούνται να συμμετάσχουν σε συμπεριφορές για τις οποίες αισθάνονται ιδιαίτερα αποτελεσματικοί. Ως εκ τούτου, η επικοινωνία θα πρέπει να επικεντρώνεται στην ενίσχυση της αίσθησης της αυτοαποτελεσματικότητας των ανθρώπων που σχετίζεται με μια συγκεκριμένη συμπεριφορά. Στις έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, η θετική ανατροφοδότηση ενσταλάζει την ισχυρή αίσθηση αποτελεσματικότητας στους ασθενείς. Η αυτο-αποτελεσματικότητα μπορεί επίσης να βελτιωθεί με την κατάλληλη χρήση μοντελοποίησης της συμπεριφοράς (Barilaro et al., 2019).

Η υψηλή αυτό-αποτελεσματικότητα οδηγεί στη δέσμευση, την επινοητικότητα και την επιμονή, ιδιότητες που απαιτούνται για τις περισσότερες ανθρώπινες προσπάθειες. Η επικοινωνία στον τομέα της υγείας που ενισχύει τις προσδοκίες της αυτοαποτελεσματικότητας σχετικά με τη διαχείριση ασθενειών θα μπορούσε να

οδηγήσει σε καλύτερη αυτοδιαχείριση και τελικά σε καλύτερη κατάσταση υγείας και πιο αποδοτική περίθαλψη. Οι αντιλήψεις της οικογένειας, των φίλων και άλλων δομών υποστήριξης σχετικά με την ικανότητα ενός ασθενούς μπορεί να αποτελέσουν κίνητρο για την αλλαγή της συμπεριφοράς περί υγείας και την τήρηση της θεραπείας. Ως εκ τούτου, είναι επίσης σημαντικό να εκπαιδευτεί ο/η σύζυγος του ασθενούς όπως και άλλοι στενοί συγγενείς. Η αυτο-αποτελεσματικότητα επηρεάζεται από προηγούμενες εμπειρίες με τη συγκεκριμένη συμπεριφορά, τις εμπειρίες άλλων ανθρώπων με τη συμπεριφορά, την λεκτική πειθώ που ενισχύει την ικανότητα του ασθενούς να εμπλακεί στην επιθυμητή συμπεριφορά και ανατροφοδότηση από τις συνθήκες που βιώνει όταν προβλέπει ή εμπλέκεται στη συμπεριφορά (Abib & Anacleto, 2014).

Η έρευνα έχει επίσης δείξει ότι η αντιληπτή αυτο-αποτελεσματικότητα καθιστά δυνατή την προληπτική συμπεριφορά υγείας, εκτός κι αν οι άνθρωποι πιστεύουν ότι μπορούν να κυριαρχήσουν και να τηρήσουν τις συνήθειες που προάγουν την υγεία, αφού είναι απίθανο να αφιερώσουν την απαραίτητη προσπάθεια για να το πετύχουν. Οι άνθρωποι που έχουν προσωπικό έλεγχο των καθημερινών τους δραστηριοτήτων είναι πιο χαρούμενοι, πιο ενεργά ενδιαφέροντες και κοινωνικοί και σωματικά πιο υγιείς από εκείνους που δεν έχουν τον προσωπικό έλεγχο. Οι άνθρωποι δεν χρειάζονται μόνο γνώσεις για να ρυθμίσουν τη συμπεριφορά τους, αλλά και μια σταθερή πίστη στην προσωπική τους αποτελεσματικότητα με στόχο να αλλάξουν μια πιθανή μελλοντική κακή κατάσταση υγείας σε αποτελεσματική προληπτική δράση. Οι άνθρωποι πρέπει να πιστεύουν ότι έχουν την ικανότητα να αλλάξουν τις συνήθειες υγείας τους προτού να έρθει η ώρα που θα πρέπει αναγκαστικά να το κάνουν. Η επικοινωνία που ενισχύει ρητά την πίστη, αυξάνει την αποφασιστικότητα των ανθρώπων να αλλάξουν τις συνήθειες που βλάπτουν την υγεία τους (Aceto et al., 2018).

2.1.4 Εμπιστοσύνη

Η εμπιστοσύνη είναι η «σταθερή πίστη στην αξιοπιστία ή την αλήθεια ή τη δύναμη» ενός ατόμου. Σημαίνει ότι ένα άτομο σέβεται τις ανάγκες και τις επιθυμίες ενός άλλου ατόμου και συμπεριφέρεται απέναντι του με υπεύθυνο και προβλέψιμο τρόπο. Σημαίνει επίσης αποδοχή ενός άλλου ατόμου χωρίς αξιολόγηση ή κρίση. Μέσω της

εμπιστοσύνης, τα γεγονότα θεωρούνται προβλέψιμα και οι άνθρωποι ως ειλικρινά, ικανά και αποδεκτά όντα. Επειδή οι ασθενείς αισθάνονται ιδιαίτερα αβοήθητοι, ευάλωτοι, ανασφαλείς και έχουν ανάγκη από υποστήριξη, η εμπιστοσύνη διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στη δημιουργία αποτελεσματικών σχεσιακών συνεργασιών στην υγειονομική περίθαλψη. Η εμπιστοσύνη βοηθά στη μείωση των συναισθημάτων αποπροσωποποίησης ή απανθρωποποίησης. Μέσω της προβλέψιμης επαγγελματικής συμπεριφοράς, οι ασθενείς μαθαίνουν να εμπιστεύονται τους επαγγελματίες υγείας και να βασίζονται στις γνώσεις και την ακεραιότητα τους (Skarbalienė et al., 2019).

Η ύπαρξη εμπιστοσύνης μεταξύ επαγγελματία υγείας και ασθενή έχει πλεονεκτήματα και για τους δύο. Η εμπιστοσύνη αυξάνει το αίσθημα ασφάλειας του ασθενή επειδή δεν αισθάνεται μόνος στη συγκεκριμένη περίπτωση αλλά ότι κάποιος άλλος νοιάζεται για αυτόν. Αυτό οδηγεί στο να είναι τα άτομα πιο ανοιχτά και ειλικρινή σχετικά με τις στάσεις, τα συναισθήματα και τις αξίες τους και πιο πρόθυμα να αναλάβουν την ευθύνη και τον έλεγχο. Η εμπιστοσύνη δημιουργεί επίσης ένα υποστηρικτικό κλίμα που είναι σημαντικό για τη θεραπεία του ασθενή. Όλες οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών επηρεάζουν την εμπιστοσύνη. Όταν η επικοινωνία πραγματοποιείται με τρόπους που δημιουργούν θετικές αντιδράσεις, οι επαγγελματίες υγείας προσφέρουν εμπιστοσύνη και αξιοπιστία (Ruben, 2014).

2.1.5 Αυτοαποκάλυψη και επιβεβαίωση

Οι Kreps και Thornton (1992) αναφέρονται στην αυτο-αποκάλυψη ως ειλικρίνεια, η οποία είναι η «ικανότητα αληθινής και ειλικρινής επικοινωνίας», όπου η επικοινωνία (λεκτική και μη λεκτική) περιλαμβάνει προσωπικές πληροφορίες, σκέψεις και συναισθήματα. Είναι σημαντική η αυτοαποκάλυψη, αν και δύσκολο να προκληθεί, κυρίως επειδή οι ασθενείς αισθάνονται ευάλωτοι και αβέβαιοι. Όταν λείπει το αίσθημα εμπιστοσύνης, ένας ασθενής μπορεί να νιώθει ότι θα χαρακτηριστεί ως αδύναμη οντότητα. Άλλα προβλήματα που εμποδίζουν την αυτο-αποκάλυψη είναι προβλήματα επικοινωνίας (οι ασθενείς δεν μπορούν να γίνουν κατανοητοί όσον αφορά τον προφορικό λόγο), προβλήματα διαπολιτισμικής επικοινωνίας και επιρροές από το περιβάλλον (π.χ. ένα παραδοσιακό σύστημα πεποιθήσεων) (Załoski & Makara-Studzińska, 2019).

Η επιβεβαίωση προκύπτει όταν τα άτομα ανταποκρίνονται με τρόπους που υποδεικνύουν στους άλλους ότι αναγνωρίζονται και κατανοούνται. Είναι ένα μέσο επικοινωνίας που εστιάζει στους τρόπους με τους οποίους τα άτομα βιώνουν τον κόσμο και αποδίδουν νόημα στα γεγονότα». Όταν οι επαγγελματίες υγείας επικοινωνούν σωστά, αναγνωρίζουν τους ασθενείς τους ως μοναδικά όντα με πραγματικά προβλήματα. Οι ασθενείς συχνά βιώνουν αισθήματα αποπροσωποποίησης, απόρριψης και αποξένωσης σε περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης. Δυστυχώς, οι πιέσεις του χρόνου, οι απαράδεκτες συνθήκες εργασίας σε ορισμένα νοσοκομεία, οι απεργίες, οι εκ περιτροπής βάρδιες, ακόμη και οι ελλείψεις προσωπικού συμβάλλουν σε αυτά τα συναισθήματα και εμποδίζουν την ανταλλαγή ουσιαστικής επικοινωνίας. Η επιβεβαίωση της επικοινωνίας δείχνει άμεση αναγνώριση, σεβασμό και συμφωνία σχετικά με το περιεχόμενο των επικοινωνιακών μηνυμάτων (Hannawa et al., 2015).

2.2 Η λεκτική και η μη λεκτική επικοινωνία στον τομέα της υγείας

Στην υγειονομική περίθαλψη, η επικοινωνία είναι ένα μέσο δημιουργίας νοήματος εξαιτίας των μηνυμάτων. Τα μηνύματα μπορεί να παράγονται εσωτερικά (σκέψεις και συναισθήματα) ή εξωτερικά (επικοινωνία). Τα εξωτερικά μηνύματα μπορούν να κοινοποιηθούν προφορικά και μη προφορικά. Στη λεκτική επικοινωνία στον τομέα υγείας, το νόημα μπορεί να προέλθει από μια σημασιολογική προοπτική, δηλαδή από τις έννοιες που σχετίζονται με τις λέξεις ή μια πραγματιστική προοπτική όπου εξετάζεται ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι χρησιμοποιούν διάφορες λέξεις σε διαφορετικές καταστάσεις. Η ορολογία είναι ένα παράδειγμα πραγματιστικής γλώσσας που χρησιμοποιείται σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης από επαγγελματίες υγείας. Ανάλογα με την κατάσταση, η ορολογία μπορεί να είναι ωφέλιμη, αλλά άλλες χρήσεις της ορολογίας μπορεί να είναι επιζήμιες για την υψηλής ποιότητας υγειονομική περίθαλψη. Η μη λεκτική επικοινωνία είναι σημαντική σε περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης επειδή η λεκτική επικοινωνία μπορεί να παρεμποδίζεται από την έλλειψη κατάλληλου λεξιλογίου, τη συναισθηματική κατάσταση του ασθενή, το άγνωστο περιβάλλον, τις διαφορές στην κουλτούρα ή οποιοδήποτε από τα εμπόδια στην επιτυχή επικοινωνία (Hu, 2015).

Συνήθως οι επαγγελματίες υγείας είναι αναγνωρίσιμοι από τεχνητά στοιχεία, όπως στολές, εξοπλισμό και αρχεία ασθενών. Ορισμένες στολές των επαγγελματιών της υγείας είναι λευκές ή ανοιχτόχρωμες για να συμβολίζουν και να μεταδίδουν μηνύματα της καθαριότητας και της απολύμανσης. Τα τεχνητά μηνύματα μπορεί να έχουν ισχυρή επιρροή στις αρχικές αντιλήψεις και τις πρώτες εντυπώσεις που έχουν οι άνθρωποι για τους επαγγελματίες υγείας και τα περιβάλλοντα της υγειονομικής περίθαλψης. Η γλώσσα του σώματος είναι ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι κινούν το σώμα τους και τοποθετούνται, για παράδειγμα στάσεις, χειρονομίες, κουνήματα κεφαλιού και κινήσεις των ποδιών. Αυτά μπορούν να δείξουν εάν κάποιος εμπλέκεται στενά ή αισθάνεται απόμακρος από μια δεδομένη κατάσταση ή έχει θετικά ή αρνητικά συναισθήματα για μια κατάσταση. Όταν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να εκφράσει λεκτικά τα συναισθήματα του, ένας επαγγελματίας του τομέα της υγείας μπορεί να λάβει υπόψη του τις χειρονομίες του ασθενή. Αυτές οι χειρονομίες μπορεί να υποδεικνύουν φόβο, ένταση, αβεβαιότητα, δυσπιστία, κ.λπ. Οι πληροφορίες που λαμβάνονται από την γλώσσα του σώματος χρησιμοποιούνται για να κατευθύνουν τις λεκτικές απαντήσεις στον ασθενή κατά τη διάρκεια της θεραπείας του (Squires & Jacobs, 2014).

Οι εκφράσεις του προσώπου και η συμπεριφορά των ματιών, όπως το ανοιγοκλείσιμο, χρησιμοποιούνται για να υποδείξουν τη συναισθηματική κατάσταση και το επίπεδο εμπλοκής ενός ατόμου σε μια κατάσταση με ένα άλλο άτομο. Οι εκφράσεις του προσώπου θεωρούνται κύριες πηγές συναισθηματικών πληροφοριών. Εάν ένας επαγγελματίας υγείας χρησιμοποιεί τα μάτια προσεκτικά, μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς να νιώσουν πιο άνετα σε περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης. Η παραγωγιστική επικοινωνία περιλαμβάνει φωνητικά στοιχεία (π.χ. ένταση, ύψος, τόνος και ρυθμός) που συνοδεύουν την ομιλία και τους ήχους σε ένα περιβάλλον. Οι περισσότεροι άνθρωποι είναι ευαίσθητοι στην παραγωγιστική έκφραση. Ο τόνος της φωνής που χρησιμοποιεί ένας επαγγελματίας υγείας θα μπορούσε να μεταδώσει στον ασθενή το επίπεδο ειλικρίνειας και φροντίδας, ή την έλλειψη ενδιαφέροντος, εκφοβισμού, επιθετικότητας και περιφρόνησης ή επιβεβαίωσης του ασθενή και μπορεί όλα αυτά να έχουν σημαντική επίδραση στο επίπεδο συμμόρφωσης του ασθενή. Οι περιβαλλοντικοί ήχοι (π.χ. θόρυβος εξοπλισμού, μουσική, άνεμος, θόρυβος από την κυκλοφορία των αυτοκινήτων, κλπ)

μπορούν είτε να αυξήσουν είτε να μειώσουν τη δημιουργία ενός χαλαρού κλίματος επικοινωνίας μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας (Anderson et al., 2019).

Η επικοινωνία μέσω της αφής θα πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης, επειδή ορισμένοι ασθενείς μπορεί να την αντιμετωπίσουν ως παραβίαση της ιδιωτικής ζωής. Ωστόσο, το ανθρώπινο άγγιγμα ικανοποιεί τις φυσιολογικές και κοινωνιολογικές ανάγκες των ανθρώπων και μπορεί να είναι μια μέθοδος εκδήλωσης ενσυναίσθησης και φροντίδας. Η «προξημική επικοινωνία» σχετίζεται με την ανάγκη για απόσταση μεταξύ ανθρώπων και αντικειμένων, που είναι ευρέως γνωστή ως προσωπικός χώρος. Στην υγειονομική περίθαλψη, όλοι οι συμμετέχοντες θα πρέπει να φροντίζουν να αναγνωρίζουν και να τηρούν τις προσδοκίες του προσωπικού χώρου των άλλων, ώστε να μην κάνουν τους ανθρώπους να αισθάνονται άβολα. Ο συνωστισμός σε μια αίθουσα διαβούλευσης ή μια άβολη θερμοκρασία σε ένα δωμάτιο μπορεί επίσης να επηρεάσει την κατάσταση της επικοινωνίας μεταξύ 2 ή περισσότερων ατόμων (Olofin, 2020).

Ο όρος «χρονική επικοινωνία» αναφέρεται στην επίδραση του χρόνου στην επικοινωνία. Οι επαγγελματίες υγείας συχνά κρατούν τους ασθενείς σε αναμονή, χωρίς να συνειδητοποιούν πώς ο χρόνος αναμονής έχει αρνητική επίδραση στη δημιουργία αποτελεσματικών σχέσεων επικοινωνίας. Σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης, ειδικά σε αίθουσες συνεδριάσεων των επαγγελματιών υγείας και σε νοσοκομεία, οι μυρωδιές των απολυμαντικών και άλλων φαρμάκων μεταδίδουν το συναίσθημα στους ασθενείς ότι βρίσκονται σε ένα ιατρικό περιβάλλον. Αυτός ο τύπος μη λεκτικής επικοινωνίας είναι γνωστός ως οσφρητική επικοινωνία. Η μη λεκτική επικοινωνία συνήθως συνοδεύεται από λεκτική επικοινωνία όπου το ένα είδος επικοινωνίας συμπληρώνει το άλλο. Η μη λεκτική επικοινωνία μπορεί επίσης να επαναλαμβάνεται, να έρχεται σε αντίθεση, να υποκαθιστά, να δίνει έμφαση ή να ρυθμίζει τη λεκτική επικοινωνία και επομένως πρέπει να λαμβάνεται μέριμνα όταν εφαρμόζεται η μη λεκτική επικοινωνία. Τόσο οι επαγγελματίες υγείας όσο και οι ασθενείς θα πρέπει να γνωρίζουν την επιρροή της μη λεκτικής επικοινωνίας της μιας πλευράς στην άλλη και, επειδή η μη λεκτική επικοινωνία είναι πολιτισμικά προσανατολισμένη, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι η μη λεκτική συμπεριφορά μπορεί να έχει διαφορετική σημασία σε διαφορετικούς πολιτισμούς (Ruben, 2014).

2.2.1 Η περιγραφική/αφηγηματική επικοινωνία στην υγειονομική περίθαλψη

Οι Kreps και Thornton (1992) αναφέρουν ότι «οι ιστορίες είναι ένα θεμελιώδες μέσο επικοινωνίας, μια δημιουργική δομή επικοινωνίας για τη σύνδεση ιδεών μεταξύ τους με στόχο να κατανοηθεί αυτό που διαφορετικά θα μπορούσε να είναι ασύνδετο και συγκεχυμένο». Μέσα από την αφηγηματική επικοινωνία αποκαλύπτεται πολύ περισσότερο το σημασιολογικό περιεχόμενο των λέξεων. Γενικά, οι άνθρωποι (Liu et al., 2017) :

- Αφηγούνται και εξηγούν τις εμπειρίες τους.
- Οργανώνουν και μοιράζονται με άλλους τις προσωπικές τους εκδοχές της πραγματικότητας.
- Συνδέονται με άλλους ανθρώπους μέσω κοινών ιδεολογιών και λογικών σκέψεων παρέχοντας τους ένα κοινό μέσο για την ερμηνεία και τη συζήτηση εμπειριών ζωής.
- Παρέχουν κοινά πλαίσια για την πρόβλεψη του μέλλοντος.
- Διασκεδάζουν, δραματοποιούν, διεγείρουν, εκπαιδεύουν, τρομάζουν ή κάνουν χιούμορ, διατηρώντας έτσι την προσοχή του κοινού και αυξάνοντας τον αντίκτυπο των μηνυμάτων.
- Αναφέρουν διάφορες έννοιες.
- Αναφέρουν δραματικές καταστάσεις ζωής.
- Δίνουν τη δυνατότητα σε ένα κοινό να συσχετιστεί προσωπικά με τα ζητήματα.

Οι καλές ιστορίες μένουν με την πάροδο του χρόνου και επαναλαμβάνονται από και σε διαφορετικούς ανθρώπους. Αναγκάζουν τον ακροατή να σκεφτεί τις επιπτώσεις της ιστορίας για τη δική του ζωή. Στην υγειονομική περίθαλψη, οι ιστορίες είναι το μέσο με το οποίο οι άνθρωποι κατανοούν τις προσωπικές συνθήκες υγείας τους, καθώς είναι μια μέθοδος που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι για να τους βοηθήσουν να ανταπεξέλθουν. Οι ασθενείς χρησιμοποιούν την αφηγηματική επικοινωνία για να εξηγήσουν τα συμπτώματα τους στους επαγγελματίες υγείας και τα συναισθήματα τους σχετικά με αυτά τα προβλήματα υγείας. Συνδέουν τα τρέχοντα προβλήματα υγείας με προηγούμενες εμπειρίες, πεποιθήσεις για τις εμπειρίες υγείας της

οικογένειας ή των φίλων ή τις γενικές πολιτιστικές πεποιθήσεις για την υγεία. Αυτού του είδους οι πληροφορίες θα ήταν πολύ δύσκολο για τους επαγγελματίες υγείας να τις συλλέξουν με οποιονδήποτε άλλο τρόπο (Sibiya, 2018).

Ιδανικά, ένας επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να αφιερώνει περισσότερο χρόνο στην αφηγηματική επικοινωνία, επειδή μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να προσδώσει τα ανθρώπινα χαρακτηριστικά της επικοινωνίας για την υγεία και να φαίνεται λιγότερο απόμακρος ο επαγγελματίας υγείας σε ασθενείς και συναδέλφους. Ακόμη και οι ιστορίες για προσωπικές εμπειρίες που δεν σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη μπορούν να κάνουν τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να φαίνονται πιο ανθρώπινοι. Οι ιστορίες ή οι περιπτωσιολογικές μελέτες είναι επίσης καλές μέθοδοι για την έμφαση σε σημαντικά σημεία που πρέπει να προσέχουν και να θυμούνται οι ασθενείς. Σε έναν οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης, οι ιστορίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη μείωση της αβεβαιότητας, τη διαχείριση των νοσημάτων, τη διευκόλυνση της σύνδεσης των μελών και τη δημιουργία φήμης για τους οργανισμούς. Οι ιστορίες που αναφέρονται στις θεραπείες των ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας για τις θεραπείες διαμορφώνουν την ανάπτυξη πολιτιστικών πεποιθήσεων για την υγεία. Οι πεποιθήσεις για την υγεία ενός ατόμου έχουν ισχυρή επιρροή στις αξίες και στη συμπεριφορά του στην υγεία. Οι πολιτιστικοί προσανατολισμοί στην υγεία συχνά αποκαλύπτονται στις ιστορίες που λένε οι άνθρωποι γύρω από την υγεία και την υγειονομική περίθαλψη (Tran et al., 2020).

Η ετοιμότητα των ανθρώπων να ακούσουν ιστορίες μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην προώθηση της υγείας. Η δυνατότητα προσαρμογής (και όχι απλώς μετάφρασης) πληροφοριών υγείας για την προσέγγιση συγκεκριμένων πολιτιστικών ομάδων μπορεί να χρησιμοποιηθεί προς όφελος των πολιτισμικά διαφοροποιημένων πληθυσμών. Στις παραδοσιακές προφορικές κοινότητες, η τέχνη της αφήγησης είναι καλά ανεπτυγμένη. Οι ηγέτες και οι παράγοντες των αλλαγών θα μπορούσαν, για παράδειγμα, να αναφερθούν σε βασικές ιστορίες. Οι ιστορίες που έχουν να κάνουν με τα ανθρώπινα ενδιαφέροντα γίνονται συνήθως αποδεκτές και από τα δημοφιλή μέσα ενημέρωσης. Το χιούμορ έχει πάντα θέση στην επικοινωνία. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να μειώσει το άγχος, να ανακουφίσει την ένταση και να ξεπεράσει τις όποιες ταλαιπωρίες. Το χιούμορ μπορεί να χρησιμοποιηθεί επιτυχώς για

την προώθηση της άσκησης, της καλής διατροφής, των καλών συνηθειών υγείας κ.λπ. Τα σκληρά ή ακατάλληλα αστεία σε μια θεραπευτική αλληλεπίδραση θα πρέπει να αποφεύγονται, και από την άλλη το απλό και στοχευμένο χιούμορ μπορεί να είναι χρήσιμο σε τέτοιες περιπτώσεις (Freeman, 2019).

2.3 Τα μοντέλα επικοινωνίας στον τομέα της υγείας

Οι άνθρωποι ανταποκρίνονται στις ασθένειες και της καταστάσεις υγείας με διαφορετικούς τρόπους. Για παράδειγμα, μερικοί άνθρωποι αγνοούν και αρνούνται τις απειλές για την υγεία, ενώ άλλοι αντιμετωπίζουν απειλές, συλλέγουν τις απαραίτητες πληροφορίες και ενεργούν ανάλογα και κατάλληλα. Για την καλύτερη κατανόηση των τρόπων όπου οι ασθενείς και οι επαγγελματίες υγείας αλληλεπιδρούν με βάση ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα υγείας ως στόχο, έχουν αναπτυχθεί διάφορα μοντέλα. Όλα τα μοντέλα συμβάλλουν στην κατανόηση της επιτυχημένης επικοινωνίας για την υγεία. Τα πιο γνωστά είναι το θεραπευτικό μοντέλο, το μοντέλο πεποιθήσεων υγείας, το μοντέλο πεποιθήσεων υγείας για συμμόρφωση, το διαδραστικό μοντέλο του King, το μοντέλο της συμμετοχικής λήψης αποφάσεων και το μοντέλο ανάπτυξης (Norouzinia et al., 2015).

Το θεραπευτικό μοντέλο

Τα θεραπευτικά μοντέλα επικοινωνίας για την υγεία τονίζουν τη σημασία των σχέσεων για να βοηθήσουν τους ασθενείς να προσαρμοστούν στις περιστάσεις και να μεταφερθούν από την πλευρά της ασθένειας προς την πλευρά της υγιούς κατάστασης. Το μοντέλο Rogerian, για παράδειγμα, εξηγεί πώς επικοινωνούν οι επαγγελματίες υγείας εάν επιλέξουν να είναι πελατοκεντρικοί. Οι επαγγελματίες υγείας που επιθυμούν να βοηθήσουν τους ασθενείς τους να αντιμετωπίσουν μια ασθένεια επικοινωνούν με ενσυναίσθηση και φροντίδα, με θετικό σεβασμό για τον ασθενή και με κατάλληλο τρόπο εκφράζοντας τις σκέψεις και τα συναισθήματα τους. Η έμφαση σε ένα θεραπευτικό μοντέλο δίνεται στη δυαδική επικοινωνία. Η ειλικρίνεια και η επιβεβαίωση είναι βασικά χαρακτηριστικά της θεραπευτικής επικοινωνίας. Η επιτυχία εξαρτάται επίσης από την ακριβή ενσυναίσθηση και την κατανόηση, την εμπιστοσύνη, τη ζεστασιά και τον σεβασμό, την ειλικρίνεια, την αυθεντικότητα και τη μη επικριτική στάση (Lotfi et al., 2019).

Το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία

Το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία δίνει μια ένδειξη για το πώς τα υγιή άτομα επιδιώκουν να αποφύγουν μια ασθένεια, δηλαδή εξηγεί τη φύση της προληπτικής φροντίδας υγείας ενός ατόμου. Το μοντέλο βασίζεται σε τέσσερις κύριες διαστάσεις όπου περιγράφονται ως εξής (Fakhr-Movahedi et al., 2016) :

- Την αντίληψη της ευαισθησίας και της σοβαρότητας μιας ασθένειας.
- Την αντίληψη των οφελών και των εμποδίων που ισχύουν για τη λήψη προληπτικών μέτρων υγείας σχετικά με μια ασθένεια.
- Τα διαθέσιμα στοιχεία για την άμεση συμμετοχή στην προληπτική υγειονομική περίθαλψη.
- Οι δημογραφικές και κοινωνικο-ψυχολογικές μεταβλητές ή οι τροποποιητικοί παράγοντες, που επηρεάζουν έμμεσα τις αντιλήψεις και τις πεποιθήσεις.

Το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία σχεδιάστηκε για να δείξει πώς η συμπεριφορά ενός ατόμου για την υγεία επηρεάζεται από μια αντιληπτή απειλή από την μια και ένα αντιληπτό όφελος από την άλλη. Σε αυτό το μοντέλο, απεικονίζεται η επίδραση των μηνυμάτων των μέσων μαζικής ενημέρωσης στη συμπεριφορά υγείας. Η έμφαση δίνεται στις αντιλήψεις και τις πεποιθήσεις που θα μπορούσαν να τροποποιηθούν και που στη συνέχεια θα οδηγούσαν σε αλλαγή της συμπεριφοράς στην υγεία. Ως εκ τούτου, αποτελεί πολύτιμο μοντέλο για την ανάπτυξη προγραμμάτων προαγωγής της υγείας (Fakhr-Movahedi et al., 2016).

Η επικοινωνία έχει έντονα χαρακτηριστικά σε αυτό το μοντέλο. Η επικοινωνία είναι ένα ουσιαστικό εργαλείο για την παροχή των απαραίτητων ενδείξεων που προτρέπουν τη δράση της υγειονομικής περίθαλψης και παρακινούν τα βήματα πρόληψης για την υγεία. Οι ενδείξεις μπορεί να εντοπιστούν στη μαζική επικοινωνία (ραδιόφωνο, τηλεόραση, εφημερίδες, περιοδικά, κ.λπ.), στα ενημερωτικά δελτία, στις συμβουλές από άλλους, στις αφίσες, τα φυλλάδια, τα καρτ ποστάλ υπενθύμισης κ.λπ. και οι δημογραφικές και κοινωνικο-ψυχολογικές μεταβλητές παίζουν ουσιαστικό ρόλο σε αυτό το μοντέλο επικοινωνίας. Παρόλο που το μοντέλο πεποιθήσεων για την

υγεία δίνει πολύτιμη εικόνα για τη συμπεριφορά της προληπτικής υγειονομικής περίθαλψης, οι ατομικές ανταποκρίσεις σε υπαινιγμούς παραμένουν απρόβλεπτες. Αυτό μπορεί να οφείλεται στα ανεπαρκή σχόλια (Brinderjeet, 2020).

Το μοντέλο πεποιθήσεων υγείας για συμμόρφωση

Το μοντέλο πεποιθήσεων για την υγεία που συζητήθηκε παραπάνω επεκτάθηκε από τον Becker (1974) για να συμπεριλάβει τις πεποιθήσεις για την υγεία ασθενών που ήδη έπασχαν από μια ασθένεια και πρέπει να εναρμονίζονταν με τη θεραπεία. Ο στόχος ήταν να προβλεφθεί η συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία, δεδομένων των μεταβλητών που θα ενσωματώνονταν στο μοντέλο. Τέτοιες προβλέψεις μπορούν να βοηθήσουν έναν επαγγελματία υγείας στο σχεδιασμό παρεμβάσεων που θα ταιριάζουν στις ιδιαίτερες ανάγκες κάθε ασθενούς (Kourkouta & Papathanasiou, 2014).

Σε αυτό το διευρυμένο μοντέλο πεποιθήσεων υγείας για τη συμμόρφωση, η έννοια και τα μέτρα της προσωπικής ευαισθησίας διευρύνονται και λαμβάνουν νέες διαστάσεις. Η πίστη του ασθενούς για την ακρίβεια της διάγνωσης ενσωματώνεται, καθώς και η εκτίμηση του ασθενούς για την πιθανότητα υποτροπής της ασθένειας όπως και τα αισθήματα ευπάθειας του ίδιου του ασθενούς σε άλλες ασθένειες ή την ασθένεια γενικά. Διαπιστώθηκε επίσης ότι η συμμόρφωση ενός ασθενούς με τη θεραπεία εξαρτάται από τις αντιλήψεις του για τη σοβαρότητα της ασθένειας, η οποία συχνά επηρεάζεται από την παρουσία σωματικών συμπτωμάτων που παρακινούν τον ασθενή να ακολουθήσει τις οδηγίες του επαγγελματία υγείας. Σε εξαιρετικά υψηλά ή χαμηλά επίπεδα άγχους, η συμμόρφωση μειώνεται, αλλά γενικά έχει διαπιστωθεί ότι η συμμόρφωση μειώνεται μόλις οι ασθενείς αισθανθούν καλύτερα. Ωστόσο, το θετικό κίνητρο για την υγεία μπορεί επίσης να είναι ένα κίνητρο για συμμόρφωση. Έχει επίσης αποδειχθεί ότι η συμμόρφωση του ασθενή με τη θεραπεία σχετίζεται με την πεποίθηση του ότι η θεραπεία θα είναι προς όφελός του προτού συμμορφωθεί. Η πίστη ότι η φροντίδα θα είναι αποτελεσματική συσχετίζεται με τη συμμόρφωση του ασθενούς, όπως διαπιστώθηκε σε μελέτες σχετικά με τη φροντίδα για παιδιά. Τα εμπόδια στη συμμόρφωση μπορεί να περιλαμβάνουν την έκταση της παρέμβασης που απαιτείται για την υιοθέτηση νέων μορφών συμπεριφοράς (ο βαθμός στον οποίο μπορεί να επηρεαστεί η εργασία, η οικογένεια ή η κοινωνική ζωή), την

πολυπλοκότητα, την διάρκεια και τις παρενέργειες της θεραπείας όπως και την προσβασιμότητα στη θεραπεία (Real et al., 2018).

Οι τροποποιητικοί παράγοντες στο διευρυμένο μοντέλο περιλαμβάνουν δημογραφικούς παράγοντες, δομικούς παράγοντες, στάσεις, παράγοντες αλληλεπίδρασης και εξουσιοδότησης που είναι είτε κοινωνικοσυμπεριφοριστικές μεταβλητές όπου είτε επηρεάζουν τις κοινωνικοσυμπεριφορικές διαστάσεις. Ιδιαίτερη σημασία έχει η σχέση ασθενή-επαγγελματία υγείας. Η συμμόρφωση αυξάνεται όταν η αρχική επαφή είναι ικανοποιητική, καθώς ο επαγγελματίας υγείας εκλαμβάνεται ως φιλική οντότητα. Η μη συμμόρφωση συνδέεται επίσης με την αποτυχία του επαγγελματία υγείας να εξηγήσει τον σκοπό της θεραπείας και την αναγκαιότητα των επισκέψεων για την παρακολούθηση του ασθενούς. Η συνέχεια της παρακολούθησης από τον επαγγελματία υγείας έχει βρεθεί ότι συμβάλλει στη συμμόρφωση του ασθενούς. Μελέτες έχουν δείξει ότι η συμμόρφωση δεν σχετίζεται σταθερά με το φύλο, την νοσημοσύνη, την εκπαίδευση ή την οικογενειακή κατάσταση. Η μόνη δημογραφική μεταβλητή που φαίνεται να επηρεάζει είναι η ηλικία. Η προσωπικότητα δεν φαίνεται να έχει και να επηρεάζει τη συμμόρφωση του ασθενούς (Wittenberg et al., 2016).

Το μοντέλο αλληλεπίδρασης του King

Αυτό το μοντέλο αναπτύχθηκε κυρίως για να εξηγήσει την επικοινωνία που λαμβάνει χώρα μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή, αλλά περιέχει πολλά στοιχεία επικοινωνίας σε ένα περιβάλλον που τα καθιστά εφαρμόσιμα σε ένα περιβάλλον υγείας γενικά. Η διαδικασία και οι συναλλακτικές πτυχές της ανθρώπινης επικοινωνίας καθώς και η έννοια της ανατροφοδότησης ενσωματώνονται σε αυτό το μοντέλο. Κατά τη διάρκεια των αλληλεπιδράσεων νοσηλευτή-ασθενούς, τόσο ο νοσηλευτής όσο και ο ασθενής εκφράζουν απόψεις ταυτόχρονα για τις περιστάσεις τους και ο ένας για τον άλλον, με βάση τις αντιλήψεις τους για την κατάσταση. Αυτό οδηγεί σε λεκτικές και/ή μη λεκτικές αντιδράσεις ανατροφοδότησης και στους δύο συμμετέχοντες, οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν στη δημιουργία νέων αντιλήψεων. Οι αντιλήψεις, οι κρίσεις και οι ενέργειες των συμμετεχόντων καταλήγουν σε μια δυναμική διαδικασία αλληλεπίδρασης. Οι συναλλαγές είναι το αποτέλεσμα των αμοιβαίων σχέσεων που δημιουργούν οι νοσηλευτές και οι ασθενείς καθώς συμμετέχουν μαζί στον καθορισμό αμοιβαίων στόχων που σχετίζονται με την υγεία. Το αίσθημα εμπιστοσύνης μεταξύ

νοσηλευτή και ασθενή θεωρείται σημαντικός παράγοντας για τη δημιουργία της σχέσης μεταξύ τους (Kwame & Petrucka, 2021).

Το μοντέλο συμμετοχικής λήψης αποφάσεων για την αλληλεπίδραση γιατρού-ασθενούς

Πριν από τη δεκαετία του 1980, η σχέση γιατρού-ασθενούς ήταν μια σχέση στην οποία ο γιατρός έδινε εντολές και ο ασθενής συμμορφωνόταν με αυτές. Ωστόσο, από τότε έχει συμβεί μια μετατόπιση από ένα ιατρικό μοντέλο σε ένα μοντέλο στο οποίο ο ασθενής συμμετέχει ως ενεργός εταίρος στη λήψη αποφάσεων του αμοιβαίου παρόχου. Διαπιστώθηκε ότι η συμμετοχική λήψη αποφάσεων μπορεί να οδηγήσει σε (Bramhall, 2014) :

- Αυξημένη αποδοχή λύσεων.
- Αυξημένα επίπεδα ικανοποίησης.
- Μεγαλύτερη δέσμευση στις αποφάσεις περί υγειονομικής περίθαλψης.

Οι αποφάσεις πρέπει να υποστηρίζονται από αυτούς που πρέπει να τις φέρουν εις πέρας προτού εφαρμοστούν με επιτυχία. Η αλληλεπίδραση υψηλής ποιότητας οδηγεί σε λύσεις υψηλής ποιότητας. Η λήψη αποφάσεων διευκολύνεται από την ενημέρωση. Επομένως, η ικανοποίηση του ασθενή εξαρτάται από τον βαθμό στον οποίο ικανοποιούνται οι προσδοκίες για πληροφορίες. Όταν οι ασθενείς λαμβάνουν πολύ λίγες πληροφορίες ή όταν υπάρχουν εμπόδια ανάμεσα στην επικοινωνία μεταξύ των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας, είναι πιο πιθανό είτε να αρνηθούν τη θεραπεία είτε να μην συμμορφωθούν με τις εντολές των επαγγελματιών υγείας. Ως εκ τούτου, οι ασθενείς θα πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένοι για τις παθήσεις τους και τις διαθέσιμες εναλλακτικές θεραπευτικές επιλογές (Bramhall, 2014).

Σύμφωνα με το μοντέλο της συμμετοχικής λήψης αποφάσεων, η λήψη αποφάσεων λαμβάνει χώρα σε τρεις φάσεις, όπου είναι η διαγνωστική φάση, η φάση της διερεύνησης εναλλακτικών θεραπειών και η φάση της απόφασης θεραπείας, υλοποίησης και αξιολόγησης. Μέχρι πρόσφατα, ο επαγγελματίας υγείας αναλάμβανε την πλήρη ευθύνη για την ερμηνεία των πληροφοριών που συγκεντρώνονταν, τη

διερεύνηση των εναλλακτικών λύσεων, τη θέσπιση κριτηρίων θεραπείας και τη στάθμιση των θεραπευτικών επιλογών, αλλά σήμερα ο ασθενής συμμετέχει σε αυτές τις διαδικασίες. Ωστόσο, ο επαγγελματίας υγείας και ο ασθενής μπορεί να περάσουν από τα στάδια λήψης αποφάσεων με διαφορετικό ρυθμό και με διαφορετικές προοπτικές. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αβεβαιότητα και σύγκρουση, σε μια κατάσταση που θα έχει περιοριστική επίδραση στην επιτυχή επικοινωνία και μεταφορά των πληροφοριών (Jones, 2012).

Ακόμα κι αν ο επαγγελματίας υγείας μπορεί να έχει ξεπεράσει τις αποφάσεις ενός ασθενή, και οι δύο συμμετέχοντες θα πρέπει να εισέλθουν ξανά στη διαγνωστική φάση. Ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να επικοινωνεί και να ερμηνεύει όλες τις πληροφορίες που συλλέγονται σχετικά με την πάθηση στον ασθενή και πρέπει να καθορίζει τις προσδοκίες, τις αξίες και τις πεποιθήσεις του. Ο ασθενής πρέπει να μοιράζεται τις κατάλληλες πληροφορίες και να προσδιορίζει την οπτική γωνία του επαγγελματία υγείας. Τόσο οι προσδοκίες, οι αξίες και οι πεποιθήσεις του ασθενή όσο και οι αντιλήψεις του επαγγελματία υγείας θα επηρεάσουν την ερμηνεία των πληροφοριών και τη δημιουργία μιας σχέσης. Μόνο τότε θα πρέπει οι συμμετέχοντες να προχωρήσουν στην επόμενη φάση της λήψης αποφάσεων και της διερεύνησης της θεραπείας. Αυτή η φάση μπορεί να περιλαμβάνει μέλη της οικογένειας και φίλους τους ασθενούς, συνεργάτες του επαγγελματία υγείας, κοινωνικούς λειτουργούς και ομάδες υποστήριξης. Το αποτέλεσμα αυτής της φάσης θα πρέπει να είναι μια αμοιβαία ικανοποιητική απόφαση τόσο για τον ασθενή όσο και για τον γιατρό (Andriyanto, 2019).

Στην τρίτη φάση (απόφαση θεραπείας, εφαρμογή και αξιολόγηση), η συλλογή και η ερμηνεία πληροφοριών παίζουν εξίσου σημαντικό ρόλο. Συμμόρφωση με τη θεραπεία θα υπάρχει μόνο εάν υπάρχει πλήρης κατανόηση του θεραπευτικού σχήματος, σεβασμός στις ιατρικές συμβουλές και εάν υπάρχουν οι δεξιότητες για αυτοδιαχείριση. Όταν οι ασθενείς είναι ενημερωμένοι και κατανοούν τα δικαιώματα και τις ευθύνες τους, είναι έτοιμοι να λάβουν σοφές, ηθικές αποφάσεις για την κατάσταση της υγείας τους. Σύμφωνα με τον Tones (1986), η παροχή πληροφοριών θα πρέπει να καταλήγει στην άσκηση της λήψης αποφάσεων, κατά προτίμηση σε ένα προσομοιωμένο περιβάλλον όπου η εφαρμογή μπορεί να πραγματοποιηθεί σε ένα ασφαλές περιβάλλον. Στη φάση της αξιολόγησης, οι ασθενείς θα πρέπει επίσης να

συμμετέχουν ενεργά παρέχοντας ανατροφοδότηση, για παράδειγμα, στις αλλαγές των συμπτωμάτων και των παρενεργειών. Οι ασθενείς θα πρέπει να γνωρίζουν τι να περιμένουν από τη θεραπεία και τι να κάνουν εάν προκύψουν επιπλοκές (Barilaro et al., 2019).

Το μοντέλο ανάπτυξης επικοινωνίας υγείας

Η κύρια εστίαση του μοντέλου ανάπτυξης του Northouse είναι η επικοινωνία για την υγεία που λαμβάνει χώρα μέσα στις διάφορες σχέσεις σε περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης. Η έμφαση δίνεται στον τρόπο με τον οποίο μια σειρά παραγόντων μπορούν να επηρεάσουν τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των συμμετεχόντων στην επικοινωνία για την υγεία. Ένα άτομο που ασχολείται με την επικοινωνία για την υγεία συμμετέχει από τη μοναδική του οπτική (πεποιθήσεις και αξίες) στο ρόλο του επαγγελματία υγείας, του ασθενή ή ενός σημαντικού άλλου ατόμου. Η οπτική του καθενός θα επηρεάσει τις επιλογές και τις αλληλεπιδράσεις του με τους άλλους. Για παράδειγμα, ένας ασθενής με αξίες που τείνει προς την ποιότητα και όχι την ποσότητα ζωής θα αναζητήσει αλληλεπίδραση με άλλους υπό το πρίσμα αυτής της αξίας. Οι «άλλοι» (εκτός από τον ασθενή και τον επαγγελματία υγείας) που συμμετέχουν στην επικοινωνία για την υγεία μπορεί να είναι τα μέλη της οικογένειας, οι φίλοι, οι συνάδελφοι, όπως και άλλα άτομα και ομάδες που έχουν σημαντική επιρροή στη χρήση των υπηρεσιών υγείας από τον ασθενή και στη διατήρηση της υγείας του (Abib & Anacleto, 2014).

Τόσο η λεκτική όσο και η μη λεκτική επικοινωνία παίζει εξίσου σημαντικό ρόλο στις συναλλαγές που σχετίζονται με το μοντέλο ανάπτυξης. Τόσο το περιεχόμενο όσο και οι σχέσεις που είναι εγγενείς με τα μηνύματα θεωρούνται σημαντικές για την επιτυχή επικοινωνία. Σε αυτό το μοντέλο, η επικοινωνία για την υγεία δεν είναι ένα στατικό γεγονός, αλλά μια διαδραστική διαδικασία που συμβαίνει σε διάφορες χρονικές στιγμές κατά τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου. Περιλαμβάνει συνεχή ανατροφοδότηση, η οποία επιτρέπει στους συμμετέχοντες να προσαρμόσουν και να αναπροσαρμόσουν την επικοινωνία τους. Η επικοινωνία για την υγεία σε αυτό το μοντέλο μπορεί να πραγματοποιηθεί και να επηρεαστεί από τα διάφορα περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης, όπως νοσοκομεία, αίθουσες συσκέψεων, δωμάτια επισκέψεων και από τα πλαίσια στα οποία λαμβάνει χώρα η επικοινωνία, για

παράδειγμα, σε διαπροσωπικό επίπεδο, σε μικρές ομάδες ή σε μαζικό πλαίσιο (Aceto et al., 2018).

Κεφάλαιο 3^ο : Η προώθηση, τα εμπόδια και η εκτίμηση της επικοινωνίας στον τομέα της υγείας

3.1 Η προώθηση της επικοινωνίας στον τομέα της υγείας

Υπάρχει μια αλληλεπίδραση μεταξύ της προσφοράς της υγείας, της ενημέρωσης για την υγεία, της εκπαίδευσης για την υγεία και της επικοινωνίας για την υγεία. Η επικοινωνία είναι το εργαλείο που διαθέτουν οι επαγγελματίες υγείας για τη μετάδοση των απαραίτητων μηνυμάτων στους ασθενείς και ως εκ τούτου παίζει καθοριστικό ρόλο στην προώθηση της υγείας. Για να επιτευχθούν οι στόχοι της διαχειριζόμενης υγειονομικής περίθαλψης, οι καλά εκπαιδευμένοι ασθενείς, τα μέλη της οικογένειας, οι ομάδες κοινωνικής υποστήριξης, οι κοινότητες κ.λπ. πρέπει να ενημερώνονται για τους συμμετέχοντες στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την υγεία. Έχει γίνει ένας από τους πιο σημαντικούς στόχους της σύγχρονης υγειονομικής περίθαλψης, η διάδοση σχετικών και πειστικών πληροφοριών υγείας στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και στους ασθενείς. Για τους επαγγελματίες υγείας, οι πληροφορίες συμβάλλουν στη γνώση των πιο πρόσφατων θεραπειών, στις ακριβείς διαγνώσεις, στην αναγνώριση των απειλών για την υγεία και στην αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Για τους ασθενείς, οι πληροφορίες για την υγεία συμβάλλουν στον χειρισμό των απειλών για την υγεία (προληπτική φροντίδα) και στην αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας. Η πρόκληση της επικοινωνίας έγκειται στην παροχή σχετικών πληροφοριών υγείας σε άτομα που τις χρειάζονται περισσότερο. Αυτό μπορεί να γίνει από τα μέσα, όπου τα μέσα αποτελούν τις προεκτάσεις της ικανότητας να πραγματοποιείται η επικοινωνία και οι πολυπλοκότητες της σύγχρονης υγειονομικής περίθαλψης απαιτούν όλη την εφευρετικότητα για την ανάπτυξη και τη χρήση ισχυρών μέσων επικοινωνίας για την υγεία (Brinderjeet, 2020).

3.1.1 Εκστρατείες προώθησης της υγείας

Αν και η προώθηση της υγείας περιλαμβάνει μια ποικιλία παρεμβάσεων που προάγουν την υγεία και αποτρέπουν ασθένειες και αναπηρίες, κατά καιρούς ξεκινούν συγκεκριμένες προσπάθειες επικοινωνίας για να προσεγγίσουν και να επηρεάσουν τις

πειοθήσεις, τις στάσεις και τις συμπεριφορές για την υγεία μεγάλου κοινού-στόχου. Η προώθηση της υγείας είναι ένα σημαντικό αποτέλεσμα της χρήσης της στρατηγικής επικοινωνίας στις προσπάθειες αγωγής, όπου τα άτομα που αποκτούν σχετικές πληροφορίες υγείας χρησιμοποιούν αυτές τις πληροφορίες για τη δική τους κατάσταση υγείας και να κάνουν σωστές επιλογές για αυτήν. Οι εκστρατείες για την υγεία προωθούν την αυτοδιαχείριση της υγείας και βοηθούν τα μέλη του κοινού να (Fakhr-Movahedi et al., 2016) :

- Αναγνωρίζουν σοβαρούς κινδύνους για την υγεία.
- Να υιοθετούν στρατηγικές για την αποφυγή των κινδύνων.
- Να αποκτήσουν πρόσβαση σε τεχνικές πρόληψης και θεραπείας.
- Να εφαρμόσουν κατάλληλες στρατηγικές για την ελαχιστοποίηση των κινδύνων για την υγεία.

Όπως προτάθηκε παραπάνω, η διαδικασία επικοινωνίας που εμπλέκεται στο σημαντικό έργο της παροχής λογικής και κατεύθυνσης στα άτομα για την υιοθέτηση συμπεριφορών προώθησης της υγείας είναι περίπλοκη και σπάνια πλήρως ελεγχόμενη. Η έκθεση σε σχετικές πληροφορίες για την υγεία δεν θα οδηγήσει απαραίτητα σε αλλαγή συμπεριφοράς. Η αλλαγή της συμπεριφοράς στην υγεία απαιτεί ενδελεχή γνώση της συμπεριφοράς που πρέπει να αλλάξει και των στρατηγικών επικοινωνίας που θα καλύπτουν συγκεκριμένες ανάγκες του κοινού. Για παράδειγμα, τα μηνύματα θα πρέπει (Fakhr-Movahedi et al., 2016) :

- Να τραβήξουν την προσοχή του κοινού.
- Να οδηγήσουν στην κατανόηση του συγκεκριμένου ζητήματος υγείας.
- Να πείσουν το κοινό να υιοθετήσει μια νέα και υγιή συμπεριφορά.

Οι επιτυχημένες εκστρατείες υγείας βασίζονται στο στρατηγικό σχεδιασμό σχετικά με την ανάπτυξη, την εφαρμογή και την αξιολόγηση του προγράμματος. Επιπλέον, απαιτείται γνώση του πολιτιστικού, εκπαιδευτικού και γλωσσικού υπόβαθρου του κοινού-στόχου και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη όταν δημιουργούνται μηνύματα για εκστρατείες προώθησης της υγείας. Σε ένα ψηφιακό περιβάλλον, οι πληροφορίες σχετικά με την πρόσβαση του κοινού στο υλικό, την ικανότητα χρήσης λογισμικού

κ.λπ. θα πρέπει επίσης να ερευνώνται πριν ξεκινήσει μια ψηφιακή καμπάνια (Lotfi et al., 2019).

Κανάλια

Η επιλογή των καναλιών και των μέσων ενημέρωσης για τις εκστρατείες προώθησης της υγείας θα έχει επίδραση στην εμβέλεια των μηνυμάτων και στην επιρροή τους σε ένα συγκεκριμένο κοινό-στόχο. Για την επίτευξη των στόχων της προώθησης της υγείας χρησιμοποιούνται προφορικοί, γραπτοί και διαμεσολαβούμενοι δίαυλοι επικοινωνίας. Τα κανάλια περιλαμβάνουν τις προσωπικές συνεντεύξεις, τα έντυπα φυλλάδια, τα ψηφιακά φυλλάδια, τις αφίσες, τις παρουσιάσεις και τις εκπομπές, τις τηλεφωνικές γραμμές (αριθμοί χωρίς χρέωση), το ραδιόφωνο, την τηλεόραση, τις ταινίες, τα περιοδικά, τις εφημερίδες, τις διαδικτυακές υπηρεσίες πληροφόρησης, τα CD-ROM, τα διαδραστικά προγράμματα υπολογιστών και τις τηλεφωνικές γραμμές (Norouzinia et al., 2015).

Η επίσημη προώθηση της υγείας μπορεί να πραγματοποιηθεί μέσω δημόσιων παρουσιάσεων για θέματα υγειονομικής περίθαλψης, αλληλεπιδράσεων επαγγελματιών υγείας/ασθενή κατά τη διάρκεια διαβουλεύσεων, διδασκαλίας στην τάξη για θέματα υγειονομικής περίθαλψης και μέσω προγραμμάτων μέσων μαζικής ενημέρωσης που έχουν σχεδιαστεί για τον συγκεκριμένο σκοπό της διάδοσης σχετικών πληροφοριών υγείας. Η άτυπη εκπαίδευση για την υγεία πραγματοποιείται μέσω δημοφιλών μέσων μαζικής ενημέρωσης, καθημερινών συνομιλιών, δημοφιλών περιοδικών, τηλεοπτικών εκπομπών και ταινιών που ασχολούνται με τις συμπεριφορές στην υγεία (Freeman, 2019).

Λόγω της δημοτικότητας των ψυχαγωγικών μέσων, έχουν σημαντική επιρροή στη διαμόρφωση των πεποιθήσεων και των προσδοκιών για την υγεία του ευρύτερου κοινού. Ωστόσο, τα τρέχοντα μέσα ενημέρωσης συχνά παρέχουν ανακριβείς πληροφορίες για την υγεία. Σε έρευνα που έγινε από τους Turov και Coe (1993), διαπιστώθηκε ότι υπάρχει ουσιαστική ασυμφωνία μεταξύ των τηλεοπτικών ειδήσεων, της ψυχαγωγίας και των διαφημίσεων και της πραγματικότητας της ιατρικής περίθαλψης. Ωστόσο, οι δυνατότητες των μέσων μαζικής ενημέρωσης ως ισχυρών εργαλείων για την προώθηση της υγείας δεν πρέπει να υποτιμώνται, υπό την

προϋπόθεση ότι τα μηνύματα είναι στρατηγικά σχεδιασμένα, συναφή και ακριβή (Tran et al., 2020).

Στις ΗΠΑ, τα βίντεο, οι ταινίες, τα προγράμματα ήχου/διαφανειών και τα λοιπά μέσα είναι κοινά οπτικοακουστικά εργαλεία που βασίζονται τα νοσοκομεία. Τα μέσα φιλοξενούνται σε βιβλιοθήκες νοσοκομείων και συχνά παράγονται από τα ίδια τα νοσοκομεία. Χρησιμοποιούνται για την εκπαίδευση του προσωπικού και των ασθενών, την αναφορά μεταξύ των βαρδιών, την τεκμηρίωση των διαδικασιών υγειονομικής περίθαλψης (συχνά για νομικούς σκοπούς), τις εκστρατείες προαγωγής της υγείας και τα έργα δημοσίων σχέσεων των νοσοκομείων. Αν και δεν βρέθηκαν αναφορές για τα ψηφιακά μέσα στη βιβλιογραφία, οι γενικές τάσεις υποδηλώνουν ότι αυτά έχουν πλέον βρει το δρόμο τους και στις βιβλιοθήκες των νοσοκομείων (Sibiya, 2018).

Τα έντυπα μέσα χρησιμοποιούνται τόσο για εσωτερική επικοινωνία όσο και για επικοινωνία με το ευρύτερο κοινό. Μέσω του γραπτού λόγου, οι φωτογραφίες και τα γραφικά σχέδια, τα ενημερωτικά δελτία, οι ετήσιες εκθέσεις, οι επιστολές, τα φυλλάδια, οι πίνακες ανακοινώσεων, οι αφίσες, τα ένθετα μισθοδοσίας, τα εγχειρίδια, τα εταιρικά περιοδικά, τα εκθέματα, τα βιβλία, οι εφημερίδες, τα περιοδικά και οι διαφημιστικές πινακίδες διαδίδουν μηνύματα στο κοινό. Είναι σημαντικό αυτά τα έντυπα να είναι καθαρογραμμένα και ελκυστικά για το κοινό για το οποίο προορίζονται. Η έρευνα έχει βρει ότι οι εφημερίδες και τα περιοδικά θεωρούνται πιο συχνά ως χρήσιμες πηγές γενικών πληροφοριών για την υγεία. Τα φυλλάδια θεωρούνται χρήσιμα για την αναγνώριση και την κατανόηση των συμπτωμάτων των προβλημάτων υγείας, για την υιοθέτηση κατάλληλων στρατηγικών αντίστασης και αντιμετώπισης των κινδύνων για την υγεία και για τον προσδιορισμό του πού και πώς οι χρήστες μπορούν να αποκτήσουν πληροφορίες γύρω από τον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης λαμβάνουν κυρίως τις πληροφορίες τους από περιοδικά, βιβλία και άλλα μέσα (Liu et al., 2017).

Ένα από τα πιο πρόσφατα και πολλά υποσχόμενα μέσα στην υγειονομική περίθαλψη είναι τα διαδραστικά μέσα στα οποία ο ασθενής συμμετέχει ενεργά στην πρόσβαση, αποστολή και επεξεργασία πληροφοριών υγείας. Τα διαδραστικά μέσα δεν περιλαμβάνουν μόνο «αντανακλαστικά μέσα» (όπως τηλέφωνα, κλειστό κύκλωμα

τηλεόρασης και ηλεκτρονικό ταχυδρομείο), αλλά και «έξυπνα μέσα» (όπως υπολογιστές) (Ruben, 2014).

Το τηλέφωνο έχει γίνει ένα σημαντικό εργαλείο για τη διάδοση πληροφοριών για την υγεία. Οι τηλεφωνικές γραμμές και οι υπηρεσίες παραπομπής είναι σημαντικά κανάλια για την παροχή υποστήριξης, πληροφόρησης, διάδοσης και συμβουλευτικής σε ασθενείς που υποφέρουν, για παράδειγμα, από AIDS, δηλητηρίαση, ενδοοικογενειακή βία, αλκοολισμό, εθισμό στα ναρκωτικά, και ψυχιατρικές διαταραχές. Αν και πολύ βολικό και πιο κατάλληλο σε κοινότητες αναλφάβητων ή ημιγραμματιζόμενων, το τηλέφωνο δυστυχώς έχει περιορισμούς όσον αφορά την ικανότητα του να διατηρεί πληροφορίες. Υπάρχει απώλεια οπτικών, απτικών, οσφρητικών, κινητικών και τεχνητών πληροφοριών, που οδηγεί σε χαμένες, παραμορφωμένες και περιορισμένες πληροφορίες. Εσφαλμένα μηνύματα ή σκόπιμη εξαπάτηση μπορεί επίσης να προκύψουν μέσω τηλεφώνου (Olofin, 2020).

Το κλειστό κύκλωμα τηλεόρασης στην υγειονομική περίθαλψη περιγράφηκε το 1975 ως «τηλεϊατρική», αποτελώντας τον πρόδρομο της τηλεϊατρικής όπως τη γνωρίζουμε σήμερα. Η σημερινή τηλεϊατρική είναι «η χρήση τηλεπικοινωνιακών τεχνολογιών για την παροχή ιατρικών πληροφοριών και υπηρεσιών. Χρησιμοποιείται για εξ αποστάσεως διάγνωση (π.χ. τηλεακτινολογία και τηλεπαθολογία), συμβουλευτική, ψυχοθεραπεία και διδασκαλία. Το μεγαλύτερο πλεονέκτημα της για την προώθηση της υγείας είναι ότι μπορεί να προσφέρει υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης που προηγουμένως δεν ήταν διαθέσιμες σε ανθρώπους σε αγροτικές περιοχές. Ωστόσο, η τηλεϊατρική είναι ακόμη στο αρχικό της στάδιο με πολλά προβλήματα που δεν έχουν ακόμη επιλυθεί, συμπεριλαμβανομένων εκείνων της πληρωμής, της ιδιωτικότητας και της ασφάλειας (Anderson et al., 2019).

Ο υπολογιστής ως εργαλείο επικοινωνίας για την προαγωγή της υγείας λαμβάνει ελάχιστη προσοχή στη βιβλιογραφία για την διαδικασία της επικοινωνίας της υγείας. Ωστόσο, οι υπολογιστές ως εργαλεία επεξεργασίας για την υγειονομική περίθαλψη είναι ευρέως αναγνωρισμένα (Squires & Jacobs, 2014) :

- Γιατί μπορούν να επεξεργάζονται πληροφορίες και να ανταποκρίνονται σε διαφορετικές τεχνικές των χρηστών.

- Γιατί μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ταχεία αξιολόγηση και ανάλυση των εισερχόμενων πληροφοριών εκτός τοποθεσίας, την αναζήτηση απομακρυσμένων βάσεων πληροφοριών για λύσεις σε προβλήματα και την άμεση συμπεριφορά των χρηστών σύμφωνα με τα προηγούμενα που έχουν δημιουργηθεί σε εξωτερικές εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης.
- Γιατί μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση της πιθανότητας επιτυχίας μιας δεδομένης διαδικασίας συντήρησης, την ανάλυση των δεδομένων που παράγονται από πολλές περίπλοκες εργαστηριακές δοκιμές ή την αναζήτηση σχετικής έρευνας και αποδεικτικών στοιχείων στα οποία θα βασιστεί μια απόφαση για θέματα περίθαλψης, όλα σε λίγο χρόνο και οικονομικά αποδοτικό τρόπο.
- Οι υπολογιστές έχουν βρεθεί ότι είναι ένα εύχρηστο και αποτελεσματικό μέσο αποθήκευσης δεδομένων για μελλοντική ανάκτηση και για αποθήκευση και επεξεργασία των οικονομικών δεδομένων, των ιατρικών αρχείων, των πληροφοριών του προσωπικού και της απογραφής προμηθειών και εξοπλισμού.

Ο όρος «ιατρικό λογισμικό» χρησιμοποιείται πλέον για να περιγράψει τη χρήση των υπολογιστών για τη βελτίωση της παροχής της υγειονομικής περίθαλψης σε επίπεδο επαγγελματιών υγείας. Το ιατρικό λογισμικό πληροφορικής περιλαμβάνει τα εξής (Hu, 2015) :

- Την αποθήκευση και επεξεργασία των ιατρικών αρχείων.
- Την παροχή πληροφοριών σχετικά με τις θεραπείες των ασθενών, την παραπομπή και την έρευνα.
- Την ανάλυση εργαστηριακών εξετάσεων.
- Την ερμηνεία διαγνωστικών δεδομένων.
- Την παρακολούθηση των συστημάτων φυσιολογικού ελέγχου.
- Την διεξαγωγή των αξονικών τομογραφιών και των μη επεμβατικών απεικονιστικών διαδικασιών στην πυρηνική ιατρική.

- Την αύξηση της πολυπλοκότητας των ιατρικών οργάνων που βοηθούν την έρευνα της επιδημιολογίας.
- Την ενίσχυση της λήψης αποφάσεων στην κλινική ιατρική.
- Την διαχείριση των διοικητικών λειτουργιών (λογιστική, τιμολόγηση, απογραφή, μισθοδοσία).
- Την βελτίωση της φροντίδας των ασθενών (διαχείριση, προγραμματισμός ραντεβού, διατροφή, εργαστηριακές εξετάσεις, προγραμματισμός νοσηλευτών, φάρμακα, κλπ).
- Την βελτίωση του γενικού διαχειριστικού ελέγχου (προϋπολογισμός, ανάλυση παραγωγικότητας, αναθεώρηση αξιοποίησης).
- Την διεξαγωγή λειτουργιών για την επεξεργασία των πληροφοριών υγείας.

Η χρήση του υπολογιστή ως εργαλείου επικοινωνίας για τη διάδοση πληροφοριών της υγειονομικής περίθαλψης για την προαγωγή της υγείας αναφέρεται ελάχιστα στη βιβλιογραφία. Στην πραγματικότητα, ο υπολογιστής περιγράφεται ως «*απρόσωπο εργαλείο*» και «*ένα ανελέητο εργαλείο επικοινωνίας*», και επομένως θεωρείται ακατάλληλο για την διαδικασία της επικοινωνίας. Φαίνεται ότι οι δυνατότητες των ψηφιακών μέσων για την προαγωγή της υγείας θεωρούνται εξελιγμένες για το παρόν και ότι θα χρειαστούν στο μακρινό μέλλον. Θεωρείται ότι ο υπολογιστής ως ένα διαδραστικό μέσο στην υγειονομική περίθαλψη θα εισέρθει από μόνο του «καθώς οι προγραμματιστές υπολογιστών συνεχίζουν να αναπτύσσουν ευέλικτα συστήματα υπολογιστών και καθώς οι χρήστες γίνονται πιο εξελιγμένοι». Προβλέπονται διάφορα προβλήματα, για παράδειγμα, η προστασία της ιδιωτικής ζωής του ατόμου, η υπερβολική ή πολύ μικρή πρόσβαση κλπ. Η έκταση της επικοινωνιακής κίνησης στο διαδίκτυο, η συμπεριφορά των ασθενών και τα άμεσα διαθέσιμα συστήματα προστασίας πληροφοριών έχουν χαρακτηρίσει τους παραπάνω περιορισμούς και φόβους αβάσιμους. Μετά το 1992, η δυνατότητα των υπολογιστών ως εργαλείων επικοινωνίας για τη διάδοση πληροφοριών για την υγεία δεν αγνοήθηκε, αλλά η μη προσβασιμότητα θεωρήθηκε τόσο ανυπέρβλητο πρόβλημα που δεν ενθαρρύνθηκε να πραγματοποιηθεί περαιτέρω έρευνα για τη συγκεκριμένη κατάσταση. Παρόλα αυτά, αναπτύχθηκαν προγράμματα λήψης ιατρικών ιστορικών των ασθενών, παροχής συμβουλών και ειδικής εκπαίδευσης για το κοινό (Hannawa et al., 2015).

Στόχοι

Καμία εκστρατεία προαγωγής της υγείας δεν μπορεί να είναι αποτελεσματική χωρίς σαφή ορισμό του προβλήματος που πρέπει να αντιμετωπιστεί και ρεαλιστικούς στόχους βασισμένους στον ορισμό του προβλήματος. Οι στόχοι πρέπει να είναι σαφείς, συγκεκριμένοι, ρεαλιστικοί και μετρήσιμοι. Η πηγή επικοινωνίας πρέπει να έχει πλήρη κατανόηση της φύσης του ζητήματος υγείας, πρέπει να γνωρίζει πού βρίσκεται η πλειοψηφία του πιθανού κοινού στη διαδικασία πειθούς και ποιοι άλλοι παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν την επιτυχία της εκστρατείας. Αυτοί οι παράγοντες θα επηρεάσουν με τη σειρά τους τον καθορισμό των στόχων (Zaluski & Makara-Studzińska, 2019).

Κοινό

Οποιαδήποτε εκστρατεία για την υγεία θα πρέπει να επικεντρώνεται στο κοινό στο οποίο απευθύνεται καταλληλότερα η επικοινωνία σχετικά με το πρόβλημα και τους στόχους μιας εκστρατείας. Αυτό μπορεί να είναι ένα κοινό που κινδυνεύει περισσότερο να κολλήσει μια ασθένεια ή να υιοθετήσει μια ανθυγιεινή συμπεριφορά. Η έρευνα και η γνώση του κοινού θα βοηθήσει την πηγή επικοινωνίας να κατανοήσει τα παρακάτω (Ruben, 2014) :

- Η αιτία που ένα τμήμα κοινού υιοθετεί μια συγκεκριμένη συμπεριφορά ή επιμένει σε αυτήν.
- Ο βαθμός στον οποίο ένα στοχευμένο κοινό έρχεται αντιμέτωπο με ανταγωνιστικά μηνύματα.
- Πως οι εκπαιδευτικές στρατηγικές θα μπορούσαν να συμπληρωθούν ή να ενισχυθούν από παράλληλες αλλαγές στο μακροπεριβάλλον (π.χ. τεχνολογία και δημογραφικά στοιχεία).

- Πώς να συμπεριληφθεί η κοινότητα και να χρησιμοποιηθούν σημαντικά μέλη των κοινωνικών δικτύων (ηγέτες γνώμης και παράγοντες αλλαγής) για να επηρεαστεί η υιοθέτηση της συμπεριφοράς των άλλων.

Το χάσμα πληροφοριών και γνώσεων μεταξύ της κοινότητας της ιατρικής έρευνας, της κοινότητας των εξειδικευμένων ιατρών, της κοινότητας της γενικής ιατρικής και των ασθενών της υγειονομικής περίθαλψης είναι τεράστιο. Απαιτούνται συγκεκριμένα βήματα για να μειωθεί αυτό το χάσμα και να διασφαλιστούν οι αποτελεσματικές προσπάθειες προαγωγής της υγείας (Skarbaliene et al., 2019).

Συμπεριφορά αποδεκτών

Η συμπεριφορά των αποδεκτών παίζει σημαντικό ρόλο στον τρόπο που βιώνουν και ενεργούν στην επικοινωνία. Έρευνες έχουν δείξει ότι τα ανθρώπινα όντα αναζητούν συνεχώς κίνητρα, οδηγούμενοι από τα κέντρα ευχαρίστησης του μεσαίου εγκεφάλου. Όσο μεγαλύτερη είναι η δυνατότητα κινήτρου ενός ερεθίσματος, τόσο περισσότερη προσοχή θα δώσει ένα άτομο σε μια κατάσταση. Η αυξανόμενη προσοχή στο ερέθισμα συνοδεύεται από αυξανόμενη ευχαρίστηση μέχρι ένα ορισμένο σημείο, όπου μετά θα εμφανιστεί η δυσαρέσκεια. Αυτή η συμπεριφορά ισχύει επίσης για την επικοινωνία και τις απαντήσεις των αποδεκτών στην επικοινωνία. Μέσα από γνωστικές και συναισθηματικές διαδικασίες (άλλες ελεγχόμενες και άλλες αυτόματες), οι λήπτες επιλέγουν τα ερεθίσματα. Ανάλογα με τις γνωστικές τους αντιδράσεις και τις αντιδράσεις ενεργοποίησης στο περιβάλλον τους, οι αποδέκτες επιδιώκουν να διατηρήσουν σταθερά τα επίπεδα ή την ποικιλία κινήτρων. Η αναζήτηση αίσθησης παίζει σημαντικό ρόλο στην επιλογή ερεθισμάτων. Οι διαστάσεις της αναζήτησης των αισθήσεων περιλαμβάνουν τα ακόλουθα (Aceto et al., 2018) :

- Συγκίνηση και αναζήτηση περιπέτειας (μέσω σωματικά επικίνδυνων δραστηριοτήτων που παρέχουν ασυνήθιστες καταστάσεις και νέες εμπειρίες).
- Αναζήτηση εμπειρίας (μέσω ενός μη συμμορφούμενου τρόπου ζωής, ταξιδιών, μουσικής, αντισυμβατικών φίλων κ.λπ.).

- Αναστολή (μέσω κοινωνικής τόνωσης, κ.λπ.).
- Ευαισθησία ρουτίνας (με αποτέλεσμα να υπάρχει μεγάλη ανησυχία όταν τα πράγματα είναι ίδια για οποιαδήποτε χρονική περίοδο).

Με βάση τα παραπάνω, αναπτύχθηκε μια θεωρία ενεργοποίησης της προβολής των πληροφοριών. Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία, το κίνητρο και όχι η γνωστική ανάγκη μπορεί να παρακινήσει την έκθεση και την προσοχή σε ένα μήνυμα. Τα άτομα εισέρχονται σε καταστάσεις προβολής πληροφοριών με την προσδοκία να επιτύχουν ή να διατηρήσουν μια βέλτιστη κατάσταση ενεργοποίησης, αυτό γίνεται και όταν βρίσκονται σε χαμηλό επίπεδο επίγνωσης μιας κατάστασης. Ωστόσο, δεν υπάρχει καμία εγγύηση ότι οι αποδέκτες θα διαβάσουν, θα παρακολουθήσουν ή θα ακούσουν αποκλειστικά εκείνα τα στοιχεία που διατηρούν τα επίπεδα των κινήτρων (Abib & Anacleto, 2014).

Για το σχεδιασμό αποτελεσματικών εκστρατειών προαγωγής της υγείας, πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η συμπεριφορική θεωρία, για να κατανοηθεί γιατί οι άνθρωποι εμπλέκονται σε ορισμένες συμπεριφορές και δεν εφαρμόζουν άλλες, και τη θεωρία επικοινωνίας, για να διασφαλιστεί η αποτελεσματική ανάπτυξη μηνυμάτων και η επιλογή καναλιού που θα προσεγγίσει το κοινό-στόχο. Οι αποτελεσματικές εκστρατείες προαγωγής της υγείας βασίζονται στην ενδελεχή κατανόηση τόσο του ζητήματος της υγείας όσο και του κοινού στο οποίο απευθύνονται. Οι ανάγκες, τα κίνητρα και οι πόροι του κοινού θα πρέπει να είναι το σημείο εκκίνησης στον ορισμό του προβλήματος, τον καθορισμό των στόχων, το σχεδιασμό των μηνυμάτων και τον προγραμματισμό των μέσων (Barilaro et al., 2019).

Πολιτισμός

Ο πολιτισμός έχει ιδιαίτερη επιρροή στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι βλέπουν το σώμα και τις λειτουργίες του. Με τη σειρά τους, η θεραπεία και η διάγνωση καθορίζονται από αυτές τις απόψεις. Για παράδειγμα, στη Γαλλία όπου δίνεται έμφαση στα όμορφα και άθικτα σώματα, γίνονται λίγες υστερεκτομές και καισαρικές τομές από χειρουργούς. Αντίθετα, ο αριθμός αυτών των διαδικασιών μεταξύ των

ομάδων υψηλότερου εισοδήματος είναι ο υψηλότερος στον κόσμο. Αυτό αποδεικνύει ότι η διάγνωση και η θεραπεία δεν βασίζονται απαραίτητα στην επιστήμη αλλά και στις πεποιθήσεις, τις αξίες, τις στάσεις και τις κοσμοθεωρίες τόσο των επαγγελματιών υγείας όσο και των ασθενών. Οι ασθένειες και η υγεία ορίζονται από πολιτισμικής πλευράς. Οι πεποιθήσεις, οι αξίες και οι στάσεις εκφράζουν πολιτισμικούς κώδικες και κοινωνικές συνθήκες καθώς και οργανικές συνθήκες (Andriyanto, 2019).

Οι πεποιθήσεις μπορούν να οριστούν ως οι ιδέες των ανθρώπων σχετικά με την αλήθεια ή το ψέμα οποιουδήποτε δεδομένου ζητήματος, όπως η υγεία και η υγειονομική περίθαλψη. Οι πεποιθήσεις που εκφράζονται λεκτικά ονομάζονται απόψεις. Οι αξίες είναι οι πεποιθήσεις που αξιολογούν ή κρίνουν ένα θέμα ως καλό ή κακό, θετικό ή αρνητικό. Οι στάσεις από την άλλη είναι προδιαθέσεις που έχουν οι άνθρωποι που τους αναγκάζουν να αντιδρούν θετικά ή αρνητικά σε κάτι. Η γνώση των αξιών και των στάσεων του κοινού-στόχου σχετικά με την υγεία, την υγειονομική περίθαλψη και το σύστημα της υγειονομικής περίθαλψης μπορεί να έχει δραματική επίδραση στο αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών. Από τις πολιτισμικές διαφορές προέρχονται οι πολιτισμικές προκαταλήψεις, τα στερεότυπα, ο εθνοκεντρισμός και ο προσηλυτισμός, όπου όλα αυτά μπορεί να αποτελούν εμπόδια στην αποτελεσματική επικοινωνία για την υγεία (Jones, 2012).

Για να βελτιωθεί η διαπολιτισμική επικοινωνία, θα πρέπει να γίνει μια πολιτισμική αξιολόγηση ενός ασθενή ή κοινού για να προσδιοριστεί ο βαθμός σύνδεσης με μια πολιτιστική ομάδα, τη θρησκεία, τα πρότυπα λήψης αποφάσεων και τα προτιμώμενα στυλ επικοινωνίας. Με αυτόν τον τρόπο αποκτώνται πληροφορίες σχετικές με τον πολιτισμό, ειδικά για το πρόβλημα, στις οποίες βασίζεται η επικοινωνία. Όπου είναι δυνατόν, θα πρέπει να μεταφέρονται οι πληροφορίες στο ακροατήριο στην κατάλληλη γλώσσα γι' αυτό, είτε από τον επαγγελματία υγείας είτε από διερμηνέα. Εάν δεν υπάρχει διαθέσιμος διερμηνέας, θα πρέπει ο επαγγελματίας υγείας (Bramhall, 2014) :

- Να μιλάει αργά και να αφιερώνει το χρόνο του/της με τον δέκτη.
- Να χρησιμοποιήσει απλές, αλλά όχι απλοϊκές, δομές προτάσεων.

- Να μην χρησιμοποιεί ορολογία ή τεχνικούς όρους.
- Να ζητήσει από τον ασθενή να εξηγήσει και να παραφράσει αυτό που συζητήθηκε (ανατροφοδότηση).
- Να συζητήσει με την οικογένεια και τους φίλους και μια ομάδα κοινωνικής υποστήριξης.

Η συνειδητοποίηση του ρόλου του πολιτισμού αποτελεί προϋπόθεση για την αποτελεσματική επικοινωνία για την υγεία, ειδικά στις μικτές κοινωνίες.

Το μάρκετινγκ υγείας

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η παραδοσιακή προώθηση της υγείας επικεντρώθηκε κυρίως σε άτομα (παρόχους υγείας και ασθενείς) και μικρές ομάδες. Σήμερα, ωστόσο, οι προσπάθειες προώθησης της υγείας στοχεύουν σε ολόκληρες κοινότητες, ολόκληρους πληθυσμούς ή τμήματα της κοινωνίας, όπως, για παράδειγμα, στην τρέχουσα εκστρατεία για το HIV/AIDS. Οι παραδοσιακές μέθοδοι επικοινωνίας αποδείχθηκαν ανεπαρκείς για τις μεγάλης κλίμακας δραστηριότητες προώθησης της υγείας και εκπαίδευσης που αναλαμβάνονται για να προσεγγίσουν μεγάλο κοινό. Αυτό οδήγησε στη χρήση αντιλήψεων του κοινωνικού μάρκετινγκ για την ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών επικοινωνίας για την προαγωγή της υγείας. Οι έννοιες και οι μέθοδοι κοινωνικού μάρκετινγκ πηγάζουν από το παραδοσιακό μάρκετινγκ. Η έμφαση δίνεται στο μάρκετινγκ ιδεών, στάσεων και αλλαγών στον τρόπο ζωής, δηλαδή μη απτών προϊόντων, όπως συμβαίνει στην προώθηση της υγείας. Οι αλλαγές στις ιδέες, τις στάσεις και τον τρόπο ζωής είναι ακριβώς αυτό που είναι αναγκαίο για την προώθηση της υγείας και την πρόληψη ασθενειών και αναπηρίας (Kwame & Petrucka, 2021).

Σε έναν προσανατολισμό παραγωγής και πωλήσεων στο μάρκετινγκ (push marketing), ο οργανισμός (πηγή επικοινωνίας) είναι ο πιο σημαντικός συμμετέχων. Στο μάρκετινγκ προσανατολισμένο στον ασθενή (pull marketing) η ανάγκη του ασθενή προκαλεί την αλληλεπίδραση. Στο μάρκετινγκ κοινωνικής υγείας, τα προγράμματα προώθησης της υγείας σχεδιάζονται και αναπτύσσονται για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των ασθενών, όπου σκοπός τους είναι να προσεγγίσουν

ένα ευρύ κοινό όσο χρειάζεται το πρόγραμμα και έτσι να ενισχύσουν την ικανότητα του οργανισμού να επιφέρει αλλαγές σε ολόκληρο τον πληθυσμό μέσω στοχευμένων συμπεριφορών κινδύνου (Wittenberg et al., 2016).

Στην ιδανική περίπτωση, τα προγράμματα επικοινωνίας για την υγεία θα πρέπει να είναι (Real et al., 2018) :

- Σχεδιασμένα σύμφωνα με τις ανάγκες του κοινού.
- Εφαρμοζόμενα για την κάλυψη αυτών των αναγκών.
- Αποτελεσματικά στην ικανοποίηση των αναγκών.
- Παρακολουθούμενα για να διασφαλιστεί ότι συνεχίζουν να ικανοποιούν τις ανάγκες.
- Σχεδιασμένα για να ειδοποιούν την πηγή για νέες ή μεταβαλλόμενες ανάγκες στην ομάδα στόχο.

Η επικοινωνία υγείας στο κοινωνικό μάρκετινγκ βασίζεται σε έννοιες ανταλλαγής (τιμή) όπου ο ασθενής είναι πρόθυμος να ανταλλάξει οικειοθελώς χρήματα, χρόνο, σωματική και γνωστική προσπάθεια, τρόπο ζωής, ψυχολογικούς παράγοντες και κοινωνικές επαφές για τεχνική εμπειρογνωμοσύνη, ιδέες, προϊόντα και υπηρεσίες που προσφέρονται από τους ειδικούς στην υγεία. Αυτό θέτει μια τεράστια ευθύνη στην πηγή επικοινωνίας για να διασφαλίσει ότι οι πληροφορίες για την υγεία απορροφώνται ή λαμβάνονται όσο το δυνατόν πιο εύκολα και αβίαστα. Επειδή το κοινωνικό μάρκετινγκ καθοδηγείται από τον ασθενή, απαιτείται προσεκτική ανάλυση του κοινού-στόχου και η τμηματοποίηση του σε ουσιαστικές υποομάδες ή ομάδες προτεραιότητας, προκειμένου να υπάρχει η πιθανότητα να σχεδιαστούν μηνύματα και κανάλια που θα φτάσουν αποτελεσματικά σε ομοιογενείς υποομάδες. Μέσω της ανάλυσης του κοινού, οι στάσεις, τα ενδιαφέροντα και η κατανόηση των θεμάτων της καμπάνιας των μελών του κοινού προσδιορίζονται για να βοηθήσουν τους σχεδιαστές καμπανιών να προβλέψουν τις αντιδράσεις του κοινού στα μηνύματα της καμπάνιας. Η κατάτμηση της αγοράς αυξάνει την πιθανή προσέγγιση και αποτελεσματικότητα του μηνύματος και τη δεκτικότητα του από μια συγκεκριμένη ομάδα-στόχο (Kourkouta & Papathanasiou, 2014).

Εκτός από την ανάλυση αγοράς, οι ομάδες εστίασης και οι μέθοδοι ποιοτικής έρευνας μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον περαιτέρω χαρακτηρισμό ενός συγκεκριμένου κοινού-στόχου, προκειμένου να σχεδιαστούν καμπάνιες που θα επηρεάσουν την απαραίτητη αλλαγή συμπεριφοράς. Όπως σε κάθε επικοινωνία του τομέα υγείας, τα «μηνύματα πρέπει να ταιριάζουν με τα βασικά πολιτισμικά χαρακτηριστικά του κοινού για το οποίο προορίζονται». Ένα κύριο συστατικό του μάρκετινγκ της κοινωνικής υγείας είναι η προ-δοκιμή των εννοιών, του περιεχομένου των μηνυμάτων και του σχεδιασμού μεταξύ ενός κοινού-στόχου. Ο σκοπός της προκαταρκτικής δοκιμής είναι να βελτιώσει την εμβέλεια και/ή την αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας και να αποτρέψει τις δαπανηρές και ανεπιτυχείς προσπάθειες επικοινωνίας πριν πραγματοποιηθούν (Skarbalienė et al., 2019).

Το μάρκετινγκ κοινωνικής υγείας στο κοινό απαιτεί μια ποικιλία καναλιών μέσω των οποίων παραδίδονται τα μηνύματα. Απαιτείται ανάλυση καναλιού για να καθοριστεί ποιο κανάλι θα προσεγγίσει τα περισσότερα μέλη ενός στοχευμένου κοινού. Τα κανάλια περιλαμβάνουν «ηλεκτρονικά και έντυπα μέσα ενημέρωσης, ηγέτες της κοινότητας με επιρροή, εθελοντές προγραμμάτων, κλπ. Οποιοδήποτε άτομο, οργανισμός, ιατρεία, κλινικές και διάφορες μη κερδοσκοπικές εταιρείες μπορούν να θεωρηθούν ως πιθανά κανάλια. Τεχνικές όπως οι προσωπικές πωλήσεις, οι δημόσιες εκδηλώσεις, η υπαίθρια διαφήμιση, το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο και το τηλεμάρκετινγκ παρέχουν επίσης μεθόδους επικοινωνίας με το κοινό». Η προσβασιμότητα και η επαφή με ένα με πολλά κανάλια, καθώς και η αντίληψη του κοινού-στόχου για την εγκυρότητα ενός καναλιού, θα επηρεάσουν την απόφαση μιας πηγής να χρησιμοποιήσει ένα συγκεκριμένο κανάλι. Όλοι οι τύποι μηνυμάτων δεν είναι κατάλληλοι για την επιτυχημένη παράδοση σε όλα τα κανάλια και, σε ορισμένα στάδια της διαδικασίας αλλαγής συμπεριφοράς, ορισμένα κανάλια μπορεί να είναι πιο επιτυχημένα από άλλα. Για παράδειγμα, οι πληροφορίες και τα μηνύματα μπορούν να μεταδοθούν αποτελεσματικά από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, αλλά, όταν ένα άτομο πρέπει να αποφασίσει εάν θα υιοθετήσει ή όχι μια προτεινόμενη συμπεριφορά, ένα διαπροσωπικό δίκτυο όπως η οικογένεια, οι φίλοι ή μια ομάδα υποστηρίξης έχει συχνά μεγαλύτερη επιρροή (Zaluski & Makara-Studzińska, 2019).

Οι μεσάζοντες ή οι εξουσιοδοτημένοι ηγέτες κοινής γνώμης ενισχύουν τα μαζικά μεταδιδόμενα μηνύματα και βοηθούν τα άτομα να προχωρήσουν από παθητικούς

απορροφητές μηνυμάτων στην πραγματική υιοθέτηση αλλαγών. Ως εκ τούτου, είναι λογικό να υπάρχει στόχευση στα άτομα με επιρροή (opinion leaders) που γίνονται αντιληπτά από το κοινωνικό δίκτυο ως έγκυρες και αξιόπιστες πηγές πληροφοριών, ώστε να μπορούν να ενισχύσουν την υιοθέτηση νέων στάσεων και συμπεριφοράς από μια κοινότητα. Τα διαπροσωπικά και μη διαμεσολαβούμενα κανάλια επικοινωνίας είναι συνήθως πιο αποτελεσματικά για την παράδοση πολύπλοκων, συναισθηματικά ασταθών και πειστικών μηνυμάτων και για την πρόκληση περίπλοκων αλλαγών συμπεριφοράς. Τέτοιες συναντήσεις μπορεί να πραγματοποιηθούν κατά τη διάρκεια δημόσιων συναντήσεων, εργαστηρίων, τηλεφωνικών κλήσεων, οργανωμένων εκδηλώσεων και διαδηλώσεων (Hu, 2015).

Τα κανάλια για το μάρκετινγκ κοινωνικής υγείας θα πρέπει να αξιολογούνται και να επιλέγονται σύμφωνα με τα ακόλουθα κριτήρια (Anderson et al., 2019) :

- Την ικανότητα μετάδοσης αρκετά σύνθετων μηνυμάτων.
- Τον τύπο οπτικού, ακουστικού, έντυπου, ηλεκτρονικού μέσου.
- Το κόστος.
- Την προσέγγιση, συχνότητα και συνέχεια.
- Τον αριθμό διαμεσολαβητών που χρειάζονται.
- Την πιθανότητα υπερβολικής χρήσης και υπερκορεσμού.
- Την ικανότητα για πολλαπλασιαστικά αποτελέσματα (δηλαδή ικανότητα οικοδόμησης αποτελεσμάτων το ένα πάνω στο άλλο).
- Τον βαθμό αντιληπτής εξουσίας και αξιοπιστίας (ποσοστό επιρροής).
- Την προσβασιμότητα στο στοχευμένο κοινό.

Συνήθως, οι εκστρατείες προώθησης της υγείας χρησιμοποιούν μια ποικιλία καναλιών και σε διαφορετικούς συνδυασμούς, έτσι ώστε οι δυνατότητες των μεμονωμένων καναλιών να ενισχύονται και οι περιορισμοί να ελαχιστοποιούνται. Κάθε κανάλι έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα όσον αφορά το κόστος, την ικανότητα να προσεγγίζει ένα συγκεκριμένο κοινό και τον βαθμό ελέγχου που έχει μια πηγή στο περιεχόμενο του μηνύματος και τις αξίες των μέσων (χρώμα, όραση και ήχος) (Ruben, 2014).

Η επιτυχία της επικοινωνίας για την υγεία εξαρτάται από το αν ένα κοινό λαμβάνει, ακούει, κατανοεί, θυμάται και ανταποκρίνεται σε συγκεκριμένες πληροφορίες. Αυτό εξαρτάται από πέντε πτυχές της παρουσίασης του μηνύματος, δηλαδή την απήχηση περιεχομένου, το στυλ, τη συχνότητα, το χρονοδιάγραμμα και την προσβασιμότητα. Τα μηνύματα πρέπει να παρουσιάζονται συχνά και στα μέσα ενημέρωσης που είναι πιθανό να παρακολουθήσει ένα στοχευμένο κοινό. Στις περισσότερες χώρες του κόσμου, μακράν το πιο δημοφιλές μέσο εξακολουθεί να είναι η τηλεόραση. Μεγαλύτερη επιτυχία λαμβάνεται εάν το περιεχόμενο των μηνυμάτων έχει σχεδιαστεί για να ταιριάζει σε ένα συγκεκριμένο κοινό, κανάλι, πηγή, θέμα και επιδιωκόμενο αποτέλεσμα (δηλαδή τις συμπεριφορές υγείας που πρέπει να επηρεαστούν). Εάν επιπλέον πιστεύεται ότι ένα μήνυμα προέρχεται από αξιόπιστη πηγή, ικανοποιεί την ανάγκη για γνώση ή βοηθά στην επίλυση ενός προβλήματος που επηρεάζει τη ζωή του κοινού-στόχου, η πιθανότητα επιτυχίας αυξάνεται. Η μορφή, η αναγνωσιμότητα, η προσωπική συνάφεια και η παρουσία των αμφιλεγόμενων στοιχείων στο υλικό είναι σημαντικά επειδή επηρεάζουν την κατανόηση, την ανάκληση και την τήρηση των επιχειρημάτων του κεντρικού μηνύματος. Ακόμη και υπό αυτές τις συνθήκες, οι αλλαγές στις πεποιθήσεις, τις στάσεις και τις συμπεριφορές του κοινού-στόχου δεν είναι εγγυημένες (Sibiya, 2018).

Το μείγμα μάρκετινγκ (προϊόν, τιμή, τοποθεσία, προώθηση) της υγείας μπορεί να παρουσιάζει πρόβλημα επειδή το προϊόν είναι συνήθως άυλο. Το σημείο εκκίνησης είναι να γίνουν απτά αυτά τα άυλα στοιχεία με τρόπο που θα προσελκύει το κοινό-στόχο, για παράδειγμα, απονέμοντας βαθμούς για την επίτευξη των στόχων. Ωστόσο, υπάρχουν πολλά απτά προϊόντα και πρέπει να διατίθενται στην αγορά. Για παράδειγμα, προγράμματα αυτοβοήθειας διακοπής του καπνίσματος, ελέγχους χοληστερόλης στο αίμα, προγράμματα διαχείρισης ασθενειών ή εταιρικές προκλήσεις φυσικής κατάστασης. Οι δημοσιεύσεις που υποστηρίζουν αυτά τα προγράμματα είναι επίσης προϊόντα και η ποιότητα, το στυλ, η επωνυμία και η συσκευασία πρέπει να λαμβάνουν την απαραίτητη προσοχή. Το βάθος, το πλάτος και η ποικιλομορφία του προϊόντος χρειάζονται επίσης προσοχή (Freeman, 2019).

Η τιμή μπορεί να οριστεί ως ο οικονομικός, κοινωνικός, συμπεριφορικός, ψυχολογικός, χρονικός, δομικός, γεωγραφικός και φυσικός λόγος για την ανταλλαγή ή τη μη ανταλλαγή ενός πράγματος για ένα προϊόν/υπηρεσία. Ένα χαρακτηριστικό

γνώρισμα της έννοιας του κοινωνικού μάρκετινγκ είναι η χρήση κινήτρων για την ενθάρρυνση της συμμετοχής του κοινού-στόχου. Τα κίνητρα μπορεί να είναι πραγματικά ή αντιληπτά, απτά ή άυλα, οικονομικά ή κοινωνικά κ.λπ. Τα κίνητρα που εμφανίζονται λίγο μετά την άσκηση της συμπεριφοράς μπορεί να ενισχύσουν τη συμπεριφορά και να παρακινήσουν το άτομο. Η πρόκληση του μάρκετινγκ υγείας έγκειται τόσο στη μείωση των εμποδίων/κόστους συμμετοχής όσο και στη δημιουργία κινήτρων που θα εμπλέξουν περαιτέρω τους ανθρώπους στην αλλαγή της υγείας και της συμπεριφοράς. Παραδείγματα κινήτρων είναι οι διαγωνισμοί και η απονομή βαθμών που συγκεντρώνονται σε ένα βραβείο. Τα κανάλια διανομής είναι σημαντικά στοιχεία του μείγματος μάρκετινγκ και περιλαμβάνουν τα εξής (Lotfi et al., 2019) :

- Επίπεδο και ποιότητα υπηρεσιών/ κάλυψης που πρέπει να παρέχεται.
- Αριθμός και θέση των προς διαχείριση σημείων διανομής.
- Χρήση και κίνητρο μεσαζόντων στην παράδοση προϊόντων.
- Διαθεσιμότητα καναλιών απόκρισης (π.χ. κουπόνια σε ένα διαφημιστικό φυλλάδιο).
- Χαρακτηριστικά του τόπου.

Το στοιχείο προώθησης του μείγματος μάρκετινγκ είναι κάτι περισσότερο από την ανάπτυξη της ευαισθητοποίησης ή τις δημόσιες σχέσεις. Αν χρησιμοποιηθεί σωστά, η προώθηση μπορεί να είναι ένα σημαντικό εργαλείο για να γίνουν τα προϊόντα προώθησης της υγείας πιο αποδεκτά από το κοινό και να ενισχυθεί η χρήση τους από τον καταναλωτή» Μια στρατηγική προώθησης θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη το προϊόν, την τιμή, τα κανάλια διανομής και το κοινό-στόχο. Το κοινό-στόχος και οι στόχοι πρέπει να οριοθετούνται σαφώς και πρέπει να καθοριστεί η βέλτιστη εμβέλεια και συχνότητα τους. Πρέπει να ληφθούν αποφάσεις σχετικά με τη διαφήμιση, τη δημοσιότητα, την προσωπική επαφή και τη δημιουργία ενός περιβάλλοντος που θα διευκολύνει το επιθυμητό γνωστικό και/ή συναισθηματικό αποτέλεσμα στην ομάδα-στόχο. Όλα τα προγράμματα προώθησης της υγείας πρέπει να αξιολογούνται. Ένα ολοκληρωμένο σύστημα ελέγχου πρέπει να παρακολουθεί τις συνεχιζόμενες δραστηριότητες, την παράδοση του προγράμματος και τη χρήση του προγράμματος μιας εκστρατείας προώθησης της υγείας και τις πληροφορίες των συμμετεχόντων. Ο

τύπος της μέτρησης θα εξαρτηθεί από τη συνάφεια με την καμπάνια, το κόστος και το κατά πόσο χρειάζονται διαδοχικές πληροφορίες. Οι πιθανές προσεγγίσεις περιλαμβάνουν τα εξής (Brinderjeet, 2020) :

- Την διαφήμιση, στην οποία τυχαία δείγματα του κοινού-στόχου ερωτώνται σχετικά με την ευαισθητοποίηση, την ανάκληση, την αναγνώριση και τη γνώση.
- Τον έλεγχο, όπου παρακολουθεί τα αιτήματα πληροφοριών και τις εγγραφές προγραμμάτων ως αποτέλεσμα της παρουσίας στα μέσα.
- Τις πειραματικές μεθόδους που συγκρίνουν τις ομάδες που εκτέθηκαν στην εκστρατεία με τις ομάδες ελέγχου.

Για να προσδιοριστεί η επιτυχία της καμπάνιας, είναι επίσης σημαντικό να γίνει γνωστό ποιο υλικό προετοιμάστηκε, εάν έφτασε στο κοινό-στόχο του, εάν έγινε κατανοητό και χρησιμοποιήθηκε όπως προβλεπόταν, εάν τα κανάλια παρουσίασαν το υλικό όπως είχε προγραμματιστεί και ποιοι πόροι δαπανήθηκαν. Θα πρέπει επίσης να καθοριστεί εάν άλλοι παράγοντες που προέκυψαν ταυτόχρονα στο περιβάλλον ενός κοινού ενδέχεται να έχουν επηρεάσει την καμπάνια. Όπου εμπλέκονται κοινότητες, η συμμετοχή τους θα πρέπει να καθορίζεται σχετικά με τον αριθμό των συμμετεχόντων, τα στάδια στα οποία έλαβε χώρα η συμμετοχή τους, τις αντιλήψεις των ατόμων για την αξία του προγράμματος για την κοινότητα ως σύνολο και για αυτούς προσωπικά, τα αλλαγμένα κοινοτικά πρότυπα και τη χρήση υφιστάμενων κοινοτικών οργανώσεων και δομών κατά τη διάρκεια διαφόρων φάσεων του προγράμματος, κλπ (Real et al., 2018).

3.2 Τα εμπόδια της επικοινωνίας στον τομέα της υγείας

Η μετάδοση ακριβών και έγκαιρων πληροφοριών μέσω της επικοινωνίας για την υγεία είναι ζωτικής σημασίας για την αποτελεσματική υγειονομική περίθαλψη. Οι ασθενείς που βρίσκονται σε έναν χώρο υγειονομικής περίθαλψης χρησιμοποιούν την επικοινωνία για να γνωστοποιήσουν τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης τους και

να συγκεντρώσουν σχετικές πληροφορίες υγείας για να κατευθύνουν τη δική τους υγειονομική περίθαλψη. Οι επαγγελματίες υγείας χρησιμοποιούν την επικοινωνία για να ανακαλύψουν τις ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης των ασθενών τους και για αλληλεπίδραση με άλλους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, η διαδικασία επικοινωνίας μέσω της οποίας διαδίδονται οι πληροφορίες για την υγεία είναι περίπλοκη. Η έρευνα έχει δείξει ότι συχνά η επικοινωνία στην υγειονομική περίθαλψη είναι αναποτελεσματική, οδηγώντας σε προβλήματα όπως η κακή επικοινωνία, η παραπληροφόρηση, η απανθρωποποίηση, οι μη ευαίσθητες αλληλεπιδράσεις, η δυσαρέσκεια και η έλλειψη συνεργασίας μεταξύ αλληλεξαρτώμενων παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και ασθενών. Ενώ η αποτελεσματική επικοινωνία μπορεί να προωθήσει την υγειονομική περίθαλψη υψηλής ποιότητας, η αναποτελεσματική επικοινωνία μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στη λήψη αποφάσεων, στην ποιότητα της περίθαλψης και στην εναρμόνιση με τη θεραπεία (Kwame & Petrucka, 2021).

Έρευνες έχουν δείξει ότι οι επικοινωνιακές δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό την αποτελεσματικότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Η αποτελεσματική επικοινωνία συνήθως οδηγεί σε (Jones, 2012) :

- Ικανοποίηση των ασθενών.
- Συμμόρφωση με τα θεραπευτικά καθεστώτα.
- Ενισχυμένες ικανότητες ανάρρωσης.

Από την άλλη πλευρά, η αναποτελεσματική επικοινωνία μπορεί να οδηγήσει σε (Jones, 2012) :

- Δυσαρέσκεια με τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.
- Αποξένωση μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών.
- Υπερβολικός ανταγωνισμός μεταξύ επαγγελματιών υγείας.

Διάφοροι παράγοντες ή εμπόδια θα μπορούσαν να επηρεάσουν αρνητικά την επικοινωνία και τη μεταφορά νοήματος μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών.

Αυτά τα εμπόδια θα μπορούσαν να προέρχονται από την ίδια την ασθένεια, από τους παραδοσιακούς ρόλους του γιατρού και του ασθενούς, από το προσωπικό στυλ επικοινωνίας των συμμετεχόντων ή από τις συμβάσεις στο πλαίσιο της υγειονομικής περίθαλψης. Οι παράγοντες που περιπλέκουν τη διαδικασία ανταλλαγής των εννοιών υφίστανται συνήθως στις συναντήσεις γιατρού-ασθενούς. Εκτός από τα εμπόδια που συζητούνται παρακάτω, πρέπει να αναγνωριστεί ότι το προσωπικό υπόβαθρο (δημογραφικό, κοινωνικο-οικονομικό, εκπαιδευτικό, θρησκευτικό, πολιτιστικό κ.λπ.) κάθε συμμετέχοντος συμβάλλει στην επικοινωνία μέσα σε μια συνήθως φορτισμένη με συναισθήματα αλληλεπίδραση μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών (Barilaro et al., 2019).

Εμπλοκή του εγώ

Οι άνθρωποι τείνουν να αποφεύγουν να συζητούν θέματα που σχετίζονται με τη σωματική αναπηρία και την ανεπάρκεια και τις ασθένειες επειδή προκαλούν άγχος. Η λιγότερο επιτυχημένη επικοινωνία προκύπτει από θέματα που αφορούν το εγώ, δηλαδή όταν το ένα ή και τα δύο μέρη φοβούνται για ένα θέμα. Το νόημα των μηνυμάτων μπορεί να συγκαλύπτεται όταν οι συμμετέχοντες δείχνουν συμπεριφορά «φυγής» ή «επίθεσης» ή όταν αρνούνται να ακούσουν και να μιλήσουν για μια τέτοια κατάσταση. Οι ασθενείς στο νοσοκομείο συχνά αισθάνονται απώλεια ελέγχου καθώς και άγχος για το περίεργο περιβάλλον. Ο εγωισμός τους υποφέρει και το αποτέλεσμα είναι η αναποτελεσματική επικοινωνία. Τα νοσοκομεία και άλλες εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης θα ήταν καλό να προσανατολίζουν τους ασθενείς εκ των προτέρων ή κατά την εισαγωγή τους στο άγνωστο περιβάλλον μέσω καινοτόμων μέσων επικοινωνίας (Aceto et al., 2018).

Διαφορές στη γνώση

Τα δύο κύρια προβλήματα που αντιμετωπίζει η παροχή υγειονομικής περίθαλψης σήμερα είναι τα εξής (Ruben, 2014) :

- Παροχή επαρκών πληροφοριών στους ασθενείς σχετικά με την υγεία, την κατάσταση ή τη θεραπεία τους, ώστε να είναι επαρκώς ενημερωμένοι.

- Υψηλό επίπεδο μη συμμόρφωσης με τη συνταγογράφηση φαρμάκων από την πλευρά του ασθενούς.

Και τα δύο αυτά προβλήματα προκύπτουν από ελλείψεις στα τρέχοντα πρότυπα επικοινωνίας και λήψης αποφάσεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών. Ωστόσο, τονίζεται η τεράστια εξουσία και δύναμη του ενός συμμετέχοντα (του επαγγελματία υγείας) σε σύγκριση με την άγνοια και την ανικανότητα του άλλου (του ασθενούς). Ένα σύγχρονο αξίωμα υποστηρίζει ότι η πληροφορία είναι δύναμη. Ο επαγγελματίας υγείας είναι συνήθως ο πρωταρχικός προμηθευτής πληροφοριών σχετικά με τη διάγνωση, τις θεραπευτικές επιλογές και εναλλακτικές λύσεις, το κόστος και τα οφέλη, την εφαρμογή και την αξιολόγηση της θεραπείας, και ως εκ τούτου έχει μεγάλη ισχύ στον χώρο της υγειονομικής περίθαλψης. Εγγενώς και αναγκαστικά υπάρχει μια ασύμμετρη κατανομή ισχύος στη σχέση του επαγγελματία υγείας και του ασθενή. Η άνιση γνώση οδηγεί σε ανισότητα στις ανθρώπινες σχέσεις, οδηγώντας σε ελλιπή και διαστρεβλωμένη επικοινωνία μεταξύ των συμμετεχόντων (Hannawa et al., 2015).

Η αποτυχία κατανόησης είναι ως επί το πλείστον αποτέλεσμα της διαφοράς γνώσεων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών. Οι επαγγελματίες υγείας συμμετέχουν στην αλληλεπίδραση ως ειδικοί, ενώ οι ασθενείς συνήθως ανησυχούν για την υγεία τους και αναζητούν βοήθεια. Αυτό λαμβάνει χώρα σε ένα άγνωστο και συχνά εκφοβιστικό περιβάλλον στο οποίο ο ασθενής στερείται σαφώς ιατρικής γνώσης και εξειδίκευσης. Η δύναμη της γνώσης απαγορεύει στους ασθενείς να κάνουν ερωτήσεις όταν δεν καταλαβαίνουν. Η κατάσταση επιδεινώνεται από την παραδοσιακή άποψη για τις σχέσεις γιατρού-ασθενούς (Squires & Jacobs, 2014).

Η ικανοποίηση και η συμμόρφωση του ασθενή εξαρτώνται από τον βαθμό στον οποίο ικανοποιούνται οι προσδοκίες των ασθενών για πληροφορίες. Οι ασθενείς θέλουν να ενημερωθούν για την κατάσταση τους, τις εναλλακτικές θεραπευτικές επιλογές και τι μπορούν να περιμένουν από τη θεραπεία. Εάν λάβουν πολύ λίγες πληροφορίες, είναι πιο πιθανό να αρνηθούν τη θεραπεία. Η συμμετοχή των ασθενών αναγνωρίζεται ως απαραίτητη στη διαδικασία παροχής της υγειονομικής περίθαλψης. Στη διαχειριζόμενη υγειονομική περίθαλψη αναμένεται από τους ασθενείς να συμμετέχουν ενεργά στην παρακολούθηση της δικής τους θεραπείας και στη λήψη

αποφάσεων θεραπείας μαζί με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Θα πρέπει να αναζητούν τις πιο πρόσφατες πληροφορίες σχετικά με τις συνθήκες τους και, εάν ο πάροχος δεν θέλει ή δεν μπορεί να δώσει τις απαραίτητες πληροφορίες, οι ασθενείς ενθαρρύνονται να λάβουν τις πληροφορίες από άλλες πηγές (Olofin, 2020).

Οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης έχουν γίνει πολύ πιο περίπλοκες καθώς οι γνώσεις σχετικά με την υγεία έχουν αυξηθεί. Ο αυξανόμενος ανταγωνισμός, η νέα ιατρική τεχνολογία και οι διαδικασίες, ο αυξημένος δημόσιος έλεγχος, οι καλύτερα ενημερωμένοι ασθενείς, οι νέες ασθένειες, οι δαπάνες και η διαχείριση της υγειονομικής περίθαλψης έχουν δραματική επίδραση στην ανάγκη και την οργάνωση πληροφοριών των επαγγελματιών υγείας. Οι επαγγελματίες αντιμετωπίζουν πολλές απογοητευτικές καταστάσεις όσον αφορά την απόκτηση και την οργάνωση των πληροφοριών τους. Αυτά περιλαμβάνουν (Liu et al., 2017) :

- Την έλλειψη πρόσβασης σε ενημερωμένους πόρους πληροφοριών.
- Την άγνοια της διαθεσιμότητας των σχετικών πληροφοριών.
- Την έλλειψη χρόνου για έρευνα.
- Την κακή οργάνωση των διαθέσιμων πληροφοριών.

Η ανακούφιση μπορεί να έρθει με τη μορφή ενημερωμένων, εξατομικευμένων πληροφοριών, σχετικών με τις ανάγκες πληροφόρησης του επαγγελματία υγείας, που είναι άμεσα διαθέσιμη σε όλα τα περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης, π.χ. στην αίθουσα συμβουλευτικής, την κλινική, τον θάλαμο του νοσοκομείου, κλπ (Liu et al., 2017).

Κοινωνική θέση

Γενικά πιστεύεται ότι η κοινωνική θέση ενός επαγγελματία υγείας είναι ανώτερη από αυτή των περισσότερων άλλων ανθρώπων. Έρευνες έχουν δείξει ότι η επικοινωνία γίνεται δύσκολη όταν η κοινωνική απόσταση μεταξύ των συμμετεχόντων είναι σημαντική. Επομένως, όσο μεγαλύτερη είναι η ανισότητα στην εκπαίδευση, το εισόδημα και την κοινωνική θέση, τόσο λιγότεροι επαγγελματίες υγείας και ασθενείς είναι σε θέση να ακούσουν το μήνυμα όπως προοριζόταν εξ αρχής. Όταν δίνεται

έμφαση στις κοινωνικές θέσεις, οι άνθρωποι αποφεύγουν την επαφή μεταξύ τους, αποκρύπτουν πληροφορίες και διαστρεβλώνουν τις έννοιες που προορίζονται από τα λόγια των άλλων (Tran et al., 2020).

Ένα θετικό αποτέλεσμα αυτού του γεγονότος είναι ο σχηματισμός πολυάριθμων ομάδων υποστήριξης εντός των κοινοτήτων. Καθώς οι άνθρωποι αποδέχονται σταδιακά περισσότερες ευθύνες για τη δική τους υγεία, εξαρτώνται περισσότερο από τις κοινότητες τους για πληροφορίες υγείας και συναισθηματική και ψυχολογική υποστήριξη, καλύπτοντας έτσι ένα κενό που άφησαν οι επαγγελματίες υγείας. Επειδή όσοι αναζητούν υγειονομική περίθαλψη συχνά βρίσκονται σε μια περίπλοκη κατάσταση, η κοινωνική τους ταυτότητα και η κατάσταση τους επηρεάζονται αρνητικά και αναζητούν βοήθεια από άτομα κατώτερου επιπέδου από πλευράς υγειονομικής περίθαλψης. Για άλλη μια φορά, οι ομάδες υποστήριξης, στις οποίες υπάρχει συμμετρία στην κατάσταση των συμμετεχόντων (όπως εκείνες για τους πάσχοντες από HIV/AIDS και τις κακοποιημένες συζύγους), διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην παροχή βοήθειας, ενημέρωσης και υποστήριξης (Norouzinia et al., 2015).

Οι διαφορές στους επικοινωνιακούς σκοπούς

Λόγω των διαφορών στη θέση και την εξουσία, προκύπτουν διαφορές στις απόψεις. Μπορεί να αναφερθεί ότι ο επαγγελματίας υγείας και ο ασθενής βλέπουν τα ίδια δεδομένα, τις ίδιες καταστάσεις, τα ίδια συμπτώματα, την ίδια θεραπεία κ.λπ. αλλά ο καθένας από τη δική του, μοναδική οπτική γωνία. Το νόημα των μηνυμάτων είναι συχνά ενσωματωμένο στην οπτική γωνία από την οποία εκφράζονται. Επομένως, οι έννοιες δεν συμπίπτουν εκτός εάν και οι δύο συμμετέχοντες έχουν επίγνωση αυτού του γεγονότος και προσπαθήσουν να ελαχιστοποιήσουν τα ασυμβίβαστα κίνητρα μέσω της συζήτησης. Επιπλέον, οι σωματικές, συναισθηματικές ή ψυχολογικές ανάγκες του ασθενή τη συγκεκριμένη στιγμή θα επηρεάσουν επίσης την ικανότητα του να αφομοιώνει, να επεξεργάζεται και να ανταποκρίνεται σε πληροφορίες από αντικειμενική σκοπιά. Στην αλληλεπίδραση επαγγελματία υγείας-ασθενή, η ευθύνη ανήκει στον επαγγελματία όπου πρέπει να καθορίσει τους στόχους και τις προσδοκίες του ασθενή και να τον εκπαιδεύσει σχετικά με την κατάσταση, τη θεραπεία, το αναμενόμενο αποτέλεσμα κ.λπ (Fakhr-Movahedi et al., 2016).

Συναισθηματική απόσταση

Στην υγειονομική περίθαλψη, συνήθως υπάρχει επείγουσα ανάγκη για σχέση μεταξύ των συμμετεχόντων. Ωστόσο, είναι σχεδόν αδύνατο να γεφυρωθεί η συναισθηματική απόσταση. Μόνο όταν οι γιατροί και οι ασθενείς «συναντιούνται ως άνθρωποι με σεβασμό και αμοιβαίες ανησυχίες», μπορεί να υπάρξει αποτελεσματική επικοινωνία. Όταν υπάρχει συναισθηματική απόσταση, το βαθύ μοίρασμα του νοήματος είναι αδύνατον. Όπου υπάρχει έλλειψη σχέσης, οικειότητας, ενσυναίσθησης, εγγύτητας, ευαισθησίας, σεβασμού και δυσαρέσκειας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, ακολουθεί η κυριαρχία των σχέσεων και η απανθρωποποίηση (Kourkouta & Parathanasiou, 2014).

Μονόδρομη επικοινωνία

Είναι αποδεκτό το γεγονός ότι ένα άτομο δεν μπορεί να «εισβάλει» στο μυαλό του άλλου. Οι πομποί και οι δέκτες συμμετέχουν αμοιβαία στη διαδικασία επικοινωνίας. Οι παραλήπτες (δέκτες) ερμηνεύουν τα μηνύματα υπό το φως των δικών τους απόψεων, αναγκών και προσδοκιών. Για να καταλάβει κάποιος τις σκέψεις κάποιου άλλου ατόμου, κάθε άτομο πρέπει να παρέχει ενδείξεις για την επιδιωκόμενη και/ή κατανοητή κατάσταση μέσω συμβόλων (λέξεις, πράξεις), πρέπει να παρακολουθεί τις ενδείξεις και πρέπει να διευκρινίζει, να επεξεργάζεται και να συζητά την κατάσταση από τη σκοπιά του άλλου ατόμου. Ο βαθμός στον οποίο και οι δύο συμμετέχοντες αναλαμβάνουν την ίδια ευθύνη για την επίτευξη κοινών καταστάσεων, καθορίζει την επιτυχία της επικοινωνίας (Wittenberg et al., 2016).

Παρά τις εξειδικευμένες γνώσεις, η επικοινωνία στην υγειονομική περίθαλψη εξακολουθεί να είναι μονόδρομος. Το αποτέλεσμα είναι ότι οι ασθενείς αισθάνονται αδύναμοι να διευκρινίσουν «κρυφά» και μπερδεμένα μηνύματα. Οι οδηγίες παρερμηνεύονται και τα λάθη επιδεινώνονται, όπου αυτό οδηγεί σε ελλιπείς σχέσεις. Τίποτα δεν είναι πιο αποθαρρυντικό από το να βρίσκεται κάποιος σε μια κρίσιμη κατάσταση και μετά να εμποδίζεται να διευκρινίζει κρυφά και συγκεκριμένα μηνύματα. Η ανισότητα στην εξουσία και το καθεστώς μπορεί να εμποδίσει την αμφίδρομη επικοινωνία, επειδή οι ασθενείς αισθάνονται άβολα, εκφοβίζονται ή

ντρέπονται πολύ να ζητήσουν πληροφορίες από τον επαγγελματία υγείας, ακόμα κι όταν δεν καταλαβαίνουν ένα πράγμα ή μια κατάσταση. Για τον ίδιο λόγο, οι ασθενείς θα μπορούσαν να αποκρύψουν πληροφορίες σχετικά με την υγεία τους. Στη μονόδρομη επικοινωνία, μερικές φορές δεν δίνεται στους ασθενείς η ευκαιρία να μεταδώσουν πληροφορίες και τα κατάλληλα μηνύματα (Bramhall, 2014).

Το άγχος και τα συναισθηματικά ζητήματα μπορεί να συμβάλλουν στα αισθήματα δυσφορίας των ασθενών και στην απροθυμία ή αδυναμία τους να κάνουν ερωτήσεις ή να απαντήσουν κατάλληλα. Οι ασθενείς ενθαρρύνονται να συζητούν πρώτα συναισθηματικά ζητήματα προτού αντιμετωπιστούν τα σωματικά προβλήματα και αντίστροφα όπου είναι απαραίτητο. Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε, διαπιστώθηκε ότι η ικανοποίηση και η συμμόρφωση των ασθενών βελτιώθηκαν μετά από μια αρχική αλληλεπίδραση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών στην οποία οι ασθενείς (Andriyanto, 2019) :

- Εξέτασαν τα ιατρικά τους αρχεία.
- Ήταν προσεκτικοί στη διατύπωση σχετικών ερωτήσεων.
- Βοηθήθηκαν στην επανάληψη τεχνικών για τη διαπραγμάτευση ιατρικών αποφάσεων με τους γιατρούς που τους παρακολουθούν.

Η ανεπαρκής εξηγήσεις οδηγούν σε δυσαρέσκεια στην υγειονομική περίθαλψη. Η ενεργός συμμετοχή και η προσομοίωση της αλληλεπίδρασης, σε συνδυασμό με την παρουσίαση πληροφοριών για τον ασθενή, ενισχύουν τις επικοινωνιακές ικανότητες των ασθενών και την ποιότητα και την αξία των αλληλεπιδράσεων με τους επαγγελματίες υγείας. Υπάρχει, ωστόσο, ο κίνδυνος οι ασθενείς να είναι υπερφορτωμένοι με πληροφορίες. Οι ασθενείς επιλέγουν μόνο τον αριθμό των μηνυμάτων για τα οποία έχουν γνωστικό χώρο ή για τα οποία θεωρούν ότι είναι πιο σημαντικά και χρησιμοποιούν τα επιλεγμένα μηνύματα για να κατανοήσουν μια τρέχουσα κατάσταση. Επομένως, διαφορετικοί ασθενείς μπορεί να έχουν διαφορετικές ανάγκες πληροφόρησης. Ο επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να αξιολογήσει προσεκτικά τη συνάφεια των πληροφοριών που παρέχονται στον ασθενή (Abib & Anacleto, 2014).

Λεκτική χειραγώγηση

Πολλοί συμμετέχοντες στην επικοινωνία έχουν κρυφές ατζέντες στις οποίες έχουν προκαθορίσει τις αποφάσεις, τις ενέργειες κ.λπ. του άλλου συμμετέχοντα. Η επικοινωνία γίνεται τότε μια μέθοδος χειραγώγησης. Αυτό είναι δυνατό όταν ο ένας συμμετέχων αισθάνεται ανώτερος και ασεβής απέναντι στον άλλο, αδιαφορώντας για το δικαίωμα του άλλου να ορίζει τη μοίρα του/της. Στη σύγχρονη υγειονομική περίθαλψη, και ιδιαίτερα στη διαχειριζόμενη υγειονομική περίθαλψη, οι ασθενείς θα πρέπει να είναι εξίσου υπεύθυνοι για την υγεία τους και θα πρέπει να έχουν την εξουσία να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με τη δική τους υγεία. Οι αποφάσεις τους θα πρέπει να έχουν το ίδιο βάρος με αυτές του επαγγελματία υγείας (Skarbalienė et al., 2019).

Αμφισημία γλώσσας

Η γλώσσα είναι ουσιαστικά ένα «σύστημα σημείων που επιτρέπει σε ένα μήνυμα να έχει νόημα ανεξάρτητα από τον υλικό κόσμο». Επειδή το νόημα που υποδηλώνεται από κάθε λέξη δεν είναι απαραίτητο να συμφωνεί με το νόημα που δίνουν οι άλλοι στην ίδια λέξη, η ίδια η γλώσσα μπορεί να προκαλέσει παρεξηγήσεις. Για παράδειγμα, η λέξη «ασθένεια» μπορεί να έχει πολλές έννοιες και η «καρδιακή προσβολή» μπορεί να αναφέρεται σε μια σειρά προβλημάτων. Οι ίδιες οι έννοιες των λέξεων είναι ασαφείς και πολύ περισσότερο οι έννοιες των μηνυμάτων που αποτελούνται από αυτές τις λέξεις. Η δυσκολία στην εύρεση λέξεων για την περιγραφή των ακριβών συμπτωμάτων μιας ασθένειας είναι ένα καλό παράδειγμα. Μόνο μέσω επαναλαμβανόμενου και αμοιβαίου ελέγχου και της συζήτησης των πιθανών ερμηνειών μπορεί ο ασθενής και ο επαγγελματίας υγείας να καταλήξουν σε ένα κοινό νόημα (Ruben, 2014).

Η κακή επικοινωνία και η παραπληροφόρηση στην υγειονομική περίθαλψη θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε (Hannawa et al., 2015) :

- Ανακριβείς διαπροσωπικές ερμηνείες.
- Αναποτελεσματικές και χειραγωγικές στρατηγικές μηνυμάτων.

- Αποτυχίες αναζήτησης και χρήσης της διαπροσωπικής ανατροφοδότησης.
- Παρερμηνεία των οδηγιών της υγειονομικής περίθαλψης και συνεπώς μη συμμόρφωση.

Η κακή επικοινωνία μπορεί επίσης να είναι το αποτέλεσμα των ιδιοσυγκρασιακών τρόπων με τους οποίους οι άνθρωποι επεξεργάζονται πληροφορίες, ειδικά τα πολύπλοκα μηνύματα για τα προβλήματα υγείας, τις διαγνώσεις και τις θεραπείες (Hannawa et al., 2015).

Ο ρόλος της ορολογίας

Μέσα στην επικοινωνία μιας συγκεκριμένης ομάδας ή επαγγέλματος, η ορολογία εξυπηρετεί έναν σκοπό. Οι κύριες λειτουργίες της ορολογίας είναι οι εξής (Załoski & Makara-Studzińska, 2019) :

- Αύξηση της αποτελεσματικότητας της επικοινωνίας εντός της ομάδας με το συνδυασμό σύνθετων εννοιών και όρων σε μια λέξη ή φράση που μπορεί να αναγνωριστεί αμέσως από άλλα μέλη της ομάδας.
- Υπόδειξη της συμμετοχής στην ομάδα προσδιορίζοντας τα άτομα με πρόσβαση σε εξειδικευμένο λεξιλόγιο και πληροφορίες.
- Διαχωρισμός των χρηστών από τους μη χρήστες της ορολογίας, όπου μπορεί να πραγματοποιηθεί μια τέτοια κατάσταση για να εντυπωσιάσει ή να εκφοβίσει τους μη χρήστες κάνοντας τους να αισθάνονται σύγχυση και ότι είναι ανόητοι ή για να εδραιωθεί η εξουσία και ο έλεγχος στους μη χρήστες υποδεικνύοντας την ανώτερη γνώση της υγειονομικής περίθαλψης.
- Απομόνωση των χρηστών της ορολογίας από τους μη χρήστες, για παράδειγμα να κοινοποιούν εμπιστευτικά θέματα, αλλά και να αποκλείουν ορισμένα άτομα από τις πληροφορίες.
- Δημιουργία σχέσεων μεταξύ των μελών.

- Δημιουργία μιας αίσθησης κοινής ταυτότητας.

Ωστόσο, όταν χρησιμοποιείται σε καταστάσεις επικοινωνίας που δεν προορίζεται για την ομάδα, ομαδοποιεί και αποκρύπτει τα μηνύματα και μπερδεύει, τρομάζει και αποξενώνει τους ασθενείς και υπονομεύει τον σκοπό της επικοινωνίας (Zafuski & Makara-Studzińska, 2019).

Χρονικοί περιορισμοί

Όταν ένας ασθενής βρίσκεται σε κατάσταση υγειονομικής περίθαλψης, είναι συχνά συναισθηματικά αναστατωμένος, όπου από μόνο του αποτελεί εμπόδιο στην επιτυχή επικοινωνία. Χρειάζεται χρόνος για έναν επαγγελματία της υγείας να ακούσει έναν τέτοιο ασθενή, να εξηγήσει τα γεγονότα, να σταματήσει τους φόβους του, να προετοιμαστεί για μια κατάσταση κρίσης και να αφομοιώσει το ευρύτερο νόημα. Δυστυχώς, οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν χρόνο. Η παρόρμηση να βιαστούν και να προσφέρουν άμεσα λέξεις είναι επιζήμιες για την ουσιαστική επικοινωνία. Όταν πρέπει να ληφθούν αποφάσεις για την υγεία, ο επαγγελματίας της υγείας μπορεί να έχει ήδη εισέλθει στις φάσεις για την απόφαση της θεραπείας ενός ασθενούς, την υλοποίηση και την αξιολόγηση όταν ο ασθενής έχει μόλις εισέλθει στη διαγνωστική φάση. Η υπομονή και η προσπάθεια που απαιτούνται για να συνοδεύσουν τον ασθενή στις διάφορες φάσεις, θα οδηγήσουν σε περισσότερη σαφήνεια, λιγότερες συγκρούσεις, καλύτερη επικοινωνία και σχέσεις υγείας επαγγελματία-ασθενή και συμμόρφωση στη θεραπεία (Squires & Jacobs, 2014).

Μυστικοποίηση της ιατρικής

Παραδοσιακά, ο γιατρός θεωρείται μια «μυστικιστική» και θεική φιγούρα. Η μυστικοποίηση έχει θεωρηθεί ως ένας τρόπος προστασίας του ασθενή από το άγχος που προκαλείται από τους περιορισμούς της ιατρικής και της χειρουργικής, που είναι γνωστά μόνο στον γιατρό. Ο επαγγελματίας υγείας υποφέρει επίσης από άγχος, ιδιαίτερα όσον αφορά τη σοβαρότητα της υπόθεσης, τους περιορισμούς των ιατρικών γνώσεων και δεξιοτήτων, τα πιθανά λάθη και την επιλογή μεταξύ των εναλλακτικών θεραπειών. Όταν οι ασθενείς εξαρτώνται από τον μυστικισμό της υγειονομικής

περίθαλψης μπορεί να έχουν μη ρεαλιστικές προσδοκίες για τα αποτελέσματα. Μπορεί να βασίζονται πλήρως στον επαγγελματία υγείας χωρίς να συνειδητοποιούν τον δικό τους ρόλο και την ευθύνη στη θεραπεία της ασθένειας τους. Το αποτέλεσμα είναι η διαστρέβλωση της επικοινωνίας και η κατάσταση της υγειονομικής περίθαλψης να βρίσκεται σε κίνδυνο (Olofin, 2020).

Πολιτιστικές διαφορές

Σε καμία ασθένεια δεν λείπει η σημασιολογική της διάσταση. Κάθε αλληλεπίδραση με τον επαγγελματία υγείας είναι ουσιαστικά μια διαπολιτισμική σχέση. Μέσω της διαπολιτισμικής επικοινωνίας, μπορούν να γεφυρωθούν δύο ή περισσότεροι διαφορετικοί πολιτισμοί. Κάθε πολιτισμός χαρακτηρίζεται από τα δικά του σύμβολα (γλώσσα), έννοιες, συμβάσεις, δομές κανόνων, συνήθειες, πρότυπα επικοινωνίας, κοινωνικές πραγματικότητες κ.λπ.. Επιπλέον, οι πεποιθήσεις, οι στάσεις και οι αξίες της συγκεκριμένης κουλτούρας για την υγεία επηρεάζουν την υγειονομική περίθαλψη. Ακόμη και ο τρόπος που σκέφτονται οι άνθρωποι για τον εαυτό τους μπορεί να αλλάξει την κατάσταση της υγείας τους. Πρέπει να γίνεται σεβαστή η επιρροή της εθνικής καταγωγής, της θρησκείας ή/και του τρόπου ζωής ενός ασθενή στις αποφάσεις περί υγειονομικής περίθαλψης του/της. Πολιτισμική προκατάληψη, παρεξήγηση, στερεότυπα, εθνοκεντρισμός και προσηλυτισμός είναι μερικοί από τους κινδύνους που πρέπει να αποφεύγονται. Όπου οι παρεμβάσεις διασφαλίζουν ότι οι συμμετέχοντες και από τους δύο πολιτισμούς κατανοούν και σχετίζονται αποτελεσματικά μεταξύ τους, υπάρχει βελτίωση των παρακάτω παραγόντων (Sibiya, 2018) :

- Ικανότητα και γνώση.
- Αρμοδιότητες μεταφοράς πληροφοριών.
- Ανάπτυξη σχέσεων.
- Ικανότητες συντήρησης.
- Ικανότητες συμμόρφωσης.

Η ικανότητα μεταφοράς πληροφοριών ενισχύεται επειδή βελτιώνεται η κατανόηση και η εξοικείωση των ασθενών με την ορολογία, την προοπτική και τις έννοιες της

κουλτούρας του επαγγελματία υγείας, οδηγώντας έτσι σε καλύτερη κατανόηση και αμφισβήτηση. Αν και δεν προκαλείται αποκλειστικά από τον πολιτισμό, υπάρχει σημαντικό χάσμα πληροφοριών και γνώσεων μεταξύ της ιατρικής ερευνητικής κοινότητας και των ασθενών της υγειονομικής περίθαλψης, ειδικά στις μειονεκτούσες κοινότητες. Στην πραγματικότητα, το κοινό με φτωχή γνώση και πληροφόρηση είναι συχνά αυτό που χρειάζεται περισσότερο υγειονομική περίθαλψη λόγω της υψηλής συχνότητας εμφάνισης και θνησιμότητας από ασθένειες, καθυστερήσεων στην αναζήτηση υγειονομικής περίθαλψης ή αναζήτησης ακατάλληλης υγειονομικής περίθαλψης (Norouzinia et al., 2015).

Δυστυχώς, η έρευνα σχετικά με το χάσμα γνώσης μεταξύ μειονεκτούντων ενηλίκων και επαγγελματιών υγείας που αναφέρθηκε από τον Freimuth (1990) έδειξε ότι οι προσπάθειες των μέσων μαζικής ενημέρωσης να γεφυρώσουν το χάσμα συχνά αποτυγχάνουν, κυρίως λόγω των χαρακτηριστικών του κοινού-στόχου (π.χ. κακή ανάγνωση και επικοινωνία δεξιοτήτων), του μηνύματος (απλό και περιορισμένο, π.χ. «το κάπνισμα είναι επιβλαβές για την υγεία», ή περίπλοκα και αντίθετα μηνύματα) ή του κοινωνικού συστήματος. Όταν οι πληροφορίες είναι σύνθετες ή τεχνικής φύσης, καθίσταται δύσκολο να μεταδοθεί το μήνυμα μέσω της χρήσης της γλώσσας και στα πολιτιστικά συστήματα. Επηρεάζεται ο τρόπος με τον οποίο παρουσιάζονται τα παράπονα υγείας και χρησιμοποιούνται οι πληροφορίες για την υγεία (Fakhr-Movahedi et al., 2016).

Άμεσα ή έμμεσα, οι πολιτισμικές διαφορές οδηγούν στο γεγονός ότι τα άτομα που έχουν τις πιο έγκυρες πληροφορίες είναι λιγότερο προσιτά στις μειονεκτούσες ομάδες και συχνά πρέπει να εξαρτώνται από λιγότερο έγκυρες αλλά πιο προσιτές διαπροσωπικές πηγές (Tran et al., 2020).

Σχέσεις επαγγελματία υγείας-ασθενή

Έχει διαπιστωθεί ότι η σχέση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών τους είναι κρίσιμης σημασίας για υψηλής ποιότητας αποτελέσματα της υγειονομικής περίθαλψης. Όπου η επικοινωνιακή σχέση είναι ελλιπής ή ανεπαρκής, ακολουθούν χαμηλά επίπεδα συμμόρφωσης, χαμηλή ποιότητα υγειονομικής περίθαλψης, μη αποδοχή λύσεων, δυσαρέσκεια των ασθενών και μη ρεαλιστικές προσδοκίες. Όταν ένας ασθενής είναι ενεργός συμμετέχων, το αποτέλεσμα είναι τα αυξημένα επίπεδα

αποδοχής, ικανοποίησης και δέσμευσης. Οι ανεπαρκείς ή ακατάλληλες οδηγίες μπορεί να είναι το αποτέλεσμα μιας ελλιπούς σχέσης. Οι πληροφορίες σχετικά με το επίπεδο κατανόησης του ασθενή και της εκτίμησης των αποτελεσμάτων από τον ίδιο τον ασθενή δεν είναι γνωστές όταν ο ασθενής αναλαμβάνει έναν παθητικό ρόλο. Η ικανοποίηση του ασθενούς από την επίσκεψη, τον επαγγελματία υγείας, την εγκατάσταση της υγειονομικής περίθαλψης κ.λπ. οδηγεί σε καλύτερη συνεργασία (Brinderjeet, 2020).

Ωστόσο, σε περιπτώσεις όπου ο επαγγελματίας υγείας είναι τυπικός, απορρίπτει, ελέγχει, διαφωνεί πλήρως με τον ασθενή ή δεν παρέχει επαρκή ανατροφοδότηση, το αποτέλεσμα θα μπορούσε να είναι παρόμοιο με αυτό όταν ο ασθενής είναι παθητικός. Κρίσιμοι παράγοντες για τη συμμόρφωση είναι ο βαθμός στον οποίο ικανοποιήθηκαν οι προσδοκίες του ασθενή από την ιατρική επίσκεψη, τη ζεστασιά στη σχέση μεταξύ επαγγελματία υγείας-ασθενή και η εξήγηση της διάγνωσης και της αιτίας της ασθένειας του ασθενή. Η έλλειψη φιλικότητας, η έλλειψη επικοινωνίας με τον ασθενή και την οικογένεια του ασθενή, η αδιαφορία του επαγγελματία υγείας για τις ανησυχίες των ασθενών και οι ανεκπλήρωτες προσδοκίες λειτουργούν ως εμπόδια στην επικοινωνία. Η κοινή χρήση του ελέγχου με τους ασθενείς, η ανατροφοδότηση, οι σαφείς πληροφορίες και η επίδειξη ανησυχιών μπορεί να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση προβλημάτων συνεργασίας και συμμόρφωσης. Ο ασθενής συνήθως έχει κάποιες προσδοκίες από τον επαγγελματία υγείας, συχνά βασισμένες στην κουλτούρα της υγειονομικής περίθαλψης. Τα στερεότυπα και οι μη ρεαλιστικές προσδοκίες μπορεί να παρεμποδίσουν τη σχέση του ασθενή με τον επαγγελματία υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας συχνά θεωρούνται «ήρωες», μια κατάσταση που επιδεινώνεται από τις μη ρεαλιστικές απεικονίσεις επαγγελματιών υγείας στα δημοφιλή μέσα ενημέρωσης. Από την άλλη πλευρά, οι επαγγελματίες υγείας συχνά χαρακτηρίζουν τους μορφωμένους και ενημερωμένους ασθενείς που κάνουν έξυπνες ερωτήσεις ως «δύσκολους». Τα διπλά μηνύματα που δίνονται σε ασθενείς στην υγειονομική περίθαλψη είναι επιζήμια για τη συγκεκριμένη σχέση (Real et al., 2018).

Έλλειψη εξέλιξης του ασθενούς

Έρευνες έχουν εντοπίσει ότι η συμμόρφωση στη θεραπεία είναι καλύτερη όταν ο ασθενής επισκέπτεται τον ίδιο επαγγελματία υγείας κάθε φορά. Αυτή η αρχή

υποστηρίζεται σθεναρά από τη διαχειριζόμενη υγειονομική περίθαλψη, επειδή το λεγόμενο «doctor hopping» οδηγεί σε υπερεξυπηρέτηση. Ωστόσο, όποτε είναι απαραίτητο, οι ασθενείς θα πρέπει να συμβουλευονται άλλους επαγγελματίες υγείας για μια δεύτερη γνώμη ή για να λάβουν την καταλληλότερη θεραπεία από τον καταλληλότερο πάροχο υπηρεσιών (Jones, 2012).

Έλλειψη επικοινωνιακών δεξιοτήτων

Από την άποψη ενός επαγγελματία υγείας, απαιτούνται πολλές δεξιότητες επικοινωνίας σε μια κατάσταση υγειονομικής περίθαλψης, αλλά συνήθως υπάρχει περιορισμένη εκπαίδευση στις δεξιότητες επικοινωνίας υγείας στους επαγγελματίες υγείας κατά τη διάρκεια των σπουδών τους. Αν και πολλοί επαγγελματίες υγείας αφιερώνουν χρόνο και προσπάθεια για να αναπτύξουν τις επικοινωνιακές τους δεξιότητες, το μεταβαλλόμενο περιβάλλον υγειονομικής περίθαλψης συνεχίζει να προστίθεται στη λίστα των απαραίτητων δεξιοτήτων. Η ακόλουθη λίστα δίνει κάποια βάση για την έκταση της επικοινωνίας που ασκεί σε καθημερινή βάση ένας επαγγελματίας υγείας (Abib & Anacleto, 2014) :

- Παροχή πληροφοριών.
- Παροχή συναισθηματικής υποστήριξης.
- Καθοδήγηση ή εκπαίδευση του ασθενή.
- Ανακούφιση από το άγχος, το στρες και τη θλίψη.
- Βοήθεια στους ασθενείς να εκφράσουν τις ανάγκες, τις ανησυχίες και τις επιθυμίες τους.
- Παροχή διαβεβαίωσης.
- Ελεγκτική συμπεριφορά (δηλαδή επιθετική, αντικοινωνική).
- Αντιμετώπιση της αμηχανίας του ασθενή.
- Μετάδοση κακών ειδήσεων.

Η γλωσσική επάρκεια αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο επικοινωνίας σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις. Όλοι όσοι εμπλέκονται στη διαδικασία θεραπείας θα βασίσουν κάθε ερώτηση, κάθε συμπέρασμα, κάθε σύσταση σε νοήματα που αποδίδονται στις εντυπώσεις τους μέσω των συμβόλων που τους επιβάλλονται. Ως εκ τούτου, η

έλλειψη γλωσσικής επάρκειας ή οι γλωσσικές διαφορές μεταξύ των φορέων επικοινωνίας μπορεί να αποτελέσουν σοβαρό πρόβλημα. Οι καλές δεξιότητες ακρόασης είναι εξίσου σημαντικές για την ανακάλυψη των προσωπικών και πολιτισμικών πεποιθήσεων, στάσεων κ.λπ. του ασθενή και για την κατανόηση του προβλήματος του. Τα παραδοσιακά εργαλεία επικοινωνίας που απαιτούν δεξιότητες ανάγνωσης είναι λιγότερο πιθανό να είναι αποτελεσματικά μεταξύ της μειονεκτικής ομάδας των μη συχνών αναγνώστων. Τα παραδοσιακά μέσα μπορούν να συμπληρωθούν ή να αντικατασταθούν από άλλα μέσα για να προσεγγίσουν ένα συγκεκριμένο κοινό-στόχο (Kwame & Petrucka, 2021).

3.3 Η εκτίμηση της επικοινωνίας στον τομέα της υγείας

Οι παλαιότερες έρευνες επικεντρώνονταν στην επικοινωνία για την προώθηση της υγείας που ήταν γνωστή εκείνη την περίοδο, δηλαδή την επικοινωνία γιατρού-ασθενούς. Με τις αλλαγές και την παροχή της υγειονομικής περίθαλψης, έχουν δημιουργηθεί πρόσθετες, νέες σχέσεις στις οποίες η επικοινωνία παίζει εξίσου σημαντικό ρόλο. Σε αυτές τις νέες σχέσεις, οι επικοινωνιακές ανάγκες του ασθενή λαμβάνουν σημαντική θέση. Ο βασικός λόγος για αυτό είναι η στροφή προς την κοινή λήψη αποφάσεων και την οργανωμένη προσέγγιση στην υγειονομική περίθαλψη. Αν και αυτή η αλλαγή εμφανίζεται σε μεγάλο βαθμό, πολλά από τα προβλήματα και τις προκλήσεις της παρωχημένης σχέσης γιατρού-ασθενούς εκδηλώνονται στις νέες καταστάσεις. Από αυτή τη βιβλιογραφική μελέτη, είναι σαφές ότι οι ακόλουθες πτυχές πρέπει να λάβουν ιδιαίτερη προσοχή σε οποιοδήποτε μέσο χρησιμοποιείται για την επικοινωνία υγείας (Aceto et al., 2018) :

- Κοινή λήψη αποφάσεων μέσω συλλογής και παροχής πληροφοριών και μάθησης.
- Ατομική, ομαδική, οργανωτική και μαζική επικοινωνία.
- Ζητήματα ενσυναίσθησης, ελέγχου, αυτο-αποτελεσματικότητας, εμπιστοσύνης, αυτοαποκάλυψης και επιβεβαίωσης.
- Λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία.
- Διαφορές στις πεποιθήσεις, τις στάσεις, τις αντιλήψεις και τις απόψεις που επηρεάζουν την επικοινωνία.

- Δημογραφικές και κοινωνικο-ψυχογραφικές μεταβλητές που θα επηρεάσουν την επικοινωνία.
- Ενδείξεις επικοινωνίας που προτρέπουν τη δράση υγειονομικής περίθαλψης.
- Ανατροφοδότηση.
- Πρέπει να ληφθεί υπόψη η επικοινωνία ως διαδικασία.
- σχεδιασμός μηνυμάτων με βάση τους στόχους και το επιδιωκόμενο κοινό.
- Επιλογή του κατάλληλου καναλιού.
- Το μάρκετινγκ της υγείας.
- Έλεγχος και αξιολόγηση.
- Εμπόδια στην επικοινωνία για την υγεία.

Είναι σαφές ότι η επικοινωνία για την υγεία γενικά είναι γεμάτη προβλήματα και εμπόδια, τα οποία θα μπορούσαν να έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία ατόμων, ομάδων και πληθυσμών. Φαίνεται ότι οι βελτιώσεις, ιδίως όσον αφορά τα ακόλουθα, θα συμβάλουν στην επιτυχή επικοινωνία για την προαγωγή της υγείας (Andriyanto, 2019) :

- Παροχή πληροφοριών για την ανακούφιση από τη σύγχυση, την ανακούφιση της αβεβαιότητας και της έντασης σχετικά με τα (άγνωστα) περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης, τη θεραπεία και το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.
- Παροχή πληροφοριών για τη διευκόλυνση της λήψης αποφάσεων.
- Σωστή τοποθέτηση του ελέγχου στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών, και ασθενών και του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, και στην ευθύνη των ασθενών για τη δική τους υγεία, θεραπεία, ευημερία και διαχείριση της ασθένειάς τους.
- Ευαισθητοποίηση για θέματα υγείας.
- Αλλαγή στάσεων και συμπεριφοράς.

- Παροχή πιο συχνών μηνυμάτων.
- Παροχή ενός αξιόπιστου και άμεσου μηχανισμού ανάδρασης.
- Παροχή της σωστής ποσότητας πληροφοριών στο κατάλληλο επίπεδο και τη σωστή στιγμή.
- Μηχανισμοί για τη βελτίωση της αυτο-αποτελεσματικότητας.
- Εμπιστοσύνη, που δημιουργείται από θετικές και συνεχείς αντιδράσεις.
- Εξήγηση ορολογίας και απομυθοποίηση της ιατρικής.
- Επιδιόρθωση ελλειπών διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών.
- Αλλαγή της λανθασμένης αντίληψης, των απόψεων και των πεποιθήσεων.
- Αύξηση της συμμόρφωσης στη θεραπεία.
- Παροχή ευκαιρίας για εκ νέου παράθεση πληροφοριών κατά τις διάφορες φάσεις.
- Παροχή πληροφοριών που θα βοηθούσαν τους ασθενείς να αναγνωρίσουν τους κινδύνους για την υγεία και να υιοθετήσουν στρατηγικές για την αποφυγή και την ελαχιστοποίηση του κινδύνου.
- Αύξηση της εμπέλειας των μηνυμάτων υγείας.
- Βελτίωση της ακρίβειας και της συνάφειας των πληροφοριών.
- Πρόσβαση σε απομακρυσμένες περιοχές.

- Συλλογή πληροφοριών σχετικά με το κοινό-στόχο (π.χ. γεωγραφικά, δημογραφικά και ψυχογραφικά δεδομένα).
- Εξατομίκευση πληροφοριών.
- Τμηματοποίηση της αγοράς.
- Γεφύρωση του χάσματος γνώσης μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών.
- Παροχή μιας ποικιλίας ερεθισμάτων για την πρόκληση ανταπόκρισης.
- Πρόβλεψη για πολιτιστικές και γλωσσικές διαφορές.
- προκαταρκτική δοκιμή των μηνυμάτων.
- Υπολογισμός του κόστους επικοινωνίας.
- Επίκληση όλων (ή των περισσότερων) των αισθήσεων.
- Φέρουσα εξουσία και αξιοπιστία.
- Ελκυστική εμφάνιση και εύκολη πρόσβαση.
- Αξιολόγηση προγραμμάτων προώθησης της υγείας.
- Άρση της εμπλοκής του εγώ.
- Άρση του στίγματος που σχετίζεται με την κακή υγεία.
- Δημιουργία μιας «ασφαλούς» κοινότητας όπου υπάρχει συμμετρία ως προς το καθεστώς.
- Διευκρίνιση των επικοινωνιακών σκοπών και της ασάφειας της γλώσσας.

- Άρση λεκτικής χειραγώγησης.
- Παύση συναισθηματικών αποστάσεων.
- διευκόλυνση της αμφίδρομης επικοινωνίας.
- Δημιουργία περισσότερου χρόνου για αλληλεπίδραση μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών.
- Συμπλήρωση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων που λείπουν από τη διαπροσωπική επικοινωνία.

Αυτή η λίστα είναι μεγάλη, αλλά αντιπροσωπεύει τομείς της επικοινωνίας για την υγεία όπου υπάρχει περιθώριο βελτίωσης, όπως προσδιορίζεται μέσω της βιβλιογραφικής μελέτης. Εκ πρώτης όψεως, φαίνεται ότι τίποτα δεν μπορεί να αντικαταστήσει την παραδοσιακή επικοινωνία μεταξύ του επαγγελματία υγείας και του ασθενή και θα ήταν ασήμαντο να αναφερθεί ότι τα ψηφιακά μέσα μπορούν να αντικαταστήσουν κάθε επικοινωνία ή να βελτιώσουν όλα τα ζητήματα που αναφέρονται. Ωστόσο, η παραδοσιακή επικοινωνία μπορεί να επεκταθεί και να ενισχυθεί με νέα μέσα και ορισμένες πτυχές μπορούν να αντιμετωπιστούν διαφορετικά και να συμβάλλουν στην προώθηση της υγείας (Wittenberg et al., 2016).

Μέρος Β'

Κεφάλαιο 1ο : Η συστηματική ανασκόπηση των άρθρων γύρω από την τέχνη της επικοινωνίας στην ολιστική φροντίδα υγείας

1.1 Ο σχεδιασμός και η μεθοδολογία της συστηματικής ανασκόπησης

Σκοπός της συστηματικής αυτής ανασκόπησης είναι να μελετηθεί κατά πόσο είναι σημαντική η τέχνη της επικοινωνίας στην ολιστική φροντίδα υγείας.

Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τις οδηγίες PRISMA. Χρησιμοποιήθηκαν οι εξής λέξεις κλειδιά όπως communication AND holistic care, communication AND holistic care AND nurses, communication AND healthcare professionals AND holistic care, importance of communication AND holistic care.

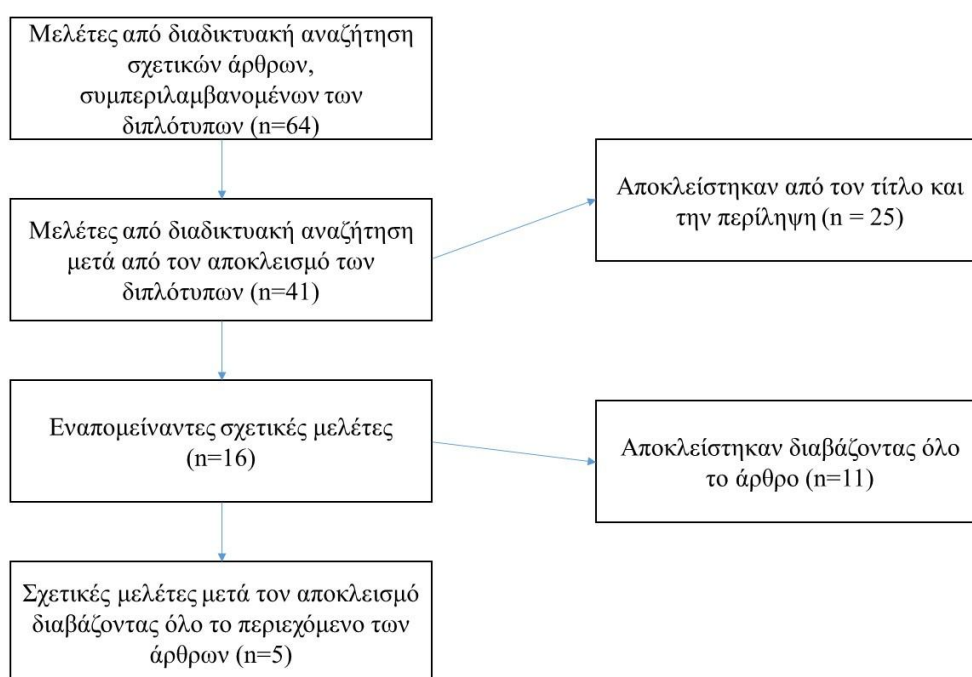
Επιπλέον, η αναζήτηση του υλικού έγινε στις εξής βάσεις δεδομένων: PubMed, Scopus, Science Direct, Google Scholar.

Τα κριτήρια συμπερίληψης για αυτήν την ανασκόπηση είναι τα ακόλουθα :

- Άρθρα γραμμένα στα Αγγλικά.
- Τα άρθρα πρέπει να είναι διαθέσιμα σε πλήρες κείμενο (free full-text).
- Τα άρθρα έχουν δημοσιευτεί κατά την περίοδο 2015-2021.

Αξίζει να σημειωθεί, ότι δεν ελήφθησαν υπόψη περιορισμοί, όπως εθνικότητα, χώρα ή περιοδικό. Χρησιμοποιώντας αυτά τα κριτήρια, εξετάστηκαν οι τίτλοι και οι περιλήψεις των ανακτημένων άρθρων. Μετά από αυτήν την αρχική προβολή, διαβάστηκαν τα σχετικά πλήρη κείμενα και συλλέχθηκαν αυτά που πληρούσαν τα κριτήρια συμπερίληψης.

Οι μελέτες που τελικώς επιλέχθηκαν, ελέγχθηκαν από πλευράς πληροφοριών καθώς έπρεπε να σχετίζονται με το αρχικό θέμα που ήταν η τέχνη της επικοινωνίας στην ολιστική φροντίδα υγείας ή στον τομέα της υγείας. Υπήρχαν αρκετές έρευνες επί του θέματος (αποκλεισμένες) αλλά δεν προσέγγιζαν το θέμα ολοκληρωτικά. Μετά τη συστηματική αναζήτηση σε βάσεις δεδομένων, ανακτήθηκαν συνολικά 64 άρθρα, συμπεριλαμβανομένων των διπλότυπων. Μετά την αφαίρεση των διπλότυπων (n = 41), επιλέχθηκαν 25 άρθρα για εκτενή έλεγχο. Από αυτά, 9 άρθρα εξαιρέθηκαν ως άσχετα με το θέμα. Τα υπόλοιπα 16 άρθρα πλήρους κειμένου εξετάστηκαν περαιτέρω. Τέλος, 5 άρθρα συμπεριλήφθηκαν στη συστηματική ανασκόπηση.



Εικόνα 1 : Διάγραμμα ροής PRISMA της μεθόδου επιλογής

Κεφάλαιο 2^ο : Οι παράγοντες επικοινωνίας στην ολιστική εξανθρωπισμένη νοσηλευτική φροντίδα

Το συγκεκριμένο άρθρο έχει δημοσιευθεί από τους Kheokao, Krirkgulthorn, Umereweneza και Seetangkham το 2019. Ο στόχος της συγκεκριμένης ολοκληρωμένης ανασκόπησης ήταν να εντοπίσει τους παράγοντες που χαρακτήρισαν την εξανθρωπισμένη νοσηλευτική φροντίδα στη νοσηλευτική πρακτική και να προτείνει ένα ολιστικό μοντέλο εξανθρωπισμένης φροντίδας για τη νοσηλευτική εκπαίδευση.

2.1 Εισαγωγή

Η νοσηλευτική είναι ένα από τα βασικά επαγγέλματα που εστιάζει στην εξυπηρέτηση των αναγκών του ανθρώπου ως βιοψυχοκοινωνικού και πνευματικού όντος που απαιτεί όχι μόνο σύνθεση επιστημονικής και κλινικής γνώσης αλλά και διαπροσωπικές, πνευματικές και τεχνικές ικανότητες και δεξιότητες. Η νοσηλευτική περιλαμβάνει τη συναναστροφή με ανθρώπους στις πιο δύσκολες στιγμές της ζωής των ασθενών, σωματικά ή ψυχολογικά θέματα. Το είδος της φροντίδας που δίνουν οι νοσηλευτές είναι η ανθρωποποιημένη φροντίδα που γίνεται αντιληπτή τόσο από τους νοσηλευτές όσο και από τους ασθενείς ως ένα είδος άνευ όρων ανθρώπινης φροντίδας από πλευράς ανθρωπιάς, αφού η κουλτούρα της φροντίδας είναι μια κουλτούρα θεραπείας. Η ικανότητα διαπροσωπικής επικοινωνίας είναι ένας κρίσιμος παράγοντας διευκόλυνσης που επιτρέπει στους νοσηλευτές να εκφράσουν την εξανθρωπισμένη νοσηλευτική τους φροντίδα μέσω της ευγένειας και της ειλικρίνειας, με την απαραίτητη εμπιστευτικότητα στους ασθενείς και τα μέλη της οικογένειας τους (Kheokao et al., 2019).

Ως ενστικτώδες συναίσθημα που έχουν όλοι οι άνθρωποι, ο εξανθρωπισμός ορίζεται ως η πράξη ή το αποτέλεσμα του εξανθρωπισμού. Η έννοια της εξανθρωπισμένης φροντίδας έχει γίνει ουσιαστική όχι μόνο στη νοσηλευτική πρακτική αλλά και στη διαδικασία διδασκαλίας-μάθησης της νοσηλευτικής εκπαίδευσης για την ανάπτυξη μιας βιώσιμης κοινωνίας στον 21ο αιώνα. Η εννοιακή κατανόηση της εξανθρωπισμένης φροντίδας, όπως η θεωρία και το νόημα της βοηθά το νοσηλευτικό

προσωπικό να υιοθετήσει ανθρωπιστικές πρακτικές όταν φτάσει σε ένα επαγγελματικό επίπεδο. Το επιτυχές αποτέλεσμα της εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας για κάθε ασθενή δεν βασίζεται μόνο στις φυσικές ικανότητες των νοσηλευτών, αλλά και στην εκπαίδευση και την εμπειρία του. Οι διαφορετικές διαστάσεις της εξανθρωπισμένης φροντίδας αντιμετωπίστηκαν σε διαφορετικές καταστάσεις ή περιστάσεις (Kheokao et al., 2019).

Η ανάπτυξη της τεκμηριωμένης πρακτικής στην ενσωμάτωση της εξανθρωπισμένης νοσηλευτικής φροντίδας για ατομικό, οικογενειακό και ομαδικό επίπεδο είναι μια τρέχουσα σημαντική πρόκληση στους τομείς της νοσηλευτικής πρακτικής και της νοσηλευτικής εκπαίδευσης. Αφορά επίσης τα ιδρύματα υγείας γιατί, παρά τις προσπάθειες διασφάλισης του με τα άτομα που νοσηλεύονται, τα παράπονα είναι συχνά λόγω ελαττωμάτων στη φροντίδα, απανθρωπιστικών συνθηκών και κακής επικοινωνίας. Η ενασχόληση με την εξανθρωπισμένη φροντίδα και η επικοινωνία της εξανθρωπισμένης νοσηλευτικής φροντίδας στους ασθενείς καθιερώνουν τη συνάφεια της ερευνητικής μελέτης, όπου στοχεύει στην κατανόηση της σημασίας της στην εμπειρία των συμμετεχόντων, ιδίως υπό το πρίσμα των «εξανθρωπισμένων» χαρακτηριστικών λόγω της σημασίας που αντιπροσωπεύει για τη νοσηλευτική. Επιτυγχάνοντας την κατανόηση της, η πρακτική της εξανθρωπισμένης νοσηλευτικής φροντίδας γίνεται πραγματικότητα (Kheokao et al., 2019).

Με την πρόοδο της τεχνολογίας των πληροφοριών, η βιβλιογραφία σχετικά με την εξανθρωπισμένη φροντίδα αυξήθηκε σημαντικά και ήταν προσβάσιμη μέσω μεγάλων βάσεων δεδομένων. Ωστόσο, οι παράγοντες που χαρακτηρίζουν την εξανθρωπισμένη νοσηλευτική φροντίδα στη νοσηλευτική πρακτική δεν προσδιορίζονται με σαφήνεια, καθώς αυτοί οι παράγοντες σχηματίζουν ευχάριστα μηνύματα και αναμένεται να έχουν αμοιβαία επίδραση στην αντίληψη ασθενών και νοσηλευτών που καθορίζουν την ποιότητα της νοσηλευτικής επικοινωνίας και της παροχής φροντίδας. Οι μεταβλητές που προσδιορίστηκαν θα μπορούσαν να αποτελούν βασικά δεδομένα για τη μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών και τη δημιουργία ενός εξανθρωπισμένου μοντέλου φροντίδας για τη νοσηλευτική εκπαίδευση. Ως εκ τούτου, δύο κύριοι στόχοι θα εξεταστούν στην συγκεκριμένη μελέτη όπου είναι ο προσδιορισμός των πρακτικών της εξανθρωπισμένης επικοινωνίας στην ολιστική νοσηλευτική φροντίδα για τον ασθενή, την οικογένεια και τη συμμετοχή της κοινότητας και η πρόταση

παραγόντων σε ένα θεωρητικό μοντέλο της ολιστικής εξανθρωπισμένης νοσηλευτικής φροντίδας για τη νοσηλευτική εκπαίδευση (Kheokao et al., 2019).

2.2 Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Η έννοια της ανθρωποποιημένης νοσηλευτικής φροντίδας σε όψεις ατομοκεντρικών, οικογενειακοκεντρικών, κοινοτοποκεντρικών και επικοινωνιακών στοιχείων περιγράφεται ως εξής (Kheokao et al., 2019) :

- Ατομοκεντρική εξανθρωπισμένη νοσηλευτική φροντίδα : Κάθε ασθενής είναι μοναδικός και έχει να κάνει το/προσωπικό του ταξίδι στη ζωή. Η ανθρωποκεντρική φροντίδα αναγνωρίζει τις ατομικές διαφορές, την αντίληψη της ασθένειας, τη στάση και την αντιμετώπιση. Κατά την αντιμετώπιση κάθε είδους πάθησης, ιδιαίτερα χρόνιων παθήσεων όπως διαβήτης, υπέρταση, καρκίνος, κίρρωση του ήπατος, οι νοσηλευτές πρέπει να αναγνωρίζουν ότι πρόκειται για ανθρώπινα όντα που έχουν μοναδικά χαρακτηριστικά. Παρά τις κλινικές διαφορές μεταξύ αυτών των χρόνιων παθήσεων, κάθε ασθένεια αντιμετωπίζει τους ασθενείς και τις οικογένειες τους με το ίδιο φάσμα αναγκών, ωστόσο, τα αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι οι αλλαγές στην οργάνωση και την παροχή φροντίδας μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα της περίθαλψης και ορισμένα αποτελέσματα χρόνιων νόσων. Η ικανοποίηση των ασθενών σχετικά με την εξανθρωπισμένη νοσηλευτική φροντίδα είναι ένας σημαντικός δείκτης της ποιότητας της φροντίδας και της ποιότητας ζωής του ασθενούς.
- Οικογενεοκεντρική εξανθρωπισμένη νοσηλευτική φροντίδα : Για την αποτελεσματική πρακτική της εξανθρωπισμένης νοσηλευτικής φροντίδας με επίκεντρο την οικογένεια στην αντιμετώπιση χρόνιων ασθενειών απαιτεί από τους νοσηλευτές να στραφούν από μια επαγγελματικά επικεντρωμένη άποψη της υγειονομικής περίθαλψης σε ένα μοντέλο συνεργασίας που αναγνωρίζει τις οικογένειες ως επίκεντρο στη ζωή ενός ασθενούς και τις αξίες και τις προτεραιότητές τους ως βασικά στοιχεία του προγράμματος περίθαλψης. Οι νοσηλευτικές στρατηγικές για την προώθηση του ρόλου της οικογένειας ως

πρωταρχικού φροντιστή για τον ασθενή τους περιλαμβάνουν την αναγνώριση και την αποδοχή διαφορετικών μορφών αντιμετώπισης μιας οικογένειας. Τα μέλη της οικογένειας θα πρέπει να περιλαμβάνονται στον σχεδιασμό, την υλοποίηση και την αξιολόγηση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Η καλή επικοινωνία μεταξύ των οικογενειών και των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης είναι κεντρικής σημασίας για την ποιοτική φροντίδα, παρέχοντας πολύτιμες πληροφορίες για το ιατρικό ιστορικό και τις προτιμήσεις, αυξάνοντας την οικογενειακή συμμετοχή, ικανοποίηση και μειώνοντας τα παράπονα.

- Κοινοτοκεντρική εξανθρωπισμένη νοσηλευτική φροντίδα : Η κοινοτική συμμετοχή είναι πολύ αναπόσπαστο μέρος της υψηλής ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας, ιδιαίτερα εκείνων που εργάζονται σε μειονεκτούσες περιοχές. Τα θετικά αποτελέσματα για την υγεία μπορούν να επιτευχθούν μόνο με την αντιμετώπιση των παραγόντων που προστατεύουν και δημιουργούν την υγεία και την ευημερία, και πολλά από αυτά είναι σε επίπεδο κοινότητας. Η κοινοτική ζωή, οι κοινωνικές συνδέσεις και η φωνή στις τοπικές αποφάσεις είναι όλοι παράγοντες ζωτικής σημασίας που συμβάλλουν στην υγεία και την ευημερία των ασθενών. Δημιουργούν έλεγχο και ανθεκτικότητα, βοηθούν στην προστασία έναντι των ασθενειών και επηρεάζουν τη συμπεριφορά που σχετίζεται με την υγεία και τη διαχείριση των μακροπρόθεσμων καταστάσεων. Έρευνες έχουν δώσει έμφαση στη νοσηλευτική φροντίδα με επίκεντρο την κοινότητα ως στοιχείο για τη βελτίωση της έκβασης του ασθενούς. Υπάρχουν εδραιωμένοι κοινωνικοί παράγοντες, όπως η έλλειψη χώρων πρασίνου για αναψυχή, η παροχή κακών τροφίμων για την υγεία και η επισφάλεια που αποθαρρύνει τους κοινωνικούς δεσμούς και επιβαρύνει σοβαρά την υγεία των ασθενών.
- Στοιχείο εξανθρωπισμένης επικοινωνίας φροντίδας : Η επικοινωνία περιλαμβάνει την ανταλλαγή μηνυμάτων μεταξύ αποστολέα και παραλήπτη και η ποιότητα της αποτελεσματικής επικοινωνίας στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών έχει μεγάλη επιρροή στα αποτελέσματα των ασθενών είτε σε στρεσογόνες είτε σε μη στρεσογόνες καταστάσεις. Η

επικοινωνία είναι ένα πολύ σημαντικό στοιχείο στην ανθρωπιστική νοσηλευτική φροντίδα, γιατί από τη στιγμή που το μήνυμα φτάσει στο κοινό-στόχο (μεμονωμένοι ασθενείς, οικογένειες και ομάδες), η επίδραση του μηνύματος μπορεί να έχει διαφορετικά αποτελέσματα. Το θετικό αποτέλεσμα οδηγεί σε μακροζωία και καλή υγεία και το αρνητικό αποτέλεσμα οδηγεί σε κακή υγεία και θάνατο. Αυτό που δεν είναι ξεκάθαρα γνωστό και κατανοητό είναι το στοιχείο ή η μεταβλητή των μηνυμάτων.

2.3 Μεθοδολογία έρευνας

Πραγματοποιήθηκε μια ολοκληρωμένη ανασκόπηση, καθοδηγούμενη από τις μεθόδους Cochrane Collaboration για να διασφαλιστούν ολοκληρωμένες μέθοδοι αναζήτησης και συστηματικές προσεγγίσεις για την ανάλυση του υλικού ανασκόπησης. Χρησιμοποιήθηκαν λέξεις-κλειδιά για τον προσδιορισμό των βιβλιογραφιών σε επτά βάσεις δεδομένων [CINAHL, MEDLINE, EMBASE, British Nursing Index (BNI), Chinese Biomedical Database (CBM), China Medical Academic Conference (CMAC) και China Academic Journal (CAJ)]. Για να μεγιστοποιηθεί η ευαισθησία της αναζήτησης, χρησιμοποιήθηκαν τελεστές Boolean για να συνδυάσουν τους όρους («εξανθρωπισμός», «φροντίδα», «επαγγελματίες υγείας»). Διεξήχθησαν τόσο ηλεκτρονικές όσο και χειροκίνητες αναζητήσεις για τον εντοπισμό όλων των δημοσιευμένων ερευνητικών μελετών που εστιάζουν στην ανθρωποποιημένη άποψη και πρακτική περίθαλψης στα επαγγέλματα υγείας. Η αναζήτηση ξεκίνησε τον Αύγουστο του 2017 και ολοκληρώθηκε τον Ιανουάριο του 2018 και περιορίστηκε σε εργασίες που δημοσιεύτηκαν από το 2000 έως το 2018 που εστιάζουν στην εξανθρωπισμένη άποψη και πρακτική περίθαλψης στην υγειονομική περίθαλψη για το άτομο, την οικογένεια και την κοινότητα (Kheokao et al., 2019).

Τα δεδομένα αναλύθηκαν με τη χρήση θεματικής ανάλυσης. Πραγματοποιήθηκε ποιοτική ανάλυση στις διάφορες παρεμβάσεις που αναφέρθηκαν για να περιγραφούν οι τύποι παρεμβάσεων, τα πλαίσια και οι μηχανισμοί αλλαγής. Αυτή η ανάλυση διεξήχθη σε μικρότερες ομάδες της ερευνητικής ομάδας, αλλά εμπλουτίστηκε περαιτέρω μέσω της συζήτησης της διαδικασίας και των αναδυόμενων ευρημάτων μεταξύ όλων των μελών της ομάδας. Τα αποτελέσματα κατατέθηκαν σε πίνακα και

χρησιμοποιήθηκαν για τη δημιουργία συνοπτικών περιγραφών μεταξύ των βασικών χαρακτηριστικών (Kheokao et al., 2019).

Ο αρχικός έλεγχος πραγματοποιήθηκε από έναν ερευνητή και στη συνέχεια ελέγχθηκε από έναν άλλον. Οι διαφωνίες συζητήθηκαν μέχρι την επίτευξη συμφωνίας. Δύο αναθεωρητές επαλήθευσαν τα δεδομένα που εξήχθησαν και έκαναν διορθώσεις όπως ήταν απαραίτητο και συμφώνησαν για την αξιολογούμενη ποιότητα της μελέτης χρησιμοποιώντας τη λίστα ελέγχου Strobe. Και οι τέσσερις ερευνητές συνέβαλαν στη σύνθεση της βιβλιογραφίας (Kheokao et al., 2019).

2.4 Αποτελέσματα και συζήτηση

Έγινε θεματική ανάλυση 25 εργασιών, εκ των οποίων το 68% (17) περιλαμβάνουν ποιοτική έρευνα. Το 24% (6) της ποσοτικής έρευνας και το 8% (2) των ερευνητικών εργασιών μικτής μεθόδου αποδίδει καρποφόρα αποτελέσματα. Έξι συστατικά των μηνυμάτων φροντίδας εντοπίστηκαν για να αποτελέσουν ένα κεντρικό στοιχείο στην επικοινωνία όπου αφορούσαν τα μηνύματα φροντίδας στο θεωρητικό μοντέλο της ολιστικής εξανθρωπισμένης νοσηλευτικής φροντίδας για τη νοσηλευτική εκπαίδευση (Kheokao et al., 2019).

Συνιστώσες επικοινωνιακού μηνύματος στην ολιστική εξανθρωπισμένη νοσηλευτική φροντίδα

Η ανάλυση δεδομένων αποκάλυψε ότι η έννοια της επικοινωνίας ήταν τα κεντρικά στοιχεία μέσω των οποίων τα μηνύματα φροντίδας έφτασαν στο κοινό-στόχο (μεμονωμένος ασθενής, οικογένειες και άλλα ενδιαφερόμενα μέρη). Εντοπίστηκαν έξι ευγενή μηνύματα φροντίδας τα οποία θα μπορούσαν να περιγραφούν περαιτέρω ως εξής (Kheokao et al., 2019) :

- Φροντίδα για την αγάπη
- Φροντίδα με δέσμευση
- Φροντίδα με ενσυναίσθηση και συμπάθεια
- Φροντίδα με συμπόνια
- Φροντίδα με αυτοπεποίθηση και ικανότητα

- Φροντίδα με εμπιστευτικότητα και ιδιωτικότητα

Ένα θεωρητικό εξανθρωπισμένο μοντέλο επικοινωνίας στην ολιστική νοσηλευτική φροντίδα για τη νοσηλευτική εκπαίδευση

Η θεματική ανάλυση των άρθρων αποδίδει τους ολιστικούς παράγοντες στο εξανθρωπισμένο θεωρητικό μοντέλο της νοσηλευτικής φροντίδας που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για τη νοσηλευτική εκπαίδευση. Η κατηγοριοποίηση των εννοιών της ανθρωπιστικής νοσηλευτικής φροντίδας στη νοσηλευτική βιβλιογραφία αποκάλυψε έξι στοιχεία για την επίτευξη υψηλής ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας. Αυτά περιελάμβαναν την αγάπη, την δέσμευση, την ενσυναίσθηση και την συμπάθεια, την συμπόνια, την εμπιστοσύνη/ικανότητα και την εμπιστευτικότητα και την ιδιωτικότητα. Η φροντίδα είναι η πράξη της παροχής άνευ όρων της συνολικής φροντίδας σε ένα εξαρτώμενο άτομο και βοηθά αυτό το άτομο να γίνει ανεξάρτητο το συντομότερο δυνατό. Οι νοσηλευτές παρέχουν πλήρη φροντίδα όχι μόνο στα άτομα αλλά και στις οικογένειες και σε άλλους ενδιαφερόμενους φορείς (Kheokao et al., 2019).

2.5 Οι επιπτώσεις και οι συστάσεις

Τα ευρήματα αποκάλυψαν ότι οι προαναφερθείσες έξι ευγενείς ιδιότητες χρειάζονται για την παροχή ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας σε αυτήν την περίοδο της ψηφιακής εποχής, όπου ισχυρά κύματα αλλαγής έχουν κατακλύσει την ανθρωπότητα. Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση ωθεί πολλούς νοσηλευτές να μετακινηθούν από αγροτικές σε αστικές περιοχές, από φτωχές σε πλούσιες χώρες και σε κάποιο βαθμό να αλλάξουν επαγγέλματα. Ωστόσο, μέλημα του νοσηλευτικού προσωπικού της εξανθρωπισμένης φροντίδας είναι η παροχή υψηλής ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας που μπορεί να εφαρμόζεται σε καθημερινή βάση από τους φοιτητές νοσηλευτικής έως τους επαγγελματίες υγείας. Ομοίως, οι νοσηλευτές μπορούν να ενσωματώσουν τις συγκεκριμένες ιδιότητες στην καθημερινή τους ρουτίνα παρέχοντας νοσηλευτική φροντίδα στους ασθενείς. Αυτές οι ευγενείς ιδιότητες εξανθρωπισμένης φροντίδας μπορούν να ενσωματωθούν στο πρόγραμμα σπουδών της νοσηλευτικής εκπαίδευσης και μπορούν να χρησιμοποιηθούν από εκπαιδευτές

νοσηλευτικής και φοιτητές. Οι εκπαιδευτές νοσηλευτικής μπορούν να τις εφαρμόσουν στη διδασκαλία των φοιτητών νοσηλευτικής με το να γίνουν πρότυπα γι' αυτούς και διδάσκοντας στους φοιτητές της νοσηλευτικής να τις εφαρμόζουν στη νοσηλευτική τους φροντίδα στον κλινικό τομέα. Η κατανόηση των συναισθημάτων των ασθενών, χωρίς καμία προκατάληψη, βρίσκεται στην καρδιά μιας τέτοιας άνευ όρων αγάπης που απαιτείται στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης (Kheokao et al., 2019).

Η ανθρωποποιημένη νοσηλευτική φροντίδα ήταν ανέκαθεν αναπόσπαστο μέρος του νοσηλευτικού επαγγέλματος και γίνεται αντιληπτή από τους ασθενείς και τους νοσηλευτές ως μια κινητήρια δύναμη προς την ανάκαμψη και την εξέλιξη της σταδιοδρομίας. Από τη μια πλευρά, υπάρχει μεγάλη ανάγκη οι νοσηλευτές σήμερα να είναι άριστα εκπαιδευμένοι, καλά μορφωμένοι όπου να παρέχουν την κατάλληλη φροντίδα και να είναι πάνω απ' όλα άνθρωποι. Από την άλλη πλευρά, υπάρχει ανάγκη για τους ασθενείς, τα μέλη της οικογένειας και την κοινότητα να μάθουν πώς να εκφράζουν την ευγνωμοσύνη τους για τη φροντίδα που λαμβάνουν (Kheokao et al., 2019).

2.6 Συμπεράσματα

Η ολιστική εξανθρωπισμένη φροντίδα απαιτεί την πλήρη συμμετοχή των ασθενών, των μελών της οικογένειας τους και των ενδιαφερόμενων μερών στις αντίστοιχες κοινότητες τους. Για να υπάρχει η δυνατότητα να προσφερθεί μια ολιστική εξανθρωπισμένη φροντίδα με την πραγματική της έννοια, οι έξι ευγενείς ιδιότητες που ενσωματώνονται στο προτεινόμενο μοντέλο για τη νοσηλευτική εκπαίδευση θα πρέπει να ληφθούν υπόψη και να ενσωματωθούν στην καθημερινή νοσηλευτική εργασία όπως επίσης θα πρέπει να είναι ένα πακέτο φροντίδας, σε αυτήν την ταχέως μεταβαλλόμενη εποχή. Η καλή επικοινωνία μεταξύ των οικογενειών και των παρόχων φροντίδας είναι βασικής σημασίας για την ποιοτική φροντίδα των ασθενών (Kheokao et al., 2019).

Κεφάλαιο 3ο : Ο ρόλος των επικοινωνιακών δεξιοτήτων στην ολιστική νοσηλευτική

Το συγκεκριμένο άρθρο έχει δημοσιευθεί από την Sharada και τον καθηγητή Kumar Pretti το 2016. Το συγκεκριμένο άρθρο επιχειρεί να επικεντρωθεί στις δεξιότητες επικοινωνίας όπου είναι χρήσιμες στην ολιστική νοσηλευτική. Το κλειδί για την κατανόηση των δεξιοτήτων επικοινωνίας περιλαμβάνει την ιδιαίτερη προσοχή που παρέχεται στις διαφορετικές πτυχές της ολιστικής νοσηλευτικής. Αν και αυτή η προσέγγιση είναι παλιά, εισήχθη στη νοσηλευτική περίθαλψη τη δεκαετία του 1980 με μια ιδέα της θεραπείας ενός ατόμου συνολικά (σώμα, μυαλό και ψυχή). Σε μια προσπάθεια αντιμετώπισης του ρόλου των δεξιοτήτων επικοινωνίας στην ολιστική προσέγγιση, στο συγκεκριμένο άρθρο γίνεται εστίαση στον ορισμό της ολιστικής φροντίδας και των χαρακτηριστικών που εμπλέκονται στην παροχή ολιστικής φροντίδας στους ασθενείς (Sharada & Kumar, 2016).

3.1 Εισαγωγή

Η νοσηλευτική ως επάγγελμα υγειονομικής περίθαλψης εστιάζει στην εξυπηρέτηση των αναγκών του ανθρώπου. Αυτές οι ανάγκες μπορεί να είναι σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και πνευματικές. Στην αρχή η νοσηλευτική φροντίδα παραδίδεται σε ένα φυσιολογικό επίπεδο, αλλά η επέκταση της φροντίδας στο μυαλό και την ψυχή έχει εντοπιστεί σε μεγάλο βαθμό στο σημερινό νοσηλευτικό επάγγελμα. Αυτό έχει τις ρίζες του στις διάφορες θρησκευτικές πρακτικές και φιλοσοφίες. Αυτός ο τύπος προσέγγισης ώθησε τους νοσηλευτές να χρησιμοποιήσουν μια ευρεία ποικιλία δεξιοτήτων επικοινωνίας στη νοσηλευτική. Σκοπός της μελέτης ήταν να εξετάσει το ρόλο των επικοινωνιακών δεξιοτήτων στην ολιστική νοσηλευτική. Για να κατανοηθεί ο ρόλος των επικοινωνιακών δεξιοτήτων είναι απαραίτητο να κατανοηθούν οι εξελίξεις που έχουν σημειωθεί κατά καιρούς. Αυτές οι εξελίξεις αποδίδονται σε πολλούς λόγους όπως η πρόοδος της επιστήμης και της τεχνολογίας στο ιατρικό επάγγελμα και η σημασία του νου και της ψυχής που έχει επίδραση στο σώμα ενός ανθρώπου (Sharada & Kumar, 2016).

Οι διάφορες εξελίξεις απέδειξαν τη μετατροπή της νοσηλευτικής τέχνης σε επάγγελμα. Η επαγγελματική πρακτική απαιτεί όχι μόνο επιστημονικές γνώσεις, αλλά και διαπροσωπικές, πνευματικές και τεχνικές ικανότητες και δεξιότητες. Ερευνητές έχουν τονίσει κατά καιρούς με διαφορετικό τρόπο ότι το νοσηλευτικό προσωπικό απαιτεί να έχει μια σύνθεση γνώσης, κλινικής εργασίας και διαπροσωπικής επικοινωνίας. Σε μια ποιοτική μελέτη η επικοινωνία βρίσκεται ως βασικό στοιχείο της νοσηλευτικής σε όλους τους τομείς δραστηριότητας και σε όλες τις παρεμβάσεις της όπως η πρόληψη, η θεραπεία, η αποκατάσταση, η εκπαίδευση και η προώθηση της υγείας. Η νοσηλευτική διαδικασία εξάλλου ως επιστημονική μέθοδος άσκησης και εφαρμογής, επιτυγχάνεται μέσω του διαλόγου, μέσω του διαπροσωπικού περιβάλλοντος και με συγκεκριμένες δεξιότητες λεκτικής επικοινωνίας (Sharada & Kumar, 2016).

Ως επικοινωνία μπορεί να οριστεί η ανταλλαγή πληροφοριών, σκέψεων και συναισθημάτων μεταξύ των ανθρώπων χρησιμοποιώντας τον λόγο ή άλλα μέσα. Η θεραπευτική πρακτική περιλαμβάνει την προφορική επικοινωνία άλλων ατόμων της υγειονομικής περίθαλψης και των νοσηλευτών αφενός και του ασθενούς ή των συγγενών του. Είναι μια αμφίδρομη διαδικασία, καθώς οι νοσηλευτές βρίσκονται σε συνεχή επαφή με τους ασθενείς και τους συγγενείς τους, είναι απαραίτητο ένας νοσηλευτής να διατηρεί ενδελεχείς επικοινωνιακές επαφές μαζί τους. Ο ασθενής μεταφέρει τους φόβους και τις ανησυχίες του στο νοσηλευτή και αυτός από την πλευρά του βοηθά να αντιμετωπίσει αυτούς τους φόβους και τις ανησυχίες. Ο νοσηλευτής λαμβάνει τις πληροφορίες και με τη σειρά του μεταδίδει άλλες πληροφορίες στον ασθενή με διακριτικότητα και λεπτότητα ως προς τη φύση της νόσου και τον συμβουλεύει σχετικά με τη θεραπεία και ένα πρόγραμμα αποκατάστασης για την προώθηση της υγείας του ασθενούς (Sharada & Kumar, 2016).

Η ανασκόπηση της προηγούμενης σχετικής βιβλιογραφίας αναφέρει ότι η σημασία της καλής επικοινωνίας δεν μπορεί ποτέ να υπερεκτιμηθεί για μια επιτυχημένη επαγγελματική σταδιοδρομία νοσηλευτικής και η ικανότητα επικοινωνίας είναι ένα ουσιαστικό χαρακτηριστικό ενός επαγγελματία νοσηλευτή. Ακολουθώντας μια πορεία δράσης με τις κατάλληλες δεξιότητες επικοινωνίας μπορεί να υπάρξει μια σημαντική επιτυχία για ένα νοσηλευτή (Sharada & Kumar, 2016).

Η ιστορία απέδειξε τη μετατροπή της νοσηλευτικής τέχνης σε επάγγελμα. Κατά τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας έχουν εμφανιστεί νέες εξελίξεις στη νοσηλευτική φροντίδα. Η βιβλιογραφία σχετικά με την νοσηλευτική δίνει διάφορους λόγους για αυτές τις εξελίξεις. Η επίδραση των μεταβαλλόμενων τάσεων στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης έχει αυξήσει τα επαγγελματικά πρότυπα, τα οποία με τη σειρά τους αύξησαν τις ευθύνες. Οι νοσηλευτές αναμένεται να αναγνωρίσουν και να ανταποκριθούν σε μια πληθώρα νέων απαιτήσεων που προκύπτουν από ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο και όλο και πιο περίπλοκο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Τα σημερινά πολιτικοκοινωνικά περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνουν αυξανόμενες αλλαγές προς την ολιστική νοσηλευτική φροντίδα, όπου η θεραπεία ενός ασθενούς περιλαμβάνει τη σωματική, ψυχολογική και πνευματική φροντίδα. Το κλειδί για την κατανόηση των δεξιοτήτων επικοινωνίας περιλαμβάνει απαραίτητα την ιδιαίτερη προσοχή σε διαφορετικές πτυχές της ολιστικής νοσηλευτικής (Sharada & Kumar, 2016).

Οι αρκετές θρησκευτικές πρακτικές και οι φιλοσοφίες έχουν επεκτείνει τη φροντίδα από τη σωματική στην ψυχολογική πλευρά. Η ψυχολογική φροντίδα είναι μια ιδέα για την παροχή συναισθηματικής υποστήριξης είτε για ταχύτερη ανάρρωση είτε για διαχείριση της μακροχρόνιας ασθένειας των ατόμων. Η πνευματική φροντίδα είναι επίσης κατά έναν τρόπο μέρος του ψυχολογικού παραδείγματος που παρέχει ψυχολογική υποστήριξη στους ασθενείς. Αν και αυτή η προοπτική είναι παλιά, εισάγεται στη νοσηλευτική βιβλιογραφία τη δεκαετία του 1980 από τους Rogers, Pares, Newmann και άλλους. Έκτοτε η ψυχοκοινωνική φροντίδα ασκούνταν ταυτόχρονα με αυτή της σωματικής φροντίδας. Πιστεύεται ακράδαντα από πολλούς θεωρητικούς ότι το σώμα, το μυαλό και η ψυχή είναι αλληλένδετα και η υγιής κατάσταση ενός ασθενούς είναι η ισορροπία αυτών των τριών στοιχείων. Υπάρχει μια ιδέα ότι η σωματική ασθένεια θα έχει επίδραση στο μυαλό και το αντίστροφο. Αυτό το παράδειγμα προκάλεσε την «ολιστική προσέγγιση» που προώθησε την έννοια της θεραπείας ενός ασθενούς με την παρακολούθηση των σωματικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και πνευματικών του αναγκών. Αυτή η νέα προοπτική απαιτεί διαφορετικές επικοινωνιακές προσεγγίσεις για τον χειρισμό των ψυχοκοινωνικών και πνευματικών αναγκών των ασθενών (Sharada & Kumar, 2016).

Στην πραγματικότητα, για τους νοσηλευτές οι δεξιότητες επικοινωνίας μπορούν να τεθούν σε εφαρμογή σε οποιοδήποτε πλαίσιο. Η παλιά πρακτική της νοσηλευτικής που ασχολείται κυρίως με την εξυπηρέτηση των σωματικών αναγκών των ασθενών είχε υποστεί μεγάλη αλλαγή για την αντιμετώπιση των ψυχολογικών, πνευματικών και κοινωνικών αναγκών των ασθενών. Αντίθετα, η ολιστική νοσηλευτική φροντίδα περιλαμβάνει τη θεραπεία του μυαλού και της ψυχής των ασθενών. Επίσης, περιλαμβάνει τη σκέψη και την παροχή βοήθειας στους ασθενείς με τις επιπτώσεις της ασθένειας στο σώμα, το μυαλό, τα συναισθήματα, την πνευματικότητα, τη θρησκεία και τις προσωπικές σχέσεις. Για την αντιμετώπιση θεμάτων που σχετίζονται με το σώμα, το μυαλό και την ψυχή τους, οι νοσηλευτές λαμβάνουν συχνά υπόψη τις κοινωνικές και πολιτισμικές διαφορές και προτιμήσεις των ασθενών. Αυτά τα ζητήματα μπορούν να αντιμετωπιστούν και να διαχειριστούν μέσω αποτελεσματικής επικοινωνίας. Εδώ δεν είναι απλώς η χρήση των λέξεων, αλλά η ικανότητα της ανάλυσης, της σχεδίασης παρεμβολών και της ερμηνείας που πρέπει να εδραιωθεί στη διαδικασία της επικοινωνίας ρουτίνας στο νοσοκομειακό περιβάλλον (Sharada & Kumar, 2016).

Η ολιστική φροντίδα περιλαμβάνει την παρέμβαση των νοσηλευτών με άλλα άτομα που ενδιαφέρονται για τη φροντίδα του ασθενούς (άλλους επαγγελματίες υγείας και μέλη κοινωνικά συνδεδεμένα με τους ασθενείς). Η ολιστικότητα είναι κάτι περισσότερο από ορισμένες ενέργειες που εκτελούνται ή λόγια που λέγονται σε έναν ασθενή. Αυτή η διαδικασία απαιτεί έναν συνδυασμό κλινικής εργασίας και διαπροσωπικής επικοινωνίας. Γενικά οι δεξιότητες επικοινωνίας στη νοσηλευτική προορίζονται να δίνουν και να λαμβάνουν πληροφορίες στη διαδικασία της θεραπείας. Όμως η ολιστική που βασίζεται στην επικοινωνιακή προσέγγιση επιβαρύνεται με διαφορετικές επικοινωνιακές στρατηγικές. Οι ασθενείς που πάσχουν από χρόνια ασθένεια, οι ασθενείς σε τελικό στάδιο, οι ψυχιατρικοί ασθενείς και οι συνοδοί τους αξίζουν σεβασμό, φροντίδα και προσοχή μαζί με συμπόνια, ικανότητα, εμπιστοσύνη και δέσμευση. Υπό το φως, η «ολιστική φροντίδα» είναι φορτωμένη με την ικανότητα της ενσυναίσθησης, της συμπάθειας, της ανάλυσης, της εξαγωγής συμπερασμάτων, της διατήρησης επικοινωνίας και ούτω καθεξής. Η λεκτική επικοινωνία συντίθεται με τη χρήση ορισμένων γλωσσικών δεξιοτήτων σε ένα διαπροσωπικό περιβάλλον για την εκτέλεση των παραπάνω παρεμβάσεων για την

παροχή βοήθειας στην υγειονομική περίθαλψη των ασθενών (Sharada & Kumar, 2016).

Η νοσηλευτική βιβλιογραφία υποστηρίζει ορισμένες απόψεις για την αναποτελεσματική επικοινωνία. Η επικοινωνία με τους ασθενείς είναι η πιο σημαντική πτυχή της επαγγελματικής νοσηλευτικής της οποίας η αποτυχία μπορεί να οδηγήσει σε αναποτελεσματικότητα των νοσηλευτών». Η βιβλιογραφία έδειξε ότι η καλή επικοινωνία αυξάνει την ικανοποίηση και την εμπιστοσύνη των ασθενών μεταξύ των νοσηλευτών, των ασθενών και των μελών της οικογένειας και επίσης μειώνει την αρτηριακή πίεση, τον πόνο και το άγχος των ασθενών κατά τη νοσηλεία. Από την άλλη πλευρά, η αποτυχία στην επικοινωνία θα μπορούσε να οδηγήσει σε άγχος, λάθη στη διάγνωση, μείωση της συμμετοχής των ασθενών σε προγράμματα φροντίδας και ανταλλαγή πληροφοριών, κακή έκβαση, ακόμη και θάνατο. Σε μια πρόσφατη μελέτη που έγινε από τους Xie, Ding, Wang, & Liu (2013) αποδείχθηκε ότι τα περισσότερα ιατρικά λάθη δεν προκλήθηκαν λόγω ελαττώματος στις ιατρικές τεχνολογίες ή αμέλειας των παρόχων της υγειονομικής περίθαλψης αλλά σχετίζονταν απόλυτα με την αναποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ ασθενών και νοσηλευτών (Sharada & Kumar, 2016).

3.2 Μεθοδολογία έρευνας, ανάλυση και ευρήματα

Μεθοδολογία

Τόσο η ποιοτική όσο και η ποσοτική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση του ρόλου των επικοινωνιακών δεξιοτήτων στην ολιστική νοσηλευτική. Η ποιοτική προσέγγιση εφαρμόστηκε με συνεντεύξεις και παρατηρήσεις ενώ η ποσοτική προσέγγιση εφαρμόστηκε μέσω του ερωτηματολογίου που μοιράστηκε σε φοιτητές νοσηλευτικής. Οι πληροφορίες σχετικά με την κατανόηση της ολιστικής φροντίδας συλλέχθηκαν από προϋπάρχοντα επιστημονικά άρθρα που χρησιμοποιήθηκαν για να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα. Τα ερευνητικά ερωτήματα χρησιμοποιήθηκαν ως οδηγός στη μελέτη και κύριος στόχος ήταν η εύρεση απαντήσεων στα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης (Sharada & Kumar, 2016).

Ανάλυση

Το ερωτηματολόγιο αναλύθηκε με την χρήση του SPSS ενώ από την άλλη πλευρά οι συνεντεύξεις και οι παρατηρήσεις που έγιναν με διαφορετικές κατηγορίες ατόμων που ασχολούνται με την ερευνητική μελέτη αναλύθηκαν και ερμηνεύθηκαν λεπτομερώς (Sharada & Kumar, 2016).

Ευρήματα

Διαπιστώθηκε και πιστεύεται ότι η ελπίδα και η εμπιστοσύνη είναι τα δύο σημαντικά χαρακτηριστικά της ολιστικής νοσηλευτικής. Αυτά τα χαρακτηριστικά συνδέουν το νοσηλευτή με ένα άλλο άτομο (συνήθως τον ασθενή) σε βαθύ ψυχοκοινωνικό και πνευματικό επίπεδο. Αυτή η προσέγγιση απαιτεί τα εργαλεία ολιστικής επικοινωνίας που δεσμεύουν τους νοσηλευτές να συμπάσχουν και να παρέχουν θεραπευτική φροντίδα σε όλα τα πολιτιστικά, πνευματικά και κοινωνικά τους υπόβαθρα. Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας τεκμηριώνει ότι η μεγάλη δυσαρέσκεια των ασθενών και τα πολλά παράπονα οφείλονται σε διακοπή της επικοινωνίας μεταξύ των νοσηλευτών και των ασθενών. Η πιθανή επικοινωνία μπορεί κάλλιστα να δημιουργηθεί ρυθμίζοντας τα συναισθήματα, τις ιδέες, τις αντιλήψεις και τις προσδοκίες του ασθενούς. Αυτή η μελέτη διερεύνησε την ψυχοκοινωνική φροντίδα και τα πιθανά εμπόδια που συναντώνται κατά τη διάρκεια της νοσηλευτικής φροντίδας. Ο ερευνητής εξέτασε τους τρόπους δημιουργίας ολιστικής επικοινωνίας και τον αντίκτυπο της στην ανάρρωση των ασθενών. Συζητήθηκαν διάφορα θέματα και τέλος αναφέρθηκαν τα οφέλη της αποτελεσματικής ολιστικής επικοινωνίας. Το ερευνητικό άρθρο κατέληξε στο συμπέρασμα πώς να αντιμετωπίζονται οι προκλήσεις της δημιουργίας αποτελεσματικών επικοινωνιακών δεξιοτήτων μεταξύ των φοιτητών νοσηλευτικής (Sharada & Kumar, 2016).

3.3 Συμπεράσματα

Μέχρι στιγμής στις έρευνες γίνεται λόγος για την ολιστική φροντίδα και την σημασία της στη νοσηλευτική. Οι διαφορετικές έννοιες στις οποίες βασίζεται η ολιστική φροντίδα συζητούνται εν συντομία. Όμως, η έννοια της πνευματικής φροντίδας είναι

μια σημαντική προοπτική για πολλούς νοσηλευτές. Οι διαφορετικές πεποιθήσεις, απαιτήσεις και προσδοκίες των ασθενών ξεχωρίζουν με μια σημαντική πρόκληση και ερώτηση για το πώς μπορεί ο νοσηλευτής να αποκτήσει μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση και να είναι καλύτερα εξοπλισμένος για να αντιμετωπίσει έναν ασθενή. Πολλές νοσηλευτικές παρεμβάσεις παρέχουν έναν βαθμό πνευματικής υποστήριξης. Πιστεύεται ότι η ίδια η ουσία της καλής νοσηλείας είναι η παροχή βοήθειας ενός ατόμου να αποκτήσει ή να διατηρήσει την ολότητα σε κάθε διάσταση της ύπαρξής του. Το να αλληλεπιδρά ένας νοσηλευτής με τους ασθενείς, να ακούει τις ανησυχίες τους, να συμπάσχει και να ανταποκρίνεται, είναι θεραπευτικό όταν πρόκειται να καλύψει τις ανάγκες του ανθρώπινου πνεύματος και συγκεκριμένα την ανάγκη για αγάπη, νόημα, σκοπό και ελπίδα. Συχνά οι νοσηλευτές αποτυγχάνουν να αναγνωρίσουν και να τεκμηριώσουν αυτές τις πρακτικές φροντίδας (Sharada & Kumar, 2016).

Έτσι, οι μαθητές θα πρέπει να εκπαιδεύονται ή να διδάσκονται γι' αυτά τα θέματα πραγματοποιώντας μαθήματα κατά τη διάρκεια των σπουδών τους. Υπάρχουν πολλά νοσηλευτικά κείμενα που παρέχουν μια επισκόπηση των θρησκευτικών/πνευματικών απαιτήσεων σχετικά με τις πνευματικές προτιμήσεις στις βασικές αρχές της νοσηλευτικής. Αυτά τα μαθήματα μπορούν να προσαρμοστούν ή να υιοθετηθούν σε εγχειρίδια που θα βοηθήσουν στην ενίσχυση της πολιτιστικής, πνευματικής τους γνώσης. Επιπλέον, θα πρέπει να υπάρχουν κάποιες ασκήσεις βασισμένες σε αυτές τις έννοιες που θα εκπαιδεύουν τους φοιτητές να επικοινωνούν σε διαφορετικά πλαίσια φροντίδας (Sharada & Kumar, 2016).

Τα συγκεκριμένα εγχειρίδια θα πρέπει να είναι μια πηγή για να μάθουν οι φοιτητές νοσηλευτικής τις επικοινωνιακές δεξιότητες που απαιτούνται για το επάγγελμά τους. Οι διάφορες έρευνες που διεξήχθησαν σχετικά με τις δεξιότητες επικοινωνίας για το νοσηλευτικό επάγγελμα ανέφεραν το φάσμα των επικοινωνιακών δεξιοτήτων που είναι διαθέσιμες στους επαγγελματίες υγείας. Οι διαφορετικές μελέτες που διεξήχθησαν από τους Harrison and Hart (2006), Northouse and Northouse (2004) και Robb et al (2004) σε διαφορετικά σημεία αποκαλύπτουν ένα σύνολο ομοιόμορφων σημείων σχετικά με τις δεξιότητες επικοινωνίας της νοσηλευτικής. Οι νοσηλευτές μπορούν να διευκολύνουν την επιτυχημένη και θεραπευτική επαφή με τον ασθενή μέσω της ερώτησης, της ακρόασης, της περίληψης, του προβληματισμού, της

παράφρασης, της εισαγωγής και του κλεισίματος. Σε μια άλλη μελέτη διαπιστώθηκε ότι οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν αυτές τις δεξιότητες σε καθημερινή βάση για να συλλέξουν πληροφορίες, να καθυστερήσουν τους ασθενείς, να διευκολύνουν την κατάσταση τους, να αξιοποιήσουν στάσεις και απόψεις, να ενθαρρύνουν την κριτική σκέψη, να μειώσουν το άγχος, να διευκολύνουν τη σύνδεση με άλλους κλάδους και να προάγουν τη συνέχεια στη φροντίδα των ασθενών (Sharada & Kumar, 2016).

Όλες οι παραπάνω δεξιότητες πρέπει να ενσωματωθούν στους φοιτητές νοσηλευτικής κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης τους. Τα εγχειρίδια θα πρέπει να καλύπτουν αυτές τις δεξιότητες εισάγοντας τις στο περιεχόμενό τους, έτσι ώστε οι φοιτητές να έχουν το βέλτιστο αποτέλεσμα σε αυτές τις δεξιότητες. Η διδασκαλία βάσει δραστηριοτήτων θα πρέπει να πραγματοποιείται έτσι ώστε οι μαθητές να έχουν πρακτική έκθεση στις δεξιότητες. Η διδασκαλία θα πρέπει να είναι η δημιουργία μιας βάσης γνώσεων που θα εξοπλίσει τους νοσηλευτές να κατανοήσουν τις ιδιαίτερες ψυχολογικές, κοινωνικές, πνευματικές και θρησκευτικές ανάγκες των ασθενών. Αυτή η γνώση αποκτάται κυρίως μέσω της παροχής ομαδικών δραστηριοτήτων, ρόλων δραστηριοτήτων σε ζευγάρια, διαλόγου, κλπ (Sharada & Kumar, 2016).

Σε πολλές κοινωνίες ο πολιτισμός και η θρησκεία είναι στενά συνυφασμένες μεταξύ τους. Η εργασιακή γνώση των θρησκειών, ιδιαίτερα των πεποιθήσεών τους σχετικά με θέματα όπως η υγεία και η ασθένεια, ο πόνος και ο θάνατος, είναι πολύ σημαντική για τη νοσηλευτική φροντίδα. Η γνώση εθίμων, τελετών, κανόνων καθαριότητας/υγιεινής και νόμων για τα τρόφιμα έχει πρακτική αξία. Αυτές οι έννοιες θα πρέπει να ενσωματωθούν στα εγχειρίδια φροντίδας που θα ενδυναμώσει με επαρκείς γνώσεις και δεξιότητες επικοινωνίας τους φοιτητές νοσηλευτικής (Sharada & Kumar, 2016).

Τα εργαστήρια είναι επίσης μια σημαντική πηγή για να γίνουν οι φοιτητές νοσηλευτικής ικανοί στην ολιστική φροντίδα. Η εμφάνιση των οπτικών αποσπασμάτων σε εκδηλώσεις που σχετίζονται με την ολιστική φροντίδα τους ευαισθητοποιεί για τέτοιες δραστηριότητες. Ο φοιτητής νοσηλευτικής μπορεί να απεικονίσει τις διάφορες καταστάσεις όπου οι νοσηλευτές αναπτύσσουν συνομιλίες με ασθενείς και τα μέλη της οικογένειάς τους κάτω από διαφορετικά πλαίσια ψυχοπνευματικής φροντίδας. Επίσης, μπορεί να τους προσφερθεί οπτικοακουστικό

υλικό έτσι ώστε να μελετήσουν τις συνομιλίες νοσηλευτών με διαφορετικούς ασθενείς σε διαφορετικές περιστάσεις. Πρέπει μέσω του υλικού που θα τους προσφερθεί να αποκτήσουν μια καλή εμπειρία και είναι πιο αποτελεσματικοί από την προφορική διδασκαλία στις τάξεις (Sharada & Kumar, 2016).

Ακόμη και διάφοροι ιστότοποι που έχουν δημιουργηθεί για ολιστική φροντίδα μπορούν να παραπεμφθούν από τους εκπαιδευτές μέσω των οποίων θα μπορούν οι φοιτητές νοσηλευτικής να έχουν ένα ευρύ φάσμα υλικού στο σχετικό θέμα. Αντί να εμμείνουν σε ένα προκαθορισμένο εγχειρίδιο και σε περιορισμένη διδασκαλία στην τάξη, οι μαθητές μπορούν να ρίξουν μια ματιά σε έναν αριθμό ιστοσελίδων με σκοπό να αντλήσουν περισσότερη γνώση και εμπειρία σχετικά με την ολιστική φροντίδα και τις προσεγγίσεις για την εφαρμογή της. Η παροχή πραγματικών καταστάσεων με τη διεξαγωγή εικονικών παραστάσεων, οι εναλλαγές ρόλων, η πραγματοποίηση συζητήσεων και η διεξαγωγή εργαστηρίων στην τάξη θα έχει μεγαλύτερο αποτέλεσμα στην μάθηση λόγω ότι οι φοιτητές θα αποκτήσουν πρακτική γνώση. Τέλος, προκύπτει το συμπέρασμα ότι η προώθηση της κοινωνικής, θρησκευτικής και πνευματικής ενθάρρυνσης με την καθιέρωση κατάλληλων εκπαιδευτικών συστημάτων διαχείρισης θα παρακινήσει τους νοσηλευτές να παρέχουν ολιστική φροντίδα και τελικά να βελτιώσουν την ποιότητα της φροντίδας τους (Sharada & Kumar, 2016).

Κεφάλαιο 4^ο : Εμπόδια στην επικοινωνία σχετικά με τη συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική με ασθενείς : Μια ποιοτική μελέτη

Το συγκεκριμένο άρθρο έχει δημοσιευθεί από τους Chang, Su, & Mannino το 2019. Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να διερευνήσει τους λόγους για την απροθυμία των νοσηλευτών να επικοινωνήσουν με ασθενείς σχετικά με τη χρήση συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής και να καθορίσει τους τρόπους βελτίωσης αυτής της επικοινωνίας. Πραγματοποιήθηκε μια ποιοτική μελέτη με τη χρήση συνεντεύξεων ομάδων εστίασης με 54 νοσηλευτές που συμμετείχαν σε οκτώ ομάδες εστίασης. Τα δεδομένα της συνέντευξης μεταγράφηκαν κατά λέξη χρησιμοποιώντας ανάλυση πλαισίου. Αυτή η μελέτη παρείχε νέες γνώσεις σχετικά με τα εμπόδια στην επικοινωνία της χρήσης συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής με ασθενείς από τη σκοπιά των νοσηλευτών και βοήθησε στον εντοπισμό των τρόπων βελτίωσης αυτής της επικοινωνίας για την προώθηση της πρακτικής της νοσηλευτικής.

4.1 Εισαγωγή

Η συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική (CAM) αναφέρεται σε πρακτικές, προσεγγίσεις, γνώσεις και πεποιθήσεις που ενσωματώνουν βιολογικά βασισμένες θεραπείες, θεραπείες μυαλού-σώματος, χειριστικές τεχνικές, ενεργειακές θεραπείες και ολόκληρα συστήματα φροντίδας που γενικά δεν θεωρούνται μέρος της συμβατικής ιατρικής. Αυτές οι θεραπείες σπάνια διδάσκονται σε φοιτητές υγειονομικής περίθαλψης στο πανεπιστήμιο και δεν είναι γενικά διαθέσιμες στα νοσοκομεία. Η συχνότητα της χρήσης της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής στον ενήλικο πληθυσμό είναι υψηλός και μελέτες έδειξαν ότι το 86,9% των ανθρώπων έχει χρησιμοποιήσει τουλάχιστον μία μέθοδο. Τα ποσοστά χρήσης τόσο της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής όσο και της συμβατικής ιατρικής στους ασθενείς είναι επίσης ευρέως διαδεδομένα, όπως το 48% για ασθενείς με νόσο του Πάρκινσον και 54,1% για ασθενείς με καρκίνο. Είναι ενδιαφέρον ότι μια μελέτη σε ασθενείς με νευρολογικά προβλήματα διαπίστωσε ότι μόνο το 17,4% παραδέχτηκε

ότι χρησιμοποιήθηκε ένας ή περισσότεροι τύποι της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής (Chang et al., 2019).

Ωστόσο, το πραγματικό ποσοστό χρήσης ήταν 41,6% μετά τις ερωτήσεις παρακολούθησης. Επίσης, μια άλλη μελέτη εξέτασε τα ποσοστά γνωστοποίησης της χρήσης της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής με βιολογική βάση σε συμβατικούς επαγγελματίες υγείας που κυμαίνονται από 7% έως 80% με μέσο ποσοστό γνωστοποίησης 33%. Το ποσοστό γνωστοποίησης είναι ακόμη χαμηλότερο σε χώρες με ιατρική πολυφωνία, η οποία περιλαμβάνει τη συμβατική ιατρική ως κυρίαρχο σύστημα σε συνύπαρξη με την παραδοσιακή ιατρική. Οι λόγοι για την απόκρυψη στοιχείων μεταξύ των ασθενών έχουν αναφερθεί ως μη σχετική με τη συμβατική φροντίδα τους, την αίσθηση ότι τα φυσικά προϊόντα ήταν ασφαλή, την ανεπίσημη συμβουλή από άτομα που είναι επαγγελματίες υγείας, την πεποίθηση ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν είχαν γνώσεις και χρόνο για συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική, την ανησυχία σχετικά με την ανάπτυξη αρνητικών σχέσεων με επαγγελματίες υγείας και τις αρνητικές αντιδράσεις για τους επαγγελματίες υγείας, όπως οι αποδοκιμασίες ενός γιατρού, η αδιαφορία, η ανικανότητα να βοηθήσει ή η έλλειψη γνώσεων πάνω σε συγκεκριμένες ασθένειες (Chang et al., 2019).

Στην πραγματικότητα, ο πιο συνηθισμένος λόγος που αναφέρουν οι ασθενείς είναι ο φόβος μιας αρνητικής αντίδρασης και η έλλειψη γνώσεων από τους επαγγελματίες υγείας τους. Στην Αυστραλία, οι Hall, Brosnan, Frawley, Wardle, Collins & Leach (2018) πήραν συνέντευξη από 19 εγγεγραμμένους νοσηλευτές σχετικά με τον τρόπο επικοινωνίας με ασθενείς σχετικά με την συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική και διαπίστωσαν ότι πολλοί νοσηλευτές επεξεργάστηκαν «τα εμπόδια στην επικοινωνία της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής». Ο ορισμός της επικοινωνίας της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής είναι μια διαδραστική διαδικασία κατά την οποία ο διάλογος ασθενούς-επαγγελματία υγείας περιλαμβάνει τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με τη χρήση της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής του ασθενούς, την αντιμετώπιση των ανησυχιών του ασθενούς, την παροχή αξιόπιστης απάντησης σχετικά με αυτή τη χρήση και την παροχή βοήθειας στους ασθενείς με τις αποφάσεις που πρέπει να ληφθούν σχετικά με την ασφάλεια της χρήσης της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής (Chang et al., 2019).

Μια μελέτη ανασκόπησης που επικεντρώθηκε στις γνώσεις και τις στάσεις των νοσηλευτών σχετικά με τη συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική και την ικανότητα τους να επικοινωνούν σχετικά με τη συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική έδειξε ότι το 66,4% των νοσηλευτών είχε θετική στάση απέναντι στη συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική, το 77,4% δεν είχε πλήρη κατανόηση της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής και το 47,3-67,7% από αυτούς ανέφεραν ότι αισθάνθηκαν κάπως άβολα συζητώντας για την συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική. Το υψηλό ποσοστό μη αποκάλυψης της χρήσης της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής μεταξύ των ασθενών και η διστακτική στάση απέναντι στην επικοινωνία σχετικά με την συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική μεταξύ των νοσηλευτών μπορεί να θέσει τους ασθενείς σε μεγαλύτερο κίνδυνο μιας απειλητικής για τη ζωή αλληλεπίδρασης μεταξύ συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής και συμβατικής ιατρικής ή άλλους κινδύνους, όπως η καθυστέρηση στην αναζήτηση συμβατικής διάγνωσης/φροντίδας, η μη λήψη κατάλληλης θεραπείας ή απλώς η σπατάλη χρημάτων σε αναποτελεσματική συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική κ.λπ (Chang et al., 2019).

Ο κίνδυνος που σχετίζεται με αυτήν τη μη επικοινωνία είναι ότι η ταυτόχρονη χρήση συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής με φαρμακοθεραπεία μπορεί να προκαλέσει ανεπιθύμητη αλληλεπίδραση φαρμάκου-βοτάνου. Μια μελέτη διαπίστωσε ότι το 85,1% όσων χρησιμοποίησαν συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική βιολογικής βάσης (βιταμίνες, ιχνοστοιχεία, συμπληρώματα ή φυτικά συστατικά στοιχεία) διέτρεχαν κάποιο κίνδυνο αλληλεπιδράσεων με συμβατικές θεραπείες (ιντερφερόνη, ακτινοθεραπεία, χημειοθεραπεία, αναστολέας BRAF ή άλλοι αναστολείς κινάσης τυροσίνης και ipilimumab). Τα στοιχεία έχουν δείξει ότι η επικοινωνία ασθενούς-επαγγελματία υγείας σχετικά με τη χρήση της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής σχετίζεται με υψηλότερη ικανοποίηση των ασθενών και χαμηλότερη πιθανή αλληλεπίδραση φαρμάκου-βοτάνου. Ωστόσο, τα εμπόδια των νοσηλευτών στην επικοινωνία με τους ασθενείς τους σχετικά με τη χρήση συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής με ασθενείς σπάνια συζητούνται στη βιβλιογραφία και η βιβλιογραφία είναι ελλιπής ιδιαίτερα για τον τρόπο βελτίωσης αυτού του κενού επικοινωνίας στη φροντίδα (Chang et al., 2019).

Αυτή η μελέτη τείνει να επικεντρωθεί στους λόγους για την απροθυμία των νοσηλευτών να επικοινωνήσουν με τους ασθενείς σχετικά με τη χρήση συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής, τις ανησυχίες τους για την αντιμετώπιση της χρήσης συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής από τους ασθενείς και την εξεύρεση τρόπων βελτίωσης αυτής της επικοινωνίας (Chang et al., 2019).

4.2 Μέθοδοι και Υλικά

Χρησιμοποιήθηκε ένας ποιοτικός σχεδιασμός μελέτης με την χρήση συνεντεύξεων σε ομάδες εστίασης για την κατανόηση των αντιλήψεων, των συναισθημάτων και των σκέψεων των νοσηλευτών με την επικοινωνία με τους ασθενείς σχετικά με τη χρήση συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής. Η ερευνητική τεχνική της ομάδας εστίασης είναι μια αποτελεσματική προσέγγιση που χρησιμοποιείται για τη συλλογή ποιοτικών δεδομένων, ιδιαίτερα για την ενίσχυση της επικοινωνίας σχετικά με ένα συγκεκριμένο θέμα. Αυτή η μελέτη χρησιμοποίησε αυτήν την επίσημη μέθοδο για να διερευνήσει τους λόγους για την απροθυμία των νοσηλευτών να επικοινωνήσουν με ασθενείς σχετικά με τη συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική και να εντοπίσει τρόπους βελτίωσης αυτής της επικοινωνίας (Chang et al., 2019).

Δείγμα και ρύθμιση

Οι συμμετέχοντες λήφθηκαν από διαφορετικά νοσοκομεία στη Νότια Ταϊβάν. Για την διασφάλιση ότι οι ομάδες αποτελούνταν από άτομα ικανά να παρέχουν την υψηλότερη ποιότητα συζήτησης σχετικά με το θέμα που ερευνάται, χρησιμοποιήθηκαν ορισμένα κριτήρια επιλεξιμότητας για τον έλεγχο των συμμετεχόντων όπου ήταν ηλικίας τους που θα έπρεπε να είναι άνω των 20 ετών και να έχουν περισσότερο από ένα χρόνο εργασιακή εμπειρία ως εγγεγραμμένοι νοσηλευτές. Οι συμμετέχοντες διέφεραν ως προς το πεδίο, την επαγγελματική εμπειρία, την ηλικία, την επίσημη θέση και τους τύπους των ιατρικών ιδρυμάτων. Πραγματοποιήθηκαν συνολικά οκτώ ομάδες εστίασης με πέντε έως οκτώ άτομα σε κάθε ομάδα για να ληφθεί επαρκές εύρος και βάθος δεδομένων (Chang et al., 2019).

Όργανα

Ένας οδηγός συνέντευξης αναπτύχθηκε από τους ερευνητές και το περιεχόμενο κάλυψε τις ενότητες της εισαγωγής προκειμένου να εξηγήσει εν συντομία τον σκοπό αυτής της συνέντευξης και το περιβάλλον, την προετοιμασία για συζήτηση γενικών θεμάτων που σχετίζονται με την συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική, μια ενότητα για λεπτομέρειες όπου στόχευε στον εντοπισμό των σημαντικών πληροφοριών σχετικά με τα εμπόδια στη συζήτηση για τη συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική με τους ασθενείς και για τη διερεύνηση αποδεκτών λύσεων για τη γεφύρωση αυτού του χάσματος επικοινωνίας, μια ενότητα βασικού περιεχομένου για τη περαιτέρω διευκόλυνση της εις βάθος συζήτησης για τη διεξοδική διασφάλιση της και την περίληψη έτσι ώστε να δοθεί η ευκαιρία στους συμμετέχοντες να μοιραστούν οποιαδήποτε πληροφορία μπορεί να έχουν ξεχάσει. Αυτό δόμησε τη συνέντευξη γύρω από πολλά εστιακά ερωτήματα και σχεδιάστηκε για να καλύψει τις κύριες πτυχές του ερευνητικού ερωτήματος. Ο οδηγός συνέντευξης εξετάστηκε από μια ομάδα ειδικών όπου αποτελούνταν από 2 έμπειρους ποιοτικούς ερευνητές, δύο καθηγητές που ειδικεύονταν στην συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική και δύο νοσηλευτές (Chang et al., 2019).

Συλλογή δεδομένων

Κατά την αρχική επαφή, οι στόχοι της μελέτης και η προγραμματισμένη χρήση των πληροφοριών εξηγήθηκαν στους συμμετέχοντες που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης και έλαβαν μέρος αφού έδωσαν τη συγκατάθεση τους. Οι ομαδικές συζητήσεις διήρκεσαν περίπου 90–120 λεπτά και διευθύνονταν από έναν συντονιστή. Τα δεδομένα της συνέντευξης συλλέχθηκαν με τρεις τρόπους όπου ήταν η ηχογράφηση, οι σημειώσεις που ελήφθησαν κατά τη διάρκεια και μετά τη συνέντευξη και οι σημειώσεις των παρατηρήσεων που ελήφθησαν από τον παρατηρητή των συνεντεύξεων. Μετά από κάθε ομάδα εστίασης, οι παρατηρητές και ο συντονιστής παρέμειναν στην αίθουσα για 15 έως 20 λεπτά για μια συζήτηση. Η συλλογή δεδομένων τερματίστηκε όταν επιτεύχθηκε ο θεματικός κορεσμός, όπου οι νέες συνεντεύξεις δεν παρήγαγαν νέα σημαντικά θέματα (Chang et al., 2019).

Ανάλυση Δεδομένων

Η αρχική συνέντευξη και οι σημειώσεις μεταγράφηκαν πλήρως. Χρησιμοποιήθηκε η αρχή της ανάλυσης πλαισίου, συμπεριλαμβανομένης της εξοικείωσης (προσδιορισμός ενός θεματικού πλαισίου) και της ευρετηρίασης (διαγράμματα, χαρτογράφηση και ερμηνεία). Δύο ερευνητές ανέλυσαν τα δεδομένα χωριστά και έκαναν συζητήσεις μετά από κάθε βήμα. Στο στάδιο της εξοικείωσης, οι ερευνητές εξέτασαν τα δεδομένα ακούγοντας τα αρχεία και διαβάζοντας τις σημειώσεις παρατήρησης και πολλές φορές και τις συνοπτικές σημειώσεις που γράφτηκαν κατά τη συζήτηση μετά την ομάδα. Το επόμενο στάδιο προσδιορισμού ενός θεματικού πλαισίου περιελάμβανε τη συγγραφή υπομνημάτων στο περιθώριο του κειμένου, όπως σύντομες φράσεις, ιδέες ή έννοιες, που προέκυψαν από τα κείμενα και άρχισαν να σχηματίζουν κατηγορίες. Στη συνέχεια, οι ερευνητές διεξήγαγαν ευρετηρίαση μετατοπίζοντας και διαχειρίζοντας τα δεδομένα από το αρχικό πλαίσιο, συγκρίνοντας και αντιπαραβάλλοντας τις σχετικές πληροφορίες και αναδιοργανώνοντας τις σε έναν θεματικό πίνακα. Το τελικό στάδιο της ανάλυσης ήταν η χαρτογράφηση και η ερμηνεία των κωδικοποιημένων δεδομένων που σχετίζονταν με τον ερευνητικό σκοπό. Η ανάλυση δεδομένων ολοκληρώθηκε όταν δεν εμφανίζονταν νέες πληροφορίες σχετικά με μια κατηγορία και η αφαίρεση νέων δεδομένων από τα παρόντα δεδομένα δεν επηρέασε την ανάλυση (Chang et al., 2019).

4.3 Αποτελέσματα και συζήτηση

Χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

Οι συμμετέχοντες ήταν 54 μέλη νοσηλευτικού προσωπικού που συμμετείχαν στις συνεντεύξεις της ομάδας εστίασης. Υπήρχαν δύο άνδρες και 52 γυναίκες, ηλικίας 22 έως 55 ετών. Οι περισσότεροι από αυτούς ασκούσαν το επάγγελμα (n = 51, 94,4%) στο κλινικό περιβάλλον είτε ως εγγεγραμμένοι νοσηλευτές (n = 44, 86,3%) είτε μη εγγεγραμμένοι νοσηλευτές (n = 7, 13,7%) και εργάζονταν από 2 έως 21 έτη. Οι συμμετέχοντες εργάζονταν σε ένα ευρύ φάσμα κλινικών τομέων, όπως ιατρική/χειρουργική νοσηλευτική (n = 27, 50,0%), κρίσιμες / επείγουσες καταστάσεις περιθάλψεων (n = 14, 25,9%), παιδιατρική ή μαιευτική νοσηλευτική (n = 5, 9,3%), ψυχική νοσηλευτική (n = 3, 5,6%), φροντίδα ηλικιωμένων (n = 2, 3,7%) και άλλες κατηγορίες νοσηλευτικής (n = 3, 5,6%) (Chang et al., 2019).

Εμπόδια στην επικοινωνία σχετικά με την συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική με τους ασθενείς

Οι γνώσεις που προέκυψαν από αυτήν την ποιοτική μελέτη διαπίστωσαν ότι «το πεδίο της νοσηλευτικής πρακτικής σχετικά με την συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική είναι ασαφές», ότι υπάρχει «έλλειψη ικανοτήτων της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής στην επικοινωνία» και ότι υπάρχει «μη υποστηρικτική κουλτούρα στο χώρο εργασίας όσον αφορά την επικοινωνία της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής». Μια προηγούμενη μελέτη βρήκε τα εμπόδια στην επικοινωνία της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής μεταξύ των Αυστραλών νοσηλευτών, συμπεριλαμβανομένου του πλαισίου της επαγγελματικής εργασίας των νοσηλευτών, όπως η ιατρική κυριαρχία και η κουλτούρα στο χώρο εργασίας, η ποικιλία των στάσεων των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, η έλλειψη γνώσης για την συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική και η έλλειψη χρόνου. Αυτά τα εμπόδια είναι παρόμοια με τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης, τα οποία έχουν σημαντικό αντίκτυπο στον τρόπο με τον οποίο οι νοσηλευτές επικοινωνούν με τους ασθενείς σχετικά με τη χρήση της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής. Αν και οι νοσηλευτές σπάνια ξεκινούν συζητήσεις για τη χρήση της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής με ασθενείς, θεώρησαν πολύ έντονα ότι η χρήση της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής θα έπρεπε να επιτηρείται με κάποιο τρόπο (Chang et al., 2019).

Παρά τον αυξανόμενο όγκο αποδείξεων ότι η συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική ανθίζει, οι περισσότεροι νοσηλευτές τείνουν να αγνοούν τη βιβλιογραφία της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής. Οι νοσηλευτές παρουσιάζουν αρκετά κενά όσον αφορά τη γνώση της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής, τη στάση απέναντι στην πρακτική της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής και την επικοινωνιακή συμπεριφορά σχετικά με την συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική, όπου μπορεί να λειτουργήσουν ως εμπόδια στην επικοινωνία σχετικά με την συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική με ασθενείς στην κλινική νοσηλευτική πρακτική. Σε αυτή τη μελέτη, τα σημαντικά εμπόδια περιλαμβάνουν την έλλειψη επίσημων κανόνων και τυποποίησης σχετικά με την συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική στην κλινική πράξη, την απουσία πραγματιστικής ικανότητας

στην επικοινωνία σχετικά με την συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική μεταξύ των νοσηλευτών και την άγνοια των αναγκών των ασθενών, γεγονός που μπορεί να εμποδίσει την επικοινωνία νοσηλευτή-ασθενούς σχετικά με την συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική και μπορεί να επηρεάσει δυσμενώς τη νοσηλευτική φροντίδα και τη διαχείριση της νόσου των ασθενών. Επιπλέον, ότι οι γνώσεις και οι δεξιότητες στην επικοινωνία με ασθενείς που σχετίζονται με την συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική γίνονται όλο και πιο σημαντικές για όλους τους επαγγελματίες υγείας. Δεδομένου του γεγονότος ότι οι νοσηλευτές είναι συχνά το πρώτο σημείο επαφής και φροντίδας για τους ασθενείς για τη μεγαλύτερη περίοδο εντός του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, θα πρέπει να αναλάβουν την πρώτη αξιολόγηση ασθενών που σχετίζεται με τη χρήση συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής (Chang et al., 2019).

Τρόποι βελτίωσης της επικοινωνίας της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής Όπως έχει επισημανθεί ο ρόλος των νοσηλευτών στην πρακτική της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής, είναι να ανταποκρίνονται στις ανάγκες ολόκληρου του ατόμου, να λαμβάνουν υπόψη τις αξίες του κάθε ατόμου, τις πεποιθήσεις για την υγεία και την εμπειρία πάνω σε θέματα υγείας και να ενθαρρύνουν ένα άτομο προς μια ισορροπημένη κατάσταση σώματος, νου, συναισθήματος και πνεύματος φροντίζοντας τον/την με ολιστικό τρόπο και ενσωματώνοντας τις προσεγγίσεις της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής με τις συμβατικές θεραπείες. Η επικοινωνία με ασθενείς σχετικά με τη χρήση συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής αντιπροσωπεύει ένα παράδειγμα προηγμένης νοσηλευτικής πρακτικής, την οποία οι νοσηλευτές πρέπει να τοποθετούν τους ασθενείς στο επίκεντρο της λήψης αποφάσεων για την υγειονομική περίθαλψη, να ακούν τι θέλουν με μια στάση χωρίς κριτική απέναντι στη χρήση συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής, να τους εμπλέκουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων με στοιχεία και να βασίζονται στα ερευνητικά ευρήματα, να αξιολογούν την αποτελεσματικότητα των ολοκληρωμένων προσεγγίσεών τους και, τέλος, βελτιώνουν τη βέλτιστη κατάσταση ευεξίας σώματος-νου-πνεύματος. Τα ευρήματα αυτής της μελέτης προτείνουν τρόπους με τους οποίους οι νοσηλευτές μπορούν να διευκολύνουν την εφαρμογή της επικοινωνίας της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής μέσω εκπαίδευσης, συμβουλευτικής, καθοδήγησης ή άλλων

μορφών παροχής βοήθειας προκειμένου να αξιολογηθεί η βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας των ασθενών (Chang et al., 2019).

4.4 Συμπεράσματα

Αυτή είναι η πρώτη μελέτη που διερευνά τις αντιλήψεις των νοσηλευτών για τα εμπόδια στην επικοινωνία σχετικά με την συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική με τους ασθενείς και για τον προσδιορισμό τρόπων βελτίωσης αυτής της επικοινωνίας. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν τη σημασία της θέσπισης ενός βασισμένου σε στοιχεία εκπαιδευτικού προγράμματος για την συμπληρωματική και εναλλακτική ιατρική για την εκπαίδευση των επαγγελματιών που απαιτείται για την παροχή κατάλληλης επικοινωνίας της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής σε διαφορετικά περιβάλλοντα, τόσο σε προπτυχιακό επίπεδο όσο και στους έμπειρους επαγγελματίες υγείας. Επιπλέον, αυτή η μελέτη προσφέρει επίσης πολλές διδακτικές στρατηγικές, οι οποίες μπορεί να παρέχουν κίνητρο για μελλοντική έρευνα για την αξιολόγηση της απόκτησης δεξιοτήτων από τις αντίστοιχες πρακτικές. Επιπλέον, η καθιέρωση κατευθυντήριων γραμμών κλινικής πρακτικής για τη διευκόλυνση και τη ρύθμιση της χρήσης της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής των ασθενών μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα και την ασφάλεια της υγειονομικής περίθαλψης. Δεδομένης της σημασίας της ασφάλειας των ασθενών, το πρώτο βήμα στην υιοθέτηση της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής θα πρέπει να είναι η αξιολόγηση του τρόπου με τον οποίο χρησιμοποιούνται τα συμβατικά φάρμακα και τα αντίστοιχα της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής από τους ασθενείς, αντί να επιστευθεί η ενσωμάτωση της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής στην κλινική νοσηλευτική πρακτική. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να προσπαθήσουν να αναγνωρίσουν τη χρήση της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής στους ασθενείς και να μάθουν να συζητούν τη χρήση της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής με τους ασθενείς τους (Chang et al., 2019).

Κεφάλαιο 5^ο : Αξιοποίηση της θεραπευτικής επικοινωνίας ως γραφικό στοιχείο για την πνευματική και ενεργειακή φροντίδα : Μια ελπίδα για τη νοσηλευτική πρακτική του 21ου αιώνα

Το συγκεκριμένο άρθρο έχει δημοσιευθεί από τους Vermeir, Vandijck, Degroote, Peleman, Verhaeghe, Mortier, Hallaert, van Daele, Buylaert, & Vogelaers (2015) το 2015. Το συγκεκριμένο άρθρο έχει ως στόχο να αναφερθεί στην αποτελεσματική και αποδοτική επικοινωνία όπου είναι ζωτικής σημασίας στην υγειονομική περίθαλψη. Η γραπτή επικοινωνία παραμένει η πιο διαδεδομένη μορφή επικοινωνίας μεταξύ εξειδικευμένης και πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Στο συγκεκριμένο άρθρο έγινε μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με την ποιότητα της γραπτής επικοινωνίας, τον αντίκτυπο των επικοινωνιακών αναποτελεσματικών και συστάσεων για τη βελτίωση της γραπτής επικοινωνίας στον τομέα της υγείας.

5.1 Εισαγωγή

Στην ιατρική, ένας αυξανόμενος αριθμός ασθενών, ιδίως με χρόνια νόσο ή ασθένεια, απαιτεί θεραπεία από παρόχους υγειονομικής περίθαλψης διαφορετικών ειδικοτήτων. Δύο μεγάλες τάσεις εμφανίζονται όπου η μια είναι αφορά τις διαγνωστικές εργασίες και τις θεραπείες που οργανώνονται όλο και περισσότερο σε εξωτερικά ιατρεία και, η άλλη αφορά ειδικά τη θεραπεία και τη περίθαλψη όπου στρέφονται προς την πρωτοβάθμια περίθαλψη. Και οι δύο τάσεις αυξάνουν την ανάγκη για ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ ειδικών και γενικών ιατρών (GPs) για τη διασφάλιση της συνέχειας της φροντίδας, σε ένα ολοκληρωμένο διατοιχογραφικό μοντέλο. Η πρακτική και η παροχή υγειονομικής περίθαλψης υποστηρίζεται ότι εξαρτώνται θεμελιωδώς και κριτικά από την αποτελεσματική και αποδοτική επικοινωνία. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα για χώρες όπως το Ηνωμένο Βασίλειο, η Δανία και η Ολλανδία, όπου οι γενικοί ιατροί ενεργούν ως υποχρεωτικοί φύλακες και η επικοινωνία προς και από τη δευτεροβάθμια περίθαλψη καθορίζει την ομαλή λειτουργία του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, χώρες ή συστήματα υγειονομικής περίθαλψης χωρίς αυτήν την υποχρεωτική λειτουργία «φύλακα» ενδέχεται να διατρέχουν

μεγαλύτερο κίνδυνο για μη βέλτιστη επικοινωνία μεταξύ των επιπέδων περίθαλψης. Στόχος της παρούσας εργασίας είναι η ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας σχετικά με την ποιότητα, την αποτελεσματικότητα και τον αντίκτυπο της γραπτής επικοινωνίας στην υγειονομική περίθαλψη καθώς και των συστάσεων για βελτίωση (Vermeir et al., 2015).

5.2 Μέθοδοι και αποτελέσματα

Στην συγκεκριμένη περίπτωση χρησιμοποιήθηκαν οι βάσεις δεδομένων PubMed, Web of Science και The Cochrane Library με την χρήση των όρων (MeSH) «επικοινωνία», «πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας», «ασφάλεια ασθενών», «παραπομπή ασθενών» και «συνέχεια φροντίδας ασθενών». Οι όροι MeSH επικυρώθηκαν εσωτερικά από τους συγγραφείς. Τα άρθρα σε αυτήν την ανασκόπηση αφορούσαν την περίοδο πριν από τον Μάρτιο του 2014 και μετά τον Ιανουάριο του 1985, έπρεπε να είναι διαθέσιμα ως πλήρες κείμενα στα αγγλικά και να κατηγοριοποιούνταν ως πρωτότυπες έρευνες, κριτικές, μετα-αναλύσεις ή επιστολές προς τον συντάκτη. Οι τίτλοι και οι περιλήψεις εξετάστηκαν για την επαλήθευση αυτών των κριτηρίων. Σε περίπτωση που το πλήρες κείμενο αποκάλυπτε ότι δεν υπήρχαν όλες οι απαιτήσεις, η εργασία αποκλείονταν. Ένα πλαίσιο με τέσσερις κατηγορίες (τρόποι επικοινωνίας, ελλείψεις στην επικοινωνία, οικονομικές επιπτώσεις των επικοινωνιακών αναποτελεσματικών και των συστάσεων) προκαθορίστηκε. Μια μεμονωμένη εργασία θα μπορούσε να κατηγοριοποιηθεί σε διαφορετικά πεδία. Η ανασκόπηση αναπτύχθηκε περαιτέρω εξετάζοντας κάθε κατηγορία ξεχωριστά και ξαναδιαβάζοντας όλα τα άρθρα που ήταν σχετικά με αυτήν την κατηγορία (Vermeir et al., 2015).

Από το σύνολο των 5013 εγγράφων που επιλέχθηκαν, αφαιρέθηκαν 404 διπλότυπα. Προβλήθηκαν 4609 έγγραφα και παρέμειναν 462 για προβολή πλήρους κειμένου. Τέλος, στην ανασκόπηση συμπεριλήφθηκαν 69 άρθρα. Ο στόχος, το πλαίσιο, η περιγραφή του δείγματος, ο σχεδιασμός, η κάλυψη των κατηγοριών που αναφέρονται στην ανασκόπηση και τα κύρια ευρήματα αυτών των μεμονωμένων μελετών συνοψίστηκαν (Vermeir et al., 2015).

Τρόποι επικοινωνίας

Η βιβλιογραφία αποκάλυψε ότι αν και συνιστάται επικοινωνία πρόσωπο με πρόσωπο, στην πράξη, η γραπτή επικοινωνία παραμένει το πιο συνηθισμένο μέσο επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Επιπλέον, υπάρχει συναίνεση σχετικά με τα ιδιαίτερα πλεονεκτήματα της γραπτής επικοινωνίας έναντι της επικοινωνίας πρόσωπο με πρόσωπο (Vermeir et al., 2015).

Η επικοινωνία πρόσωπο με πρόσωπο είναι απαραίτητη για την συνομιλία μεταξύ 2 ή περισσότερων ατόμων. Στην επικοινωνία πρόσωπο με πρόσωπο, όλα τα εμπλεκόμενα μέρη μπορούν όχι μόνο να ακούσουν τι λέγεται, αλλά μπορούν επίσης να δουν τη γλώσσα του σώματος και τις εκφράσεις του προσώπου ενός ατόμου που παρέχουν βασικές πληροφορίες, ώστε να κατανοήσουν καλύτερα το νόημα πίσω από τις λέξεις. Στο παρελθόν, αυτός ο τύπος επικοινωνίας ήταν δυνατός μόνο αυτοπροσώπως, αλλά καθώς η τεχνολογία προχωρά, υπάρχουν περισσότεροι τρόποι για να πραγματοποιηθούν αυτές οι συνομιλίες πρόσωπο με πρόσωπο. Η τηλεδιάσκεψη είναι επίσης μια μορφή επικοινωνίας πρόσωπο με πρόσωπο, παρόλο που χρησιμοποιεί τεχνολογία για τη σύνδεση των συμμετεχόντων. Αυτές οι μορφές άμεσης επικοινωνίας μπορεί στην πραγματικότητα να έχουν μειωθεί στην εποχή των επικοινωνιών μέσω των ηλεκτρονικών μέσων, ευνοώντας την έμμεση και όχι την άμεση επικοινωνία. Οι επιστολές ηλεκτρονικού ταχυδρομείου που παραδίδονται γρήγορα με επιβεβαίωση ανάγνωσης ενδέχεται να αντιπροσωπεύουν έναν καλό πληρεξούσιο για τηλεφωνικές ή πρόσωπο με πρόσωπο επαφές και έχουν το πλεονέκτημα της ιχνηλασιμότητας και της διαβούλευσης από τρίτους (Vermeir et al., 2015).

Αναποτελεσματικότητα στη γραπτή επικοινωνία

Υπάρχει μεγάλος όγκος βιβλιογραφίας σχετικά με τις αναποτελεσματικότητας στη γραπτή επικοινωνία. Οι συγχρονικές μελέτες, που πραγματοποιήθηκαν σε διαφορετικές χώρες και περιβάλλοντα, δείχνουν μια αδιαμφισβήτητη συμφωνία τόσο στις αντιλήψεις για το ιδανικό περιεχόμενο της γραπτής επικοινωνίας όσο και στις τρέχουσες αναποτελεσματικότητες της. Οι κριτικές ευθυγραμμίζονται με αυτά τα ευρήματα. Αυτή η συνολική συμφωνία επιτρέπει την εξαγωγή συμπερασμάτων για την κλινική πρακτική. Στην συγκεκριμένη περίπτωση, αφενός περιλαμβάνονται

αναφορές για υποκειμενικές απόψεις γιατρών και ειδικών που ορίζουν τι πιστεύουν ότι πρέπει να περιέχουν οι επιστολές, και αφετέρου περιλαμβάνονται αναφορές με εμπειρικά δεδομένα σχετικά με την ανάλυση του περιεχομένου των πραγματικών επιστολών (Vermeir et al., 2015).

Αμοιβαίες αντιλήψεις στον διάλογο ασθενούς, ιατρού και κοινωνίας

Οι γιατροί και οι ειδικοί διαφωνούν για την ποιότητα της αμοιβαίας επικοινωνίας τους. Οι ειδικοί στοχεύουν στις παραπεμπτικές επιστολές των γιατρών λόγω έλλειψης πληροφοριών. Επιπλέον, πιστεύουν ότι οι ιατροί δεν ακολουθούν επαρκώς τις συμβουλές των ειδικών τους. Οι ιατροί με τη σειρά τους αναφέρουν ότι πολλές από τις ερωτήσεις τους δεν απαντώνται επαρκώς από τους ειδικούς. Το τελευταίο ανταποκρίνεται στη γνώμη ειδικού σε μια συγχρονική μελέτη μεταξύ ενός τυχαίου δείγματος 550 γενικών γιατρών και 533 ειδικών που επιλέχθηκαν από το Ολλανδικό Ιατρικό Βιβλίο Διευθύνσεων. Αυτή η μελέτη έδειξε ότι η τηλεφωνική προσβασιμότητα των γενικών ιατρών χαρακτηρίζεται ως κακή από τους ειδικούς (32,8% συμφωνεί με το «Ο γενικός ιατρός είναι εύκολα προσβάσιμος»), ενώ οι γενικοί ιατροί θεωρούν την τηλεφωνική τους προσβασιμότητα ως καλή (85,3% συμφωνεί). Οι ειδικοί δεν σκέφτονται καλά την επιστολή παραπομπής των γιατρών, καθώς μόνο το 29,1% των ειδικών αξιολογεί αυτές τις επιστολές ως καλής ποιότητας (Vermeir et al., 2015).

Επικαιρότητα

Ένας σημαντικός αριθμός μελετών αξιολόγησε την επικαιρότητα της επικοινωνίας, είτε την υποκειμενική αντίληψη είτε τις πραγματικές καθυστερήσεις. Είναι σαφές ότι η επικαιρότητα συμβάλλει σημαντικά στην αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας για όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη. Εκτός από το μη ικανοποιητικό περιεχόμενο της γραπτής επικοινωνίας, η επικαιρότητα είναι ένα άλλο συχνά αναφερόμενο πρόβλημα. Η καθυστέρηση των επιστολών των ειδικών έχει αναγνωριστεί ως ένα σημαντικό παράπονο των ιατρών. Λιγότερο από το ένα τέταρτο πιστεύει ότι οι επιστολές των ειδικών παραδίδονται έγκαιρα (σε σύγκριση με το 61,8% των ειδικών) (Vermeir et al., 2015).

Ως εκ τούτου, οι ασθενείς συχνά επικοινωνούν ή επισκέπτονται τον γιατρό τους πριν λάβουν την επιστολή (16–53%), πράγμα που σημαίνει ότι οι ασθενείς είναι οι πρώτοι που θα ενημερώσουν τον γιατρό για τη νοσηλεία τους. Αυτή η καθυστέρηση μπορεί να έχει πολλαπλές αιτίες και εμφανίζεται σε διαφορετικά στάδια της διαδικασίας αναφοράς όπου ο ειδικός μπορεί να περιμένει πολύ για να συντάξει την επιστολή (είτε υπαγορεύεται είτε έχει εξαχθεί από το ηλεκτρονικό αρχείο του ασθενούς). Η διοικητική εργασία (π.χ. πληκτρολόγηση της επιστολής) και η επαλήθευση (οριστικοποίηση της επιστολής με υπογραφή) μπορούν να συμβάλουν σημαντικά στην τελική καθυστέρηση. Αυτό θα μπορούσε να εξηγήσει τις αντιλήψεις των γενικών γιατρών και των ειδικών σχετικά με την επικαιρότητα. Για παράδειγμα, οι ειδικοί αναφέρουν ότι θα απαντήσουν σε ιατρούς εντός 7 ημερών, ενώ οι γιατροί αναφέρουν ότι έλαβαν απάντηση εντός 7 ημερών μόνο από το 36% των περιπτώσεων. Επιπλέον, 4 εβδομάδες μετά την επίσκεψη, το 25% των ιατρών δεν είχε λάβει ακόμη απάντηση από τον ειδικό (Vermeir et al., 2015).

Οικονομικές επιπτώσεις της αναποτελεσματικότητας της επικοινωνίας

Αν και οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης ξοδεύουν σημαντικό μέρος του χρόνου τους στην επικοινωνία, οι μελέτες που προσπαθούν να ποσοτικοποιήσουν τον οικονομικό αντίκτυπο της αποτελεσματικότητας της επικοινωνίας είναι πολύ σπάνιες. Αυτή η έλλειψη στη βιβλιογραφία προκαλεί ακόμη μεγαλύτερη έκπληξη αν ληφθεί υπόψη ότι η επικοινωνία επηρεάζει την ασφάλεια των ασθενών. Η βιβλιογραφία παρέχει πολυάριθμα παραδείγματα αποτελεσμάτων κακής επικοινωνίας με οικονομικό αντίκτυπο. Πρώτον αυτό το φαινόμενο οδηγεί σε εισαγωγές σε νοσοκομεία που μπορούν να αποφευχθούν και σε επανεισαγωγές. Έχει βρεθεί ότι οι παρεμβάσεις για τη βελτίωση της επικοινωνίας και του συντονισμού μειώνουν τις εισαγωγές στα νοσοκομεία. Άλλες δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης που μπορούν να αποφευχθούν μπορούν να παρατηρηθούν σε περιττές δοκιμές, ακατάλληλες παραπομπές σε φαρμακεία και επαναλαμβανόμενες παραπομπές για προβλήματα που δεν αντιμετωπίστηκαν επαρκώς κατά την πρώτη επίσκεψη. Όμως, και αυτό έρχεται πέρα από τον οικονομικό αντίκτυπο, αφού η ασφάλεια των ασθενών μπορεί να επηρεαστεί από την κακή επικοινωνία (Vermeir et al., 2015).

Συστάσεις για τη βελτίωση της γραπτής επικοινωνίας

Μια καλά υποστηριζόμενη σύσταση είναι η χρήση δομημένων επιστολών παραπομπής και απάντησης. Οι απαντητικές επιστολές θα μπορούσαν, για παράδειγμα, να περιέχουν μια λίστα προβλημάτων και μια λίστα διαχείρισης. Οι δομημένες επιστολές δεν χρειάζονται πλέον την ανάγνωση και τη βελτίωση της κατανόησης. Η χρήση προτύπου οδηγεί σε υψηλότερη ποιότητα και μειωμένο μήκος ενός κειμένου μιας επιστολής. Οι δομημένες επιστολές προτιμώνται από τους ιατρούς, αλλά μόνο λίγοι ειδικοί συντάσσουν δομημένες επιστολές. Οι ιατροί μπορούν να επηρεάσουν εν μέρει αυτήν την διαδικασία υποβάλλοντας συγκεκριμένα αιτήματα στην επιστολή παραπομπής τους, τα οποία στη συνέχεια θα μπορούσαν να επαναληφθούν στην απαντητική επιστολή, ακολουθούμενη από συγκεκριμένες απαντήσεις. Αυτή η στρατηγική μπορεί να διευκολυνθεί με τη χρήση τεχνολογίας πληροφοριών υγείας, όπως τα ηλεκτρονικά αρχεία των ασθενών. Ωστόσο, αυτή η μέθοδος μπορεί ακόμα να γίνει πιο τυποποιημένη και πιθανώς και φιλική προς τον χρήστη με τη χρήση δομημένων αντί πεδίων ελεύθερου κειμένου (Vermeir et al., 2015).

Πρόγραμμα Σπουδών – ανατροφοδότηση

Μια άλλη στρατηγική είναι η χρήση διαφορετικών μορφών ανατροφοδότησης. Πρώτα απ' όλα, οι ειδικοί μπορούν να παρέχουν σχόλια σχετικά με τις επιστολές παραπομπής. Αυτό βελτιώνει την ποιότητα των επιστολών παραπομπής και μπορεί να κάνει τις παραπομπές πιο εστιασμένες. Φυσικά, οι ιατροί μπορούν επίσης να παρέχουν ανατροφοδότηση σε ειδικούς. Η αξιολόγηση από ομοτίμους μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την ποιότητα της γραπτής επικοινωνίας μεταξύ των δύο μερών. Για τη διευκόλυνση της ανατροφοδότησης ή της αξιολόγησης από ομοτίμους, θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν ειδικά εργαλεία. Η ανατροφοδότηση μπορεί επίσης να εισαχθεί νωρίτερα, συγκεκριμένα στο πρόγραμμα σπουδών των φοιτητών της ιατρικής. Μέχρι τώρα, η γραπτή επικοινωνία σπάνια εξετάζεται στα μαθήματα επικοινωνίας. Οι εκπαιδευτικές συνεδρίες απέδειξαν ότι αυξάνουν τις γνώσεις σχετικά με τη γραπτή επικοινωνία στην υγειονομική περίθαλψη, αλλά δεν θα πρέπει να περιορίζονται στην γνώση αλλά θα πρέπει εξίσου να επικεντρώνονται στην πράξη. Οι στρατηγικές βελτίωσης που περιγράφονται παραπάνω (ανατροφοδότηση,

αξιολόγηση από ομοτίμους, κλπ) θα μπορούσαν επίσης να χρησιμοποιηθούν κατά τη διάρκεια μαθημάτων γραπτής επικοινωνίας (Vermeir et al., 2015).

Αλλαγή διαδικασιών

Η σαφής γραπτή επικοινωνία μεταξύ ειδικών και γενικών ιατρών έχει μεγάλη σημασία. Η αλλαγή της κλινικής πρακτικής είναι δύσκολη και ως εκ τούτου, οι πολύπλευρες και ευρείες παρεμβάσεις μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικές από τις παρεμβάσεις με πολύ συγκεκριμένο αντίκτυπο. Στην ανασκόπηση των ελεγκτικών μελετών στην ψυχική περίθαλψη, προτείνεται ένας συνδυασμός κατευθυντήριων γραμμών, εκπαίδευσης και δομημένης διαδικασίας. Η χρήση επιστολών που δημιουργούνται από υπολογιστή θα μπορούσε επίσης να θεωρηθεί αλλαγή στην προηγούμενη διαδικασία των υπαγορευμένων επιστολών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα υψηλότερο ποσοστό περιλήψεων απαλλαγής που ολοκληρώνονται σε 4 εβδομάδες και επιπλέον, μειώνει την ποσότητα των βασικών ειδών που παραλείπονται. Και για τους ιατρούς, τα ηλεκτρονικά συστήματα παραπομπής θα μπορούσαν να μειώσουν το διοικητικό τους έργο και θα μπορούσαν πιθανώς να προσφέρουν όφελος στην πιο έγκαιρη επικοινωνία. Τέτοια εργαλεία θα μπορούσαν επίσης να περιέχουν ένα φαρμακευτικό σύστημα υποστήριξης αποφάσεων που θα μπορούσε να μειώσει τα λάθη στους καταλόγους φαρμάκων. Για τις υπαγορευμένες επιστολές, μια φαινομενικά αυτονόητη σύσταση είναι να διαβάζονται και να υπογράφονται πάντα όταν είναι έτοιμα, για να αποφεύγονται τα ακούσια λάθη (Vermeir et al., 2015).

Μια πρόταση για τη μερική επίλυση του προβλήματος της επικαιρότητας είναι να δώσει ο επαγγελματίας υγείας την επιστολή στον ασθενή (ή να του δώσει ένα αντίγραφο). Ως εκ τούτου, οι επιστολές θα μπορούσαν μερικές φορές να φτάσουν νωρίτερα στον παραλήπτη. Οι επιστολές εξιτηρίου θα μπορούσαν, για παράδειγμα, να συνδυαστούν με ένα έντυπο συνταγής για φαρμακευτική αγωγή κατ' οίκον. Μια άλλη δυνατότητα είναι ο διαμοιρασμών των ιατρικών σημειώσεων με ασθενείς, κάτι που επιτρέπει στους ασθενείς να αναθεωρούν τις απόψεις τους για την ασθένεια που κατέχουν. Αυτή η αλλαγή, ωστόσο, δεν θα πρέπει να εφαρμόζεται χωρίς κανένα περιορισμό, διότι μπορεί να οδηγήσει σε παραλείψεις των πληροφοριών από τους ειδικούς στην επιστολή προκειμένου να μην κάνουν να νιώσει άβολα ο ασθενής. Η ηλεκτρονική επικοινωνία συχνά χρειάζεται, ελλείψει της άμεσης τηλεφωνικής

επικοινωνίας, ένα σύστημα ειδοποίησης, που εγγυάται τη λήψη και καθιστά πιο πιθανή την κατάλληλη ενέργεια από τον δέκτη. Η βελτίωση της αλληλεπίδρασης θα οδηγήσει σε καλύτερα αποτελέσματα, όπως καλύτερα αποτελέσματα ασθενών, καλύτερη διαχείριση και τυποποίηση των διαδικασιών εργασίας (Vermeir et al., 2015).

Πλεονεκτήματα και περιορισμοί αυτής της αναθεώρησης

Στο συγκεκριμένο άρθρο έχει γίνει μια ολοκληρωμένη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για τη γραπτή επικοινωνία στην υγειονομική περίθαλψη, παρέχοντας μια πολυδιάστατη επισκόπηση αυτού του σημαντικού θέματος. Κατά τη διάρκεια της αναζήτησης αυτής της ανασκόπησης, εξετάστηκε ένας τεράστιος όγκος της βιβλιογραφίας (πάνω από 4500 άρθρα) σε συγκεκριμένες βάσεις δεδομένων. Τέλος, προτάθηκαν και εξηγήθηκαν σαφείς και συγκεκριμένες ιδέες για βελτίωση (Vermeir et al., 2015).

5.3 Συμπεράσματα

Τα τελευταία χρόνια, σε πολλές χώρες, η υγειονομική περίθαλψη βιώνει μια στροφή προς την πρωτοβάθμια περίθαλψη, κυρίως λόγω του αυξανόμενου αριθμού των χρόνιων ασθενών. Ταυτόχρονα, η υγειονομική περίθαλψη εξειδικεύεται ολοένα και περισσότερο και ως εκ τούτου, η επικοινωνία μεταξύ εξειδικευμένης και πρωτοβάθμιας περίθαλψης είναι πρωταρχικής σημασίας. Η κακή επικοινωνία μπορεί πράγματι να οδηγήσει σε διάφορα αρνητικά αποτελέσματα δηλαδή στην ασυνέχεια της περίθαλψης, στον συμβιβασμό της ασφάλειας των ασθενών, στην αναποτελεσματική χρήση των πολύτιμων πόρων, στην δυσαρέσκεια των ασθενών και στους καταπονημένους γιατρούς και τις οικονομικές συνέπειες. Καθώς η γραπτή επικοινωνία εξακολουθεί να είναι η πιο χρησιμοποιούμενη μορφή επικοινωνίας μεταξύ εξειδικευμένης και πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αυτή η ανασκόπηση μπορεί να αποτελέσει καθοδήγηση για βελτιώσεις σε αυτόν τον τομέα (Vermeir et al., 2015).

Υπάρχει σαφής ανάγκη για μια δομημένη προσέγγιση, η οποία θα αφορά τόσο το περιεχόμενο (διασφάλιση των απαιτούμενων στοιχείων, την αντιμετώπιση

ερωτήσεων, θέματα διάγνωσης και διαχείρισης) όσο και την επικαιρότητα. Αυτή η δομημένη προσέγγιση περιλαμβάνει επίσης σαφή οριοθέτηση της διαδικασίας επικοινωνίας. Απαιτείται αξιολόγηση από ομοτίμους για την αξιολόγηση των δεικτών ποιότητας από αυτή την άποψη σε κάθε συγκεκριμένη συνιστώσα της διαδικασίας φροντίδας. Απαιτούνται δείκτες διαδικασίας και εργαλεία παρακολούθησης για τη μέτρηση του αντίκτυπου των πρωτοβουλιών της βελτίωσης της ποιότητας, σύμφωνα με την αρχή SMART (συγκεκριμένη, μετρήσιμη, εφικτή, ρεαλιστική, σχετική με το χρόνο). Τέλος, η επικοινωνία μεταξύ των νοσηλευτών καθώς και η σημασία και η ποιότητα, θα πρέπει να είναι πιο εμφανή, για να χαρακτηί ως ουσιαστική ικανότητα και ποιοτικό χαρακτηριστικό κάθε νοσηλευτή (Vermeir et al., 2015).

Κεφάλαιο 6^ο : Οι καλύτερες στρατηγικές για την βελτίωση της επικοινωνίας στην υγειονομική περίθαλψη

Το συγκεκριμένο άρθρο έχει δημοσιευθεί από τον Rosenstein το 2015. Το συγκεκριμένο άρθρο έχει ως στόχο να αναφέρει ότι τα τελευταία χρόνια, η μεταρρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης έχει εισαγάγει μια σειρά από νέες πρωτοβουλίες που έχουν προσθέσει νέες πολυπλοκότητες και ευθύνες για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης. Η νέα εστίαση στην «φροντίδα με βάση την αξία» έχει προσθέσει μια σειρά από αναδιαρθρωμένα οικονομικά κίνητρα που είτε επιβραβεύουν είτε τιμωρούν τους παρόχους με βάση τις ικανότητες τους να τεκμηριώνουν την παροχή κατάλληλης, αποτελεσματικής, ασφαλούς, υψηλής ποιότητας και ικανοποιητικής φροντίδας για τον ασθενή σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών. Υπάρχει επίσης μια εντολή που απαιτεί την ουσιαστική χρήση των ηλεκτρονικών ιατρικών αρχείων. Ο κλάδος της υγειονομικής περίθαλψης έχει χρησιμοποιήσει την τεχνολογία σε μια προσπάθεια να βελτιώσει την πρόσβαση, την ανάλυση και τη διάδοση των ιατρικών πληροφοριών όπου αυτό είχε τόσο θετικές όσο και αρνητικές συνέπειες.

6.1 Εισαγωγή

Οι γιατροί έχουν την τελική ευθύνη για την κατεύθυνση και τη διαχείριση της φροντίδας των ασθενών. Για να συμβεί αυτό πρέπει να υπάρχει καλή επικοινωνία μεταξύ ιατρών και άλλων θεραπόντων ιατρών (Σύμβουλοι, Νοσηλευτές, Εντατικολόγοι, κλπ), καλή επικοινωνία μεταξύ ιατρών και κλινικού προσωπικού (Νοσηλευτικής, Φαρμακείου, Διαχείρισης Περιπτώσεων, Κοινωνικών Υπηρεσιών Υπηρεσίες και άλλους τομείς) και καλή επικοινωνία μεταξύ γιατρών, ασθενών και των οικογενειών τους. Η καλή επικοινωνία με άλλους γιατρούς ενθαρρύνει μια πιο εστιασμένη συνεπή προσέγγιση στη συνολική διαχείριση του ασθενούς (Rosenstein, 2015).

Η καλή επικοινωνία με το προσωπικό προωθεί την καλύτερη ροή της διαδικασίας και τον συντονισμό της φροντίδας. Η καλή επικοινωνία με τους ασθενείς και τις οικογένειες τους βελτιώνει τη συνολική κατανόησή τους, βοηθά στη διαμόρφωση των προσδοκιών και προωθεί τη συμμόρφωση των ασθενών. Δυστυχώς, πολλοί γιατροί

δεν είναι οι καλύτεροι φορείς επικοινωνίας. Διδάσκοντας στους γιατρούς πώς να είναι πιο ευαίσθητοι στις ανάγκες και τις αξίες των άλλων (συναισθηματική νοημοσύνη) και πώς να αναπτύξουν βασικές επικοινωνιακές δεξιότητες που τονίζουν τη σημασία της ακρόασης και της σύνδεσης με τα άτομα κατά τη διάρκεια των συζητήσεων τους έτσι ώστε να βελτιώσουν τις εργασιακές σχέσεις τους. Οι βελτιωμένες σχέσεις θα βελτιώσουν την κατανόηση, τον συντονισμό φροντίδας και τη συμμόρφωση. Η βελτιωμένη συμμόρφωση θα βελτιώσει τα κλινικά αποτελέσματα. Τα βελτιωμένα αποτελέσματα θα ενισχύσουν την ικανοποίηση. Η βελτιωμένη ικανοποίηση θα αυξήσει τη δέσμευση (Rosenstein, 2015).

6.2 Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Η διαδικασία της καλής επικοινωνίας από τους γιατρούς, απαιτεί πολλαπλά βήματα που περιλαμβάνει την αντιμετώπιση ενός αριθμού διαφορετικών παραγόντων που επηρεάζουν τις στάσεις και συμπεριφορές των γιατρών πέρα από την απλή παροχή εκπαίδευσης για τη βελτίωση των συνόλων επικοινωνιακών δεξιοτήτων τους. Η διαδικασία ξεκινά ουσιαστικά κατά τη φάση της εκπαίδευσης. Πολλές μελέτες έχουν εξισώσει την εκπαίδευση των ιατρικών σχολών με αυτήν την διαδικασία όπου θα ήταν μια καλή εναλλακτική λύση. Οι γιατροί μπορούν να ξεκινήσουν με χαμηλή αυτοεκτίμηση και να αναπτύξουν την αυτοπεποίθηση τους μέσω έντονης ανεξάρτητης μελέτης. Η εστίαση είναι στην απόκτηση γνώσεων και τεχνικής ικανότητας. Αυτό οδηγεί σε ένα στυλ συμπεριφοράς ελέγχου και διοίκησης που είναι το αντίθετο της αποτελεσματικής επικοινωνίας και της ομαδικής συνεργασίας. Αυτό μπορεί να είναι ένα επιβλητικό εμπόδιο όταν ξεκινήσει η διαδικασία προσέγγισης ενός γιατρού για να είναι πιο ανοιχτοί και δεκτικοί στις νέες τεχνικές επικοινωνίας. Ευτυχώς, πολλές από τις πιο προοδευτικές ιατρικές σχολές βρίσκονται στη διαδικασία επαναξιολόγησης των κριτηρίων επιλογής τους αναζητώντας πιο ολοκληρωμένους φοιτητές (με έμφαση στις κοινωνικές και ανθρωπιστικές επιστήμες και όχι μόνο στα μαθηματικά και τις γενικότερες επιστήμες) και αναθεωρούν το βασικό τους πρόγραμμα σπουδών για να προωθήσουν τη σημασία της ανάπτυξης δεξιοτήτων και κοινωνικών σχέσεων από νωρίς στη διαδικασία κατάρτισης (Rosenstein, 2015).

Το επόμενο βήμα είναι να εντοπιστεί ο κατάλληλος γιατρός για τον οργανισμό. Αναγνωρίζοντας τη σημασία των συνεργασιών της διαχείρισης φροντίδας και της ευθυγράμμισης των ιατρών, πολλοί οργανισμοί αναθεωρούν τη διαδικασία συνεντεύξεων τους για να συμπεριλάβουν μια σειρά ερωτήσεων που αφορούν τις προσδοκίες εργασίας και την ανταπόκριση στις προτεραιότητες του οργανισμού ως τρόπο αξιολόγησης του κατά πόσον ο γιατρός είναι καλός από πολιτισμικής πλευράς. Μετά την πρόσληψη, ο οργανισμός θα πρέπει να παρέχει μια ολοκληρωμένη διαδικασία συνέντευξης για να συζητήσει σχετικά θέματα υγειονομικής περίθαλψης που επηρεάζουν την παροχή φροντίδας και τους διαθέσιμους πόρους έτσι ώστε να βοηθήσει τον γιατρό να είναι επιτυχημένος στο έργο του (Rosenstein, 2015).

Για να βελτιωθεί η ανταπόκριση στην επικοινωνία, θα ήταν χρήσιμο για τους γιατρούς να κατανοήσουν τον λόγο και το σκεπτικό της αλλαγής και γιατί είναι τόσο σημαντική. Η παροχή συνεχών εκπαιδευτικών προγραμμάτων που δίνουν έμφαση στις επιπτώσεις της μεταρρύθμισης της υγειονομικής περίθαλψης, των πληρωμών βάσει αξίας, των οργανισμών υπεύθυνης φροντίδας, της μεγαλύτερης λογοδοσίας για τα αποτελέσματα απόδοσης, της σημασίας της ικανοποίησης των ασθενών, των επανεισαγωγών στο νοσοκομείο και των αξιολογήσεων «ποιότητας» θα βοηθήσουν στη δημιουργία της κατάστασης για το τι χρειάζεται να γίνει (Rosenstein, 2015).

Μετά από αυτά μπορεί να ξεκινήσει η πραγματική διαδικασία εκπαίδευσης. Ένα μεγάλο μέρος της αποτελεσματικότητας της επικοινωνίας εξαρτάται από τις ατομικές στάσεις, αντιλήψεις και συμπεριφορές που θέτουν το πλαίσιο για την προθυμία και την ικανότητα ενός ατόμου να βελτιώσει τις επικοινωνιακές του δεξιότητες. Θέματα που σχετίζονται με την ηλικία (προτιμήσεις γενεών), το φύλο, ο πολιτισμός και η εθνικότητα, καθώς και άλλες εμπειρίες ζωής επηρεάζουν τις απόψεις του ατόμου για τον κόσμο. Σε αυτό το πλαίσιο, η παροχή εκπαίδευσης σχετικά με τη διαχείριση της διαφορετικότητας, την πολιτιστική ικανότητα, τη συναισθηματική νοημοσύνη, την εξυπηρέτηση πελατών ή/και τη διαχείριση συγκρούσεων θα βοηθήσει τα άτομα να κατανοήσουν καλύτερα τη δική τους ιδιότητα, τις ανάγκες και τις αξίες των άλλων και τον καλύτερο τρόπο αντιμετώπισης των ατομικών διαφορών (Rosenstein, 2015).

Μετά από τα παραπάνω, είναι εφικτό να αναφερθούν οι ιδιαιτερότητες της εκπαίδευσης των δεξιοτήτων επικοινωνίας. Υπάρχουν διάφοροι τρόποι με τους

οποίους μπορεί να αντιμετωπιστεί αυτό. Ένας τρόπος είναι να βελτιωθεί η αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας μέσω των σεναρίων. Ένα καλό παράδειγμα θα ήταν η χρήση του μοντέλου επικοινωνίας SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation), ενός εργαλείου που χρησιμοποιείται συνήθως για να βοηθήσει τους νοσηλευτές να οργανώσουν τις πληροφορίες με αποτελεσματικό τρόπο ώστε να παρουσιάζουν πληροφορίες στον ιατρό και να μπορούν να ανταποκριθούν ανάλογα. Ένα άλλο παράδειγμα είναι οι τεχνικές CRM (Crew Resource Management) που χρησιμοποιούνται από την αεροπορία, την πυρηνική ιατρική και τη βιομηχανία NASCAR (το TeamSteps για παράδειγμα). Η εκπαίδευση επικεντρώνεται στη σημασία της δυναμικής της ομάδας που δίνει έμφαση στον αμοιβαίο σεβασμό, την εμπιστοσύνη, την κατανόηση των ατομικών ρόλων και ευθυνών, την υπευθυνότητα, τη σημασία των επαγγελματικών συμπεριφορών και τα οφέλη της ομαδικής συνεργασίας. Αλλά το πιο σημαντικό φάσμα επικοινωνίας βρίσκεται στις προσωπικές συνομιλίες ενός ατόμου με ένα άλλο άτομο (Rosenstein, 2015).

Προδιαγραφές Επικοινωνίας

Η βασική αρχή της καλής επικοινωνίας είναι η καθιέρωση διαλόγου μεταξύ των ατόμων για την ανταλλαγή πληροφοριών και τον καθορισμό προσδοκιών. Οι περισσότεροι γιατροί υποθέτουν ότι είναι καλοί επικοινωνιακοί πόλοι επειδή διαθέτουν τη γνώση και την τεχνογνωσία για να κατευθύνουν τη φροντίδα. Δυστυχώς, η επικοινωνία εκτυλίσσεται συνήθως σε μονομερή κατεύθυνση με μικρή δεκτικότητα ή ευαισθησία ως προς το πώς αυτό επηρεάζει τον παραλήπτη ως προς τα συναισθήματα, την κατανόηση, τις ανάγκες, τις αξίες ή τις προσδοκίες του. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό στις συζητήσεις με τον ασθενή. Υπάρχει μια σειρά από διαφορετικά διαθέσιμα εργαλεία (AIDET/ STARS/ RELATE, κλπ) που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη διδασκαλία των κατάλληλων συνόλων δεξιοτήτων για τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας της επικοινωνίας (Rosenstein, 2015).

Οι πρώτες εντυπώσεις είναι καθοριστικές. Κατά την είσοδο, ένας γιατρός πρέπει να συστηθεί και εντοπίσει την κατάσταση του ασθενούς. Πρέπει να δείξει ότι η κατάσταση του ασθενούς είναι το κύριο μέλημα του. Επιπλέον, πρέπει να είναι προσεκτικός, αφοσιωμένος και αποφύγει τους περισπασμούς. Σε αυτό το σημείο η στάση σώματος και ο τόνος της φωνής είναι πιο σημαντικοί από το πραγματικό

μήνυμα για τη δημιουργία της βάσης για την ανάπτυξη εμπιστοσύνης και για να κάνει τον ασθενή να αισθάνεται πιο άνετα. Ο γιατρός πρέπει να πλησιάζει τον ασθενή και να διατηρήσει την οπτική επαφή. Ένα από τα πιο σημαντικά συστατικά της καλής επικοινωνίας είναι η στοχαστική ακρόαση. Ο γιατρός θα πρέπει να αφιερώσει χρόνο για να ακούσει, να προβληματιστεί και να απαντήσει στα ζητήματα που εξελίσσονται. Πρέπει επίσης να εστιάσει στην οπτική γωνία του ασθενούς και εξηγήσει τις πληροφορίες σε ένα πλαίσιο που μπορεί να κατανοήσει ο ασθενής. Πρέπει να λάβει υπόψη τις αξίες και τις προτεραιότητες των ασθενών, να συζητήσει τις εναλλακτικές και να θέσει τις προσδοκίες που έχουν συμφωνηθεί από κοινού. Να δημιουργήσει τα απαραίτητα εργαλεία, να ενθαρρύνει τους ασθενείς να κάνουν ερωτήσεις (Rosenstein, 2015).

Στο τέλος, η πιο αποτελεσματική επικοινωνία οδηγεί σε καλύτερη κατανόηση των θεμάτων και των προσδοκιών, λιγότερες διαταραχές και απογοητεύσεις, μεγαλύτερη συμμόρφωση με τις οδηγίες διαχείρισης φροντίδας, βελτιωμένη ικανοποίηση ασθενών και παρόχων και καλύτερα αποτελέσματα φροντίδας. Υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας. Πολλά από αυτά τα ζητήματα σχετίζονται με ατομικά συναισθήματα και στάσεις σχετικά με την παροχή φροντίδας. Ένας από τους ισχυρότερους συνεισφέροντες είναι η υποκείμενη οργανωτική κουλτούρα και το περιβάλλον του χώρου εργασίας. Η ισχυρή ηγεσία που υποστηρίζει ένα θετικό περιβάλλον στο χώρο εργασίας επιδεικνύοντας σεβασμό και υποστήριξη προς το προσωπικό της συμβάλλει σημαντικά στη βελτίωση του ηθικού και των προσωπικών αλληλεπιδράσεων που θα επηρεάσουν θετικά την επικοινωνία (Rosenstein, 2015).

Ένας άλλος παράγοντας που συμβάλλει είναι η συνολική ευημερία του προσωπικού. Πολλές πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ένα αυξανόμενο άγχος και εξουθένωση στους γιατρούς και σε άλλο κλινικό προσωπικό ως αποτέλεσμα των αλλαγών προτεραιοτήτων, ρόλων και ευθυνών, τα οποία μπορούν να έχουν σημαντικό αντίκτυπο τόσο στη σωματική όσο και στη συναισθηματική κατάσταση. Οι οργανισμοί πρέπει να αναγνωρίσουν τον αρνητικό αντίκτυπο που μπορεί να έχει αυτό στις αντιλήψεις, την απόδοση και τις προοπτικές σταδιοδρομίας του προσωπικού. Παρέχοντας την απαραίτητη διοικητική, κλινική ή συμπεριφορική υποστήριξη, οι οργανισμοί μπορούν να αναλάβουν ενεργό ρόλο βοηθώντας τους γιατρούς να

προσαρμοστούν καλύτερα στις πιέσεις του σημερινού περιβάλλοντος της υγειονομικής περίθαλψης (Rosenstein, 2015).

Ένα τελευταίο βήμα είναι η βελτίωση της συνολικής ικανοποίησης και αφοσίωσης του γιατρού. Οι γιατροί θέλουν πραγματικά να ασκούν καλή ιατρική, αλλά τα αυξανόμενα προβλήματα και εμπόδια από εξωτερικούς παράγοντες που απειλούν την αυτονομία και τον έλεγχο τους οδηγούν σε αυξανόμενες απογοητεύσεις που επηρεάζουν τον τρόπο παροχής φροντίδας. Για την καλύτερη εμπλοκή των γιατρών, χρειάζεται να υπάρξει μια διαδικασία με την οποία οι γιατροί μπορούν να κατανοήσουν καλύτερα τη φύση και τις επιπτώσεις των αλλαγών στον περιβάλλον της υγειονομικής περίθαλψης. Χρειάζονται ένα φόρουμ στο οποίο μπορούν να μοιράζονται τις ανησυχίες τους για τις δικές τους ανάγκες και προτεραιότητες, να τους δίνονται ευκαιρίες για συμβολή στον επανασχεδιασμό της φροντίδας και να αναγνωρίζονται και να εκτιμώνται για αυτό που κάνουν. Η βελτίωση των συναισθημάτων του γιατρού σχετικά με τη δέσμευση θα βελτιώσει την ικανοποίηση του, η οποία με τη σειρά του θα αυξήσει τη δεκτικότητα του για να βελτιώσει τον τρόπο με τον οποίο αλληλεπιδρούν με το προσωπικό και τους ασθενείς (Rosenstein, 2015).

6.3 Συμπέρασμα

Η υγειονομική περίθαλψη είναι μια βιομηχανία ανθρώπων και η καλή επικοινωνία είναι ζωτικής σημασίας για τη βελτίωση των αποτελεσμάτων των ασθενών. Ενώ οι προηγμένες τεχνολογίες πληροφοριών θα βελτιώσουν την πρόσβαση και τη διάδοση δεδομένων, η ανάπτυξη ισχυρών διαπροσωπικών σχέσεων είναι το κλειδί της επιτυχίας. Η επικοινωνία είναι κάτι περισσότερο από περιεχόμενο μηνυμάτων, είναι οι αντιλήψεις, τα συναισθήματα και οι στάσεις των ατόμων που συμμετέχουν. Η βελτίωση της επικοινωνίας είναι μια διαδικασία πολλαπλών βημάτων. Πρώτον, πρέπει να γίνει η κατάλληλη εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού σε σχετικά θέματα για τη βελτίωση των εργασιακών σχέσεων, της επικοινωνίας και των δεξιοτήτων ομαδικής συνεργασίας. Στη συνέχεια, πρέπει να υπάρξει επικέντρωση στην ανάπτυξη προγραμμάτων για την παροχή υποστήριξης του προσωπικού που θα βοηθήσει στην αντιμετώπιση προβλημάτων συμπεριφοράς και στην προώθηση της

ευημερίας του προσωπικού. Τέλος, να αφιερωθεί χρόνος για την αναγνώριση και την ευχαρίστηση του προσωπικού για αυτό που κάνει. Από την άποψη του προσωπικού, η καλή επικοινωνία θα βελτιώσει την ικανοποίηση και το ηθικό, θα βελτιώσει τη δυναμική του χώρου εργασίας, θα βελτιώσει τη στάση και τη δέσμευση του προσωπικού, θα βελτιώσει τη διατήρηση και την παραγωγικότητα. Από την πλευρά του ασθενούς, η καλή επικοινωνία θα βελτιώσει τις σχέσεις, θα αποσαφηνίσει τις προσδοκίες, θα βελτιώσει την ικανοποίηση, θα βελτιώσει τη συμμόρφωση, θα βελτιώσει τα αποτελέσματα και θα διαδώσει θετικά συναισθήματα (Rosenstein, 2015).

Οι στρατηγικές για τη βελτίωση της επικοινωνίας με τους ιατρούς είναι οι εξής (Rosenstein, 2015) :

- Αναθεώρηση της ιατρικής εκπαίδευσης
- Πρόσληψη και διατήρηση
 - Εντοπισμός πολιτιστικών προσαρμογών.
 - Υπηρεσίες
- Αγωγή ιατρού
- Εκπαίδευση ιατρού
 - Εκπαιδευτικά εργαστήρια
 - Εκπαίδευση δεξιοτήτων επικοινωνίας
- Πολιτισμός
- Υπηρεσίες υποστήριξης
 - Διοικητικό προσωπικό
 - Κλινική
 - Συναισθηματική υποστήριξη
- Ικανοποίηση γιατρού
 - Εμπλοκή γιατρού

Οι βέλτιστες πρακτικές επικοινωνίας είναι οι εξής (Rosenstein, 2015) :

- Εισαγωγή/Ευχαριστία
- Δέσμευση/Χρόνος/Προσοχή/Ανησυχία

- Λεκτικός τόνος/Στάση/Αποφυγή συγκρούσεων ή περισπασμών
- Άνεση/χαλαρότητα
- Αναζήτηση εισόδου /Αναστοχαστική ακρόαση
- Ενίσχυση της κατανόησης
- Καθορισμός στόχων και προσδοκιών
- Παρακολούθηση

Κεφάλαιο 7^ο : Πίνακας συστηματικής ανασκόπησης

Ερευνητές - χρονολογία	Τίτλος	Σκοπός	Μεθοδολογία	Αποτελέσματα
Kheokao, J., Kirkgulthorn, T., Umereweneza, S., & Seetangkham, S. (2019)	Communication Factors in Holistic Humanized Nursing Care: Evidenced from Integrative Review	Εντοπισμός των παραγόντων που χαρακτήρισαν την εξανθρωπισμένη νοσηλευτική φροντίδα στη νοσηλευτική πρακτική και την πρόταση ενός ολιστικού μοντέλου εξανθρωπισμένης φροντίδας για τη νοσηλευτική εκπαίδευση	Πραγματοποιήθηκε μια ολοκληρωμένη συστηματική ανασκόπηση, καθοδηγούμενη από τις μεθόδους Cochrane Collaboration για να διασφαλιστούν οι ολοκληρωμένες μέθοδοι αναζήτησης και συστηματικές προσεγγίσεις για την ανάλυση του υλικού ανασκόπησης.	Η ολιστική εξανθρωπισμένη φροντίδα απαιτεί την πλήρη συμμετοχή των ασθενών, των μελών της οικογένειας τους και των ενδιαφερόμενων μερών στις αντίστοιχες κοινότητες τους.
Sharada, G., & Kumar, P., (2016)	Role of Communication Skills in Holistic Nursing	Επικέντρωση στις δεξιότητες επικοινωνίας	Τόσο η ποιοτική όσο και η ποσοτική ανάλυση	Η προώθηση της κοινωνικής, θρησκευτικής

		όπου είναι χρήσιμες στην ολιστική νοσηλευτική.	χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση του ρόλου των επικοινωνιακών δεξιοτήτων στην ολιστική νοσηλευτική. Η ποιοτική προσέγγιση εφαρμόστηκε με συνεντεύξεις και παρατηρήσεις ενώ η ποσοτική προσέγγιση εφαρμόστηκε μέσω του ερωτηματολογίου που μοιράστηκε σε φοιτητές νοσηλευτικής.	και πνευματικής ενθάρρυνσης με την καθιέρωση κατάλληλων εκπαιδευτικών συστημάτων διαχείρισης θα παρακινήσει τους νοσηλευτές να παρέχουν ολιστική φροντίδα και τελικά να βελτιώσουν την ποιότητα της φροντίδας τους.
Chang, H. Y., Su, T. F., & Mannino, R. M. (2019)	Barriers to Communication About Complementary and Alternative Medicine With Patients: A Qualitative Study	Διερεύνηση των αιτιών για την απροθυμία των νοσηλευτών να επικοινωνήσουν με ασθενείς σχετικά με τη χρήση συμπληρωματικής	Πραγματοποιήθηκε μια ποιοτική μελέτη με τη χρήση συνεντεύξεων ομάδων εστίασης με 54 νοσηλευτές που συμμετείχαν σε οκτώ	Οι νοσηλευτές θα πρέπει να προσπαθήσουν να αναγνωρίσουν τη χρήση της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής στους ασθενείς και να

		και εναλλακτικής ιατρικής και να καθορίσει τους τρόπους βελτίωσης αυτής της επικοινωνίας.	ομάδες εστίασης.	μάθουν να συζητούν τη χρήση της συμπληρωματικής και εναλλακτικής ιατρικής με τους ασθενείς τους.
Vermeir, P., Vandijck, D., Degroote, S., Peleman, R., Verhaeghe, R., Mortier, E., Hallaert, G., van Daele, S., Buylaert, W., & Vogelaers, D. (2015)	Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations	Αναφορά στην αποτελεσματική και αποδοτική επικοινωνία όπου είναι ζωτικής σημασίας στην υγειονομική περίθαλψη	Συστηματική ανασκόπηση σχετικά με την ποιότητα της γραπτής επικοινωνίας, τον αντίκτυπο των επικοινωνιακών αναποτελεσματικών και συστάσεων για τη βελτίωση της γραπτής επικοινωνίας στον τομέα της υγείας.	Η επικοινωνία μεταξύ των νοσηλευτών καθώς και η σημασία και η ποιότητα, θα πρέπει να είναι πιο εμφανή, για να χαρακτηί ως ουσιαστική ικανότητα και ποιοτικό χαρακτηριστικό κάθε νοσηλευτή.
Rosenstein, A. (2015)	Communication Strategies in Healthcare: i to i vs. Eye to Eye: Best Strategies to	Η αναφορά της μεταρρύθμισης της υγειονομικής περίθαλψης	Βιβλιογραφική ανασκόπηση	Από την πλευρά του προσωπικού, η καλή επικοινωνία θα βελτιώσει

	<p>Improve Communication in Healthcare”</p>	<p>έχει εισαγάγει μια σειρά από νέες πρωτοβουλίες που έχουν προσθέσει νέες πολυπλοκότητες και ευθύνες για την παροχή υγειονομικής περίθαλψης.</p>	<p>την ικανοποίηση και το ηθικό, τη δυναμική του χώρου εργασίας, τη στάση και τη δέσμευση του προσωπικού, τη διατήρηση και την παραγωγικότητα. Από την πλευρά του ασθενούς, η καλή επικοινωνία θα βελτιώσει τις σχέσεις, θα αποσαφηνίσει τις προσδοκίες, θα βελτιώσει την ικανοποίηση, τη συμμόρφωση, τα αποτελέσματα και θα διαδώσει θετικά συναισθήματα.</p>
--	---	---	--

Πίνακας 1 : Πίνακας συστηματικής ανασκόπησης

Επίλογος

Εν κατακλείδι, η επικοινωνία είναι ζωτικό και αναπόσπαστο μέρος της υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, συχνά θεωρείται δεδομένη, καθώς οι πολυπλοκότητες και οι λεπτές λεπτομέρειες παραβλέπονται και λαμβάνει μικρή προσοχή γενικότερα. Η αποτελεσματική επικοινωνία είναι τόσο σημαντική για την υγειονομική περίθαλψη όσο και η τεχνική επάρκεια της. Η επικοινωνία στον τομέα της υγείας πραγματοποιείται σε περιβάλλον ανοιχτού συστήματος και ο ασθενής βρίσκεται στο επίκεντρο του συστήματος. Περιβάλλεται από παρόχους υπηρεσιών και αλληλεπιδρά με αυτούς (επαγγελματίες υγείας, όπως γιατροί, ψυχολόγοι και άλλοι φορείς υγειονομικής περίθαλψης) σε συγκεκριμένα περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης (π.χ. νοσοκομεία, κλινικές και ιατρεία). Εκτός από τα προγράμματα προσέγγισης και τα προγράμματα προώθησης της υγείας, ο ασθενής είναι συνήθως ο πυρήνας της διαδικασίας της επικοινωνίας στον χώρο της υγειονομικής περίθαλψης. Τόσο οι ασθενείς όσο και οι επαγγελματίες υγείας αλληλεπιδρούν με βάση τις ρυθμίσεις της υγειονομικής περίθαλψης και το εξωτερικό περιβάλλον από όπου λαμβάνονται οι απαραίτητες και μερικές φορές ζωτικής σημασίας πληροφορίες.

Η υγειονομική περίθαλψη, όπως ασκούσαν μέχρι πρόσφατα, έχει υποστεί μια σειρά από σημαντικές αλλαγές, κυρίως για να διασφαλιστεί η οικονομική προσιτότητα και η υψηλή ποιότητα της περίθαλψης. Ένας από τους πιο σημαντικούς μηχανισμούς που χρησιμοποιούνται σε αυτές τις αλλαγές είναι η διαχειριζόμενη υγειονομική περίθαλψη. Ο σκοπός της διαχειριζόμενης υγειονομικής περίθαλψης είναι να βοηθάει τους ασθενείς να παραμείνουν όσο το δυνατόν πιο υγιείς, να επανέλθουν στην αρχική κατάσταση υγείας τους όσο το δυνατόν γρηγορότερα μετά από μια ασθένεια και να λάβουν υψηλής ποιότητας, κατάλληλη και οικονομικά προσιτή υγειονομική περίθαλψη. Αυτοί οι στόχοι μπορούν να επιτευχθούν μόνο μέσω της μεγαλύτερης συμμετοχής και κατανομής της ευθύνης από το άτομο, και ως εκ τούτου η προώθηση της υγείας καθίσταται απαραίτητη. Η προώθηση της υγείας δίνει τη δυνατότητα στα άτομα να αυξήσουν τον έλεγχο της κατάστασης της υγείας τους, βελτιώνοντας έτσι την υγεία τους. Η προώθηση της υγείας εξαρτάται, μεταξύ άλλων, από την επικοινωνία για την υγεία έτσι ώστε να μεταδοθεί το μήνυμα της υγείας και της ευημερίας.

Σε όλες αυτές τις αλληλεπιδράσεις, απαιτείται η αποτελεσματική επικοινωνία για τη διευκόλυνση της συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών, για την ενδυνάμωση της ψυχολογίας του ασθενή και για να έχει πλήρη ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας του. Ο ασθενής αναμένεται να έρθει αντιμέτωπος με τις κατάλληλες στάσεις και συμπεριφορές. Η επικοινωνία είναι το κλειδί για την ανακούφιση του στρες και του άγχους που βιώνουν οι ασθενείς. Εάν αυτή η πτυχή δεν αντιμετωπιστεί από όλα τα μέλη μιας ομάδας της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και από τον ασθενή, το αποτέλεσμα μπορεί να είναι σύγχυση, παρερμηνεία, αλλαγή συμπεριφοράς και μη συμμόρφωση με τη θεραπεία.

Βιβλιογραφία

Abib, J. C., & Anacleto, J. C. (2014). Improving Communication in Healthcare: a case study. *2014 IEEE International Conference on Systems, Man, and Cybernetics (SMC)*.

Aceto, G., Persico, V., & Pescapé, A. (2018). The role of Information and Communication Technologies in healthcare: taxonomies, perspectives, and challenges. *Journal of Network and Computer Applications*, 1(7), 125–154.

Anderson, R. J., Bloch, S., Armstrong, M., Stone, P. C., & Low, J. T. (2019). Communication between healthcare professionals and relatives of patients approaching the end-of-life: A systematic review of qualitative evidence. *Palliative Medicine*, 33(8), 926–941.

Andriyanto, A. (2019). Communication Barrier between Nurse and Patient at The Hospital: A Systematic Review. *Journal of Health Policy and Management*, 4(2), 105–110.

Barilaro, A., Conidi, A., Ligarò, S., Licata, F., Marinaro, M. A., Ventura, S., Varano, A., Zangari, I., Pagliuso, C., Pagnotta, R., Garieri, P., Papaleo, A., Grande, L., Manduci, E., Napolitano, D., Aida, B., de Filippo, C., & Spagnuolo, R. (2019). Nursing Communication as a Tool for Patient Satisfaction. A Single Hospital Survey. *The Open Nursing Journal*, 13(1), 220–227.

Bramhall, E. (2014). Effective communication skills in nursing practice. *Nursing Standard*, 29(14), 53–59.

Brinderjeet, K. (2020). Interpersonal communications in nursing practice - Key to Quality Health care. *Archives of Nursing Practice and Care*, 019–022.

- Chang, H. Y., Su, T. F., & Mannino, R. M. (2019b). Barriers to Communication About Complementary and Alternative Medicine With Patients: A Qualitative Study. *Global Journal of Health Science*, 11(10), 43.
- Fakhr-Movahedi, A., Rahnavard, Z., Salsali, M., & Negarandeh, R. (2016). Exploring Nurse's Communicative Role in Nurse-Patient Relations: A Qualitative Study. *Journal of Caring Sciences*, 5(4), 267–276.
- Freeman, A. L. J. (2019). How to communicate evidence to patients. *Drug and Therapeutics Bulletin*, 57(8), 119–124.
- Hannawa, A. F., García-Jiménez, L., Candrian, C., Rossmann, C., & Schulz, P. J. (2015). Identifying the Field of Health Communication. *Journal of Health Communication*, 20(5), 521–530.
- Hu, Y. (2015). Health communication research in the digital age: A systematic review. *Journal of Communication in Healthcare*, 8(4), 260–288.
- Jones, A. (2012). The foundation of good nursing practice: effective communication. *Journal of Renal Nursing*, 4(1), 37–41.
- Kheokao, J., Krirkgulthorn, T., Umereweneza, S., & Seetangkham, S. (2019). Communication Factors in Holistic Humanized Nursing Care : Evidenced from Integrative Review. *Journal of MCU Peace Studies*, 7(3), 609-627.
- Kourkouta, L., & Papathanasiou, I. (2014). Communication in Nursing Practice. *Materia Socio Medica*, 26(1), 65.
- Kwame, A., & Petrucka, P. M. (2021). A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nursing*, 20(1).
- Liu, B. F., Fowler, B. M., Roberts, H. A., Sayers, E. L. P., & Egnoto, M. J. (2017). The role of communication in healthcare systems and community resilience. *International Journal of Emergency Management*, 13(4), 305.

Lotfi, M., Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., & Khajehgoodari, M. (2019). Assessment of nurse–patient communication and patient satisfaction from nursing care. *Nursing Open*, 6(3), 1189–1196.

Norouzinia, R., Aghabarari, M., Shiri, M., Karimi, M., & Samami, E. (2015). Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients. *Global Journal of Health Science*, 8(6), 65.

Olofin, B. (2020). Health Information and Health Communication Technology: Impacts and Implications. *SSRN Electronic Journal*.

Real, K., Santiago, J., Fay, L., Isaacs, K., & Carll-White, A. (2018). The Social Logic of Nursing Communication and Team Processes in Centralized and Decentralized Work Spaces. *Health Communication*, 34(14), 1751–1763.

Rosenstein, A. (2015). Communication Strategies in Healthcare: i to i vs. Eye to Eye: Best Strategies to Improve Communication in Healthcare. *CAHQ Journal*, 4(3), 5-9.

Ruben, B. D. (2014). Communication Theory and Health Communication Practice: The More Things Change, the More They Stay the Same. *Health Communication*, 31(1), 1–11.

Sharada, G., & Kumar, P. (2016). Role of Communication Skills in Holistic Nursing. *International Journal of English Language, Literature and Translation Studies (IJELR)*, 3(2), 516-526.

Sibiya, M. N. (2018). Effective Communication in Nursing. *Nursing*, 32-67.

Skarbalienė, A., Skarbalius, E., & Gedrime, L. (2019). Effective communication in the healthcare settings. *Management*, 24, 137–147.

Squires, A., & Jacobs, E. A. (2014). Language and communication issues in healthcare practice and research: A call for papers. *International Journal of Nursing Studies*, 51(3), 357–358.

Tran, T. V., Tran, T. D., Nguyen, A. Q., Dinh, T. T., Le, A. T. K., Tran, H. B., Vu, P. T., Nguyen, H. T., & Dang, L. V. P. (2020). Nurse–patient communication: A quality assessment in public hospital. *International Journal of Healthcare Management*, 14(4), 1127–1133.

Vermeir, P., Vandijck, D., Degroote, S., Peleman, R., Verhaeghe, R., Mortier, E., Hallaert, G., van Daele, S., Buylaert, W., & Vogelaers, D. (2015). Communication in healthcare: a narrative review of the literature and practical recommendations. *International Journal of Clinical Practice*, 69(11), 1257–1267.

Wittenberg, E., Ferrell, R., Goldsmith, J., Buller, H., & Neiman, T. (2016). Nurse Communication About Goals of Care. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*, 7(2).

Załoski, M., & Makara-Studzińska, M. (2019). Communication in healthcare as the subject of research. A narrative review of 2013–2017 literature. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 19(4), 418–423.