



Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
Σχολή Δημόσιας Υγείας
Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας
ΠΜΣ Δημόσιας Υγείας

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΓΙΑΤΡΟΥ - ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΣΤΗ
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ »**

ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ (2057)

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΕΦΗ ΣΙΜΟΥ

Αθήνα - Φεβρουάριος 2021



Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
Σχολή Δημόσιας Υγείας
Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας
ΠΜΣ Δημόσιας Υγείας

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΓΙΑΤΡΟΥ - ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΣΤΗ
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ »**

ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ (2057)

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής

Έφη Σίμου-Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Γεωργία Μανδηλαρά-Επίκουρη Καθηγήτρια
Αρετή Τσόγκα- Επίκουρη Καθηγήτρια

Αθήνα - Φεβρουάριος 2021



Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
Σχολή Δημόσιας Υγείας
Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας
ΠΜΣ Δημόσιας Υγείας

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΜΕΛΩΝ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Οι υπογράφωντες δηλώνουμε ότι έχουμε εξετάσει τη μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία (master thesis) με τίτλο « Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΓΙΑΤΡΟΥ - ΑΣΘΕΝΗ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ » που παρουσιάστηκε από την Κα Παπαδοπούλου Παναγιώτα του Δημητρίου, υποψήφιας για τον τίτλο μεταπτυχιακών σπουδών στη Δημόσια Υγεία και βεβαιώνουμε ότι γίνεται δεκτή.

- **Σίμου Έφη**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Επικοινωνίας και Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης στη Δημόσια Υγεία

Υπογραφή:

- **Μανδηλαρά Γεωργία**, Επίκουρη Καθηγήτρια Μικροβιολογίας Δημόσιας Υγείας – Μοριακής Μικροβιολογίας

Υπογραφή:

- **Τσόγκα Αρετή**, Επίκουρη Καθηγήτρια Επιστήμης/Χημείας Τροφίμων και Διατροφής

Υπογραφή:

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Δήλωση μη λογοκλοπής και ανάληψης προσωπικής ευθύνης

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Παναγιώτα Παπαδοπούλου του Δημητρίου, με αριθμό μητρώου 2057, φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Δημόσιας Υγείας του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, με πλήρη επίγνωση των συνεπειών του νόμου περί πνευματικών δικαιωμάτων, δηλώνω ότι: «Είμαι συγγραφέας της παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται λεπτομερώς 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».

Η Δηλούσα

Π. Παπαδοπούλου

Υπογραφή



Copyright © Παπαδοπούλου Παναγιώτα 2021

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Δημόσια Υγεία του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας της Σχολής Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας.

Στα παιδιά μου
Δημήτρη και Νάντια

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η επικοινωνία γιατρού-ασθενή φαίνεται να αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο της επιτυχημένης ιατρικής συνάντησης. Είναι ευρέως αποδεκτό ότι η ουσιαστική επικοινωνία συνδέεται με την επιτυχή έκβαση της θεραπείας, οδηγεί σε καλύτερα αποτελέσματα υγείας και διασφαλίζει την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η διερεύνηση της θεραπευτικής σχέσης, καθώς και του ρόλου της επικοινωνίας κατά τη διεξαγωγή της ιατρικής συνάντησης. Επίσης, γίνεται μία προσπάθεια καταγραφής των παραγόντων που την επηρεάζουν και επιδρούν στην έκβαση του τελικού αποτελέσματος και εκείνων που επιβάλλουν και βοηθούν στον επαναπροσδιορισμό της. Το χάσμα που έχει δημιουργηθεί μεταξύ γιατρού-ασθενή αποτελεί θέμα μείζονος σημασίας για το θεραπευτικό αποτέλεσμα και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Επιχειρείται λοιπόν να γίνει κατανοητός ο μηχανισμός μέσω του οποίου η αποτελεσματική επικοινωνία κατά την ιατρική συνεδρία, οδηγεί σε καλύτερα αποτελέσματα υγείας.

Υλικό - Μεθοδολογία: Το υλικό που χρησιμοποιήθηκε αποτελεί προϊόν συστηματικής ανασκόπησης και κριτικής αξιολόγησης των σημαντικότερων δημοσιευμένων άρθρων και μελετών της διεθνούς έντυπης και ηλεκτρονικής βιβλιογραφίας, καθώς και τεχνικών εγχειριδίων και νομοθετικών ρυθμίσεων από διεθνείς κυβερνητικούς και μη οργανισμούς σχετικών με την επικοινωνία γιατρού-ασθενή και τη συσχέτισή της με το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Η μέθοδος που ακολουθήθηκε περιλαμβάνει αποκλειστικά τη βιβλιογραφική ανασκόπηση της ελληνόγλωσσης και ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας σε διαδικτυακές βάσεις δεδομένων, καθώς και δημοσιευμένα άρθρα και μελέτες σε έγκυρα επιστημονικά περιοδικά, χρησιμοποιώντας βασικές λέξεις κλειδιά που σχετίζονται με την επικοινωνία γιατρού-ασθενή και τη σημασία της στην έκβαση του θεραπευτικού αποτελέσματος.

Αποτελέσματα: Μέσα από την εκτεταμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση προκύπτει ότι το είδος της θεραπευτικής σχέσης που θα εδραιωθεί ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή καθορίζει σε μεγάλο βαθμό το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Επίσης, αναδεικνύεται ο ρόλος της αποτελεσματικής επικοινωνίας για την διασφάλιση της επιτυχημένης ιατρικής διαβούλευσης.

Συμπεράσματα: Η αποτελεσματική επικοινωνία ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή είναι το κύριο συστατικό για μία επιτυχημένη ιατρική συνάντηση, καθώς συμβάλλει σημαντικά στη θετική έκβαση της θεραπευτικής διαδικασίας. Επίσης, επηρεάζει το επίπεδο ποιότητας της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας και συνδέεται με την καλή υγεία. Ωστόσο, οι συνθήκες πίεσης, άγχους και εξάρτησης κάτω από τις οποίες πραγματώνεται η συνεδρία καθιστούν τη σχέση γιατρού-ασθενή πολύπλοκη. Οι συμμετέχοντες μεταφέρουν στην ιατρική συνάντηση την ατομική τους θεώρηση γύρω από την υγεία και την ασθένεια, που αν δε γίνει αντιληπτή και σεβαστή, περιορίζονται οι πιθανότητες συνεργασίας και κάθε θεραπευτική προσέγγιση ενδέχεται να αποτύχει. Η χρήση των κατάλληλων επικοινωνιακών εργαλείων και η βαθιά γνώση των δεξιοτήτων επικοινωνίας βοηθά στην υπερπήδηση των εμποδίων που προκύπτουν. Τα οφέλη που απορρέουν από μία αποτελεσματική ιατρική διαβούλευση είναι πολλαπλά, καθώς η ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας εξασφαλίζει καλύτερο επίπεδο υγείας και ευεξίας των ατόμων, ενώ παράλληλα προλαμβάνει αναρίθμητες αλυσιδωτές επιπτώσεις στην ποιότητα και την αποδοτικότητα των συστημάτων υγείας. Καθοριστική στην προσπάθεια βελτίωσης του επιπέδου επικοινωνίας είναι η προπτυχιακή και μεταπτυχιακή εκπαίδευση των γιατρών, καθώς και η πρόοδος στον τομέα της έρευνας, ώστε να υπάρχουν τεκμηριωμένα αποτελέσματα μελετών μέσω των οποίων θα αναδεικνύονται οι επικοινωνιακές συμπεριφορές που συνδέονται με τη θετική έκβαση της νόσου και θα αποδεικνύεται ο μηχανισμός που η αποτελεσματική επικοινωνία συνδέεται με καλύτερη υγεία.

Λέξεις κλειδιά: θεραπευτική συμμαχία, βιοϊατρικό μοντέλο, ανθρωποκεντρικό μοντέλο, μορφές επικοινωνίας στην υγεία, εμπόδια επικοινωνίας στην υγεία, επικοινωνιακές δεξιότητες γιατρών, πρωτόκολλα επικοινωνίας γιατρών, ενσυναίσθηση, ιατρικά λάθη, MME και υγεία, ηλεκτρονική υγεία.

ABSTRACT

Title: Doctor-patient communication and its effect on the therapeutic relationship.

Introduction: Patient physician communication seems to be a cornerstone of a successful medical meeting. It is widely accepted that essential communication is linked to the successful outcome of treatment, leads to better health outcomes and ensures the provision of quality health services.

Purpose: The purpose of this Thesis is to investigate the factors affecting the therapeutic relationship, as well as the role of communication in conducting the medical meeting. Also, an attempt is made to record the factors that influence the outcome of the final result and those that impose and help in its redefinition. The gap created between the patient and the doctor is a matter of major importance for the therapeutic effect and the quality of the provided health services. Therefore, an attempt is made to understand the mechanism through which effective communication during the medical session, leads to better health results.

Hardware: The material used is the product of a systematic review and a critical evaluation of the most important published articles and studies in the international paper and electronic literature, as well as technical manuals and legislation by international governmental and non-governmental organizations relating to patient doctor's communication and its relevance to the therapeutic outcome.

Method: The method used exclusively includes a bibliographical review of literature depicted both in the Hellenic as well in other foreign languages in online databases, published articles and studies in valid scientific journals, using key words related to patient physician communication and its relevance to the outcome of the therapeutic effect.

Results: Extensive literature review shows that the type of therapeutic relationship that will be established between the doctor and the patient largely determines the

therapeutic outcome. The role of effective communication to ensure successful medical consultation is also highlighted.

Conclusions: Effective communication between the physician and the patient is the main ingredient for a successful medical meeting, as it contributes significantly to the positive outcome of the treatment process. It also affects the quality level of healthcare provided and is linked to good health. However, the stress, anxiety and dependence conditions under which the session is being conducted make the patient's relationship complex. Each patient carries his or her personal experience of his or her illness, which, if not understood and respected by the doctor, limits the chances of cooperation and compliance with medical recommendations and any therapeutic approach may fail. Overcoming communication barriers is achieved through the use of appropriate communication tools and a profound knowledge of communication skills. The benefits of an effective medical consultation are many, as patients' satisfaction with the health services provided ensures a better level of health and well-being of individuals, while preventing countless chain effects on the quality and efficiency of health systems. Undergraduate and postgraduate training of doctors, as well as progress in research, will be crucial in the effort to improve the level of communication, so that there is evidence-based results of studies which will highlight the communicative behaviors associated with the positive outcome of the disease and demonstrate how effective the communication is linked to better health.

Keywords: therapeutic alliance, biomedical model, patient centered care, forms of communication in health care, communication barriers in health care, doctors communication skills, communication protocols in health care, empathy, medical errors, media and health, e-health.

Most people say that it is the intellect
which makes a great scientist.
They are wrong: it is character”.

Albert Einstein

«Οι περισσότεροι άνθρωποι λένε
ότι η νοημοσύνη είναι αυτό που κάνει
έναν μεγάλο επιστήμονα.
Κάνουν λάθος: είναι ο χαρακτήρας».

Albert Einstein

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	vii
ABSTRACT	ix
Κατάλογος διαγραμμάτων.....	xv
Κατάλογος γραφημάτων.....	xvi
Συντομογραφίες/ Abbreviations.....	xviii
Πρόλογος.....	1
Εισαγωγή.....	3
Κεφάλαιο 1^ο : Μεθοδολογία Έρευνας	
1.1 Εισαγωγή.....	5
1.2 Σκοπός και στόχοι της εργασίας.....	6
1.3 Υλικό Μέθοδος.....	7
Κεφάλαιο 2^ο : Ιστορική Αναδρομή	9
Κεφάλαιο 3^ο : Επικοινωνία	
3.1 Εισαγωγή στην έννοια της επικοινωνίας.....	15
3.2 Ορισμός της έννοιας της επικοινωνίας.....	15
3.3 Η επικοινωνία ως διαδικασία.....	16
3.4 Μορφές επικοινωνίας.....	18
3.4.1 Λεκτική επικοινωνία.....	19
3.4.2 Μη λεκτική επικοινωνία.....	21
3.5 Εμπόδια επικοινωνίας.....	25
3.6 Δεξιότητες επικοινωνίας.....	29
3.6.1 Η ενεργητική ακρόαση.....	32
Κεφάλαιο 4^ο : Ατομική θεώρηση της υγείας και της αρρώστιας	
4.1 Κοινωνικές αναπαραστάσεις.....	36

4.2 Η υγεία και η ασθένεια υπό το πρίσμα των ασθενών.....	38
4.2.1 Αξίες και αντιλήψεις.....	38
4.2.2 Η βιολογική διάσταση της ασθένειας.....	39
4.2.3 Η κοινωνική διάσταση της ασθένειας.....	40
4.2.4 Η οικονομική διάσταση της ασθένειας.....	42
4.2.5 Η ψυχολογική διάσταση της ασθένειας.....	43
4.2.6 Η πολιτισμική και η θρησκευτική διάσταση της ασθένειας.....	43
4.3 Η υγεία και η ασθένεια υπό το πρίσμα των γιατρών.....	44
4.3.1 Αξίες και αντιλήψεις.....	44
4.3.2 Η ιατρική εκπαίδευση.....	45
4.4 Μοντέλα ερμηνείας της υγείας και της ασθένειας. Η επιρροή τους στη σχέση και την επικοινωνία γιατρού-ασθενή.....	46

Κεφάλαιο 5^ο : Επικοινωνία γιατρού-ασθενή

5.1 Θεωρητικές προσεγγίσεις της σχέσης γιατρού-ασθενή.....	51
5.1.1 Η σχέση γιατρού-ασθενή ως σχέση κοινής συναίνεσης.....	51
5.1.2 Η σχέση γιατρού-ασθενή ως σχέση συγκρούσεων.....	54
5.1.3 Η σχέση γιατρού-ασθενή ως σχέση διαπραγμάτευσης.....	55
5.2 Η Συνάντηση γιατρού-ασθενή.....	55
5.2.1 Πριν από τη συνάντηση με το γιατρό.....	56
5.2.2 Η συνάντηση γιατρού-ασθενή.....	59
5.3 Λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία γιατρού-ασθενή.....	60
5.3.1 Λεκτική επικοινωνία γιατρού-ασθενή.....	60
5.3.2 Μη λεκτική επικοινωνία γιατρού-ασθενή.....	63
5.4 Τα οφέλη της αποτελεσματικής επικοινωνίας γιατρού-ασθενή.....	70
5.5 Ο μηχανισμός σύνδεσης της επικοινωνίας γιατρού-ασθενή με βελτιωμένα αποτελέσματα υγείας.....	75

Κεφάλαιο 6^ο : Εμπόδια επικοινωνίας γιατρού-ασθενή81

Κεφάλαιο 7^ο : Δεξιότητες επικοινωνίας

7.1 Επικοινωνιακές δεξιότητες γιατρών.....	89
7.2 Η εκπαίδευση των γιατρών στις δεξιότητες επικοινωνίας.....	103
7.3 Πρωτόκολλα επικοινωνίας κατά την άσκηση της κλινικής ιατρικής.....	107

7.4 Οδηγοί παρατήρησης.....	118
7.4.1 Οδηγός παρατήρησης Calgary- Cambridge.....	119
7.4.2 Το πλαίσιο Seque.....	121
7.5 Επικοινωνία γιατρού-ασθενή και ιατρικά λάθη.....	124

Κεφάλαιο 8^ο : Η επικοινωνία δυσάρεστων νέων και η επίδρασή της στη θεραπευτική σχέση και την έκβαση του τελικού αποτελέσματος	129
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Κεφάλαιο 9^ο : Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης και η επίδρασή τους στη θεραπευτική σχέση.....	137
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Κεφάλαιο 10^ο : Πανελλαδική έρευνα για την επικοινωνία γιατρών ασθενών γιατρού, τον αλφαριθμητισμό στην υγεία και τη συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων	151
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Κεφάλαιο 11^ο : Τα δικαιώματα των ασθενών.....	169
-----------------------------------------------------------------	-----

Κεφάλαιο 12^ο : Συζήτηση.....	175
------------------------------------------------	-----

Κεφάλαιο 13^ο : Συμπεράσματα.....	179
----------------------------------------------------	-----

Επίλογος.....	182
----------------------	-----

.

Βιβλιογραφία.....	185
--------------------------	-----

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1.1: Μοντέλο επικοινωνίας Shannon- Weaver's.....	17
Διάγραμμα 1.2: Οδηγός παρατήρησης Calgary- Cambridge.....	123
Διάγραμμα 1.3: Η καμπύλη του άγχους που βιώνει ο γιατρός και ο ασθενής στη συζήτηση άσχημων ειδήσεων από τους Ptacek και Eberhardt.....	136

Κατάλογος Γραφημάτων

Γράφημα 10.1: Συχνότητα ιατρικών επισκέψεων για χρόνια ή παροδικό νόσημα ανά φύλο και ηλικία.....	152
Γράφημα 10.2: Αιτίες μη πραγματοποίησης ιατρικών επισκέψεων ασθενών που πάσχουν από χρόνια ή παροδικό νόσημα ανά φύλο.....	153
Γράφημα 10.3: Συχνότητα διακοπής των ασθενών από τους γιατρούς όταν μιλούν.....	154
Γράφημα 10.4: Ποσοστό ανταπόκρισης των γιατρών στη χρονική διάρκεια που επιθυμούν οι ασθενείς να έχει η διαβούλευση.....	154
Γράφημα 10.5: Ποσοστό εμπιστοσύνης στο πρόσωπο του γιατρού.....	155
Γράφημα 10.6: Ποσοστό ειλικρινούς έκφρασης των ασθενών για τα θέματα υγείας που τους απασχολούν.....	155
Γράφημα 10.7: Συχνότητα ανάλυσης των ιατρικών εξετάσεων από τους γιατρούς.....	156
Γράφημα 10.8: Συχνότητα επεξήγησης από τους γιατρούς του τρόπου λήψης της φαρμακευτικής αγωγής.....	157
Γράφημα 10.9: Συχνότητα αναφοράς από τους γιατρούς των παρενεργειών και των ανεπιθύμητων ενεργειών της φαρμακευτικής αγωγής.....	157
Γράφημα 10.10: Ποσοστό χρήσης ιατρικής ορολογίας κατά την ιατρική συνάντηση.....	158
Γράφημα 10.11: Συχνότητα ανατροφοδότησης κατά την ιατρική συνάντηση.....	159
Γράφημα 10.12: Συχνότητα χρήσης εικόνων και γραφημάτων για την κατανόηση των πληροφοριών από τους ασθενείς.....	159

Γράφημα 10.13: Συχνότητα επικοινωνίας με το γιατρό μετά την απομάκρυνση των ασθενών από το χώρο της διαβούλευσης.....	160
Γράφημα 10.14: Ποσοστό ασθενών που διαβάζουν και κατανοούν τα αποτελέσματα των ιατρικών εξετάσεων.....	161
Γράφημα 10.15: Ποσοστό ασθενών που διαβάζει τις οδηγίες στο κουτί των φαρμάκων.....	161
Γράφημα 10.16: Ικανότητα ασθενών για ανταπόκριση στις επιπλοκές της ασθένειας.....	162
Γράφημα 10.17: Ικανότητα ασθενών για ορθή επιλογή ιατρικής ειδικότητας αντίστοιχης του προβλήματος υγείας τους.....	163
Γράφημα 10.18: Ικανότητα ασθενών για ορθή επιλογή ιατρικής ειδικότητας σε περίπτωση επείγοντος.....	163
Γράφημα 10.19: Συχνότητα ορθής αξιολόγησης ασθενών για αναζήτηση δεύτερης ιατρικής γνώμης.....	164
Γράφημα 10.20: Ικανότητα ασθενών για ορθή συμπλήρωση ιατρικών εντύπων.....	165
Γράφημα 10.21: Ποσοστό ασθενών που λαμβάνουν σωστά τη φαρμακευτική αγωγή.....	165
Γράφημα 10.22: Συχνότητα λήψης σημαντικών ιατρικών αποφάσεων από το γιατρό.....	166
Γράφημα 10.23: Συχνότητα επίδρασης διαφορετικών παραγόντων στην αποκατάσταση και τη διατήρηση της υγείας.....	167
Γράφημα 10.24: Ποσοστό εγκατάλειψης του γιατρού λόγω δυσαρέσκειας ανά φύλο και ποσοστό αναφοράς διαγνωσμένου ιατρικού λάθους ανά φύλο.....	167

Συντομογραφίες

- 1) ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
- 2) ΟΗΕ: Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών
- 3) ΗΠΑ: Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
- 4) ΜΜΕ: Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης

Abbreviations

- 1) WHO: Alcohol-Impaired Driving
- 2) ACGME: Accreditation Council for Graduate Medical Education
- 3) MERIS: Medical Error Reporting Information System
- 4) HIT: Healthy Information Transfer
- 5) CAWI: Computer Assister Web Interviews
- 6) Web- CATI: Computer Assisted Telephone Interviews
- 7) UNESCO: United Nations Educational Scientific and Cultural Organization

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η συγκεκριμένη εργασία διεξήχθη στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών στη Γενική Κατεύθυνση της Δημόσιας Υγείας του Τμήματος Πολιτικών Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής.

Η επιλογή του θέματος έγινε μετά από συζήτηση με την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου και την ουσιαστική καθοδήγησή της, καθώς η ορθότητα της επιλογής θα αποτυπώνονταν στη συγγραφή. Η επαγγελματική μου ενασχόληση με τον τομέα της υγείας και η περιέργειά μου να διερευνήσω τα βαθύτερα αίτια της κρίσης στις σχέσεις γιατρών ασθενών, αλλά και κατά πόσο αυτή επηρεάζει την επιτυχή έκβαση της θεραπείας και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, αποτέλεσαν τους κυριότερους παράγοντες που με ώθησαν να μελετήσω και να εκπονήσω τη συγκεκριμένη διπλωματική εργασία με θέμα: « Η επικοινωνία γιατρού-ασθενή και η επίδρασή της στη θεραπευτική σχέση».

Η μελέτη αυτή ενδεχομένως να μην κατάφερε να αποδώσει πλήρως τη σπουδαιότητα της ουσιαστικής επικοινωνίας στη σχέση γιατρού-ασθενή και τη συσχέτισή της με την επιτυχή έκβαση της θεραπείας και την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας. Αποτελεί όμως ένα σημαντικό βήμα στην προσπάθεια που γίνεται προκειμένου όσοι ασχολούνται με τη χάραξη πολιτικών υγείας να κατανοήσουν τον καθοριστικό ρόλο της επικοινωνίας και την αναγκαιότητα της εκπαίδευσης και της εξοικείωσης των γιατρών με τις επικοινωνιακές δεξιότητες, καθώς και της βελτίωσης του επιπέδου αλφαριθμητισμού των ατόμων των σύγχρονων κοινωνιών. Στην προσπάθειά μου να αναδειχθεί η σημερινή πραγματικότητα, η συγγραφή μου βασίστηκε κυρίως στην ξενόγλωσση βιβλιογραφία και σε έγκυρες διαδικτυακές πηγές, εξαιτίας της περιορισμένης ελληνικής βιβλιογραφίας. Η εκτενής αναφορά και ανάλυση των λιγοστών αξιόπιστων ελληνικών δεδομένων που θα παρατηρήσει κανείς, απορρέει από την ηθική μου υποχρέωση απέναντι σε εκείνους που ασχολήθηκαν με το συγκεκριμένο θέμα και θέλησαν να συνδράμουν στην βελτίωση των συστημάτων υγειονομικής φροντίδας.

Πριν την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της εν λόγω μελέτης, νιώθω την επιθυμία και την υποχρέωση να ευχαριστήσω ολόψυχα την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, Δρ. Έφη Σίμου γιατί με τη βοήθεια, την καθοδήγηση και τις πολύτιμες συμβουλές της έκανε το δύσβατο μονοπάτι της συγγραφής, συναρπαστικό. Επίσης, συνετέλεσε στην εξέλιξή μου σε προσωπικό, πνευματικό και εργασιακό επίπεδο.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω το σύζυγο και τα παιδιά μου για τη συμπαράσταση και κυρίως για το κουράγιο που μου έδιναν όλο αυτό το διάστημα. Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω ένα μεγάλο ευχαριστώ στους γονείς μου και ιδιαίτερα στην αγαπημένη μου μητέρα γιατί με στήριζε κάθε φορά που με λύγιζαν η κούραση και οι υποχρεώσεις τις καθημερινότητας και κυρίως γιατί με έμαθε να κυνηγάω και να κάνω πραγματικότητα τα όνειρά μου!

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σπουδαιότητα της σχέσης γιατρού-ασθενή ανάγεται στην αρχαιότητα. Ο Ιπποκράτης είχε δώσει ιδιαίτερη έμφαση στη συμβολή του κοινωνικού περιβάλλοντος ως έναν από τους κύριους αιτιολογικούς παράγοντες πρόκλησης της ασθένειας και στη δημιουργία ισχυρού θεραπευτικού δεσμού ως ένα από τα κύρια θεραπευτικά εργαλεία για την αποκατάσταση της υγείας. Απαραίτητο συστατικό για την εδραίωση ελκρινούς σχέσης ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή αποτελεί η αποτελεσματική επικοινωνία. Η επιτυχημένη επικοινωνία είναι μία πολύπλοκη και πολυδιάστατη διαδικασία καθώς δεν εξαρτάται μόνο από τις δεξιότητες και τις κλινικές γνώσεις των γιατρών, αλλά και από τη φύση της διαπροσωπικής σχέσης που θα αναπτυχθεί με τους ασθενείς κατά τη διεξαγωγή της ιατρικής διαβούλευσης. Η σημαντικότητα του ρόλου της επικοινωνίας στη θεραπευτική συμμαχία έχει αποδειχθεί μέσα από καταγεγραμμένα ερευνητικά αποτελέσματα που καταδεικνύουν την επίδρασή της τόσο στη διαμόρφωση του βαθμού ικανοποίησης των γιατρών και των ασθενών, όσο και στην έκβαση του τελικού αποτελέσματος.

Στην παρούσα εργασία επιχειρείται η διερεύνηση της θεραπευτικής σχέσης γιατρού-ασθενή και η συμβολή της στην επιτυχία του θεραπευτικού σχεδίου και την αποκατάσταση της υγείας. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογική προσέγγιση του θέματος. Στο δεύτερο και στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται μία γενική αναφορά στην ιστορική εξέλιξη της σχέσης γιατρού-ασθενή, καθώς και μία διεξοδική ανάλυση της έννοιας της επικοινωνίας, των εμποδίων που παρουσιάζονται αλλά και των τεχνικών που απαιτούνται για μία αποτελεσματική επικοινωνιακή διαδικασία. Στο τέταρτο κεφάλαιο καταγράφονται οι διαφορετικές ατομικές θεωρήσεις γύρω από την υγεία και την ασθένεια, ενώ στο πέμπτο κεφάλαιο ακολουθεί διεξοδική αναφορά στις θεωρητικές προσεγγίσεις των ασθενών και των γιατρών γύρω από το φυσιολογικό και την απόκλιση από αυτό και στο βαθμό που αυτές επιδρούν και καθορίζουν την πορεία της θεραπευτικής συμμαχίας. Έπειτα αναλύονται τα χαρακτηριστικά της ιατρικής συνεδρίας και τα οφέλη της αποτελεσματικής επικοινωνίας για αμφότερους τους συμμετέχοντες. Γίνεται επίσης μία προσπάθεια σύνδεσης της ουσιαστικής επικοινωνίας με τα θετικά θεραπευτικά αποτελέσματα και την καλή υγεία όπως αυτή προκύπτει από τα διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα.

Ακολούθως, στο έκτο κεφάλαιο αναλύονται τα προβλήματα στη σχέση γιατρού-ασθενή και στο έβδομο κεφάλαιο δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στις επικοινωνιακές δεξιότητες των γιατρών και στο βαθμό που αυτές συμβάλουν στην εδραίωση ισχυρής θεραπευτικής σχέσης. Επιπρόσθετα, γίνεται μία σύντομη αναφορά στα επικοινωνιακά πρωτόκολλα, στους οδηγούς παρατήρησης και στα ιατρικά λάθη ως απόρροια της κακής επικοινωνίας μεταξύ γιατρού-ασθενή. Στο όγδοο κεφάλαιο παρατίθεται ο τρόπος επικοινωνίας δυσάρεστων νέων. Επίσης, δε θα μπορούσε να παραληφθεί η καταγραφή της συμβολής των μέσων κοινωνικής δικτύωσης στον τομέα της υγείας και η επιρροή τους στη θεραπευτική σχέση στο κεφάλαιο που ακολουθεί. Άξια καταγραφής κρίθηκαν η πανελλήνια έρευνα για την επικοινωνία ιατρών ασθενών, τον αλφαριθμητισμό στην υγεία και τη συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων που πραγματοποιήθηκε από το Ινστιτούτο Επικοινωνίας και Αλφαριθμητισμού στην Υγεία και τα MME (HIT), στο πλαίσιο της δεύτερης φάσης της εκστρατείας ενημέρωσης του Med&Me από την επιστημονική υπεύθυνη και πρόεδρο του Ινστιτούτου Δρ. Σίμου Ε. στο δέκατο κεφάλαιο και τέλος, στο ενδέκατο κεφάλαιο καταγράφονται τα δικαιώματα των ασθενών αφού η ενίσχυση της θέσης τους συνέβαλε καθοριστικά στον επαναπροσδιορισμό της σχέσης γιατρού-ασθενή. Τα τρία τελευταία κεφάλαια περιλαμβάνουν τη συζήτηση και τα συμπεράσματα, όπως αυτά προκύπτουν από την ανάλυση του θέματος και κλίνοντας παρατίθενται κάποιες σκέψεις της συγγραφέως.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΗΤΑ ΜΕΛΕΤΗΣ - ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΈΡΕΥΝΑΣ

1.3 Εισαγωγή

Η σχέση γιατρού-ασθενή είναι μία πολύπλοκη σχέση και επηρεάζεται από ένα πλήθος εξωγενών και ενδογενών παραγόντων που παρουσιάζονται κατά τη διεξαγωγή της ιατρικής συνεδρίας. Παράγοντες όπως η φύση και η σοβαρότητα του νοσήματος, οι διαφορετικές αντιλήψεις για την υγεία και την ασθένεια, τα διαφορετικά χαρακτηριστικά των προσωπικοτήτων που μετέχουν στη συνάντηση, οι αντιθέσεις στις ατομικές θεωρήσεις και απόψεις, οι προηγούμενες εμπειρίες των ασθενών από την επαφή τους με το σύστημα παροχής υγειονομικής φροντίδας, η ελλιπής κατάρτιση και εξάσκηση των γιατρών στις επικοινωνιακές δεξιότητες, καθώς και η περιορισμένη κλινική τους εμπειρία, η ταλαιπωρία που πηγάζει από τα κατακερματισμένα συστήματα υγείας, η μικρής διάρκειας ιατρική συνεδρία και ο τόπος διεξαγωγής της μπορούν να οριοθετήσουν εξ αρχής τη θεραπευτική σχέση σε ένα περιορισμένο πλαίσιο με προδιαγεγραμμένη πορεία. Ωστόσο, η εδραίωση ειλικρινούς σχέσης, η διαμόρφωση κλίματος αμοιβαίας κατανόησης και εμπιστοσύνης, η διαφύλαξη του σεβασμού της προσωπικότητας και των απόψεων των συνομιλητών, η παρακίνηση για ενεργό συμμετοχή και εύρεση κοινά αποδεκτών θεραπευτικών επιλογών και η από κοινού λήψη της τελικής απόφασης είναι συστατικά που μπορούν να οδηγήσουν στη θετική έκβαση της διαβούλευσης και κατ' επέκταση στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της νόσου.

Η μοναδικότητα της σχέσης γιατρού-ασθενή επιβάλλει κάθε φορά την εξατομικευμένη προσέγγιση των ασθενών και την ολιστική αντιμετώπιση των προβλημάτων τους. Πλήθος λεκτικών και μη λεκτικών σημάτων λαμβάνουν χώρα και καθορίζουν τη σχέση που θα εδραιωθεί μεταξύ τους και τον τρόπο που αυτή θα εξελιχθεί και θα επηρεάσει το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Η προσέγγιση του ασθενή με ενσυναίσθηση δημιουργεί αίσθημα ασφάλειας, διευκολύνει την κατανόηση της φύσης της ασθένειάς του, την αποδοχή του νοσήματος και την τήρηση του θεραπευτικού σχεδίου. Η επικράτηση του βιοϊατρικού μοντέλου στον ιατρικό χώρο για αρκετές δεκαετίες, επέφερε σημαντικό πλήγμα στη σχέση του γιατρού με τον ασθενή. Για να

ξεπεραστούν οι όποιες προκαταλήψεις και τα κατάλοιπα περασμένων δεκαετιών θα πρέπει να γίνουν φιλότιμες προσπάθειες από όλους τους εμπλεκόμενους στη θεραπευτική διαδικασία. Θα πρέπει επίσης να δοθεί ιδιαίτερη βάση στο ερευνητικό πεδίο, ώστε να υπάρχουν επιστημονικά τεκμηριωμένα αποτελέσματα που να αποδεικνύουν τους ακριβείς μηχανισμούς σύνδεσης της ουσιαστικής επικοινωνίας με την καλή υγεία και τη θετική έκβαση του θεραπευτικού αποτελέσματος.

1.2 Σκοπός και στόχοι της εργασίας

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη της ιδιαίτερης σχέσης που αναπτύσσεται ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή κατά την ιατρική συνάντηση και ο ρόλος της επικοινωνίας στην εδραίωση ισχυρής θεραπευτικής συμμαχίας. Η σημαντικότητα του θέματος ανάγεται στην κρίση που περνά τα τελευταία χρόνια η συγκεκριμένη σχέση και στην αναγκαιότητα τόσο των γιατρών όσο και των ασθενών για τη δημιουργία λειτουργικών και ανθρώπινων σχέσεων.

Στόχος της μελέτης είναι η διερεύνηση του ρόλου της επικοινωνίας στη σύναψη ισχυρού θεραπευτικού δεσμού, καθώς και η καταγραφή των διαφορετικών θεωρητικών προσεγγίσεων της έννοιας της υγείας και της ασθένειας και πώς αυτές επιδρούν στη θεραπευτική σχέση. Επίσης, επιχειρείται η καταγραφή των παραγόντων που δυσχεραίνουν την επικοινωνιακή διαδικασία και παρεμποδίζουν την ενεργό συμμετοχή του ασθενή στη διαβούλευση, την από κοινού λήψη της τελικής απόφασης και τη συμμόρφωση του ασθενή στο προτεινόμενο θεραπευτικό σχήμα. Σημαντικό στόχο επίσης αποτελεί η καταγραφή του ρόλου της ενσυναίσθησης και του μηχανισμού σύνδεσης της αποτελεσματικής επικοινωνίας με βελτιωμένα αποτελέσματα της υγείας. Τελικό στόχο αποτελεί η διατύπωση της αναγκαιότητας για συνεχιζόμενη εκπαίδευση των ιατρών μέσα από μαθήματα και δραστηριότητες ανθρωπιστικού χαρακτήρα που θα καταδεικνύουν την αξία και το μεγαλείο της προσφοράς στον συνάνθρωπο.

1.3 Υλικό και μέθοδος

Στις μέρες μας ο ρυθμός με τον οποίο παράγεται και διαχέεται η επιστημονική γνώση είναι ταχύτατος. Ο όγκος της διαθέσιμης πληροφορίας εξαιτίας της προόδου στον τομέα της έρευνας και της τεχνολογίας έχει οδηγήσει στην εξέλιξη της ανθρώπινης γνώσης, αλλά η πληθώρα των δημοσιεύσεων και των βιβλιογραφικών δεδομένων, καθιστά επιτακτική την ανάγκη διασφάλισης της ποιότητας των επιστημονικών δημοσιεύσεων. Η βέλτιστη τρέχουσα μέθοδος προκειμένου να συνοψίσει κανείς τα βιβλιογραφικά δεδομένα είναι η συστηματική ανασκόπηση. Πιο συγκεκριμένα η συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση αποτελεί σημαντικό εργαλείο αντικειμενικής προσέγγισης της τρέχουσας βιβλιογραφίας, συμβάλλει στη σύνοψη και την κριτική ανάλυση των αποτελεσμάτων των πρωτογενών μελετών και βοηθά στην αποκάλυψη πεδίων που ενδέχεται η έρευνα να είναι ελλιπής.

Η συγγραφή και η διεξαγωγή μίας συστηματικής ανασκόπησης διέπεται από συγκεκριμένες αρχές, τις οποίες πρέπει να ακολουθούν οι ερευνητές, προκειμένου ελαχιστοποιούνται τα σφάλματα και να εξάγουν έγκυρα συμπεράσματα. Οι αρχές αυτές είναι οι εξής :

- Σαφής διατύπωση του ερευνητικού ερωτήματος.
- Προσδιορισμός των κριτηρίων εισόδου και αποκλεισμού.
- Αναζήτηση και εντοπισμός της σχετικής με το θέμα βιβλιογραφίας.
- Αξιολόγηση και επιλογή της βιβλιογραφίας.
- Καταγραφή και σύνθεση των δεδομένων.
- Παρουσίαση και ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

Για την ανάλυση του κυρίως μέρους της παρούσας εργασίας χρησιμοποιήθηκε η ενδεδειγμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση. Προκειμένου να αποσαφηνιστούν οι κύριες έννοιες και το περιεχόμενο του θέματος η αναζήτηση συμπεριέλαβε πραγματικές αλλά και ηλεκτρονικές πηγές, ενώ τα προκαθορισμένα κριτήρια ένταξης και αποκλεισμού βοήθησαν στην επιλογή των καλύτερων μεθοδολογικά σχεδιασμένων μελετών που έχουν δημοσιευτεί στην ελληνική και ξένη βιβλιογραφία, καθώς και σε έγκυρες πηγές ηλεκτρονικών ιστοσελίδων.

Στην παρούσα βιβλιογραφική μελέτη η ανασκόπηση επικεντρώνεται στην έρευνα που δημοσιεύθηκε κατά βάση μετά το 2006. Για την ανάπτυξη του θέματος οι βάσεις δεδομένων Scopus, Web of Knowledge, PubMed και Google Scholar αποτέλεσαν τις κύριες πηγές άντλησης των πληροφοριών που σχετίζονται με το θέμα.

Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν περιελάμβαναν τους όρους therapeutic alliance, patient centered care, forms of communication, communication barriers in health care, doctors communication skills, communication protocols in health care, patient satisfaction, empathy, medical errors, media and health, e-health.

Από την αναζήτηση αυτή αρχικά αντλήθηκε ένας τεράστιος όγκος μελετών. Με τη βοήθεια των κριτηρίων αποκλεισμού που τέθηκαν εξ αρχής, από τα 227 άρθρα απορρίφθηκαν τα 152 λόγω τίτλου. Από τα 75 εναπομείναντα άρθρα μετά από τη μελέτη των περιλήψεων και του πλήρους κειμένου, κρίθηκαν κατάλληλα να συμπεριληφθούν στην παρούσα μελέτη τα 34 εξ' αυτών. Επίσης, στη μελέτη συμπεριλήφθηκε το ελληνόγλωσσο βιβλίο : Σίμου, Ε. (2017). Επικοινωνία γιατρού-ασθενούς. Ένας Πρακτικός Οδηγός Δεξιοτήτων Επικοινωνίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2ο

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Από το σύνολο των επιτευγμάτων και των κατακτήσεων του ανθρώπου, η ιατρική ως τέχνη και ως επιστήμη απέκτησε ιδιαίτερο κύρος, διότι ασχολήθηκε ουσιαστικά με τη ζωή και το θάνατο, φαινόμενα που για πολλά χρόνια παρέμεναν ανεξήγητα. Σε όλες τις εξελικτικές φάσεις της ζωής του ανθρώπου η αρρώστια ήταν ένα συνταρακτικό γεγονός. Προκειμένου οι άνθρωποι να υπερβούν τον θάνατο και τη φθορά στηρίχτηκαν στους θεούς, στους μάντεις, στους ιερείς, στους μάγους, στους τυχοδιώκτες και τέλος στους επιστήμονες ιατρούς. Οι στάσεις και οι αντιλήψεις των ανθρώπων για την υγεία και την αρρώστια διαμορφώνονται κάθε φορά ανάλογα με τις πολιτισμικές και κοινωνικές επιρροές τους, καθώς τα κοινωνικά και πολιτισμικά δρώμενα έχουν παραδοσιακά την τάση να διαμορφώνουν συνειδήσεις. Έτσι βλέπουμε σταδιακά τη μετάβαση από τον πατερναλιστικό χαρακτήρα της ιατρικής στην ορθολογική και συνειδητή επιλογή των ατόμων, τα οποία μπορούν να λαμβάνουν αποφάσεις αυτόνομα για τη στάση τους απέναντι στην υγεία και την αρρώστια.

Η μετάβαση από το πατερναλιστικό στο ανθρωποκεντρικό μοντέλο σαφώς επηρέασε και τη σχέση του ιατρού με τον ασθενή του. Στο πέρασμα των αιώνων η σχέση αυτή πέρασε από πολλά στάδια, τα οποία χαρακτηρίζονται από την απόλυτη υποταγή του ασθενή στον γιατρό του μέχρι και την πλήρη ανυπακοή του στις ιατρικές συστάσεις και την αντιμετώπιση του ιατρικού επαγγέλματος με καχυποψία, αμφισβήτηση και φόβο. Η σχέση γιατρού-ασθενή είναι μία πολύπλοκη σχέση και δεν αποτελεί αντικείμενο μελέτης των τελευταίων ετών, αλλά απασχόλησε τον άνθρωπο από την προϊστορική περίοδο. Διαπιστώνεται λοιπόν μέσα από μία σύντομη αναδρομή στο παρελθόν ότι ενώ ο κόσμος λάτρευε, σεβόταν και ακολουθούσε πιστά τις ιατρικές υποδείξεις, με την πάροδο των ετών δημιουργήθηκε ένα αγεφύρωτο χάσμα ανάμεσά τους. Ο γιατρός απομυθοποιήθηκε και η ιατρική από λειτούργημα έγινε επάγγελμα.

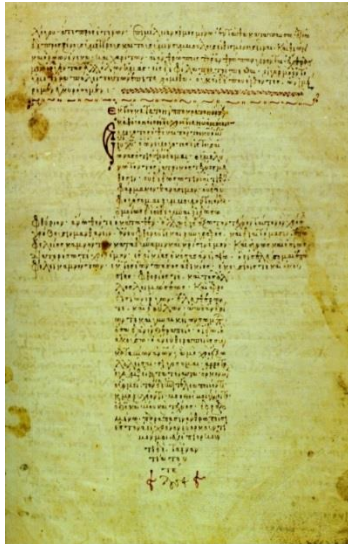
Ξεκινώντας από τον πρωτόγονο άνθρωπο παρατηρείται ότι η αδυναμία του να εξηγήσει τα φαινόμενα και τα αντικείμενα της φύσης, καθώς και τα φαινόμενα της αρρώστιας, της ζωής και του θανάτου, τον οδήγησε να εναποθέσει τις ελπίδες του για την ερμηνεία των φαινομένων αυτών στους μάγους. Επειδή εκείνη την εποχή

επικρατούσε η αντίληψη ότι η αρρώστια οφείλεται σε κάποια ανώτερη πνευματική δύναμη και υπό τον φόβο του θανάτου, οι μάγοι είχαν πλήρη ελευθερία πάνω στο ανθρώπινο σώμα προκειμένου να εξουδετερώσουν τα πνεύματα αυτά, να το απαλλάξουν από τα δαιμόνια που το είχαν κυριεύσει και να το θεραπεύσουν (Blum,1960). Κατά τη μυθική αρχαιότητα η νόσος θεωρείται θεόσταλη και προκαλείται από τα δηλητηριώδη βέλη που εκτοξεύουν οι θεοί στους ανθρώπους. Η θεραπεία γίνεται από θνητούς οι οποίοι επιλέγονται να ανακουφίσουν όσους έχουν χτυπηθεί από τα θεϊκά βέλη. Η ιατρική γνώση, η ασθένεια και η θεραπεία είναι προνόμιο των θεών, των ημίθεων και των ηρώων. Η τύχη των ανθρώπων είναι αποκλειστικά στα χέρια τους. Ο Όμηρος εκτιμά τόσο το γιατρό που τον τοποθετεί σε περίοπτη θέση στα έργα του. Τον 6^ο αιώνα περίπου η θεοκρατική θεώρηση για τη γένεση της νόσου, αντικαθίσταται από φιλοσοφικές αντιλήψεις και πρακτική έρευνα.

Ακολουθεί ο Χρυσός αιώνας του Περικλή, ένας αιώνας που συνδέεται με το απόγειο του ελληνικού πολιτισμού και χαρακτηρίζεται από έντονο διανοητικό προβληματισμό. Είναι η εποχή που σε όλη τη χώρα άκμαζαν τα Ασκληπεία διότι ως κύρια θεραπεία της νόσου θεωρείται ο εξαγνισμός του σώματος και της ψυχής από το θεόσταλο «κακό». Είναι η εποχή που έδρασε ο πατέρας της Ιατρικής, ο Ιπποκράτης. Σύμφωνα με τον Ιπποκράτη η ασθένεια δεν είναι αποτέλεσμα θεϊκής παρέμβασης, αλλά έχει λογικά αίτια και πρέπει να θεραπεύεται και λογικά. Πλησιάζει έτσι ανατριχιαστικά κοντά στο ανθρώπινο σώμα για την ενδελεχή μελέτη των κλινικών συμπτωμάτων. Ο ρόλος του ιατρού δεν περιορίζεται μόνο στην θεραπεία, αλλά περιλαμβάνει την κλινική εξέταση του ασθενούς, τη διάγνωση και τη στοχευμένη θεραπεία.

Ο Ιπποκράτης έσπασε το άβατο της ιατρικής και έκανε προσιτές τις ιατρικές γνώσεις σε μαθητές που δεν καταγόταν από την οικογένεια των Ασκληπιάδων, καθώς μέχρι τότε οι γνώσεις μεταδίδονταν μόνο εντός της οικογένειας, από τον πατέρα στο γιό. Εν μέρει βέβαια εδραίωσε με τον τρόπο αυτό την ιατρική ως τέχνη και ως επάγγελμα. Ήταν ένθερμος οπαδός της Προληπτικής ιατρικής και έβαλε τις βάσεις για τη Μαιευτική, τη Χειρουργική, την Ψυχιατρική, την Αναισθησιολογία και άλλες ειδικότητες της ιατρικής.

Αν και πρωτοπόρος για την εποχή του δεν κατάφερε ούτε αυτός να ξεφύγει από το πατερναλιστικό χαρακτήρα της ιατρικής και συνέχισε την παράδοση που ίσχυε μέχρι τότε. Αυτό διαφαίνεται ξεκάθαρα μέσα από τα έργα της ιπποκρατικής συλλογής όπου



ο γιατρός έχει όλη την ευθύνη για τον ασθενή, καθώς μετά από πολυετή εκπαίδευση και εμπειρία μόνο αυτός γνώριζε το πραγματικό καλό του. Στο έργο του «Περί Τέχνης» υπάρχει η παρότρυνση να μην ασχολούνται οι ιατροί με ανίατες ασθένειες, ενώ στο «Περί Ιερής Νόσου» αφήνεται να εννοείται ότι οι επιληπτικοί θα πρέπει να είναι κοινωνικά απομονωμένοι. Στο σημαντικότερο από τα έργα του, στον «Όρκο» περιγράφονται με σαφή τρόπο οι ηθικές και δεοντολογικές αρχές βάσει των οποίων πρέπει να

ασκείται το ιατρικό επάγγελμα και εκφωνείται μέχρι και σήμερα από τους μελλοντικούς γιατρούς (Pollak, 2005).

Κατά την Αλεξανδρινή ή Ελληνιστική περίοδο (3^{ος} π.Χ. αιώνας- 614 μ.Χ.) συνεχίζει να διαφυλάσσεται η αυθεντία του γιατρού και στον ίδιο ανήκει η αποκλειστική θεώρηση για το τι είναι καλό και τι όχι για τον ασθενή. Το 340π.Χ. συμβαίνει ένα κοσμοϊστορικό γεγονός, που ενισχύει ακόμα περισσότερο τον πατερναλιστικό χαρακτήρα της ιατρικής. Μελετάται η ανατομία του ανθρώπινου σώματος σε νεκρό άνθρωπο, κάτι που μέχρι τότε απαγορευόταν καθώς ο αρχαίος κόσμος το θεωρούσε «ύβρι» προς τον νεκρό, διότι υπήρχε η αντίληψη ότι η κατάτμηση του νεκρού ανθρώπινου σώματος θα εμπόδιζε το νεκρό να μεταβεί στον Άδη. Φυσικά υπήρχαν νομοθετικές ρυθμίσεις που όριζαν το καθηκοντολόγιο των γιατρών, τις αμοιβές και τα δικαιώματά τους, αλλά και τις ποινές. Ιδιαίτερη μνεία αξίζει να γίνει στην περίοδο της Αυτοκρατορίας του Βεσπασιανού- Τραϊανού- Ανδριανού όπου νομοθετήθηκε η πλήρης ασυλία των ιατρών (Pollak, 2005).

Συνεχίζοντας την ιστορική αναδρομή παρατηρούμε ότι κατά τη Χριστιανική περίοδο κυριαρχεί η αντίληψη ότι οι σωματικές διαταραχές προέρχονται από τον Θεό ως προμελετημένη παρέμβαση για την τιμωρία του ανθρώπου για την ηθική ή πνευματική του έκπτωση αλλά και για τις αμαρτίες του. Ο Θεός στέλνει την αρρώστια και τη θεραπεία στον άνθρωπο. Η τακτική Του αυτή έχει παιδαγωγικό χαρακτήρα προκειμένου να επαναφέρει τον άνθρωπο στο δρόμο Του, ενώ οι δοκιμασίες έχουν απώτερο στόχο τη σωτηρία του. Με την έλευση του Χριστού στη γη το δόγμα αυτό καταρρίπτεται και η αρρώστια θεωρείται ως ένα δεινό στη ζωή του ανθρώπου από το οποίο πρέπει να απαλλαγεί με τη βοήθεια της ιατρικής επιστήμης.

Ο ίδιος ο Χριστός είναι ο θεραπευτής των σωμάτων και των ψυχών. Ο χριστιανισμός λοιπόν συνέχισε να διατηρεί τον πατερναλιστικό χαρακτήρα στην θεραπεία της αρρώστιας, αλλά έδωσε στην ιατρική και κοινωνικό χαρακτήρα, καθώς ο Χριστός θεράπευε ανεξαιρέτως όλους τους ασθενείς χωρίς να αμείβεται (Βλασσόπουλος, 2006).

Και ενώ μέχρι και το δεύτερο μεταχριστιανικό αιώνα που άκμαζε η ιατρική φιλοσοφία με άξιους εκπροσώπους τον Γαληνό και τον Ορειβάσιο επικρατούσε η αντίληψη ότι ο ιατρός είναι ο μόνος υπεύθυνος να αποφασίζει και να καθορίζει τη θεραπεία του ασθενή, διότι μόνο αυτός γνωρίζει πιο είναι το καλό του, άρα πρέπει να κάνει το καλύτερο που μπορεί για τον ασθενή του με μικρή έως ανύπαρκτη συμμετοχή του τελευταίου, ακολουθεί η περίοδος του Διαφωτισμού. Κατά την περίοδο του Διαφωτισμού γίνεται λόγος για τα ανθρώπινα δικαιώματα και την υποχρέωση διαφύλαξης της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Οι απόψεις πολλών φιλοσόφων επηρεάζουν και την ιατρική ηθική, καθώς μέχρι τότε η ιατρική επιστήμη ήταν εναρμονισμένη με το πατερναλιστικό πρότυπο που ήταν αντίθετο με τις θεωρίες περί σεβασμού και αυτονομίας του ατόμου. Υπέρμαχοι του σεβασμού και της προάσπισης των δικαιωμάτων και της ανθρώπινης αξιοπρέπειας υπήρξαν ο Γερμανός φιλόσοφος Kant που διακήρυττε ότι «ο άνθρωπος δεν έχει τιμή, αλλά αξία, την αξιοπρέπειά του» και ο Βρετανός φιλόσοφος Mill που ανέφερε χαρακτηριστικά ότι «το κράτος δε νομιμοποιείται να περιορίσει την ελευθερία του ατόμου για το ‘δικό του καλό’» (Σίμου, 2018).

Η αρχή της προστασίας των δικαιωμάτων και της αξιοπρέπειας του ανθρώπου υιοθετήθηκαν κατά τη θέσπιση των πρώτων Εθνικών Συνταγμάτων με τη σταδιακή επικράτηση της ανερχόμενης αστικής τάξης από τα τέλη του 18^{ου} αιώνα και κυρίως τον 19^ο αιώνα. Η καθοριστική όμως καμπή στην ιατρική ηθική που επηρέασε και τη σχέση του ιατρού με τον ασθενή του συνέβη μετά το τέλος του Β΄ Παγκοσμίου πολέμου, κατά τη διάρκεια του οποίου έλαβαν χώρα τα απεχθέστερα εγκλήματα. Ο Νόμος για την Πρόληψη των γενετικά ασθενών απογόνων που ψηφίστηκε στη ναζιστική Γερμανία το 1933, αλλά και η προσπάθεια κατασκευής βιολογικών όπλων από τον Ιαπωνικό Αυτοκρατορικό στρατό στη Μαντζουρία της Κίνας που οι δοκιμές γίνονταν σε αιχμάλωτους πολέμου ήταν κάποια από αυτά και είχαν σαν αποτέλεσμα έναν τρομακτικό απολογισμό. Εκατομμύρια άνθρωποι θανατώθηκαν στο όνομα της υγείας, της κοινωνίας, της φυλής και της επιστήμης.

Άρχισε λοιπόν τότε να διαφαίνεται ξεκάθαρα ότι η προστασία των ασθενών δεν εξασφαλίζεται πάντα από την αυτοδέσμευση των ιατρών. Μετά την ιστορική δίκη της Νυρεμβέργης, κρίθηκε αναγκαία η σύνταξη ενός διεθνούς νομικού πλαισίου για τη συμμετοχή των ανθρώπων στην επιστημονική έρευνα. Ο Κώδικας της Νυρεμβέργης ψηφίστηκε το 1949 και άλλαξε ριζικά τη σχέση του γιατρού με τον ασθενή του. Ο ιατρικός πατερναλισμός βρέθηκε στο στόχαστρο της ιατρικής ηθικής. Σε όλες τις διεθνείς συμφωνίες και συνθήκες που ψηφίστηκαν μετέπειτα διαφαίνεται ξεκάθαρα ότι η ασφαλέστερη εγγύηση προκειμένου οι ασθενείς να επωφεληθούν από τα επιτεύγματα της ιατρικής, είναι η ενεργός συμμετοχή των ίδιων των ασθενών σε όλα τα στάδια της θεραπευτικής διαδικασίας (Σίμου, 2018).

Παρότι όμως αναγνωρίστηκε το δικαίωμα του ασθενούς να γνωρίζει την πάθησή του και τις εναλλακτικές θεραπευτικές επιλογές, να είναι σε θέση να συναινεί για το θεραπευτικό σχήμα που θα ακολουθήσει και να δίνει τη συγκατάθεσή του για κάθε ιατρική πράξη, η μετάβαση από το πατερναλιστικό πρότυπο της ιατρικής στην αυτονομία των ασθενών δεν είναι εύκολη διαδικασία. Η ραγδαία ανάπτυξη στον κλάδο της διάγνωσης και της θεραπείας, η ιατρική εξειδίκευση, η δυσνόητη ιατρική ορολογία, η ιατρικοποίηση πολλών εκφάνσεων της κοινωνικής ζωής δίνει τη δυνατότητα στους γιατρούς να διατηρούν σε μεγάλο βαθμό την κυριαρχία τους έναντι των ασθενών.

Τέλος, φαίνεται ότι η σχέση γιατρού-ασθενή επηρεάστηκε σημαντικά από τις εξελίξεις στον τομέα των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης και κυρίως από την εισβολή του διαδικτύου στην καθημερινότητα της πλειοψηφίας των ανθρώπων των σύγχρονων κοινωνιών. Η ιατρική και επιστημονική γνώση είναι πλέον διάχυτη και πολύ εύκολα μπορεί κανείς να έχει πρόσβαση σε αυτή. Το διαδίκτυο έσπασε το ιατρικό κατεστημένο διότι η ορθολογική χρήση του από τους ασθενείς μπορεί να προσφέρει ενημέρωση και να δώσει εξηγήσεις και απαντήσεις σε θέματα που τους απασχολούν, αλλάζοντας ριζικά τη σχέση τους με το γιατρό. Οι ενημερωμένοι πλέον ασθενείς είναι περισσότερο απαιτητικοί και επιθυμούν τη συμμετοχή τους σε αποφάσεις που αφορούν την ασθένειά τους και τη θεραπεία της, ενώ συχνά εμφανίζονται ιδιαίτερα καχύποπτοι και δύσπιστοι απέναντι στο θεράποντα ιατρό τους και το πιθανό ενδιαφέρον που επιδεικνύει, γεγονός που δυσχεραίνει τη δημιουργία ισχυρού θεραπευτικού δεσμού. Τα δομικά συστατικά για μία λειτουργική σχέση που μπορεί να οδηγήσει στην επιτυχή έκβαση της θεραπευτικής διαδικασίας είναι η

ουσιαστική επικοινωνία και η εμπιστοσύνη. Άλλωστε, λίγη βοήθεια μπορεί να προσφέρει η ιατρική εάν ο γιατρός δεν εμπνεύσει τον ασθενή να τον εμπιστευτεί μέσω της αποτελεσματικής επικοινωνίας (Σίμου, 2018).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

3.1 Εισαγωγή στην έννοια της επικοινωνίας

Η επικοινωνία είναι συνδεδεμένη με την ανθρώπινη ύπαρξη. Πεδίο της ανθρώπινης επικοινωνίας αποτελούν οι σχέσεις των ανθρώπων. Οτιδήποτε γίνεται αντιληπτό από τις αισθήσεις μας, άλλοι άνθρωποι, ζώα, φυτά, αντικείμενα, εκπέμπουν σήματα, τα οποία μεταφέρουν μηνύματα. Τα μηνύματα μεταφέρονται μέσα από κανάλια επικοινωνίας και όταν γίνουν αντιληπτά από τον τελικό αποδέκτη μπορεί να επηρεάσουν τη συμπεριφορά του άμεσα ή σε βάθος χρόνου. Η πληροφορία που μεταδίδεται κάθε φορά χτίζει την κοσμοθεωρία του κάθε ατόμου και η σημασία της έγκειται στο αποτέλεσμα που έχει πάνω στο παραλήπτη (Παπατριανταφύλλου, 2008).

Πιο συγκεκριμένα, η επικοινωνία καλύπτει την ανάγκη για τη φυσική και κοινωνική επιβίωση των ατόμων και συντελεί στην ικανοποίηση των εσωτερικών αναγκών τους. Μέσω της επικοινωνίας τα άτομα είναι σε θέση να ανταλλάσσουν πληροφορίες και συμβολικά μηνύματα, να αισθάνονται ασφαλή, να σχετίζονται με άλλα άτομα, να μπορούν να εκφράζουν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους, να διευρύνουν το οπτικό τους πεδίο, να προσπαθούν να ερμηνεύσουν και να κατανοήσουν τον κόσμο, να κατανοούν καλύτερα τον εαυτό τους και τους άλλους, αλλά και να επηρεάζουν με τις απόψεις τους τους άλλους και όχι σπάνια να επιβάλλονται προκειμένου να πετύχουν την κοινωνική τους καταξίωση (Σίμου, 2017). Επίσης, τα άτομα επικοινωνούν για να κερδίσουν την υποστήριξη ή την έγκριση της συμπεριφοράς τους, προκειμένου να επιβεβαιωθούν ή να επιβάλλουν τις απόψεις τους. Κάθε άνθρωπος λοιπόν επικοινωνεί για πολλούς και διαφορετικούς λόγους ανάλογα με τις ανάγκες και τους σκοπούς που έχει (Curran et al., 2006). Αδιαμφισβήτητα όμως όλοι οι άνθρωποι επικοινωνούν είτε για να αποκτήσουν είτε για να μεταδώσουν μία πληροφορία.

3.2 Ορισμός της επικοινωνίας

Γίνεται λοιπόν εύκολα αντιληπτό από τα παραπάνω ότι η επικοινωνία είναι μία πολύπλοκη διαδικασία και αποτελεί μέρος της ανθρώπινης εξέλιξης. Η επικοινωνία

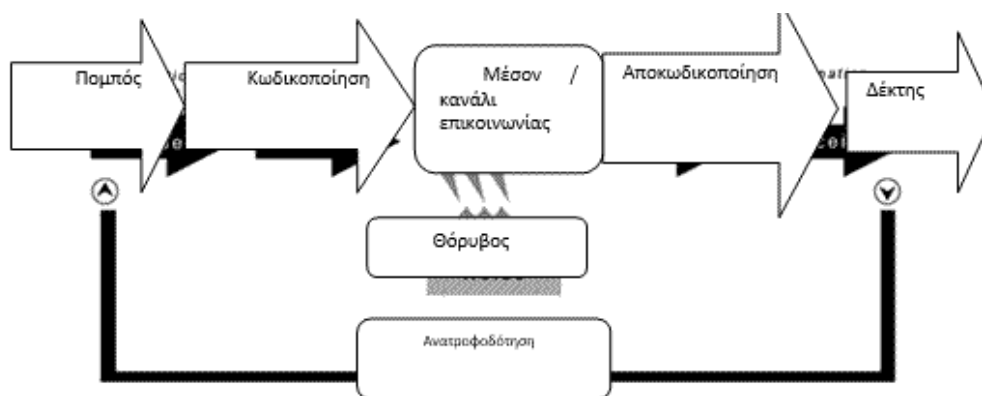
είναι πολύ περισσότερα από το να είναι κάποιος ικανός να μιλάει. Εξαιτίας αυτής της πολυπλοκότητας του φαινομένου, η επικοινωνία δε μπορεί να οριστεί μονοδιάστατα και έχει κερδίσει το ενδιαφέρον των μελετητών και των ερευνητών διαφορετικών επιστημονικών πεδίων, όπως της Διοίκησης των Επιχειρήσεων, της Κοινωνιολογίας, της Γλωσσολογίας και της Ψυχολογίας και ανάλογα με την προσέγγιση που επιχειρείται μπορεί να ερμηνεύεται διαφορετικά.

Σύμφωνα με έναν από τους πρώτους ορισμούς που επιχειρήθηκαν η επικοινωνία ορίζεται ως: «ο μηχανισμός μέσω του οποίου υπάρχουν και αναπτύσσονται οι ανθρώπινες σχέσεις» (Cooley et al., 1909). Στον ορισμό αυτό διαφαίνεται ξεκάθαρα η χρησιμότητα της επικοινωνίας ως εργαλείο για τη δημιουργία, την καλλιέργεια και την εξέλιξη των σχέσεων. Οι Katz και Kahn (1978) όρισαν την επικοινωνία ως τη διαδικασία της ανταλλαγής πληροφοριών και μετάδοσης μηνυμάτων (Katz et al., 1978). Μεταγενέστεροι ορισμοί ορίζουν την επικοινωνία ως «τη διαδικασία με την οποία ένας πομπός Α (άτομο, ομάδα) μεταβιβάζει πληροφορίες, σκέψεις, ιδέες, συναισθήματα, ακόμη και ενέργεια, σε ένα δέκτη Β (άτομο, ομάδα) με στόχο να προκαλέσει σε αυτόν την εμφάνιση ιδεών, πράξεων, συναισθημάτων, ενέργειας και να επηρεάσει με τον τρόπο αυτό την κατάστασή του και τη συμπεριφορά του» (Μπουραντάς, 1992). Σύμφωνα με τον Johnson-Laird η επικοινωνία: «Δεν είναι κάτι απλό, είναι κάτι ιδιαίτερα σύνθετο και η ανακάλυψη της κρυμμένης πολυπλοκότητάς της συνιστά μια από τις μεγαλύτερες ανακαλύψεις του 20ου αιώνα. Το πιο σίγουρο πράγμα αυτής της πολυπλοκότητας είναι η άγνοια μας» (Johnson-Laird, 2006). Τέλος, στο λεξικό του Μπαμπινιώτη αναφέρεται ότι επικοινωνία είναι: «η αποστολή μηνυμάτων/πληροφοριών, από κάποιον που νοείται ως πομπός προς κάποιον που νοείται ως δέκτης και αντίστροφα, μέσω κοινού συστήματος σημάτων, συμβόλων ή τρόπων συμπεριφοράς» (Μπαμπινιώτης, 2002).

3.3 Η Επικοινωνία ως διαδικασία

Η διαδικασία της επικοινωνίας προκειμένου να είναι αποτελεσματική είναι συνεχής κι εξελισσόμενη και απαιτεί την ύπαρξη τουλάχιστον δύο προσώπων, του αποστολέα του μηνύματος και του αποδέκτη. Μία από τις πρώτες προσεγγίσεις ερμηνείας της επικοινωνιακής διαδικασίας επιχειρήθηκε από τον Αμερικάνο πολιτικό επιστήμονα Harold Lasswell (1948), ο οποίος περιέγραψε τη διαδικασία της επικοινωνίας με πέντε σχηματικούς όρους οι οποίοι πρέπει να απαντηθούν, ώστε να

υπάρξει μία επικοινωνιακή πράξη: «Ποιος», «Λέει τι», «Μέσα από ποιο κανάλι», «Σε ποιον», και «Με τι επιπτώσεις» (Bryson, 1948). Λίγο αργότερα το 1949 οι Shannon και Weaver την περιέγραψαν με μαθηματικούς και ποσοτικούς όρους και η προσέγγιση αυτή είναι γνωστή ως το «Μοντέλο επικοινωνίας των Shannon και Weaver», το οποίο επηρέασε πολλούς μεταγενέστερους θεωρητικούς. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο η επικοινωνία παρουσιάζεται ως μία γραμμική διαδικασία και επισημαίνονται πέντε παράγοντες που την επηρεάζουν: ο πομπός, το κανάλι- μέσο, ο προορισμός του μηνύματος ή της πληροφορίας, η κωδικοποίηση ή η αποκωδικοποίηση του μηνύματος και ένας δυσλειτουργικός παράγοντας, που είναι συνήθως ο θόρυβος.



SHANNON-WEAVER'S MODEL OF COMMUNICATION

Διάγραμμα 1.1 Μοντέλο Επικοινωνίας των Shannon- Weaver's.

Μεταγενέστερη ανάλυση της διαδικασίας της επικοινωνίας κατέληξε στο ότι η επικοινωνία ξεκινάει από τη στιγμή που ο πομπός επιθυμεί να μεταβιβάσει μία πληροφορία, μία σκέψη ή ένα συναίσθημα και μέσω ενός κώδικα λέξεων, συμβόλων ή κινήσεων, σχηματίζει ένα μήνυμα. Το μήνυμα αυτό μεταφέρεται στο δέκτη μέσα από κανάλια. Η αποκωδικοποίηση του μηνύματος εξαρτάται από τη διανοητική και ψυχική κατάσταση του δέκτη, καθώς και από το μορφωτικό του επίπεδο, τις εμπειρίες και τα στοιχεία του χαρακτήρα του, τις αντιλήψεις, τις στάσεις, τις προκαταλήψεις και τις αξίες του καθώς αυτά είναι τα στοιχεία που θα καθορίσουν το βαθμό που το μήνυμα μπορεί να επηρεάσει τη σκέψη, τη γνώση, την ιδεολογία, τη συμπεριφορά ή τα συναισθήματά του. Τέλος, μέσω της ανατροφοδότησης ο πομπός πληροφορείται για την τύχη του μηνύματος.

Πιο αναλυτικά τα βασικά στοιχεία της διαδικασίας της επικοινωνίας είναι τα εξής:

- Ο πομπός, που είναι η πηγή του μηνύματος.
- Ο κώδικας ή κωδικοποίηση. Ο κώδικας επικοινωνίας είναι η φωνή (ένταση, χρώμα, τόνος), η γλώσσα, τα σύμβολα, η οπτική επαφή, η στάση και οι κινήσεις του σώματος. Η κωδικοποίηση είναι μία διανοητική κατά βάσει διαδικασία κατά την οποία ο πομπός μετατρέπει αυτό που θέλει να μεταβιβάσει σε ένα νόημα με τη μορφή μηνύματος.
- Το μήνυμα, είναι η φυσική έκφραση του νοήματος και αποτελείται από προφορικές ή γραπτές λέξεις, σύμβολα, αντικείμενα, χρώματα, ήχους, κινήσεις ή στάσεις του σώματος.
- Τα κανάλια ή δίκτυα μεταβίβασης, είναι τα μέσα με τα οποία το μήνυμα μεταφέρεται στον δέκτη, όπως η φωνή, τα γραπτά κείμενα ή τα μέσα τηλεπικοινωνιών.
- Ο δέκτης, είναι ένα άτομο, μία ομάδα ατόμων ή ένας οργανισμός στον οποίο ο πομπός στέλνει το μήνυμα. Από τον ίδιο εξαρτάται ο χρόνος αποκωδικοποίησης του μηνύματος, η κατανόηση και ο βαθμός ανταπόκρισης σε αυτό.
- Η αποκωδικοποίηση, είναι η διανοητική διεργασία από την πλευρά του δέκτη για να μετατρέψει το μήνυμα σε νόημα.
- Η κατανόηση του μηνύματος – αποτέλεσμα, είναι η φάση εκείνη κατά την οποία ο δέκτης μετά την αποκωδικοποίηση του μηνύματος γνωρίζει, πληροφορείται, αλλάζει ιδέες, κατανοεί και αισθάνεται, που είναι και το αποτέλεσμα της επικοινωνίας.
- Ο έλεγχος. Τέλος, μέσω της επανατροφοδότησης ο πομπός ελέγχει το αποτέλεσμα που έχει επιφέρει το μήνυμα στον δέκτη (Μπουραντάς, 1992).

3.4 Μορφές επικοινωνίας

Η επικοινωνία είναι κεντρική διεργασία στις καθημερινές ανθρώπινες συναλλαγές και βοηθά στη μεταφορά μηνυμάτων που έχουν νόημα. Η μεταβίβαση των μηνυμάτων αυτών μπορεί να γίνει με διαφορετικά μέσα και πιο συγκεκριμένα με την ομιλία, τις χειρονομίες, τους ήχους, τον προφορικό και γραπτό λόγο και τον τεχνολογικό εξοπλισμό. Η επικοινωνία ανάλογα με το μέσο που χρησιμοποιείται έχει δύο βασικές μορφές, τη λεκτική και τη μη λεκτική. Η λεκτική επικοινωνία αφορά

κάθε προσπάθεια επικοινωνίας με τη χρήση λεκτικών συμβόλων και μπορεί να είναι προφορική ή γραπτή. Η μη λεκτική επικοινωνία αφορά τον τρόπο αλληλεπίδρασης με μη λεκτικά σήματα, όπως είναι το βλέμμα, οι εκφράσεις του προσώπου, η στάση του σώματος.

3.4.1 Λεκτική επικοινωνία

Η λεκτική επικοινωνία είναι η πολυπλοκότερη μορφή επικοινωνίας που χαρακτηρίζει τον άνθρωπο και σχετίζεται με τη διαδικασία αλληλεπίδρασης του ανθρώπου με το περιβάλλον του. Τον κάνει να ξεχωρίζει από τους υπόλοιπους ζωντανούς οργανισμούς. Πραγματώνεται με τη χρήση του γλωσσικού κώδικα και το μήνυμα μεταφέρεται από τον πομπό στο δέκτη με λέξεις, έννοιες και φράσεις που διέπονται από συντακτικούς και γραμματικούς κανόνες. Τα μηνύματα εκπέμπονται από το φωνητικό σύστημα του πομπού/ ομιλητή και συλλαμβάνονται από το ακουστικό σύστημα του δέκτη/ ακροατή. Ωστόσο, στη λεκτική επικοινωνία συμπεριλαμβάνονται και τα μηνύματα που μεταδίδονται με τον γραπτό λόγο. Υπάρχουν λοιπόν δύο διαφορετικοί τύποι λεκτικής επικοινωνίας, ο προφορικός και ο γραπτός (Watzlawick, 2005).

Προφορική επικοινωνία

Η προφορική επικοινωνία στηρίζεται στη χρήση της ομιλίας. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ομιλίας, όπως η τροποποίηση του τόνου της φωνής, η ταχύτητα μετάδοσης του μηνύματος, οι δισταγμοί, οι παύσεις και φυσικά η ικανότητα του ομιλητή, μπορούν να αποδώσουν καλύτερα το νόημα ενός μηνύματος. Επίσης, η ομιλία βοηθά στη μετάδοση περισσότερων μηνυμάτων με μεγαλύτερη ταχύτητα, καθώς είναι λιγότερο χρονοβόρα από τη συγγραφή μηνυμάτων στον ηλεκτρονικό υπολογιστή, στο τηλέφωνο ή στο χαρτί. Παράλληλα, χαρακτηρίζεται από αμεσότητα, καθώς ο ομιλητής και ο ακροατής έρχονται σε προσωπική επαφή και επιτρέπει την επικοινωνία διπλής κατεύθυνσης. Αυτό δίνει τη δυνατότητα στους συμμετέχοντες να αφουγκράζονται τις ανάγκες και τις αδυναμίες τους και να τροποποιούν άμεσα τη διαδικασία της επικοινωνίας προκειμένου να μένει αμείωτο το ενδιαφέρον του δέκτη με απώτερο στόχο την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος. Όταν η προφορική επικοινωνία συμπληρώνεται και από μη λεκτικά μηνύματα είναι πολύ πιο εύκολη η

μετάδοση των μηνμάτων και ενισχύεται η ορθή αποκωδικοποίησή τους από τον δέκτη.

Καθίσταται λοιπόν σαφές ότι η προφορική επικοινωνία χρησιμοποιείται κυρίως στις καθημερινές επαφές των ανθρώπων, λόγω της ευκολίας και του αυθόρμητου του χαρακτήρα της και είναι ιδανική για τη μετάδοση λιγότερο σημαντικών μηνυμάτων. Ωστόσο, η προφορική επικοινωνία δε διαρκεί στο χρόνο και αυτό είναι και το βασικό της μειονέκτημα. Ακόμα και αν καταγραφεί με τη βοήθεια κάποιας συσκευής, η απομαγνητοφώνηση και η αρχειοθέτηση των συζητήσεων είναι μία αρκετά πολύπλοκη διαδικασία.

Γραπτή επικοινωνία

Γραπτή είναι η επικοινωνία που στηρίζεται στη χρήση του γραπτού λόγου και περιλαμβάνει επιστολές, εγχειρίδια, έγγραφα, αναφορές, αλλά και μηνύματα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου ή άλλων μέσων κοινωνικής δικτύωσης. Σε αυτή τη μορφή επικοινωνίας τα μηνύματα είναι σαφή και περιεκτικά, καθώς ο πομπός έχει τη δυνατότητα να οργανώσει τις σκέψεις και τις γνώσεις του και να προετοιμάσει το μήνυμα. Μπορεί επίσης να προβεί στις απαραίτητες τροποποιήσεις πριν την αποστολή του. Η γραφή με τη χρήση της κατάλληλης γλώσσας και των σημείων στίξης προσδίδουν στο μήνυμα επισιμότητα και κύρος. Τέλος, η γραπτή επικοινωνία δίνει στο δέκτη την ευχέρεια να αποθηκεύει το μήνυμα και διευκολύνεται με τον τρόπο αυτό η αρχειοθέτηση και η διατήρηση του μηνύματος, ενώ μπορεί να ανατρέξει σε αυτό και να το επεξεργαστεί οποιαδήποτε στιγμή επιθυμεί.

Ωστόσο, η γραπτή επικοινωνία δεν είναι μία ευέλικτη μορφή επικοινωνίας. Το βασικό της μειονέκτημα είναι ότι έχει υψηλότερο κόστος από την προφορική και είναι χρονοβόρα, ενώ η διαδικασία της ανατροφοδότησης συμβαίνει ετεροχρονισμένα ή είναι ανύπαρκτη στην πλειοψηφία περιπτώσεων. Επίσης, δε μπορεί να συμπληρωθεί από μη λεκτικά μηνύματα για την παραστατική περιγραφή κάποιου θέματος.

Από τα παραπάνω καθίσταται σαφές ότι κάθε μορφή της λεκτικής επικοινωνίας, τόσο η προφορική όσο και η γραπτή έχει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά της. Η καθημερινή πρακτική έχει αποδείξει ότι η επικοινωνιακή διαδικασία είναι δύσκολη, καθώς προκύπτουν πολλά και διαφορετικά εμπόδια που είναι ικανά να

οδηγήσου στην αποτυχημένη αποκωδικοποίηση του μηνύματος και την πλήρη διαστρέβλωση του νοήματος που επιθυμεί να επικοινωνήσει ο δέκτης. Προκειμένου να ολοκληρώνεται με επιτυχία η επικοινωνιακή διαδικασία απαιτείται οι άνθρωποι να χρησιμοποιούν συνδυαστικά τόσο την προφορική όσο και την γραπτή επικοινωνία και να διατυπώνουν τα μηνύματά τους με σαφή και κατανοητό τρόπο.

3.4.2 Μη λεκτική επικοινωνία

Εκτός όμως από τη λεκτική επικοινωνία η οποία βασίζεται στη χρήση λέξεων και φράσεων και μεταδίδεται ως φωνητικό ή γραπτό μήνυμα, υπάρχει και η μη λεκτική επικοινωνία. Η μη λεκτική επικοινωνία βασίζεται στην παραγωγή και μετάδοση μηνυμάτων με εναλλακτικούς τρόπους που δεν περιλαμβάνουν το λόγο. Πιο συγκεκριμένα είναι η επικοινωνιακή διαδικασία που στηρίζεται στην εκούσια ή ακούσια μετάδοση μηνυμάτων που εκπορεύονται από το ίδιο το σώμα του ομιλητή και γίνονται αντιληπτά μέσα από τις ανθρώπινες αισθήσεις. Τα μηνύματα μεταδίδονται συνήθως στον παρόντα τόπο και χρόνο γιατί απαιτούν τη φυσική παρουσία του ατόμου που επικοινωνεί και η μετάδοσή τους γίνεται μέσα από τη γλώσσα του σώματος με χειρονομίες, κινήσεις του σώματος, εκφράσεις του προσώπου, οπτική επαφή, αλλά και μέσα από μη λεκτικά επικοινωνιακά στοιχεία όπως είναι η σιωπή, το άγγιγμα, η διαπροσωπική απόσταση, το παρουσιαστικό κάποιου, ο χρόνος και η χρήση των αντικειμένων του περιβάλλοντος χώρου από το άτομο (Κούρτη, 2007).

Η μη λεκτική επικοινωνία περιλαμβάνει τη γλώσσα του σώματος, την παραγλώσσα, την προσωπική παρουσίαση, την επικοινωνία με διευθέτηση του χώρου, την επικοινωνία με διευθέτηση του χρόνου, τη φυσική ή συμβολική γλώσσα και τη σιωπή. Παρακάτω θα εξετάσουμε ξεχωριστά καθεμία από αυτές τις διαστάσεις.

Η γλώσσα του σώματος αφορά τις συνειδητές και ασυνείδητες στάσεις και κινήσεις του σώματος, τις εκφράσεις του προσώπου, την οπτική επαφή και τις χειρονομίες. Η οπτική ή βλεμματική επαφή θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική για την έκβαση της επικοινωνιακής διαδικασίας, καθώς η επαφή με διάρκεια εκφράζει τη θέληση για επικοινωνία και εξασφαλίζει ειλικρίνεια και εμπιστοσύνη, ενώ παράλληλα αποτελεί μέσο ανατροφοδότησης και πληροφορεί τον ομιλητή για τις

προθέσεις του συνομιλητή του. Επίσης, οι φυσικές κινήσεις του σώματος αποτελούν υψηλά εκφραστικά ανθρώπινα στοιχεία, ενώ οι χειρονομίες συχνά ενισχύουν τη λεκτική επικοινωνία. Σύμφωνα με τη μελέτη του Hinde (1972) διαπιστώθηκε ότι οι εκφράσεις του προσώπου ευθύνονται για τη μετάβαση του 55% του περιεχομένου ενός μηνύματος, ο τόνος της φωνής για το 38% και οι λέξεις μόλις για το 7% (Μάργαρης, 2006).

Η παραγλώσσα αναφέρεται στη φωνητική συνιστώσα της ομιλίας, η οποία μελετάται ανεξάρτητα από το περιεχόμενο του προφορικού λόγου που μεταφέρεται από το μήνυμα. Εστιάζει δηλαδή στο πως λέγονται κάποια πράγματα και σχετίζεται με τα χαρακτηριστικά του τόνου, του ύψους της φωνής, του συντονισμού, των παύσεων, της ταχύτητας της ομιλίας, της άρθρωσης, του ρυθμού και της έντασης. Τα χαρακτηριστικά αυτά μπορούν να δώσουν σε έναν έμπειρο ακροατή πληροφορίες για το πραγματικό περιεχόμενο πίσω από τα λεγόμενα του ομιλητή και να μπορέσει να κατανοήσει ευκολότερα τις σκέψεις, τις προθέσεις και τα συναισθήματά του.

Η προσωπική παρουσίαση έχει να κάνει με τον κώδικα συμπεριφοράς και τις ενδυματολογικές συνήθειες του ατόμου. Η εξωτερική εμφάνιση, η ένδυση, η κόμμωση, τα αξεσουάρ, τα τατουάζ, το μακιγιάζ, αν και είναι πολιτισμικά καθορισμένα, ακούσια επηρεάζουν τον τρόπο επικοινωνίας των ατόμων. Άλλωστε, η εντύπωση που δημιουργείται για κάποιον ομιλητή, συχνά εξαρτάται από το πόσο υποκειμενικά ελκυστικός είναι προς τον συνομιλητή του.

Η επικοινωνία με διευθέτηση του χώρου αφορά τη διατήρηση του φυσικού περιβάλλοντος και της απόστασης κατά την επικοινωνιακή διαδικασία. Η απόσταση ορίζεται κάθε φορά ανάλογα με το βαθμό οικειότητας και τους συγκεκριμένους πολιτισμικούς κανόνες. Σύμφωνα με συστηματικές έρευνες που πραγματοποιήθηκαν από τον ανθρωπολόγο Edward T. Hall (1950) αναδείχτηκαν τέσσερις διαφορετικές ζώνες ανάλογα με τη φύση της σχέσης που έχουν τα άτομα μεταξύ τους. Πιο συγκεκριμένα είναι η οικεία ζώνη, η προσωπική ζώνη, η κοινωνική ζώνη και η δημόσια ζώνη. Η οικεία ζώνη ορίζει μέγιστη απόσταση από τον ομιλητή τα σαρανταπέντε εκατοστά και επιτρέπεται να εισχωρούν σε αυτή πολύ οικεία και αγαπητά πρόσωπα του ομιλητή. Η απόσταση στην προσωπική ζώνη πρέπει να διατηρείται γύρω στα εκατόν είκοσι εκατοστά και αφορά συνήθως τις επαγγελματικές επαφές του ομιλητή. Η κοινωνική ζώνη ορίζει να υπάρχει απόσταση από εκατόν είκοσι εκατοστά μέχρι τρεισήμισι περίπου μέτρα και αφορά συνομιλίες κοινωνικών ή

επαγγελματικών υποχρεώσεων και τέλος, η δημόσια ζώνη ορίζει την απόσταση από τα τρεισήμισι μέχρι τα έξι μέτρα. Υπάρχουν ωστόσο, κάποιες περιπτώσεις κατά τις οποίες επιβάλλεται η είσοδος κάποιου στην οικεία ζώνη, όπως για παράδειγμα στην περίπτωση που ο ιατρός καλείται να εξετάσει τον ασθενή (Μάργαρης, 2006).

Η επικοινωνία με διευθέτηση του χρόνου αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι χρησιμοποιούν το χρόνο τους προκειμένου να ολοκληρώσουν μία δραστηριότητα. Η ακρίβεια και η συνέπεια είναι πολύ σημαντικοί δείκτες για τη σημασία που δίνει κάποιος στην τακτοποίηση των υποχρεώσεών του και την ολοκλήρωση κάποιας δραστηριότητας, αλλά και στην επικοινωνιακή διαδικασία και το βαθμό που σέβεται το συνομιλητή του και αυτά που έχει να του πει.

Η φυσική ή συμβολική γλώσσα αναφέρεται σε μία επικοινωνιακή λειτουργία καθώς όσοι γνωρίζουν τον κώδικα, μπορούν και να τον αποκωδικοποιούν και επομένως να επικοινωνούν. Η λειτουργία αυτή είναι αρκετά πολύπλοκη, αφού συνδέεται τόσο με την κουλτούρα, όσο και με το επικοινωνιακό ύφος κάθε ατόμου. Τα άτομα που προέρχονται από κοινά πολιτισμικά περιβάλλοντα, έχουν την τάση να κωδικοποιούν και να αποκωδικοποιούν τα μηνύματα, σχεδόν πάντα, με τον ίδιο τρόπο, καθιστώντας πιο εύκολη την επικοινωνία. Τέλος, η σιωπή μπορεί να είναι ηχηρή, αινιγματική ή παραπλανητική. Σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η προσωπικότητα και το ιδιαίτερο επικοινωνιακό ύφος του ατόμου που επιλέγει αυτού του είδους την επικοινωνία, προκειμένου να επιτευχθεί η ορθή ερμηνεία της.

Χαρακτηριστικά της μη λεκτικής επικοινωνίας

Από τα όσα προαναφέρθηκαν καθίσταται σαφές ότι η μη λεκτική επικοινωνία μπορεί να ενισχύσει και να συμπληρώσει τη λεκτική επικοινωνία ή σε ορισμένες περιπτώσεις να την αντικαταστήσει. Δεν μπορεί όμως να την υποκαταστήσει πλήρως, καθώς δεν είναι εφικτό για ένα άτομο να εκφράσει το σύνολο των όσων θέλει να επικοινωνήσει μόνο με τη γλώσσα του σώματος. Η μη λεκτική επικοινωνία είναι αυθόρμητη και πιο άμεση μεταφέροντας με μεγαλύτερη ταχύτητα κάποιο μήνυμα σε σχέση με την προφορική διατύπωσή του. Ο χειρισμός του λεκτικού μέρους της επικοινωνίας μαθαίνεται, ενώ το μη λεκτικό πηγάζει συνήθως ακούσια. Επίσης, η μη λεκτική επικοινωνία ωριμάζει με την πάροδο του χρόνου και είναι συνάρτηση του

φύλου, της ηλικίας, του επαγγέλματος, της κοινωνικής τάξης και του μορφωτικού επιπέδου και συμβάλλει στην καλύτερη έκφραση των συναισθημάτων, ενώ παράλληλα δίνει τη δυνατότητα στον ομιλητή να ελέγχει καλύτερα την επικοινωνιακή διαδικασία.

Ωστόσο, πάντα ελλοχεύει ο κίνδυνος της λανθασμένης αποκωδικοποίησης των μη λεκτικών μηνυμάτων. Υπάρχει μεγαλύτερη ασάφεια στα μηνύματα και συχνά μπορεί να ερμηνευτούν με λάθος τρόπο, κάτι το οποίο δε συμβαίνει στη λεκτική επικοινωνία, όπου ο ακροατής καταλαβαίνει το σύνολο των μηνυμάτων που στέλνει ο ομιλητής. Η μη λεκτική επικοινωνία αποτελεί πολιτισμικό προϊόν και είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την κουλτούρα των λαών, γεγονός που καθιστά ακόμα πιο δύσκολη την ορθή αποκωδικοποίηση των μηνυμάτων, καθώς αυτή βασίζεται κυρίως στις ατομικές υπερεκτιμημένες διαισθητικές δεξιότητες των ατόμων. Τα άτομα τείνουν να επιδεικνύουν μία αδικαιολόγητα υπερβολική εμπιστοσύνη στις μη λεκτικές επικοινωνιακές τους δεξιότητες και για το λόγο αυτό η παρανόηση των μηνυμάτων είναι πολύ συχνή στις καθημερινές τους αλληλεπιδράσεις.

Πέρα από τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της μη λεκτικής επικοινωνίας, φαίνεται ότι τα μη λεκτικά μηνύματα υπερισχύουν των λεκτικών και μπορούν να επηρεάσουν εντονότερα τον αποδέκτη και τη διαδικασία αποκωδικοποίησης των μηνυμάτων, παρόλο που οι περισσότεροι άνθρωποι τα αγνοούν. Ελάχιστοι είναι οι άνθρωποι που έχουν απόλυτη επίγνωση των μη λεκτικών μηνυμάτων που μεταδίδουν, αυτών που προσλαμβάνουν και αυτών που καλούνται να ερμηνεύσουν. Αυτό έγκειται στο γεγονός ότι τα σύγχρονα εκπαιδευτικά συστήματα δίνουν βαρύτητα στην εκμάθηση μόνο της λεκτικής επικοινωνίας. Έτσι, η κωδικοποίηση και η αποκωδικοποίηση των μη λεκτικών μηνυμάτων παρόλη τη σημαντικότητα στην επικοινωνιακή διαδικασία βασίζεται στη διαίσθηση, τις προσωπικές θεωρίες και την εμπειρία του κάθε ατόμου, οδηγώντας συχνά σε παρανοήσεις και παρεξηγήσεις στην επικοινωνία (Κούρτη, 2007).

3.5 Εμπόδια επικοινωνίας

Αποτελεσματική επικοινωνία

Από όλα τα παραπάνω βλέπουμε ότι η ανάγκη των ανθρώπων για επικοινωνία είναι τόσο μεγάλη που την καλλιέργησαν με πολλούς και διαφορετικούς τρόπους. Και

ενώ όλοι οι άνθρωποι επικοινωνούν, λίγοι έχουν το χάρισμα της αποτελεσματικής επικοινωνίας που τους καθιστά ικανούς να μεταφέρουν σαφή, περιεκτικά και ξεκάθαρα μηνύματα. Ο τρόπος έκφρασης είναι ξεχωριστός για τον καθένα και καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από την προσωπικότητά του. Ωστόσο, η επικοινωνιακή διαδικασία προϋποθέτει την ύπαρξη επικοινωνιακής πρόθεσης, το σεβασμό των αναγκών μεταξύ των συνομιλητών, έναν κοινό κώδικα επικοινωνίας, κατάλληλη χρήση του κώδικα αυτού και την εναλλαγή των ρόλων μεταξύ του πομπού και του δέκτη. Η μετάδοση κι η αποκωδικοποίηση του μηνύματος εξαρτάται κάθε φορά από πολλούς και διαφορετικούς παράγοντες και δεν είναι λίγες οι φορές που η επικοινωνιακή διαδικασία αποτυγχάνει. Η αποτυχία αυτή οφείλεται σε εμπόδια που μπορεί να εμφανιστούν σε οποιοδήποτε στάδιο της διαδικασίας και αφορούν τον πομπό, τον δέκτη, το ίδιο το μήνυμα, το μέσο μετάδοσης του μηνύματος ή τις συνθήκες κάτω από τις οποίες διεξάγεται η επικοινωνία.

Πιο συγκεκριμένα, εμπόδια που οφείλονται στον πομπό είναι:

- Ασαφείς στόχοι: η έλλειψη σαφήνειας αποτελεί σύνηθες πρόβλημα, καθώς οι περισσότεροι άνθρωποι θεωρούν ότι η λεκτική επικοινωνία είναι αυθόρμητη και ο σχεδιασμός των μηνυμάτων θεωρείται απαραίτητος μόνο στην περίπτωση της γραπτής επικοινωνίας. Η διατύπωση σαφών μηνυμάτων θα πρέπει να είναι συνειδητή, προκειμένου να μην παρερμηνεύονται.
- Έλλειψη αξιοπιστίας: η διαφορά στην κουλτούρα, τις εμπειρίες, τις γνώσεις και τις αξίες ανάμεσα στον πομπό και το δέκτη μπορεί να οδηγήσει στη δημιουργία κλίματος αναξιοπιστίας, καθώς ο δέκτης δυσκολεύεται να αποδεχτεί και να κατανοήσει τα μηνύματα που λαμβάνει. Είναι λοιπόν σημαντικό ο πομπός να γνωρίζει τις απόψεις του δέκτη και να στοχεύει στη δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης.
- Λανθασμένη επιλογή μέσου επικοινωνίας: ο πομπός θα πρέπει να επιλέγει το κατάλληλο μέσο ανάλογα με την περιπλοκότητα του μηνύματος που θέλει να μεταδώσει και τα χαρακτηριστικά του τελικού αποδέκτη. Για κάθε μήνυμα και για κάθε συνθήκη υπάρχουν εναλλακτικά μέσα μετάδοσης.
- Λανθασμένη ανάλυση ακροατηρίου: ο πομπός θα πρέπει να έχει πλήρη επίγνωση των αποδεκτών του μηνύματός του, διαφορετικά οποιαδήποτε

προσπάθεια για επικοινωνία μπορεί να οδηγήσει στην κακή σύλληψη και ερμηνεία του μηνύματος και στην αδιαφορία του δέκτη.

- Κακή επιλογή του χρόνου και του χώρου: ο πομπός είναι αυτός που καθορίζει συνήθως το χρόνο και το χώρο επικοινωνίας. Πρέπει λοιπόν να λαμβάνει υπόψη του τον αντίκτυπο του μηνύματος που θέλει να επικοινωνήσει και την προστασία της ιδιωτικότητας του δέκτη.
- Τρόπος παρουσίασης που αποδυναμώνει τον δέκτη: απαραίτητη προϋπόθεση είναι κάθε φορά ο πομπός να είναι εξοικειωμένος με τις εξωλεκτικές αντιδράσεις του δέκτη και να προσπαθεί να κερδίσει την προσοχή του αναπροσαρμόζοντας τον τόνο και το ύφος της φωνής του καθ' όλη τη διάρκεια της επικοινωνίας.
- Λάθος ερμηνεία και παράληψη ελέγχου μέσω της επανατροφοδότησης: ο πομπός πρέπει να έχει την ικανότητα να μεταφράζει τα σήματα που στέλνει ο δέκτης, προκειμένου να διασφαλίζει την επιτυχή αποκωδικοποίηση του μηνύματος (Watzlawick, 2005).

Τα εμπόδια που οφείλονται στο δέκτη μπορούν να συνοψιστούν στα εξής:

- Βιαστικά συμπεράσματα: η πίεση χρόνου και η ανυπομονησία από την πλευρά του δέκτη συχνά τον οδηγούν στο να βγάζει συμπεράσματα προτού ο πομπός ολοκληρώσει τη μετάδοση του μηνύματος. Η βεβιασμένη αξιολόγηση των μηνυμάτων οδηγεί, τις περισσότερες φορές, σε παραποίηση του μηνύματος και σε λάθος συμπεράσματα.
- Σχέσεις μεταξύ πομπού και δέκτη: η θετική ή αρνητική γνώμη που έχει ο δέκτης για τον πομπό επηρεάζει και τη βαρύτητα που θα δώσει ο δέκτης στο μήνυμα του πομπού. Αρνητικές ή προκατειλημμένες συμπεριφορές και αντιλήψεις εμποδίζουν την αποτελεσματική επικοινωνία, καθώς δεν επιτρέπουν στο δέκτη να κατανοήσει αντιλήψεις και συμπεριφορές που διαφέρουν από τις δικές του. Συνήθως, κοινωνικές, μορφωτικές και οικονομικές ανισότητες εμποδίζουν την επιτυχή έκβαση του μηνύματος, ενώ στην περίπτωση που ο δέκτης εκτιμά και σέβεται τον πομπό σχεδόν πάντα δέχεται ενδόμυχα τα μηνύματα που του στέλνει.

- Προσωπικά εμπόδια ή σωματική αναπηρία του δέκτη: τα εμπόδια αυτά μπορεί να είναι σωματικά, ψυχολογικά, νοητικά ή συναισθηματικά και να επηρεάσουν τη συγκέντρωση του δέκτη. Προβλήματα στην όραση ή την ακοή εμποδίζουν την αποτελεσματική επικοινωνία. Επίσης, η ψυχολογική φόρτιση του δέκτη, οι προηγούμενες εμπειρίες, ίσως ακόμα και κάποιες λέξεις ή φράσεις που συνδέονται με ευχάριστες ή δυσάρεστες αναμνήσεις του είναι καταστάσεις που διευκολύνουν ή δυσχεραίνουν την ορθή αποκωδικοποίηση του μηνύματος.
- Επιθυμίες και φιλτράρισμα: ο δέκτης επηρεασμένος από τη δική του κοσμοθεωρία και τις δικές του αντιλήψεις συχνά ακούει αυτά που θέλει να ακούσει και έχει το δικό του τρόπο αντίδρασης στα ερεθίσματα που δέχεται. Έχει δηλαδή την τάση να αντιλαμβάνεται και να ερμηνεύει μόνο κάποιο τμήμα της πληροφορίας, στο οποίο εστιάζει επιλεκτικά την προσοχή του. Για να αποφευχθεί αυτό, ο πομπός θα πρέπει να αντιληφθεί τους λόγους για τους οποίους συμβαίνει (Watzlawick, 2005).

Πέρα από τα εμπόδια που οφείλονται στον πομπό και τον δέκτη και δυσχεραίνουν την επικοινωνία, υπάρχουν και τα εμπόδια που πηγάζουν από το ίδιο το μήνυμα. Πολύ συχνά παρατηρείται υπερφόρτωση του μηνύματος με όγκο πληροφοριών, γεγονός που δημιουργεί προβλήματα στην αποκωδικοποίησή του. Επίσης, ένα μήνυμα μπορεί να εμπεριέχει έννοιες οι οποίες επιδέχονται διαφορετική ερμηνεία από τον πομπό και τον δέκτη για το ίδιο ζήτημα ή να είναι διατυπωμένο με τέτοιο τρόπο που εσκεμμένα να παραλείπονται σημαντικά στοιχεία για την κατανόησή του. Αυτό συνήθως συμβαίνει όταν ο ομιλητής είτε φοβάται, είτε δεν επιθυμεί να εκφράσει αυτό που στην πραγματικότητα εννοεί. Επιπρόσθετα, τα χαρακτηριστικά του μηνύματος δεν είναι λίγες οι φορές που επηρεάζονται από το ύφος γραφής, όταν πρόκειται για γραπτή επικοινωνία ή από το ύφος, την ένταση, τη χροιά και τη διακύμανση της φωνής στη λεκτική επικοινωνία. Τέλος, η επικοινωνιακή διαδικασία μπορεί να επηρεαστεί και από εξωτερικά εμπόδια όπως είναι ο φυσικός θόρυβος, οι παρεμβολές, η απόσταση και η έλλειψη διαθέσιμου δικτύου σε περιπτώσεις διαδικτυακής επικοινωνίας.

Η άρση των εμποδίων αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για αποτελεσματική επικοινωνία. Στην εποχή μάλιστα της υπερπληροφόρησης, κατά την οποία τα άτομα

καθημερινά πρέπει να στείλουν, να λάβουν και να επεξεργαστούν ένα τεράστιο αριθμό μηνυμάτων, επιβάλλεται να γίνει από όλους κατανοητό ότι η αποτελεσματική επικοινωνία είναι κάτι περισσότερο από την απλή ανταλλαγή πληροφοριών. Όσο απλή και αν ακούγεται η επικοινωνιακή διαδικασία, τόσο πολύπλοκη είναι και αφορά εκτός από την ανταλλαγή πληροφοριών, την κατανόηση του συναισθήματος πίσω από την πληροφορία και την υπερπήδηση όλων των εμποδίων που μπορεί να προκύψουν κατά τη διάρκειά της. Τα εμπόδια αυτά μπορούν να μειωθούν ή και να εξαλειφθούν μόνο αν ακολουθήσει κανείς κάποιες βασικές αρχές που περιλαμβάνουν τον αυστηρό καθορισμό του σκοπού της μετάδοσης του μηνύματος, καθώς και τον ακριβή καθορισμό των δεκτών του, αλλά και του χώρου, του χρόνου και των μέσων μετάδοσης του μηνύματος.

Είναι σκόπιμο λοιπόν τα μηνύματα να είναι σύντομα, περιεκτικά, σαφή, ακριβή, να κρατούν αμείωτο το ενδιαφέρον του δέκτη και να είναι διατυπωμένα σε γλώσσα αντίστοιχη τόσο των νοημάτων που περιλαμβάνουν όσο και των ατόμων στα οποία απευθύνονται. Θα πρέπει λοιπόν ο ομιλητής να οργανώνει λογικά τις σκέψεις και τις ιδέες που θέλει να συμπεριλάβει στο μήνυμα, να μην υπάρχουν αντικρουόμενες απόψεις στο ίδιο μήνυμα, οι ιδέες του να είναι σαφείς και περιεκτικές, να υπάρχει αλληλουχία των πληροφοριών, να αποφεύγει τις υπερβολές, να διατηρεί συγκεκριμένο ύφος σε όλη την έκταση του μηνύματος, να χρησιμοποιεί απλή γλώσσα και κατανοητή χωρίς υπερβολές και δυσνόητη ορολογία. Στα γραπτά μηνύματα θα πρέπει να τηρούνται επιπρόσθετα οι κανόνες σωστής σύνταξης, ορθογραφίας και στίξης. Ένα καλογραμμένο μήνυμα έχει μεγαλύτερο κύρος και μπορεί να πείσει ευκολότερα τον αποδέκτη για τη σπουδαιότητα του περιεχομένου του. Επίσης, το περιεχόμενο του μηνύματος θα πρέπει να είναι εναρμονισμένο με το ύφος και τη γλώσσα του σώματος του ομιλητή, γιατί με τον τρόπο αυτό αποφεύγονται αντικρουόμενα συναισθήματα από την πλευρά του δέκτη, που πηγάζουν από τη δυσπιστία που επιφέρει η αντίθεση ανάμεσα στα λεκτικά και τα μη λεκτικά μηνύματα. Έτσι, ο ομιλητής θα καταφέρει να κερδίσει την αμερόληπτη κρίση του δέκτη ως προς τη σπουδαιότητα του περιεχομένου του μηνύματος που θέλει να επικοινωνήσει.

Βλέπουμε λοιπόν ότι η επιτυχία της επικοινωνίας εξασφαλίζεται όταν οι πληροφορίες που παρέχονται γίνονται πλήρως κατανοητές από το πρόσωπο στο οποίο απευθύνονται. Παράλληλα, η επικοινωνία ως δυναμική διαδικασία, δίνει τη

δυνατότητα στους συμμετέχοντες να εξελίσσονται καθώς αποκτούν περισσότερες πληροφορίες για το θέμα που τους ενδιαφέρει, ακούν τις απόψεις των άλλων, βελτιώνουν τις επικοινωνιακές τους δεξιότητες και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Η αλληλεπίδραση αυτή είναι αποτελεσματική όταν τα άτομα επιθυμούν να γνωρίσουν καλύτερα τον εαυτό τους, όταν έχουν τη διάθεση να βελτιώσουν ή να αλλάξουν συμπεριφορές και όταν είναι ανοιχτά στην ανατροφοδότηση από τους άλλους. Η ανοιχτή γλώσσα του σώματος, η οπτική επαφή, η χαλαρή και φιλική έκφραση του προσώπου, αλλά και οι δεξιότητες της ενεργητικής ακρόασης, της αποσαφήνισης και του προβληματισμού μπορεί να βοηθήσουν στην υπερπήδηση των εμποδίων που προκύπτουν και στην επιτυχή έκβαση της επικοινωνίας. Άλλωστε, η ανάπτυξη ικανοτήτων επικοινωνίας δεν απαιτεί απαραίτητα την απόκτηση σύνθετων γνώσεων, αλλά κυρίως προϋποθέτει μία θετική στάση για τα πράγματα και μία συνεχή προσπάθεια για βελτίωση.

3.6 Δεξιότητες επικοινωνίας

Αν και η ικανότητα των ανθρώπων να επικοινωνούν ουσιαστικά είναι χάρισμα, σε λίγους αυτό είναι έμφυτο. Η τέχνη του να είναι κανείς ικανός να επικοινωνεί αποτελεσματικά, μαθαίνεται. Οι δεξιότητες επικοινωνίας διδάσκονται με ειδικές τεχνικές. Φυσικά απαιτείται προσπάθεια και χρόνος προκειμένου να εξοικειωθεί κανείς με αυτές και αδιαμφισβήτητα είναι πιο αποτελεσματικές όταν είναι αυθόρμητες παρά τυποποιημένες. Όσο μεγαλύτερη προσπάθεια καταβάλλεται τόσο πιο ενστικτώδεις γίνονται οι επικοινωνιακές δεξιότητες των ανθρώπων. Κάποιες από τις πιο σημαντικές επικοινωνιακές δεξιότητες παρατίθενται παρακάτω.

Επικεντρωθείτε πλήρως στον ομιλητή. Η προσεκτική ακρόαση όλων όσων λέγονται βοηθά τον δέκτη να αντιλαμβάνεται τον τρόπο σκέψης και τη συναισθηματική κατάσταση του ομιλητή. Παραμερίζοντας τις προσωπικές του αντιλήψεις και τις προκαταλήψεις από τις οποίες διακατέχεται, ο δέκτης πρέπει να διατηρεί οπτική επαφή με τον ομιλητή, η γλώσσα του σώματός του να επικοινωνεί στον ομιλητή ότι είναι έτοιμος να τον ακούσει και ότι τον ακούει πραγματικά και να παραμένει προσηλωμένος στην ομιλία χωρίς να διακόπτει ή να σκέφτεται τι θα απαντήσει μετά. Έτσι μπορεί να μάθει κάτι καινούριο που θα τον βοηθήσει να κατανοήσει καλύτερα τον κόσμο γύρω του. Σε περίπτωση αδυναμίας συγκέντρωσης

υπάρχουν διάφορες τεχνικές, όπως να επαναλαμβάνει τα λόγια του ομιλητή στο μυαλό του, προκειμένου να παραμείνει συγκεντρωμένος στην επικοινωνιακή διαδικασία.

Ακούστε με όλες τις αισθήσεις και όχι μόνο όσα λέγονται μέσω της συνομιλίας. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό κατά τη διάρκεια μίας συνομιλίας να λειτουργούν και να συμμετέχουν και οι πέντε αισθήσεις. Η οπτική επαφή με τον ομιλητή σε εύλογα χρονικά διαστήματα και η προσπάθεια κατανόησης των μη λεκτικών μηνυμάτων που εκπέμπει, βοηθά στη βαθύτερη κατανόηση των προθέσεων του ομιλητή και στην πιο ουσιαστική επικοινωνία.

Αποφύγετε να διακόπτετε. Η διακοπή της συνομιλίας στέλνει στον ομιλητή το μήνυμα ότι ο δέκτης είναι αδιάφορος και το μόνο που τον ενδιαφέρει είναι το πότε θα έρθει η σειρά του να μιλήσει, ενώ καθ' όλη τη διάρκεια προσχεδιάζει τι θα πει. Όταν μάλιστα γίνονται επανειλημμένα διακοπές σε μία συζήτηση, δείχνει έλλειψη σεβασμού στον ομιλητή και στα υπόλοιπα μέλη του ακροατηρίου, εφόσον υπάρχουν και τάση αυτοπροβολής εκείνου που διακόπτει. Τις περισσότερες φορές η αδυναμία επίδειξης στοιχειώδους ευγένειας, η οποία υπαγορεύει την αναμονή μέχρι την ολοκλήρωση της ομιλίας, δημιουργεί εκνευρισμό και οδηγεί σε αποτυχία της ορθής μετάδοσης του μηνύματος.

Αποφύγετε να γίνετε επικριτικοί. Η αποτελεσματική επικοινωνία δεν προϋποθέτει πλήρη ομοφωνία ιδεών, αξιών και απόψεων. Απαιτεί όμως διάθεση για επικοινωνία και σεβασμό στις ανάγκες του συνομιλητή. Ακόμα και στις περιπτώσεις που υπάρχει απόκλιση απόψεων, είναι φρόνιμο να ζητούνται επεξηγήσεις και μέσα από καθαρή κρίση να εξετάζονται αμερόληπτα όλες οι απόψεις. Επίσης, σε περιπτώσεις παρανοήσεων πρέπει να ζητούνται διευκρινήσεις. Με τον τρόπο αυτό ακόμα και μία φαινομενικά δύσκολη επικοινωνία, αν γίνει με προσοχή και επιτυχία, μπορεί να θέσει τις βάσεις για τη δημιουργία μίας βαθιάς ανθρώπινης σχέσης.

Εξερευνήστε τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις πεποιθήσεις του άλλου ατόμου. Ο ομιλητής θα πρέπει να παρουσιάζει ξεκάθαρα τις σκέψεις και τα συναισθήματά του. Το γεγονός αυτό δίνει αρχικά τη δυνατότητα να εντοπίσει κανείς το συναίσθημα που κρύβεται πίσω από τις λέξεις, να κατανοήσει την ποιότητα του συναισθήματος που εκπέμπεται και να δείξει ότι αντιλαμβάνεται το πώς νιώθει ο ομιλητής. Έτσι, μειώνεται το αίσθημα απαξίωσης, ο ομιλητής αποκτά αυτοπεποίθηση

και ενθαρρύνεται να διατυπώνει ευκολότερα και πιο ξεκάθαρα τις απόψεις του για το εκάστοτε ζήτημα που πραγματεύεται και φυσικά να ανταποδίδει ακούγοντας με προσοχή όταν έρθει η σειρά του συνομιλητή του.

Μην κάνετε υποθέσεις. Η σκέψη θα πρέπει να παραμένει ξεκάθαρη σε όλη τη διάρκεια της επικοινωνιακής διαδικασίας και δε θα πρέπει να επηρεάζεται από στάσεις, αξίες, πεποιθήσεις και προκαταλήψεις είτε προσωπικές είτε του συνομιλητή. Επίσης δεν θα πρέπει να διακόπτεται ο ομιλητής προτού ολοκληρώσει τη σκέψη του γιατί όταν εξάγονται βιαστικά συμπεράσματα που στηρίζονται σε υποθετικά σενάρια συνήθως είναι λανθασμένα.

Ζητήστε ανατροφοδότηση από τον συνομιλητή σας. Μέσα από την ανατροφοδότηση ο ακροατής επαναδιατυπώνει στον ομιλητή την ουσία των πληροφοριών που έχει λάβει και όχι όλα όσα ειπώθηκαν. Ο ακροατής εκφράζει έτσι το πόσο καλά έχει αντιληφθεί το μήνυμα, ενώ στην περίπτωση που εμφανίζονται εσφαλμένες υποθέσεις, ο ομιλητής έχει τη δυνατότητα της άμεσης αποσαφήνισης. Επίσης, δίνεται η δυνατότητα του επαναπροσδιορισμού της συζήτησης στις περιπτώσεις εκείνες που η συζήτηση παρεκκλίνει και οδηγείται σε λάθος πορεία από την αρχική.

Ζητήστε συγγνώμη, όταν γίνονται λάθη. Η έκφραση δυσάρεστων συναισθημάτων, η απολογία και η έκφραση συγγνώμης έχουν τη δύναμη να επιλύουν αρμονικά διαφορές και να αποτρέπουν συγκρούσεις.

Προσπαθήστε να επιλύσετε τις συγκρούσεις και όχι να τις κερδίσετε. Η δυσκολία και η πίεση στις περιπτώσεις που πρέπει να επέλθει μία συμφωνία οδηγεί εύκολα σε συγκρούσεις. Οι συμμετέχοντες στην κουβέντα θα πρέπει να εφαρμόζουν τεχνικές ώστε να χαλαρώνουν από την ένταση και να διατηρούν την ψυχραιμία τους. Η ορθολογική λύση στο πρόβλημα, τα διαλείμματα και το χιούμορ ανακουφίζουν από την ένταση και το στρες κατά τη διάρκεια τεταμένων συζητήσεων (Σίμου, 2017).

Μία από τις πιο σημαντικές πλευρές της αποτελεσματικής επικοινωνίας είναι η δεξιότητα των συμμετεχόντων να ακούνε. Όχι όμως να ακούνε παθητικά και να στέκονται μόνο στις πληροφορίες και τις λέξεις που ανακοινώνονται ή στην εξωτερική εικόνα που ο ομιλητής αφήνει να φανεί προς τα έξω, αλλά να ακούνε ενεργητικά. Να μπορούν δηλαδή να κατανοήσουν τα συναισθήματα πίσω από τις λέξεις και από τα μη λεκτικά μηνύματα που εκπέμπονται από τον ομιλητή. Κοινό

χαρακτηριστικό των ατόμων που διαθέτουν την ικανότητα να επικοινωνούν αποτελεσματικά, είναι η ενεργητική ακρόαση.

3.6.1 Η ενεργητική ακρόαση

Η ενεργητική ακρόαση βασίζεται στην αλληλεπίδραση του δέκτη με τον ομιλητή και στην κατανόηση των όσων λέγονται με τη λεκτική επικοινωνία και των όσων εκφράζονται μέσα από τη μη λεκτική επικοινωνία. Η φυσική παρουσία ενός ατόμου στο χώρο διεξαγωγής μία συνομιλίας και η τήρηση των κανόνων στοιχειώδους ευγένειας που απαιτεί ο χώρος, δεν παραπέμπει υποχρεωτικά σε ακρόαση. Η ενεργητική ακρόαση προϋποθέτει την ενεργό συμμετοχή του ατόμου στην ομιλία και έχει συγκεκριμένες τεχνικές προκειμένου ο δέκτης να επιβεβαιώσει τον ομιλητή ότι αντιλαμβάνεται και κατανοεί αυτά που λέγονται. Κάποιες από τις τεχνικές της ενεργητικής ακρόασης είναι οι εξής:

Ακούμε προσεκτικά όσα λέει ο συνομιλητής μας. Ο ανθρώπινος εγκέφαλος αποσπάται εύκολα από διάφορες σκέψεις, για το λόγο αυτό χρειάζεται ιδιαίτερη προσπάθεια από το δέκτη ώστε να μείνει προσηλωμένος στα μηνύματα που στέλνει ο πομπός. Μέσα από τη γλώσσα του σώματος ο ομιλητής μπορεί να ενθαρρύνεται και να νιώθει ότι ακούγεται πραγματικά, γεγονός που τον απαλλάσσει από δυσάρεστα συναισθήματα, τον καθησυχάζει και του διασφαλίζει ότι γίνεται περισσότερο κατανοητός. Πρέπει λοιπόν να προσπαθεί κανείς να ακούει με προσοχή και ενσυναίσθηση το συνομιλητή του και να γίνεται σταδιακά πομπός και δέκτης μηνυμάτων.

Δεν ακούμε μόνο με τα αυτιά μας. Ένας καλός ακροατής ακούει αυτά που λέγονται μέσω της λεκτικής επικοινωνίας και ταυτόχρονα προσπαθεί να αντιληφθεί και να μεταφράσει τη γλώσσα του σώματος και τα μη λεκτικά μηνύματα που στέλνει ο ομιλητής. Θα πρέπει λοιπόν το περιεχόμενο του λόγου του ομιλητή να συμβαδίζει με τον τόνο και το ύφος της φωνής του, τις εκφράσεις του προσώπου και τις κινήσεις του σώματός του. Πιθανή ασυμφωνία μεταξύ λεκτικών και μη λεκτικών μηνυμάτων δημιουργεί σύγχυση, αποπροσανατολίζει τους ακροατές και δίνει την εντύπωση ότι ο ομιλητής δεν πιστεύει αυτό που λέει. Σε αυτές τις περιπτώσεις τα μη λεκτικά μηνύματα είναι αυτά που υπερισχύουν έναντι των λεκτικών.

Αποφεύγουμε τη διακοπή της συζήτησης. Σε κάθε επικοινωνιακή διαδικασία θα πρέπει να υπάρχει αλληλοσεβασμός μεταξύ των συμμετεχόντων. Ο κάθε άνθρωπος αποτελεί μία ξεχωριστή προσωπικότητα και βάσει αυτής καθορίζεται ο τρόπος που επικοινωνεί. Πρέπει να δίνεται ο απαιτούμενος χρόνος στον ομιλητή να διατυπώνει με άνεση και να ολοκληρώνει αυτά που έχει να πει. Η διακοπή της ομιλίας εγείρει δυσάρεστα συναισθήματα, αφού δείχνει ότι ο συνομιλητής είτε αδιαφορεί για αυτά που ακούει είτε έχει κάτι σημαντικότερο να πει και προσπαθεί να κατευθύνει τη συζήτηση προς όφελός του. Η επικοινωνιακή διαδικασία οδηγείται στην αποτυχία και το μόνο που επιτυγχάνεται είναι η προσωπική επιβεβαίωση αυτού που διακόπτει.

Η ακρόαση διαφέρει από το περιμένω τη σειρά μου να μιλήσω. Ο ακροατής πρέπει να συμμετέχει με όλες του τις αισθήσεις σε αυτά που λέγονται και να μην επιτρέπει σε τίποτα εκείνη τη στιγμή να του αποσπά την προσοχή. Η διαδικασία της ενεργητικής ακρόασης περιλαμβάνει τον περιορισμό του χρόνου που μιλάει κανείς, καθώς όταν κάποιος μιλάει είθισται να μην ακούει. Πρέπει λοιπόν να επικεντρώνεται σε αυτά που του λέει ο άλλος και όχι σε αυτά που πρόκειται ο ίδιος να πει όταν έρθει η σειρά του διότι ένας προσεκτικός ομιλητής μπορεί εύκολα να αντιληφθεί ότι δεν τον παρακολουθούν.

Ακρόαση με κατανόηση. Σε περίπτωση που μεταξύ των συνομιλητών δεν υπάρχει ταύτιση απόψεων και ο ακροατής έρχεται σε επαφή με ιδέες και σκέψεις που δεν τον εκφράζουν, θα πρέπει να παραγκωνίζει τις προσωπικές του αντιλήψεις και προκαταλήψεις, ώστε να μπορεί να κατανοεί τη θέση και το συναισθηματικό φορτίο του συνομιλητή του και να επεξεργάζεται αμερόληπτα όσα λέγονται. Δε θα πρέπει να αποδοκιμάζει όσα ακούγονται επειδή τον βρίσκουν αντίθετο ούτε να βγάζει βιαστικά συμπεράσματα, αλλά μέσα από καθαρή σκέψη να τα αξιολογεί αντικειμενικά. Άλλωστε για μία αποτελεσματική επικοινωνία δεν απαιτείται όλοι οι συμμετέχοντες να έχουν τις ίδιες αξίες, σκέψεις και απόψεις (Σίμου, 2017).

Ακρόαση με ειλικρίνεια. Η ειλικρίνεια είναι καθοριστικός παράγοντας για καλή ακρόαση. Αν ο ακροατής τρέφει αρνητικά συναισθήματα για τον ομιλητή ή είναι προκατειλημμένος απέναντί του, απορρίπτει εκ των προτέρων όσα πρόκειται να ακούσει και δεν κάνει καμία προσπάθεια να επικοινωνήσει μαζί του. Σε αντίθετη περίπτωση, που ο ακροατής είναι καλοπροαίρετος, ακόμα και αν διαφωνεί, η ειλικρίνεια αυτή τον βοηθά να συμμετέχει στη συνομιλία ενεργά αποκομίζοντας όλα

τα δυνατά οφέλη από αυτή ακόμα και αν προέρχονται από άτομα που δεν του είναι αρεστά (Μάργαρης, 2006).

Ακολουθούμε την τακτική της ανατροφοδότησης. Είναι πολύ σημαντικό η επικοινωνία να εκπληρώνει το σκοπό για τον οποίο ξεκίνησε και όσα λέγονται να γίνονται αντιληπτά από τους συμμετέχοντες. Σε αυτό βοηθά η τακτική της ανατροφοδότησης που περιλαμβάνει είτε διευκρινιστικές ερωτήσεις προκειμένου ο ομιλητής να βεβαιωθεί ότι οι συνομιλητές κατανοούν τα όσα λέει, είτε μία σύντομη περίληψη των σημαντικότερων σημείων που ειπώθηκαν και που ουσιαστικά επιθυμεί να επικοινωνήσει στον συνομιλητή του. Από την πλευρά των συνομιλητών νεύματα ή καταφατικές κινήσεις του κεφαλιού, που εκφράζονται μέσα από τη γλώσσα του σώματος επιβεβαιώνουν το βαθμό κατανόησης της συζήτησης. Η ανατροφοδότηση ουσιαστικά διασφαλίζει την ενεργητική ακρόαση και την κατανόηση των όσων λέγονται.

Όσο πιο εξοικειωμένος είναι λοιπόν κανείς με τις επικοινωνιακές δεξιότητες τόσο πιο εύκολα μπορεί να επικοινωνήσει αυτά που επιθυμεί. Η εκπαίδευση στις τεχνικές προκειμένου να είναι κανείς ικανός να επικοινωνεί αποτελεσματικά είναι χρονοβόρα και χρειάζεται θέληση και προσπάθεια. Αξίζει όμως να το τολμήσει κανείς διότι μέσα από την τέχνη της επικοινωνίας έρχεται αντιμέτωπος με τον ίδιο του τον εαυτό, καθώς επηρεάζεται από τα μηνύματα και τα ερεθίσματα που λαμβάνει από τους συνομιλητές του. Η αξιοποίηση των ερεθισμάτων αυτών για προσωπικό όφελος οδηγούν στον προσωπικό επανακαθορισμό και την αυτογνωσία του δέκτη (Σίμου, 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο

ΑΤΟΜΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΡΡΩΣΤΙΑΣ

4.1 Κοινωνικές Αναπαραστάσεις

Οι ασθενείς υποκινούμενοι από τις εκάστοτε κοινωνικές αναπαραστάσεις, έχουν διαφορετική θεώρηση των ορίων ανάμεσα στο φυσιολογικό και το παθολογικό με αποτέλεσμα να υπάρχουν διαφοροποιήσεις μεταξύ των ατόμων ως προς τις επιθυμίες και τις προσδοκίες που έχουν από το γιατρό τους. Για την καλύτερη κατανόηση των παραγόντων που επηρέασαν τη σκέψη των ανθρώπων και συνέβαλαν στη δημιουργία διαφορετικών αντιλήψεων για την υγεία και την ασθένεια, αλλά και για την αποσαφήνιση της διαφορετικής οπτικής που έχει επικρατήσει να ισχύει για τις έννοιες αυτές στο αξιακό σύστημα των ασθενών και των γιατρών, κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούν αρχικά οι επίσημοι ορισμοί της υγείας και της ασθένειας όπως αποφασίστηκαν μετά από διεθνείς συσκέψεις και υπάρχουν καταγεγραμμένοι στη διεθνή και την ελληνική βιβλιογραφία.

Ο πιο διαδεδομένος ορισμός για την υγεία είναι ο ορισμός που επιχειρήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) το 1946 και ορίζει την υγεία ως «την κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο την απουσία αναπηρίας ή νόσου» (WHO, 1946). Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό ο άνθρωπος μπαίνει στο επίκεντρο και αντιμετωπίζεται ολιστικά από την επιστήμη της ιατρικής χωρίς να υπάρχει διαχωρισμός ανάμεσα στις βιολογικές, ψυχικές και συναισθηματικές του λειτουργίες. Αυτός είναι ο θετικός ορισμός για την υγεία και δεν είναι λίγοι οι επικριτές του, οι οποίοι υποστηρίζουν ότι περισσότερο περιγράφει μία ουτοπική κατάσταση ή ένα στόχο, παρά αποδίδει με απόλυτη ακρίβεια την έννοια του όρου «υγεία» ως υπέρτατο αγαθό το οποίο μπορούν να κατακτήσουν και να διατηρήσουν τα άτομα.

Στον αντίποδα του θετικού ορισμού υπάρχουν οι υποστηρικτές του αρνητικού ορισμού της υγείας, σύμφωνα με τον οποίο η υγεία είναι η κατάσταση κατά την οποία απουσιάζει η νόσος. Ο ορισμός αυτός βασίζεται στο τι δεν είναι υγεία, παρά στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της και υποστηρίζει το δυϊσμό του ανθρώπινου σώματος διαχωρίζοντας το σώμα από το πνεύμα. Το σώμα γίνεται αντιληπτό σαν μία

πολύπλοκη μηχανή με σύνθετες λειτουργίες και πολλές δυνατότητες και η υγεία αποτελεί έκφραση της φυσιολογικής λειτουργίας του ανθρώπινου οργανισμού. Άλλοι εκλαμβάνουν την υγεία ως σωματική ικανότητα και από την πεποίθηση αυτή απορρέει ο λειτουργικός ορισμός της, ενώ για άλλους η υγεία είναι η ικανότητα άσκησης ρόλων και από τη θεώρηση αυτή απορρέει ο ορισμός της συναισθηματικής λειτουργικότητας.

Ο δυναμικός χαρακτήρας της υγείας και οι ραγδαίες κοινωνικές εξελίξεις οδήγησαν τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας να προβεί σε αναθεώρηση του ορισμού της έννοιας της υγείας. Στη διακήρυξη της Ottawa το 1986 η υγεία ορίστηκε ως: «η ικανότητα του ατόμου, της ομάδας ή της κοινότητας να αναγνωρίζει και να κατανοεί φιλοδοξίες, να ικανοποιεί ανάγκες και να τροποποιεί ή να συμβιβάζεται με το περιβάλλον». Από τον ορισμό αυτό προκύπτει ότι η υγεία είναι μία δυναμική διαδικασία και ανάλογα με τις εξωτερικές επιρροές που δέχεται έχει αντίστοιχα περιθώρια βελτίωσης. Το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, οι ανανεώσιμες πηγές ενέργειας, η διατροφή, η κατοικία, η εκπαίδευση, οι συνθήκες εργασίας, η οικονομία και η νομοθεσία είναι δυνατό να επηρεάσουν την ψυχική, σωματική και κοινωνική υγεία και ευεξία του ατόμου (Σίμου, 2013).

Στην αντίληψη των περισσότερων έχει επικρατήσει η υγεία να ταυτίζεται με το φυσιολογικό και η νόσος με το παθολογικό. Για την ερμηνεία του παθολογικού υπάρχουν οι έννοιες της νόσου, της αρρώστιας και της ασθένειας οι οποίες εννοιολογικά διαφέρουν μεταξύ τους. Έτσι λοιπόν ο όρος «νόσος» αναφέρεται στη νοσηρή κατάσταση του ανθρώπινου οργανισμού όπως αυτή εκδηλώνεται μέσα από την εμφάνιση και την εξέλιξη των συμπτωμάτων και αφορά τη βιολογική διαδικασία. Ο όρος «αρρώστια» αφορά την προσωπική εμπειρία του ατόμου και πώς αυτό βιώνει τη βιολογική ή ψυχική διαταραχή του ανάλογα με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του και τέλος, ο όρος «ασθένεια» αποτυπώνει την κοινωνική διάσταση της διαταραχής και το βαθμό που το άτομο αδυνατεί να ανταποκριθεί στα κοινωνικά δρώμενα εξαιτίας της νόσου ή της αρρώστιας.

Ανεξάρτητα από τους παραπάνω ορισμούς φαίνεται ότι οι εκάστοτε κοινωνικές και πολιτισμικές επιρροές συμβάλλουν καθοριστικά στη διαμόρφωση των ατομικών θεωρήσεων των ασθενών και των γιατρών για την υγεία, τη νόσο, την αρρώστια και την ασθένεια, ενώ παρατηρούνται διαφορές ακόμα και μεταξύ των μελών του ίδιου κοινωνικού συνόλου. Οι διαφορετικές επεξηγήσεις που δίνονται κάθε φορά από τα

άτομα είναι συνάρτηση του ατομικού φιλοσοφικού συστήματος του καθενός και της ικανότητάς του για ορθολογική ερμηνεία των γεγονότων που τους συμβαίνουν και όχι απλουστευμένες εκδοχές της ιατρικής γνώσης. Η χρονική περίοδος και τα πολιτισμικά πρότυπα που επικρατούν, συμβάλλουν στη διαμόρφωση της κοινωνικής γνώσης για την υγεία και την αρρώστια. Με το πέρασμα των αιώνων οι έννοιες αυτές έχουν γνωρίσει διαφορετικές ερμηνείες συμπαρασύροντας και επανακαθορίζοντας κάθε φορά τη σκέψη των ατόμων που αντιλαμβάνονται και βιώνουν ποικιλοτρόπως το φυσιολογικό και την απόκλιση από αυτό.

4.2 Η υγεία και η ασθένεια υπό το πρίσμα των ασθενών

4.2.1 Αξίες και αντιλήψεις

Κατά την προϊστορική περίοδο τα άτομα πιστεύουν ότι η αρρώστια οφείλεται σε ανώτερες πνευματικές δυνάμεις που τα ίδια δεν μπορούν να ελέγξουν παρά μόνο ο μάγος της φυλής. Έπειτα, για πρώτη φορά επιχειρείται η ορθολογική ερμηνεία της αρρώστιας με τη θεωρία του Ιπποκράτη περί ισορροπίας των τεσσάρων χυμών στο ανθρώπινο σώμα και καθετί παθολογικό αποδίδεται στη διαταραχή αυτής της ισορροπίας. Ακολουθεί η έντονη επιρροή της Εκκλησίας που διαμορφώνει την πεποίθηση ότι η αρρώστια είναι θεόσταλη δοκιμασία προκειμένου ο άνθρωπος να συνετιστεί και να βγει από το δρόμο της αμαρτίας. Κατά το Μεσαίωνα η αρρώστια δαιμονοποιείται, ενώ κατά την περίοδο της Αναγέννησης, ο ορθολογικός τρόπος σκέψης συνέβαλε στην πρόοδο της ιατρικής επιστήμης που αντιμετώπισε την αρρώστια ως βλάβη με δυνατότητα επιδιόρθωσης.

Η τεχνολογική πρόοδος θέτει νέες βάσεις και στον τομέα της υγείας. Οι κατακτήσεις της μικροβιολογίας και της βιοϊατρικής συμβάλλουν στην αναθεώρηση των κοινωνικών και ατομικών αντιλήψεων για την υγεία και την αρρώστια. Η ανακάλυψη των παθογόνων μικροβίων, ο ρόλος της κληρονομικότητας, η ανακάλυψη των εμβολίων, η εξειδίκευση στην ιατρική, η μοριακή παθολογία, η χειρουργική, η αναίμακτη επεμβατική, η ενδοσκόπηση, ο προηγμένος ιατρικός και τεχνολογικός εξοπλισμός, οι εξετάσεις μεγάλης ευκρίνειας, η πρόληψη, η ανάπτυξη του τομέα της φαρμακοβιομηχανίας, αναπόφευκτα επηρέασαν τις κοινωνικές αναπαραστάσεις των ατόμων προσδίδοντας μία νέα διάσταση στη σχέση του γιατρού με τον ασθενή και

μία διαφορετική προσέγγιση των εννοιών της υγείας και της αρρώστιας (Σίμου, 2013).

Είναι κοινά αποδεκτό ότι η προστασία και η διατήρηση της υγείας ήταν πάντοτε στο επίκεντρο της ανθρώπινης δραστηριότητας. Η έννοια της υγείας, αν και διέφερε ανάλογα με τη χρονική περίοδο και τις κοινωνικές συνθήκες που επικρατούσαν, ήταν συνυφασμένη στη συνείδηση των ανθρώπων με την αρμονία ανάμεσα στο άτομο και το περιβάλλον του. Με την πάροδο των ετών οι απόπειρες που έγιναν προκειμένου να αποδοθεί ένας κοινά αποδεκτός και εμπειριστατωμένος ορισμός της υγείας απέδειξαν πως κάτι τέτοιο είναι πρακτικά αδύνατο, διότι η υγεία δεν είναι μία σταθερή κατάσταση, αλλά μεταβάλλεται με το πέρασμα του χρόνου και επηρεάζεται από πολλούς και διαφορετικούς παράγοντες.

Οι αξίες λοιπόν και οι αντιλήψεις που υιοθετούνται στα θέματα της υγείας και της ασθένειας απορρέουν από το γενικό πλαίσιο ύπαρξης των ατόμων, καθορίζονται από τα εκάστοτε κοινωνικά πρότυπα και κανόνες και είναι προϊόντα κοινωνικής μάθησης. Η θεώρηση που επικρατεί κάθε φορά για την υγεία και την ασθένεια είναι καθοριστικής σημασίας, διότι επηρεάζει τον τρόπο που τα άτομα αντιλαμβάνονται την υγεία τους, αξιολογούν τα συμπτώματα που εμφανίζουν, ζητούν έγκαιρα ιατρική βοήθεια και συμμορφώνονται με τις οδηγίες του ιατρού. Επίσης, καθορίζει το βαθμό της προσωπικής ευθύνης που νιώθουν τα άτομα για τον έλεγχο, την προστασία και τη διατήρηση της υγείας τους (Nettleton, 2002).

4.2.2 Η βιολογική διάσταση της ασθένειας

Η έννοια του φυσιολογικού διαφέρει μεταξύ των ατόμων και εξαρτάται από τα εκάστοτε κοινωνικά και ιδεολογικά δεδομένα, αλλά και από το πώς το κάθε άτομο σαν ξεχωριστή οντότητα αντιλαμβάνεται και διαχωρίζει το φυσιολογικό από το παθολογικό. Το φυσιολογικό αναφέρεται στην υγεία και το παθολογικό στις έννοιες της νόσου, της αρρώστιας και της ασθένειας. Οι έννοιες της νόσου και της αρρώστιας δεν ταυτίζονται πάντοτε μεταξύ τους, διότι για κάθε άτομο υπάρχει ένα φάσμα εμπειριών και ότι εμπίπτει σε αυτό δεν αξιολογείται ως παθολογικό. Άτομα που παραπονούνται ότι αισθάνονται άρρωστα και ότι εμφανίζουν συγκεκριμένη συμπτωματολογία μπορεί μετά από τον εργαστηριακό έλεγχο και την κλινική εξέταση να μην πάσχουν από κάτι παθολογικό, ενώ άτομα με αδιάγνωστη νόσο δε

θεωρούν ότι είναι άρρωστα, ακόμα και αν είναι έκδηλη η συμπτωματολογία της νόσου με αποτέλεσμα να μην ζητούν ιατρική βοήθεια, να μην αποδέχονται την ανάγκη για θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου και να μη συμμορφώνονται με τις οδηγίες του γιατρού.

Σύμφωνα με τη βιολογική διάσταση της ασθένειας, βασικές παράμετροι, για να υποδυθεί κάποιος το ρόλο του αρρώστου είναι η προσωπικότητά του και η αίσθηση της έντασης των συμπτωμάτων βάσει των προηγούμενων εμπειριών και των αντιλήψεων που έχει γύρω από την υγεία και την απόκλιση από το φυσιολογικό. Η θεωρία του «παγόβουνου του συμπτώματος» που εισήγαγε ο Hannay (1979) περιγράφει ακριβώς τη διαδικασία αυτή, από τη στιγμή της εμφάνισης του συμπτώματος μέχρι την αναζήτηση ιατρικής συμβουλής. Πιο συγκεκριμένα, στη βάση βρίσκεται ο θεωρητικά υγιής πληθυσμός που δεν εμφανίζει κάποιο σύμπτωμα, στην κορυφή βρίσκονται τα άτομα που υποκινούμενα από κάποιο σύμπτωμα καταφεύγουν στο γιατρό και μεταξύ βάσης και κορυφής βρίσκονται τα άτομα που είναι συμπτωματικά άλλα παραβλέπουν τις παθολογικές ενδείξεις και δεν επισκέπτονται το γιατρό (Hannay, 1979).

4.2.3 Η κοινωνική διάσταση της ασθένειας

Η αρρώστια είναι μία κοινωνική διαδικασία και πέρα από τη βιολογική διάσταση που αναφέρθηκε, ενέχει επιπρόσθετα διαφορετικές κοινωνικές και ψυχολογικές προεκτάσεις για κάθε άτομο. Τα άτομα είθισται να αναπτύσσουν μία συγκεκριμένη συμπεριφορά απέναντι στην αρρώστια που βιβλιογραφικά αναφέρεται ως «συμπεριφορά αρρώστιας» και περιλαμβάνει διάφορα στάδια, τα οποία βιώνουν τα άτομα από τη στιγμή που συνειδητοποιούν και αποδέχονται την παθολογική τους κατάσταση, μέχρι και τη στιγμή που προσπαθούν να αποκαταστήσουν την υγεία τους. Πιο συγκεκριμένα, ο πάσχων βιώνει τα στάδια της εμπειρίας του συμπτώματος, της υπόθεσης ότι μπορεί να νοσεί, της επαφής με το γιατρό, της εξαρτημένης σχέσης με το γιατρό, της θεραπείας και της αποκατάστασης.

Η αρρώστια λοιπόν διαταράσσει πέρα από τη βιολογική και την κοινωνική ισορροπία των ατόμων. Σύμφωνα όμως με τον Parsons ο άρρωστος δε θεωρείται κατακριτέος και γι' αυτό του παρέχονται τέσσερα αξιώματα ανάλογα με τη

σοβαρότητα και τη νομιμότητα της νόσου. Από τη στιγμή που τίθεται η ιατρική διάγνωση και το άτομο αποδεχτεί την αρρώστια του ισχύουν τα εξής :

- Το άτομο δεν ευθύνεται για την αρρώστια του.
- Το άτομο απαλλάσσεται προσωρινά από τους κοινωνικούς του ρόλους, εφόσον δε μπορεί να ανταπεξέλθει σε αυτούς.
- Το άτομο πρέπει να προσπαθεί να γίνει καλά διότι η αρρώστια του είναι μία παροδική κατάσταση και
- Το άτομο πρέπει να αναζητά την κατάλληλη ιατρική φροντίδα προκειμένου να γίνει καλά (Nettleton, 2002).

Είναι χαρακτηριστικό ότι η πρώτη διάγνωση γίνεται από το ίδιο το άτομο και προσδιορίζεται χρονικά από διαφορετικούς παράγοντες για τον καθένα όπως οι προηγούμενες εμπειρίες, η αντίληψη του ατόμου για τον εαυτό του και τους άλλους, το φύλο, από κοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες και από την προβολή προτύπων και ιδεών από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης. Αρχικά, η κοινωνική τάξη φαίνεται να διαδραματίζει κυρίαρχο ρόλο στη συνείδηση των ατόμων για τη διαμόρφωση της αντίληψης των ορίων ανάμεσα στο φυσιολογικό και το παθολογικό. Τα άτομα που ανήκουν σε υψηλότερη κοινωνική θέση, λόγω του μορφωτικού και οικονομικού τους επιπέδου, φαίνεται ότι δεν αγνοούν τα συμπτώματα που εμφανίζουν, κάνουν πιο συχνά χρήση των υπηρεσιών υγείας, εμπιστεύονται τη σύγχρονη ιατρική και υιοθετούν πιο υγιεινούς τρόπους ζωής σε αντίθεση με τα άτομα που προέρχονται από χαμηλότερες κοινωνικά τάξεις. Η ίδια διαφορά παρατηρείται και ανάμεσα στα δύο φύλα με τις γυναίκες να υπερέχουν σε σχέση με τους άνδρες ως προς την αναγνώριση των συμπτωμάτων και την αναζήτηση ιατρικής βοήθειας με την κοινωνική θέση να καθορίζει την ευκολία με την οποία το γυναικείο φύλο μετατρέπει τις ανάγκες υγείας του σε ζήτηση των υπηρεσιών υγείας.

Καθοριστική στη διαμόρφωση της αντίληψης για την υγεία και την αρρώστια είναι και η συμβολή του οικογενειακού περιβάλλοντος, καθώς και του κοινωνικού περιγύρου του ατόμου. Ο κληρονομικός χαρακτήρας ορισμένων ασθενειών όταν εμφανίζονται στο στενό οικογενειακό και συγγενικό περιβάλλον κινητοποιεί τα άτομα τα οποία μέσω της πρόληψης στοχεύουν είτε στη διατήρηση της υγείας τους, είτε στην έγκαιρη ανίχνευση των συμπτωμάτων. Επίσης, η ύπαρξη υποστηρικτικού

περιβάλλοντος στην ασθένεια, βοηθά τα άτομα να αναζητούν ευκολότερα ιατρική βοήθεια όταν εμφανίζουν κάποιο σύμπτωμα, να συμμορφώνονται στο θεραπευτικό πλάνο χωρίς ιδιαίτερες δυσκολίες και να βιώνουν καλύτερα την εμπειρία της ασθένειάς τους.

Αξιοσημείωτος είναι επίσης ο τρόπος που επιδρούν στη διαμόρφωση της ανθρώπινης γνώσης για την υγεία και την αρρώστια το επάγγελμα και η ικανότητα για εργασία. Στο δυτικό πολιτισμό όπου κυριαρχούν οι έννοιες της εργασίας και της παραγωγικότητας, η αρρώστια συνδέθηκε με την αδυναμία για εργασία. Παλιότερα που η εργασία ήταν κυρίως χειρωνακτική, το παθολογικό ταυτίστηκε με τη σωματική αδυναμία. Κατά τον 20^ο αιώνα όμως η επαγγελματική κουλτούρα των ατόμων άλλαξε και η εργασία έγινε περισσότερο νοητική, με την πλειοψηφία των εργαζομένων να κυνηγούν την κοινωνική τους καταξίωση μέσα από την επαγγελματική τους αναρρίχηση και να επιδίδονται σε μία συνεχή προσπάθεια να ανταπεξέλθουν στις ολοένα και υψηλότερες εργασιακές απαιτήσεις χωρίς πάντα να αμείβονται επαρκώς γιαυτό. Η φυσική και ψυχολογική ένταση στον εργασιακό χώρο επηρεάζει την ευημερία των ατόμων και συνδέει την αδυναμία για εργασία με τις πνευματικές και ψυχικές διαταραχές (Τούντας, 2000).

4.2.4 Η οικονομική διάσταση της ασθένειας

Άμεσα συνδεδεμένη με το επάγγελμα είναι η οικονομική κατάσταση των ατόμων και ο τρόπος που αυτή επηρεάζει το επίπεδο υγείας τους. Η ανεργία και το χαμηλό εισόδημα σχετίζεται με μεγαλύτερη νοσηρότητα και με μικρότερο προσδόκιμο επιβίωσης. Τα άτομα που προέρχονται από τα οικονομικά ασθενέστερα στρώματα προσπαθούν να επιλύσουν τα οικονομικής φύσεως προβλήματα που αντιμετωπίζουν και παραμερίζουν την αξία της υγείας. Οι οικονομικά ασθενείς τάξεις τείνουν να αντιμετωπίζουν με καχυποψία τη σύγχρονη ιατρική, να μη δίνουν τη δέουσα προσοχή στα συμπτώματα που εμφανίζουν και να μη χρησιμοποιούν συχνά τις υπηρεσίες υγείας, ενώ τις περισσότερες φορές φτάνουν σε αυτές σε παραμελημένη κατάσταση. Αντιθέτως, τα άτομα που βρίσκονται σε καλύτερη οικονομική κατάσταση, αναγνωρίζουν ευκολότερα οτιδήποτε αποκλίνει από τα όρια του φυσιολογικού και έχοντας την οικονομική δυνατότητα διαθέτουν περισσότερους πόρους στην πρόληψη

και την περίθαλψη προκειμένου να διασφαλίσουν την υγεία τους, που αποτελεί γι' αυτούς υπέρτατο αγαθό (Nettleton, 2002).

4.2.5 Η ψυχολογική διάσταση της ασθένειας

Σύμφωνα με το θετικό ορισμό της υγείας, ο οποίος προαναφέρθηκε, η υγεία ταυτίζεται με τη σωματική, κοινωνική, αλλά και ψυχική ευεξία του ατόμου. Πράγματι, η ασθένεια για τα άτομα των σύγχρονων κοινωνιών δεν εκλαμβάνεται μόνο ως αίσθηση αδιαθεσίας, αλλά έχει και ψυχολογικές διαστάσεις που μπορεί να επηρεάζουν την καθημερινότητά τους. Στο δυτικό κόσμο που χαρακτηρίζεται από υψηλό βιοτικό επίπεδο και ανεπτυγμένη ιατρική περίθαλψη παρατηρείται από τη μία να καταπολεμούνται μικροβιακά και ιογενή νοσήματα και από την άλλη να αναδύονται χρόνιες παθήσεις ως επακόλουθο του σύγχρονου τρόπου ζωής. Παρατηρείται επίσης πολλές παθήσεις να σχετίζονται με διαταραχές της ψυχικής σφαίρας. Αυτές μπορεί να είναι η γενεσιουργός αιτία μίας πάθησης ή να εμφανίζονται ως επακόλουθο μιας νοσηρής κατάστασης. Η αδυναμία του ατόμου να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της ασθένειάς του και η έλλειψη οικείου υποστηρικτικού περιβάλλοντος φαίνεται να εμπλέκονται δευτερογενώς με ψυχικές διαταραχές, που συνήθως επιδεινώνουν την κλινική κατάσταση του πάσχοντα και προσδίδουν ιδιαίτερη βαρύτητα στον τρόπο που αντιλαμβάνεται και βιώνει την εμπειρία της ασθένειάς του.

4.2.6 Η πολιτισμική και η θρησκευτική διάσταση της ασθένειας

Οι πολιτισμικές αξίες επιδρούν στην ανθρώπινη συμπεριφορά. Η γλώσσα, οι γνώσεις, τα πρότυπα συμπεριφοράς, οι αξίες, οι θρησκευτικές αντιλήψεις, οι πεποιθήσεις και η τεχνογνωσία κληροδοτούνται από γενιά σε γενιά και επηρεάζουν άμεσα τη διαμόρφωση των αντιλήψεων για την υγεία, τη νόσο και την ασθένεια που είθισται να διαφέρουν ακόμα και σε άτομα που ανήκουν στο ίδιο κοινωνικό σύνολο. Ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα αντιλαμβάνονται την υγεία, βιώνουν την αρρώστια και συμμορφώνονται στη θεραπεία εξαρτάται από τις πολιτισμικές τους επιρροές και το περιβάλλον που ζουν. Στα πολυπολιτισμικά περιβάλλοντα των σύγχρονων κοινωνιών τα άτομα βάσει της κουλτούρας τους και της διαφορετικής θεώρησης της υγείας μπορεί να αντιλαμβάνονται ως φυσιολογική διαδικασία νοσηρές καταστάσεις

ή συμπτώματα που είναι ενδεικτικά κάποιας νόσου. Επίσης, παρατηρείται να αρνούνται ή να μην αποδέχονται εύκολα τη διάγνωση για νόσους ψυχικές, κληρονομικές ή νόσους που σχετίζονται με κοινωνικό στιγματισμό.

Καθοριστικός είναι επίσης και ο ρόλος της θρησκείας. Άξια καταγραφής είναι η ευλάβεια και η αυστηρότητα με την οποία τα άτομα που διακατέχονται από έντονο θρησκευτικό συναίσθημα τηρούν τους κανόνες που υπαγορεύει η θρησκεία τους. Οι επιταγές για συγκεκριμένες θρησκευτικές ομάδες όπως η περιοδική ή ισόβια αποχή από κάποιες τροφές, η αποχή από το κάπνισμα, η αντιμετώπιση της νόσου ως δοκιμασία ή «καλό σημάδι», η απαγόρευση της μετάγγισης αίματος και οποιασδήποτε ιατρικής παρέμβασης μολονότι τα άτομα αυτά γνωρίζουν ότι κάτι τέτοιο μπορεί να τους στοιχίσει την ίδια τους τη ζωή, είναι στοιχεία που δείχνουν πώς ο φανατισμός που διδάσκουν ορισμένες θρησκείες μπορεί να προάγει ή να βλάψει την υγεία των ατόμων. Σε ορισμένες βέβαια περιπτώσεις, η θρησκεία φαίνεται ότι διευκολύνει τα βαθιά θρησκευόμενα άτομα να αντιμετωπίσουν την αρρώστια τους πιο ανώδυνα και αποτρέπει την εμφάνιση ψυχικών διαταραχών, εξαιτίας της δύναμης που αντλούν τα άτομα αυτά από την πίστη τους.

Ο γιατρός λοιπόν θα πρέπει να είναι σε θέση να αντιλαμβάνεται πέρα από το κοινωνικό πλαίσιο που ζει ο ασθενής, τις εκάστοτε ψυχικές, πολιτισμικές και θρησκευτικές του ιδιαιτερότητες, καθώς οι παράμετροι αυτές διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην εκδήλωση, την πορεία και τη θεραπεία μιας νόσου. Μόνο με τον τρόπο αυτό μπορεί να δημιουργηθεί μία σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα στον ίδιο και τον ασθενή που θα οδηγήσει στην αποτελεσματική επικοινωνία και την ουσιαστική συνεργασία προς όφελος του ασθενή.

4.3 Η υγεία και η ασθένεια υπό το πρίσμα των γιατρών

4.3.1 Αξίες και αντιλήψεις

Οι αντιλήψεις των γιατρών για την υγεία και την ασθένεια πηγάζει από τις πολιτισμικές και κοινωνικές τους επιρροές, αλλά διαμορφώνεται σε μεγάλο βαθμό από την πανεπιστημιακή τους εκπαίδευση και την εμπειρία που αποκτούν κατά την άσκηση της κλινικής πρακτικής. Συνήθως οι αντιλήψεις των γιατρών και των ασθενών διαφέρουν. Για το λόγο αυτό ο γιατρός, θα πρέπει κάθε φορά να εξατομικεύει τη συμπεριφορά του και μέσα από την ουσιαστική επικοινωνία να

αφουγκράζεται τις διαφορές, ώστε η συζήτηση με τον ασθενή να εξελίσσεται με τη μορφή διαλόγου και όχι ως δύο παράλληλοι μονόλογοι. Επίσης, θα πρέπει να αξιοποιεί στο έπακρο τις θεραπευτικές ιδιότητες της αληθινής σχέσης. Αναγνωρίζοντας τις εκάστοτε ιδιαιτερότητες και διατηρώντας την υποκειμενικότητα των προσωπικών του γνώσεων και απόψεων μπορεί να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ασθενή (Kleinman, 1980).

Επιπρόσθετα, η επίδραση των κοινωνικών αναπαραστάσεων και των πολιτισμικών επιρροών διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στον τρόπο με τον οποίο οι γιατροί αντιλαμβάνονται την ιατρική επιστήμη και αντιμετωπίζουν τους ασθενείς. Άλλοι επιστήμονες βλέπουν την άσκηση της ιατρικής ως λειτούργημα και κύριο μέλημά τους είναι η αποκατάσταση της υγείας των ασθενών και άλλοι τη βλέπουν ως επάγγελμα και ως μέσο ικανοποίησης της ακόρεστης πλεονεξίας και της προσωπικής ματαιοδοξίας τους. Όσον αφορά τη σχέση με τον ασθενή υπάρχουν γιατροί που εστιάζουν μόνο στη διάγνωση, άλλοι τον θεωρούν ως υποδοχέα της νόσου και άλλοι εστιάζουν στο πρόσωπο ως ολότητα. Οι αξίες και οι αντιλήψεις του γιατρού είναι εύκολα αναγνωρίσιμες από τους ασθενείς, αφού χαρακτηρίζουν την καθημερινή άσκηση της ιατρικής πρακτικής και επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τη σχέση που θα εδραιωθεί μεταξύ τους. Οι έννοιες της ικανοποίησης ή της δυσαρέσκειας του ασθενή από την επαφή του με το γιατρό και της συμμόρφωσης ή της μη συμμόρφωσής του σε ότι προστάζει η ασθένειά του και το θεραπευτικό σχήμα που πρέπει να ακολουθήσει είναι στενά συνδεδεμένες με την ουσιαστική επικοινωνία που επιτυγχάνεται μόνο μέσα από μια ειλικρινή σχέση.

4.3.2 Ιατρική εκπαίδευση

Η ιατρική εκπαίδευση παίζει καθοριστικό ρόλο στη στάση των γιατρών απέναντι στην υγεία, τη νόσο, τη διαγνωστική διαδικασία, το θεραπευτικό σχήμα, αλλά και τον τρόπο που αντιμετωπίζουν τους ασθενείς. Οι ιατρικές γνώσεις και η κλινική εμπειρία, καθιστά τους γιατρούς ικανούς να μπορούν έγκαιρα να διαγνώσουν τη νόσο και μέσα από την επιλογή του κατάλληλου θεραπευτικού σχήματος να είναι σε θέση να αποκαταστήσουν την υγεία των ασθενών. Ωστόσο, όπως για όλα τα άτομα έτσι και για τους γιατρούς τα κοινωνικά στερεότυπα και οι αξίες είναι βαθιά ριζωμένες και δύσκολα αλλάζουν. Πέρα λοιπόν από τις ιατρικές γνώσεις που παρέχονται στους

φοιτητές των ιατρικών σχολών κατά τη διάρκεια των σπουδών τους, θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της εκπαίδευσής τους η εκμάθηση των δεξιοτήτων τόσο της λεκτικής όσο και της μη λεκτικής επικοινωνίας. Ο γιατρός πρέπει να εκπαιδεύεται ώστε να παραβλέπει τις προσωπικές του θεωρήσεις γύρω από την υγεία και την αρρώστια και να αντιλαμβάνεται τις κοινωνικές και πολιτισμικές ιδιαιτερότητες του ασθενή. Μόνο με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η ολιστική προσέγγισή του ασθενή και η εδραίωση μιας ουσιαστικής σχέσης μεταξύ τους με απώτερο στόχο την ανακούφιση του πάσχοντα από τα συμπτώματα και τον πόνο και την αποκατάσταση της υγείας του.

4.4 Μοντέλα ερμηνείας της υγείας και της ασθένειας. Η επιρροή τους στη σχέση και την επικοινωνία γιατρού-ασθενή.

Για την ερμηνεία της ανθρώπινης συμπεριφοράς απέναντι στην υγεία και την αρρώστια χρησιμοποιούνται το βιοϊατρικό και το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο. Τα μοντέλα αυτά πηγάζουν από την πολιτισμική διαφορετικότητα των κοινωνιών όπως αυτή εκφράζεται και στις διαπροσωπικές σχέσεις. Προκύπτουν από πρότυπα συμπεριφοράς, τις θεωρήσεις για την υγεία και την ασθένεια, τον τρόπο αντίληψης της διαγνωστικής και θεραπευτικής διαδικασίας και τις εκάστοτε προσδοκίες και πεποιθήσεις που είναι εμπεδωμένες από το γνωσιακό σύστημα των ατόμων και αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο μέρος του κοινωνικού συνόλου. Οι διαφορές που παρατηρούνται όχι μόνο μεταξύ των ατόμων που προέρχονται από διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα, αλλά και ανάμεσα στα άτομα του ίδιου κοινωνικού συνόλου, επηρεάζει την επικοινωνία γιατρού-ασθενή διότι υπάρχουν ανισότητες ως προς τη θεώρηση της υγείας και της ασθένειας, τις γνώσεις, τις προτεραιότητες, τις προσδοκίες, τους στόχους και τη θεραπευτική αξία. Η εκπαίδευση και η κλινική εμπειρία του γιατρού, καθώς και η κοινωνική καταξίωση του ιατρικού επαγγέλματος μαζί με τις πολιτισμικές και κοινωνικές επιρροές, επιδρούν διαφορετικά στο αξιακό σύστημα των γιατρών και τον τρόπο που διαμορφώνουν την ατομική τους θεώρηση για την υγεία και τη νόσο, η οποία συνήθως δεν ταυτίζεται με αυτή των ασθενών.

Οι κοινωνικές και πολιτισμικές επιρροές δε διαμορφώνουν μόνο τον τρόπο που τα άτομα αντιλαμβάνονται τις έννοιες της υγείας και της ασθένειας, αλλά καθορίζουν και την επιλογή του θεραπευτικού μοντέλου. Ο πολιτισμικός πλούτος που

χαρακτηρίζει ένα λαό συνδέεται με την αντίληψη για ολιστική προσέγγιση της υγείας. Η πρόληψη για τη διατήρηση της υγείας ως υπέρτατο αγαθό, η θεωρία της ψυχοσωματικής σύνδεσης και η δημιουργία διαπροσωπικής σχέσης του ασθενή με το θεραπευτή του ήταν πρωταρχικό μέλημα στον αρχαίο ελληνικό κόσμο. Παρόμοια ήταν και η κινέζικη φιλοσοφία κατά την άσκηση της ιατρικής που ήταν προσανατολισμένη στην πρόληψη και ο ιατρός αμείβονταν μόνο όσο ο πελάτης του ήταν υγιής. Για τους ανθρώπους του πνεύματος εκείνης της εποχής επικρατούσε η αντίληψη ότι η πληρότητα της ζωής πηγάζει από την ισορροπία μεταξύ σώματος και πνεύματος και η διατάραξή της γεννούσε την ασθένεια (Φάρος, 2003).

Από τον 17^ο αιώνα το αδιαίρετο της ψυχής και του σώματος άρχισε σταδιακά να εγκαταλείπεται. Η θεωρία του Καρτέσιου περί δυϊσμού του ανθρώπινου οργανισμού, που υποστήριζε ότι το σώμα και το πνεύμα είναι δύο ξεχωριστές οντότητες, έθεσε τα θεμέλια για την ανάπτυξη του σύγχρονου βιοϊατρικού μοντέλου. Το βιοϊατρικό μοντέλο καθιερώθηκε στην κουλτούρα της επίσημης φροντίδας υγείας του δυτικού κόσμου από τα τέλη του 18^{ου} αιώνα και βασίζεται σε πέντε βασικούς άξονες:

- Η ψυχή αποτελεί ξεχωριστή οντότητα από το σώμα και δε μπορεί να επηρεάσει τις οργανικές λειτουργίες.
- Το ανθρώπινο σώμα αποτελεί μία μηχανή και κάθε βλάβη μπορεί να επισκευασθεί.
- Ο αναγωγικός χαρακτήρας της βιοϊατρικής εστιάζει μόνο στα βιολογικά αίτια των ασθενειών.
- Κάθε ασθένεια προκαλείται από έναν συγκεκριμένο παθογόνο παράγοντα και
- Η χρήση της τεχνολογίας στην ιατρική αποτελεί επιτακτική ανάγκη.

Σύμφωνα με τη βιοϊατρική θεώρηση η υγεία αναφέρεται στη φυσιολογική λειτουργία που χαρακτηρίζει τον ανθρώπινο οργανισμό και καθορίζεται από επιδημιολογικούς δείκτες και βιοστατιστικές μετρήσεις, ενώ αγνοεί την κοινωνική και ψυχική της διάσταση. Πιο συγκεκριμένα, η υγεία είναι η απουσία νόσου και η αρρώστια είναι η εμφάνιση παθολογικών αλλοιώσεων του οργανισμού ή η παρέκκλιση από τη μέση τιμή των βιολογικών παραμέτρων που προσδιορίζουν το «φυσιολογικό». Από την αντίληψη αυτή έχει επηρεαστεί η σύγχρονη δυτική ιατρική. Ο γιατρός επικεντρώνεται περισσότερο στις φυσικές διαδικασίες που επηρεάζουν την υγεία, στα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων και σε γενετικές ή

βιοφυσικές δυσλειτουργίες και όχι στην επίδραση του πολιτισμικού περιβάλλοντος και του ψυχοκοινωνικού ιστορικού του ασθενούς (Τούντας, 2007).

Αν και το βιοϊατρικό μοντέλο χαρακτηρίζεται από πολλούς περιορισμούς, αδιαμφισβήτητα συνέβαλε στην πρόοδο της ιατρικής επιστήμης. Με την ανάπτυξη και την εγκαθίδρυσή του σημειώθηκε αλματώδης πρόοδος στους τομείς της ιατρικής, της μικροβιολογίας, της μοριακής βιολογίας, της φυσικής, της χημείας και της τεχνολογίας. Χαρακτηριστικά παραδείγματα είναι η ανακάλυψη της πενικιλίνης που οδήγησε στη χρήση αντιβιοτικών και τη θεραπεία ανιάτων μέχρι πρότινος ασθενειών καθώς και η ανάπτυξη της φαρμακολογίας που συνέβαλε στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης. Επίσης, τα εμβόλια συνέβαλαν στην πρόληψη πολλών νοσημάτων. Τα κληρονομικά νοσήματα μειώθηκαν με την εξέλιξη στον τομέα της γενετικής και την αρωγή του τομέα της τεχνολογίας στον προγεννητικό έλεγχο. Σημαντική μείωση παρατηρήθηκε στην περιγεννητική και τη βρεφική θνησιμότητα. Η αντισηψία και η άνθιση των χειρουργικών ειδικοτήτων και της ενδοσκόπησης βοήθησε στην πραγματοποίηση επιτυχών θεραπευτικών επεμβάσεων στο ανθρώπινο σώμα, ενώ οι εξετάσεις υψηλής ευκρίνειας οδήγησαν στην ακριβή και έγκαιρη ανίχνευση παθολογικών καταστάσεων.

Το βιοϊατρικό μοντέλο όμως αποδείχτηκε αναποτελεσματικό και οδήγησε στη δημιουργία παράπλευρων ιατρογενών κινδύνων. Αρχικά, δεν κατάφερε να εμποδίσει την αλλαγή στο επιδημιολογικό προφίλ του σύγχρονου δυτικού κόσμου και τα τελευταία χρόνια αναδύθηκαν ασθένειες που δεν είναι οξείες, αλλά χρόνιες. Ο πατερναλιστικός χαρακτήρας της «ιατροκεντρικής» προσέγγισης της ιατρικής επέφερε ένα σοβαρό πλήγμα στη σχέση και την επικοινωνία του γιατρού με τον ασθενή. Η μεταξύ τους σχέση έγινε εξουσιαστική και απρόσωπη. Ο γιατρός αυθεντία καθοδηγεί τη συνέντευξη, συχνά αποκρύπτει πληροφορίες από τον ασθενή και καθορίζει τις θεραπευτικές αποφάσεις ως ο μοναδικός υπεύθυνος για την υγεία του ασθενή. Ο ασθενής παραμένει αμέτοχος και περιορίζεται σε έναν παθητικό ρόλο κατανάλωσης ιατρικών προϊόντων και υπηρεσιών, είναι απόλυτα εξαρτημένος από το γιατρό του και αδυνατεί να αναλάβει πρωτοβουλίες και να συμμετέχει στη διατήρηση και την αποκατάσταση της υγείας του.

Ένα επιπλέον πρόβλημα από τη συμβολή της τεχνολογίας και κυρίως την αδυναμία της ιατρικής να προσεγγίσει το άτομο ολιστικά είναι η μη αποδοχή οποιασδήποτε υπαρξιακής και φιλοσοφικής προέκτασης που σχετίζεται με σοβαρές

ασθένειες που μπορεί να οδηγήσουν στο θάνατο. Ο γιατρός δε γνωρίζει πώς να συμπεριφερθεί στον ετοιμοθάνατο ασθενή και τους οικείους του ή άλλοτε συμβάλλει με τις αποφάσεις του στην παράταση της ζωής των ατόμων με τη βοήθεια της μηχανικής υποστήριξης, χωρίς να λαμβάνεται υπόψη η αξιοπρέπειά τους και το δικαίωμα για ποιοτική διαβίωση είτε στο σπίτι είτε στο χώρο του νοσοκομείου. Επίσης, η βιοϊατρική προσέγγιση αδυνατεί να ερμηνεύσει τις ψυχοσωματικές ασθένειες και το διαφορετικό τρόπο αντίληψης των ατόμων για την υγεία και τη νόσο και αντίστοιχα την αποκατάσταση ή τη θεραπεία τους. Τέλος, η εξειδίκευση στον ιατρικό χώρο οδήγησε τους γιατρούς να στρέψουν το ενδιαφέρον τους αποκλειστικά στο πεδίο που ορίζει η ειδικότητά τους παραμερίζοντας έτσι την ολιστική προσέγγιση του ασθενή (Παπαδάτου & Μπελάλη, 2008).

Η μεγαλύτερη κριτική στο βιοϊατρικό μοντέλο ασκήθηκε από το φεμινιστικό κίνημα, το οποίο αντέδρασε στην ιατροποίηση της τεκνοποίησης. Η εμπειρία της κύησης και του τοκετού από φυσιολογικό γεγονός στη ζωή των γυναικών που το επιθυμούν, μετατράπηκε σε επικίνδυνη περίοδο τόσο για τη μητέρα που κυοφορεί όσο και για το έμβρυο με την ιατρική παρακολούθηση και παρέμβαση να κρίνεται απαραίτητη, προκειμένου η μητέρα να καταφέρει να ανταποκριθεί στο ρόλο της και να φέρει στον κόσμο ένα υγιές παιδί. Οι γυναίκες κατέκριναν τον τρόπο που η γυναικολογία εξελίχθηκε σε μία κατεξοχήν ανδροκρατούμενη ειδικότητα και κατάφερε να ασκεί έλεγχο σημαντικού βαθμού στο γυναικείο σώμα (Nettleton, 2002).

Η μονοδιάστατη οπτική της υγείας όπως ορίστηκε από το βιοϊατρικό μοντέλο περιοριζόταν μόνο στη βιολογική της διάσταση, αγνοώντας τις κοινωνικές, πολιτισμικές και ψυχικές αλληλεπιδράσεις του ατόμου με το περιβάλλον. Η αναποτελεσματικότητα του συγκεκριμένου μοντέλου και η διαρκής αύξηση των δαπανών για την υγεία οδήγησαν στην αμφισβήτηση της βιοϊατρικής προσέγγισης και στην έντονη κριτική όχι μόνο από τον επιστημονικό κόσμο, αλλά και από το ευρύ κοινό. Όλο και περισσότεροι άνθρωποι χάνουν την εμπιστοσύνη τους και εγκαταλείπουν την παραδοσιακή ιατρική επιλέγοντας εναλλακτικές μορφές για την πρόληψη και τη θεραπεία, καθώς και για να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους. Η ανάγκη για ένα νέο πρότυπο ιατρικής φροντίδας που θα έχει στο επίκεντρο τον ασθενή φαίνεται να αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο από την παγκόσμια ιατρική κοινότητα.

Το 1980 ο ψυχίατρος G. Engel αμφισβήτησε το κυρίαρχο βιοϊατρικό μοντέλο υγείας και πρότεινε το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, το οποίο στηρίζεται στη «Θεωρία των Συστημάτων». Σύμφωνα με αυτή τη θεωρία στη φύση κανένα σύστημα δεν είναι απομονωμένο, αλλά εντάσσεται μέσα σε ένα άλλο σύστημα, υπάρχει ιεραρχία, συνέχεια και όλα είναι οργανωμένα σε επίπεδα. Το άτομο, το σώμα του και το περιβάλλον που ζει ανήκουν σε ένα σύστημα και η υγεία και η νόσος είναι μέρη αυτού του συστήματος. Η αντίληψη αυτή είναι σύμφωνη με την ολιστική προσέγγιση της έννοιας της υγείας. Επομένως, υπάρχει δυναμική ισορροπία ανάμεσα στη βιολογική και την ψυχική διάσταση του ατόμου και το φυσικό και κοινωνικό του περιβάλλον. Η υγεία και η ασθένεια είναι έννοιες αλληλένδετες και εξαρτημένες από αυτή την ισορροπία (Engel, 1980).

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο τονίζει το δυναμικό χαρακτήρα της υγείας, καθώς εξαρτάται από το φυσικό, κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον που ζουν τα άτομα και δεν περιορίζεται στη βιολογική της διάσταση. Η υγεία λοιπόν εξαρτάται από τη σωματική, νοητική και συναισθηματική υπόσταση του ατόμου που βρίσκονται σε δυναμική ισορροπία με το φυσικό και κοινωνικό του περιβάλλον. Οποιαδήποτε διαταραχή της ισορροπίας αυτής ή αδυναμία του ατόμου να προσαρμοστεί στο συνεχώς μεταβαλλόμενο εξωτερικό περιβάλλον γεννά την ασθένεια που μπορεί να εκδηλωθεί σε διαφορετικά επίπεδα κάθε φορά, όπως συναισθηματικό, κοινωνικό, συμπεριφερολογικό, νοητικό, κυτταρικό ή οργανικό και με διαφορετικό τρόπο.

Για να αποκατασταθεί η αρμονία στα διάφορα επίπεδα της ψυχοκοινωνικής διάστασης του ατόμου, θα πρέπει το άτομο να συμμετέχει ενεργά στη θεραπευτική διαδικασία. Αυτό εξασφαλίζεται όταν αναπτύσσεται μία ισότιμη και ειλικρινής σχέση ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή. Ο ασθενής συνεργάζεται με το γιατρό και τους επαγγελματίες υγείας και μέσα από τη σωστή ενημέρωση και εκπαίδευση καθίσταται ικανός να συνειδητοποιήσει ότι η συμπεριφορά του και το περιβάλλον που ζει επηρεάζουν την υγεία του. Η θεραπευτική παρέμβαση αποφασίζεται από κοινού, προκειμένου ο άρρωστος να αναγνωρίσει τις δυνατότητές του και με τη σωστή καθοδήγηση από το γιατρό να μπορεί να αναθεωρήσει συμπεριφορές που βλάπτουν την υγεία του και να αλλάξει πεποιθήσεις και στάσεις ζωής. Με τον τρόπο αυτό υιοθετεί συνήθειες που τον βοηθούν να ανταπεξέρχεται στις περιβαλλοντικές προκλήσεις, να συμμετέχει στην λήψη της τελικής απόφασης και να συμμορφώνεται

με το θεραπευτικό σχήμα, ώστε να διατηρήσει ή να αποκαταστήσει την υγεία του (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2008).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5ο

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΓΙΑΤΡΟΥ- ΑΣΘΕΝΗ

5.1 Θεωρητικές προσεγγίσεις της σχέσης γιατρού-ασθενή

Η θεώρηση των ατόμων για την υγεία και την ασθένεια είναι ένα περίπλοκο σύμπλεγμα πολιτισμικών, κοινωνικοοικονομικών και ψυχολογικών επιρροών. Η εμφάνιση ενός συμπτώματος δε σηματοδοτεί πάντοτε την επίσκεψη του ασθενή στο γιατρό. Η αναζήτηση ιατρικής συμβουλής εξαρτάται τις περισσότερες φορές από την αντίληψη του ατόμου για τη σοβαρότητα των παθολογικών του ενδείξεων. Η απόφαση του ασθενή να επισκεφθεί το γιατρό είναι η αφετηρία για την ανάπτυξη και την εξέλιξη μίας ιδιαίτερης σχέσης που δεν είναι εθελοντική, αφορά το κρίσιμο θέμα της υγείας, δεν είναι ισότιμη και απαιτεί τη συνεργασία των δύο πλευρών, καθώς αγγίζει ζητήματα με προεκτάσεις σε προσωπικό, οικογενειακό, πολιτισμικό, κοινωνικό, οικονομικό και επαγγελματικό επίπεδο.

Σύμφωνα με τους Tuckett et al η συνάντηση του γιατρού με τον ασθενή είναι μία «συνάντηση μεταξύ ειδικών» στην οποία πρέπει και οι δύο να συμμετέχουν, ο καθένας με διαφορετικό ρόλο, αλλά ταυτόχρονα και πολύ συγκεκριμένο. Ο γιατρός είναι ο ειδικός και οι γνώσεις του για την ανατομία και τη λειτουργία του ανθρώπινου σώματος τον καθιστούν ικανό για τη διάγνωση και τη θεραπεία της νόσου και ο ασθενής βιώνει την εμπειρία της ασθένειάς του και έχει συγκεκριμένες προσδοκίες από το γιατρό του, που αν δε γίνουν σεβαστές κάθε θεραπευτική προσέγγιση έχει μεγάλες πιθανότητες να αποτύχει (Tuckett et al., 1985). Η σχέση του γιατρού με τον ασθενή είναι μία ιδιαίτερη κοινωνική σχέση που στηρίζεται σε συγκεκριμένα πρότυπα τα οποία χωρίζονται σε δύο κατηγορίες, της μακροθεωρητικής προσέγγισης και της μικροθεωρητικής προσέγγισης. Η μακροθεωρητική προσέγγιση καθορίζει τη σχέση στο πλαίσιο της γενικότερης κοινωνικής δομής και οργάνωσης και την αντιλαμβάνεται είτε ως σχέση κοινής συναίνεσης είτε ως σχέση συγκρούσεων. Η μικροθεωρητική προσέγγιση περιορίζεται κυρίως στη δυναμική της συνάντησης και παρουσιάζει τη σχέση ως σχέση διαπραγμάτευσης (Μάντη & Τσελέπη, 2000).

5.1.1 Η σχέση γιατρού- ασθενή ως σχέση κοινής συναίνεσης

Σύμφωνα με τον Parsons (1951) η εύρυθμη λειτουργία της κοινωνίας επιτυγχάνεται μέσα από μία σειρά ρόλων που αναλαμβάνουν και υποδύονται τα

άτομα. Η σχέση του γιατρού με τον ασθενή βασίζεται σε αντίστοιχους ρόλους από τους οποίους απορρέουν υποχρεώσεις και δικαιώματα. Έτσι, το άτομο που ασθενεί αναλαμβάνει το ρόλο του αρρώστου που θεωρείται ανεπιθύμητος και προσωρινός. Η λειτουργική διάσταση του ρόλου του αρρώστου απαλλάσσει το άτομο από το ενοχικό συναίσθημα καθώς δεν ευθύνεται το ίδιο για την ασθένειά του. Καθ' όλη την περίοδο της ανικανότητας αναγνωρίζεται στο άτομο ότι δε μπορεί να ανταπεξέλθει στους κοινωνικούς του ρόλους αλλά και το δικαίωμα να απέχει από αυτούς, με την υποχρέωση όμως να θέλει να γίνει καλά, να αναζητά άμεσα ιατρική βοήθεια και να συμμορφώνεται με τις ιατρικές οδηγίες για την πλήρη αποκατάσταση της υγείας του.

Ο γιατρός από την πλευρά του οφείλει να είναι αντικειμενικός και να χρησιμοποιεί τις γνώσεις και τις δεξιότητές του προκειμένου να βοηθήσει τους ασθενείς να γίνουν καλά. Οι πράξεις του κατά την άσκηση της ιατρικής θα πρέπει να διέπονται από τους κανόνες της ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας και δεν του επιτρέπεται οποιαδήποτε συναισθηματική εμπλοκή με τους ασθενείς κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Εφόσον ο γιατρός ανταποκριθεί με επιτυχία στο ρόλο του, καταξιώνεται κοινωνικά και ανταμείβεται με τρία δικαιώματα, το δικαίωμα να εξετάζει τον ασθενή σωματικά και συναισθηματικά, το δικαίωμα της αυτονομίας κατά την άσκηση της ιατρικής και το δικαίωμα να βρίσκεται σε θέση ισχύος απέναντι στον ασθενή. Η υπεροχή αυτή του γιατρού δε δημιουργεί προβλήματα στη σχέση τους, αλλά εξασφαλίζει αρμονία και εμπιστοσύνη. Σύμφωνα με τον Parsons η σχέση αυτή, η οποία αναγνωρίζεται και παρέχεται σε όλους χωρίς διακρίσεις, στηρίζεται στις αξίες της συναισθηματικής ουδετερότητας, του συλλογικού προσανατολισμού και της οικουμενικότητας, καθώς και στο δικαίωμα της διατήρησης και της αποκατάστασης της υγείας (Nettleton, 2002).

Άλλη μία πολύ σημαντική θεωρία που εκλαμβάνει την αλληλεπίδραση των δύο προσωπικοτήτων, του γιατρού και του ασθενούς, ως σχέση κοινής συναίνεσης, είναι η θεωρία των Szasz και Hollender (1956). Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή η σχέση καθορίζεται από την κατάσταση της υγείας του ασθενή και το θεραπευτικό σχήμα που προτείνει ο γιατρός και σχηματίζεται σε τρία μοντέλα:

- i. Ενεργητικότητας- παθητικότητας (activity-passivity model). Το μοντέλο αυτό παρουσιάζει τον ασθενή ως παθητικό δέκτη των ιατρικών πράξεων του ενεργού ιατρού. Αφορά επείγουσες καταστάσεις υγείας όπως σοβαρούς τραυματισμούς, χειρουργικές επεμβάσεις, καταστάσεις απώλειας συνείδησης,

όπου ο ασθενής αδυνατεί να λάβει μέρος στο σχεδιασμό της παρεχόμενης φροντίδας και στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

- ii. Κατευθυνόμενης συνεργασίας (guidance – cooperation model). Στο μοντέλο αυτό ο γιατρός έχει τη μεγαλύτερη ευθύνη για τη διάγνωση και το θεραπευτικό σχήμα που θα ακολουθήσει ο ασθενής. Ωστόσο, ο ασθενής δεν είναι παθητικός δέκτης, όπως στο μοντέλο ενεργητικότητας- παθητικότητας, αλλά συνεργάζεται με το γιατρό και ακολουθεί τις ιατρικές οδηγίες. Πιο συγκεκριμένα, στις περιπτώσεις που η ασθένεια είναι λιγότερο σοβαρή και ο ασθενής έχει την ικανότητα να αντιλαμβάνεται την κατάστασή του, ο γιατρός καλλιεργεί κλίμα συνεργασίας κατά τη διεξαγωγή της συνάντησης, ενώ παράλληλα κατευθύνει τη συνεδρία και παρέχει στον ασθενή τη δυνατότητα να παρεμβαίνει ως ένα βαθμό παραθέτοντας την προσωπική του άποψη για την τελική απόφαση.
- iii. Αμοιβαίας συμμετοχής (mutual participation model). Στο μοντέλο της αμοιβαίας συμμετοχής η ευθύνη διαμοιράζεται και στις δύο πλευρές. Ο γιατρός με τις γνώσεις και τις δεξιότητές του από τη μία και ο ασθενής με την εμπειρία της ασθένειάς του, τις αντιλήψεις, τις ανάγκες και τις προσδοκίες του από την άλλη. Και οι δύο εκφράζουν ελεύθερα τις ανησυχίες και τις προτάσεις τους και οι αποφάσεις λαμβάνονται από κοινού προς όφελος του ασθενή. Αυτός ο τύπος αλληλεπίδρασης χαρακτηρίζεται από μεγάλη συμμετοχή του ασθενή στην αντιμετώπιση της πάθησής του και είναι κατάλληλος για τα χρόνια νοσήματα και τις δραστηριότητες αγωγής υγείας. Δεν ενδείκνυται για μικρά παιδιά και άτομα με νοητικά προβλήματα ή χαμηλό μορφωτικό επίπεδο (Μάντη & Τσελέπη, 2000).

Ως μετεξέλιξη της θεωρίας των Szasz και Hollender εμφανίστηκαν διάφορες θεωρητικές προσεγγίσεις που όριζαν τη σχέση αλληλεπίδρασης μεταξύ γιατρού και ασθενή άλλοτε ως προς τα τεχνικά της στοιχεία και άλλοτε ως προς το περιεχόμενό της. Με βάση το περιεχόμενο σύμφωνα με τους Roter et al (1997) υπάρχουν πέντε διαφορετικοί τύποι επικοινωνίας γιατρού-ασθενή:

- Ο αμιγώς βιοϊατρικός, όπου κυριαρχεί η ιατρική ορολογία και οι κλειστές ερωτήσεις.
- Ο διευρυμένος βιοϊατρικός, όπου συζητούνται με περιορισμό και κάποια ψυχοκοινωνικά θέματα.

- Ο βιοψυχοκοινωνικός κατά τον οποίο η συζήτηση κατανέμεται στις βιολογικές και ψυχολογικές διαστάσεις της νόσου.
- Ο ψυχοκοινωνικός σύμφωνα με τον οποίο δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στις κοινωνικές και ψυχολογικές πτυχές της νόσου και
- Ο καταναλωτικός, όπου ο ασθενής εμφανίζεται ως πελάτης και αναλαμβάνει ενεργό ρόλο υποβάλλοντας ερωτήσεις και απορίες τις οποίες ο γιατρός απαντάει. Η σχέση αυτή έχει περισσότερο τη μορφή οικονομικής συναλλαγής (Roter et al., 1997).

5.1.2 Η σχέση ιατρού- ασθενή ως σχέση συγκρούσεων

Ο Freidson (1970) παρατήρησε ότι η κοινωνική γνώση και οι προσωπικές αντιλήψεις για την υγεία και την ασθένεια οδηγούν σε μία διαφορετική οπτική των καταστάσεων μεταξύ του γιατρού και του ασθενή που επηρεάζει τις προσδοκίες και τις προτεραιότητες της κάθε πλευράς. Σύμφωνα με τη θεωρία του Freidson η σχέση γιατρού-ασθενή είναι μία σχέση συγκρούσεων. Οι συγκρούσεις αυτές συνήθως πηγάζουν από τη χρονικά περιορισμένη συνεδρία που καθορίζεται από το εκάστοτε σύστημα υγείας για την ολοκλήρωση της ιατρικής εξέτασης. Ο γιατρός προσπαθεί να εξυπηρετήσει όσο το δυνατόν περισσότερους ασθενείς με ισόποση κατανομή του χρόνου του και ταυτόχρονα να καταβάλλει το μέγιστο των δυνατοτήτων του, των γνώσεων και της κλινικής του εμπειρίας προκειμένου να προσφέρει αξιόπιστες υπηρεσίες υγείας. Ο ασθενής όμως επικεντρώνεται αποκλειστικά στο δικό του πρόβλημα υγείας και προσπαθεί να κερδίσει το μέγιστο χρόνο και τα περισσότερα δυνατά οφέλη από τη συνάντηση. Η σύγκρουση λοιπόν ξεκινάει από τη στιγμή που οι γιατροί δε μπορούν να ανταποκριθούν με επιτυχία στις απαιτήσεις των ασθενών.

Σε ορισμένες περιπτώσεις όμως η σύγκρουση μπορεί να ξεκινήσει από τους γιατρούς και κυρίως από τις αντικρουόμενες υποθέσεις που κάνουν για τη συμπεριφορά του ασθενή. Ο ασθενής βρίσκεται σύμφωνα με τους Bloor και Horobin στο λεγόμενο «διπλό δεσμό». Πιο συγκεκριμένα, από τη μία ο ασθενής έχει υποχρέωση να είναι πλήρως ενημερωμένος και να αξιολογεί πρώτα ο ίδιος τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων που εμφανίζει και να ζητά ιατρική φροντίδα μόνο όταν είναι απαραίτητο. Από την άλλη όμως, από τη στιγμή που κρίνει ότι η κατάσταση της υγείας του είναι σοβαρή και χρήζει ιατρικής φροντίδας, κατά τη

συνάντηση με το γιατρό οφείλει να παραμερίσει τις ατομικές του γνώσεις που τον οδήγησαν στο σύστημα παροχής υγειονομικής φροντίδας, να σεβαστεί το γιατρό και να συμμορφωθεί με το θεραπευτικό σχήμα που θα του προτείνει. Οποιαδήποτε αμφισβήτηση από τον ασθενή οδηγεί σε σύγκρουση (Μάντη & Τσελέπη, 2000).

5.1.3 Η σχέση ιατρού- ασθενή ως σχέση διαπραγμάτευσης

Η μικροθεωρητική προσέγγιση της σχέσης ιατρού ασθενή δίνει ιδιαίτερη έμφαση στα χαρακτηριστικά γνωρίσματα των δύο πλευρών και στη δυναμική της πρόσωπο με πρόσωπο επαφής. Πιο συγκεκριμένα, η προσέγγιση αυτή εστιάζει στη στρατηγική που ακολουθούν τα δύο μέρη για την επίτευξη του επιθυμητού στόχου. Αναλύεται ο χώρος που λαμβάνει μέρος η συνάντηση, τα στοιχεία της λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας, ο τρόπος που οι συμμετέχοντες αυτοπαρουσιάζονται και πώς διαχειρίζονται τη δυνατότητα άσκησης εξουσίας που μπορεί κάποιος να διαθέτει, προκειμένου να επηρεάσουν την έκβαση της συνεδρίας αποκομίζοντας ο καθένας για τον εαυτό του τα περισσότερα δυνατά οφέλη. Η σχέση του ασθενή με το γιατρό σκιαγραφείται ως σχέση διαπραγμάτευσης αν και στην πραγματικότητα ο γιατρός έχει μεγαλύτερη εξουσία και είναι αυτός που με διάφορες τεχνικές οριοθετεί κάθε φορά το πλαίσιο διεξαγωγής της συνάντησης.

Η σχέση του γιατρού με τον ασθενή είναι πολύπλοκη και επηρεάζεται κάθε φορά από πολλούς και διαφορετικούς παράγοντες. Τα μοντέλα που χρησιμοποιούνται για την ερμηνεία της σχέσης αυτής αν και δε μπορούν να εφαρμοστούν από όλους τους κλάδους της ιατρικής, αναδεικνύουν την ιδιαιτερότητα της σχέσης και τη σημαντική προσπάθεια που γίνεται ώστε να αποκωδικοποιηθούν οι παράγοντες που δυσχεραίνουν την επικοινωνία γιατρού-ασθενή και να αποκατασταθεί η ισορροπία ανάμεσά στις δύο πλευρές χωρίς να θίγονται τα συμφέροντα τους, άλλα έχοντας ως μοναδικό κοινό στόχο την προστασία και την αποκατάσταση της υγείας του ατόμου που πάσχει.

5.2 Η συνάντηση γιατρού-ασθενή

Η απόφαση του ασθενή να επισκεφτεί το γιατρό είναι καθοριστική και σηματοδοτεί την έναρξη και την εξέλιξη μίας ιδιαίτερης σχέσης που θα αναπτυχθεί μεταξύ τους. Στόχος κάθε θεραπευτικού δεσμού είναι η δόμηση υγιούς σχέσης, η

ανταλλαγή πληροφοριών για την κατάσταση της υγείας του πάσχοντα, η ενημέρωσή του για τις εναλλακτικές θεραπευτικές λύσεις και η συμμετοχική λήψη της τελικής απόφασης για τη θεραπευτική αγωγή και την αποκατάσταση της υγείας του. Η ικανοποίηση του ασθενή έρχεται μέσα από τον σεβασμό και την εκπλήρωση των προσδοκιών του κυρίως από το γιατρό που θα επιλέξει να τον θεραπεύσει αλλά και από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης γενικότερα.

Ο τρόπος που τα άτομα επιλέγουν το γιατρό τους σχετίζεται με τη λειτουργία του συστήματος υγείας, τη σοβαρότητα της κατάστασής τους, την κοινωνική και οικονομική τους κατάσταση, τη στάση του γιατρού απέναντί τους και τη δυνατότητα συμμετοχής στη θεραπευτική διαδικασία. Η εξέλιξη της μεταξύ τους σχέσης εξαρτάται από τις κοινωνικές αναπαραστάσεις τόσο του γιατρού όσο και του ασθενή, τις προηγούμενες εμπειρίες τους, την προσωπικότητά τους, τις προσδοκίες και τις αντιλήψεις τους για τον κοινωνικό και επαγγελματικό ρόλο του γιατρού. Η ικανότητα δημιουργίας μιας σχέσης που διέπτετε από τις αρχές του σεβασμού της αξιοπρέπειας του αλλού και της αμερόληπτης και συμμετοχικής λήψης αποφάσεων προς όφελος του ασθενή, εξασφαλίζει την ικανοποίηση των συμμετεχόντων από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας και την επιτυχή έκβαση του θεραπευτικού σχήματος που θα επιλέξουν.

5.2.1 Πριν από τη συνάντηση με τον γιατρό

Ο τρόπος που κάθε άτομο βιώνει την ασθένειά του σχετίζεται, όπως προαναφέρθηκε, με τις προηγούμενες εμπειρίες και τις κοινωνικές του γνώσεις που συμβάλλουν στην προσωπική του θεώρηση για την υγεία και την ασθένεια. Αρχικά, η προσωπική αξιολόγηση των συμπτωμάτων και η βαρύτητα που δίνεται σε αυτά καθορίζουν την απόφαση του ατόμου να επισκεφθεί τον γιατρό. Ο γιατρός είναι αυτός που θα εκτιμήσει την κατάσταση του πάσχοντα και θα διαγνώσει τη νόσο επιβεβαιώνοντας ή διαψεύδοντας την ορθότητα της επιλογής του να τον επισκεφθεί. Ο ασθενής πέρα από τη νόσο, που γνωρίζει ότι υπάρχει λόγω μη φυσιολογικών ενδείξεων, εμφανίζεται προβληματισμένος και κατακλύζεται από διάφορες σκέψεις για τη σοβαρότητα της νόσου, το ενδεχόμενο της αναπηρίας ή του θανάτου, αλλά και τις πιθανότητες που έχει για την πλήρη αποκατάσταση της υγείας του. Οι περισσότεροι ασθενείς μπροστά στην αδυναμία της ανθρώπινης φύσης, βιώνουν

συναισθήματα φόβου και άγχους από τη στιγμή που αποφασίζουν να επισκεφθούν το γιατρό, μέχρι τη στιγμή που θα τεθεί η τελική διάγνωση.

Οι αμφιβολίες του ασθενή για την κατάστασή του επιδεινώνουν τα δυσάρεστα συναισθήματα που νιώθει, εγείρουν τη φαντασία του και τον προετοιμάζουν για διαφορετικές αντιδράσεις ανάλογα με τη σοβαρότητα της νόσου που θα διαγνωστεί και των απαντήσεων που θα λάβει. Η σκέψη του κατά την αναμονή της συνάντησης κινείται γύρω από τη φύση της ασθένειάς του, την επίδραση που θα έχει στην καθημερινότητά του και τον τρόπο διαχείρισης και αντιμετώπισής της. Του δίνεται έτσι η δυνατότητα να οργανώσει τη σκέψη του και να οριοθετήσει ένα πλαίσιο αποριών, προτεραιοτήτων και πληροφοριών που επιθυμεί να του παρέχονται, ώστε να είναι προετοιμασμένος για τη στιγμή της συνάντησης με το γιατρό. Ο ασθενής μέσα από αυτόν τον σχεδιασμό αποσκοπεί να κερδίσει την εύνοια του γιατρού, τη θετική ανταπόκρισή του ως προς την εκπλήρωση των προσδοκιών του και τη δημιουργία μίας ουσιαστικής σχέσης μεταξύ τους που θα οδηγήσει στην επιλογή του κατάλληλου θεραπευτικού σχήματος για την αποκατάσταση της υγείας του.

Ο ασθενής υπό το φόβο και την αγωνία της διάγνωσης, προβληματίζεται για τη στιγμή της συνάντησης με το γιατρό, καθώς γνωρίζει ότι η αμοιβαία αποδοχή θα καθορίσει τη σχέση τους και κατ' επέκταση την έκβαση της θεραπείας. Είναι κυρίαρχη η ανησυχία του ασθενούς για το αν έχει επιλέξει έναν άριστα καταρτισμένο επιστήμονα και αν θα αναπτυχθεί μεταξύ τους μία ειλικρινής και λειτουργική σχέση, που θα επιτρέπει την ολιστική αντιμετώπιση της νόσου και όχι μεμονωμένα του συμπτώματος που εμφανίζει. Η επιστημονική επάρκεια του γιατρού επηρεάζει την ακριβή διάγνωση, την ορθή διαχείριση και την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση της νόσου, ενώ η αποτελεσματική επικοινωνία και η συζήτηση με ενσυναίσθηση, διασφαλίζουν τα περιθώρια εκτόνωσης της συναισθηματικής φόρτισης του ασθενή, δημιουργούν αίσθηση ασφάλειας, αλλά κυρίως συμβάλλουν στη δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης διασφαλίζοντας την ενεργό συμμετοχή του στην επικοινωνιακή διαδικασία κατά τη διεξαγωγή της συνεδρίας.

Η λογική και συναισθηματική αντίδραση του ασθενή στον τρόπο που βιώνει την εμπειρία των συμπτωμάτων και της ασθένειάς του, στον τρόπο που επιλέγει τον γιατρό του και στον τρόπο που αντιμετωπίζει την ανακοίνωση της τελικής διάγνωσης, είναι συνάρτηση του μορφωτικού και διανοητικού του επιπέδου, της γνώσης και των προηγούμενων εμπειριών του, της προσωπικότητάς του, της ψυχосύνθεσής του, του

πολιτισμικού του υπόβαθρου και του κοινωνικού του περιβάλλοντος. Ο ασθενής λοιπόν προσδοκά από το γιατρό να λαμβάνει υπόψη του και να αντιμετωπίζει με σεβασμό και κατανόηση την απόκλιση των αντιλήψεων για την υγεία και την ασθένεια και τις όποιες διαφορές στο κοινωνικό, πολιτισμικό και μορφωτικό υπόβαθρο ανάμεσα στον ίδιο και τους ασθενείς που τον επισκέπτονται προκειμένου να επιτευχθεί η δημιουργία μιας αποτελεσματικής σχέσης (Ong et al., 1995).

Πέρα όμως από τις σκέψεις που κατακλύζουν τον ασθενή και ο γιατρός από την πλευρά του γνωρίζει ότι για κάθε ασθενή που τον επισκέπτεται φέρει τεράστιο μερίδιο ευθύνης για τη σχέση που θα αναπτυχθεί μεταξύ τους και τον τρόπο που αυτή θα εξελιχθεί. Για να είναι σε θέση να προσφέρει αμερόληπτα τις υπηρεσίες του θα πρέπει να ασκεί την ιατρική διαφυλάσσοντας τις προσωπικές του αντιλήψεις, το ατομικό του αξιακό σύστημα και εκείνη την πλευρά του χαρακτήρα του, που θα τον προφυλάξει από την ψυχική και επαγγελματική εξουθένωση, ως απόρροια της αθροιστικής επαφής του με τον πόνο και τον τρόπο που αυτός αντιμετωπίζεται σε ένα κατακερματισμένο υγειονομικό σύστημα. Ένα σύστημα που χαρακτηρίζεται από περιορισμένες χρονικά ιατρικές επισκέψεις, ταλαιπωρία των ασθενών λόγω έλλειψης προσωπικού, πολύωρη αναμονή, αυξημένη προσέλευση έκτακτων περιστατικών εξαιτίας της πολύμηνης καθυστέρησης στον προγραμματισμό των ραντεβού και κυρίως χαρακτηρίζεται από προκατάληψη των ασθενών απέναντι στο υγειονομικό σύστημα και τους γιατρούς.

Η άσκηση της ιατρικής σύμφωνα με τους κανόνες της ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας, η απουσία κινήτρων στις ιατρικές πράξεις είτε οικονομικών είτε για την επαγγελματική ανέλιξη του γιατρού, καθώς και η προστασία και ο σεβασμός της ανθρώπινης αξιοπρέπειας, των διαφορετικών θεωρήσεων για την υγεία και την ασθένεια και των αξιών των ασθενών, είναι στοιχεία που εύκολα γίνονται αντιληπτά και καλλιεργούν κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ γιατρών και ασθενών. Το έκδηλο, με ενσυναίσθηση, ενδιαφέρον του γιατρού για τον ασθενή, η επαρκής και σωστή πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας του, η τακτική ανατροφοδότηση του μηνύματος προκειμένου να διασφαλιστεί η κατανόησή του από τον ασθενή και η τήρηση και προστασία του ιατρικού απόρρητου, συμβάλλουν στη δημιουργία μίας ειλικρινούς σχέσης, στην από κοινού λήψη αποφάσεων προς όφελος του ασθενή, στην ανακούφιση από τον πόνο και στην αποτελεσματικότερη θεραπεία.

5.2.2 Η συνάντηση γιατρού-ασθενή

Όπως σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας έτσι και στην ιατρική επιστήμη η επικοινωνία παίζει καθοριστικό ρόλο για το είδος της σχέσης που θα δημιουργηθεί ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή και τον τρόπο που αυτή θα εξελιχθεί. Από τη στιγμή της λήψης του ιατρικού ιστορικού μέχρι την ανακοίνωση της τελικής διάγνωσης και τη χορήγηση της κατάλληλης θεραπείας, η σχέση του γιατρού με τον ασθενή βασίζεται στην αποτελεσματική επικοινωνία. Ο γιατρός μέσα από την επικοινωνία στοχεύει στην ολιστική προσέγγιση του ασθενή, προκειμένου να τον γνωρίσει και να του προσφέρει την καλύτερη δυνατή ιατρική φροντίδα, ανάλογα με τις ιδιαίτερες ανάγκες και τις προσδοκίες του. Ταυτόχρονα, ο ασθενής προσπαθεί να κερδίσει την εύνοια του γιατρού και μέσα από την έγκυρη πληροφόρηση να καταφέρει να εξοικειωθεί πιο γρήγορα με το πρόβλημα υγείας που τον ταλαιπωρεί, να έχει ενεργό ρόλο κατά τη διάρκεια της συνεδρίας και να συμμετέχει στη λήψη της τελικής απόφασης, γεγονός που βοηθά στη συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες και το θεραπευτικό σχήμα που θα επιλέξουν.

Καθώς η ιατρική επίσκεψη εξελίσσεται παρατηρείται διαρκής αλληλεπίδραση μεταξύ του γιατρού και του ασθενή. Διακινούνται συνεχώς πλήθος νοημάτων που προκύπτουν από λεκτικά και μη λεκτικά μηνύματα καθιστώντας τους συνομιλητές ταυτόχρονα πομπούς και δέκτες. Ο καθένας συνειδητά ή ασυνείδητα προσπαθεί να επηρεάσει την υποκειμενική αίσθηση της πραγματικότητας του άλλου με στόχο να αποκομίσει τα περισσότερα δυνατά οφέλη. Ο ασθενής μεταδίδει στο γιατρό την εμπειρία της ασθένειάς του, τα συμπτώματα, τις ανησυχίες και τις προσδοκίες του και ο γιατρός μεταδίδει στον ασθενή τη γνώση του σχετικά με τη διάγνωση, τη θεραπεία και την πρόγνωση της ασθένειάς του. Επομένως, η αποτελεσματικότητα κάθε συνεδρίας δεν κρίνεται μόνο από τη φύση της ασθένειας του πάσχοντα αλλά και από τη φύση της διαπραγμάτευσης.

Το ενδιαφέρον λοιπόν επικεντρώνεται στη μεγάλη προσπάθεια που γίνεται για τη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ του γιατρού και του ασθενή, καθώς η ιατρική επίσκεψη δεν περιορίζεται σε πληροφορίες που αφορούν τη φύση της ασθένειας, τη διάγνωση και τη θεραπεία, αλλά πρωτίστως επιδρά στην ψυχολογία του ασθενή και καθορίζει το βαθμό σύνδεσής του με το γιατρό. Συγκεκριμένες επικοινωνιακές συμπεριφορές του γιατρού ή του ασθενή είναι δυνατόν να επηρεάσουν την αποτελεσματικότητα σε κάποιο από τα επίπεδα παροχής φροντίδας. Η ποιότητα και η

διάρκεια της σχέσης που θα εδραιωθεί ενέχει στοιχεία πρόβλεψης του θεραπευτικού αποτελέσματος αν και τα αποτελέσματα αυτά είναι δύσκολο να ποσοτικοποιηθούν.

5.3 Λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία γιατρού-ασθενή

Ανάλογα με το μέσο που χρησιμοποιούν κάθε φορά οι εμπλεκόμενοι στην επικοινωνιακή διαδικασία κατά την εξέλιξη της ιατρικής επίσκεψης, η επικοινωνία έχει δύο βασικές μορφές, τη λεκτική και τη μη λεκτική. Η λεκτική επικοινωνία επιτυγχάνεται με τη χρήση λεκτικών συμβόλων, ενώ η μη λεκτική αναφέρεται στον τρόπο αλληλεπίδρασης των ατόμων με μη λεκτικά σήματα όπως η βλεμματική επαφή, οι εκφράσεις του προσώπου, η χωρική απόσταση και η στάση του σώματος. Η μη λεκτική επικοινωνία συνήθως ενισχύει και συμπληρώνει τη λεκτική και ενώ δε μπορεί να την υποκαταστήσει πλήρως, αποτελεί ένδειξη καλύτερης ποιότητας της επικοινωνίας μεταξύ γιατρού και ασθενή διότι εκφράζει τα συναισθήματά τους και σπάνια παρερμηνεύεται καθώς συμβαίνει σε υποσυνείδητο επίπεδο.

5.3.1 Λεκτική επικοινωνία γιατρού-ασθενή

Η πρώτη επαφή και το άνοιγμα της συζήτησης είναι καθοριστικά για την εδραίωση μιας αποτελεσματικής σχέσης ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή. Η στοχευμένη ανταλλαγή λεκτικών σημάτων κλινικού και πάσχοντα δημιουργεί τις κατάλληλες προϋποθέσεις για προσωπική επαφή. Δίνεται έτσι η δυνατότητα στα εμπλεκόμενα μέλη να αφουγκράζονται τις ανάγκες, τις επιθυμίες, τους φόβους, τις αδυναμίες και τις προσδοκίες που έχουν από τη σύναψη του θεραπευτικού δεσμού. Το δικαίωμα του ασθενή να εκφράζει την άποψή του και η ικανότητα του γιατρού να τον ενθαρρύνει και να τον κατανοεί αποτελούν τον κύριο άξονα της βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης στη φροντίδα υγείας των σύγχρονων κοινωνιών.

Η συμβολή της λεκτικής επικοινωνίας είναι καθοριστική του βαθμού ικανοποίησης τόσο των ασθενών όσο και των γιατρών σε κάθε στάδιο παροχής υγειονομικής φροντίδας. Η στιγμή της συνάντησης του γιατρού με τον ασθενή είναι ιδιαίτερα σημαντική για την εξέλιξη της θεραπευτικής σχέσης. Η προσφώνηση του ασθενή με ευγένεια δείχνει σεβασμό στο πρόσωπό του και στο πρόβλημα υγείας που τον ταλαιπωρεί. Μία χαλαρή συζήτηση τα πρώτα λεπτά της συνεδρίας δίνει στον ασθενή τον απαραίτητο χρόνο να εξοικειωθεί με το χώρο και να νιώσει άνετα, ώστε

να είναι σε θέση στη συνέχεια να αποκαλύψει το λόγο της επίσκεψής του και τα θέματα που τον απασχολούν. Ο γιατρός ωστόσο, μέσα από ειδικές επικοινωνιακές τεχνικές μπορεί να αποσπάσει χρήσιμες πληροφορίες για την προσωπική ζωή του πάσχοντα προκειμένου να του προσφέρει μια ολιστική φροντίδα υγείας.

Ακολουθεί η λήψη του ιατρικού ιστορικού, όπου ο ασθενής εκθέτει την εμπειρία της ασθένειάς του και είναι σημαντικό να μην αποκρύπτει σκόπιμα πληροφορίες, καθώς ο γιατρός συλλέγει χρήσιμα στοιχεία για τη φύση των συμπτωμάτων, τα συναισθήματα και τις προσδοκίες του. Η εγκυρότητα αυτών των στοιχείων καθορίζει το σχεδιασμό και την επιλογή του κατάλληλου θεραπευτικού πλάνου. Με τη βοήθεια της λεκτικής επικοινωνίας στο σημείο αυτό ο γιατρός διατυπώνει ερωτήσεις ανοιχτού τύπου προς τον ασθενή όπως: «μιλήστε μου για το λόγο της επίσκεψής σας», «πώς πιστεύετε ότι μπορώ να σας βοηθήσω;», «υπάρχει κάτι που σας φοβίζει;», «υπάρχει κάτι που θέλετε να επαναλάβω;». Έτσι οι ασθενείς καθοδηγούνται και δίνουν στοχευμένες απαντήσεις χωρίς να παρασύρονται από την αγωνία και το φόβο της διάγνωσης. Για να γίνεται ο γιατρός απόλυτα κατανοητός η αποφυγή της ιατρικής ορολογίας, διευκολύνει την επικοινωνιακή διαδικασία, βελτιώνει τη θεραπευτική σχέση και μειώνει την αμηχανία των ασθενών.

Έπειτα κατά τη φάση της εξέτασης οι επεξηγήσεις του γιατρού μειώνουν την ανησυχία για τη διάγνωση, το φόβο για επώδυνες εξετάσεις, καθώς και τη ντροπή που μπορεί να αισθάνεται ο ασθενής από την παραβίαση της ιδιωτικότητάς του. Η ενημέρωση για τη σπουδαιότητα της εξέτασης και τα στάδια που περιλαμβάνει πριν αυτή ξεκινήσει και η πληροφόρηση για τυχόν ευρήματα κατά τη διάρκειά της, σε γλώσσα απλή και κατανοητή, δρουν καθησυχαστικά στα δυσάρεστα συναισθήματα του πάσχοντα. Η αποφυγή απότομων χειρισμών κατά τη φυσική εξέταση και η προειδοποίηση για πιθανή πρόκληση πόνου, σε περιπτώσεις που δε μπορεί να αποφευχθεί, δημιουργεί ασφάλεια και εμπιστοσύνη στο πρόσωπο του γιατρού. Η επικοινωνία κατά τη διάρκεια της εξέτασης, ο σεβασμός της αξιοπρέπειας του ασθενή και των πολιτισμικών και κοινωνικών του αντιλήψεων και η παρότρυνση να εκφράζει τις σκέψεις του, ενισχύει την ενεργό συμμετοχή του δίνοντας το έναυσμα για συνεργασία και συμμετοχική λήψη αποφάσεων.

Με την ολοκλήρωση της ιατρικής εξέτασης ο ασθενής χρήζει ιδιαίτερης διαχείρισης από το γιατρό προκειμένου να μειωθούν η αγωνία και ο φόβος του πριν από την τελική διάγνωση. Η συμβολή της λεκτικής επικοινωνίας είναι καθοριστική

καθώς η ρεαλιστική ενημέρωση του ατόμου για τη φύση της ασθένειάς του ενισχύει τη συμμετοχή του στη συνεδρία και την εμπλοκή του στην επιλογή του κατάλληλου θεραπευτικού σχήματος. Επίσης, ο ασθενής καθίσταται ικανός να κατανοεί και να αντιμετωπίζει καλύτερα πιθανές παρενέργειες των φαρμάκων ή εξάρσεις της νόσου. Σε αυτή τη φάση δίνονται λεπτομέρειες σχετικά με την ασθένεια, τη συμπτωματολογία της, τις εναλλακτικές μορφές θεραπείας, το κόστος, τη δοσολογία και τον τρόπο λήψης των φαρμάκων, τις παρενέργειες που μπορεί να έχουν, πιθανές επιπλοκές της νόσου, τα οφέλη και τους κινδύνους επεμβατικών διαδικασιών και γίνεται μία προσπάθεια πρόγνωσης για την πορεία της νόσου. Επιπλέον, δίνονται κάποιες συμβουλές στον ασθενή που θα του επιτρέψουν να υιοθετήσει έναν υγιεινό τρόπο ζωής και ορίζεται η ημερομηνία επανεξέτασης για να διασφαλιστεί η συνέχεια της σχέσης.

Επειδή ο όγκος της πληροφορίας που παρέχεται σε όλη τη διάρκεια της συνεδρίας είναι μεγάλος, ο γιατρός πρέπει να χρησιμοποιεί λόγο απλό και κατανοητό. Δεν είναι λίγες οι φορές που επιστρατεύει εκτός από τον προφορικό και το γραπτό λόγο, κυρίως για οδηγίες ή θεραπευτικά σχήματα που πρέπει να εφαρμόσει ο ασθενής αφού αποχωρήσει από το ιατρείο. Είναι γεγονός ότι οι ασθενείς μπορούν κάθε φορά να επεξεργαστούν και να αφομοιώσουν ένα μέρος της πληροφορίας που τους δίνεται κατά τη διεξαγωγή της ιατρικής συνάντησης. Για να διασφαλιστεί η επιτυχής ανάκληση των οδηγιών, δίνονται από το γιατρό γραπτές σημειώσεις, ώστε να μπορούν εύκολα οι ασθενείς να ανατρέξουν σε αυτές όταν κρίνεται απαραίτητο. Αδιαμφησβήτητα, η ενημέρωση αυξάνει την ικανοποίηση και επηρεάζει θετικά την εξέλιξη της σχέσης του γιατρού με τον ασθενή, πρέπει όμως να αντιμετωπίζεται με σεβασμό ο βαθμός ενημέρωσης και συμμετοχής που επιθυμεί κάθε φορά ο ασθενής ανάλογα με τις πεποιθήσεις και τις αξίες του.

Η αξία της λεκτικής επικοινωνίας κατά την ιατρική επίσκεψη είναι αναγνωρισμένη. Η ακρίβεια στο λόγο όταν ο ασθενής περιγράφει τον τρόπο που βιώνει και αντιλαμβάνεται την ασθένειά του, δίνει χρήσιμες πληροφορίες στο γιατρό για τη φύση της νόσου και τον καθιστά ικανό, σε συνδυασμό με τα αποτελέσματα των εξετάσεων, να οδηγείται στην ορθή διάγνωση του προβλήματος και τον σχεδιασμό του κατάλληλου θεραπευτικού σχήματος. Η δομημένη συγκέντρωση πληροφοριών που αφορούν την κοινωνικοοικονομική και πολιτισμική κατάσταση του ασθενή, αλλά και τους φόβους, τις ανησυχίες και τις προσδοκίες σχετικά με την

ασθένειά του, είναι εξίσου σημαντική με την παροχή έγκυρης πληροφόρησης στον ασθενή για τα αποτελέσματα των εξετάσεων, τη φύση και την προοπτική της ασθένειας, τους εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης και τις παρενέργειες. Η αλληλεπίδραση που επιτυγχάνεται μέσα από την ανταλλαγή λεκτικών μηνυμάτων συμβάλλει στην εδραίωση αποτελεσματικής σχέσης ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή, διασφαλίζει τη συνέχιση της σχέσης και τα εμπλεκόμενα μέλη καρπώνονται τα οφέλη της λεκτικής επικοινωνίας (Λιόνης & Πιτέλου, 2015).

5.3.2 Μη λεκτική επικοινωνία γιατρού-ασθενή

Η επικοινωνία γιατρού-ασθενή περιλαμβάνει την ανταλλαγή τόσο λεκτικών όσο και μη λεκτικών μηνυμάτων. Η μη λεκτική επικοινωνία διαδραματίζει σημαίνοντα ρόλο κατά τη διάρκεια της συνεδρίας και καθορίζει το βαθμό αλληλεπίδρασης ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή. Ο τρόπος έκφρασης των μη λεκτικών μηνυμάτων οριοθετείται κάθε φορά από τους κοινωνικούς κανόνες έκφρασης. Η μη λεκτική επικοινωνία βελτιώνει τη λεκτική επικοινωνία, υπερισχύει έναντι αυτής όταν τα λεκτικά και τα μη λεκτικά μηνύματα είναι αντιφατικά και βοηθά την κοινωνική και συναισθηματική εμπλοκή κατά τη διεξαγωγή της ιατρικής επίσκεψης και κατά την προσπάθεια σύναψης του θεραπευτικού δεσμού. Η μη λεκτική επικοινωνία ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή εκφράζεται με τη γλώσσα του σώματος, την παραγλώσσα, την προσωπική παρουσίαση, την επικοινωνία με διευθέτηση του χρόνου, την επικοινωνία με διευθέτηση του χώρου, τη φυσική ή συμβολική γλώσσα και τη σιωπή.

Η γλώσσα του σώματος περιλαμβάνει τις εκφράσεις του προσώπου, την οπτική επαφή, τις χειρονομίες και τις συνειδητές ή ασυνείδητες κινήσεις και στάσεις του σώματος που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της ιατρικής συνεδρίας και επηρεάζουν την έκβαση της θεραπευτικής σχέσης. Πιο συγκεκριμένα, στο πρόσωπο διαγράφονται επτά συγκινησιακές καταστάσεις, η έκπληξη, το ενδιαφέρον, η χαρά, ο φόβος, η θλίψη, ο θυμός και η αηδία. Η ορθή αποκωδικοποίηση αυτών των συναισθημάτων δίνει χρήσιμες πληροφορίες τόσο στο γιατρό, όσο και στον ασθενή για τον πνευματικό, ψυχικό και συναισθηματικό κόσμο του συνομιλητή. Το χαμόγελο, οι κινήσεις των φρυδιών και η οπτική επαφή μεταδίδουν ηχηρά μη λεκτικά μηνύματα κατά την ιατρική επίσκεψη. Η έλλειψη χαμόγελου από την πλευρά του γιατρού

δημιουργεί απόσταση και καλλιεργεί κλίμα κακής συνεργασίας, διότι τονίζει την υπεροχή του έναντι του ασθενή, ενώ η δραστηριοποίηση των φρυδιών συμβαίνει όταν υπάρχει απορία, δυσαρέσκεια ή δυσπιστία. Οι συγκεκριμένες εκφράσεις του προσώπου εκδηλώνονται έντονα, μπορούν εύκολα να γίνουν αντιληπτές και επιδρούν στην εξέλιξη της θεραπευτικής σχέσης.

Η οπτική επαφή του γιατρού με τον ασθενή είναι ιδιαίτερα σημαντική για τη σχέση που θα αναπτυχθεί μεταξύ τους. Μέσα από τη βλεμματική επαφή καθορίζεται η φύση της σχέσης, ενθαρρύνεται η έκφραση των συναισθημάτων και ρυθμίζεται η ροή του λόγου. Τα άτομα κύρους έχουν την τάση να κοιτούν λιγότερο τους συνομιλητές τους. Όταν ο γιατρός επιδιώκει την οπτική επαφή, αυτόματα μειώνει την πρόθεση ανταγωνισμού και την υπόνοια υπεροχής του απέναντι στον ασθενή, ενώ παράλληλα δηλώνει θέληση για επικοινωνία. Το βλέμμα εκφράζει τον ψυχισμό του ασθενή και τα συναισθήματα του φόβου, της αγωνίας, της δυσαρέσκειας ή της ικανοποίησης μπορούν εύκολα να γίνουν αντιληπτά από το γιατρό, ο οποίος με εύστοχες παρεμβάσεις δύναται να διαχειριστεί αρνητικά φορτισμένες καταστάσεις προς όφελος του ασθενή. Τέλος, όπως σε όλες τις κοινωνικές επαφές έτσι και κατά την ιατρική επίσκεψη ο γιατρός είθισται να κοιτά τον ασθενή όταν ολοκληρώνει αυτά που θέλει να πει ως ένδειξη πρόσκλησης στη συζήτηση, προκειμένου να εκφράσει και ο ασθενής τις δικές του σκέψεις. Με τον τρόπο αυτό εξασφαλίζεται η συνέχεια στη ροή του λόγου και ο σεβασμός στις απόψεις των συνομιλητών.

Η σημασία που δίνει ο γιατρός στη στάση του σώματος του ασθενή τον βοηθά να αναγνωρίζει τα δυσάρεστα συναισθήματα που τον κατακλύζουν και μέσα από τη σωστή αντιμετώπιση να επέρχεται η αρμονική συνεργασία και η επιτυχής εξέλιξη της σχέσης. Η θέση των χεριών του ασθενή προδίδει τα συναισθήματά του. Έτσι, τα ανοιχτά χέρια που ακουμπούν στους γοφούς δηλώνουν επιθετική στάση, ενώ η διαφωνία και η άμυνα δηλώνεται όταν τα χέρια είναι σταυρωμένα και ακουμπισμένα στην κοιλιά ή στο στήθος. Αποδοχή εκφράζεται όταν τα χέρια είναι ανοιχτά και εκτείνονται μπροστά. Επίσης, ασθενείς με αυξημένη λεκτική ικανότητα χρησιμοποιούν με μεγαλύτερη συχνότητα τα χέρια τους για να ενισχύσουν τον προφορικό τους λόγο, να αντικαταστήσουν λέξεις ή ακόμα για να εκφράσουν τη συναισθηματική κατάσταση που βιώνουν.

Εκτός από τη στάση του σώματος του ασθενή, καθοριστική για τη σχέση που θα edραιωθεί είναι και η στάση του σώματος που υιοθετεί ο γιατρός κατά τη διεξαγωγή

της επίσκεψης. Η όρθια στάση του σώματος του γιατρού δείχνει σιγουριά, αυτοπεποίθηση και διάθεση επιβολής στον ασθενή. Η πλάγια κλίση του σώματος και η ασυμμετρία των άκρων συνήθως υποδηλώνει έλλειψη σεβασμού, ενώ η κλίση του σώματος προς τα πίσω φανερώνει αντιπάθεια, αδιαφορία, εμποδίζει την επικοινωνιακή διαδικασία και την δημιουργία κλίματος συνεργασίας. Αντίθετα, η χαλαρή στάση του γιατρού, η έλλειψη έντασης στους μυς του προσώπου, η μικρή απόσταση και η συμμετρία των άκρων του αντανακλούν σιγουριά, διάθεση για συνεργασία και προσφορά προς τον συνάνθρωπο που ζητά την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση της ασθένειάς του.

Το άγγιγμα αποτελεί μία από τις πιο σημαντικές μορφές της ανθρώπινης αλληλεπίδρασης, αλλά και κύριο συστατικό της μη λεκτικής επικοινωνίας. Διακρίνεται σε διαδικαστικό και σε εκφραστικό άγγιγμα. Το διαδικαστικό ή άγγιγμα που συνδέεται με το έργο πηγάζει από το δικαίωμα του γιατρού να αγγίζει το σώμα του ασθενή ως μέρος της κλινικής εξέτασης. Ο γιατρός όταν πρέπει να προβεί στην εξέταση κοιλοτήτων του σώματος του ασθενή, όπως της στοματικής ή της ρινικής, όταν πρέπει να ψηλαφήσει διαφορετικά σημεία ανάλογα με τη συμπτωματολογία, όταν χρησιμοποιεί το στηθοσκόπιο ή το πιεσόμετρο, όταν κάνει μία γυναικολογική εξέταση, ένα σφράγισμα ή μία εξαγωγή δοντιού ή όταν παίρνει το σφυγμό έρχεται σε επαφή με το σώμα του ασθενή. Οι περισσότεροι ασθενείς δε νιώθουν άβολα με το διαδικαστικό άγγιγμα διότι επικρατεί η θεώρηση ότι ενέχει κλινικό σκοπό. Η συγκεκριμένη αντίληψη ενισχύεται όταν ο ασθενής ενημερώνεται για την αξία της εξέτασης και τον τρόπο πραγματοποίησής της.

Το εκφραστικό ή κοινωνικό άγγιγμα του γιατρού είναι αυθόρμητο και δεν αποτελεί μέρος της κλινικής εξέτασης. Μπορεί να περιλαμβάνει τη χειραψία, το άγγιγμα του χεριού, τον εναγκαλισμό, το χάιδεμα του κεφαλιού συνήθως για ασθενείς μικρότερων ηλικιών, το άγγιγμα του ώμου, του βραχίονα ή ένα ανεπαίσθητο χτύπημα στην πλάτη του ασθενή. Για την πλειοψηφία των γιατρών το κοινωνικό άγγιγμα δείχνει ευγένεια, ζεστασιά, σεβασμό, δρα καθησυχαστικά ως μέρος της κλινικής εξέτασης και είναι ένα πολύτιμο επικοινωνιακό εργαλείο για τη βελτίωση της σχέσης με τους ασθενείς. Το κοινωνικό άγγιγμα όταν χρησιμοποιείται με μέτρο είναι αποδεκτό από τους ασθενείς, καθώς επικρατεί η αντίληψη ότι είναι επαγγελματικό και δεν αφήνει κανένα περιθώριο για παρερμηνείες (Cocksedge et al., 2013).

Επίσης, οι ασθενείς αναγνωρίζουν και τα παραγλωσσικά στοιχεία της μη λεκτικής επικοινωνίας του γιατρού, η ερμηνεία των οποίων καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την έκβαση της ιατρικής συνεδρίας. Η ανασφάλεια και ο φόβος που νιώθουν οι ασθενείς για τη διάγνωση, τους καθιστά ιδιαίτερα ευαίσθητους σε πάσης φύσεως μη λεκτικά ερεθίσματα. Είθισται λοιπόν να δίνουν ιδιαίτερη βαρύτητα σε χαρακτηριστικά όπως το χρώμα, η δύναμη και ο τόνος της φωνής του γιατρού, καθώς και η προφορά του λόγου, η ευχέρεια χρήσης του και ο ρυθμός εκφοράς του. Τα στοιχεία αυτά δίνουν χρήσιμες πληροφορίες για την εκπαιδευτική κατάρτιση και την επιστημονική επάρκεια των γιατρών, για την πρόθεση του γιατρού απέναντι στους ασθενείς, για το βαθμό της συναισθηματικής εμπλοκής που επιθυμεί κατά τη συνάντηση και για την ορθότητα συγκεκριμένων επιλογών διαχείρισης του εκάστοτε προβλήματος υγείας των ασθενών. Έτσι, τα παραγλωσσικά στοιχεία του γιατρού επηρεάζουν τη σχέση του με τον ασθενή και το τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Η προσωπική παρουσίαση συνδέεται με τις πολιτισμικές και κοινωνικές επιρροές των ατόμων, αποτελεί πηγή μη λεκτικών μηνυμάτων, επηρεάζει τη συμπεριφορά των ατόμων και αποτελεί τρόπο αυτοπαρουσίασης. Κατά την ιατρική επίσκεψη έχει επικρατήσει ένας συγκεκριμένος ενδυματολογικός κώδικας. Οι ασθενείς πρέπει να είναι ευπρεπώς ενδεδυμένοι γεγονός που αποπνέει σεβασμό στο πρόσωπο του γιατρού, αλλά ταυτόχρονα εμπνέει το σεβασμό του γιατρού στο πρόσωπο του ασθενή. Οι γιατροί έχει επικρατήσει να φορούν την ιατρική μπλούζα ως ένδειξη ένταξης τους σε συγκεκριμένη ομάδα και συμμόρφωσής τους με τους κανόνες, τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις που απορρέουν από αυτή. Η αντίληψη χρήσης της ιατρικής μπλούζας για λόγους προβολής του γιατρού και εντυπωσιασμού του ασθενή είναι λανθασμένη. Σημαντική επίσης παράμετρος είναι η σχολαστική ατομική υγιεινή, διότι κατά την κλινική εξέταση υπάρχει στενή επαφή. Η εμφάνιση εκφράζει την προσωπικότητα του κάθε ατόμου και πρέπει να δίνεται η δέουσα προσοχή, ώστε να μην επηρεάσει αρνητικά τη θεραπευτική σχέση.

Στη συνέχεια, η επικοινωνία με διευθέτηση του χρόνου εκφράζεται μέσα από τη σημασία που δίνει ο γιατρός ως προς την έγκαιρη τακτοποίηση των υποχρεώσεών του και αποτελεί ένδειξη σεβασμού απέναντι στον ασθενή. Ο γιατρός έχοντας επίγνωση της συναισθηματικής κατάστασης που βιώνουν οι ασθενείς μπορεί μέσα από το σωστό προγραμματισμό να συμβάλλει από την πλευρά του στην ομαλή έκβαση της συνάντησης. Η συνέπεια στην τήρηση της ώρας των προγραμματισμένων ραντεβού

είναι υψίστης σημασίας και δείχνει σεβασμό στο χρόνο του ασθενή και των συνοδών του, αλλά και στην άσχημη ψυχολογική κατάσταση που έχει περιέλθει εξαιτίας της ασθένειάς του. Η αδικαιολόγητη καθυστέρηση του γιατρού και η πολύωρη αναμονή γεννά συναισθήματα θυμού και οργής που εύκολα μετατρέπονται σε συγκρούσεις. Η ενημέρωση για τυχόν καθυστερήσεις πρέπει να γίνεται έγκαιρα και παράλληλα να προσφέρονται στους ασθενείς εναλλακτικές λύσεις. Η πραγματοποίηση της εξέτασης από κάποιον συνεργάτη του γιατρού ή ο επαναπρογραμματισμός της συνάντησης, σύμφωνα πάντα με τις επιθυμίες του ασθενή και διασφαλίζοντας ότι δε θα επηρεαστεί η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, βοηθά στην πρόληψη δημιουργίας δυσάρεστων συναισθημάτων. Η κατανόηση, ο σεβασμός και η αποδοχή είναι συναισθήματα που πρέπει να απολαμβάνει ο ασθενής σε κάθε φάση της φροντίδας του.

Ιδιαίτερα σημαντική είναι και η ρύθμιση των προσωπικών και επαγγελματικών εκκρεμοτήτων του γιατρού, η κάλυψη των φυσικών αναγκών του και η τακτοποίηση του χώρου του ιατρείου πριν από κάθε συνάντηση. Η έγκαιρη διευθέτηση κάθε προβλέψιμου παράγοντα που θα μπορούσε να διαταράξει τη συνεδρία, συμβάλλει στην ομαλή διεξαγωγή της. Η ενημέρωση του φακέλου του προηγούμενου ασθενή και η προετοιμασία του γιατρού πριν από κάθε ραντεβού, κρατούν το ενδιαφέρον του απόλυτα εστιασμένο στον ασθενή και ο ασθενής νιώθει ευπρόσδεκτος. Επίσης, η γνώση του ιστορικού του ασθενή, εφόσον υπάρχει, δημιουργεί την ευχάριστη εντύπωση ότι ο γιατρός θυμάται το περιστατικό και καλλιεργεί το αίσθημα της ασφάλειας, της αποδοχής και του σεβασμού στο πρόσωπο του ασθενή, διευκολύνοντας έτσι ακόμα περισσότερο τη σύναψη της θεραπευτικής συμμαχίας σε υγιείς βάσεις, με απώτερο στόχο την ομαλή έκβαση της συνεδρίας και την αποκατάσταση της υγείας του πάσχοντα (Silverman et al., 2005).

Στην επικοινωνία με διευθέτηση του χώρου δίνεται έμφαση στα σήματα της μη λεκτικής επικοινωνίας που στέλνονται από τον ίδιο το χώρο που πραγματοποιείται η ιατρική συνάντηση. Ο χώρος αναμονής του ιατρείου μεταφέρει διάφορα μη λεκτικά μηνύματα και διέπεται από κανόνες. Η επίπλωση, η διακόσμηση και η επιλογή των χρωμάτων θα πρέπει να είναι πρακτική, λιτή, εργονομικά σχεδιασμένη, ώστε να δημιουργείται ένα άνετο και ευχάριστο περιβάλλον για τους ασθενείς και τους συνοδούς τους. Το περιβάλλον επιδρά στη διάθεση γιαυτό είναι σημαντικό ο ασθενής να νιώθει οικεία στο χώρο, γεγονός που τον βοηθά να απαλλάσσεται πιο εύκολα από

τα δυσάρεστα συναισθήματα που γεννά ο λόγος της επίσκεψής του. Ιδιαίτερη βαρύτητα θα πρέπει επίσης να δίνεται στην ασφάλεια και την υγιεινή του χώρου, καθώς ο χώρος του ιατρείου απευθύνεται καθημερινά σε έναν μεγάλο αριθμό ασθενών με διαφορετικές συνήθειες, ανάγκες και προβλήματα (Βενιού & Τεντολούρης, 2013).

Εξίσου σημαντική είναι και η διαρρύθμιση στο χώρο του ιατρείου. Τα μη λεκτικά μηνύματα που εκπέμπονται από τη διακόσμηση και τη διάταξη των επίπλων επηρεάζουν την επικοινωνιακή διαδικασία και καθορίζουν την επιτυχή έκβασή της. Η διακόσμηση πρέπει να είναι απλή, να μειώνει το φόβο και να δημιουργεί αίσθηση ασφάλειας στον ασθενή. Το γραφείο του γιατρού πρέπει να είναι τοποθετημένο σε ικανοποιητική απόσταση από την πόρτα για να προστατεύεται το ιατρικό απόρρητο. Η διαρροή πληροφοριών ή το άκουσμα απρόσμενων αντιδράσεων κατά την εξέταση του ασθενή δημιουργεί φόβο και προβληματισμό στην αίθουσα αναμονής. Η διασφάλιση της ιδιωτικότητας κατά την ιατρική συνέντευξη συμβάλλει όχι μόνο στην καλύτερη πληροφόρηση του γιατρού για τα ιατρικά θέματα που απασχολούν τον ασθενή, αλλά και για τις πολιτισμικές και κοινωνικές του αντιλήψεις, εξασφαλίζοντας έτσι το σχεδιασμό και την παροχή εξατομικευμένης φροντίδα υγείας.

Επιπρόσθετα, το ύψος στο κάθισμα του γιατρού και του ασθενή πρέπει να επιλέγεται με τρόπο που να ενισχύει τη βλεμματική επαφή και να επιτρέπει την αποτελεσματική επικοινωνία. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται και στην τοποθέτηση των καθισμάτων, καθώς ο σχηματισμός γωνιών μεταξύ τους ευνοεί τη συνεργασία, ενώ η αντιμέτωπη διάταξη δημιουργεί ανταγωνιστικότητα. Ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή δεν πρέπει να υπάρχουν ογκώδη διακοσμητικά αντικείμενα, ούτε να τοποθετούνται διαγνωστικά μηχανήματα και ηλεκτρονικοί υπολογιστές, διότι καθιστούν δύσκολη την οπτική επαφή και συχνά αποσπούν την προσοχή του γιατρού.

Ζωτικής σημασίας για τη δημιουργία ευνοϊκού κλίματος είναι η απόσταση που επιλέγει να τηρεί ο γιατρός από τους ασθενείς κατά την ιατρική συνεδρία. Η απόσταση αυτή ορίζεται από τους πολιτισμικούς κανόνες και το βαθμό οικειότητας των ατόμων. Όταν η απόσταση είναι μικρή μπορεί να προκληθεί αμηχανία στον ασθενή, ενώ όταν είναι μεγάλη δημιουργεί στον ασθενή την εντύπωση ότι ο γιατρός τον αποφεύγει ή αδιαφορεί με σοβαρές επιπτώσεις στην θεραπευτική σχέση. Η ιδανική απόσταση για μία λειτουργική επικοινωνιακή διαδικασία είναι από ενάμιση έως δύο μέτρα. Η απόσταση αυτή παραβιάζεται στην περίπτωση που ο γιατρός

χρειάζεται να προβεί στην κλινική εξέταση του ασθενή. Ωστόσο, εκτός από την απόσταση, πολιτισμικές επιρροές φαίνεται να έχει και η φυσική γλώσσα, καθώς τα άτομα με ίδια την κουλτούρα και κοινό επικοινωνιακό ύφος τείνουν να υιοθετούν κοινούς επικοινωνιακούς κώδικες και να είναι σε θέση να αποκωδικοποιούν τα μη λεκτικά μηνύματα ευκολότερα από εκείνους που ανήκουν σε διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα. Ο γιατρός λοιπόν προκειμένου να ανταποκριθεί επιτυχώς στις προκλήσεις της θεραπευτικής σχέσης καλό είναι να δίνει ιδιαίτερη προσοχή στη συμβολική γλώσσα των ασθενών και να είναι εξοικειωμένος με διαφορετικές κουλτούρες λόγω της πολυπολιτισμικής σύνθεσης των σύγχρονων κοινωνιών.

Τέλος, μία ακόμη καθοριστική παράμετρος της μη λεκτικής επικοινωνίας που συμβάλλει στην αποτελεσματική επικοινωνία του γιατρού με τον ασθενή είναι η δύναμη της σιωπής και η σημασία που δίνεται σε αυτή. Όταν ο γιατρός παραμένει σιωπηλός μετατρέπεται σε ενεργητικό και όχι παθητικό ακροατή και επιτυγχάνεται η προσήλωσή του στα λεγόμενα του ασθενή. Με τον τρόπο αυτό καθίσταται ικανός να συλλέξει χρήσιμες πληροφορίες για τη νόσο και συγχρόνως να αντιληφθεί τις πραγματικές σκέψεις και τα συναισθήματα του ασθενή και όχι αυτά που αφήνει να φανούν προς τα έξω. Η σιωπή και η ακουστική δεξιότητα του γιατρού βοηθούν στην εδραίωση μίας ειλικρινούς θεραπευτικής σχέσης και συμβάλλουν στη σωστή διάγνωση, την ορθή διαχείριση της νόσου, καθώς και στην επιλογή της κατάλληλης θεραπείας.

Από τα παραπάνω διαφαίνεται ξεκάθαρα ότι η ορθή κωδικοποίηση και αποκωδικοποίηση των μη λεκτικών μηνυμάτων από τους συμμετέχοντες στην ιατρική συνεδρία σχετίζεται με μεγαλύτερη ικανοποίηση, τόσο του ασθενή, όσο και του γιατρού και επηρεάζει την επιτυχή έκβαση της θεραπευτικής συμμαχίας. Ο γιατρός πρέπει να είναι σε θέση να διερευνά, να αναγνωρίζει και να ερμηνεύει τα μη λεκτικά σήματα που στέλνει ο ασθενής, συνειδητά ή ασυνείδητα υπό καταστάσεις ψυχολογικής έντασης εξαιτίας του προβλήματος που αντιμετωπίζει. Συγχρόνως, ο γιατρός πρέπει να έχει επίγνωση και της δικής του μη λεκτικής συμπεριφοράς διότι οι ασθενείς έχουν την τάση να αποκωδικοποιούν το μη λεκτικό τρόπο έκφρασης των γιατρών και να εξαρτάται από αυτόν σε μεγάλο βαθμό η εξέλιξη της θεραπευτικής σχέσης. Το γεγονός αυτό αποδεικνύεται και μέσα από τη μελέτη του Silverman (2010) σύμφωνα με την οποία σημαντική πηγή ικανοποίησης των ασθενών είναι η ικανότητα της μη λεκτικής έκφρασης των γιατρών (Silverman, 2010).

5.4 Τα οφέλη της αποτελεσματικής επικοινωνίας γιατρού-ασθενή

Η επικοινωνία γιατρού-ασθενή είναι υπεύθυνη για τη σχέση που θα εδραιωθεί μεταξύ τους και τον τρόπο που η σχέση αυτή θα εξελιχθεί. Η αποτελεσματική επικοινωνία οδηγεί στη σύναψη ισχυρού θεραπευτικού δεσμού και συμβάλλει στην ικανοποίηση του ασθενή, η οποία είναι συνάρτηση της αλληλεπίδρασης με το γιατρό. Διασφαλίζεται από τις καλές διαπροσωπικές σχέσεις που θα αναπτύξουν μεταξύ τους, την αμοιβαία ανταλλαγή πληροφοριών και τη συμμετοχική λήψη της τελικής απόφασης. Ο σεβασμός, η κατανόηση και η ειλικρίνεια μεταξύ των συνομιλητών δημιουργεί κλίμα εμπιστοσύνης που βοηθά τον ασθενή να εξωτερικεύει με μεγαλύτερη ευκολία τα συναισθήματά του, να μοιράζεται την εμπειρία της ασθένειάς του, τις σκέψεις και τις προσδοκίες του. Γίνεται έτσι ενεργό μέλος της επικοινωνιακής διαδικασίας, ενημερώνεται για την κατάσταση της υγείας του, τη φύση και την προοπτική της ασθένειάς του και συμμετέχει στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για την αποκατάσταση της υγείας του.

Πέρα από τις θεωρητικές προσεγγίσεις υπάρχουν ευρήματα μελετών που αποδεικνύουν ότι η αποτελεσματική επικοινωνία στο χώρο της υγείας μπορεί να επηρεάσει την υγεία των ασθενών. Η καλή επικοινωνία ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή συνδέεται με βελτιωμένα αποτελέσματα υγείας, καθώς έχει τη δύναμη να επιδρά και να ρυθμίζει την ψυχική κατάσταση του ασθενή, να του παρέχει πληροφορίες για την ασθένειά του και να τον καθιστά ικανό να ερμηνεύει και να κατανοεί καλύτερα την ιατρική πληροφορία και τους κινδύνους που έχει να διαχειριστεί. Ο γιατρός μέσα από την ισότιμη σχέση με τον ασθενή αναγνωρίζει τις ανάγκες, τις προσδοκίες και τις αντιλήψεις του. Οι ασθενείς οι οποίοι ενθαρρύνονται από το γιατρό να μιλήσουν κατά την ιατρική συνεδρία εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι από τη φροντίδα υγείας που τους παρέχεται και συμμορφώνονται πιο εύκολα με τις ιατρικές συμβουλές και τη θεραπεία. Η σύναψη ισχυρής θεραπευτικής συμμαχίας συνδέεται με καλύτερη ανάρρωση των ασθενών (Fong et al., 2010).

Σύμφωνα με τα διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα ο τρόπος προσέγγισης του ασθενή κατά την ιατρική επίσκεψη είναι καθοριστικός και συνδέεται με την έκβαση της νόσου. Πιο συγκεκριμένα, από την ασθενοκεντρική προσέγγιση προκύπτουν οφέλη που σχετίζονται με την ικανότητα διαχείρισης του άγχους κατά τη διεξαγωγή της

συνάντησης, με χαμηλότερες τιμές της αρτηριακής πίεσης, τη δυνατότητα ελέγχου της αίσθησης του πόνου, αλλά και την ικανότητα μεγαλύτερης ανοχής του (Roter, 1983), τη μειωμένη ανάπτυξη όγκων (Greenfield et al., 1988) και την υψηλότερη ποιότητα ζωής σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού. Σε άλλες πάλι μελέτες φαίνεται ότι η καλή επικοινωνία συμβάλλει στην ταχύτερη και καλύτερη ανάρρωση (Greenfield et al., 1985), στη μείωση της διάρκειας νοσηλείας, σε λιγότερες παραπομπές και επανεισαγωγές και κατ' επέκταση στη μείωση του κόστους (Little et al., 2001). Επίσης, από ερευνητικά δεδομένα προκύπτει ότι η ανθρωποκεντρική προσέγγιση του ασθενή εκμηδενίζει σχεδόν τις πιθανότητες να υπάρχουν συγκρούσεις, αντιδικίες και δικαστικές προσφυγές σε βάρος των γιατρών (Brinkman et al., 2007; Brown et al., 1999).

Επιπρόσθετα, όπως προκύπτει από τα ευρήματα άλλων μελετών η άσκηση της ιατρικής με επίκεντρο τον άνθρωπο έχει πολλαπλά οφέλη και για τους γιατρούς. Η επίδειξη σεβασμού προς το πρόσωπο του ασθενή και το πρόβλημα υγείας που τον ταλαιπωρεί, η προσπάθεια για αποτελεσματική επικοινωνία και η διασφάλιση της ικανοποίησης του ασθενή φαίνεται ότι συνδέονται με τη βελτίωση των εργασιακών συνθηκών κατά την άσκηση της ιατρικής πρακτικής. Ο γιατρός δεν έρχεται αντιμέτωπος με ακραίες καταστάσεις και εκδηλώσεις θυμού ή δυσαρέσκειας των ασθενών και των συγγενών τους, γεγονός που τον βοηθά να είναι απόλυτα αφοσιωμένος στον πάσχοντα και την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση του προβλήματος της υγείας του. Η ακρίβεια στη διάγνωση και η ορθότητα στην επιλογή του κατάλληλου θεραπευτικού σχεδίου αυξάνει την αυτοπεποίθηση του γιατρού, καθώς επισφραγίζεται η επιστημονική του επάρκεια προς όφελος των ασθενών, ενώ παράλληλα αντλεί ικανοποίηση από την εργασία του. Απαλλαγμένος από το εργασιακό άγχος και την επαγγελματική εξουθένωση είναι σε θέση να αποδώσει το μέγιστο των δυνατοτήτων του συμβάλλοντας στην επιτυχή έκβαση της θεραπευτικής σχέσης και την πλήρη αποκατάσταση της υγείας του πάσχοντα (Maguire et al., 2002; Bre' dart et al., 2005).

Σημαντική αποδεικνύεται και η παράμετρος της μη λεκτικής επικοινωνίας, καθώς φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση των μη λεκτικών σημάτων με την επιτυχή έκβαση της ιατρικής διαβούλευσης. Η βλεμματική επαφή, η στάση του σώματος, οι κινήσεις, οι εκφράσεις του προσώπου και η παραγλώσσα, είναι μεταβλητές που καθορίζουν την αλληλεπίδραση του γιατρού με τον ασθενή. Τα μη λεκτικά σήματα κατά την ιατρική

συνεδρία συμβάλλουν στην οικοδόμηση της σχέσης και τη διαχείριση των συναισθημάτων και αποδεικνύουν το βαθμό εμπλοκής στην επικοινωνιακή διαδικασία. Σύμφωνα με τον Marciniowicz και τους συνεργάτες του (2010), οι ασθενείς παρακολουθούν προσεκτικά τα μη λεκτικά στοιχεία των γιατρών δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην οπτική επαφή και τη διάρκειά της. Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα των ερευνών η απώλεια της οπτικής επαφής, που αποδίδεται κυρίως στη χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών κατά τη διεξαγωγή της ιατρικής συνεδρίας, δημιουργεί απόσταση μεταξύ των συνομιλητών και μειώνει την αποτελεσματικότητα της διαβούλευσης (Marciniowicz et al., 2010; Bensing, 1991).

Τα διαθέσιμα ευρήματα που συνδέουν την καλή επικοινωνία με τα βελτιωμένα αποτελέσματα της υγείας, προέρχονται από δυο κατηγορίες μελετών, τις τυχαιοποιημένες και τις περιγραφικές μελέτες. Πιο συγκεκριμένα, οι τυχαιοποιημένες μελέτες πραγματοποιήθηκαν, όπως προκύπτει από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, προκειμένου να εξεταστούν τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων που είχαν σχεδιαστεί με σκοπό να επηρεάσουν την επικοινωνιακή διαδικασία και τη λήψη αποφάσεων των γιατρών και των ασθενών κατά την ιατρική συνεδρία. Ο Griffin και οι συνεργάτες του (2004), κάνοντας μία επισκόπηση των τυχαιοποιημένων αυτών μελετών βρήκαν ότι οι παρεμβάσεις που έγιναν στην επικοινωνία ήταν επιθυμητές και αποτελεσματικές, αλλά μόνο σε ένα ποσοστό της τάξης του 44%, δηλαδή σε λιγότερες από τις μισές μελέτες, παρατηρήθηκε συσχέτιση με τη βελτίωση των αποτελεσμάτων. Γενικότερα στην ανασκόπηση παρατηρήθηκαν διαφορές στα αποτελέσματα και άλλων παρόμοιων παρεμβάσεων, γεγονός που συσχετίστηκε με τον διαφορετικό τρόπο μέτρησης των αποτελεσμάτων και το μη αντιπροσωπευτικό δείγμα, καθώς ήταν μικρό (Griffin et al., 2004).

Όσον αφορά τις περιγραφικές μελέτες, αυτές αποτελούν τη δεύτερη κατηγορία των μελετών και εξετάζουν την επίδραση που έχει η επικοινωνία του γιατρού με τον ασθενή κατά την ιατρική επίσκεψη στη διαμόρφωση διαφορετικών αποτελεσμάτων στην υγεία. Συμπεριφορές όπως η προώθηση της επικοινωνίας με επίκεντρο τον ασθενή, οι επεξηγήσεις από την πλευρά του γιατρού, η αντιμετώπιση του ασθενή με ενσυναίσθηση, η επαρκής και έγκυρη πληροφόρηση του ασθενή και η συμμετοχική λήψη αποφάσεων έχουν συσχετιστεί με λιγότερο άγχος (Fogarty et al., 1999), χαμηλή αρτηριακή πίεση (Orth et al., 1987), υψηλότερη ποιότητα ζωής σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού (Street et al., 1997) και μικρότερη οργανική βλάβη σε ασθενείς

με συστηματικό ερυθματώδη λύκο (Ward et al., 2003). Σε άλλες πάλι μελέτες δεν προέκυψε συσχέτιση ανάμεσα στην επικοινωνία και τα θετικά αποτελέσματα για την υγεία.

Για την ασυνέπεια που παρατηρείται στα ευρήματα των περιγραφικών και των τυχαιοποιημένων μελετών μπορεί να θεωρηθούν υπεύθυνοι διάφοροι παράγοντες. Σε μία προσπάθεια εντοπισμού των παραγόντων αυτών αρχικά διαπιστώθηκε ότι οι έρευνες που έχουν γίνει μέχρι σήμερα δεν κατάφεραν να εξηγήσουν τις θεμελιώδεις διαδρομές και τις διαδικασίες που συνδέουν την επικοινωνία με τα αποτελέσματα στην υγεία. Επειδή πρόκειται για περιγραφικές μελέτες στο σύνολό τους, οι ερμηνείες παραμένουν σε υποθετικό επίπεδο και δε μπορεί να αποδειχθεί η αιτιώδης σχέση. Επίσης, δεν είναι εύκολο να εντοπιστούν τα στοιχεία εκείνα της επικοινωνίας που μπορούν να οδηγήσουν σε συγκεκριμένα αποτελέσματα για την υγεία.

Οι ερευνητές σε μία προσπάθεια εντοπισμού των στοιχείων αυτών έχουν εστιάσει σε κάποιες βασικές λειτουργίες της επικοινωνίας, όπως αυτές προκύπτουν από την άσκηση της ασθενοκεντρικής ιατρικής. Πιο συγκεκριμένα, οι επικοινωνιακές αυτές λειτουργίες περιλαμβάνουν τη διαχείριση της αβεβαιότητας των ασθενών, την ανταλλαγή πληροφοριών, την εκπαίδευση για την αυτοδιαχείριση της ασθένειας, τη διαχείριση των συναισθημάτων, την ενθάρρυνση εδραίωσης ισχυρού θεραπευτικού δεσμού και τη συμμετοχική λήψη αποφάσεων. Παρόλα αυτά δεν έχει αποδειχτεί ο τρόπος με τον οποίο μία συγκεκριμένη λειτουργία μπορεί να οδηγήσει ή όχι σε καλύτερη υγεία. Η δυσκολία αυτή φαίνεται ξεκάθαρα στην τυχαιοποιημένη μελέτη του Kinmonth και των συνεργατών του (1998), που πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς με διαβήτη και αφορούσε την προώθηση της ενεργητικής ακρόασης μεταξύ γιατρού και ασθενή και της ικανότητας των ασθενών για διαπραγμάτευση. Ενώ οι ασθενείς της ομάδας παρέμβασης ανέφεραν μεγαλύτερη ικανοποίηση και αίσθηση ευεξίας κατά την επικοινωνιακή διαδικασία, δεν καταγράφηκε καμία βελτίωση στο μεταβολισμό τους, ενώ παράλληλα έπαιρναν περισσότερο βάρος από τους ασθενείς της ομάδας ελέγχου. Η παρέμβαση λοιπόν οδήγησε σε ασθενείς με καλύτερη αίσθηση της υγείας τους, χωρίς όμως να υπάρχει μετρήσιμη βελτίωση στους κλινικούς δείκτες της νόσου (Kinmonth et al., 1998).

Ένας άλλος καθοριστικός παράγοντας της ασυνέπειας στα ευρήματα των ερευνών είναι το γεγονός ότι δε λαμβάνονται υπόψη οι κοινωνικοί καθοριστές της υγείας. Η παρακολούθηση και η καταγραφή των αποτελεσμάτων που έχει η επικοινωνιακή

διαδικασία στην υγεία περιορίζεται αποκλειστικά στην παρατήρηση που λαμβάνει χώρα κατά τη διάρκεια της ιατρικής συνεδρίας. Μετά το τέλος της ιατρικής επίσκεψης όμως, δε μπορεί να παραβλέψει κανείς, το πλήθος των παραγόντων που επιδρούν στη σωματική και συναισθηματική κατάσταση του ασθενή και μεταβάλλουν το τελικό αποτέλεσμα. Οι ερευνητές, αν και έχουν επίγνωση όλων των καθοριστών υγείας, σπάνια εντάσσουν την επικοινωνία του γιατρού με τον ασθενή μέσα στο γενικότερο πλαίσιο των κοινωνικών, ψυχολογικών και ατομικών χαρακτηριστικών και παραγόντων που την επηρεάζουν. Οι παράγοντες αυτοί όμως θα πρέπει να αξιολογούνται σε επιμέρους αναλύσεις ως αναπόσπαστο κομμάτι της επικοινωνίας του γιατρού με τον ασθενή διότι επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Ολοκληρώνοντας, αξίζει να καταγραφούν και οι διαφορές που παρατηρούνται στα εργαλεία που χρησιμοποιούνται στις διάφορες μετρήσεις και στην ερμηνεία του τρόπου που η επικοινωνία του γιατρού με τον ασθενή επηρεάζει την υγεία. Οι μετρήσεις επηρεάζονται από τις διαφορές σε εννοιολογικούς και λειτουργικούς ορισμούς και μπορεί να μην υπάρχει δυνατότητα σύγκρισης με άλλες μελέτες. Για παράδειγμα η έννοια της συμμετοχικής λήψης απόφασης μπορεί κάθε φορά να εκλαμβάνεται με διαφορετικό τρόπο (Makoul et al., 2006; Moumjid et al., 2007). Επίσης, διαφορετικές μέθοδοι μέτρησης μπορεί να οδηγήσουν σε διαφορετικές εκτιμήσεις (Rimal, 2001). Αναφέρεται ενδεικτικά ότι ενώ στο σύστημα κωδικοποίησης του παρατηρητή μπορεί να φαίνεται ότι ο γιατρός έδωσε τις απαραίτητες πληροφορίες στον ασθενή για τη θεραπεία, ο ασθενής πιθανόν να μην το έχει κατανοήσει ή να το θεωρεί πληροφοριακό (Street, 1992).

Η ερμηνεία λοιπόν του τρόπου με τον οποίο η επικοινωνία συμβάλλει στη διαμόρφωση των επιθυμητών αποτελεσμάτων για την υγεία είναι πολύπλοκη. Απαιτείται η αποσαφήνιση και η κατανόηση κάθε σταδίου της επικοινωνιακής διαδικασίας, αλλά και των παραγόντων που εντοπίζονται τόσο μέσα στο κλινικό περιβάλλον όσο και έξω από αυτό, όπως η οικογένεια και ο κοινωνικός περίγυρος, καθώς επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό τα αποτελέσματα της υγείας. Βασική προϋπόθεση για να επιτευχθεί αυτό είναι οι ερευνητές να κινηθούν πέρα από τα στενά εννοιολογικά και περιγραφικά πλαίσια και να διατυπώσουν θεωρίες που θα συνδέουν την επικοινωνία με την υγεία μέσα σε ένα διευρυμένο πλαίσιο ολιστικής προσέγγισης της υγείας. Επιπρόσθετα, οι ερευνητές θα πρέπει να αναγνωρίζουν και να

συνυπολογίζουν στις αναλύσεις τους ότι το αποτέλεσμα στην υγεία του ατόμου, όπως αυτό διαμορφώνεται μέσα από την επικοινωνία του με το γιατρό, συχνά, είναι επακόλουθο της συνολικής εμπειρίας του από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, το γιατρό, την ομάδα υγείας, την οικογένεια και τον κοινωνικό περίγυρο, ειδικά όταν πρόκειται για ασθενείς με κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας ή καρκινοπαθείς και δεν καθορίζεται από τις μεμονωμένες ιατρικές επισκέψεις.

5.5 Ο μηχανισμός σύνδεσης της επικοινωνίας γιατρού-ασθενή με βελτιωμένα αποτελέσματα υγείας

Προκειμένου να δοθεί μία ορθή ερμηνεία στο ρόλο της επικοινωνίας κατά την ιατρική επίσκεψη και πώς αυτή μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερα ή χειρότερα αποτελέσματα στην υγεία πρέπει να προσδιοριστεί ο μηχανισμός μέσω του οποίου η επικοινωνία επηρεάζει την υγεία και τη γενικότερη ευημερία των ατόμων. Έχει αποδειχτεί ότι η επίδραση μπορεί να είναι άμεση ή έμμεση. Πιο συγκεκριμένα, η συνομιλία του γιατρού με τον ασθενή και η έμφαση στα παραγωγωσικά στοιχεία όπως ο τόνος, η ένταση και η χροιά της φωνής του, δρουν άμεσα και μπορούν να καθησυχάσουν τον ασθενή και να τον απαλλάξουν από τα δυσάρεστα συναισθήματα της αγωνίας και του φόβου. Επιπρόσθετα, σε μελέτη που έγινε το 1997 αποδείχτηκε ότι η ουσιαστική συζήτηση επιδρά καθοριστικά στα φυσιολογικά συμπτώματα, καθώς η επικοινωνία με ενσυναίσθηση έδρασε θεραπευτικά σε ασθενείς με συμπτώματα ευερέθιστου εντέρου μειώνοντας τη φυσική διέγερση του πόνου (Kwekkeboom, 1997). Εξίσου σημαντική στην επίτευξη καλύτερων αποτελεσμάτων υγείας έχει αποδειχτεί και η συμβολή της μη λεκτικής επικοινωνίας, καθώς η άμεση αποκωδικοποίηση των μηνυμάτων προσφέρει στον ασθενή άνεση και ανακούφιση από το άγχος του (Henricson et al., 2008).

Τις περισσότερες φορές όμως η επικοινωνία επιδρά στην υγεία μέσω μίας πιο έμμεσης, διαμεσολαβημένης οδού που σχετίζεται με τη συμμόρφωση του ασθενή στις ιατρικές συστάσεις και την προτεινόμενη θεραπεία, καθώς η συγκεκριμένη συμπεριφορά έχει τη δύναμη να επηρεάζει άμεσα ή έμμεσα την υγεία. Με τη βοήθεια των ερευνητικών δεδομένων αποδεικνύεται ότι το υποστηρικτικό και επεξηγηματικό ύφος του γιατρού συμβάλλει στη δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή και ρυθμίζει το βαθμό της συνεργασίας. Επίσης, η ενεργός

συμμετοχή του ασθενή κατά την ιατρική συνάντηση βοηθά το γιατρό να τον κατανοήσει ολιστικά και τον καθιστά ικανό να οργανώσει ένα εξατομικευμένο θεραπευτικό πλάνο που να ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες και στις προσδοκίες του ασθενή. Η συμμετοχική λήψη της τελικής απόφασης εξασφαλίζει τη συμμόρφωση με τις ιατρικές οδηγίες και τη θεραπεία και κατά συνέπεια τη βελτίωση της υγείας των ασθενών (Epstein & Street, 2007).

Υπάρχουν βέβαια και άλλοι παράγοντες που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη προκειμένου να γίνει αντιληπτός ο μηχανισμός που συνδέει την επικοινωνία με την καλή υγεία. Για παράδειγμα, αρκετές φορές η προσπάθεια αποκατάστασης της υγείας αποτυγχάνει διότι δεν υπάρχει δυνατότητα πρόσβασης στο υγειονομικό σύστημα ή γίνεται λανθασμένη χρήση των υπηρεσιών του. Ειδικά για τους οικονομικά ασθενείς και τους ανασφάλιστους η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας είναι χαμηλή, ενώ δεν είναι λίγες οι φορές που οι άνθρωποι αυτοί αγνοούν τη σοβαρότητα των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν και δε ζητούν ιατρική φροντίδα. Άλλοι πάλι χρειάζονται καθοδήγηση για να μπορέσουν να πλοηγηθούν στο πολύπλοκο σύστημα υγειονομικής φροντίδας. Είναι καθοριστικής σημασίας η ικανότητα του γιατρού για σωστή καθοδήγηση, προκειμένου να διευκολύνει την πρόσβαση στο σύστημα υγείας ενημερώνοντας και κατατοπίζοντας τους ασθενείς, ώστε να είναι σε θέση να επιλέγουν στοχευμένες υπηρεσίες παροχής φροντίδας υγείας, οι οποίες θα ανταποκρίνονται στο πρόβλημα που έχουν, χωρίς να χάνεται πολύτιμος χρόνος για την αποκατάσταση της υγείας τους (Institute of Medicine, 2002; Dohan & Schrag, 2005).

Δύο εξίσου σημαντικές παράμετροι που μπορεί να επηρεάσουν την επικοινωνία και τη διαδρομή προς την καλή υγεία είναι οι αντιλήψεις και οι γνώσεις των ασθενών. Ο γιατρός δεν πρέπει να αγνοεί την απόκλιση που υπάρχει με τους ασθενείς ως προς την αντίληψη της έννοιας της υγείας και της ασθένειας. Η ένδειξη κατανόησης και σεβασμού των ατομικών θεωρήσεων του πάσχοντα και του τρόπου που αντιλαμβάνεται τη διάσταση της καλής υγείας καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την έκβαση της θεραπευτικής σχέσης και το τελικό αποτέλεσμα (Kleinman, 1980; Makoul & Clayman, 2006). Ο γιατρός έχοντας επίγνωση του βαθμού που η διαβούλευση επηρεάζει θετικά την υγεία, δε θα πρέπει να περιορίζεται κατά την ιατρική συνεδρία στην απλή ανταλλαγή πληροφοριών και τη χορήγηση της θεραπείας. Η άσκηση ασθενοκεντρικής ιατρικής τον βοηθά να κατανοεί τον ασθενή

μέσα στο δικό του αξιακό σύστημα και του παρέχει πολύτιμες πληροφορίες για το ψυχολογικό, κοινωνικό και μορφωτικό του επίπεδο. Με τον τρόπο αυτό ο ασθενής δέχεται μηνύματα που είναι σε θέση να αντιληφθεί. Η ορθή αποκωδικοποίηση διευκολύνει τη διαδικασία αποκατάστασης της σωματικής του υγείας και της συναισθηματικής του ευημερίας.

Επίσης, το επίπεδο των γνώσεων που έχει ο ασθενής για θέματα υγείας μπορεί να επηρεάσει τη διαβούλευση και το τελικό αποτέλεσμα. Οι γενικές αυτές γνώσεις βοηθούν τους ασθενείς να αντιμετωπίζουν με μεγαλύτερη ευαισθησία και υπευθυνότητα τα θέματα που αφορούν τη φύση της ασθένειάς τους, τη συμπτωματολογία, τη σπουδαιότητα της θεραπείας και τις εναλλακτικές θεραπευτικές επιλογές, τις πιθανές παρενέργειες, τη σημασία αυτοδιαχείρισης και τη σπουδαιότητα της συμμετοχικής λήψης της τελικής απόφασης. Η πρόσθετη, εξειδικευμένη γνώση που παρέχει ο γιατρός στον ασθενή κατά την ιατρική συνάντηση με την επαρκή πληροφόρηση γύρω από το πρόβλημα υγείας που τον ταλαιπωρεί, αυτόματα τον μετατρέπει σε υπεύθυνο και ενεργό μέλος της ιατρικής διαβούλευσης, νιώθει ικανοποίηση και δεσμεύεται για τη θεραπεία καθορίζοντας έτσι το βαθμό αποκατάστασης της υγείας του (Di Matteo et al., 1993).

Ωστόσο, είναι αναγκαίο ο γιατρός να αναγνωρίζει πέρα από την αξία της επαρκούς πληροφόρησης και ενημέρωσης για την επίτευξη της καλής υγείας και την αξία της διαπροσωπικής επικοινωνίας γενικότερα. Η επικοινωνία με ενσυναίσθηση επιτρέπει στους ασθενείς να μιλούν με ειλικρίνεια στο γιατρό. Για πολλούς όμως κάτι τέτοιο δεν είναι εφικτό παρεμποδίζοντας τη διαδρομή με την οποία η επικοινωνία οδηγεί σε καλή υγεία. Η αντίληψη των ασθενών ότι η κατάστασή τους είναι μη αναστρέψιμη, το δέος που αισθάνονται μπροστά στο γιατρό, η απροθυμία να επιβαρύνουν χρονικά έναν πολυάσχολο γιατρό, η απόμακρη συμπεριφορά του γιατρού, η επιθυμία να διατηρήσουν την αξιοπρέπεια τους και να μην προκαλέσουν τον οίκτο του γιατρού, αλλά και ο φόβος μήπως επιβεβαιωθεί το πιο ακραίο σενάριο σχετικά με τη σοβαρότητα της υγείας τους, είναι καταστάσεις που βιώνουν οι ασθενείς και δεν τους επιτρέπουν να μιλήσουν διεξοδικά στο γιατρό για την εμπειρία της ασθένειάς τους. Αυτό αποτελεί τροχοπέδη στην επικοινωνιακή διαδικασία με σοβαρές επιπτώσεις στην εξέλιξη της θεραπευτικής σχέσης και την εκπλήρωση των προσδοκιών του ασθενή (Σίμου, 2017).

Οι ανεκπλήρωτες υγειονομικές ανάγκες των ασθενών σε συνδυασμό με την επιβαρυνόμενη κατάσταση της υγείας τους μπορούν να επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό την επικοινωνιακή διαδικασία και κατ'επέκταση την αποκατάσταση της υγείας τους. Το γεγονός αυτό καλλιεργεί την απαξίωση του ιατρικού επαγγέλματος και του υγειονομικού συστήματος γενικότερα, στο οποίο οι ασθενείς καλούνται να περιπλανηθούν συνοδευόμενοι από προκατάληψη και δυσπιστία. Σύμφωνα με διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα, οι ασθενείς που πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια, όπως οι καρκινοπαθείς, φαίνεται ότι σε κάποιο επίπεδο παροχής φροντίδας έρχονται αντιμέτωποι με ασεβή συμπεριφορά ή κακή επικοινωνία (Thorne et al., 2005). Οι ασθενείς αναγκάζονται να επιδοθούν σε ένα κυνήγι αναζήτησης και εύρεσης λύσης για το πρόβλημά τους σε διαφορετικούς γιατρούς, χωρίς να υπάρχει προοπτική θεραπείας, επιβαρύνοντας παράλληλα το υγειονομικό σύστημα από την κατάχρηση των υγειονομικών υπηρεσιών. Η εμπιστοσύνη του ασθενή στο υγειονομικό σύστημα και τους θεράποντες ιατρούς, όπως αυτή εδραιώνεται με την πάροδο των ετών, επιδρά έμμεσα στη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία και για το λόγο αυτό κρίνεται σκόπιμο να ενθαρρύνεται η ειλικρινής, εποικοδομητική, αποτελεσματική επικοινωνία.

Πέρα όμως από το «ψηφιακό» κομμάτι στην επικοινωνία του γιατρού με τον ασθενή υπάρχει και το «αναλογικό» κομμάτι. Η συναισθηματική επικοινωνία φαίνεται να επηρεάζει τις διαστάσεις της αντίληψης των ασθενών για την ασθένειά τους, της ανάλυσης των πληροφοριών που τους δίνονται, της αίσθησης ικανοποίησης, της ανάκλησης, της συμμόρφωσης στη θεραπεία και επομένως της επίτευξης καλύτερης ποιότητας ζωής και της αποκατάστασης της υγείας τους. Σύμφωνα με τον Fernández (2010) η αποστασιοποίηση και η ουδέτερη στάση του γιατρού μειώνει τη γνωστική και φυσική λειτουργικότητα του ασθενή. Επομένως, η παροχή βοήθειας όχι μόνο σε πρακτικό αλλά και σε συναισθηματικό επίπεδο είναι ζωτικής σημασίας στην κλινική πρακτική διότι σχετίζεται με την επιτυχία του θεραπευτικού αποτελέσματος και τη βελτίωση της υγείας των ασθενών (Fernández, 2010).

Η συναισθηματική επικοινωνία καλλιεργεί κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ γιατρού και ασθενή κατά τη διάρκεια της ιατρικής συνεδρίας και καθορίζει το βαθμό συμμετοχής του ασθενή στη λήψη της τελικής απόφασης. Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα η εμπιστοσύνη στο πρόσωπο του γιατρού είναι συνάρτηση της συμπόνιας, της τιμιότητας, της αμεροληψίας, της επεξηγηματικής ικανότητας και της αξιοπιστίας

κατά την άσκηση της ιατρικής πρακτικής (Tarrant et al., 2008). Ο συναισθηματικά ασφαλής ασθενής μετατρέπεται σε ενεργό μέλος της επικοινωνιακής διαδικασίας και συμμετέχει στο σχεδιασμό και τη λήψη της τελικής απόφασης για το θεραπευτικό σχήμα που θα ακολουθήσει. Παρόλο που κάποιοι θεωρούν ότι η συμμετοχή στη λήψη της τελικής απόφασης ρυθμίζεται από το γιατρό και παρακινείται από τις διαπροσωπικές δεξιότητες που επιδεικνύει, στον ιατρικό χώρο επικρατεί η αντίληψη ότι η συμμετοχική λήψη αποφάσεων είναι συνάρτηση της ικανότητας των ασθενών να παρέχουν αξιόπιστες πληροφορίες για το πρόβλημα της υγείας τους και την εμπειρία της ασθένειάς τους. Είναι γεγονός πάντως ότι η ενεργός συμμετοχή του ασθενή καθορίζει το βαθμό ικανοποίησής του, ενώ η χαμηλή ικανοποίηση σχετίζεται με μειωμένη εμπιστοσύνη στο πρόσωπο του γιατρού (Hofer et al., 2004).

Αποτελεί αδιαμφισβήτητο γεγονός ότι ο ασθενής που αποφασίζει να ζητήσει ιατρική φροντίδα, αναζητά στο πρόσωπο του γιατρού κατανόηση και ανακούφιση. Από την πρώτη στιγμή οριοθετείται το είδος της συναισθηματικής ανταλλαγής που θα αναπτυχθεί μεταξύ τους. Τα δυσάρεστα συναισθήματα του φόβου, της αμφιβολίας ή του άγχους που συνοδεύουν συχνά τους ασθενείς πρέπει να προλαμβάνονται ή να ανιχνεύονται έγκαιρα, καθώς είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε δυσπιστία προς το πρόσωπο του γιατρού και τις ιατρικές συστάσεις. Καθοριστικός παράγοντας για την εξέλιξη της σχέσης είναι και το επικοινωνιακό ύφος του γιατρού, καθώς δημιουργεί τις κατάλληλες προϋποθέσεις και παρακινεί τον ασθενή να εκφράζει τις επιθυμίες και τις προσδοκίες του. Η κατανόηση των πραγματικών αναγκών του πάσχοντα έχει ως αποτέλεσμα να του παρέχεται εξατομικευμένη βοήθεια, να συμμετέχει ισότιμα στη διαβούλευση και μέσα από την εδραίωση ειλικρινούς σχέσης με το θεράποντα γιατρό του να συμμορφώνεται με τη θεραπεία και να εκπληρώνει το σκοπό της αναζήτησης ιατρικής φροντίδας που είναι η αποκατάσταση της υγείας του (Fong et al., 2010).

Επιπλέον, δεν πρέπει να αγνοούνται οι πολιτισμικές ιδιαιτερότητες των ασθενών. Η παγκοσμιοποίηση σε συνδυασμό με την αυξημένη μετακίνηση των πληθυσμών είχε ως αποτέλεσμα τη σύσταση πολυπολιτισμικών κοινωνιών, τα χαρακτηριστικά των οποίων δεν άφησαν ανεπηρέαστο ούτε το χώρο της υγείας. Τα ιδιαίτερα πολιτισμικά χαρακτηριστικά των ατόμων επιδρούν στη διαμόρφωση των αντιλήψεων για την υγεία και την ασθένεια και επηρεάζουν τη στάση των ατόμων απέναντι στο σύστημα παροχής υγειονομικής φροντίδας και τους λειτουργούς του, τη διαγνωστική διαδικασία και τη θεραπευτική αντιμετώπιση. Έτσι, η επικοινωνία του γιατρού με τον

ασθενή δυσχεραίνεται, καθώς παρεμποδίζεται από κοινωνικές, γλωσσικές και πολιτιστικές διαφορές. Ο τρόπος ερμηνείας της σοβαρότητας των συμπτωμάτων καθορίζεται από την κουλτούρα των ασθενών και σε συνδυασμό με την αδυναμία θέσπισης μακροχρόνιων θεραπευτικών σχέσεων κλονίζεται η εμπιστοσύνη απέναντι στο γιατρό, δεν υπάρχει αμοιβαία κατανόηση και το πολιτισμικό χάσμα δε γεφυρώνεται με αποτέλεσμα να μην υπάρχει αποτελεσματική επικοινωνία και ο ασθενής να μη συμμορφώνεται με τη θεραπεία (Paternotte et al., 2015).

Από τα παραπάνω διαφαίνεται ξεκάθαρα ότι η διαδρομή μέσα από την οποία η επικοινωνία του γιατρού με τον ασθενή οδηγεί σε καλύτερη υγεία είναι δύσβατη. Η συνεργατική επικοινωνία κατά τη διαβούλευση είναι το κλειδί για μία επιτυχημένη επικοινωνιακή διαδικασία και περιλαμβάνει την αμφίδρομη ανταλλαγή πληροφοριών. Οι γιατροί που συνεργάζονται με τους ασθενείς παρέχουν καλύτερες υπηρεσίες υγείας, καθώς οι αποφάσεις τους δεν βασίζονται σε βιαστικές εκτιμήσεις. Μέσα από τη συζήτηση έχουν την ευκαιρία να ενημερωθούν ολιστικά για τη σωματική και ψυχική κατάσταση του ασθενή, τους προβληματισμούς και τις προσδοκίες του και να προβούν στο σχεδιασμό ενός εξατομικευμένου θεραπευτικού σχεδίου, πέρα από τα τυποποιημένα πρωτόκολλα, που να στηρίζεται και να ανταποκρίνεται στις ουσιαστικές ανάγκες του ασθενή. Με την επαρκή πληροφόρηση και την από κοινού λήψη της τελικής απόφασης διαμοιράζεται ο έλεγχος της κατάστασης και η ευθύνη για το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Η συναισθηματική ασφάλεια και η ενεργός συμμετοχή του ασθενή συμβάλλουν στην καλύτερη συμμόρφωση στη θεραπεία και επομένως σε καλύτερα αποτελέσματα της υγείας και της γενικότερης ευημερίας του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6ο

ΕΜΠΟΔΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Η σχέση του γιατρού με τον ασθενή δεν περιορίζεται στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών. Είναι μία σχέση πολυδιάστατη, απαιτητική και σύνθετη. Στηρίζεται σε λεπτές ισορροπίες, τις οποίες οι συμμετέχοντες οφείλουν να διακρίνουν και να σέβονται. Κρίσιμος παράγοντας για την εξέλιξη της σχέσης είναι η ποιότητα του επιπέδου επικοινωνίας κατά την ιατρική συνεδρία. Η αποτελεσματική επικοινωνία επιτρέπει στους ασθενείς να κατανοούν καλύτερα τα λεγόμενα του γιατρού και όσα αυτός θέλει να επικοινωνήσει γύρω από τη φύση και την προοπτική της ασθένειας, να αναλαμβάνουν ενεργό ρόλο στη θεραπευτική διαδικασία, να συμμετέχουν στο σχεδιασμό και τη λήψη της τελικής απόφασης και να προσαρμόζονται στις θεραπευτικές απαιτήσεις. Ωστόσο, διάφοροι παράγοντες παρεμβαίνουν κατά τη διεξαγωγή της συνάντησης δυσχεραίνοντας την επικοινωνιακή διαδικασία.

Σε μία μεταανάλυση μελετών που πραγματοποίησαν οι Zolnieriek και DiMatteo (2009) από το 1949 μέχρι το 2008 φάνηκε ότι η αδυναμία καλής επικοινωνίας στη διαβούλευση συνδέεται με 19% μεγαλύτερο κίνδυνο μη προσαρμογής στις ιατρικές οδηγίες, γεγονός που επιφέρει τεράστιες επιπτώσεις στη διαδικασία αποθεραπείας και επανένταξης (Τσουνής & Σαράφης, 2014). Επίσης, η κακή επικοινωνία δημιουργεί σύγχυση στους ασθενείς και συχνά αδυνατούν να αντιληφθούν την πρόγνωση της ασθένειάς τους, το σκοπό της περίθαλψης και τη σημασία της συμμετοχής τους στο σχεδιασμό της θεραπείας, με άμεσο αντίκτυπο την επιλογή ακατάλληλου θεραπευτικού σχήματος και ιατρικής φροντίδας που τις περισσότερες φορές δεν ανταποκρίνεται στο πραγματικό πρόβλημα της υγείας τους και στις ατομικές τους ανάγκες (Baile et al., 2000).

Τα εμπόδια που παρουσιάζονται κατά τη διαδικασία σύναψης της θεραπευτικής σχέσης και επηρεάζουν την επικοινωνία γιατρού-ασθενή είναι πολλά, μεταξύ των οποίων ο φόβος και το άγχος των ασθενών, ο φόρτος εργασίας των γιατρών, ο φόβος λεκτικής ή σωματικής κατάχρησης, ο φόβος της δικαστικής προσφυγής και η αδυναμία εκπλήρωσης των μη ρεαλιστικών προσδοκιών που μπορεί να έχουν οι ασθενείς (Fentiman, 2007). Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τα διαθέσιμα ερευνητικά

δεδομένα παρατηρείται ότι οι γιατροί σκόπιμα αποφεύγουν τη συζήτηση γύρω από τα θέματα των συναισθηματικών και κοινωνικών επιπτώσεων που γεννά το πρόβλημα υγείας των ασθενών. Αυτό συμβαίνει διότι οι ίδιοι δεν είναι εξοικειωμένοι με τις κατάλληλες δεξιότητες διαχείρισης αντίστοιχων καταστάσεων και δε διαθέτουν τον απαιτούμενο χρόνο για την ανακούφιση των ασθενών. Άλλοτε πάλι αυτό συμβαίνει διότι επηρεάζονται οι ίδιοι συναισθηματικά, γεγονός που επιδρά αρνητικά στην άσκηση του κλινικού τους έργου. Έτσι, οι γιατροί που αποφεύγουν να προσεγγίσουν τις ψυχοκοινωνικές πτυχές της ασθένειας κατά την ιατρική συνάντηση πλήττονται πιο συχνά από εργασιακό άγχος, ενώ οι ασθενείς αδυνατούν να καταπολεμήσουν το άγχος και την ανησυχία τους (Maguire & Pitceathly, 2002).

Επιπρόσθετα, διαπιστώθηκε ότι πολλοί γιατροί δεν ενθαρρύνουν τους ασθενείς να εκφράζουν τις προσδοκίες και τις ανησυχίες για την κατάστασή τους, καθώς και την επιθυμία τους για λεπτομερή ενημέρωση και πληροφόρηση γύρω από το πρόβλημα της υγείας τους και παράλληλα δεν ενισχύουν την ενεργό συμμετοχή τους στη λήψη ιατρικών αποφάσεων. Η στάση αυτή των γιατρών εγείρει αντίστοιχη συμπεριφορά και από την πλευρά των ασθενών, οι οποίοι εμφανίζονται απρόθυμοι για επικοινωνιακή και ειλικρινή συζήτηση και αποκρύπτουν σημαντικές λεπτομέρειες γύρω από την εμπειρία της ασθένειάς τους. Οι συμπεριφορές αυτές αποτελούν τροχοπέδη για μία αποτελεσματική επικοινωνιακή διαδικασία και επιφέρουν καθυστερήσεις στη θεραπεία και την ανάκαμψη των ασθενών.

Χαρακτηριστική είναι επίσης η καταγραφή της στάσης ορισμένων γιατρών, οι οποίοι επαναπαύονται όταν οι ασθενείς δεν υποβάλλουν διευκρινιστικές ερωτήσεις, θεωρώντας λανθασμένα ότι οι συστάσεις και οι οδηγίες τους έχουν γίνει απόλυτα κατανοητές, παραγνωρίζοντας το γεγονός ότι αρκετές φορές οι ασθενείς αισθάνονται άβολα να δηλώσουν άγνοια για όσα δεν έχουν κατανοήσει. Σε άλλη πάλι μελέτη (Bensing και συνεργατών 2006) φάνηκε ότι η επικοινωνία των γιατρών είναι περισσότερο εστιασμένη στο έργο τους, αδιαφορώντας για τους ασθενείς και τη δημιουργία μίας σχέσης εμπιστοσύνης που να έχει συμβουλευτικό περιεχόμενο (Bensing et al., 2006). Σε αντίστοιχη μελέτη που διενεργήθηκε σε νοσοκομεία της Αθήνας και αφορούσε το ποσοστό πληροφόρησης των ασθενών με καρκίνο, παρατηρήθηκε ότι ένα μεγάλο ποσοστό δεν είχε ενημερωθεί για τη νόσο, με το 69% να δηλώνει ότι θα επιθυμούσε να έχει μεγαλύτερη ενημέρωση, ενώ ένα πολύ μικρό

ποσοστό της τάξης του 13% από αυτούς που γνώριζαν για τη νόσο εξέφρασε την προτίμηση να μην είχε λάβει γνώση (Brokalaki et al., 2005).

Άλλοι φραγμοί στην καλή επικοινωνία σύμφωνα με την έρευνα του Smith (2013) προκύπτουν από τα φυσικά εμπόδια, τα πολιτιστικά εμπόδια, τα εμπόδια στην αντίληψη, τα συναισθηματικά εμπόδια και τα προσωπικά εμπόδια. Τα φυσικά εμπόδια αφορούν κυρίως το θόρυβο, την έλλειψη διαθέσιμου χρόνου, τη θερμοκρασία του χώρου συνομιλίας ή τη γεωγραφική απόσταση. Τα πολιτιστικά εμπόδια περιλαμβάνουν κάθε είδους πολιτισμικές και κοινωνικές ιδιαιτερότητες και γλωσσικούς φραγμούς και απαντώνται όλο και πιο συχνά στις σύγχρονες πολυφυλετικές και πολυπολιτισμικές κοινωνίες. Τα εμπόδια στην αντίληψη πηγάζουν από την πεποίθηση των ατόμων ότι ο συνομιλητής τους δεν ενδιαφέρεται ή δεν τους καταλαβαίνει. Τα συναισθηματικά εμπόδια πηγάζουν από δυσάρεστα συναισθήματα που μπορεί να δημιουργηθούν και δεν επιτρέπουν την αποστολή περιεκτικών και ξεκάθαρων μηνυμάτων και τέλος, τα προσωπικά εμπόδια αφορούν είτε κάποια σωματική αναπηρία όπως τα προβλήματα όρασης και ακοής, είτε εδραιωμένες ατομικές θεωρήσεις με αποτέλεσμα η αποκωδικοποίηση των μηνυμάτων να γίνεται βάσει προσωπικών εμπειριών και βιωμάτων (Smith, 2013).

Ένα επίσης σημαντικό εμπόδιο ανάμεσα στους συμμετέχοντες είναι οι διαφορετικές αντιλήψεις γύρω από την υγεία, την ασθένεια και από τον επαγγελματικό και κοινωνικό ρόλο του γιατρού, καθώς και η επιλεκτική αντίληψη. Προκατειλημμένες συμπεριφορές των ασθενών μπορεί να οδηγήσουν σε συγκρούσεις και αδυναμία σύναψης σχέσεων συνεργασίας με επιπτώσεις στη θεραπευτική διαδικασία και τη συμμόρφωσή τους στη θεραπευτική αγωγή. Πέρα όμως από τους παράγοντες που καθορίζονται από το γενικότερο πλαίσιο των ατομικών αξιών και πεποιθήσεων, υπάρχουν και άλλοι που μπορεί να εμφανιστούν παροδικά ή υπό την πίεση ορισμένων καταστάσεων και συγκυριών, όπως συμβαίνει στην περίπτωση εμφάνισης της ασθένειας ανεξάρτητα από το πόσο σοβαρή είναι. Τα συναισθήματα, η διάθεση, οι προθέσεις, οι στόχοι, οι προσδοκίες και τα κίνητρα είναι κάποιοι από αυτούς. Αν στα εμπόδια αυτά προστεθεί και η επιλεκτική αντίληψη όπου τα άτομα αποκωδικοποιούν τα μηνύματα με τρόπο διαφορετικό από αυτόν που επιθυμεί ο αποστολέας και προσαρμόζουν το περιεχόμενό τους σύμφωνα με όσα επιθυμούν να ακούσουν, τότε η επικοινωνιακή διαδικασία παρακωλύεται και ο στόχος της διαβούλευσης παραμένει ανεκπλήρωτος (Σίμου, 2017).

Επιπρόσθετα, σημαντικό εμπόδιο αποτελούν η προσωπικότητα των ατόμων και η ψυχική τους διάθεση, παράγοντες που καθορίζουν τον τρόπο αντίδρασης σε διάφορες καταστάσεις. Άτομα ντροπαλά πολύ δύσκολα μοιράζονται την εμπειρία της ασθένειάς τους με το γιατρό και σπάνια εκφράζουν τις προτιμήσεις και τις προσδοκίες τους από τη θεραπευτική σχέση. Επίσης, άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση πολύ δύσκολα θα διαφωνήσουν ή θα προσπαθήσουν να εκφράσουν την αντίρρησή τους στα λεγόμενα του γιατρού και το θεραπευτικό σχήμα. Το γεγονός αυτό εμποδίζει τη διαδικασία της διάγνωσης, της αναγνώρισης των προτιμήσεων του ασθενή και του σχεδιασμού ενός θεραπευτικού σχήματος που θα είναι συμβατό με την ιδιοσυγκρασία του. Παράλληλα, σε καταστάσεις έντονου άγχους και ανησυχίας προκαλείται σύγχυση στους ασθενείς, οι οποίοι παρερμηνεύουν τα μηνύματα που λαμβάνουν από το γιατρό. Τα δυσάρεστα συναισθήματα της αγανάκτησης και του θυμού δεν επιτρέπουν να αποδίδεται στο μήνυμα το ακριβές περιεχόμενο, ενώ συχνά ωθούν τους συμμετέχοντες σε ανάρμοστες συμπεριφορές που ποτέ δε θα υιοθετούσαν σε συνθήκες ψυχικής ηρεμίας.

Δυσάρεστα συναισθήματα που εμποδίζουν την ουσιαστική επικοινωνία ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή πηγάζουν επίσης από την προσπάθεια του γιατρού να καλλιεργήσει την αίσθηση της κοινωνικής και οικονομικής δυσαναλογίας ως προς τον ασθενή. Η επιθυμία του γιατρού να υπερισχύσει απέναντι στον ασθενή εκδηλώνεται τόσο με λεκτική όσο και με τη μη λεκτική επικοινωνία και δημιουργεί ανασφάλεια, άγχος και αβεβαιότητα αποτρέποντας κάθε προσπάθεια για επικοινωνία. Η πιο συχνή ένδειξη ισχύος από την πλευρά του γιατρού είναι η χρήση ιατρικής ορολογίας κάθε φορά που θέλει να αποδώσει διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους ή νοσολογικές οντότητες εμποδίζοντας έτσι την επικοινωνιακή διαδικασία, διότι η αποκωδικοποίηση τέτοιου είδους μηνυμάτων απαιτούν εξειδικευμένη γνώση που η πλειοψηφία των ασθενών δεν είναι υποχρεωμένη να γνωρίζει. Η αδυναμία ή η άρνηση του γιατρού να παρουσιάζει στον ασθενή την κατάσταση της υγείας του σε απλή και κατανοητή γλώσσα, δυσχεραίνει την επικοινωνία που συνήθως εξελίσσεται με τη μορφή ενός ιατρικού μονόλογου αφήνοντας τον ασθενή απλό παρατηρητή ο οποίος κατανοεί ελάχιστα από αυτά που ακούει (Weiss, 2007).

Επίσης, το μονοπώλιο στη συζήτηση, οι συχνές διακοπές και η έλλειψη εστίασης είναι εμπόδια που παρουσιάζονται και πλήττουν την επικοινωνιακή διαδικασία κατά της εξέλιξη της ιατρικής συνεδρίας. Η επιθυμία του γιατρού να οριοθετεί την ιατρική

συνάντηση έχει σοβαρές επιπτώσεις καθώς δεν επιτρέπει στον ασθενή να νιώσει οικειότητα και να τον εμπιστευτεί, ενώ συχνά δεν εκφράζει μία πλειοψηφία από χρήσιμες πληροφορίες για τα συμπτώματα, τους προβληματισμούς, τις σκέψεις και τις προσδοκίες του. Η έρευνα των West και συνεργατών (1993) αποδεικνύει ότι υπάρχει απόλυτη δυσαναλογία στη συζήτηση μεταξύ γιατρού και ασθενή και ο γιατρός είναι αυτός που καθορίζει, ελέγχει και καθοδηγεί τη συνομιλία. Ο γιατρός μονοπωλεί τη συζήτηση με το ποσοστό της εκφοράς του λόγου που ξεκινά από τον ίδιο να κυμαίνεται στο 91%, ενώ το αντίστοιχο για τον ασθενή να αγγίζει μόλις το 9% (West, 1993).

Η ελλιπής εστίαση αποτελεί άλλο ένα αξιοσημείωτο εμπόδιο που επιδρά στη θεραπευτική εκροή. Είναι σημαντικό κατά τη συνομιλία οι συμμετέχοντες να είναι απόλυτα επικεντρωμένοι στα λεκτικά και μη λεκτικά σήματα που εκπέμπονται, διότι οι ασθενείς δίνουν μεγάλη βαρύτητα σε αυτά και οποιοδήποτε εμπόδιο παρουσιαστεί είναι δυνατό να οδηγήσει σε αποτυχία της θεραπευτικής σχέσης. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μία αύξηση της δυσαρέσκειας των ασθενών ως προς την ουσιαστική επικοινωνία κατά την ολιγόλεπτη ιατρική επίσκεψη και πιθανή αιτία θεωρείται η συνεχώς αυξανόμενη χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών. Ενώ επικροτείται η εφαρμογή της τεχνολογίας στον υγειονομικό τομέα και γενικότερα οι ασθενείς εμφανίζονται θετικοί στην εισαγωγή των ηλεκτρονικών υπολογιστών και την τήρηση ηλεκτρονικών μητρώων ασθενών, οι διαθέσιμες έρευνες αποκαλύπτουν ότι η χρήση του υπολογιστή κατά την ιατρική συνάντηση συνδέεται με την απώλεια της βλεμματικής επαφής και την αδυναμία ενεργητικής ακρόασης. Καθώς η διαβούλευση επικεντρώνεται στη μελέτη του ιατρικού φακέλου του ασθενή, περιορίζεται η συζήτηση γύρω από τη φυσική και ψυχολογική διάσταση της ασθένειας, η σχέση γίνεται περισσότερο απρόσωπη και η πιθανότητες για μη ολιστική προσέγγιση του ασθενή αυξάνονται (Bensing et al., 2006).

Η γενίκευση της χρήσης ηλεκτρονικών υπολογιστών στην υγεία σε συνδυασμό με τη γενικότερη εισβολή της τεχνολογίας στην ιατρική πράξη και τον περιορισμένο χρόνο της ιατρικής επίσκεψης, επιτείνουν ακόμα περισσότερο το πρόβλημα στη σχέση γιατρού-ασθενή. Οι βιοχημικές και απεικονιστικές εξετάσεις περιόρισαν σημαντικά την ουσιαστική συζήτηση με ενσυναίσθηση και σεβασμό για το πρόβλημα του ασθενή, τις σκέψεις, τις ανησυχίες, τις αντιλήψεις και τις προσδοκίες του και την ενεργό συμμετοχή του στην ιατρική διαβούλευση και η διάγνωση στηρίζεται σε

κλινικούς δείκτες και στα αποτελέσματα εξειδικευμένων ή μη εξετάσεων. Αυτό αποτελεί τεράστιο εμπόδιο στη θεραπευτική διαδικασία και επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις στη σχέση, καθώς ο ασθενής αποξενώνεται από το θεράποντα ιατρό του και η ιατρική επίσκεψη δε στηρίζεται στο διάλογο και τα οφέλη που απορρέουν από αυτόν.

Σύμφωνα με παρατηρήσεις της ίδιας μελέτης σημαντικό επικοινωνιακό πρόβλημα αποτελεί το γεγονός ότι ο γιατρός διατυπώνει ερωτήσεις με τέτοιο ρυθμό που δε δίνει τον απαιτούμενο χρόνο στον ασθενή για να επεξεργαστεί και να απαντήσει στην προηγούμενη ερώτηση. Πράγματι, υπάρχουν αρκετοί συνομιλητές που τείνουν να διακόπτουν τον άλλον ή να μιλούν ταυτόχρονα. Αυτό δημιουργεί αίσθηση απογοήτευσης και αποθαρρύνει την επικοινωνιακή διαδικασία. Συγκεκριμένα, κατά την εξέλιξη της επικοινωνιακής διαδικασίας στην ιατρική συνάντηση φαίνεται ότι οι ασθενείς δεν εκφράζουν στο γιατρό το 45% των προβλημάτων που τους απασχολούν, με αποτέλεσμα να μη συζητηθούν ποτέ. Επίσης, ο ασθενής διακόπτεται μόλις 18 δευτερόλεπτα κατά μέσο όρο από τη στιγμή που αρχίζει να μιλάει για το λόγο της επίσκεψής του και να αναλύει την εμπειρία της ασθένειάς του με αποτέλεσμα να μην εκφράζονται χρήσιμες πληροφορίες για τα συμπτώματα της ασθένειας, οι ανησυχίες του για την πορεία της νόσου και οι προσδοκίες που έχει από τη συνάντηση (Βενιού & Τεντολούρης, 2013).

Άλλο ένα σημαντικό εμπόδιο που παρουσιάζεται κατά την ιατρική συνάντηση φαίνεται να πηγάζει από τις περιορισμένες δεξιότητες επικοινωνίας των γιατρών. Έχει καταγραφεί ότι οι επικοινωνιακές δεξιότητες μειώνονται καθώς προχωρά η ιατρική εκπαίδευση και με την πάροδο του χρόνου οι γιατροί εμφανίζονται να χάνουν το ενδιαφέρον τους για την ανθρωποκεντρική ιατρική που επιτάσσει μία πιο ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας. Επιπλέον, ο σκληρός χαρακτήρας της ιατρικής εκπαίδευσης και της επαγγελματικής πρακτικής καταστέλλουν την επικοινωνία με ενσυναίσθηση για λόγους άμυνας μπροστά στον ανθρώπινο πόνο και αυτοσυντήρησης στο δύσκολο και απαιτητικό χώρο της ιατρικής. Οι γιατροί εμφανίζονται συχνά αυστηροί, απόμακροι και ψυχροί παρεμποδίζοντας με τον τρόπο αυτό τη θεραπευτική συμμαχία και την εξέλιξη μίας ουσιαστικής σχέσης μέσα από την ενεργό συμμετοχή του ασθενή στη διαβούλευση. Έτσι, η όποια προτεινόμενη θεραπευτική αντιμετώπιση οδηγείται τις περισσότερες φορές σε αποτυχία ως φυσικό επακόλουθο της απόρριψης που αισθάνεται ο ασθενής.

Η ελλιπής εκπαίδευση στις επικοινωνιακές τεχνικές σε συνδυασμό με τη διαφορετική κοινωνική και εργασιακή κουλτούρα παρεμποδίζει την επικοινωνία και μεταξύ των εργαζομένων στον υγειονομικό τομέα με άμεσο αντίκτυπο στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Η αδυναμία ανάληψης ευθυνών, η άρνηση συνεργασίας και ο ασαφής και κατανοητός διαχωρισμός των επαγγελματικών ρόλων είναι εμπόδια που πρέπει να εντοπίζονται έγκαιρα διότι δυσκολεύουν τη συνεργατική επικοινωνία και επιφέρουν τεράστιες επιπτώσεις στη φροντίδα των ασθενών, οι οποίοι χωρίς να ευθύνονται, είναι ο τελικός αποδέκτης της κακής επικοινωνίας και της ασυνεννοησίας μεταξύ των μελών της υγειονομικής ομάδας. Δυστυχώς, δεν είναι λίγες οι φορές που οι ασθενείς καλούνται να πληρώσουν τη συγκεκριμένη αδυναμία για επικοινωνία με το υψηλό τίμημα της ίδιας τους της ζωής.

Η πρόσβαση των ασθενών στη γνώση και την πληροφόρηση σε θέματα υγείας, τους μετέτρεψε από παθητικούς δέκτες σε ενεργούς συμμετέχοντες, οι οποίοι αντιστέκονται στην εξουσία και την κυριαρχία που παραδοσιακά κατείχε το ιατρικό επάγγελμα, με ότι κίνδυνο εγκυμονεί η νέα αυτή κατάσταση. Οι ασθενείς διεκδικούν την ενεργό συμμετοχή τους και το σεβασμό στις αντιλήψεις και τις προσδοκίες τους για το πρόβλημα υγείας που δυσχεραίνει τη δική τους καθημερινότητα και επηρεάζει τη δική τους ψυχική διάθεση. Η αντίσταση αυτή των ασθενών που πολλές φορές έρχεται σε αντίθεση με τις ιατρικές συστάσεις και τα θεραπευτικά πρωτόκολλα καταδεικνύει την ανάγκη υπερπήδησης και αυτού του εμποδίου, ώστε να εξομαλυνθούν οι μεταξύ τους σχέσεις και να κυριαρχήσει στη συνείδηση όλων ότι ο γιατρός λειτουργεί με γνώμονα το συμφέρον του ασθενή και οι αποφάσεις του στοχεύουν στην αποκατάσταση της υγείας του. Για να εδραιωθεί μια τέτοια αντίληψη θα πρέπει και οι κοινωνικοί καθοριστές της υγείας να συμβάλλουν με τη σειρά τους στη διάδοση της γνώσης και να προβάλλουν τη σημασία της ενεργούς συμμετοχής του ασθενή στη θεραπευτική διαδικασία και της από κοινού λήψης της τελικής απόφασης (Lee & Garvin, 2003).

Οι γιατροί από την πλευρά τους θα πρέπει να ξεπεράσουν ότι παραδοσιακά ισχύει και να προσαρμοστούν στις απαιτήσεις της νέας πραγματικότητας. Θα πρέπει να καλλιεργήσουν δεξιότητες εντοπισμού δύσκολων καταστάσεων και συμπεριφορών από τους ασθενείς, οι οποίες θα μπορούσαν δυνητικά να εμποδίσουν την ομαλή εξέλιξη της επικοινωνιακής διαδικασίας και την αποτελεσματική έκβαση της θεραπευτικής σχέσης. Οι δεξιότητες αυτές περιλαμβάνουν την ικανότητα

ενθάρρυνσης του ασθενή να εκφράσει τον τρόπο που βιώνει την ασθένειά του με βάση το δικό του αξιακό σύστημα, αλλά και τα δυσάρεστα συναισθήματα, τις ανησυχίες και τις προσδοκίες του. Η προσπάθεια που γίνεται τελευταία παγκόσμια και πρόσφατα και στη χώρα μας μέσα από το Ινστιτούτο για τον Αλφαριθμητισμό στην Υγεία, μία πρωτοβουλία που ανήκει στην καθηγήτρια επιδημιολογίας Κα Σίμου, Ε., προβάλλει την ανάγκη για ορθή ενημέρωση τόσο των γιατρών, όσο και των ασθενών ώστε να ξεπεράσουν τα εμπόδια επικοινωνίας. Το μήνυμα που στέλνει ο αποστολέας πρέπει να φτάνει στο δέκτη και να αποκωδικοποιείται σωστά προκειμένου να βιώνουν από κοινού την εμπειρία της επικοινωνιακής διαδικασίας και τα οφέλη που απορρέουν από αυτή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο

ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

7.1 Επικοινωνιακές δεξιότητες γιατρών

Η επικοινωνία αποτελεί βασικό κομμάτι της ιατρικής πρακτικής και επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Διασφαλίζει την ανθρωποκεντρική προσέγγιση του ασθενή, τη διερεύνηση της πραγματικής φύσης των προβλημάτων που τον απασχολούν, τη μετάφρασή τους σε διαγνωστική κατηγορία, την ανακοίνωση της διάγνωσης σε γλώσσα κατανοητή και εύληπτη, τον από κοινού καθορισμό των θεραπευτικών αποφάσεων και την τήρηση του θεραπευτικού σχεδίου. Τα οφέλη της ουσιαστικής επικοινωνίας κατά την ιατρική συνάντηση είναι πολλά και συνδέονται με θετικά αποτελέσματα της υγείας. Οι γιατροί είναι σημαντικό να επικοινωνούν με τους ασθενείς και να γνωρίζουν τον τρόπο να το κάνουν αποτελεσματικά. Η φροντίδα υγείας με επίκεντρο τον ασθενή αναδεικνύει τη σημασία της καλής επικοινωνίας στην ιατρική πρακτική και μεταθέτει το βάρος στην ανάπτυξη των κατάλληλων δεξιοτήτων επικοινωνίας. Οι δεξιότητες επικοινωνίας αποτελούν ανεξάρτητο κομμάτι και δεν ταυτίζονται με την προσωπικότητα των γιατρών. Όπως κάθε δεξιότητα, έτσι και αυτές μαθαίνονται κατά τη βασική προπτυχιακή εκπαίδευση και ενισχύονται μέσα από εκπαιδευτικά προγράμματα σε τακτά χρονικά διαστήματα, προκειμένου να ενσωματωθούν στο ατομικό σύστημα αντιλήψεων και αξιών του γιατρού.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση οι δεξιότητες των γιατρών περιλαμβάνουν τις δεξιότητες επικοινωνίας, τις δεξιότητες διαβούλευσης και τις δεξιότητες συμβουλευτικής. Πιο συγκεκριμένα, οι δεξιότητες επικοινωνίας βοηθούν στην επιτυχή έκβαση της θεραπευτικής συμμαχίας, καθώς συμβάλλουν στην αποτελεσματική λήψη του ιστορικού, στην εξοικείωση του ασθενή με το περιβάλλον και την ενεργό συμμετοχή του στη συνεδρία και ενισχύουν την ικανότητα του γιατρού να αντιμετωπίσει δύσκολες καταστάσεις. Οι δεξιότητες διαβούλευσης σχετίζονται με την κλινική εξέταση, τη διάγνωση και τη θεραπεία, ενώ η δεξιότητες συμβουλευτικής αφορούν την καθοδήγηση και τη συμμόρφωση του ασθενούς με τις οδηγίες και το θεραπευτικό σχήμα που προστάζει το πρόβλημα υγείας του. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται τα τελευταία χρόνια στις επικοινωνιακές δεξιότητες του γιατρού,

καθώς η ικανότητά του να ακούει τους ασθενείς, να τους αφιερώνει αρκετό χρόνο και να τους προσφέρει επαρκείς επεξηγήσεις και πληροφορίες για την κατάστασή τους καθορίζει την ικανοποίηση των ασθενών σε μεγαλύτερο βαθμό από καθεαυτή τη θεραπευτική αντιμετώπιση των προβλημάτων τους (Ong et al., 1995).

Οι δεξιότητες επικοινωνίας δεν περιορίζονται στη βελτίωση των ψυχοκοινωνικών και ιατροτεχνικών παραμέτρων της φροντίδας υγείας, αλλά παράλληλα αφορούν και την ανάπτυξη συγκεκριμένων συμπεριφορών από την πλευρά του γιατρού οι οποίες προάγουν τη συνεργασία με τον ασθενή και συνδέονται θετικά με την έκβαση και το αποτέλεσμα της θεραπείας. Οι δεξιότητες επικοινωνίας ως προς το πλαίσιο της ιατρικής συνέντευξης διακρίνονται στις σχετιζόμενες με το περιεχόμενο, με τη διαδικασία και με την αντίληψη. Οι σχετιζόμενες με το περιεχόμενο περιλαμβάνουν τον όγκο των πληροφοριών, των σχολιασμών και των συμπερασμάτων που ανταλλάσσονται, αλλά και τη λίστα των συμπτωμάτων, τα ιατρικά δεδομένα, τη διαφορική διάγνωση και τις επιλογές θεραπείας. Αυτές που σχετίζονται με τη διαδικασία αφορούν τον τρόπο έκφρασης και σύνταξης της πληροφορίας, τον τρόπο εξασφάλισης της αλληλεπίδρασης και τη διαδικασία ανάπτυξης της θεραπευτικής σχέσης. Τέλος, στις δεξιότητες επικοινωνίας που σχετίζονται με την αντίληψη συγκαταλέγονται σκέψεις, προκαταλήψεις, επιθυμίες, αξίες και συναισθήματα που λαμβάνουν χώρα κατά την ιατρική επίσκεψη (Silverman et al., 2005).

Δεδομένης της σημασίας των δεξιοτήτων επικοινωνίας για τη θετική έκβαση της ιατρικής συνεδρίας και την ικανοποίηση των ασθενών, οι γιατροί θα πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με συγκεκριμένες συμπεριφορές. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί μέσα από την εκπαίδευση, η οποία θα πρέπει να ξεκινά από τα πρώτα χρόνια της φοίτησής τους στις ιατρικές σχολές και να γίνεται τόσο ως προς το ύψος, όσο και ως προς το περιεχόμενο (Chiò et al., 2008). Η ενεργητική ακρόαση, η χρήση ανοικτών ερωτήσεων, η ενσυναίσθηση, η τακτική ανατροφοδότηση, η συλλογή αξιόπιστων πληροφοριών κατά τη λήψη του ιατρικού ιστορικού και της κλινικής εξέτασης, αλλά και η παροχή επαρκούς πληροφόρησης ως προς τη φύση και την πρόγνωση της νόσου, είναι μερικά μόνο παραδείγματα επιδεξιότητας στα οποία πρέπει να έχουν εντυπώσει οι γιατροί προκειμένου να επιτευχθεί μία ειλικρινής και αποτελεσματική σχέση με τους ασθενείς. Η καλή επικοινωνία αποτελεί ισχυρό συστατικό στη θεραπευτική διαδικασία, καθώς οι γιατροί που χρησιμοποιούν τις επικοινωνιακές δεξιότητες είναι σε θέση να ανιχνεύουν ταχύτερα και με μεγαλύτερη ακρίβεια το

πρόβλημα των ασθενών, να παρέχουν καλύτερη ψυχολογική υποστήριξη, να προστατεύονται οι ίδιοι από το εργασιακό άγχος και την επαγγελματική εξουθένωση και παράλληλα να βοηθούν στην εδραίωση σχέσεων εμπιστοσύνης (Clack et al., 2004).

Αναγνωρίζοντας τον κομβικό ρόλο της επικοινωνίας στην εξέλιξη της σχέσης γιατρού-ασθενή και στην αποτελεσματικότητα της ιατρικής συνέντευξης, η βελτίωση των μεθόδων για ουσιαστική εκπαίδευση και επικοινωνία στο χώρο της υγείας έχει κεντρίσει το ενδιαφέρον των εκπαιδευτών στις ιατρικές σχολές, των ερευνητών, των οργανώσεων υποστήριξης των ασθενών, των υπηρεσιών υγείας, αλλά και δημόσιων και ιδιωτικών ακαδημαϊκών ιδρυμάτων. Κάθε γιατρός αδιαμφισβήτητα υιοθετεί ένα δικό του, ξεχωριστό επικοινωνιακό ύφος που ταιριάζει στην προσωπικότητά του και τον βοηθά στην καθημερινή άσκηση της ιατρικής πρακτικής. Ωστόσο, εκπαιδευτικά ιδρύματα και ειδικοί έχουν επισημάνει τα βασικά συστατικά της αποτελεσματικής επικοινωνίας.

Σύμφωνα με το Συμβούλιο Πιστοποίησης Πτυχιούχων Ιατρικής Εκπαίδευσης (ACGME) οι συμπεριφορές που πρέπει να καλλιεργήσει τόσο ο ειδικευόμενος όσο και ο ειδικευμένος γιατρός πρέπει να χαρακτηρίζονται από την ικανότητα και την επιθυμία για τη δημιουργία ανθρώπινης επαφής, από το σεβασμό της ιδιωτικότητας, την τεχνική απόσπασης πληροφοριών με τη χρήση ανοιχτών ερωτήσεων, την προσεκτική ακρόαση και την παροχή πληροφοριών και επεξηγήσεων για τις διαγνωστικές διαδικασίες και για την κατάσταση του ασθενή. Επίσης, ο γιατρός πρέπει να διαθέτει ικανότητες εκπαίδευσης του ασθενή, αλλά και κατανόησης της ιδιαίτερης οπτικής και στάσης που υιοθετεί για την κατάσταση της υγείας του και τις προοπτικές της, ως απόρροια των ατομικών του πεποιθήσεων και αξιών, διότι είναι σημαντικές παράμετροι καθορισμού της εξέλιξης της συνεδρίας και λήψης της τελικής απόφασης για την παρεχόμενη φροντίδα (Mead & Bower, 2002).

Η Ranjan και οι συνεργάτες της (2015) κατέγραψαν ότι απαιτούνται επιπρόσθετες επικοινωνιακές δεξιότητες από την πλευρά των γιατρών, προκειμένου να επιτευχθεί η οικοδόμηση μιας υγιούς σχέσης με τους ασθενείς. Η παροχή του απαιτούμενου όγκου πληροφορίας ανάλογα με τη σοβαρότητα του προβλήματος και την επιθυμία του ασθενή και η εκπαίδευση των ασθενών στηρίζονται σε δεξιότητες σύμφωνα με τις οποίες ο γιατρός θα πρέπει:

- Να είναι σε θέση να αντιλαμβάνεται και να αποκωδικοποιεί σωστά τα μηνύματα που εκπέμπονται μέσω της λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας.
- Να παρέχει πληροφορίες συνυπολογίζοντας κάθε φορά το τι πραγματικά θέλει να γνωρίζει ο ασθενής.
- Να είναι υποψιασμένος ώστε να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά επικείμενες αντιδράσεις των ασθενών από την πληροφορία που δίνεται για την κατάσταση της υγείας τους.
- Να χρησιμοποιεί απλή και κατανοητή γλώσσα αποφεύγοντας την ιατρική ορολογία.
- Να συζητά με τον ασθενή για τη φύση, την πορεία και την πρόγνωση της νόσου και τις εναλλακτικές θεραπευτικές επιλογές.
- Να παρακινεί τον ασθενή να συμμετέχει στην ιατρική συνεδρία και τη διαδικασία λήψης της τελικής απόφασης (Ranjana et al., 2015).

Αρχικά, κρίσιμο καθήκον του γιατρού αποτελεί η κατανόηση των πεποιθήσεων, των αντιλήψεων και των γνώσεων του ασθενή, καθώς το ατομικό αξιακό του σύστημα είναι εκείνο που επηρεάζει περισσότερο από κάθε άλλο παράγοντα την αποκωδικοποίηση της πληροφορίας ή του μηνύματος που στέλνει ο γιατρός, καθορίζει την εξέλιξη της θεραπευτικής συμμαχίας και συμβάλλει στην επιτυχή έκβαση της σχέσης που θα αναπτυχθεί. Ο γιατρός μέσα από την κατάλληλη εκπαίδευση πρέπει να είναι σε θέση να διατηρεί την υποκειμενικότητα των προσωπικών του γνώσεων και αντιλήψεων και παράλληλα να αναγνωρίζει τις εκάστοτε κοινωνικές και πολιτισμικές ιδιαιτερότητες και να προλαμβάνει διαφωνίες και συγκρούσεις που μπορεί να οδηγήσουν σε αποτυχία της θεραπευτικής σχέσης. Η ικανότητα του γιατρού να αντιλαμβάνεται το σωματικό πρόβλημα του ασθενή, να αφουγκράζεται τις ανησυχίες και τους φόβους που δημιουργεί η γνωστική σύγχυση λόγω της αδυναμίας κατανόησης της ασθένειάς του, να μπορεί να κατανοεί την εμπειρία της ασθένειάς του, να αντιλαμβάνεται το βαθμό που αυτή επηρεάζει την καθημερινότητά του και να δείχνει σεβασμό στις επιθυμίες και τις προσδοκίες του, βοηθά στη δημιουργία μιας ουσιαστικής σχέσης (Minhas, 2007).

Με τον τρόπο αυτό διαμορφώνεται στον ασθενή η εντύπωση ότι ο γιατρός τον σέβεται, τον ακούει και τον αντιμετωπίζει ως ισότιμο μέλος της επικοινωνιακής διαδικασίας και όχι ως «πρόβλημα». Προκειμένου ο γιατρός να διευκρινίσει τον τρόπο με τον οποίο ο ασθενής κατανοεί το πρόβλημα υγείας του ώστε να του παρέχει

ακριβή πληροφόρηση και να σχεδιάσει το κατάλληλο θεραπευτικό σχήμα αρκεί να είναι εξοικειωμένος με απλές ερωτήσεις μέσα από τις οποίες αναδύονται οι αντιλήψεις, οι γνώσεις, οι ανησυχίες και οι προσδοκίες του. Κάποιες από τις ερωτήσεις εκμαίευσης της ψυχοσύνθεσης, των αντιλήψεων και των γνώσεων των ασθενών είναι οι εξείς: «Τι σας έφερε εδώ σήμερα;», «Τι νομίζετε ότι έχετε;», «Τι σας ανησυχεί περισσότερο;», «Τι σκέφτεστε ότι μπορώ να κάνω για να σας βοηθήσω;». Οι απαντήσεις του ασθενή βοηθούν τον γιατρό να ιεραρχήσει τις προτεραιότητές του και να δημιουργήσει ένα πλάνο θεραπείας που θα ανταποκρίνεται στις πραγματικές του ανάγκες.

Η ικανότητα του γιατρού δεν πρέπει να περιορίζεται όμως μόνο στη διευκρίνιση του επιπέδου των γνώσεων των ασθενών για την κατάστασή τους, αλλά πρέπει να επεκτείνεται και στη διευκρίνιση του επιπέδου των πληροφοριών που επιθυμούν να λάβουν, προτού βομβαρδιστούν με λεπτομέρειες που μόνο σύγχυση μπορούν να δημιουργήσουν. Είναι γεγονός ότι δεν θέλουν όλοι οι ασθενείς να λαμβάνουν τον ίδιο βαθμό πληροφόρησης. Κάποιοι αρκούνται σε μία γενική ενημέρωση, ενώ άλλοι ζητούν λεπτομερείς επεξηγήσεις για την ασθένειά τους. Ο γιατρός σε κάθε περίπτωση είναι χρήσιμο να αξιολογεί την επιθυμία του ασθενή για το επίπεδο των πληροφοριών που ιδιοσυγκρασιακά μπορεί να δεχτεί και να επεξεργαστεί και να του παρέχει σαφή και περιεκτική ενημέρωση. Οι παρεχόμενες πληροφορίες θα πρέπει αρχικά να παρουσιάζονται συνοπτικά και να αφορούν την ιατρική άποψη ως προς τη φύση της νόσου, τα οφέλη, τους κινδύνους και το κόστος θεραπείας. Στη συνέχεια μέσω της ανατροφοδότησης ο γιατρός μπορεί να αντιληφθεί το πόσο καλά ο ασθενής έχει κατανοήσει τις πληροφορίες που του δόθηκαν και να τον παρακινήσει να συμμετέχει ενεργά στη διαβούλευση υποβάλλοντας διευκρινιστικές ερωτήσεις για ότι δεν έχει κατανοήσει και με τον τρόπο αυτό να αυξάνεται σταδιακά ο όγκος της παρεχόμενης πληροφορίας (DiMatteo, 1998).

Εξίσου σημαντικό εργαλείο για μία αποτελεσματική ιατρική συνάντηση αποτελούν η αξιολόγηση του επιπέδου αλφαριθμητισμού του ασθενή καθώς και των κοινωνικών, πολιτισμικών και ατομικών χαρακτηριστικών του προκειμένου να καθοριστεί το πλαίσιο της συνάντησης. Οι ασθενείς δεν αποκωδικοποιούν όλοι με τον ίδιο τρόπο τα μηνύματα που τους δίνονται ούτε διαθέτουν τον ίδιο βαθμό εξοικείωσης με την ιατρική ορολογία. Οι πληροφορίες θα πρέπει να προσαρμόζονται στο μορφωτικό επίπεδο του ασθενή και να δίνονται σταδιακά σε γλώσσα απλή και

κατανοητή, να αποφεύγεται η ιατρική ορολογία και οι συντομογραφίες. Επίσης, θα πρέπει να εξασφαλίζεται ο απαιτούμενος χρόνος επεξεργασίας και κατανόησης της πληροφορίας. Οι μικρές διακοπές βοηθούν τον ασθενή να αναλύσει την πληροφορία και να θέσει ερωτήματα προκειμένου να αποσαφηνιστούν απορίες εξαιτίας της συνομιλητικής δυσαναλογίας με το γιατρό. Είναι πολύ σημαντικό οι γιατροί να ενθαρρύνουν τους ασθενείς να κάνουν ερωτήσεις και να διευκρινίζονται τυχόν απορίες τους πριν απομακρυνθούν από τις υπηρεσίες υγείας. Η αντίληψη ότι οι ασθενείς θα επικοινωνήσουν μαζί τους στην περίπτωση που θα αντιμετωπίσουν κάποιο πρόβλημα με τη θεραπεία ή της ιατρικές συμβουλές είναι λανθασμένη και επικίνδυνη.

Οι παύσεις και η σιωπή κατά την ιατρική συνεδρία είναι σημαντικές τεχνικές και σε περιπτώσεις ανακοίνωσης δυσάρεστων νέων. Πρέπει να δίνεται στον ασθενή χρόνος προκειμένου να διαχειριστεί το σοκ που γεννά η νέα πραγματικότητα που καλείται να αντιμετωπίσει. Ο θυμός, η δυσπιστία προς το πρόσωπο του γιατρού, η άρνηση της ασθένειας, η θλίψη, η συγκίνηση και το κλάμα είναι συναισθηματικές αντιδράσεις που ο γιατρός πρέπει μέσα από κατάλληλη εκπαίδευση να αντιλαμβάνεται και να αξιοποιεί για να παρέχει στον ασθενή τη συναισθηματική στήριξη που χρειάζεται. Το κράτημα του χεριού ή ένα απαλό χτύπημα στον ώμο, ένα απλό νεύμα καθώς και το στιγμιαίο κλείσιμο των βλεφάρων είναι πρακτικές που δείχνουν ότι ο γιατρός συμπάσχει και νοιάζεται για τον ασθενή και τη δύσκολη κατάσταση στην οποία έχει περιέλθει εξαιτίας του προβλήματος της υγείας του. Η παροχή διευκρινιστικών επεξηγήσεων βοηθούν τον ασθενή να ανακάμψει και να αποδεχτεί την πραγματικότητα και προωθεί τη συμμετοχή του στο σχεδιασμό της θεραπείας. Ο γιατρός πρέπει να είναι ειλικρινής απέναντι στον ασθενή και παράλληλα να δημιουργεί αίσθημα ελπίδας ότι όλα θα πάνε καλά. Οι συμπεριφορές του γιατρού που συνδέονται με μία πιο αισιόδοξη προοπτική συνήθως βοηθούν τους ασθενείς να διαχειρίζονται μόνοι τους την ασθένειά τους, ενώ σε ασθενείς τελικού σταδίου δρουν ανακουφιστικά στη δυσφορία και τον πόνο.

Κατά την ιατρική επίσκεψη ο γιατρός θα πρέπει να μπορεί να εντοπίσει έγκαιρα πέρα από τους ιδεολογικούς ή ψυχολογικούς φραγμούς και τα φυσικά εμπόδια που παρακωλύουν τη διεξαγωγή μίας αποτελεσματικής συνεδρίας. Η μειωμένη οπτική ή ακουστική ικανότητα του ασθενή απαιτούν μεγαλύτερη προσπάθεια από το γιατρό ώστε να γίνει κατανοητός. Σε δύσκολες καταστάσεις που μπορεί να επιφέρει μία

δυσοίωνα νόσος ή μία περίπλοκη θεραπεία ο γιατρός πρέπει να επιστρατεύει την εφευρετικότητά του, προκειμένου να διασφαλίζεται η πιστή εφαρμογή των ιατρικών οδηγιών και των συμβουλών που δίνονται στον ασθενή. Οι γραπτές οδηγίες βοηθούν συχνά τους ασθενείς που δυσκολεύονται στην ανάκληση των συστάσεων που παρέχονται κατά τη διεξαγωγή της ιατρικής διαβούλευσης και τους καθιστούν ικανούς να διαχειρίζονται μόνοι τους την ασθένειά τους, όταν βρίσκονται μακριά από τις δομές παροχής υγειονομικής φροντίδας. Για τους αναλφάβητους ασθενείς και για όσους έχουν προβλήματα όρασης ο γιατρός πρέπει επίσης να μεριμνά και οι ιατρικές συστάσεις να τους δίνονται σε ηχογραφημένη μορφή.

Επιπρόσθετα, από τα πιο βασικά συστατικά για μία αποτελεσματική ιατρική συνεδρία θεωρείται η ικανότητα ορθής κωδικοποίηση και αποκωδικοποίηση των μη λεκτικών σημάτων και των κοινωνικών κανόνων έκφρασης. Η συστηματική εκπαίδευση των γιατρών στις δεξιότητες της μη λεκτικής επικοινωνίας προβάλλει επιτακτική, καθώς κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της διαβούλευσης παρατηρείται αμφίδρομη ανταλλαγή μη λεκτικών σημάτων ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή. Η μη λεκτική επικοινωνία έχει τη δύναμη να επηρεάζει τη συμπεριφορά, το συναισθηματικό κόσμο και τη νοητική κατάσταση των συμμετεχόντων στην ιατρική συνάντηση. Οι χειρονομίες, οι εκφράσεις του προσώπου, η οπτική επαφή, η κίνηση του σώματος, οι φωνολογικές ενδείξεις, ο δισταγμός, η σιωπή, η διευθέτηση του χώρου, η αντίληψη και η σωστή κατανομή του χρόνου, παράγοντες που σχετίζονται με το περιβάλλον και την προσαρμογή των ασθενών σε αυτό, αποτελούν διαστάσεις της μη λεκτικής επικοινωνίας, που σχετίζονται με την ικανοποίησή τους. Για το λόγο αυτό ο γιατρός θα πρέπει να είναι εξοικειωμένος με τα μη λεκτικά σήματα του ασθενή και παράλληλα να έχει επίγνωση της δικής του μη λεκτικής συμπεριφοράς.

Η ενσυναίσθηση, η ανοιχτή γλώσσα του σώματος του γιατρού και η ανατροφοδότηση συνδέονται με μεγαλύτερη κινητοποίηση του ασθενή στην ιατρική συνάντηση. Επίσης, όταν ο γιατρός κάθεται κοντά στον ασθενή, καθιερώνει την επαφή με τα μάτια, αφιερώνει λιγότερο χρόνο στη μελέτη του ιστορικού και την καταγραφή σημειώσεων ή τη συμπλήρωση του ηλεκτρονικού μητρώου του ασθενή και κάθεται με το σώμα του γεμμένο προς τα εμπρός, υιοθετεί στοιχεία της μη λεκτικής επικοινωνίας που οδηγούν σε μεγαλύτερη ικανοποίηση του πάσχοντα. Είναι σημαντικό ο γιατρός να γνωρίζει ότι πρέπει να αναβάλει την εισαγωγή ορισμένων στοιχείων στον ηλεκτρονικό υπολογιστή κατά τη λήψη του ιστορικού και μέχρι την

αποχώρηση του ασθενή από το ιατρείο. Η δεξιότητα της οργάνωσης της ιατρικής συνεδρίας βοηθά το γιατρό να ξεκινά την ιατρική συνάντηση δίνοντας την πλήρη προσοχή του στον συνομιλητή του και έπειτα να εξηγεί όταν θέλει να στραφεί στο φάκελό του για την καταγραφή των απαραίτητων δεδομένων (Silverman, 2010).

Εξίσου σημαντική είναι η ικανότητα του γιατρού να αντιλαμβάνεται και να ερμηνεύει τα έντονα συναισθήματα που βιώνει ο ασθενής εξαιτίας της φόρτισης κατά την ιατρική επίσκεψη. Η δυσάρεστη ψυχική κατάσταση του ασθενή, όπου κυριαρχεί ο φόβος, η ανησυχία και η αγωνία για την επικείμενη διάγνωση και τις επιπτώσεις που θα έχει στην καθημερινότητά του, μπορεί εύκολα να γίνει αντιληπτή αρκεί ο γιατρός να μεταφράσει σωστά τα μη λεκτικά σήματα που στέλνει. Η αστάθεια της φωνής, οι συχνές διακοπές, οι αγχώδεις και νευρικές κινήσεις, η έντονη εφίδρωση, η έντονη σύσπαση των μυών του προσώπου και ο τρόμος των χεριών φανερώνουν αυτό που πραγματικά αισθάνεται ο ασθενής. Η αλληλεπίδραση μεταξύ των συμμετεχόντων και η ικανότητα του γιατρού να αποκωδικοποιεί την άσχημη ψυχολογία του πάσχοντα, εγείρει συμπεριφορά συμπαράστασης και καθησυχασμού στο πρόσωπό του και τον βοηθά να απαλλαγεί από τη συναισθηματική ένταση που βιώνει, να επικοινωνήσει αποτελεσματικά με τον γιατρό και να συμμετέχει στην τελική απόφαση και το σχεδιασμό του θεραπευτικού σχήματος που θα ακολουθήσει.

Άλλη μία σημαντική δεξιότητα την οποία πρέπει να αποκτήσουν οι γιατροί κατά την προπτυχιακή τους εκπαίδευση είναι η ικανότητα της ενεργητικής ακρόασης. Το κλειδί για την επιτυχία της θεραπευτικής συμμαχίας είναι να δημιουργείται στον ασθενή η αίσθηση ότι ακούγεται και αυτό καθορίζεται από τη δεξιότητα του γιατρού να ακούει ενεργά. Η ενεργητική ακρόαση προϋποθέτει ότι ο γιατρός εστιάζει στο συναίσθημα πίσω από τις λέξεις και δεν αρκείται στην πληροφορία που του δίνεται. Είναι μία επικοινωνιακή δεξιότητα διερεύνησης και αναγνώρισης των σκέψεων και του συναισθηματικού κόσμου του ασθενή. Για να αναπτύξουν οι γιατροί τη δεξιότητα της ενεργητικής ακρόασης και να εξοικειωθούν με αυτή απαιτείται χρόνος, υπομονή και πρακτική εξάσκηση. Ο γιατρός θα πρέπει να παραμένει ουδέτερος, να μην γίνεται επικριτικός και να μη βγάζει βιαστικά συμπεράσματα. Για να είναι η σχέση που θα αναπτυχθεί λειτουργική θα πρέπει επίσης να είναι αντικειμενικός και αμερόληπτος απέναντι στον ασθενή. Η διαφορετικότητα ως προς τις απόψεις, τις αξίες και τις πεποιθήσεις με τους ασθενείς δεν πρέπει να αποτελούν αφορμή για συγκρούσεις και

κριτική, αλλά χρήσιμα εργαλεία για να διαπιστώσει ο γιατρός τον τρόπο που σκέφτονται και αντιλαμβάνονται την κατάστασή τους.

Για να είναι ο γιατρός ενεργός ακροατής πρέπει να είναι σε θέση να αδειάζει το μυαλό του από κάθε σκέψη, να υιοθετεί τη βλεμματική επαφή, να παραμένει προσηλωμένος στον ασθενή χωρίς να αποσπάται η προσοχή του από εξωγενείς παράγοντες και η στάση του σώματός του να μαρτυρά ότι συμμετέχει στην επικοινωνιακή διαδικασία. Η βλεμματική επαφή αν και κάποιες φορές μπορεί να φέρει σε δύσκολη θέση ντροπαλούς ή ενοχικούς ασθενείς, σχετίζεται με την ικανότητα ενσυναίσθησης του γιατρού (Montague et al., 2013). Ο γιατρός θα πρέπει παράλληλα με τη βλεμματική επαφή να δείχνει κάποια λεκτικά και μη λεκτικά σημάδια ακρόασης. Ένα μικρό χαμόγελο κατανόησης ή απλές εκφράσεις όπως «Καταλαβαίνω», «Χμ...», «Ωστε έτσι», είναι η έμπρακτη επιβεβαίωση ότι ο γιατρός ακούει προσεκτικά και κατανοεί αυτά που λέγονται και δίνει την ώθηση στον ασθενή να συνεχίσει να μιλάει για την εμπειρία της ασθένειάς του. Παράλληλα, ο γιατρός που ακούει ενεργά και όχι παθητικά είναι σε θέση να αντιληφθεί την οποιαδήποτε δυσαναλογία σε αυτά που ακούει να λέγονται από τον ασθενή και σε αυτά που ο ίδιος αποκωδικοποιεί και μεταφέρονται σιωπηλά από τη γλώσσα του σώματος του ασθενή.

Εξίσου σημαντικό είναι κατά την ιατρική εκπαίδευση οι νέοι γιατροί να γαλουχηθούν με τέτοιο τρόπο ώστε να έχουν επίγνωση της θέσης και του ρόλου τους και να θυμούνται πάντα ότι αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι μίας διεπιστημονικής ομάδας. Επειδή οι συνθήκες άσκησης της ιατρικής είναι ιδιαίτερα δύσκολες είναι σημαντικό να εκτιμάται η προσφορά όλων. Όλοι λοιπόν θα πρέπει να είναι ενήμεροι για τα περιστατικά που έχουν να διαχειριστούν και τη σοβαρότητα της κατάστασής τους. Ο γιατρός θα πρέπει να δίνει σαφείς οδηγίες και να ζητά ανατροφοδότηση για την πρόληψη λαθών που μπορεί να αποβούν μοιραία για τον ασθενή. Πρέπει να αποφεύγονται προστριβές, υποθέσεις ή ασεβή σχόλια για τους ασθενείς στο διάδρομο ή στο γραφείο μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, καθώς και εκφράσεις ή μορφασμοί που μπορεί να ανησυχήσουν τον ασθενή και τους οικείους του. Ο γιατρός θα πρέπει με την κατάλληλη εκπαίδευση να καλλιεργεί κλίμα συνεργασίας, να απευθύνεται στους συναδέλφους με ευγένεια και σεβασμό και να δημιουργεί την αίσθηση ότι όλοι αποτελούν ισάξια μέλη της διεπιστημονικής ομάδας και φέρουν σημαντικό μερίδιο ευθύνης για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας (Ivers et al., 2012).

Κατά την άσκηση της ιατρικής ο γιατρός θα κληθεί να συνεργαστεί με πολλούς ανθρώπους και να διαχειριστεί άλλοτε δύσκολα και άλλοτε πιο απλά περιστατικά. Ένα ποσοστό της τάξης του 15% των συναντήσεων χαρακτηρίζεται ως «δύσκολες» συναντήσεις (Jackson & Kroenke, 1999). Ο βαθμός δυσκολίας ποικίλει και οφείλεται σε ένα συνδυασμό παραγόντων που προέρχονται τόσο από τον ασθενή, όσο και από τον ίδιο το γιατρό. Η σοβαρότητα της ασθένειας, οι αντικρουόμενες αντιλήψεις και οι πεποιθήσεις μεταξύ των συνομιλητών, τα συσσωρευμένα προβλήματα υγείας, η αλλαγή στο επιδημιολογικό προφίλ των προβλημάτων υγείας, η αδυναμία αφιέρωσης επαρκούς χρόνου κατά τη συνεδρία και η εύκολη πρόσβαση των σθενών σε μη ελεγμένες διαδικτυακές πηγές για την αναζήτηση της ιατρικής πληροφορίας πριν την επίσκεψη στο γιατρό (Hull & Broquet, 2007), είναι προκλήσεις οι οποίες απαιτούν ειδική μεταχείριση, καθώς ο γιατρός έχει ηθική και επαγγελματική υποχρέωση να προσφέρει τις γνώσεις και τις υπηρεσίες του σε αυτούς που τις έχουν ανάγκη. Σε αυτές τις περιπτώσεις η θέσπιση ορίων, η επιβεβαίωση των ασθενών ότι θα λάβουν την καλύτερη δυνατή φροντίδα για το πρόβλημά τους, η αντιμετώπισή τους με ενσυναίσθηση και ειλικρίνεια, είναι δεξιότητες που πρέπει να κατέχει ο γιατρός γιατί μόνο έτσι εδραιώνεται μία ουσιαστική σχέση (Ranjan et al., 2015).

Ειδική μέριμνα κατά την εκπαίδευση των γιατρών θα πρέπει να λαμβάνεται και για τους ασθενείς που προέρχονται από διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα. Οι πολιτιστικές, κοινωνικές και γλωσσικές διαφορές επηρεάζουν τη διαπολιτισμική επικοινωνία γιατρού-ασθενή. Η θεώρηση των ασθενών ως προς τις έννοιες της υγείας και της αρρώστιας όπως αυτή διαμορφώνεται με βάση την κουλτούρα τους, οι γλωσσικές διαφορές, η διαφορετική αντίληψη ως προς τον κοινωνικό χαρακτήρα της επικοινωνίας και οι προκαταλήψεις που απορρέουν από τις διαφορετικές θρησκευτικές πεποιθήσεις είναι χαρακτηριστικά που απαιτούν από το γιατρό αποτελεσματικές τεχνικές επικοινωνίας. Προκειμένου να γεφυρωθεί το χάσμα που προκύπτει από τη διαφορετικότητα της πολιτισμικής ταυτότητας και να εξελιχθεί αποτελεσματικά η θεραπευτική σχέση, ο γιατρός πρέπει να έχει την ικανότητα να αναγνωρίζει τις πολιτισμικές διαφορές, να προλαμβάνει τις συγκρούσεις, να αποπνέει εμπιστοσύνη και σεβασμό, να αντιμετωπίζει τον ασθενή με ενσυναίσθηση, να προσφέρει ασθενοκεντρική φροντίδα και να παρέχει σωστή πληροφόρηση, ενώ όταν δε γνωρίζει τη γλώσσα επικοινωνίας του ασθενή θα πρέπει να ζητά μεταφραστή για τη διευκόλυνση της επικοινωνιακής διαδικασίας (Kaba & Sooriakumaran, 2007).

Επίσης, οι γιατροί θα πρέπει να είναι γνώστες των δεξιοτήτων που απαιτούνται για την επιτυχημένη επικοινωνία με τους συγγενείς και τους συνοδούς των ασθενών (Barrier et al., 2003). Η επικοινωνία με το άμεσο περιβάλλον των ασθενών κρίνεται σημαντική για τους νοσηλευόμενους ασθενείς, σε περιπτώσεις με κακή πρόγνωση ή σε βαριές περιπτώσεις όπου η κατάσταση χρήζει νοσηλείας σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Ο γιατρός πρέπει να ενημερώνει τους συνοδούς μία με δύο φορές την ημέρα για την πορεία του ασθενή, να λύνει τις απορίες τους και να κατανοεί τις ανησυχίες τους. Η ακριβής και έγκυρη πληροφόρηση των συνοδών σχετικά με τη φύση και την πρόγνωση της νόσου, αλλά και την ανταπόκριση του νοσηλευόμενου στη θεραπεία και η διαβεβαίωση ότι καταβάλλεται κάθε δυνατή προσπάθεια προς όφελος του ασθενή, δημιουργεί αίσθηση ασφάλειας και εμπιστοσύνης προς το θεράποντα ιατρό και την ομάδα υγείας, εξασφαλίζεται με μεγαλύτερη ευκολία η συγκατάθεση των συνοδών σε περίπτωση αλλαγής θεραπευτικού πρωτοκόλλου, προλαμβάνονται οι συγκρούσεις που οδηγούν σε δικαστικές προσφυγές και διευκολύνεται η αποδοχή της απώλειας στην περίπτωση που ο ασθενής δεν καταφέρει να ανταποκριθεί με επιτυχία στη θεραπεία (Kurtz, 2002).

Άλλη μία σημαντική παράμετρος της επιτυχημένης επικοινωνιακής διαδικασίας είναι η αντιμετώπιση του ασθενή με ενσυναίσθηση. Από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα έχει απασχολήσει τις ανθρωπιστικές και κοινωνικές επιστήμες η έννοια της «ενσυναίσθησης» ή «εμπάθειας» κατά την ακριβή απόδοση του αγγλικού όρου «empathy», λόγω της ανάδειξής της ως βασικό συστατικό της σχέσης ιατρού ασθενή στο πλαίσιο της ανθρωποκεντρικής φροντίδας υγείας. Η «ενσυναίσθηση» αναγνωρίστηκε σαν μία μορφή ωφέλιμης συναισθηματικής εμπλοκής κατά την άσκηση της ιατρικής πρακτικής και αφορά την ικανότητα του γιατρού να κατανοεί τις εσωτερικές εμπειρίες και τις αντιλήψεις των ασθενών και ταυτόχρονα να μπορεί να μεταδίδει το μήνυμα ότι κατανοεί την κατάστασή τους και μάλιστα με σαφή τρόπο ώστε να γίνεται αντιληπτό από τον ασθενή (Hoyat et al., 2002). Η αγγλική λέξη «empathy» χρησιμοποιείται και ως ακρωνύμιο όπου κάθε γράμμα αντιπροσωπεύει μία δεξιότητα για την επιτυχή έκβαση της θεραπευτικής σχέσης. Η αντιστοιχία έχει ως εξής:

- **E:** Eye contact, αναφέρεται στη βλεμματική επαφή.
- **M:** Muscle, αφορά τις εκφράσεις του προσώπου.
- **P:** Posture, έχει να κάνει με τη στάση του σώματος.

- **A:** Aspect, αναφέρεται στις εκφράσεις αποδοχής του ασθενή.
- **T :** Tone, αφορά τον τόνο της φωνής του γιατρού.
- **H:** Hearing, όπου παραπέμπει στη δεξιότητα της ενεργητικής ακρόασης.
- **Y:** Your answer, είναι ο τρόπος που παρέχονται οι απαντήσεις και οι διευκρινίσεις (Riess et al., 2014).

Η ενσυναίσθηση αποτελεί μία από τις σπουδαιότερες επικοινωνιακές δεξιότητες του γιατρού. Η διερεύνηση της ψυχοσύνθεσης του ασθενή παρέχει στο γιατρό χρήσιμες πληροφορίες για τους συναισθηματικούς παράγοντες και τον τρόπο που αυτοί επηρεάζουν την προσωπικότητα και την καθημερινότητά του και επιδρούν στην εξέλιξη της ασθένειας. Η δημιουργία μιας σχέσης που χαρακτηρίζεται από ειλικρίνεια και εμπιστοσύνη εξασφαλίζει στον ασθενή το ζωτικό χώρο μέσα στον οποίο μπορεί να εκφράσει τα ζητήματα που τον απασχολούν, καθώς και τα δυσάρεστα συναισθήματα και τις ανησυχίες που γεννά το πρόβλημα της υγείας του. Η κατανόηση των συναισθημάτων που βιώνει ο ασθενής είναι καίριας σημασίας για την έκβαση της θεραπευτικής σχέσης, καθώς βοηθά στην αντιμετώπιση της άσχημης ψυχολογικής του κατάστασης, στην καλύτερη διαχείριση ασθενών που βρίσκονται σε παρηγορητική φροντίδα τελικού σταδίου και στη φροντίδα ηλικιωμένων και ευπαθών ασθενών. Η καθοδήγηση και η συμβουλευτική με συμπάθεια και σεβασμό προς το πρόσωπο του ασθενή και το πρόβλημά του ενισχύουν την επικοινωνιακή διαδικασία και δημιουργούν μία ισχυρή θεραπευτική σχέση.

Η ψυχική διάθεση των ασθενών επηρεάζει άμεσα και τις σκέψεις τους. Ο τρόπος που αντιλαμβάνονται το πρόβλημα της υγείας τους, οι σκέψεις γύρω από μία πιθανή επιδείνωση, οι ανησυχίες για το μέλλον υπό το πρίσμα της ασθένειας και ο βαθμός που επιτρέπουν σε αυτή να επηρεάσει την καθημερινότητά τους, αποτελούν γνωστικούς μηχανισμούς που αναφέρονται στις έννοιες της αυτογνωσίας, της διαμορφωμένης άποψης για την ασθένεια, των πεποιθήσεων για την υγεία και της πρόγνωσης του μέλλοντος υπό την επιρροή σεναρίων καταστροφολογίας. Η μοιρολατρική άποψη των ασθενών ότι δε μπορούν να έχουν κάποιο βαθμό ελέγχου για την αποκατάσταση της υγείας τους και η εμμονή τους σε σενάρια συνομωσίας, συνήθως δημιουργούν άγχος και οδηγούν σε απελπισία και κατάθλιψη. Η προσέγγιση με ενσυναίσθηση βοηθά το γιατρό να εντοπίσει έγκαιρα τα γνωστικά σφάλματα στα οποία πέφτουν οι ασθενείς. Η κατανόηση, η ευαισθησία και η αισιοδοξία είναι συμπεριφορές που βοηθούν τους ασθενείς να αντιληφθούν τη σπουδαιότητα της δικής

τους συμμετοχής στην αντιμετώπιση του προβλήματος της υγείας τους και με υπευθυνότητα να αναλάβουν το μερίδιο ευθύνης που τους αναλογεί για την επιτυχή έκβαση του θεραπευτικού δεσμού.

Η έννοια της ενσυναίσθησης συχνά συγχέεται με την έννοια της συναισθηματικής νοημοσύνης. Η συναισθηματική νοημοσύνη (Emotional Intelligence ή EG) δεν περιορίζεται στην επίγνωση των συναισθημάτων και των σκέψεων των ασθενών, αλλά περιλαμβάνει την κινητοποίηση και την ανταπόκριση του γιατρού σε ότι βιώνει ο ασθενής. Είναι δηλαδή μία σύνθετη έννοια που αντανακλά την αντίληψη του γεγονότος ότι κάποιος υποφέρει σε συνδυασμό με την επιθυμία προσφοράς ανακούφισης, προκειμένου να ικανοποιηθούν οι ανάγκες του πάσχοντα. Η συναισθηματική νοημοσύνη προϋποθέτει την κατανόηση και την ευαισθησία στα συναισθήματα του ασθενή, αλλά και την ελεγχόμενη ανταπόκριση σε αυτά (Van Rooy & Viswesvaran, 2004). Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση προκύπτει ότι η σημασία της συναισθηματικής νοημοσύνης στην παροχή φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή στηρίζεται σε εμπειρικές μελέτες και σε ατομικές θεωρήσεις των ερευνητών, ενώ ακόμα δεν έχει διευκρινιστεί αν αποτελεί ατομικό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας των γιατρών ή δεξιότητα που μπορεί να διδαχτεί κατά την προπτυχιακή εκπαίδευση.

Από τα μέχρι τώρα ερευνητικά δεδομένα φαίνεται ότι υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στη συναισθηματική νοημοσύνη και την ικανότητα εντοπισμού και διαχείρισης των δυσάρεστων συναισθημάτων των ασθενών, την καλλιέργεια κλίματος εμπιστοσύνης κατά την ιατρική συνεδρία (Lopes et al., 2004), την παροχή εξατομικευμένης φροντίδας υγείας, την επιτυχημένη θεραπευτική διαδικασία, τη διαχείριση του εργασιακού άγχους (Ciarrochi et al., 2002) και την ικανοποίηση που πηγάζει από την εργασία και την παροχή φροντίδας υγείας στον πάσχοντα (Wong & Law, 2002). Επιπλέον, σε μία πρόσφατη έρευνα των Jensen και συνεργατών κατά την οποία μελετήθηκε ο τρόπος με τον οποίο ο γιατρός αισθάνεται και αντιμετωπίζει τον πόνο των ασθενών κατά την ώρα της ιατρικής διαβούλευσης, φάνηκε ότι οι γιατροί αισθάνονταν τον πόνο των ασθενών και όσο μεγαλύτερη ανακούφιση τους προσφέρουν, τόσο ενεργοποιούνται οι περιοχές ανακούφισης του πόνου στον δικό τους εγκέφαλο (Jensen et al., 2014).

Από τα διαθέσιμα βιβλιογραφικά δεδομένα, αν και είναι σε προκαταρκτικό στάδιο και απαιτείται περαιτέρω επιστημονική μελέτη για να αποδειχθεί η θετική επίδραση

της συναισθηματικής νοημοσύνης στην υγειονομική περίθαλψη, υπάρχουν κάποιες αρχικές ενδείξεις συσχέτισής της με θετικά αποτελέσματα τόσο για τους ασθενείς, όσο και για τους γιατρούς. Για παράδειγμα, η αναγνώριση και η ανταπόκριση των γιατρών στις συναισθηματικές αντιδράσεις των ασθενών, βοηθά στην καταπολέμηση του άγχους και συμβάλλει στην ταχύτερη ανάρρωση και την καλύτερη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων. Επιπρόσθετα, όταν ο γιατρός προσεγγίζει τον ασθενή με συμπόνοια, δημιουργείται η αίσθηση ότι ο γιατρός ενδιαφέρεται και νοιάζεται γι' αυτόν και η έμπρακτη εκδήλωση έρχεται μέσα από την κατάλληλη συμβουλευτική υποστήριξη. Έτσι, ο γιατρός κερδίζει την εμπιστοσύνη ακόμα και των ασθενών που αρχικά δεν ήταν πρόθυμοι να συνεργαστούν και δημιουργούνται οι προϋποθέσεις για μία αποτελεσματική σχέση που ανταποκρίνεται στις σωματικές αλλά και ψυχικές τους ανάγκες, με σαφή επίδραση στη συμμόρφωση των ασθενών στις ιατρικές οδηγίες και τη θεραπεία.

Η συναισθηματική ευφυΐα βοηθά τους γιατρούς να αφογκράζονται όχι μόνο τα θετικά, αλλά και τα άσχημα συναισθήματα των ασθενών, των συνοδών τους και των συνεργατών από την υγειονομική ομάδα. Ο θυμός, η απογοήτευση, ο εκνευρισμός και η δυσαρέσκεια μπορούν να εκδηλωθούν ποικιλοτρόπως δυσχεραίνοντας την καθημερινότητα του γιατρού. Η δεξιοότητα πρόληψης και διαχείρισης δύσκολων καταστάσεων συμβάλλει στην εξυγίανση του περιβάλλοντος άσκησης της ιατρικής και διασφαλίζει την ικανοποίηση του γιατρού από την εργασία, μειώνει το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης και προσφέρει κίνητρα για μεγαλύτερη απόδοση και προσφορά υπηρεσιών υγείας υψηλότερου επιπέδου. Επίσης, η συναισθηματική νοημοσύνη φαίνεται να βοηθά τους γιατρούς να κατανοούν και να ανατρέπουν τα οργανωτικά, κοινωνικά, πολιτισμικά και ψυχικά εμπόδια και να παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας (Pau & Croucher, 2003). Απαιτούνται ωστόσο μακροχρόνιες και συστηματικές έρευνες, καθώς μένει να αποσαφηνιστεί η συμβολή της συναισθηματικής νοημοσύνης στον υγειονομικό τομέα, να συμφωνηθούν ενιαίες κλίμακες μέτρησής της και να καθοριστεί ο τρόπος με τον οποίο μπορεί να μεταδοθεί και να ενσωματωθεί με το πρόγραμμα της επιστημονικής κατάρτισης των φοιτητών στις ιατρικές σχολές (Lewi et al., 2005).

Από όλα τα παραπάνω καθίσταται σαφές ότι η αποτελεσματική επικοινωνία κατά την άσκηση της ιατρικής πρακτικής απαιτεί ένα σύνολο δεξιοτήτων και τεχνικών. Ακρογωνιαίο λίθο στην προσπάθεια βελτίωσης του επιπέδου επικοινωνίας αποτελεί η

προπτυχιακή και μεταπτυχιακή εκπαίδευση των γιατρών στις δεξιότητες επικοινωνίας. Η ενεργητική ακρόαση, η ενσυναίσθηση, η ανατροφοδότηση, ο σεβασμός των αξιών και των πεποιθήσεων του ασθενούς, η ικανότητα ορθής αποκωδικοποίησης των λεκτικών και μη λεκτικών σημάτων, αλλά και η ικανότητα διαχείρισης του εργασιακού άγχους και αποφυγής καταστάσεων που γεννούν συγκρούσεις και προστριβές είναι μερικές μόνο από τις συμπεριφορές που πρέπει να υιοθετούν οι γιατροί μέσα από τη συστηματική τους εκπαίδευση, προκειμένου η σύγχρονη ιατρική να ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες των ασθενών. Η επικοινωνιακή δεξιότητα του γιατρού δεν πρέπει να θεωρείται αυτονόητη, αλλά πρέπει να διδάσκεται μέσα από τα προγράμματα εκπαίδευσης των ιατρικών σχολών και να ενισχύεται καθ' όλη τη διάρκεια άσκησης της ιατρικής.

7.2 Η εκπαίδευση των γιατρών στις δεξιότητες επικοινωνίας

Οι φοιτητές των ιατρικών σχολών στα πλαίσια της προπτυχιακής τους εκπαίδευσης θα πρέπει να αποκτούν τις γνώσεις, τις δεξιότητες, την εμπειρία, τις στάσεις και τις συμπεριφορές εκείνες που θα τους βοηθήσουν να γίνουν ικανοί επαγγελματίες και να προσφέρουν στους ασθενείς την καλύτερη δυνατή φροντίδα υγείας σε ένα ασφαλές περιβάλλον. Η πεμπουσία της προπτυχιακής ιατρικής εκπαίδευσης είναι η εκπαίδευση με πραγματικούς ασθενείς. Παραδοσιακά οι φοιτητές αποκτούν τις κλινικές τους δεξιότητες μέσα από την κλινική τους άσκηση στα ιατρεία επειγόντων περιστατικών και τους θαλάμους των συνεργαζόμενων με τη σχολή Νοσοκομείων, όπου διδάσκονται τις δεξιότητες αυτές σε πραγματικούς ασθενείς, ενώ παράλληλα παρατηρούν και τις εφαρμόζουν υπό την επίβλεψη και την καθοδήγηση των εκπαιδευτών τους. Τα τελευταία χρόνια όμως τα συστήματα υγείας υπέστησαν σημαντικές αλλαγές που επηρέασαν και την προπτυχιακή εκπαίδευση των σπουδαστών της ιατρικής. Για το λόγο αυτό κρίθηκε αναγκαία η αναμόρφωση των προγραμμάτων σπουδών στις ιατρικές σχολές, ώστε να ανταποκρίνονται στις υγειονομικές ανάγκες των σύγχρονων κοινωνιών και τους περιορισμούς των συστημάτων παροχής φροντίδας υγείας.

Πιο συγκεκριμένα, το μεγαλύτερο πλήγμα στην εκπαίδευση το δέχτηκε η απόκτηση εμπειρίας μέσω επαρκούς πρακτικής άσκησης με ασθενείς στο χώρο του νοσοκομείου. Η εκπαίδευση στις κλινικές δεξιότητες περιορίστηκε εξαιτίας της

αύξησης του αριθμού των φοιτητών που εισάγονται στις ιατρικές σχολές με την ταυτόχρονη μείωση των διαθέσιμων για εξέταση ασθενών. Η έμφαση στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας οδήγησε στη μείωση του χρόνου νοσηλείας, ενώ οι ασθενείς που νοσηλεύονται είναι συχνά βαριά περιστατικά και εξαιτίας της κρισιμότητας της κατάστασής τους δεν προσφέρονται για εξέταση και παρακολούθηση από τους φοιτητές. Αν στα παραπάνω προστεθεί και ο εργασιακός φόρτος των επαγγελματιών υγείας λόγω των ελλείψεων που παρατηρούνται τελευταία σε υγειονομικό προσωπικό, γίνεται κατανοητό ότι ο βαθμός της κλινικής εμπειρίας που αποκτούν οι φοιτητές ιατρικής ποικίλει, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται κενά στην εκπαίδευση των μελλοντικών γιατρών και οι ίδιοι να νιώθουν ανασφάλεια όταν καλούνται να εργαστούν σε πραγματικό κλινικό περιβάλλον (Bell et al., 2009).

Επιπρόσθετα, η μετατόπιση της φροντίδας υγείας από το βιοϊατρικό στο ασθενοκεντρικό μοντέλο, η αλλαγή στο επιδημιολογικό προφίλ των σύγχρονων κοινωνιών, η ροπή προς την προληπτική ιατρική και την προαγωγή της υγείας και η εμφάνιση του κινήματος για την ασφάλεια των ασθενών ανέδειξαν την ανάγκη επαναπροσδιορισμού των εκπαιδευτικών προγραμμάτων που θα στηρίζονται στην ποιότητα και στις αρχές της ασφάλειας των ασθενών. Η έμφαση που δόθηκε στην ασφάλεια των ασθενών είχε ως φυσικό επακόλουθο να αποσαφηνιστεί η σημασία των δεξιοτήτων επικοινωνίας στην ιατρική εκπαίδευση και να εδραιωθεί η αξία της επικοινωνίας στη μετέπειτα άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος (Du Boulay & Medway, 1999). Παρόλα αυτά ο χρόνος που αφιερώνεται κατά την προπτυχιακή εκπαίδευση των γιατρών στις επικοινωνιακές δεξιότητες είναι ελάχιστος ή σε ορισμένες περιπτώσεις ανύπαρκτος, με το πρόσχημα ότι η τεχνική να μπορεί κανείς να επικοινωνεί αποτελεσματικά είναι έμφυτο στοιχείο της προσωπικότητάς του και δε διδάσκεται. Η άποψη αυτή βέβαια είναι ανακριβής και οι δεξιότητες επικοινωνίας θα πρέπει να διδάσκονται και να καλλιεργούνται, ώστε να ενσωματώνονται στο αξιακό σύστημα των γιατρών και να αποτελούν αναπόσπαστο στοιχείο του χαρακτήρα τους κατά την άσκηση της ιατρικής (Jason, 2000).

Είναι σημαντικό η εκπαίδευση σε τεχνικές επικοινωνίας να ξεκινά από τα πρώτα χρόνια της προπτυχιακής εκπαίδευσης και να συνεχίζεται σε όλο το φάσμα της επαγγελματικής δραστηριότητας των γιατρών με τη μορφή σεμιναρίων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης. Η εκπαίδευση στις επικοινωνιακές δεξιότητες θα πρέπει

να γίνεται με τέτοιο τρόπο ώστε να συμπεριλαμβάνονται και οι γενικές δεξιότητες, όπως η ενεργητική ακρόαση, η ανατροφοδότηση, η ανάκληση πληροφοριών, αλλά και πιο συγκεκριμένες δεξιότητες που βοηθούν στην αποτελεσματική πρακτική άσκηση του κλινικού έργου, όπως η ακριβής λήψη του ιατρικού ιστορικού, η απόσπαση χρήσιμων πληροφοριών, η διαχείριση των συναισθημάτων, η ενθάρρυνση της ενεργούς συμμετοχής του ασθενή και η ενίσχυση της συνεργασίας και της κοινής λήψης της τελικής απόφασης, η δεξιότητα ανακοίνωσης δυσάρεστων νέων και η καλλιέργεια κλίματος εμπιστοσύνης. Σύμφωνα με τα βιβλιογραφικά δεδομένα στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής οι δεξιότητες επικοινωνίας έχουν ενσωματωθεί στα προγράμματα σπουδών των ιατρικών σχολών σε ποσοστό που αγγίζει το 65% και περιλαμβάνουν την εκπαίδευση στις τεχνικές της ενεργητικής ακρόασης, της υποκίνησης και καθοδήγησης, καθώς και τον τρόπο που τίθενται οι ερωτήσεις και δίνονται οι απαντήσεις (Travaline et al., 2005).

Στην Ελλάδα η εκπαίδευση των γιατρών σε δεξιότητες επικοινωνίας παραμένει υποθετική. Η εκπαίδευση των φοιτητών λαμβάνει χώρα σε επτά εκπαιδευτικά Ιδρύματα Ιατρικής που λειτουργούν και το καθένα ακολουθεί διαφορετικό πρόγραμμα σπουδών. Σε μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε όλες τις ιατρικές σχολές της χώρας φάνηκε ότι οι Έλληνες φοιτητές Ιατρικής πιστεύουν ότι η προκλινική και κλινική τους εκπαίδευση περιλαμβάνει περισσότερα θεωρητικά μαθήματα και ο χρόνος που αφιερώνεται για την εκπαίδευση στις κλινικές δεξιότητες, συμπεριλαμβανομένων και των δεξιοτήτων επικοινωνίας είναι λιγοστός με αποτέλεσμα οι τελειόφοιτοι σπουδαστές να αισθάνονται ότι δεν είναι εξοικειωμένοι με τις κλινικές δεξιότητες και δε διαθέτουν την κατάλληλη εκπαίδευση και εμπειρία να ανταποκριθούν ακόμα και σε απλές θεωρητικά καταστάσεις. Επιθυμία όλων των φοιτητών που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στα κλινικά μαθήματα και να εισαχθούν περισσότερα κλινικά αντικείμενα στο προπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών (Σερετοπούλου et al., 2011).

Είναι πλέον ευρέως αποδεκτό ότι τα προγράμματα εκπαίδευσης στην επικοινωνία πρέπει να ενσωματωθούν στην προπτυχιακή εκπαίδευση των σπουδαστών των ιατρικών σχολών και να έχουν συνεχή χαρακτήρα. Ένας αποτελεσματικός γιατρός θα πρέπει να διαθέτει μία ευρεία γκάμα ικανοτήτων και δεξιοτήτων επικοινωνίας ολοκληρώνοντας την πανεπιστημιακή του κατάρτιση, τις οποίες θα πρέπει να διατηρεί σε όλη τη διάρκεια του επαγγελματικού του βίου. Η έκφραση

«χρησιμοποίησέ το ή θα το χάσεις» είναι αντιπροσωπευτική για τη διαδικασία της μάθησης και για το λόγο αυτό θα πρέπει η διδασκαλία των επικοινωνιακών δεξιοτήτων να περιλαμβάνει τη θεωρητική κατάρτιση, την πρακτική εφαρμογή και τη σεμιναριακού τύπου συνεχιζόμενη εκπαίδευση σε αντίστοιχες τεχνικές. Αυτό επιτυγχάνεται κατά τη διάρκεια των σπουδών με διάφορες μεθόδους διδασκαλίας όπως την εκπαίδευση με πραγματικούς ασθενείς, με κατά «προσομοίωση» ασθενείς, με παιχνίδια ρόλων, καθώς και βιντεοσκόπηση με ανατροφοδότηση και παρατείνεται κατά τη διάρκεια της άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος. Οι μέθοδοι αυτές μπορούν να χρησιμοποιούνται μεμονωμένα ή συνδυαστικά προκειμένου οι δεξιότητες και οι τεχνικές επικοινωνίας να εναρμονιστούν με το ατομικό αξιακό σύστημα και τη συμπεριφορά των γιατρών.

Δεδομένου ότι η χρήση των τεχνικών επικοινωνίας βοηθά και βελτιώνει τη σχέση γιατρού-ασθενή, θα πρέπει τα εκπαιδευτικά προγράμματα να επαναλαμβάνονται σε τακτά χρονικά διαστήματα, καθώς η κλινική πραγματικότητα διαφέρει κατά πολύ και είναι περισσότερο περίπλοκη από αυτό που η ακαδημαϊκή προσέγγιση μπορεί να προβλέψει. Θεωρείται λοιπόν επιβεβλημένη η πραγματοποίηση επιμορφωτικών προγραμμάτων εντός των χώρων εφαρμογής (Hodges & Kuper, 2012). Από μία πιλοτική εφαρμογή τεχνικών επικοινωνίας, όπου ογδόντα φοιτητές ιατρικής παρακολούθησαν μία δίωρη εκπαίδευση από πέντε ειδικούς στην ψυχοκοινωνική προσέγγιση, προέκυψε ότι το σεμινάριο βοήθησε τους φοιτητές να εξοικειωθούν με δεξιότητες επικοινωνίας και να αυξήσουν την αποτελεσματικότητα και την αυτοεκτίμησή τους. Φαίνεται λοιπόν ότι ακόμα και η ταχύρρυθμη εκπαίδευση τεχνικών επικοινωνίας μπορεί να επιφέρει άμεσα ορατά αποτελέσματα (Bachmann et al., 2013).

Αποτελεί αδιαμφισβήτητο γεγονός ότι υπάρχει σαφής ανάγκη για την ένταξη της διδασκαλίας των τεχνικών επικοινωνίας σε προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης των γιατρών από τον οργανισμό στον οποίο ανήκουν. Η ολοένα μικρότερη ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας αναδύει το πρόβλημα της κακής επικοινωνίας με τους γιατρούς, καθώς η δυσαρέσκεια των ασθενών πηγάζει κυρίως από τις επικοινωνιακές παρά από τις κλινικές δεξιότητες των γιατρών. Προκειμένου να επιτευχθεί η παροχή υγειονομικής φροντίδας υψηλής ποιότητας από τα συστήματα υγείας, τα σεμινάρια επικοινωνίας πρέπει να παρακολουθούνται από όλα τα μέλη της υγειονομικής ομάδας. Τα σεμινάρια αυτά θα πρέπει να πραγματοποιούνται με

μεθόδους ενεργητικής μάθησης και αλληλεπίδρασης. Πολύ βοηθητική για τον προσδιορισμό των δεξιοτήτων ή των φραγμών επικοινωνίας είναι η χρήση εκπαιδευτικών βιντεοταινιών με πραγματικούς ή κατά «προσομοίωση» ασθενείς. Επίσης, στα παιχνίδια ρόλων τα μέλη των ομάδων έχουν τη δυνατότητα να εξασκηθούν σε διάφορες τεχνικές επικοινωνίας όπως την ενεργητική ακρόαση, ενώ παράλληλα μπορούν να μοιράζονται τις εμπειρίες τους από την καθημερινή πρακτική και να συζητούν για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν.

Επιπλέον, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση των γιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγείας στις δεξιότητες επικοινωνίας μπορεί να περιλαμβάνει και την εκμάθηση κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών στο πνεύμα της τεκμηριωμένης κλινικής πρακτικής, τα λεγόμενα πρωτόκολλα, τα οποία εστιάζουν και καλύπτουν συγκεκριμένες ανάγκες. Ενδεικτικά κάποια από αυτά τα πρωτόκολλα είναι το CLASS για την εκπαίδευση στη διαδικασία λήψης του ιατρικού ιστορικού, το SPIKES για την εκπαίδευση στον τρόπο ανακοίνωσης δυσάρεστων νέων σε ασθενείς με καρκίνο ή άλλη απειλητική για τη ζωή τους ασθένεια, το CONES που περιλαμβάνει τα βήματα που ακολουθεί ο γιατρός για να ανακοινώσει ένα ιατρικό λάθος στον ασθενή και την οικογένειά του, το BALANCE για την επικοινωνία με ασθενείς με πολιτισμικές διαφορές, το EVE για την εκμάθηση του τρόπου διαχείρισης των συναισθηματικά φορτισμένων ιατρικών διαβουλεύσεων, το BUSTER που εστιάζει στη διεξαγωγή δύσκολων συναντήσεων με ασθενείς ή μέλη της οικογένειάς τους και τέλος το πρωτόκολλο TIMER για την εκπαίδευση σε τεχνικές αξιοποίησης του περιορισμένου χρόνου για μία επιτυχημένη συνεδρία.

7.3 Πρωτόκολλα επικοινωνίας κατά την άσκηση της κλινικής ιατρικής

Ο γιατρός μέσα από την προπτυχιακή και τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση στις δεξιότητες επικοινωνίας θα πρέπει να μπορεί, να ξέρει και να θέλει να επικοινωνήσει αποτελεσματικά με τον ασθενή και τους οικείους του. Προκείμενου ο γιατρός να είναι σε θέση να ανταποκριθεί με επιτυχία και να ανταπεξέλθει ακόμα και σε δύσκολες καταστάσεις που θα συναντήσει κατά τη διάρκεια της ιατρικής πρακτικής, είναι χρήσιμο να εκπαιδευτεί σε συγκεκριμένα επικοινωνιακά πρωτόκολλα. Τα πρωτόκολλα αυτά προτείνουν στρατηγικές επικοινωνίας και σκοπεύουν να βοηθήσουν τον κλινικό γιατρό να μεταδώσει στον ασθενή με τον καλύτερο τρόπο

πληροφορίες σχετικές με τη διάγνωση, τη θεραπεία και την πρόγνωση της ασθένειάς του. Απώτερος στόχος είναι η δημιουργία μίας αποτελεσματικής θεραπευτικής σχέσης. Κάποια από τα πιο σημαντικά πρωτόκολλα που χρησιμοποιούν οι γιατροί κατά την καθημερινή άσκηση του κλινικού τους έργου αναλύονται στη συνέχεια.

CLASS. Το πρωτόκολλο CLASS προτείνει πέντε βασικά βήματα για τη διεξαγωγή μιας επιτυχημένης ιατρικής συνέντευξης.

C – CONTEXT. Το γράμμα C ορίζει τις λεπτομέρειες σχετικά με το πλαίσιο που επιλέγεται να πραγματοποιηθεί η ιατρική συνέντευξη. Σύμφωνα με το πρωτόκολλο πρέπει να επιλέγεται ένας ήσυχος χώρος, εργονομικά σχεδιασμένος, όπου θα διασφαλίζεται το ιατρικό απόρρητο της συνάντησης και θα προσφέρει άνεση στους συνομιλητές. Κοντά στο γιατρό θα πρέπει να κάθεται πάντα ο ασθενής ακόμα και στις περιπτώσεις που αυτός συνοδεύεται. Για τη γλώσσα του σώματος το πρωτόκολλο ορίζει ότι ο γιατρός πρέπει να διαθέτει δεξιότητες λεκτικής αλλά και μη λεκτικής επικοινωνίας και να υιοθετεί τη βλεμματική επαφή, όταν αυτό δεν αγχώνει περισσότερο τον ασθενή. Τέλος, για την επαφή και το άγγιγμα ορίζεται ότι καλό είναι να υιοθετούνται από το γιατρό, σύμφωνα όμως με τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες του ασθενούς, για τις οποίες ο γιατρός πρέπει να είναι ενήμερος.

L – LISTENING SKILLS. Το γράμμα L ορίζει την αναγκαιότητα για την ανάπτυξη δεξιοτήτων ενεργητικής ακρόασης και τον τρόπο που μπορεί κανείς να είναι ενεργός ακροατής για τη διεξαγωγή επιτυχούς ιατρικής συνέντευξης. Προτείνεται η χρήση ανοιχτών ερωτήσεων όπως «Πώς αντιδράσατε στη νέα θεραπεία;» ή «Μπορείτε να μου περιγράψετε τις ανησυχίες σας;». Ο γιατρός πρέπει να είναι εξοικειωμένος με τις δεξιότητες της ενεργητικής ακρόασης, ώστε να ενθαρρύνει τον ασθενή να μιλάει χωρίς να τον διακόπτει και να του δείχνει ότι τον παρακολουθεί και κατανοεί τα λεγόμενά του με μικρές εκφράσεις ή νεύματα του προσώπου. Επίσης, για μία πιο ουσιαστική συνέντευξη ορίζεται η ανάκληση μίας έκφρασης ή λέξης κλειδί της τελευταίας πρότασης του ασθενούς όταν ξεκινάει να μιλάει ο γιατρός. Προς αποφυγή παρερμηνειών προτείνεται η χρησιμοποίηση διευκρινιστικών εκφράσεων από το γιατρό όπως « Αν σας καταλαβαίνω σωστά, λέτε...» ή «Πείτε μου περισσότερα για...». Τέλος, ο ασθενής πρέπει να ενημερώνεται για χρονικούς περιορισμούς και να αντιμετωπίζεται με σεβασμό όταν

πρόκειται να διακοπεί η συνεδρία για να απαντηθούν τηλεφωνήματα ή να περαστούν στοιχεία στον ηλεκτρονικό υπολογιστή.

A – ACKNOWLEDGE. Το A περιλαμβάνει τις δεξιότητες αντίληψης και διαχείρισης των συναισθημάτων. Ορίζει τη διερεύνηση, τον προσδιορισμό και την ανταπόκριση του γιατρού στο συναίσθημα του ασθενή. Θα πρέπει ο γιατρός να αναγνωρίζει και να προσδιορίζει πέρα από το συναίσθημα και την αιτία που το προκαλεί. Οι γιατροί δε χρειάζεται να έχουν τα ίδια συναισθήματα ή να συμφωνούν με τα συναισθήματα των ασθενών, πρέπει όμως σύμφωνα με το πρωτόκολλο να υιοθετούν εκφράσεις όπως για παράδειγμα, «Αυτό που αισθανθήκατε όταν...θα πρέπει να ήταν τρομερό» ή «Οι περισσότεροι άνθρωποι θα ήταν αναστατωμένοι αν...». Οι εκφράσεις αυτές βοηθούν τους ασθενείς να αντιληφθούν ότι ο γιατρός αναγνωρίζει την ψυχική τους κατάσταση όπως αυτή διαμορφώνεται μετά τη διάγνωση της ασθένειας και συμβάλλουν στην καλλιέργεια κλίματος εμπιστοσύνης ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή.

S – STRATEGY. Όσον αφορά την ικανότητα του θεραπευτικού σχεδιασμού το γράμμα S του πρωτοκόλλου ορίζει ότι θα πρέπει να ανταποκρίνεται στις πραγματικές ανάγκες του ασθενή και να είναι αποδεκτό από το αξιακό του σύστημα. Ο γιατρός πρέπει να γνωρίζει τις προσδοκίες του ασθενή από τη θεραπεία και τον τρόπο που αντιλαμβάνεται την ασθένειά του. Το θεραπευτικό πλάνο θα πρέπει να σχεδιάζεται σε συνεργασία με τον ασθενή και να εναρμονίζεται με τις αντιλήψεις και τις δυνατότητες που διαθέτει. Επίσης, πρέπει πάντα να αξιολογείται ο βαθμός κατανόησης του θεραπευτικού πλάνου, προκειμένου ο ασθενής να ανταποκριθεί σε αυτό με επιτυχία.

S – SUMMARY. Τέλος, σύμφωνα με το S του πρωτοκόλλου CLASS ορίζεται η αναγκαιότητα της ανατροφοδότησης και της σύνοψης τους περιεχομένου της διαβούλευσης. Πιο συγκεκριμένα, ολοκληρώνοντας την ιατρική συνέντευξη ο γιατρός προτείνεται να κάνει μία σύντομη αναφορά των σημαντικότερων σημείων σε απλή και κατανοητή γλώσσα και παράλληλα να ελέγχει το επίπεδο κατανόησης των όσων ειπώθηκαν απευθύνοντας διευκρινιστικές ερωτήσεις προς τον ασθενή. Πριν την αποχώρηση του ασθενή από το ιατρείο θα πρέπει να επιλύονται όλες οι απορίες του ώστε να μπορεί να διαχειρίζεται μόνος του την ασθένειά του και να ακολουθεί τις οδηγίες του γιατρού. Αν δεν υπάρχει χρόνος προβλέπεται αυτό να αναφέρεται όπως

και το ότι οι οποιοσδήποτε απορίες θα λυθούν στην επόμενη συνεδρία. Ο επαναπρογραμματισμός της συνάντησης πρέπει να γίνεται με σαφή και κατανοητό τρόπο για όλους τους συμμετέχοντες.

S-P-I-K-E-S. Είναι από τα πιο σημαντικά πρωτόκολλα στο οποίο πρέπει να είναι εκπαιδευμένοι οι γιατροί, καθώς αποτελεί τη βάση για πολλά προγράμματα ανακοίνωσης άσχημων ειδήσεων στους ασθενείς και τις οικογένειές τους.

S- SETTING UP THE CONVERSATION. Το πλαίσιο της ανακοίνωσης. Ο γιατρός πρέπει να ρυθμίζει το χώρο διεξαγωγής της συζήτησης και ανακοίνωσης των δυσάρεστων νέων. Θα πρέπει να εξασφαλίζει ένα ήσυχο περιβάλλον, που να προστατεύεται η ιδιωτικότητα και το ιατρικό απόρρητο, εργονομικά σχεδιασμένο για να προσφέρει άνεση στους συμμετέχοντες και δίχως φυσικά εμπόδια, ώστε να επιτυγχάνεται η οπτική επαφή. Στο χώρο μπορούν να βρίσκονται μόνο τα άτομα που επιθυμεί ο ασθενής και θεωρεί ότι θα τον στηρίξουν ψυχολογικά και θα αμβλύνουν το άγχος του κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Πάντα ο γιατρός πρέπει να είναι σε θέση να προβλέπει την αντίδραση των ασθενών και των οικείων του στο άκουσμα των ειδήσεων για την πρόγνωση της ασθένειας, κυρίως όταν τα νέα είναι δυσάρεστα.

P- PERCEPTION. Αντίληψη. Ο γιατρός πριν προβεί στην ανακοίνωση των δυσάρεστων νέων θα πρέπει να αξιολογεί τον τρόπο που ο ασθενής και η οικογένειά του αντιλαμβάνονται την κατάστασή του, αλλά και το βαθμό της σοβαρότητας της κατάστασης. Ο γιατρός θα πρέπει να διερευνά το επίπεδο των γνώσεων που υπάρχει για την κατάσταση της υγείας του πάσχοντα με ερωτήσεις όπως, «Πες μου τι γνωρίζεις για την κατάσταση της υγείας σου;», «Θα ήθελα να είμαι σίγουρος ότι βλέπουμε και οι δύο από το ίδιο πρίσμα την κατάστασή σας. Έτσι μπορείτε να μου πείτε...», καθώς και «Τι σας έχουν πει άλλοι συνάδελφοι;» ή «Ανησυχείτε ότι σας συμβαίνει κάτι σοβαρό;». Σημαντικό είναι ο γιατρός να αξιολογεί το επίπεδο αλφαριθμητισμού του ασθενή, ώστε να προσαρμόζει ανάλογα τη συζήτηση και να αποφεύγονται παρανοήσεις σχετικά με την πραγματική κατάσταση της υγείας του. Επίσης, ο γιατρός στο στάδιο αυτό πρέπει να αντιλαμβάνεται λανθασμένες αντιλήψεις, παρανοήσεις, συναισθηματικές διαταραχές ή συμπεριφορές άρνησης. Αν διαπιστωθεί ότι ο ασθενής βρίσκεται στη φάση της άρνησης, καλό είναι να μην γίνει

καμία προσπάθεια να πεισθεί για την κατάσταση του, αλλά αυτό να επιχειρείται σταδιακά με επαναληπτικές συναντήσεις.

I- INVITATION. Πρόσκληση. Καλό είναι ο γιατρός να ορίζει το πλαίσιο της συζήτησης και να ενθαρρύνει τον ασθενή να αναλάβει ενεργό ρόλο στη διαβούλευση. Επίσης, πρέπει να ζητά τη συγκατάθεση του ασθενή για το πλάνο της συνάντησης και σε περίπτωση διαφωνίας να επαναπροσδιορίζεται το περιεχόμενό της. Εξίσου σημαντικό είναι ο γιατρός να διερευνά το επίπεδο πληροφόρησης που επιθυμεί να λαμβάνει ο ασθενής και να γίνεται σεβαστό το δικαίωμά του να μη θέλει να γνωρίζει. Ο βαθμός πληροφόρησης του ασθενή προσδιορίζεται με εκφράσεις όπως «Σήμερα το σχέδιό μου είναι να συζητήσουμε...είστε εντάξει με αυτό;», «Θα θέλατε να γνωρίζεται τι πραγματικά σας συμβαίνει με κάθε λεπτομέρεια ή θα προτιμούσατε μία πιο σύντομη ενημέρωση;». Ο γιατρός πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός με τις εκφάνσεις της μη λεκτικής του επικοινωνίας όταν ανακοινώνει κάτι δυσάρεστο και πρέπει πάντα να προετοιμάζει και να προειδοποιεί τον ασθενή όταν τα νέα που πρόκειται να ανακοινώσει δεν είναι ευχάριστα με φράσεις όπως, «Έχω να σας ανακοινώσω κάτι θλιβερό...» ή «Δυστυχώς πρέπει να σας ανακοινώσω κάτι δυσάρεστο...». Τέλος, οι πληροφορίες πρέπει να δίνονται σε γλώσσα απλή και κατανοητή και να διευκρινίζονται όλες οι απορίες προτού ο ασθενής και οι συνοδοί του αποχωρήσουν από το ιατρείο.

K- KNOWLEDGE. Γνώση. Ο ασθενής είναι σημαντικό να κατανοεί και να αφομοιώνει τις πληροφορίες που του δίνονται. Οι πληροφορίες που δίνονται πρέπει να είναι συγκεκριμένες και να αφορούν τον ίδιο και την κατάσταση της υγείας του. Ο όγκος της καινούριας πληροφορίας πρέπει να δίνεται σταδιακά, ανάλογα με την ικανότητα που διαθέτει ο ασθενής να επεξεργάζεται και να αντιλαμβάνεται τη νέα γνώση. Επίσης, πρέπει να δίνονται διευκρινίσεις και μέσω της ανατροφοδότησης να ελέγχεται το επίπεδο πληροφόρησης που έχει γίνει κατανοητό από τον ασθενή. Σε περιπτώσεις που οι ασθενείς ζητούν περισσότερη ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας τους καλό είναι ο γιατρός να δίνει λεπτομερείς εξηγήσεις ή και να προτείνει εγκεκριμένα επιστημονικά περιοδικά, καθώς και επιστημονικές σελίδες στο διαδίκτυο που θα μπορούσαν να ανατρέξουν οι ασθενείς και να αναζητήσουν σχετικές πληροφορίες.

E- EMOTIONS. Συναισθήματα. Η αντιμετώπιση των συναισθημάτων των ασθενών που προκύπτουν στο άκουσμα δυσάρεστων νέων αποτελεί για τους γιατρούς ένα από τα πιο δύσκολα σημεία. Πρέπει να δίνονται ακριβείς και αληθείς πληροφορίες σχετικά με τη διάγνωση και την πρόγνωση της ασθένειας, δίχως να υποβαθμίζεται η σοβαρότητα της κατάστασης. Ο καλύτερος τρόπος διαχείρισης των συναισθημάτων των ασθενών είναι η χρησιμοποίηση της τεχνικής της ενσυναίσθησης. Αρχικά πρέπει να διερευνάται ο ψυχισμός των ασθενών και να εντοπίζονται τα συναισθήματα και η αιτία που τα προκαλεί. Μπορούν να χρησιμοποιηθούν ανοιχτές ερωτήσεις όπως «Μπορείτε να μου πείτε πώς αισθάνεστε;» ή «Θέλετε να μου πείτε τι σας έκανε να νιώσετε θυμό;». Έπειτα, ο γιατρός πρέπει να δώσει στον ασθενή να καταλάβει ότι κατανοεί τα συναισθήματά του και είναι απόλυτα δικαιολογημένη και φυσιολογική η αντίδρασή του με φράσεις όπως, «Σίγουρα αυτό είναι οδυνηρό για εσάς...», «Μπορώ να καταλάβω πως μπορεί να αισθάνεστε.....». Στην περίπτωση αυτή ο γιατρός δεν απαιτείται να έχει τα ίδια συναισθήματα με τον ασθενή, ούτε και να συμφωνεί πάντα με αυτά. Χρειάζεται όμως να είναι υποστηρικτικός.

S- STRATEGY AND SUMMARY. Στρατηγική και Περίληψη. Στο στάδιο αυτό το πρωτόκολλο ορίζει το σχεδιασμό εξατομικευμένου σχεδίου θεραπείας που να ανταποκρίνεται στην προσωπικότητα και το πρόβλημα υγείας του ασθενή. Απαραίτητη προϋπόθεση για να επιτευχθεί αυτό είναι η συμμετοχή του ασθενή στην ιατρική συνέντευξη και η κατανόηση των πληροφοριών που του δόθηκαν. Η τεχνική της ανατροφοδότησης διασφαλίζει αν έγιναν κατανοητά όσα ειπώθηκαν κατά τη συνεδρία. Πριν την ολοκλήρωση θα πρέπει να συνοψίζεται το περιεχόμενο της διαβούλευσης και να διευκρινίζονται τυχόν ανησυχίες και απορίες. Αν δεν υπάρχει ο απαιτούμενος χρόνος ο γιατρός μπορεί να ενημερώσει τον ασθενή ότι αυτό θα πραγματοποιηθεί κατά τη διάρκεια της επόμενης προγραμματισμένης επίσκεψης. Με την ολοκλήρωση της συζήτησης θα πρέπει να υπάρχει ένα σαφές πλάνο για το ρόλο που θα αναλάβει ο γιατρός και ο ασθενής και τα βήματα που θα γίνουν για την αποτελεσματικότερη διαχείριση της νόσου.

C- O- N- E- S. Το πρωτόκολλο C-O-N-E-S δημιουργήθηκε για την καλύτερη δυνατή ενημέρωση των ασθενών και των οικογενειών τους σε περίπτωση ιατρικού λάθους.

C- CONTEXT. Οι ειδήσεις πρέπει πάντα να ανακοινώνονται από το άτομο που ηγείται στην υγειονομική ομάδα. Ο γιατρός σύμφωνα με το πρώτο στάδιο του συγκεκριμένου πρωτοκόλλου πρέπει να οργανώνει το πλαίσιο της συνάντησης και να έχει κάνει μία σχετική προεργασία για τα σημεία που επιθυμεί να αναφέρει και παράλληλα να είναι προετοιμασμένος για οποιαδήποτε αντίδραση του ασθενούς ή των συνοδών πυροδοτήσουν αυτά που θα ακούσουν. Επίσης, πρέπει να δίνει προσοχή στο χώρο διεξαγωγής της συνομιλίας και για το λόγο αυτό καλό είναι να επιλέγει ένα ήσυχο μέρος απ' όπου δε θα διαρρέουν προσωπικές πληροφορίες και θα προσφέρει άνεση στους συμμετέχοντες. Ο γιατρός ορίζεται να είναι ήρεμος, να επιδιώκει την οπτική επαφή και να μιλάει με κατανόηση και συμπόνοια. Προβλέπονται ακόμα και λεπτομέρειες όπως να υπάρχει διαθέσιμο κοντά στον ασθενή ή τους οικείους του ένα κουτί με χαρτομάντηλα για περιπτώσεις έντονης συγκίνησης.

O- OPENING SHOT. Το γράμμα O καθορίζει την έναρξη της συζήτησης σύμφωνα με την οποία ο γιατρός πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή ή τους συγγενείς του για τα νέα της διάγνωσης ή την επιδείνωση της κατάστασης ή για το ενδεχόμενο ιατρικό λάθος ή την οποιαδήποτε παράληψη. Κάποιες από τις εκφράσεις με τις οποίες πρέπει να είναι εξοικειωμένος ο γιατρός και βοηθούν την κατάσταση είναι για παράδειγμα, «Αυτό είναι πολύ δύσκολο. Πρέπει να σας πω την αιτία που ανακάλυψα και ευθύνεται για την άσχημη κατάσταση στην οποία έχει περιέλθει η/ο» ή «Πρέπει να σας μιλήσω για τη κατάστασή σας» ή «Ευχαριστώ που ήρθατε. Πρέπει να σας πω τι ακριβώς συμβαίνει με τον/την....».

N- NARRATIVE. Στο σημείο αυτό το πρωτόκολλο ορίζει ότι ο γιατρός πρέπει να είναι προσεκτικός στον τρόπο με τον οποίο αφηγείται μία κατάσταση. Πρέπει να υπάρχει χρονική αλληλουχία των γεγονότων, δίνοντας έμφαση στην προσπάθεια που γίνεται για τη διερεύνηση του σφάλματος χωρίς υπεκφυγές, δικαιολογίες ή αβάσιμες κατηγορίες προς συναδέλφους της υγειονομικής ομάδας. Είναι σημαντικό ο γιατρός να εκφράζει μία ειλικρινή συγγνώμη. Εκφράσεις που προτείνονται και πρέπει να γνωρίζουν οι γιατροί είναι, « Η υπόθεση διερευνάται και μέχρι το τέλος της ημέρας θα είμαι σε θέση να σας δώσω σαφείς εξηγήσεις για την αιτία του ιατρικού σφάλματος», καθώς και «Λυπάμαι πολύ που συνέβη αυτό».

E- EMOTIONS. Ο γιατρός πρέπει να εκφράζεται με ενσυναίσθηση και να εξωτερικεύει αληθινά συναισθήματα που θα είναι εναρμονισμένα και με τη μη

λεκτική επικοινωνία προκειμένου να μεταφέρει ειλικρινή μηνύματα στον ασθενή και τους οικείους του. Δεν πρέπει να δίνονται υποσχέσεις που δε μπορούν να υλοποιηθούν και δεν πρέπει να επιχειρείται καμία προσπάθεια καθησυχασμού σε περίπτωση λάθους όταν μάλιστα είναι μη αναστρέψιμο. Σε περίπτωση εκδήλωσης έντονων συναισθημάτων ορίζεται να γίνεται χρήση του πρωτοκόλλου E-V-E. Εκφράσεις που βοηθούν το γιατρό είναι, «Κατανοώ ότι αυτό που συνέβη είναι φοβερό» και «Είναι πολύ σπάνιο να συμβεί κάτι τέτοιο αλλά δυστυχώς συνέβη και λυπάμαι πολύ που σας το ανακοινώνω».

S- STRATEGY and SUMMARY. Στρατηγική και περίληψη. Το τελευταίο μέρος του πρωτοκόλλου αναφέρεται στις διαδικασίες ολοκλήρωσης της συζήτησης. Ορίζεται ότι ο γιατρός που έχει αναλάβει να διεκπεραιώσει την υπόθεση πρέπει να ενημερώσει τον ασθενή και τους συγγενείς του ότι η διερεύνηση του περιστατικού αποτελεί προτεραιότητα, καθώς και η αποκατάσταση της βλάβης που προκλήθηκε στον ασθενή σε περίπτωση που αυτή είναι αναστρέψιμη. Επίσης, θα πρέπει να τους κρατά ενημέρους για όλες τις εξελίξεις. Η αποκάλυψη ιατρικών σφαλμάτων είναι ένα ευαίσθητο θέμα, αλλά η παραδοχή τους και η μη συγκάλυψή τους έχει ευνοϊκό αντίκτυπο στους ισχυρισμούς περί ατασθαλιών στους χώρους παροχής φροντίδας υγείας. Εκφράσεις που βοηθούν την περίσταση είναι οι εξής:

« Είμαι ο γιατρός που είναι υπεύθυνος για την μητέρα σας, οπότε είναι σημαντικό να μάθω τι πραγματικά συνέβη».

«Θα είμαι ειλικρινής μαζί σας όταν συγκεντρώσω όλες τις πληροφορίες για το τι πραγματικά συνέβη».

« Μπορώ να σας εγγυηθώ ότι θα κάνουμε το καλύτερο δυνατό».

E- V- E. Το πρωτόκολλο αυτό μπορεί να τεθεί σε εφαρμογή κάθε φορά που ο γιατρός καλείται να αντιμετωπίσει μία έντονα συναισθηματικά φορτισμένη κατάσταση.

E- EXPLORE THE EMOTION. Ο γιατρός πρέπει να έχει εκπαιδευτεί με τις κατάλληλες επικοινωνιακές δεξιότητες τόσο στην προπτυχιακή όσο και στην μεταπτυχιακή του εκπαίδευση, ώστε να διαθέτει την ικανότητα και την τεχνική να διερευνά, να αναγνωρίζει και να προσδιορίζει τα πραγματικά συναισθήματα που

κατακλύζουν τον ασθενή. Για να καταφέρει ο γιατρός να ερμηνεύσει τον πολύπλοκο ψυχικό κόσμο του ασθενή, ποτέ δε θα πρέπει να μένει μόνο σε αυτό που ο ασθενής αφήνει να φανεί προς τα έξω, αλλά προτείνεται να είναι σε θέση να αποκωδικοποιεί τα μηνύματα που εκπέμπει μέσα από τη μη λεκτική επικοινωνία και με διευκρινιστικές ερωτήσεις να αναζητά το πραγματικό συναίσθημα και την αιτία που το προκαλεί. Ενδεικτικά αναφέρονται οι φράσεις, «Μπορείτε να μου πείτε περισσότερα για το πώς αισθάνεστε;» ή «Κατανοώ ότι αυτό σας θυμώνει πολύ».

V- VALIDATE THE EMOTION. Ο γιατρός στο στάδιο αυτό πρέπει να αφήνει τον ασθενή να αντιλαμβάνεται ότι τα συναισθήματά του είναι απόλυτα κατανοητά από το γιατρό και ο τρόπος αντίδρασής του δικαιολογημένος. Όταν ο γιατρός ανταποκρίνεται με μία έκφραση όπως «Μπορώ να σας καταλάβω γιατί οι περισσότεροι άνθρωποι θα αισθάνονταν έτσι», ο ασθενής νιώθει μεγαλύτερη άνεση, είναι σε θέση να εμπιστευτεί το γιατρό και να εξωτερικεύσει βαθύτερα συναισθήματα και ενδόμυχους φόβους που σε διαφορετική περίπτωση πιθανότατα να μην εκφράζονταν ποτέ και να αποτελούσαν τροχοπέδη για τη διεξαγωγή μιας επικοινωνιακής ιατρικής συνέντευξης και τη δημιουργία μία αποτελεσματικής θεραπευτικής σχέσης.

E- EMPATHIC RESPONSE. Ο γιατρός πρέπει να αντιλαμβάνεται το συναίσθημα και να ανταποκρίνεται σε αυτό με ενσυναίσθηση. Εκφράσεις όπως, «Λυπάμαι που συνέβη αυτό και καταλαβαίνω πως σας έκανε να αισθάνεστε πολύ άσχημα» και «Ακούω τι λέτε και αυτό πρέπει να ήταν πολύ δύσκολο για εσάς», δημιουργούν στον ασθενή την αίσθηση ότι ο γιατρός αντιλαμβάνεται το πρόβλημά του και την άσχημη ψυχολογική κατάσταση στην οποία έχει περιέλθει. Η ανθρωπιστική προσέγγιση του ασθενή με ενσυναίσθηση, δημιουργεί τις προϋποθέσεις και θέτει τις βάσεις για μία επιτυχημένη θεραπευτική συμμαχία.

BUSTER. Το πρωτόκολλο BUSTER προτείνεται σε περιπτώσεις έντονων συναισθηματικών αντιδράσεων των ασθενών ή των συγγενών τους και βοηθά τους γιατρούς να διαχειρίζονται τις εντάσεις, ώστε να μην επηρεάζουν αρνητικά την έκβαση του θεραπευτικού δεσμού.

B- BE PREPARED. Σύμφωνα με το πρώτο στάδιο του πρωτοκόλλου ο γιατρός θα πρέπει πάντα να είναι προετοιμασμένος για έντονες αντιδράσεις του ασθενή ή των συγγενών του, κυρίως στο άκουσμα άσχημων ειδήσεων που αφορούν τη διάγνωση ή

την πρόγνωση της νόσου και στις περιπτώσεις των χρόνιων παθήσεων, καθώς οι ασθενείς ταλαιπωρούνται και συχνά βιώνουν μία άσχημη εμπειρία που είχαν σε κάποιο στάδιο παροχής φροντίδας υγείας. Ο γιατρός λοιπόν θα πρέπει να ελέγχει τα συναισθήματα του, να μην περνάει στην αντεπίθεση, να μην προσπαθεί να συνομιλήσει ή να μεταπείσει τον εξαγριωμένο συνομιλητή του, αλλά να παραμένει σιωπηλός και να περιμένει την κατάλληλη ευκαιρία, ώστε να μετατρέψει την αντιπαράθεση σε ουσιαστική συζήτηση.

U- USE NON-JUDGMENTAL LISTENING. Ο γιατρός σύμφωνα με το δεύτερο στάδιο πρέπει να έχει στο μυαλό του ότι η έντονη αντίδραση του ασθενή ή της οικογένειάς του δεν αφορά τον ίδιο, αλλά μέσα από το ξέσπασμα αυτό εκφράζονται τα αρνητικά συναισθήματα του φόβου, της ανησυχίας, τις ταλαιπωρίες και του θυμού που γεννά η ασθένεια. Συνεπώς δεν πρέπει να γίνεται επικριτικός, αλλά μέσω της σιωπής και της βλεμματικής επαφής να στέλνει μηνύματα κατανόησης και συμπόνιας και να προετοιμάζει το έδαφος για τη δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης.

S- SIX SECOND RULE. Ο κανόνας των έξι δευτερολέπτων προτείνεται να χρησιμοποιείται από τους γιατρούς, όταν δε μπορούν να παραμείνουν ψύχραιμοι και όταν αισθάνονται ότι παύουν να ελέγχουν τα συναισθήματά τους. Έξι δευτερόλεπτα αρκούν για να μπορέσει ο γιατρός να ανακτήσει τον έλεγχο των συναισθημάτων του και να συγκεντρώσει τις σκέψεις του ώστε να αποφευχθεί η αντιπαράθεση με τον εξαγριωμένο συνομιλητή του. Ωστόσο, σε περίπτωση που δεν αισθάνεται ασφαλής ή απειλείται πρέπει να τερματίζει τη διαβούλευση λέγοντας «Πρέπει να διακόψουμε γιατί αυτή η συζήτηση με κάνει να αισθάνομαι άβολα», καθώς και «Δεν αισθάνομαι ασφαλής αυτή τη στιγμή και γιαυτό δε θα μπορέσω να συνεχίσω τη συζήτηση».

T- “TELL ME MORE” STATEMENTS. Προσκαλέστε τον συνομιλητή να πει περισσότερα και να αναλύσει ότι τον απασχολεί και τον φέρνει σε άσχημη ψυχική κατάσταση. Με τον τρόπο αυτό ο γιατρός στοχεύει ο ασθενής ή οι συγγενείς του να συνειδητοποιήσουν την πραγματική αιτία της δυσαρέσκειάς τους και με τις κατάλληλες επικοινωνιακές δεξιότητες να καταφέρει να κερδίσει την εμπιστοσύνη τους.

E- EMPATHIZE AND VALIDATE. Σύμφωνα με το γράμμα E του πρωτοκόλλου ορίζεται ότι η προσέγγιση του ατόμου που έρχεται σε αντιπαράθεση με το γιατρό, θα πρέπει να γίνεται με ενσυναίσθηση γιατί μόνο με τον τρόπο αυτό μπορεί να απαλλαγθεί από δυσάρεστα συναισθήματα και εμπειρίες που εμποδίζουν

την ουσιαστική θεραπευτική σχέση. Εκφράσεις με τις οποίες οι γιατροί πρέπει να είναι εξοικειωμένοι καθώς βοηθούν και καθησυχάζουν τα άτομα που κατακλύζονται από έντονα ή δυσάρεστα συναισθήματα είναι για παράδειγμα, «Κατανοώ ότι δεν το περιμένατε αυτό», «Είναι πολύ αγχωτικό αυτό, έτσι δεν είναι;», «Πρέπει να είναι δύσκολο να έρχεστε εδώ κάθε εβδομάδα».

R- RESPOND WITH A WISH STATEMENT. Είναι αποτελεσματικό ο συνομιλητής να αντιλαμβάνεται ότι ο γιατρός τον ακούει ακόμα και όταν άθελά του παραλογίζεται. Ο γιατρός λοιπόν θα πρέπει να κλείνει τη συνέντευξη αφήνοντας στον ασθενή και την οικογένειά του την αίσθηση ότι κάθε στόχος μπορεί να είναι επιθυμητός και η ελπίδα μπορεί να παραμένει ζωντανή. Αυτό επιτυγχάνεται με τις εκφράσεις, «Θα ήθελα να έχω καλύτερα νέα.....», «Θα ήθελα να είχαμε καλύτερη ανταπόκριση στη θεραπεία», «Εύχομαι τα πράγματα να έχουν βελτιωθεί προς το καλύτερο στην επόμενη συνεδρία».

BALANCE. Είναι το πρωτόκολλο το οποίο πρέπει να τίθεται σε εφαρμογή στις περιπτώσεις που η επικοινωνία κατά την ιατρική συνάντηση δυσχεραίνεται λόγω διαπολιτισμικών διαφορών. Εξαιτίας της μεγάλης ροής που σημειώνεται τα τελευταία χρόνια στις μετακινήσεις των πληθυσμών, είναι φυσικό να επηρεάζεται η σύσταση των κοινωνιών με απώτερες συνέπειες στους περισσότερους τομείς της καθημερινότητας των ατόμων. Η πολυπολιτισμικότητα των σύγχρονων κοινωνιών δε θα μπορούσε να αφήσει ανεπηρέαστο και τον υγειονομικό τομέα.

Οι διαφορετικές αξίες, αντιλήψεις, στάσεις, θεραπευτικές πρακτικές, θρησκευτικές πεποιθήσεις και γενικότερα οι διαφορετικές εκφάνσεις της κουλτούρας κάθε λαού συνοδεύουν τα άτομα πέρα από τα σύνορα της δικής τους πατρίδας και επιδρούν στον τρόπο που κατανοούν την υγεία και την ασθένεια. Η ικανότητα του γιατρού να μπορεί να ανταποκρίνεται στις προκλήσεις που πηγάζουν από τις πολιτισμικές διαφορές με τους ασθενείς και τους συγγενείς τους απαιτεί την απόκτηση ενός συνόλου από γνώσεις, στάσεις και δεξιότητες. Ο σεβασμός της πολιτισμικής ιδιομορφίας είναι το κλειδί για μια επιτυχημένη θεραπευτική σχέση. Προκειμένου ο γιατρός να κατανοήσει τις ιδιαιτερότητες των ασθενών που προέρχονται από διαφορετικό κοινωνικό και πολιτισμικό περιβάλλον και να τους προσφέρει ένα εξατομικευμένο θεραπευτικό πλάνο, πρέπει να εφαρμόζει το πρωτόκολλο BALANCE. Σύμφωνα με αυτό ορίζεται ότι η λήψη του ιατρικού ιστορικού πρέπει να

γίνεται με τέτοιο τρόπο που να συγκεντρώνονται χρήσιμες πληροφορίες για διαφορετικούς τομείς της ζωής του ασθενή, όπως:

B- BELIEFS and VALUES. Ο γιατρός πρέπει να ενημερώνεται για τις αξίες και τις αντιλήψεις των ασθενών γύρω από την υγεία και την ασθένεια, καθώς είναι παράγοντες που θα καθορίσουν σε μεγάλο βαθμό την ανταπόκρισή τους στη θεραπεία και την επιτυχία του θεραπευτικού σχεδίου.

A- AMBIENCE. Εξίσου σημαντικές είναι οι πληροφορίες που σχετίζονται με τις συνθήκες διαβίωσης και την οικογενειακή κατάσταση του ασθενή και δεν πρέπει να παραλείπονται κατά τη λήψη του ιατρικού ιστορικού.

L- LANGUAGE and HEALTH LITERACY. Το επίπεδο αλφαριθμητισμού στην υγεία και η ικανότητα κατανόησης της γλώσσας είναι επίσης δύο πολύ σημαντικές πτυχές που πρέπει να διερευνώνται κατά την ιατρική συνέντευξη, ώστε αυτή να προσαρμόζεται στις ανάγκες του ασθενή και να δημιουργούνται εξ αρχής οι προϋποθέσεις για μία αποτελεσματική συζήτηση.

A- AFFILIATIONS. Οι θρησκευτικές και πνευματικές πεποιθήσεις, καθώς και η διατήρηση δεσμών με διάφορες οργανώσεις ή συλλόγους που καθοδηγούν συνήθως τα άτομα που προέρχονται από περιβάλλοντα με διαφορετική κουλτούρα καλό είναι ο γιατρός να τα γνωρίζει διότι μπορεί να επηρεάσουν δυσμενώς τη συμμόρφωση του ασθενή στη θεραπεία.

N- NETWORK. Ο γιατρός θα πρέπει επίσης να γνωρίζει για οποιοδήποτε βοήθεια παρέχεται στον ασθενή από συστήματα κοινωνικής υποστήριξης.

C-CHALLENGES. Πρέπει να παρέχονται έγκυρες πληροφορίες σχετικά με πτυχές της καθημερινότητας του ασθενή όπως εργασία, μόνιμη κατοικία, συνθήκες ζωής, καθώς είναι παράγοντες που επηρεάζουν τη συνέπεια των προγραμματισμένων ιατρικών συναντήσεων και τη δυνατότητα τήρησης του θεραπευτικού σχεδίου.

E-ECONOMICS. Η οικονομική κατάσταση των ασθενών αυτών σαφώς και πρέπει να ελέγχεται, ώστε να προσαρμόζεται το διαγνωστικό και θεραπευτικό κομμάτι ανάλογα με τις δυνατότητες τους ή όταν δε μπορούν οι ίδιοι να καλύψουν το κόστος, να αναζητούνται άλλες πηγές χρηματοδότησης.

7.4 Οδηγοί παρατήρησης

Από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα ένας μεγάλος αριθμός ερευνητών προερχόμενων από ποικίλους επιστημονικούς κλάδους, συμπεριλαμβανομένου και του S. Freud,

εκδήλωσαν ενδιαφέρον για τη μελέτη της σχέσης γιατρού-ασθενή. Χρησιμοποίησαν διαφορετικές στρατηγικές μελέτης και ανάλυσης της συνάντησης και κατέληξαν στη δημιουργία διαφορετικών μοντέλων οργάνωσης και αξιολόγησης της διαβούλευσης. Αρχικά τα μοντέλα αυτά αποτελούσαν περισσότερο κοινωνικοπολιτισμικό προϊόν και εξέφραζαν τις ατομικές αξίες και θεωρήσεις των μελετητών. Με την πάροδο των ετών όμως, εξελίχθηκαν και προσαρμόστηκαν στις απαιτήσεις των σύγχρονων κοινωνιών και τα νέα δεδομένα που χαρακτηρίζουν τις υπηρεσίες παροχής υγειονομικής φροντίδας. Τα μοντέλα διαβούλευσης δεν είναι κανόνες, αλλά βοηθήματα μάθησης για τους γιατρούς ώστε να αναπτύξουν τις ατομικές επικοινωνιακές τους δεξιότητες. Αποτελούν έναν ατομικό εσωτερικό οδηγό καθοδήγησης κατά τη διάρκεια της ιατρικής συνέντευξης που μπορεί να συνδυάζει διαφορετικές τεχνικές από διαφορετικά μοντέλα με απώτερο στόχο την αποτελεσματικότερη έκβαση της ιατρικής συζήτησης και την ικανότητα διαχείρισης προβληματικών διαβουλεύσεων.

Αποτελούν επίσης έναν χρήσιμο οδηγό οργάνωσης, διαμόρφωσης και αξιολόγησης των εκπαιδευτικών προγραμμάτων επικοινωνίας. Οι οδηγοί παρατήρησης διακρίνονται σε δύο βασικές κατηγορίες ανάλογα με το αν εστιάζουν στη φροντίδα ή τη θεραπεία. Παράλληλα, διαφοροποιούνται ως προς την αξιοπιστία, την καταλληλότητα, την εγκυρότητα, τη στρατηγική παρατήρησης και τις παραμέτρους της επικοινωνιακής συμπεριφοράς. Επειδή η χρήση αυτών των οδηγών δεν είναι εύκολη και μπορεί να επηρεάσει τα αποτελέσματα της διαδικασίας, θα πρέπει να επιλέγονται με βάση τις ανάγκες και τους στόχους της εκπαίδευσης, τη διαθεσιμότητα και την αξιοπιστία της μεθόδου. Οι πιο διαδεδομένοι οδηγοί παρατήρησης που χρησιμοποιούνται για τη διδασκαλία, τη χρήση και την αξιολόγηση των δεξιοτήτων επικοινωνίας στην ιατρική είναι ο Οδηγός παρατήρησης Calgary-Cambridge (Kurtz et al., 2005) και το πλαίσιο SEGUE (Makoul, 2001). Και οι δύο είναι πλήρως εναρμονισμένοι με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες και έχουν σαν στόχο να εντάξουν λειτουργικά την επικοινωνία στην ιατρική συνέντευξη (Makoul, 2001).

7.4.1 Οδηγός παρατήρησης CALGARY- CAMBRIDGE

Το πλαίσιο της μεθόδου Calgary - Cambridge περιλαμβάνει επτά βασικά καθήκοντα στα οποία οι ειδικευόμενοι και οι ειδικευμένοι γιατροί πρέπει να είναι

εκπαιδευμένοι, ώστε να μπορούν να στηρίξουν μία αποτελεσματική ιατρική συνέντευξη. Η έναρξη, η συγκέντρωση των πληροφοριών, η φυσική εξέταση, ο προγραμματισμός, οι επεξηγήσεις και το κλείσιμο της διαβούλευσης είναι καθήκοντα που πρέπει να εφαρμόζονται και να αλληλοδιαδέχονται το ένα το άλλο, ώστε να εξασφαλίζεται μία λογική ροή της συνάντησης. Παράλληλα, καθ' όλη τη διάρκεια της συνέντευξης ο γιατρός έχει άλλα δύο καθήκοντα, να εξασφαλίζει συγκεκριμένη δομή στη συνέντευξη και να καλλιεργεί την ανάπτυξη και την εδραίωση σχέσης εμπιστοσύνης με τον ασθενή. Καθένα από αυτά τα επτά βασικά καθήκοντα παρακάτω αναλύεται και συγκεκριμενοποιείται ως προς το περιεχόμενό του.

Η έναρξη περιλαμβάνει τη φάση της προετοιμασίας της ιατρικής συνεδρίας, τη θεμελίωση μίας πρώτης ικανοποιητικής επαφής με τον ασθενή και τον προσδιορισμό του λόγου της επίσκεψης. Στη συνέχεια η συλλογή των πληροφοριών περιλαμβάνει την ανίχνευση των προβλημάτων του ασθενή και ο γιατρός πρέπει να λαμβάνει υπόψη τόσο τη βιοϊατρική όσο και την υποκειμενική διάσταση της ασθένειας, όπως αυτή ερμηνεύεται από τον ασθενή, με ταυτόχρονη διερεύνηση του υπόβαθρου και του ατομικού πλαισίου του ασθενή. Ακολούθως, η φυσική εξέταση πραγματοποιείται με βάση τις αρχές και τους κανόνες της ιατρικής επιστήμης με επιπλέον μέλημα την πρόληψη των συστολών και του αισθήματος αβεβαιότητας του ασθενή. Η φάση της επεξήγησης και του σχεδιασμού περιλαμβάνει την παροχή ποιοτικών πληροφοριών, με σεβασμό στην υποκειμενική διάσταση της νόσου και με τρόπο που να επιτυγχάνεται η κατανόησή τους από τον ασθενή. Οι αποφάσεις και ο σχεδιασμός της θεραπείας θα πρέπει να γίνονται από κοινού και θα πρέπει πάντα να εντοπίζεται η κατάλληλη στιγμή για την ολοκλήρωση της συνέντευξης και τον επαναπρογραμματισμό της ιατρικής συνάντησης.

Κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της διαβούλευσης ο οδηγός παρατήρησης Calgary-Cambridge ορίζει ότι ο γιατρός πρέπει να δίνει ιδιαίτερη προσοχή στη ροή της συζήτησης για να εξασφαλίζεται αποτελεσματική δομή, ενώ για την ανάπτυξη μίας αποτελεσματικής σχέσης συστήνει τη χρήση διαφόρων μορφών της μη λεκτικής επικοινωνίας και την ενεργό συμμετοχή του ασθενή στην επικοινωνιακή διαδικασία και την τελική απόφαση (Makoul, 2001). Το 2002 δημοσιεύτηκε η αναθεωρημένη έκδοση του μοντέλου Calgary- Cambridge το οποίο συνδυάζει την παραδοσιακή μέθοδο λήψης του ιατρικού ιστορικού με την εφαρμογή των κατάλληλων τεχνικών και δεξιοτήτων επικοινωνίας, ώστε να εξασφαλίζεται μία επιτυχημένη και αποτελεσματική επικοινωνιακή διαδικασία ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή

(Kurtz et al., 2003). Επίσης, το μοντέλο αυτό έχει προσαρμοστεί για να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις των συνεντεύξεων με παιδιατρικούς ασθενείς (Howells et al., 2010), καθώς και για τις ανάγκες της κτηνιατρικής.

7.4.2 Το πλαίσιο SEGUE

Το Συμβούλιο Πιστοποίησης Πτυχιούχων Ιατρικής Εκπαίδευσης (ACGME) καθόρισε έξι βασικές δεξιότητες τις οποίες πρέπει να διαθέτουν οι ειδικευόμενοι και οι ειδικευμένοι γιατροί και βάσει αυτών να αξιολογούνται ως προς την αξιόπιστη και έγκυρη αποτελεσματικότητα της ιατρικής πρακτικής. Το πλαίσιο SEGUE που δημιουργήθηκε από το ACGME είναι ένα από τα πιο δημοφιλή εργαλεία για την αξιολόγηση των τεχνικών ιατρικής συνέντευξης και χρησιμοποιείται από τις περισσότερες ιατρικές σχολές. Η εκπαίδευση στην προσέγγιση του ασθενή κατά SEGUE περιλαμβάνει μία κλίμακα από οδηγίες δομημένες σε μορφή λίστας για να διευκολύνεται η αξιολόγηση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων κατά την ιατρική εκπαίδευση. Αρχικά περιλαμβάνει το χαιρετισμό του ασθενή, τον καθορισμό της ατζέντας της επίσκεψης, τον ορισμό του πλαισίου της συνάντησης, καθώς και τη δημιουργία των κατάλληλων προϋποθέσεων για την εξασφάλιση της ιδιωτικότητας της συνάντησης και της δημιουργίας ανθρώπινης επαφής.

Στη δεύτερη φάση εντάσσεται η απόσπαση των πληροφοριών από τον ασθενή και η διερεύνηση της δικής του οπτικής για την προοπτική και την εμπειρία της ασθένειάς του. Για την αποτελεσματικότερη επικοινωνιακή διαδικασία ο γιατρός πρέπει να υιοθετεί την ανθρωποκεντρική προσέγγιση του ασθενή και να εξετάζει παράλληλα με τη βιοϊατρική και τη βιολογική, ψυχοκοινωνική και συναισθηματική διάσταση της ασθένειας. Επίσης, μέλημα του γιατρού πρέπει να αποτελεί η δημιουργία κλίματος ασφάλειας και εμπιστοσύνης. Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από την ολοκληρωμένη κατάρτιση και την εφαρμογή διαφορετικών επικοινωνιακών τεχνικών κατά τη συνέντευξη, όπως τη χρήση ανοιχτών ερωτήσεων, την ενθάρρυνση για ενεργό συμμετοχή, την ανατροφοδότηση για τον έλεγχο του επιπέδου κατανόησης των πληροφοριών που δίνονται στον ασθενή, τη διερεύνηση του ψυχικού του κόσμου και τη διαχείριση δυσάρεστων συναισθημάτων, τον έλεγχο του βαθμού που η ασθένεια επηρεάζει την καθημερινότητα του πάσχοντα, αλλά και τη συζήτηση γύρω από προηγούμενες απόπειρες θεραπευτικής αποκατάστασης.

Η αμέριστη προσοχή του γιατρού προς τον ασθενή, η φροντίδα με ενσυναίσθηση, η αξιολόγηση του γνωστικού επιπέδου και η αντίστοιχη παροχή πληροφοριών ανάλογα πάντα με την επιθυμία του ασθενή για τον όγκο της ενημέρωσης που θέλει να λαμβάνει είναι σημαντικές παράμετροι για τη δημιουργία μίας ειλικρινούς σχέσης. Επίσης, ο σεβασμός μεταξύ των συνομιλητών, η τήρηση μικρού χρόνου αναμονής κατά την ιατρική επίσκεψη, η ανακεφαλαίωση των σημαντικότερων σημείων της συζήτησης, ο σχεδιασμός του θεραπευτικού πλάνου και η από κοινού λήψη αποφάσεων αποτελούν για το πλαίσιο SEGUE τους βασικούς άξονες για μία αποτελεσματική επικοινωνία και την εδραίωση ισχυρού θεραπευτικού δεσμού ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή (Makoul, 2001). Το πλαίσιο εκπαίδευσης SEGUE συμβάλλει στην ανάπτυξη επικοινωνιακών δεξιοτήτων και δίνει στο γιατρό τα παρακάτω πλεονεκτήματα κατά τη συνεδρία:

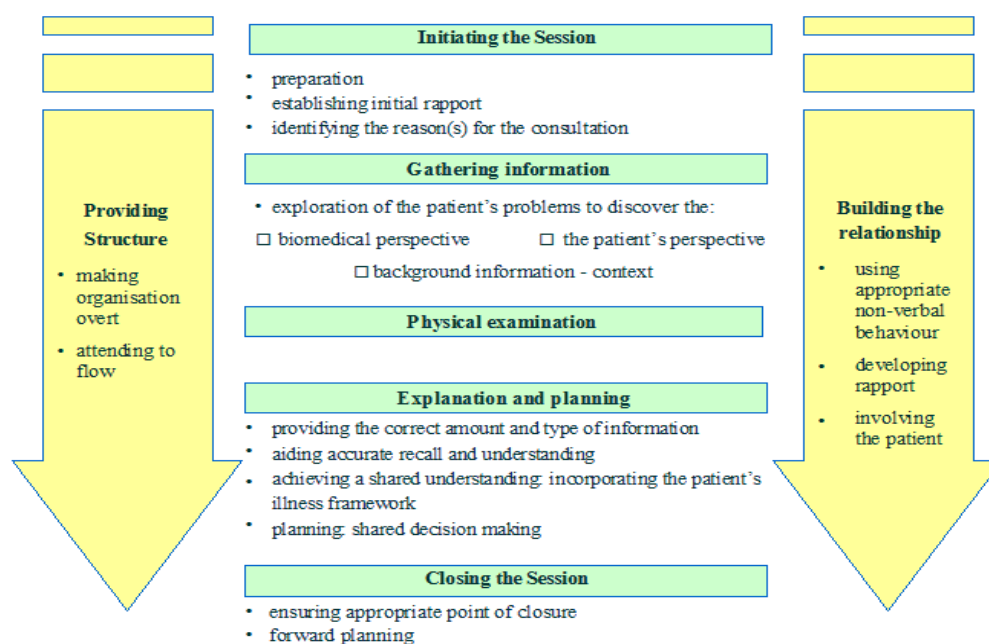
- Να αποδέχεται τον ασθενή.
- Να δημιουργεί κλίμα εμπιστοσύνης.
- Να πετυχαίνει καλύτερη συνεργασία με τον ασθενή.
- Να αποκωδικοποιεί σωστά τα μηνύματα των ασθενών.
- Να αποφεύγει τις παρερμηνείες που αναπόφευκτα γεννούν παρεξηγήσεις.
- Να κερδίζει την ανταπόκριση των ασθενών.
- Να νιώθει ότι ελέγχει αυτό που κάνει.
- Να σκέφτεται καθαρά χωρίς να παρασύρεται συναισθηματικά.
- Να γίνεται πιο μεθοδικός.
- Να κερδίζει την προσοχή και την εκτίμηση του ασθενή.

Παράλληλα, έχουν αναπτυχθεί και άλλοι οδηγοί παρατήρησης όπως το Maastricht Maas Global (Van Thiel & Van Dalen 1995), που αποτελεί ένα εργαλείο για την αξιολόγηση της επικοινωνίας και των κλινικών δεξιοτήτων των ιατρών κατά τη διαβούλευση. Επίσης, ο οδηγός διαβούλευσης, The Four Habits Approach to Effective Clinical Communication (Permanente Medical Group 1999) ή αλλιώς Η Προσέγγιση Των Τεσσάρων Συνηθειών Στην Αποτελεσματική Κλινική Επικοινωνία, που αποτελεί το επίκεντρο μιας προσέγγισης ενός μεγάλου οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης στις Η.Π.Α., του Kaiser Permanente, για την ενίσχυση της κλινικής επικοινωνίας και των δεξιοτήτων της στους κλινικούς γιατρούς. Απώτερος στόχος της συγκεκριμένης προσέγγισης είναι η δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης, η διευκόλυνση της αποτελεσματικής ανταλλαγής πληροφοριών, η επίδειξη φροντίδας και ανησυχίας και η αύξηση της πιθανότητας συμμόρφωσης, καθώς και των θετικών

αποτελεσμάτων της υγείας. Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη προσέγγιση οι γιατροί θα πρέπει να:

- Επενδύουν στον τρόπο έναρξης της συνεδρίας.
- Προωθούν την αντίληψη και την προοπτική του ασθενή.
- Επιδεικνύουν Ενσυναίσθηση.
- Επενδύουν στο κλείσιμο της διαβούλευσης.

Επιπρόσθετα, το Ινστιτούτο της Bayer διεξάγει εκτεταμένα προγράμματα τα οποία είναι σχεδιασμένα για τη βελτίωση της ποιότητας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Η ποιότητα αυτή επιτυγχάνεται μέσα από την προώθηση της αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ γιατρού-ασθενή. Έτσι, το Bayer Institute for Health Care Communication E4 Model (Keller & Carroll 1994) ή Έντυπο E4 της Υπηρεσίας Υγείας της Bayer στοχεύει στην εξυγίανση των υπηρεσιών παροχής υγειονομικής φροντίδας (Keller & Carroll, 1994). Τέλος, ο οδηγός παρατήρησης Kalamazoo, ορίζει τα βασικά στοιχεία επικοινωνίας στις ιατρικές συναντήσεις. Σύμφωνα με το συγκεκριμένο μοντέλο η δημιουργία ισχυρού θεραπευτικού δεσμού αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ γιατρού-ασθενή. Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από την ασθενοκεντρική προσέγγιση και την έμφαση στην εμπειρία της ασθένειας (Makoul, 2001).



1.2 Διάγραμμα Οδηγός παρατήρησης Calgary- Cambridge

7.5 Επικοινωνία γιατρού-ασθενή και ιατρικά λάθη

Ένα μεγάλο κεφάλαιο της ιατρικής πρακτικής είναι τα ιατρικά λάθη. Το ιατρικό λάθος χρονολογείται από αρχαιοτάτων χρόνων και είναι συνδεδεμένο με την άσκηση της ιατρικής πράξης. Ένα μικρό ποσοστό λαθών εξαρτάται από αντικειμενικές και υποκειμενικές συνθήκες και είναι θεωρητικά και πρακτικά αναπόφευκτο. Τα ιατρικά σφάλματα αποτελούν ζήτημα δημόσιας υγείας με ατομικές, ηθικές, κοινωνικές και νομικές συνέπειες και έχουν σοβαρές επιπτώσεις στην ασφάλεια των ασθενών και την αποκατάσταση της υγείας τους που μπορεί να κυμαίνεται από την επιδείνωση της ποιότητας της ζωής τους, την αύξηση της μέσης διάρκειας νοσηλείας ή ακόμα και το θάνατο. Στις μέρες μας η καταγραφή ιατρικών λαθών είναι ένα φαινόμενο με παγκόσμιες διαστάσεις, ενώ αίσθηση προκαλεί το γεγονός ότι οι δομές παροχής φροντίδας υγείας κατά τον 21^ο αιώνα αποτελούν ένα παράδοξο συνδυασμό υπερσύγχρονων τεχνολογικών επιτευγμάτων που σώζουν ζωές και δυνητικών σφαλμάτων απειλητικών για τη ζωή (Gantt & Webb-Corbett, 2010).

Ως ιατρικό σφάλμα ορίζεται η αδυναμία μιας προγραμματισμένης ενέργειας να ολοκληρωθεί όπως αναμένεται ή η χρήση ενός λάθους σχεδιασμού προκειμένου να επιτευχθεί ένας στόχος (Institute of Medicine, 1999). Σύμφωνα με το Ελληνικό Ιατρικό Δίκαιο, το ιατρικό σφάλμα είναι η υπολειπόμενη της επιβαλλόμενης στο επάγγελμα και στη συγκεκριμένη περίπτωση επιμέλειας κατά την άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, επειδή ο γιατρός δεν τηρεί το επαγγελματικό του standard ή επειδή παραβιάζει του κανόνες της ιατρικής επιστήμης και τέχνης. Ως ιατρικό standard νοείται το σύνολο των προδιαγραφών ποιότητας και ασφάλειας στις οποίες πρέπει να ανταποκρίνεται η παροχή ιατρικών υπηρεσιών (Φουντεδάκη, 2003).

Τα ιατρικά λάθη περιλαμβάνουν την κακή άσκηση της ιατρικής πρακτικής, τις παρενέργειες των φαρμάκων, τις ιατρικές επεμβάσεις και τον ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και μπορούν να συμβούν σε όλα τα στάδια της κλινικής πρακτικής (Σίμου, 2017). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση ένας μεγάλος αριθμός λαθών οφείλεται στην κακή επικοινωνία τόσο μεταξύ του γιατρού και του ασθενή, όσο και μεταξύ των ατόμων της διεπιστημονικής ομάδας και αποδίδονται στη λανθασμένη πρακτική που ακολουθείται κατά τη διαδικασία διάχυσης της πληροφορίας. Το περιβάλλον παροχής υγειονομικής φροντίδας χαρακτηρίζεται από συναισθηματική

πίεση, έλλειψη χρόνου, ένταση, ελλιπή επικοινωνία, ελλειμματική εκπαίδευση σε επικοινωνιακές τεχνικές, έλλειψη υποδομών και κατάλληλου εξοπλισμού. Επικρατεί λοιπόν η αντίληψη ότι ακόμα και ο πιο καταρτισμένος γιατρός πιθανόν θα υποπέσει σε κάποιο ιατρικό σφάλμα κατά τη διάρκεια της θητείας του, καθώς το περιβάλλον στο οποίο εργάζεται είναι σχεδιασμένο και διαμορφωμένο με τρόπο που προκαλεί το λάθος (Leonard et al., 2004).

Τα ιατρικά σφάλματα στο σύνολό τους αποτελούν σημαντική αιτία πρόκλησης σωματικής βλάβης, αναπηρίας ή θανάτου και επηρεάζουν έναν στους δέκα ασθενείς σε παγκόσμιο επίπεδο. Σύμφωνα με σχετικό άρθρο του έγκυρου επιστημονικού περιοδικού British Medical Journal (BMJ), στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής τα ιατρικά λάθη αποτέλεσαν το 2013 την τρίτη αιτία θανάτου μετά τις καρδιαγγειακές παθήσεις και τον καρκίνο (Makary & Daniel, 2016), ενώ σχετική έκθεση της Οργάνωσης για την Έρευνα και την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας (2002) παρουσίασε ότι 7.000 πεθαίνουν ετησίως από λανθασμένη φαρμακευτική αγωγή, ποσοστό κατά 16% μεγαλύτερο από τα εργατικά ατυχήματα. Τα δεδομένα σχετικά με την καταγραφή ιατρικών λαθών στην Ευρωπαϊκή Ένωση όπως αυτά προκύπτουν από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, δείχνουν ότι τα ιατρικά λάθη που σχετίζονται με ανεπιθύμητες ενέργειες και αφορούν νοσηλεύόμενους ασθενείς κυμαίνονται σταθερά από 8% έως 12%. Από τα στοιχεία του Υπουργείου Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου στην έκθεσή του για το 2000 « An organisation with a memory» παρατηρείται ότι καταγράφηκαν περίπου 10.000 σοβαρές παρενέργειες εξαιτίας της φαρμακευτικής αγωγής (Vincent, 2003).

Στην Ελλάδα το Ευρωβαρόμετρο για τα ιατρικά λάθη (Eurobaromet, 2006), κατέγραψε ότι ποσοστό της τάξης του 13% των Ελλήνων έχει υποστεί κάποιο ιατρικό σφάλμα στο νοσοκομείο, περίπου 200 ασθενείς παθαίνουν κάποια σοβαρή βλάβη, ενώ 20 έως 30 ασθενείς καταλήγουν στο θάνατο. Τα στοιχεία αυτά δεν αποτελούν επίσημα καταγεγραμμένα στατιστικά στοιχεία, παρόλα αυτά γίνεται μία φιλότιμη προσπάθεια και στη χώρα μας για την καταγραφή των ιατρικών λαθών μέσω του συστήματος ανίχνευσης, οικειοθελούς αναφοράς και ανάλυσης ανεπιθύμητων περιστατικών (M.E.R.I.S.) από το τμήμα Οικονομικής Επιστήμης του Πανεπιστημίου Πειραιά (Παναγιώτου, 2015). Είναι θεαματικό σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα (Gleason et all., 2010) ότι το ένα τρίτο των ασθενών από αυτούς που νοσηλεύονται, έρχεται αντιμέτωπο με κάποιο ιατρικό λάθος κατά τη διάρκεια παραμονής του στο

νοσηλευτικό ίδρυμα, με το 25% των σφαλμάτων να αποδίδεται σε κακή επικοινωνία κατά τη διαδικασία λήψης του ιατρικού ιστορικού (Σίμου, 2017; Gleason et al., 2010).

Το φαινόμενο των ιατρικών σφαλμάτων πέρα από το κόστος σε ανθρώπινες ζωές και το ψυχολογικό κόστος, έχει επιπρόσθετα και τεράστιο κοινωνικό και οικονομικό κόστος. Πιο συγκεκριμένα, στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής το συνολικό κόστος που προέρχεται από τα ιατρικά λάθη υπολογίζεται ότι αγγίζει τα 17 με 19 δισεκατομμύρια δολάρια το χρόνο. Τα ιατρικά λάθη που προκαλούνται από τη μη αποτελεσματική επικοινωνία του γιατρού με τους ασθενείς είναι υπεύθυνα για την αποτυχημένη θεραπευτική σχέση και την κακή έκβαση στη πορεία της νόσου, για μικρότερη πειθαρχία στις θεραπευτικές οδηγίες, για υψηλότερες πιθανότητες υποτροπών της νόσου και επαναεισαγωγών στο νοσοκομείο, καθώς και για περισσότερες περιπτώσεις επείγουσας νοσηλείας. Παράλληλα, οι ασθενείς παύουν να εμπιστεύονται το σύστημα υγείας και καλλιεργείται το αίσθημα του ανικανοποίητου από τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας τόσο για τους ασθενείς όσο και για τους επαγγελματίες υγείας (Halbach & Sullivan, 2005).

Τις τελευταίες δεκαετίες το φαινόμενο των ιατρικών σφαλμάτων έχει πάρει ανησυχητικές διαστάσεις και παρατηρείται ότι όλο ένα και μεγαλύτερος αριθμός ασθενών και συγγενών τους προσφεύγουν στη δικαιοσύνη. Οι ασθενείς έρχονται σε αντιδικία με το γιατρό όταν νιώθουν ότι δεν λαμβάνουν τη δέουσα προσοχή, δεν αντιμετωπίζονται με ευαισθησία και απουσιάζει η ειλικρινής και ανθρώπινη προσέγγιση σε περιπτώσεις επιπλοκών, δεν τους παρέχεται επαρκής πληροφόρηση και δεν αφιερώνεται ο χρόνος που οι ίδιοι επιθυμούν κατά την ιατρική συνεδρία. Η καταγγελία ενός ιατρικού σφάλματος είναι μία υπαρκτή απειλή για κάθε γιατρό με τεράστιες ψυχικές επιπτώσεις και σοβαρό αντίκτυπο στην επαγγελματική του πορεία. Με βάση τα αμερικανικά δεδομένα οι ειδικότητες που εμφανίζονται να αντιμετωπίζουν αυξημένο κίνδυνο καταγγελιών είναι η χειρουργική, η μαιευτική-γυναικολογία και η γενική ιατρική. Ο φόβος μίας επικείμενης δικαστικής διαμάχης οδηγεί πολλούς γιατρούς να υιοθετήσουν την «αμυντική ιατρική», τακτική η οποία απέχει κατά πολύ από τις αρχές της ανθρωποκεντρικής ιατρικής στην καθημερινή άσκηση της ιατρικής τέχνης (Vincent et al., 1994).

Είναι εντυπωσιακό το γεγονός ότι γιατροί που εμπλέκονται σε δικαστικές διαμάχες λόγω ιατρικών λαθών που οφείλονται σε μη αποτελεσματική επικοινωνία με τους ασθενείς και τους συγγενείς τους, έχουν διπλάσιες πιθανότητες να συνεχίσουν να δυσαρεστούν τους ασθενείς και στο μέλλον και να βρεθούν και πάλι αντιμέτωποι με τη δικαιοσύνη. Αυτό αποδίδεται στο ιδιαίτερο επικοινωνιακό ύφος του κάθε γιατρού το οποίο επαναλαμβάνεται ανεξάρτητα από τον ασθενή που έχει απέναντί του (Roter et al., 1997). Η αδυναμία των γιατρών να αντιληφθούν τις πεποιθήσεις των ασθενών και την προοπτική για την ασθένεια, η αντιμετώπισή τους ως ακόμα ένα περιστατικό και η ελλιπής ενημέρωση είναι στοιχεία που συχνά οδηγούν σε αγωγές προς τους γιατρούς.

Στη μελέτη του Beckman και των συνεργατών του που εξέτασε τις έγγραφες καταθέσεις των εναγόντων ασθενών για τα ιατρικά λάθη, φάνηκε ότι σε ποσοστό πάνω από 70% υποκρύπτονταν επικοινωνιακά προβλήματα. Άλλα προβλήματα που εντοπίστηκαν ήταν η απαξίωση των απόψεων του ασθενή και των συγγενών του, η αδυναμία των γιατρών να κατανοήσουν τις προσδοκίες τους, η ελλιπής πληροφόρηση και η εγκατάλειψη των ασθενών μετά το ιατρικό σφάλμα (Beckman et al., 1994). Σε άλλες πάλι μεταγενέστερες μελέτες φάνηκε ότι μεγάλος αριθμός ασθενών ή των συγγενών τους όταν τους ζητείται η έγγραφη συγκατάθεσή τους για ιατρικές πράξεις που προστάζει το πρόβλημα της υγείας τους, στερείται επαρκούς πληροφόρησης σχετικά με τα προσδοκώμενα οφέλη και τις πιθανές επιπλοκές των πράξεων αυτών και σπάνια η υπογραφή τους αποτελεί προϊόν συνειδητής επιλογής (Τζαβέλα, 2010).

Κατά την άσκηση της ιατρικής είναι ξεκάθαρο ότι μπορεί να προκληθεί κάποιο ιατρικό λάθος. Είναι δυνατόν να συμβεί σε οποιαδήποτε φάση της κλινικής πρακτικής και να επηρεάσει πολλά στάδια της θεραπευτικής διαδικασίας. Η εξατομικευμένη προσέγγιση των ασθενών και η αποτελεσματική επικοινωνία αποτελεί το κλειδί για την πρόληψη πολλών ιατρικών λαθών, ενώ η επαρκής και έγκαιρη πληροφόρηση όταν αυτά συμβαίνουν είναι ο καλύτερος τρόπος για την αντιμετώπισή τους. Η υιοθέτηση της ανθρωποκεντρικής ιατρικής αποτελεί επιτακτική ανάγκη και ηθική επιταγή απέναντι στους ασθενείς. Η λεπτομερής καταγραφή του ιατρικού ιστορικού, η κατανόηση των αξιών, των πεποιθήσεων και των προσδοκιών των ασθενών, η αντίληψη της εμπειρίας της νόσου υπό το πρίσμα των ασθενών, η επαρκής πληροφόρηση, η προσεκτική συμπλήρωση του ηλεκτρονικού φακέλου, η ανατροφοδότηση, η προσέγγιση με ενσυναίσθηση, ο σεβασμός της προσωπικότητας

του ασθενή, καθώς και η συμμετοχή του στο σχεδιασμό του θεραπευτικού σχήματος είναι σημαντικές παράμετροι. Η καθεμία ξεχωριστά και όλες μαζί στο σύνολό τους έχουν παράπλευρο όφελος τη μείωση των ιατρικών λαθών και ουσιαστικά εξασφαλίζουν την παροχή ποιοτικής ιατρικής φροντίδας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8ο

Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΔΥΣΑΡΕΣΤΩΝ ΝΕΩΝ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΣΧΕΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΟΥ ΤΕΛΙΚΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

Η ανακοίνωση της διάγνωσης διχάζει και προβληματίζει εδώ και χρόνια την ιατρική επιστημονική κοινότητα, καθώς η αναγγελία της μπορεί να επηρεάσει ποικιλοτρόπως τη θεραπευτική σχέση και την έκβαση του αποτελέσματος. Η επίδρασή της φαίνεται να είναι πιο έντονη όταν αυτή συνοδεύεται από δυσάρεστα νέα. Με τον όρο δυσάρεστα νέα χαρακτηρίζεται κάθε νέα πληροφορία που έχει αντίκτυπο στις προσδοκίες του ατόμου για το παρόν και το μέλλον του. Σύμφωνα με τον Buckman (1992), τον πρώτο ερευνητή που προσδιόρισε την έννοια των άσχημων ειδήσεων, αυτές περιλαμβάνουν οτιδήποτε επηρεάζει αρνητικά τη στάση του ατόμου απέναντι στο μέλλον του (Buckman, 1992). Ένας άλλος ορισμός προσδιορίζει τα δυσάρεστα νέα ως τα νέα που επιδρούν αρνητικά στο γνωστικό, συναισθηματικό και συμπεριφορικό επίπεδο του αποδέκτη (Ptacek & Eberhardt, 1996).

Ως δυσάρεστη είδηση δεν ορίζεται μόνο η διάγνωση ενός ανίατου νοσήματος και απειλητικού για τη ζωή του ασθενή, αλλά μπορεί να αφορά και μία χρόνια ασθένεια, την εξάπλωση ή την υποτροπή μιας νόσου, την αποτυχία του θεραπευτικού σχήματος ή την εμφάνιση παρενεργειών από τη θεραπεία. Η αντίληψη μιας είδησης ως δυσάρεστης και ο αντίκτυπος που θα έχει στη ζωή του ασθενή και της οικογένειάς του, καθορίζεται συνήθως από την απόσταση που υπάρχει μεταξύ της γνώσης του ασθενή για την βαρύτητα της κατάστασης της υγείας του και της πραγματικής βαρύτητας της ασθένειάς του. Συνεπώς, τα άσχημα νέα μπορούν να έχουν διαβαθμίσεις που εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από την προσωπικότητα του ατόμου, τις προηγούμενες εμπειρίες του, το μορφωτικό και κοινωνικό του επίπεδο, τις αξίες και τις θρησκευτικές του πεποιθήσεις. Επιπρόσθετα, μπορούν να διαχωριστούν σε αυτά που επηρεάζουν προσωρινά τη ζωή του ασθενή και σε εκείνα που την επηρεάζουν μακροχρόνια και απειλούν τη ζωή του. Σε κάθε περίπτωση είναι σημαντικό ο γιατρός να διερευνά τις αντιλήψεις και τις προσδοκίες του ασθενή και σύμφωνα με αυτές να εξατομικεύει τον τρόπο ανακοίνωσης των άσχημων ειδήσεων,

διατηρώντας ταυτόχρονα μία ισορροπία ανάμεσα στην ευαισθησία και την ειλικρίνεια.

Για χρόνια επικρατούσε η αντίληψη ότι η ανακοίνωση της διάγνωσης είναι επιβλαβής για τον ασθενή, με αποτέλεσμα οι γιατροί να αποκρύπτουν πληροφορίες που θα μπορούσαν δυνητικά να προκαλέσουν δυσαρέσκεια και επιδείνωση της κατάστασής του. Σύμφωνα με την πατερναλιστική αντίληψη ο γιατρός είχε την απόλυτη δικαιοδοσία να χρησιμοποιεί τις γνώσεις του για τη φροντίδα των ασθενών και να παίρνει όλες τις αποφάσεις χωρίς οι ίδιοι να είναι ενήμεροι για την πραγματική διάσταση της ασθένειάς τους. Από τις αρχές του 1970 ήρθε στο προσκήνιο η ανάγκη πληροφόρησης των ασθενών, η αίτηση ενημερωμένης συναίνεσης και η συμμετοχική λήψη απόφασης. Με τον τρόπο αυτό καθιερώθηκε στις περισσότερες χώρες του δυτικού κόσμου το μοντέλο της ισότιμης σχέσης ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή, στο οποίο ο ασθενής έχει το δικαίωμα της πληροφόρησης για να μπορεί να συμμετέχει ενεργά σε όλη τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας. Στην Ελλάδα σύμφωνα με τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας η μοναδική περίπτωση απόκρυψης της αλήθειας για την κατάσταση της υγείας του ασθενή, είναι όταν ο ίδιος ο ασθενής δεν επιθυμεί να ενημερωθεί (Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, 2005).

Η νομοθετική κατοχύρωση των δικαιωμάτων των ασθενών επέφερε σημαντικές αλλαγές στη σχέση γιατρού-ασθενή, ενώ το αγγλοσαξονικό μοντέλο τείνει να κερδίζει ολοένα και περισσότερο έδαφος. Παρόλα αυτά η επαρκής και έγκυρη πληροφόρηση δεν είναι εξασφαλισμένη κατά την καθημερινή άσκηση της κλινικής πρακτικής και υπάρχει ακόμα και στις μέρες μας η τάση απόκρυψης της πλήρους αλήθειας, κυρίως στην ευαίσθητη πληθυσμιακή ομάδα των ασθενών με καρκίνο (Πολυκανδριώτη, 2011). Ειδικά στον τομέα της ογκολογίας η ανακοίνωση δυσάρεστων ειδήσεων είναι μία δύσκολη και απαιτητική διαδικασία. Μπορεί να αφορά τη διάγνωση, την υποτροπή και τις παρενέργειες του θεραπευτικού πλάνου, καθώς και τη μετάβαση στο τελικό στάδιο και την παρηγορητική θεραπεία και έχει αντίκτυπο τόσο στους ασθενείς όσο και στους γιατρούς.

Σε σχετική μελέτη του 2001 (Ptacek et al., 2001), καταγράφηκε ότι πολλοί γιατροί αποφεύγουν την ανακοίνωση άσχημων ειδήσεων, διότι βιώνουν έντονα συναισθήματα, ενώ ποσοστό 42% των συμμετεχόντων δήλωσε ότι βιώνει συναισθήματα άγχους τα οποία κορυφώνονται κατά τη διεξαγωγή της συνάντησης,

αλλά παραμένουν και μετά το πέρας της συνεδρίας και η διάρκειά τους κυμαίνεται από κάποιες ώρες μέχρι και τρεις ή περισσότερες ημέρες. Κατά την ετήσια συνεδρίαση της Αμερικανικής Εταιρείας Κλινικής Ογκολογίας που πραγματοποιήθηκε το 1998 και έλαβαν μέρος 400 ογκολόγοι, ποσοστό της τάξης του 66% δήλωσε ότι κατά την καθημερινή άσκηση της κλινικής πρακτικής ανακοινώνουν δυσάρεστα νέα περίπου από 5 έως 20 φορές το μήνα, ενώ ποσοστό μεγαλύτερο από 90% θεωρούσε ότι ο τρόπος με τον οποίο πρέπει να διαχειριστούν τα συναισθήματα και τις αντιδράσεις των ασθενών, αποτελεί τη δυσκολότερη πτυχή της διαδικασίας. Ως επιπρόσθετα εμπόδια αναφέρθηκαν οι άσχημες προσωπικές εμπειρίες του γιατρού, η ελλιπής εκπαίδευση, τα συναισθήματα του φόβου και της ενοχής, καθώς και η έλλειψη χρόνου (Back & Curtis, 2002).

Φαίνεται λοιπόν ότι οι γιατροί δεν μπορούν πάντοτε να αντιληφθούν τις συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών, ούτε να διαχειριστούν με ευκολία τις ψυχικές διακυμάνσεις από τις οποίες αυτοί περνούν στο άκουσμα των άσχημων νέων. Το γεγονός αυτό επιδρά στον ψυχισμό του ασθενή και εμποδίζει τη σύναψη ισχυρού θεραπευτικού δεσμού. Ωστόσο, η διαπίστωση αυτή έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα μελετών που σχετίζονται με τη διαδικασία αυτοαξιολόγησης των γιατρών, σύμφωνα με τα οποία οι ίδιοι αξιολογούν θετικά την απόδοσή τους ως προς την ανακοίνωση δυσάρεστων ειδήσεων και νιώθουν ιδιαίτερα ικανοποιημένοι από αυτή. Σε αντίστοιχη διαδικασία αξιολόγησης των γιατρών από τους ασθενείς ως προς τον τρόπο απόδοσης των άσχημων νέων, μεταξύ 148 ογκολογικών ασθενών το 60% ανέφερε ότι αυτή ήταν εξαιρετική ή καλή και το 22% ανέφερε ότι ο γιατρός ήταν νευρικός και διακατέχονταν από ανησυχία. Τέλος, σε μία ποιοτική μελέτη όπου συμμετείχαν 79 ασθενείς με χρόνια νοσήματα και νοσήματα τελικού σταδίου και 68 μέλη των οικογενειών τους, φάνηκε ότι είναι καθοριστικής σημασίας η ανακοίνωση των άσχημων νέων να γίνεται με ενσυναίσθηση και ο γιατρός να είναι πρόθυμος να μιλήσει για το θάνατο, χωρίς όμως να στερεί από τον ασθενή το δικαίωμα να διατηρεί ζωντανή την ελπίδα του (Back & Curtis, 2002; Σίμου, 2017).

Αδιαμφισβήτητα, κάθε πάθηση αποτελεί για τον άνθρωπο μία απειλή, ενώ οι ιδιαιτερότητες που τη χαρακτηρίζουν επηρεάζουν με διαφορετικό τρόπο τα άτομα και τον περίγυρό τους. Ο βαθμός και το εύρος των επιδράσεων μιας δυσάρεστης είδησης στη ζωή και την ψυχολογία των ασθενών εξαρτάται από τη βαρύτητα της νόσου, τον τύπο και το στάδιο που τίθεται η διάγνωση, τις επιλογές θεραπείας, την πρόγνωση της

νόσου, καθώς και από τα στοιχεία που συνθέτουν την προσωπικότητα του αρρώστου και την ικανότητα προσαρμογής του στην ασθένεια. Συνήθως, οι ασθενείς διακατέχονται από άρνηση, άγχος, κατάθλιψη, ενοχές και θυμό. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε ογκολογικούς ασθενείς, οι ίδιοι ανέφεραν ότι τα συναισθήματα που ένιωσαν στο άκουσμα της διάγνωσης του καρκίνου ήταν το σοκ (54%), ο τρόμος (46%), η αποδοχή (40%), η θλίψη (24%) και κάποιοι (15%) ανέφεραν ότι «δεν ανησυχούν». Φάνηκε επίσης, ότι η άσχημη ψυχολογία και η μετέπειτα ταλαιπωρία των ασθενών σχετίζεται με την αρχική εντύπωση που γεννά ο τρόπος ανακοίνωσης της άσχημης είδησης και η συμπεριφορά του γιατρού, ενώ η ικανότητα των γιατρών να επικοινωνούν άσχημα νέα έχει αντίκτυπο στην ανταπόκριση των ασθενών στις απαιτήσεις της ασθένειάς τους, τη διαχείριση της κατάθλιψης, τη διατήρηση της ελπίδας και τη συμμετοχική λήψη αποφάσεων. Σε άλλη πάλι μελέτη οι ασθενείς που αισθάνθηκαν ότι η ικανότητα των γιατρών να χειριστούν τη μετάδοση των άσχημων ειδήσεων κατά την πρώτη συνεδρία ήταν ανεπαρκής, είχαν διπλάσιες πιθανότητες να είναι καταθλιπτικοί και ανήσυχoi σε σχέση με τους ασθενείς που ήταν ικανοποιημένοι.

Κατά το στάδιο της ανακοίνωσης της διάγνωσης η συνειδητοποίηση της ύπαρξης μιας νόσου απειλητικής για τη ζωή του αρρώστου, εγείρει πλήθος συναισθηματικών διαταραχών. Συνήθως, η πρώτη αντίδραση πολλών ασθενών στο άκουσμα των άσχημων νέων είναι το άγχος. Το άγχος αποτελεί φυσιολογική αντίδραση του οργανισμού σε απειλητικά ερεθίσματα. Είναι μία κατάσταση διαφορετικού βαθμού ανησυχίας ή δυσφορίας, ενώ συχνά περιγράφεται ως ένα συναίσθημα ακαθόριστου φόβου. Χαμηλά επίπεδα άγχους βοηθούν τον ασθενή να κινητοποιηθεί για να αντιμετωπίσει τη νέα πραγματικότητα, ενώ το έντονο άγχος παρεμποδίζει και δυσχεραίνει τη διαδικασία προσαρμογής και καθυστερεί την αναζήτηση ιατρικής φροντίδας. Καταστάσεις που εντείνουν την ανασφάλεια και το άγχος των ασθενών σχετίζονται με την αδυναμία αποδοχής της ασθένειάς τους και αναθεώρησης του τρόπου ζωής τους, καθώς και με τη δυσκολία συμμόρφωσης στη θεραπεία και ανακοίνωσης της ασθένειάς τους στο οικογενειακό και κοινωνικό τους περίγυρο.

Παράλληλα, το άγχος για τη σοβαρότητα της νόσου μπορεί να οδηγήσει ορισμένους ασθενείς να αποκρύψουν σημαντικές πληροφορίες για την εμπειρία της ασθένειάς τους και τη συμπτωματολογία της. Επίσης, οι ασθενείς που διακατέχονται από έντονο άγχος δεν είναι σε θέση να αφομοιώσουν την πληροφόρηση που τους

παρέχεται και να κατανοήσουν τις διαστάσεις της νόσου. Ο φόβος της πρόγνωσης, της θεραπευτικής αντιμετώπισης και των παρενεργειών των φαρμάκων, καθώς και των επιπλοκών, μπορούν επίσης να εντείνουν την ανησυχία των ασθενών. Αγχωμένοι ασθενείς μπορεί να μην ανταποκρίνονται με επιτυχία στη θεραπεία ή να εγκαταλείψουν το προτεινόμενο θεραπευτικό σχήμα, ενώ συχνά εμφανίζονται να έχουν μειωμένη αντοχή στον πόνο και να προκαλούν εντατικοποίηση της σωματικής δυσφορίας. Εκτός από το άγχος που προκαλεί η ασθένεια, τα άτομα βιώνουν και υπαρξιακό άγχος εξαιτίας της αβεβαιότητας που γεννά η νέα πραγματικότητα. Ο φόβος του οδυνηρού θανάτου, της επώδυνης εμπειρίας της ασθένειας, της απώλειας του ελέγχου του σώματος και των λειτουργιών του ατόμου, καθώς και ο φόβος απόρριψης και εγκατάλειψης από το οικογενειακό περιβάλλον και τον κοινωνικό περίγυρο είναι καταστάσεις που αυξάνουν τα επίπεδα άγχους των ασθενών και δυσχεραίνουν τη σύναψη ισχυρής θεραπευτικής σχέσης.

Δεν είναι λίγες οι φορές που ο ασθενής στο άκουσμα των δυσάρεστων νέων διακατέχεται από σκέψεις σχετικά με το πώς ο προηγούμενος τρόπος ζωής του μπορεί να επηρέασε την πρόκληση της ασθένειάς του και κατά πόσο έχει και ο ίδιος μερίδιο ευθύνης γιαυτό που του συνέβη. Το αίσθημα ενοχής αδιαμφησβήτητα δημιουργεί άγχος, καλλιέργει όμως και συναισθήματα θυμού. Ο θυμός απορρέει από μία αίσθηση αδικίας, απογοήτευσης και αδυναμίας και μετατίθεται σε διάφορες κατευθύνσεις. Πιο συγκεκριμένα, συναισθήματα θυμού είναι δυνατόν να προκληθούν από την κακή διαχείριση και την ταλαιπωρία από το σύστημα υγείας, από καθυστέρηση της διάγνωσης, την έλλειψη προοπτικής, πιθανές ενδοοικογενειακές συγκρούσεις, την έλλειψη υποστήριξης, καθώς και από την αίσθηση εγκατάλειψης από το Θεό για όσους πιστεύουν. Ο θυμός μπορεί να εκδηλωθεί άμεσα με τους ασθενείς να εμφανίζονται οργισμένοι και δύσπιστοι απέναντι στο θεράποντα γιατρό τους και το υπόλοιπο προσωπικό των συστημάτων παροχής υγειονομικής φροντίδας, δυσχεραίνοντας έτσι τη συνεργασία και τη δημιουργία αποτελεσματικής θεραπευτικής σχέσης. Ταυτόχρονα, ο θυμός δημιουργεί εντάσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις του ασθενή, τον αποξενώνει από το οικογενειακό και φιλικό του περιβάλλον και εντείνει ακόμα περισσότερο την ψυχολογική του φόρτιση. Ο γιατρός θα πρέπει να αναγνωρίζει το θυμό ως φυσική αντίδραση στα πλαίσια της ανακοίνωσης της διάγνωσης και να προσπαθεί να αποκλιμακώσει την ένταση από την οποία

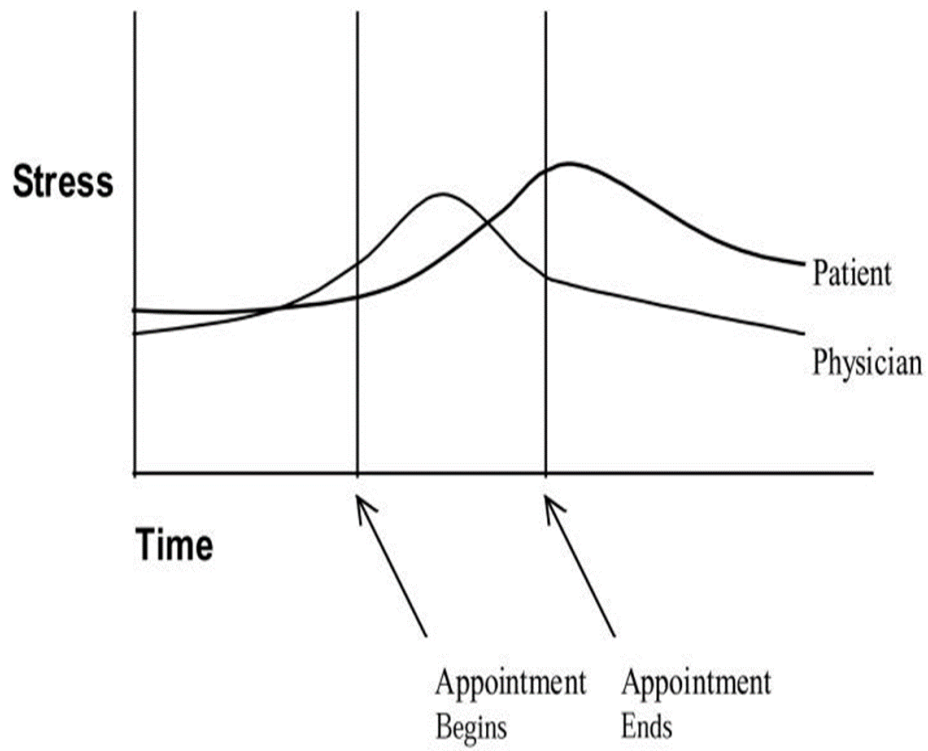
διακατέχεται ο ασθενής προλαμβάνοντας έτσι την αποτυχία της θεραπευτικής προσέγγισης.

Επιπρόσθετες αλλά αναμενόμενες ψυχολογικές αντιδράσεις σε επώδυνα συμβάντα της ζωής και παράλληλα από τις πιο συνηθισμένες αντιδράσεις στη διάγνωση χρόνιων νόσων και πολλών μορφών καρκίνου είναι η θλίψη και η λύπη. Η απώλεια της αυτοεκτίμησης, η απελπισία, το αίσθημα αναξιοσύνης, η ενοχή και ο αυτοκτονικός ιδεασμός συγκαταλέγονται στο ευρύ φάσμα της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας κυρίως των ασθενών που έχουν διαγνωστεί με δυσίατη νόσο. Ο καταθλιπτικός ασθενής μπορεί να βιώσει μία πληθώρα συναισθηματικών αλλαγών στη συμπεριφορά του, να εμφανίσει σημάδια απόσυρσης από οποιαδήποτε ενέργεια διαχείρισης της νόσου, να έχει την τάση να αντιλαμβάνεται μόνο την αρνητική πλευρά των θεμάτων που τον αφορούν και να μη δέχεται καμία προσπάθεια για βοήθεια. Η επίδραση της ασθένειας στη συναισθηματική διάθεση των ασθενών και η ικανότητά της να επηρεάσει τη θεραπευτική σχέση, την ενεργό συμμετοχή στην τελική απόφαση και την έκβαση του θεραπευτικού σχήματος σχετίζεται με την επάρκεια του γιατρού για παροχή ολιστικής φροντίδας υγείας στα πλαίσια του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου (Σίμου, 2017).

Είναι προφανές λοιπόν η ανάγκη για την εκπαίδευση των γιατρών και των υπόλοιπων εργαζομένων στον τομέα παροχής υγειονομικής φροντίδας στην αποτελεσματική επικοινωνία, ώστε να ανταποκρίνονται στο επιδημιολογικό και κοινωνικό προφίλ των σύγχρονων κοινωνιών και στις απαιτήσεις των ασθενών. Οι γιατροί πρέπει να διαθέτουν τις απαραίτητες δεξιότητες προκειμένου να παρέχουν πληροφορίες στους ασθενείς σχετικές με τη διάγνωση, τις θεραπευτικές επιλογές και τους θεραπευτικούς στόχους, τα οφέλη και τις πιθανές επιπλοκές. Επίσης, θα πρέπει να είναι επαρκώς καταρτισμένοι με επικοινωνιακές τεχνικές μετάδοσης δυσάρεστων ειδήσεων, καθώς και με τεχνικές αντιστροφής των αρνητικών συναισθημάτων ή άλλων δύσκολων καταστάσεων που θα προκύψουν κατά τη διεξαγωγή της ιατρικής συνεδρίας, καθώς η κατανόηση των δυσάρεστων αντιδράσεων επιτρέπει στο γιατρό να παρέχει στους ασθενείς αποτελεσματικότερη στήριξη. Οι γιατροί και οι εργαζόμενοι στην παρηγορητική φροντίδα θα πρέπει να λαμβάνουν επαρκή κατάρτιση και συνεχιζόμενη ενημέρωση και εξάσκηση ως προς τις επικοινωνιακές δεξιότητες, για την επίτευξη της ομαλής μετάβασης των ασθενών στο τελικό στάδιο και την ανακουφιστική θεραπεία.

Για την επικοινωνία δυσάρεστων ειδήσεων υπάρχουν επίσης κάποιες διεθνείς συστάσεις με σκοπό να βοηθήσουν τους γιατρούς και τους επαγγελματίες υγείας κατά την εκτέλεση του κλινικού τους έργου, χωρίς όμως να ανταποκρίνονται πάντοτε στις προτιμήσεις και τις ανάγκες επικοινωνίας των ασθενών. Σύμφωνα με αυτές η διαδικασία ανακοίνωσης δυσάρεστων νέων περιλαμβάνει τη φάση της προετοιμασίας του ασθενούς, τη φάση της ανακοίνωσης και τη φάση της συναισθηματικής υποστήριξης. Κατά την πρώτη φάση ο γιατρός διερευνά τις αντιλήψεις και τις γνώσεις του ασθενούς για την πραγματική κατάσταση της υγείας του. Στη δεύτερη φάση πραγματοποιείται η αναγγελία της διάγνωσης, η οποία πρέπει να γίνεται με τρόπο σαφή και περιεκτικό, ενώ κατά την τελική φάση ο γιατρός θα πρέπει να παρέχει στον ασθενή την ενημέρωση που επιθυμεί και την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη. Μολονότι καθεμία από αυτές τις φάσεις απαιτεί τη χρήση τεχνικών επικοινωνίας, τις οποίες αρκετοί γιατροί δε διαθέτουν, οι συγκεκριμένες συστάσεις αποτελούν μία κατανοητή στρατηγική επικοινωνίας άσχημων ειδήσεων που μαθαίνεται εύκολα.

Η πιο δημοφιλής κατευθυντήρια γραμμή που χρησιμοποιείται για την ανακοίνωση δυσάρεστων ειδήσεων είναι το πρωτόκολλο «SPIKES» που απευθύνεται τόσο σε χρόνιους ασθενείς όσο και σε ασθενείς με καρκίνο και αναλύθηκε στο έβδομο κεφάλαιο. Τα προγράμματα επικοινωνίας «ABCDE» και «ONCOTALK» αναπτύχθηκαν για ασθενείς με κακοήθεια, όπως και οι μέθοδοι «Hitoshi Okamura» και «Peter Maguire και Ann Faulkner», αλλά οι δύο τελευταίες έχουν κυρίως τη μορφή κατευθυντήριων οδηγιών για ορθή και αποτελεσματική ενημέρωση. Όλα αυτά τα πρωτόκολλα στοχεύουν στην πλαισίωση της διαδικασίας ανακοίνωσης δυσάρεστων νέων και την καθοδήγηση του γιατρού, ώστε να καταστεί δυνατός ο σχεδιασμός ενός θεραπευτικού σχεδίου που θα σέβεται τα δικαιώματα και τις επιθυμίες των ασθενών και θα ανταποκρίνεται στις ιδιαίτερες ανάγκες τους. Δεδομένου ότι για τους περισσότερους ασθενείς η ανακοίνωση της διάγνωσης αποτελεί μία κρίσιμη καμπή στη ζωή τους, η ικανότητα του γιατρού να επικοινωνήσει επιτυχώς τα δυσάρεστα νέα προϋποθέτει την παροχή πληροφοριών με εντιμότητα και ευαισθησία και κυρίως την παροχή συναισθηματικής υποστήριξης στον ασθενή και την οικογένειά του, την άμεση ανταπόκριση στις αντιδράσεις τους, τη συμμετοχική λήψη απόφασης, τη δημιουργία ισχυρού θεραπευτικού δεσμού και τη διατήρηση μιας αίσθησης ελπίδας.



1.3 Διάγραμμα. Το άγχος που βιώνει ο γιατρός και ο ασθενής στη συζήτηση άσχημων ειδήσεων από τους Ptacek και Eberhardt

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9ο

Η ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ

Ο άνθρωπος από τη φύση του έχει την ανάγκη να ανήκει σε ένα κοινωνικό σύνολο. Η έμφυτη αυτή τάση του ατόμου να αλληλεπιδρά με του ομοίους του και να επικοινωνεί βρήκε απήχηση στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Η κοινωνική δικτύωση αποτελεί πλέον βασική ανθρώπινη δραστηριότητα και ενισχύεται από την τεράστια τεχνολογική εξέλιξη των σύγχρονων κοινωνιών. Αν και παραδοσιακά η κοινωνική δικτύωση πραγματοποιείται μέσα από τη διαπροσωπική επαφή στο πλαίσιο της οικογένειας, της εκπαίδευσης, της εργασίας και των κοινωνικών σχέσεων στην εποχή του Web2.0 η μορφή της αλλάζει και μετατρέπεται σε διαδικτυακή δραστηριότητα. Με τη συνδρομή του λογισμικού και της τεχνολογίας δίνεται στα άτομα η δυνατότητα να διατηρούν την κοινωνική τους ταυτότητα, να δημιουργούν, να μοιράζονται και να ανταλλάσσουν πληροφορίες και ιδέες και να λαμβάνουν συναισθηματική στήριξη και υλική ενίσχυση μέσα από εικονικές κοινότητες και δίκτυα καταρρίπτοντας τα στενά όρια της έννοιας του πραγματικού χώρου και χρόνου (Gunawardena et al., 2009).

Τα πιο γνωστά μέσα κοινωνικής δικτύωσης που χρησιμοποιούνται ευρέως από εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως είναι το Facebook, το Twitter, το Instagram και το LinkedIn, το MySpace, το YouTube, τα GoogleGroups, η Wikipedia, το Youmeo, το AvatarsUnited, το SecondLife, το Flickr, με τη λίστα συνεχώς να αυξάνεται. Τα μέσα δικτύωσης παρουσιάζουν κάποια βασικά χαρακτηριστικά. Πιο συγκεκριμένα:

- Συμμετοχή (Participation): τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης ενισχύουν τη συνεισφορά και το σχολιασμό από τους χρήστες, δημιουργώντας μία ασάφεια ως προς τα όρια μεταξύ των μέσων ενημέρωσης και των χρηστών.
- Διαφάνεια (Openness): δεν υπάρχουν εμπόδια στην πρόσβαση και τη χρήση του περιεχομένου για τις περισσότερες υπηρεσίες των μέσων κοινωνικής δικτύωσης και επιτρέπεται ο σχολιασμός και η ανατροφοδότηση.

- Συνομιλία (Conversation): τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης προάγουν την επικοινωνία και την αλληλεπίδραση μεταξύ πομπού και δέκτη, σε αντίθεση με τα παραδοσιακά μέσα ενημέρωσης.
- Κοινότητα (Community): τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης ενισχύουν τη δημιουργία ομάδων ατόμων με κοινά ενδιαφέροντα.
- Συνεκτικότητα (Connectedness): τα περισσότερα μέσα κοινωνικής δικτύωσης κάνουν χρήση συνδέσεων με άλλες ιστοσελίδες, πόρους και ανθρώπους (Mayfield, 2008).

Έχοντας πλέον ως παρακαταθήκη μία γεμάτη εικοσαετία γνωριμίας, χρήσης και ενασχόλησης με τα ψηφιακά μέσα κοινωνικής δικτύωσης εύκολα μπορεί να αντιληφθεί κανείς τον όγκο των πληροφοριών και των μηνυμάτων που διακινούνται καθημερινά μέσω αυτών των δικτύων. Από την τεράστια εξάπλωση των κοινωνικών δικτύων που έχει κατακλύσει όλους τους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας, δε μπορούσε να εξαιρεθεί ο τομέας της υγείας, ο οποίος βρίσκεται κάτω από μία διαρκή προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών του προς τους ασθενείς. Τα κατακερματισμένα συστήματα υγείας, σε περίοδο οικονομικής κρίσης βρίσκονται αντιμέτωπα με πολλαπλές προκλήσεις. Η ορθολογικότερη αξιοποίηση των πόρων που προορίζονται για την υγεία, η ανάγκη προσαρμογής των υπηρεσιών υγείας στις απαιτήσεις των καταναλωτών, το επιδημιολογικό προφίλ των σύγχρονων κοινωνιών και η διείσδυση της τεχνολογίας και των ψηφιακών μέσων σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας, επιβάλλουν ριζικές αλλαγές στον τρόπο που παραδοσιακά αντιμετωπιζόταν η παροχή υπηρεσιών υγειονομικής φροντίδας και δημιουργούν τις κατάλληλες προϋποθέσεις για την ανάπτυξη της ψηφιακής υγείας.

Ο όρος ψηφιακή υγεία είναι γενικός και περιλαμβάνει όλες τις εφαρμογές, τα συστήματα και τις τεχνολογίες, όπως αυτά προκύπτουν από τη σύμπραξη της ιατρικής επιστήμης, της γενετικής και της τεχνολογίας και σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη. Επίσης, περιλαμβάνει το σύνολο των παρόχων υγειονομικής φροντίδας, των ερευνητών και των καταναλωτών, προκειμένου να εξασφαλίσει την παροχή ποιοτικής και εξατομικευμένης υγειονομικής φροντίδας στους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Κάποιες από τις κυριότερες μορφές της ψηφιακής υγείας είναι το e-Health, το m-Health, η Τηλεϊατρική, το Ηλεκτρονικό Αρχείο Υγείας και το Ηλεκτρονικό Μητρώο Ασθενή, η Προσωπική γονιδιωματική, οι Αισθητήρες και οι

φορητές συσκευές. Η διάδοση της ψηφιακής υγείας διευκολύνει την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας, συμβάλει στην καλύτερη διαχείριση της οξείας και της χρόνιας ασθένειας, οδηγεί σε μείωση τους κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, αυξάνει τη συμμετοχή των ασθενών στη διαδικασία προαγωγής και αποκατάστασης της υγείας τους και εξασφαλίζει ποιοτικότερες υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας.

Σύμφωνα με την επίσημη ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) ορίζει την ηλεκτρονική υγεία (e-health) ως: «την αποδοτική και ασφαλή χρήση των τεχνολογιών πληροφορίας και επικοινωνιών για την υποστήριξη της υγείας αλλά και των πεδίων που σχετίζονται με την υγεία, συμπεριλαμβανομένης της υγειονομικής περίθαλψης, της παρακολούθησης και της αγωγής υγείας, της γνώσης και της έρευνας». Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ορίζει την ηλεκτρονική υγεία ως: «τη χρήση σύγχρονων τεχνολογιών πληροφορίας και επικοινωνιών για την κάλυψη των αναγκών των πολιτών, των ασθενών, των επαγγελματιών του τομέα της υγείας, των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και των υπεύθυνων χάραξης πολιτικών υγείας». Η ηλεκτρονική υγεία αποτελείται από τα διαφορετικά λειτουργικά υποσύνολα της κινητής υγείας (m-health), της τηλεϊατρικής και των ηλεκτρονικών αρχείων υγείας (<https://www.moh.gov.gr/articles/ehealth>).

Η ηλεκτρονική υγεία προμηνύει μία νέα εποχή στο χώρο της υγείας, καθώς σηματοδοτεί τη μετάβαση από το παραδοσιακό μοντέλο περίθαλψης σε ένα νέο διευρυμένο μοντέλο παροχής υπηρεσιών. Καλύπτει ένα ευρύ φάσμα εργαλείων που βασίζονται στην τεχνολογία της επικοινωνίας και της πληροφορικής και διασφαλίζουν μεγαλύτερη ακρίβεια στην πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία και τη διαχείριση της υγείας. Στηρίζεται στη συνεργασία και την επικοινωνία των ασθενών, των φορέων και των εργαζομένων σε τομείς παροχής φροντίδας υγείας και στην ανταλλαγή δεδομένων και πληροφοριών μεταξύ τους. Η ηλεκτρονική υγεία περιλαμβάνει επίσης δίκτυα πληροφοριών για την υγεία, το ηλεκτρονικό μητρώο υγείας, υπηρεσίες τηλεϊατρικής και την κινητή υγεία που υποστηρίζεται από εφαρμογές μέσω των κινητών τηλεφώνων. Απώτερος στόχος όλων αυτών των εφαρμογών είναι η εξυγίανση του χώρου της υγείας και η διασφάλιση της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Τσιώρα, 2012).

Τα οφέλη από την εφαρμογή της ηλεκτρονικής υγείας φαίνεται να είναι πολλαπλά και αφορούν όλους τους εμπλεκόμενους. Αρχικά, οι επαγγελματίες υγείας μέσα από τον παγκόσμιο ιστό μπορούν να έχουν πρόσβαση σε επιστημονικές βάσεις δεδομένων. Τα διαδικτυακά συγγράμματα αποτελούν επανάσταση στο χώρο της ιατρικής εκπαίδευσης και προσδίδουν πρόσθετες δυνατότητες στην εκπαιδευτική διαδικασία, καθώς επιστρατεύονται όλα τα εποπτικά μέσα για την μετάδοση της γνώσης, ενώ το ψηφιακό εκπαιδευτικό υλικό, τα ηλεκτρονικά αρχεία ιατρικών περιστατικών και οι εφαρμογές της τηλεματικής τεχνολογίας, όπως τα τηλεσεμινάρια και η τηλεμετάδοση, από τους χώρους άσκησης της επεμβατικής ιατρικής ή των χειρουργικών επεμβάσεων καλύπτουν τις ανάγκες των γιατρών για συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση. Επίσης, η διάθεση του επιστημονικού τύπου σε ηλεκτρονική μορφή προσφέρει στους γιατρούς τη δυνατότητα για άμεση πρόσβαση στην εξειδικευμένη και διαπιστευμένη γνώση των επιστημονικών άρθρων πάνω στον τομέα της έρευνας, της κλινικής φροντίδας και της δημόσιας υγείας.

Επιπρόσθετα, τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης ενισχύουν και στηρίζουν τη συνεργασία μεταξύ των γιατρών. Η δημιουργία επαγγελματικών δικτύων επιτρέπει την αποστολή ιατρικών εξετάσεων ή διαγνώσεων, καθώς και την αναζήτηση μίας δεύτερης γνώματευσης, κυρίως για τους γιατρούς που ασκούν την ιατρική σε περιοχές γεωγραφικά απομακρυσμένες. Εξίσου αποτελεσματική αποδεικνύεται ότι είναι και η εφαρμογή του ηλεκτρονικού φακέλου του ασθενούς, αφού δίνει στους γιατρούς τη δυνατότητα άμεσης πρόσβασης στο ιστορικό του ασθενούς, στα αποτελέσματα των εξετάσεων που υποβάλλεται, στην τελική διάγνωση και τη συνιστώμενη θεραπεία. Με τον τρόπο αυτό διασφαλίζεται η διαφάνεια της ιατρικής πληροφορίας, η μείωση των ιατρικών λαθών, η εξοικονόμηση χρόνου, τον οποίο ο γιατρός μπορεί να διαθέσει στη διαβούλευση με τον ασθενή, η εξοικονόμηση πόρων από την αποφυγή επανάληψης των ίδιων εξετάσεων και κυρίως η αρμονική συνεργασία μεταξύ του ιατρικού προσωπικού και του ασθενούς, καθώς ακολουθείται το ίδιο θεραπευτικό πρωτόκολλο. Καθοριστική είναι και η συμβολή της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, η οποία βοήθησε στην αυστηρή τήρηση της θεραπευτικής αγωγής και την πάταξη της πολυφαρμακίας.

Η επανάσταση όμως στον ιατρικό χώρο φαίνεται να ήρθε με την τηλεϊατρική και τις εφαρμογές της ηλεκτρονικής και κινητής υγείας. Το διαδίκτυο δίνει τη δυνατότητα της καθοδήγησης του ιατρικού προσωπικού σε χειρισμούς στους οποίους δεν είναι

εξειδικευμένο, αλλά επιβάλλει η κατάσταση της υγείας των ασθενών. Επίσης, ο ψηφιακός χώρος προσφέρεται για την εξ αποστάσεως παρακολούθηση και τη διαχείριση των ευάλωτων κοινωνικών ομάδων, όπως των ηλικιωμένων και των χρονίως πασχόντων, ενισχύοντας έτσι ακόμα περισσότερο το θεραπευτικό δεσμό, καθώς ο ασθενής μπορεί να αναζητήσει το γιατρό του κάθε φορά που χρειάζεται διευκρινίσεις για την κατάσταση της υγείας του ή την θεραπεία που ακολουθεί. Ταυτόχρονα, δίνει τη δυνατότητα να αντιμετωπισθούν πιθανές επιπλοκές χωρίς να απαιτείται η επίσκεψη σε κάποια δομή παροχής υγειονομικής φροντίδας. Οι διαδικτυακές διαβουλεύσεις ενισχύουν την ενεργό συμμετοχή του ασθενούς, την από κοινού λήψη της τελικής απόφασης και εξασφαλίζουν ποιοτικότερη καθημερινότητα στους ασθενείς με χρόνια νοσήματα.

Παράλληλα, με τον τρόπο αυτό οι γιατροί γίνονται φορείς διαμοιρασμού της ιατρικής γνώσης, ξεφεύγοντας, σύμφωνα με τις επιταγές της σύγχρονης κοινωνίας, από το παραδοσιακό συντηρητισμό που επιβάλλει ο κλάδος τους. Οι αναδυόμενες προκλήσεις από την αλλαγή στο μοντέλο σχέσης γιατρού-ασθενή έφεραν στο προσκήνιο νέα δεδομένα και μεταρρυθμίσεις στον τρόπο διαχείρισης, σε πρακτικές και ρόλους. Η συνεχώς αυξανόμενη αναζήτηση ιατρικών πληροφοριών στο διαδίκτυο κυρίως από ασθενείς με σπάνιες ή χρόνιες παθήσεις επηρέασε τους γιατρούς, η πλειοψηφία των οποίων δε θέλησε να παραμείνουν ουραγοί στις σύγχρονες τεχνολογικές εξελίξεις και ασχολήθηκε ενεργά με τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Πέρα από την επαγγελματική τους ενδυνάμωση και αναγνωρισιμότητα η δραστηριοποίησή τους στο διαδίκτυο αποτελεί επιτακτική ανάγκη, προκειμένου να διασφαλιστεί η ενεργός συμμετοχή σύσσωμου του ιατρικού κλάδου στη διαδικασία διαμόρφωσης της κοινής γνώμης για τις επιλογές υγείας των ατόμων, μέσα από την παροχή αξιόπιστης πληροφόρησης.

Το διαδίκτυο εκτός από την ενημέρωση των γιατρών και την στήριξη της ιατρικής εκπαίδευσης και της έρευνας, προσφέρει πλήθος δυνατοτήτων για ενημέρωση, επικοινωνία και υποστήριξη των ασθενών. Με τη βοήθεια των τεχνολογιών της πληροφορικής και της ενημέρωσης δίνεται στα άτομα η ευκαιρία να συνεργάζονται και να συμμετέχουν ενεργά στη διαδικασία διατήρησης και αποκατάστασης της υγείας τους. Η νέα θεώρηση της υγείας ως κατάσταση πλήρους ευημερίας που κυριαρχεί και χαρακτηρίζει τα δυτικά συστήματα παροχής υγειονομικής φροντίδας, επέβαλε αλλαγές στο ρόλο του ασθενή και τον μετέτρεψε από παθητικό δέκτη σε

ενεργό συμμετέχοντα. Η ισχυροποίηση της θέσης του επήλθε τόσο από την κατοχύρωση και την προάσπιση των δικαιωμάτων του όσο και από την απόκτηση γνώσης. Ο σύγχρονος ασθενής με τη βοήθεια του διαδικτύου έχει πρόσβαση σε ένα ευρύ φάσμα ιατρικών πληροφοριών και μπορεί να ενημερώνεται για τα θέματα υγείας και για τα ιατρικά θέματα που τον απασχολούν, να αξιολογεί τις πληροφορίες αυτές, καθώς και να αποτελεί ο ίδιος πηγή πληροφόρησης στις διάφορες διαδικτυακές κοινωνικές ομάδες.

Ο σημερινός ασθενής λοιπόν είναι πληροφορημένος και ενήμερος. Είναι χαρακτηριστικό ότι τις περισσότερες φορές πριν επισκεφθεί το γιατρό, έχει ήδη αναζητήσει πληροφορίες για τα συμπτώματα που νιώθει ή την ασθένεια που θεωρεί ότι έχει, έχει μιλήσει με ψηφιακές κοινότητες ασθενών με παρόμοια συμπτωματολογία και έχει διαμορφώσει μία άποψη για την κατάσταση της υγείας του. Αυτό του δίνει τη δυνατότητα να κατανοήσει ότι η κατάστασή του χρήζει ιατρικής αντιμετώπισης και εύστοχα να αποταθεί στην αντίστοιχη ειδικότητα. Επίσης, κατά τη διάρκεια της ιατρικής συνάντησης, ο ασθενής ζητά πρόσθετες πληροφορίες και διευκρινίσεις από το γιατρό και λαμβάνοντας ως καταλυτική την ιατρική άποψη καταλήγουν σε συνεργατική λήψη αποφάσεων. Ωστόσο, κάτι τέτοιο είναι εφικτό όταν η κατάσταση της υγείας του ασθενούς και το σχέδιο θεραπείας είναι δεδομένα. Στις περιπτώσεις εκείνες που υπάρχουν εναλλακτικές στη θεραπευτική αντιμετώπιση, όπως για παράδειγμα στη μετεγχειρητική αποκατάσταση, ο ασθενής έρχεται αντιμέτωπος με το δίλημμα της καλύτερης επιλογής. Ωθείται έτσι στην αναζήτηση βοήθειας από τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης και λαμβάνοντας υπόψη τις ιατρικές συστάσεις και την εμπειρία άλλων χρηστών, καθίσταται ικανός να αποφασίσει.

Άλλη μία δυνατότητα που δίνεται στους ασθενείς από την εφαρμογή της Web2.0 τεχνολογίας στον υγειονομικό τομέα είναι η δημιουργία διαδικτυακών ομάδων υποστήριξης. Οι ομάδες αυτές είναι ψηφιακές πλατφόρμες όπου συμμετέχουν άτομα με κοινά ενδιαφέροντα και στόχους. Οι ομάδες υποστήριξης προσελκύουν πλήθος χρηστών, καθώς δεν αποτελεί προϋπόθεση τα άτομα να γνωρίζονται μεταξύ τους, υπάρχει ανωνυμία, η πρόσβαση είναι εφικτή όλο το εικοσιτετράωρο, εκμηδενίζονται οι γεωγραφικές αποστάσεις, δεν υπάρχουν κοινωνικές διακρίσεις και μπορούν να χρησιμοποιηθούν εύκολα και με χαμηλό κόστος. Οι ασθενείς που συμμετέχουν στις συγκεκριμένες ομάδες νιώθουν άνετα με τα υπόλοιπα μέλη, με τον καιρό χτίζουν

σχέσεις εμπιστοσύνης και ανταλλάσσουν με μεγαλύτερη ευκολία τις εμπειρίες της ασθένειάς τους. Άλλοι πάλι αντλούν ψυχολογική υποστήριξη από τις συγκεκριμένες ομάδες, ξεπερνώντας έτσι το αίσθημα της απομόνωσης, καθώς συνειδητοποιούν ότι βρίσκονται και άλλοι άνθρωποι σε παρόμοια κατάσταση με τη δική τους.

Πιο συγκεκριμένα, οι ψηφιακές ομάδες συζήτησης προσφέρουν υποστήριξη στους συμμετέχοντες, που μπορεί να είναι οι ίδιοι ασθενείς ή και συγγενείς τους, καθώς χαρακτηρίζονται από την άμεση ανταπόκριση σε προβληματισμούς πάσης φύσεως. Εύλογα ερωτήματα που μπορεί να προκύψουν σχετικά με την πρόγνωση της νόσου, τις επιπλοκές, τις εξετάσεις, τις εναλλακτικές θεραπείες, την αναζήτηση εξειδικευμένων γιατρών ή κέντρων θεραπείας και αποκατάστασης, την εύρεση παρόχων ιατρικών προϊόντων ή ακόμα και τη διατήρηση της υγείας και της ευεξίας, βρίσκουν απαντήσεις μεταξύ των μελών της ομάδας. Με τον τρόπο αυτό μειώνονται τα επίπεδα άγχους των ασθενών και των συγγενών τους, η ασθένεια αντιμετωπίζεται με μεγαλύτερη αισιοδοξία και δεν υπάρχουν περιθώρια παραίτησης διότι η ομάδα ενισχύει την προσπάθεια διαχείρισης της νόσου. Η παροχή αξιόπιστης πληροφόρησης από τις κοινωνικές ομάδες βοηθά τα άτομα να κατανοήσουν καλύτερα τη φύση της ασθένειάς τους και μέσα από την ενεργό συμμετοχή τους στην ατομική φροντίδα υγείας τίθενται ισχυρά θεμέλια για τη σύναψη και την επιτυχή έκβαση της θεραπευτικής συμμαχίας (Σίμου, 2017).

Λαμβάνοντας λοιπόν ως δεδομένο ότι ο γιατρός παραμένει η πιο αξιόπιστη πηγή πληροφόρησης για τους ασθενείς, τους συγγενείς τους και τους δυνητικά ασθενείς, κρίνεται σκόπιμη η συμμετοχή του στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης και τις ηλεκτρονικές ομάδες υποστήριξης. Η επικουρική διαδικτυακή επικοινωνία των ασθενών με τους γιατρούς έχει τη δύναμη να ενισχύει την ικανοποίηση των ασθενών, καθώς μέσα από τις ακριβείς και αξιόπιστες πληροφορίες για τα θέματα που τους απασχολούν κατανοούν καλύτερα την κατάστασή τους. Ο επιπρόσθετος χρόνος επικοινωνίας παρόλο που πραγματώνεται εκτός του χώρου του ιατρείου, ισχυροποιεί το θεραπευτικό δεσμό. Οι ασθενείς μπορούν να λαμβάνουν διευκρινίσεις σχετικά με τη νόσο, τη θεραπεία, τις πιθανές επιπλοκές της νόσου και τις παρενέργειες της θεραπείας, να προγραμματίζουν το επόμενο ραντεβού, να ενημερώνονται για τη συνταγογράφηση και να λαμβάνουν τα αποτελέσματα των εξετάσεών τους. Έχοντας απαλλαγεί από το αίσθημα της ανασφάλειας, αφού η τεχνολογία τους παρέχει τη δυνατότητα να επικοινωνούν με τον θεράποντα γιατρό τους οποιαδήποτε στιγμή,

δημιουργείται μεταξύ τους σχέση εμπιστοσύνης και οι ασθενείς συμμορφώνονται πιο εύκολα με τις ιατρικές συμβουλές και τη θεραπεία (Σίμου, 2017).

Σύμφωνα με την έρευνα που πραγματοποιήθηκε στον ελληνικό χώρο το Σεπτέμβριο του 2013 αποδεικνύεται ότι ο γιατρός υπερέχει ως κύρια πηγή ενημέρωσης των ατόμων, έναντι του διαδικτύου, που ο ρόλος του είναι κυρίως επικουρικός. Όπως προέκυψε από τα ευρήματα της μελέτης οι συμμετέχοντες απάντησαν ότι για την αναζήτηση ιατρικών πληροφοριών απευθύνονται στο γιατρό σε ποσοστό 76%, ενώ το 58,8% στρέφεται στο διαδίκτυο και το 53,5% στον φαρμακοποιό. Αντίστοιχα το ποσοστό ικανοποίησης των ατόμων από την επάρκεια των πληροφοριών που λαμβάνουν κυμαίνονταν στο 84,6% για τους γιατρούς, στο 69,2% για τους φαρμακοποιούς και στο 54,4% για το διαδίκτυο. Τέλος, στην ερώτηση για το πια πηγή ενημέρωσης εμπιστεύονται περισσότερο για τις πληροφορίες υγείας που αναζητούν το 94,1% δήλωσε εμπιστοσύνη στις πληροφορίες που αναζητά από το γιατρό, το 81,4% από τον φαρμακοποιό και το 51,2% από το διαδίκτυο.

Ο τομέας της υγείας άρχισε να προσελκύει το ενδιαφέρον των μελετητών τα τελευταία χρόνια και για το λόγο αυτό τα αποτελέσματα των μελετών για τη χρήση του διαδικτύου στον υγειονομικό τομέα και τον ακριβή μηχανισμό υιοθέτησης και αξιοποίησης των μέσων κοινωνικής δικτύωσης από τους επαγγελματίες υγείας, τους οργανισμούς και τους ασθενείς, είναι λιγοστά. Όπως προκύπτει από τα ερευνητικά δεδομένα η προσδοκία αύξησης της χρησιμότητας των ψηφιακών μέσων από τους χρήστες σχετίζεται με τα κίνητρα της απόκτησης γνώσης, της επικοινωνίας του ασθενή με το γιατρό, της αναζήτησης και ανταλλαγής συμβουλών, της κοινωνικής υποστήριξης και της ατομικής φροντίδας. Στην ίδια έρευνα περιλαμβάνονται και τα κίνητρα χρησιμοποίησης των μέσων κοινωνικής δικτύωσης και συγκεκριμένα του Twitter. Όπως προέκυψε το 52% χρησιμοποιεί το συγκεκριμένο ιστοχώρο για ενημέρωση γύρω από ιατρικά θέματα, το 39% για να αποκτήσει περισσότερες γνώσεις για την ασθένειά του, το 30% για να συγκρίνει την κατάστασή του με αυτή άλλων ασθενών και το ίδιο ποσοστό ανέφερε χρήση του Twitter ως μέσο συναισθηματικής έκφρασης (Antheunis et al., 2013).

Όσον αφορά τη χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης για την επικοινωνία πάνω σε ιατρικά θέματα, σύμφωνα με έρευνα του Eysenbach (2008) φαίνεται ότι

παρακινείται για την ικανοποίηση πέντε αναγκών που σχετίζονται με την κοινωνική δικτύωση, τη συμμετοχή, τη συνεργασία, την ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης μεταξύ των μελών της ομάδας και την αναζήτηση πληροφοριών από την πρωταρχική πηγή. (Eysenbach, 2008). Καθοριστικό βέβαια ρόλο για τη χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης για ιατρικά θέματα φαίνεται να παίζει η διαθεσιμότητα των μέσων και η επιθυμία των χρηστών για ψηφιακή επικοινωνία, ειδικά όσων ανήκουν σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες (Fox, 2011). Σύμφωνα με την ίδια έρευνα η πλειοψηφία όσων αναζήτησαν διαδικτυακές πληροφορίες για θέματα υγείας σε ποσοστό 41% έψαξαν δεδομένα άλλων χρηστών διαβάζοντας την εμπειρία ή το σχολιασμό τους σε κάποιον προσωπικό ιστότοπο ή σελίδα, σε ποσοστό 24% αναζήτησαν συμβουλές και γνώμες για γιατρούς, παρόχους υγείας, δομές υγειονομικής φροντίδας και άλλες ιατρικές εγκαταστάσεις και τέλος το 13% εγγράφηκε σε υπηρεσίες ενημέρωσης παρόχων υγείας (Fox, 2011).

Αδιαμφισβήτητα, η όλο ένα αυξανόμενη αναζήτηση πληροφοριών που σχετίζονται με την υγεία μέσω διαδικτύου έχει να κάνει με την εφαρμογή της Web 2.0 τεχνολογίας στον υγειονομικό τομέα και τα χαρακτηριστικά των κοινωνικών εφαρμογών που την απαρτίζουν. Η αυξημένη διαδραστικότητα και η εκτεταμένη εμπλοκή των χρηστών, σε συνδυασμό με το χαμηλό κόστος και την ευκολία στην πρόσβαση και τη χρήση, καθώς δεν απαιτείται να διαθέτει κανείς εξειδικευμένες γνώσεις πληροφορικής, τα καθιστά ιδιαίτερα ελκυστικά για τη διάδοση πληροφοριών γύρω από θέματα υγειονομικού ενδιαφέροντος. Έτσι ένα μεγάλο μέρος της διαδικτυακής πληροφορίας προέρχεται από μεμονωμένες αναρτήσεις χρηστών που επιθυμούν να επικοινωνήσουν τα βιώματα και τις γνώσεις τους, με αποτέλεσμα ο όγκος της πληροφορίας που δημιουργείται να προέρχεται κυρίως από προσωπικά δεδομένα και εμπειρίες των χρηστών. Με τον τρόπο αυτό οι υπηρεσίες κοινωνικής δικτύωσης αποτελούν μέσα διανομής για αποθετήρια πληροφοριών που υπάρχουν και σχετίζονται με βέλτιστες επιλογές υγείας. Επίσης, αποτελούν μέσα διάχυσης της πληροφορίας δεδομένου ότι στην πλειοψηφία των περιπτώσεων η διάδοση γίνεται με τη βοήθεια των προσωπικών επαφών του χρήστη (Metzger et al., 2010).

Είναι γεγονός ότι οι χρήστες έχουν την τάση να εμπιστεύονται περισσότερο συμβουλές και πηγές πληροφόρησης που προέρχονται από άτομα της διαδικτυακής ομάδας, φιλικά πρόσωπα και γνωστούς που δραστηριοποιούνται στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Η εμπιστοσύνη όμως αυτή σχετίζεται και με τα ιδιαίτερα

χαρακτηριστικά των ατόμων που δραστηριοποιούνται στους ηλεκτρονικούς ιστότοπους. Η νέα γενιά που είναι απόλυτα εξοικειωμένη με τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης, είναι σύνηθες να αναζητά ιατρικές πληροφορίες στα μέσα, καθώς αυτά αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της καθημερινότητας και πρωταρχική πηγή επικοινωνίας, ενημέρωσης και πληροφόρησης. Επίσης, ο χαρακτήρας των ατόμων φαίνεται να παίζει σημαίνοντα ρόλο στο βαθμό που τα μέσα επηρεάζουν τη λήψη ιατρικών αποφάσεων. Τέλος, το φύλο, η ψυχολογική κατάσταση του πάσχοντα και η σοβαρότητα του νοσήματος είναι παράγοντες που μπορούν να υποκινήσουν την αναζήτηση πληροφοριών ή υποστήριξης από το διαδίκτυο. Αποδεικνύεται ότι οι γυναίκες και τα άτομα με χρόνια νοσήματα έχουν πιο συχνά την ανάγκη για διαδικτυακή πληροφόρηση και υποστήριξη (Σίμου, 2017).

Είναι προφανής η συμβολή του διαδικτύου στον τομέα της υγείας και η επίδρασή του στην έκβαση της θεραπευτικής σχέσης. Πέραν όμως των ευκαιριών που προσφέρει για ενημέρωση και πληροφόρηση, συνεπάγεται και έναν αριθμό κινδύνων. Αρχικά, τίθεται θέμα ασφάλειας της ποιότητας και της αξιοπιστίας της αναρτημένης πληροφορίας. Η ανωνυμία των δημιουργών του περιεχομένου, η εύκολη πρόσβαση, η ελευθερία έκφρασης, η έλλειψη παραπομπών σε επίσημες έρευνες και πηγές, καθώς και η ανάρτηση πληροφοριών ιατρικού περιεχομένου από χρήστες που δε σχετίζονται με τον ιατρικό και παραϊατρικό χώρο, οδηγούν στην παραπληροφόρηση του κοινού, στη δημιουργία λανθασμένων απόψεων και σε επικίνδυνες επιλογές, καθώς είναι σύνηθες το φαινόμενο της αυτοδιάγνωσης και της επιλογής θεραπείας χωρίς επίσημη ιατρική διάγνωση και συνταγογράφηση. Παράλληλα, αρκετά προβλήματα δημιουργούνται και από την ευκολία χρήσης του διαδικτύου, όπου ο καθένας μπορεί να συμμετέχει και να παραθέτει την εμπειρία της ασθένειάς του και να γίνεται δημιουργός περιεχομένου αβέβαιης εγκυρότητας για θέματα υγείας. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με την ταχύτητα διάδοσης συμβάλλει στην ύπαρξη ενός τεράστιου όγκου αμφιβόλου ποιότητας πληροφορίας, μη εξατομικευμένης, που περισσότερο αποπροσανατολίζει παρά βοηθά τους ασθενείς, καθώς είναι δύσκολο να την επεξεργαστούν και να λάβουν σωστές αποφάσεις για τα ζητήματα υγείας που τους απασχολούν.

Άλλο ένα ζήτημα που προκύπτει από την εφαρμογή της ψηφιακής τεχνολογίας στο χώρο της υγείας είναι η προστασία του ιατρικού απόρρητου και των προσωπικών δεδομένων του ασθενή, καθώς και η διασφάλιση του σεβασμού και της εμπιστοσύνης

μεταξύ του γιατρού και του ασθενή. Για τη σύναψη ισχυρού θεραπευτικού δεσμού απαιτείται η αυστηρή τήρηση των ηθικών και επαγγελματικών αρχών όπως αυτές προκύπτουν από τον κώδικα ηθικής και δεοντολογίας των επαγγελματιών παροχής υγειονομικής φροντίδας. Οι γιατροί λοιπόν πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί στη χρήση της ψηφιακής τεχνολογίας, ώστε να προστατεύεται η αξιοπρέπεια και η ιδιωτικότητα της ζωής του ασθενή και να διαφυλάσσεται η εμπιστοσύνη του ασθενή στο πρόσωπο του γιατρού. Η αποθήκευση και η μεταφορά των ιατρικών πληροφοριών πρέπει να καθορίζεται με αυστηρά πρωτόκολλα και να γίνεται με τη βοήθεια δικτύων υψηλής ασφάλειας, ώστε να ελαχιστοποιείται ο κίνδυνος διαρροής των πληροφοριών και των ατομικών δεδομένων των ασθενών. Επιπρόσθετα, οι γιατροί που συμμετέχουν ενεργά στο διαδίκτυο θα πρέπει να παρέχουν αξιόπιστες και έγκυρες πληροφορίες για θέματα υγείας, ενώ εκείνοι που μετέχουν σε ψηφιακές ομάδες υποστήριξης οφείλουν να διατηρούν τα όρια μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής σχέσης και να προστατεύουν το ατομικό και εργασιακό τους κύρος το οποίο εύκολα μπορεί να πληγεί.

Η είσοδος λοιπόν των μέσων κοινωνικής δικτύωσης στο χώρο της υγείας αν και πολλά υποσχόμενη, εγείρει πλήθος προβληματισμών εξαιτίας της άναρχης φύσης του διαδικτύου και της έλλειψης διεθνούς ρυθμιστικού πλαισίου που να αφορά τη διαδικασία δημοσίευσης των πληροφοριών στον παγκόσμιο ιστό και την ποιότητα της διαθέσιμης ιατρικής πληροφορίας. Έτσι, η αυξανόμενη χρήση του διαδικτύου ως πηγή ενημέρωσης για θέματα υγείας καθιστά επιτακτική την ανάγκη της πιστοποίησης της ηλεκτρονικής πληροφορίας ως ουσιώδες τμήμα ενός νομοθετικού πλαισίου που θα διέπει το διαδίκτυο. Προς αυτή την κατεύθυνση κινούνται οι κυβερνήσεις των χωρών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, όπου μέσα από το σχεδιασμό της e- Europe στοχεύουν να εξασφαλίσουν ένα ασφαλές ψηφιακό περιβάλλον και κυρίως την αναβάθμιση των κατακερματισμένων υγειονομικών συστημάτων με την καθολική εφαρμογή της ηλεκτρονικής υγείας. Πιο συγκεκριμένα, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή μέσα από την πρωτοβουλία της e-Europe 2002 προχώρησε στη θέσπιση μίας σειράς κριτηρίων ποιότητας για τους διαδικτυακούς τόπους υγείας. Σύμφωνα με τα κριτήρια αυτά:

- Οι διαδικτυακοί ιστότοποι που πραγματεύονται υγειονομικά θέματα πρέπει να διέπονται από διαφάνεια και εντιμότητα. Θα πρέπει δηλαδή να είναι ξεκάθαρος ο σκοπός και ο στόχος του διαδικτυακού τόπου, να αναφέρεται

η ταυτότητα του παρόχου και το κοινό στο οποίο απευθύνεται. Επίσης, θα πρέπει να αναφέρονται οι πηγές χρηματοδότησης και να διευκρινίζεται πιθανή χρηματοδότηση από κατασκευαστές προϊόντων που αναφέρονται έμμεσα σε ψηφιακές σελίδες που παρέχουν συμβουλευτική και ενημέρωση για την προαγωγή της υγείας, την ευημερία, την ευεξία και τη φαρμακευτική αγωγή συγκεκριμένων παθήσεων.

- Θα πρέπει να αναγράφονται υποχρεωτικά οι πηγές και η ημερομηνία δημοσίευσής τους. Στην περίπτωση που χρησιμοποιείται μικτή ομάδα παρόχων, πρέπει να προσδιορίζεται ξεκάθαρα η ταυτότητα και η ειδικότητα των συντακτών, καθώς και η ηλεκτρονική τους διεύθυνση, ενώ στις περιπτώσεις ανάρτησης περιεχομένου συμβουλευτικού χαρακτήρα, ο δημιουργός θα πρέπει να διευκρινίζει ότι σε καμία περίπτωση το διαδίκτυο δεν αντικαθιστά τη διαπροσωπική επικοινωνία και την ενημέρωση από το γιατρό.
- Όσον αφορά τη διαφήμιση ιατρικών προϊόντων, αυτή πρέπει να είναι σύμφωνη με τις οδηγίες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και να τίθενται στη διάθεση του χρήστη οποιαδήποτε έγγραφα απαιτούνται για την ασφάλεια των καταναλωτών.
- Θα πρέπει να ανανεώνονται και να ενημερώνονται οι αναρτήσεις και οι πηγές σε τακτά χρονικά διαστήματα, όπως άλλωστε επιβάλλει ο δυναμικός χαρακτήρας της υγείας. Με τον τρόπο αυτό οι πληροφορίες που παρατίθενται θα πρέπει να είναι πρόσφατες και τεκμηριωμένες και να ακολουθούν τις εξελίξεις των επιστημών της υγείας. Επίσης, είναι σημαντικό να αναγράφεται η ημερομηνία της πρώτης δημοσίευσης και πότε αναμένεται να πραγματοποιηθεί η επόμενη.
- Καθορίζεται η προστασία της ιδιωτικής ζωής και των δεδομένων, όπως αυτή ορίζεται από την κοινοτική νομοθεσία για την προστασία των δεδομένων και την πολιτική του διαδικτύου για την προστασία της ιδιωτικότητας, των προσωπικών δεδομένων και την εξάλειψη του φαινομένου της επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που δεν καθίσταται ορατή από τους χρήστες.
- Οι δημιουργοί και οι χρήστες των ηλεκτρονικών σελίδων είναι υπεύθυνοι για την εγκυρότητα του περιεχομένου και όσοι παρέχουν συμβουλευτική για θέματα υγείας πρέπει να είναι επαγγελματίες υγείας.

- Η παρουσίαση και το περιεχόμενο των πληροφοριών θα πρέπει να είναι ανάλογο με το κοινό στο οποίο απευθύνονται, καθώς η ευκολία στην πρόσβαση εγκυμονεί αρκετούς κινδύνους (European Union, 2004).

Προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι από την εφαρμογή των παραπάνω κριτηρίων και να διασφαλιστεί η ποιότητα στο διαδικτυακό χώρο, θα πρέπει να ευαισθητοποιηθούν περισσότερο οι δημιουργοί και οι χρήστες των ηλεκτρονικών σελίδων. Αυτό καθίσταται δυνατό μέσα από την εκπαίδευσή τους σε θέματα που σχετίζονται με την ορθή πρακτική και τις διεργασίες που πρέπει να υιοθετούνται από τους διαδικτυακούς ιστότοπους. Ο Eysenbach (2000) πρότεινε για το σκοπό αυτό το σχήμα των 4 E, Επιμόρφωση, Ενθάρρυνση, Εκτίμηση και Ενδυνάμωση. Πιο συγκεκριμένα, η Επιμόρφωση αφορά την εκπαίδευση των χρηστών και κυρίως όσων ανήκουν στις κοινωνικές εκείνες ομάδες, όπου κυριαρχεί ο ψηφιακός αναλφαβητισμός, όπως είναι οι ηλικιωμένοι, προκειμένου να βρίσκουν και να αναγνωρίζουν την ποιοτική πληροφορία. Η Ενθάρρυνση σχετίζεται με την προσπάθεια δημιουργίας αξιόπιστων διαδικτυακών τόπων υγείας που πληρούν πρότυπες οδηγίες και είναι σύμφωνοι με τον κώδικα ηθικής και δεοντολογίας. Η Εκτίμηση αφορά την αξιολόγηση των σελίδων από ανεξάρτητους φορείς και όχι από τους ίδιους τους χρήστες και η Ενδυνάμωση αφορά τη διάδοση και την πιστή εφαρμογή της ισχύουσας νομοθεσίας για την πρόληψη κάθε κακόβουλης πληροφορίας η οποία προσβάλλει την αξιοπρέπεια των χρηστών, τον χώρο της υγείας και τον χώρο του διαδικτύου (Eysenbach, 2000).

Η ψηφιακή τεχνολογία είναι προφανές ότι κατακτά με γοργούς ρυθμούς και τον χώρο της υγείας. Και όσο δελεαστική φαντάζει η πλοήγηση στο διαδίκτυο και η ανεύρεση πλήθους πληροφοριών για ιατρικά θέματα που μπορεί να αφορούν τη διάγνωση, τη θεραπεία, το προσδόκιμο επιβίωσης, αλλά και συμβουλές υγείας ή πληροφορίες για παρόχους υγείας και εναλλακτικές θεραπείες, άλλο τόσο επικίνδυνη μπορεί να χαρακτηριστεί η αλόγιστη χρήση του. Για να εναρμονιστεί η διαδικτυακή πληροφόρηση με τη σύγχρονη τάση που κυριαρχεί τα τελευταία χρόνια στον τομέα παροχής υγειονομικής φροντίδας και χαρακτηρίζεται από το ασθενοκεντρικό μοντέλο και την ενίσχυση της θέσης του ασθενή, θα πρέπει οι ασθενείς να είναι περισσότερο ενημερωμένοι. Κάτι τέτοιο καθίσταται εφικτό με τη δημιουργία ισχυρού θεραπευτικού δεσμού, την εδραίωση σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ γιατρού και ασθενή, τη σωστή καθοδήγηση και την παρότρυνση του ασθενή για ποιοτική

διαδικτυακή έρευνα. Οι ηλεκτρονικές πληροφορίες όμως σε καμία περίπτωση δεν αντικαθιστούν τη διαπροσωπική επικοινωνία του γιατρού με τον ασθενή και την ιατρική γνώμáτευση και φυσικά δεν επαρκούν για να αποκτήσει κανείς ιατρική εκπαίδευση και κατάρτιση. Ο ρόλος τους είναι καθαρά επικουρικός, προκειμένου τα συστήματα υγείας να εναρμονιστούν με τις εξατομικευμένες ανάγκες, αξίες και προτιμήσεις των ασθενών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10ο

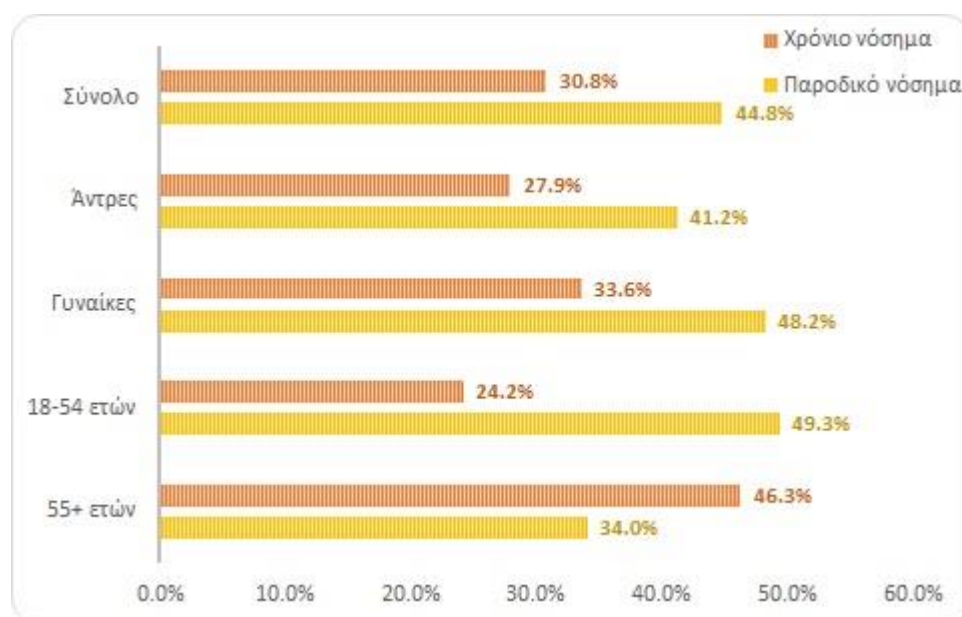
ΠΑΝΕΛΛΑΔΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΓΙΑΤΡΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΝ ΑΛΦΑΒΗΤΙΣΜΟ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ

Τον Απρίλιο του 2019 παρουσιάστηκε πανελλαδική έρευνα για την επικοινωνία ιατρών ασθενών, τον αλφαριθμητισμό στην υγεία και τη συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων. Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε από το Ινστιτούτο Επικοινωνίας και Αλφαριθμητισμού στην Υγεία και τα ΜΜΕ (HIT), στο πλαίσιο της δεύτερης φάσης της εκστρατείας ενημέρωσης του Med&Me. Θεωρείται σκόπιμο να γίνει μία μικρή αναφορά στα αποτελέσματα που προέκυψαν, καθώς μας παρέχουν χρήσιμα στοιχεία για την ελληνική πραγματικότητα. Η συγκεκριμένη έρευνα είναι πρωτοποριακή για τα ελληνικά δεδομένα αφού δεν έχει πραγματοποιηθεί αντίστοιχη στη χώρα μας κατά το παρελθόν με τη συμμετοχή αντιπροσωπευτικού δείγματος 2000 ατόμων. Η επιστημονική υπεύθυνη και πρόεδρος του Ινστιτούτου Δρ. Σίμου Ε. έθεσε ως σκοπό την καταγραφή των στάσεων και των απόψεων του γενικού πληθυσμού για τη σχέση του με το γιατρό, καθώς και την καταγραφή βασικών πληροφοριών γύρω από τις αντιλήψεις των ατόμων για την κατάσταση της υγείας τους και τη συχνότητα των ιατρικών επισκέψεων. Στόχο της έρευνας αποτέλεσε η καταγραφή του επιπέδου αλφαριθμητισμού στην υγεία, η διεξοδική μελέτη των αντιλήψεων και των ατομικών συμπεριφορών που επιδρούν στην επικοινωνία γιατρού-ασθενή και τέλος η καταγραφή των εμποδίων που παρουσιάζονται και δυσχεραίνουν τη θεραπευτική συμμαχία, το βαθμό συμμετοχής του ασθενή στη λήψη των αποφάσεων και το βαθμό συμμόρφωσης του ασθενή στη φαρμακευτική αγωγή.

Η έρευνα πεδίου έλαβε χώρα από τις 22/01/2019 έως τις 20/02/2019 σε πληθυσμό 2000 ατόμων ηλικίας 18 έως 74 ετών σε πρώτο επίπεδο, ενώ στη συνέχεια συγκεκριμενοποιήθηκε σε ασθενείς που πάσχουν από χρόνια ή παροδική νόσο με αποτέλεσμα η κατάστασή τους να χρήζει συστηματικής ιατρικής παρακολούθησης και να έχουν πραγματοποιήσει τουλάχιστον τρεις ιατρικές επισκέψεις τους τελευταίους δώδεκα μήνες. Για τη συλλογή των στοιχείων χρησιμοποιήθηκε μεικτή

μεθοδολογική προσέγγιση, CAWI (Computer Assister Web Interviews) και web-CATI (Computer Assisted Telephone Interviews), καθώς η έρευνα απευθύνθηκε σε ευρύ ηλικιακό φάσμα με διαφορετικά χαρακτηριστικά, διαφορετικές συνήθειες και τρόπο ζωής, καθώς και διαφορετικό βαθμό ενασχόλησης και εξοικείωσης με το διαδίκτυο. Πιο συγκεκριμένα, στις μικρότερες ηλικίες και στα μεγάλα αστικά κέντρα, όπου η χρήση του διαδικτύου απαντάται συχνότερα χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος CAWI, ενώ για άτομα ηλικίας άνω των 45 ετών που διαμένουν σε αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές προτιμήθηκε η μέθοδος Web-CATI.

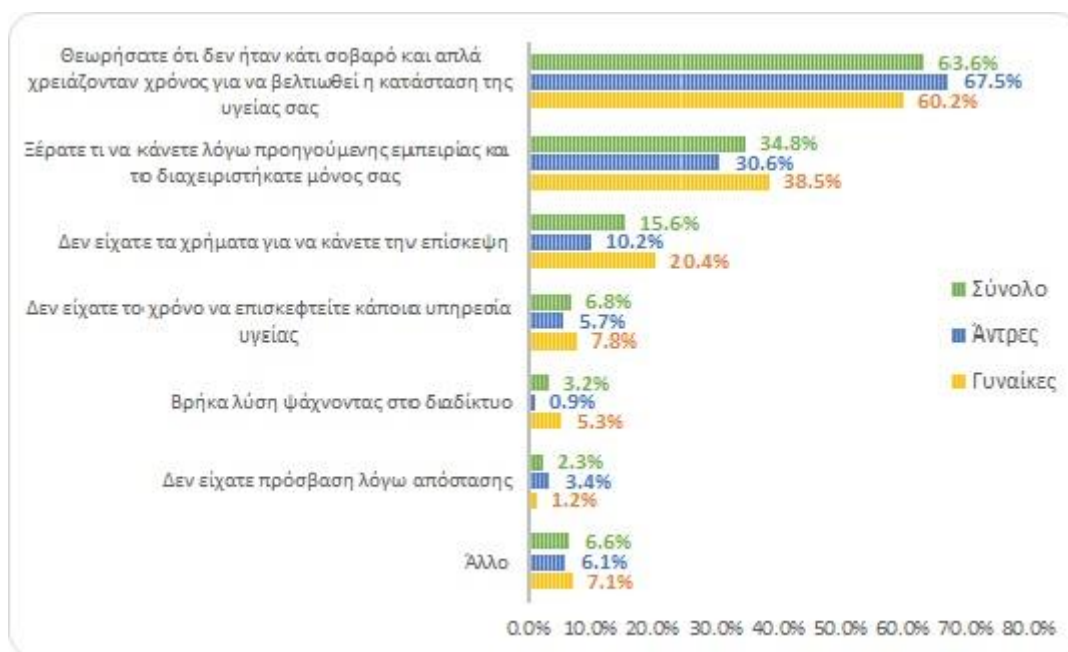
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται ότι η συχνότητα των ιατρικών επισκέψεων για τα άτομα που αναζήτησαν ιατρική βοήθεια τους τελευταίους 12 μήνες για κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας ανέρχεται στο 30,8%, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για ατύχημα ή παροδικό νόσημα ανέρχεται στο 44,78%, με την ύπαρξη διαφοροποιήσεων ως προς την ηλικία και το φύλο (Γράφημα 10.1).



Γράφημα 10.1 Πηγή www.Med&Me.gr

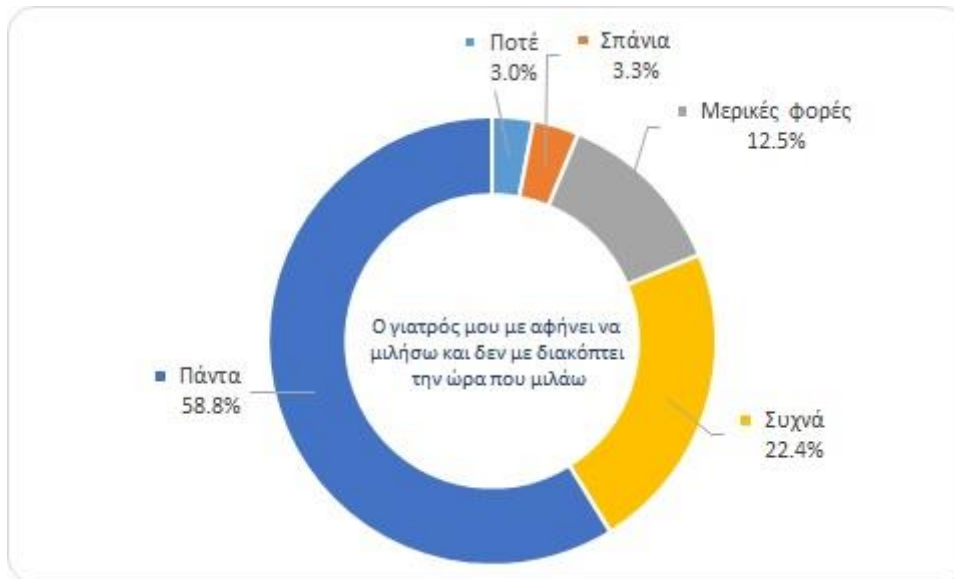
Όσον αφορά τα άτομα που δήλωσαν ότι πάσχουν από χρόνια ή παροδικό νόσημα, αλλά δεν πραγματοποίησαν κάποια ιατρική επίσκεψη τους τελευταίους 12 μήνες το 63,3% θεώρησε ότι δεν ήταν κάτι σοβαρό, το 34,8% γνώριζε πώς να το αντιμετωπίσει λόγω προηγούμενης εμπειρίας, το 15,6% δεν είχε την οικονομική δυνατότητα να

πραγματοποιήσει την επίσκεψη, ενώ ποσοστό της τάξης του 3,2% εμπιστεύτηκε το διαδίκτυο για την εύρεση λύσης (Γράφημα 10.2).



Γράφημα 10.2 Πηγή www.Med&Me.gr

Ως προς το κομμάτι της διεξαγωγής της ιατρικής διαβούλευσης και πιο συγκεκριμένα του τρόπο που εξελίσσεται η επικοινωνιακή διαδικασία ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή, δεδομένου ότι η αποτελεσματική επικοινωνία αποτελεί θεμέλιο λίθο για τη σύναψη ισχυρού θεραπευτικού δεσμού και την επιτυχή έκβαση της θεραπείας, οι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι κατά την ιατρική επίσκεψη ο γιατρός δεν τους διακόπτει ποτέ όταν μιλούν σε ποσοστό 58,8%, ποσοστό 22,4% δήλωσε ότι αυτό συμβαίνει συχνά, ενώ το 6,3% δήλωσε ότι αυτό δεν συμβαίνει ποτέ ή συμβαίνει σπάνια (Γράφημα 10.3).



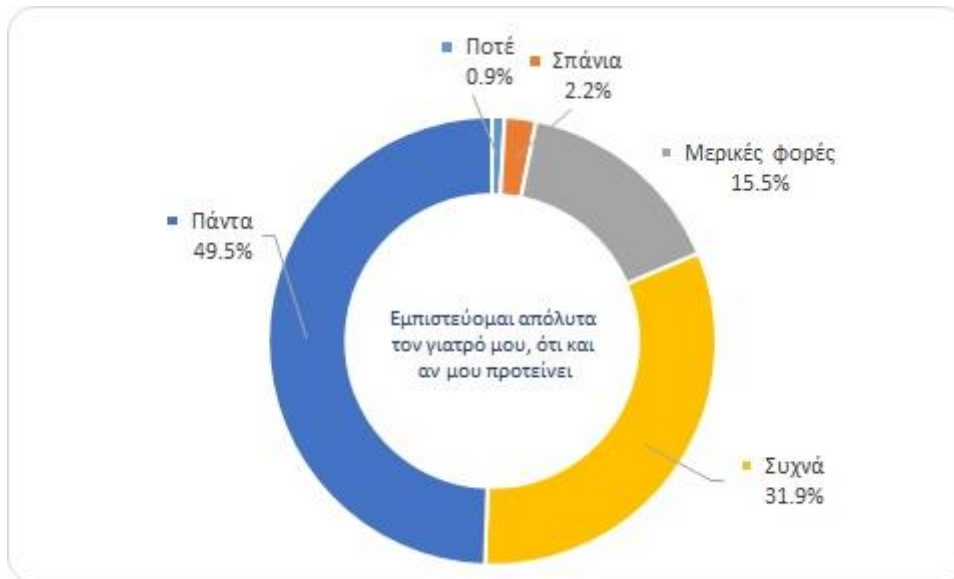
Γράφημα 10.3 Πηγή www.Med&Me.gr

Επίσης, ποσοστό 56,2% θεωρεί ότι ο γιατρός του αφιερώνει πάντα το χρόνο που επιθυμεί κατά την επίσκεψη, ενώ ποσοστό 20,7% θεωρεί ότι αυτό γίνεται συχνά (Γράφημα 10.4).



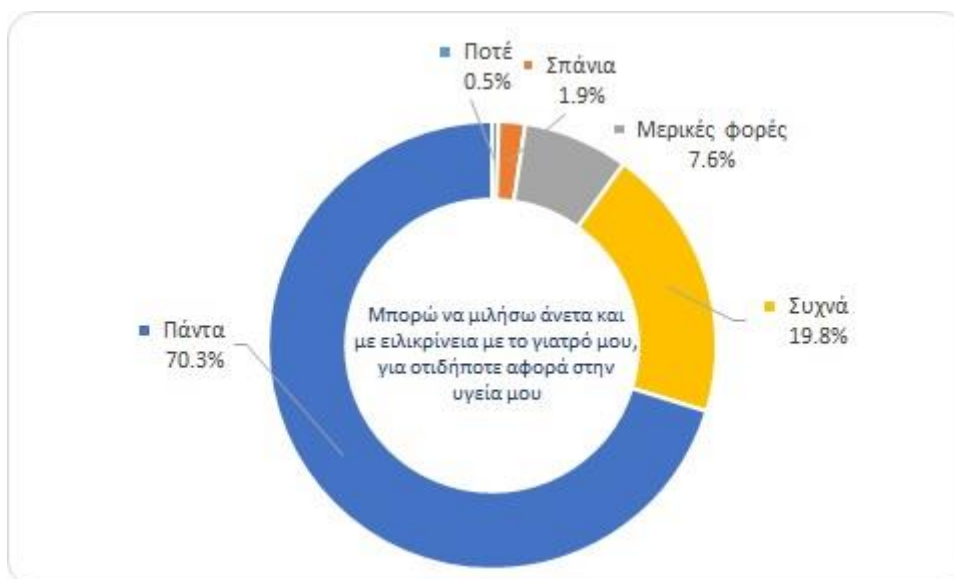
Γράφημα 10.4 Πηγή www.Med&Me.gr

Η εμπιστοσύνη των συμμετεχόντων προς το γιατρό τους κυμαίνεται σε αρκετά υψηλό ποσοστό 81,4% (Γράφημα 10.5).



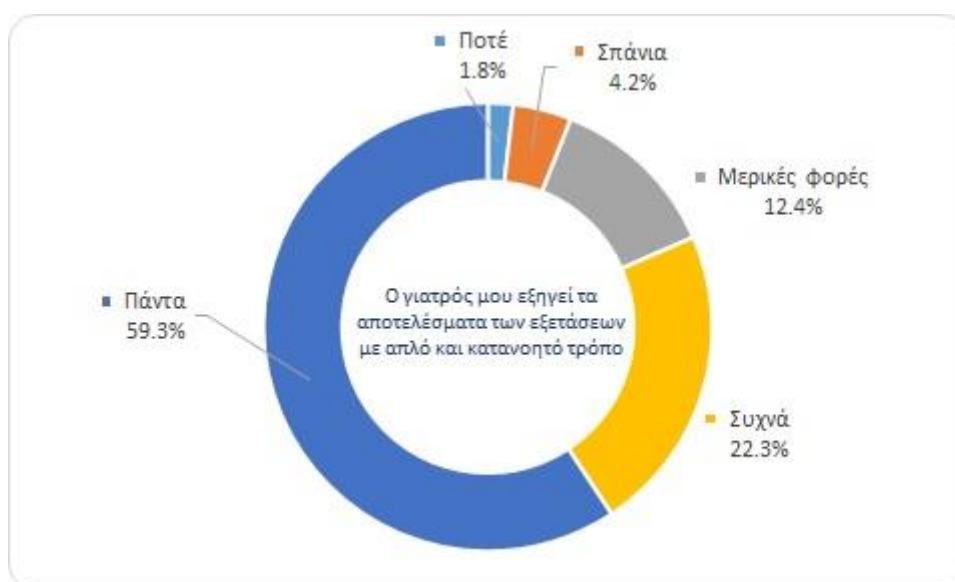
Γράφημα 10.5 Πηγή www.Med&Me.gr

Επίσης, το 90,1% μιλάει με ειλικρίνεια στο γιατρό για τα θέματα υγείας που το απασχολούν (Γράφημα 10.6).



Γράφημα 10.6 Πηγή www.Med&Me.gr

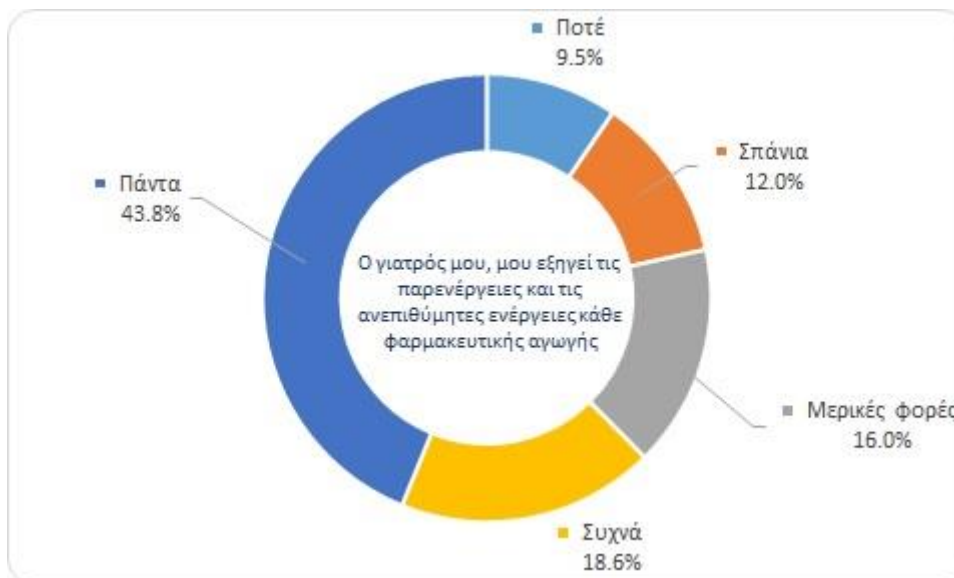
Όσον αφορά τα επικοινωνιακά χαρακτηριστικά του γιατρού που σχετίζονται με τον ιδιαίτερο τρόπο επικοινωνίας και επεξήγησης των παραμέτρων της ασθένειας και της φαρμακευτικής αγωγής, προκύπτει ότι σε ποσοστό 81,6% ο γιατρός εξηγεί τα αποτελέσματα των εξετάσεων (Γράφημα 10.7) και σε ποσοστό 92,9% τον τρόπο λήψης της φαρμακευτικής αγωγής (Γράφημα 10.8), αλλά παρουσιάζεται φειδωλός ως προς την επεξήγηση των παρενεργειών των φαρμάκων με το ποσοστό να ανέρχεται στο 62,4% (Γράφημα 10.9).



Γράφημα 10.7 Πηγή www.Med&Me.gr

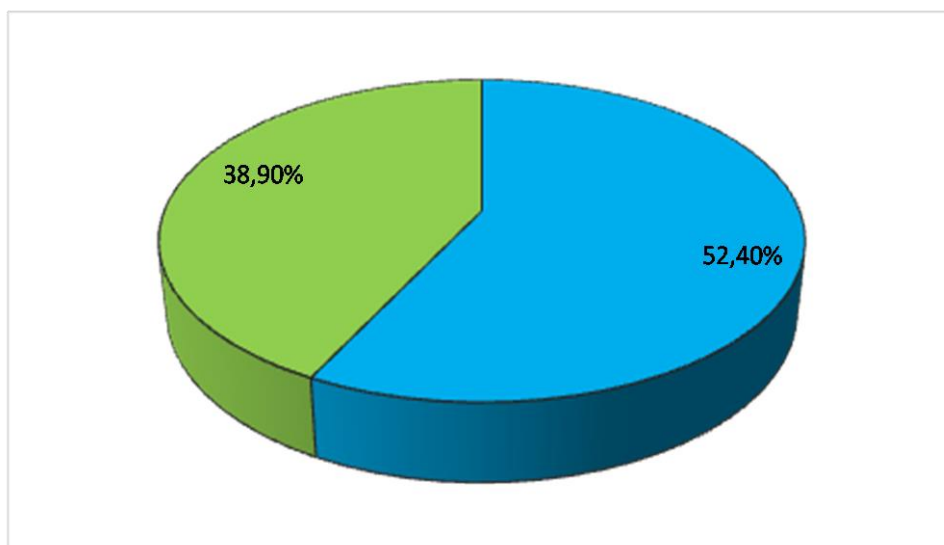


Γράφημα 10.8 Πηγή www.Med&Me.gr



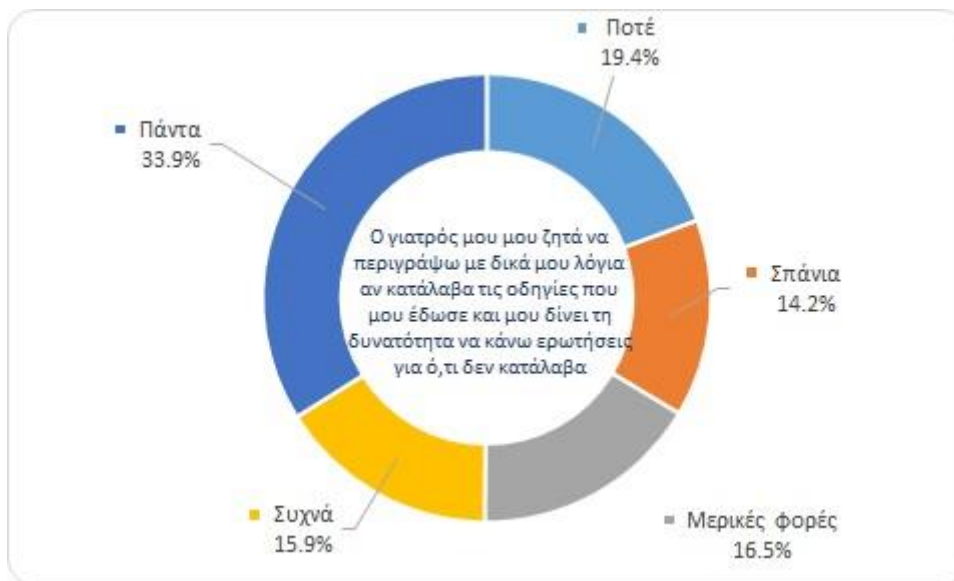
Γράφημα 10.9 Πηγή www.Med&Me.gr

Επίσης, η ιατρική ορολογία που δυσχεραίνει την επικοινωνιακή διαδικασία, φαίνεται να χρησιμοποιείται από τους γιατρούς μερικές φορές ή σπάνια σε ποσοστό 52,4%, ενώ ποσοστό 38,9% ανέφερε ότι ο γιατρός δε μιλάει με ιατρικούς όρους και γίνονται κατανοητά όσα επιθυμεί να επικοινωνήσει στον ασθενή (Γράφημα 10.10).



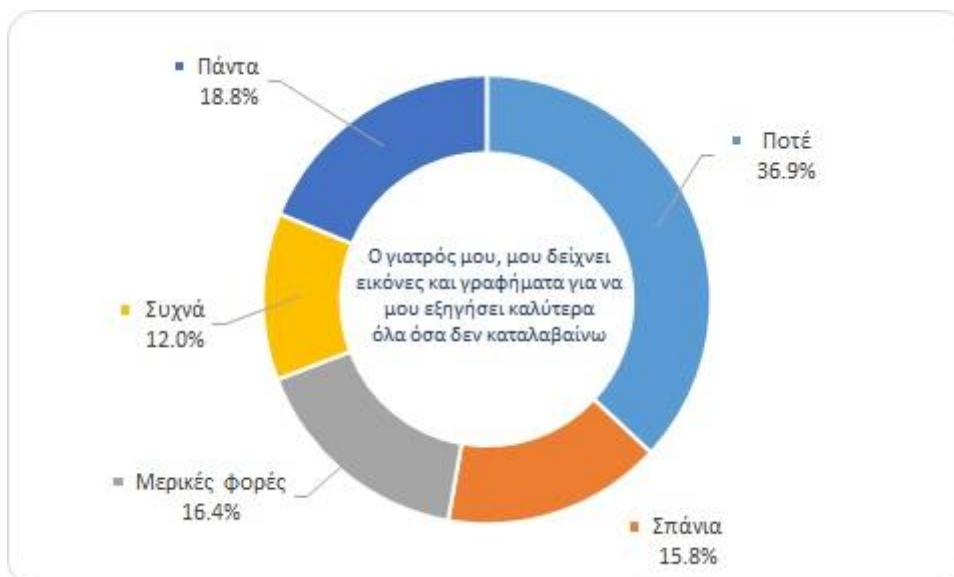
Γράφημα 10.10 Πηγή www.Med&Me.gr

Ως προς την τεχνική της ανατροφοδότησης, προκειμένου ο γιατρός να ελέγξει το επίπεδο κατανόησης όσων ειπώθηκαν κατά την ιατρική συνεδρία από τους ασθενείς, ποσοστό 49,8% των συμμετεχόντων ανέφερε ότι αυτό συμβαίνει πάντα ή συχνά, αλλά ποσοστό 33,6% ανέφερε ότι δε συμβαίνει ποτέ ή συμβαίνει σπάνια (Γράφημα 10.11).



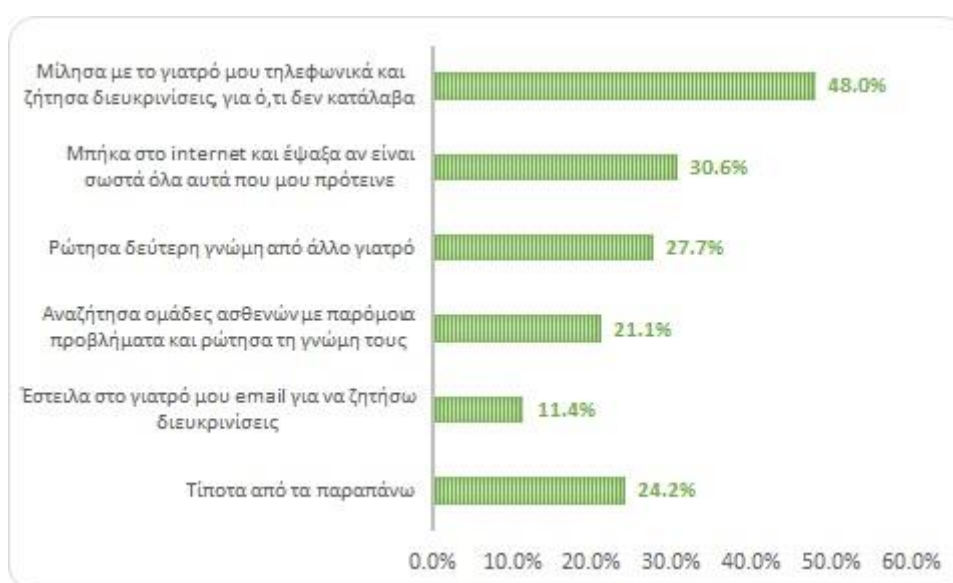
Γράφημα 10.11 Πηγή www.Med&Me.gr

Επιπρόσθετα, το 30,8% ανέφερε ότι ο γιατρός δείχνει συμπληρωματικές εικόνες και γραφήματα για να αποσαφηνιστούν όλα όσα δεν έχουν κατανοήσει, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό της τάξης του 52,7% ανέφερε ότι αυτό γίνεται σπάνια ή δε γίνεται ποτέ (Γράφημα 10.12).



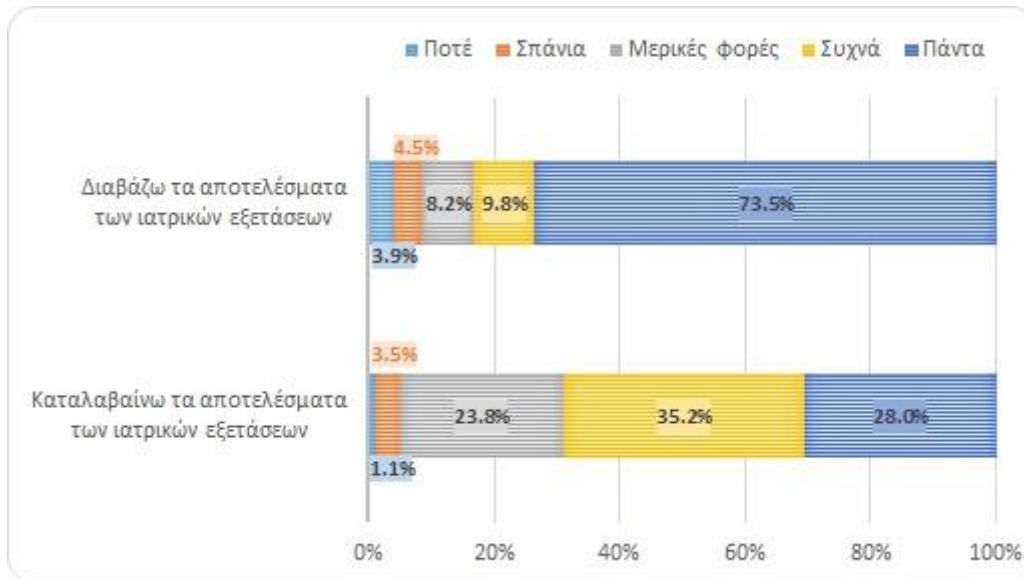
Γράφημα 10.12 Πηγή www.Med&Me.gr

Αξιοσημείωτα είναι τα ποσοστά που καταγράφουν την προσπάθεια για επικοινωνία με το γιατρό μετά την απομάκρυνση του ασθενή από το χώρο διεξαγωγής της ιατρικής επίσκεψης. Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη έρευνα το 48% των συμμετεχόντων είχαν τηλεφωνική επικοινωνία με το γιατρό τους και ζήτησαν διευκρινίσεις, το 30% έψαξε στο διαδίκτυο και το 21,1% ζήτησε τη γνώμη από ομάδες ασθενών με παρόμοια προβλήματα (Γράφημα 10.13).



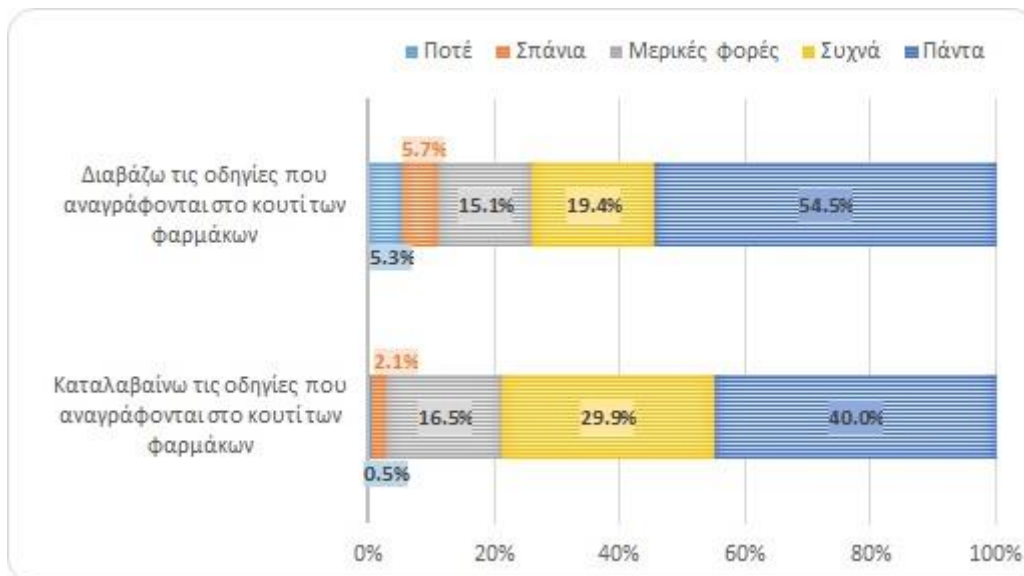
Γράφημα 10.13 Πηγή www.Med&Me.gr

Ως προς τη διερεύνηση του επίπεδου αλφαριθμητισμού στην υγεία το 73,5% όσων συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσε ότι πάντα διαβάζει τα αποτελέσματα των εξετάσεων, αλλά μόνο το 28% μπορεί να τα κατανοήσει (Γράφημα 10.14).



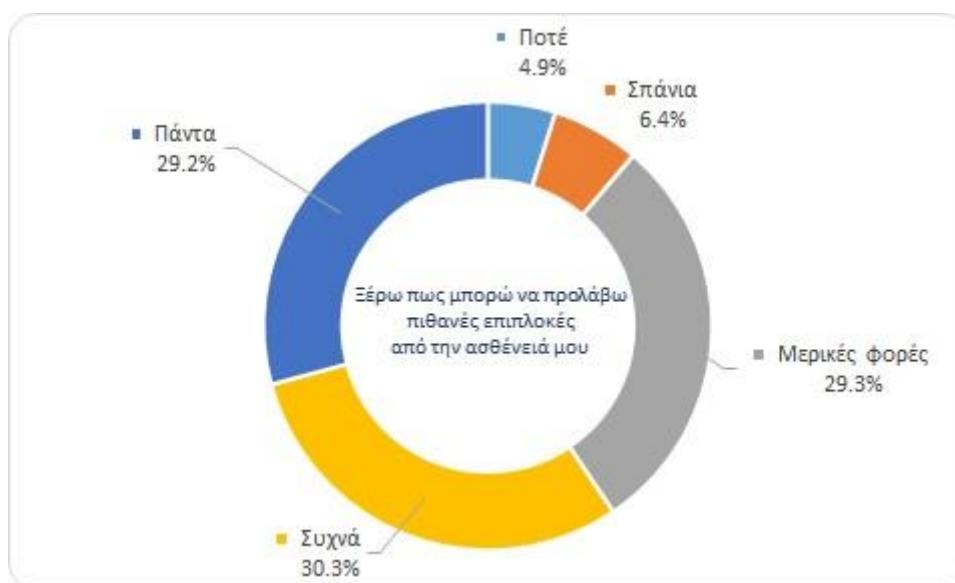
Γράφημα 10.14 Πηγή www.Med&Me.gr

Αντίστοιχα το ποσοστό όσων διαβάζουν τις οδηγίες στο κουτί των φαρμάκων κυμαίνεται στο 54,4% με το 40% να κατανοεί ότι διαβάζει (Γράφημα 10.15).



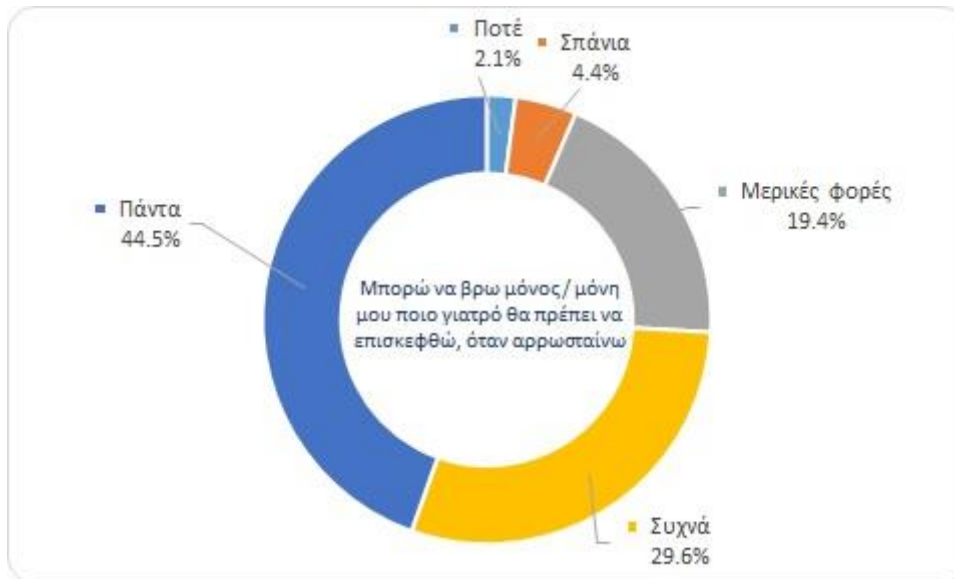
Γράφημα 10.15 Πηγή www.Med&Me.gr

Το επίπεδο αλφαριθμητισμού των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα και αφορά τις γνώσεις για την πρόληψη επιπλοκών της ασθένειάς τους, την ευχέρεια αναζήτησης πληροφοριών σχετικά με τα συμπτώματα της νόσου και τις διαφορετικές θεραπείες και την ικανότητα εύρεσης γιατρού όταν αρρωσταίνουν, τα ποσοστά διαμορφώθηκαν ως εξής: το 59,5% των ατόμων γνωρίζουν πώς να προλάβουν τις επιπλοκές της ασθένειάς τους (Γράφημα 10.16).



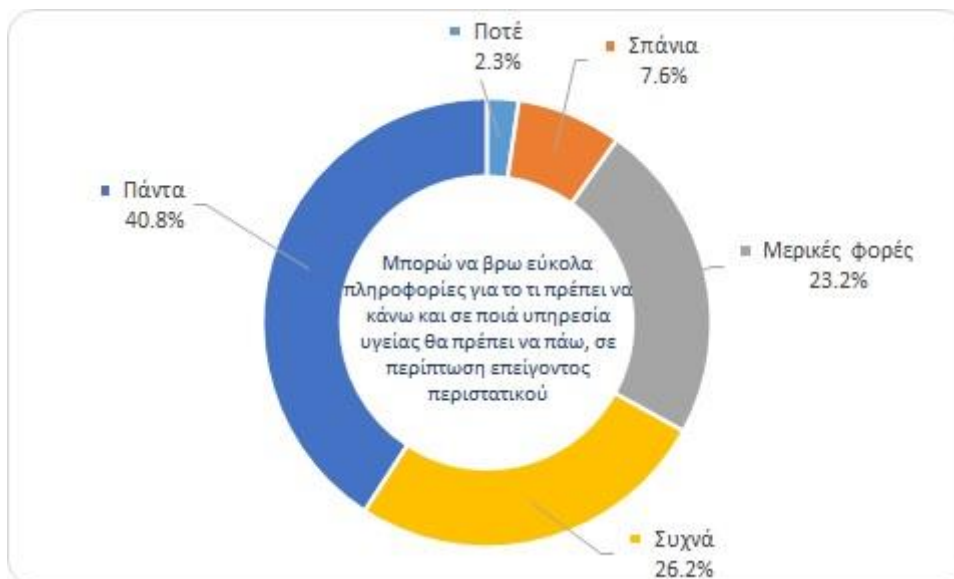
Γράφημα 10.16 Πηγή www.Med&Me.gr

Το 74,1% ανέφερε ότι μπορεί να βρει σε ποιόν γιατρό θα πρέπει να απευθυνθεί όταν αρρωστήσει (Γράφημα 10.17).

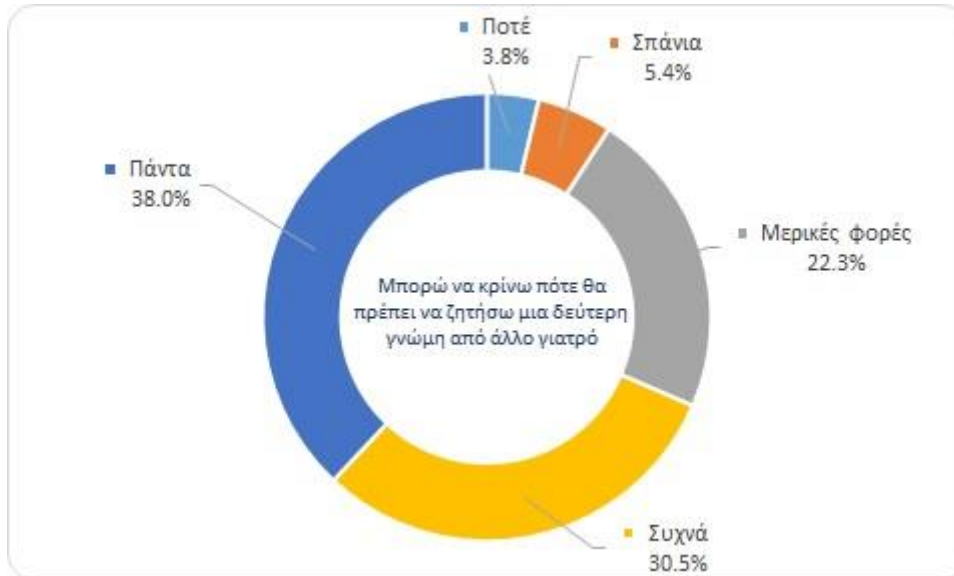


Γράφημα 10.17 Πηγή www.Med&Me.gr

Η αναζήτηση γιατρού φαίνεται να δυσκολεύει σε περίπτωση επείγοντος, καθώς το ποσοστό μειώνεται στο 67% (Γράφημα 10.18) και στο 60,5% όταν πρόκειται να αναζητήσουν μία δεύτερη γνώμη (Γράφημα 10.19).

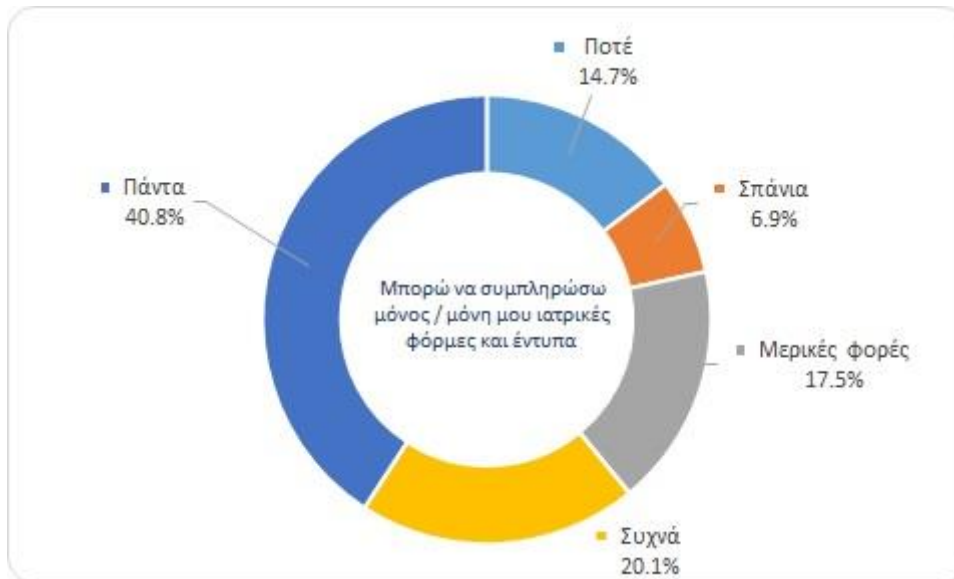


Γράφημα 10.18 Πηγή www.Med&Me.gr



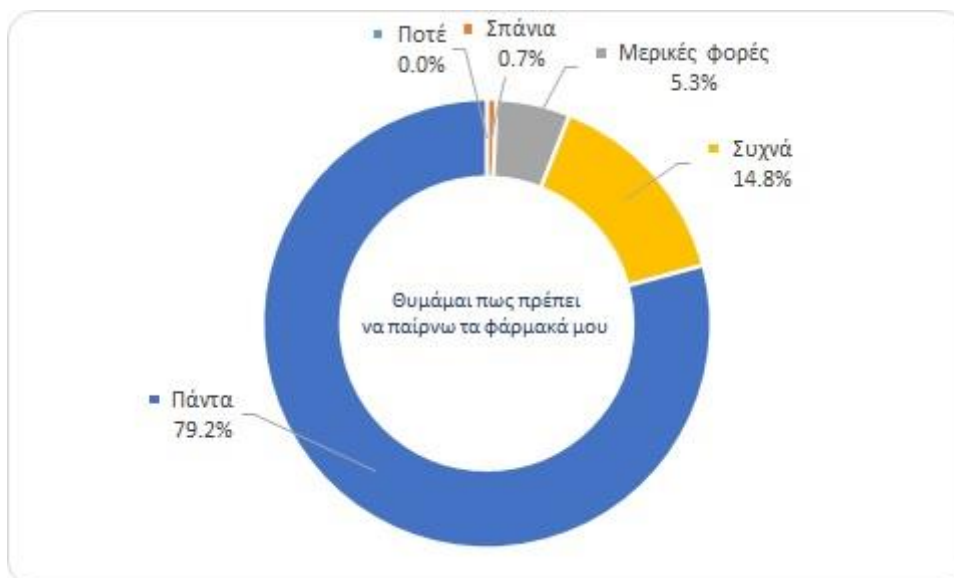
Γράφημα 10.19 Πηγή www.Med&Me.gr

Τέλος, ποσοστό 60,9% έχει την ικανότητα να συμπληρώνει ιατρικά έντυπα και φόρμες χωρίς να χρειάζεται βοήθεια (Γράφημα 10.20).



Γράφημα 10.20 Πηγή www.Med&Me.gr

Ως προς την πιστή εφαρμογή της φαρμακευτικής αγωγής το 79,2% θυμάται πως πρέπει να παίρνει τα φάρμακα (Γράφημα 10.21).

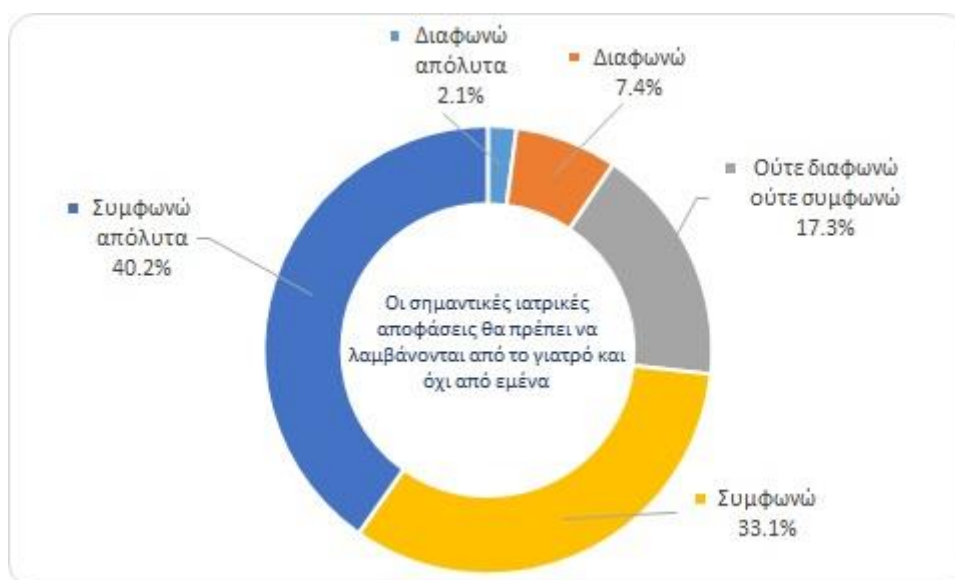


Γράφημα 10.21 Πηγή www.Med&Me.gr

Αξιοσημείωτη είναι και η τάση των ατόμων να διακόπτουν τη φαρμακευτική τους αγωγή. Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη έρευνα το 27,7% διακόπτει τη λήψη των φαρμάκων του όταν αισθάνεται καλύτερα, το 23,3% επειδή φοβάται τις παρενέργειες,

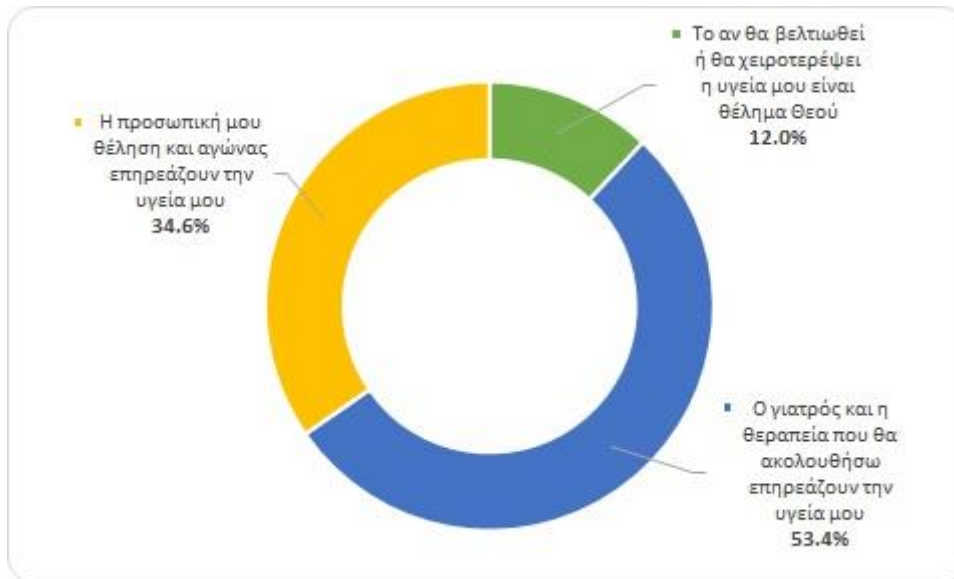
το 12,5% επειδή ακολουθεί εναλλακτικές θεραπείες και το 12,4% για οικονομικούς λόγους.

Τα τελευταία χρόνια με την επικράτηση του ανθρωποκεντρικού μοντέλου υγείας, το οποίο επιβάλλει την ολιστική προσέγγιση των ασθενών, σε συνδυασμό με τη θέσπιση και την προάσπιση των δικαιωμάτων τους, έχει ενισχυθεί η ενεργός συμμετοχή των ασθενών στην επικοινωνιακή διαδικασία κατά την ιατρική διαβούλευση και τη λήψη της τελικής απόφασης. Από τη συγκεκριμένη έρευνα προκύπτει ωστόσο ότι ποσοστό 19,4% θεωρεί ότι σε δύσκολες καταστάσεις είναι καλύτερα για τους ασθενείς να μην ενημερώνονται για την ακριβή κατάσταση της υγείας τους. Επίσης, ποσοστό 82,3% πιστεύει ότι οι ασθενείς θα πρέπει να εμπιστεύονται το γιατρό τους και το 73.3% πιστεύει ότι οι σημαντικές αποφάσεις θα πρέπει να λαμβάνονται από το γιατρό (Γράφημα 10.22).



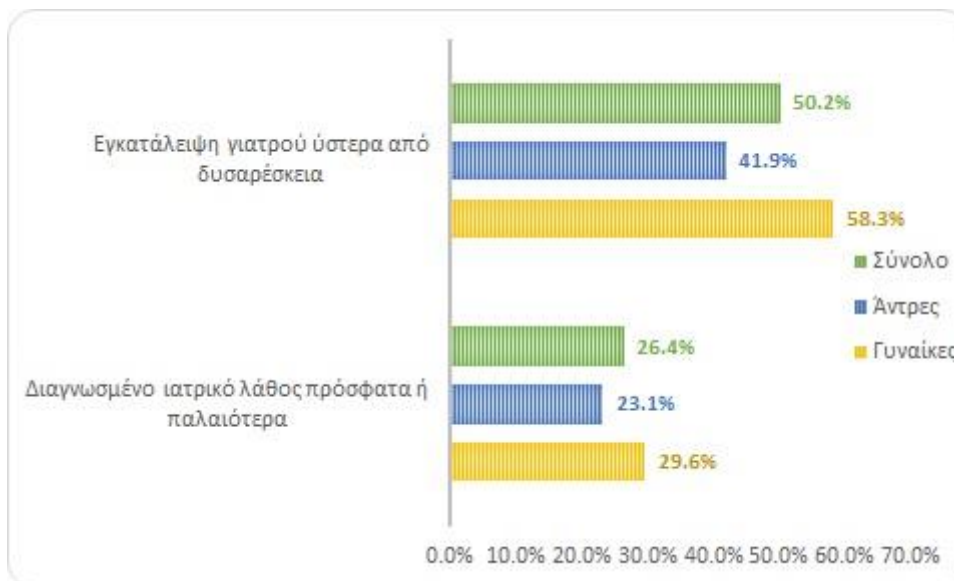
Γράφημα 10.22 Πηγή www.Med&Me.gr

Η αποκατάσταση και η διατήρηση της υγείας σύμφωνα με τα συγκεκριμένα ερευνητικά δεδομένα εξαρτώνται κατά 53,4% από το γιατρό και την προτεινόμενη θεραπεία, κατά 34,6% από την προσωπική θέληση και τον ατομικό αγώνα και κατά 12% από τη δύναμη της πίστης και το θέλημα του Θεού (Γράφημα 10.23).



Γράφημα 10.23 Πηγή www.Med&Me.gr

Τέλος, όσον αφορά τη δυσαρέσκεια των ασθενών, αυτή στάθηκε αιτία εγκατάλειψης του γιατρού τους σε ποσοστό 41,9% για τους άνδρες και 58,3% για τις γυναίκες. Παράλληλα, το 23,1% των ανδρών και το 29,6% των γυναικών που συμμετείχαν στην έρευνα ανέφεραν ότι κατά την πρόσφατη ή την παρελθούσα επαφή τους με το σύστημα παροχής υγειονομικής φροντίδας είχαν υποστεί κάποιο διαγνωσμένο ιατρικό σφάλμα (Γράφημα 10.24).



Γράφημα 10.24 Πηγή www.Med&Me.gr

Όραμα της Δρ. Σίμου Ε. είναι η συγκεκριμένη έρευνα να αποτελέσει χρήσιμο εργαλείο στον υγειονομικό τομέα για την εξομάλυνση των σχέσεων γιατρού-ασθενή και να συμβάλλει στην αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και στην εξυγίανση της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Καθώς παρατηρείται περιορισμένη ερευνητική δραστηριότητα γύρω από την ανάλυση της σχέσης του γιατρού με τον ασθενή και τον τρόπο που η αποτελεσματική επικοινωνία είναι δυνατόν να εξασφαλίσει τη θετική έκβαση της θεραπείας και να οδηγήσει σε καλύτερα αποτελέσματα υγείας, η Δρ Σίμου ως επιστημονική υπεύθυνη της έρευνας επιθυμεί να βάλει ένα ακόμα λιθαράκι στον κατάλογο των ερευνητικών αποτελεσμάτων, ώστε να αφυπνιστούν οι αρμόδιοι χάραξης πολιτικών υγείας και να γίνουν ουσιαστικές προσπάθειες για την αποκατάσταση της θεραπευτικής σχέσης. Προτεραιότητα για την παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών υγείας αποτελεί η σύναψη ισχυρού θεραπευτικού δεσμού και η ενεργός συμμετοχή όλων των εμπλεκόμενων στη θεραπευτική διαδικασία, καθώς σύμφωνα με την ίδια «η εμπιστοσύνη στο γιατρό θα πρέπει να διαφυλαχθεί και ο σεβασμός, η αξιοπρέπεια και η διαφάνεια στη φροντίδα του ασθενή να διασφαλιστούν» (www.medandme.gr).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11ο

ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η υγεία αποτελεί αναφαίρετο ανθρώπινο δικαίωμα και κατοχυρώνεται με Σύμφωνα και Συμβάσεις Διεθνών Οργανισμών, το Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το Σύνταγμα της Ελλάδας και την Ελληνική Νομοθεσία. Τα δικαιώματα των ασθενών και η προάσπισή τους ανάγεται σε ζήτημα μείζονος σημασίας τόσο για την ελληνική, όσο και για τη διεθνή έννομη τάξη εξαιτίας της ευάλωτότητας των ασθενών απέναντι στα ιδρύματα και τους παρόχους υγειονομικής φροντίδας. Η αναγνώριση των δικαιωμάτων των ασθενών αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για τη σχέση που θα δημιουργηθεί ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή και βασική προϋπόθεση για την τελική της έκβαση. Η πρώτη έμμεση αναφορά των δικαιωμάτων των ασθενών γίνεται στον όρκο του Ιπποκράτη, ενώ η κατοχύρωσή τους χρονολογείται τον 17^ο αιώνα στο κείμενο του Habeas Corpus το 1669. Έκτοτε ακολούθησαν οι συντονισμένες προσπάθειες πολλών οργανισμών και φορέων για τη σύνταξη πλήρους καταλόγου με τα δικαιώματα των ασθενών και τη θεσμική τους αναγνώριση.

Πιο συγκεκριμένα, τα δικαιώματα των ασθενών έχουν αναγνωριστεί θεσμικά μέσω πολλών κειμένων, όπως:

- Η Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων του ΟΗΕ το 1948 (Universal Declaration of Human Rights, 1948).
- Η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Προστασία των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου το 1950 (European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, 1950).
- Ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης, από το Συμβούλιο της Ευρώπης το 1961, (European Social Charter, 1961), ο οποίος κυρώθηκε από την Ελλάδα με τον νόμο 1426/1984.
- Ο πρώτος κώδικας δικαιωμάτων του ασθενή το 1973 στις Η.Π.Α (Patient Bill of Rights, 1973).

- Η Διακήρυξη για την Προαγωγή των Δικαιωμάτων των Ασθενών από τον ΠΟΥ το 1994 (WHO, 1994).
- Η Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και τη Βιοϊατρική στο Οβιέδο το 1997 (Convention on Human Rights and Biomedicine, 1997), η οποία ακυρώθηκε από την Ελλάδα με τον νόμο 2619/1998 και
- Οι τρεις Διακηρύξεις της UNESCO αναφορικά με τη βιοηθική και τη γενετική (Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights, 1997; International Declaration on Human Genetic Data, 2003; Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, 2005).

Το ελληνικό κράτος προχώρησε στη νομοθετική θέσπιση και την κατοχύρωση των δικαιωμάτων που έχει ο ασθενής τόσο κατά τη διάρκεια της θεραπείας του όσο και μετά την ολοκλήρωσή της. Ειδικότερα, με τις διατάξεις του νόμου 2071/1992 (άρθρο 47), καθιερώθηκαν με τρόπο ρητό και περιοριστικό τα δικαιώματα των νοσοκομειακών ασθενών, ενώ με τον Κώδικα της Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ-Ν.3418/2005) και τους κώδικες δεοντολογίας των υπόλοιπων επαγγελματιών υγείας ρυθμίζονται έμμεσα τα δικαιώματα που αναφέρονται σε όλες τις άλλες κατηγορίες ασθενών. Τα δικαιώματα των ασθενών είναι κανονιστικού περιεχομένου, είναι κατοχυρωμένα από την ελληνική έννομη τάξη και προστατεύουν τον ασθενή από την καταστρατήγησή τους (Μητροσύλη, 2009).

Σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 21, παράγραφο 3 του Συντάγματος κατοχυρώνεται το δικαίωμα των πολιτών στην υγεία και η προστασία της γενετικής τους ταυτότητας. Το δικαίωμα αυτό διέπεται από τις αξίες της καθολικότητας, της ισότητας και της υπευθυνότητας και μαζί με τις αρχές της εμπιστευτικότητας, της ιδιωτικότητας, του σεβασμού της προσωπικότητας του ατόμου, της ενημερωμένης συναίνεσης και της πληροφόρησης αποτέλεσαν τα βασικά συστατικά της θέσπισης των δικαιωμάτων των ασθενών. Και ενώ ο νόμος 2071/1992 άρθρο 47 αποτέλεσε μία πρώτη προσπάθεια απαρίθμησης των δικαιωμάτων των ασθενών, ο κατάλογος φαίνεται να μακραίνει και να προστίθενται περισσότερα δικαιώματα τα οποία προκύπτουν από το Σύνταγμα, τη νομοθεσία, τη νομολογία, τους κώδικες δεοντολογίας των ιατρικών και συναφών με την παροχή φροντίδας επαγγελματιών υγείας, τις διακηρύξεις, τις διεθνείς συμβάσεις και τους κανόνες της Ευρωπαϊκής

Ένωσης σε μία προσπάθεια που καταβάλει για την προστασία των δικαιωμάτων των πολιτών που ανήκουν στα κράτη μέλη της. Η ενίσχυση των δικαιωμάτων αποτελεί παράλληλα προϊόν της εξέλιξης της επιστήμης και της ενίσχυσης της φωνής των ασθενών. Σύμφωνα λοιπόν με την Ελληνική Νομοθεσία, τα δικαιώματα όσων λαμβάνουν Υπηρεσίες Υγείας στο Δημόσιο Σύστημα Υγείας, είναι ίδια για όλους ανεξαρτήτου ιθαγένειας, χρώματος, τόπου κατοικίας, θρησκευτικών ή φιλοσοφικών πεποιθήσεων, νομικής κατάστασης, σεξουαλικού προσανατολισμού, οικονομικής κατάστασης και ασφαλιστικής κάλυψης και είναι τα εξής: (<https://www.moh.gov.gr/articles/citizen/dikaiwmata-lhptwn-yphresiwn-ygeias/>)

- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να προσέρχεται σε ποιοτικές και ασφαλείς υπηρεσίες υγείας και να επιλέγει αυτές που απαιτούνται για την αντιμετώπιση της κατάστασης της υγείας του (άρθρο 47 παρ. 1 Ν. 2071/1992) (Αλεξιάδου, 2012).
- Ο ασθενής με τον ατομικό αριθμό μητρώου κοινωνικής ασφάλισης έχει το δικαίωμα της ελεύθερης επιλογής γιατρού και δημόσιου ή ιδιωτικού θεραπευτηρίου. Για τους ασθενείς που απευθύνονται στον ιδιωτικό φορέα προϋπόθεση αποτελεί και η οικονομική τους δυνατότητα για την κάλυψη των δαπανών για την υγεία.
- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα της πλήρους, εμπειριστατωμένης και κατανοητής πληροφόρησής του σχετικά με την πραγματική κατάσταση της υγείας του, προκειμένου να διαμορφώνει πλήρη εικόνα των ιατρικών, κοινωνικών και οικονομικών διαστάσεων της κατάστασής του και να είναι σε θέση να μετέχει ο ίδιος στις κρίσιμες αποφάσεις για τη ζωή του (άρθρο 47 παρ. 4 και 5 Ν.2071/1992). Στα πλαίσια της πλήρους ενημέρωσης ο ασθενής δικαιούται επίσης να έχει πρόσβαση σε ιατρικά αρχεία και στον ατομικό του φάκελο (άρθρο 10 Ν. 2619/1998, παρ. 4.4, Διακήρυξη WHO), καθώς και να ενημερώνεται για την ταυτότητα και την επαγγελματική ιδιότητα των ατόμων που παρέχουν υπηρεσίες υγείας. Τέλος, ο ασθενής διατηρεί το δικαίωμα να μην ενημερώνεται για την κατάσταση της υγείας του, ούτε οι οικείοι του, δικαίωμα το οποίο πρέπει να γίνεται σεβαστό από το γιατρό.
- Κάθε ασθενής διατηρεί το δικαίωμα συγκατάθεσης και συμμετοχής στη διενέργεια πράξεων στον ίδιο για εκπαιδευτικούς ή ερευνητικούς σκοπούς

(N.3418/2005- Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας), με δυνατότητα ανάκλησης της συναίνεσης σε οποιοδήποτε στάδιο της ιατρικής πράξης ή της θεραπείας. Η συναίνεση θα πρέπει πάντα να είναι προϊόν συνειδητής απόφασης μετά από πλήρη ενημέρωση για τις επιπλοκές και τους κινδύνους που μπορεί να προκύψουν από την εφαρμογή πειραματικών ιατρικών μεθόδων (άρθρο 47 παρ. 4 και 5 N.2071/1992, άρθρα 11, 12 και 22 N.3418/2005) (Αλεξιάδου, 2012).

- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να δέχεται τη φροντίδα που είναι κατάλληλη για τις ατομικές ανάγκες υγείας του, συμπεριλαμβανομένων της προληπτικής ιατρικής και άλλων ενεργειών που στοχεύουν στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας του (άρθρο 47 N.2071/1992). Επίσης, έχει το δικαίωμα επιλογής αλλά και αλλαγής πάροχου υπηρεσιών υγείας και αξιοπρεπούς αντιμετώπισης αναφορικά με τη διάγνωση, τη θεραπεία και τη φροντίδα του.
- Ο ασθενής δικαιούται να προστατεύεται η ιδιωτική και οικογενειακή του ζωή (N.2071/1992) και οι πληροφορίες που αφορούν την κατάσταση της υγείας του ή είναι προσωπικής φύσεως θεωρούνται εμπιστευτικές ακόμα και μετά το θάνατό του. Ο γιατρός πρέπει να τηρεί το ιατρικό απόρρητο, ενώ στοιχεία, καθώς και ανθρώπινες ουσίες από τα οποία μπορεί να προκύψει αναγνώριση του ασθενή πρέπει να προστατεύονται. Τέλος, σε όλες τις ιατρικές πράξεις ο ασθενής δικαιούται να παρίσταται κάποιο οικείο προς αυτόν πρόσωπο μόνο αν ο ίδιος το επιθυμεί, ενώ για την προστασία και το σεβασμό της ιδιωτικότητάς του στους χώρους παροχής ιατρικής φροντίδας, παρίστανται αποκλειστικά τα άτομα που είναι αρμόδια για την αποκατάσταση της υγείας του, εκτός και αν ο ίδιος απαιτεί ή συναινεί κάτι άλλο (N.2071/1992).
- Ο ασθενής έχει το δικαίωμα να γίνονται σεβαστές και να αναγνωρίζονται οι ιδεολογικές και θρησκευτικές του πεποιθήσεις, δεδομένου ότι αποτελούν δύο βασικά συστατικά της προσωπικότητάς του. Άλλωστε βασική προϋπόθεση για την επιτυχία της θεραπευτικής σχέσης αποτελεί ο σεβασμός της αξιοπρέπειας, των απόψεων και των πεποιθήσεων του ασθενή και του γιατρού και η δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης. Το δικαίωμα αυτό είναι δυνατό να καμφθεί και ο γιατρός να ενεργήσει αυτοβούλως όταν απειλείται η ζωή του

ασθενή, όπως για παράδειγμα στις περιπτώσεις όπου ο ασθενής χρήζει μετάγγισης αίματος και η θρησκεία του δεν το επιτρέπει (Μητροσύλη, 2009).

- Ο ασθενής έχει δικαίωμα να διαμαρτυρηθεί και να υποβάλλει αναφορά στις αρμόδιες αρχές για οποιαδήποτε πράξη ή παράλειψη που πραγματοποιείται σε μονάδας παροχής υγειονομικής φροντίδας, καθώς και να ενημερώνεται για το αποτέλεσμα των ενεργειών του (άρθρο 47 Ν.2071/1992).
- Ο ασθενής δικαιούται να ενημερώνεται διεξοδικά για όλα τα δεδομένα και τους κινδύνους που μπορεί να προκύψουν από τη θεραπεία ή την επέμβαση. Η ενημέρωση πρέπει να προηγείται των ιατρικών πράξεων και να ζητείται η συναίνεση του ασθενή, σύμφωνα με το άρθρο 11 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν.3418/2005) και το άρθρο 5 της Σύμβασης του Οβιέδο (Ν.2619/1998). Η συναίνεση πρέπει να είναι αποτέλεσμα πλήρους κατανόησης των πληροφοριών που του δίνονται και υπόκειται οποτεδήποτε σε ανάκληση. Προκειμένου να διασφαλίζονται αμφότεροι οι εμπλεκόμενοι η συναίνεση θα πρέπει να είναι γραπτή κυρίως σε περιπτώσεις σοβαρών χειρουργικών επεμβάσεων ή κρίσιμων διαγνωστικών μεθόδων. Σε περίπτωση που ο ασθενής δεν είναι σε θέση να συναινέσει είτε λόγω της κρισιμότητας της κατάστασής του, είτε λόγω του νεαρού της ηλικίας του, τότε η συναίνεση ασκείται από τους γονείς του, κάποιον συγγενή ή από το νόμιμο αντιπρόσωπο του ασθενή (Κρεμαλής, 2011).

Για τη διασφάλιση και την προάσπιση των δικαιωμάτων των ασθενών το ελληνικό κράτος πέρα από τη νομική κατοχύρωσή τους, προχώρησε και στη συγκρότηση υπηρεσιών ελέγχου. Πιο συγκεκριμένα, στο Υπουργείο Υγείας βάσει του Νόμου 2519/1997 συγκροτήθηκε και λειτουργεί Αυτοτελές Τμήμα Προστασίας Δικαιωμάτων των Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας. Το τμήμα υπάγεται στο Γενικό Γραμματέα και ασχολείται με την προστασία και τον έλεγχο των δικαιωμάτων των ασθενών, ενώ παράλληλα εξετάζει καταγγελίες και παράπονα που γίνονται και αφορούν τις υπηρεσίες υγείας και τους παρόχους τους. Επίσης, το 1997 στο Υπουργείο Υγείας συστάθηκε και λειτουργεί Επιτροπή Ελέγχου και Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας που απαρτίζεται από εκπροσώπους ιατρικών, επιστημονικών, κοινωνικών, συνδικαλιστικών και αθλητικών φορέων. Η Επιτροπή ασχολείται με την εξακρίβωση των ενυπόγραφων καταγγελιών και την

αυτόβουλη παρακολούθηση της τήρησης των κανόνων για την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών. Επιπρόσθετα, λειτουργεί Ειδική Επιτροπή Αυτοτελούς Τμήματος Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ατόμων με Ψυχικές Διαταραχές που εποπτεύει και ελέγχει την προστασία των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχική νόσο.

Σε κάθε νοσοκομείο του Εθνικού Συστήματος Υγείας λειτουργεί γραφείο επικοινωνίας με τον πολίτη και τριμελής επιτροπή σεβασμού και διασφάλισης των δικαιωμάτων των ατόμων που προσέρχονται στις δομές παροχής φροντίδας υγείας και λαμβάνουν αντίστοιχες υπηρεσίες (Ν. 2519/1997). Τέλος, το 2004 θεσπίστηκε ο Συνήγορος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, μία ανεξάρτητη αρχή όπου απευθύνονται οι ασθενείς σε περίπτωση παραβίασης των δικαιωμάτων τους (Ν. 3292/2004). Η αρχή έχει ως στόχο την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών και την αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Η αναγνώριση των δικαιωμάτων των ασθενών έθεσε τις βάσεις για τον επαναπροσδιορισμό της σχέσης του ασθενή με τις υπηρεσίες παροχής υγειονομικής φροντίδας και κυρίως με το γιατρό. Η νομική κατοχύρωση των δικαιωμάτων του ασθενή οδήγησε στην επικράτηση της ασθενοκεντρικής ιατρικής και την ενίσχυση της θέσης του. Ο σεβασμός της αξιοπρέπειας και της ακεραιότητας του ατόμου, η τήρηση του ιατρικού απόρρητου και η αίτηση συναίνεσης συμβάλλουν στη δημιουργία ισχυρού θεραπευτικού δεσμού και καλλιεργούν την ενεργό συμμετοχή του ασθενή κατά την ιατρική συνεδρία και τη λήψη της τελικής απόφασης για το θεραπευτικό σχέδιο που θα ακολουθήσουν για την αποκατάσταση της υγείας του. Το ελληνικό κράτος σύμφωνα με τις προσαγές των σύγχρονων κοινωνιών προχώρησε στη θέσπιση ενός πλαισίου ελέγχου και προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών με τη συγκρότηση ειδικών επιτροπών. Ωστόσο, πρέπει να γίνουν ακόμα πολλά βήματα και να φτάσει σε ικανοποιητικό επίπεδο ο βαθμός αλφαριθμητισμού των ατόμων για την υγεία, προκειμένου να προωθούνται και να διασφαλίζονται τα δικαιώματα των ασθενών χωρίς αυτό να επηρεάσει δυσμενώς τη θεραπευτική σχέση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 12ο

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η επικοινωνία αποτελεί βασικό συστατικό των ανθρώπινων σχέσεων. Μία ιδιαίτερη κοινωνική σχέση που στηρίζεται στην αποτελεσματική επικοινωνία είναι η σχέση του γιατρού με τον ασθενή. Η σχέση αυτή είναι πολύπλοκη και επηρεάζεται από την ατομική θεώρηση της υγείας και της ασθένειας όπως αυτή καθορίζεται από τις εκάστοτε κοινωνικές και πολιτισμικές αναπαραστάσεις. Οι επιθυμίες και οι προσδοκίες των ασθενών από το γιατρό μπορεί να διαφέρουν ακόμα και ανάμεσα στα άτομα του ίδιου κοινωνικού συνόλου. Ανεξάρτητα από τις όποιες διαφοροποιήσεις η απόφαση του ασθενή να επισκεφθεί το γιατρό σηματοδοτεί την έναρξη μίας ιδιαίτερης σχέσης, η οποία επιβάλλει την εξατομικευμένη προσέγγιση του ασθενή και την ολιστική αντιμετώπιση της νόσου, καθώς και των κοινωνικών και ψυχολογικών επιπτώσεων που επιφέρει. Οι συμμετέχοντες στην ιατρική συνεδρία καλούνται να συνεργαστούν αρμονικά παραγκωνίζοντας τις όποιες ανισότητες και υπερπηδώντας τα εμπόδια που παρουσιάζονται. Πρωταρχικός στόχος κάθε θεραπευτικού δεσμού είναι η δόμηση μίας ισχυρής θεραπευτικής σχέσης, καθώς η αποτελεσματικότητα της συνεδρίας δεν κρίνεται μόνο από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ασθένειας, αλλά και από τη φύση της διαπραγμάτευσης.

Η επικράτηση του βιοϊατρικού μοντέλου στην άσκηση της ιατρικής πρακτικής για δεκαετίες, επέφερε σοβαρό πλήγμα στη σχέση γιατρού-ασθενή, το οποίο παραμένει αισθητό ακόμα και στις μέρες μας. Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση μπορεί να συντελέσει στην αφύπνιση και την ενημέρωση των ερευνητών και των χρηματοδοτών που ενδιαφέρονται για τη γεφύρωση του χάσματος που έχει δημιουργηθεί και την αποκατάσταση της θεραπευτικής σχέσης. Οι ερευνητές ενθαρρύνονται να εκπονήσουν περισσότερες και καλύτερα σχεδιασμένες μελέτες μέσω των οποίων αρχικά να αποδεικνύεται και να τεκμηριώνεται επιστημονικά η αιτιώδης σχέση ανάμεσα σε συγκεκριμένες επικοινωνιακές συμπεριφορές του γιατρού και του ασθενή και πώς αυτές είναι δυνατόν να επηρεάσουν την αποτελεσματικότητα σε κάποιο από τα επίπεδα παροχής φροντίδας. Επίσης, πρέπει να επιδιώξουν την αποσαφήνιση του μηχανισμού σύνδεσης της αποτελεσματικής επικοινωνίας κατά την ιατρική διαβούλευση με βελτιωμένα αποτελέσματα για την υγεία και τη γενικότερη ευημερία για αμφοτέρους τους συμμετέχοντες στην ιατρική διαβούλευση.

Αν και από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση για τη συγγραφή της εργασίας φαίνεται ότι είναι ευρέως αποδεκτή η διαπίστωση ότι η αποτελεσματική επικοινωνία είναι το κλειδί για την επιτυχημένη επικοινωνιακή διαδικασία και συνδέεται με καλύτερα αποτελέσματα υγείας, τα διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα, όπως αυτά προκύπτουν μέσα από τυχαιοποιημένες και περιγραφικές μελέτες, παραμένουν σε υποθετικό επίπεδο διότι δε μπορεί να αποδειχθεί η αιτιώδης σχέση ανάμεσα σε συγκεκριμένες επικοινωνιακές λειτουργίες και καλύτερα αποτελέσματα στην υγεία. Χαρακτηριστική είναι η έρευνα τυχαιοποιημένων μελετών των Griffin και συνεργατών του (2004), καθώς και η τυχαιοποιημένη μελέτη των Kinmonth και συνεργατών του (1998), κατά τις οποίες οι παρεμβάσεις στην επικοινωνία του γιατρού με τον ασθενή ήταν επιθυμητές και οδήγησαν σε ασθενείς με καλύτερη αίσθηση της υγείας τους, χωρίς όμως να υπάρχει μετρήσιμη βελτίωση στους κλινικούς δείκτες της νόσου. Επίσης, σε πολλές περιγραφικές μελέτες δεν προέκυψε συσχέτιση ανάμεσα στην επικοινωνία και τα θετικά αποτελέσματα για την υγεία (Griffin et al., 2004; Kinmonth et al., 1998).

Η παρούσα εργασία ξεκάθαρα αναδεικνύει λοιπόν τις προκλήσεις που παρουσιάζονται στον τομέα της έρευνας και την ανάγκη οι οργανισμοί χρηματοδότησης να υποστηρίξουν μελλοντικές μελέτες, ώστε να εντοπιστούν οι παράγοντες που δυσχεραίνουν τη διαδικασία σύνδεσης της επικοινωνίας με τη διαμόρφωση επιθυμητών αποτελεσμάτων για την υγεία. Θα πρέπει οι μελετητές να αποσαφηνίσουν και να κατανοήσουν κάθε στάδιο της επικοινωνιακής διαδικασίας και του τρόπου που αυτή οδηγεί σε καλή υγεία. Επίσης, είναι αναγκαίο να διερευνηθούν όλες εκείνες οι παράμετροι που σχετίζονται τόσο με το κλινικό περιβάλλον όσο και με τον κοινωνικό και οικογενειακό περίγυρο του πάσχοντα και επηρεάζουν δυσμενώς τη διαβούλευση, καθώς και τα εμπόδια που παρουσιάζονται κατά τη διεξαγωγή της ιατρικής συνάντησης και δυσχεραίνουν την επικοινωνιακή διαδικασία, επιφέροντας καθυστερήσεις στη θεραπεία και την ανάκαμψη των ασθενών. Επιπλέον, θα πρέπει να συμφωνηθούν κοινές μέθοδοι και εργαλεία μετρήσεων, αλλά και κοινοί εννοιολογικοί και λειτουργικοί ορισμοί για την ερμηνεία της διαδρομής μέσω της οποίας η επικοινωνία του γιατρού με τον ασθενή επηρεάζει την υγεία (Makoul & Clayman, 2006; Mounjid et al., 2007).

Οι γιατροί είναι σημαντικό να επικοινωνούν με τους ασθενείς και να γνωρίζουν τον τρόπο να το κάνουν αποτελεσματικά. Δεδομένης της σημασίας των δεξιοτήτων επικοινωνίας για τη θετική έκβαση της διαβούλευσης και την ικανοποίηση των

ασθενών οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικών υγείας θα πρέπει να λάβουν υπόψη τους ότι δεν αρκεί η βελτίωση των ψυχοκοινωνικών και ιατροτεχνικών παραμέτρων της φροντίδας υγείας, αλλά απαιτείται η ανάπτυξη συγκεκριμένων συμπεριφορών από την πλευρά του γιατρού οι οποίες προάγουν τη συνεργασία με τον ασθενή. Οι επικοινωνιακές δεξιότητες των γιατρών δεν ταυτίζονται με την προσωπικότητά τους. Σύμφωνα με το Συμβούλιο Πιστοποίησης Πτυχιούχων Ιατρικής Εκπαίδευσης (ACGME) πρέπει να καλλιεργούνται κατά τη βασική προπτυχιακή τους εκπαίδευση, ώστε να ενσωματωθούν στο ατομικό σύστημα αντιλήψεων και αξιών του γιατρού και να τον συνοδεύουν σε όλη τη διάρκεια της σταδιοδρομίας του (Mead & Bower, 2002).

Εύλογα λοιπόν κρίνεται επιτακτική η ανάγκη αναμόρφωσης των προγραμμάτων σπουδών στις ιατρικές σχολές και η ενσωμάτωση της εκπαίδευσης στις επικοινωνιακές δεξιότητες στην προπτυχιακή εκπαίδευση των σπουδαστών και η επανάληψη σε εύλογα χρονικά διαστήματα, καθώς η κλινική πραγματικότητα διαφέρει σε βαθμό που συχνά η ακαδημαϊκή προσέγγιση δε μπορεί να προβλέψει (Hodges & Kuper, 2012). Προκειμένου οι γιατροί να ανταποκρίνονται στις υγειονομικές ανάγκες των σύγχρονων κοινωνιών και στους περιορισμούς των συστημάτων παροχής φροντίδας υγείας, η διαδικασία της μάθησης θα πρέπει να περιλαμβάνει τη θεωρητική κατάρτιση, την πρακτική εφαρμογή και τη σεμιναριακού τύπου συνεχιζόμενη εκπαίδευση. Επιπρόσθετα, πρέπει να δοθεί έμφαση στην εκμάθηση κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών που βασίζονται στο πνεύμα της τεκμηριωμένης κλινικής πρακτικής, τα λεγόμενα πρωτόκολλα και σε οδηγούς παρατήρησης που έχουν ως στόχο τη λειτουργική ένταξη της επικοινωνίας στην ιατρική συνέντευξη.

Τέλος, οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικών υγείας έχουν ακόμα ένα χρήσιμο εργαλείο στα χέρια τους, ώστε να αντιληφθούν την ανάγκη επαναπροσδιορισμού της λειτουργίας των υγειονομικών συστημάτων. Για να γίνει αυτό με επιτυχία αρκεί να κατανοήσουν ότι το έμφυχο δυναμικό είναι αυτό που καθορίζει το επίπεδο της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και κατ' επέκταση του επιπέδου υγείας και ευεξίας των ατόμων και πιο συγκεκριμένα η αποτελεσματική επικοινωνία τόσο του γιατρού και του ασθενή κατά τη διαβούλευση, όσο και των μελών της διεπιστημονικής ομάδας. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να χρηματοδοτηθούν οι ενέργειες των Οργανισμών που ασχολούνται με την προαγωγή

του αλφαριθμητισμού στην υγεία και να ενισχυθεί ακόμα περισσότερο το έργο τους, διότι όπως αποδεικνύεται όλο και περισσότερο, η ισορροπία και η επιτυχία της θεραπευτικής σχέσης εξασφαλίζεται μόνο όταν όλα τα μέλη της ιατρικής συνάντησης γνωρίζουν τις υποχρεώσεις τους και σέβονται τα δικαιώματα του άλλου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 13ο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μέσα από την εκτεταμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση και τα όσα παρουσιάστηκαν στη συγκεκριμένη εργασία επιβεβαιώνεται ο ισχυρισμός ότι η αποτελεσματική επικοινωνία ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή συνδέεται με βελτιωμένα αποτελέσματα της υγείας και της γενικότερης ευημερίας του ασθενή. Πρωταρχικός στόχος κάθε θεραπευτικού δεσμού είναι η δόμηση μίας ισχυρής θεραπευτικής σχέσης, καθώς η επιτυχής έκβαση της ιατρικής συνεδρίας δεν κρίνεται μόνο από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της ασθένειας, αλλά και από τη φύση της διαπραγματεύσεως. Από τη στιγμή της συνάντησης και της λήψης του ιατρικού ιστορικού μέχρι την ανακοίνωση της διάγνωσης και την επιλογή του κατάλληλου θεραπευτικού σχήματος, παρατηρείται διαρκής αλληλεπίδραση ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή, καθώς διακινούνται πλήθος λεκτικών και μη λεκτικών μηνυμάτων. Επομένως, συγκεκριμένες επικοινωνιακές συμπεριφορές του γιατρού ή του ασθενή μπορεί να επηρεάσουν την επιτυχή έκβαση της θεραπευτικής συμμαχίας.

Όπως προκύπτει από τα ερευνητικά δεδομένα που μελετήθηκαν η καλή επικοινωνία γιατρού-ασθενή έχει ευεργετικά οφέλη για αμφότερους τους συμμετέχοντες και η ποιότητα και η διάρκεια της σχέσης ενέχει στοιχεία πρόβλεψης του θεραπευτικού αποτελέσματος. Ωστόσο, από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση διαφαίνεται ξεκάθαρα ότι τα αποτελέσματα των τυχαιοποιημένων και περιγραφικών μελετών παραμένουν σε υποθετικό επίπεδο διότι δε μπορεί να αποδειχθεί η αιτιώδης σχέση ανάμεσα σε συγκεκριμένες επικοινωνιακές λειτουργίες και καλύτερα αποτελέσματα στην υγεία. Θα πρέπει να γίνουν γνωστά πολύ περισσότερα αναφορικά με τον μηχανισμό που η επικοινωνία συνδέεται με θετικά αποτελέσματα της υγείας και τους παράγοντες που δυσχεραίνουν την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής σχέσης. Επίσης, οι μελετητές θα πρέπει να καταλήξουν σε κοινές μεθόδους και εργαλεία μετρήσεων, καθώς και σε κοινούς εννοιολογικούς και λειτουργικούς ορισμούς για την ερμηνεία της διαδρομής μέσω της οποίας η επικοινωνία κατά την ιατρική συνάντηση επηρεάζει την έκβαση του θεραπευτικού αποτελέσματος και την αποκατάσταση της υγείας του πάσχοντα.

Ξεκάθαρα λοιπόν διαφαίνεται ότι η θεραπευτική σχέση, δεν περιορίζεται στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών, αλλά είναι μία σχέση σύνθετη και απαιτητική και στηρίζεται σε λεπτές ισορροπίες. Άλλο ένα σημαντικό εύρημα όπως αυτό προέκυψε από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας είναι η διαπίστωση ότι η επικοινωνία κατά την άσκηση της ιατρικής πρακτικής απαιτεί ένα σύνολο δεξιοτήτων και τεχνικών προκειμένου να είναι αποτελεσματική και να οδηγεί σε καλύτερα αποτελέσματα υγείας. Ακρογωνιαίο λίθο στην προσπάθεια βελτίωσης του επιπέδου επικοινωνίας αποτελεί η προπτυχιακή και μεταπτυχιακή εκπαίδευση των γιατρών στις δεξιότητες επικοινωνίας, συμπεριλαμβανομένης και της εκμάθησης κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών. Η επικοινωνιακή δεξιότητα του γιατρού δεν πρέπει να θεωρείται αυτονόητη, αλλά πρέπει να διδάσκεται μέσα από τα προγράμματα εκπαίδευσης των ιατρικών σχολών και να ενισχύεται σε όλη τη διάρκεια της επαγγελματικής τους σταδιοδρομίας. Οι γιατροί θα πρέπει να αποκτούν τις γνώσεις, τις δεξιότητες, την εμπειρία, τις στάσεις και τις συμπεριφορές εκείνες που θα τους βοηθήσουν να γίνουν ικανοί επαγγελματίες και να προσφέρουν στους ασθενείς την καλύτερη δυνατή φροντίδα υγείας σε ένα ασφαλές περιβάλλον (Jason, 2000).

Η εδραίωση μίας ισότιμης και ειλικρινούς σχέσης μεταξύ γιατρού και ασθενή που θα διασφαλίσει την επιτυχία της θεραπευτικής συμμαχίας απασχόλησε μεγάλο αριθμό ερευνητών. Η επικοινωνιακή διαδικασία μελετήθηκε, προκειμένου να αποσαφηνιστούν οι διαστάσεις της επικοινωνίας που βοηθούν την αποτελεσματική έκβασή της. Όπως προέκυψε μέσα από τη μελέτη για τη συγγραφή της εργασίας πέρα από τις επικοινωνιακές δεξιότητες των γιατρών και τα θεραπευτικά πρωτόκολλα, οι ερευνητές μέσα από διαφορετικές στρατηγικές μελέτης και ανάλυσης της συνάντησης κατέληξαν στη δημιουργία μοντέλων οργάνωσης και αξιολόγησης της διαβούλευσης. Τα μοντέλα διαβούλευσης αποτελούν βοηθήματα μάθησης για τους γιατρούς ώστε να καλλιεργήσουν τις ατομικές επικοινωνιακές τους δεξιότητες και να ανταπεξέλθουν στις απαιτήσεις της ιατρικής συνέντευξης. Επιπρόσθετα, αποτελούν έναν χρήσιμο οδηγό για την οργάνωση, τη διαμόρφωση και τη διαδικασία αξιολόγησης των εκπαιδευτικών προγραμμάτων επικοινωνίας. Απώτερος στόχος όλων των μοντέλων είναι η αποκατάσταση της σχέσης γιατρού-ασθενή και η δημιουργία σχέσεων εμπιστοσύνης προκειμένου οι εμπλεκόμενοι στη διαβούλευση να καρπωθούν τα οφέλη της αποτελεσματικής επικοινωνίας. Ο σεβασμός της προσωπικότητας και των ατομικών αντιλήψεων, η πρόληψη της πρόκλησης ιατρικών λαθών λόγω κακής

επικοινωνίας, η ενδυνάμωση της θέσης των ασθενών και η ανακοίνωση της διάγνωσης είναι παράγοντες που επηρεάζουν ποικιλοτρόπως τη θεραπευτική σχέση και την έκβαση του αποτελέσματος.

Η επιτυχημένη έκβαση της ιατρικής συνάντησης απορρέει από ένα πλήθος παραγόντων που λαμβάνουν χώρα κατά τη διεξαγωγή της. Οι συμμετέχοντες θα πρέπει να λειτουργούν με γνώμονα το κοινό καλό για την αποκατάσταση της υγείας του πάσχοντα και την επαγγελματική ικανοποίηση του γιατρού. Στη σύγχρονη εποχή που χαρακτηρίζεται από μία γενικότερη κρίση των αξιών, των θεσμών και των ανθρώπινων σχέσεων, όσο ουτοπική κι αν φαντάζει η εποικοδομητική επικοινωνία και η σύναψη ισχυρού και ειλικρινούς θεραπευτικού δεσμού, υπάρχει ακόμα περιθώριο για την εξομάλυνση της σχέσης γιατρού-ασθενή. Η ελπίδα πηγάζει από τη βελτίωση του επιπέδου αλφαριθμητισμού για την υγεία και από τη σωστή κατάρτιση των γιατρών κατά την προπτυχιακή και τη μεταπτυχιακή τους εκπαίδευση. Η ανάπτυξη δεξιοτήτων επικοινωνίας και η αφομοίωσή τους από το αξιακό σύστημα των γιατρών, ο σεβασμός μεταξύ των συνομιλητών, η αποδοχή και η ενεργός συμμετοχή των εμπλεκόμενων στη συνεδρία και τη λήψη της τελικής απόφασης, αποτελούν τα θεμέλια για τη σύναψη μίας αληθινής σχέσης που οδηγεί σε καλύτερη ποιότητα ζωής και συμβάλλει στην αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η θεραπευτική σχέση είναι μία σχέση ιδιαίτερη και πολυδιάστατη, συνάμα όμως είναι συναρπαστική και μοναδική. Εύλογα καταλήγει κανείς σε αυτή τη διαπίστωση αν μπει στον πειρασμό να ψάξει τη διαθέσιμη βιβλιογραφία, να μελετήσει ή ακόμα και να ρωτήσει τα άτομα γύρω του για την εμπειρία που έχουν αποκομίσει από την επαφή τους με το σύστημα παροχής υγειονομικής φροντίδας. Καθένας έχει να διηγηθεί τη δική του ιστορία, η οποία άλλοτε είναι ευχάριστη και άλλοτε τραυματική και επώδυνη. Αυτό συμβαίνει διότι δύο ξεχωριστές προσωπικότητες, ο γιατρός και ο ασθενής, με διαφορετική κοσμοθεωρία και αντίληψη για την υγεία και την ασθένεια, προερχόμενοι από διαφορετικό κοινωνικό, πολιτισμικό και οικονομικό περιβάλλον, καλούνται να ξεπεράσουν όλα τα εμπόδια που παρουσιάζονται κατά την ιατρική συνάντηση και να συνεργαστούν αρμονικά, προκειμένου να εκπληρώσουν τις προσδοκίες που έχουν από τη θεραπευτική σχέση. Για αιώνες στη φροντίδα υγείας επικράτησε το βιοϊατρικό μοντέλο, το οποίο επέφερε σοβαρή ρήξη στη σχέση του γιατρού με τον ασθενή. Οι επιπτώσεις του παραμένουν αισθητές ακόμα και στη σύγχρονη δυτική ιατρική και αφορούν όλους τους εμπλεκόμενους.

Στα κατακερματισμένα υγειονομικά συστήματα παρατηρείται ένα περίεργο συνονθύλευμα από ευάλωτους ασθενείς που οι γιατροί αυθεντίες έχουν το δικαίωμα να λαμβάνουν όλες τις αποφάσεις για την αποκατάσταση της υγείας τους και από ευάλωτους γιατρούς που έχουν μετασηματιστεί σε παρόχους υπηρεσιών υγείας, υπό το φόβο δικαστικών προσφυγών των ενημερωμένων ασθενών, σε περίπτωση που δεν ικανοποιηθούν οι υγειονομικές τους ανάγκες. Αδιαμφησβήτητα, το μοντέλο αυτό δεν είναι βιώσιμο, καθώς δεν αποφέρει τα αναμενόμενα οφέλη που πηγάζουν από έναν ισχυρό θεραπευτικό δεσμό. Θα πρέπει λοιπόν να ενισχυθεί η προσπάθεια που γίνεται για τη διασφάλιση της επιτυχημένης ιατρικής συνεδρίας μέσα από την επικράτηση της ανθρωποκεντρικής και εξατομικευμένης προσέγγισης του ασθενή. Το κλειδί για μία αποτελεσματική θεραπευτική συμμαχία είναι η ουσιαστική επικοινωνία ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή, καθώς επηρεάζει την ποιότητα σε όλα τα επίπεδα της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας, συμβάλλει στη θετική έκβαση του θεραπευτικού σχεδίου και συνδέεται με την καλή υγεία.

Η ουσιαστική επικοινωνία μπορεί να βοηθήσει ώστε να γεφυρωθεί το χάσμα που έχει δημιουργηθεί στη σχέση του γιατρού με τον ασθενή. Ο σεβασμός της προσωπικότητας και των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων, καθώς και των ατομικών θεωρήσεων γύρω από τις έννοιες της υγείας και της ασθένειας, η επικοινωνιακή πρόθεση, οι επικοινωνιακές δεξιότητες του γιατρού και η άριστη συνεργασία μεταξύ των μελών της υγειονομικής ομάδας, τα περιθώρια για συναισθηματική εκτόνωση, η συζήτηση με ενσυναίσθηση, η βλεμματική επαφή, η ενεργητική ακρόαση, η έγκυρη ενημέρωση και η τακτική ανατροφοδότηση, η ενεργός συμμετοχή των ασθενών στη διαβούλευση και η από κοινού λήψη της τελικής απόφασης, είναι μερικές μόνο από τις διαστάσεις της καλής επικοινωνίας. Αποτελούν όμως σημαντικά συστατικά για τη δημιουργία αληθινών σχέσεων που στηρίζονται στην αμοιβαία κατανόηση και εμπιστοσύνη και οδηγούν σε καλύτερα αποτελέσματα υγείας. Η εξυγίανση των υγειονομικών συστημάτων αποτελεί επιτακτική ανάγκη και πρέπει να ξεκινήσει εκ των έσω. Οι γιατροί και όλοι οι πάροχοι φροντίδας υγείας πρέπει να είναι άριστα καταρτισμένοι με επιστημονικές γνώσεις και να διαθέτουν τις επικοινωνιακές δεξιότητες, τις αρετές και τις αξίες που τους καθιστούν ικανούς να ασκούν την ιατρική βάσει των κανόνων της ιατρικής ηθικής και δεοντολογίας και τους βοηθούν να παραμένουν πιστοί στην άσκηση της ιατρικής εκείνης που εξυπηρετεί το κοινό καλό και υπηρετεί το υπέρτατο αγαθό της υγείας.

Η επαρκής ιατρική κατάρτιση και η εκπαίδευση των ατόμων σε θέματα υγειονομικού περιεχομένου, ώστε να αποκτήσουν την απαραίτητη παιδεία και να βελτιώσουν το επίπεδο αλφαριθμητισμού γύρω από την υγεία, σε συνδυασμό με την αναγνώριση και τη νομική κατοχύρωση των δικαιωμάτων των ασθενών υπόσχεται την αποκατάσταση της θεραπευτικής σχέσης. Οι τεράστιες αλλαγές στον υγειονομικό τομέα που επέφεραν η τεχνολογική εισβολή και το διαδίκτυο διευκολύνουν ακόμα περισσότερο την πολυδιάστατη και αμφίδρομη απαιτητική σχέση του γιατρού με τον ασθενή. Πάνω απ' όλα όμως θα πρέπει ο γιατρός και ο ασθενής να επιθυμούν και να επιδιώκουν τη συνεργασία και την οικοδόμηση σχέσεων εμπιστοσύνης. Επίσης, κρίνεται απαραίτητο να δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στο ερευνητικό πεδίο και στα διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα να προστεθούν και άλλα, ώστε να ενισχυθεί ακόμα περισσότερο η σημασία της αποτελεσματικής επικοινωνίας και να αποσαφηνιστεί ο μηχανισμός μέσω του οποίου συγκεκριμένες συμπεριφορές κατά τη διεξαγωγή της ιατρικής συνεδρίας οδηγούν σε καλύτερη υγεία.

Η διαδρομή για την εξομάλυνση της θεραπευτικής σχέσης όσο δύσκολη και αν φαντάζει, δεν είναι ανέφικτη. Αδιαμφησβήτητα, η ιατρική επιστήμη είναι αποδέκτης των κοινωνικών, οικονομικών και πολιτισμικών αλλαγών, καθώς και των αλλαγών που προέρχονται από τις ραγδαίες τεχνολογικές εξελίξεις και από τα νέα ιατρικά δεδομένα που διαρκώς αυξάνουν για να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις που γεννά ο δυναμικός χαρακτήρας της υγείας. Παρά τις όποιες μεταβολές όμως και ανεξάρτητα από την ηθική σύγχυση που επικρατεί στο σύγχρονο κόσμο, υπάρχουν γιατροί που επιτελούν την άσκηση του κλινικού τους έργου με έμφαση στις ηθικές επιταγές που πηγάζουν από την επιστήμη που υπηρετούν, με υπευθυνότητα, αυταπάρνηση και συναίσθηση του καθήκοντος που έχουν απέναντι στον ασθενή, ο οποίος βρίσκεται πάντα στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος και δε θα πάψει ποτέ να αποζητά μία βαθιά ανθρώπινη σχέση με το θεράποντα γιατρό του. Ακόμα και στη σύγχρονη ιατρική δεν πρέπει να λησμονείται ότι το έμψυχο δυναμικό είναι αυτό που προσδιορίζει την ποιότητα και την αποδοτικότητα των υγειονομικών συστημάτων και ότι τελικά «ο ανθρωπισμός είναι το καλύτερο φάρμακο» (Bensing, 1991).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αλεξιάδου, Ε., Α. (2012). Γενικές Αρχές της Δεοντολογίας της Υγείας. Θεσσαλονίκη, University Studio Press.
- Αποστολάκης, Ι. (2002). Πληροφοριακά συστήματα υγείας. Αθήνα. Παπαζήση.
- Βενιού, Α., Τεντολούρης, Ν. (2013). Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία γιατρού-ασθενή. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής.
- Βλασσόπουλος, Κ. (2006). Ίαση Ψυχής, Ίαση Σώματος. Εκδ. ΓΡΗΓΟΡΗ. Αθήνα.
- Καλδούδη, Ε. (2005). Διαδίκτυο και Υγεία: Σύγχρονες Εξελίξεις. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής.
- Κούρτη, Ε. (2007). Η μη λεκτική επικοινωνία στο σχολείο. Εκπαίδευση Μουσουλμανοπαίδων 2002-2004. Αθήνα: Κλειδιά και Αντικλειδιά.
- Κρεμαλής, Κ. (2011). Δίκαιο της Υγείας. Γενικές Αρχές των Κοινωνικών Υπηρεσιών Υγείας. Αθήνα, Νομική Βιβλιοθήκη.
- Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας. (2005). Απόσπασμα από τα επίσημα πρακτικά της ΚΔ΄ Συνεδρίασης της Ολομέλειας της Βουλής.
- Λιόνης, Χ., Πιτέλου, Ε. (2015). Σχέση Ιατρού-Ασθενή. Θεωρητική και Πρακτική προσέγγιση. ΣΕΑΒ.
- Μάντη, Π., Τσελέπη, Χ. (2000). Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων/ Υπηρεσιών Υγείας. Τόμος Α΄: Κοινωνικές- Πολιτιστικές Πτυχές της Υγείας και της Αρρώστιας. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Μάργαρης, Αθ. (2006). Δεξιότητες Διαπροσωπικής Επικοινωνίας. (amarg@uom.gr).
- Μπαμπινιώτης, Γ. (2002). Λεξικό της νέας ελληνικής γλώσσας. Κέντρο λεξικολογίας. Αθήνα. σελ.650.
- Μπουραντάς, Δημ. (1992). Μάνατζμεντ. Οργανωτική Θεωρία και Συμπεριφορά. Εκδ., Ιδιωτική Έκδοση, Team. Αθήνα.
- Ν.2071/1992, ΦΕΚ τ.Α΄ 123/15-07-1992.
- Ν.2519/1997, ΦΕΚ τ.Α΄ 165/21-08-1997.

- N.2619/1998, ΦΕΚ τ.Α' 132/19-06-1998.
- N.2716/1999, ΦΕΚ τ.Α' 96/17-05-1999.
- N.3293/2004, ΦΕΚ τ.Α' 231/26-11-2004.
- N.3418/2005, ΦΕΚ τ.Α' 287/28-11-2005.
- Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ. (2008). Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας. 13η Έκδοση. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παπαδάτου, Δ., Μπελάλη, Θ. (2008). Βασικές γνώσεις ψυχολογίας για επαγγελματίες υγείας. Αθήνα: Εκδ. Κριτική.
- Παπατριανταφύλλου, Γ. (2008). Προγράμματα Δημοσίων Σχέσεων. Αθήνα.
- Πολυκανδριώτη, Μ. (2011). Ανάγκη ενημέρωσης - πληροφόρησης των ασθενών. Το Βήμα του Ασκληπιού.
- Σερετοπούλου, Ξ., Τζαμαλής, Θ., Μπαζούκης, Γ., Λυράκος, Γ., Γώγος, Χ., Θερμου, Κ., & Συν. (2011). Αν μπορούσατε ν' αλλάξετε ένα πράγμα στη σχολή σας, ποιο θα ήταν αυτό; 469 προτάσεις 429 πτυχιούχων Ιατρικής. Αρχ Ελλ Ιατρ. 28:369–379.
- Σίμου, Ε. (2013). Ενημέρωση υψηλού κινδύνου. Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης, Κίνδυνος και Δημόσια Υγεία. Εκδ. ΕΠΤΑ ΛΟΦΟΣ. Αθήνα.
- Σίμου, Ε. (2017). Επικοινωνία γιατρού- ασθενούς, Ένας Πρακτικός Οδηγός Δεξιοτήτων Επικοινωνίας, Αθήνα.
- Σίμου, Ε.(2018). Η σημασία της προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών: Αυτονομία ή Πατερναλισμός; Iatronet: «Ημερίδα για τα δικαιώματα των ασθενών.
- Τζαβέλα, Φ., Α. (2010). Δεοντολογικά προβλήματα στην κλινική έρευνα. Το Έντυπο Συγκατάθεσης. Αρχ Ελλ Ιατρ. 27:230–238.
- Τούντας, Γ. (2000). Κοινωνία και Υγεία. Οδυσσέας. Νέα Υγεία. Αθήνα.
- Τούντας, Γ., Κ. (2007). Από το βιοϊατρικό στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο ερμηνείας της υγείας και της αρρώστιας. Ηλεκτρονική Πύλη του Ασκληπιακού Πάρκου.
- Τσιώρα, Β. (2012). Το μάρκετινγκ ιστοσελίδων και ιστοτόπων παροχής υπηρεσιών και πληροφοριών υγείας: εφαρμογή στο χώρο του διαβήτη.
- Τσουνής, Α., Σαράφης, Π. (2014). Η επικοινωνία ιατρού-ασθενούς ως παράμετρος καθορισμού της παρεχόμενης φροντίδας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.
- Φάρος, Φ. (2003). Βάδιζε υγιαίνων. Το νόημα της υγείας και της νόσου. Αρμός. Αθήνα.
- Φουντεδάκη, Κ. (2003). Αστική ιατρική ευθύνη. Εκδόσεις Σάκκουλα. Αθήνα.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Antheunis, M.,L., Tates, K., Niebore, T., E. (2013). Patients and health professionals' use of social media in health care: motives, barriers and expectations. *Patient Ed. Couns.*
- Back, A., L., Curtis, J.R. (2002). Communicating bad news. Evidence- Based Case Reviews. *West J Med.*
- Bachmann, C., Barzel, A., Roschlaub, S., Ehrhardt, M., Scherer, M. (2013). Can a brief two-hour interdisciplinary communication skills training be successful in undergraduate medical education? *Patient Educ Couns.*
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., Kudelka, A. P. (2000). SPIKES: a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist.*
- Barrier, P.A., Li, J.T., Jensen, N.M. (2003). Two words to improve physician-patient communication: what else? *Mayo Clin Proc.*
- Beckman, HB., Markakis, KM, Suchman, AL., Frankel, RM. (1994). The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. *Arch Intern Med.*
- Bell, K., Boshuizen, Hp., Scherpbier, A., Dornan, T. (2009). When only the real thing will do: Junior medical students' learning from real patients. *Med Educ.*
- Bensing, J. (1991). Doctor-patient communication and the quality of care. *Soc Sci Med.*
- Bensing, J.M., Tromp, F., Van Dulmen, S., Van den Brink-Muinen, A., Verheul, W., Schellevis, F. (2006). Shifts in doctor-patient communication between 1986 and 2002: a study of videotaped general practice consultations with hypertension patients, *BMC Fam Pract.*
- Blum, R.H.(1960).The Patient's Definition of Illness In The Management of the Doctor-Patient Relationship, McGraw-Hill Book Company, Inc, New York, Toronto, London.
- Bre' dart, A., Bouleuc, C., Dolbeault, S. (2005). Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Curr Opin Oncol.*
- Brinkman, WB., Geraghty, SR., Lanphear, BP., et al. (2007). Effect of multisource feedback on resident communication skills and professionalism: a randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc.*
- Brokalaki, Ei., Sotiropoulos, Gc., Tsaras, K., Brikalaki, H. (2005). Awareness of diagnosis, and information-seeking behavior of hospitalized cancer patients in Greece. *Support Care Cancer.*

- Brown, JB., Boles, M., Mullooly, JP., Levinson, W. (1999). Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med.*
- Bryson, L. (1948). The communication of ideas. Institute for religious and social studies, N.Y.
- Buckman, R. (1992). *How to break bad news? A guide for health care professionals.* Maryland, The John Hopkins University Press.
- Chiò, A., Montuschi, A., Cammarosano, S., et al. (2008). ALS patients and caregivers communication preferences and information seeking behaviour. *Eur J Neurol.*
- Ciarrochi, J., Deane, FP., Anderson, S. (2002). Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and Individual Differences.*
- Clack, G.B., Allen, J., Cooper, D., Head, J.O. (2004). Personality differences between doctors and their patients: implications for the teaching of communication skills. *Med Educ.*
- Cocksedge, S., George, B., Renwick, S., Chew-Graham, C.A. (2013). Touch in primary care consultations: qualitative investigation of doctors' and patients' perceptions. *Br J Gen Pract.*
- Cooley, Ch. (1909). Social Organization: A Study of the Larger Mind. *Charles Scribner's Sons.* New York.
- Curran, J., Morley, D. (2006). *Media and Cultural Theory.* London: Routledge.
- DiMatteo, M. R. (1998). The role of the physician in the emerging health care environment. *West J Med.*
- DiMatteo, MR., Sherbourne, CD., Hays, RD., Ordway, L., Kravitz, RL., McGlynn, EA., Kaplan, S., Rogers, WH. (1993). Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: results from the Medical Outcomes Study. *Health Psychol.*
- Dohan, D, Schrag D. (2005). Using navigators to improve care of underserved patients: current practices and approaches.
- Du Boulay, C., Medway, C. (1999). The clinical skills resource: A review of current practice. *Med Educ.*
- Engel, G.L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry.* Engel.
- Epstein, RM, Street Jr RL. (2007). Patient-centered communication in cancer care: promoting healing and reducing suffering. Bethesda, MD: National Cancer Institute. NIH Publication.

- European Union. (2004). Communication from the Commission to the council, the European Parliament, the European economic and social committee and the committee of the regions. E-Health: making healthcare better for European citizens: An action plan for a European e-Health Area. Brussels 30-4-2004.
- Eysenbach, G. (2008). Medicine 2.0: Social networking, collaboration, participation, apomediation and openness. *J Med Internet Res*.
- Eysenbach, G. (2000). Towards ethical guidelines for e-health. *JMIR* theme issue on e-health ethics.
- Fentiman, I. S. (2007). Communication with older breast cancer patients. *Breast J*.
- Fernández, E.I. (2010). Verbal and nonverbal concomitants of rapport in health care encounters: implications for interpreters. *The Journal of Specialised Translation*.
- Fogarty, LA., Curbow, BA., Wingard, JR., McDonnell, K., Somerfield, MR. (1999). Can 40 seconds of compassion reduce patient anxiety? *J Clin Oncol*.
- Fong Ha, J., Anat, S., Longecker, N. (2010). Doctor-patient communication: A review. *The Ochsner Journal*. Academic Division of Ochsner Clinic Foundation.
- Fox, S. (2011). The social life of health information. Pew Research Center.
- Gantt, LT., Webb-Corbett, R. (2010). Using simulation to teach patient safety behaviors in undergraduate nursing education. *J Nurs Educ*.
- Gleason, K.M., McDaniel, M.R., Feinglass, J., Baker, D.W., Lindquist, L., Liss, D., Noskin, G.A. (2010). Results of the Medications at Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) study: an analysis of medication reconciliation errors and risk factors at hospital admission. *J Gen Intern Med*.
- Greenfield, S., Kaplan, S., Ware, JE Jr. (1985). Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcomes. *Ann Intern Med*.
- Greenfield, S., Kaplan, SH., Ware, JE Jr, Yano, EM., Frank, HJ. (1988). Patients participation in medical care: effects on blood sugar control and quality of life in diabetes. *J Gen Intern Med*.
- Griffin, SJ., Kinmonth, AL., Veltman, MW., Gillard, S., Grant, J., Stewart, M. (2004). Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. *Ann Fam Med*.
- Gunawardena, C., Hermans, M., Sanchez, D., Richmond, C., Bohley, M. & Tuttle, R. (2009). "A theoretical framework for building online communities of practice with social networking tools". Educational Media International.

- Halbach, JL., Sullivan, LL. (2005). Teaching medical students about medical errors and patient safety: evaluation of a required curriculum. *Acad Med*.
- Hannay, D. (1979). *The Symptom Iceberg*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Henricson, M., Ersson, A., Maatta, S., Segesten, K., Berglund, AL. (2008). The outcome of tactile touch on stress parameters in intensive care: a randomized controlled trial. *Complement Ther Clin Pract*.
- Hodges, BD., Kuper, A. (2012). Theory and practice in the design and conduct of graduate medical education. *Acad Med*.
- Hofer, A., Kemmler, G., Eder U., Edlinger, M., Hummer, M., Fleischhacker, W.W. (2004). Quality of life in schizophrenia: the impact of psychopathology, attitude toward medication, and side effects. *J. Clin. Psychiatry*.
- Howells, RJ., Davies, HA., Silverman, JD., Archer, JC., Mellon, AF. (2010). Republished paper: assessment of doctors' consultation skills in the paediatric setting: the Paediatric Consultation Assessment Tool. *Postgrad Med J*.
- Hoyat, M., Gonnella, J.S., Nasca, T.J., Mangione, S., Veloksi, J.J., Magee, M. (2002). The Jefferson Scale of physician empathy: further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Acad Med*.
- Hull, SK., Broquet, K. (2007). How to manage difficult patient encounters. *Fam Pract*.
- Institute of Medicine. (1999). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, D.C.: *National Academy Press*.
- Institute of Medicine. (2002). *Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care*. Washington, DC: *National Academy Press*.
- Ivers, N., Jamtvedt, G., Flottorp, S., Young, JM., Odgaard-Jensen, J., French, SD., et al. (2012). Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst*.
- Jackson, JL., Kroenke, K. (1999). Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: clinical predictors and outcomes. *Arch Intern Med*.
- Jason, H. (2000). Communication skills are vital in all we do as educators and clinicians. *Education for Health*.
- Jensen, K.B., Petrovic, P., Kerr, C.E., Kirsch, I., Raicek, J., Cheetham, A., Spaeth, R., Cook, A., Gollub, R.L., Kong, J., Kaptchuk, T.J. (2014). Sharing pain and relief: neural correlates of physicians during treatment of patients. *Molecular Psychiatry*.
- Johnson-Laird Philip Nicholas. (2006). *How We Reason*. *Oxford University Press*.

- Kaba, R., Sooriakumaran, P. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery*.
- Kalamazoo. Essential Elements of Communication in Medical Encounters. (2001). Kalamazoo Consensus Statement (Participants in the Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education 2001).
- Katz, D., Kahn, R. (1978). *The Social Psychology of Organizations*. Wiley: John & Sons.
- Keller, VF., Carroll, JG. (1994). A new model for physician-patient communication. *Patient Education and Counseling*.
- Kinmonth, AL., Woodcock, A., Griffin, S., Spiegel, N., Campbell, MJ. (1998). Randomised controlled trial of patient centered care of diabetes in general practice: impact on current wellbeing and future disease risk. The diabetes care from diagnosis research team. *Br Med J*.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: *University of California Press*.
- Kurtz, S., Silverman, J., Draper, J. (2005). *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine* (2nd Ed). Radcliffe Publishing. Oxford.
- Kurtz, S., Silverman, J., Benson, J., Draper, J. (2003). *Marrying Content and Process in Clinical Method, Teaching Enhancing the Calgary Cambridge Guides*. Academic Medicine.
- Kurtz, S.M. (2002). Doctor-patient communication: principles and practices. *Can. J. Neurol. Sci*.
- Kwekkeboom, KL. (1997). The placebo effect in symptom management. *Oncol Nurs Forum*.
- Lee, R. G., Garvin, T. (2003). Moving from information transfer to information exchange in health and health care. *Soc Sci Med*.
- Leonard, M., Graham, S., Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Heal Care*.
- Lewi, N., Rees, C., Hudson, N., Bleakley, A. (2005). Emotional intelligence in medical education: Measuring the unmeasurable? *Adv Health Sci Educ*.
- Little, P., Everitt, H., Williamson, I., et al. (2001). Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *BMJ*.
- Lopes, PN., Brackett, MA., Nezleck JB, Schutz, A., Sellin, I., Salovey, P. (2004). Emotional intelligence and social interaction. *Pers Soc Psychol Bull*.
- Maguire, P., Pitceathly, C. (2002). Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*.

- Makary, M., Daniel, M. (2016), Medical error – the third leading cause of death in the US. *BMJ*.
- Makoul, G., Clayman, ML. (2006). An integrative model of shared decision making in medical encounters. *Patient Educ Couns*.
- Makoul, G. (2001). Essential Elements of Communication in Medical Encounters: The Kalamazoo Consensus Statement Academic Medicine.
- Makoul, G. (2001). The SEGUE Framework for teaching and assessing communication skills. *Patient Educ Couns*.
- Marcinowicz, L., Konstantynowicz, J., Godlewski, C. (2010). Patients' perceptions of GP non-verbal communication: a qualitative study. *Br J Gen Pract*.
- Mayfield, A. (2008). What is social media. Icrossin.
- Mead, N., Bower, P. (2002). Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Educ Couns*.
- Metzger, M.J., Flanagin, A. J., Medders, R. (2010). Social and heuristic approaches to credibility evaluation online. *Journal of Communication*.
- Minhas, R. (2007). Does copying clinical or sharing correspondence to patients result in better care? *Int J Clin Pract*.
- Montague, E., Chen, P., Xu, J., Chewning, B., Barrett, B. (2013). Nonverbal interpersonal interactions in clinical encounters and patient perceptions of empathy. *J Participat Med*.
- Moumjid, N., Gafni, A., Bremond, A., Carrere, MO. (2007). Shared decision making in the medical encounter: are we all talking about the same thing? *Med Decis Making*.
- Nettleton, S. (2002). Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ασθένειας. Μπφρ. Βακάκη, Α. Αθήνα. Τυποθήτω. Δαρδανός, Γ.
- Ong, L.M., de Haes, J.C., Hoos, A.M., Lammes, F.B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*.
- Orth, JE., Stiles, WB., Scherwitz, L., Hennrikus, D., Vallbona, C. (1987). Patient exposition and provider explanation in routine interviews and hypertensive patients' blood pressure control. *Health Psychol*.
- Paternotte, E., van Dulmen, S., van der Lee, N., Scherpbier, A.J., Scheele, F. (2015). Factors influencing intercultural doctor-patient communication: A realistic review. *Patient Education and Counseling*.
- Pau, AKH., Croucher, R. (2003). Emotional intelligence and perceived stress in dental undergraduates. *J Dent Educ*.

- Pollak, K. (2005). Η ιατρική στην αρχαιότητα. Ελληνική μετάφραση: Μαυρουδή Αιμιλίου, Παπαδήμα, Αθήνα.
- Ptacek, J.T., Ptacek, J.J., Ellison, N.M. (2001). “ I’m sorry to tell you...”: Physician’s reports of breaking bad news. *J Behav Med*.
- Ptacek, J.T., Eberhardt, T.L. (1996). Breaking bad news: a review of the literature. *JAMA*.
- Ranjan, P., Kumari, A., Avinash Chakrawarty, A. (2015). How can doctors improve their communication skills? *J.Clin Diagn Res*.
- Riess, H., Kraft, Todd. G. (2014). E.M.P.A.T.H.Y.: A Tool to Enhance Nonverbal Communication Between Clinicians and Their Patients, Academic Medicine.
- Rimal, RN. (2001). Analyzing the physician–patient interaction: an overview of six methods and future research directions. *Health Commun*.
- Roter, D.L., Stewart, M., Putnam, S.M., Lipkin, M., Stiles, W.B., Inui, J. (1997). Communication patterns of primary care physicians. *Journal of the American Medical Association*.
- Roter, DL.(1983). Physician/patient communication: transmission of information and patient effects. *Md State Med J*.
- Silverman, J. (2010). Doctors ’non-verbal behavior in consultations: look at the patient before you look at the computer. *Br J Gen Pract*.
- Silverman, J., Kurtz, S., Draper, J. (2005). Skills for Communicating with Patients (2nd Ed). Radcliffe Publishing Oxford.
- Smith, C. (2013). *The seven barriers of communication*. CEO of OPIN Software.
- Street, Jr RL. (1992). Analyzing communication in medical consultations. Do behavioral measures correspond to patients’ perceptions? *Med Care*.
- Street, Jr RL., Voigt, B. (1997). Patient participation in deciding breast cancer treatment and subsequent quality of life. *Med Decis Making*.
- Tarrant, C., Colman, A.M., Stokes,T. (2008). Stokes Past experience, ‘shadow of the future’ and patient trust: a cross- sectional survey. *Br. J. Gen. Pract*.
- Teutsch, C. (2003). Patient-doctor communication. *Med Clin Nor Am*.
- Thorne, SE., Kuo, M., Armstrong, EA., McPherson, G., Harris, SR., Hislop, TG. (2005). ‘Being known’: patients’ perspectives of the dynamics of human connection in cancer care. *Psychooncology*.
- Travaline, Jm., Ruchinskas, R., D’Alonzo, Ge, Jr. (2005). Patient-physician communication: Why and how. *J Am Osteopath Assoc*.

- Tuckett D., Boulton M., Olson C., Williams A. (1985). Meeting between experts: an approach to sharing medical ideas in medical consultations. London Tavistock.
- Van Rooy, D.L., Viswesvaran, C. (2004). Emotional intelligence: A meta-analytic investigation of predictive validity and nomological net. *J Vocat Behav*.
- Vincent, C. (2003). Understanding and responding to adverse events. *New England. Journal of Medicine*.
- Vincent, C., Young, M., Phillips, A. (1994). Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *Lancet*.
- Ward, MM., Sundaramurthy, S., Lotstein, D., Bush, TM., Neuwelt, CM., Street, Jr RL. (2003). Participatory patient–physician communication and morbidity in patients with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*.
- Watzlawick, P. (2005). Ανθρώπινη Επικοινωνία. Εκδ: Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Weiss, B D. (2007). Health literacy and patient safety: Help patients understand. Manual for clinicians (2nd Ed). American Medical Association. Chicago.
- West, C. (1993). ‘Ask Me No Questions . . .’ An Analysis of Queries and Replies in Physician-Patient Dialogues” in Todd, A., Fisher, Seds The Social Organization of Doctor-Patient Communication (2nd Ed). USA: Ablex Publishing Corporation.
- WHO (1946) International Health Conference, New York.
- Wong, CS., Law, KS. (2002). The effects of leader and follower emotional intelligence on performance and attitude: An exploratory study.