

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ REVIEW

Η επικοινωνία ιατρού-ασθενούς ως παράμετρος καθορισμού της παρεχόμενης φροντίδας υγείας

Η επικοινωνία ιατρού-ασθενούς αποτελεί στοιχείο καθορισμού του επιπέδου ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των παραγόντων που την επηρεάζουν και η επίδρασή τους στο τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα. Αρχικά, παρουσιάζονται οι διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις όσον αφορά στη σχέση ιατρού-ασθενούς. Κατόπιν αναφέρονται ορισμένα από τα κυριότερα εμπόδια στην επικοινωνία ιατρού-ασθενούς και εξετάζεται ο τρόπος με τον οποίο επηρεάζουν την προσαρμογή του ασθενούς στις θεραπευτικές απαιτήσεις. Ιδιαίτερο βάρος δίνεται στη σημασία και το ρόλο της ενσυναίσθησης, ως παράγοντα βελτίωσης της θεραπευτικής σχέσης, ικανοποίησης του ασθενούς και συμμόρφωσής του με τις ιατρικές οδηγίες. Τέλος, στη βάση των παραπάνω, διατυπώνονται προτάσεις σχετικά με την αναγκαιότητα της συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης αναφορικά με ζητήματα επικοινωνίας.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επικοινωνία ιατρού-ασθενούς αποτελεί καθοριστικό παράγοντα ποιότητας της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας. Πλήθος ερευνών δείχνουν ότι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών εξαρτάται κατά πολύ από τις επικοινωνιακές δεξιότητες του λειτουργού υγείας, υπερβαίνοντας πολλές φορές τις καθ' εαυτό κλινικές πτυχές της θεραπευτικής αντιμετώπισης.¹

Η ποιότητα της επικοινωνίας αποτελεί βασικό κριτήριο αξιολόγησης του ιατρικού προσωπικού από τους ασθενείς, ενώ τα οποιαδήποτε προβλήματα σχετίζονται με αυτή επιφέρουν σειρά αρνητικών επιπτώσεων. Εκτιμάται ότι ποσοστό 70–80% των περιπτώσεων παραπομπής ιατρών στα δικαστήρια αφορούν σε θέματα σχέσης ιατρού-ασθενούς, καθώς και σε προβλήματα επικοινωνίας και λιγότερο σε ζητήματα ιατρικών λαθών.²

Επίσης, η αποτελεσματική επικοινωνία των δύο πλευρών καθορίζει το βαθμό προσαρμογής στις ιατρικές οδηγίες. Με τη βελτίωση της θεραπευτικής σχέσης αυξάνεται η εμπιστοσύνη και το αίσθημα ασφάλειας του ασθενούς,

διευκολύνοντας τόσο την κατανόηση της πραγματικής φύσης ενός προβλήματος υγείας, όσο και την αποδοχή και τήρηση του θεραπευτικού πλαισίου.³

Ωστόσο, η αλληλεπίδραση ιατρού-ασθενούς διαφοροποιείται από άλλες κοινωνικές σχέσεις. Αποτελώντας μια αναγκαστική σχέση μεταξύ ατόμων που βρίσκονται σε διαφορετική θέση ισχύος και η οποία αφορά σε θέματα επιβίωσης, συγκροτεί μια μορφή αλληλεπίδρασης με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά.⁴

Ακολουθως, θα γίνει μια προσπάθεια διερεύνησης του τρόπου με τον οποίο η επικοινωνία ιατρού-ασθενούς μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της θεραπευτικής εκροής. Συγκεκριμένα, παρατίθενται οι θεωρητικές προσεγγίσεις που αφορούν στο εν λόγω θέμα και παρουσιάζεται ο τρόπος με τον οποίο ορισμένα εμπόδια στην αλληλεπίδραση ιατρού-ασθενούς επηρεάζουν την τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών. Ιδιαίτερο βάρος δίνεται στη σημασία της ενσυναίσθησης σ' ό,τι αφορά στην ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης. Τέλος, διατυπώνονται ορισμένες προτάσεις για την εφαρμογή προγραμμάτων εκπαίδευσης του ιατρικού προσωπικού σχετικά με θέματα επικοινωνίας.

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2014, 31(5):534–540
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2014, 31(5):534–540

Α. Τσουνής,¹
Π. Σαράφης²

¹Κέντρα Πρόληψης των Εξαρτήσεων και Προαγωγής της Ψυχοκοινωνικής Υγείας, Δήμος Θεσσαλονίκης, ΟΚΑΝΑ, Θεσσαλονίκη

²Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα

Doctor-patient communication
as a determining parameter
in the provision of health care

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Ενσυναίσθηση
Επικοινωνία
Ιατρική εκπαίδευση
Σχέση ιατρού-ασθενούς

Υποβλήθηκε 28.1.2014

Εγκρίθηκε 10.2.2014

2. ΣΧΕΣΗ ΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΟΥΣ. ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

Η επαφή ιατρού-ασθενούς περιλαμβάνει πολύ περισσότερα από την απλή ανταλλαγή πληροφοριών. Πρόκειται για μια σχέση αλληλεπίδρασης που εμπεριέχει το στοιχείο της ανισοτιμίας, συχνά δεν είναι εθελοντική, καθώς προκύπτει στη βάση αναγκών και αφορά στο κρίσιμο θέμα της υγείας. Όταν συναισθηματικά φορτισμένη, απαιτεί αρμονική συνεργασία των δύο πλευρών.⁴

Τα χαρακτηριστικά της εν λόγω σχέσης ακολουθούν συγκεκριμένα πρότυπα, η ανάλυση των οποίων διακρίνεται σε δύο τύπους. Από τη μια πλευρά υπάρχει η μακροθεωρητική προσέγγιση που προσδιορίζει τη σχέση στο πλαίσιο της συνολικής κοινωνικής δομής και οργάνωσης (θεωρίες κοινωνικής συναίνεσης και συγκρούσεων) και από την άλλη πλευρά η μικρο-θεωρητική προσέγγιση, η οποία εστιάζει κυρίως στη δυναμική της συνάντησης (σχέση διαπραγμάτευσης).⁵

Σύμφωνα με τις θεωρίες της κοινής συναίνεσης, οι δύο πλευρές κατέχουν ένα συγκεκριμένο ρόλο που συνδέεται με προσδοκίες, δικαιώματα και υποχρεώσεις. Ο ρόλος του ασθενούς κατά κανόνα προκαλεί δυσαρέσκεια και είναι προσωρινός. Ο ιατρός, κάνοντας χρήση της ειδικής του γνώσης, προσπαθεί να αποκαταστήσει την υγεία και στο βαθμό που το επιτυγχάνει, καταξιώνεται από το κοινωνικό σύνολο, το οποίο τον ανταμείβει με τρία δικαιώματα: Την ευχέρεια να εξετάζει τον ασθενή σε σωματικό και συναισθηματικό επίπεδο, το δικαίωμα της αυτονομίας στην άσκηση του ρόλου του και, τέλος, το δικαίωμα της υπεροχής απέναντι στον πάσχοντα. Παρά την ανισότητα που ενυπάρχει, συχνά η σχέση εμφανίζεται να είναι αρμονική, παρέχοντας στο ιατρικό επάγγελμα ιδιαίτερη κοινωνική καταξίωση.⁶

Μια από τις σημαντικότερες θεωρίες που αντιμετωπίζει την αλληλεπίδραση των δύο πλευρών ως σχέση κοινής συναίνεσης, η οποία καθορίζεται από την κατάσταση υγείας του ασθενούς και την προτεινόμενη θεραπεία, έχει προταθεί από τους Szasz και Hollender. Το είδος της σχέσης εξαρτάται από τις πεποιθήσεις των δύο πλευρών αναφορικά με την ευθύνη και την εξουσία στο πλαίσιο της μεταξύ τους αλληλεπίδρασης, ενώ σχηματοποιείται σε τρία βασικά μοντέλα. Το πρώτο μοντέλο της ενεργητικότητας-παθητικότητας αφορά κυρίως σε περιπτώσεις όπου ο ασθενής λόγω ενός κρίσιμου προβλήματος υγείας αδυνατεί να συμμετάσχει στην επαφή, με αποτέλεσμα οι προτεινόμενες ιατρικές πράξεις να καθίστανται δεκτές λόγω της αντικειμενικά παθητικής θέσης του. Το δεύτερο μοντέλο της κατευθυνόμενης συνεργασίας αναφέρεται στις περιπτώσεις κατά τις οποίες το μεγαλύτερο τμήμα της ευθύνης βρίσκεται στον ιατρό. Ο ασθενής συνεργάζεται,

κάνοντας πράξη τις οδηγίες του, αλλά αφήνει σε αυτόν τις σημαντικές αποφάσεις σχετικά με τη διάγνωση και τη θεραπεία. Το τρίτο μοντέλο είναι αυτό της αμοιβαίας συμμετοχής. Εδώ, οι δύο πλευρές λαμβάνουν από κοινού τις αποφάσεις, ενώ υπάρχει ένα σύστημα διπλής εισαγωγής πληροφοριών. Η ευθύνη διαμοιράζεται και κάθε πρόταση ή προβληματισμός εκφράζεται ελεύθερα.⁷

Στο πλαίσιο της ανάπτυξης της μελέτης στο συγκεκριμένο πεδίο, σταδιακά προέκυψαν νέες παραλλαγές των τριών βασικών μοντέλων. Έτσι, σε μετεξέλιξη της θεωρίας περιγράφονται τέσσερα είδη σχέσης, από τα οποία τα δύο (η απόπειση ευθυνών από τον ασθενή και η συνεργασία) αντιστοιχούν στα μοντέλα καθοδήγησης-συνεργασίας και αμοιβαίας συμμετοχής που περιγράφηκαν παραπάνω, ενώ προστίθεται ο τύπος της αυτονομίας του ασθενούς, όπου η λήψη αποφάσεων εναπόκειται σε αυτόν, και ο τερματισμός της σχέσης, που περιγράφει τη συνθήκη του αποχωρισμού των δύο πλευρών μετά τη λήξη της συνεργασίας τους.⁹ Παρόμοια προσέγγιση, ορίζοντας επίσης τέσσερις τύπους σχέσης, περιγράφει το πατερναλιστικό μοντέλο (αντίστοιχο της καθοδήγησης-συνεργασίας), το καταναλωτικό (που ομοιάζει με αυτό της αυτονομίας), το μοντέλο της περιορισμένης σχέσης, όπου η αλληλεπίδραση των δύο πλευρών παραμένει στα απολύτως στοιχειώδη, και το μοντέλο της αμοιβαίας σχέσης, που προσομοιάζει σε αυτό της αμοιβαίας συμμετοχής.¹⁰

Ωστόσο, η επικοινωνία ιατρού-ασθενούς μπορεί να κατηγοριοποιηθεί αφ' ενός με βάση τα τεχνικά της στοιχεία και αφ' ετέρου με το περιεχόμενό της. Στη βάση αυτή υπάρχουν πέντε διαφορετικοί τύποι επικοινωνίας: Ο στενά βιοϊατρικός, όπου κυριαρχούν οι κλειστές ερωτήσεις και η βιοϊατρική ορολογία, ο διευρυμένος βιοϊατρικός, όπου συζητούνται με περιορισμένη ένταση διάφορα ψυχοκοινωνικά θέματα, ο βιο-ψυχοκοινωνικός, όπου ο χρόνος κατανέμεται ισορροπημένα ανάμεσα σε βιολογικές και ψυχολογικές πτυχές της νόσου, ο ψυχοκοινωνικός, όπου η έμφαση δίνεται σε ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις, και ο καταναλωτικός, όπου η σχέση ομοιάζει περισσότερο με μια συναλλαγή κατά την οποία ο ασθενής-πελάτης εκθέτει τις απορίες του και ο ιατρός απαντά.^{8,11}

Εκτός από τις μακρο-θεωρίες της κοινής συναίνεσης υπάρχουν και αυτές που παρατηρούν τη σχέση ιατρού-ασθενούς ως σχέση συγκρούσεων. Πηγή τους αποτελεί η διαφορετική οπτική και οι προτεραιότητες των δύο πλευρών. Ο ασθενής, εστιάζοντας αποκλειστικά στο δικό του πρόβλημα, προσδοκά το μέγιστο χρόνο της προσοχής του ιατρικού προσωπικού. Ο ιατρός, αντίθετα, επιδιώκοντας την εξυπηρέτηση όσο το δυνατόν περισσότερων ασθενών στοχεύει στην ισόποση κατανομή του χρόνου. Επίσης, η αιτία της σύγκρουσης συχνά εδράζεται στις υποθέσεις του

ιατρού αναφορικά με τη συμπεριφορά του ασθενούς. Στο επίπεδο που κρίνει ότι ο ασθενής μπορεί να αξιολογήσει σε ένα βαθμό την ασθένεια και αναζητά βοήθεια μόνο όταν είναι απαραίτητο, περιμένει από αυτόν να ακολουθήσει πιστά τις συμβουλές του. Η μη συμμόρφωση με τις ιατρικές οδηγίες και η όποια αμφισβήτησή του συχνά οδηγεί στη σύγκρουση.^{6,12}

Τέλος, υπάρχουν και τα μοντέλα που εστιάζουν κυρίως στη δυναμική της συνάντησης, ορίζοντας τη σχέση ιατρού-ασθενούς ως σχέση διαπραγμάτευσης (μικρο-θεωρίες). Στοχεύοντας την ανάδειξη των στρατηγικών των δύο πλευρών στο πλαίσιο της συνάντησης, εναποθέτουν στο επίκεντρο στοιχεία, όπως τη μη λεκτική επικοινωνία, την επίδραση του περιβάλλοντος χώρου, καθώς και τους τρόπους διαπλοκής των σχέσεων εξουσίας των δύο πλευρών.⁵

3. ΤΑ ΕΜΠΟΔΙΑ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΚΡΟΗ

Κρίσιμη παράμετρο για την τελική θεραπευτική εκροή αποτελεί η προσαρμογή του ασθενούς στις ιατρικές οδηγίες. Τα δεδομένα δείχνουν ότι η πιστή τήρησή τους αυξάνει το θεραπευτικό αποτέλεσμα κατά 26%.¹³

Η ποιότητα του επιπέδου επικοινωνίας ιατρού-ασθενούς διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στο συγκεκριμένο πεδίο. Σε μια μετα-ανάλυση που αφορούσε σε πλήθος δημοσιευμένων μελετών από το 1949–2008, φάνηκε ότι στην περίπτωση που αυτή χαρακτηρίζεται ως πτωχή υπάρχει 19% μεγαλύτερος κίνδυνος μη προσαρμογής στις ιατρικές οδηγίες. Επίσης, ασθενείς που τους παρακολουθούν ιατροί οι οποίοι έχουν εκπαιδευτεί σε δεξιότητες επικοινωνίας έχουν 1,62 φορές περισσότερες πιθανότητες πιστής τήρησης των θεραπευτικών οδηγιών.¹⁴

Συνεπώς, η βελτίωση της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας προάγεται μέσα από την αναβάθμιση της ποιότητας επικοινωνίας ιατρού-ασθενούς. Οι ασθενείς που κατανοούν καλύτερα τους ιατρούς και οι οποίοι βιώνουν μια ανοικτή και θετική ατμόσφαιρα κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής πράξης είναι πιθανότερο να προσαρμοστούν στις θεραπευτικές απαιτήσεις. Συχνά, ο τρόπος που μεταβιβάζεται μια πληροφορία στον ασθενή είναι τόσο σημαντικός όσο και η ίδια η πληροφορία.¹⁵

Σημαντικό τμήμα της επικοινωνίας καταλαμβάνουν οι μη λεκτικές ενδείξεις. Στοιχεία όπως η βλεμματική επαφή, οι εκφράσεις του προσώπου, ο τόνος της φωνής, οι κινήσεις και οι στάσεις του σώματος, επηρεάζουν σημαντικά τη νοηματοδότηση και την ερμηνεία του μηνύματος. Σχηματικά, ποσοστό περίπου 30% του νοήματος ενός μηνύματος

αποδίδεται στο καθ' εαυτό λεκτικό περιεχόμενό του. Υπό αυτή την έννοια, η μη λεκτική πλευρά της αλληλεπίδρασης αποτελεί μια εξαιρετική πηγή πληροφοριών, τόσο για τον ιατρό όσο και για τον ασθενή.¹⁶

Συνεπώς, ο ιατρός πρέπει να δίνει ιδιαίτερη έμφαση στη μη λεκτική πλευρά των μηνυμάτων. Από τη μια πλευρά, οφείλει να προσπαθεί να κατανοήσει και να πλαισιώσει τις συναισθηματικές αντιδράσεις του ασθενούς και από την άλλη πλευρά να συντονίζει κατάλληλα τη λεκτική και μη πλευρά των όσων ο ίδιος εκφέρει, προκειμένου να είναι βέβαιος ότι κατέστη κατανοητό αυτό που προσπάθησε να μεταφέρει, εναρμονίζοντας έτσι το περιεχόμενο του μηνύματος με τη μορφή εκφοράς του.¹⁷

Τα μη λεκτικά σημεία αποκτούν ιδιαίτερη σημασία στην περίπτωση κατά την οποία ο ιατρός αποκρύψει από τον ασθενή δεδομένα της νόσου. Παρ' όλο που σε νομικό επίπεδο ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να μεταφέρει πλήρως το περιεχόμενο της διάγνωσης και της πρόγνωσης μιας ασθένειας, αρκετές είναι οι περιπτώσεις όπου αποφεύγεται η απ' ευθείας εκφορά ενός «κακού νέου».¹⁸ Αν και το κίνητρο μπορεί να είναι η προστασία του ασθενούς από συναισθήματα απελπισίας, έχει φανεί ότι τις περισσότερες φορές οι ασθενείς ερμηνεύουν με τη βοήθεια μη λεκτικών σημείων την κρισιμότητα μιας κατάστασης, με αποτέλεσμα να βιώνουν περισσότερο άγχος, ενώ κλονίζεται και η θεραπευτική σχέση. Το γεγονός αυτό αποδεικνύει περίτρανα τη σημασία της μη λεκτικής πλευράς της αλληλεπίδρασης.^{19–21}

Απαραίτητο στοιχείο προκειμένου ο ασθενής να ακολουθήσει τις συστάσεις της θεραπείας αποτελεί η πλήρης κατανόηση της αξίας τους, γεγονός που προϋποθέτει την υποβολή συγκεκριμένων ερωτήσεων. Ωστόσο, αρκετές φορές οι ιατροί επαναπαύονται λόγω του γεγονότος ότι οι ασθενείς τις αποφεύγουν, θεωρώντας λανθασμένα ότι δεν έχουν συγκεκριμένες απορίες σχετικά με τις θεραπευτικές οδηγίες, παραγνωρίζοντας ότι συχνά αισθάνονται άβολα να δηλώσουν την άγνοιά τους για όσα άκουσαν και δεν κατανόησαν. Άλλες φορές πάλι, οι ιατροί ερμηνεύουν ορισμένες ερωτήσεις που αφορούν στην εμπειρία τους σχετικά με μια μέθοδο ή την ειδική τους γνώση για μια προτεινόμενη θεραπεία ως απειλή απέναντι στην επαγγελματική τους ικανότητα, με αποτέλεσμα να τηρούν μια αμυντική στάση απέναντι στον ασθενή, αποφεύγοντας τη συζήτηση.^{22,23}

Σημείο-κλειδί ως προς την αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας αποτελεί ο τρόπος χρήσης της ιατρικής ορολογίας, η οποία συχνά προκαλεί σύγχυση και άγχος στους ασθενείς. Δεδομένου ότι αποτελεί έναν κώδικα που αποδίδει νοσολογικές οντότητες, διαγνωστικές και θεραπευτικές μεθόδους, για την κατανόηση των οποίων απαιτείται εξειδικευμένη γνώση, πολλές φορές δεν καθίσταται

κατανοητή από τον ασθενή, για τον οποίο μπορεί να είναι έως τρομακτική. Η αδυναμία του ιατρού να αποδώσει με κατανοητό στον ασθενή λεξιλόγιο την κατάσταση υγείας του περιορίζει τις δυνατότητες επικοινωνίας μεταξύ των δύο πλευρών, οδηγώντας στην αναπαραγωγή ενός μονόλογου από την πλευρά του.¹⁷

Η έλλειψη ενεργητικού τρόπου ακρόασης από τον ιατρό δημιουργεί επίσης σημαντικά προβλήματα. Η ταχεία διαμόρφωση άποψης, η προσπάθεια εκμείευσης απαντήσεων χωρίς να αποκαλύπτεται ο στόχος της συζήτησης και οι συχνές διακοπές του ασθενούς ενδέχεται να οδηγήσουν στην υποτίμηση σειράς πληροφοριών, ενώ μπορεί να προκαλέσουν δυσαρέσκεια στους ασθενείς, ιδιαίτερα όταν δεν τους αφιερώνεται αρκετός χρόνος για να θέσουν ερωτήματα.²⁴

Άλλωστε, το θέμα του χρόνου που διατίθεται στη συζήτηση με τον ασθενή αποτελεί από μόνο του ένα σημαντικό σημείο, καθώς συχνά είναι λιγότερος από τον αναγκαίο. Υπολογίζεται ότι στην πλειοψηφία των συναντήσεων το 50% περίπου από τα προβλήματα που απασχολούν τον ασθενή δεν αναφέρονται, ενώ κατά μέσο όρο οι ιατροί διακόπτουν τους ασθενείς σε λιγότερο από 20 δευτερόλεπτα από τη στιγμή που αρχίζουν να αναλύουν το σκοπό της επίσκεψής τους.²⁵

Συνέπεια των παραπάνω είναι η μείωση της ικανοποίησης του ασθενούς, γεγονός που έχει επιπτώσεις στην τήρηση των θεραπευτικών οδηγιών και κατ'επέκταση στο κλινικό αποτέλεσμα.

Ωστόσο, η συμμόρφωση του ασθενούς με τις οδηγίες δεν αποτελεί απλά ένα γραμμικό αποτέλεσμα της βελτίωσης των τεχνικών επικοινωνίας.²⁶ Η εδραίωση και η διατήρηση της εμπιστοσύνης στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης διαμεσολαβείται από τη μετάδοση από πλευράς του ιατρού μιας γνήσιας ενσυναίσθησης.

4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ «ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ»

Ο όρος «ενσυναίσθηση» (empathy) αναφέρεται στην ικανότητα του θεραπευτή να αναγνωρίζει τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις ανάγκες του ασθενούς και να ανταποκρίνεται σε αυτά με τρόπο που να υποδηλώνει κατανόηση. Για πολλούς αποτελεί μια κεντρική δεξιότητα του ιατρού.²⁷

Ως έννοια περιγράφεται διεξοδικά στο έργο του ψυχολόγου Carl Rogers. Σύμφωνα με τον ορισμό, τον οποίο δίνει ο ίδιος, αναφέρεται στη δυνατότητα αντίληψης από την πλευρά του θεραπευτή του εσωτερικού πλαισίου αναφοράς του άλλου ατόμου και κυρίως των συναισθηματικών στοιχείων και νοημάτων που ενυπάρχουν σε αυτό, «ωσαν» να είναι ο

ίδιος το άλλο άτομο. Ο ίδιος τονίζει ότι ο θεραπευτής δεν πρέπει να λησμονεί τον όρο «ωσαν».²⁸

Οι θεωρητικοί αναγνωρίζουν τέσσερις βασικές πτυχές της ενσυναίσθησης. Οι δύο πρώτες είναι η βιωματική και η ηθική, που σχετίζονται κυρίως με την εσωτερική ικανότητα κάποιου να συμμερίζεται και να προσεγγίζει τη συναισθηματική κατάσταση ενός ατόμου. Επί πλέον, υπάρχει η γνωστική διάσταση, που αναφέρεται στη νοητική κατανόηση της εμπειρίας του άλλου, και η επικοινωνιακή-συμπεριφορική, η οποία αφορά στην ακριβή μεταβίβαση στον άλλο της κατανόησης του βιώματος. Η αποτελεσματικότητα ως προς την ενσυναίσθητική κατανόηση στο πλαίσιο της κλινικής συνάντησης ιατρού-ασθενούς σχετίζεται κατά βάση με τις δύο τελευταίες διαστάσεις.²⁹

Η ενσυναίσθηση δεν ταυτίζεται με τη συμπάθεια. Δεν υποδηλώνει τη συμμετοχή στην ψυχική κατάσταση του πάσχοντα, με την έννοια της λύπης ή του οίκτου. Αφορά περισσότερο στην κατανόηση του συναισθήματος του άλλου και όχι στην έκφραση του προσωπικού βιώματος.^{8,30}

Αν και αρχικά ως έννοια οριοθετήθηκε στο πλαίσιο της ψυχοθεραπείας, σταδιακά αναγνωρίστηκε ως μια ιδιαίτερα σημαντική παράμετρος όσον αφορά στη σχέση ιατρού-ασθενούς. Η παρουσία της ως δεξιότητα οδηγεί στην αύξηση της συμμόρφωσης με τις ιατρικές συστάσεις, στην καλύτερη κατανόηση της διάγνωσης και στην ανάπτυξη του συναισθήματος αυτο-αποτελεσματικότητας από την πλευρά του ασθενούς, συντελώντας στη συνολική του ικανοποίηση. Επί πλέον, συσχετίζεται έντονα με τη μείωση του άγχους και της συναισθηματικής έντασης, καθώς και με την αύξηση της επαγγελματικής ικανοποίησης από την πλευρά του ιατρού.³¹⁻³³

5. Η ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Η εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού σε δεξιότητες επικοινωνίας πρέπει να περιλαμβάνει δύο επίπεδα. Το πρώτο αφορά στις γενικές δεξιότητες, όπως η ενεργητική ακρόαση (ικανότητα αντίληψης της ουσίας των λόγων του άλλου), η αντανάκλαση (ικανότητα ελέγχου της κατανόησης όσων ειπώθηκαν) και η ανατροφοδότηση (παροχή πληροφοριών και υποδείξεων με τρόπο που να καθίστανται κατανοητές και αποδεκτές). Το δεύτερο επίπεδο αφορά σε συγκεκριμένες δεξιότητες στο πλαίσιο του κλινικού έργου, όπως ο καταλληλότερος τρόπος συλλογής πληροφοριών κατά τη λήψη του ιστορικού και της εξέτασης, η δεξιότητα ανακοίνωσης δυσάρεστων νέων και η ικανότητα προώθησης της συνεργασίας με τον ασθενή και το περιβάλλον του κατά τη διαδικασία της θεραπείας.³⁴

Έχει φανερό ότι η εκπαίδευση στην εφαρμογή ορισμένων βασικών αρχών συμβάλλει καθοριστικά στη βελτίωση του επιπέδου της επικοινωνίας. Η αποφυγή υπερφόρτωσης του ασθενούς με πληροφορίες, η χρήση απλής και κατανοητής γλώσσας, η ενθάρρυνση των ερωτήσεων ή και η χρήση της ανατροφοδότησης, όπου ο ιατρός ζητά από τον ασθενή να επαναλάβει την ουσία όσων ειπώθηκαν, βελτιώνει σημαντικά το επίπεδο κατανόησης και την προσαρμογή στη θεραπεία.³⁵⁻³⁷

Τα προγράμματα εκπαίδευσης στην επικοινωνία πρέπει κατ' αρχήν να ενσωματωθούν στα προγράμματα σπουδών των φοιτητών Ιατρικής. Η επικοινωνιακή δεξιότητα του επαγγελματία υγείας δεν πρέπει να θεωρείται ως κάτι αυτονόητο ή δευτερεύον. Το γεγονός αυτό φαίνεται να αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο, με αποτέλεσμα σε χώρες όπως οι ΗΠΑ οι τεχνικές επικοινωνίας να διδάσκονται πλέον σε ποσοστό >60% των ιατρικών σχολών.³⁸

Ωστόσο, η εκπαίδευση πρέπει να έχει συνεχή χαρακτήρα και να παρατείνεται κατά τη διάρκεια της πρακτικής εφαρμογής. Η κλινική πραγματικότητα είναι σαφώς πιο πλούσια και πολύπλοκη απ' ό,τι μπορεί να προβλέψει η ακαδημαϊκή-θεωρητική προσέγγιση. Συνεπώς, η εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων εντός του χώρου των εφαρμογών (κλινικές, νοσοκομεία) είναι αναγκαία.^{39,40}

Ακόμη και η ταχύρυθμη εκπαίδευση σε θέματα επικοινωνίας μπορεί να επιφέρει άμεσα ορατά αποτελέσματα. Σε πιλοτική εφαρμογή, όπου 80 φοιτητές της Ιατρικής παρακολούθησαν δίωρη εκπαίδευση από πέντε ειδικούς στην ψυχοκοινωνική προσέγγιση, φάνηκε ότι η συμμετοχή τους στο σεμινάριο τούς βοήθησε να αυξήσουν την αίσθηση αυτο-εκτίμησης και αυτο-αποτελεσματικότητας και να εξοικειωθούν με δεξιότητες και τεχνικές επικοινωνίας.⁴¹ Γίνεται λοιπόν κατανοητό πόσο πιο βοηθητική θα μπορούσε να είναι η συστηματική και συνεχής εκπαίδευση.

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα πρέπει να στηρίζονται στη βιωματική προσέγγιση και σε μεθόδους ενεργητικής

μάθησης. Χρήσιμες τεχνικές είναι το παίξιμο ρόλων, οι προσομιώσεις, η χρήση της βιντεοσκόπησης και η συζήτηση δύσκολων περιστατικών. Μέσα από παρόμοιες εκπαιδευτικές παρεμβάσεις αφ' ενός αναδεικνύονται επί μέρους δυσκολίες και προβλήματα και αφ' ετέρου προκρίνονται καλές πρακτικές και χρήσιμα εργαλεία, καθώς και τεχνικές επίλυσής τους.^{37,42}

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η σχέση ιατρού-ασθενούς, στο βαθμό που διαμορφώνεται κάτω από συνθήκες άγχους, πίεσης και εξάρτησης, εμφανίζει σειρά ιδιαιτεροτήτων. Κάθε ασθενής μεταφέρει προσωπικές προσδοκίες, ιδιαίτερους φόβους και αγωνίες, στοιχεία που αν δεν καταστούν αντικείμενο γνώσης και σεβασμού από τον ιατρό, θα περιορίσουν τις πιθανότητες συνεργασίας και συμμόρφωσης με τις οδηγίες, αυξάνοντας τα ενδεχόμενα αποτυχίας κάθε θεραπευτικής προσέγγισης.⁴³

Η χρήση των κατάλληλων τεχνικών και εργαλείων επικοινωνίας μπορεί να βελτιώσει τη θεραπευτική σχέση, επιφέροντας οφέλη τόσο στα ξεχωριστά άτομα, όσο και στη συνολική λειτουργία των υπηρεσιών υγείας. Άλλωστε, οι δυσαρεστημένοι ασθενείς οδηγούν σε αύξηση των δαπανών μέσα από την υπερφόρτωση των δομών υγείας, προκαλώντας αλυσιδωτές επιπτώσεις στην ποιότητα και την αποδοτικότητα του συνολικού συστήματος.³⁴

Ακρογωνιαίο λίθο στην προσπάθεια βελτίωσης του επιπέδου επικοινωνίας αποτελεί η προπτυχιακή και η μεταπτυχιακή εκπαίδευση των ιατρών.⁴⁴ Παρ' όλη την τεχνολογική εξέλιξη, ο κύριος συντελεστής προσδιορισμού της αποδοτικότητας των συστημάτων υγείας εξακολουθεί να είναι το έμπυχο δυναμικό. Η επένδυση στη βελτίωση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων του ιατρικού προσωπικού αποτελεί προτεραιότητα ύψιστης σημασίας στο πλαίσιο μιας προσπάθειας αναβάθμισης των παρεχομένων υπηρεσιών. Ας μη λησμονείται άλλωστε ότι «ο ιατρός είναι το φάρμακο».⁴⁵

ABSTRACT

Doctor-patient communication as a determining parameter in the provision of health care

A. TSOUNIS,¹ P. SARAFIS²

¹Centers for the Prevention of Addictions and the Promotion of Psychosocial Health of the Municipality of Thessaloniki, OKANA, Thessaloniki, ²Department of Health Care Management, School of Social Science, Hellenic Open University, Patras, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2014, 31(5):534–540

Doctor-patient communication is a determining element in the quality of health care. This is a review of the factors that affect this communication and their impact on the final therapeutic outcome. Firstly, the various different theoretical approaches to the doctor-patient relationship are presented. Following this, some of the main obstacles to physician-patient communication are reported, and finally the ways in which these barriers affect the adherence of patients to the therapeutic requirements are examined. Particular attention is given to the role of empathy and its importance as a factor in the improvement of the therapeutic relationship, patient satisfaction and compliance with medical instructions. Based on the above review, a series of proposals concerning the necessity of continuing medical education in communication skills are suggested.

Key words: Communication, Doctor-patient relationship, Empathy, Medical education

Βιβλιογραφία

1. INUITS, CARTER WB, KUKULL WA, HAIGH VH. Outcome-based doctor-patient interaction analysis: I. Comparison of techniques. *Med Care* 1982, 20:535–549
2. LUSSIER MT, RICHARD C. Doctor-patient communication: Complaints and legal actions. *Can Fam Physician* 2005, 51:37–39
3. HA JF, LONGNECKER N. Doctor-patient communication: A review. *Ochsner J* 2010, 10:38–43
4. ONG LM, DE HAES JC, HOOS AM, LAMMES FB. Doctor-patient communication: A review of the literature. *Soc Sci Med* 1995, 40:903–918
5. ΜΑΝΤΗ Π, ΤΣΕΛΕΠΗ Χ. Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των νοσοκομείων/υπηρεσιών υγείας. ΕΑΠ, Πάτρα, 2000:181–207
6. ΒΕΝΙΟΥ Α, ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ Ν. Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2013, 30:613–618
7. SZASZ TS, HOLLENDER MH. A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship. *AMA Arch Intern Med* 1956, 97:585–592
8. DI MATTEO MR, MARTIN LR. *Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας*. Εκδόσεις Πεδίο, Αθήνα, 2011:135–196
9. BALLARD-REISCH DS. A model of participative decision making for physician-patient interaction. *Health Commun* 1990, 2:91–104
10. ROTER DL, HALL JA. *Doctors talking with patients/patients talking with doctors: Improving communication in medical visits*. 2nd ed. Auburn House, Westport, CT, 2006:23–38
11. ROTER DL, STEWART M, PUTNAM SM, LIPKIN M Jr, STILES W, INUITS. Communication patterns of primary care physicians. *JAMA* 1997, 277:350–356
12. WOLF SM. Conflict between doctor and patient. *Law Med Health Care* 1988, 16:197–203
13. DiMATTEO MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: A quantitative review of 50 years of research. *Med Care* 2004, 42:200–209
14. ZOLNIEREB KB, DiMATTEO MR. Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Med Care* 2009, 47:826–834
15. KIDD J, PATEL V, PEILE E, CARTER Y. Clinical and communication skills. *Br Med J* 2005, 330:374–375
16. HANNAWA AF. Shedding light on the dark side of doctor-patient interactions: Verbal and non-verbal messages physicians communicate during error disclosures. *Patient Educ Couns* 2011, 84:344–351
17. WEISS BD. *Health literacy and patient safety: Help patients understand. Manual for clinicians*. 2nd ed. American Medical Association, Chicago, 2007:28–34
18. KAZDAGLIS GA, ARNAOUTOGLOU C, KARYPIDIS D, MEMEKIDOU G, SPANOS G, PAPADOPOULOS O. Disclosing the truth to terminal cancer patients: A discussion of ethical and cultural issues. *East Mediterr Health J* 2010, 16:442–447
19. FALLOWFIELD LJ, JENKINS VA, BEVERIDGE HA. Truth may hurt but deceit hurts more: Communication in palliative care. *Palliat Med* 2002, 16:297–303
20. PANAGOPOULOU E, MINTZIORI G, MONTGOMERY A, ΚΑΠΟΥΚΡΑΝΙΔΟΥ D, ΒΕΝΟΣ Α. Concealment of information in clinical practice: Is lying less stressful than telling the truth? *J Clin Oncol* 2008, 26:1175–1177
21. SARAFIS P, TSOUNIS A, MALLIAROU M, LAHANA E. Disclosing the truth: A dilemma between instilling hope and respecting patient autonomy in everyday medical practice. *Global J Health Sci* 2014, 6:128–137
22. JUDSON TJ, DETSKY AS, PRESS MJ. Encouraging patients to ask

- questions: How to overcome “white-coat silence”. *JAMA* 2013, 309:2325–2326
23. LONGTIN Y, SAX H, LEAPE LL, SHERIDAN SE, DONALDSON L, PITTET D. Patient participation: Current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clin Proc* 2010, 85:53–62
 24. GUDE T, VAGLUM P, ANVIK T, BAERHEIM A, GRIMSTAD H. A few more minutes make a difference? The relationship between content and length of GP consultations. *Scand J Prim Health Care* 2013, 31:31–35
 25. ΚΑΡΑΜΑΝΙΔΟΥ Χ. Επικοινωνία επαγγελματιών υγείας και ασθενών και το φαινόμενο της μη συμμόρφωσης: Προσανατολισμοί για την πολιτική υγείας. Στο: Κοντιάδης Ξ, Σουλιώτης Ν (Επιμ.) *Θεσμοί και πολιτικές υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2010:443–455
 26. STEINER JF. Rethinking adherence. *Ann Intern Med* 2012, 157:580–585
 27. ΜΟΥΣΣΑΣ ΓΙ, ΚΑΡΚΑΝΙΑΣ ΑΠ, ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΑΓ. Ψυχολογική διάσταση της γενετικής του καρκίνου: Επικοινωνία γιατρού-ασθενούς. *Ψυχιατρική* 2010, 21:148–157
 28. ROGERS CR. Empathic: An unappreciated way of being. *Couns Psychol* 1975, 5:2–10
 29. LUSSIER MT, RICHARD C. Communication tips. Feeling understood: Expression of empathy during medical consultations. *Can Fam Physician* 2007, 53:640–641
 30. FAIRBAIRN GJ. Ethics, empathy and storytelling in professional development. *Learn Health Soc Care* 2002, 1:22–32
 31. SQUIER RW. A model of empathic understanding and adherence to treatment regimens in practitioner-patient relationships. *Soc Sci Med* 1990, 30:325–339
 32. NEUMANN M, WIRTZ M, BOLLSCHWEILER E, MERCER SW, WARM M, WOLF J ET AL. Determinants and patient-reported long-term outcomes of physician empathy in oncology: A structural equation modelling approach. *Patient Educ Couns* 2007, 69:63–75
 33. QUASCHNING K, KÖRNER M, WIRTZ M. Analyzing the effects of shared decision-making, empathy and team interaction on patient satisfaction and treatment acceptance in medical rehabilitation using a structural equation modeling approach. *Patient Educ Couns* 2013, 91:167–175
 34. ΠΑΝΑΓΟΠΟΥΛΟΥ Ε, ΜΠΕΝΟΣ Α. Η επικοινωνία στην ιατρική εκπαίδευση. Ζήτημα ανάγκης ή άκαιρη πολυτέλεια; *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2004, 21:385–390
 35. WILLIAMS MV, DAVIS T, PARKER RM, WEISS BD. The role of health literacy in patient-physician communication. *Fam Med* 2002, 34:383–389
 36. RAO JK, ANDERSON LA, INUI TS, FRANKEL RM. Communication interventions make a difference in conversations between physicians and patients: A systematic review of the evidence. *Med Care* 2007, 45:340–349
 37. WOUDA JC, VAN DE WIEL HB. Education in patient-physician communication: How to improve effectiveness? *Patient Educ Couns* 2013, 90:46–53
 38. TRAVALINE JM, RUCHINSKAS R, D'ALONZO GE Jr. Patient-physician communication: Why and how. *J Am Osteopath Assoc* 2005, 105:13–18
 39. HODGES BD, KUPER A. Theory and practice in the design and conduct of graduate medical education. *Acad Med* 2012, 87:25–33
 40. KRAMER AW, DÜSMAN H, TAN LH, JANSEN JJ, GROU RP, VAN DER VLEUTEN CP. Acquisition of communication skills in postgraduate training for general practice. *Med Educ* 2004, 38:158–167
 41. BACHMANN C, BARZEL A, ROSCHLAUB S, EHRHARDT M, SCHERER M. Can a brief two-hour interdisciplinary communication skills training be successful in undergraduate medical education? *Patient Educ Couns* 2013, 93:298–305
 42. COLEMAN C. Teaching health care professionals about health literacy: A review of the literature. *Nurs Outlook* 2011, 59:70–78
 43. ΤΣΙΜΤΣΙΟΥ Ζ, ΚΑΛΤΣΟΣ Κ. Επικοινωνία ιατρού-ασθενούς και ιατρικά λάθη. Ο ρόλος της ανθρωποκεντρικής Ιατρικής στη μείωση των αντιδικιών. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2011, 28:272–276
 44. BOUTER S, VAN WEEL-BAUMGARTEN E, BOLHUIS S. Construction and validation of the Nijmegen Evaluation of the Simulated Patient (NESP): Assessing simulated patients' ability to role-play and provide feedback to students. *Acad Med* 2013, 88:253–259
 45. BENSING J. Doctor-patient communication and the quality of care. *Soc Sci Med* 1991, 32:1301–1310

Corresponding author:

A. Tsounis, Centers for the Prevention of Addictions and the Promotion of Psychosocial Health of the Municipality of Thessaloniki, OKANA, Municipality of Thessaloniki, 103 Mitropoleos street, GR-546 22 Thessaloniki, Greece
e-mail: tsounis_a@yahoo.gr