

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ REVIEW

Ο ρόλος της ενσυναίσθησης στην αλληλεπίδραση της σχέσης ασθενών-ιατρών και άλλων επαγγελματιών υγείας

Η ενσυναίσθηση αποτελεί σημαντική δεξιότητα επικοινωνίας των επαγγελματιών υγείας. Αναδεικνύεται ζωτικής σημασίας για τη δημιουργία ενός κλίματος εμπιστοσύνης στη σχέση ιατρών και ασθενών. Στην παρούσα ανασκόπηση διερευνάται ο ρόλος της ενσυναίσθησης, καθώς και οι δεξιότητες επικοινωνίας των επαγγελματιών υγείας, με απώτερο σκοπό να μελετηθεί πώς επηρεάζει η ενσυναίσθηση, αφ' ενός τη σχέση ιατρού-ασθενούς και αφ' ετέρου το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Η ενσυναίσθηση αποτελεί μια σημαντική πτυχή για την επίλυση προβλημάτων, την αποτελεσματική επικοινωνία, την αποφυγή ή την πρόληψη των συγκρούσεων και, τέλος, τη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης.

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2020, 37(5):625-630
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2020, 37(5):625-630

Μ. Ανδριοπούλου,¹
Α. Μάνος,²
Δ. Δαλαμάγκα,³
Δ. Χάρος³

¹Χειρουργείο, «Κωνσταντοπούλειο»
Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας, Αθήνα
²Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής, Πάντειον
Πανεπιστήμιο, Αθήνα
³Σχολή Μαιευτικής, Πανεπιστήμιο
Δυτικής Αττικής, Αθήνα

The role of empathy
in the interaction of patients
with doctors and other health
professionals

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρητηρίου

Αλληλεπίδραση επαγγελματιών
υγείας-ασθενών
Ενσυναίσθηση
Επικοινωνία ιατρού-ασθενούς
Σχέση ιατρού-ασθενούς

Υποβλήθηκε 20.1.2020
Εγκρίθηκε 10.5.2020

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σχέση ιατρού και ασθενούς, καθώς και η επικοινωνία μεταξύ τους έχουν αποτελέσει αντικείμενο συστηματικής μελέτης. Η συναισθηματική σχέση που διαμορφώνεται ανάμεσα στον ασθενή και στον ιατρό επηρεάζεται από τις συνθήκες που επικρατούν, τις προσδοκίες των ασθενών αλλά και τις αρχές των ιατρών. Η δημιουργία αυτής της σχέσης έχει ιδιαίτερη βαρύτητα, γιατί μέσα από αυτή διαμορφώνεται το είδος της επικοινωνίας μεταξύ ιατρού και ασθενούς.¹

Η επικοινωνία μεταξύ ασθενούς και ιατρού ενέχει ιδιαίτερη αξία, αφού μέσω αυτής ο ασθενής εξηγεί στον ιατρό την παρούσα κατάσταση υγείας, περιγράφοντας τα συμπτώματα, και στη συνέχεια λαμβάνει τις απαραίτητες ιατρικές οδηγίες. Ως εκ τούτου, η επικοινωνία είναι ένα μέσο διάγνωσης και επίλυσης των προβλημάτων υγείας.²

Σημαντική αξία στην καλή και αποτελεσματική επι-

κοινωνία ιατρού και ασθενούς αποτελεί η ικανότητα της ενσυναίσθησης εκ μέρους του ιατρού.³ Ο συνδυασμός της ενεργητικής ακρόασης και της εφαρμογής του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου δημιουργεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης, όπου ο ασθενής εκφράζει την εμπειρία του και ενθαρρύνεται στην ενεργό συμμετοχή στη θεραπευτική του φροντίδα.⁴

Για την επίτευξη καλύτερου θεραπευτικού αποτελέσματος είναι χρήσιμο ο ιατρός να εξατομικεύει τη συμπεριφορά του απέναντι σε κάθε ασθενή, μέσω της ενεργητικής ακρόασης, διερευνώντας τις προσδοκίες του και κατανοώντας τις ιδιαιτερότητές του. Ως εκ τούτου, η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στις τεχνικές επικοινωνίας αποτελεί επιτακτική ανάγκη.⁵

2. ΒΑΣΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ ΣΧΕΣΗΣ ΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Ανάλογα με τον ρόλο που έχει ο καθένας στη σχέση ιατρού με ασθενή, διαμορφώνεται το είδος της σχέσης.

Σύμφωνα με τη θεωρία κοινής συναίνεσης των Szasz και Hollender, διαμορφώνονται τρία μοντέλα σχέσης, τα οποία βασίζονται στις ανάγκες υγείας του ασθενούς και στο θεραπευτικό πλαίσιο που προτείνει ο ιατρός.¹ Το πρώτο μοντέλο είναι το μοντέλο της ενεργητικότητας-παθητικότητας. Κύριο ρόλο και λόγο σε αυτό το μοντέλο διαδραματίζει ο ιατρός, ο οποίος έχει την απόλυτη ευθύνη για τη φροντίδα του ασθενούς. Αυτό συμβαίνει επειδή ο ασθενής είναι ανήμπορος να συμμετέχει και να αποφασίζει ο ίδιος για τις ιατρικές πράξεις και κατ' επέκταση για την πορεία της υγείας του. Ένα παράδειγμα του εν λόγω μοντέλου αποτελεί ο ασθενής που βρίσκεται υπό μηχανική υποστήριξη στη μονάδα εντατικής θεραπείας και δεν μπορεί να επικοινωνήσει με το περιβάλλον.⁶

Στη συνέχεια, περιγράφεται το δεύτερο μοντέλο, το μοντέλο της καθοδήγησης-συνεργασίας, όπου και πάλι τον κύριο ρόλο και την ευθύνη έχει ο ιατρός. Στο συγκεκριμένο μοντέλο ο ασθενής ενημερώνει τον ιατρό για την κατάσταση της υγείας του μέσω κατευθυντήριων ερωτήσεων του ιατρού, τις οποίες καλείται να απαντήσει. Στη συνέχεια και αφού ο ιατρός θέσει τη διάγνωση, δίνει οδηγίες στον ασθενή, είτε σχετικά με φαρμακευτική αγωγή είτε για αλλαγή συμπεριφοράς, χωρίς όμως να δώσει πληροφορίες για τον λόγο αυτών των οδηγιών. Ως εκ τούτου, ο ασθενής καλείται να εφαρμόσει εντολές που δεν τις κατανοεί και το γεγονός αυτό έχει ως συνέπεια τη μη αποτελεσματικότητα της θεραπείας του. Παράδειγμα αποτελεί ένας ασθενής ο οποίος καλείται να λάβει φαρμακευτική αγωγή κατά της υπερλιπιδαιμίας. Ο ίδιος όμως αμφισβητεί τον ιατρό επειδή το βάρος του σώματός του είναι κανονικό, καθώς θεωρεί ότι από χοληστερίνη πάσχουν μόνο όσοι είναι υπέρβαροι. Σε περίπτωση που είχε καλύτερη επικοινωνία με τον ιατρό του, θα υπερνικούσε όλα τα εμπόδια και θα ακολουθούσε αποτελεσματικά τη θεραπεία του.⁶

Τέλος, περιγράφεται το τρίτο μοντέλο, το μοντέλο της αμοιβαίας συμμετοχής, όπου ο ασθενής ενημερώνεται πλήρως, συμμετέχει και συναποφασίζει με τον ιατρό για τη διάγνωση και τη θεραπεία. Ο ασθενής εκφράζει ελεύθερα τις απορίες του και αφού κατανοήσει τη σημαντικότητα της κατάστασης προσπαθεί για το επιθυμητό αποτέλεσμα. Παράδειγμα αποτελεί ένας ασθενής ο οποίος έχει οιδήματα κάτω άκρων και ενημερώνεται για τον ρόλο του αλατιού στην κατακράτηση υγρών. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ο ασθενής να μειώσει το αλάτι στη διατροφή του χωρίς να δυσανασχετεί.^{1,7}

Στα επόμενα έτη τα μοντέλα σχέσης μελετήθηκαν και από άλλους ερευνητές. Για παράδειγμα, η Ballard-Reisch πρόσθεσε εναλλακτικές παραλλαγές των εν λόγω μοντέλων. Αυτές οι αλλαγές είναι (α) η απόσχιση ευθυνών από την πλευρά του ασθενούς, όπου ο ιατρός αποφασίζει και

ο ασθενής εκτελεί τις ιατρικές εντολές, μεταθέτοντας τις ευθύνες του. Η σχετική παραλλαγή είναι πανομοιότυπη με το μοντέλο καθοδήγησης-συνεργασίας. (β) Η συνεργασία, όπου από κοινού ο ιατρός και ο ασθενής αποφασίζουν για τη θεραπευτική φροντίδα του ασθενούς. Σε αυτή την παραλλαγή υπάρχουν ομοιότητες με το μοντέλο της αμοιβαίας συμμετοχής. (γ) Η αυτονομία του ασθενούς, στην οποία την ευθύνη για τη λήψη αποφάσεων την έχει ο ασθενής και (δ) ο τερματισμός της σχέσης, όπου λήγει η συνεργασία ιατρού και ασθενούς. Οι δύο τελευταίοι εναλλακτικοί τύποι σχέσεων ιατρού με ασθενή δεν σχετίζονται με τα βασικά μοντέλα που περιγράφηκαν προηγουμένως.^{7,8}

Επιπρόσθετα, οι Roter και Hall προσδιόρισαν ακόμη τέσσερα μοντέλα σχέσης ιατρών-ασθενών: (α) το πατερναλιστικό, (β) το καταναλωτικό, (γ) το αμοιβαίο, που είναι πανομοιότυπα με αυτά των προηγούμενων μοντέλων. Συγκεκριμένα, στο πατερναλιστικό μοντέλο τον κύριο λόγο σχετικά με τις αποφάσεις φροντίδας του ασθενούς τον έχει ο ιατρός. Το συγκεκριμένο μοντέλο παρουσιάζει ομοιότητες με το μοντέλο καθοδήγησης-συνεργασίας και με αυτό της απόσχισης ευθυνών. Στο καταναλωτικό μοντέλο ο ασθενής είναι αυτός ο οποίος αποφασίζει για την ιατρική του φροντίδα, μιας και είναι εκείνος που ορίζει τη ζήτηση υπηρεσιών. Το εν λόγω μοντέλο έχει κοινά στοιχεία με το μοντέλο της αυτονομίας του ασθενούς. Στο αμοιβαίο μοντέλο ο ασθενής συνεργάζεται με τον ιατρό και οι αποφάσεις λαμβάνονται από κοινού. Το εν λόγω μοντέλο είναι ίδιο με το μοντέλο αμοιβαίας συμμετοχής και συνεργασίας. (δ) Τέλος, το μοντέλο της περιορισμένης σχέσης, κατά το οποίο τα μέλη της σχέσης παραμένουν στα στοιχειώδη και δεν υπάρχει ιδιαίτερη αλληλεπίδραση μεταξύ τους.^{7,8}

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι η θεραπεία των ασθενών που συμμετέχουν και συνεργάζονται με τον ιατρό έχει καλύτερη έκβαση. Επί πλέον, είναι ιδιαίτερα χρήσιμο να υπάρχει ένα πλάνο, ένα σύστημα οργάνωσης για τα σημαντικά θέματα που θα συζητηθούν. Με αυτόν τον τρόπο εξασφαλίζεται καλύτερη οργάνωση χρόνου, σαφήνεια και συγχρόνως διασφαλίζεται ότι θα συζητηθούν τα σημαντικά στοιχεία της συνάντησης.

2.1. Το βιοϊατρικό μοντέλο

Το βιοϊατρικό μοντέλο ήταν για περισσότερο από 300 έτη βασικό στοιχείο της Ιατρικής. Επικεντρώνεται στο βιολογικό επίπεδο, θεωρώντας ότι κάθε νόσος έχει μία μόνο αιτία, όπως για παράδειγμα στο παρελθόν οι μολυσματικές ασθένειες οφείλονταν σε μικροοργανισμούς. Κατ' επέκταση, δεν δίνεται αξία στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την ανάπτυξη και την εξέλιξη μιας νόσου.⁹ Ένα ακόμη βασικό χαρακτηριστικό του βιοϊατρικού

μοντέλου είναι ότι ασχολείται αποκλειστικά μόνο με την ασθένεια και όχι με την προαγωγή της υγείας.⁴

Επί πλέον, στο βιοϊατρικό μοντέλο αυτό που είχε σημασία ήταν μόνο η ίδια η νόσος, η μελέτη της και η αντιμετώπισή της, δίχως να λαμβάνεται υπ' όψη η γνώμη του ασθενούς. Ο ασθενής δεν συμμετείχε στη διαδικασία των λήψεων των αποφάσεων για τη θεραπεία και πολλές φορές ο ιατρός ακολουθούσε κάποια μορφή θεραπείας χωρίς να υπάρχει συναίνεση του ασθενούς.¹⁰⁻¹²

Η επικέντρωση των ιατρών στη νόσο και όχι στην εμπειρία της ασθένειας όπως τη βιώνει ο ασθενής μετατρέπει αυτόματα τον ασθενή ως αμέτοχο, εξαρτημένο και παθητικό αποδέκτη φροντίδας. Το γεγονός αυτό δημιουργεί δυσανεμία στους ασθενείς όσον αφορά στην αντιμετώπισή τους από τους ιατρούς.¹³ Η συναισθηματική αποστασιοποίηση των ιατρών επιδρά αρνητικά στη σχέση ιατρού και ασθενούς, αφού ο δεύτερος δεν είναι στο επίκεντρο και δεν μπορεί να εκφράσει την εμπειρία του.¹⁴ Το βιοϊατρικό μοντέλο συμβάλλει στο να αποκτά η σχέση ιατρού και ασθενούς μονόδρομο χαρακτήρα, αφού ο ασθενής συμμορφώνεται στο θεραπευτικό σχήμα όπου καθοδηγείται από τον ίδιο τον επαγγελματία υγείας.⁹

2.2. Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο

Στα μέσα του 20ού αιώνα, η ανάδειξη του κράτους πρόνοιας με καθολική δωρεάν παροχή στο σύνολο του πληθυσμού¹⁵ επέφερε την αρχή του δικαιώματος στην υγεία και την έμφαση στον ασθενή. Ως αποτέλεσμα αυτού ήταν η απαρχή του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου.^{16,17}

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο δεν κάνει τη διάκριση σώματος και νου, όπως συμβαίνει στο βιοϊατρικό και δεν χαρακτηρίζεται από υπεραπλουστευση. Το κύριο χαρακτηριστικό του είναι ότι η κάθε νόσος δεν έχει μόνο μία αιτία αλλά οι παράγοντες που οδηγούν στη νόσο είναι ποικίλοι. Επί πλέον, η υγεία δεν χαρακτηρίζεται μόνο από απουσία νόσου από το άτομο. Αντιθέτως, για να υφίσταται υγεία χρειάζεται η ύπαρξη μιας κατάστασης του ατόμου πλήρους ευεξίας, σωματικής και ψυχικής.⁴

Επί πλέον, το ανθρώπινο σώμα εξετάζεται ως μια ολότητα που συνδέεται με την πνευματική, την ψυχική και τη συναισθηματική υπόσταση. Όλα αυτά τα συστήματα αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και ταυτόχρονα επηρεάζονται από το φυσικό και το κοινωνικό περιβάλλον.¹¹

Θέτοντας τον ασθενή στο επίκεντρο ο ιατρός αφιερώνει ισότιμο χρόνο όσον αφορά στα κλινικά σημεία αλλά και στα ψυχοκοινωνικά θέματα. Παρέχεται η ευκαιρία στον ασθενή να εκφραστεί σε λειτουργικό, συναισθηματικό και κοινωνικό επίπεδο. Επιπρόσθετα, ο ασθενής είναι ελεύθερος να εκ-

φράσει τις απορίες του σχετικά με τη νόσο, τις διαγνωστικές εξετάσεις, τη θεραπεία, αλλά και τη συνιστώμενη αλλαγή συμπεριφοράς.^{7,18,19} Ως εκ τούτου, ο ασθενής νιώθει ικανοποίηση αφού αποκτά μια ανοικτή σχέση με τον ιατρό και μπορεί να θέσει ρεαλιστικούς στόχους όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας του.²⁰

Επί πλέον, ο ιατρός μπορεί να εξετάσει όλους τους παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν μια θεραπεία. Επίσης, καλείται να ενημερώσει τον ασθενή και την οικογένειά του για την πρόγνωση της νόσου και τις επιπτώσεις τις οποίες μπορεί να επιφέρει η ασθένεια στους τομείς της ζωής του. Τέλος, μπορεί να προτείνει τρόπους αντιμετώπισης της νόσου.²¹

Η σχέση που διαμορφώνεται στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο μεταξύ του επαγγελματία υγείας και του ασθενούς είναι αμφίδρομη. Επικρατεί διάθεση συνεργασίας και οι θεραπευτικές παρεμβάσεις απευθύνονται όχι μόνο στον ασθενή, αλλά και στο άμεσο και έμμεσο κοινωνικό περιβάλλον του. Για παράδειγμα, γίνεται ενημέρωση για τις ανθυγιεινές συνήθειες, όπως το κάπνισμα και ενημέρωση για τη διακοπή του, ή ακόμη για τις περιστάσεις που δημιουργούν stress και πώς αυτές μπορεί να αποφευχθούν.⁹

3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗΣ

Η ενσυναίσθηση είναι η ικανότητα ενός ατόμου να κατανοεί τα συναισθήματα ενός άλλου ατόμου. Ο όρος της ενσυναίσθησης, δηλαδή, δηλώνει την κατανόηση και τη διανομή σκέψεων και συμπεριφοράς του άλλου ατόμου, με αποτέλεσμα τη συναισθηματική συμμετοχή.²²

Η ενσυναίσθηση μαζί με τη θεραπευτική σχέση θέτουν στόχους και επιτυγχάνουν τα εξής: (α) Την αρχή της υποστηρικτικής επικοινωνίας μεταξύ ιατρού-ασθενούς με σκοπό να γίνουν κατανοητές οι αντιλήψεις και οι ανάγκες του δεύτερου και (β) την ενδυνάμωση του ασθενούς ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίζει το πρόβλημα της υγείας του και, τέλος, την επίλυση των προβλημάτων του ασθενούς.²³

Η ενσυναίσθηση συμβάλλει στη δημιουργία μιας σχέσης ασφάλειας και εμπιστοσύνης, όπου οι ασθενείς έχουν την ευκαιρία να ανταλλάσσουν απόψεις και σκέψεις σχετικά με τη νόσο τους και τις δυσκολίες που αναδύονται κάθε φορά.^{7,24}

Στον αντίποδα, βέβαια, η ενσυναίσθηση μπορεί να εκδηλώσει ψυχολογική κόπωση στους επαγγελματίες υγείας. Παρ' όλα αυτά, μελέτη σε άτομα με καρκίνο αναφέρει ότι η αποτελεσματική ενσυναίσθηση επιτυγχάνει θετικά αποτελέσματα τόσο από ψυχολογικής πλευράς στον ασθενή, όσο και στην αντιμετώπιση της ασθένειάς του.²⁵

Με σκοπό την επίτευξη αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ ιατρού και ασθενούς είναι σημαντικό ο επαγγελματίας υγείας να δημιουργήσει ένα θετικό κλίμα εμπιστοσύνης μέσω του οποίου ο ασθενής θα εκφράσει το πρόβλημα της υγείας του. Ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να διαθέτει ενσυναίσθηση, δηλαδή να κατανοεί τον ασθενή και τον τρόπο που βιώνει την ασθένειά του.²⁶ Ο επαγγελματίας υγείας δίνει την απαραίτητη προσοχή και αναγνωρίζει τα συναισθήματα του ασθενούς ενώ ταυτόχρονα κατανοεί τη συναισθηματική και την ψυχολογική κατάσταση αυτού.⁹ Πρόκειται για μια διαδικασία ενεργητικής ακρόασης και κατανόησης των συναισθημάτων του ασθενούς, χωρίς όμως ο ιατρός να παύει να είναι ο εαυτός του.²⁶

Για κάποιους ερευνητές, η ενσυναίσθηση χαρακτηρίζεται από τέσσερις βασικές πτυχές: τη συναισθηματική, την ηθική, τη γνωστική και τη συμπεριφορική.^{8,27,28} Η συναισθηματική πτυχή σχετίζεται με την ικανότητα του ατόμου να μπορεί να κατανοεί τη συναισθηματική κατάσταση ενός άλλου ατόμου. Η ηθική πτυχή υποδηλώνει το εσωτερικό κίνητρο και την προθυμία των ατόμων να συνειδητοποιήσουν τα συναισθήματα των άλλων ατόμων. Από την άλλη πλευρά, η γνωστική πτυχή περιγράφει την πνευματική ικανότητα των ατόμων να εντοπίσουν και να κατανοήσουν τα συναισθήματα των άλλων ατόμων. Τέλος, η συμπεριφορική πτυχή αφορά στη μεταβίβαση του αισθήματος της κατανόησης του άλλου ατόμου. Τον βαθύτερο ρόλο για την αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ του ιατρού και του ασθενούς έχουν οι δύο τελευταίες πτυχές.^{8,29}

Η ενσυναίσθηση και η εμπιστοσύνη αποτελούν τη βάση πάνω στην οποία μπορεί να οικοδομηθεί κάθε αποτελεσματική σχέση. Είναι ζωτικής σημασίας για την ανάπτυξη ιδεών, την επίλυση προβλημάτων, την αποτελεσματική επικοινωνία και την αποφυγή ή την πρόληψη των συγκρούσεων.³

Η ενσυναίσθηση αναφέρεται συχνά ως η βασική πτυχή της αποτελεσματικής θεραπευτικής διαβούλευσης. Επί πλέον, ενισχύει τη σχέση ιατρού-ασθενούς και βελτιώνει την ικανοποίηση τόσο των ασθενών όσο και των ιατρών. Η ενσυναίσθηση είναι καίριας σημασίας για την ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης.^{8,23} Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα, η ενσυναίσθηση του ιατρού συνδέεται με υψηλότερη ικανοποίηση του ασθενούς, με καλύτερη ψυχοκοινωνική προσαρμογή, με μειωμένη ψυχολογική δυσφορία και περισσότερη ανάγκη για ενημέρωση. Ένας λόγος που η ενσυναίσθηση συμβάλλει θετικά στη σχέση ιατρού-ασθενούς είναι ότι με την ικανότητα του ιατρού να κατανοεί τον ασθενή, κατορθώνει να ανταποκριθεί στις ανάγκες, στις προτιμήσεις και στις προσδοκίες του ασθενούς.²⁵

Αξίζει να σημειωθεί ότι η ενσυναίσθηση σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών, με

καλύτερη συμμόρφωση στη θεραπεία εκ μέρους των ασθενών και, τέλος, με βελτιωμένα κλινικά-θεραπευτικά αποτελέσματα. Τα οφέλη που σχετίζονται με τον ιατρό περιλαμβάνουν αυξημένη αίσθηση της ευημερίας και μείωση των συμπτωμάτων της επαγγελματικής εξουθένωσης.³¹⁻³⁴

Επί πλέον, με την εναισθητική τεχνική των επαγγελματιών υγείας μειώνονται δραματικά τα καταθλιπτικά συμπτώματα και το άγχος των ασθενών με σωματική νόσο, καθώς βελτιώνεται η ποιότητα ζωής τους.^{31,32}

4. ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

Τα προβλήματα επικοινωνίας στο υγειονομικό σύστημα μεταξύ ιατρών και ασθενών ενδέχεται να προκύπτουν από το γεγονός ότι πολλοί ιατροί επικεντρώνονται στις ασθένειες και τη διαχείρισή τους και όχι στην ολιστική προσέγγιση των ασθενών.³⁵ Οι ιατροί συχνά χάνουν τη δυνατότητα της ενσυναίσθησης κατά τη διάρκεια των συναντήσεων με τους ασθενείς και έχουν την τάση να δαπανούν πολύτιμο χρόνο και ενέργεια στη βιοϊατρική επικοινωνία, παρέχοντας στους ασθενείς ιατρικές πληροφορίες με επιστημονική και δυσνόητη ορολογία.²⁷ Επί πλέον, ο υψηλός φόρτος εργασίας, η ψυχολογική πίεση, τα στρεσογόνα γεγονότα, το εργασιακό άγχος κ.ά. πυροδοτούν διάφορες αντιδράσεις στους επαγγελματίες υγείας, με αποτέλεσμα να δημιουργούν εμπόδια στην επικοινωνία και στην ποιότητα της σχέσης μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας.³⁴

Ένας αυξανόμενος αριθμός μελετών των τελευταίων ετών αναδεικνύει τη σημαντικότητα της αποτελεσματικής επικοινωνίας στην ιατρική πρακτική.³⁵ Οι τεχνικές επικοινωνίας αποτελούν αναπόσπαστο τμήμα στην ιατρική εκπαίδευση. Να σημειωθεί ότι στην Αμερική οι φοιτητές της Ιατρικής εκπαιδεύονται σε τεχνικές αποτελεσματικής επικοινωνίας, όπως ενεργητική ακρόαση, ενσυναίσθηση κ.λπ.¹

Η εκπαίδευση των φοιτητών της Ιατρικής στην αποτελεσματική επικοινωνία επιτυγχάνεται σε δύο επίπεδα. Το πρώτο επίπεδο αφορά στην εκμάθηση γενικών δεξιοτήτων επικοινωνίας, όπως είναι η ενεργητική ακρόαση, η αντανάκλαση και η ανατροφοδότηση. Το δεύτερο επίπεδο αφορά σε δεξιότητες επικοινωνίας που αντιπροσωπεύουν τις εξειδικευμένες τεχνικές αναφορικά με τη συλλογή κατάλληλων πληροφοριών για τη λήψη ιστορικού του ασθενούς, την εκμάθηση της μη λεκτικής επικοινωνίας του ασθενούς, την αναγνώριση συναισθημάτων, τη συνεργασία με το περιβάλλον του ασθενούς και τη δεξιότητα ανακοίνωσης δυσάρεστων γεγονότων, έτσι ώστε να μην πλήξουν την προσωπικότητα και να μη δημιουργήσουν επιπρόσθετο άγχος (μετατραυματικό stress) στον ασθενή.^{1,8,36}

Στη συνέχεια αναφέρεται ανάλογη μελέτη η οποία διεξήχθη σε μια ομάδα επαγγελματιών υγείας στο Λονδίνο, όπως νοσηλευτές, ιατρούς, μαιές, ψυχολόγους, φαρμακοποιούς και φυσικοθεραπευτές, οι οποίοι περιέθαλπαν ασθενείς με δρεπανοκυτταρική αναιμία. Η συγκεκριμένη μελέτη είχε σκοπό την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας ενός πιλοτικού προγράμματος επικοινωνιακών δεξιοτήτων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η εκμάθηση των δεξιοτήτων επικοινωνίας βελτίωσε σημαντικά την ικανότητα διαχείρισης δύσκολων καταστάσεων και δυσάρεστων γεγονότων από τους επαγγελματίες υγείας. Η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας ενίσχυσε θετικά τον ρόλο τους όσον αφορά στην τεχνική της ενεργητικής ακρόασης, στην κατανόηση και στην απόκτηση της δικής τους μη λεκτικής επικοινωνίας. Τέλος, η αναγνώριση των συναισθηματικών και των γνωστικών μεταβλητών ήταν ιδιαίτερα χρήσιμη, επειδή διευκόλυνε να αναπτυχθεί ευκολότερα η σχέση συμπάθειας μεταξύ του επαγγελματία υγείας και του ασθενούς.³⁶

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι η εκμάθηση των τεχνικών της αποτελεσματικής επικοινωνίας μπορεί να επιτευχθεί υπό τη μορφή σεμιναρίων και να ενταχθεί στη διά βίου εκπαίδευση της ιατρικής επιστήμης. Τα σεμινάρια αυτά για να είναι περισσότερο αποτελεσματικά πρέπει να επαναλαμβάνονται ανά τακτά χρονικά διαστήματα, να εμπλουτίζονται με νεότερα δεδομένα, να είναι ελκυστικά και να επιβραβεύονται έτσι ώστε να παρέχουν τη δυνατότητα στους ιατρούς να τα παρακολουθούν, αλλά συγχρόνως να επιτυγχάνουν τη σύγκριση των γνώσεων με το αποτέλεσμα.^{1,8,37}

Οι προσδοκίες από την ολοκλήρωση των σεμιναρίων

οφείλουν να είναι η παγίωση της αποτελεσματικής επικοινωνίας μέσω της εκμάθησης δεξιοτήτων και τεχνικών που προάγουν το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Για παράδειγμα, τέτοιες δεξιότητες είναι η εκμάθηση της ενεργητικής ακρόασης, η χρήση και η αποκωδικοποίηση της γλώσσας του σώματος (μη λεκτική επικοινωνία), η χρήση των ανοικτών ερωτήσεων, η αναγνώριση των συναισθημάτων και της προσωπικότητας του ασθενούς, η σωστή χρήση και ο σωστός τονισμός της γλώσσας κ.λπ.^{1,8,37}

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αποτελεσματική επικοινωνία έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει τα θεραπευτικά αποτελέσματα, αλλά και την ηθική ικανοποίηση των ιατρών.²⁸ Υψίστης σημασίας για την αποτελεσματική επικοινωνία αποτελεί η ενσυναίσθηση των ιατρών, η οποία μπορεί να οδηγήσει όχι μόνο σε ένα περισσότερο ρεαλιστικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, αλλά και στην ενίσχυση της υγείας και της ευημερίας ασθενών και ιατρών.²⁷

Όσον αφορά στην ιατρική εκπαίδευση, έχει εντοπιστεί ένα κενό ως προς τη διδασκαλία μη λεκτικής επικοινωνίας και έκφρασης συναισθημάτων.³⁸ Ως εκ τούτου, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση στην επικοινωνία σε επαγγελματίες υγείας είναι ανεκτίμητης αξίας για τη δόμηση της θεραπευτικής σχέσης ιατρών-ασθενών. Επιπρόσθετα, θα ήταν χρήσιμη η εκπόνηση ερευνών ώστε να διαπιστωθεί εάν οι επαγγελματίες υγείας εφαρμόζουν τις τεχνικές επικοινωνίας που διδάχθηκαν μέσω σεμιναρίων.

ABSTRACT

The role of empathy in the interaction of patients with doctors and other health professionals

M. ANDRIOPOULOU,¹ A. MANOS,² D. DALAMAGA,³ D. CHAROS³

¹Operating Room, "Konstantopouleio" General Hospital of Nea Ionia, Athens, ²Department of Social Policy, Panteion University, Athens, ³Department of Midwifery, University of West Attica, Athens, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2020, 37(5):625–630

Empathy is an important communication skill for healthcare professionals. Creating a climate of trust between physicians and patients is vital. This is a review of the role of empathy and the other communication skills of health professionals, aimed at examining how empathy affects both the physician-patient relationship and the therapeutic outcome. The empathy of doctors and other health professionals is of utmost importance in problem solving, effective communication, and avoiding or preventing conflicts in the health care setting.

Key words: Doctor-patient communication, Doctor-patient relationship, Empathy, Interaction patient-health professional

Βιβλιογραφία

1. BENIOU A, TENTOLOΥΡΗΣ Ν. Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2013, 30:613–618
2. ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ ΕΧ. *Ψυχολογία της υγείας: Θεωρία και κλινική πράξη*. Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα, 2005
3. ΙΟΑΝΝΙΔΟΥ F, ΚΟΝΣΤΑΝΤΙΚΑΚΙ V. Empathy and emotional intelligence: What is it really about? *Int J Caring Sci* 2008, 1:118–123
4. ΒΑΝΥΑΡD Ρ. *Ψυχολογία της υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2008
5. 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
6. ΛΙΟΝΗΣ Χ, ΙΑΤΡΑΚΗ Ε, ΠΙΤΕΛΟΥ Ε, ΑΛΕΞΙΑΔΗΣ Α, ΑΣΠΡΑΚΗ Γ, ΓΕΩΡΓΙΑΝΝΟΣ Ν ΚΑΙ ΣΥΝ. *Ιατρός-ασθενής: Η κοινωνιολογική προσέγγιση*. Εκδόσεις Κάλλιπος, Κρήτη, 2015
7. ΔΙΜΑΤΤΕΟ MR, ΜΑΡΤΙΝ LR. *Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας*. Εκδόσεις Πεδίο, Αθήνα, 2011
8. ΤΣΟΥΝΗΣ Α, ΣΑΡΑΦΗΣ Π. Η επικοινωνία ιατρού-ασθενούς ως παράμετρος καθορισμού της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2014, 31:534–540
9. ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Δ, ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΦΓ. *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2012
10. WYNIA MK. The short history and tenuous future of medical professionalism: The erosion of medicine's social contract. *Perspect Biol Med* 2008, 51:565–578
11. ΗΑΗΝ RA, ΚΛΕΙΝΜΑΝ Α. Biomedical practice and anthropological theory: Frameworks and directions. *Annu Rev Anthropol* 1983, 12:305–333
12. EUROPEAN GRADUATE SCHOOL; GRADUATE AND POSTGRADUATE STUDIES. Sigmund Freud biography. Available at: <http://www.egs.edu/library/sigmund-freud/biography/>
13. BROWN JO, NOBLE LM, ΠΑΡΑΓΕΟΡΓΙΟΥ Α, ΚΙΔD J. *Clinical communication in medicine*. Wiley-Blackwell, London, 2016
14. ΟΛΥΦΩΤΕ JO, WANG GE. Physician assimilation in medical schools: Dualisms of biomedical and biopsychosocial ideologies in the discourse of physician educators. *Health Commun* 2017, 32:676–684
15. BEVERIDGE W. *Social insurance and allied services*. Report by Sir William Beveridge. HMSO, London, 1942
16. RIVETT G. *From Cradle to Grave: Fifty years of the NHS*. The Kings Fund, London, 1998
17. PARSONS T. Illness and the role of the physician: A sociological perspective. *Am J Orthopsychiatry* 1951, 21:452–460
18. FREIDSON E. *Professional powers: A study of the institutionalization of formal knowledge*. University of Chicago Press, Chicago, 1986
19. ROGERS CR. The characteristics of a helping relationship. In: Rogers CR (ed) *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Houghton Mifflin, Boston, MA, 1961:39–46
20. GAMBONE JC. Counseling women about the risks of osteoporosis. *Women and Wellness* 2006:23–24
21. CLEARY J, DRENNAN J. Quality of life of patients on haemodialysis for end-stage renal disease. *J Adv Nurs* 2005, 51:577–586
22. ΜΑΛΙΚΙΩΣΗ-ΛΟΪΖΟΥ Μ. Η πολυπολιτισμική διάσταση της ενσυναίσθησης. *Ψυχολογία* 2008, 15:1–15
23. MERCER SW, REYNOLDS WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract* 2002, 52(Suppl):S9–S12
24. REYNOLDS WJ. *The measurement and development of empathy in nursing*. Routledge, London, 2000
25. LELORAIN S, BRÉDART A, DOLBEAULT S, SULTAN S. A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psychooncology* 2012, 21:1255–1264
26. PERVIN LA, JOHN OP. *Θεωρίες προσωπικότητας: Έρευνα και εφαρμογές*. Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα, 2001
27. KELM Z, WOMER J, WALTER JK, FEUDTNER C. Interventions to cultivate physician empathy: A systematic review. *BMC Med Educ* 2014, 14:219
28. STEPIEN K, BAERNSTEIN A. Educating for empathy. *J Gen Intern Med* 2006, 21:524–530
29. LUSSIER MT, RICHARD C. Feeling understood: expression of empathy during medical consultations. *Can Fam Physician* 2007, 53:640–641
30. BRATEK A, BULSKA W, BONK M, SEWERYN M, KRZYSTA K. Empathy among physicians, medical students and candidates. *Psychiatr Danub* 2015, 27(Suppl 1):48–52
31. ΔΙΜΑΤΤΕΟ RM, HASKARD-ZOLNIEREB KB. Impact of depression on treatment adherence and survival from cancer. In: Kissane DW, Maj M, Sartorius N (eds) *Depression and cancer*. John Wiley & Sons, Oxford, 2011:101–124
32. ZACHARIAE R, PEDERSEN CG, JENSEN AB, EHRNROOTH E, ROSSEN PB, VON DER MAASE H. Association of perceived physician communication style with patient satisfaction, distress, cancer-related self-efficacy and perceived control over the disease. *Br J Cancer* 2003, 88:658–665
33. DWAMENA F, HOLMES-ROVNER M, GAULDEN CM, JORGENSON S, SADDIGH G, SIKORSKII A ET AL. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev* 2012, 12:CD003267
34. ΧΑΡΟΣ Δ, ΚΟΛΥΠΕΡΑ Β, ΛΑΖΑΡΙΔΟΥ Ε, ΑΝΔΡΙΟΠΟΥΛΟΥ Μ, ΒΙΒΙΑΚΗ Β, ΛΙΒΑΝΗΣ Ε. Ο αντίκτυπος του εργασιακού άγχους στους επαγγελματίες υγείας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2017, 34:467–475
35. STEINHAUSEN S, OMMEN O, ANTOINE SL, KOEHLER T, PFAFF H, NEUGEBAUER E. Short- and long-term subjective medical treatment outcome of trauma surgery patients: The importance of physician empathy. *Patient Prefer Adherence* 2014, 8:1239–1253
36. THOMAS VJ, COHNT T. Communication skills and cultural awareness courses for healthcare professionals who care for patients with sickle cell disease. *J Adv Nurs* 2006, 53:480–488
37. ΠΑΝΑΓΟΠΟΥΛΟΥ Ε, ΜΠΕΝΟΣ Α. Η επικοινωνία στην ιατρική εκπαίδευση: Ζήτημα ανάγκης ή άκαιρη πολυτέλεια; *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2004, 21:385–390
38. RIESS H, KRAFT-TODD G. E.M.P.A.T.H.Y.: A tool to enhance non-verbal communication between clinicians and their patients. *Acad Med* 2014, 89:1108–1112

Corresponding author:

M. Andriopoulou, Operating Room, "Konstantopouleio" General Hospital of Nea Ionia, 3–5 Aghias Olgas street, 142 33 Nea Ionia, Greece
e-mail: andreopoulou-m@windowslive.com