



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ (ΔΜΥ)

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΓΙΑΤΡΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΟΙ ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ
ΟΦΕΛΗ, ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ.**

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΜΙΧΑΛΟΛΙΑΚΟΥ

(Α.Μ.161919)

Α' Επιβλέπων Καθηγητής: Αλεξιάς Γεώργιος

Β' Επιβλέπων Καθηγητής: Φούσκας Θεόδωρος

ΑΘΗΝΑ

ΜΑΙΟΣ 2026

Περίληψη

Εισαγωγή	Η επικοινωνία μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας αποτελεί βασικό στοιχείο της ποιότητας της φροντίδας, ιδιαίτερα σε ογκολογικά περιβάλλοντα, όπου οι ασθενείς έχουν αυξημένες συναισθηματικές, πληροφοριακές και θεραπευτικές ανάγκες. Η ασθενοκεντρική επικοινωνία ενισχύει την εμπιστοσύνη, την κατανόηση και τη συμμετοχή στη θεραπευτική διαδικασία.
Σκοπός	Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση της επικοινωνίας ασθενούς και επαγγελματία υγείας σε ογκολογικούς ασθενείς, με έμφαση στις διαστάσεις του διαμοιρασμού και της φροντίδας, καθώς και η εξέταση της σχέσης τους με επιλεγμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά.
Μέθοδος	Η μελέτη υιοθέτησε ποσοτική και συγχρονική ερευνητική προσέγγιση. Το δείγμα αποτέλεσαν 180 ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύονταν ή παρακολουθούνταν στο Νοσοκομείο Μεταξά. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο, το οποίο περιλάμβανε κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία και την Κλίμακα Προσανατολισμού Ασθενούς Επαγγελματία Υγείας PPOS. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με περιγραφική στατιστική, ανάλυση αξιοπιστίας, συσχέτιση Pearson, t test και ANOVA.
Αποτελέσματα	Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες υποστήριξαν περισσότερο μια συνεργατική και ανθρωποκεντρική αντίληψη της θεραπευτικής σχέσης. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην ισότιμη επικοινωνία, στην επαρκή ενημέρωση και στη σημασία της διαπροσωπικής φροντίδας. Ο διαμοιρασμός και η φροντίδα παρουσίασαν στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση και συνέβαλαν από κοινού στη διαμόρφωση του συνολικού ασθενοκεντρικού προσανατολισμού. Παράλληλα, καταγράφηκαν διαφοροποιήσεις σε σχέση με επιλεγμένα δημογραφικά χαρακτηριστικά.
Συμπεράσματα	Η μελέτη ανέδειξε ότι η αποτελεσματική επικοινωνία και η ασθενοκεντρική φροντίδα αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για την ενίσχυση της εμπιστοσύνης, της συμμετοχής και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας σε ογκολογικά περιβάλλοντα. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν την ανάγκη για επικοινωνιακές πρακτικές που συνδυάζουν κλινική επάρκεια, ενσυναίσθηση, σεβασμό, σαφή ενημέρωση και ευαισθησία στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ασθενών.

Abstract

Introduction	Communication between patients and health professionals is a central component of quality care, especially in oncology settings, where patients often experience increased emotional, informational and therapeutic needs. Patient centred communication strengthens trust, understanding and participation in the care process.
Purpose	The purpose of the present study was to investigate patient health professional communication among oncology patients, with emphasis on the dimensions of sharing and caring, and to examine their relationship with selected demographic characteristics.
Method	The study adopted a quantitative cross sectional research design. The sample consisted of 180 patients who were hospitalized or followed up at Metaxa Hospital. Data were collected through a structured questionnaire, which included sociodemographic information and the Patient Practitioner Orientation Scale, PPOS. Data analysis was conducted using descriptive statistics, reliability analysis, Pearson correlation, independent samples t test and ANOVA.
Results	The findings showed that participants tended to support a more collaborative and human centred perception of the therapeutic relationship. Particular emphasis was placed on equal communication, adequate information and the importance of interpersonal care. Sharing and caring were positively and statistically significantly correlated, contributing jointly to the overall patient centred orientation. Differences were also observed in relation to selected demographic characteristics.
Conclusions	The study highlights that effective communication and patient centred care constitute essential conditions for strengthening trust, participation and quality of health services in oncology settings. The findings underline the need for communication practices that combine clinical competence with empathy, respect, clear information and sensitivity to the individual characteristics of patients.

Ευχαριστίες

Μετά την ολοκλήρωση της παρούσης διπλωματικής εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω αρχικά τον καθηγητή μου κο Αλεξιά Γιώργο για την συμβολή του στην πραγματοποίηση της έρευνας.

Ευχαριστώ ιδιαιτέρως τον κο Edwart Krupat και την κα Ζωή Τσίμτσιου για την συγκατάθεσή τους στη χρήση του ερευνητικού εργαλείου PPOS (Κλίμακα Προσανατολισμού Ιατρού-ασθενή- Patient Physician Orientation Scale).

Ευχαριστώ θερμά τους ανώνυμους ασθενείς του Νοσοκομείου Μεταξά για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και τον Διοικητή του Νοσοκομείου κο Σαράντο Ευσταθόπουλο για την αρωγή του στην προσπάθεια αυτή.

Στην κόρη μου Άννα.

Περιεχόμενα

Περίληψη	2
Abstract.....	3
Ευχαριστίες.....	4
Περιεχόμενα	6
Κατάλογος Πινάκων	9
Κατάλογος Διαγραμμάτων	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	10
A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ:.....	13
1. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	13
1.1. Θεμελιώδεις αρχές και θεωρητικά μοντέλα για την επικοινωνία ιατρού – ασθενούς.....	13
1.1.1. Η έννοια της επικοινωνίας στον χώρο της υγείας.....	13
1.1.2. Ιστορική εξέλιξη της σχέσης ιατρού – ασθενή	15
1.1.3. Θεωρητικά μοντέλα επικοινωνίας.....	18
1.1.4. Ο ρόλος της ενσυναίσθησης και της ενεργητικής ακρόασης.....	20
1.1.5. Πολιτισμικές και κοινωνικές διαστάσεις της επικοινωνίας.....	22
1.2. Οφέλη της αποτελεσματικής επικοινωνίας ιατρού – ασθενούς	25
1.2.1. Ψυχολογικά οφέλη για τον ασθενή.....	25
1.2.2. Κλινικά και θεραπευτικά αποτελέσματα	28
1.2.3. Οφέλη για τον ιατρό.....	31
1.2.4. Οφέλη για το σύστημα υγείας.....	34
1.3. Προβλήματα και εμπόδια στην επικοινωνία ιατρού – ασθενούς	38
1.3.1. Δομικοί παράγοντες	38
1.3.2. Ατομικοί παράγοντες	42
1.3.2.1. Ελλιπής εκπαίδευση στις επικοινωνιακές δεξιότητες	42

1.3.2.2.	Χρήση δυσνόητης ιατρικής ορολογίας.....	44
1.3.2.3.	Συναισθηματική αποστασιοποίηση και επαγγελματική εξουθένωση	45
1.4.	Ψυχολογικά και κοινωνικά εμπόδια	46
1.4.1.	Άγχος, φόβος και προκαταλήψεις ασθενών.....	46
1.4.2.	Ανισότητες φύλου, ηλικίας, κοινωνικού μορφωτικού επιπέδου	48
1.5.	Η επικοινωνία με ευάλωτες ομάδες.....	50
1.5.1.	Ογκολογικοί ασθενείς	51
1.5.2.	Ηλικιωμένοι.....	52
1.5.3.	Πολυπολιτισμικά περιβάλλοντα	53
1.4.	Στρατηγικές βελτίωσης της επικοινωνίας ιατρού – ασθενούς.....	56
1.4.1.	Εκπαίδευση και επιμόρφωση ιατρών σε δεξιότητες επικοινωνίας	56
1.4.2.	Η χρήση της ενσυναίσθησης, της ενεργητικής ακρόασης και των μη λεκτικών σημάτων	59
1.4.3.	Εφαρμογή της συμμετοχικής λήψης αποφάσεων.....	63
1.4.4.	Αξιοποίηση τεχνολογίας και τηλεϊατρικής στη βελτίωση της επικοινωνίας	66
1.4.5.	Ενίσχυση της εμπιστοσύνης μέσω διαφάνειας και ασθενοκεντρικών πρακτικών.....	70
1.4.6.	Παραδείγματα καλών πρακτικών από διεθνή νοσοκομεία.....	73
1.4.7.	Ο ρόλος των πολιτικών υγείας και των θεσμικών παρεμβάσεων..	77
1.4.8.	Υφιστάμενη Γνώση για τη βελτίωση της επικοινωνίας ιατρού ασθενούς	80
B.	ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	83
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ:	84
2.	ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	84
2.1.	Ερευνητική μεθοδολογία.....	84
2.1.1.	Είδος έρευνας.....	84

2.1.2.	Τα ερευνητικά ερωτήματα	84
2.1.3.	Πληθυσμός και δείγμα	85
2.1.4.	Εργαλείο συλλογής δεδομένων	85
2.1.5.	Διαδικασία προσέγγισης του δείγματος, συλλογής και διαχείρισης δεδομένων	87
2.1.6.	Στατιστικές μέθοδοι ανάλυσης	87
2.1.7.	Ζητήματα δεοντολογίας και έγκριση από Επιτροπή Βιοηθικής.....	88
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ:.....		89
3.	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑ.....	89
3.1.	Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος	89
3.2.	Οι απόψεις των ερωτώμενων.....	91
3.3.	Οι συνολικές μεταβλητές της έρευνας και η συσχέτισή τους.....	97
3.4.	Στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άτομα με διαφορετικά δημογραφικά χαρακτηριστικά	100
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ:.....		109
4.	ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	109
ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ:.....		113
5.	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	113
5.1.	Θεωρητικές και πρακτικές συνέπειες	113
5.2.	Συμβολή της μελέτης στη βελτίωση της ιατρικής εκπαίδευσης	113
5.3.	Περιορισμοί της έρευνας	114
5.4.	Προτάσεις για μελλοντική έρευνα	114
Βιβλιογραφία		116
Παράρτημα		133

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1. Τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος	90
Πίνακας 2. Διαμοιρασμός (Sharing)	93
Πίνακας 3. Φροντίδα (Caring)	96
Πίνακας 4. Ανάλυση αξιοπιστίας	98
Πίνακας 5. Οι συνολικές μεταβλητές της έρευνας	99
Πίνακας 6 .Ανάλυση συσχέτισης	100
Πίνακας 7. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άτομα με διαφορετική μόνιμη κατοικία.....	102
Πίνακας 8. Τα αποτελέσματα του post hoc test LSD για τη μόνιμη κατοικία.....	103
Πίνακας 9. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άτομα με διαφορετικό μορφωτικό επίπεδο	107
Πίνακας 10. Τα αποτελέσματα του post hoc test LSD για το μορφωτικό επίπεδο	107

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1. Διαμοιρασμός (Sharing).....	94
Διάγραμμα 2. Διαμοιρασμός (Sharing) II	94
Διάγραμμα 3. Φροντίδα (Caring).....	97
Διάγραμμα 4. Φροντίδα (Caring) II	97
Διάγραμμα 5. Οι συνολικές μεταβλητές της έρευνας.....	99
Διάγραμμα 6. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άτομα με διαφορετική μόνιμη κατοικία	104
Διάγραμμα 7. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άτομα με διαφορετική μόνιμη κατοικία II.....	104
Διάγραμμα 8. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άτομα με διαφορετική μόνιμη κατοικία III	105
Διάγραμμα 9 .Στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άτομα με διαφορετικό μορφωτικό επίπεδο	108

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μια από τις πιο ουσιαστικές και αυθεντικές σχέσεις που μπορεί να αναπτύξει ο άνθρωπος στη διάρκεια της ζωής του είναι αυτή με τον ιατρό του. Η σχέση ιατρού – ασθενούς έχει περιγραφεί ως μια συναινετική συνεργασία, όπου ο ασθενής, με πλήρη επίγνωση, ζητά τη βοήθεια του ιατρού, και ο ιατρός με τη σειρά του, αποδέχεται συνειδητά το άτομο ως ασθενή. Ωστόσο αυτός ο τυπικός ορισμός δεν αποδίδει πλήρως το βάθος αυτής της σχέσης, ιδιαίτερα την εμπιστοσύνη που αναπτύσσεται ανάμεσά τους. Συχνά ο ασθενής μοιράζεται με τον ιατρό του φόβους, ανησυχίες ή προσωπικά μυστικά που δεν αποκαλύπτει ούτε στην οικογένεια ούτε στους φίλους του (Chipidza et al,2015).

Οι Roter και συν. περιγράφουν πέντε διαφορετικούς τύπους που αναδεικνύονται από την επικοινωνία ασθενών και ιατρών : Ο στενά βιοιατρικός τύπος, ο διευρυμένος βιοιατρικός τύπος, ο βιοψυχοκοινωνικός τύπος, ο ψυχοκοινωνικός τύπος και ο καταναλωτικός. (Roter et al., 1997)

Η σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενούς διαμορφώνεται μέσα από την επικοινωνία τους, μια διαδικασία που περιλαμβάνει την κατανόηση των συμπτωμάτων του ασθενούς, τη σωστή διάγνωση και τη διαμόρφωση κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής. Το επικρατέστερο μοντέλο επικοινωνίας που εφαρμόζεται ευρέως στην ιατρική είναι αυτό της επικέντρωσης στον ασθενή, το οποίο λαμβάνει υπόψη όλες τις διαστάσεις της ασθένειας-σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές-και όχι αποκλειστικά την ύπαρξη της νόσου. Έρευνες δείχνουν ότι το συγκεκριμένο μοντέλο συμβάλλει στην αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών και στη βελτίωση της αντιμετώπισης της ασθένειας, καθώς διευκολύνει την κοινή κατανόηση μεταξύ γιατρού και ασθενούς σχετικά με τη φύση του προβλήματος και την ενδεδειγμένη θεραπεία. (Mc Cabe. & Healey,2018).

Κατά τη διάρκεια της αλληλεπίδρασης μεταξύ ιατρού και ασθενούς είναι πιθανό να εμφανιστούν διάφορες δυσκολίες που εμποδίζουν την ομαλή ανάπτυξη της θεραπευτικής τους σχέσης. Τέτοια προβλήματα μπορεί να περιλαμβάνουν τη χρήση εξειδικευμένης ιατρικής ορολογίας, τον περιορισμένο χρόνο της ιατρικής επίσκεψης, την ανεπαρκή επικοινωνιακή ικανότητα του ιατρού, την έλλειψη επαρκούς ενημέρωσης του ασθενούς, καθώς και τα αυξημένα επίπεδα άγχους που μπορεί να βιώνει ο ασθενής. (Πετρέλης,2022; Jahan & Siddiqui,2019).

Υπάρχουν πολλές στρατηγικές που συμβάλλουν στη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ ιατρού και ασθενούς με στόχο την ανάπτυξη μιας ουσιαστικής και αποτελεσματικής σχέσης. Οι επικοινωνιακές δεξιότητες του ιατρού αφορούν την ικανότητα του να δημιουργεί ένα κλίμα εμπιστοσύνης και κατανόησης με τον ασθενή. Η εν συναίσθηση, η ενεργητική ακρόαση και η χρήση ερωτήσεων ανοιχτού τύπου αποτελούν βασικά στοιχεία που διευκολύνουν τη γόνιμη ανταλλαγή σκέψεων και συναισθημάτων. Παράλληλα η ιατρική εκπαίδευση διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση αποτελεσματικής επικοινωνίας, καθώς μέσα από τη συνεχή επιμόρφωση και πρακτική εξάσκηση οι ιατροί αποκτούν και ενισχύουν τις δεξιότητες που απαιτούνται για τη βελτίωση της σχέσης τους με τους ασθενείς. (Τσουνής & Σαράφης, 2014, Πετρέλης 2022)

Σκοπός της διπλωματικής εργασίας είναι να αξιολογηθεί από την οπτική των ασθενών, ο βαθμός και η ποιότητα της επικοινωνίας που αναπτύσσεται με τον ιατρό τους κατά τη διάρκεια μιας ιατρικής επίσκεψης. Εξετάζεται εάν εφαρμόζεται η ανθρωποκεντρική προσέγγιση και σε ποιον βαθμό αυτή συμβάλλει στη δημιουργία μιας αποτελεσματικής θεραπευτικής σχέσης μεταξύ ασθενούς και ιατρού. Παράλληλα διερευνάται πως παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, η επαγγελματική και οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο και ο τόπος μόνιμης κατοικίας των ασθενών επηρεάζουν τη συγκεκριμένη σχέση. Εστιάζοντας στους ογκολογικούς ασθενείς ερευνώνται διάφορα μοντέλα τα οποία έχουν προταθεί για την περιγραφή των μορφών σχέσεων και τύπων επικοινωνίας των ιατρών ασθενών, καθώς και της ανάλυσης της από κοινού λήψης των ιατρικών αποφάσεων.

Η παρούσα εργασία οργανώνεται σε οκτώ κεφάλαια, τα οποία αναπτύσσονται με λογική αλληλουχία από το θεωρητικό υπόβαθρο προς την εμπειρική διερεύνηση και την ερμηνεία των ευρημάτων. Το πρώτο κεφάλαιο περιλαμβάνει την εισαγωγή στο θέμα. Το δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζει τις θεμελιώδεις αρχές και τα θεωρητικά μοντέλα της επικοινωνίας ιατρού ασθενούς, με έμφαση στην έννοια της επικοινωνίας, στην ιστορική εξέλιξη της σχέσης, στην ενσυναίσθηση και στις κοινωνικές διαστάσεις. Το τρίτο κεφάλαιο εξετάζει τα οφέλη της αποτελεσματικής επικοινωνίας, ενώ το τέταρτο αναλύει τα προβλήματα και τα εμπόδια. Το πέμπτο κεφάλαιο εστιάζει στις στρατηγικές βελτίωσης. Στο έκτο παρουσιάζεται η ερευνητική μεθοδολογία, στο έβδομο τα αποτελέσματα της έρευνας και στο όγδοο η συζήτηση, τα συμπεράσματα, οι περιορισμοί και οι προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ:

1. ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

1.1. Θεμελιώδεις αρχές και θεωρητικά μοντέλα για την επικοινωνία ιατρού – ασθενούς

1.1.1. Η έννοια της επικοινωνίας στον χώρο της υγείας

Η επικοινωνία στην υγειονομική περίθαλψη μπορεί να οριστεί ως η σκόπιμη ανταλλαγή πληροφοριών, νοημάτων και συναισθημάτων μεταξύ ασθενών, οικογενειών και επαγγελματιών υγείας, καθώς και μεταξύ επαγγελματιών σε περιβάλλοντα και επίπεδα περίθαλψης, με στόχο τη λήψη ακριβών αποφάσεων, συντονισμένη δράση και ασφαλή, συνεχή θεραπεία. Υπό αυτή την έννοια, η επικοινωνία δεν αποτελεί μια προαιρετική διαπροσωπική «ήπια δεξιότητα» αλλά μια κεντρική κλινική διαδικασία που διαμορφώνει τον τρόπο με τον οποίο εντοπίζονται τα προβλήματα, τον τρόπο με τον οποίο διαπραγματεύονται τα σχέδια και τον τρόπο με τον οποίο εφαρμόζεται η φροντίδα σε σύνθετα συστήματα υπηρεσιών (Danaher & Berry, 2023; Vermeir et al., 2015). Η σύγχρονη ακαδημαϊκή έρευνα αντιμετωπίζει την επικοινωνία στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης ως πολυεπίπεδη έννοια, λειτουργώντας ταυτόχρονα σε διαπροσωπικό επίπεδο (αλληλεπίδραση κλινικού ιατρού-ασθενούς), σε επίπεδο ομάδας (συντονισμός μεταξύ των επαγγελματιών) και σε οργανωτικό επίπεδο (τεκμηρίωση, διαδικασίες εξιτηρίου και τρόποι που μετακινούν τους ασθενείς μέσω του συστήματος) (Vermeir et al., 2015; Howick et al., 2024).

Μια χρήσιμη εννοιολογική προσέγγιση της επικοινωνίας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης είναι το να θεωρηθεί ως ένα σύνολο αλληλένδετων **διαστάσεων** που παράγουν από κοινού ποιότητα και ασφάλεια. Η πρώτη είναι μια **πληροφοριακή διάσταση**, η οποία αφορά τη σαφήνεια, την πληρότητα και την επικαιρότητα των κλινικών πληροφοριών (π.χ. συμπτώματα, διάγνωση, οδηγίες φαρμακευτικής αγωγής και σχέδια παρακολούθησης). Τα στοιχεία δείχνουν ότι οι αδυναμίες στην ενημερωτική επικοινωνία και ιδίως στις γραπτές απαιτήσεις επικοινωνίας, όπως η αλληλογραφία παραπομπής και η τεκμηρίωση του εξιτηρίου, σχετίζονται με τη διακοπή της φροντίδας, την αναποτελεσματική χρήση των πόρων και τις πιθανές απειλές για την ασφάλεια των ασθενών (Vermeir et al., 2015).

Η δεύτερη είναι μια *σχεσιακή διάσταση*, που περιλαμβάνει την εμπιστοσύνη, την ενσυναίσθηση, τον σεβασμό και την ανταπόκριση. Αυτή η διάσταση διαμορφώνει το κατά πόσον οι ασθενείς αισθάνονται ότι ακούγονται και αν ερμηνεύουν τις κλινικές συμβουλές ως αξιόπιστες και ευθυγραμμισμένες με τις ανάγκες τους, κάτι που με τη σειρά του επηρεάζει την ικανοποίηση και τη συνεχιζόμενη θεραπευτική σχέση (Moslehpour et al., 2022; Kim et al., 2024). Η τρίτη είναι μια *συμμετοχική διάσταση*, που συχνά εκφράζεται μέσω επικοινωνίας με επίκεντρο τον ασθενή και κοινής λήψης αποφάσεων, όπου οι ασθενείς υποστηρίζονται για να εκφράσουν προτιμήσεις και αξίες και να συμβάλουν ενεργά στις αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα τους (Kwame & Petrucka, 2021; Tian et al., 2024).

Μαζί, αυτές οι διαστάσεις υπογραμμίζουν γιατί η επικοινωνία θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως βασικός καθοριστικός παράγοντας των εμπειριών και των αποτελεσμάτων της φροντίδας. Η επικοινωνία με επίκεντρο τον ασθενή έχει περιγραφεί ως μια επικοινωνιακή στάση που δίνει προτεραιότητα στην κατανόηση της οπτικής γωνίας του ασθενούς, στη μείωση των εμποδίων στην έκφραση και στην οικοδόμηση μιας συνεργατικής σχέσης που υποστηρίζει τη συμμετοχή και την αυτοδιαχείριση (Kwame & Petrucka, 2021; Kim et al., 2024).

Αυτή η στάση είναι σχετική τόσο με τα ατομικά αποτελέσματα αλλά και με τα τελικά σημεία που σχετίζονται με το σύστημα, όπως η συμμόρφωση, η συνέχεια και η αποφευκτική χρήση. Για παράδειγμα, μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση επικεντρωμένη στους ασθενείς με υπέρταση δείχνει ότι η καλύτερη επικοινωνία γιατρού-ασθενούς σχετίζεται με βελτιωμένη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή και τον έλεγχο της αρτηριακής πίεσης, καταδεικνύοντας πώς η ποιότητα της αλληλεπίδρασης μπορεί να μεταφραστεί σε μετρήσιμα οφέλη κλινικής διαχείρισης (Zeng et al., 2024). Ομοίως, η ικανοποίηση των εσωτερικών ασθενών (που συχνά παρακολουθείται ως δείκτης ποιότητας) έχει συνδεθεί με την επικοινωνία των ιατρών, ενισχύοντας την ιδέα ότι η επικοινωνία αποτελεί βασικό παράγοντα για τις μετρήσεις της εμπειρίας των ασθενών με επιπτώσεις στην αξιολόγηση των υπηρεσιών και την εμπιστοσύνη στους παρόχους (Moslehpour et al., 2022).

Πέρα από την αλληλεπίδραση κλινικού ιατρού-ασθενούς, η επικοινωνία στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνει επίσης τον εκτεταμένο τομέα της διεπαγγελματικής και γραπτής επικοινωνίας, όπου ο συντονισμός και οι μεταβιβάσεις είναι καθοριστικοί για την ασφάλεια των ασθενών. Η γραπτή επικοινωνία παραμένει ένα κυρίαρχο κανάλι που συνδέει την εξειδικευμένη και την πρωτοβάθμια φροντίδα,

ωστόσο είναι ευάλωτη σε καθυστερημένη μετάδοση, απώλεια κρίσιμων πληροφοριών και ασαφή ανάληψη ευθύνης για τη διαδικασία επικοινωνίας (Vermeir et al., 2015). Γενικότερα, η έρευνα για την ασφάλεια των ασθενών αναγνωρίζει ότι οι αποτυχίες στην επικοινωνία συμβάλλουν σημαντικά σε ανεπιθύμητα συμβάντα και περιστατικά ασφάλειας, τοποθετώντας τη βελτίωση της επικοινωνίας ως βασικό σημείο στα συστήματα ασφάλειας (Howick et al., 2024). Για αυτόν τον λόγο, οι διεπαγγελματικές επικοινωνιακές ικανότητες όπως η δομημένη ανταλλαγή πληροφοριών, η έκφραση γνώμης και η «επικοινωνία σφαλμάτων» με επίκεντρο τη μάθηση, στοχεύονται όλο και περισσότερο μέσω παρεμβάσεων εκπαίδευσης και κατάρτισης (Heier et al., 2024).

Ανακεφαλαιώνοντας, η επικοινωνία στην υγειονομική περίθαλψη μπορεί να οριστεί ως μια πολυδιάστατη, συστημικά ενσωματωμένη κλινική διαδικασία που περιλαμβάνει ακριβή ανταλλαγή πληροφοριών, οικοδόμηση σχέσεων και συνεργατική δημιουργία νοήματος για να επιτρέψει μια ασφαλή, αποτελεσματική και ασθενοκεντρική φροντίδα. Η ποιότητά της εξαρτάται τόσο από τις ατομικές ικανότητες όσο και από την οργανωτική υποστήριξη, συμπεριλαμβανομένων σαφών προτύπων τεκμηρίωσης και ομαδικής πρακτικής, λειτουργίες που μειώνουν την κακή επικοινωνία και ενισχύουν τη συνέχεια (Vermeir et al., 2015; Danaher & Berry, 2023). Αυτό το εννοιολογικό πλαίσιο είναι απαραίτητο για την ερμηνεία της επικοινωνίας όχι μόνο ως διαπροσωπικού χαρακτηριστικού αλλά και ως δομικού καθοριστικού παράγοντα της ποιότητας, της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας στα σύγχρονα συστήματα υγείας (Howick et al., 2024; Heier et al., 2024).

1.1.2. Ιστορική εξέλιξη της σχέσης ιατρού – ασθενή

Η σχέση γιατρού-ασθενούς έχει αναπτυχθεί μέσω μεταβαλλόμενων κοινωνικών αξιών, μεταβαλλόμενων ιατρικών γνώσεων και εξελισσόμενων θεσμικών ρυθμίσεων για την παροχή φροντίδας. Αντί για μια σταθερή «αλληλεπίδραση», γίνεται καλύτερα κατανοητή ως μια ιστορική πορεία που έχει επανειλημμένα αναδιοργανωθεί γύρω από ζητήματα εξουσίας, εμπιστοσύνης, ευθύνης και συμμετοχής. Με την πάροδο του χρόνου, η σχέση ταλαντεύτηκε μεταξύ μοντέλων που τοποθετούν τον ασθενή ως παθητικό και μοντέλων που ενθαρρύνουν τη συνεργασία ή την αμοιβαία συμμετοχή, με κάθε διαμόρφωση να αντανakλά ευρύτερες πολιτισμικές ιδέες σχετικά με την ασθένεια, την εξειδίκευση και τον ηθικό ρόλο της ιατρικής (Osorio, 2011; Kaba & Sooriakumaran, 2007).

Ο Osorio (2011) ξεκινά αυτή την ιστορική αφήγηση στους πρώιμους πολιτισμούς όπου η θεραπεία ήταν ενσωματωμένη στις θρησκευτικές και μυστικιστικές κοσμοθεωρίες. Στην αρχαία Αίγυπτο, η σχέση γιατρού-ασθενούς διαμορφωνόταν σε μεγάλο βαθμό από την εξουσία των ιερέων και ο ρόλος του ασθενούς διαμεσολαβούνταν μέσω θρησκευτικών εκπροσώπων. Αυτό το πλαίσιο ενίσχυσε μια ενεργητική-παθητική δυναμική, σύμφωνα με την οποία ο θεραπευτής (ή η θρησκευτική εξουσία) ενεργούσε, ενώ ο ασθενής συμμορφωνόταν, με περιορισμένο χώρο για διάλογο ή κοινή ερμηνεία της ασθένειας (Osorio, 2011).

Μια σημαντική μετατόπιση εμφανίστηκε στην κλασική Ελλάδα, όπου η ιατρική ανέπτυξε έναν εμπειρικό-ορθολογικό προσανατολισμό που αντιστοιχούσε σε ευρύτερους κοινωνικούς και πνευματικούς μετασχηματισμούς. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η σχέση θα μπορούσε να είναι πιο συνεργατική, επειδή η συστηματική παρατήρηση και συλλογιστική απαιτούσαν προσοχή στα συμπτώματα, τις φυσικές αλλαγές και την εμπειρία του ασθενούς ως μέρος της κλινικής κατανόησης (Osorio, 2011). Η ιπποκρατική παράδοση διαμόρφωσε περαιτέρω τη σχέση διατυπώνοντας ηθικές υποχρεώσεις και δίνοντας έμφαση στην πρωτοκαθεδρία της ευημερίας των ασθενών. Στην ερμηνεία του Osorio (2011), αυτή η ηθική κωδικοποίηση ενίσχυσε τα θεμέλια της εμπιστοσύνης και της ευθύνης που τα μεταγενέστερα μοντέλα συνέχισαν να επικαλούνται ακόμη και όταν η ισορροπία δυνάμεων παρέμενε άνιση (Osorio, 2011).

Η μεσαιωνική περίοδος περιγράφεται ως μια οπισθοδρόμηση σε αυτή τη σχέση, καθώς η δεισιδαιμονία και η θρησκευτική εξουσία εντάθηκαν ξανά και στους γιατρούς αποδόθηκε σχεδόν μαγική δύναμη. Υπό αυτές τις συνθήκες, οι ασθενείς τοποθετούνταν ως όντα με μικρή δύναμη και η σχέση επανήλθε σε μια έντονα ασύμμετρη διάταξη παρόμοια με τις προηγούμενες ενεργητικές-παθητικές μορφές (Osorio, 2011). Οι επακόλουθες πολιτισμικές αλλαγές που σχετίζονται με την Αναγέννηση και τα μετα-επαναστατικά κινήματα βοήθησαν να ανοίξει ξανά ο χώρος για την ιατρική ως εμπειρική επιστήμη, η οποία με τη σειρά της επέτρεψε μια ανανεωμένη έμφαση στην καθοδηγούμενη συνεργασία. Σε αυτό το μοντέλο, ο γιατρός κατευθύνει τη διαδικασία ενώ ο ασθενής συνεργάζεται, άρα εντοπίζεται κάποιος βαθμός συμμετοχής του, αλλά διατηρείται η ηγεσία του γιατρού ως την οργανωτική αρχή της φροντίδας (Osorio, 2011).

Από τον δέκατο όγδοο αιώνα και μετά, η παρουσία των νοσοκομείων και η ενοποίηση των κλινικών επιστημών συνέβαλαν σε βαθιές μεταμορφώσεις. Ο Osorio

(2011) σημειώνει ότι η επιστημονική πρόοδος και ιδιαίτερα αυτή στην ανατομία, στη μικροβιολογία και τη χειρουργική, ενίσχυσε την διαγνωστική ακρίβεια και ενίσχυσε τη κατανόηση των ασθενειών. Ενώ αυτό αύξησε την τεχνική αποτελεσματικότητα, ενθάρρυνε επίσης μια νέα αύξηση της εξουσίας των γιατρών, επειδή οι ασθενείς εξαρτώνται όλο και περισσότερο από την ερμηνεία των σωματικών βλαβών και των κλινικών σημείων από ειδικούς. Αυτή η μετατόπιση βοήθησε στην ενοποίηση του πατερναλιστικού μοντέλου, όπου ο γιατρός αναλαμβάνει τον ρόλο του κηδεμόνα που αποφασίζει τι είναι καλύτερο και ο ασθενής αναμένεται να αποδέχεται συστάσεις με περιορισμένη διαπραγμάτευση (Osorio, 2011). Οι Kaba και Sooriakumaran (2007) περιγράφουν ομοίως τον πατερναλισμό ως την κυρίαρχη διαμόρφωση σε μεγάλο μέρος της σύγχρονης ιατρικής ιστορίας. Όπως σημειώνουν, ο ασθενής παραδοσιακά ζητούσε βοήθεια και συμμορφωνόταν σιωπηλά με τις αποφάσεις του γιατρού. Οι πληροφορίες συχνά παρουσιάζονταν επιλεκτικά για να εξασφαλίσουν τη συγκατάθεση και όχι για να επιτρέψουν την ανεξάρτητη διαβούλευση, αντανakλώντας μια δομικά ανισόρροπη σχέση που βασίζεται στην επαγγελματική αυθεντία (Kaba & Sooriakumaran, 2007).

Παρ' όλα αυτά, στα τέλη του εικοστού αιώνα έλαβε χώρα μια εντεινόμενη πρόκληση για την κυριαρχία των γιατρών. Οι Kaba και Sooriakumaran (2007) υποστηρίζουν ότι, κατά τη διάρκεια περίπου των τελευταίων δύο δεκαετιών του 20^{ου} αιώνα, οι επικριτές έχουν προωθήσει μια προσέγγιση με επίκεντρο τον ασθενή που επιδιώκει μεγαλύτερη αυτονομία, μειωμένη κυριαρχία των γιατρών και περισσότερη αμοιβαία συμμετοχή. Ο ρόλος του γιατρού, σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, επεκτείνεται πέρα από τη λήψη τεχνικών αποφάσεων και περιλαμβάνει την είσοδο στον «κόσμο» του ασθενούς, την κατανόηση της ασθένειας από την οπτική γωνία του ασθενούς και τη διαπραγμάτευση της φροντίδας με τρόπο που σέβεται αξίες και προτιμήσεις των ασθενών (Kaba & Sooriakumaran, 2007).

Ο Osorio (2011) συμπληρώνει αυτή τη μετατόπιση παισιώνοντας την αλληλεπίδραση γιατρού-ασθενούς μέσω βαθμών συμμετοχής, δηλαδή ένα ενεργητικό-παθητικό μοτίβο σε επείγουσες καταστάσεις, καθοδηγούμενη συνεργασία σε πολλές οξείες καταστάσεις και αμοιβαία συμμετοχή σε χρόνιες ασθένειες, όπου η μακροπρόθεσμη διαχείριση απαιτεί κοινή ευθύνη και διαρκή εμπλοκή (Osorio, 2011). Ταυτόχρονα, ο Osorio (2011) υπογραμμίζει μια σύγχρονη τάση που περιπλέκει κάθε γραμμική αφήγηση προόδου προς τη συνεργασία. Η είσοδος εργοδοτών, ασφαλιστών, διοικητικών στελεχών και φαρμακευτικών φορέων στην κάποτε ευθεία σχέση ιατρού-ασθενούς έχει συμβάλει σε μια πιο συναλλακτική και απρόσωπη πραγματικότητα. Σε

αυτό το σύγχρονο σύνθετο περιβάλλον, τρίτα μέρη παρακολουθούν τον χρόνο και την απόδοση, εξετάζουν κλινικές αποφάσεις και επιβάλλουν κίνητρα ελέγχου του κόστους που μπορούν να αναδιαμορφώσουν τον επικοινωνιακό χώρο που είναι διαθέσιμος για οικοδόμηση εμπιστοσύνης και συζήτηση (Osorio, 2011). Έτσι, η ιστορική εξέλιξη της σχέσης γιατρού-ασθενούς ερμηνεύεται καλύτερα ως μια συνεχής διαπραγμάτευση μεταξύ ανθρωπιστικών ιδανικών, επαγγελματικής εμπειρογνωμοσύνης, δικαιωμάτων των ασθενών και θεσμικών πιέσεων, παράγοντας διαφορετικά μοντέλα που συνεχίζουν να συνυπάρχουν στη σύγχρονη υγειονομική περίθαλψη (Kaba & Sooriakumaran, 2007; Osorio, 2011)

1.1.3. Θεωρητικά μοντέλα επικοινωνίας

Η επικοινωνία στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης έχει προσεγγιστεί μέσω διαφόρων θεωρητικών μοντέλων που διαφέρουν ως προς τον τρόπο με τον οποίο κατανέμουν την εξουσία, ορίζουν τον ρόλο του ασθενούς και πλαισιώνουν τη λήψη κλινικών αποφάσεων, όπως παρουσιάστηκε στην προηγούμενη ενότητα. Συγκεκριμένα, μεταξύ των πιο επιδραστικών είναι τα *πατερναλιστικά* και *συμμετοχικά* μοντέλα αλληλεπίδρασης, τα *βιοϊατρικά* και *βιοψυχοκοινωνικά* μοντέλα φροντίδας και το μοντέλο με *επίκεντρο τον ασθενή*. Αυτά τα πλαίσια αντικατοπτρίζουν ευρύτερες ηθικές, επιστημονικές και κοινωνικές υποθέσεις σχετικά με την ασθένεια και την ιατρική πρακτική και συνεχίζουν να συνυπάρχουν στη σύγχρονη υγειονομική περίθαλψη. Με αυτήν την έννοια κρίνεται σκόπιμη μια σύντομη αναφορά σε αυτά στην συνέχεια της παρούσας ενότητας.

Αρχικά, το πατερναλιστικό μοντέλο αντιπροσωπεύει μια από τις πρώτες και πιο παραδοσιακές προσεγγίσεις στην επικοινωνία γιατρού-ασθενούς. Σε αυτό το μοντέλο, ο γιατρός αναλαμβάνει την κύρια ευθύνη για τη λήψη αποφάσεων, καθοδηγούμενος από την επαγγελματική εμπειρογνωμοσύνη και την υποχρέωση να ενεργεί προς το συμφέρον του ασθενούς. Οι πληροφορίες αποκαλύπτονται επιλεκτικά, κυρίως για να ληφθεί η συγκατάθεση, ενώ οι προτιμήσεις των ασθενών παίζουν περιορισμένο ρόλο στη διαμόρφωση των αποφάσεων (Emanuel & Emanuel, 1992). Η επικοινωνία είναι σε μεγάλο βαθμό μονοκατευθυντική και αναμένεται η συμμόρφωση του ασθενούς. Αν και αυτό το μοντέλο έχει επικριθεί για την υπονόμηση της αυτονομίας του ασθενούς, παραμένει σχετικό σε περιβάλλοντα όπως ιατρικά επείγοντα περιστατικά ή καταστάσεις όπου οι ασθενείς δεν έχουν ικανότητα λήψης αποφάσεων.

Αντίθετα, το συμμετοχικό μοντέλο επικοινωνίας δίνει έμφαση στη συνεργασία και την κοινή ευθύνη μεταξύ γιατρού και ασθενούς. Αυτό το μοντέλο διατυπώνεται πιο ξεκάθαρα στη βιβλιογραφία για την κοινή λήψη αποφάσεων, η οποία αντιλαμβάνεται τις κλινικές συναντήσεις ως κοινές διαδικασίες στις οποίες και τα δύο μέρη συμβάλλουν ενεργά. Οι γιατροί παρέχουν ιατρικές γνώσεις βασισμένες σε τεκμήρια, ενώ οι ασθενείς συνεισφέρουν αξίες, προτιμήσεις και εμπειρική γνώση της ζωής με ασθένεια (Charles, Gafni, & Whelan, 1997). Η εξουσία λήψης αποφάσεων είναι επομένως κατανομημένη και η επικοινωνία είναι διαλογική. Οι επακόλουθες βελτιώσεις αυτού του μοντέλου τονίζουν ότι η συμμετοχή δεν είναι απλώς ενημερωτική, αλλά περιλαμβάνει συζήτηση και αμοιβαία συμφωνία για την επιλεγμένη πορεία δράσης (Charles, Gafni, & Whelan, 1999). Το συμμετοχικό μοντέλο είναι ιδιαίτερα σημαντικό στη χρόνια φροντίδα, όπου η διαρκής δέσμευση του ασθενούς και η αυτοδιαχείριση είναι απαραίτητες.

Μια σχετική θεωρητική διάκριση αφορά τα βιοϊατρικά και βιοψυχοκοινωνικά μοντέλα υγειονομικής περίθαλψης. Το βιοϊατρικό μοντέλο αντιλαμβάνεται την ασθένεια ως μια βιολογική δυσλειτουργία που μπορεί να αναγνωριστεί αντικειμενικά και να αντιμετωπιστεί μέσω επιστημονικής παρέμβασης. Η επικοινωνία σε αυτό το πλαίσιο εστιάζει στα συμπτώματα, τη διάγνωση και τη θεραπεία, συχνά περιθωριοποιώντας τις ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις της ασθένειας (Engel, 1977). Ενώ αυτό το μοντέλο έχει οδηγήσει σε σημαντικές εξελίξεις στην ιατρική επιστήμη, έχει επικριθεί για τον περιορισμό της κλινικής εμπειρίας και την υποβάθμιση του ασθενούς σε ένα όν για το οποίο ενδιαφέρον έχουν οι μετρήσεις και τα αποτελέσματα των εξετάσεων.

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, που προτάθηκε από τον Engel (1977), διευρύνει το πεδίο εφαρμογής της επικοινωνίας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης ενσωματώνοντας βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Η ασθένεια γίνεται κατανοητή ως το προϊόν αλληλεπιδρώντων συστημάτων και η αποτελεσματική επικοινωνία απαιτεί προσοχή στις συναισθηματικές καταστάσεις, το κοινωνικό πλαίσιο και την βιωμένη εμπειρία παράλληλα με τα βιολογικά δεδομένα. Αυτό το μοντέλο τοποθετεί την επικοινωνία στο επίκεντρο της κλινικής πρακτικής, καθώς μέσω του διαλόγου αυτές οι πολλαπλές διαστάσεις αναδεικνύονται και ενσωματώνονται στη φροντίδα.

Τέλος, το μοντέλο με επίκεντρο τον ασθενή έχει αναδειχθεί ως κυρίαρχο πλαίσιο στη σύγχρονη επικοινωνία στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Η

επικοινωνία με επίκεντρο τον ασθενή δίνει προτεραιότητα στην κατανόηση της οπτικής γωνίας του ασθενούς, στην ενίσχυση της ενσυναίσθησης και στη δημιουργία μιας θεραπευτικής σχέσης που βασίζεται στον σεβασμό και την εμπιστοσύνη (Stewart et al., 2003). Αντί να εστιάζει αποκλειστικά στην ασθένεια, αυτό το μοντέλο δίνει έμφαση στον ασθενή ως άτομο και προωθεί την κοινή κατανόηση και τη συνεργασία. Η εμπειρική έρευνα συνδέει την επικοινωνία με επίκεντρο τον ασθενή με βελτιωμένη ικανοποίηση, συμμόρφωση και αντιληπτή ποιότητα φροντίδας, τονίζοντας τη σημασία της τόσο για τα κλινικά αποτελέσματα όσο και για την απόδοση του συστήματος υγείας.

1.1.4. Ο ρόλος της ενσυναίσθησης και της ενεργητικής ακρόασης

Η ενσυναίσθηση και η ενεργητική ακρόαση αναγνωρίζονται ευρέως ως θεμελιώδη στοιχεία της αποτελεσματικής επικοινωνίας στην υγειονομική περίθαλψη, διαμορφώνοντας τόσο την ποιότητα των κλινικών αλληλεπιδράσεων όσο και την εξανθρωποποίηση της φροντίδας. Η ενσυναίσθηση αναφέρεται στην ικανότητα κατανόησης και κατάλληλης ανταπόκρισης στη συναισθηματική κατάσταση και την οπτική γωνία ενός άλλου ατόμου, ενώ η ενεργητική ακρόαση περιλαμβάνει την σκόπιμη προσοχή, την ερμηνεία και την ανταποκρινόμενη ανατροφοδότηση κατά την επικοινωνία. Μαζί, αυτές οι ικανότητες υποστηρίζουν τον ουσιαστικό διάλογο, ενισχύουν τις θεραπευτικές σχέσεις και ενισχύουν την πρακτική με επίκεντρο τον ασθενή σε όλα τα περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης (Rozeira et al., 2024; Tustonja et al., 2024).

Η πρόσφατη βιβλιογραφία τονίζει ότι η ενσυναίσθηση δεν αποτελεί ένα έμφυτο προσωπικό χαρακτηριστικό, αλλά μια δεξιότητα που μπορεί να καλλιεργηθεί μέσω επικοινωνιακών συμπεριφορών και ιδιαίτερα μέσω πρακτικών ακρόασης. Ο Westover (2025) αντιλαμβάνεται την ενσυναίσθηση στην ακρόαση ως μια προηγμένη μορφή ενεργητικής ακρόασης στην οποία ο ακροατής επιδιώκει όχι μόνο να κατανοήσει το περιεχόμενο αλλά και να αναγνωρίσει συναισθήματα, αξίες και άρρητες ανησυχίες. Αν και η έρευνά του εντάσσεται στις μελέτες ηγεσίας, οι γνώσεις του είναι ιδιαίτερα σχετικές με την υγειονομική περίθαλψη, όπου οι κλινικοί γιατροί κατέχουν θέσεις εξουσίας και επιρροής παρόμοιες με τους ηγέτες των οργανισμών. Η ενσυναίσθηση στην ακρόαση σηματοδοτεί σεβασμό και φροντίδα, ενισχύοντας την εμπιστοσύνη και

την ασφάλεια στις σχέσεις. Αυτές είναι συνθήκες απαραίτητες σε κλινικές συναντήσεις με ασθενείς που χαρακτηρίζονται από ευαλωτότητα και αβεβαιότητα (Westover, 2025).

Σε συγκεκριμένα πλαίσια υγειονομικής περίθαλψης, η ενσυναίσθηση και η ακρόαση παίζουν κρίσιμο ρόλο στη μετάδοση δύσκολων πληροφοριών, στη διαπραγμάτευση αποφάσεων θεραπείας και στην υποστήριξη της συναισθηματικής και ψυχολογικής ευεξίας των ασθενών. Οι Rozeira et al. (2024) υποστηρίζουν ότι η επικοινωνία στην υγεία είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με ηθικές και ανθρωπιστικές σκέψεις, ιδιαίτερα όταν αντιμετωπίζεται ο πόνος, ο φόβος και η αβεβαιότητα. Η εν λόγω ανασκόπηση αναδεικνύει την ενεργητική ακρόαση ως προϋπόθεση για τη συμπονετική φροντίδα, επιτρέποντας στους επαγγελματίες να κατανοήσουν τις αφηγήσεις των ασθενών πέρα από τα βιοϊατρικά δεδομένα. Μέσω της προσεκτικής ακρόασης και της ενσυναισθητικής εμπλοκής, οι κλινικοί γιατροί μπορούν να προσαρμόσουν τις εξηγήσεις τους, να αναγνωρίσουν τα συναισθήματα των ασθενών και να χτίσουν δεσμούς που διευκολύνουν την κατανόηση και την προσήλωση στην θεραπεία (Rozeira et al., 2024).

Όπως σημειώθηκε και προηγουμένως, η ενεργητική ακρόαση περιγράφεται συνήθως ως ένα δομημένο σύνολο επικοινωνιακών συμπεριφορών, που περιλαμβάνει την πλήρη προσοχή, την παράφραση ή τον αναστοχασμό του περιεχομένου, την υποβολή διευκρινιστικών ερωτήσεων και την απάντηση με λεκτικά και μη λεκτικά στοιχεία που καταδεικνύουν κατανόηση. Σύμφωνα με τους Tustonia et al. (2024), η ενεργητική ακρόαση λειτουργεί ως ένα ενσυναισθητικό μοντέλο επικοινωνίας στα επαγγέλματα παροχής βοήθειας, διασφαλίζοντας ότι τα άτομα αισθάνονται ότι ακούγονται, γίνονται αποδεκτά και συμμετέχουν. Οι συγγραφείς τονίζουν ότι σε περιβάλλοντα που χαρακτηρίζονται από πίεση χρόνου, ψηφιακές περισπασμούς και υπερφόρτωση πληροφοριών (συνθήκες τυπικές της σύγχρονης υγειονομικής περίθαλψης) η ενεργητική ακρόαση καθίσταται ακόμη πιο κρίσιμη για τη διατήρηση ουσιαστικών διαπροσωπικών συνδέσεων (Tustonia et al., 2024).

Εμπειρικά στοιχεία υποστηρίζουν επίσης την αλληλεπίδραση μεταξύ ενεργητικής ακρόασης και ενσυναίσθησης στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας. Οι Haley et al. (2017) κατέδειξαν ότι η ενεργητική ακρόαση και η αυτογνωσία αποτελούν σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες της ενσυναίσθησης μεταξύ των φοιτητών νοσηλευτικής και ότι η ενσυναίσθηση, με τη σειρά της, συνδέεται στενά με την φροντίδα που επικεντρώνεται στον ασθενή. Τα ευρήματά τους υποδηλώνουν ότι η ενσυναίσθηση λειτουργεί ως μηχανισμός διαμεσολάβησης μέσω του οποίου οι

δεξιότητες ακρόασης μεταφράζονται σε συμπεριφορές που επικεντρώνονται στον ασθενή. Αυτό υπογραμμίζει τη σημασία της ενσωμάτωσης των πρακτικών ακρόασης και του στοχασμού στην επαγγελματική εκπαίδευση ως οδών για τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας (Haley et al., 2017).

Ωστόσο, η σχέση μεταξύ ενσυναίσθησης και ακρόασης δεν είναι πάντα γραμμική ή συνδεδεμένη με ένα μόνο προτιμώμενο στυλ ακρόασης. Οι Beheshti et al. (2024), μελετώντας φοιτητές ιατρικής, δεν βρήκαν άμεση συσχέτιση μεταξύ συγκεκριμένων στυλ ακρόασης και επιπέδων ενσυναίσθησης. Αντίθετα, προτείνουν ότι οι κλινικοί γιατροί με ενσυναίσθηση μπορούν να αλλάζουν στυλ ακρόασης ανάλογα με το πλαίσιο και τις ανάγκες των ασθενών. Αυτή η προσέγγιση ευθυγραμμίζεται με την άποψη ότι η ενσυναίσθηση είναι μια δυναμική επικοινωνιακή ικανότητα και όχι ένα σταθερό πρότυπο συμπεριφοράς, που απαιτεί επίγνωση της κατάστασης και προσαρμοστικότητα (Beheshti et al., 2024).

Συνολικά, η βιβλιογραφία συγκλίνει στην άποψη ότι η ενσυναίσθηση και η ενεργητική ακρόαση είναι αμοιβαία ενισχυτικά συστατικά της αποτελεσματικής επικοινωνίας στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης. Ενισχύοντας την κατανόηση, την εμπιστοσύνη και τη συναισθηματική σύνδεση, οι δυο αυτές έννοιες υποστηρίζουν τη φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή και συμβάλλουν σε πιο ανθρώπινες και ανταποκρινόμενες στις ανάγκες υπηρεσίες υγείας. Είναι σημαντικό ότι αυτές οι δεξιότητες μπορούν να διδαχθούν, να εξασκηθούν και να θεσμοθετηθούν, μέσω της εκπαίδευσης και της οργανωσιακής κουλτούρας, καθιστώντας τις στρατηγικούς πόρους για τη βελτίωση τόσο των εμπειριών των ασθενών, όσο και της επαγγελματικής πρακτικής (Westover, 2025; Rozeira et al., 2024).

1.1.5. Πολιτισμικές και κοινωνικές διαστάσεις της επικοινωνίας

Η επικοινωνία στην υγειονομική περίθαλψη δεν αποτελεί μια πολιτισμικά ουδέτερη διαδικασία, αλλά αντίθετα, είναι βαθιά ριζωμένη σε κοινωνικούς κανόνες, αξίες, πεποιθήσεις και δομές εξουσίας που διαμορφώνουν τον τρόπο με τον οποίο η υγεία, η ασθένεια και η φροντίδα γίνονται κατανοητές και διαπραγματεύονται. Οι πολιτισμικές και κοινωνικές διαστάσεις επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο διατυπώνονται, ερμηνεύονται και εφαρμόζονται τα μηνύματα, επηρεάζοντας τόσο την αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας όσο και τα αποτελέσματα της υγείας. Καθώς τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης γίνονται ολοένα και πιο πολυπολιτισμικά λόγω της μετανάστευσης και της παγκοσμιοποίησης, η κατανόηση του πολιτισμικού

πλαίσιου της επικοινωνίας έχει γίνει μια κρίσιμη ικανότητα για τους επαγγελματίες υγείας (Kreuter & McClure, 2004; Thompson et al., 2021).

Η κουλτούρα επηρεάζει την επικοινωνία στον τομέα της υγείας σε πολλαπλά επίπεδα, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης της γλώσσας, των νοημάτων που συνδέονται με τις έννοιες της υγείας, των στυλ επικοινωνίας και των προσδοκιών σχετικά με τους επαγγελματικούς ρόλους. Οι Kreuter και McClure (2004) τονίζουν ότι η κουλτούρα επηρεάζει βασικά στοιχεία της διαδικασίας επικοινωνίας, όπως την πηγή πληροφοριών, το περιεχόμενο του μηνύματος και το κανάλι επικοινωνίας. Για παράδειγμα, η αξιοπιστία ενός επαγγελματία υγείας μπορεί να γίνεται αντιληπτή διαφορετικά ανάλογα με τους πολιτισμικούς κανόνες σχετικά με την εξουσία, την ηλικία, το φύλο ή την επαγγελματική κατάσταση. Ομοίως, τα μηνύματα που είναι κατάλληλα σε ένα πολιτισμικό πλαίσιο μπορεί να είναι αναποτελεσματικά ή ακόμη και αντιπαραγωγικά σε ένα άλλο, εάν συγκρούονται με διαφορετικές πεποιθήσεις ή αξίες.

Πέρα από τις επιφανειακές γλωσσικές διαφορές, η κουλτούρα διαμορφώνει τις συμβολικές έννοιες των όρων και πρακτικών που σχετίζονται με την υγεία. Ο Le (2006) υπογραμμίζει ότι έννοιες όπως η ασθένεια, η υγιεινή, η ψυχική υγεία ή ο κίνδυνος μπορεί να φέρουν πολιτισμικά συγκεκριμένες συνδηλώσεις που δεν είναι εμφανείς στις κυριολεκτικές μεταφράσεις. Η κακή επικοινωνία μπορεί επομένως να προκύψει όχι μόνο από γλωσσικά εμπόδια αλλά και από διαφορές στις προϋποθέσεις, τις μεταφορές και τους επικοινωνιακούς κανόνες. Αυτές οι πιο ανεπαίσθητες διαστάσεις είναι ιδιαίτερα σημαντικές σε πολυπολιτισμικές συναντήσεις, όπου οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης και οι ασθενείς μπορεί να λειτουργούν με θεμελιωδώς διαφορετικά πλαίσια αναφοράς.

Κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες επηρεάζουν επίσης τα αλληλεπιδραστικά πρότυπα, συμπεριλαμβανομένων των επιπέδων συμμετοχής των ασθενών, της συναισθηματικής έκφρασης και των προτιμήσεων λήψης αποφάσεων. Διαπολιτισμικά εμπειρικά στοιχεία καταδεικνύουν ότι πολιτισμικές διαστάσεις όπως η απόσταση ισχύος και το δίπολο «ατομικισμός-συλλογικότητα» παίζουν καθοριστικό ρόλο στην επικοινωνία γιατρού-ασθενούς. Οι Liu et al. (2025), σε μια συγκριτική μελέτη μεταξύ του Ηνωμένου Βασιλείου και της Κίνας, διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς σε πιο ισότιμα και ατομικιστικά πλαίσια ανέφεραν υψηλότερη ποιότητα επικοινωνίας, μεγαλύτερη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων και πιο ανοιχτή συναισθηματική έκφραση. Αντίθετα, τα ιεραρχικά και συλλογικά πλαίσια συσχετίστηκαν με πιο συγκρατημένη επικοινωνία και μειωμένη συμμετοχή των ασθενών. Αυτά τα ευρήματα

υπογραμμίζουν ότι τα μοντέλα επικοινωνίας που αναπτύχθηκαν σε δυτικά πλαίσια δεν μπορούν να θεωρηθούν ότι λειτουργούν ομοιόμορφα σε όλους τους πολιτισμούς.

Η πολιτισμική ποικιλομορφία παρουσιάζει επίσης πρακτικές προκλήσεις για τους επαγγελματίες υγείας, ιδιαίτερα σε κλινικά περιβάλλοντα που χαρακτηρίζονται από πίεση χρόνου και υψηλή ευθύνη. Οι Taylan και Weber (2023) σημειώνουν ότι οι κλινικοί γιατροί συχνά συναντούν διαφορετικές πολιτισμικές αντιλήψεις για την ασθένεια, την θεραπεία, τη συμμετοχή της οικογένειας και τη θρησκεία, οι οποίες μπορεί να περιπλέξουν τη διάγνωση, τη συναίνεση και την τήρηση. Σε τέτοια πλαίσια, η αποτελεσματική επικοινωνία εκτείνεται πέρα από την τεχνική ακρίβεια και περιλαμβάνει την αυτογνωσία, την ενσυναίσθηση και την ευαισθησία στις πολιτισμικές έννοιες. Οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι ενώ οι γλωσσικές δεξιότητες είναι σημαντικές, οι ανθρώπινες στάσεις και η σχεσιακή ικανότητα είναι συχνά καθοριστικές για την υπέρβαση των πολιτισμικών εμποδίων.

Η έννοια της πολιτισμικής ικανότητας έχει αναδειχθεί ως βασικό πλαίσιο για την αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων. Η πολιτισμική ικανότητα περιλαμβάνει την ικανότητα αποτελεσματικής επικοινωνίας με ασθενείς από διαφορετικά υπόβαθρα, σεβόμενοι τις διαφορές και προσαρμόζοντας ανάλογα τις στρατηγικές επικοινωνίας. Ο Chau (2020) τονίζει ότι η πολιτισμικά ικανή επικοινωνία είναι απαραίτητη για τη μείωση των λαθών και της αβεβαιότητας στην πρακτική της υγειονομικής περίθαλψης, όπου οι παρεξηγήσεις μπορούν να έχουν άμεσες κλινικές συνέπειες. Είναι σημαντικό ότι η πολιτισμική ικανότητα δεν είναι μια στατική δεξιότητα, αλλά μια συνεχής διαδικασία μάθησης, αναστοχασμού και προσαρμογής.

Οι σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις στην επικοινωνία στον τομέα της υγείας τονίζουν περαιτέρω ότι η κουλτούρα δεν πρέπει να περιορίζεται σε χαρακτηριστικά όπως η εθνικότητα. Οι Thompson et al. (2021) προτείνουν ευρύτερες οικολογικές και κριτικές διαστάσεις που τοποθετούν την επικοινωνία εντός κοινωνικών δομών, θεσμικών πρακτικών και σχέσεων εξουσίας. Από αυτή την άποψη, οι πολιτισμικές διαστάσεις της επικοινωνίας είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με ζητήματα όπως η ανισότητα, η πρόσβαση στην περίθαλψη και η εμπιστοσύνη στα συστήματα υγείας..

Από τα παραπάνω προκύπτει ότι οι πολιτισμικές και κοινωνικές διαστάσεις είναι κεντρικές για την επικοινωνία της υγειονομικής περίθαλψης, τη διαμόρφωση νοημάτων, τις σχέσεις και τη συμμετοχή στη φροντίδα. Η αποτελεσματική επικοινωνία απαιτεί μεν τεχνική σαφήνεια αλλά και πολιτισμική επίγνωση, ενσυναίσθηση και ευελιξία. Καθώς τα περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης γίνονται ολοένα και

περισσότερο πολιτισμικά διαφοροποιημένα, η ενσωμάτωση των πολιτισμικών διαστάσεων στις πρακτικές επικοινωνίας είναι απαραίτητη για την προώθηση της ισότητας, της δέσμευσης των ασθενών και της ποιότητας της περίθαλψης.

1.2. Οφέλη της αποτελεσματικής επικοινωνίας ιατρού – ασθενούς

1.2.1. Ψυχολογικά οφέλη για τον ασθενή

Η αποτελεσματική επικοινωνία ιατρού-ασθενούς αποφέρει σημαντικά ψυχολογικά οφέλη για τους ασθενείς, επηρεάζοντας τη συναισθηματική τους κατάσταση, τα επίπεδα άγχους, τις προσδοκίες, την ικανοποίηση και την ικανότητα αντιμετώπισης. Πέρα από τον καθοριστικό της ρόλο στη μετάδοση ιατρικών πληροφοριών, η επικοινωνία λειτουργεί ως ψυχοκοινωνική παρέμβαση που διαμορφώνει τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται την ασθένεια, ερμηνεύουν τα συμπτώματα και προσαρμόζονται συναισθηματικά στην αβεβαιότητα που σχετίζεται με την υγεία. Εξάλλου, όπως θα φανεί και στην συνέχεια της παρούσας ενότητας, τα εμπειρικά στοιχεία καταδεικνύουν ότι η ποιότητα της επικοινωνίας σχετίζεται άμεσα με την ψυχολογική ευεξία των ασθενών σε ένα ευρύ φάσμα κλινικών πλαισίων.

Ένα από τα πιο ισχυρά ψυχολογικά αποτελέσματα που συνδέονται με την αποτελεσματική επικοινωνία είναι η μείωση του άγχους των ασθενών. Η πειραματική έρευνα των Verheul, Sanders και Bensing (2010) δείχνει ότι ένα ενσυναισθητικό, προσανατολισμένο στο συναίσθημα στυλ επικοινωνίας μειώνει σημαντικά το άγχος της κατάστασης των ασθενών, ιδιαίτερα όταν συνδυάζεται με την επικοινωνία θετικών αλλά αξιόπιστων προσδοκιών. Τα ευρήματα της εν λόγω έρευνας υποδηλώνουν ότι το άγχος δεν οφείλεται μόνο στη σοβαρότητα της νόσου, αλλά είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο στον συναισθηματικό τόνο και το επικοινωνιακό πλαίσιο του γιατρού. Οι ασθενείς που εκτέθηκαν σε ενσυναισθητική επικοινωνία ανέφεραν βελτιωμένες συναισθηματικές καταστάσεις και πιο αισιόδοξες προσδοκίες για αποτελέσματα, υπογραμμίζοντας την ισχυρή συναισθηματική ρυθμιστική λειτουργία της επικοινωνίας.

Ο ρόλος της επικοινωνίας στη διαμόρφωση των προσδοκιών και των συναισθηματικών αντιδράσεων συνδέεται στενά με ψυχολογικούς μηχανισμούς τύπου placebo. Οι Verheul et al. (2010) καταδεικνύουν ότι οι λεκτικές προτάσεις των γιατρών σχετικά με τα αποτελέσματα επηρεάζουν άμεσα τις συναισθηματικές καταστάσεις και

τις προσδοκίες των ασθενών. Τα αρνητικά ή διαφορούμενα μηνύματα αυξάνουν την αρνητική επίδραση και την αβεβαιότητα, ενώ η ενσυναισθητική καθησύχαση προάγει τη συναισθηματική σταθερότητα. Αυτό υπογραμμίζει την ηθική ευθύνη των γιατρών να επικοινωνούν με ειλικρίνεια, παραμένοντας παράλληλα προσεκτικοί στις ψυχολογικές επιπτώσεις των λόγων τους.

Η αποτελεσματική επικοινωνία υποστηρίζει επίσης την αίσθηση κατανόησης, νοήματος και ελέγχου των ασθενών, ιδιαίτερα σε σχέση με τον πόνο και τις χρόνιες παθήσεις. Ο Posner (1984) τόνισε ότι ο πόνος είναι βαθιά ενσωματωμένος στις ψυχολογικές και κοινωνικές διαδικασίες και ότι η κακή επικοινωνία μπορεί να εδραιώσει τους ασθενείς σε κύκλους άρνησης, θυμού και κατάθλιψης. Μέσω προσεκτικής ακρόασης και σαφών εξηγήσεων, οι γιατροί μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς να ερμηνεύσουν τα συμπτώματά τους, να μειώσουν την καταστροφική σκέψη και να συμμετάσχουν πιο ενεργά στην αντιμετώπιση και την ανάρρωση. Αυτή η γνωστική και συναισθηματική διευκρίνιση αποτελεί ένα σημαντικό ψυχολογικό όφελος της αποτελεσματικής αλληλεπίδρασης.

Η ικανοποίηση των ασθενών αντιπροσωπεύει ένα άλλο βασικό ψυχολογικό αποτέλεσμα της ποιότητας της επικοινωνίας. Αν και συχνά διατυπώνεται ως δείκτης υπηρεσίας, η ικανοποίηση αντανάκλα τη συναισθηματική καθησύχαση, την εμπιστοσύνη και τον αντιληπτό σεβασμό. Οι Biglu et al. (2017) βρήκαν μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ των επικοινωνιακών δεξιοτήτων των γιατρών και της ικανοποίησης των ασθενών, ιδιαίτερα όσον αφορά τον χρόνο που αφιερώνουν στους ασθενείς, τη σεβαστή συμπεριφορά, τις σαφείς εξηγήσεις και το φιλικό διαπροσωπικό στυλ. Αυτά τα επικοινωνιακά στοιχεία ενισχύουν τη συναισθηματική ασφάλεια και την επιβεβαίωση, τα οποία είναι κεντρικής σημασίας για την ψυχολογική άνεση των ασθενών κατά τη διάρκεια ιατρικών συναντήσεων. Επιπλέον, οι Chen et al. (2025) διαπίστωσαν ότι η ποιότητα της επικοινωνίας προβλέπει έντονα την ικανοποίηση των ασθενών και βοηθά στη μείωση των διαφορών γιατρού-ασθενούς. Όταν οι ασθενείς αισθάνονται ενημερωμένοι και εμπλεκόμενοι, βιώνουν μεγαλύτερο αντιληπτό έλεγχο και μειωμένη αδυναμία. Αυτοί είναι βασικοί παράγοντες στην ψυχολογική προσαρμογή και συμμόρφωση. Τέλος, οι Tallman, Janisse και Frankel (2007) έδειξαν ότι οι γιατροί με υψηλές βαθμολογίες ικανοποίησης ασθενών χρησιμοποιούν σταθερά πρακτικές επικοινωνίας που δίνουν προτεραιότητα στην ατζέντα του ασθενούς, επιδεικνύουν ενσυναίσθηση και ακούν ενεργά. Αυτές οι πρακτικές ενισχύουν τη συναισθηματική σύνδεση και ενισχύουν την αντίληψη των ασθενών ότι τους

φροντίζουν πραγματικά. Αυτό αποτελεί ένα ουσιαστικό ψυχολογικό όφελος που ενισχύει την εμπιστοσύνη και τη συναισθηματική ασφάλεια.

Η ψυχολογική σημασία της επικοινωνίας γίνεται ακόμη πιο εμφανής σε κλινικές καταστάσεις υψηλού στρες. Οι Hulsman et al. (2010) απέδειξαν ότι οι ιατρικές διαβουλεύσεις σχετίζονται με αυξημένες ψυχολογικές και φυσιολογικές αντιδράσεις στο στρες. Ενώ η μελέτη τους επικεντρώθηκε σε φοιτητές ιατρικής, τα ευρήματα έχουν άμεσες επιπτώσεις για τους ασθενείς, καθώς η έλλειψη εξοικείωσης και η συναισθηματικά ανειδίκευτη επικοινωνία εντείνουν τις αντιδράσεις στο στρες. Αντίθετα, η καλά διαχειριζόμενη επικοινωνία μπορεί να μετριάσει το στρες και να αποτρέψει τη συναισθηματική υπερφόρτωση, υπογραμμίζοντας την προστατευτική ψυχολογική της λειτουργία.

Σε σοβαρές ασθένειες η επικοινωνία παίζει καθοριστικό ρόλο στη συναισθηματική προσαρμογή των ασθενών. Οι De Vries et al. (2018) έδειξαν ότι η ρύθμιση των συναισθημάτων των γιατρών κατά τη διάρκεια διαβουλεύσεων με ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο σχετίζεται με τα επίπεδα θλίψης και άγχους των ασθενών. Όταν οι γιατροί βιώνουν υψηλό στρες ή συναισθηματική δυσλειτουργία, η ψυχολογική δυσφορία των ασθενών αυξάνεται. Αυτό υπογραμμίζει ότι οι ασθενείς είναι ευαίσθητοι στα συναισθηματικά ερεθίσματα των κλινικών γιατρών και ότι η αποτελεσματική επικοινωνία συμβάλλει στη συναισθηματική συγκράτηση και την ψυχολογική ασφάλεια. Επιπλέον, οι Liénard et al. (2006) έδειξαν ότι οι ερωτήσεις και η αντιληπτή υποστήριξη των γιατρών συσχετίστηκαν με μειώσεις στο άγχος των ασθενών με καρκίνο μετά από διαβουλεύσεις. Αν και τα δυσάρεστα νέα μπορεί να αυξήσουν προσωρινά την αγωνία, τα συνολικά ευρήματα ενισχύουν την άποψη ότι η προσεκτική επικοινωνία μπορεί να μετριάσει το μακροπρόθεσμο ψυχολογικό βάρος των ασθενών.

Τα ψυχολογικά οφέλη της επικοινωνίας ήταν επίσης εμφανή κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Οι Al-Zyoud et al. (2021) έδειξαν ότι οι θετικές επικοινωνιακές δεξιότητες των γιατρών όπως η ενσυναίσθηση, η ειλικρίνεια, η αισιοδοξία και η σαφήνεια, είχαν σημαντική θετική επίδραση στην ψυχολογική κατάσταση των ασθενών. Σε ένα πλαίσιο που κυριαρχείται από φόβο, αβεβαιότητα και παραπληροφόρηση, η αποτελεσματική επικοινωνία λειτούργησε ως σταθεροποιητικός ψυχολογικός πόρος, μειώνοντας το άγχος και προωθώντας τη συναισθηματική ανθεκτικότητα.

Συμπερασματικά, η αποτελεσματική επικοινωνία γιατρού-ασθενούς προσφέρει βαθιά ψυχολογικά οφέλη για τους ασθενείς, όπως μειωμένο άγχος, βελτιωμένη συναισθηματική ρύθμιση, βελτιωμένη κατανόηση, αυξημένη ικανοποίηση και ενισχυμένο αίσθημα ελέγχου. Σε ποικίλα κλινικά πλαίσια, η επικοινωνία αναδεικνύεται ως κεντρικός καθοριστικός παράγοντας της ψυχολογικής ευεξίας των ασθενών, επιβεβαιώνοντας τον ρόλο της ως βασικό θεραπευτικό συστατικό της υψηλής ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης.

1.2.2. Κλινικά και θεραπευτικά αποτελέσματα

Η αποτελεσματική επικοινωνία γιατρού-ασθενούς έχει συσχετιστεί και με βελτιωμένα κλινικά και θεραπευτικά αποτελέσματα σε ένα ευρύ φάσμα ιατρικών παθήσεων και περιβαλλόντων φροντίδας. Πέρα από τα ψυχολογικά και σχεσιακά της οφέλη, η επικοινωνία επηρεάζει άμεσα την κατανόηση των ιατρικών πληροφοριών από τους ασθενείς, την προσήλωση στη θεραπεία, τη συνέχεια της φροντίδας και τους μετρήσιμους δείκτες υγείας. Η βιβλιογραφία καταδεικνύει ότι η επικοινωνία λειτουργεί ως ένας κρίσιμος κλινικός μηχανισμός μέσω του οποίου η ιατρική γνώση μεταφράζεται σε αποτελεσματική θεραπευτική δράση.

Ένα κεντρικό κλινικό αποτέλεσμα που συνδέεται με την ποιότητα της επικοινωνίας είναι η ανάκληση και η κατανόηση των ιατρικών πληροφοριών από τους ασθενείς. Οι Visser et al. (2017) εξέτασαν πειραματικές μελέτες που καταδεικνύουν ότι η επικοινωνία που βασίζεται στο θετικό συναισθήμα όπως η επίδειξη ενσυναίσθησης και προσοχής, έχει αιτιώδη και σε μεγάλο βαθμό θετική επίδραση στην ανάκληση των πληροφοριών που παρέχονται από τους ασθενείς κατά τη διάρκεια των διαβουλεύσεων. Η ακριβής ανάκληση είναι κλινικά απαραίτητη, καθώς στηρίζει την ικανότητα των ασθενών να ακολουθούν τις οδηγίες θεραπείας, να αναγνωρίζουν προειδοποιητικά σημάδια και να συμμετέχουν στην αυτοδιαχείριση. Είναι σημαντικό ότι οι Visser et al. διαπίστωσαν ότι η βελτιωμένη ανάκληση δεν εξηγείται αποκλειστικά από τη μείωση του συναισθηματικού στρες, υποδηλώνοντας ότι η ενσυναίσθητική επικοινωνία ενισχύει τη γνωστική επεξεργασία ανεξάρτητα από τη μείωση του άγχους. Αυτό το εύρημα υπογραμμίζει την επικοινωνία ως άμεσο παράγοντα που συμβάλλει στην πρόσληψη πληροφοριών, παρά ως δευτερεύοντα συναισθηματικό παράγοντα.

Η βελτιωμένη κατανόηση επεκτείνεται και στην προσήλωση στη θεραπεία, ένα από τα πιο εκτενώς μελετημένα θεραπευτικά αποτελέσματα της επικοινωνίας γιατρού-

ασθενούς. Οι Albarrak et al. (2013) κατέδειξαν μια σημαντική σχέση μεταξύ της κατανόησης του θεραπευτικού τους σχεδίου από τους ασθενείς και του επιπέδου συμμόρφωσής τους, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα πρωτοβάθμιας περίθαλψης και χρόνιων παθήσεων. Οι ασθενείς που ανέφεραν σαφείς εξηγήσεις για τη θεραπεία τους ήταν σημαντικά πιο πιθανό να τηρήσουν τα συνταγογραφούμενα σχήματα. Η μελέτη υπογραμμίζει ότι η μη συμμόρφωση συχνά αντανάκλα την επικοινωνιακή αποτυχία παρά την απροθυμία του ασθενούς, τονίζοντας την κλινική σημασία της εξήγησης, της διευκρίνισης και της επαλήθευσης της κατανόησης.

Αυτή η ερμηνεία ενισχύεται από τον Noble (2020), ο οποίος εξέτασε κριτικά τη συμμόρφωση στο ευρύτερο πλαίσιο της σχέσης γιατρού-ασθενούς. Ο Noble (2020) υποστηρίζει ότι ο ορισμός της συμμόρφωσης ως συνεργατικής διαδικασίας επανατοποθετεί την επικοινωνία ως θεραπευτική συνεργασία. Όταν η επικοινωνία είναι ανεπαρκής, η συμμόρφωση γίνεται ένα «απαγορευμένο θέμα», δύσκολο τόσο για τους γιατρούς όσο και για τους ασθενείς να το αντιμετωπίσουν ανοιχτά. Κλινικά, αυτή η αναδιατύπωση υποδηλώνει ότι η ποιότητα της επικοινωνίας καθορίζει εάν η μη συμμόρφωση εντοπίζεται έγκαιρα και αντιμετωπίζεται εποικοδομητικά ή παραμένει ένα κρυφό εμπόδιο για την αποτελεσματική θεραπεία.

Επιπλέον, η μετα-ανάλυση των Zolnieriek και DiMatteo (2009) έδειξε ότι η κακή επικοινωνία του γιατρού σχετίζεται με 19% υψηλότερο κίνδυνο μη συμμόρφωσης του ασθενούς, ενώ η εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας βελτιώνει σημαντικά τα αποτελέσματα της συμμόρφωσης. Από κλινική άποψη, αυτά τα ευρήματα είναι εξαιρετικά σημαντικά, καθώς η συμμόρφωση μεσολαβεί στην αποτελεσματικότητα σχεδόν όλων των θεραπευτικών παρεμβάσεων, από τις φαρμακολογικές θεραπείες έως τις τροποποιήσεις του τρόπου ζωής. Η επικοινωνία αναδεικνύεται έτσι ως ένας τροποποιήσιμος κλινικός παράγοντας με σημαντική θεραπευτική αξία.

Πιο πρόσφατα στοιχεία επιβεβαιώνουν και επεκτείνουν αυτά τα συμπεράσματα. Οι Zeng et al. (2024), σε μια συστηματική ανασκόπηση που επικεντρώνεται στους ασθενείς με υπέρταση, διαπίστωσαν ότι η αποτελεσματική επικοινωνία γιατρού-ασθενούς σχετίζεται σταθερά με βελτιωμένη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή και καλύτερο έλεγχο της αρτηριακής πίεσης. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι μεταβλητές επικοινωνίας, όπως το περιεχόμενο της συζήτησης, το διαπροσωπικό στυλ, η διάρκεια της διαβούλευσης και η ικανοποίηση των ασθενών, συνδέονταν με τα κλινικά αποτελέσματα. Αν και η ανασκόπηση αναγνωρίζει τη μεταβλητότητα μεταξύ των μελετών, το συνολικό μοτίβο δείχνει ότι οι παρεμβάσεις επικοινωνίας πρέπει να

φτάσουν σε επαρκή ένταση και να διατηρηθούν με την πάροδο του χρόνου για να παράγουν μετρήσιμα φυσιολογικά οφέλη.

Η αποτελεσματική επικοινωνία επηρεάζει επίσης τη συνέχεια της φροντίδας και τις συμπεριφορικές προθέσεις των ασθενών, οι οποίες διαμορφώνουν έμμεσα τα μακροπρόθεσμα κλινικά αποτελέσματα. Οι Nwosu et al. (2025) έδειξαν ότι οι αντιληπτές δεξιότητες επικοινωνίας των γιατρών επηρεάζουν σημαντικά την πρόθεση των ασθενών να επισκεφτούν ξανά τον ίδιο γιατρό, με τη μεσολάβηση της συναισθηματικής εμπιστοσύνης. Η πρόθεση επανεξέτασης είναι κλινικά σημαντική, καθώς η συνέχεια της φροντίδας έχει συσχετιστεί με καλύτερη παρακολούθηση ασθενειών, λιγότερες νοσηλείες και βελτιωμένη διαχείριση χρόνιων παθήσεων. Η μελέτη καταδεικνύει ότι η επικοινωνία δεν επηρεάζει μόνο την ικανοποίηση, αλλά διαμορφώνει ενεργά τη δέσμευση των ασθενών στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης, επηρεάζοντας έτσι τη συνέπεια και την παρακολούθηση της θεραπείας.

Τα κλινικά αποτελέσματα διαμορφώνονται επίσης από το περιεχόμενο και τις προτεραιότητες των στόχων επικοινωνίας των γιατρών. Οι Hua et al. (2021) εξέτασαν πώς διαφορετικοί στόχοι επικοινωνίας όπως η παροχή πληροφοριών, η μείωση της δυσφορίας, η ενθάρρυνση της συμμόρφωσης και η ενίσχυση της ελπίδας, σχετίζονται με τα αποτελέσματα των ασθενών. Τα ευρήματά τους υποδηλώνουν ότι ενώ οι πολλαπλοί στόχοι είναι ωφέλιμοι, η ιεράρχηση της μείωσης της δυσφορίας των ασθενών σχετίζεται ιδιαίτερα με βελτιωμένα αποτελέσματα. Κλινικά, αυτό υποδηλώνει ότι η αντιμετώπιση των συναισθηματικών αναγκών δεν είναι ξεχωριστή από τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα, αλλά είναι αναπόσπαστο κομμάτι αυτής, καθώς η δυσφορία μπορεί να επηρεάσει την κατανόηση, τη λήψη αποφάσεων και τη συμμόρφωση.

Επιπρόσθετα, οι Mohd Salim et al. (2023) εντόπισαν κρίσιμα στοιχεία της επικοινωνίας γιατρού-ασθενούς, συμπεριλαμβανομένης της λεκτικής σαφήνειας, των μη λεκτικών ενδείξεων, των περιβαλλοντικών παραγόντων και της ιδιωτικότητας. Οι ασθενείς τόνισαν την πρόγνωση, τις πρακτικές συμβουλές και την ενσυναίσθηση, ενώ οι γιατροί επικεντρώθηκαν στις στρατηγικές διαχείρισης. Η αναντιστοιχία μεταξύ αυτών των προτεραιοτήτων μπορεί να θέσει σε κίνδυνο τα κλινικά αποτελέσματα, αφήνοντας τους ασθενείς ανεπαρκώς προετοιμασμένους για αυτοφροντίδα. Σε ευρύτερο κλινικό επίπεδο, οι Ghosh, Joshi και Ghosh (2020) τόνισαν ότι η κακή επικοινωνία σχετίζεται με μειωμένη συμμόρφωση στη θεραπεία, χαμηλότερη ικανοποίηση των ασθενών και, σε ακραίες περιπτώσεις, σύγκρουση και βία προς τους

επαγγελματίες υγείας. Αντίθετα, η αποτελεσματική επικοινωνία υποστηρίζει τη φροντίδα που βασίζεται σε κατευθυντήριες γραμμές, διασφαλίζοντας ότι οι συστάσεις που βασίζονται σε τεκμήρια γίνονται κατανοητές, αποδεκτές και εφαρμόζονται.

Συνολικά, αυτές οι μελέτες καταδεικνύουν ότι η επικοινωνία γιατρού-ασθενούς είναι ένας καθοριστικός παράγοντας για τα κλινικά και θεραπευτικά αποτελέσματα. Η αποτελεσματική επικοινωνία ενισχύει την ανάκληση πληροφοριών, υποστηρίζει τη συμμόρφωση, βελτιώνει τους φυσιολογικούς δείκτες, ενισχύει τη συνέχεια της φροντίδας και διευκολύνει τη μετατροπή της ιατρικής εμπειρογνωμοσύνης σε δράση του ασθενούς. Συνεπώς, η επικοινωνία αποτελεί βασική κλινική ικανότητα, απαραίτητη για την επίτευξη βέλτιστων θεραπευτικών αποτελεσμάτων και για τη διασφάλιση ότι οι ιατρικές παρεμβάσεις εκπληρώνουν το επιδιωκόμενο κλινικό τους στόχο.

1.2.3. Οφέλη για τον ιατρό

Ενώ η αποτελεσματική επικοινωνία γιατρού-ασθενούς τις περισσότερες φορές επικεντρώνεται στα αποτελέσματα των ασθενών, ένα σημαντικό μέρος της βιβλιογραφίας καταδεικνύει ότι δημιουργεί επίσης σημαντικά οφέλη για τους ίδιους τους γιατρούς. Αυτά τα οφέλη επεκτείνονται στη συναισθηματική τους ευεξία, την επαγγελματική τους ικανοποίηση, την κλινική αποτελεσματικότητα και την ανθεκτικότητα έναντι της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η επικοινωνία δεν είναι επομένως απλώς μια ηθική ή διαπροσωπική υποχρέωση, αλλά ένας προστατευτικός και ενδυναμωτικός επαγγελματικός πόρος για τους γιατρούς που εργάζονται σε ολοένα και πιο πολύπλοκα και απαιτητικά περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης.

Μία από τις πρώτες ολοκληρωμένες αναλύσεις σε αυτή τη κατεύθυνση είναι αυτή των Lee et al. (2002), οι οποίοι τονίζουν ότι οι δεξιότητες επικοινωνίας είναι ικανότητες στις οποίες κάποιος μπορεί να εκπαιδευτεί και όχι έμφυτα χαρακτηριστικά. Η έρευνά τους υπογραμμίζει ότι οι δομημένες στρατηγικές επικοινωνίας βοηθούν τους γιατρούς στη διαχείριση συναισθηματικά απαιτητικών εργασιών, όπως η ενημέρωση για άσχημα νέα, η ανταπόκριση σε έντονα συναισθήματα ασθενών και η λήψη κοινών αποφάσεων. Η κυριαρχία αυτών των δεξιοτήτων μειώνει την αβεβαιότητα και τη συναισθηματική πίεση κατά τη διάρκεια των διαβουλεύσεων, επιτρέποντας στους γιατρούς να αισθάνονται πιο ικανοί και να έχουν τον έλεγχο. Υπό αυτή την έννοια, η

επικοινωνία λειτουργεί ως γνωστικό και συναισθηματικό χαρακτηριστικό που υποστηρίζει τους γιατρούς σε κλινικές συναντήσεις υψηλού στρες.

Ένα επαναλαμβανόμενο θέμα στη βιβλιογραφία είναι η σχέση μεταξύ επικοινωνίας και άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης των γιατρών. Οι Williams et al. (2009) πρότειναν ένα θεωρητικό μοντέλο που συνδέει τη συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση με αλλαγές στα στυλ επικοινωνίας των γιατρών. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, οι συναισθηματικά εξαντλημένοι γιατροί μπορεί να υιοθετήσουν μια στενά βιοϊατρική και επικεντρωμένη στην εργασία προσέγγιση επικοινωνίας ως μηχανισμό αντιμετώπισης. Ενώ αυτή η στρατηγική μπορεί προσωρινά να προστατεύσει τους γιατρούς από τη συναισθηματική υπερφόρτωση, τελικά υπονομεύει την ποιότητα των σχέσεων, την εμπιστοσύνη των ασθενών και την προσήλωση, δημιουργώντας καταστάσεις που μειώνουν περαιτέρω την επαγγελματική ικανοποίηση. Είναι σημαντικό ότι το μοντέλο υποδηλώνει ότι η αποτελεσματική, σχεσιακή επικοινωνία μπορεί να διακόψει αυτόν τον κύκλο διατηρώντας ουσιαστική εμπλοκή και ενισχύοντας την αίσθηση σκοπού των γιατρών.

Τα εμπειρικά ευρήματα παρέχουν λεπτομερή υποστήριξη για αυτή τη σχέση. Οι Ratanawongsa et al. (2008), χρησιμοποιώντας παρατηρούμενα δεδομένα επικοινωνίας, διαπίστωσαν ότι η επαγγελματική εξουθένωση των γιατρών δεν συσχετιζόταν άμεσα με χειρότερες συμπεριφορές που επικεντρώνονται στον ασθενή ή τη διάρκεια της διαβούλευσης. Ωστόσο, οι ασθενείς που αλληλεπιδρούν με γιατρούς με υψηλή επαγγελματική εξουθένωση εμπλέκονται σε πιο αρνητικές συμπεριφορές οικοδόμησης σχέσης, υποδεικνύοντας σχεσιακή ένταση κατά τη διάρκεια της συνάντησης. Αυτό υποδηλώνει ότι ακόμη και όταν οι γιατροί διατηρούν τεχνικά πρότυπα επικοινωνίας, η επαγγελματική εξουθένωση μεταβάλλει διακριτικά τη δυναμική της αλληλεπίδρασης, ενδεχομένως αυξάνοντας τη συναισθηματική εργασία και την απογοήτευση για τον γιατρό. Η επικοινωνιακή ικανότητα, επομένως, μπορεί όχι μόνο να προστατεύει τους ασθενείς, αλλά και να αποτρέπει τους γιατρούς από το σχεσιακό κόστος της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Μεταγενέστερες μελέτες ενισχύουν τη συσχέτιση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και της αντιληπτής ποιότητας επικοινωνίας. Οι Chung et al. (2020) κατέδειξαν ότι τα υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης των γιατρών πρωτοβάθμιας περίθαλψης συσχετίστηκαν σημαντικά με φτωχότερες εμπειρίες επικοινωνίας ασθενούς-παρόχου, όπως αναφέρθηκαν από τους ασθενείς. Παρόλο που η πρόσβαση και οι συνολικές αξιολογήσεις των παρόχων δεν επηρεάστηκαν, η

επικοινωνία αναδείχθηκε ως ο τομέας που είναι πιο ευαίσθητος στην ευημερία των γιατρών. Από την οπτική γωνία του γιατρού, αυτό το εύρημα είναι κρίσιμο, καθώς οι δυσκολίες στην επικοινωνία μπορούν να χρησιμεύσουν ως πρώιμος και ορατός δείκτης επαγγελματικής δυσφορίας, υπογραμμίζοντας την αμοιβαία σχέση μεταξύ ευημερίας και επικοινωνιακής αποτελεσματικότητας.

Τα στοιχεία από τη φροντίδα της υπέρτασης καταδεικνύουν περαιτέρω πώς η επαγγελματική εξουθένωση περιορίζει τις σχεσιακές ικανότητες των γιατρών. Οι Robbins et al. (2019) διαπίστωσαν ότι η επαγγελματική εξουθένωση των παρόχων συσχετίστηκε αντίστροφα με συμπεριφορές επικοινωνίας που χτίζουν θετικές σχέσεις, όπως η έκφραση ενσυναίσθησης και η συναισθηματική εμπλοκή των ασθενών. Η μειωμένη οικοδόμηση σχέσεων, με τη σειρά της, συνδέθηκε με μη βέλτιστη φροντίδα των ασθενών. Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι η επικοινωνία είναι μια βασική οδός μέσω της οποίας η επαγγελματική εξουθένωση μεταφράζεται σε υποβαθμισμένη κλινική πρακτική. Αντίθετα, η ενίσχυση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων μπορεί να προστατεύσει τους γιατρούς από την αποδέσμευση διατηρώντας τις σχεσιακές ανταμοιβές της φροντίδας.

Σε αντίθεση με τους κινδύνους που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση, η αποτελεσματική επικοινωνία συνδέεται σταθερά με υψηλότερη ικανοποίηση από την εργασία. Ο Yaghoubi (2014) κατέδειξε ότι η ικανοποίηση από την εργασία των γιατρών σχετιζόταν σημαντικά με τα πρότυπα επικοινωνίας ασθενούς-γιατρού, με τα μοντέλα καθοδήγησης-συνεργασίας να συνδέονται με πιο ευνοϊκά αποτελέσματα τόσο για τους γιατρούς όσο και για τους ασθενείς. Η ικανοποίηση από την εργασία σε αυτό το πλαίσιο αντανακλά όχι μόνο εξωτερικούς παράγοντες όπως ο μισθός ή οι συνθήκες εργασίας, αλλά και την ποιότητα των διαπροσωπικών αλληλεπιδράσεων. Η ουσιαστική επικοινωνία επιτρέπει στους γιατρούς να βιώσουν επαγγελματική επιβεβαίωση και εκτίμηση, στοιχεία που αποτελούν κεντρικά συστατικά της επαγγελματικής ολοκλήρωσης.

Η θετική σύνδεση μεταξύ επικοινωνίας και ικανοποίησης από την εργασία τονίζεται περαιτέρω από τους Sahoo et al. (2024), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η αποτελεσματική επικοινωνία παράγει «υγιή μερίσματα» για τους γιατρούς, συμπεριλαμβανομένων στοιχείων όπως η επαγγελματική ικανοποίηση, η προσωπική ασφάλεια και η συναισθηματική σταθερότητα. Οι συγγραφείς τονίζουν ότι οι διαταραχές της επικοινωνίας συχνά αποτελούν τη βάση των συγκρούσεων, της δυσaráεσκείας και του ιατροδικαστικού κινδύνου, ενώ η επικοινωνιακή ικανότητα

ενισχύει την εμπιστοσύνη και τη συνεργασία. Για τους γιατρούς, αυτό μεταφράζεται σε μειωμένο συναισθηματικό βάρος, λιγότερες αντιπαραθέσεις και ένα πιο υποστηρικτικό κλινικό περιβάλλον.

Οι επικοινωνιακές δεξιότητες ενισχύουν επίσης την αυτοαποτελεσματικότητα των γιατρών, ιδιαίτερα σε συναισθηματικά απαιτητικές κλινικές εργασίες. Οι Messerotti et al. (2020) διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ της αντιληπτής επικοινωνιακής ικανότητας των γιατρών (ειδικά στην ανακοίνωση κακών ειδήσεων) και του κινδύνου επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα ευρήματά τους δείχνουν ότι οι γιατροί που σχεδίαζαν δύσκολες συζητήσεις, ένιωθαν σίγουροι για τις επικοινωνιακές τους ικανότητες και αξιολόγησαν θετικά τις δεξιότητές τους ήταν σημαντικά λιγότερο πιθανό να βιώσουν επαγγελματική εξουθένωση. Αντίθετα, η αντίληψη της επικοινωνίας ως αγχωτικής ή μη διαχειρίσιμης αύξησε σημαντικά τον κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης. Αυτά τα στοιχεία υπογραμμίζουν την αυτοαποτελεσματικότητα της επικοινωνίας ως προστατευτικό ψυχολογικό πόρο που υποστηρίζει τη συναισθηματική ανθεκτικότητα.

Συμπερασματικά, η αποτελεσματική επικοινωνία γιατρού-ασθενούς αποφέρει σημαντικά οφέλη για τους γιατρούς, όπως μειωμένο άγχος, αυξημένη ικανοποίηση από την εργασία, αυξημένη αυτο-αποτελεσματικότητα και προστασία από την επαγγελματική εξουθένωση. Αυτά τα οφέλη ενισχύουν το επιχείρημα ότι η εκπαίδευση στην επικοινωνία θα πρέπει να θεωρείται βασικό στοιχείο της επαγγελματικής ανάπτυξης των ιατρών. Επενδύοντας στην επικοινωνιακή ικανότητα, τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης βελτιώνουν τη φροντίδα των ασθενών, αλλά και στηρίζουν τους γιατρούς που την παρέχουν, ενθαρρύνοντας ένα πιο ανθεκτικό, ανθρώπινο και αποτελεσματικό ιατρικό εργατικό δυναμικό.

1.2.4. Οφέλη για το σύστημα υγείας

Πέρα από την ψυχολογική και κλινική της αξία σε ατομικό επίπεδο, η αποτελεσματική επικοινωνία γιατρού-ασθενούς παράγει ουσιαστικά και μετρήσιμα οφέλη για το σύστημα υγείας στο σύνολό του. Τα σύγχρονα συστήματα υγείας αντιμετωπίζουν κλιμακούμενες πιέσεις που σχετίζονται με το κόστος, τις δικαστικές διαμάχες, τον υπερπληθισμό και τη δυσарέσκεια των ασθενών. Τα στοιχεία που παρουσιάζονται στην ενότητα αυτή καταδεικνύουν ότι οι παρεμβάσεις που επικεντρώνονται στην επικοινωνία λειτουργούν όχι μόνο ως ηθικές ή σχεσιακές βελτιώσεις, αλλά και ως συστημικοί παράγοντες για τη βελτίωση της

αποτελεσματικότητας, της ασφάλειας, της βιωσιμότητας και της θεσμικής εμπιστοσύνης.

Ένα από τα πιο πειστικά οφέλη σε επίπεδο συστήματος αφορά το κόστος της ιατρικής ευθύνης και της αμέλειας. Οι LeCraw et al. (2025) παρέχουν ισχυρά πειραματικά στοιχεία που δείχνουν ότι η εφαρμογή ενός Προγράμματος Επικοινωνίας και Επίλυσης (Communication-and-Resolution Program, CRP) σε ένα μεγάλο νοσοκομειακό σύστημα στο Τενεσί είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση κατά 58% του κόστους υπεράσπισης (defense cost στο πρωτότυπο, που αναφέρεται στα συνολικά οικονομικά βάρη που προκύπτουν από τη νομική προστασία ενός φορέα υγείας έναντι ισχυρισμών για ιατρικά λάθη ή αμέλειες) και τη μείωση κατά 42% των υποβληθεισών αξιώσεων, χωρίς να αυξάνουν σημαντικά τη συνολική αποζημίωση. Αυτά τα ευρήματα αμφισβητούν την μακροχρόνια υπόθεση ότι η διαφάνεια και η έγκαιρη επικοινωνία μετά από ανεπιθύμητα συμβάντα εκθέτουν τα ιδρύματα σε μεγαλύτερο νομικό κίνδυνο. Αντίθετα, οι δομημένες διαδικασίες αποκάλυψης, απολογίας και επίλυσης φαίνεται να αποκλιμακώνουν τις συγκρούσεις, να επιλύουν ανησυχίες πριν από τη δικαστική διαμάχη και να μειώνουν το φόρτο αναφοράς. Από συστημικής άποψης, τα CRP αντιπροσωπεύουν μια στρατηγική συγκράτησης του κόστους που ευθυγραμμίζει την ηθική διαφάνεια με την οικονομική βιωσιμότητα.

Παρόμοια συμπεράσματα προκύπτουν από παρεμβάσεις ειδικά για την ορθοπεδική ειδικότητα. Οι Doub et al. (2024) αξιολόγησαν το Σύστημα Αναφοράς Υποστήριξης Ασθενών (Patient Advocacy Reporting System, PARS) σε ένα μεγάλο ορθοπεδικό ιατρείο και παρατήρησαν μείωση κατά 87% στο κόστος των αιτήσεων για αμέλεια σε επίπεδο ομάδας και μείωση κατά 83% μεταξύ των προηγουμένως υψηλού κινδύνου κλινικών ιατρών. Κρίσιμο είναι ότι το PARS επικεντρώνεται στην έγκαιρη αναγνώριση παραπόνων που σχετίζονται με την επικοινωνία και στην ανατροφοδότηση από συναδέλφους και όχι στις τιμωρητικές απαντήσεις. Αυτό υπογραμμίζει ότι τα συστήματα υγείας ωφελούνται περισσότερο όταν η επικοινωνία αντιμετωπίζεται ως σήμα ποιότητας και ασφάλειας και όχι ως πειθαρχικό ζήτημα. Η αποτελεσματική επικοινωνία που ανταποκρίνεται στα παράπονα λειτουργεί ως μηχανισμός προληπτικής διαχείρισης κινδύνου που ενσωματώνεται στην οργανωτική κουλτούρα.

Ένας άλλος κρίσιμος τομέας οφέλους σε επίπεδο συστήματος είναι η αξιοποίηση των νοσοκομείων, ιδιαίτερα οι αποφευκτές επανεισαγωγές. Οι επαναλαμβανόμενες νοσηλείες επιβάλλουν σημαντικά οικονομικά βάρη και επιβαρύνουν τη χωρητικότητα των νοσηλευόμενων ασθενών. Τα στοιχεία δείχνουν ότι

η κακή επικοινωνία κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και κατά την διαδικασία έκδοσης του εξιτηρίου είναι ένας σημαντικός παράγοντας για τις αποφευκτές επανεισαγωγές. Οι Lipski-Pozitzki et al. (2026) έδειξαν ότι οι σύντομες, καθημερινές προσωπικές συζητήσεις μεταξύ ιατρών και νοσηλευόμενων ασθενών που απαιτούσαν μόνο τρία έως πέντε λεπτά, μείωσαν σημαντικά τις επανεισαγωγές τόσο 7 όσο και 30 ημέρες μετά το εξιτήριο. Αυτές οι μειώσεις παρέμειναν μετά την προσαρμογή για τη σοβαρότητα της κλινικής εικόνας και τους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες, υποδηλώνοντας ότι ακόμη και οι παρεμβάσεις επικοινωνίας χαμηλής έντασης μπορούν να δημιουργήσουν δυσανάλογες αποδόσεις σε επίπεδο συστήματος.

Αυτά τα ευρήματα ενισχύονται από αναλύσεις δεδομένων μεγάλης κλίμακας. Οι Becker et al. (2021), σε μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση τυχαιοποιημένων δοκιμών, διαπίστωσαν ότι οι δομημένες παρεμβάσεις επικοινωνίας κατά το εξιτήριο από το νοσοκομείο συσχετίστηκαν με σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά επανεισαγωγών, βελτιωμένη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή και υψηλότερη ικανοποίηση των ασθενών. Ομοίως, οι Tyler et al. (2023) διεξήγαγαν μια μετα-ανάλυση 126 δοκιμών και έδειξαν ότι οι παρεμβάσεις μεταβατικής φροντίδας χαμηλής και μεσαίας πολυπλοκότητας (πολλές από τις οποίες επικεντρώνονταν στην επικοινωνία, την εκπαίδευση και την παρακολούθηση) ήταν από τις πιο αποτελεσματικές στρατηγικές για τη μείωση των επανεισαγωγών και των επισκέψεων στα τμήματα επειγόντων περιστατικών. Είναι σημαντικό ότι αυτές οι παρεμβάσεις πέτυχαν κέρδη σε επίπεδο συστήματος χωρίς να αυξήσουν τον χρόνο διαβούλευσης ή το βάρος της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αντιμετωπίζοντας τις ανησυχίες για την αναποτελεσματικότητα.

Η επικοινωνία παίζει επίσης καθοριστικό ρόλο στην απόδοση των Επειγόντων, ιδιαίτερα στους χρόνους αναμονής και την απόδοση. Οι Alhabib et al. (2024), σε μια συστηματική ανασκόπηση των μοντέλων φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή (patient-centered care, PCC) σε τομείς Επειγόντων, διαπίστωσαν ότι η ενσωμάτωση των ασθενών στις διαδικασίες επικοινωνίας και στη λήψη αποφάσεων μείωσε σημαντικά τους χρόνους αναμονής και βελτίωσε τη συνολική ροή των ασθενών. Οι παρατεταμένες αναμονές στους τομείς αυτούς σχετίζονται με καθυστερημένη θεραπεία, ανεπιθύμητα συμβάντα και αναποτελεσματική αξιοποίηση των πόρων. Ενισχύοντας τη σαφήνεια, τη διαχείριση των προσδοκιών και τον συντονισμό, η επικοινωνία με επίκεντρο τον PCC βελτιώνει την επιχειρησιακή αποτελεσματικότητα, ενώ ταυτόχρονα ενισχύει την εμπειρία των ασθενών.

Από οικονομικής άποψης, αυτά τα αποτελέσματα αξιοποίησης μεταφράζονται σε άμεση εξοικονόμηση κόστους. Οι μειωμένες επανεισαγωγές, οι μικρότερες διάρκειες νοσηλείας και οι λιγότερες αξιώσεις για αμέλεια μετριάζουν συλλογικά τις οικονομικές πιέσεις στα νοσοκομεία και τους ασφαλιστές. Οι Bruch et al. (2024), σε μια γενική ανασκόπηση άρθρων που είχαν στο επίκεντρό τους την μέθοδο κοινής λήψης αποφάσεων (shared decision-making, SDM), κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι παρεμβάσεις SDM γενικά δεν αύξησαν το κόστος ή τον χρόνο διαβούλευσης και συχνά παρήγαγαν ουδέτερες έως θετικές επιπτώσεις στην ποιότητα και τα αποτελέσματα. Ενώ η εξοικονόμηση κόστους δεν ήταν καθολικά εγγυημένη, η απουσία κλιμάκωσης του κόστους είναι από μόνη της σημαντική, δεδομένης της κοινής αντίληψης ότι η επικοινωνία με επίκεντρο τον ασθενή απαιτεί πολλούς πόρους. Συνεπώς, τα συστήματα υγείας αποκτούν μια παρέμβαση υψηλής αξίας με ελάχιστο κίνδυνο αρνητικών επιπτώσεων.

Ένα άλλο κρίσιμο όφελος σε επίπεδο συστήματος σχετίζεται με τη διαχείριση παραπόνων και τη θεσμική μάθηση. Οι Antonopoulou et al. (2024) απέδειξαν ότι ο τρόπος με τον οποίο οι επαγγελματίες υγείας ανταποκρίνονται επικοινωνιακά στα παράπονα των ασθενών επηρεάζει έντονα το εάν τα παράπονα κλιμακώνονται ή επιλύονται άτυπα. Σύμφωνα με τους ερευνητές αυτούς, η πορεία εξέλιξης των παραπόνων διαμορφώνεται λιγότερο από το αρχικό ανεπιθύμητο συμβάν και περισσότερο από την αντιληπτή ανταπόκριση και τον σεβασμό που επιδεικνύεται κατά την επικοινωνία. Τα συστήματα υγείας που καλλιεργούν ανοιχτές, υποστηρικτικές κουλτούρες γύρω από τα παράπονα μειώνουν την κλιμάκωση, προστατεύουν το ηθικό του προσωπικού και μετατρέπουν τα παράπονα σε δεδομένα βελτίωσης της ποιότητας και όχι σε απειλές για τη φήμη.

Η πρόοδος στην ανάλυση παραπόνων που βασίζονται σε δεδομένα ενισχύει περαιτέρω αυτά τα οφέλη. Οι Zheng et al. (2025) εφάρμοσαν την ανάλυση συναισθηματικής γλώσσας και τη μοντελοποίηση συμπεριφοράς σε δεδομένα παραπόνων νοσοκομείων και έδειξαν ότι οι στρατηγικές επικοινωνίας που είναι προσαρμοσμένες στις συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών βελτίωσαν σημαντικά την ικανοποίηση της επίλυσης, μειώνοντας παράλληλα τις εφέσεις και τις απαιτήσεις αποζημίωσης. Αυτά τα ευρήματα υπογραμμίζουν ότι η αποτελεσματική επικοινωνία δεν πρέπει να είναι απλώς διαπροσωπική, αλλά μπορεί να συστηματοποιηθεί μέσω αναλυτικών στοιχείων, εκπαίδευσης και θεσμικών πρωτοκόλλων. Η διαχείριση

παραπόνων γίνεται έτσι ένα στρατηγικό εργαλείο για συνεχή βελτίωση και όχι ένα αντιδραστικό διοικητικό βάρος.

Ανακεφαλαιώνοντας, αυτές οι μελέτες αποκαλύπτουν ότι η αποτελεσματική επικοινωνία υποστηρίζει την εμπιστοσύνη και τη νομιμότητα σε επίπεδο συστήματος. Η εμπιστοσύνη λειτουργεί όχι μόνο σε επίπεδο ασθενούς-ιατρού αλλά και σε θεσμικό επίπεδο, διαμορφώνοντας τις δημόσιες αντιλήψεις για την ασφάλεια, την λογοδοσία και τη δικαιοσύνη. Προγράμματα όπως τα CRP και τα PARS σηματοδοτούν την οργανωτική δέσμευση για διαφάνεια και σεβασμό, η οποία με τη σειρά της μειώνει τις αντιπαραθετικές δυναμικές και ενισχύει τις συνεργατικές σχέσεις με τους ασθενείς και τις κοινότητες. Με την πάροδο του χρόνου, αυτό το κεφάλαιο εμπιστοσύνης συμβάλλει στην ανθεκτικότητα της φήμης, στη διατήρηση του προσωπικού και στην αφοσίωση των ασθενών.

1.3. Προβλήματα και εμπόδια στην επικοινωνία ιατρού – ασθενούς

1.3.1. Δομικοί παράγοντες

Οι δομικοί παράγοντες αποτελούν ένα από τα πιο επίμονα εμπόδια στην αποτελεσματική επικοινωνία γιατρού-ασθενούς, επειδή διαμορφώνουν τις συνθήκες υπό τις οποίες λαμβάνουν χώρα οι κλινικές συναντήσεις, τον διαθέσιμο χρόνο για διάλογο και τον βαθμό στον οποίο οι γιατροί μπορούν να επικεντρωθούν στο άτομο. Στις σύγχρονες υπηρεσίες υγείας, η επικοινωνία συχνά περιορίζεται από τον ελάχιστο χρόνο διαβούλευσης, τον μεγάλο όγκο ασθενών και τις εκτεταμένες διοικητικές και ψηφιακές απαιτήσεις τεκμηρίωσης. Αυτές οι πιέσεις αλλάζουν την αλληλεπιδραστική υφή της διαβούλευσης κατακερματίζοντας την προσοχή, περιορίζοντας τις ευκαιρίες για εξηγήσεις και αποδυναμώνοντας εκείνα τα στοιχεία της φροντίδας που υποστηρίζουν την εμπιστοσύνη και την κατανόηση των ασθενών.

Οι χρονικοί περιορισμοί συχνά αντιμετωπίζονται ως κεντρικό εμπόδιο στην κλινική επικοινωνία, ωστόσο τα στοιχεία δείχνουν μια ενδιαφέρουσα εικόνα. Οι Elmore et al. (2016), σε μια διατομεακή μελέτη 440 βιντεοσκοπημένων διαβουλεύσεων σε 13 ιατρεία πρωτοβάθμιας περίθαλψης στην Αγγλία, δεν διαπίστωσαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της διάρκειας της διαβούλευσης και της επικοινωνίας, της εμπιστοσύνης και της σιγουριάς που ανέφεραν οι ασθενείς ή της συνολικής ικανοποίησης. Σε μια κλίμακα από 0 έως 100, κάθε επιπλέον λεπτό συσχετίστηκε μόνο

με 0,02 μονάδες στην επικοινωνία, 0,07 μονάδες στην εμπιστοσύνη και την αυτοπεποίθηση και μείον 0,14 μονάδες στην ικανοποίηση. Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι οι μεγαλύτερες συναντήσεις δεν δημιουργούν αυτόματα καλύτερες εμπειρίες για τους ασθενείς. Ωστόσο, οι Elmore et al. (2016) υποστήριξαν επίσης ότι η διάρκεια της διαβούλευσης μπορεί να εξακολουθεί να έχει σημασία για την κλινική αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια των ασθενών, ειδικά σε σύνθετες περιπτώσεις. Έτσι, το ζήτημα δεν είναι απλώς η διάρκεια μεμονωμένα, αλλά η ποιότητα και η χρηστικότητα του χρόνου των ιατρικών ραντεβού.

Αυτή η ερμηνεία υποστηρίζεται από τα ευρύτερα διεθνή στοιχεία που αναφέρθηκαν από τους Schäfer et al. (2020). Χρησιμοποιώντας δεδομένα από 7.031 γενικούς ιατρούς και 67.873 ασθενείς σε 33 χώρες, οι συγγραφείς έδειξαν ότι οι ασθενείς ανέφεραν καλύτερη επικοινωνία, πρόσβαση και πληρότητα όταν οι γιατροί ήταν πιο ικανοποιημένοι με την εργασία τους. Ο μεγαλύτερος χρόνος διαβούλευσης συσχετίστηκε ιδιαίτερα με πιο ολοκληρωμένη φροντίδα, ενώ οι περισσότερες εβδομαδιαίες ώρες εργασίας συνδέθηκαν με καλύτερη αντιληπτή ποιότητα, εκτός από την προσβασιμότητα. Αυτά τα ευρήματα δείχνουν ότι οι δομικές πιέσεις επηρεάζουν την επικοινωνία όχι μόνο μέσω του ίδιου του ωραρίου αλλά και μέσω της εμπειρίας από το φόρτο εργασίας και της ικανοποίησης από την εργασία. Όταν οι γιατροί εργάζονται υπό συνθήκες που θεωρούν διαχειρίσιμες και ουσιαστικές, οι ασθενείς βιώνουν καλύτερη ποιότητα αλληλεπίδρασης. Επομένως, ο χρόνος λειτουργεί ως οργανωτικός πόρος που ενσωματώνεται σε ευρύτερες συνθήκες εργασίας.

Επιπλέον, οι Arndt et al. (2017) έδειξαν ότι οι γιατροί πρωτοβάθμιας φροντίδας αφιέρωσαν 355 λεπτά, ή 5,9 ώρες, από μια εργάσιμη ημέρα 11,4 ωρών στο ηλεκτρονικό αρχείο υγείας, συμπεριλαμβανομένων 269 λεπτών κατά τη διάρκεια των ωρών λειτουργίας του ιατρείου και 86 λεπτών μετά τις ώρες λειτουργίας του ιατρείου. Οι διοικητικές εργασίες, όπως η τεκμηρίωση, η εισαγωγή παραγγελιών, η χρέωση και η κωδικοποίηση, και η ασφάλεια του συστήματος, κατανάλωσαν 157 λεπτά, ή 44,2% του συνολικού χρόνου Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας (ΗΦΥ), ενώ η διαχείριση των εισερχομένων απαιτούσε άλλα 85 λεπτά, ή 23,7%. Αυτά τα στοιχεία καταδεικνύουν πώς οι απαιτήσεις των ασθενών επεκτείνονται πέρα από τις προσωπικές συναντήσεις. Οι γιατροί πρέπει να διαχειρίζονται μια συνεχή ροή καταγραφής, μηνυμάτων και εργασιών ψηφιακής παρακολούθησης, τα οποία συμπιέζουν τον γνωστικό και συναισθηματικό χώρο για επικοινωνία κατά τη διάρκεια της πραγματικής διαβούλευσης.

Επιπλέον, οι Baumann et al. (2018), σε μια συστηματική ανασκόπηση 28 μελετών, διαπίστωσαν ότι μετά την εφαρμογή του Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας (ΗΦΥ), ο χρόνος τεκμηρίωσης των γιατρών αυξήθηκε από 16% σε 28% του φόρτου εργασίας, των νοσηλευτών από 9% σε 23% και των ασκούμενων από 20% σε 26%. Παρόλο που μπορεί να υπάρξει κάποια μακροπρόθεσμη βελτίωση στη ροή εργασίας, η άμεση συνέπεια είναι μια σημαντική ανακατανομή της κλινικής εργασίας προς την τεκμηρίωση. Οι Moy et al. (2021) έδειξαν περαιτέρω, σε μια ανασκόπηση 35 μελετών, ότι το βάρος της τεκμηρίωσης περιλαμβάνει όχι μόνο τον χρόνο που αφιερώνεται στη χαρτογράφηση, αλλά και την εργασία με Ηλεκτρονικά Αρχεία Φαρμάκων εκτός ωραρίου, τις διοικητικές εργασίες, την γνωστικά δυσκίνητη εργασία, τον κατακερματισμό της ροής εργασίας και τη μειωμένη αλληλεπίδραση με τον ασθενή. Η έρευνά τους είναι σημαντική επειδή διευκρινίζει ότι το βάρος της τεκμηρίωσης είναι πολυδιάστατο και βαθιά συνυφασμένο με την ποιότητα της επικοινωνίας.

Οι Rao et al. (2017) κατέληξαν σε παρόμοια συμπεράσματα σε μια έρευνα γιατρών σε επίπεδο νοσοκομείου. Μεταξύ 1.774 γιατρών που συμμετείχαν στην έρευνα, κατά μέσο όρο το 24% των ωρών εργασίας δαπανήθηκε σε διοικητικά καθήκοντα που σχετίζονται με τους ασθενείς. Τα δύο τρίτα των ερωτηθέντων ανέφεραν ότι αυτά τα καθήκοντα επηρέασαν αρνητικά την ικανότητά τους να παρέχουν φροντίδα υψηλής ποιότητας. Είναι σημαντικό ότι το υψηλότερο διοικητικό βάρος συσχετίστηκε με χαμηλότερη ικανοποίηση από την καριέρα, υψηλότερη επαγγελματική εξουθένωση και ισχυρότερες προθέσεις μείωσης του μελλοντικού όγκου ασθενών. Τα συμπεράσματα προηγούμενων συναντήσεων, η κλινική τεκμηρίωση και η συμφωνία φαρμάκων αναδείχθηκαν ως ιδιαίτερα επαχθείς εργασίες. Αυτά τα ευρήματα είναι ιδιαίτερα σημαντικά για την επικοινωνία με τον γιατρό και τον ασθενή, επειδή δείχνουν ότι η γραφειοκρατία επηρεάζει άμεσα την ψυχολογική διαθεσιμότητα των γιατρών, την επαγγελματική βιωσιμότητα και την αντιληπτή ικανότητα να φροντίζουν προσεκτικά τους ασθενείς.

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει πώς οι τεχνολογικές απαιτήσεις επηρεάζουν την ίδια τη συμβουλευτική συνεδρία. Οι Sobral et al. (2015) ανέφεραν ότι οι οικογενειακοί γιατροί εκτιμούν ότι δαπανούν το 42% του χρόνου συμβουλευτικής συνεδρίας αλληλεπιδρώντας με τον υπολογιστή. Οι γιατροί αντιλήφθηκαν αρνητικές επιπτώσεις στη διάρκεια της συμβουλευτικής συνεδρίας, την εμπιστευτικότητα, την οπτική επαφή, την ενεργητική ακρόαση και την ικανότητά τους να κατανοούν τους ασθενείς, παρόλο που οι ασθενείς αξιολόγησαν τη χρήση του υπολογιστή πιο θετικά. Οι Street et al.

(2014), βασιζόμενοι σε 125 συμβουλευτικές συνεδρίες, διαπίστωσαν ότι οι γιατροί που αφιέρωναν περισσότερο χρόνο κοιτάζοντας τον υπολογιστή αξιολογήθηκαν ως λιγότερο ασθενοκεντρικοί. Ομοίως, οι Asan et al. (2015), χρησιμοποιώντας 100 βιντεοσκοπημένες επισκέψεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης, κατέδειξαν ότι η ενεργή κοινή χρήση οθόνης θα μπορούσε να ενισχύσει την εμπλοκή, ενώ η παθητική κοινή χρήση πληροφοριών συσχετίστηκε με την αποδέσμευση του ασθενούς. Οι Duke et al. (2013) υποστήριξαν επομένως ότι οι κλινικοί γιατροί χρειάζονται ειδική εκπαίδευση για να ενσωματώσουν την επικοινωνία με επίκεντρο τον ασθενή με τη χρήση του Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας (ΗΦΥ) αντί να μαθαίνουν το σύστημα μόνο ως τεχνικό εργαλείο.

Η βιβλιογραφία δείχνει επίσης ότι τα δομικά εμπόδια εντείνονται από τις αποτυχίες εφαρμογής. Οι Tsai et al. (2020), σε μια ανασκόπηση 142 μελετών, εντόπισαν τους περιορισμούς πόρων, την κακή εκπαίδευση, την ανεπαρκή τεχνική υποστήριξη και τον χαμηλό τεχνολογικό αλφαριθμητισμό ως επαναλαμβανόμενα εμπόδια στην υιοθέτηση και χρήση του ΗΦΥ. Οι Dymek et al. (2021) τόνισαν ομοίως ότι η τεκμηρίωση, η αναθεώρηση διαγραμμάτων και οι εργασίες εισερχομένων είναι μεταξύ των μεγαλύτερων συντελεστών στο φόρτο που σχετίζεται με το ΗΦΥ και απαιτούν κοινωνικοτεχνικές λύσεις που περιλαμβάνουν επανασχεδιασμό ροής εργασίας, βελτίωση διεπαφής, αναγνώριση ομιλίας και υποστήριξη πολιτικής. Συνολικά, τα στοιχεία υποδηλώνουν ότι η επικοινωνία γιατρού-ασθενούς επιδεινώνεται όταν οι δομικές συνθήκες μετατρέπουν τον γιατρό σε διαχειριστή ανταγωνιστικών ψηφιακών και γραφειοκρατικών απαιτήσεων. Η πίεση χρόνου, η υπερφόρτωση των ασθενών και η επέκταση των διοικητικών υποχρεώσεων μειώνουν την παρουσία προσοχής, διακόπτουν τη ροή της συνομιλίας και αποδυναμώνουν την εστίαση στον ασθενή. Κατά συνέπεια, τα προβλήματα επικοινωνίας στην υγειονομική περίθαλψη θα πρέπει να γίνονται κατανοητά όχι μόνο ως διαπροσωπικές ελλείψεις αλλά και ως συστημικά αποτελέσματα του οργανωτικού σχεδιασμού. Ο ρόλος των ηλεκτρονικών αρχείων υγείας σε αυτό το δομικό πρόβλημα είναι ιδιαίτερα σημαντικός.

Μια σημαντική συνέπεια αυτού του συνόλου στοιχείων είναι ότι τα δομικά εμπόδια σπάνια λειτουργούν ξεχωριστά. Τα σύντομα ραντεβού γίνονται πιο προβληματικά όταν ενσωματώνονται σε κλινικές με υψηλές προσδοκίες απόδοσης, κατακερματισμένες ψηφιακές ροές εργασίας και αυξανόμενες υποχρεώσεις αναφοράς. Υπό αυτές τις συνθήκες, ακόμη και οι έμπειροι κλινικοί γιατροί μπορεί να δυσκολεύονται να διατηρήσουν την οπτική επαφή, να εξερευνήσουν τα συναισθήματα

των ασθενών, να διευκρινίσουν την αβεβαιότητα και να διαπραγματευτούν σχέδια θεραπείας με επίκεντρο τον ασθενή. Το πρόβλημα είναι επομένως σωρευτικό. Η διοικητική εργασία καταναλώνει χρόνο, τα ψηφιακά συστήματα αποσπούν την προσοχή και η υπερφόρτωση μειώνει το συναισθηματικό απόθεμα, δημιουργώντας ένα κλινικό περιβάλλον στο οποίο η επικοινωνία γίνεται συμπίεσμένη και οργανική.

1.3.2. Ατομικοί παράγοντες

1.3.2.1. *Ελλιπής εκπαίδευση στις επικοινωνιακές δεξιότητες*

Οι ατομικοί παράγοντες αντιπροσωπεύουν μια σημαντική κατηγορία εμποδίων στην επικοινωνία γιατρού-ασθενούς, επειδή προκύπτουν από την προετοιμασία του ίδιου του κλινικού ιατρού, τις γλωσσικές πρακτικές και τη συναισθηματική κατάσταση κατά τη διάρκεια της φροντίδας. Αν και οι δομικές πιέσεις διαμορφώνουν το πλαίσιο των ιατρικών συναντήσεων, η ποιότητα της επικοινωνίας επηρεάζεται επίσης από το αν οι γιατροί έχουν εκπαιδευτεί επαρκώς για να επικοινωνούν, αν χρησιμοποιούν γλώσσα που οι ασθενείς μπορούν να κατανοήσουν και αν παραμένουν συναισθηματικά διαθέσιμοι παρά το άγχος και την επαγγελματική εξουθένωση. Η βιβλιογραφία δείχνει ότι αυτοί οι παράγοντες είναι στενά αλληλένδετοι. Η περιορισμένη εκπαίδευση στην επικοινωνία μπορεί να αφήσει τους κλινικούς ιατρούς εξαρτημένους από τον τεχνικό και επιστημονικό λόγο, ενώ η συναισθηματική εξάντληση μπορεί να μειώσει περαιτέρω την ενσυναίσθηση, την ακρόαση και την εστίαση στον ασθενή.

Ένα πρώτο εμπόδιο αφορά την ανεπαρκή εκπαίδευση στις επικοινωνιακές δεξιότητες. Η σχετική έρευνα υποδηλώνει ότι η αποτελεσματική επικοινωνία δεν αναπτύσσεται αυτόματα μόνο μέσω της εμπειρίας και απαιτεί συστηματική εκπαίδευση. Οι Helitzer et al. (2011), σε μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή με 28 παρόχους πρωτοβάθμιας περίθαλψης, διαπίστωσαν ότι μια σύντομη εκπαιδευτική παρέμβαση βελτίωσε σημαντικά την επικοινωνία με επίκεντρο τον ασθενή και την επικοινωνία για τους κινδύνους υγείας αμέσως μετά την παρέμβαση και στους 6 και στους 18 μήνες παρακολούθησης. Αυτά τα ευρήματα είναι σημαντικά επειδή υποδεικνύουν ότι τα ελλείμματα επικοινωνίας δεν είναι σταθερά προσωπικά χαρακτηριστικά αλλά τροποποιήσιμες ικανότητες. Ομοίως, οι Gulbrandsen et al. (2013) εξέτασαν 62 νοσοκομειακούς γιατρούς που ολοκλήρωσαν ένα 20ωρο μάθημα

επικοινωνίας και διαπίστωσαν ότι η αυτο-αποτελεσματικότητα στην επικοινωνία αυξήθηκε σημαντικά, με μια θετική συσχέτιση μεταξύ της αυτο-αποτελεσματικότητας και της παρατηρούμενης απόδοσης να εμφανίζεται κατά την παρακολούθηση. Αξιοσημείωτο είναι ότι αυτό το φαινόμενο ήταν ακόμα εμφανές περισσότερο από τρία χρόνια αργότερα, υποδηλώνοντας διαρκή οφέλη από τη δομημένη εκπαίδευση.

Περαιτέρω υποστήριξη προέρχεται από την εκπαίδευση ειδικότητας. Οι Wild et al. (2018) αξιολόγησαν ένα τριετές πολυδιάστατο πρόγραμμα σπουδών στην επικοινωνία με επίκεντρο τον ασθενή, στο οποίο συμμετείχαν 62 ειδικευόμενοι και 10 μέλη ΔΕΠ. Η απόδοση στην επικοινωνία βελτιώθηκε σημαντικά σε διάφορες μετρήσεις. Οι μέσες βαθμολογίες στο μοντέλο επικοινωνιακών δεξιοτήτων Calgary Cambridge αυξήθηκαν από 70% στην αρχική αξιολόγηση σε 78% κατά την παρακολούθηση, οι βαθμολογίες σε ζευγαρωμένα τεστ αυξήθηκαν από 68% σε 81% και οι μέσες βαθμολογίες του Προφίλ Αξιολόγησης Επικοινωνίας στα Αγγλικά βελτιώθηκαν από 73% σε 77%. Αυτά τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι οι αδυναμίες στην επικοινωνία μεταξύ των ειδικευόμενων, συμπεριλαμβανομένων των διεθνών αποφοίτων και των γλωσσικά διαφορετικών εκπαιδευόμενων, μπορούν να μειωθούν μέσω ενός ολοκληρωμένου εκπαιδευτικού σχεδιασμού. Οι Moore et al. (2018), σε μια ανασκόπηση τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμών που περιελάμβαναν 1.240 επαγγελματίες υγείας στη φροντίδα του καρκίνου, κατέληξαν επίσης στο συμπέρασμα ότι η εκπαίδευση σε επικοινωνιακές δεξιότητες αύξησε τις ανοιχτές ερωτήσεις και την ενσυναισθητική συμπεριφορά και μείωσε την τάση να παρέχονται μόνο γεγονότα. Η ανασκόπηση διαπίστωσε μέγεθος επίδρασης 0,25 για τις ανοιχτές ερωτήσεις και 0,18 για την ενσυναίσθηση, υποδεικνύοντας ότι η εκπαίδευση μπορεί να παράγει μετρήσιμη αλλαγή συμπεριφοράς ακόμη και σε συναισθηματικά απαιτητικές ειδικότητες.

Ωστόσο, τα εκπαιδευτικά οφέλη δεν συνοδεύονται καθολικά από μειώσεις στην επαγγελματική εξουθένωση. Οι Wild et al. (2018) δεν ανέφεραν καμία σημαντική αλλαγή στην επαγγελματική εξουθένωση, και οι Moore et al. (2018) ομοίως δεν βρήκαν σαφή στοιχεία ότι η εκπαίδευση σε επικοινωνιακές δεξιότητες από μόνη της μειώνει την επαγγελματική εξουθένωση. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο τα προγράμματα σπουδών που συνδυάζουν ρητά την ανάπτυξη της ενσυναίσθησης με την αυτοφροντίδα φαίνονται ιδιαίτερα σχετικά. Οι Quinn et al. (2020), σε ένα εξάμηνο πρόγραμμα σπουδών για 27 ασκούμενους, διαπίστωσαν ότι κάθε συνεδρία που παρακολουθήθηκε συσχετίστηκε με μείωση 3,65 μονάδων στη συναισθηματική εξάντληση, αύξηση 2,69 μονάδων στην προσωπική επίτευξη και αύξηση 0,82 μονάδων στην ενσυναισθητική

ανησυχία. Αυτό το αποτέλεσμα υποδηλώνει ότι η εκπαίδευση στην επικοινωνία μπορεί να είναι ισχυρότερη όταν ασχολείται με τη συναισθηματική βιωσιμότητα της κλινικής πρακτικής παρά με μεμονωμένες τεχνικές αλληλεπίδρασης.

1.3.2.2. Χρήση δυσνόητης ιατρικής ορολογίας

Ένα δεύτερο σημαντικό εμπόδιο είναι η χρήση σύνθετης και κακώς εξηγημένης ιατρικής ορολογίας. Ακόμα και όταν οι γιατροί σκοπεύουν να ενημερώσουν τους ασθενείς με σαφήνεια, η ορολογία συχνά εμποδίζει την κατανόηση και αποδυναμώνει τη συμμετοχή. Οι Schnitzler et al. (2017), σε 58 εκπαιδευτικές συνεδρίες ακτινοθεραπείας, διαπίστωσαν ότι η ορολογία της θεραπείας με βάση τα συμφραζόμενα αντιπροσώπευε το 32,2% της χρήσης ορολογίας και οι γενικοί ιατρικοί όροι το 34,6%. Οι ασθενείς συχνά εμφανίζονταν αβέβαιοι σχετικά με τον αριθμό των θεραπειών, τις παρενέργειες και τους κινδύνους ακτινοβολίας και ζητούσαν διευκρινίσεις ζητώντας από τους παρόχους να εξηγήσουν ή να επαναλάβουν πληροφορίες. Οι ακτινοθεραπευτές απάντησαν αντικαθιστώντας την ορολογία με απλούστερες λέξεις, αναλογίες και διαγράμματα, υποδεικνύοντας ότι η κατανόηση μπορεί να βελτιωθεί όταν οι επαγγελματίες αναγνωρίζουν τη σύγχυση και αναδιατυπώνουν ενεργά τις σύνθετες πληροφορίες.

Οι Shih et al. (2018) κατέληξαν σε παρόμοιο συμπέρασμα σε μια μελέτη μικτών μεθόδων για τις ιατρικές επισκέψεις στο κρεβάτι του ασθενούς. Παρόλο που οι ασθενείς εκτιμούσαν τη συνάντηση με την ιατρική ομάδα και την εστίαση της προσοχής, το 53% δήλωσε ότι η ιατρική ορολογία εξακολουθούσε να χρησιμοποιείται κατά τη διάρκεια των επισκέψεων. Έτσι, ακόμη και τα περιβάλλοντα που επικεντρώνονται ρητά στον ασθενή μπορεί να παραμένουν γλωσσικά απρόσιτα. Οι Yen et al. (2024), αναλύοντας 74 αντίγραφα από συναντήσεις μεταξύ χειρουργών καρκίνου του μαστού και ασθενών, εντόπισαν δύο μετρήσιμες διαστάσεις απλής γλώσσας. Τη χρήση ιατρικών όρων με ή χωρίς εξήγηση και την οργάνωση των πληροφοριών σε συντομότερα ή εκτενέστερα τμήματα λόγου. Τα ευρήματά τους υποδηλώνουν ότι η σαφής ομιλούμενη γλώσσα δεν είναι απλώς μια γενική στάση, αλλά ένα σύνολο παρατηρήσιμων πρακτικών που μπορούν να μετρηθούν, να διδαχθούν και να ανατροφοδοτηθούν στους κλινικούς ιατρούς. Οι Wahrenbrock et al. (2025) κατέδειξαν περαιτέρω τις πρακτικές συνέπειες της ορολογίας στην επικοινωνία εξιτηρίου έκτακτης ανάγκης. Μεταξύ 123 ενήλικων ασθενών του τμήματος επειγόντων περιστατικών,

μόνο το 9,7% κατανόησε σωστά τον όρο που χρησιμοποιείται για να δηλώσει κλινικά σημαντικό ή ανησυχητικό εύρημα (impressive), το 25,2% τον όρο που παραπέμπει σε οξεία κατάσταση ή πρόσφατη έναρξη του προβλήματος (acute), το 36,6% τον όρο που δηλώνει μη κακοήθες ή χαμηλού κινδύνου εύρημα (benign) και το 40,6% τον όρο που χρησιμοποιείται για να δηλώσει απουσία αξιοσημείωτων παθολογικών ευρημάτων (unremarkable). Τέτοιες παρεξηγήσεις είναι κλινικά σημαντικές, επειδή η επικοινωνία κατά το εξιτήριο επηρεάζει την προσήλωση, την παρακολούθηση των συμπτωμάτων και τις αποφάσεις επιστροφής των ασθενών.

1.3.2.3. Συναισθηματική αποστασιοποίηση και επαγγελματική εξουθένωση

Το τρίτο ατομικό εμπόδιο αφορά τη συναισθηματική αποστασιοποίηση και την επαγγελματική εξουθένωση. Η εξουθένωση υπονομεύει την επικοινωνία, αποστραγγίζοντας την ενσυναίσθηση, εμποδίζοντας την οικοδόμηση σχέσεων και μειώνοντας την ικανότητα των γιατρών να παραμένουν παρόντες κατά τη διάρκεια δύσκολων συναντήσεων. Οι Passalacqua και Segrin (2012), μελετώντας 93 ειδικευόμενους κατά τη διάρκεια μεγάλων βαρδιών, διαπίστωσαν σημαντική μείωση της ενσυναίσθησης από την αρχή έως το τέλος της βάρδιας. Το αντιληπτό άγχος συσχετίστηκε με υψηλότερη εξουθένωση και η εξουθένωση με τη σειρά της συσχετίστηκε με μειωμένη ενσυναίσθηση και χαμηλότερη αυτοαναφερόμενη επικοινωνία με επίκεντρο τον ασθενή αργότερα στη βάρδια. Αυτή η μελέτη είναι ιδιαίτερα σημαντική επειδή δείχνει ότι η επιδείνωση της επικοινωνίας μπορεί να συμβεί εντός μιας μόνο απαιτητικής βάρδιας και όχι μόνο κατά την διάρκεια της σταδιοδρομίας των ιατρών.

Οι Robbins et al. (2019) επικέντρωσαν την έρευνά τους στην μελέτη της φροντίδας της υπέρτασης. Σε ένα δείγμα 26 παρόχων πρωτοβάθμιας περίθαλψης και 80 ασθενών, η εξουθένωση συσχετίστηκε αντίστροφα με την επικοινωνία οικοδόμησης σχέσεων, συμπεριλαμβανομένων των εκδηλώσεων ενσυναίσθησης, με συντελεστή παλινδρόμησης -4,7. Η επικοινωνία για την οικοδόμηση σχέσεων συσχετίστηκε επίσης αρνητικά με την ανεπαρκή φροντίδα των ασθενών, με συντελεστή -0,6. Αυτά τα ευρήματα δείχνουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση βλάπτει την επικοινωνία με τρόπους που μπορεί να επεκταθούν άμεσα στην ποιότητα της φροντίδας. Οι Zakerkish et al. (2024), σε μια διατομεακή μελέτη 297 ειδικευόμενων ιατρών, βρήκαν μια μέση βαθμολογία ενσυναίσθησης 102,87 στα 140 και μια μέση βαθμολογία επαγγελματικής

εξουθένωσης 55,90 στα 132. Η επαγγελματική εξουθένωση συσχετίστηκε αρνητικά με τη συνολική ενσυναίσθηση και ιδιαίτερα με την ικανότητα να μπαίνει κανείς στη θέση του ασθενούς. Η συσχέτιση για αυτήν τη διάσταση ήταν -0,165 και το να μπαίνει κανείς στη θέση του ασθενούς αναδείχθηκε ως ο καλύτερος προγνωστικός παράγοντας μειωμένης επαγγελματικής εξουθένωσης. Συνολικά, αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν μια αμοιβαία σχέση στην οποία η επαγγελματική εξουθένωση αποδυναμώνει την ενσυναίσθητική επικοινωνία, ενώ η χαμηλή ενσυναίσθητική εμπλοκή μπορεί επίσης να σηματοδοτεί ευρύτερη δυσφορία.

Συνολικά, η βιβλιογραφία δείχνει ότι τα ατομικά εμπόδια επικοινωνίας δεν είναι μεμονωμένα ελλείμματα αλλά ομαδοποιημένα τρωτά σημεία που αφορούν την εκπαίδευση, τη γλώσσα και τη συναισθηματική λειτουργία. Η ανεπαρκής εκπαίδευση στην επικοινωνία αφήνει τους κλινικούς γιατρούς λιγότερο εξοπλισμένους για να εξατομικεύσουν τις συζητήσεις με τους ασθενείς τους. Η άκριτη χρήση της ορολογίας διευρύνει στη συνέχεια το χάσμα μεταξύ της επαγγελματικής γνώσης και της κατανόησης των ασθενών. Η επαγγελματική εξουθένωση και η συναισθηματική αποστασιοποίηση μειώνουν περαιτέρω την ενσυναίσθηση και την εστίαση στον ασθενή. Επομένως, η βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ γιατρού και ασθενούς απαιτεί περισσότερα από την απλή παρότρυνση των γιατρών να μιλούν καλύτερα. Απαιτεί διαχρονική εκπαίδευση, ανατροφοδότηση με απλή γλώσσα και θεσμική προστασία της ενσυναίσθησης των κλινικών ιατρών μέσω της πρόληψης της επαγγελματικής εξουθένωσης και της αναστοχαστικής υποστήριξης.

1.4. Ψυχολογικά και κοινωνικά εμπόδια

1.4.1. Άγχος, φόβος και προκαταλήψεις ασθενών

Τα ψυχολογικά και κοινωνικά εμπόδια αποτελούν κεντρικά εμπόδια στην επικοινωνία μεταξύ γιατρού και ασθενούς, επειδή επηρεάζουν όχι μόνο αυτά που οι ασθενείς ακούν και κατανοούν, αλλά και αυτά που είναι πρόθυμοι να αποκαλύψουν, να αμφισβητήσουν ή να διαπραγματευτούν κατά τη διάρκεια της συνάντησης τους με τον ιατρό. Η επικοινωνία στην υγειονομική περίθαλψη περιγράφεται συχνά ως μια αμφίδρομη διαδικασία, ωστόσο αυτή η διαδικασία διαμορφώνεται άνισα από φόβο, άγχος, αμηχανία, αβεβαιότητα και ευρύτερες κοινωνικές ανισότητες που συνδέονται με το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση, τη γλώσσα και την κοινωνική θέση. Αυτοί οι παράγοντες μπορεί να μειώσουν την ανοιχτότητα, να διαστρεβλώσουν την ερμηνεία

και να δημιουργήσουν ασυμμετρίες στη συμμετοχή, αποδυναμώνοντας έτσι την εμπιστοσύνη, την κατανόηση και την κοινή λήψη αποφάσεων.

Ένα σημαντικό ψυχολογικό εμπόδιο αφορά το προϋπάρχον άγχος και φόβο. Οι ασθενείς σπάνια εισέρχονται στο ιατρικό ραντεβού ως ουδέτεροι αποδέκτες πληροφοριών. Αντίθετα, συχνά φέρνουν συναισθηματικά βάρη που διαμορφώνουν τον τρόπο με τον οποίο επεξεργάζονται τη συνάντηση. Οι Broadbridge και Venetis (2024), σε μια μελέτη 51 βιντεοσκοπημένων χειρουργικών διαβουλεύσεων για καρκίνο του μαστού, διαπίστωσαν ότι το αυξημένο άγχος πριν από το ραντεβού συνδεόταν με μεγαλύτερη προϋπάρχουσα αβεβαιότητα, ενώ η συχνότερη έκφραση συναισθηματικών ανησυχιών από τις ασθενείς κατά τη διάρκεια της επίσκεψης συνδεόταν με χαμηλότερα επίπεδα αβεβαιότητας μετά το ραντεβού. Αυτό το εύρημα είναι σημαντικό επειδή δείχνει ότι το άγχος δεν είναι απλώς ένα αποτέλεσμα της κλινικής επικοινωνίας, αλλά και ένα προηγούμενο που επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς επικοινωνούν και πόση συναισθηματική υποστήριξη χρειάζονται. Σε κλινικά περιβάλλοντα, οι ασθενείς με δυσφορία μπορεί να είναι πιο πιθανό να αναζητήσουν έμμεσα επιβεβαίωση, να εκφράσουν αβεβαιότητα ή να χάσουν σημαντικές πληροφορίες, εκτός εάν οι κλινικοί γιατροί εντοπίσουν και ανταποκριθούν ενεργά σε αυτά τα σήματα.

Συγκρίσιμα στοιχεία παρέχονται από τους Zwingmann et al. (2017), οι οποίοι εξέτασαν τις αντιδράσεις των ασθενών στην ανακοίνωση μιας διάγνωσης καρκίνου. Η έκθεση σε δυσάρεστα νέα αύξησε το άγχος στους συμμετέχοντες, ωστόσο όσοι από αυτούς παρατήρησαν ένα βελτιωμένο στυλ επικοινωνίας με επίκεντρο τον ασθενή ανέφεραν σημαντικά λιγότερο άγχος και μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στον γιατρό από όσους εκτέθηκαν σε ένα στυλ επικοινωνίας στο οποίο επίκεντρο δεν ήταν ο ασθενής. Η μελέτη δείχνει ότι οι στιγμές που προκαλούν άγχος δεν υπονομεύουν αυτόματα την επικοινωνία. Αντίθετα, το διαπροσωπικό στυλ του γιατρού μπορεί είτε να εντείνει είτε να μετριάσει τη συναισθηματική δυσφορία. Οι Stortenbeker et al. (2018) κατέληξαν σε ένα σχετικό συμπέρασμα σε διαβουλεύσεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης, δείχνοντας ότι τα άμεσα αρνητικά μηνύματα συσχετίστηκαν με αυξημένο άγχος των ασθενών, με συντελεστή 0,67. Αυτό υποδηλώνει ότι ο συναισθηματικός αντίκτυπος των κλινικών πληροφοριών εξαρτάται όχι μόνο από το περιεχόμενό τους αλλά και από τον τρόπο παροχής τους.

Ο φόβος της κρίσης και η αμηχανία καταστέλλουν επίσης την προθυμία των ασθενών να επικοινωνήσουν ανοιχτά. Οι Hurtaud et al. (2025), σε μια διατομεακή μελέτη 2.104 ενηλίκων, ανέφεραν ότι 680 συμμετέχοντες, ή το 32,3%, του δείγματος

είχαν αφήσει τις ανησυχίες τους να μην εκφραστούν κατά τη διάρκεια μιας γενικής ιατρικής συμβουλευτικής λόγω αμηχανίας, σεμνότητας ή φόβου μήπως κριθούν. Τα ευαίσθητα θέματα περιλάμβαναν σεξουαλικές ανησυχίες και ψυχολογική δυσφορία. Μια σχέση εμπιστοσύνης με τον γενικό ιατρό μείωνε αυτή την πιθανότητα, ενώ το 47% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι μια σαφής υπενθύμιση για την εμπιστευτικότητα θα τους είχε βοηθήσει να μιλήσουν πιο ανοιχτά και το 78% δήλωσαν ότι θα ένιωθαν πιο άνετα αν ο γιατρός είχε θέσει πρώτος το δύσκολο θέμα. Αυτά τα ευρήματα είναι σημαντικά επειδή δείχνουν ότι η σιωπή κατά τη διάρκεια ενός ιατρικού ραντεβού δεν υποδηλώνει απαραίτητα απουσία ανησυχίας. Μπορεί αντίθετα να αντανakλά κοινωνική ευαλωτότητα και προληπτική ντροπή. Οι Brady και Braz (2023) διαπίστωσαν ομοίως, μέσω ποιοτικών συνεντεύξεων με ασθενείς που βιώνουν σοβαρό άγχος για την υγεία τους, ότι οι δύσκολες αλληλεπιδράσεις με τους παρόχους συχνά χαρακτηρίζονταν από φόβο, δυσπιστία και δυσπροσαρμοστικές ερμηνείες των σωματικών συμπτωμάτων. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η συμβουλευτική συνεδρία μπορεί να γίνει συγκρουσιακή ή αντιπαραγωγική, όχι επειδή η επικοινωνία είναι ασήμαντη, αλλά επειδή το άγχος αναδιαμορφώνει τις προσδοκίες και τις ερμηνείες του ασθενούς.

1.4.2. Ανισότητες φύλου, ηλικίας, κοινωνικού μορφωτικού επιπέδου

Παράλληλα με αυτά τα ψυχολογικά εμπόδια, οι κοινωνικές ανισότητες επηρεάζουν έντονα την ποιότητα της επικοινωνίας. Οι ασθενείς δεν εισέρχονται στη συμβουλευτική συνεδρία από ίσες θέσεις γλωσσικής επάρκειας, εκπαιδευτικού επιπέδου, πολιτισμικής εξοικείωσης ή αυτοπεποίθησης. Οι Aelbrecht et al. (2019), χρησιμοποιώντας δεδομένα από 31 χώρες και περισσότερους από 50.000 ασθενείς, διαπίστωσαν ότι η επικοινωνία συσχετιζόταν σημαντικά με τη γλωσσική επάρκεια και το μορφωτικό επίπεδο. Οι ασθενείς με χαμηλότερη γλωσσική επάρκεια ανέφεραν περισσότερες αρνητικές αλληλεπιδράσεις με τους γιατρούς, ενώ οι ασθενείς με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο ήταν πιο πιθανό να βιώσουν θετικές αλληλεπιδράσεις. Οι Svyntozelska et al. (2025), σε μια συστηματική ανασκόπηση 12 μελετών που περιλάμβαναν συνολικά 22.266 συμμετέχοντες, κατέληξαν ομοίως στο συμπέρασμα ότι η μη βέλτιστη διαπροσωπική επικοινωνία ήταν πιο συχνή μεταξύ των εθνοτικών μειονοτήτων και μεταξύ των ατόμων με χαμηλότερη γλωσσική επάρκεια. Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι οι ανισότητες στην επικοινωνία δεν είναι τυχαίες, αλλά τυποποιημένες και επαναλαμβανόμενες, ειδικά στη χρόνια περίθαλψη όπου οι

επαναλαμβανόμενες συμβουλευτικές συνεδρίες απαιτούν σωρευτική κατανόηση και σχεσιακή συνέχεια.

Η εκπαίδευση και ο υγειονομικός αλφαριθμητισμός αντιπροσωπεύουν μια άλλη κρίσιμη διάσταση της ανισότητας. Οι Yumiya et al. (2024), αναλύοντας 11.217 ερωτηματολόγια στην Ιαπωνία, διαπίστωσαν ότι η χαμηλότερη υγειονομική παιδεία συσχετίστηκε με χειρότερη κατανόηση των εξηγήσεων των γιατρών. Πρόσθετοι παράγοντες που συνδέονται με τη χαμηλότερη κατανόηση περιλάμβαναν το αν είναι άνδρες, την έλλειψη τακτικών επισκέψεων σε οικογενειακό γιατρό και την αναφορά χαμηλότερης αντιληπτής υγείας και ευτυχίας. Οι επιπτώσεις είναι σημαντικές. Οι ασθενείς με χαμηλότερη υγειονομική παιδεία μπορεί να φαίνονται παθητικοί, μπερδεμένοι ή μη προσκολλημένοι στις οδηγίες των γιατρών, ενώ στην πραγματικότητα το περιβάλλον επικοινωνίας δεν έχει προσαρμοστεί στις ανάγκες τους. Η χαμηλότερη εκπαίδευση μπορεί να περιορίσει την κατανόηση σύνθετων εξηγήσεων, αλλά μπορεί επίσης να μειώσει την αυτοπεποίθηση να διακόψουν, να κάνουν ερωτήσεις ή να ζητήσουν διευκρινίσεις, εμβαθύνοντας έτσι την ασυμμετρία της συνάντησης.

Το φύλο και η ηλικία τροποποιούν περαιτέρω αυτές τις ανισότητες. Οι Burt et al. (2016), αναλύοντας 1.599.801 απαντήσεις από την Έρευνα Ασθενών Άγγλων Γενικών Ιατρών (English GP Patient Survey), βρήκαν ισχυρές ενδείξεις ότι οι εθνικές διαφορές στην αναφερόμενη επικοινωνία ποικίλλουν τόσο ανάλογα με την ηλικία όσο και το φύλο. Τα μεγαλύτερα κενά παρατηρήθηκαν μεταξύ ηλικιωμένων γυναικών ασθενών από το Πακιστάν και το Μπαγκλαντές και μεταξύ νεότερων ερωτηθέντων που ταξινομήθηκαν ως «Οποιοσδήποτε άλλος λευκός». Αυτό το εύρημα καταδεικνύει ότι το μειονέκτημα είναι διατομεακό και όχι ομοιόμορφο. Ορισμένες ομάδες καταλαμβάνουν θέσεις όπου η ηλικία, το φύλο και η εθνικότητα συνδυάζονται για να ενισχύσουν το επικοινωνιακό μειονέκτημα. Οι Hurtaud et al. (2025) διαπίστωσαν επίσης ότι το γυναικείο φύλο συσχετίστηκε με μεγαλύτερη πιθανότητα να μην εκφράζονται οι ανησυχίες. Οι Merchant et al. (2023) ανέφεραν περαιτέρω ότι η ασυμφωνία φύλου των ασθενών, τα γλωσσικά εμπόδια, η πολιτισμική απόσταση και οι διαφορές κοινωνικής τάξης θεωρήθηκαν ως εμπόδια στην αποτελεσματική επικοινωνία σε ένα μεγάλο ακαδημαϊκό ιατρικό κέντρο. Τα ποιοτικά τους ευρήματα δείχνουν ότι οι έμμεσες προκαταλήψεις των κλινικών ιατρών και η κοινωνική θέση των ασθενών μπορούν να διαμορφώσουν αμοιβαία τον τόνο, τη σαφήνεια και την ισότητα της αλληλεπίδρασης.

Οι διαφορές που σχετίζονται με την ηλικία αποκτούν επίσης ολοένα και μεγαλύτερη σημασία στην ψηφιακή επικοινωνία. Οι Clarke et al. (2020), σε μια μελέτη μικτών μεθόδων σε 104 καρδιαγγειακούς ασθενείς, διαπίστωσαν ότι οι νεότεροι ενήλικες προτιμούσαν τα γραπτά μηνύματα, οι μεσήλικες ενήλικες προτιμούσαν τις τηλεφωνικές κλήσεις και οι ηλικιωμένοι ενήλικες προτιμούσαν την άμεση αλληλεπίδραση με τους παρόχους και τις συνοπτικές πληροφορίες σε χαρτί. Οι ηλικιωμένοι πολίτες εξέφρασαν επίσης μια σαφή επιθυμία για πρόσβαση των φροντιστών στα προσωπικά αρχεία υγείας. Αυτά τα ευρήματα δείχνουν ότι η ηλικία επηρεάζει όχι μόνο το στυλ επικοινωνίας αλλά και το προτιμώμενο μέσο αλληλεπίδρασης και παροχής πληροφοριών. Οι Paige et al. (2022) επέκτειναν αυτή τη συζήτηση στην τηλεϊατρική, δείχνοντας ότι παρόλο που η ικανοποίηση με την εστίαση στον ασθενή ήταν γενικά υψηλή, οι συμμετέχοντες με μέτρια έως υψηλή ψυχολογική δυσφορία και όσοι διατρέχουν υψηλό κίνδυνο χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι σε διάφορους τομείς, ιδίως στην ενσυναίσθηση των παρόχων. Καθώς τα συστήματα υγείας βασίζονται όλο και περισσότερο σε ψηφιακές συναντήσεις, οι κοινωνικές και ψυχολογικές ευαλωτότητες ενδέχεται να επανεμφανιστούν σε νέες μορφές.

Συνολικά, η βιβλιογραφία δείχνει ότι τα εμπόδια επικοινωνίας διαμορφώνονται από τη συναισθηματική κατάσταση και την κοινωνική θέση του ασθενούς. Το άγχος, η αβεβαιότητα, η αμηχανία και ο φόβος της κριτικής μπορούν να περιορίσουν την έκφραση και να διαστρεβλώσουν την κατανόηση, ενώ οι ανισότητες στη γλώσσα, την εκπαίδευση, το φύλο, την ηλικία και την κοινωνική τάξη μπορούν να μειώσουν την επικοινωνιακή πρόσβαση και να ενισχύσουν την ασύμμετρη φροντίδα. Η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ γιατρού και ασθενούς απαιτεί επομένως περισσότερα από μια απλή διαπροσωπική καλή θέληση. Απαιτεί ευαισθησία στα κρυμμένα συναισθήματα, προσαρμογή στην υγειονομική παιδεία και τις γλωσσικές ανάγκες των ασθενών, προσοχή στα διατομεακά μειονεκτήματα και σκόπιμες προσπάθειες για τη δημιουργία συνθηκών στις οποίες οι διαφορετικοί ασθενείς αισθάνονται ασφαλείς, σεβαστοί και ικανοί να συμμετέχουν.

1.5. Η επικοινωνία με ευάλωτες ομάδες

1.5.1. Ογκολογικοί ασθενείς

Η επικοινωνία με ευάλωτες ομάδες παρουσιάζει απαιτητικές προκλήσεις στη σχέση γιατρού-ασθενούς, επειδή η ευαλωτότητα προκύπτει από την αλληλεπίδραση του φορτίου της ασθένειας, της συναισθηματικής δυσφορίας, της μειωμένης αυτονομίας, της πολιτισμικής απόστασης και της περιορισμένης πρόσβασης σε κατανοητές πληροφορίες. Σε αυτά τα πλαίσια, η επικοινωνία δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί ως μια τυπική μεταφορά βιοϊατρικών δεδομένων. Λειτουργεί ως μια σχεσιακή διαδικασία μέσω της οποίας οι ασθενείς ερμηνεύουν τη διάγνωση, την πρόγνωση, τις επιλογές θεραπείας και τις μελλοντικές προσδοκίες. Η βιβλιογραφία για τους ογκολογικούς ασθενείς, τους ηλικιωμένους και τα πολυπολιτισμικά περιβάλλοντα φροντίδας δείχνει ότι τα εμπόδια επικοινωνίας εντός αυτών των ομάδων είναι επαναλαμβανόμενα και συστηματικά και ότι επηρεάζουν την εμπιστοσύνη, τη συμμετοχή, τη λήψη αποφάσεων και τη συνέχεια της φροντίδας.

Μεταξύ των ογκολογικών ασθενών, η επικοινωνία διαμορφώνεται από την αβεβαιότητα, τον φόβο και την ανάγκη συζήτησης σύνθετων θεραπευτικών επιλογών με τρόπους που παραμένουν ακριβείς και ανθρώπινοι. Οι Mack et al. (2018) εξέτασαν την επικοινωνία σχετικά με την πρόγνωση σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες με καρκίνο και διαπίστωσαν ότι οι προγνωστικές πληροφορίες ήταν ιδιαίτερα πολύτιμες, με το 83% των συμμετεχόντων να τις περιγράφουν ως εξαιρετικά σημαντικές ή σημαντικές. Η πιο εκτεταμένη αποκάλυψη προγνωστικών στοιχείων συσχετίστηκε με μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στον ογκολόγο, περισσότερη ηρεμία, περισσότερη ελπίδα που σχετίζεται με την επικοινωνία με τον γιατρό και χαμηλότερη δυσφορία που σχετίζεται με τις προγνωστικές πληροφορίες. Ταυτόχρονα, το 62% των ασθενών ανέφεραν εκτιμήσεις θεραπείας που ήταν πιο αισιόδοξες από αυτές των γιατρών τους. Αυτό δείχνει ότι η επικοινωνία στην ογκολογία δεν παρεμποδίζεται μόνο από τη σιωπή ή την αποφυγή. Ακόμα και όταν κοινοποιούνται πληροφορίες, η παρεξήγηση και το συναισθηματικό φιλτράρισμα μπορεί να παραμείνουν ισχυρά εμπόδια.

Η πολυπλοκότητα της προγνωστικής επικοινωνίας υποστηρίζεται περαιτέρω από τους Nahm et al. (2024), των οποίων η συστηματική ανασκόπηση έδειξε ότι οι συζητήσεις για την πρόγνωση στον προχωρημένο καρκίνο είναι ιδιαίτερα εξατομικευμένες και θα πρέπει να λαμβάνουν χώρα σε διάφορες βασικές στιγμές, όπως η διάγνωση προχωρημένης νόσου, η εξέλιξη της νόσου, το τέλος των αντικαρκινικών επιλογών και οι περιπτώσεις που ο ασθενής ζητά πληροφορίες. Αυτά τα ευρήματα

υποδηλώνουν ότι ένα σημαντικό εμπόδιο στην ογκολογική επικοινωνία δεν έγκειται απλώς στο εάν συζητείται η πρόγνωση, αλλά και στο πότε και πώς ξεκινά η συζήτηση. Ο χρόνος έχει επικοινωνιακή σημασία επειδή οι ασθενείς ποικίλλουν σε ετοιμότητα, συναισθηματική ικανότητα και επιθυμία για λεπτομέρειες. Όταν αυτές οι διαφορές δεν αναγνωρίζονται, η επικοινωνία μπορεί να γίνει είτε ανεπαρκής είτε συντριπτική. Η ενσυναίσθηση έχει επίσης κρίσιμο ρόλο στην επικοινωνία με την ογκολογία. Οι Lelorain et al. (2023), σε μια μετα-ανάλυση 55 μελετών με 12.976 ασθενείς, βρήκαν μια σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της ενσυναίσθησης των γιατρών και των αποτελεσμάτων των ασθενών με καρκίνο. Αυτά τα στοιχεία υποδηλώνουν ότι η ενσυναίσθηση είναι ένας μηχανισμός μέσω του οποίου οι ασθενείς βιώνουν υποστήριξη και ψυχολογική ασφάλεια. Οι Yang et al. (2018) προσθέτουν μια άλλη διάσταση δείχνοντας ότι τα αναφερόμενα από τους ασθενείς αποτελέσματα μπορούν να βελτιώσουν την επικοινωνία μεταξύ των κλινικών ασθενών στην ογκολογία μέσω μεγαλύτερης επίγνωσης των συμπτωμάτων, πιο στοχευμένης συζήτησης και πιο αποτελεσματικών διαβουλεύσεων. Ωστόσο, αυτά τα εργαλεία είναι αποτελεσματικά μόνο όταν οι κλινικοί γιατροί τα χρησιμοποιούν για να προσκαλέσουν τον διάλογο και όχι απλώς να καταγράψουν τα συμπτώματα.

1.5.2. Ηλικιωμένοι

Οι ηλικιωμένοι ενήλικες αποτελούν μια άλλη ευάλωτη ομάδα στην οποία η επικοινωνία συχνά περιπλέκεται από πολυνοσηρότητα, λειτουργική παρακμή, γνωστικούς περιορισμούς και εξάρτηση από άλλους κατά τη διάρκεια της φροντίδας. Οι Pel Littel et al. (2021), σε μια συστηματική ανασκόπηση 28 μελετών, εντόπισαν 149 εμπόδια και 67 παράγοντες που διευκολύνουν την κοινή λήψη αποφάσεων σε ηλικιωμένους ασθενείς με πολλαπλές χρόνιες παθήσεις. Τα εμπόδια περιλάμβαναν κακή υγεία, γνωστική ή σωματική βλάβη, αδύναμες διαπροσωπικές δεξιότητες μεταξύ των επαγγελματιών, πίεση χρόνου και υψηλή εναλλαγή ασθενών. Οι παράγοντες που διευκολύνουν την κοινή λήψη αποφάσεων περιλάμβαναν σαφείς προσκλήσεις συμμετοχής και ευκαιρίες για τους ασθενείς να εκφράσουν προσωπικές αξίες, προτεραιότητες, ανησυχίες για την ποιότητα ζωής και λειτουργικούς στόχους. Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς δεν χαρακτηρίζονται εγγενώς από μειωμένη συμμετοχή, αλλά ότι ο βαθμός εμπλοκής τους εξαρτάται ουσιαστικά από το κατά πόσο οι επαγγελματίες υγείας διαμορφώνουν ένα επικοινωνιακό πλαίσιο που

αναγνωρίζει την ευαλωτότητά τους, διατηρώντας παράλληλα τον σεβασμό στην αυτονομία τους.

Εξάλλου, η επικοινωνία σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή είναι ιδιαίτερα δύσκολη για τους ηλικιωμένους που μετακινούνται σε διαφορετικά περιβάλλοντα φροντίδας. Οι Ozanci et al. (2021), σε μια συστηματική ανασκόπηση 33 μελετών, διαπίστωσαν ότι η κακή επικοινωνία μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης συσχετιζόταν συχνά με αποκλίσεις στη φαρμακευτική αγωγή πριν από το εξιτήριο. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς ανέφεραν την ανάγκη για έγκαιρες, εξατομικευμένες, ακριβείς και γραπτές πληροφορίες σχετικά με τα φάρμακα κατά το εξιτήριο και μετά τη μετάβαση στο σπίτι. Αυτά τα αποτελέσματα δείχνουν ότι τα εμπόδια επικοινωνίας σε αυτόν τον πληθυσμό συνδέονται όχι μόνο με την αλληλεπίδραση του κλινικού ασθενούς κατά τη διάρκεια της διαβούλευσης, αλλά και με την κατακερματισμένη ροή πληροφοριών μεταξύ των ιδρυμάτων υγείας. Οι Gaffney και Hamiduzzaman (2022), ανασκοπώντας 21 μελέτες με 36.797 συμμετέχοντες, κατέληξαν ομοίως στο συμπέρασμα ότι η συμμετοχή των ηλικιωμένων ενηλίκων στην κλινική επικοινωνία εξαρτάται από την πρόσβαση σε κατανοητές πληροφορίες, την φροντίδα με επίκεντρο το άτομο και την εμπιστοσύνη στην αξιοπιστία των επαγγελματιών υγείας.

Για τους ηλικιωμένους που ζουν με άνοια, η επικοινωνιακή πρόκληση γίνεται πιο έντονη. Οι Carpenter et al. (2022), σε μια ανασκόπηση που επικεντρώθηκε στα τμήματα επειγόντων περιστατικών, διαπίστωσαν ότι η έρευνα που αξιολογεί άμεσα τις στρατηγικές επικοινωνίας για άτομα που ζουν με άνοια και τους συντρόφους φροντίδας τους παραμένει περιορισμένη. Ωστόσο, οι υπάρχουσες μελέτες εντόπισαν επαναλαμβανόμενα προβλήματα, όπως η βιαστική επικοινωνία, τα ασυνεπή μηνύματα από τους παρόχους και η περιορισμένη συμμετοχή των φροντιστών στη λήψη αποφάσεων. Αυτό είναι σημαντικό επειδή η επείγουσα περίθαλψη συχνά απαιτεί γρήγορη αξιολόγηση και επείγουσες αποφάσεις, ενώ η άνοια δημιουργεί πρόσθετες ανάγκες για επανάληψη, απλοποίηση και συμπερίληψη έμπιστων υποστηρικτών.

1.5.3. Πολυπολιτισμικά περιβάλλοντα

Πολυπολιτισμικά περιβάλλοντα εισάγουν ένα περαιτέρω επίπεδο πολυπλοκότητας επειδή η γλώσσα, οι πολιτισμικοί κανόνες και η υγειονομική παιδεία επηρεάζουν τον τρόπο ανταλλαγής και ερμηνείας των πληροφοριών. Οι O'Toole et al.

(2019) τονίζουν ότι η επικοινωνία γίνεται πιο δύσκολη όταν σύνθετες κλινικές πληροφορίες και συναισθηματικά φορτισμένα θέματα συνδυάζονται με γλωσσικά και πολιτισμικά εμπόδια. Η αποτελεσματική φροντίδα σε τέτοιες καταστάσεις απαιτεί κάτι περισσότερο από καλή θέληση. Απαιτεί εκπαιδευμένη χρήση διερμηνέων, επίγνωση της πολιτισμικής ποικιλομορφίας στους κανόνες επικοινωνίας και διδασκαλία στους κλινικούς γιατρούς του τρόπου προσαρμογής της γλώσσας και του αλληλεπιδραστικού στυλ. Οι Diamond et al. (2019), σε μια συστηματική ανασκόπηση 33 μελετών, διαπίστωσαν ότι το 76% των μελετών ανέφερε τουλάχιστον ένα καλύτερο αποτέλεσμα για ασθενείς που λάμβαναν φροντίδα από επαγγελματίες υγείας με τους οποίους μπορούσαν να επικοινωνούν στην ίδια γλώσσα. Αυτό υποστηρίζει το επιχείρημα ότι η γλωσσική συμφωνία μπορεί να βελτιώσει την κατανόηση, την ικανοποίηση και την ποιότητα της φροντίδας για ασθενείς με περιορισμένη επάρκεια στα αγγλικά.

Οι Hsueh et al. (2021) παρέχουν μια πιο αναλυτική ερμηνεία, σημειώνοντας ότι η βιβλιογραφία σχετικά με τη γλωσσική συμφωνία παρουσιάζει μεικτά ευρήματα, με τις μελέτες να χωρίζονται μεταξύ θετικών συσχετίσεων και μηδενικών αποτελεσμάτων. Παρόλα αυτά, η ανασκόπησή τους επιβεβαιώνει ότι η γλωσσική συμφωνία παραμένει ένα σημαντικό ζήτημα στις διαπροσωπικές διαδικασίες φροντίδας και αποτελεσμάτων υγείας, ενώ οι μεθοδολογικές αδυναμίες συνεχίζουν να περιορίζουν τη βεβαιότητα. Στην πράξη, αυτό σημαίνει ότι η πολυπολιτισμική επικοινωνία δεν μπορεί να βασίζεται σε υποθέσεις σχετικά με τη δίγλωσση ικανότητα ή την αυτοσχέδια μετάφραση. Απαιτεί θεσμική δέσμευση για προσβάσιμη επικοινωνία και προσεκτική προσοχή στην πραγματική γλωσσική άνεση του ασθενούς. Οι Yilmaz et al. (2019) επεκτείνουν αυτή τη συζήτηση σε ασθενείς με καρκίνο εθνοτικών μειονοτήτων στις δυτικές χώρες. Η συστηματική ανασκόπησή τους διαπίστωσε ότι οι ασθενείς που δεν προέρχονται από δυτικές μειονότητες συχνά έχουν υψηλές ανάγκες πληροφόρησης, ωστόσο οι προτιμήσεις συμμετοχής διαφέρουν μεταξύ των ομάδων. Οι ασθενείς από Λατινοαμερικανικές και Αφροαμερικανικές μειονότητες προτιμούσαν συχνότερα την κοινή ή ενεργή συμμετοχή, ενώ οι ασθενείς από την Ασία και τη Μέση Ανατολή προτιμούσαν συχνότερα την παθητική συμμετοχή. Οι νεότεροι ασθενείς και όσοι έχουν ανώτερη εκπαίδευση, πολιτισμική προσαρμογή και γλωσσική επάρκεια έτειναν να προτιμούν πιο ενεργή συμμετοχή. Αυτά τα ευρήματα υπογραμμίζουν ότι η ευαλωτότητα σε πολυπολιτισμικά περιβάλλοντα δεν είναι ομοιογενής.

Συνολικά, η βιβλιογραφία δείχνει ότι τα εμπόδια επικοινωνίας σε ευάλωτες ομάδες προκύπτουν μέσω διακριτών αλλά επικαλυπτόμενων οδών. Οι ογκολογικοί

ασθενείς αντιμετωπίζουν συναισθηματικά φορτισμένες συζητήσεις σχετικά με την πρόγνωση, τα συμπτώματα και το νόημα της θεραπείας. Οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν εμπόδια που σχετίζονται με την πολυνοσηρότητα, τις γνωστικές και λειτουργικές αλλαγές, τις μεταβάσεις στη φαρμακευτική αγωγή και την εξάρτηση από τους φροντιστές. Οι ασθενείς σε πολυπολιτισμικά περιβάλλοντα αντιμετωπίζουν εμπόδια στη γλωσσική συμφωνία, τις πολιτισμικές προσδοκίες και τους κανόνες συμμετοχής. Και στις τρεις ομάδες, η αποτελεσματική επικοινωνία εξαρτάται από την ενσυναίσθηση, τον συγχρονισμό, την κατανοησιμότητα, τις σαφείς προσκλήσεις για συμμετοχή και την οργανωτική υποστήριξη για εξατομικευμένη αλληλεπίδραση. Η ευαλωτότητα, συνεπώς, συνιστά μια επικοινωνιακή συνθήκη κατά την οποία οι συνήθεις παραδοχές που διέπουν τον κλινικό διάλογο παύουν να είναι επαρκείς, γεγονός που καθιστά αναγκαία την υιοθέτηση πιο προσαρμοσμένων, ευέλικτων και συμπεριληπτικών επικοινωνιακών στρατηγικών.

1.4. Στρατηγικές βελτίωσης της επικοινωνίας ιατρού – ασθενούς

1.4.1. Εκπαίδευση και επιμόρφωση ιατρών σε δεξιότητες επικοινωνίας

Η εκπαίδευση και η συνεχιζόμενη εκπαίδευση σε δεξιότητες επικοινωνίας αποτελούν μία από τις πιο τεκμηριωμένες στρατηγικές για τη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ γιατρών και ασθενών. Τόσο σε προπτυχιακό επίπεδο και την ειδικότητα, όσο και στη συνεχιζόμενη επαγγελματική εκπαίδευση, η βιβλιογραφία δείχνει ότι η επικοινωνία αποτελεί μια διδακτική κλινική ικανότητα. Η δομημένη εκπαίδευση ενισχύει την εστίαση στον ασθενή, την ενσυναίσθηση, την κοινή λήψη αποφάσεων, τη σαφήνεια των εξηγήσεων και την ανταπόκριση στις ανησυχίες των ασθενών. Τα προγράμματα είναι πιο αποτελεσματικά όταν είναι διαχρονικά, βιωματικά, προσανατολισμένα στην ανατροφοδότηση και ενσωματωμένα στην πραγματική κλινική πρακτική αντί να περιορίζονται σε μεμονωμένες διαλέξεις.

Ένα κεντρικό επιχείρημα που προκύπτει από τη βιβλιογραφία είναι ότι η εκπαίδευση στην επικοινωνία θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως βασικό συστατικό της ιατρικής εκπαίδευσης από τα πρώτα στάδια. Οι Karakolias et al. (2025), εστιάζοντας στο ελληνικό σύστημα ιατρικής εκπαίδευσης, έδειξαν ότι μόνο τρεις από τις επτά ιατρικές σχολές προσέφεραν ειδικά μαθήματα επικοινωνίας, ενώ μόνο δύο τα έκαναν υποχρεωτικά, αντιπροσωπεύοντας συνολικά λιγότερο από το 1% των συνολικών πιστωτικών μονάδων ECTS. Αυτό το εύρημα είναι σημαντικό επειδή αποκαλύπτει μια δομική υποτίμηση της επικοινωνίας στα επίσημα προγράμματα σπουδών. Οι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι αυτό το κενό αποδυναμώνει τόσο την ασθενοκεντρική φροντίδα όσο και τους στόχους δημόσιας υγείας, καθώς η αποτελεσματική επικοινωνία ενισχύει την εμπιστοσύνη, την προσήλωση και την υγειονομική παιδεία. Το συμπέρασμά τους υποστηρίζει τη μεταρρύθμιση των προγραμμάτων σπουδών, στην οποία η επικοινωνία και η υγειονομική παιδεία ενσωματώνονται ως διαχρονικές εκπαιδευτικές προτεραιότητες.

Τα εμπειρικά στοιχεία υποστηρίζουν προγράμματα κατάρτισης που συνδυάζουν τη θεωρία με τη βιωματική μάθηση. Οι Barbosa et al. (2019) αξιολόγησαν ένα σύντομο πρόγραμμα σχεσιακών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων για 64 ειδικευόμενους ιατρούς με βάση τυποποιημένες συνεντεύξεις ασθενών και αναστοχαστική πρακτική. Μετά την παρέμβαση, οι ειδικευόμενοι παρείχαν περισσότερο χώρο για την αποκάλυψη των

ενδείξεων και των ανησυχιών των ασθενών και βελτιώθηκαν σημαντικά σε επτά από τις δέκα επικοινωνιακές δεξιότητες που σχετίζονται με τα έκτακτα άσχημα νέα. Αυτά τα οφέλη εμφανίστηκαν είτε αμέσως μετά το πρόγραμμα είτε μετά από τρεις μήνες παρακολούθησης, υποδεικνύοντας ότι ακόμη και σχετικά σύντομες παρεμβάσεις μπορούν να αλλάξουν κλινικά σημαντικές επικοινωνιακές συμπεριφορές.

Τα στοιχεία από εφαρμογές μεγαλύτερης κλίμακας υποστηρίζουν περαιτέρω την πρακτική αξία της εκπαίδευσης. Οι Iversen et al. (2021), μελετώντας ένα ευρύ πρόγραμμα επικοινωνίας στο Νοσοκομείο Lillebaelt στη Δανία, διαπίστωσαν σημαντική βελτίωση στην επικοινωνία με επίκεντρο τον ασθενή μετά από εκπαίδευση με βάση τον Οδηγό Calgary Cambridge. Το μοντέλο της εν λόγω έρευνας έδειξε συντελεστή 1,3 για τη συνολική βαθμολογία επικοινωνίας, με διάστημα εμπιστοσύνης 95% από 0,35 έως 2,3 και τιμή p 0,01. Η διάρκεια της διαβούλευσης δεν αυξήθηκε μετά την εκπαίδευση. Τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι οι γιατροί μπορούν να επικοινωνούν πιο αποτελεσματικά και αποδοτικά όταν έχουν μια σαφή δομή για τη συνέντευξη, την ακρόαση και την απάντηση.

Το περιεχόμενο της εκπαίδευσης στην επικοινωνία έχει επίσης σημασία. Οι Hoffert et al. (2024) εξέτασαν τη σαφή διδασκαλία σε επτά συστηματικές στρατηγικές μεταξύ των ειδικευόμενων του πρώτου έτους, συμπεριλαμβανομένων των Ask Tell Ask, Teach back, ανοιχτών ερωτήσεων, ανοιχτής γλώσσας σώματος, παύσης και απλής γλώσσας. Οι ειδικευόμενοι που έλαβαν εκπαίδευση είχαν σημαντικά καλύτερες επιδόσεις σε συμπεριφορές που σχετίζονται με την κατανόηση του ασθενούς κατά τη διάρκεια της προσομοίωσης. Στην παρακολούθηση έξι μηνών, όλοι οι ερωτηθέντες ανέφεραν ότι χρησιμοποίησαν το Ask Tell Ask, τις ανοιχτές ερωτήσεις και το Teach back στην κλινική πράξη, ενώ το 92% ανέφερε ότι χρησιμοποίησε δηλώσεις NURSE και μη λεκτική επικοινωνία. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν συχνή χρήση των στρατηγικών και το 96% τις έκρινε χρήσιμες ή πολύ χρήσιμες.

Αρκετές μελέτες καταδεικνύουν επίσης ότι η εκπαίδευση στην επικοινωνία μπορεί να βελτιώσει τις ιδιαίτερα εξειδικευμένες μορφές διαβούλευσης. Οι Henselmans et al. (2020), σε μια τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή στην οποία συμμετείχαν 31 ογκολόγοι και 194 ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο, διαπίστωσαν ότι η εκπαίδευση στην κοινή λήψη αποφάσεων είχε μεγάλη θετική επίδραση στην παρατηρούμενη κοινή λήψη αποφάσεων και σημαντική επίδραση στην αναφερόμενη από τον ασθενή κοινή λήψη αποφάσεων. Αντίθετα, ένα βοήθημα επικοινωνίας ασθενούς από μόνο του δεν βελτίωσε την κοινή λήψη αποφάσεων. Αυτό το αποτέλεσμα

υποδηλώνει ότι η εκπαίδευση των γιατρών έχει μεγαλύτερη μετασχηματιστική δυναμική από την απλή παροχή στους ασθενείς προπαρασκευαστικών εργαλείων. Οι Butow et al. (2015) κατέληξαν σε ένα σχετικό συμπέρασμα στην έρευνά τους με ογκολόγους που συζητούσαν την ενημερωμένη συναίνεση για την τυπική θεραπεία και τις κλινικές δοκιμές. Εκπαιδευμένοι γιατροί στην ομάδα της Αυστραλίας και της Νέας Ζηλανδίας έδειξαν σημαντική αύξηση στη συνεργατική επικοινωνία, αν και τα ευρύτερα συμπεριφορικά οφέλη παρέμειναν περιορισμένα.

Οι παρεμβάσεις που επικεντρώνονται στην ενσυναίσθηση αντιπροσωπεύουν ένα άλλο σημαντικό σκέλος της βιβλιογραφίας. Οι Khajeh Azad et al. (2022) αξιολόγησαν ένα οκτάωρο εργαστήριο ενσυναίσθητικής επικοινωνίας για 50 ειδικευόμενους παθολογίας. Η μέση βαθμολογία των ειδικευόμενων στην Κλίμακα Ενσυναίσθησης Jefferson αυξήθηκε από 81,1 σε 96,8 μετά την εκπαίδευση, ενώ οι αξιολογήσεις των ασθενών για την ενσυναίσθηση των ιατρών αυξήθηκαν από 68,3 σε 84,9, και οι δύο με τιμές p κάτω από 0,001. Αυτά τα ευρήματα δείχνουν ότι η ενσυναίσθητική επικοινωνία μπορεί να ενισχυθεί μέσω της εκπαίδευσης και ότι οι βελτιώσεις είναι αισθητές στους ασθενείς και όχι μόνο στους αξιολογητές ή τους ίδιους τους εκπαιδευόμενους.

Τα στοιχεία συστηματικής ανασκόπησης επιβεβαιώνουν τη συνέπεια αυτών των οφελειών σε διαφορετικά πλαίσια. Οι Peimani et al. (2025) εξέτασαν 55 μελέτες σε χρόνια φροντίδα και βρήκαν σημαντική βελτίωση στις συμπεριφορές επικοινωνίας στο 93% των μελετών και στην αυτό-αποτελεσματικότητα και την αυτοπεποίθηση στην επικοινωνία στο 96% των μελετών. Οι περισσότερες παρεμβάσεις συνδύαζαν το παιχνίδι ρόλων με ανατροφοδότηση, διδακτική διδασκαλία και ομαδικό αναστοχασμό. Τα κοινά θέματα εκπαίδευσης περιλάμβαναν βασικές δεξιότητες επικοινωνίας, την ανακοίνωση κακών ειδήσεων, την ενσυναίσθηση και τον προγραμματισμό της εκ των προτέρων φροντίδας. Η ανασκόπηση καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η εκπαίδευση στην επικοινωνία είναι προσαρμόσιμη σε όλα τα περιβάλλοντα χρόνιας φροντίδας και παράγει διαρκή οφέλη σε δεξιότητες, στάσεις και επαγγελματική αυτοπεποίθηση.

Η βιβλιογραφία υποδηλώνει επίσης ότι η αποτελεσματική εκπαίδευση είναι πολύπλευρη και ενισχύεται με την πάροδο του χρόνου. Οι Bellier et al. (2022) περιγράφουν μια παρέμβαση που συνδυάζει εκπαιδευτικές συνεδρίες, διαδραστικό υλικό, ανασκόπηση βιντεοσκοπημένων διαβουλεύσεων και ατομική ανατροφοδότηση. Παρόλο που το άρθρο παρουσιάζει ένα πρωτόκολλο δοκιμής και όχι τελικά αποτελέσματα, ο σχεδιασμός του αντικατοπτρίζει μια σημαντική συμβολή στον τομέα.

Η επικοινωνία αναπτύσσεται πιο αποτελεσματικά όταν οι γιατροί λαμβάνουν επανειλημμένες ευκαιρίες για παρατήρηση, πρακτική, καθοδηγούμενο αναστοχασμό και ανατροφοδότηση απόδοσης. Υπό αυτή την έννοια, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση δεν πρέπει να περιορίζεται σε μεμονωμένα εργαστήρια. Είναι καλύτερο να νοείται ως μια αναπτυξιακή διαδικασία που υποστηρίζεται από την εκπαίδευση του διδακτικού προσωπικού, εργαλεία αξιολόγησης και ευθυγράμμιση μεταξύ των θεσμικών αξιών και της πρακτικής άσκησης. Οι Tavakoly Sany et al. (2020) επέκτειναν τα στοιχεία πέρα από την παρατηρούμενη συμπεριφορά επικοινωνίας, δείχνοντας ότι η εκπαίδευση των γιατρών σε δεξιότητες επικοινωνίας βελτίωσε την υγειονομική παιδεία των ασθενών, την αυτοαποτελεσματικότητα και τη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή, υποδεικνύοντας ότι η εκπαίδευση στην επικοινωνία μπορεί να παράγει μετρήσιμα κλινικά οφέλη μαζί με διαπροσωπικά οφέλη.

Συνολικά, οι έρευνες που παρουσιάστηκαν στην ενότητα αυτή υποστηρίζουν ένα συμπέρασμα, σύμφωνα με το οποίο η εκπαίδευση στις επικοινωνιακές δεξιότητες βελτιώνουν τον τρόπο με τον οποίο οι γιατροί ακούν, εξηγούν, συναισθάνονται και εμπλέκουν τους ασθενείς στη φροντίδα. Οφέλη εμφανίζονται σε όλη την προπτυχιακή εκπαίδευση, την ειδικότητα, την ογκολογία, τη χρόνια φροντίδα και τις νοσοκομειακές συμβουλευτικές υπηρεσίες. Τα πιο αποτελεσματικά προγράμματα είναι δομημένα, βιωματικά και διαχρονικά, και αξιολογούν την επικοινωνία μέσω της παρατηρούμενης συμπεριφοράς, καθώς και της αντίληψης του ασθενούς. Συνεπώς, τα συστήματα υγείας και οι ιατρικές σχολές θα πρέπει να αντιμετωπίζουν την εκπαίδευση στην επικοινωνία ως μια ουσιαστική κλινική επένδυση που ενισχύει την ποιότητα, την ανθρωπιά και την αποτελεσματικότητα της φροντίδας.

1.4.2. Η χρήση της ενσυναίσθησης, της ενεργητικής ακρόασης και των μη λεκτικών σημάτων

Η χρήση της ενσυναίσθησης, της ενεργητικής ακρόασης και των μη λεκτικών σημάτων αποτελεί κεντρική στρατηγική για τη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ γιατρού και ασθενούς, επειδή αυτά τα στοιχεία διαμορφώνουν τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς ερμηνεύουν την προσοχή, τον σεβασμό, την ικανότητα και τη συναισθηματική ασφάλεια κατά τη διάρκεια της συμβουλευτικής. Η επικοινωνία στην υγειονομική περίθαλψη δεν περιορίζεται ποτέ μόνο στην ανταλλαγή πληροφοριών. Οι ασθενείς αξιολογούν εάν ο γιατρός τους καταλαβαίνει, εάν οι ανησυχίες τους

ακούγονται πραγματικά και εάν η αλληλεπίδραση υποστηρίζει την εμπιστοσύνη και τη συμμετοχή. Η βιβλιογραφία δείχνει ότι η ενσυναίσθητική και προσεκτική επικοινωνία βελτιώνει την ικανοποίηση, την εμπιστοσύνη και την αντιληπτή ποιότητα φροντίδας, ενώ παράλληλα επηρεάζει το άγχος, τη συμμόρφωση και τα ευρύτερα αποτελέσματα για την υγεία.

Η ενσυναίσθηση θεωρείται ευρέως ως ένα από τα θεμέλια της αποτελεσματικής κλινικής επικοινωνίας. Οι Neumann et al. (2012) ορίζουν την ενσυναίσθηση του γιατρού ως την ικανότητα κατανόησης της κατάστασης και της οπτικής του ασθενούς και επικοινωνίας αυτής της κατανόησης λεκτικά και μη λεκτικά με τρόπους που οδηγούν σε χρήσιμη θεραπευτική δράση. Αυτός ο ορισμός είναι σημαντικός επειδή ορίζει την ενσυναίσθηση όχι ως ένα ιδιωτικό συναίσθημα αλλά ως ένα παρατηρήσιμο και κλινικά σχετικό συστατικό της πρακτικής. Υπό αυτή την έννοια, η ενσυναίσθηση γίνεται μια επικοινωνιακή δεξιότητα που ενσωματώνει τη νόηση, το συναίσθημα και τη συμπεριφορά. Οι Derksen et al. (2013), σε μια συστηματική ανασκόπηση των γενικών πρακτικών, καταλήγουν ομοίως στο συμπέρασμα ότι η ενσυναίσθηση συνδέεται στενά με την ικανοποίηση του ασθενούς, τη μειωμένη ανησυχία και δυσφορία, τη μεγαλύτερη ενδυνάμωση του ασθενούς και τα καλύτερα κλινικά αποτελέσματα. Η ανασκόπησή τους υποστηρίζει το επιχείρημα ότι η ενσυναίσθηση δεν είναι απλώς ηθικά επιθυμητή αλλά και πρακτικά αποτελεσματική.

Η σημασία της ενσυναίσθησης για τα αποτελέσματα της ιατροασθενικής επικοινωνίας επιβεβαιώνεται και από νεότερες μελέτες που διερευνούν ποια επιμέρους στοιχεία της διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στις πραγματικές κλινικές συναντήσεις. Οι Surchat et al. (2022), αναλύοντας 61 ιατρούς πρωτοβάθμιας φροντίδας και 244 ερωτηματολόγια ασθενών, διαπίστωσαν ότι ο φωνητικός συγχρονισμός μεταξύ ιατρού και ασθενούς ως προς τη μέση θεμελιώδη συχνότητα αποτέλεσε τον μόνο στατιστικά σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για όλα τα εξεταζόμενα αποτελέσματα των ασθενών, όπως η εμπιστοσύνη προς τον ιατρό, η αντιλαμβανόμενη ποιότητα της συμβουλευτικής συνάντησης και η συνολική ικανοποίηση. Αυτό το εύρημα υποδηλώνει ότι η ποιότητα των σχέσεων μεταδίδεται όχι μόνο μέσω του περιεχομένου των λέξεων, αλλά και μέσω της φωνητικής συντονισμού και της συναισθηματικής απήχησης. Οι συγγραφείς διαπίστωσαν επίσης ότι οι γυναίκες γιατροί αξιολόγησαν υψηλότερα το δικό τους ενσυναίσθητικό ενδιαφέρον, ενώ οι άνδρες γιατροί έδειξαν μεγαλύτερο φωνητικό συγχρονισμό, υποδεικνύοντας ότι η αντιληπτή ενσυναίσθηση μπορεί να διαφέρει ανάλογα με το αν αξιολογείται μέσω αυτοαναφοράς ή εξωτερικής

παρατήρησης. Η μελέτη υπογραμμίζει επομένως την ανάγκη να θεωρηθεί η ενσυναίσθηση ως πολυδιάστατη και εν μέρει ενσωματωμένη στη ροή της επικοινωνίας της συμβουλευτικής.

Η ενσυναίσθηση αποκτά ιδιαίτερη σημασία σε συναισθηματικά απαιτητικά περιβάλλοντα. Οι Engel et al. (2023), σε μια συστηματική ανασκόπηση της επικοινωνίας στην παρηγορητική φροντίδα από την οπτική γωνία των ασθενών και των συγγενών, προσδιόρισαν την ενσυναίσθηση ως ένα από τα επτά βασικά θέματα αποτελεσματικής επικοινωνίας. Οι ασθενείς και οι οικογένειες εκτιμούσαν την ανοιχτή και ειλικρινή πληροφόρηση, αλλά τόνισαν επίσης ότι τέτοιες πληροφορίες θα πρέπει να ευθυγραμμίζονται με τη διαδικασία αντιμετώπισης, να παρέχονται σε κατανοητή γλώσσα και να ενσωματώνονται σε μια σχέση φροντίδας. Η ανασκόπηση δείχνει ότι η ενσυναίσθηση βοηθά τους κλινικούς γιατρούς να αντιστοιχίσουν την παροχή πληροφοριών με τη συναισθηματική ετοιμότητα και την ευαλωτότητα των ασθενών και των οικογενειών τους. Αυτό καθιστά την ενσυναίσθηση μια πρακτική στρατηγική για τη διατήρηση της ειλικρίνειας χωρίς να δημιουργείται αποφευκτική δυσφορία. Η ενεργητική ακρόαση συνδέεται στενά με την ενσυναίσθηση, επειδή οι ασθενείς συχνά κρίνουν την ενσυναίσθηση μέσω του κατά πόσον οι ανησυχίες τους γίνονται δεκτές και λαμβάνονται σοβαρά υπόψη. Οι Riegels et al. (2018) το έδειξαν αυτό σε μια πρωτοβουλία βελτίωσης της ποιότητας που χρησιμοποίησε μια δομημένη υπενθύμιση στο ηλεκτρονικό αρχείο υγείας για να ενθαρρύνει τους γιατρούς να ξεκινούν συνεντεύξεις εκμαιεύοντας τις ανησυχίες των ασθενών. Μετά την εφαρμογή, οι βαθμολογίες ακρόασης των γιατρών στην έρευνα Αξιολόγησης Καταναλωτών Παρόχων και Συστημάτων Υγειονομικής Περίθαλψης Νοσοκομείων αυξήθηκαν από 73,6% σε 77%. Οι ανησυχίες των ασθενών που προκλήθηκαν μέσω αυτής της προσέγγισης αφορούσαν συχνότερα συμπτώματα πόνου, την ασθένεια ή την πορεία θεραπείας και τον σχεδιασμό του εξιτηρίου. Η μελέτη είναι σημαντική επειδή δείχνει ότι η ενεργητική ακρόαση μπορεί να ενισχυθεί μέσω απλών αλλαγών στη ροή εργασίας και ότι η ακρόαση αποτελεί μια συμπεριφορά που μπορεί να υποστηριχθεί θεσμικά.

Οι Campos et al. (2024) παρέχουν πιο λεπτομερή στοιχεία σχετικά με τους εμπλεκόμενους μηχανισμούς. Αναλύοντας βιντεοσκοπημένες συναντήσεις γιατρών με ασθενείς, οι συγγραφείς διαπίστωσαν ότι οι διακοπές των γιατρών και οι ερωτήσεις περιεχομένου των ασθενών συσχετίστηκαν αρνητικά με την ικανοποίηση των ασθενών και την αντιληπτή ενσυναίσθηση των γιατρών, ενώ οι συναισθηματικές συμπεριφορές των ασθενών και οι συμβουλές ή οι προτάσεις των γιατρών συσχετίστηκαν θετικά με

τουλάχιστον ένα από αυτά τα αποτελέσματα. Τα ευρήματά τους υπογραμμίζουν τη σημασία της προσοχής στα επικοινωνιακά σήματα. Η ακρόαση επομένως αποτελεί μια ικανότητα αναγνώρισης συναισθηματικών ανοιγμάτων και ανταπόκρισης με τρόπο που υποστηρίζει την κατανόηση και τη σύνδεση.

Η μη λεκτική επικοινωνία ενισχύει περαιτέρω αυτές τις επιδράσεις. Οι Khan et al. (2014) διαπίστωσαν ότι το 86,1% των ερωτηθέντων πίστευε ότι η οπτική επαφή δείχνει την προσοχή του γιατρού και πολλοί ασθενείς εκτιμούσαν το υποστηρικτικό άγγιγμα όταν χρησιμοποιείται με σεβασμό. Προτιμήθηκε η σύντομη αλλά τακτική οπτική επαφή, ενώ το παρατεταμένο βλέμμα προκάλεσε δυσφορία. Αυτά τα ευρήματα καταδεικνύουν ότι οι ασθενείς ερμηνεύουν τις οπτικές και σωματικές συμπεριφορές ως ένδειξη παρουσίας και ανησυχίας. Οι Little et al. (2015) δοκίμασαν μια σύντομη παρέμβαση που στόχευε κυρίως στη μη λεκτική επικοινωνία στη γενική πρακτική και διαπίστωσαν βελτιωμένες αξιολογήσεις των ασθενών στην Κλίμακα Ικανοποίησης Ιατρικής Συνέντευξης, με την ομάδα παρέμβασης να σημειώνει συνολικά 0,23 μονάδες υψηλότερη βαθμολογία. Τα μεγαλύτερα κέρδη εμφανίστηκαν στην ανακούφιση από την αγωνία και την αντιληπτή σχέση, με πρόσθετη βελτίωση στην επικοινωνία, τη συνεργασία και την προαγωγή της υγείας. Τα ευρήματα αυτά δείχνουν ότι ακόμη και μια σύντομη εκπαίδευση ή εστιασμένη βελτίωση σε μη λεκτικές συμπεριφορές, όπως οι χειρονομίες, η ελαφρά κλίση του σώματος προς τον ασθενή, τα σύντομα σημάδια ενεργητικής ακρόασης και ο θερμός τρόπος ολοκλήρωσης της συνάντησης, μπορεί να βελτιώσει τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς βιώνουν την ιατρική επίσκεψη.

Πειραματικά στοιχεία καταλήγουν σε παρόμοια συμπεράσματα. Οι Kraft-Todd et al. (2017) έδειξαν ότι οι γιατροί που επιδεικνύουν ενσυναισθητική μη λεκτική συμπεριφορά αξιολογήθηκαν ως πιο ενσυναισθητικοί και πιο ικανοί από εκείνους που επιδεικνύουν μη ενσυναισθητική συμπεριφορά. Αυτό είναι σημαντικό επειδή ορισμένοι κλινικοί γιατροί μπορεί να φοβούνται ότι η υπερβολική ζεστασιά θα μπορούσε να υπονομεύσει την εξουσία τους. Αντίθετα, η μελέτη υποδηλώνει ότι η κατάλληλη μη λεκτική ενσυναίσθηση ενισχύει αντί να αποδυναμώνει τις αντιλήψεις για την επαγγελματική ικανότητα.

Αυτές οι γνώσεις παραμένουν σχετικές στην τηλεϊατρική, όπου η φυσική απόσταση αλλάζει τον τρόπο με τον οποίο μεταδίδονται τα σχεσιακά σήματα. Οι Rahmanti et al. (2025), χρησιμοποιώντας μια μελέτη Delphi, εντόπισαν εννέα βασικά μη λεκτικά σημάδια για την αξιολόγηση της ενσυναίσθησης των γιατρών στην τηλεϊατρική, όπως η έκφραση του προσώπου, η οπτική επαφή, ο τόνος της φωνής, το

χαμόγελο, το νεύμα του κεφαλιού, η στάση του σώματος, οι χειρονομίες, η απόσταση και τα περιβαλλοντικά σημάδια. Η έκφραση του προσώπου, η οπτική επαφή και ο τόνος της φωνής αναδείχθηκαν ως τα πιο κρίσιμα, με ισχυρή συμφωνία των ειδικών για τη σημασία τους. Συνολικά, η βιβλιογραφία δείχνει ότι η ενσυναίσθηση, η ενεργητική ακρόαση και η μη λεκτική συμπεριφορά δεν αποτελούν δευτερεύουσες βελτιώσεις της ιατρικής συζήτησης, αλλά βασικές στρατηγικές μέσω των οποίων οι γιατροί μεταδίδουν κατανόηση, προσοχή και αξιοπιστία, βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα της αλληλεπίδρασης γιατρού-ασθενούς.

1.4.3. Εφαρμογή της συμμετοχικής λήψης αποφάσεων

Η εφαρμογή της κοινής λήψης αποφάσεων αντιπροσωπεύει μία από τις πιο σημαντικές στρατηγικές για τη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ γιατρού και ασθενούς, επειδή μετατρέπει τη διαβούλευση από μια μονόπλευρη μεταφορά συστάσεων σε μια συνεργατική διαδικασία. Στην κοινή λήψη αποφάσεων, οι κλινικοί γιατροί και οι ασθενείς ανταλλάσσουν πληροφορίες, συγκρίνουν επιλογές, συζητούν κινδύνους και οφέλη, διερευνούν αξίες και καταλήγουν σε αποφάσεις που αντικατοπτρίζουν τόσο τα καλύτερα διαθέσιμα στοιχεία όσο και ό,τι έχει μεγαλύτερη σημασία για τον ασθενή. Η βιβλιογραφία υποδηλώνει ότι αυτή η προσέγγιση βελτιώνει τη γνώση, την κατανόηση του κινδύνου, την ποιότητα λήψης αποφάσεων και τη συμμετοχή των ασθενών, ενώ παράλληλα ενισχύει την εμπιστοσύνη, τη σαφήνεια και τον σεβασμό.

Η εννοιολογική βάση της κοινής λήψης αποφάσεων έχει διευκρινιστεί μέσω πρακτικών μοντέλων διαβούλευσης. Οι Elwyn et al. (2012) πρότειναν ένα μοντέλο τριών βημάτων που βασίζεται στη συζήτηση για την ανάδειξη της δυνατότητας επιλογής, τη συζήτηση για την παρουσίαση και σύγκριση των διαθέσιμων εναλλακτικών και, τέλος, τη συζήτηση για τη διαμόρφωση της τελικής απόφασης. Οι κλινικοί γιατροί πρώτα διευκρινίζουν ότι υπάρχει μια επιλογή, στη συνέχεια περιγράφουν τις διαθέσιμες επιλογές και τέλος βοηθούν τους ασθενείς να σκεφτούν και να εκφράσουν τις προτιμήσεις τους. Οι Elwyn et al. (2017) αργότερα βελτίωσαν αυτήν την προσέγγιση στο μοντέλο τριών συζητήσεων και την μετονόμασαν σε ομαδική συζήτηση, συζήτηση επιλογών και συζήτηση αποφάσεων. Στην αναθεωρημένη έκδοση, δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στην υποστήριξη των ασθενών όταν προκύπτουν

επιλογές, στην ανάδειξη στόχων, στη σύγκριση εναλλακτικών λύσεων και στην καθοδήγηση της διαβούλευσης χωρίς να αφαιρείται η αυτονομία του ασθενούς.

Τα βοηθήματα λήψης αποφάσεων είναι από τα πιο μελετημένα εργαλεία για την εφαρμογή της κοινής λήψης αποφάσεων. Οι Stacey et al. (2024), σε μια ανασκόπηση 209 μελετών που αφορούσαν 107.698 συμμετέχοντες, διαπίστωσαν ότι τα βοηθήματα λήψης αποφάσεων για τους ασθενείς πιθανώς αύξησαν τη συμφωνία μεταξύ των ενημερωμένων αξιών και των επιλογών φροντίδας, με λόγο κινδύνου 1,75. Βελτίωσαν επίσης τη γνώση κατά 11,90 μονάδες, αύξησαν τις ακριβείς αντιλήψεις κινδύνου, μείωσαν το αίσθημα έλλειψης πληροφόρησης, διευκρίνισαν τις προσωπικές αξίες και μείωσαν την παθητικά ελεγχόμενη από τον κλινικό ιατρό λήψη αποφάσεων. Σημαντικό είναι ότι τα βοηθήματα λήψης αποφάσεων που χρησιμοποιήθηκαν για την προετοιμασία των διαβουλεύσεων δεν παρέτειναν τις διαβουλεύσεις, ενώ αυτά που χρησιμοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της διαβούλευσης αύξησαν τη διάρκεια μόνο κατά 1,5 λεπτό κατά μέσο όρο. Αυτά τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι η δομημένη υποστήριξη για τη διαβούλευση μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα των αποφάσεων χωρίς να δημιουργήσει μη διαχειρίσιμα χρονικά βάρη.

Πιο εστιασμένα στοιχεία από την ογκολογία καταλήγουν σε παρόμοια συμπεράσματα. Οι McAlpine et al. (2018), ανασκοπώντας 46 δοκιμές βοηθημάτων λήψης αποφάσεων για αποφάσεις που σχετίζονται με τον καρκίνο, διαπίστωσαν βελτιώσεις στη γνώση, την ακριβή αντίληψη του κινδύνου, τη συμφωνία επιλογής αξίας, τη σύγκρουση αποφάσεων και τη μειωμένη αναποφασιστικότητα. Σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, οι χρήστες βοηθημάτων λήψης αποφάσεων είχαν μια σταθμισμένη μέση αύξηση στη γνώση κατά 12,88 μονάδες και έδειξαν μεγαλύτερη συμφωνία επιλογής. Παρατηρήθηκε επίσης μειωμένη ελεγχόμενη από τον κλινικό ιατρό λήψη αποφάσεων και λιγότεροι αναποφασιστοί ασθενείς. Αυτά τα ευρήματα είναι ιδιαίτερα σημαντικά στη φροντίδα του καρκίνου, όπου οι αποφάσεις είναι συχνά ευαίσθητες στις προτιμήσεις και συναισθηματικά απαιτητικές.

Η χρησιμότητα αυτών των εργαλείων δεν περιορίζεται σε προγραμματισμένα ή χρόνια περιβάλλοντα φροντίδας. Οι Coronado Vázquez et al. (2019) διαπίστωσαν ότι τα εργαλεία κοινής υποστήριξης αποφάσεων στα τμήματα επείγοντων περιστατικών βελτίωσαν τη γνώση, την ικανοποίηση και τη σύγκρουση αποφάσεων των ασθενών, αν και η εφαρμογή παρέμεινε περιορισμένη από τις υποθέσεις ότι οι ασθενείς προτιμούν οι γιατροί να αποφασίζουν και από την πίεση χρόνου στην επείγουσα φροντίδα. Τα εργαλεία λήψης αποφάσεων από μόνα τους δεν επαρκούν εάν οι κλινικοί γιατροί δεν

είναι εκπαιδευμένοι να τα χρησιμοποιούν αποτελεσματικά. Οι Dobler et al. (2019), εξετάζοντας τα βοηθήματα λήψης αποφάσεων που χρησιμοποιήθηκαν κατά τη διάρκεια κλινικών συναντήσεων, ανέφεραν ότι οι διαβουλεύσεις δεν παρατάθηκαν σε 9 από τις 13 δοκιμές και ότι τα βοηθήματα λήψης αποφάσεων θα μπορούσαν να βελτιώσουν την ικανοποίηση των κλινικών γιατρών από τη λήψη αποφάσεων. Ωστόσο, οι εκβάσεις που αφορούσαν την οπτική των κλινικών ιατρών δεν αξιολογήθηκαν με συστηματικό τρόπο, γεγονός που υποδηλώνει ότι η επιτυχής εφαρμογή των συγκεκριμένων εργαλείων εξαρτάται εν μέρει από το κατά πόσο οι ίδιοι οι ιατροί τα αντιλαμβάνονται ως λειτουργικά και υποστηρικτικά για την κλινική πράξη και όχι ως παράγοντες που διαταράσσουν τη ροή της συνάντησης. Οι Müller et al. (2019) έδειξαν ομοίως ότι οι στρατηγικές αξιολόγησης για την εκπαίδευση των παρόχων στην κοινή λήψη αποφάσεων ποικίλλουν σημαντικά μεταξύ των μελετών. Οι περισσότερες αξιολογήσεις χρησιμοποίησαν αποτελέσματα που αναφέρθηκαν από κλινικούς γιατρούς, ενώ λιγότερες περιλάμβαναν αποτελέσματα που αναφέρθηκαν από ασθενείς ή αποτελέσματα που αξιολογήθηκαν από παρατηρητές. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι χρειάζεται ένα πιο τυποποιημένο πλαίσιο αξιολόγησης, πράγμα που υποδηλώνει ότι η κοινή λήψη αποφάσεων θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μια εκπαιδευτική και μετρήσιμη πρακτική επικοινωνίας.

Τα στοιχεία σχετικά με την εκπαίδευση των παρόχων ενισχύουν αυτό το συμπέρασμα. Οι Yu et al. (2022), σε έρευνα που διεξήγαγαν σε 309 γιατρούς στην Κορέα, διαπίστωσαν ότι, παρόλο που το 69,9% ανέφερε ότι χρησιμοποιούσε την κοινή λήψη αποφάσεων στην πράξη, το 59,9% πίστευε ότι δεν εφαρμοζόταν σωστά. Μόνο το 12,3% είχε λάβει εκπαίδευση σχετικά με την κοινή λήψη αποφάσεων κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης. Τα αναφερόμενα εμπόδια ήταν η έλλειψη χρόνου, η ανεπαρκής εκπαιδευτική ύλη και τα εργαλεία και η έλλειψη εκπαίδευσης. Οι γιατροί που είχαν λάβει εκπαίδευση ήταν πιο πιθανό να αντιλαμβάνονται τους εαυτούς τους ως χρήστες της κοινής λήψης αποφάσεων και λιγότερο πιθανό να αναφέρουν τον χρόνο και την εκπαίδευση ως εμπόδια.

Η σημασία της επαγγελματικής εκπαίδευσης τονίζεται επίσης σε μελέτες παρέμβασης. Οι Légaré et al. (2018), σε μια ανασκόπηση για παρεμβάσεις που απευθύνονται σε ασθενείς, επαγγελματίες ή και στους δύο, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα στοιχεία παρέμειναν χαμηλής ή πολύ χαμηλής βεβαιότητας σχετικά με το ποιες στρατηγικές αυξάνουν καλύτερα τη χρήση της κοινής λήψης αποφάσεων από τους επαγγελματίες υγείας. Παρ' όλα αυτά, οι παρεμβάσεις που απευθύνονται σε

επαγγελματίες έδειξαν ορισμένες θετικές επιπτώσεις στην παρατηρούμενη κοινή λήψη αποφάσεων και οι συνδυασμένες παρεμβάσεις παρήγαγαν μερικές φορές καλύτερα αποτελέσματα. Τα επιφυλακτικά συμπεράσματα των Légaré et al. (2018) ωστόσο, δεν υπονομεύουν την αξία της κοινής λήψης αποφάσεων. Αντίθετα, αποκαλύπτουν ότι η εφαρμογή απαιτεί καλύτερα σχεδιασμένες παρεμβάσεις, ισχυρότερη αξιολόγηση και μεγαλύτερη προσοχή στο πλαίσιο.

Οι παράμετροι της ισότητας έχουν επίσης σημασία. Οι Perez Jolles et al. (2019), σε μια συστηματική ανασκόπηση ασθενών από φυλετικές και εθνικές μειονότητες στις Ηνωμένες Πολιτείες, διαπίστωσαν ότι οι προτιμήσεις λήψης αποφάσεων κυμαίνονταν από στυλ που καθοδηγούνται από τον γιατρό έως προσεγγίσεις που καθοδηγούνται από τον ασθενή και ότι τα εμπόδια διέφεραν σημαντικά μεταξύ των ομάδων. Οι συγγραφείς υποδεικνύουν ότι οι πάροχοι μπορεί να χρειάζονται εκπαίδευση για να υποστηρίξουν μια σταδιακή μετάβαση από την παθητική σε πιο ενεργή συμμετοχή των ασθενών καθώς αναπτύσσεται η εμπιστοσύνη και η σχέση μεταξύ τους. Αυτή η υπενθύμιση δείχνει ότι η κοινή λήψη αποφάσεων δεν πρέπει να επιβάλλεται ως ενιαίο σενάριο, καθώς απαιτεί πολιτισμική ευαισθησία, ευελιξία και αναγνώριση ότι οι προτιμήσεις συμμετοχής διαμορφώνονται από την εμπειρία, την αυτοπεποίθηση και το κοινωνικό πλαίσιο.

Συνολικά, η βιβλιογραφία υποστηρίζει ένα συμπέρασμα, σύμφωνα με το οποίο η κοινή λήψη αποφάσεων βελτιώνει την επικοινωνία γιατρού-ασθενούς δομώντας την επιλογή, διευκρινίζοντας τις πληροφορίες, ευθυγραμμίζοντας τις αποφάσεις με τις αξίες των ασθενών και ενθαρρύνοντας την ενεργό συμμετοχή. Η επιτυχής εφαρμογή της εξαρτάται από πρακτικά μοντέλα διαβούλευσης, βοηθήματα λήψης αποφάσεων υψηλής ποιότητας, εκπαίδευση κλινικών ιατρών και ευαισθησία στην πίεση του χρόνου και την ποικιλομορφία στις προτιμήσεις των ασθενών. Όταν υπάρχουν αυτές οι συνθήκες, η κοινή λήψη αποφάσεων λειτουργεί ως αποτελεσματική επικοινωνιακή στρατηγική για καλύτερη φροντίδα.

1.4.4. Αξιοποίηση τεχνολογίας και τηλεϊατρικής στη βελτίωση της επικοινωνίας

Η χρήση της τεχνολογίας και της τηλεϊατρικής έχει γίνει μια σημαντική στρατηγική για τη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ γιατρών και ασθενών, επειδή μπορεί να διευρύνει την πρόσβαση, να ενισχύσει τη συνέχεια, να αυξήσει τη διαφάνεια και να δημιουργήσει πρόσθετα κανάλια ανταλλαγής πληροφοριών πέρα από την

παραδοσιακή διαβούλευση πρόσωπο με πρόσωπο. Ωστόσο, τα ψηφιακά εργαλεία δεν βελτιώνουν την επικοινωνία απλώς και μόνο επειδή είναι διαθέσιμα. Η επικοινωνιακή τους αξία εξαρτάται από το αν υποστηρίζουν την κατανόηση, τη σχεσιακή σύνδεση, τη συμμετοχή των ασθενών και την έγκαιρη παρακολούθηση. Η βιβλιογραφία σχετικά με την ασφαλή ανταλλαγή μηνυμάτων, την πρόσβαση σε ηλεκτρονικά αρχεία υγείας και την τηλεϊατρική υποδηλώνει ότι η τεχνολογία μπορεί να βελτιώσει την επικοινωνία, αλλά μόνο όταν λαμβάνονται σοβαρά υπόψη η χρηστικότητα, η ιδιωτικότητα, η επαγγελματική εκπαίδευση και η αλληλεπίδραση με επίκεντρο τον ασθενή.

Ένα κεντρικό θέμα σε αυτόν τον τομέα είναι η πρόσβαση των ασθενών σε ηλεκτρονικά αρχεία υγείας μέσω ασφαλών ηλεκτρονικών πυλών. Οι Tapuria et al. (2021), σε μια συστηματική ανασκόπηση 74 εργασιών, διαπίστωσαν ότι 54 μελέτες ανέφεραν θετικά αποτελέσματα από την πρόσβαση των ασθενών στα αρχεία τους, συμπεριλαμβανομένης της καθυστέρησης, της μείωσης του άγχους, των καλύτερων συμβουλευτικών διαβουλεύσεων, των ισχυρότερων σχέσεων μεταξύ γιατρών και ασθενών, της αυξημένης συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή και, σε ορισμένους πληθυσμούς, της βελτίωσης της αρτηριακής πίεσης και του γλυκαιμικού ελέγχου. Ωστόσο, η ανασκόπηση εντόπισε επίσης ανησυχίες σχετικά με την ασφάλεια, την εμπιστευτικότητα και την πιθανότητα η πρόσβαση στις πληροφορίες να μπορεί η ίδια να προκαλεί άγχος. Αυτά τα ευρήματα δείχνουν ότι η διαφάνεια μπορεί να βελτιώσει την επικοινωνία καθιστώντας τις πληροφορίες πιο προσβάσιμες και αναθεωρήσιμες, ωστόσο το ψηφιακό άνοιγμα απαιτεί επίσης προσεκτικό σχεδιασμό και υποστήριξη.

Οι Alomar et al. (2024) ενισχύουν αυτό το συμπέρασμα στη συστηματική ανασκόπηση 18 μελετών σχετικά με την πρόσβαση των ασθενών σε ηλεκτρονικά αρχεία υγείας και τη συμμετοχή στην υγειονομική περίθαλψη. Εντόπισαν μια θετική συσχέτιση μεταξύ της πρόσβασης στα αρχεία και έξι διαστάσεων της συμμετοχής, συμπεριλαμβανομένης της συμμόρφωσης στη θεραπεία, της αυτοδιαχείρισης, της ενδυνάμωσης, της ποιότητας επικοινωνίας και σχέσεων, της ικανοποίησης των ασθενών και των αποτελεσμάτων υγείας. Οι συγγραφείς επεσήμαναν επίσης ζητήματα και εμπόδια χρηστικότητας, γεγονός που υποδηλώνει ότι τα επικοινωνιακά οφέλη της πρόσβασης στα αρχεία συνδέονται στενά με το εάν οι ασθενείς μπορούν πραγματικά να βρουν και να ερμηνεύσουν τις πληροφορίες που λαμβάνουν. Υπό αυτή την έννοια, η τεχνολογία υποστηρίζει την επικοινωνία πιο αποτελεσματικά όταν επιτρέπει στους ασθενείς όχι μόνο να βλέπουν δεδομένα αλλά και να συμμετέχουν πιο ενεργά στη φροντίδα τους.

Οι ψηφιακές πύλες (portals) ασθενών είναι επίσης σημαντικές επειδή επιτρέπουν τις άμεσες ψηφιακές ανταλλαγές μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών. Οι Antonio et al. (2020), σε μια γενική ανασκόπηση 14 συστηματικών ανασκοπήσεων, διαπίστωσαν ότι το ενδιαφέρον των ασθενών για τη χρήση πυλών για επικοινωνία ήταν από τα ισχυρότερα και πιο συνεπή ευρήματα στη βιβλιογραφία. Η ασφαλής ανταλλαγή μηνυμάτων και η κράτηση ραντεβού αναφέρθηκαν σε όλες τις συμπεριλαμβανόμενες ανασκοπήσεις, δείχνοντας ότι οι λειτουργίες επικοινωνίας έχουν καταστεί κεντρικές για την υιοθέτηση των πυλών. Η ανασκόπηση διαπίστωσε επίσης ότι η απλή εμφάνιση πληροφοριών ήταν ιδιαίτερα σημαντική, υποδηλώνοντας ότι η επικοινωνία μέσω ψηφιακών συστημάτων διαμορφώνεται όχι μόνο από το περιεχόμενο αλλά και από τη σαφήνεια και την ευκολία χρήσης της διεπαφής.

Οι εμπειρίες των επαγγελματιών με τις πύλες ασθενών αποκαλύπτουν τόσο πλεονεκτήματα όσο και πίεση. Οι Laukka et al. (2020), σε μια ποιοτική συστηματική ανασκόπηση, εντόπισαν θετικές εμπειρίες όπως καλύτερη εμπλοκή των ασθενών και βελτιωμένα αποτελέσματα για τους ασθενείς, αλλά και αρνητικές εμπειρίες που σχετίζονται με τον φόρτο εργασίας, την κακή λειτουργικότητα της πύλης και την ανεπαρκή εκπαίδευση. Αυτά τα αποτελέσματα συμφωνούν με τους Voruganti et al. (2017), των οποίων η ανασκόπηση 47 διαδικτυακών εργαλείων επικοινωνίας σε 68 χρόνιες παθήσεις διαπίστωσε ότι πολλά εργαλεία υποστήριζαν την αναφορά συμπτωμάτων, την αυτοδιαχείριση και την κοινοποίηση συμπτωμάτων μεταξύ των επισκέψεων. Τα περισσότερα εργαλεία περιλάμβαναν λειτουργίες εκτός από την επικοινωνία, όπως σχέδια φροντίδας και ιχνηλάτες συμπτωμάτων, υποδεικνύοντας ότι η ψηφιακή επικοινωνία συχνά ενσωματώνεται σε ευρύτερα μοντέλα χρόνιας φροντίδας. Ωστόσο, η ανασκόπηση πρότεινε επίσης περιορισμένη ανάπτυξη εργαλείων επικοινωνίας που βασίζονται σε ομάδες, παρά τη σημασία της διεπιστημονικής φροντίδας στη διαχείριση χρόνιων παθήσεων.

Ωστόσο, η παρουσία ψηφιακών καναλιών δεν εγγυάται επικοινωνία με επίκεντρο τον ασθενή. Οι Alpert et al. (2017), αναλύοντας 193 μηνύματα σε ένα μεγάλο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς έστειλαν σχεδόν διπλάσια μηνύματα από τους παρόχους και ότι το 53,4% των απαντήσεων των παρόχων δεν περιλάμβανε οικοδόμηση συνεργασίας ή υποστηρικτική συζήτηση. Αυτό είναι ένα σημαντικό εύρημα επειδή δείχνει ότι η ψηφιακή επικοινωνία μπορεί εύκολα να γίνει τυπική ή συναλλακτική. Όταν οι κλινικοί γιατροί ανταποκρίνονται χωρίς

διάθεση επικοινωνίας, η ασφαλής ανταλλαγή μηνυμάτων μπορεί να μην ενδυναμώνει τη θεραπευτική σχέση, ακόμη και όταν βελτιώνει την πρόσβαση και την ανταπόκριση.

Οι Patra et al. (2024), σε μια ανασκόπηση 47 άρθρων σχετικά με τις αλλαγές στην επικοινωνία κατά τη διάρκεια της COVID-19, διαπίστωσαν ότι οι εικονικές συμβουλευτικές υπηρεσίες άλλαξαν τους στόχους, τις διαδικασίες, τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και τις περιβαλλοντικές συνθήκες επικοινωνίας. Τα αναφερόμενα οφέλη περιλάμβαναν την ευκολία, την οικονομική προσιτότητα και τη συνέχεια, ενώ οι προκλήσεις περιλάμβαναν ανησυχίες για την προστασία της ιδιωτικής ζωής, περισπασμούς στο σπίτι και μειωμένη εμπιστοσύνη στην ποιότητα της επικοινωνίας. Οι Ritunga et al. (2024) εντόπισαν ομοίως προκλήσεις πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τις οπτικοακουστικές τηλεϊατρικές συμβουλευτικές υπηρεσίες, συμπεριλαμβανομένης της προετοιμασίας του οπτικού περιβάλλοντος, της διαχείρισης τεχνικών δυσκολιών, της διατήρησης της εμπιστευτικότητας και της διατήρησης της ενσυναίσθησης και της σύνδεσης γιατρού-ασθενούς κατά τη διάρκεια της συνάντησης. Αυτές οι μελέτες δείχνουν ότι η τηλεϊατρική απαιτεί διαφορετική προετοιμασία, επίγνωση και επικοινωνιακή πειθαρχία.

Η σχεσιακή διάσταση της τηλεϊατρικής αποτυπώνεται στην έννοια της θεραπευτικής σχεσιακής σύνδεσης. Οι Duffy et al. (2023) την ορίζουν ως μια αμοιβαία ανταποκρινόμενη σχέση που βασίζεται στον σεβασμό, την κατανόηση, την παρουσία, την ενσυναίσθηση και την ικανότητα αξιολόγησης των ανησυχιών των ασθενών, ενώ παράλληλα εργάζονται για έναν θεραπευτικό στόχο. Η ανάλυσή τους υποδηλώνει ότι η τηλεϊατρική μπορεί να υποστηρίξει την προσήλωση, τη συνεργατική λήψη αποφάσεων, την αντιμετώπιση και την ικανοποίηση όταν οι κλινικοί γιατροί καλλιεργούν σκόπιμα τη σχεσιακή σύνδεση αντί να βασίζονται μόνο στην τεχνική αποτελεσματικότητα. Ο Henry et al. (2017) διαπίστωσαν επίσης ότι η τηλεϊατρική φροντίδα εξαρτάται από διαπροσωπικές συμπεριφορές όπως η οικοδόμηση σχέσης, η προσαρμογή του ρυθμού επικοινωνίας, η ευαισθησία στις οπτικές ενδείξεις και η προσοχή στην εμπιστευτικότητα και το περιβάλλον. Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι η επικοινωνία στην τηλεϊατρική πρέπει να μαθαίνεται και να υποστηρίζεται ενεργά.

Συνολικά, τα στοιχεία υποδηλώνουν ότι η τεχνολογία και η τηλεϊατρική μπορούν να βελτιώσουν την επικοινωνία μεταξύ γιατρών και ασθενών αυξάνοντας την πρόσβαση σε πληροφορίες, υποστηρίζοντας τη συμμετοχή, επεκτείνοντας την επαφή πέρα από τις επισκέψεις και διευκολύνοντας την αυτοδιαχείριση. Ταυτόχρονα, τα ψηφιακά συστήματα μπορούν να δημιουργήσουν νέα εμπόδια όταν οι πλατφόρμες

είναι δύσκολο να χρησιμοποιηθούν, η επικοινωνία στερείται διαπροσωπικού χαρακτήρα, το απόρρητο είναι αβέβαιο ή οι κλινικοί γιατροί δεν είναι επαρκώς εκπαιδευμένοι. Για το λόγο αυτό, η επιτυχημένη τεχνολογική καινοτομία στην επικοινωνία εξαρτάται όχι μόνο από την υποδομή αλλά και από την απλότητα του σχεδιασμού, την οργανωτική υποστήριξη, τον αλφαριθμητισμό των ασθενών και την επαγγελματική εκπαίδευση σε ψηφιακές σχεσιακές δεξιότητες. Χρησιμοποιούμενη με σύνεση, η τεχνολογία δεν αντικαθιστά την ανθρώπινη επικοινωνία, αλλά μπορεί να την διευρύνει, να την ενισχύσει και μερικές φορές να την εμβαθύνει σε βάθος χρόνου, τόπου και περιβάλλοντος φροντίδας.

1.4.5. Ενίσχυση της εμπιστοσύνης μέσω διαφάνειας και ασθενοκεντρικών πρακτικών

Η ενίσχυση της εμπιστοσύνης μέσω της διαφάνειας και των πρακτικών που επικεντρώνονται στον ασθενή αποτελεί σημαντική στρατηγική για τη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ γιατρού και ασθενούς, επειδή η εμπιστοσύνη διαμορφώνει το κατά πόσον οι ασθενείς αποκαλύπτουν ανησυχίες, αποδέχονται συστάσεις και παραμένουν αφοσιωμένοι στη φροντίδα. Η εμπιστοσύνη δεν παράγεται μόνο από την καλή θέληση, αλλά αναπτύσσεται όταν οι ασθενείς αντιμετωπίζουν τους κλινικούς ιατρούς και τα συστήματα υγείας ως ειλικρινείς, ικανούς και ανταποκρινόμενους σε ό,τι έχει σημασία για αυτούς. Η βιβλιογραφία δείχνει ότι η διαφανής επικοινωνία, η συμμετοχή των ασθενών, η πρόσβαση σε πληροφορίες και οι ειλικρινείς απαντήσεις σε λάθη μπορούν να ενισχύσουν την εμπιστοσύνη, ειδικά όταν ενσωματώνονται σε μια ευρύτερη προσέγγιση που επικεντρώνεται στον ασθενή.

Η διαφάνεια συζητείται όχι μόνο ως ηθική αρχή αλλά και ως πρακτική οικοδόμησης εμπιστοσύνης. Οι Montgomery et al. (2020) υποστηρίζουν ότι η διαφάνεια καθίσταται ιδιαίτερα σημαντική όταν η εμπιστοσύνη είναι εύθραυστη, απουσιάζει ή έχει πρότερα μειωθεί. Στην υγειονομική περίθαλψη, η διαφάνεια περιλαμβάνει ανοιχτή συζήτηση κλινικών πληροφοριών, υποστήριξη για κοινή λήψη αποφάσεων και ειλικρινή επικοινωνία σχετικά με το πώς επηρεάζεται η φροντίδα από την αβεβαιότητα ή τα ανεπιθύμητα συμβάντα. Αυτή η προοπτική είναι σημαντική επειδή μετατοπίζει τη διαφάνεια από μια παθητική δημοσίευση πληροφοριών σε μια ενεργή σχεσιακή στρατηγική. Ο Lee (2017) θέτει ένα παρόμοιο σημείο στο πλαίσιο

των διαδικτυακών αξιολογήσεων ασθενών, υποδηλώνοντας ότι η αυξανόμενη δημόσια πρόσβαση σε αξιολογήσεις και σχόλια αναγκάζει τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης να διευκρινίσουν γιατί επιδιώκουν τη διαφάνεια, για ποιον και μέσω ποιων καναλιών. Με άλλα λόγια, η διαφάνεια δεν είναι πλέον προαιρετική πολιτική, αλλά μέρος του τρόπου με τον οποίο τα ιδρύματα και οι κλινικοί γιατροί κρίνονται δημόσια και πώς διαπραγματεύεται η εμπιστοσύνη.

Ένα από τα πιο ξεκάθαρα παραδείγματα διαφάνειας στην πράξη είναι το κίνημα OpenNotes, το οποίο επιτρέπει στους ασθενείς να διαβάζουν τις σημειώσεις επισκέψεων των κλινικών γιατρών μέσω ηλεκτρονικών πυλών. Οι Crotty et al. (2016), διερευνώντας τις στάσεις των ειδικευόμενων και των καθηγητών απέναντι στις ανοιχτές σημειώσεις, διαπίστωσαν τόσο ενθουσιασμό όσο και αμφιθυμία. Οι συμμετέχοντες αναγνώρισαν εκπαιδευτικά και κλινικά οφέλη, συμπεριλαμβανομένων καλύτερων σημειώσεων και πιο αφοσιωμένων ασθενών, αλλά ανησυχούσαν για τον αυξημένο φόρτο εργασίας, την αβεβαιότητα σχετικά με το στυλ των σημειώσεων και την πιθανή πίεση στη σχέση ασθενούς-γιατρού. Αυτές οι ανησυχίες έχουν σημασία επειδή δείχνουν ότι η διαφάνεια απαιτεί επαγγελματική προσαρμογή και εκπαιδευτική προετοιμασία. Ωστόσο, στοιχεία από μελέτες εμπειρίας ασθενών υποδηλώνουν ότι το συνολικό αποτέλεσμα είναι θετικό. Οι Bell et al. (2017), χρησιμοποιώντας δεδομένα από 99 γιατρούς και 4.592 ασθενείς που διάβασαν τουλάχιστον μία σημείωση, διαπίστωσαν ότι σχεδόν όλοι οι ασθενείς ένιωθαν είτε καλύτερα είτε το ίδιο για τον γιατρό τους μετά την ανάγνωση των σημειώσεων. Μόνο το 7% επικοινωνήσε με το ιατρείο σχετικά με μια σημείωση, και μεταξύ αυτών, το 29% αντιλήφθηκε ένα σφάλμα, ενώ το 85% ήταν ικανοποιημένο με την επίλυσή του θέματός του. Μετά από ένα χρόνο, το 53% των γιατρών πίστευε ότι η ικανοποίηση των ασθενών είχε αυξηθεί και το 51% πίστευε ότι οι ασθενείς τους εμπιστεύονταν περισσότερο. Εξάλλου, κανένας γιατρός δεν ανέφερε ότι παρήγγειλε περισσότερες εξετάσεις ή παραπομπές λόγω της κοινής χρήσης σημειώσεων.

Οι Walker et al. (2019) παρέχουν ακόμη πιο ισχυρά στοιχεία μεγάλης κλίμακας. Μεταξύ των 22.947 ερωτηθέντων που ανέφεραν ότι διάβασαν μία ή περισσότερες σημειώσεις, το 72,62% δήλωσε ότι η ανάγνωση σημειώσεων ήταν πολύ σημαντική για να τους βοηθήσει να φροντίσουν την υγεία τους, το 69,85% για να αισθάνονται ότι έχουν τον έλεγχο της φροντίδας τους και το 65,82% για να θυμούνται το σχέδιο φροντίδας. Λίγοι ανέφεραν ότι ένιωσαν μεγάλη σύγχυση ή περισσότερο ανησυχία, μετά την ανάγνωση των σημειώσεων. Σχεδόν όλοι οι ερωτηθέντες θεώρησαν ότι η

πρόσβαση στις σημειώσεις επισκέψεων ήταν καλή ιδέα. Είναι σημαντικό ότι ομάδες που συχνά θεωρούνται υπο-εξυπηρετούμενες, συμπεριλαμβανομένων των λιγότερο μορφωμένων, μη λευκών, ηλικιωμένων και ισπανόφωνων ασθενών, ανέφεραν ιδιαίτερα ισχυρά οφέλη. Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι η διαφάνεια μπορεί να ενισχύσει την εμπιστοσύνη όχι μόνο αυξάνοντας την ανοιχτότητα αλλά και μειώνοντας την ασυμμετρία πληροφόρησης και υποστηρίζοντας την αίσθηση ελέγχου των ασθενών.

Η εμπιστοσύνη συνδέεται επίσης στενά με την ποιότητα της επικοινωνίας με επίκεντρο τον ασθενή κατά τη διάρκεια κλινικών συναντήσεων. Οι Asan et al. (2021), αναλύοντας δεδομένα από 14.425 άτομα, διαπίστωσαν ότι οι καλύτερες αξιολογήσεις των ασθενών για την επικοινωνία των κλινικών ιατρών συσχετίστηκαν σημαντικά με μεγαλύτερη εμπιστοσύνη στους κλινικούς ιατρούς ως πηγές πληροφοριών για την υγεία. Αυτό είναι ένα κρίσιμο εύρημα σε μια εποχή άφθονων διαδικτυακών πληροφοριών, επειδή δείχνει ότι οι κλινικοί ιατροί παραμένουν αξιόπιστοι όταν επικοινωνούν με επίκεντρο τον ασθενή. Οι Jiang et al. (2024) διευκρινίζουν περαιτέρω τον μηχανισμό δείχνοντας ότι η επικοινωνία με επίκεντρο τον ασθενή αύξησε τη συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων, η οποία με τη σειρά της ενίσχυσε την εμπιστοσύνη των ασθενών. Ωστόσο, η επικοινωνία με επίκεντρο τον ασθενή δεν είχε άμεση επίδραση στην εμπιστοσύνη ανεξάρτητα από τη συμμετοχή, και η προτίμηση για έναν παθητικό ρόλο αποδυνάμωσε τη σχέση μεταξύ συμμετοχής και εμπιστοσύνης. Αυτό σημαίνει ότι η εμπιστοσύνη ενισχύεται όχι μόνο όταν οι γιατροί μιλούν ευγενικά ή καθαρά, αλλά και όταν η επικοινωνία δημιουργεί στην πραγματικότητα χώρο για τους ασθενείς να εμπλακούν σε επίπεδο που συνάδει με τις προτιμήσεις τους.

Οι παράγοντες που συμβάλλουν σε μια σχέση εμπιστοσύνης είναι πολλοί. Οι Lerch et al. (2024), ανασκοπώντας 45 άρθρα, προσδιορίζουν τροποποιήσιμους παράγοντες που επικεντρώνονται στον ασθενή, όπως η ικανότητα του γιατρού, η επικοινωνία, το ενδιαφέρον για τον ασθενή, η φροντίδα, ο επαγγελματισμός, η εκπαίδευση για την υγεία, ο χρόνος, η συνέχεια και η κοινή λήψη αποφάσεων. Το μοντέλο τους είναι ιδιαίτερα χρήσιμο, επειδή προσεγγίζει την εμπιστοσύνη ως αποτέλεσμα παραγόντων που αλληλεπιδρούν σε επίπεδο ασθενούς, ιατρού, θεραπευτικής σχέσης και θεσμικού πλαισίου. Επομένως, η εμπιστοσύνη εξαρτάται όχι μόνο από τη συμπεριφορά του κάθε γιατρού, αλλά και από το εάν τα περιβάλλοντα φροντίδας επιτρέπουν τη συνέχεια, τον επαρκή χρόνο και τη συνεκτική υποστήριξη.

Η διαφάνεια δοκιμάζεται ιδιαίτερα όταν συμβαίνουν ιατρικά λάθη. Οι Shannon et al. (2025), σε μια μελέτη προσομοίωσης 49 αποκαλύψεων από ομάδες ιατρών-νοσηλευτών, διαπίστωσαν ότι οι ομάδες προσέφεραν κατά μέσο όρο δύο έως τρεις απολογίες ανά αποκάλυψη, με τις συνομιλίες να διαρκούν κατά μέσο όρο 9,8 λεπτά. Οι απολογίες πραγματοποιούνταν καθ' όλη τη διάρκεια της συζήτησης και συχνά συνδέονταν με τη συναισθηματική αντίδραση του ασθενούς και όχι μόνο με την ενόχληση του κλινικού ιατρού. Αυτό είναι σημαντικό επειδή η συγγνώμη, όταν είναι αυθεντική και ενσωματωμένη στην αποκάλυψη, σηματοδοτεί την υπευθυνότητα και την ηθική αναγνώριση της βλάβης. Οι Chen et al. (2024), στο πρωτόκολλό τους για μια ποιοτική συστηματική ανασκόπηση, υπογραμμίζουν ότι η γνωστοποίηση παραμένει ασυνεπής παγκοσμίως παρά την ευρεία ηθική υποστήριξη. Το γεγονός ότι μια τέτοια ανασκόπηση είναι απαραίτητη υπογραμμίζει την επιμονή των κενών εφαρμογής μεταξύ των αρχών της ανοιχτότητας και των πραγματικών πρακτικών επικοινωνίας.

Συνολικά, η βιβλιογραφία δείχνει ότι η εμπιστοσύνη ενισχύεται όταν η διαφάνεια συνδυάζεται με επικοινωνία με επίκεντρο τον ασθενή και πρακτικές ευκαιρίες συμμετοχής. Οι ανοιχτές σημειώσεις, οι ειλικρινείς εξηγήσεις, η ουσιαστική απολογία, η κοινή λήψη αποφάσεων και οι προσβάσιμες πληροφορίες βοηθούν τους ασθενείς να αισθάνονται σεβαστοί, ενημερωμένοι και ασφαλείς. Αυτά τα στοιχεία βελτιώνουν επίσης την ασφάλεια. Η διαφάνεια από μόνη της δεν επαρκεί εάν η επικοινωνία είναι απρόσωπη ή εάν αγνοούνται οι προτιμήσεις των ασθενών. Αντίθετα, οι πρακτικές με επίκεντρο τον ασθενή είναι πιο αξιόπιστες όταν υποστηρίζονται από ανοιχτότητα και λογοδοσία. Για αυτούς τους λόγους, η ενίσχυση της εμπιστοσύνης απαιτεί τόσο σχεσιακή ικανότητα όσο και θεσμική δέσμευση για διαφάνεια.

1.4.6. Παραδείγματα καλών πρακτικών από διεθνή νοσοκομεία

Πολλά παραδείγματα καλών πρακτικών από διεθνή νοσοκομεία καταδεικνύουν ότι οι βελτιώσεις στην επικοινωνία μεταξύ γιατρών και ασθενών είναι πιο αποτελεσματικές όταν ενσωματώνονται στις οργανωτικές ρουτίνες και δεν αφήνονται στην ατομική καλή θέληση. Η βιβλιογραφία δείχνει ότι οι επιτυχημένες παρεμβάσεις σε νοσοκομεία μοιράζονται πολλά κοινά χαρακτηριστικά. Είναι δομημένες, εφικτές στο πλαίσιο κλινικών ροών εργασίας, διεπιστημονικές και προσανατολισμένες σε μετρήσιμα αποτελέσματα με επίκεντρο τον ασθενή. Σε ακαδημαϊκά ιατρικά κέντρα,

ογκολογικές υπηρεσίες, τμήματα νοσηλείας και εξωτερικά ιατρεία, η ποιότητα της επικοινωνίας έχει βελτιωθεί μέσω εκπαίδευσης, προγραμμάτων συζήτησης για σοβαρές ασθένειες και πρωτοβουλιών που ενισχύουν τη συνεργασία μεταξύ γιατρών και νοσηλευτών.

Ένα από τα πιο ξεκάθαρα παραδείγματα καλής πρακτικής μεγάλης κλίμακας είναι το πρόγραμμα εκπαίδευσης δεξιοτήτων επικοινωνίας που μελετήθηκε από τους Boissy et al. (2016) σε ένα μεγάλο ακαδημαϊκό ιατρικό κέντρο πολλαπλών ειδικοτήτων. Αυτή η παρέμβαση χρησιμοποίησε ένα οκτάωρο μάθημα με επίκεντρο τις σχέσεις, συμπεριλαμβανομένων διδακτικής, επιδείξεων και πρακτικών συνεδριών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γιατροί που ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα πέτυχαν υψηλότερες βαθμολογίες προσαρμοσμένης επικοινωνίας από την ομάδα ελέγχου στο. Οι γιατροί έδειξαν επίσης μεγαλύτερη ενσυναίσθηση, με τις βαθμολογίες της Κλίμακας Ενσυναίσθησης Jefferson να αυξάνονται από 116,4 σε 124,0, παράλληλα με βελτιώσεις στους δείκτες επαγγελματικής εξουθένωσης. Αυτή η μελέτη είναι σημαντική επειδή καταδεικνύει ότι η επικοινωνία μπορεί να βελτιωθεί σε επίπεδο συστήματος και ότι τα οφέλη εκτείνονται πέρα από την ικανοποίηση του ασθενούς στην επαγγελματική ευεξία.

Συγκρίσιμα στοιχεία προέρχονται από την ογκολογία, όπου η επικοινωνία είναι συχνά συναισθηματικά περίπλοκη. Οι Paladino et al. (2019) αξιολόγησαν το Πρόγραμμα Φροντίδας Σοβαρών Ασθενειών σε μια τυχαιοποιημένη δοκιμή σε ομάδες στο Dana Farber Cancer Institute. Σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, οι ασθενείς της παρέμβασης ήταν πιο πιθανό να έχουν μια τεκμηριωμένη συζήτηση για σοβαρή ασθένεια, 96% έναντι 79%, και αυτές οι συζητήσεις έλαβαν χώρα κατά μέσο όρο 143 ημέρες πριν από τον θάνατο σε σύγκριση με 71 ημέρες στην ομάδα ελέγχου. Η τεκμηρίωση ήταν επίσης πιο ολοκληρωμένη, με μεγαλύτερη προσοχή στις αξίες ή τους στόχους, την πρόγνωση ή την κατανόηση της ασθένειας και τις προτιμήσεις θεραπείας που υποστηρίζουν τη ζωή. Η προσβάσιμη τεκμηρίωση στο ηλεκτρονικό αρχείο ήταν σημαντικά υψηλότερη στην ομάδα παρέμβασης, 61% έναντι 11%. Αυτό είναι ένα ιδιαίτερα ισχυρό παράδειγμα καλής πρακτικής επειδή συνδύαζε την εκπαίδευση των κλινικών ιατρών, έναν δομημένο οδηγό και αλλαγές συστήματος, βελτιώνοντας έτσι όχι μόνο το εάν πραγματοποιήθηκαν οι συνομιλίες αλλά και τον χρόνο, την ποιότητα και την ορατότητά τους στο ιατρικό αρχείο.

Οι Paladino et al. (2020) παρέχουν συμπληρωματικά στοιχεία εξετάζοντας τις εμπειρίες ασθενών και κλινικών ιατρών με την ίδια παρέμβαση. Οι περισσότεροι

ασθενείς περιέγραψαν τη συζήτηση ως αξιολογή και περίπου το 79% ανέφερε ότι δεν υπήρχε επιδείνωση ή βελτίωση στην ηρεμία, την ελπίδα και το άγχος. Περισσότεροι από τους μισούς ένιωσαν πιο κοντά στον κλινικό τους γιατρό μετά τη συζήτηση. Σχεδόν το 90% των κλινικών ιατρών συμφώνησαν ότι ο οδηγός διευκόλυνε τις έγκαιρες και αποτελεσματικές συζητήσεις και το 70% ανέφερε αυξημένη ικανοποίηση από τον επαγγελματικό τους ρόλο. Αυτά τα ευρήματα δείχνουν ότι η καλή πρακτική δεν περιορίζεται σε μετρήσεις τεκμηρίωσης, καθώς περιλαμβάνει επίσης την αποδοχή, το σχεσιακό όφελος και τη συμμετοχή των κλινικών ιατρών.

Οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις στην ογκολογία έχουν επίσης μελετηθεί πιο άμεσα. Οι Libert et al. (2022) αξιολόγησαν ένα πρόγραμμα εκπαίδευσης 30 ωρών σε δεξιότητες επικοινωνίας για γιατρούς που φρόντιζαν ασθενείς με καρκίνο. Οι εκπαιδευμένοι γιατροί έδειξαν υψηλότερες δεξιότητες επικοινωνίας, ισχυρότερη αυτοαποτελεσματικότητα και μεγαλύτερο αίσθημα κυριαρχίας από τους υπόλοιπους. Η μελέτη εντόπισε επίσης φυσιολογικές αλλαγές κατά τη διάρκεια προσομοιωμένων συναντήσεων με ασθενείς, υποδηλώνοντας ότι η εκπαίδευση επηρεάζει όχι μόνο την εξωτερική συμπεριφορά αλλά και την εσωτερική ετοιμότητα του κλινικού ιατρού να συμμετάσχει σε απαιτητικές συζητήσεις. Αυτό υποστηρίζει την άποψη ότι η καλή πρακτική στην επικοινωνία των νοσοκομείων θα πρέπει να αντιμετωπίζει ταυτόχρονα τις συμπεριφορικές, γνωστικές και συναισθηματικές διαστάσεις.

Αρκετές μελέτες δείχνουν ότι οι απλούστερες και χαμηλότερου κόστους παρεμβάσεις μπορούν επίσης να λειτουργήσουν αποτελεσματικά. Οι Neeman et al. (2012) δοκίμασαν μια φόρμα συνάντησης που σχεδιάστηκε για να δομήσει τις επισκέψεις σε εξωτερικούς ασθενείς και να διευκολύνει την αμφίδρομη επικοινωνία. Το ενενήντα οκτώ τοις εκατό των ασθενών ήταν ικανοποιημένοι με το πρόγραμμα, το 96 τοις εκατό ανέφεραν συμμετοχή στις αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα τους και η εμπιστοσύνη των ασθενών στην επικοινωνία με τους γιατρούς αυξήθηκε σημαντικά από 8,1 σε 8,7. Πριν από την παρέμβαση, μόνο το 38 τοις εκατό των ασθενών ένιωθαν ότι τα προβλήματα και οι ερωτήσεις τους είχαν αντιμετωπιστεί επαρκώς από προηγούμενους γιατρούς, σε σύγκριση με 94 τοις εκατό μετά την παρέμβαση. Αυτή η μελέτη είναι πολύτιμη επειδή δείχνει ότι η επικοινωνία μπορεί να βελτιωθεί μέσω απλών εργαλείων που βοηθούν στην οργάνωση της ιατρικής συνάντησης και ενθαρρύνουν την ενημερωμένη συμμετοχή.

Οι Farberg et al. (2013) εισήγαγαν μια άλλη απλή παρέμβαση, το σημειωματάριο «Αγαπητέ Γιατρέ» (Dear Doctor bedside notepad), σε νοσηλευόμενους

ασθενείς. Μεταξύ εκείνων που έλαβαν το σημειωματάριο, το 65% κρατούσε σημειώσεις σχετικά με την νοσηλεία τους, σε σύγκριση με μόνο 22% στην ομάδα ελέγχου. Οι ασθενείς που χρησιμοποίησαν τις σημειώσεις έλαβαν απαντήσεις στις ερωτήσεις τους πιο συχνά από τους γιατρούς, με βαθμολογία επικοινωνίας 4,63 έναντι 4,45 στην ομάδα ελέγχου. Αν και οι συνολικές αξιολογήσεις επικοινωνίας δεν διέφεραν στην ανάλυση πρόθεσης θεραπείας, όλοι οι χρήστες ανέφεραν τουλάχιστον κάποια βελτίωση στην επικοινωνία. Αυτό υποδηλώνει ότι μια προτροπή μπορεί να υποστηρίξει την υποβολή ερωτήσεων και να βοηθήσει τους ασθενείς να προετοιμαστούν πιο ενεργά για τις συζητήσεις με τους θεράποντες ιατρούς.

Οι διεπαγγελματικές πρωτοβουλίες φαίνεται επίσης να αποτελούν σημαντικά μοντέλα καλής πρακτικής. Οι Monroe et al. (2021) αξιολόγησαν ένα πρόγραμμα αμοιβαίας παρακολούθησης σε δύο πανεπιστημιακά παιδιατρικά νοσοκομεία, στο οποίο ειδικευόμενοι πρώτου έτους και νοσηλευτές παρακολουθούσαν ο ένας τον άλλον για τέσσερις ώρες. Οι έρευνες αμέσως μετά την παρέμβαση έδειξαν στατιστικά σημαντική βελτίωση σε 12 θέματα συνεργασίας για τους νοσηλευτές και 19 για τους ειδικευόμενους, με πολλά από τα οφέλη να διατηρούνται έξι μήνες αργότερα. Τα ποιοτικά ευρήματα τόνισαν την καλύτερη επικοινωνία, τη συνεργασία, την κατανόηση των ρόλων, τις ομαδικές διαδικασίες και την εστίαση στον ασθενή. Αυτή είναι μια σημαντική υπενθύμιση ότι η επικοινωνία μεταξύ γιατρών και ασθενών συχνά διαμορφώνεται από την επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών.

Οι Allenbaugh et al. (2019) έδειξαν ομοίως ότι ένα σύντομο πρόγραμμα σπουδών για ειδικευόμενους και νοσηλευτές βελτίωσε τις δεξιότητες επικοινωνίας δίπλα στο κρεβάτι και αύξησε μέτρια τις βαθμολογίες HCAHPS που αφορούν την επικοινωνία. Οι Wang et al. (2024) επέκτειναν αυτήν την προσέγγιση μέσω ενός έργου βελτίωσης της ποιότητας που ανέπτυξε το προσωπικό. Η παρέμβαση αύξησε κατά 13% την καταγραφή των επισκέψεων ιατρών και νοσηλευτών στους ασθενείς, κατά 13,4% την επικοινωνία μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών ως ομάδα και κατά 10,5% τις βαθμολογίες που αφορούσαν την πρόθεση σύστασης του νοσοκομείου από την πλευρά των ασθενών. Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι η ποιότητα της επικοινωνίας μπορεί να βελτιωθεί όταν τα νοσοκομεία συνδέουν τις ρουτίνες του προσωπικού, την τεκμηρίωση και τους στόχους εμπειρίας των ασθενών.

Τέλος, οι Kachalia et al. (2018) παρέχουν ένα παράδειγμα οργανωτικής ορθής πρακτικής μετά από ανεπιθύμητα συμβάντα. Τα προγράμματα επικοινωνίας και επίλυσης που περιλαμβάνουν εξηγήσεις, απολογία, ευθύνη και αποζημίωση βελτίωσαν

τις τάσεις στις αξιώσεις και το κόστος νομικής υπεράσπισης χωρίς να επιδεινώσουν τα αποτελέσματα της ευθύνης. Αυτό δείχνει ότι η διαφάνεια και η επικοινωνία μπορούν να επιδιωχθούν ως θεσμική πρακτική χωρίς οικονομική ζημία. Συνολικά, τα παραδείγματα αυτά δείχνουν ότι οι πιο αποτελεσματικές στρατηγικές επικοινωνίας είναι αυτές που μεταφράζονται σε δομημένα προγράμματα, απλά εργαλεία, ομαδικές παρεμβάσεις και μετρήσιμες οργανωτικές δεσμεύσεις.

1.4.7. Ο ρόλος των πολιτικών υγείας και των θεσμικών παρεμβάσεων

Τέλος, ο ρόλος των πολιτικών υγείας και των θεσμικών παρεμβάσεων στη βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ γιατρών και ασθενών είναι θεμελιώδης, επειδή η ποιότητα της επικοινωνίας δεν καθορίζεται αποκλειστικά από την ικανότητα του κάθε κλινικού ιατρού, αλλά διαμορφώνεται επίσης από τις επαγγελματικές οδηγίες, τον οργανωτικό σχεδιασμό, την ηγεσία του νοσοκομείου, την προετοιμασία του προσωπικού, τα συστήματα πληροφόρησης για τους ασθενείς και τις θεσμικές αντιδράσεις σε σφάλματα και αποκαλύψεις. Η βιβλιογραφία υποδηλώνει ότι οι βιώσιμες βελτιώσεις στην επικοινωνία απαιτούν πλαίσια πολιτικής που καθιστούν τη σαφή επικοινωνία σαφές πρότυπο φροντίδας, ενώ παράλληλα εξοπλίζουν τους οργανισμούς ώστε να παρέχουν κατανοητές, προσβάσιμες, διαφανείς και ασθενοκεντρικές αλληλεπιδράσεις σε όλο το φάσμα της φροντίδας.

Ένα βασικό παράδειγμα πολιτικής καθοδήγησης παρέχεται από τους Gilligan et al. (2017) στην κατευθυντήρια γραμμή συναίνεσης της Αμερικανικής Εταιρείας Κλινικής Ογκολογίας για την επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Βασισμένη σε μια συστηματική ανασκόπηση που περιλάμβανε 47 δημοσιεύσεις, η κατευθυντήρια γραμμή ορίζει την επικοινωνία ως κλινική ευθύνη που εκτείνεται σε όλες τις συζητήσεις για την πρόγνωση, την επιλογή θεραπείας, τη φροντίδα στο τέλος της ζωής, τη συμμετοχή της οικογένειας και την ευημερία του κλινικού ιατρού. Αυτό είναι σημαντικό επειδή μετατοπίζει την επικοινωνία από μια προαιρετική διαπροσωπική δύναμη σε μια επίσημη προσδοκία ποιότητας εντός της ογκολογικής πρακτικής. Η κατευθυντήρια γραμμή δίνει επίσης έμφαση στις στρατηγικές εφαρμογής, καταδεικνύοντας ότι η πολιτική δεν περιορίζεται σε αφηρημένες συστάσεις, αλλά θα πρέπει να καθοδηγεί την εκπαίδευση, τη ροή εργασίας και την λογοδοσία σε κλινικά περιβάλλοντα.

Σε οργανωτικό επίπεδο, η έννοια της οργανωσιακής υγειονομικής παιδείας έχει καταστεί κεντρική στη θεσμική μεταρρύθμιση της επικοινωνίας. Οι Bremer et al. (2021), σε μια ανασκόπηση 60 δημοσιεύσεων, εντόπισαν έξι κύριες κατηγορίες που χαρακτηρίζουν τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης με υγειονομική παιδεία. Αυτές περιλάμβαναν την επικοινωνία με τους χρήστες υπηρεσιών, την εύκολη πρόσβαση και πλοήγηση, την ενσωμάτωση και την ιεράρχηση της οργανωσιακής υγειονομικής παιδείας, την αξιολόγηση και την οργανωσιακή ανάπτυξη, την εμπλοκή και υποστήριξη των χρηστών υπηρεσιών, καθώς και την ενημέρωση και τα προσόντα του προσωπικού. Η επικοινωνία με τους χρήστες υπηρεσιών ήταν η πιο διαδεδομένη κατηγορία, υπογραμμίζοντας ότι η ποιότητα της θεσμικής επικοινωνίας εξαρτάται από το ευανάγνωστο γραπτό υλικό, την κατανοητή προφορική ανταλλαγή πληροφοριών και την επαλήθευση της κατανόησης από την πλευρά των ασθενών. Αυτό είναι ένα σημαντικό εύρημα επειδή θέτει την ευθύνη για την κατανόηση όχι μόνο στους ασθενείς αλλά και στον ίδιο τον οργανισμό.

Οι Zanobini et al. (2020) διευρύνουν περαιτέρω αυτή τη θεσμική προσέγγιση μέσα από ανασκόπηση 106 μελετών για νοσοκομεία που είναι προσανατολισμένα στην ενίσχυση της κατανόησης και της πρόσβασης των ασθενών στις πληροφορίες υγείας. Η ανασκόπηση τους διαπίστωσε ότι οι παρεμβάσεις επικεντρώνονταν συχνότερα στον ασθενή, αλλά σημείωσαν επίσης περιορισμένη μελέτη των αποτελεσμάτων που σχετίζονται με την υποστήριξη του προσωπικού και τις αντιλήψεις του προσωπικού για τη χρησιμότητα των παρεμβάσεων αυτών. Αυτό δείχνει ότι τα νοσοκομεία που είναι προσανατολισμένα στην υγειονομική παιδεία πρέπει να σχεδιάζονται όχι μόνο με γνώμονα τις ανάγκες των ασθενών, αλλά και με γνώμονα τις ικανότητες και τις συνθήκες εργασίας των επαγγελματιών που παρέχουν επικοινωνία. Οι Rahati et al. (2025) εντόπισαν έξι βασικές διαστάσεις της οργανωσιακής υγειονομικής παιδείας στα νοσοκομεία, συμπεριλαμβανομένης της ηγεσίας και της διοίκησης, της χάραξης πολιτικής και στρατηγικής, των ανθρώπινων πόρων, των οργανωτικών πόρων, των διαδικασιών και υπηρεσιών και των αποτελεσμάτων. Αυτές οι διαστάσεις υπογραμμίζουν ότι η βελτίωση της επικοινωνίας απαιτεί δέσμευση ηγεσίας, κατανομή πόρων, εκπαίδευση προσωπικού και επιχειρησιακό σχεδιασμό και όχι μόνο μεμονωμένες εκπαιδευτικές συνεδρίες.

Οι Pelizzari et al. (2025) ενισχύουν αυτό το συμπέρασμα στη συστηματική ανασκόπηση 62 μελετών από 15 χώρες. Οι συγγραφείς διαπίστωσαν σημαντική αύξηση στην έρευνα οργανωσιακής υγειονομικής παιδείας, συμπεριλαμβανομένης μιας

αύξησης 54,1% κατά την περίοδο COVID-19 σε σύγκριση με την προπανδημική περίοδο. Η ανασκόπησή τους τονίζει ότι η οργανωσιακή υγειονομική παιδεία είναι θεμελιώδης για την προσβασιμότητα και την εστίαση στον ασθενή, αλλά δείχνει επίσης ότι η εφαρμογή εξαρτάται από την υπερνίκηση εμποδίων όπως η ασθενής οργανωσιακή υποστήριξη, οι περιορισμένοι πόροι και η δομική αδράνεια. Οι Ayre et al. (2023) προσθέτουν ότι οι υποστηρικτές της υγειονομικής παιδείας μπορούν να υποστηρίξουν τις προσπάθειες εφαρμογής όταν δραστηριοποιούνται σε επίπεδο πρώτης γραμμής, διοίκησης και εκτελεστικής εξουσίας. Ωστόσο, μόνο πέντε μελέτες στην ανασκόπησή τους περιέγραψαν την επίσημη εκπαίδευση για τους υποστηρικτές και η περιορισμένη χρηματοδότηση αποτέλεσε ένα κοινό εμπόδιο αυτής της προσπάθειας. Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι η θεσμική μεταρρύθμιση της επικοινωνίας απαιτεί καθορισμένους υποστηρικτές αλλά και δομημένη υποστήριξη και επενδύσεις.

Οι πολιτικές γύρω από τη διαφάνεια αποτελούν μια άλλη σημαντική θεσμική οδό για καλύτερη επικοινωνία. Οι DesRoches et al. (2020), σε έρευνα που διεξήχθη σε 1.628 κλινικούς ιατρούς σε τρία συστήματα υγείας όπου υπήρχαν ανοιχτές σημειώσεις εδώ και χρόνια, διαπίστωσε ότι το 74% συμφώνησε ότι η κοινοποίηση σημειώσεων με τους ασθενείς ήταν καλή ιδέα, το 74% όσων γνώριζαν ότι οι ασθενείς διάβαζαν σημειώσεις πίστευαν ότι η πρακτική ήταν χρήσιμη για την εμπλοκή των ασθενών και το 61% θα τη συνιστούσε σε συναδέλφους. Ταυτόχρονα, το 37% των ιατρών ανέφερε ότι αφιέρωνε περισσότερο χρόνο στην τεκμηρίωση και το 58% ανέφερε αλλαγή του τρόπου γραφής των σημειώσεων που θα μπορούσε να θεωρηθεί κρίσιμη. Αυτά τα δεδομένα δείχνουν ότι οι μεταρρυθμίσεις διαφάνειας μπορούν να ενισχύσουν τη συμμετοχή, αλλά αναδιαμορφώνουν επίσης τις επαγγελματικές πρακτικές γραφής και τη ροή εργασίας. Οι Jonnergård et al. (2021) διαπίστωσαν ομοίως ότι η επιτυχής εφαρμογή ανοιχτών σημειώσεων εξαρτάται από διαφοροποιημένες στρατηγικές εσωτερικής επικοινωνίας. Στο πεδίο της ψυχιατρικής φροντίδας, οι επαγγελματικές ομάδες διαφοροποιούνταν τόσο ως προς τη χρήση των μέσων επικοινωνίας όσο και ως προς τον τρόπο με τον οποίο προσλάμβαναν τα μηνύματα της μεταρρύθμισης, γεγονός που δείχνει ότι η θεσμική αλλαγή χρειάζεται να επικοινωνείται με τρόπο προσαρμοσμένο στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της επαγγελματικής κουλτούρας και όχι μέσω μιας μονοσήμαντης διοικητικής μετάδοσης της πληροφορίας.

Η σημασία της διαφάνειας ως προς την πολιτική γίνεται ακόμη πιο ορατή μετά από ανεπιθύμητα γεγονότα. Οι Mello et al. (2016), μελετώντας προγράμματα επικοινωνίας και επίλυσης προβλημάτων σε πέντε νοσοκομεία της Νέας Υόρκης,

διαπίστωσαν ότι μεταξύ 125 περιπτώσεων, η αποκάλυψη έγινε στο 92%, οι εξηγήσεις στο 88% και οι απολογίες στο 72,8%. Στο 44% των περιπτώσεων, τα νοσοκομεία εντόπισαν επίσης βήματα για τη βελτίωση της ασφάλειας. Αυτά τα ευρήματα καταδεικνύουν ότι τα προγράμματα επικοινωνίας και επίλυσης προβλημάτων μπορούν να θεσμοθετήσουν την ανοιχτότητα, τη μάθηση και τη συμμετοχή των ασθενών μετά από βλάβη. Οι Gallagher et al. (2018) υποστηρίζουν, ωστόσο, ότι τέτοια προγράμματα επιτυγχάνουν τις δυνατότητές τους μόνο όταν εφαρμόζονται με πιστότητα, ευθυγραμμίζονται με τις ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους και υποστηρίζονται από δημόσια πολιτική που ενθαρρύνει τη δίκαιη αποζημίωση, τη διαφάνεια και την λογοδοσία. Οι συγγραφείς τονίζουν ότι ο τομέας κατανοεί πλέον τις βασικές πρακτικές επικοινωνίας και επίλυσης προβλημάτων, αλλά η τήρηση παραμένει άνιση και απαιτείται περαιτέρω έρευνα σχετικά με τις συνδέσεις με την ασφάλεια των ασθενών και τη βελτίωση της ποιότητας.

Συνολικά, αυτές οι μελέτες δείχνουν ότι η επικοινωνία βελτιώνεται όταν η πολιτική και οι θεσμοί την αντιμετωπίζουν ως συστημική ευθύνη. Οι κατευθυντήριες γραμμές συναίνεσης ορίζουν πρότυπα, τα οργανωτικά πλαίσια υγειονομικής παιδείας επανασχεδιάζουν περιβάλλοντα για να υποστηρίξουν την κατανόηση, οι πολιτικές διαφάνειας μειώνουν την ασυμμετρία πληροφοριών και τα προγράμματα επικοινωνίας και επίλυσης προβλημάτων ενσωματώνουν την ειλικρίνεια και τη μάθηση μετά από βλάβη. Συνεπώς, ο ρόλος της πολιτικής υγείας δεν είναι δευτερεύων σε σχέση με την επικοινωνία γιατρού-ασθενούς. Είναι συστατικό των συνθηκών υπό τις οποίες καθίσταται δυνατή η επικοινωνία με σεβασμό, η κατανόηση και η αξιοπιστία. Για το λόγο αυτό, οι μεταρρυθμίσεις που στοχεύουν στην επικοινωνία θα πρέπει να συνδυάζουν την επαγγελματική καθοδήγηση, την ηγεσία της διοίκησης, τη θεσμική μέτρηση, την εκπαίδευση του προσωπικού και τις διαφανείς αντιδράσεις σε σφάλματα. Όταν αυτά τα στοιχεία λειτουργούν μαζί, η επικοινωνία εξαρτάται λιγότερο από την ατομική ποικιλομορφία και ενσωματώνεται πιο αξιόπιστα στην ασφαλή και δίκαιη φροντίδα των ασθενών.

1.4.8. Υφιστάμενη Γνώση για τη βελτίωση της επικοινωνίας ιατρού ασθενούς

Η υφιστάμενη γνώση για την επικοινωνία ιατρού ασθενούς δείχνει ότι η ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης διαμορφώνεται από έναν συνδυασμό εκπαιδευτικών, επικοινωνιακών, τεχνολογικών και οργανωτικών παραγόντων. Οι

διαθέσιμες έρευνες συγκλίνουν στην άποψη ότι η αποτελεσματική επικοινωνία αποτελεί κλινική δεξιότητα, η οποία μπορεί να καλλιεργηθεί μέσω εκπαίδευσης, πρακτικής άσκησης, ανατροφοδότησης και θεσμικής υποστήριξης. Η σημασία της συνδέεται με την ικανοποίηση των ασθενών, την εμπιστοσύνη προς τον γιατρό, την καλύτερη κατανόηση της νόσου, τη συμμετοχή στις αποφάσεις και τη συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή.

Ιδιαίτερη βαρύτητα έχει η εκπαίδευση των γιατρών σε δεξιότητες επικοινωνίας. Οι Boissy et al. (2016) έδειξαν ότι ένα οργανωμένο πρόγραμμα εκπαίδευσης με προσανατολισμό στη σχέση γιατρού ασθενούς βελτίωσε τις αξιολογήσεις των ασθενών, την ενσυναίσθηση των γιατρών και την επαγγελματική τους αυτοπεποίθηση. Αντίστοιχα, οι Iversen et al. (2021) διαπίστωσαν ότι η εκπαίδευση στην ασθενοκεντρική επικοινωνία οδήγησε σε ποιοτικότερες κλινικές συναντήσεις, χωρίς αύξηση της διάρκειας της επίσκεψης. Τα ευρήματα αυτά έχουν ιδιαίτερη σημασία, επειδή απαντούν στην πρακτική ανησυχία ότι η καλύτερη επικοινωνία απαιτεί πάντοτε περισσότερο χρόνο.

Η σύνδεση της επικοινωνίας με τα κλινικά αποτελέσματα τεκμηριώνεται από τη μελέτη των Tavakoly Sany et al. (2020), οι οποίοι εξέτασαν ασθενείς με υπέρταση και βρήκαν ότι η εκπαίδευση των γιατρών βελτίωσε την υγειονομική παιδεία, την αυτοαποτελεσματικότητα, τη συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή και δείκτες υγείας. Η συγκεκριμένη μελέτη δείχνει ότι η επικοινωνία λειτουργεί ως πρακτικός μηχανισμός υποστήριξης της θεραπείας και όχι μόνο ως στοιχείο ευγένειας ή επαγγελματικής συμπεριφοράς.

Η ενσυναίσθηση και η μη λεκτική επικοινωνία αποτελούν δεύτερο βασικό πεδίο γνώσης. Οι Derksen et al. (2013), μέσα από συστηματική ανασκόπηση, συνέδεσαν την ενσυναίσθηση στη γενική ιατρική με μεγαλύτερη ικανοποίηση, καλύτερη προσήλωση στη θεραπεία, μείωση του άγχους και ενδυνάμωση των ασθενών. Παράλληλα, οι Little et al. (2015) έδειξαν ότι ακόμη και μια σύντομη παρέμβαση στη μη λεκτική επικοινωνία των γενικών γιατρών μπορεί να βελτιώσει την εμπειρία των ασθενών. Η στάση του σώματος, η οπτική επαφή, ο τόνος της φωνής και η προσεκτική ακρόαση λειτουργούν ως σημεία σεβασμού, παρουσίας και ενδιαφέροντος.

Ένα ακόμη κεντρικό εύρημα της βιβλιογραφίας αφορά τη συμμετοχική λήψη αποφάσεων. Οι Henselmans et al. (2020), σε τυχαioποιημένη κλινική δοκιμή με ογκολόγους και ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο, έδειξαν ότι η εκπαίδευση των γιατρών στη συμμετοχική λήψη αποφάσεων βελτίωσε τόσο την παρατηρούμενη

συμπεριφορά των γιατρών όσο και την αντίληψη των ασθενών για τη συμμετοχή τους. Σε ευρύτερο επίπεδο, οι Stacey et al. (2024), μέσα από ανασκόπηση Cochrane, κατέδειξαν ότι τα βοηθήματα λήψης αποφάσεων ενισχύουν τη γνώση των ασθενών, τη σαφήνεια των προσωπικών αξιών και την ενεργό συμμετοχή τους στις θεραπευτικές επιλογές.

Η ψηφιακή διάσταση της επικοινωνίας αναδεικνύεται επίσης στη σύγχρονη βιβλιογραφία. Οι Walker et al. (2019) μελέτησαν την εμπειρία ασθενών που είχαν πρόσβαση στις κλινικές σημειώσεις τους μέσω OpenNotes και διαπίστωσαν ότι η πρόσβαση αυτή ενίσχυσε την κατανόηση, την αίσθηση ελέγχου και την εμπιστοσύνη προς τους επαγγελματίες υγείας. Επομένως, η διαφάνεια και η πρόσβαση στην πληροφορία μπορούν να λειτουργήσουν συμπληρωματικά προς την άμεση ανθρώπινη επικοινωνία.

Συνολικά, οι οκτώ έρευνες δείχνουν ότι η βελτίωση της επικοινωνίας ιατρού ασθενούς απαιτεί συνδυασμό ατομικών δεξιοτήτων και οργανωμένης υποστήριξης. Η εκπαίδευση, η ενσυναίσθηση, η ενεργητική ακρόαση, η συμμετοχική λήψη αποφάσεων και η διαφανής χρήση της τεχνολογίας συνθέτουν ένα συνεκτικό πλαίσιο ασθενοκεντρικής φροντίδας. Η επικοινωνία εμφανίζεται, συνεπώς, ως ουσιαστικός παράγοντας ποιότητας, ασφάλειας και αποτελεσματικότητας στις υπηρεσίες υγείας.

Β. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ:

2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1. Ερευνητική μεθοδολογία

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογική οργάνωση της έρευνας, η οποία σχεδιάστηκε με σκοπό τη διερεύνηση του προσανατολισμού ασθενούς επαγγελματία υγείας σε ογκολογικούς ασθενείς. Η μεθοδολογία περιγράφει το είδος της έρευνας, τον πληθυσμό και το δείγμα, το εργαλείο συλλογής δεδομένων, τη διαδικασία καταγραφής και επεξεργασίας των δεδομένων, καθώς και τα ζητήματα δεοντολογίας που λήφθηκαν υπόψη. Η επιλογή των μεθοδολογικών βημάτων βασίστηκε στην ανάγκη συστηματικής και αξιόπιστης αποτύπωσης των στάσεων των ασθενών απέναντι στον διαμοιρασμό της πληροφορίας, στη φροντίδα και συνολικά στον ασθενοκεντρικό προσανατολισμό της θεραπευτικής σχέσης.

2.1.1. Είδος έρευνας

Η έρευνα ακολούθησε ποσοτική προσέγγιση και είχε συγχρονικό χαρακτήρα. Η επιλογή της ποσοτικής μεθόδου κρίθηκε κατάλληλη, επειδή το αντικείμενο της μελέτης αφορούσε τη μέτρηση στάσεων και αντιλήψεων των ασθενών μέσω δομημένου ερωτηματολογίου. Ο συγχρονικός σχεδιασμός σήμαινε ότι τα δεδομένα συλλέχθηκαν σε μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο και αποτύπωσαν τις απόψεις των συμμετεχόντων κατά τον χρόνο διεξαγωγής της έρευνας. Η συγκεκριμένη επιλογή επέτρεψε την περιγραφική αποτύπωση των επιμέρους απαντήσεων, τον υπολογισμό συνολικών μεταβλητών και τη διερεύνηση των διαφορών ανάμεσα σε κοινωνικοδημογραφικές ομάδες.

2.1.2. Τα ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα είναι δυνατόν να διατυπωθούν ως εξής

Ποιο είναι το κεντρικό ερώτημα;

- ✓ Πώς διαμορφώνονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις επιμέρους δηλώσεις του ερωτηματολογίου που αφορούν τις διαστάσεις του διαμοιρασμού

και της φροντίδας, πως συνδέεται με τη βιβλιογραφία; υφιστάμενη γνώση/έρευνα;

- ✓ Ποιο είναι το επίπεδο των συνολικών μεταβλητών της έρευνας, δηλαδή του διαμοιρασμού, της φροντίδας και του προσανατολισμού ασθενούς επαγγελματία υγείας, και ποια είναι η μεταξύ τους συσχέτιση πως συνδέεται με τη βιβλιογραφία; υφιστάμενη γνώση/έρευνα;
- ✓ Υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις απαντήσεις των συμμετεχόντων ως προς τον διαμοιρασμό, τη φροντίδα και τον προσανατολισμό ασθενούς επαγγελματία υγείας σε συνάρτηση με τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά πως συνδέεται με τη βιβλιογραφία; υφιστάμενη γνώση/έρευνα;

2.1.3. Πληθυσμός και δείγμα

Πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν οι ασθενείς του Νοσοκομείου Μεταξά. Το δείγμα συγκροτήθηκε από 180 ασθενείς με διάγνωση κακοήθους όγκου, οι οποίοι νοσηλεύονταν ή παρακολουθούνταν στο συγκεκριμένο νοσοκομείο κατά το χρονικό διάστημα διεξαγωγής της έρευνας. Η δειγματοληψία ήταν μη πιθανότητας και ειδικότερα δειγματοληψία ευχέρειας, καθώς στο δείγμα εντάχθηκαν ασθενείς που ήταν διαθέσιμοι και αποδέχθηκαν οικειοθελώς να συμμετάσχουν. Κριτήρια συμμετοχής αποτέλεσαν η επιβεβαιωμένη διάγνωση, η δυνατότητα κατανόησης της ελληνικής γλώσσας και η ικανότητα συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου.

2.1.4. Εργαλείο συλλογής δεδομένων

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο δύο τμημάτων. Το πρώτο τμήμα περιλάμβανε τα κοινωνικοδημογραφικά και γενικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Συγκεκριμένα, καταγράφηκαν στοιχεία σχετικά με την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, τη μόνιμη κατοικία, το επίπεδο σπουδών, την επαγγελματική κατάσταση, τον λόγο νοσηλείας, τη διάρκεια νοσηλείας και τη φάση της ασθένειας. Το τμήμα αυτό επέτρεψε τη σκιαγράφηση του προφίλ του δείγματος και τη διερεύνηση πιθανών διαφοροποιήσεων στις απαντήσεις σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά.

Το δεύτερο τμήμα του ερωτηματολογίου περιλάμβανε την Κλίμακα Προσανατολισμού Ασθενούς Επαγγελματία Υγείας Patient Practitioner Orientation Scale PPOS του Krupat. Η κλίμακα αυτή αξιολόγησε τον βαθμό στον οποίο οι αντιλήψεις των συμμετεχόντων πλησίαζαν περισσότερο το ασθενοκεντρικό ή το ιατροκεντρικό πρότυπο φροντίδας. Η συνολική κλίμακα αποτελούνταν από 18 δηλώσεις και οργανωνόταν σε δύο επιμέρους διαστάσεις, τον Διαμοιρασμό και τη Φροντίδα, με 9 ερωτήσεις η καθεμία. Για το ερωτηματολόγιο λήφθηκε άδεια χρήσης του.

Η διάσταση «Διαμοιρασμός» αποτύπωσε τον βαθμό στον οποίο οι συμμετέχοντες θεωρούσαν ότι ο ασθενής και ο γιατρός χρειάζεται να μοιράζονται την πληροφορία, την ευθύνη και τον έλεγχο της ιατρικής συνάντησης. Στην υποκλίμακα αυτή περιλαμβάνονταν τα ερωτήματα 1, 4, 5, 8, 9, 10, 12, 15 και 18. Οι δηλώσεις αυτές αφορούσαν, μεταξύ άλλων, το αν ο γιατρός θα πρέπει να αποφασίζει μόνος του τι θα συζητηθεί, το αν οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται πλήρως για την κατάστασή τους, το αν μπορούν να αναζητούν πληροφορίες μόνοι τους και το αν η θεραπευτική σχέση οφείλει να είναι περισσότερο ισότιμη.

Η διάσταση «Φροντίδα» αποτύπωσε τον βαθμό στον οποίο οι συμμετέχοντες θεωρούσαν ότι η ιατρική πράξη χρειάζεται να περιλαμβάνει συναισθηματική κατανόηση, προσωπική σχέση, ενδιαφέρον για τις αξίες και τον τρόπο ζωής του ασθενούς και γενικότερα ολιστική αντιμετώπιση του προσώπου και όχι μόνο της νόσου. Στην υποκλίμακα αυτή περιλαμβάνονταν τα ερωτήματα 2, 3, 6, 7, 11, 13, 14, 16 και 17.

Η κλίμακα απαντήσεων ήταν εξαβάθμια Likert. Οι απαντήσεις δίνονταν από το διαφωνώ απόλυτα έως το συμφωνώ απόλυτα. Σύμφωνα με τις επίσημες οδηγίες βαθμολόγησης της PPOS, το διαφωνώ απόλυτα βαθμολογήθηκε με 6 και το συμφωνώ απόλυτα με 1. Επομένως, η κλίμακα κωδικοποιήθηκε αντίστροφα σε σχέση με τη συνήθη φορά, ώστε οι υψηλότερες βαθμολογίες να αντιστοιχούν σε περισσότερο ασθενοκεντρικό προσανατολισμό. Επιπλέον, τρία ερωτήματα ήταν διατυπωμένα με αντίστροφο τρόπο και χρειάστηκε να αναστραφούν κατά τη βαθμολόγηση. Τα ερωτήματα αυτά ήταν το 9, το 13 και το 17. Μετά την αναστροφή τους, και σε αυτές τις περιπτώσεις οι υψηλότερες τιμές εξέφραζαν μεγαλύτερη ασθενοκεντρικότητα.

Η συνολική βαθμολογία της PPOS υπολογίστηκε ως μέσος όρος και των 18 ερωτημάτων. Παράλληλα, υπολογίστηκαν και δύο επιμέρους μέσοι όροι, ένας για τον Διαμοιρασμό και ένας για τη Φροντίδα. Η χρήση μέσων όρων αντί αθροιστικών σκορ

επέτρεψε τη σύγκριση των υποκλιμάκων και της συνολικής μεταβλητής, ακόμη και στις περιπτώσεις όπου υπήρχαν μικρές ελλείψεις σε επιμέρους απαντήσεις. Υψηλότερος μέσος όρος σήμαινε μεγαλύτερη αποδοχή του ασθενοκεντρικού μοντέλου φροντίδας.

2.1.5. Διαδικασία προσέγγισης του δείγματος, συλλογής και διαχείρισης δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με διανομή έντυπου ερωτηματολογίου στους ασθενείς του Νοσοκομείου Μεταξά. Διανεμήθηκαν στον κάθε ένα ασθενή ένα ερωτηματολόγιο σε διάφανη θήκη με στυλό για να διευκολυνθεί η διαδικασία. Πριν από τη συμπλήρωση, οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τον σκοπό της έρευνας, για τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής και για το γεγονός ότι το ερωτηματολόγιο μπορούσε να συμπληρωθεί μόνο μία φορά. Επιπλέον, διευκρινίστηκε ότι το εργαλείο ήταν ανώνυμο και ότι τα δεδομένα θα χρησιμοποιούνταν αποκλειστικά για τις ανάγκες της συγκεκριμένης έρευνας. Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια ελέγχθηκαν ως προς την πληρότητα των απαντήσεων και στη συνέχεια τα δεδομένα καταγράφηκαν συστηματικά σε φύλλο Excel. Η καταγραφή έγινε καθ' όλη τη διάρκεια της συλλογής των δεδομένων με ενιαίο σύστημα κωδικοποίησης, ώστε να διασφαλιστεί η ακρίβεια της εισαγωγής και η ομοιομορφία της βάσης δεδομένων. Μετά την ολοκλήρωση της καταγραφής ακολούθησε έλεγχος για σφάλματα, παραλείψεις και ασυνέπειες.

2.1.6. Στατιστικές μέθοδοι ανάλυσης

Η επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS v.26. Αρχικά εφαρμόστηκαν περιγραφικές στατιστικές μέθοδοι. Για τις κατηγορικές μεταβλητές υπολογίστηκαν απόλυτες και σχετικές συχνότητες, ενώ για τις ποσοτικές μεταβλητές υπολογίστηκαν μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις. Για το πρώτο ερευνητικό ερώτημα αναλύθηκαν οι επιμέρους δηλώσεις της κλίμακας ως προς τις διαστάσεις του Διαμοιρασμού και της Φροντίδας. Για το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα υπολογίστηκαν οι συνολικές μεταβλητές των δύο υποκλιμάκων και της συνολικής κλίμακας, ελέγχθηκε η αξιοπιστία τους με τον δείκτη Cronbach α και εξετάστηκε η μεταξύ τους συσχέτιση με τον συντελεστή Pearson r . Για το τρίτο ερευνητικό ερώτημα χρησιμοποιήθηκαν έλεγχοι διαφορών, όπως t test και ανάλυση διακύμανσης ANOVA, ανάλογα με τον αριθμό των κατηγοριών κάθε δημογραφικής μεταβλητής.

2.1.7. Ζητήματα δεοντολογίας και έγκριση από Επιτροπή Βιοηθικής

Για τη διενέργεια της μελέτης ζητήθηκε έγκριση από το Νοσοκομείο Μεταξά. Για την πρόσβαση στο πληθυσμό στο Νοσοκομείο λήφθηκε άδεια. Η έρευνα υλοποιήθηκε με σεβασμό στις βασικές αρχές της ερευνητικής δεοντολογίας, δηλαδή στην εθελοντική συμμετοχή, στην ανωνυμία, στην εμπιστευτικότητα και στη χρήση των δεδομένων αποκλειστικά για επιστημονικούς σκοπούς. Δεν συλλέχθηκαν ονομαστικά στοιχεία και δεν καταγράφηκαν πληροφορίες που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε άμεση ταυτοποίηση των συμμετεχόντων. Με αυτόν τον τρόπο διασφαλίστηκε η προστασία των προσωπικών δεδομένων των ασθενών και η ηθική εγκυρότητα της ερευνητικής διαδικασίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ:

3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑ

3.1. Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζονται τα δημογραφικά και γενικά χαρακτηριστικά του δείγματος, με στόχο τη συνοπτική αποτύπωση του προφίλ των συμμετεχόντων που έλαβαν μέρος στην έρευνα. Η περιγραφή αυτή κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική, καθώς επιτρέπει την καλύτερη κατανόηση της σύνθεσης του δείγματος ως προς βασικές κοινωνικοδημογραφικές και κλινικές μεταβλητές, όπως η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η μόνιμη κατοικία, το μορφωτικό επίπεδο, η επαγγελματική κατάσταση, ο λόγος νοσηλείας, η διάρκεια νοσηλείας και η φάση της ασθένειας. Η ανάλυση των στοιχείων πραγματοποιείται με τη χρήση απόλυτων και σχετικών συχνοτήτων.

Τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος δείχνουν μια σαφή υπεροχή των μεγαλύτερων ηλικιακών κατηγοριών, καθώς οι περισσότεροι συμμετέχοντες εντάσσονται στις ηλικίες από 51 ετών και άνω. Ειδικότερα, το 22,2% ανήκει στην κατηγορία 61 έως 70 ετών, το 21,7% στην κατηγορία 51 έως 60 ετών και το 20,6% στην κατηγορία 71 ετών και άνω. Αντίθετα, οι νεότερες ηλικίες εμφανίζονται αισθητά λιγότερο συχνές, με το 17,8% να βρίσκεται μεταξύ 41 και 50 ετών, το 15,0% μεταξύ 31 και 40 ετών και μόλις το 2,8% μεταξύ 18 και 30 ετών. Ως προς το φύλο, οι γυναίκες αποτελούν την πλειονότητα του δείγματος με ποσοστό 58,9%, ενώ οι άνδρες αντιστοιχούν στο 41,1%. Σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση, η μεγαλύτερη κατηγορία είναι οι έγγαμοι με ποσοστό 40,6%. Ακολουθούν οι άγαμοι με 23,3% και οι διαζευγμένοι με 22,2%, ενώ οι χήροι αντιστοιχούν στο 13,9% του δείγματος.

Αναφορικά με τον τόπο μόνιμης κατοικίας, η πλειονότητα των συμμετεχόντων διαμένει σε αστικό κέντρο, σε ποσοστό 63,3%. Η επαρχία ακολουθεί με 30,0%, ενώ το χωριό καταγράφει το μικρότερο ποσοστό, μόλις 6,7%. Ως προς το μορφωτικό επίπεδο, το μεγαλύτερο ποσοστό αντιστοιχεί σε αποφοίτους λυκείου με 30,6%. Ακολουθούν οι απόφοιτοι ΑΕΙ με 20,6% και οι απόφοιτοι ΑΤΕΙ με 19,4%, ενώ χαμηλότερα ποσοστά εμφανίζονται για το γυμνάσιο με 11,7%, το δημοτικό με 10,6% και το μεταπτυχιακό με 7,2%. Σε ό,τι αφορά την επαγγελματική κατάσταση, οι εργαζόμενοι αποτελούν τη

μεγαλύτερη ομάδα με 35,0%, ενώ ακολουθούν οι συνταξιούχοι με 27,8%. Μικρότερα ποσοστά καταγράφονται για όσους ασχολούνται με οικιακά με 12,2%, για τους ανέργους με 10,0%, για όσους εργάζονται μερικώς με 6,7%, για τους φοιτητές με 4,4% και για τους εισοδηματίες με 3,9%.

Σε σχέση με τον λόγο νοσηλείας, το 53,9% των συμμετεχόντων νοσηλεύεται για παρακολούθηση, ενώ το 46,1% για λήψη χημειοθεραπείας. Ως προς τη διάρκεια νοσηλείας, η συχνότερη επιλογή είναι η μία ημέρα με ποσοστό 58,9%. Ακολουθεί η μία εβδομάδα με 27,2%, ενώ το 13,9% δηλώνει μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Τέλος, ως προς τη φάση της ασθένειας, η χρόνια φάση υπερτερεί με ποσοστό 60,6%, ενώ η οξεία φάση αντιστοιχεί στο 39,4%.

Πίνακας 1. Τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος

Ερώτηση	Επιλογές	Συχνότητες	% Συχνότητες
Ηλικία	18-30 ετών	5	2,8
	31-40 ετών	27	15,0
	41-50 ετών	32	17,8
	51-60 ετών	39	21,7
	61-70 ετών	40	22,2
	71 ετών και άνω	37	20,6
Φύλο	Άνδρας	74	41,1
	Γυναίκα	106	58,9
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	42	23,3
	Έγγαμος/η	73	40,6
	Διαζευγμένος/η	40	22,2
	Χήρος/α	25	13,9
Η μόνιμη κατοικία σας είναι	Αστικό κέντρο	114	63,3
	Επαρχία	54	30,0
	Χωριό	12	6,7
Το επίπεδο των σπουδών σας είναι	Δημοτικό	19	10,6
	Γυμνάσιο	21	11,7
	Λύκειο	55	30,6
	ΑΤΕΙ	35	19,4

	ΑΕΙ	37	20,6
	Μεταπτυχιακό	13	7,2
Επαγγελματική κατάσταση	Εργαζόμενος/η	63	35,0
	Άνεργος/η	18	10,0
	Μερική απασχόληση	12	6,7
	Οικιακά	22	12,2
	Φοιτητής/τρια	8	4,4
	Συνταξιούχος	50	27,8
	Εισοδηματίας	7	3,9
Νοσηλεύετε στο νοσοκομείο για	Λήψη χημειοθεραπείας	83	46,1
	Παρακολούθηση	97	53,9
Νοσηλεία στο νοσοκομείο	Μία ημέρα	106	58,9
	Μία εβδομάδα	49	27,2
	Μεγαλύτερο χρονικό διάστημα	25	13,9
Σε ποια φάση της ασθένειας βρίσκεστε	Οξεία	71	39,4
	Χρόνια	109	60,6

3.2. Οι απόψεις των ερωτώμενων

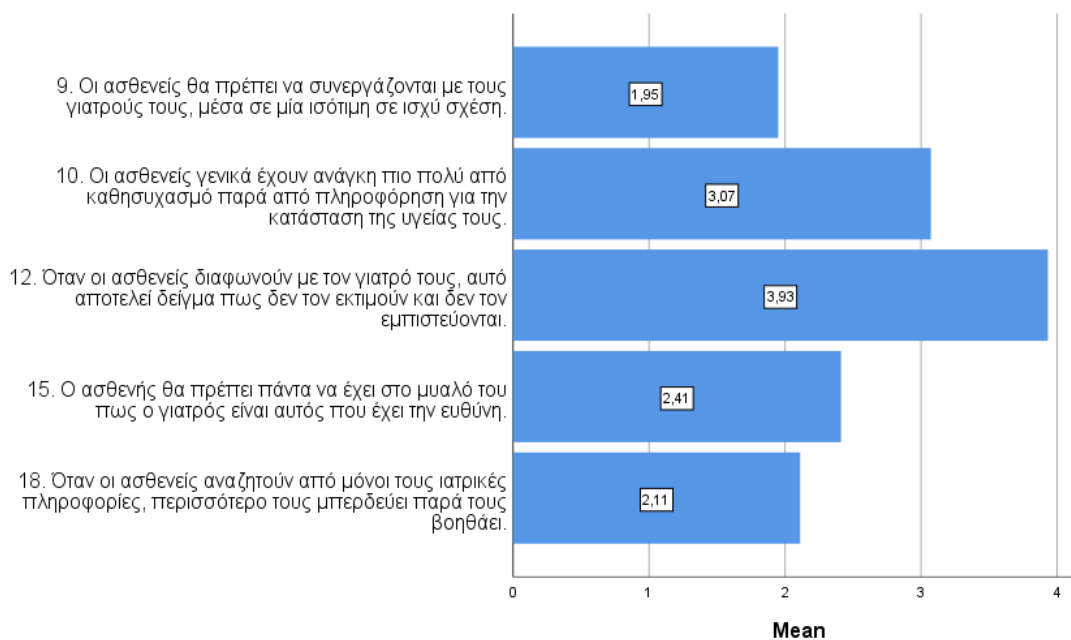
Στην παρούσα υποενότητα παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία του πρώτου τμήματος του ερωτηματολογίου, το οποίο αφορά τη διάσταση του διαμοιρασμού στη σχέση ιατρού και ασθενούς. Η συγκεκριμένη διάσταση αποτυπώνει τις στάσεις των συμμετεχόντων απέναντι στην ανταλλαγή πληροφοριών, στον βαθμό συμμετοχής του ασθενούς κατά την ιατρική επίσκεψη και στη γενικότερη ισορροπία της επικοινωνίας μεταξύ των δύο πλευρών. Η κλίμακα μέτρησης κυμαίνεται από 1 έως 6, όπου η τιμή 1 αντιστοιχεί στο συμφωνώ απόλυτα και η τιμή 6 στο διαφωνώ απόλυτα. Επομένως, χαμηλότερες μέσες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερη συμφωνία με κάθε δήλωση, ενώ υψηλότερες τιμές δηλώνουν αυξημένη διαφωνία.

Από την εξέταση των επιμέρους προτάσεων διαπιστώνεται ότι οι συμμετέχοντες τείνουν να συμφωνούν περισσότερο με τη θέση ότι οι ασθενείς θα πρέπει να συνεργάζονται με τους γιατρούς τους μέσα σε μία ισότιμη σε ισχύ σχέση, καθώς η συγκεκριμένη πρόταση συγκεντρώνει τη χαμηλότερη μέση τιμή, $M = 1,95$ και τυπική απόκλιση $SD = 1,178$. Παρόμοια εικόνα προκύπτει και για τη δήλωση ότι όταν

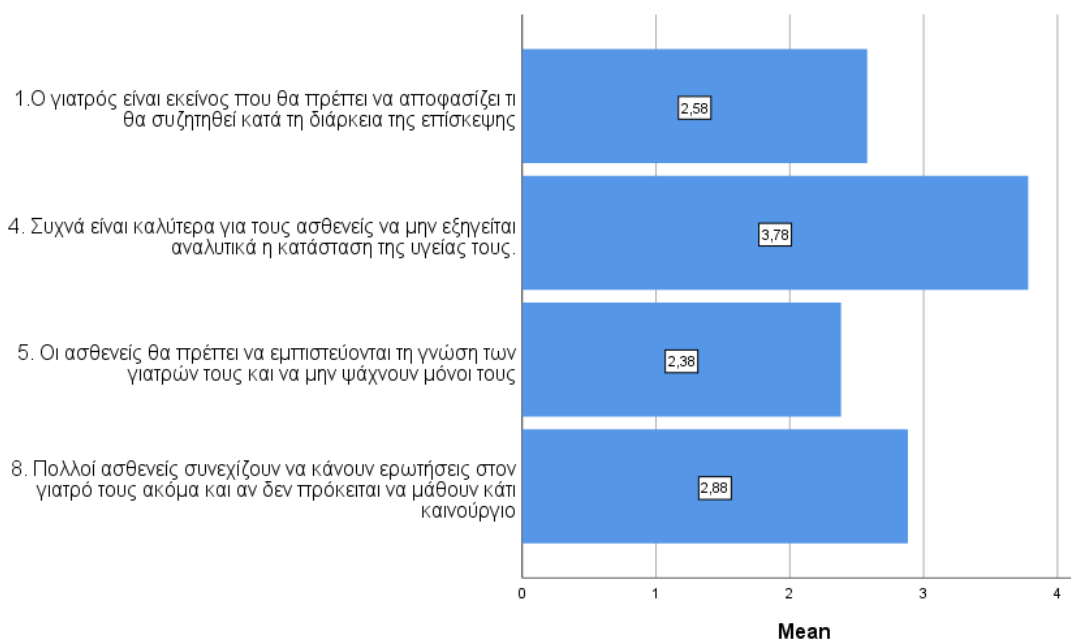
οι ασθενείς αναζητούν από μόνοι τους ιατρικές πληροφορίες, αυτό περισσότερο τους μπερδεύει παρά τους βοηθάει, η οποία εμφανίζει μέση τιμή $M = 2,11$ και $SD = 1,153$. Αντίστοιχα, η πρόταση ότι οι ασθενείς θα πρέπει να εμπιστεύονται τη γνώση των γιατρών τους και να μην ψάχνουν μόνοι τους παρουσιάζει μέση τιμή $M = 2,41$ και $SD = 1,464$, ενώ η δήλωση ότι ο ασθενής θα πρέπει πάντα να έχει στο μυαλό του πως ο γιατρός είναι αυτός που έχει την ευθύνη εμφανίζει επίσης $M = 2,41$ και $SD = 1,397$. Η πρόταση ότι ο γιατρός είναι εκείνος που θα πρέπει να αποφασίζει τι θα συζητηθεί κατά τη διάρκεια της επίσκεψης καταγράφει μέση τιμή $M = 2,58$ και $SD = 1,510$, ενώ η δήλωση ότι πολλοί ασθενείς συνεχίζουν να κάνουν ερωτήσεις στον γιατρό τους ακόμα και αν δεν πρόκειται να μάθουν κάτι καινούργιο έχει μέση τιμή $M = 2,88$ και $SD = 1,296$. Στη συνέχεια, η πρόταση ότι οι ασθενείς γενικά έχουν ανάγκη πιο πολύ από καθησυχασμό παρά από πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους παρουσιάζει μέση τιμή $M = 3,07$ και $SD = 1,568$, ένδειξη μιας πιο ουδέτερης ή μικτής στάσης. Αντίστοιχα, η δήλωση ότι συχνά είναι καλύτερα για τους ασθενείς να μην εξηγείται αναλυτικά η κατάσταση της υγείας τους εμφανίζει μέση τιμή $M = 3,78$ και $SD = 1,642$, γεγονός που δείχνει τάση προς διαφωνία. Ακόμη υψηλότερη είναι η μέση τιμή στη δήλωση ότι όταν οι ασθενείς διαφωνούν με τον γιατρό τους, αυτό αποτελεί δείγμα πως δεν τον εκτιμούν και δεν τον εμπιστεύονται, με $M = 3,93$ και $SD = 1,690$, στοιχείο που υποδηλώνει σαφέστερη απόρριψη αυτής της αντίληψης.

Πίνακας 2. Διαμοιρασμός (Sharing)

Διαμοιρασμός (Sharing)	N	Mean	Std. Deviation
1.Ο γιατρός είναι εκείνος που θα πρέπει να αποφασίζει τι θα συζητηθεί κατά τη διάρκεια της επίσκεψης	180	2,58	1,510
4. Συχνά είναι καλύτερα για τους ασθενείς να μην εξηγείται αναλυτικά η κατάσταση της υγείας τους.	180	3,78	1,642
5. Οι ασθενείς θα πρέπει να εμπιστεύονται τη γνώση των γιατρών τους και να μην ψάχνουν μόνοι τους	180	2,41	1,464
8. Πολλοί ασθενείς συνεχίζουν να κάνουν ερωτήσεις στον γιατρό τους ακόμα και αν δεν πρόκειται να μάθουν κάτι καινούργιο	180	2,88	1,296
9. Οι ασθενείς θα πρέπει να συνεργάζονται με τους γιατρούς τους, μέσα σε μία ισότιμη σε ισχύ σχέση.	180	1,95	1,178
10. Οι ασθενείς γενικά έχουν ανάγκη πιο πολύ από καθησυχασμό παρά από πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους.	180	3,07	1,568
12. Όταν οι ασθενείς διαφωνούν με τον γιατρό τους, αυτό αποτελεί δείγμα πως δεν τον εκτιμούν και δεν τον εμπιστεύονται.	180	3,93	1,690
15. Ο ασθενής θα πρέπει πάντα να έχει στο μυαλό του πως ο γιατρός είναι αυτός που έχει την ευθύνη.	180	2,41	1,397
18. Όταν οι ασθενείς αναζητούν από μόνοι τους ιατρικές πληροφορίες, περισσότερο τους μπερδεύει παρά τους βοηθάει.	180	2,11	1,153



Διάγραμμα 1. Διαμοιρασμός (Sharing)



Διάγραμμα 2. Διαμοιρασμός (Sharing) II

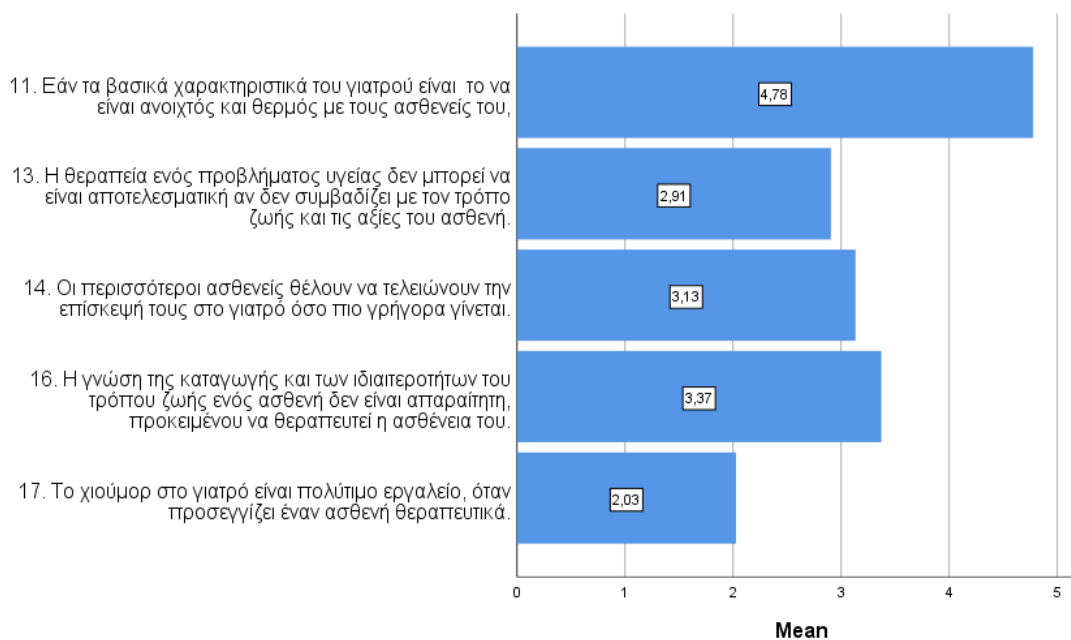
Στην παρούσα υποενότητα παρουσιάζονται τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία της διάστασης της φροντίδας, η οποία αφορά τον τρόπο με τον οποίο οι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονται τη σημασία της διαπροσωπικής σχέσης, της κατανόησης του ασθενούς και της ανθρωποκεντρικής προσέγγισης στο πλαίσιο της ιατρικής φροντίδας. Η κλίμακα μέτρησης κυμαίνεται από 1 έως 6, όπου η τιμή 1 αντιστοιχεί στο συμφωνώ απόλυτα και η τιμή 6 στο διαφωνώ απόλυτα. Κατά συνέπεια,

οι χαμηλότερες μέσες τιμές υποδηλώνουν μεγαλύτερο βαθμό συμφωνίας με τις αντίστοιχες δηλώσεις, ενώ οι υψηλότερες τιμές υποδηλώνουν εντονότερη διαφωνία.

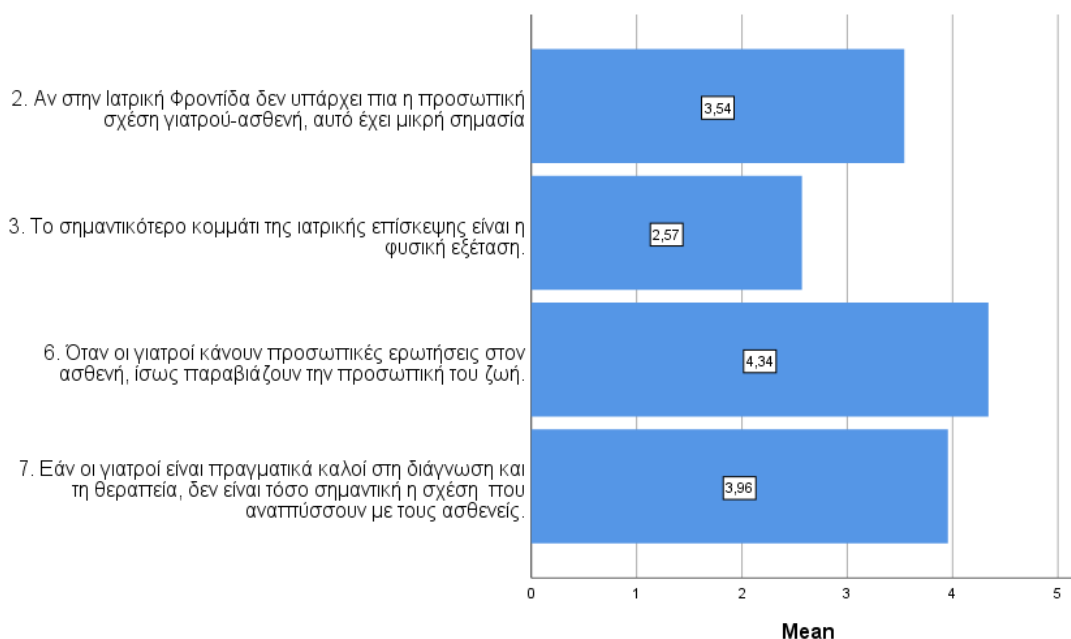
Από τα ευρήματα της συγκεκριμένης διάστασης προκύπτει ότι οι συμμετέχοντες συμφωνούν περισσότερο με τη δήλωση ότι το χιούμορ στο γιατρό είναι πολύτιμο εργαλείο όταν προσεγγίζει έναν ασθενή θεραπευτικά, καθώς η πρόταση αυτή παρουσιάζει τη χαμηλότερη μέση τιμή, $M = 2,03$ και τυπική απόκλιση $SD = 1,096$. Αντίστοιχα, σχετικά χαμηλή μέση τιμή εμφανίζει και η δήλωση ότι το σημαντικότερο κομμάτι της ιατρικής επίσκεψης είναι η φυσική εξέταση, με $M = 2,56$ και $SD = 1,229$. Η πρόταση ότι η θεραπεία ενός προβλήματος υγείας δεν μπορεί να είναι αποτελεσματική αν δεν συμβαδίζει με τον τρόπο ζωής και τις αξίες του ασθενή καταγράφει μέση τιμή $M = 2,91$ και $SD = 1,344$. Στο ίδιο πλαίσιο, η δήλωση ότι οι περισσότεροι ασθενείς θέλουν να τελειώνουν την επίσκεψή τους στο γιατρό όσο πιο γρήγορα γίνεται εμφανίζει μέση τιμή $M = 3,13$ και $SD = 1,493$. Ακόμη, η πρόταση ότι η γνώση της καταγωγής και των ιδιοτεροτήτων του τρόπου ζωής ενός ασθενή δεν είναι απαραίτητη προκειμένου να θεραπευτεί η ασθένειά του παρουσιάζει μέση τιμή $M = 3,37$ και $SD = 1,698$, ενώ η δήλωση ότι αν στην ιατρική φροντίδα δεν υπάρχει πια η προσωπική σχέση γιατρού και ασθενή αυτό έχει μικρή σημασία συγκεντρώνει μέση τιμή $M = 3,56$ και $SD = 1,669$. Πιο έντονη διαφωνία παρατηρείται στη δήλωση ότι εάν οι γιατροί είναι πραγματικά καλοί στη διάγνωση και τη θεραπεία, δεν είναι τόσο σημαντική η σχέση που αναπτύσσουν με τους ασθενείς, με $M = 3,96$ και $SD = 1,406$. Ακόμη ισχυρότερη είναι η διαφωνία με τη δήλωση ότι όταν οι γιατροί κάνουν προσωπικές ερωτήσεις στον ασθενή ίσως παραβιάζουν την προσωπική του ζωή, η οποία εμφανίζει $M = 4,35$ και $SD = 1,322$. Τη μεγαλύτερη τέλος, μέση τιμή παρουσιάζει η δήλωση ότι εάν τα βασικά χαρακτηριστικά του γιατρού είναι το να είναι ανοιχτός και θερμός με τους ασθενείς του, με $M = 4,78$ και $SD = 1,474$.

Πίνακας 3. Φροντίδα (Caring)

Φροντίδα (Caring)	N	Mean	Std. Deviation
2. Αν στην Ιατρική Φροντίδα δεν υπάρχει πια η προσωπική σχέση γιατρού-ασθενή, αυτό έχει μικρή σημασία	180	3,56	1,669
3. Το σημαντικότερο κομμάτι της ιατρικής επίσκεψης είναι η φυσική εξέταση.	180	2,56	1,229
6. Όταν οι γιατροί κάνουν προσωπικές ερωτήσεις στον ασθενή, ίσως παραβιάζουν την προσωπική του ζωή.	180	4,35	1,322
7. Εάν οι γιατροί είναι πραγματικά καλοί στη διάγνωση και τη θεραπεία, δεν είναι τόσο σημαντική η σχέση που αναπτύσσουν με τους ασθενείς.	180	3,96	1,406
11. Εάν τα βασικά χαρακτηριστικά του γιατρού είναι το να είναι ανοιχτός και θερμός με τους ασθενείς του,	180	4,78	1,474
13. Η θεραπεία ενός προβλήματος υγείας δεν μπορεί να είναι αποτελεσματική αν δεν συμβαδίζει με τον τρόπο ζωής και τις αξίες του ασθενή.	180	2,91	1,344
14. Οι περισσότεροι ασθενείς θέλουν να τελειώνουν την επίσκεψή τους στο γιατρό όσο πιο γρήγορα γίνεται.	180	3,13	1,493
16. Η γνώση της καταγωγής και των ιδιαιτεροτήτων του τρόπου ζωής ενός ασθενή δεν είναι απαραίτητη, προκειμένου να θεραπευτεί η ασθένεια του.	180	3,37	1,698
17. Το χιούμορ στο γιατρό είναι πολύτιμο εργαλείο, όταν προσεγγίζει έναν ασθενή θεραπευτικά.	180	2,03	1,096



Διάγραμμα 3. Φροντίδα (Caring)



Διάγραμμα 4. Φροντίδα (Caring) II

3.3. Οι συνολικές μεταβλητές της έρευνας και η συσχέτισή τους

Στην παρούσα ενότητα εξετάζονται οι συνολικές μεταβλητές της έρευνας, τόσο ως προς την αξιοπιστία τους όσο και ως προς τις μεταξύ τους συσχετίσεις. Αρχικά, ως προς την ανάλυση αξιοπιστίας, οι τιμές του δείκτη Cronbach's α δείχνουν ικανοποιητική έως πολύ καλή εσωτερική συνοχή για όλες τις κλίμακες. Ειδικότερα, για

τη διάσταση του διαμοιρασμού η τιμή του Cronbach's α είναι 0,810, για τη διάσταση της φροντίδας 0,823, ενώ για τη συνολική μεταβλητή του προσανατολισμού ασθενούς επαγγελματία υγείας η τιμή ανέρχεται σε 0,846. Οι τιμές αυτές υπερβαίνουν το αποδεκτό όριο του 0,70 και καταδεικνύουν ότι οι επιμέρους ερωτήσεις κάθε κλίμακας παρουσιάζουν υψηλό βαθμό εσωτερικής συνέπειας. Συνεπώς, μπορεί να υποστηριχθεί ότι τα τμήματα του ερωτηματολογίου μετρούν με αξιόπιστο τρόπο τις αντίστοιχες θεωρητικές διαστάσεις.

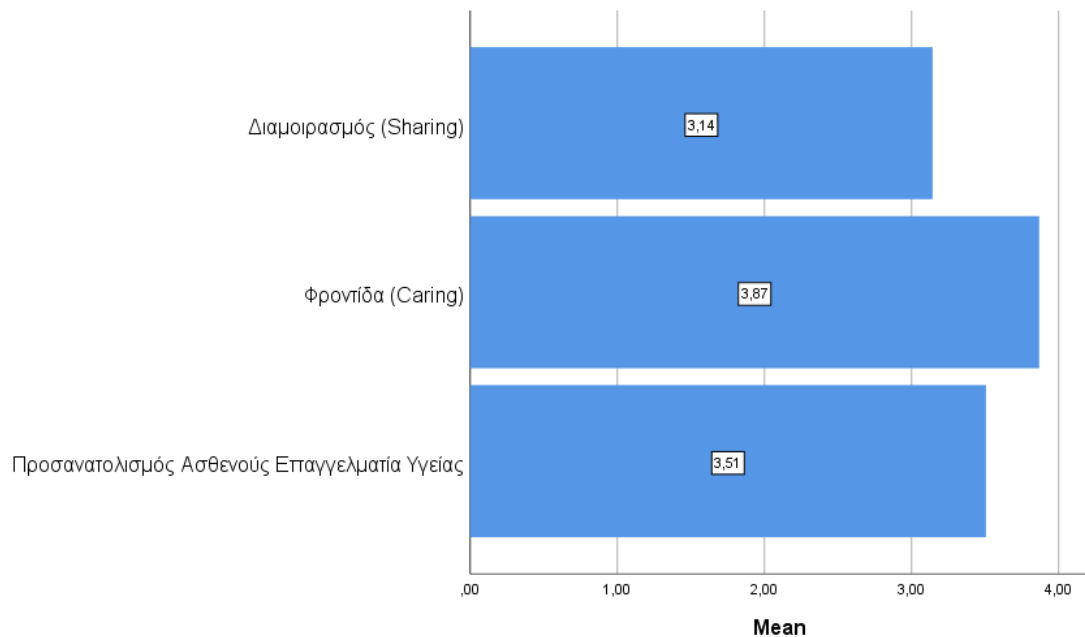
Πίνακας 4. Ανάλυση αξιοπιστίας

Τμήμα ερωτηματολογίου	Αριθμός ερωτήσεων	Cronbach's α
Διαμοιρασμός (Sharing)	9	0,810
Φροντίδα (Caring)	9	0,823
Προσανατολισμός Ασθενούς Επαγγελματία Υγείας	18	0,846

Σε ό,τι αφορά τις συνολικές μεταβλητές της έρευνας, η μέση τιμή για τον διαμοιρασμό ανέρχεται σε $M = 3,14$ με τυπική απόκλιση $SD = 0,601$, ενώ για τη φροντίδα η μέση τιμή είναι $M = 3,86$ με $SD = 0,600$. Η συνολική μεταβλητή του προσανατολισμού ασθενούς επαγγελματία υγείας εμφανίζει μέση τιμή $M = 3,50$ και $SD = 0,482$. Με βάση τις παραπάνω τιμές, παρατηρείται ότι η διάσταση της φροντίδας συγκεντρώνει υψηλότερο μέσο όρο σε σύγκριση με τον διαμοιρασμό, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι συμμετέχοντες τοποθετούνται διαφορετικά απέναντι στις δύο διαστάσεις.

Πίνακας 5. Οι συνολικές μεταβλητές της έρευνας

Οι συνολικές μεταβλητές της έρευνας	N	Mean	Std. Deviation
Διαμοιρασμός (Sharing)	180	3,14	0,601
Φροντίδα (Caring)	180	3,86	0,600
Προσανατολισμός Ασθενούς Επαγγελματία Υγείας	180	3,50	0,482



Διάγραμμα 5. Οι συνολικές μεταβλητές της έρευνας

Στη συνέχεια, η ανάλυση συσχέτισης Pearson ανέδειξε στατιστικώς σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ όλων των συνολικών μεταβλητών σε επίπεδο σημαντικότητας 0,01. Ειδικότερα, ο διαμοιρασμός συσχετίζεται θετικά με τη φροντίδα με συντελεστή $r = 0,282$ και $p = 0,000$. Η συσχέτιση αυτή είναι χαμηλή προς μέτρια, γεγονός που δείχνει ότι, όσο αυξάνεται η μία διάσταση, τείνει να αυξάνεται και η άλλη, χωρίς όμως η σχέση να είναι ιδιαίτερα ισχυρή.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι πολύ ισχυρές θετικές συσχετίσεις της συνολικής μεταβλητής του προσανατολισμού ασθενούς επαγγελματία υγείας τόσο με τον διαμοιρασμό όσο και με τη φροντίδα. Πιο συγκεκριμένα, ο προσανατολισμός συσχετίζεται με τον διαμοιρασμό σε επίπεδο $r = 0,800$ και $p = 0,000$, ενώ με τη φροντίδα σε επίπεδο $r = 0,801$ και $p = 0,000$. Οι συντελεστές αυτοί δείχνουν πολύ

υψηλή θετική σχέση, στοιχείο απολύτως αναμενόμενο, καθώς η συνολική μεταβλητή φαίνεται να συντίθεται θεωρητικά και εμπειρικά από τις δύο επιμέρους διαστάσεις.

Πίνακας 6 .Ανάλυση συσχέτισης

Correlations				
		Διαμοιρασμός	Φροντίδα	Προσανατολισμός
Διαμοιρασμός (Sharing)	Pearson Correlation	1	,282**	,800**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000
	N	180	180	180
Φροντίδα (Caring)	Pearson Correlation	,282**	1	,801**
	Sig. (2-tailed)	,000		,000
	N	180	180	180
Προσανατολισμός Ασθενούς Επαγγελματία Υγείας	Pearson Correlation	,800**	,801**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	
	N	180	180	180
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).				

3.4. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άτομα με διαφορετικά δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στην παρούσα ενότητα εξετάζεται κατά πόσο παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές στις βασικές μεταβλητές της έρευνας ανάλογα με τα διαφορετικά δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων. Για τον σκοπό αυτό αρχικά πραγματοποιήθηκε ανάλυση διακύμανσης μιας κατεύθυνσης, προκειμένου να συγκριθούν οι μέσοι όροι των ομάδων που διαμένουν σε αστικό κέντρο, επαρχία και χωριό, ως προς τον διαμοιρασμό, τη φροντίδα και τον συνολικό προσανατολισμό ασθενούς επαγγελματία υγείας. Στη συνέχεια εφαρμόστηκε το post hoc κριτήριο LSD, ώστε να εντοπιστούν οι επιμέρους ομάδες μεταξύ των οποίων εμφανίζονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Αρχικά, ως προς τη διάσταση του διαμοιρασμού, τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ των ομάδων, $F = 4,875$ και $p = 0,009$. Ειδικότερα, οι συμμετέχοντες που διαμένουν σε αστικό κέντρο εμφάνισαν υψηλότερο μέσο όρο, $M = 3,2450$ και $SD = 0,56146$, σε σύγκριση με όσους διαμένουν στην επαρχία, οι οποίοι παρουσίασαν μέσο όρο $M = 2,9465$ και $SD = 0,61420$, καθώς και με

όσους κατοικούν σε χωριό, των οποίων ο μέσος όρος ήταν $M = 3,0370$ και $SD = 0,72371$. Το post hoc test LSD έδειξε ότι η στατιστικά σημαντική διαφορά εντοπίζεται μεταξύ των κατοίκων αστικού κέντρου και επαρχίας, με μέση διαφορά $0,29854$ και $p = 0,003$. Αντίθετα, οι διαφορές μεταξύ αστικού κέντρου και χωριού, καθώς και μεταξύ επαρχίας και χωριού, δεν ήταν στατιστικά σημαντικές. Το εύρημα αυτό δείχνει ότι η μόνιμη κατοικία σχετίζεται με διαφορετικό επίπεδο στάσεων ως προς τον διαμοιρασμό, κυρίως ανάμεσα στους κατοίκους αστικών περιοχών και επαρχίας.

Αντίστοιχα, στη διάσταση της φροντίδας καταγράφηκαν επίσης στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάλογα με τη μόνιμη κατοικία, $F = 3,841$ και $p = 0,023$. Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες από αστικό κέντρο παρουσίασαν τον υψηλότερο μέσο όρο, $M = 3,9587$ και $SD = 0,58854$, ενώ οι συμμετέχοντες από την επαρχία εμφάνισαν χαμηλότερο μέσο όρο, $M = 3,6996$ και $SD = 0,58182$. Οι κάτοικοι χωριού είχαν μέσο όρο $M = 3,7315$ και $SD = 0,65727$. Η ανάλυση πολλαπλών συγκρίσεων με το κριτήριο LSD έδειξε ότι στατιστικά σημαντική διαφορά υπάρχει μόνο μεταξύ αστικού κέντρου και επαρχίας, με μέση διαφορά $0,25911$ και $p = 0,009$. Οι υπόλοιπες συγκρίσεις δεν ανέδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Συνεπώς, και στη διάσταση της φροντίδας, οι κάτοικοι αστικών κέντρων διαφοροποιούνται από τους κατοίκους της επαρχίας.

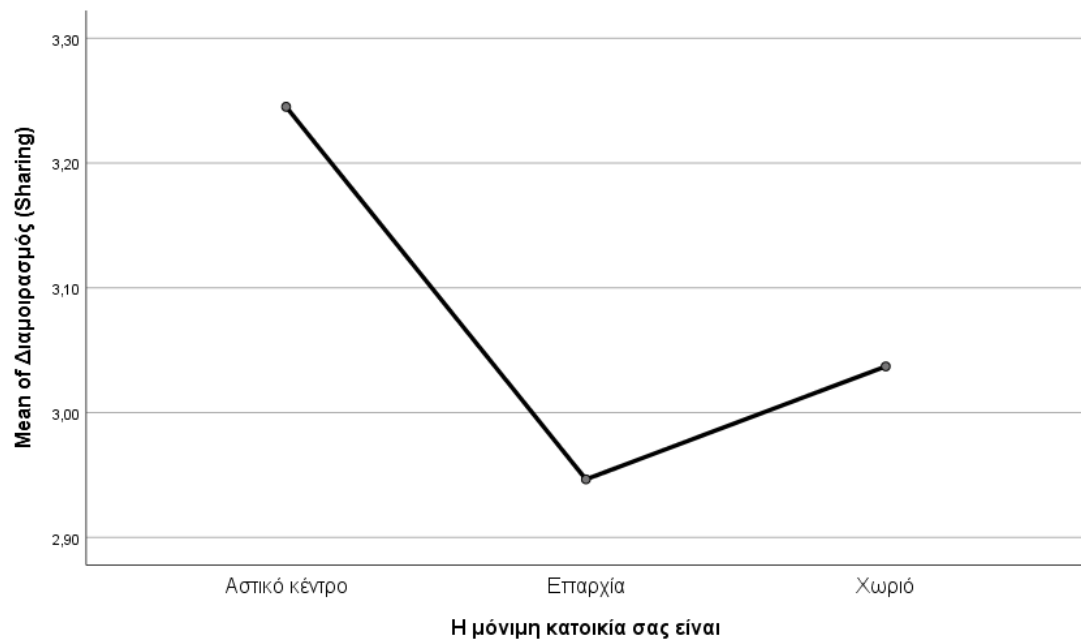
Παρόμοια εικόνα προκύπτει και για τη συνολική μεταβλητή του προσανατολισμού ασθενούς επαγγελματία υγείας, όπου επίσης διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ομάδων, $F = 7,159$ και $p = 0,001$. Οι συμμετέχοντες που κατοικούν σε αστικό κέντρο εμφάνισαν υψηλότερο μέσο όρο, $M = 3,6071$ και $SD = 0,43608$, συγκριτικά με τους συμμετέχοντες από την επαρχία, οι οποίοι παρουσίασαν $M = 3,3230$ και $SD = 0,52027$, και με τους κατοίκους χωριού, οι οποίοι είχαν $M = 3,3843$ και $SD = 0,49092$. Το post hoc test LSD έδειξε και εδώ ότι η στατιστικά σημαντική διαφορά αφορά αποκλειστικά τη σύγκριση ανάμεσα στο αστικό κέντρο και την επαρχία, με μέση διαφορά $0,28406$ και $p < 0,001$. Οι συγκρίσεις αστικού κέντρου με χωριό και επαρχίας με χωριό δεν παρουσίασαν στατιστική σημαντικότητα.

Πίνακας 7. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άτομα με διαφορετική μόνιμη κατοικία

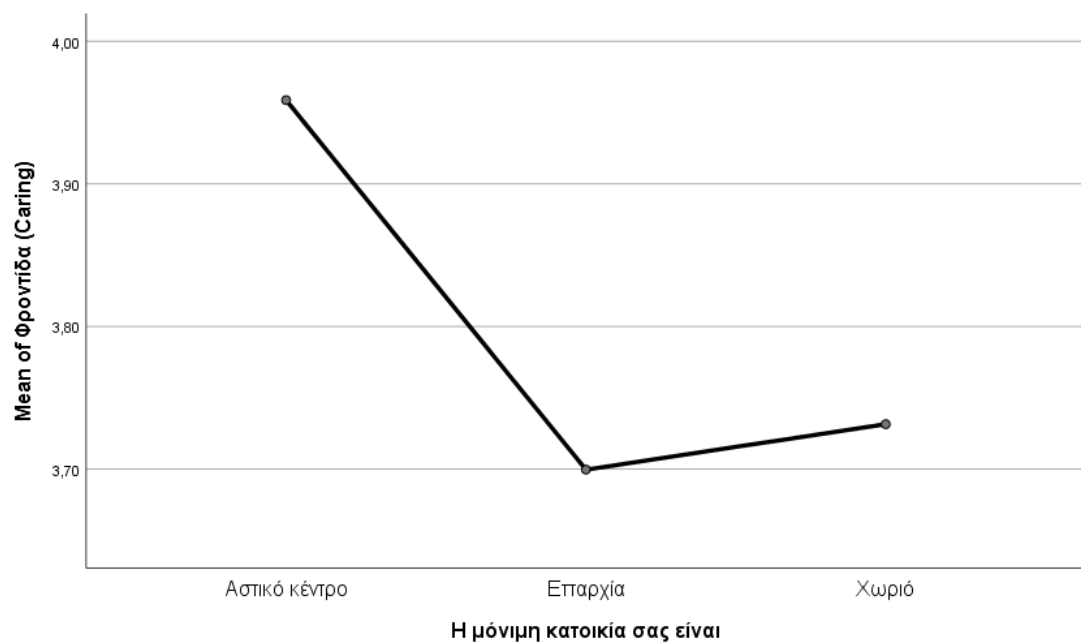
		N	Mean	Std. Deviation	F	p-value
Διαμοιρασμός (Sharing)	Αστικό κέντρο	112	3,2450	,56146		
	Επαρχία	54	2,9465	,61420		
	Χωριό	12	3,0370	,72371		
	Total	178	3,1404	,60193	4,875	,009
Φροντίδα (Caring)	Αστικό κέντρο	113	3,9587	,58854		
	Επαρχία	54	3,6996	,58182		
	Χωριό	12	3,7315	,65727		
	Total	179	3,8653	,60043	3,841	,023
Προσανατολισμός Ασθενούς Επαγγελματία Υγείας	Αστικό κέντρο	111	3,6071	,43608		
	Επαρχία	54	3,3230	,52027		
	Χωριό	12	3,3843	,49092		
	Total	177	3,5053	,48286	7,159	,001

Πίνακας 8. Τα αποτελέσματα του post hoc test LSD για τη μόνιμη κατοικία

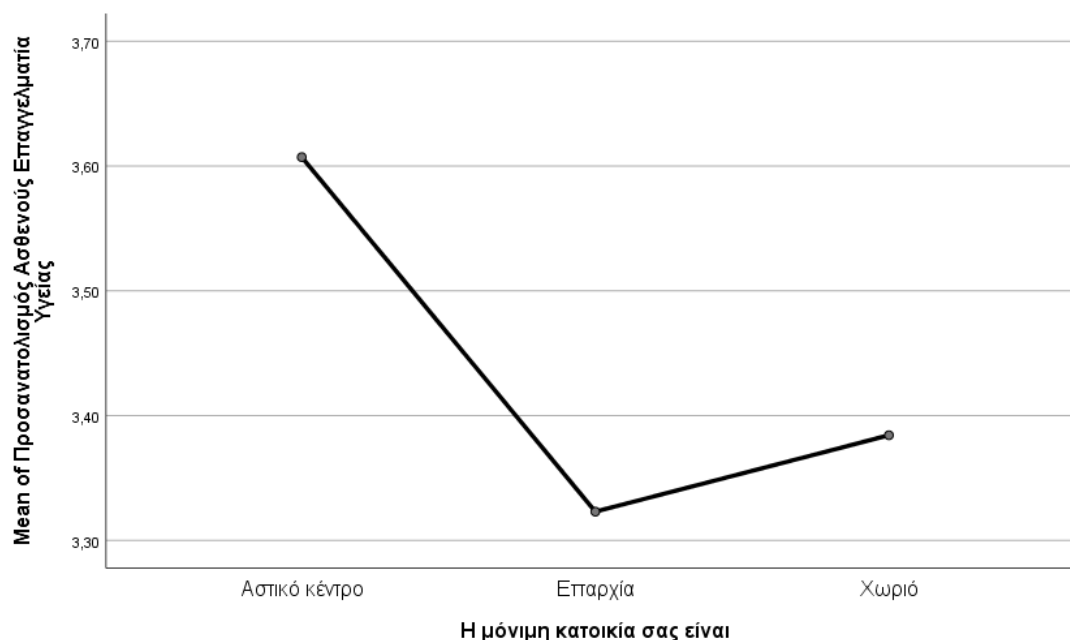
Multiple Comparisons					
LSD					
Dependent Variable	(I) Η μόνιμη κατοικία σας είναι	(J) Η μόνιμη κατοικία σας είναι	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Διαμοιρασμός (Sharing)	Αστικό κέντρο	Επαρχία	,29854*	,09761	,003
		Χωριό	,20800	,17896	,247
	Επαρχία	Αστικό κέντρο	-,29854*	,09761	,003
		Χωριό	-,09053	,18803	,631
	Χωριό	Αστικό κέντρο	-,20800	,17896	,247
		Επαρχία	,09053	,18803	,631
Φροντίδα (Caring)	Αστικό κέντρο	Επαρχία	,25911*	,09778	,009
		Χωριό	,22722	,17946	,207
	Επαρχία	Αστικό κέντρο	-,25911*	,09778	,009
		Χωριό	-,03189	,18864	,866
	Χωριό	Αστικό κέντρο	-,22722	,17946	,207
		Επαρχία	,03189	,18864	,866
Προσανατολισμός Ασθενούς Επαγγελματία Υγείας	Αστικό κέντρο	Επαρχία	,28406*	,07745	,000
		Χωριό	,22285	,14185	,118
	Επαρχία	Αστικό κέντρο	-,28406*	,07745	,000
		Χωριό	-,06121	,14898	,682
	Χωριό	Αστικό κέντρο	-,22285	,14185	,118
		Επαρχία	,06121	,14898	,682
*. The mean difference is significant at the 0.05 level.					



Διάγραμμα 6. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άτομα με διαφορετική μόνιμη κατοικία



Διάγραμμα 7. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άτομα με διαφορετική μόνιμη κατοικία II



Διάγραμμα 8. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άτομα με διαφορετική μόνιμη κατοικία III

Στην συνέχεια παρουσιάζονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές στη διάσταση του διαμοιρασμού ανάμεσα σε άτομα με διαφορετικό μορφωτικό επίπεδο. Για τον σκοπό αυτό εφαρμόστηκε ανάλυση διακύμανσης μιας κατεύθυνσης, ώστε να διερευνηθεί εάν οι μέσοι όροι της μεταβλητής διαφοροποιούνται μεταξύ των επιπέδων εκπαίδευσης. Στη συνέχεια, χρησιμοποιήθηκε το post hoc κριτήριο LSD για τον εντοπισμό των επιμέρους ομάδων μεταξύ των οποίων εμφανίζονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές.

Τα αποτελέσματα της ανάλυσης έδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στη διάσταση του διαμοιρασμού ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων, καθώς προέκυψε τιμή $F = 2,779$ με $p = 0,019$. Το εύρημα αυτό δείχνει ότι οι στάσεις των συμμετεχόντων ως προς τον διαμοιρασμό δεν είναι ίδιες σε όλες τις μορφωτικές κατηγορίες, αλλά μεταβάλλονται σε συνάρτηση με το επίπεδο σπουδών τους.

Ειδικότερα, ο χαμηλότερος μέσος όρος καταγράφηκε στην κατηγορία των αποφοίτων δημοτικού, με $M = 2,9064$ και $SD = 0,75018$, ενώ ακολουθούν οι απόφοιτοι ΑΤΕΙ με $M = 2,9429$ και $SD = 0,55514$ και οι απόφοιτοι γυμνασίου με $M = 3,0529$ και $SD = 0,54729$. Υψηλότερος μέσος όρος παρατηρήθηκε στους αποφοίτους ΑΕΙ με $M = 3,1841$ και $SD = 0,57542$, στους αποφοίτους λυκείου με $M = 3,2889$ και $SD = 0,53569$.

και κυρίως σε όσους διαθέτουν μεταπτυχιακό τίτλο, με $M = 3,4103$ και $SD = 0,70621$. Η συνολική εικόνα δείχνει ότι οι υψηλότερες τιμές στη μεταβλητή του διαμοιρασμού εμφανίζονται κυρίως στις ανώτερες μορφωτικές βαθμίδες, χωρίς ωστόσο η τάση αυτή να είναι απολύτως γραμμική σε όλες τις περιπτώσεις.

Η ανάλυση πολλαπλών συγκρίσεων με το κριτήριο LSD ανέδειξε ορισμένες συγκεκριμένες διαφορές μεταξύ των επιμέρους ομάδων. Πιο συγκεκριμένα, στατιστικά σημαντική διαφορά εντοπίστηκε μεταξύ των αποφοίτων δημοτικού και λυκείου, με μέση διαφορά $-0,38246$ και $p = 0,015$, γεγονός που δείχνει ότι οι απόφοιτοι λυκείου εμφανίζουν υψηλότερο μέσο όρο στον διαμοιρασμό σε σύγκριση με τους αποφοίτους δημοτικού. Επίσης, στατιστικά σημαντική ήταν και η διαφορά μεταξύ των αποφοίτων δημοτικού και όσων διαθέτουν μεταπτυχιακό τίτλο, με μέση διαφορά $-0,50382$ και $p = 0,018$, στοιχείο που υποδηλώνει ακόμη εντονότερη διαφοροποίηση υπέρ της υψηλότερης εκπαιδευτικής βαθμίδας.

Παράλληλα, προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των αποφοίτων λυκείου και των αποφοίτων ΑΤΕΙ, με μέση διαφορά $0,34603$ και $p = 0,007$, καθώς και μεταξύ των αποφοίτων ΑΤΕΙ και των κατόχων μεταπτυχιακού τίτλου, με μέση διαφορά $-0,46740$ και $p = 0,015$. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν ότι ορισμένες μορφωτικές κατηγορίες διαφοροποιούνται ουσιαστικά μεταξύ τους ως προς τη συγκεκριμένη διάσταση. Αντίθετα, οι υπόλοιπες συγκρίσεις δεν έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, καθώς οι αντίστοιχες τιμές σημαντικότητας υπερέβησαν το όριο του $0,05$. Επομένως, παρότι το μορφωτικό επίπεδο συνολικά φαίνεται να επηρεάζει τη διάσταση του διαμοιρασμού, η επίδραση αυτή δεν εμφανίζεται με τον ίδιο τρόπο μεταξύ όλων των εκπαιδευτικών κατηγοριών, αλλά εντοπίζεται κυρίως σε συγκεκριμένα ζεύγη ομάδων.

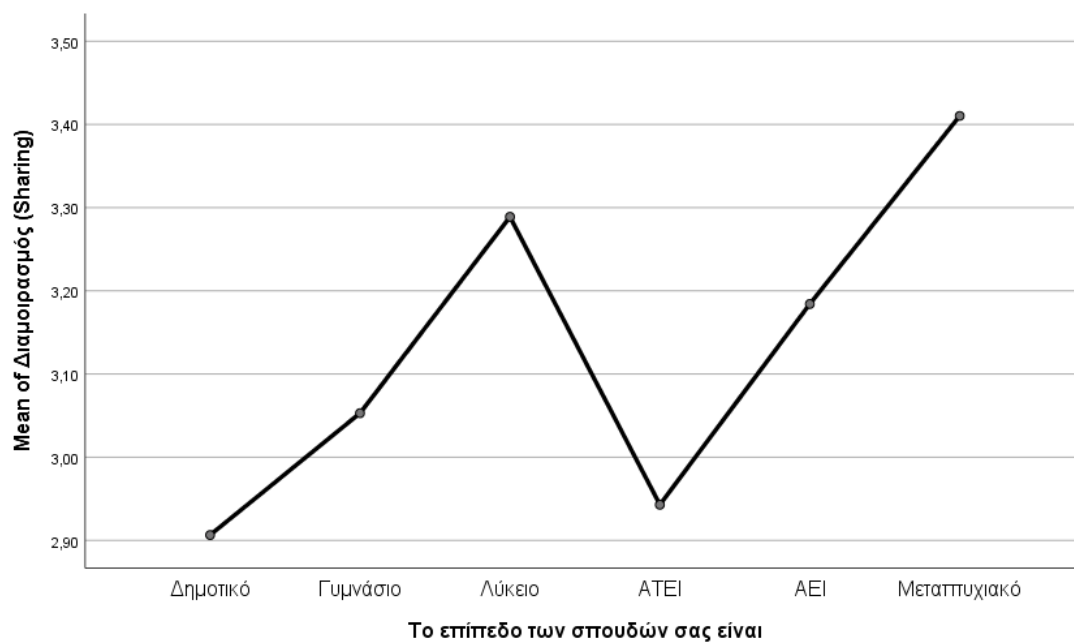
Πίνακας 9. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άτομα με διαφορετικό μορφωτικό επίπεδο

Διαμοιρασμός (Sharing)					
	N	Mean	Std. Deviation	F	p-value
Δημοτικό	19	2,9064	,75018		
Γυμνάσιο	21	3,0529	,54729		
Λύκειο	55	3,2889	,53569		
ΑΤΕΙ	35	2,9429	,55514		
ΑΕΙ	35	3,1841	,57542		
Μεταπτυχιακό	13	3,4103	,70621		
Total	178	3,1404	,60193	2,779	,019

Πίνακας 10. Τα αποτελέσματα του post hoc test LSD για το μορφωτικό επίπεδο

Multiple Comparisons				
Dependent Variable: Διαμοιρασμός (Sharing)				
LSD				
(I) Το επίπεδο των σπουδών σας είναι	(J) Το επίπεδο των σπουδών σας είναι	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
Δημοτικό	Γυμνάσιο	-,14648	,18597	,432
	Λύκειο	-,38246*	,15630	,015
	ΑΤΕΙ	-,03642	,16737	,828
	ΑΕΙ	-,27769	,16737	,099
	Μεταπτυχιακό	-,50382*	,21141	,018
Γυμνάσιο	Δημοτικό	,14648	,18597	,432
	Λύκειο	-,23598	,15067	,119
	ΑΤΕΙ	,11005	,16213	,498
	ΑΕΙ	-,13122	,16213	,419
	Μεταπτυχιακό	-,35735	,20728	,087
Λύκειο	Δημοτικό	,38246*	,15630	,015
	Γυμνάσιο	,23598	,15067	,119
	ΑΤΕΙ	,34603*	,12700	,007
	ΑΕΙ	,10476	,12700	,411
	Μεταπτυχιακό	-,12137	,18114	,504

ΑΤΕΙ	Δημοτικό	,03642	,16737	,828
	Γυμνάσιο	-,11005	,16213	,498
	Λύκειο	-,34603*	,12700	,007
	ΑΕΙ	-,24127	,14040	,088
	Μεταπτυχιακό	-,46740*	,19077	,015
ΑΕΙ	Δημοτικό	,27769	,16737	,099
	Γυμνάσιο	,13122	,16213	,419
	Λύκειο	-,10476	,12700	,411
	ΑΤΕΙ	,24127	,14040	,088
	Μεταπτυχιακό	-,22613	,19077	,238
Μεταπτυχιακό	Δημοτικό	,50382*	,21141	,018
	Γυμνάσιο	,35735	,20728	,087
	Λύκειο	,12137	,18114	,504
	ΑΤΕΙ	,46740*	,19077	,015
	ΑΕΙ	,22613	,19077	,238
*. The mean difference is significant at the 0.05 level.				



Διάγραμμα 9 .Στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σε άτομα με διαφορετικό μορφωτικό επίπεδο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ:

4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το παρόν κεφάλαιο συζητά τα βασικά ευρήματα της έρευνας σε σχέση με τις μελέτες που αναλύθηκαν στο κεφάλαιο 3 και με το θεωρητικό πλαίσιο του κεφαλαίου 1. Η σύνθεση των αποτελεσμάτων δείχνει ότι η επικοινωνία ιατρού ασθενούς αποτελεί κεντρικό στοιχείο της ποιότητας της φροντίδας, καθώς συνδέεται με την ενημέρωση, την εμπιστοσύνη, την ψυχολογική ασφάλεια, τη συμμετοχή στη θεραπευτική διαδικασία και την αντιλαμβανόμενη αποτελεσματικότητα της περίθαλψης. Τα ευρήματα επιβεβαιώνουν ότι η ιατρική συνάντηση συγκροτείται ως σχέση συνεργασίας, μέσα στην οποία ο ασθενής αναγνωρίζεται ως πρόσωπο με εμπειρίες, ανάγκες, αξίες και προσδοκίες. Η ερμηνεία αυτή συνδέεται άμεσα με την ιστορική μετάβαση από το πατερναλιστικό πρότυπο προς το ασθενοκεντρικό μοντέλο φροντίδας, όπως παρουσιάστηκε στο θεωρητικό πλαίσιο. Στο παλαιότερο πατερναλιστικό σχήμα ο ιατρός κατείχε τον κυρίαρχο ρόλο στη λήψη αποφάσεων, ενώ στη σύγχρονη ασθενοκεντρική προσέγγιση η φροντίδα θεμελιώνεται στην ενημέρωση, στην αμοιβαία κατανόηση και στη συμμετοχή του ασθενούς.

Σε σχέση με το πρώτο ερευνητικό ερώτημα, το οποίο αφορούσε τον τρόπο με τον οποίο διαμορφώνονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις επιμέρους δηλώσεις του ερωτηματολογίου, τα αποτελέσματα ανέδειξαν μια σαφή προτίμηση προς την ανθρώπινη, συμμετοχική και επικοινωνιακά ευαίσθητη φροντίδα. Οι ασθενείς φαίνεται να εκτιμούν την κλινική επάρκεια περισσότερο όταν αυτή συνοδεύεται από ενδιαφέρον, σεβασμό, σαφή εξήγηση και προσαρμογή στις προσωπικές τους ανάγκες. Το εύρημα αυτό συνδέεται με τη θεωρητική προσέγγιση της επικοινωνίας ως διαδραστικής διαδικασίας, στην οποία η μετάδοση πληροφοριών συνυπάρχει με την ακρόαση, την ερμηνεία, τη συναισθηματική ανταπόκριση και τη δημιουργία εμπιστοσύνης. Η επικοινωνία στον χώρο της υγείας εμφανίζεται έτσι ως κλινική πράξη με γνωστική, συναισθηματική και κοινωνική διάσταση.

Η παραπάνω εικόνα βρίσκεται σε ουσιαστική συμφωνία με τις μελέτες του κεφαλαίου 3 και με τη διεθνή βιβλιογραφία. Οι Verheul et al. (2010), Biglu et al. (2017)

και Chen et al. (2025) δείχνουν ότι η σαφής και ενσυναισθητική επικοινωνία συνδέεται με θετικότερη εμπειρία φροντίδας και υψηλότερη ικανοποίηση. Παράλληλα, οι Visser et al. (2017), Zolnieriek και DiMatteo (2009) και Zeng et al. (2024) αναδεικνύουν ότι η ποιοτική επικοινωνία συμβάλλει στην καλύτερη κατανόηση των πληροφοριών και στην ενίσχυση της θεραπευτικής προσήλωσης. Η σύνδεση αυτή έχει ιδιαίτερη θεωρητική σημασία, επειδή επιβεβαιώνει ότι η επικοινωνία λειτουργεί ως μηχανισμός μετάφρασης της ιατρικής γνώσης σε κατανοητή και εφαρμόσιμη πληροφορία για τον ασθενή. Με αυτόν τον τρόπο, το εύρημα της παρούσας έρευνας ενισχύει την άποψη ότι η αποτελεσματική φροντίδα απαιτεί συνδυασμό επιστημονικής τεκμηρίωσης και επικοινωνιακής επάρκειας.

Σημαντική είναι επίσης η σύνδεση των ευρημάτων με τη θεωρία της ενσυναίσθησης και της ενεργητικής ακρόασης. Το θεωρητικό πλαίσιο ανέδειξε ότι η ενσυναίσθηση συνδέεται με την ικανότητα του ιατρού να κατανοεί την οπτική του ασθενούς και να μεταδίδει αυτή την κατανόηση με λεκτικό και μη λεκτικό τρόπο. Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι οι συμμετέχοντες αναγνωρίζουν αυτή τη διάσταση ως βασικό στοιχείο ποιοτικής φροντίδας. Η ενεργητική ακρόαση, η δυνατότητα έκφρασης ανησυχιών και η αίσθηση ότι ο ιατρός λαμβάνει σοβαρά υπόψη την εμπειρία του ασθενούς αποτελούν κρίσιμους δείκτες εμπιστοσύνης. Η διαπίστωση αυτή συμφωνεί με τα ευρήματα των Derksen et al. (2013), Little et al. (2015) και Surchat et al. (2022), τα οποία δείχνουν ότι η ενσυναίσθηση, ο φωνητικός συντονισμός, η οπτική επαφή και η μη λεκτική παρουσία επηρεάζουν την ικανοποίηση και την ποιότητα της σχέσης.

Σε σχέση με το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα, το οποίο διερευνούσε το επίπεδο των συνολικών μεταβλητών και τη μεταξύ τους συσχέτιση, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο διαμοιρασμός και η φροντίδα συγκροτούν αλληλένδετες διαστάσεις ενός ενιαίου ασθενοκεντρικού προσανατολισμού. Η σχέση αυτή δείχνει ότι η συμμετοχή του ασθενούς στη θεραπευτική διαδικασία και η αίσθηση προσωπικής φροντίδας ενισχύουν αμοιβαία η μία την άλλη. Η ενημέρωση, η συνεργασία, ο σεβασμός και το ενδιαφέρον για την υποκειμενική εμπειρία του ασθενούς διαμορφώνουν ένα συνεκτικό πρότυπο θεραπευτικής σχέσης. Θεωρητικά, το εύρημα αυτό συνδέεται με τη συμμετοχική λήψη αποφάσεων, όπως αναπτύχθηκε από τους Elwyn et al. (2012) και Elwyn et al. (2017). Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η ιατρική απόφαση προκύπτει μέσα

από τη συζήτηση επιλογών, την κατανόηση κινδύνων και οφελών και την ενσωμάτωση των αξιών του ασθενούς.

Η συμφωνία με τη βιβλιογραφία είναι εμφανής. Οι Stacey et al. (2024) έδειξαν ότι τα βοηθήματα λήψης αποφάσεων ενισχύουν τη γνώση, τη σαφήνεια των προσωπικών αξιών και την ενεργή συμμετοχή των ασθενών. Οι Henselmans et al. (2020) διαπίστωσαν ότι η εκπαίδευση των ογκολόγων στη συμμετοχική λήψη αποφάσεων βελτιώνει τόσο την παρατηρούμενη συμπεριφορά των ιατρών όσο και την εμπειρία των ασθενών. Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας κινούνται στην ίδια κατεύθυνση, καθώς δείχνουν ότι οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τη φροντίδα ως ουσιαστικότερη όταν αισθάνονται ότι έχουν χώρο συμμετοχής και κατανοούν το περιεχόμενο της θεραπείας. Έτσι, ο διαμοιρασμός πληροφοριών και η φροντίδα λειτουργούν ως δύο πλευρές της ίδιας ασθενοκεντρικής λογικής.

Η συσχέτιση των συνολικών μεταβλητών συνδέεται επίσης με τη θεωρία της εμπιστοσύνης και της διαφάνειας. Οι Asan et al. (2021), Jiang et al. (2024) και Lerch et al. (2024) υποστηρίζουν ότι η εμπιστοσύνη ενισχύεται όταν η επικοινωνία, η συμμετοχή, το ενδιαφέρον και η επαγγελματική επάρκεια συνυπάρχουν σε ένα σταθερό πλαίσιο φροντίδας. Παράλληλα, οι Montgomery et al. (2020), Bell et al. (2017) και Walker et al. (2019) δείχνουν ότι η διαφάνεια, η πρόσβαση στην πληροφορία και η ανοιχτή επικοινωνία ενισχύουν την αίσθηση ελέγχου και ασφάλειας των ασθενών. Η παρούσα έρευνα επιβεβαιώνει αυτή τη θεωρητική γραμμή, καθώς οι μεταβλητές της φροντίδας και του διαμοιρασμού συγκροτούν έναν ευρύτερο δείκτη εμπιστοσύνης προς τον επαγγελματία υγείας.

Σε σχέση με το τρίτο ερευνητικό ερώτημα, το οποίο εξέταζε τη διαφοροποίηση των απαντήσεων ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τα αποτελέσματα ανέδειξαν τη σημασία του κοινωνικού και μορφωτικού υπόβαθρου. Η αντίληψη της φροντίδας, της ενημέρωσης και της συμμετοχής φαίνεται να επηρεάζεται από την εκπαίδευση, την κοινωνική θέση, την ηλικία και τις εμπειρίες υγείας. Το εύρημα αυτό συνδέεται με τη θεωρητική ενότητα για τις πολιτισμικές και κοινωνικές διαστάσεις της επικοινωνίας. Η επικοινωνία στην υγεία διαμορφώνεται μέσα σε κοινωνικά πλαίσια, όπου η γλώσσα, η γνώση, οι πολιτισμικές αντιλήψεις και η εξοικείωση με το σύστημα υγείας επηρεάζουν την κατανόηση και τη συμμετοχή.

Η σύνδεση με τη βιβλιογραφία είναι άμεση. Οι Aelbrecht et al. (2019), Svyntozelska et al. (2025) και Yumiya et al. (2024) αναδεικνύουν ότι το μορφωτικό επίπεδο, η γλωσσική επάρκεια και ο υγειονομικός αλφαριθμητισμός επηρεάζουν την πρόσβαση στην πληροφορία και την ποιότητα της συμμετοχής. Οι Pel Littel et al. (2021), Ozavci et al. (2021) και Gaffney και Hamiduzzaman (2022) δείχνουν ότι η ηλικία και η ευαλωτότητα ορισμένων ομάδων απαιτούν προσαρμοσμένες μορφές επικοινωνίας. Επιπλέον, οι Kreuter και McClure (2004), Thompson et al. (2021), O'Toole et al. (2019) και Diamond et al. (2019) υπογραμμίζουν τη σημασία της πολιτισμικά ευαίσθητης επικοινωνίας. Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας συμφωνούν με αυτή την προσέγγιση, καθώς δείχνουν ότι η ασθενοκεντρική φροντίδα αποκτά ουσιαστικό περιεχόμενο όταν προσαρμόζεται στα χαρακτηριστικά κάθε ασθενούς.

Συνολικά, η συζήτηση των αποτελεσμάτων δείχνει ότι η παρούσα έρευνα επιβεβαιώνει και εμπλουτίζει το θεωρητικό πλαίσιο του κεφαλαίου 1. Η επικοινωνία ιατρού ασθενούς αναδεικνύεται ως σύνθετη διαδικασία που περιλαμβάνει ενημέρωση, ενσυναίσθηση, ενεργητική ακρόαση, συμμετοχή, διαφάνεια και κοινωνική ευαισθησία. Τα ευρήματα συνδέονται με τις προηγούμενες έρευνες του κεφαλαίου 3 και δείχνουν ότι η ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης εξαρτάται από την ικανότητα του συστήματος υγείας και των επαγγελματιών να αναγνωρίζουν τον ασθενή ως ενεργό συμμετέχο. Η πρακτική σημασία των αποτελεσμάτων αφορά την ανάγκη ενίσχυσης της εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, την καλλιέργεια ενσυναισθητικών δεξιοτήτων, την εφαρμογή συμμετοχικών διαδικασιών λήψης αποφάσεων και την προσαρμογή της επικοινωνίας σε διαφορετικές κοινωνικές και μορφωτικές ομάδες. Μέσα από αυτή την οπτική, η επικοινωνία αποτελεί βασική προϋπόθεση για φροντίδα περισσότερο ανθρώπινη, δίκαιη και αποτελεσματική.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ:

5. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στα συμπεράσματα παρουσιάζονται τα κύρια αποτελέσματα της εργασίας, εξηγείται η σημασία των συμπερασμάτων, διατυπώνονται προτάσεις για περαιτέρω έρευνα και αναφέρονται οι περιορισμοί της εργασίας.

5.1. Θεωρητικές και πρακτικές συνέπειες

Τα ευρήματα της μελέτης ενισχύουν θεωρητικά την αντίληψη ότι η επικοινωνία ιατρού και ασθενούς συνιστά βασικό συστατικό της ασθενοκεντρικής φροντίδας και δεν περιορίζεται σε απλή μετάδοση πληροφοριών. Ο διαμοιρασμός και η φροντίδα αναδείχθηκαν ως αλληλένδετες διαστάσεις μιας ενιαίας θεραπευτικής φιλοσοφίας, γεγονός που υποστηρίζει προσεγγίσεις που αντιμετωπίζουν την επικοινωνία ως σχεσιακή και κοινωνικά προσδιορισμένη διαδικασία. Σε πρακτικό επίπεδο, τα αποτελέσματα υποδεικνύουν την ανάγκη για ενίσχυση της συμμετοχής των ασθενών, για σαφέστερη ενημέρωση και για μεγαλύτερη προσαρμογή της φροντίδας στις αξίες και στις ανάγκες τους. Επιπλέον, η βελτίωση της επικοινωνίας μπορεί να ενισχύσει την εμπιστοσύνη, την κατανόηση και τη θεραπευτική συνεργασία, συμβάλλοντας σε πιο ποιοτικές και αποτελεσματικές υπηρεσίες υγείας.

5.2. Συμβολή της μελέτης στη βελτίωση της ιατρικής εκπαίδευσης

Η μελέτη προσφέρει χρήσιμα συμπεράσματα για τον σχεδιασμό και τον εμπλουτισμό της ιατρικής εκπαίδευσης, καθώς αναδεικνύει την ανάγκη να αντιμετωπίζονται οι επικοινωνιακές δεξιότητες ως κεντρικός άξονας της επαγγελματικής κατάρτισης. Η καλλιέργεια ενσυναίσθησης, ενεργητικής ακρόασης, σαφούς διατύπωσης πληροφοριών και συμμετοχικής λήψης αποφάσεων αποκτά ιδιαίτερη σημασία για την εκπαίδευση μελλοντικών ιατρών. Παράλληλα, τα ευρήματα

δείχνουν ότι η εκπαίδευση χρειάζεται να ενσωματώνει κοινωνικές και πολιτισμικές διαστάσεις της φροντίδας, ώστε οι επαγγελματίες υγείας να ανταποκρίνονται αποτελεσματικά στην ετερογένεια των ασθενών. Τέλος, η αξιοποίηση βιωματικών μεθόδων διδασκαλίας, προσομοιώσεων και αναστοχαστικών πρακτικών μπορεί να ενισχύσει ουσιαστικά την ανάπτυξη μιας περισσότερο ανθρωποκεντρικής και επικοινωνιακά επαρκούς ιατρικής ταυτότητας.

5.3. Περιορισμοί της έρευνας

Η παρούσα έρευνα παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς που χρειάζεται να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία των ευρημάτων. Αρχικά, το δείγμα προήλθε από συγκεκριμένο κλινικό πλαίσιο και αυτό επηρεάζει τον βαθμό γενίκευσης των αποτελεσμάτων σε άλλους πληθυσμούς ασθενών ή σε διαφορετικά συστήματα παροχής φροντίδας. Επιπλέον, η χρήση αυτοαναφερόμενων δεδομένων ενδέχεται να επηρεάζεται από κοινωνικά επιθυμητές απαντήσεις ή από τη συναισθηματική κατάσταση των συμμετεχόντων κατά τον χρόνο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Ακόμη, ο σχεδιασμός της μελέτης αποτυπώνει στάσεις και αντιλήψεις σε μία μόνο συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Τέλος, ορισμένες δημογραφικές και κοινωνικές μεταβλητές θα μπορούσαν να διερευνηθούν με μεγαλύτερη ανάλυση, ώστε να αποδοθούν με περισσότερη ακρίβεια οι μεταξύ τους διαφοροποιήσεις.

5.4. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Η μελλοντική έρευνα μπορεί να επεκτείνει την παρούσα μελέτη προς αρκετές κατευθύνσεις με θεωρητικό και εφαρμοσμένο ενδιαφέρον. Χρήσιμη θα ήταν η διεξαγωγή αντίστοιχων ερευνών σε μεγαλύτερα και περισσότερο διαφοροποιημένα δείγματα, ώστε να ενισχυθεί η δυνατότητα σύγκρισης μεταξύ διαφορετικών νοσοκομειακών πλαισίων και κατηγοριών ασθενών. Επίσης, ιδιαίτερη αξία θα είχε η πραγματοποίηση ποιοτικών ή μικτών μεθοδολογικών μελετών, οι οποίες θα επέτρεπαν την βαθύτερη κατανόηση των εμπειριών, των προσδοκιών και των δυσκολιών που βιώνουν οι ασθενείς στην επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας. Παράλληλα, θα μπορούσαν να διερευνηθούν παρεμβάσεις εκπαίδευσης ιατρών στις επικοινωνιακές

δεξιότητες και να αξιολογηθεί η επίδρασή τους στην ικανοποίηση, στην εμπιστοσύνη και στη συμμετοχή των ασθενών στη θεραπευτική διαδικασία.

Βιβλιογραφία

- Aelbrecht, K., Hanssens, L., Detollenaere, J., Willems, S., Deveugele, M., & Pype, P. (2019). Determinants of physician patient communication: The role of language, education and ethnicity. *Patient Education and Counseling*, 102(4), 776–781.
- Albarrak, A. I., Almulhem, J., Alfraikh, S. H., & Alotaibi, M. (2013). Relationship between patients' understanding of treatment plan and medication compliance. *World Family Medicine Journal / Middle East Journal of Family Medicine*, 11(9), 21–27.
- Alhabib, A., Almutairi, M., & Alqurashi, H. (2024). Patient-centered care model's effectiveness in reducing patient waiting time in the emergency department: A systematic literature review. *Saudi Journal of Health Systems Research*, 4(3), 103–113.
- Allenbaugh, J., Corbelli, J., Rack, L., Rubio, D., & Spagnoletti, C. (2019). A brief communication curriculum improves resident and nurse communication skills and patient satisfaction. *Journal of General Internal Medicine*, 34(7), 1167–1173.
- Alomar, D., Almashmoum, M., Eleftheriou, I., Whelan, P., & Ainsworth, J. (2024). The impact of patient access to electronic health records on health care engagement: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 26, e56473.
- Alpert, J. M., Dyer, K. E., & Lafata, J. E. (2017). Patient-centered communication in digital medical encounters. *Patient Education and Counseling*, 100(10), 1852–1858.
- Antonio, M. G., Petrovskaya, O., & Lau, F. (2020). The state of evidence in patient portals: Umbrella review. *Journal of Medical Internet Research*, 22(11), e23851.
- Antonopoulou, V., Schenk, P. M., McKinlay, A. R., Chadwick, P., Meyer, C., Gibson, B., Sniehotta, F. F., Lorencatto, F., Vlaev, I., & Chater, A. M. (2024). Healthcare professionals' responses to complaints: A qualitative interview study with patients, carers and healthcare professionals using the Theoretical Domains Framework and COM-B model. *Health Expectations*, 27(6), e70118.
- Arndt, B. G., Beasley, J. W., Watkinson, M. D., Temte, J. L., Tuan, W. J., Sinsky, C. A., & Gilchrist, V. J. (2017). Tethered to the EHR: Primary care physician workload assessment using EHR event log data and time motion observations. *Annals of Family Medicine*, 15(5), 419–426.

- Asan, O., Young, H. N., Chewning, B., & Montague, E. (2015). How physician electronic health record screen sharing affects patient and doctor nonverbal communication in primary care. *Patient Education and Counseling*, 98(3), 310–316.
- Asan, O., Yu, Z., & Crotty, B. H. (2021). How clinician-patient communication affects trust in health information sources: Temporal trends from a national cross-sectional survey. *PLOS One*, 16(2), e0247583.
- Ayre, J., Zhang, M., Mouwad, D., Zachariah, D., McCaffery, K. J., & Muscat, D. M. (2023). Systematic review of health literacy champions: Who, what and how? *Health Promotion International*, 38(4), daad074.
- Baumann, L. A., Baker, J., & Elshaug, A. G. (2018). The impact of electronic health record systems on clinical documentation times: A systematic review. *Health Policy*, 122(8), 827–836.
- Becker, C., Zumbunn, S., Beck, K., Planner, C., Hodgkinson, A., & Tyler, N. (2021). Interventions to improve communication at hospital discharge and rates of readmission: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open*, 4(8), e2119346.
- Beheshti, A., Tahmasbi Arashlow, F., Fata, L., Barzkar, F., & colleagues. (2024). The relationship between empathy and listening styles: Implications for doctors in training. *BMC Medical Education*, 24(1), 1–10.
- Bell, S. K., Mejilla, R., Anselmo, M., Darer, J. D., Elmore, J. G., Leveille, S., Ngo, L., Ralston, J. D., Delbanco, T., & Walker, J. (2017). When doctors share visit notes with patients: A study of patient and doctor perceptions of documentation errors, safety opportunities and the patient-doctor relationship. *BMJ Quality & Safety*, 26(4), 262–270.
- Boissy, A., Windover, A. K., Bokar, D., Karafa, M., Neuendorf, K., Frankel, R. M., Merlino, J., & Rothberg, M. B. (2016). Communication skills training for physicians improves patient satisfaction. *Journal of General Internal Medicine*, 31(7), 755–761.
- Brady, R. E., & Braz, A. N. (2023). Challenging interactions between patients with severe health anxiety and the healthcare system: A qualitative investigation. *Journal of Primary Care & Community Health*, 14, 1–9.
- Bremer, D., Klockmann, I., Jaß, L., Härter, M., von dem Knesebeck, O., & Lüdecke, D. (2021). Which criteria characterize a health literate health care organization? A scoping review on organizational health literacy. *BMC Health Services Research*, 21(1), 664.
- Broadbridge, E. A., & Venetis, M. K. (2024). Examining the role of pre visit anxiety on patient uncertainty and breast cancer patient provider communication. *Cancer Medicine*, 13(14), e70003.

- Bruch, J. D., Khazen, M., Mahmic-Kaknjo, M., Légaré, F., & Ellen, M. E. (2024). The effects of shared decision making on health outcomes, health care quality, cost, and consultation time: An umbrella review. *Patient Education and Counseling*, 129, 108408.
- Burt, J., Lloyd, C., Campbell, J., Roland, M., & Abel, G. (2016). Variations in GP patient communication by ethnicity, age, and gender: Evidence from a national primary care patient survey. *British Journal of General Practice*, 66(642), e47–e52.
- Campos, C. F. C., Olivo, C. R., Martins, M. A., & Tempski, P. Z. (2024). Physicians' attention to patients' communication cues can improve patient satisfaction with care and perception of physicians' empathy. *Clinics*, 79, 100377.
- Carpenter, C. R., Leggett, J., Bellolio, F., Betz, M., Carnahan, R. M., Carr, D., Doering, M., Hansen, J. C., Isaacs, E. D., Jobe, D., Kelly, K., Morrow-Howell, N., Prusaczyk, B., Savage, B., Suyama, J., Vann, A. S., Rising, K. L., Hwang, U., Shah, M. N., & GEAR 2.0-ADC Network. (2022). Emergency department communication in persons living with dementia and care partners: A scoping review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 23(8), 1313.e15–1313.e46.
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (Or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine*, 44(5), 681–692.
- Charles, C., Gafni, A., & Whelan, T. (1999). Decision-making in the physician–patient encounter: Revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science & Medicine*, 49(5), 651–661.
- Chau, M. (2020). Cultural diversity and the importance of communication, cultural competence, and uncertainty in radiography. *Journal of Medical Imaging and Radiation Sciences*, 51(4S), S17–S22.
- Chen, G., Huang, R., & Xiong, H. (2024). Disclosure of medical errors to patients by medical professionals: A protocol for a qualitative systematic review. *BMJ Open*, 14(10), e085795.
- Chung, S., Dillon, E. C., Meehan, A. E., Nordgren, R., & Frosch, D. L. (2020). The relationship between primary care physician burnout and patient-reported care experiences: A cross-sectional study. *Journal of General Internal Medicine*, 35(8), 2357–2364.
- Clarke, M. A., Fruhling, A. L., Sitorius, M., Windle, T. A., Bernard, T. L., & Windle, J. R. (2020). Impact of age on patients' communication and technology preferences in the

era of meaningful use: Mixed methods study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(6), e13470.

- Coronado-Vázquez, V., Gómez-Salgado, J., Cerezo-Espinosa de Los Monteros, J., & García-Colinas, M. A. (2019). Shared decision-support tools in hospital emergency departments: A systematic review. *Journal of Emergency Nursing*, 45(4), 386–393.
- Crotty, B. H., Anselmo, M., Clarke, D. N., Famiglio, L. M., Flier, L., Green, J. A., Leveille, S., Mejilla, R., Stametz, R. A., Thompson, M., Walker, J., & Bell, S. K. (2016). Opening residents' notes to patients: A qualitative study of resident and faculty physician attitudes on OpenNotes implementation in graduate medical education. *Academic Medicine*, 91(3), 418–426.
- Danaher, T. S., & Berry, L. L. (2023). Improving how clinicians communicate with patients: An integrative review and framework. *Journal of Service Research*, 26(4), 1–20.
- Derksen, F., Bensing, J., & Lagro-Janssen, A. (2013). Effectiveness of empathy in general practice: A systematic review. *British Journal of General Practice*, 63(606), e76–e84.
- Derksen, F., Bensing, J., & Lagro-Janssen, A. (2013). Effectiveness of empathy in general practice. A systematic review. *British Journal of General Practice*, 63(606), e76–e84.
- DesRoches, C. M., Leveille, S., Bell, S. K., Dong, Z., Elmore, J. G., Fernandez, L., Fitzgerald, P., Harcourt, K., Jackson, S., Payne, T. H., Perez, J., Shucard, H., Stametz, R., Delbanco, T., & Walker, J. (2020). The views and experiences of clinicians sharing medical record notes with patients. *JAMA Network Open*, 3(3), e201753.
- Diamond, L., Izquierdo, K., Canfield, D., Matsoukas, K., & Gany, F. (2019). A systematic review of the impact of patient physician non English language concordance on quality of care and outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, 34(8), 1591–1606.
- Dobler, C. C., Sanchez, M., Gionfriddo, M. R., Alvarez-Villalobos, N. A., Singh Ospina, N., Spencer-Bonilla, G., Thorsteinsdottir, B., Benkhadra, R., Erwin, P. J., West, C. P., Brito, J. P., & Montori, V. M. (2019). Impact of decision aids used during clinical encounters on clinician outcomes and consultation length: A systematic review. *BMJ Quality & Safety*, 28(6), 499–510.
- Doub, T. W., Hickson, G. B., Casey, V. F., McHugh, D. F., Nonken, P., Catron, T. F., Domenico, H. J., Pichert, J. W., & Cooper, W. O. (2024). An effective program to reduce malpractice claims and payments in a large orthopaedic practice. *The Journal of Bone and Joint Surgery. American Volume*, 106(14), 1286–1292.

- Duffy, L. V., Evans, R., Bennett, V., Hady, J. M., & Palaniappan, P. (2023). Therapeutic relational connection in telehealth: Concept analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e43303.
- Duke, P., Frankel, R. M., & Reis, S. (2013). How to integrate the electronic health record and patient centered communication into the medical visit: A skills based approach. *Teaching and Learning in Medicine*, 25(4), 358–365.
- Dymek, C., Kim, B., Melton, G. B., Payne, T. H., Singh, H., & Hsiao, C. J. (2021). Building the evidence base to reduce electronic health record related clinician burden. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 28(5), 1057–1061.
- Elmore, N., Burt, J., Abel, G., Maratos, F. A., Montague, J., Campbell, J., & Roland, M. (2016). Investigating the relationship between consultation length and patient experience: A cross sectional study in primary care. *British Journal of General Practice*, 66(653), e896–e903.
- Elwyn, G., Durand, M. A., Song, J., Aarts, J., Barr, P. J., Berger, Z., Cochran, N., Frosch, D., Galasiński, D., Gulbrandsen, P., Han, P. K. J., Härter, M., Kinnersley, P., Lloyd, A., Mishra, M., Perestelo-Perez, L., Scholl, I., Tomori, K., Trevena, L., Witteman, H. O., ... Van der Weijden, T. (2017). A three-talk model for shared decision making: Multistage consultation process. *BMJ*, 359, j4891.
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A., & Barry, M. (2012). Shared decision making: A model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361–1367.
- Emanuel, E. J., & Emanuel, L. L. (1992). Four models of the physician–patient relationship. *JAMA*, 267(16), 2221–2226.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.
- Engel, M., Kars, M. C., Teunissen, S. C. C. M., & van der Heide, A. (2023). Effective communication in palliative care from the perspectives of patients and relatives: A systematic review. *Palliative & Supportive Care*, 21(5), 890–913.
- Farberg, A. S., Lin, A. M., Kuhn, L., Flanders, S. A., & Kim, C. S. (2013). Dear Doctor: A tool to facilitate patient-centered communication. *Journal of Hospital Medicine*, 8(10), 553–558.

- Gaffney, H. J., & Hamiduzzaman, M. (2022). Factors that influence older patients' participation in clinical communication within developed country hospitals and GP clinics: A systematic review of current literature. *PLOS One*, 17(6), e0269840.
- Gallagher, T. H., Mello, M. M., Sage, W. M., Bell, S. K., McDonald, T. B., & Thomas, E. J. (2018). Can communication-and-resolution programs achieve their potential? Five key questions. *Health Affairs*, 37(11), 1845–1852.
- Ghosh, A. K., Joshi, S., & Ghosh, A. (2020). Effective patient–physician communication: A concise review. *Journal of the Association of Physicians of India*, 68(6), 53–57.
- Gilligan, T., Coyle, N., Frankel, R. M., Berry, D. L., Bohlke, K., Epstein, R. M., Finlay, E., Jackson, V. A., Lathan, C. S., Loprinzi, C. L., Nguyen, L. H., Seigel, C., & Baile, W. F. (2017). Patient-clinician communication: American Society of Clinical Oncology consensus guideline. *Journal of Clinical Oncology*, 35(31), 3618–3632.
- Gulbrandsen, P., Jensen, B. F., Finset, A., & Blanch Hartigan, D. (2013). Long term effect of communication training on the relationship between physicians' self efficacy and performance. *Patient Education and Counseling*, 91(2), 180–185.
- Haley, B., Heo, S., Wright, P. B., Barone, C., & colleagues. (2017). Relationships among active listening, self-awareness, empathy, and patient-centered care in associate and baccalaureate degree nursing students. *NursingPlus Open*, 3, 11–16.
- Heier, L., Schellenberger, B., Schippers, A., Nies, S., Geiser, F., & Ernstmann, N. (2024). Interprofessional communication skills training to improve medical students' and nursing trainees' error communication—Quasi-experimental pilot study. *BMC Medical Education*, 24(1), 10.
- Helitzer, D. L., Lanoue, M., Wilson, B., de Hernandez, B. U., Warner, T., & Roter, D. (2011). A randomized controlled trial of communication training with primary care providers to improve patient centeredness and health risk communication. *Patient Education and Counseling*, 82(1), 21–29.
- Henry, B. W., Block, D. E., Ciesla, J. R., McGowan, B. A., & Vozenilek, J. A. (2017). Clinician behaviors in telehealth care delivery: A systematic review. *Advances in Health Sciences Education*, 22(4), 869–888.
- Henselmans, I., van Laarhoven, H. W. M., van Maarschalkerweerd, P., de Haes, H. C. J. M., Dijkgraaf, M. G. W., Sommeijer, D. W., Ottevanger, P. B., Fiebrich, H. B., Dohmen, S., Creemers, G. J., de Vos, F. Y. F. L., & Smets, E. M. A. (2020). Effect of a skills training for oncologists and a patient communication aid on shared decision making

- about palliative systemic treatment. A randomized clinical trial. *The Oncologist*, 25(3), e578–e588.
- Howick, J., Bennett-Weston, A., Solomon, J., Nockels, K., Bostock, J., & Keshtkar, L. (2024). How does communication affect patient safety? Protocol for a systematic review and logic model. *BMJ Open*, 14(5), e085312.
- Hsueh, L., Hirsh, A. T., Maupomé, G., & Stewart, J. C. (2021). Patient provider language concordance and health outcomes: A systematic review, evidence map, and research agenda. *Medical Care Research and Review*, 78(1), 3–23.
- Hua, J., Howell, J. L., Sweeny, K., & Andrews, S. E. (2021). Outcomes of physicians' communication goals during patient interactions. *Health Communication*, 36(7), 847–855.
- Hurtaud, A., Laurent, C., Bouazzi, L., Merland, E. T., & Barbe, C. (2025). Factors associated with unvoiced concerns of patients attributed to embarrassment, modesty or a fear of being judged. *BMC Primary Care*, 26(1), 118.
- Iversen, E. D., Wolderslund, M., Kofoed, P. E., Gulbrandsen, P., Poulsen, H., Cold, S., & Ammentorp, J. (2021). Communication skills training. A means to promote time-efficient patient-centered communication in clinical practice. *Journal of Patient-Centered Research and Reviews*, 8(4), 307–314.
- Jahan, F., & Siddiqui, H. (2019). Good communication between doctor patient improves health outcome. *European Journal of Medical and Health Sciences*, 1(4).
- Jiang, S., Wu, Z., Zhang, X., Ji, Y., Xu, J., Liu, P., Liu, Y., Zheng, J., Zhao, L., & Chen, J. (2024). How does patient-centered communication influence patient trust? The roles of patient participation and patient preference. *Patient Education and Counseling*, 122, 108161.
- Jonnergård, K., Petersson, L., & Erlingsdóttir, G. (2021). Communicating the implementation of open notes to health care professionals: Mixed methods study. *JMIR Medical Informatics*, 9(8), e22391.
- Kaba, R., & Sooriakumaran, P. (2007). The evolution of the doctor–patient relationship. *International Journal of Surgery*, 5(1), 57–65.
- Kachalia, A., Sands, K., Niel, M. V., Dodson, S., Roche, S., Novack, V., Yitshak-Sade, M., Folcarelli, P., Benjamin, E. M., Woodward, A. C., & Mello, M. M. (2018). Effects of a communication-and-resolution program on hospitals' malpractice claims and costs. *Health Affairs*, 37(11), 1836–1844.

- Khan, F. H., Hanif, R., Tabassum, R., Qidwai, W., & Nanji, K. (2014). Patient attitudes towards physician nonverbal behaviors during consultancy: Result from a developing country. *ISRN Family Medicine*, 2014, 473654.
- Kim, E. J., Koo, Y. R., & Nam, I. C. (2024). Patients and healthcare providers' perspectives on patient experience factors and a model of patient-centered care communication: A systematic review. *Healthcare*, 12(11), 1090.
- Kraft-Todd, G. T., Reiner, D. A., Kelley, J. M., Heberlein, A. S., Baer, L., & Riess, H. (2017). Empathic nonverbal behavior increases ratings of both warmth and competence in a medical context. *PLOS One*, 12(5), e0177758.
- Kreuter, M. W., & McClure, S. M. (2004). The role of culture in health communication. *Annual Review of Public Health*, 25(1), 439–455.
- Kwame, A., & Petrucci, P. M. (2021). A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: Barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nursing*, 20(1), 158.
- Laukka, E., Huhtakangas, M., Heponiemi, T., Kujala, S., Kaihlanen, A. M., Gluschkoff, K., & Kanste, O. (2020). Health care professionals' experiences of patient-professional communication over patient portals: Systematic review of qualitative studies. *Journal of Medical Internet Research*, 22(12), e21623.
- Le, Q. (2006). Cultural meaning in health communication. Paper presented at the *Australian and New Zealand Adolescent Health Conference*, Sydney, Australia.
- LeCraw, F. R., Montanera, D., Hetzler, D., Jackson, J. P., Keys, J. C., & Mroz, T. A. (2025). Evidence on improvements in medical liability outcomes after the introduction of a communication-and-resolution program at a hospital in Tennessee. *Journal of Patient Safety and Risk Management*, 30(2), 72–77.
- Lee, S. J., Back, A. L., Block, S. D., & Stewart, S. K. (2002). Enhancing physician–patient communication. *Hematology: American Society of Hematology Education Program*, 464–483.
- Lee, V. (2017). Transparency and trust - Online patient reviews of physicians. *The New England Journal of Medicine*, 376(3), 197–199.
- Légaré, F., Adegboye, R., Stacey, D., Turcotte, S., Kryworuchko, J., Graham, I. D., Lyddiatt, A., Politi, M. C., Thomson, R., Elwyn, G., & Donner-Banzhoff, N. (2018). Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7(7), CD006732.

- Lelorain, S., Gehenne, L., Christophe, V., & Duprez, C. (2023). The association of physician empathy with cancer patient outcomes: A meta analysis. *Psycho Oncology*, 32(4), 506–515.
- Lerch, S. P., Hänggi, R., Bussmann, Y., & Lörwald, A. (2024). A model of contributors to a trusting patient-physician relationship: A critical review using a systematic search strategy. *BMC Primary Care*, 25(1), 194.
- Libert, Y., Peternelj, L., Bragard, I., Marchal, S., Reynaert, C., Slachmuylder, J. L., & Razavi, D. (2022). A randomized controlled trial assessing behavioral, cognitive, emotional and physiological changes resulting from a communication skills training in physicians caring for cancer patients. *Patient Education and Counseling*, 105(9), 2888–2898.
- Lipski-Pozitzki, L., Novak, A. M., Ayzenfeld, R. H., Levy, Y., Alon, D., Lishner, M., & Lev-Ari, S. (2026). Impact of daily personal communication on hospital readmissions: A case-control study. *The American Journal of Medicine*, 139(1), 84–91.e7.
- Little, P., White, P., Kelly, J., Everitt, H., & Mercer, S. (2015). Randomised controlled trial of a brief intervention targeting predominantly non-verbal communication in general practice consultations. *British Journal of General Practice*, 65(635), e351–e356.
- Little, P., White, P., Kelly, J., Everitt, H., & Mercer, S. W. (2015). Randomised controlled trial of a brief intervention targeting predominantly non-verbal communication in general practice consultations. *British Journal of General Practice*, 65(635), e351–e356.
- Liu, C., Tu, Y. H., Lin, L. J., Chen, H., Liu, T. H., Lin, H. L., Liu, R., & Chiou, W. K. (2025). Doctor–patient communication models, patient decision-making participation, and patient emotional expression: A cross-cultural comparison of samples from the UK and China. *Patient Preference and Adherence*, 19, 2505–2524.
- Mack, J. W., Fasciano, K. M., & Block, S. D. (2018). Communication about prognosis with adolescent and young adult patients with cancer: Information needs, prognostic awareness, and outcomes of disclosure. *Journal of Clinical Oncology*, 36(18), 1861–1867.
- McAlpine, K., Lewis, K. B., Trevena, L. J., & Stacey, D. (2018). What is the effectiveness of patient decision aids for cancer-related decisions? A systematic review subanalysis. *JCO Clinical Cancer Informatics*, 2, 1–13.
- McCabe, R., & Healey, P. G. T. (2018). Miscommunication in doctor–patient communication. *Topics in Cognitive Science*, 10(2), 409–424.

- Mello, M. M., Greenberg, Y., Senecal, S. K., & Cohn, J. S. (2016). Case outcomes in a communication-and-resolution program in New York hospitals. *Health Services Research, 51*(Suppl 3), 2583–2599.
- Merchant, A. A. H., Shaikh, N. Q., Afzal, N., Noorali, A. A., Abdul Rahim, K., Ahmad, R., Ahmer, A., Khan, A. A., Bakhshi, S. K., Mahmood, S. B. Z., Lakhtir, M. P. A., Khan, M. R., Tariq, M., & Haider, A. H. (2023). Disparities in patient resident physician communication and counseling: A multi perspective exploratory qualitative study. *PLOS One, 18*(10), e0288549.
- Messerotti, A., Banchelli, F., Ferrari, S., Barbieri, E., Bettelli, F., Bandieri, E., ... Potenza, L. (2020). Investigating the association between physicians' self-efficacy regarding communication skills and risk of burnout. *Health and Quality of Life Outcomes, 18*(1), 271.
- Mohd Salim, N. A., Roslan, N. S., Hod, R., Zakaria, S. F., & Adam, S. K. (2023). Exploring critical components of physician–patient communication: A qualitative study of lay and professional perspectives. *Healthcare, 11*(2), 162.
- Monroe, K. K., Kelley, J. L., Unaka, N., Burrows, H. L., Marshall, T., Lichner, K., McCaffery, H., Demeritt, B., Chandler, D., & Herrmann, L. E. (2021). Nurse/Resident reciprocal shadowing to improve interprofessional communication. *Hospital Pediatrics, 11*(5), 435–445.
- Montgomery, T., Berns, J. S., & Braddock, C. H., 3rd. (2020). Transparency as a trust-building practice in physician relationships with patients. *JAMA, 324*(23), 2365–2366.
- Moore, P. M., Rivera, S., Bravo Soto, G. A., Olivares, C., & Lawrie, T. A. (2018). Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 7*(7), CD003751.
- Moslehpour, M., Shalehah, A., Rahman, F. F., & Lin, K. H. (2022). The effect of physician communication on inpatient satisfaction. *Healthcare, 10*(3), 463.
- Moy, A. J., Schwartz, J. M., Chen, R., Sadri, S., Lucas, E., Cato, K. D., & Rossetti, S. C. (2021). Measurement of clinical documentation burden among physicians and nurses using electronic health records: A scoping review. *Journal of the American Medical Informatics Association, 28*(5), 998–1008.
- Müller, E., Strukava, A., Scholl, I., Härter, M., Diouf, N. T., Légaré, F., & Buchholz, A. (2019). Strategies to evaluate healthcare provider trainings in shared decision-making: A systematic review of evaluation studies. *BMJ Open, 9*(6), e026488.

- Nahm, S. H., Subramaniam, S., Stockler, M. R., & Kiely, B. E. (2024). Timing of prognostic discussions in people with advanced cancer: A systematic review. *Supportive Care in Cancer*, 32(2), 127.
- Neeman, N., Isaac, T., Leveille, S., Dimonda, C., Shin, J. Y., Aronson, M. D., & Freedman, S. D. (2012). Improving doctor-patient communication in the outpatient setting using a facilitation tool: A preliminary study. *International Journal for Quality in Health Care*, 24(4), 357–364.
- Neumann, M., Scheffer, C., Tauschel, D., Lutz, G., Wirtz, M., & Edelhäuser, F. (2012). Physician empathy: Definition, outcome-relevance and its measurement in patient care and medical education. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 29(1), Doc11.
- Noble, L. M. (2020). Doctor–patient communication and adherence to treatment. In *Adherence to treatment in medical conditions* (pp. 51–82). Routledge.
- Nwosu, L., Yesilada, F., Aghaei, I., & Nuhu, J. A. (2025). The impact of perceived physician communication skills on revisit intention: A moderated mediation model. *Gadjah Mada International Journal of Business*, 27(2), 221–246.
- O'Toole, J. K., Alvarado-Little, W., & Ledford, C. J. W. (2019). Communication with diverse patients: Addressing culture and language. *Pediatric Clinics of North America*, 66(4), 791–804.
- Osorio, J. H. (2011). Evolution and changes in the physician–patient relationship. *Colombia Médica*, 42(3), 400–405.
- Ozavci, G., Bucknall, T., Woodward-Kron, R., Hughes, C., Jorm, C., Joseph, K., & Manias, E. (2021). A systematic review of older patients' experiences and perceptions of communication about managing medication across transitions of care. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 17(2), 273–291.
- Paige, S. R., Bunnell, B. E., & Bylund, C. L. (2022). Disparities in patient centered communication via telemedicine. *Telemedicine and e Health*, 28(2), 212–218.
- Paladino, J., Bernacki, R., Neville, B. A., Kavanagh, J., Miranda, S. P., Palmor, M., Lakin, J., Desai, M., Lamas, D., Sanders, J. J., Gass, J., Henrich, N., Lipsitz, S., Fromme, E., Gawande, A. A., & Block, S. D. (2019). Evaluating an intervention to improve communication between oncology clinicians and patients with life-limiting cancer: A cluster randomized clinical trial of the Serious Illness Care Program. *JAMA Oncology*, 5(6), 801–809.
- Paladino, J., Koritsanszky, L., Nisotel, L., Neville, B. A., Miller, K., Sanders, J., Benjamin, E., Fromme, E., Block, S., & Bernacki, R. (2020). Patient and clinician experience of a

- serious illness conversation guide in oncology: A descriptive analysis. *Cancer Medicine*, 9(13), 4550–4560. Boissy, A., Windover, A. K., Bokar, D., Karafa, M., Neuendorf, K., Frankel, R. M., Merlino, J., & Rothberg, M. B. (2016). Communication skills training for physicians improves patient satisfaction. *Journal of General Internal Medicine*, 31(7), 755–761.
- Passalacqua, S. A., & Segrin, C. (2012). The effect of resident physician stress, burnout, and empathy on patient centered communication during the long call shift. *Health Communication*, 27(5), 449–456.
- Patra, M., Hamiduzzaman, M., McLaren, H., & Siddiquee, N. A. (2024). A scoping review of changes to patient-doctor communication during COVID-19. *Health Communication*, 39(1), 25–48.
- Pelizzari, N., Covolo, L., Ceretti, E., Fiammenghi, C., & Gelatti, U. (2025). Defining, assessing, and implementing organizational health literacy: Barriers, facilitators, and tools - a systematic review. *BMC Health Services Research*, 25(1), 599.
- Pel-Littel, R. E., Snaterse, M., Teppich, N. M., Buurman, B. M., van Etten-Jamaludin, F. S., van Weert, J. C. M., Minkman, M. M., & Scholte Op Reimer, W. J. M. (2021). Barriers and facilitators for shared decision making in older patients with multiple chronic conditions: A systematic review. *BMC Geriatrics*, 21(1), 112.
- Perez Jolles, M., Richmond, J., & Thomas, K. C. (2019). Minority patient preferences, barriers, and facilitators for shared decision-making with health care providers in the USA: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 102(7), 1251–1262.
- Quinn, M. A., Grant, L. M., Sampene, E., & Zelenski, A. B. (2020). A curriculum to increase empathy and reduce burnout. *WMJ*, 119(4), 258–262.
- Rahati, M., Sakeni, Z., Kalantari, A., Etedali, M., Ganjipour, A., & Valinejadi, A. (2025). Identifying dimensions of organizational health literacy in hospitals: A scoping review. *Iranian Journal of Public Health*, 54(9), 1870–1882.
- Rahmanti, A. R., Yang, H. C., Huang, C. W., Huang, C. T., Lazuardi, L., Lin, C. W., & Li, Y. J. (2025). Validating nonverbal cues for assessing physician empathy in telemedicine: A Delphi study. *Medical Education Online*, 30(1), 2497328.
- Rao, S. K., Kimball, A. B., Lehrhoff, S. R., Hidrue, M. K., Colton, D. G., Ferris, T. G., & Torchiana, D. F. (2017). The impact of administrative burden on academic physicians: Results of a hospital wide physician survey. *Academic Medicine*, 92(2), 237–243.

- Ratanawongsa, N., Roter, D., Beach, M. C., Laird, S. L., Larson, S. M., Carson, K. A., & Cooper, L. A. (2008). Physician burnout and patient–physician communication during primary care encounters. *Journal of General Internal Medicine*, 23(10), 1581–1588.
- Riegels, N. S., Asher, E., Cartwright, J. R., Chow, J. L., Lee, E. D., Nordstrom, M., Schneider, A. N., Schwarz, M. D., Zarin-Pass, M., & Mazotti, L. A. (2018). Listening beyond auscultating: A quality initiative to improve communication scores in the Hospital Consumer Assessment of Health Care Practitioners and Systems Survey. *The Permanente Journal*, 22, 16–187.
- Ritunga, I., Claramita, M., Widaty, S., & Soebono, H. (2024). Challenges and recommendations in the implementation of audiovisual telemedicine communication: A systematic review. *Korean Journal of Medical Education*, 36(3), 315–326.
- Robbins, R., Butler, M., & Schoenthaler, A. (2019). Provider burnout and patient provider communication in the context of hypertension care. *Patient Education and Counseling*, 102(8), 1452–1459.
- Rozeira, C. H. B., da Silva, M. F., da Silva Neves, D. P., Possi, B. R. C., & colleagues. (2024). Listening with empathy, caring with dedication: Promoting humanized communication in the context of health. In *Interconnections of Knowledge: Multidisciplinary Approaches* (pp. 1–10).
- Sahoo, B. K., Das, A., Lenka, S. S., & Taywade, M. (2024). Effective communication: Need for quality patient care and doctors’ job satisfaction. *Journal of Medical Evidence*, 5(2), 129–132.
- Schäfer, W. L. A., van den Berg, M. J., & Groenewegen, P. P. (2020). The association between the workload of general practitioners and patient experiences with care: Results of a cross sectional study in 33 countries. *Human Resources for Health*, 18(1), 76.
- Schnitzler, L., Smith, S. K., Shepherd, H. L., Shaw, J., Dong, S., Carpenter, D. M., Nguyen, F., & Dhillon, H. M. (2017). Communication during radiation therapy education sessions: The role of medical jargon and emotional support in clarifying patient confusion. *Patient Education and Counseling*, 100(1), 112–120.
- Shannon, S. E., Espin, S., Dunlap, B. S., Robins, L., Odegard, P. S., Prouty, C., Kim, S., Levinson, W., Helmer, C. G., & Gallagher, T. H. (2025). A closer look at the role of apology in error disclosure: A simulation study. *Frontiers in Health Services*, 5, 1569550.
- Shih, A. F., Addo Tabiri, N. O., & Sofair, A. N. (2018). Patients’ perceptions of bedside rounding. *Southern Medical Journal*, 111(5), 281–287.

- Sobral, D., Rosenbaum, M., & Figueiredo Braga, M. (2015). Computer use in primary care and patient physician communication. *Patient Education and Counseling*.
- Stacey, D., Lewis, K. B., Smith, M., Carley, M., Volk, R., Douglas, E. E., Pacheco-Brousseau, L., Finderup, J., Gunderson, J., Barry, M. J., Bennett, C. L., Bravo, P., Steffensen, K., Gogovor, A., Graham, I. D., Kelly, S. E., Légaré, F., Sondergaard, H., Thomson, R., ... Trevena, L. (2024). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2024(1), CD001431.
- Stacey, D., Lewis, K. B., Smith, M., Carley, M., Volk, R., Douglas, E. E., Pacheco-Brousseau, L., Finderup, J., Gunderson, J., Barry, M. J., Bennett, C. L., Bravo, P., Steffensen, K., Gogovor, A., Graham, I. D., Kelly, S. E., Légaré, F., Sondergaard, H., Thomson, R., Trenaman, L., & Trevena, L. (2024). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(1), CD001431.
- Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., & Freeman, T. R. (2003). *Patient-centered medicine: Transforming the clinical method* (2nd ed.). Radcliffe Medical Press.
- Stortenbeker, I. A., Houwen, J., Lucassen, P. L. B. J., Stappers, H. W., Assendelft, W. J. J., van Dulmen, S., Olde Hartman, T. C., & Das, E. (2018). Quantifying positive communication: Doctor's language and patient anxiety in primary care consultations. *Patient Education and Counseling*, 101(9), 1577–1584.
- Street, R. L., Jr., Liu, L., Farber, N. J., Chen, Y., Calvitti, A., Zuest, D., Gabuzda, M. T., Bell, K., Gray, B., Rick, S., Ashfaq, S., & Agha, Z. (2014). Provider interaction with the electronic health record: The effects on patient centered communication in medical encounters. *Patient Education and Counseling*, 96(3), 315–319.
- Surchat, C., Carrard, V., Gaume, J., Berney, A., & Clair, C. (2022). Impact of physician empathy on patient outcomes: A gender analysis. *British Journal of General Practice*, 72(715), e99–e107.
- Svyntozelska, O., Suarez, N. R. E., Demers, J., Dugas, M., & LeBlanc, A. (2025). Socioeconomic and demographic factors influencing interpersonal communication between patients with chronic conditions and family physicians: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 131, 108548.
- Tapuria, A., Porat, T., Kalra, D., Dsouza, G., Xiaohui, S., & Curcin, V. (2021). Impact of patient access to their electronic health record: Systematic review. *Informatics for Health and Social Care*, 46(2), 192–204.

- Tavakoly Sany, S. B., Behzhad, F., Ferns, G., & Peyman, N. (2020). Communication skills training for physicians improves health literacy and medical outcomes among patients with hypertension. A randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 20, Article 60.
- Taylan, C., & Weber, L. T. (2023). “Don’t let me be misunderstood”: Communication with patients from a different cultural background. *Pediatric Nephrology*, 38(3), 643–649.
- Thompson, T. L., Schulz, P. J., Ho, E. Y., & Sharf, B. F. (2021). Cultural theories of health communication. In *Health Communication Theory* (pp. 278–299). Wiley Blackwell.
- Tian, C. Y., Wong, E. L., Qiu, H., Zhao, S., Wang, K., Cheung, A. W., & Yeoh, E. K. (2024). Patient experience and satisfaction with shared decision-making: A cross-sectional study among outpatients. *Patient Education and Counseling*, 129, 108410.
- Tsai, C. H., Eghdam, A., Davoody, N., Wright, G., Flowerday, S., & Koch, S. (2020). Effects of electronic health record implementation and barriers to adoption and use: A scoping review and qualitative analysis of the content. *Life*, 10(12), 327.
- Tustonja, M., Topić Stipić, D., Skoko, I., Čuljak, A., & colleagues. (2024). Active listening: A model of empathetic communication in the helping professions. *Medicina Academica Integrativa*, 1(1), 42–47.
- Tyler, N., Hodkinson, A., Planner, C., & colleagues. (2023). Transitional care interventions from hospital to community to reduce health care use and improve patient outcomes: A systematic review and network meta-analysis. *JAMA Network Open*, 6(11), e2344825.
- Vermeir, P., Vandijck, D., Degroote, S., Peleman, R., Verhaeghe, R., Mortier, E., Hallaert, G., Van Daele, S., Buylaert, W., & Vogelaers, D. (2015). Communication in healthcare: A narrative review of the literature and practical recommendations. *International Journal of Clinical Practice*, 69(11), 1257–1267.
- Visser, L. N. C., Tollenaar, M. S., de Haes, H. C. J. M., & Smets, E. M. A. (2017). The value of physicians’ affect-oriented communication for patients’ recall of information. *Patient Education and Counseling*, 100(11), 2116–2120.
- Voruganti, T., Grunfeld, E., Makuwaza, T., & Bender, J. L. (2017). Web-based tools for text-based patient-provider communication in chronic conditions: Scoping review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(10), e366.
- Wahrenbrock, T., Landry, K., Amin, D. P., Rizvanolli, L., Chandrasekaran, R., Mycyk, M. B., & Routsolias, J. C. (2025). Medical jargon is often misunderstood by emergency department patients. *American Journal of Emergency Medicine*, 96, 25–29.

- Walker, J., Leveille, S., Bell, S., Chimowitz, H., Dong, Z., Elmore, J. G., Fernandez, L., Fossa, A., Gerard, M., Fitzgerald, P., Harcourt, K., Jackson, S., Payne, T. H., Perez, J., Shucard, H., Stametz, R., DesRoches, C., & Delbanco, T. (2019). OpenNotes after 7 years. Patient experiences with ongoing access to their clinicians' outpatient visit notes. *Journal of Medical Internet Research*, 21(5), e13876.
- Walker, J., Leveille, S., Bell, S., Chimowitz, H., Dong, Z., Elmore, J. G., Fernandez, L., Fossa, A., Gerard, M., Fitzgerald, P., Harcourt, K., Jackson, S., Payne, T. H., Perez, J., Shucard, H., Stametz, R., DesRoches, C., & Delbanco, T. (2019). OpenNotes after 7 years: Patient experiences with ongoing access to their clinicians' outpatient visit notes. *Journal of Medical Internet Research*, 21(5), e13876.
- Wang, J., Kidd, V. D., Giafaglione, B., Strong, B., Ohri, A., White, J., & Amin, A. (2024). Improving nurse-physician bedside communication using a patient experience quality improvement pilot project at an academic medical center. *Cureus*, 16(3), e55976.
- Westover, J. (2025). Empathetic listening: An essential leadership skill. *Human Capital Leadership Review*, 18(2), 1–12.
- Wild, D., Nawaz, H., Ullah, S., Via, C., Vance, W., & Petraro, P. (2018). Teaching residents to put patients first: Creation and evaluation of a comprehensive curriculum in patient centered communication. *BMC Medical Education*, 18(1), 266.
- Williams, E. S., Lawrence, E. R., Campbell, K. S., & Spiehler, S. (2009). The effect of emotional exhaustion and depersonalization on physician–patient communication: A theoretical model. *Advances in Health Care Management*, 8, 3–20.
- Yaghoubi, M. (2014). Patient–physician communicative patterns, physicians' job satisfaction, and patients' satisfaction: The case of a hospital in Isfahan. *Iranian Journal of Health Sciences*, 2(2), 37–44.
- Yang, L. Y., Manhas, D. S., Howard, A. F., & Olson, R. A. (2018). Patient reported outcome use in oncology: A systematic review of the impact on patient clinician communication. *Supportive Care in Cancer*, 26(1), 41–60.
- Yen, R. W., Hagedorn, R., Durand, M. A., Leyenaar, J. K., O'Malley, A. J., Saunders, C. H., Isaacs, T., & Elwyn, G. (2024). Clinician spoken plain language in health care encounters: A qualitative analysis to assess measurable elements. *Academic Medicine*, 99(6), 663–672.
- Yılmaz, N. G., Schouten, B. C., Schinkel, S., & van Weert, J. C. M. (2019). Information and participation preferences and needs of non Western ethnic minority cancer patients and

- survivors: A systematic review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 102(4), 631–650.
- Yu, B. C., Han, M., Ko, G. J., Yang, J. W., Kwon, S. H., Chung, S., Hong, Y. A., Hyun, Y. Y., Cho, J. H., Yoo, K. D., Bae, E., Park, W. Y., Sun, I. O., Kim, D., Kim, H., Hwang, W. M., Song, S. H., & Shin, S. J. (2022). Effect of shared decision-making education on physicians' perceptions and practices of end-of-life care in Korea. *Kidney Research and Clinical Practice*, 41(2), 242–252.
- Yumiya, Y., Goto, A., & Konta, T. (2024). Association between health literacy and understanding of doctors' explanations: The Yamagata Study. *Health Literacy Research and Practice*, 8(3), e175–e183.
- Zakerkish, M., Shakurnia, A., Hafezi, A., & Maniati, M. (2024). Association between burnout and empathy in medical residents. *PLOS One*, 19(4), e0301636.
- Zanobini, P., Lorini, C., Baldasseroni, A., Dellisanti, C., & Bonaccorsi, G. (2020). A scoping review on how to make hospitals health literate healthcare organizations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 1036.
- Zeng, J., Gao, Y., Hou, C., & Liu, T. (2024). The impact of doctor-patient communication on medication adherence and blood pressure control in patients with hypertension: A systematic review. *PeerJ*, 12, e18527.
- Zheng, C., Zhang, Y., Lian, X., Ke, J., Chen, H., & Chen, Y. (2025). Impact of hospital complaint handling on promoting high-quality development of hospitals via an emotional language analysis model: A case study of a tertiary hospital service center in Quanzhou city, Fujian province. *Frontiers in Health Services*, 5, 1610004.
- Zolnierek, K. B., & DiMatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Medical Care*, 47(8), 826–834.
- Zwingmann, J., Baile, W. F., Schmier, J. W., Bernhard, J., & Keller, M. (2017). Effects of patient centered communication on anxiety, negative affect, and trust in the physician in delivering a cancer diagnosis: A randomized, experimental study. *Cancer*, 123(16), 3167–3175.

Παράρτημα

Ερωτηματολόγιο έρευνας

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ

- ΓΕΝΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

1.ΗΛΙΚΙΑ:

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ 18-30 ΕΤΩΝ | ☐ 31-40 ΕΤΩΝ | ☐ 41-50 ΕΤΩΝ |
| ☐ 51-60 ΕΤΩΝ | ☐ 61-70 ΕΤΩΝ | ☐ 71 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ |

2.ΦΥΛΟ

- | | | |
|------------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| ☐ ΑΝΔΡΑΣ | ☐ ΓΥΝΑΙΚΑ | ☐ ΑΛΛΟ |
|------------------------------|-------------------------------|----------------------------|

3.ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ :

- | | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|----------------------------|
| ☐ ΑΓΑΜΟΣ/Η | ☐ ΔΙΑΖΕΥΜΕΝΟΣ/Η | ☐ ΑΛΛΟ |
| ☐ ΈΓΓΑΜΟΣ/Η | ☐ ΧΗΡΟΣ | |

4.Η ΜΟΝΙΜΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑ

ΣΑΣ

ΕΙΝΑΙ:

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| ☐ ΑΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ | ☐ ΕΠΑΡΧΙΑ | ☐ ΧΩΡΙΟ |
|-------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|

5.ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΤΩΝ

ΣΠΟΥΔΩΝ

ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ:

- | | | |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| ☐ ΔΗΜΟΤΙΚΟ | ☐ ΛΥΚΕΙΟ | ☐ ΑΕΙ |
| ☐ ΓΥΜΝΑΣΙΟ | ☐ ΑΤΕΙ | ☐ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ |

6. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ

ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

- | | | |
|--|------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΟΣ | ☐ ΟΙΚΙΑΚΑ | ☐ ΕΙΣΟΔΗΜΑΤΙΑΣ |
| ☐ ΑΝΕΡΓΟΣ | ☐ ΦΟΙΤΗΤΗΣ | ☐ ΑΛΛΟ |
| ☐ ΜΕΡΙΚΗ
ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ | ☐ ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ | |

7. ΝΟΣΗΛΕΥΕΣΤΕ ΣΤΟ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΓΙΑ :

- | | |
|---|---------------------------------------|
| ☐ ΛΗΨΗ
ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ | ☐ ΠΑΡΑΚΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ |
|---|---------------------------------------|

8. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΣΤΟ

ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ :

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------------|---|
| ☐ ΜΙΑ ΗΜΕΡΑ | ☐ ΜΙΑ ΕΒΔΟΜΑΔΑ | ☐ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ
ΧΡΟΝΙΚΟ
ΔΙΑΣΤΗΜΑ
..... ΗΜΕΡΕΣ |
|---------------------------------|------------------------------------|---|

9. ΣΕ ΠΟΙΑ ΦΑΣΗ ΤΗΣ

ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΒΡΙΣΚΕΣΤΕ :

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| ☐ ΟΞΕΙΑ | ☐ ΧΡΟΝΙΑ |
|-----------------------------|------------------------------|

ΑΚΟΛΟΥΘΕΙ ΜΙΑ ΣΕΙΡΑ ΑΠΟΨΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΙΑΤΡΟΥ ΑΣΘΕΝΗ. ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΤΙΣ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ ΚΑΙ ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΔΙΠΛΑ ΣΕ ΜΙΑ ΤΟΝ ΒΑΘΜΟ ΣΤΟΝ ΟΠΟΙΟ ΣΥΜΦΩΝΕΙΤΕ Ή ΔΙΑΦΩΝΕΙΤΕ.

ΠΑΡΑΚΑΛΕΙΣΤΕ ΝΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΤΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ.

ΚΛΙΜΑΚΑ ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΑΣΘΕΝΗ/ PATIENT -PHYSICIAN ORIENTATION SCALE (PPOS).

ΕΡΩΤΗΣΗ

ΑΠΑΝΤΗΣΗ

	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝ ΜΕΡΕΙ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΕΝ ΜΕΡΕΙ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ
1.Ο γιατρός είναι εκείνος που θα πρέπει να αποφασίζει τι θα συζητηθεί κατά τη διάρκεια της επίσκεψης						
2. Αν στην Ιατρική Φροντίδα δεν υπάρχει πια η προσωπική σχέση γιατρού-ασθενή, αυτό έχει μικρή σημασία σε σχέση με τα επιτεύγματα της Ιατρικής.						
3. Το σημαντικότερο κομμάτι της ιατρικής επίσκεψης είναι η φυσική εξέταση.						
4. Συχνά είναι καλύτερα για τους ασθενείς να μην εξηγείται αναλυτικά η κατάσταση της υγείας τους.						
5. Οι ασθενείς θα πρέπει να εμπιστεύονται τη γνώση των γιατρών τους και να μην ψάχνουν μόνοι τους να βρουν πληροφορίες για την κατάστασή τους.						

	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝ ΜΕΡΕΙ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΕΝ ΜΕΡΕΙ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ
6. Όταν οι γιατροί κάνουν προσωπικές ερωτήσεις στον ασθενή, ίσως παραβιάζουν την προσωπική του ζωή.						
7. Εάν οι γιατροί είναι πραγματικά καλοί στη διάγνωση και τη θεραπεία, δεν είναι τόσο σημαντική η σχέση που αναπτύσσουν με τους ασθενείς.						
8. Πολλοί ασθενείς συνεχίζουν να κάνουν ερωτήσεις στον γιατρό τους ακόμα και αν δεν πρόκειται να μάθουν κάτι καινούργιο						
9. Οι ασθενείς θα πρέπει να συνεργάζονται με τους γιατρούς τους, μέσα σε μία ισότιμη σε ισχύ σχέση.						
10. Οι ασθενείς γενικά έχουν ανάγκη πιο πολύ από καθησυχασμό παρά από πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους.						
11. Εάν τα βασικά χαρακτηριστικά του γιατρού είναι το να είναι ανοιχτός και θερμός με τους ασθενείς του, τότε δεν θα γίνει ποτέ ιδιαίτερα επιτυχημένος.						
12. Όταν οι ασθενείς διαφωνούν με τον γιατρό τους, αυτό						

αποτελεί δείγμα πως δεν τον εκτιμούν και δεν τον εμπιστεύονται.						
	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	ΔΙΑΦΩΝΩ ΕΝ ΜΕΡΕΙ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΕΝ ΜΕΡΕΙ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΡΚΕΤΑ	ΣΥΜΦΩΝΩ ΑΠΟΛΥΤΑ
13. Η θεραπεία ενός προβλήματος υγείας δεν μπορεί να είναι αποτελεσματική αν δεν συμβαδίζει με τον τρόπο ζωής και τις αξίες του ασθενή.						
14. Οι περισσότεροι ασθενείς θέλουν να τελειώνουν την επίσκεψή τους στο γιατρό όσο πιο γρήγορα γίνεται.						
15. Ο ασθενής θα πρέπει πάντα να έχει στο μυαλό του πως ο γιατρός είναι αυτός που έχει την ευθύνη.						
16. Η γνώση της καταγωγής και των ιδιοτεροτήτων του τρόπου ζωής ενός ασθενή δεν είναι απαραίτητη, προκειμένου να θεραπευτεί η ασθένεια του.						
17. Το χιούμορ στο γιατρό είναι πολύτιμο εργαλείο, όταν προσεγγίζει έναν ασθενή θεραπευτικά.						
18. Όταν οι ασθενείς αναζητούν από μόνοι τους ιατρικές πληροφορίες, περισσότερο τους μπερδεύει παρά τους βοηθάει.						

Άδεια διεξαγωγής έρευνας



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
2^Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ
ΓΕΝΙΚΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΜΕΤΑΞΑ»
Διεύθυνση: Μπόττωση 51, 18537 Πειραιάς
Τηλέφωνο: 2132079100



Προς

Αυτοτελές Τμήμα Ελέγχου Ποιότητας,
Έρευνας & Συνεχιζόμενης
Εκπαίδευσης

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Πρόεδρος: Χρήστος Κοσμάς
Διευθυντής Ογκολόγος Παθολόγος
Προϊστάμενος Παθολο/Ογκολ. Τμήματος

Θέμα: Έγκριση εκπόνησης Διδακτορικής διατριβής.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο στην αρ. 21/12-11-2025 Συνεδρίαση μετά από διαλογική συζήτηση κι αφού έλαβε υπόψη το υπ' αριθμ. πρωτ. 20069/06-11-2025 αίτημα της κ. Μιχαολιάκου Παρασκευής, φοιτήτρια του Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου Πατρών, για διεξαγωγή διπλωματικής εργασίας στο πλαίσιο μεταπτυχιακών σπουδών με τίτλο: «Επικοινωνία γιατρού ασθενούς και οι διαστάσεις της. Οφέλη, προβλήματα και στρατηγικές βελτίωσης».

Συνημμένα υποβάλλονται:

1. Υπεύθυνη Δήλωση για τα προσωπικά δεδομένα
2. Ενημερωτικό Σημείωμα
3. Έντυπο Ενημέρωσης
4. Βεβαίωση σπουδών
5. Βεβαίωση καθηγητών

Ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου

Χρήστος Κοσμάς

Εσωτερική Διανομή
-Ε.Σ

2^Η ΥΠΕ ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ
ΓΕΝΙΚΟ ΑΝΤΙΚΑΡΚΙΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ «ΜΕΤΑΞΑ»
ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΑΡΗΣΤΕΥΣ
ΠΑΘΟΛΟΓΟΣ ΟΓΚΟΛΟΓΟΣ
ΠΑΡΕΥΧΗΤΗΣ
ΑΝΚΑ: 1706100593 - Α.Μ. 72ΑΥ. 02.98

Ηλεκτρονική αλληλογραφία για την άδεια χρήσεις των εργαλείων

ed_krupat@hms.harvard.edu

Προς: εμένα, και 1 ακόμη · Παρ 31 Οκτ 2025 στις 8:40 μ.μ.

Σώμα μηνύματος

I would be pleased to have you use the PPOS in your project. I am attaching a document with a copy of the scale in English, scoring instructions, and a fairly up-to-date bibliography of PPOS-based studies. Good luck in your work.

Ed Krupat

EdwardKrupat,PhD
Director, Center for Evaluation (retired)

Harvard Medical School

Boston, MA

ztsimtsiou@auth.gr

Προς: εμένα · Παρ 31 Οκτ 2025 στις 4:14 π.μ.

Σώμα μηνύματος

ΑγαπητήΒιβή,

έχεις την άδεια μου να χρησιμοποιήσεις την ελληνική μετάφραση για τη συγκεκριμένη διπλωματική.

Καλήαρχή.

ZT