



**ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ:
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΔΜΥ)**

Διπλωματική Εργασία

**«Ανάλυση των αντιλήψεων δείγματος ασθενών
σχετικά με την επικοινωνία ιατρού – ασθενή »**

Αικατερίνα Απ. Καραφωτιά

Επιβλέπων καθηγητής: : Κωνσταντίνος Καφέτσος

Πάτρα, Ιούνιος 2024

© Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, 2024

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία της φοιτήτριας Αικατερίνας Καραφωτιά που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΑΝΟΙΚΤΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

**«Ανάλυση των αντιλήψεων δείγματος ασθενών
σχετικά με την επικοινωνία ιατρού – ασθενή »**

Αικατερίνα Απ. Καραφωτιά

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής:
Κωνσταντίνος Καφέτσος
Διδάκτορας ΕΑΠ

Συν-Επιβλέπων Καθηγητής:
Χρυσοβαλάντης Παπαθανασίου
Διδάκτορας ΕΑΠ

Πάτρα, Ιούνιος 2024

Θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον επιβλέποντα καθηγητή μου κύριο Καφέτσιο Κωνσταντίνο για την πολύτιμη καθοδήγηση του. Ευχαριστίες από τα βάθη της ψυχής μου στους γονείς και στα παιδιά στο θεραπευτήριο, για την αμέριστη κατανόηση και υπομονή τους στις αλλαγές του προγράμματος, καθ' όλη την διάρκεια της παρακολούθησης των μεταπτυχιακών μου σπουδών. Ευχαριστίες και στους συμμετέχοντες στην έρευνα που απλόχερα αφιέρωσαν τον πολύτιμο χρόνο τους παραθέτοντας τις απόψεις τους. Εξίσου τους Κο Κωνσταντίνο Κοντρολή και Μίλτο Καραφωτιά για την τεχνική υποστήριξη της. Τέλος, ευχαριστώ τον σύζυγο μου Βασίλη και τους γονείς μου Μαργαρίτα και Αποστόλη, καθώς δίχως την ηθική τους συμπαράσταση και ενθάρρυνση καμία πρόοδος δεν θα ήταν εφικτή.

Στις δυο κόρες μου, την συμφοιτήτρια Λυδία και την Μαργαρίτα...

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι επικοινωνιακές δεξιότητες των ιατρών είναι ουσιώδεις για να διασφαλιστεί η επιτυχημένη ιατρική αντιμετώπιση. Η χρήση ορθών επικοινωνιακών δεξιοτήτων έχει επίδραση στην αποτελεσματικότητα της παροχής των υπηρεσιών υγείας, επηρεάζει την ικανοποίηση του ασθενή, την συμμόρφωση του στο θεραπευτικό πλάνο. Οδηγεί σε πιο ακριβείς διαγνώσεις και λιγότερες αγωγές εναντίον των ιατρών για κακές πρακτικές.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανάλυση των αντιλήψεων ασθενών σχετικά με την επικοινωνία τους με τους ιατρούς.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Το δείγμα της έρευνας είναι 30 ασθενείς που βρέθηκαν στο Γενικό Νοσοκομείο Ανατολικής Αχαΐας για επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία. Οι συμμετέχοντες προσεγγίστηκαν από την ερευνήτρια και έδωσαν συνεντεύξεις απαντώντας σε μία λίστα 13 ερωτήσεων. Η δειγματοληψία ήταν τυχαία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς αποζητούν από τους γιατρούς εκτός από το να είναι καλοί στη διάγνωση και τη θεραπεία, να είναι ταυτόχρονα ευαίσθητοι και υπομονετικοί ενώ απορρίπτουν τη φροντίδα των γιατρών ως μη ικανοποιητική όταν κατά την επίσκεψη τους, αυτοί δεν είναι συγκεντρωμένοι στις παρατηρήσεις τους.

Δηλώνουν ότι για να νιώσουν ικανοποιημένοι θέλουν να συναποφασίζουν για τα θέματα που θα συζητηθούν κατά τη διάρκεια της ιατρικής τους επίσκεψης και ότι επιθυμούν ο γιατρός να συζητάει μαζί τους για το θεραπευτικό πλάνο της πάθησής τους πριν το αποφασίσει.

Τέλος, επηρεάζεται η συμμόρφωση τους στις θεραπευτικές εντολές ενός γιατρού που νιώθουν ότι δεν είναι συγκεντρωμένος με αποτέλεσμα αυτή η συμπεριφορά του να είναι αποτρεπτική για τη λήψη των φαρμάκων που τους συνταγογράφησε.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα ευρήματα της ποιοτικής αυτής έρευνας βρίσκονται σε συμφωνία με ευρήματα προγενέστερων μελετών που δηλώνουν ότι όταν ο γιατρός δεν παρουσιάζει καλές επικοινωνιακές δεξιότητες, ο ασθενής δηλώνει λιγότερο ικανοποιημένος και έχει λίγες πιθανότητες να συμμορφωθεί με το θεραπευτικό πλάνο που του προτείνει.

Λέξεις – Κλειδιά: Γενικό Νοσοκομείο Αιγίου, Δεξιότητες επικοινωνίας, ενσυναίσθηση, επικοινωνία ιατρού-ασθενή, ικανοποίηση ασθενή, λεκτική επικοινωνία, μη λεκτική επικοινωνία, σχέση ιατρού-ασθενή



**SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES
MASTER IN HEALTHCARE MANAGEMENT**

**“Analysis of patients’ views regarding doctor – patient
communication”**

Aikaterina Ap. Karafotia

Patra, June 2024

ABSTRACT

INTRODUCTION:

Physicians' communication skills are essential for ensuring a successful medical approach. Proper use of these skills impacts the effectiveness of healthcare services, influences patient satisfaction, and their adherence to the treatment plan. It leads to more accurate diagnoses and fewer lawsuits against physicians for malpractice.

OBJECTIVE: The aim of this study is to analyze patients' perceptions regarding their communication with physicians.

METHODOLOGY:

The research sample consists of 30 patients who visited the outpatient clinic of the General Hospital of Eastern Achaia. The participants were approached by the researcher and were interviewed, answering a list of 13 questions. The sampling was random.

RESULTS:

Patients seek not only diagnostic and therapeutic competence from their doctors but also sensitivity and patience. They consider the care provided by doctors to be unsatisfactory if the doctors are not attentive to their observations during the visit.

Patients state that, to feel satisfied, they want to participate in the decision-making process regarding the topics discussed during their medical visit. They also desire that the doctor discuss the treatment plan for their condition with them before making a decision.

Finally, their adherence to therapeutic instructions is influenced by their perception of the doctor's attentiveness. If they feel that the doctor is not focused, this behavior discourages them from taking the prescribed medications.

CONCLUSIONS:

The findings of this qualitative study are consistent with previous studies, which indicate that when doctors do not exhibit good communication skills, patients report lower satisfaction and are less likely to adhere to the proposed treatment plan.

Keywords: Communication skills, empathy, doctor-patient communication, General Hospital Aigio, patient satisfaction, verbal communication, non-verbal communication, doctor-patient relationship

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ABSTRACT.....	7
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ.....	15
1.1 Η έννοια της επικοινωνίας.....	15
1.2 Τύποι επικοινωνίας.....	16
1.3 Η επικοινωνία ιατρού – ασθενή.....	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΝΘΡΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΙΑΤΡΟΥ – ΑΣΘΕΝΗ.....	23
2.1 Ανθρωποκεντρική προσέγγιση στη φροντίδα υγείας.....	23
2.2 Κλινική επικοινωνία ιατρού ασθενή: θέση ιατρού και θέση ασθενή.....	28
2.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την καλή επικοινωνία ιατρού – ασθενή....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΙΑΤΡΟΥ – ΑΣΘΕΝΗ.....	47
3.1 Ενσυναίσθηση: Ορισμός - συνιστώσες	47
3.2 Οφέλη ύπαρξης ενσυναίσθησης και κατάλληλων ιατρικών επικοινωνιακών δεξιοτήτων στη σχέση γιατρού – ασθενή.....	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	57
4.1 Ερευνητικός σκοπός της μελέτης.....	57
4.2 Μεθοδολογία δειγματοληψίας και ανάλυσης.....	58
4.3 Διεξαγωγή έρευνας.....	63
4.4 Ηθική και Δεοντολογία της μελέτης.....	64
4.5 Γενικό Νοσοκομείο Ανατολικής Αχαΐας.....	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	68
5.1 Δείγμα Μελέτης – Στοιχεία Συμμετεχόντων.....	68
5.2 Παρουσίαση αποτελεσμάτων έρευνας.....	72
5.3 Συζήτηση Αποτελεσμάτων.....	80
5.4 Προτάσεις.....	87
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	89
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1.....	95
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2.....	97

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σχέση ιατρού ασθενή στην παροχή υπηρεσιών υγείας αποτελεί ένα πολύ σημαντικό πεδίο έρευνας στην φροντίδα υγείας και κυρίως στην παροχή σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας. Η σχέση αυτή αποτελεί μια ιδιαίτερη μορφή ανθρώπινης σχέσης που πρέπει να προσεγγίζεται ως μία σχέση μεταξύ δύο προσωπικοτήτων. Επιπλέον, σύμφωνα με τον Bastide (1972) στην σχέση αυτή δεν συνυπάρχουν μόνο οι προσωπικότητες και τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων αλλά η διάδραση πραγματοποιείται περισσότερο ανάμεσα σε δύο κομμάτια της κοινωνίας (παρά μεταξύ δυο ανεξάρτητων ανθρώπων) καθώς οι εμπλεκόμενοι μεταφέρουν διαφορετικές θεωρήσεις για την «ασθένεια».

Στην προσπάθεια ορισμού αυτής της σχέσης αλλά και της ανάλυσης των επιμέρους δυνατοτήτων και αδυναμιών που προκύπτουν σε αυτή, έχουν διαχρονικά αναπτυχθεί ανθρωπολογικές, κοινωνιολογικές αλλά και ιστορικές προσεγγίσεις. Από την αρχαιότητα ακόμα έχει υπογραμμιστεί η σπουδαία σημασία της θεραπευτικής σχέσης ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή του (Κουτσοσήμου, 2003). Σχετικά με αυτήν τη σχέση, στο έργο του «Περι Τέχνης» ο Ιπποκράτης παρακινεί τους θεραπευτές να μην ενασχολούνται με ανίατες νόσους ενώ στο έργο του «Περί Ιερής Νόσου» παρατηρείται η κοινωνική περιθωριοποίηση των ασθενών με επιληψία. Όμως, στο έργο «Περί Ιητρού» αλλά και στον Όρκο του ο Ιπποκράτης υποστηρίζει πως ο ιατρός πρέπει να αποδεικνύει το αγνό του ενδιαφέρον για τον ασθενή, την ατέρμονη φροντίδα του προς αυτόν και τη συμμετοχή στον πόνο του, ενώ στο έργο του «Επιδημίες» τονίζει πως για να αντιμετωπιστεί σωστά η νόσος θα πρέπει να υπάρχει

και η απόλυτη συνεργασία του ασθενή (Λιονής, 2015). Άλλοτε ο Ιπποκράτης ισχυριζόταν ότι ακόμα και μόνο η εμπιστοσύνη του ασθενή στον πάροχο της ιατρικής φροντίδας, μπορούσε να κατέχει θεραπευτική ικανότητα (Κιοσσές, 2017).

Όσον αφορά στη κοινωνιολογική προσέγγιση, τονίζεται ότι αν και οι άνθρωποι ασθενούσαν σε όλες τις περιόδους της ιστορίας, παρουσίαζαν και εξακολουθούν να παρουσιάζουν διαφορετικότητα στον τρόπο με τον οποίο βιώνουν την ασθένεια τους, ως υποκειμενική και κοινωνική υπόθεση, στο τρόπο που αναζητούν θεραπευτική λύση αλλά και στον τρόπο που εξηγούν την ασθένεια αυτή. Στην ανθρωπολογική προσέγγιση κυριαρχεί η αντίληψη ότι οι όροι «αρρώστια» και «ασθένεια» υποδηλώνουν τις διαφορετικές καταστάσεις που βιώνει το ίδιο το άτομο όταν νοσεί, με τον όρο «αρρώστια» να προσδιορίζει την προσωπική εμπειρία του ασθενή που παλεύει με τη νόσο ενώ με τον όρο «ασθένεια» να δηλώνεται η αδυναμία του ατόμου να ανταποκριθεί πια στις κοινωνικές του υποχρεώσεις (Λιονής, 2015). Οι Βαργιάμη και Γούλα, 2017, υποστηρίζουν ότι η αλληλεπίδραση ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή είναι μία ιδιαίτερη κατηγορία ανθρώπινων σχέσεων εφόσον από τη μία ο ασθενής βρίσκεται σε μειονεκτική θέση αφού αυτός νοσεί και από την άλλη διαθέτει και την ικανότητα μέσω άλλων πηγών να αποφασίζει για τη θεραπεία που θα λάβει. Τονίζουν επίσης ότι υπάρχουν και διαφορετικοί τύποι ασθενών, που φέρουν διαφορετικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητά τους εξαιτίας των οποίων αλληλεπιδρούν με το ιατρό και με διαφορετικούς τρόπους (Βαργιάμη και Γούλα, 2017) .

Μέσα στην ποικιλομορφία αυτής της συνύπαρξης, που επηρεάζεται και από τόσους διαφορετικούς παράγοντες αξιώνεται να δημιουργηθεί η απαραίτητη

συναισθηματική σχέση μεταξύ του ιατρού και του ασθενή. Στα πλαίσια της παγκόσμιας κυρίαρχης τάσης της ανθρωποκεντρικής προσέγγισης του ασθενούς, που θέτει στο επίκεντρο τον ασθενή και του αποδίδει συνεργατικό ρόλο στην αντιμετώπιση του προβλήματος του, ο ιατρός οφείλει να επενδύσει στη σχέση αυτή και να προσεγγίσει τον ασθενή ως άνθρωπο. Με στόχο να καταφέρει να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του, προσφέροντας του την καλύτερη δυνατή φροντίδα (Τσιμτσίου, 2008). Το κυριότερο συστατικό για την επιτυχημένη αυτή σύναψη είναι η αποτελεσματική επικοινωνία ανάμεσα στα δύο εμπλεκόμενα μέρη (Levinson et al, 2010) (Davis et al, 2012). Η επικοινωνία αποτελεί τον πιο δυναμικό παράγοντα αυτής της σχέσης καθώς χάρις σε αυτήν συνδέονται οι συμμετέχοντες, προωθείται η συνεργασία και προσφέρεται ικανοποίηση (Berman & Chutka, 2016) (Κολόκα, 2019). Επιπλέον, επιδρά στην λήψη θεραπευτικών αποφάσεων και καθορίζει τον τύπο της σχέσης αυτής (Κολόκα, 2019).

Ως επικοινωνία του ιατρού προς τον ασθενή του, ορίζεται η ικανότητα του να διεκπεραιώνει συγκεκριμένες ιατρικές διεργασίες και συμπεριφορές όπως είναι η λήψη του ιατρικού ιστορικού του ασθενή, η επεξήγηση των διαγνώσεων, η παροχή θεραπευτικών οδηγιών και κατευθύνσεων καθώς και η συμβουλευτική καθοδήγηση του (Duffy et al, 2004)

Πιο συγκεκριμένα, ερευνητές στην Κλινική Mayo του Mayo Medical College στις ΗΠΑ, ανέπτυξαν ένα εργαλείο αξιολόγησης με το οποίο αξιολόγησαν τις επικοινωνιακές δεξιότητες των φοιτητών της ιατρικής καθώς επικοινωνούσαν με τους ασθενείς. Αυτό το εργαλείο προτείνει δεκατρία επικοινωνιακά στοιχεία που θεωρούνται πως απαρτίζουν την κάλλιστη επικοινωνιακή πρακτική στην σχέση ιατρού ασθενή. Αναφέρονται η απαραίτητη χρήση εισαγωγής στη συζήτηση, η

σταθερή βλεμματική επαφή με τον ασθενή, η απαραίτητη χρήση μη λεκτικών επικοινωνιακών δεξιοτήτων, η προσεκτική ακρόαση, η χρήση αρκετών ερωτήσεων, η απόδοση αρκετού χρόνου στον ασθενή ούτως ώστε αυτός να καταφέρει να συλλέξει τις σκέψεις του, η έκφραση ενδιαφέροντος, η προκαταβολική οργάνωση της συζήτησης, η συλλογή πληροφοριών, η συγκέντρωση του ιατρού στον ασθενή και τα λεγόμενά του, η επίδειξη ενσυναίσθησης, η ικανότητα του γιατρού να αναγνωρίζει θέματα που μπορεί να κρύβονται πίσω από λεγόμενα και τέλος, η ανακεφαλαίωση για να βεβαιωθεί ο γιατρός ότι είναι κατανοητός δεν έχουν μείνει άλυτα ζητήματα (Berman and Chutka, 2016).

Η επίδειξη της ενσυναισθητικής ικανότητας είναι μέγιστης σημασίας στην κλινική πρακτική και αποτελεί έναν βασικό πυλώνα έρευνας στην ψυχολογία και την κοινωνιολογία της υγείας. Ο όρος ενσυναίσθηση στον υγειονομικό χώρο έχει προσδιοριστεί ως η ικανότητα του ιατρού να κατανοεί τα συναισθήματα του ασθενή, την κατάσταση του αλλά και την θεωρητική γωνία με την οποία αυτός προσεγγίζει το πρόβλημά του και την ικανότητα να μεταφέρει την «κατανόηση» αυτή στον ασθενή του (Eby, 2018).

Αν και η ενσυναισθητική ικανότητα είναι μέγιστης σημασίας για να εξασφαλιστεί η ποιότητα της σχέσης ιατρού και ασθενή, αρκετές έρευνες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η ενσυναίσθηση μειώνεται σταδιακά κατά τη διάρκεια των ιατρικών ακαδημαϊκών χρόνων με τη μεγαλύτερη μείωση να σημειώνεται από το τρίτο έτος και μετά. Παρόλα αυτά, υπάρχει μικρός αριθμός εμπειρικής έρευνας που να αποδεικνύει τους λόγους για τους οποίους απαντούμε το φαινόμενο αυτό και επιπλέον στις περισσότερες έρευνες ενσυναίσθησης στον ιατρικό και υγειονομικό χώρο κυριαρχούν οι ποσοτικές αναλύσεις, εμποδίζοντας τον επεξηγηματικό χαρακτήρα

άλλων ερευνών που θα μπορούσαν καλύτερα να καλύψουν την πολυπλοκότητα του θέματος (Eikeland et al, 2014).

Απώτερος σκοπός της χρήσης βέλτιστων επικοινωνιακών τακτικών από τους ιατρούς και από το ευρύτερο υγειονομικό προσωπικό απέναντι στους ασθενείς, είναι η επίτευξη του καλύτερου θεραπευτικού αποτελέσματος και της μέγιστης ικανοποίησης του ασθενούς, καθώς έχει αποδειχθεί ότι η ενδυνάμωση κυρίως των δεξιοτήτων ενσυναίσθησης αλλά και των υπόλοιπων επικοινωνιακών δεξιοτήτων του ιατρού, οδηγούν τόσο στην μέγιστη ικανοποίηση του ασθενή αλλά και στο βέλτιστο θεραπευτικό αποτέλεσμα (Wang et al, 2022).

Στην παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε μία έρευνα ποιοτικής ανάλυσης αντιλήψεων ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία του Γενικού Νοσοκομείου Ανατολικής Αχαΐας (Γενικό Νοσοκομείο Αιγίου) σχετικά με την ικανοποίησή τους από τον ιατρό αλλά και την συμμόρφωσή τους στο θεραπευτικό πλάνο του, όταν αντιλαμβάνονται ότι παρουσιάζει ή όταν αντιλαμβάνονται ότι δεν παρουσιάζει, δεξιότητες ενσυναίσθησης. Στο πρώτο κεφάλαιο δίνεται ο ορισμός της έννοιας της επικοινωνίας, της επικοινωνίας ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή αλλά και οι τύποι αυτής. Στο δεύτερο κεφάλαιο, γίνεται αναφορά στην ανθρωποκεντρική προσέγγιση στη φροντίδα υγείας και αναλύεται η επικοινωνία στη σχέση ιατρού - ασθενή τόσο από την σκοπιά του ιατρού αλλά και από τη σκοπιά του ασθενή. Στην συνέχεια, αναφέρονται παράγοντες τόσο από την πλευρά του ιατρού όσο και του ασθενή, που μπορεί να επηρεάσουν την μεταξύ τους επικοινωνία. Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύεται η έννοια της ενσυναίσθησης και οι επιπτώσεις της ύπαρξης, ή της μη ύπαρξης της και των κατάλληλων επικοινωνιακών πρακτικών, στην αλληλεπίδραση ιατρού - ασθενή. Στο τέταρτο κεφάλαιο παρατίθεται η μεθοδολογία και τα ευρήματα της έρευνας ενώ στο

πέμπτο κεφάλαιο αναφέρονται τα αποτελέσματα της μελέτης, τα συμπεράσματα της έρευνας καθώς και οι προτάσεις για περαιτέρω εξέλιξη της.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

1.1 Η έννοια της επικοινωνίας

Η επικοινωνία είναι μία διαδικασία που πραγματοποιείται με λεκτικές και μη λεκτικές μεθόδους και αφορά στην αποστολή και λήψη μηνυμάτων. Ως εκ τούτου, η επικοινωνία επιτυγχάνεται με διττή δρομολόγηση, μέσα από την έκφραση ενός αποστολέα και την κατανόηση ενός λήπτη κατά την οποία μεταφέρονται πληροφορίες με τη μορφή σκέψεων, ιδεών, γνωμών και γνώσεων ανάμεσα σε δυο ή και περισσότερα άτομα, με στόχο να επιτευχθεί η κατανόηση και διεξαγωγή νοημάτων (Mc Lean, 2003). Η πρώτη λέξη κλειδί στον παραπάνω ορισμό είναι η «διαδικασία». Μία διαδικασία που είναι δύσκολο να περιγραφεί ακριβώς καθώς αποτελεί μία δυναμική δραστηριότητα που συνεχώς εναλλάσσεται. Η δεύτερη λέξη κλειδί είναι η «κατανόηση». Η κατανόηση των λέξεων και των εννοιών, στοιχείων και αντικείμενων στα οποία αυτές αναφέρονται, είναι σημαντικό κομμάτι της επικοινωνιακής διαδικασίας και τέλος, η τρίτη λέξη κλειδί είναι το «νόημα». Ερευνώντας το πλαίσιο στο οποίο χρησιμοποιείται η λέξη και θέτοντας ερωτήσεις μπορούμε να ανακαλύψουμε το μοιρασμένο νόημα και να κατανοήσουμε το μήνυμα (Pearson and Nelson, 2000). Η επικοινωνία είναι ο τρόπος με τον οποίο δημιουργούνται προσωπικές σχέσεις και επαγγελματικές εμπειρίες, ο τρόπος που διαφοροποιεί τις προσωπικότητες και επηρεάζει τους συνανθρώπους (Asemah and Omosotomhe, 2022).

Η επικοινωνία επηρεάζεται από τους ρόλους που έχουν οι συνομιλητές (την θέση στην κοινωνία, την θέση στην οικογένεια, ηλικία, φύλο), επηρεάζεται από τους

στόχους που θέτουν οι οποίοι αφορούν στις ανάγκες των προσωπικοτήτων και των ενδιαφερόντων τους. Επηρεάζεται από τη διάθεση τους η οποία συνήθως είναι ανάλογη της σπουδαιότητας της διάδρασης, της συμπεριφοράς και της προσωπικότητας των συνομιλητών. Από το φυσικό περιβάλλον στο οποίο πραγματοποιείται η αλληλεπίδραση και τέλος, από την ανατροφοδότηση την οποία προσφέρει το ένα πρόσωπο στο άλλο για το πώς εισέπραξε το μήνυμα. Αποτελεί τον θεμελιώδη λίθο πάνω στον οποίο χτίζονται οι διαπροσωπικές σχέσεις που είναι απαραίτητες για την ανάπτυξη της ταυτότητας, για την ανάπτυξη του ανθρωπισμού, της παραγωγικότητας, για την επίτευξη μιας καλύτερης ποιότητας ζωής, για την αυτοπραγμάτωση και για την καθιέρωση της σωματικής και ψυχικής υγείας (Ζορμπάς, 2015).

1.2 Τύποι επικοινωνίας

Σε πρώτο στάδιο η επικοινωνία διαχωρίζεται σε δυο ευρύτερες κατηγορίες. Την διαπροσωπική και την προσωπική επικοινωνία. Η διαπροσωπική επικοινωνία λαμβάνει χώρα ανάμεσα σε δύο ή περισσότερους συμμετέχοντες και για να πραγματοποιηθεί χρειάζεται ένας ομιλητής, που να παράγει ένα μήνυμα, ένα μέσο για να μεταφερθεί αυτό το μήνυμα και τουλάχιστον ένας συνομιλητής που να προσφέρει κάποια ανατροφοδότηση. Χρειάζεται να υπάρχει το περιβάλλον μέσα στο οποίο θα πραγματοποιηθεί η επικοινωνία και τέλος, ένα πλαίσιο μέσα στο οποίο θα μεταφερθεί το μήνυμα (McLean, 2003).

Κατά την προσωπική επικοινωνία το άτομο επικοινωνεί με τον ίδιο του τον εαυτό και μέσα σε αυτή περιλαμβάνονται οι σκέψεις οι ιδέες και οι προσδοκίες που θέτει το ίδιο

το άτομο στον εαυτό του. Η διαπροσωπική επικοινωνία διαιρείται σε τέσσερις υπό κατηγορίες την λεκτική επικοινωνία, την ακρόαση για κατανόηση, τον γραπτό λόγο και την μη λεκτική επικοινωνία (Rocci and Saussure, 2016).

Η λεκτική επικοινωνία είναι αυτή που αφορά στη χρήση λέξεων και φωνημάτων. Σε μια συζήτηση περιλαμβάνει το λεξιλόγιο που χρησιμοποιείται, τον τρόπο που οι λέξεις αρθρώνονται, τη χρήση συντακτικού και γραμματικής και τις πραγματολογικές δεξιότητες των συμμετεχόντων. Η ακρόαση για κατανόηση περιλαμβάνει την ικανότητα του ακροατή να εστιάζει την προσοχή του στον ομιλητή, να συγκεντρώνεται και να αποκωδικοποιεί το μήνυμα που αυτός στέλνει και βάση αυτού να ανταποκρίνεται, ζητώντας τυχόν διευκρινίσεις. Οι καλύτεροι ακροατές είναι αυτοί που μπορούν να στρέψουν την απόλυτη προσοχή τους στον ομιλητή και να τον κάνουν να αισθανθεί ότι αυτός είναι το κέντρο του ενδιαφέροντος και το πιο σημαντικό άτομο στην αλληλεπίδραση. Ο γραπτός λόγος γίνεται όλο και περισσότερο δημοφιλής με τη χρήση του διαδικτύου και αφορά τη χρήση καλών γραπτών κοινωνικών δεξιοτήτων όπως είναι η ακριβής χρήση της ορθογραφίας και της γραμματικής.

Η μη λεκτική επικοινωνία αναφέρεται στους τρόπους με τους οποίους τα άτομα μεταφέρουν πληροφορίες σχετικά με τα συναισθήματα, τις ανάγκες, τις αντιλήψεις, τις προθέσεις και τις σκέψεις τους. Η χρήση μη λεκτικών επικοινωνιακών στοιχείων εκτελεί πολύ σημαντικές λειτουργίες στην ανθρώπινη κοινωνική ζωή, καθώς αυτά εκφράζουν συναισθήματα, μεταφέρουν διαπροσωπικές αντιλήψεις όπως η έκφραση φιλίας ή η προσβολή ή η κυριαρχία, ρυθμίζουν τους ρόλους ανάμεσα σε δύο ανθρώπους που λαμβάνουν μέρος σε μία συζήτηση και δρουν επικουρικά στον λόγο

και την ομιλία του ατόμου. Τα μη λεκτικά επικοινωνιακά σήματα επηρεάζουν πολλές ψυχολογικές διαδικασίες όπως η κοινωνική επιρροή, η ανθρώπινη έλξη, η παραπλάνηση και η συναισθηματική σύνδεση . Έχουν καταγραφεί κοινωνικές, πολιτιστικές, φυλετικές και άλλες διαφορές στην μη λεκτική συμπεριφορά των ατόμων καθώς και ατομικές διαφοροποιήσεις στη χρήση και στην ακρίβεια της μετάδοσης αλλά και της αποκωδικοποίησης των μη λεκτικών στοιχείων (Hall, 2001). Είναι πολύ σημαντικό τόσο ο ακροατής όσο και ο ομιλητής να μπορούν να αντιλαμβάνονται και να επεξηγούν τα μηνύματα πίσω από τη χρήση της μη λεκτικής επικοινωνίας του άλλου.

Για να είναι επιτυχής η διαπροσωπική επικοινωνία οι ομιλητές θα πρέπει να εξασκηθούν στην ενεργητική ακρόαση, να χρησιμοποιούν ξεκάθαρο και ακριβή λόγο και να είναι συνεχώς συντονισμένοι στην αποκωδικοποίηση της μη λεκτικής επικοινωνίας του συνομιλητή. Επιπλέον, να δείχνουν ενσυναίσθηση και να προσχωρούν στις σχέσεις προσπαθώντας να βρουν κοινό έδαφος και προσπαθώντας να κατακτήσουν γνήσια επαφή με το συνομιλητή (Terra, 2023)

1.3 Η επικοινωνία ιατρού - ασθενή

Η σχέση ιατρού και ασθενή αποτελεί τη βάση της ιατρικής πρακτικής και αποτελεί σημείο κεντρικού ενδιαφέροντος στα συστήματα παροχής υπηρεσιών υγείας. Αυτό αφορά και στην κοινωνική σταθερότητα, στην κοινωνική αρμονία αλλά και στην ιατρική εξέλιξη, καθώς έχει σημαντική επίπτωση στη βελτίωση των επιπέδων συμμόρφωσης των ασθενών και των επιπέδων ανάμειξης τους σε κοινή λήψη αποφάσεων (Stavropoulou, 2011).

Στην σχέση ιατρού – ασθενή η επικοινωνία είναι εκείνη που επιφορτίζεται το βάρος της δημιουργίας της μεταξύ τους σύνδεσης και επαφής. Οι ικανότητες επικοινωνίας ενός ιατρού και οι διαπροσωπικές του δεξιότητες επηρεάζουν την ικανότητα του να συλλέγει πληροφορίες ούτως ώστε να οδηγηθεί σε ακριβείς διαγνώσεις, να συμβουλέψει κατάλληλα, να δώσει θεραπευτικές οδηγίες και να δημιουργήσει σχέσεις ενδιαφέροντος και εμπιστοσύνης με τους ασθενείς του (Bredart et al, 2005). Αυτές είναι πυρηνικές κλινικές δεξιότητες στην εξάσκηση του ιατρικού επαγγέλματος με τον απόλυτο στόχο να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα και η μέγιστη ικανοποίηση του ασθενή, ζητήματα που είναι απαραίτητα για την αποτελεσματική παροχή φροντίδα υγείας (Henrdon and Pollick, 2002).

Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες του πρωτόκολλου Kalamazoo Consensus Statement: Essential Elements of Communication in Medical Encounters που θεσπίστηκε το 1999 στις ΗΠΑ, η απαραίτητη ελάχιστη επικοινωνία του γιατρού με τον ασθενή πρέπει να περιλαμβάνει τα στάδια του καλωσορίσματος του ασθενή και της εκκίνησης της συζήτησης, της λήψης πληροφοριών με χρήση ανοιχτών και κλειστών ερωτήσεων αλλά και της ενεργητικής ακρόασης με χρήση λεκτικών και μη λεκτικών τεχνικών. Την προσπάθεια για κατανόηση του τρόπου που αντιλαμβάνεται ο ίδιος ο ασθενής το πρόβλημα του με το μοίρασμα των πληροφοριών, την επίτευξη συμφωνίας πάνω στο πρόβλημα και στο θεραπευτικό πλάνο και τέλος, έπεται η ανακεφαλαίωση των συμφωνηθέντων και των θεραπευτικών οδηγιών (Makoul, 2001).

Οι βασικές επικοινωνιακές δεξιότητες από μόνες τους είναι ανεπαρκείς για να δημιουργηθούν και να διατηρηθούν επιτυχείς θεραπευτικές σχέσεις ανάμεσα στους γιατρούς και τους ασθενείς. Σχέσεις οι οποίες να χαρακτηρίζονται από κοινές

αντιλήψεις και κοινά συναισθήματα σχετικά με τη φύση του ιατρικού προβλήματος, με τους στόχους της θεραπείας και με την ψυχολογική καθοδήγηση (Duffy et al ,2004). Έρευνες που διεξήχθησαν στον τομέα της επικοινωνίας ιατρού με ασθενή αποκάλυψαν τη δυσaréσκεια των ασθενών για την ποιότητα της επικοινωνίας κατά την διάρκεια συνεδρίας ακόμη και όταν πολύ γιατροί θεώρησαν την συγκεκριμένη επικοινωνία επαρκή ή ακόμα και τέλεια (Stewart, 1995). Οι γιατροί τείνουν να υπερεκτιμούν τις ικανότητές τους στην επικοινωνία. Μελέτες πάνω στους ασθενείς έχουν σταθερά υποδείξει ότι οι ασθενείς αναζητούν καλύτερη επικοινωνία με τους ιατρούς τους (Duffy et al, 2004).

Οι Kurtz et al, 1998, αναφέρουν ποιες προϋποθέσεις θα πρέπει να είναι εξασφαλισμένες για να διασφαλιστεί η αποτελεσματική επικοινωνία στη σχέση ιατρών και ασθενών. Υπογραμμίζουν ότι θα πρέπει να γίνει καθολικά αποδεκτό ότι η επικοινωνία αποτελεί δεξιότητα αναγκαία και υποχρεωτική για την τεκμηρίωση της κλινικής επάρκειας και ότι είναι μία ικανότητα που μπορεί να διδαχτεί. Υποστηρίζουν ότι θα πρέπει να είναι εφικτή μία ενιαία μέθοδος για την ευρύτερη διδασκαλία των επικοινωνιακών δεξιοτήτων και ιδιαίτερη φροντίδα-προσοχή θα πρέπει να δοθεί έτσι ώστε να διδάσκεται με τον αποτελεσματικότερο τρόπο. Θα πρέπει να σημειωθεί το γεγονός ότι η διδασκαλία των επικοινωνιακών ικανοτήτων δεν εξασφαλίζει και τη μάθηση τους καθώς και ότι χρειάζεται μία μέθοδος διδασκαλίας κοινή για τους επαγγελματίες σε όλο τον υγειονομικό χώρο. Τέλος, θέτουν την προϋπόθεση ότι η διδασκαλία επικοινωνιακών ικανοτήτων θα πρέπει να ξεκινάει από την προπτυχιακή ακαδημαϊκή εκπαίδευση και να συνεχίζεται παράλληλα με τις περαιτέρω σπουδές.

Οι δεξιότητες μη λεκτικής επικοινωνίας, που περιλαμβάνουν τη σωματική επαφή, τον τόνο της φωνής, τη γλώσσα του σώματος, την έκφραση του προσώπου και τη βλεμματική επαφή, είναι ζωτικής σημασίας στην επικοινωνία μεταξύ ιατρών και ασθενών. Πολλές έρευνες έχουν αποδείξει ότι η καλή χρήση αυτών των δεξιοτήτων οδηγεί σε υψηλότερη ικανοποίηση των ασθενών και μειώνει τις πιθανότητες μηνύσεων για κακές πρακτικές.

Οι ιατροί που είναι ικανοί να ερμηνεύουν και να αποκωδικοποιούν τις μη λεκτικές ενδείξεις των ασθενών τους είναι πιο πιθανό να ανταποκρίνονται αποτελεσματικά στις ανάγκες τους. Η μη λεκτική επικοινωνία μπορεί να δώσει στους ιατρούς σημαντικές πληροφορίες για την κατάσταση και τις ανάγκες των ασθενών τους, βοηθώντας έτσι στη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας και της επικοινωνίας (Schmid, 2007). Η γλώσσα του σώματος, όπως οι εκφράσεις του προσώπου, οι κινήσεις των χεριών και η σωματική στάση, μπορούν να έχουν σημαντική επίδραση στην επικοινωνία μεταξύ ιατρών και ασθενών. Αυτές οι μη λεκτικές ενδείξεις μπορούν να επηρεάσουν την εμπιστοσύνη των ασθενών προς τους ιατρούς τους και την πρόθεσή τους να ακολουθήσουν το θεραπευτικό πλάνο. Η βλεμματική επαφή και το αίσθημα της αφής μπορούν επίσης να συμβάλουν στη μέγιστη ικανοποίηση των ασθενών από τον ιατρό τους (Brian, 2020). Οι DiMatteo και Martin, 2011, εφιστούν την προσοχή στην πιθανότητα παρερμηνείας των εκφράσεων του προσώπου του ασθενή αλλά και του ιατρού όπως στην περίπτωση ανησυχίας με φόβο και στις πιθανές επιπτώσεις που αυτό μπορεί να φέρει στην αλληλεπίδραση τους. Επίσης τονίζουν το γεγονός ότι όταν υπάρχουν ελλειπείς εξηγήσεις για την κατάσταση της υγείας των ασθενών και υπάρχει κάποια ‘έλλειψη πληροφοριών’ αυτοί οδηγούμενοι από την ανάγκη ελέγχου στης ζωής τους θα ψάξουν τις πληροφορίες αυτές στις μη

λεκτικές συμπεριφορές των ιατρών. Άρα είναι σημαντικό τα αισθήματα που εκφράζονται με τις μη λεκτικές δεξιότητες να είναι απολύτως ξεκάθαρα

Σχετικά με την σχέση ιατρού – ασθενή οι τελευταίοι (DiMatteo και Martin, 2011) ισχυρίζονται ότι αν και η αλληλεπίδραση ιατρού και ασθενή είναι αναγκασμένη να ακολουθήσει μία δομημένη πορεία, η αποτελεσματική επικοινωνία απαιτεί την προσοχή σε αρκετά θέματα που μπορεί να δημιουργήσουν προβλήματα στη σχέση αυτή. Για να είναι η θεραπευτική σχέση επιτυχημένη, θα πρέπει να υπάρχει κάτι περισσότερο από την παροχή μιας απλής εξήγησης της διάγνωσης και της θεραπείας. Τέλος, υποστηρίζουν πως θα πρέπει να συνυπολογίζονται τα χαρακτηριστικά τόσο των ασθενών όσο και των ιατρών αλλά και το περιβάλλον μέσα στο οποίο λαμβάνει η αλληλεπίδραση αυτή, καθώς και η φύση της εμπλεκόμενης νόσου.

Έτσι, οι διαπροσωπικές δεξιότητες καλούνται να λύσουν το ζήτημα αυτό υποδεικνύοντας την κατάλληλη επικοινωνία ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή που είναι αυτή που εμπεριέχει προσεγγίσεις επικεντρωμένες τόσο στον ιατρό όσο και στον ασθενή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΑΝΘΡΩΠΟΚΕΝΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΙΑΤΡΟΥ - ΑΣΘΕΝΗ

2.1 Ανθρωποκεντρική προσέγγιση στη φροντίδα υγείας

Πριν από σαράντα χρόνια, εκατόν τριάντα τέσσερις εθνικοί εκπρόσωποι από κυβερνήσεις-μέλη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας υπέγραψαν την Προκήρυξη της Άλμα-Άτα (1978). Σύμφωνα με αυτή την προκήρυξη, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας εγκαθίσταται ως επίσημη πολιτική υγείας σε όλα τα κράτη μέλη. Από το συνέδριο αναδείχθηκε η αντίληψη ότι η υγεία είναι ανθρώπινο δικαίωμα, βασισμένο στις αρχές της ισότητας και της συμμετοχής της κοινότητας. Η προκήρυξη αυτή διεύρυνε την αντίληψη της υγείας ως μία παροχή που διακλαδώνεται πέρα από γιατρούς και νοσοκομεία, επεκτείνοντας την στους κοινωνικούς προσδιοριστές και την κοινωνική δικαιοσύνη (Gillian, 2008). Στα επόμενα χρόνια, η εγκαθίδρυση αυτής της πολιτικής συνάντησε πολλές προκλήσεις, όπως το εάν η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας έπρεπε να επικεντρωθεί σε κάθετα προγράμματα αντιμετώπισης νόσων, όπου υπήρχαν περισσότερες πιθανότητες για θεραπεία, ή σε πιο ευρύτερα προγράμματα που αντιμετώπιζαν και κοινωνικούς, οικονομικούς και πολιτικούς παράγοντες που μπορούσαν να επηρεάσουν την πρόοδο στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, αντιμετώπισε την πρόκληση του πώς η ισότητα και η συμμετοχή της κοινωνίας για να υπάρξει πρόοδος στην υγεία, θα οργανωνόταν και πώς θα εξασφαλιζόνταν οι οικονομικοί πόροι για την οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Rifkin, 2018).

Η εμπειρία στην εφαρμογή των αρχών της προκήρυξης στις τελευταίες δεκαετίες παρέχει στοιχεία για το πώς πραγματοποιήθηκαν οι αλλαγές, τι πέτυχε και τι απέτυχε. Επίσης, υποδεικνύει ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι περισσότερο μια διαδικασία μέσα σε ένα πλαίσιο, και όχι μόνο ένα σχέδιο, που επηρεάζεται πολύ από την κουλτούρα, την οικονομία, την πολιτική και τις κοινωνικές εξελίξεις. Παγκόσμιες ανισότητες εξακολούθησαν να παρατηρούνται στην παροχή των υπηρεσιών υγείας στον ανθρώπινο πληθυσμό (Rifkin, 2018).

Στο πλαίσιο αυτό υπογράφηκε η Διακήρυξη της Γενεύης το 2014, όπου ανακοινώθηκε ότι για να επιτευχθεί ο στόχος της «υγείας για όλους» θα πρέπει να υπάρξει στροφή «προς την ανθρωποκεντρική και ατομοκεντρική φροντίδα υγείας». Αυτή η προσέγγιση αποσκοπεί στη βελτίωση της υγείας για όλους, εξασφαλίζοντας ισότητα και οικονομική αποδοτικότητα στις υπηρεσίες υγείας.. Αυτό σημαίνει ότι οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να επικεντρώνονται στις ανάγκες και τις προτιμήσεις των ατόμων, προάγοντας την ισότητα στην πρόσβαση και τη φροντίδα. Η Διακήρυξη υπογράμμισε την ανάγκη για πολιτικές που θα ενισχύουν τη συμμετοχή της κοινότητας και θα προωθούν την κοινωνική δικαιοσύνη, διασφαλίζοντας ότι οι πόροι κατανέμονται με τρόπο οικονομικά αποδοτικό. Με αυτόν τον τρόπο, η υγεία θα καταστεί όχι μόνο πιο προσβάσιμη και δίκαιη, αλλά και πιο βιώσιμη μακροπρόθεσμα, ενσωματώνοντας τις αξίες της ισότητας και της συμμετοχής σε κάθε επίπεδο του συστήματος υγείας (Cloninger et al,2014).

Η ανθρωποκεντρική φροντίδα, γνωστή και ως ασθενοκεντρική φροντίδα, ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως «η ενδυνάμωση των ανθρώπων να αναλάβουν την ευθύνη της υγείας τους αντί να είναι παθητικοί αποδέκτες

υπηρεσιών». Αυτή η στρατηγική φροντίδας βασίζεται στην πεποίθηση ότι οι απόψεις, οι προτάσεις και οι εμπειρίες των ασθενών μπορούν να βοηθήσουν στη βελτίωση των συνολικών υγειονομικών αποτελεσμάτων. Ένας από τους βασικούς τρόπους για να εμπλακούν οι ασθενείς στην υγεία τους είναι η βελτίωση των αλληλεπιδράσεων μεταξύ ασθενών και παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, κάνοντας τη φροντίδα να αισθάνεται εμφαντική και συμπονετική, όχι απλά συναλλακτική. Για να επιτευχθεί αυτό, οι γιατροί, οι νοσηλευτές και το υπόλοιπο προσωπικό πρέπει να εκπαιδευτούν να ακούν, να ενημερώνουν και να συμβουλεύονται τους ασθενείς καθ' όλη τη διάρκεια της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς και να λαμβάνουν υπόψη τις ατομικές προτιμήσεις, ανάγκες και αξίες κατά τη λήψη κλινικών αποφάσεων.

Οι επιδράσεις του μοντέλου της ανθρωποκεντρικής φροντίδας στην παροχή υπηρεσιών υγείας είναι η βελτίωση των ατομικών αποτελεσμάτων καθώς όταν οι ασθενείς εμπλέκονται περισσότερο στη δική τους φροντίδα, συχνά αναρρώνουν πιο γρήγορα και είναι πιο ικανοποιημένοι με τη φροντίδα που λαμβάνουν. Οι Stewart et al, 2000, διαπίστωσαν ότι η πρακτική που επικεντρώνεται στον ασθενή οδήγησε σε καλύτερη ανάρρωση από ανασφάλεια και ανησυχία, καλύτερη ψυχολογική υγεία στο μέλλον, και λιγότερες διαγνωστικές εξετάσεις και παραπομπές. Επιπλέον, μελέτες έχουν δείξει ότι μια ισχυρή σχέση μεταξύ ασθενούς και παρόχου φροντίδας είναι ένα σημαντικό κίνητρο για την άσκηση προληπτικής φροντίδας. Όταν οι ασθενείς αισθάνονται σεβασμό και βιώνουν συμπόνια και συναισθηματική σύνδεση από τους παρόχους φροντίδας τους, είναι πιο πιθανό να επιστρέψουν για ετήσιες εξετάσεις, εμβολιασμούς κ.λπ. Ωστόσο, αυτά δεν είναι τα μόνα οφέλη μιας ανθρωποκεντρικής ιατρικής προσέγγισης. Αυτό το μοντέλο φροντίδας μπορεί επίσης να οδηγήσει σε βελτίωση των βαθμολογιών ικανοποίησης των ασθενών, καλύτερη αισθητική και

ασθενών σχετικά με την επικοινωνία ιατρού – ασθενή»
παραγωγικότητα μεταξύ του προσωπικού, βελτίωση της κατανομής πόρων και,
μακροπρόθεσμα, ακόμη και μείωση των εξόδων (NEJM, 2017).

Η ανθρωποκεντρική προσέγγιση στην επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενούς αντιπροσωπεύει ένα σημαντικό παράγοντα στον τομέα της υγείας. Αποτελεί την πνευματική και πρακτική βάση για την αποτελεσματική παροχή φροντίδας υγείας και τη δημιουργία εμπιστοσύνης και συνεργατικών σχέσεων μεταξύ ιατρών και ασθενών. Βασίζεται στην κατανόηση και αναγνώριση των αναγκών, των αξιών και των προτιμήσεων του ασθενούς ως άτομο (Barry, 2012). Αντί να επικεντρώνεται αποκλειστικά στη νόσο ή στην παθολογία, ο ιατρός που χρησιμοποιεί αυτήν την προσέγγιση επικοινωνεί με τον ασθενή με ευαισθησία και σεβασμό προς την ατομική του αξιοπρέπεια. Αυτό σημαίνει ότι ο ιατρός δεν αντιμετωπίζει απλώς τα συμπτώματα της νόσου, αλλά επιδιώκει να κατανοήσει τον ασθενή στο πλήρες πλαίσιο της ζωής του, συμπεριλαμβανομένων των κοινωνικών, πνευματικών και συναισθηματικών του πτυχών.

Σε αντίθεση με την παραδοσιακή ιατρική πρακτική που εστιάζεται κυρίως στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και των νοσημάτων, η ανθρωποκεντρική προσέγγιση συνεπάγεται τη δημιουργία μιας σχέσης συνεργασίας μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Ο ιατρός δεν αναλαμβάνει απλώς τον ρόλο του εμπειρογνώμονα, αλλά επιδιώκει να ενδυναμώσει τον ασθενή να συμμετάσχει ενεργά στη διαδικασία λήψης αποφάσεων σχετικά με τη διαχείριση της υγείας του (Epstein and Street, 2011).

Ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά της ανθρωποκεντρικής προσέγγισης είναι η ενίσχυση της επικοινωνίας και της εμπιστοσύνης μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Ο

ιατρός πρέπει να είναι επικοινωνιακά ικανός και να ακούει ενεργά τον ασθενή, δίνοντας του την ευκαιρία να εκφράσει τις ανησυχίες, τις επιθυμίες και τις ανάγκες του (Coulter and Oldham, 2016). Μέσω μιας ανοικτής και ειλικρινούς επικοινωνίας, οι ασθενείς αισθάνονται αναγνωρισμένοι και υποστηριζόμενοι.

Οι Tarrant et al, 2003, εξερεύνησαν τις αντιλήψεις των ασθενών για τα χαρακτηριστικά της προσωποκεντρικής φροντίδας και το πόσο αυτά μοιράζονται από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Ερεύνησαν εάν μια συνεχιζόμενη σχέση μεταξύ ενός επαγγελματία υγείας και ενός ασθενούς είναι απαραίτητη για την προσωπική φροντίδα και τις συνθήκες υπό τις οποίες μια τέτοια σχέση είναι σημαντική. Ανακάλυψαν ότι η προσωπική φροντίδα περιγράφηκε με όρους: ανθρώπινης επικοινωνίας, εξατομικευμένης θεραπείας ή διαχείρισης, και ολιστικής φροντίδας (θεραπεία στο πλαίσιο της ζωής και του οικογενειακού ιστορικού του ασθενούς). Όποιο και αν ήταν το πλαίσιο, η ανθρώπινη επικοινωνία και η εξατομικευμένη φροντίδα ήταν σημαντικές για να γίνεται η φροντίδα προσωπική. Μια συνεχής σχέση παρόχου και ασθενούς πρόαγε, αλλά δεν εγγυούταν, τη φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή.

Οι Von Bültzingslöwen et al, 2006, πραγματοποίησαν έρευνα για να αποκτήσουν μια συνολική κατανόηση των βασικών αξιών του να έχεις έναν προσωπικό γιατρό σε μια συνεχιζόμενη ανθρωποκεντρική σχέση ασθενή-γιατρού στην πρωτοβάθμια φροντίδα, μεταξύ ασθενών με χρόνια πάθηση. Πολλοί ασθενείς περιέγραψαν τον αντίκτυπο του να έχουν έναν προσωπικό γιατρό με όρους ενός βασικού αισθήματος ασφάλειας. Η βάση αυτής της ασφάλειας ήταν: συνοχή, εμπιστοσύνη στη φροντίδα, μια σχέση

ασθενών σχετικά με την επικοινωνία ιατρού – ασθενή»
εμπιστοσύνης και αποδεκτότητα. Η προσωπική φροντίδα προαγόταν, αλλά δεν
εξαρτιόταν από μια συνεχιζόμενη σχέση.

Η επικοινωνία μεταξύ ιατρού – ασθενή, σε μια ανθρωποκεντρική τέτοια σχέση, αποτελεί τη βάση της καλής ιατρικής φροντίδας. Τόσο η επικοινωνία με επίκεντρο τον ασθενή όσο και με επίκεντρο τον ιατρό, επιτρέπουν στον ιατρό να καθορίσει τη διάγνωση μόνο από τη λήψη του ιστορικού σε έως και το 80% όλων των επισκέψεων. Παράλληλα με τη συλλογή ιατρικών πληροφοριών, η αποκάλυψη σύνθετων πληροφοριών ή η ανακοίνωση δυσάρεστων νέων παίζει σημαντικό ρόλο στην ιατρική επικοινωνία. Η καλή επικοινωνία οδηγεί σε καλύτερη ικανοποίηση των ασθενών και των συγγενών τους (Becker and Hunziker, 2019).

2.2 Κλινική επικοινωνία ιατρού ασθενή: θέση ιατρού και θέση ασθενή

Είναι καλά τεκμηριωμένο στη βιβλιογραφία ότι η επικοινωνία ανάμεσα στον ασθενή και τον γιατρό αποτελεί καθοριστικό παράγοντα τόσο για τη σχέση που θα αναπτυχθεί μεταξύ των δύο μερών, όσο και για την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας που θα προσφερθεί. Σύμφωνα με τους Duffy et al, 2004, οι τρεις κύριοι στόχοι της επικοινωνίας είναι η δημιουργία καλών διαπροσωπικών σχέσεων, η σωστή ανταλλαγή πληροφοριών και η συμμετοχή του ασθενή στις αποφάσεις που θα ληφθούν. Όλα αυτά εξαρτώνται από την καλή πρόθεση του γιατρού, την οποία οι ασθενείς κρίνουν ως έναν αποφασιστικό παράγοντα όταν καλούνται να αξιολογήσουν τη γενικότερη αποτελεσματικότητα του γιατρού τους (Platt and Keating, 2007).

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στον τομέα της ψυχοκοινωνιολογίας της υγείας παρουσιάζει διάφορα προτεινόμενα μοντέλα για την επικοινωνία ιατρού-ασθενή. Η χρήση μοντέλων επικοινωνίας στην σχέση αυτή θεωρείται καθοριστική για την αποτελεσματική παροχή υγειονομικής φροντίδας. Αρχικά, το 1984, ο Roter πρότεινε το «μοντέλο συνεργασίας», το οποίο περιλαμβάνει συζητήσεις συνεργατικού χαρακτήρα, όπου οι γιατροί και οι ασθενείς μοιράζονται ισότιμα τον χρόνο ομιλίας. Αυτό το μοντέλο ενισχύει τη φροντίδα των ασθενών και μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης ακατάλληλων υγειονομικών πρακτικών.

Στην συνέχεια παρουσιάστηκε ένα από τα πρωτοπόρα μοντέλα επικοινωνίας μεταξύ ιατρού και ασθενή από τους Roter και Hall το 1992, περιγράφοντας τέσσερις βασικούς τύπους επικοινωνίας. Ο πρώτος τύπος είναι ο «προκαθορισμένος» (Default), που χαρακτηρίζεται από έλλειψη ελέγχου και πρωτοβουλίας από αμφότερες τις πλευρές και δεν θεωρείται ιδανικός και δεύτερος τύπος είναι ο «πατερναλιστικός» (Paternalistic), όπου οι γιατροί κυριαρχούν και οι ασθενείς είναι παθητικοί. Ο τρίτος τύπος, ο «καταναλωτικός» (Consumerist), επικεντρώνεται κυρίως στα δικαιώματα των ασθενών και τις υποχρεώσεις των γιατρών, αντιστρέφοντας το πατερναλιστικό μοντέλο και τέλος, ο τέταρτος τύπος, ο «αμοιβαίος» (Mutual), χαρακτηρίζεται από τον διαμοιρασμό των αποφάσεων και συχνά θεωρείται ο πιο σωστός τύπος αλληλεπίδρασης.

Επιπλέον, αναγνωρίστηκαν πέντε τύποι επικοινωνίας μεταξύ ασθενούς και ιατρού. Ο πρώτος είναι ο «στενά βιο-ιατρικός» (narrowly biomedical), που χαρακτηρίζεται από κλειστού τύπου ιατρικές ερωτήσεις και αποκλειστικά βιο-ιατρική συζήτηση. Ο

δεύτερος είναι ο «διευρυμένος βιο-ιατρικός» (expanded biomedical), που μοιάζει με τον πρώτο τύπο, αλλά περιλαμβάνει περισσότερη ψυχοκοινωνική συζήτηση. Ο τρίτος τύπος είναι ο «βιο-ψυχοκοινωνικός» (biopsychosocial), που παρουσιάζει μια ισορροπία ψυχοκοινωνικών και βιο-ιατρικών θεμάτων. Ο τέταρτος είναι ο «ψυχοκοινωνικός» (psychosocial), που επικεντρώνεται αποκλειστικά σε ψυχοκοινωνικές συζητήσεις. Τέλος, ο πέμπτος τύπος είναι ο «καταναλωτικός» (consumerist), όπου κυρίως ο ασθενής θέτει ερωτήσεις και ο ιατρός αποκρίνεται. (Roter et al, 1997). Ερευνήθηκε η συχνότητα χρήσης των μοντέλων επικοινωνίας κατά τη διάρκεια ιατρικών επισκέψεων. Το αυστηρά βιοϊατρικό και το διευρυμένο βιοϊατρικό μοντέλο χρησιμοποιήθηκαν με ποσοστά 32% και 33% αντίστοιχα, ενώ το βιοψυχοκοινωνικό χρησιμοποιήθηκε σε ποσοστό 20%. Τα ψυχοκοινωνικά και τα καταναλωτικά μοντέλα παρατηρήθηκαν σε ποσοστό 8% το καθένα. Σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας χρησιμοποιήθηκαν στατιστικά περισσότερο τα βιοϊατρικά πρότυπα, τα οποία επικράτησαν και στους οικονομικά ασθενέστερους ασθενείς, καθώς και σε εκείνους που είχαν αφροαμερικανική καταγωγή. Στους νεότερους σε ηλικία επικράτησαν τα ψυχοκοινωνικά μοντέλα. Οι ίδιοι οι ασθενείς προτίμησαν το ψυχοκοινωνικό μοντέλο, με δεύτερο το βιοψυχοκοινωνικό, τρίτο το καταναλωτικό και τέλος τα δύο βιοϊατρικά πρότυπα (Rotter et al, 1997).

Οι Βενιου και Τεντολούρης, 2013, έχουν αναφερθεί και σε θεωρητικές προσεγγίσεις που προτείνουν «πλαίσια» μέσα στα οποία διαμορφώνεται η επικοινωνία ιατρού-ασθενούς. Μία από αυτές είναι η προσέγγιση με βάση την ανάλυση του Parson, όπου η σχέση αυτή αντιμετωπίζεται ως σχέση κοινής συναίνεσης, στην οποία τόσο ο ιατρός όσο και ο ασθενής κατέχουν έναν συγκεκριμένο ρόλο. Σύμφωνα με τον Parson, η κοινωνική λειτουργία της ιατρικής σχέσης βασίζεται σε αμοιβαία

κατανόηση και συνεργασία, όπου ο γιατρός λειτουργεί ως ειδικός που παρέχει φροντίδα και ο ασθενής ακολουθεί τις οδηγίες για τη βελτίωση της υγείας του. Ο στόχος του ιατρού είναι να αποκαταστήσει την υγεία του ασθενούς, ενώ ο στόχος του ασθενούς είναι να θεραπευτεί. Ο ρόλος του ασθενούς συχνά προκαλεί δυσαρέσκεια και είναι ανεπιθύμητος, καθώς τον αποτρέπει από τη συμμετοχή στις καθημερινές του δραστηριότητες και υποχρεώσεις. Ωστόσο, αυτός ο ρόλος είναι προσωρινός, και ο ασθενής πρέπει να αναλάβει την ευθύνη να αναζητήσει ιατρική φροντίδα, να συνεργαστεί και να ακολουθήσει τις οδηγίες του ιατρού. Ο ιατρός, από την πλευρά του, είναι υποχρεωμένος να χρησιμοποιήσει τις εξειδικευμένες γνώσεις του για να αποκαταστήσει την υγεία του ασθενούς. Με την προϋπόθεση ότι ο ιατρός εκπληρώσει αυτό το καθήκον, η κοινωνία αναγνωρίζει την αξία του και τον ανταμείβει με τρία δικαιώματα: το δικαίωμα να εξετάζει τον ασθενή σωματικά και συναισθηματικά, το δικαίωμα να βρίσκεται σε θέση υπεροχής σε σχέση με τον ασθενή, και το δικαίωμα της αυτονομίας στην άσκηση του ιατρικού λειτουργήματος. Αυτή η θεωρητική προσέγγιση υπογραμμίζει τη σημασία της κοινής αντίληψης και του διακριτού ρόλου που έχει κάθε μέρος στη διαδικασία της θεραπευτικής πορείας.

Ως δεύτερη θεωρία προσέγγισης αναφέρουν την θεωρία του Szasz-Hollender, 1956, που είναι μια από τις πιο σημαντικές θεωρητικές προσεγγίσεις και περιγράφει τρία μοντέλα αλληλεπίδρασης μεταξύ ιατρού και ασθενούς, τα οποία διαμορφώνονται ανάλογα με την κατάσταση υγείας του ασθενούς και την προτεινόμενη θεραπεία του ιατρού του (Βενιου και Τεντολούρης, 2013). Το μοντέλο της Ενεργητικότητας-Παθητικότητας (Activity-Passivity). Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, ο γιατρός είναι ο ενεργός παράγοντας που λαμβάνει όλες τις αποφάσεις και εκτελεί όλες τις ενέργειες, ενώ ο ασθενής είναι παθητικός λόγω κωματώδους κατάστασης ή αναισθησίας ή

σοβαρού τραυματισμού και υποχρεωτικά συμμορφώνεται με τις θεραπευτικές πράξεις δίχως συμμετοχή. Αυτό το μοντέλο είναι συνήθως εφαρμοστέο σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης ή όταν ο ασθενής είναι ανίκανος να συμμετάσχει ενεργά λόγω σοβαρής ασθένειας. Το μοντέλο της Καθοδήγησης-Συνεργατικότητας (Guidance-Cooperation) όπου ο γιατρός καθοδηγεί και συμβουλεύει τον ασθενή, ενώ ο ασθενής συνεργάζεται και είναι σε θέση να κατανοήσει και να ακολουθήσει τις συμβουλές του γιατρού. Αφορά δηλαδή σε περιπτώσεις όπου οι ασθενείς είναι ικανοί να λαμβάνουν πρωτοβουλία. Τέλος, το μοντέλο της Αμοιβαίας Συμμετοχής (Mutual Participation) όπου ο γιατρός και ο ασθενής συνεργάζονται ισότιμα, συμμετέχοντας ενεργά στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη θεραπεία ενώ και εδώ ο ασθενής θεωρείται ικανός να συμμετάσχει πλήρως στη διαδικασία. Αυτό το μοντέλο πρακτικής είναι πρόσφορο όταν υπάρχει τακτική ιατρική παρακολούθηση και συμπεριλαμβάνει την διαχείριση χρόνιων παθήσεων και την παροχή υπηρεσιών συμβουλευτικής (Szasz and Hollender M, 1956).

Ένα άλλο μοντέλο επικοινωνίας που προτείνεται για εφαρμογή στην αλληλεπίδραση ιατρού – ασθενή αποκλειστικά από τον ιατρό είναι το μοντέλο AIDET. Η ονομασία του υποδηλώνεται με το ακρωνύμιο που προέρχεται από τις αγγλικές λέξεις « Acknowledge – Introduce – Duration – Explanation – Thank you». Αναπτύχθηκε από το Studer Group και χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο από νοσοκομεία και συνιστά έναν οδηγό του οποίου οι κατευθυντήριες γραμμές οδηγούν στην αποτελεσματικότερη επικοινωνία μεταξύ των δυο εμπλεκόμενων μελών. Οι πέντε βασικές αρχές του είναι οι εξής: η «Αναγνώριση» δηλαδή ευγενικός χαιρετισμός στον ασθενή, η «Σύσταση» δηλαδή η παρουσίαση της ιδιότητας και ειδικότητας του ιατρού και παρουσίαση των ιδιοτήτων και των ρόλων του προσωπικού όπως και οι

δηλαδή η αφιέρωση επαρκούς χρόνου στον ασθενή και η αναφορά της εκτιμωμένης χρονικής διάρκειας της επίσκεψης, η «Επεξήγηση» δηλαδή η επαρκής πληροφόρηση σχετικά με το πρόβλημα του ασθενούς και τη θεραπεία του και τέλος, οι «Ευχαριστίες», προς τον ασθενή για τη συνεργασία και τη συμμετοχή του στη διαδικασία ενώ στο σημείο αυτό μπορεί επίσης να ληφθεί η συγκατάθεση του ασθενούς για τις προς διενέργεια εξετάσεις (Studer Group, 2023).

Είναι σαφές και μόνο από την ύπαρξη και επιλογή χρήσης των παραπάνω μοντέλων και πλαισίων προσέγγισης στην μεταξύ τους επικοινωνία ότι τόσο ο γιατρός όσο και ο ασθενής σε αυτήν την δυαδική σχέση, δεν προέρχονται πάντα με την ίδια προσέγγιση, τις ίδιες συνθήκες ή τις ίδιες αντιλήψεις για το τι είναι πρέπον ή καλύτερο, ούτε και αναλύουν τις δυναμικές της σχέσης αυτής θωρώντας τις από την ίδια σκοπιά. Πρώτος ο Koos, 1955, ανέφερε ότι όσον αφορά στη προσέγγιση των ιατρών, αυτοί δεν επιθυμούν μόνο να καταφέρουν τα μέγιστα δυνατά οφέλη για την υγεία και ευεξία των ασθενών αλλά και να ικανοποιηθούν οι ίδιοι από τη διαδικασία αυτή. Επίσης αναφέρουν ότι οι ιατροί προσφέροντας τη φροντίδα αυτή στους ασθενείς επιθυμούν να απολαμβάνουν προσωπική ευχαρίστηση.

Οι Αλαμανιώτη και Λάμπρου, 2020, στην προσπάθειά τους να διερευνήσουν την επικοινωνία ασθενούς και ιατρονοσηλευτικού προσωπικού κατά τη διάρκεια της ακτινοδιαγνωστικής διαδικασίας και να προτείνουν την ανάπτυξη σωστών επικοινωνιακών δεξιοτήτων από την πλευρά του ιατρικού προσωπικού, αναφέρουν ότι η επικοινωνία και στις τρεις φάσεις της ακτινοδιαγνωστικής διαδικασίας πρέπει να είναι αποτέλεσμα συστηματικής εκπαίδευσης. Πιο συγκεκριμένα προτείνουν ότι η

επικοινωνία μεταξύ ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και ασθενούς κατά τη διάρκεια ακτινολογικών εξετάσεων είναι σημαντική για την ανακούφιση του άγχους και τη βελτίωση της ποιότητας της εξέτασης. Η χρήση μοντέρνων τεχνολογιών και αυτοματοποιημένων συστημάτων επιτρέπει τη δυναμική επικοινωνία και την αντιμετώπιση τυχόν ανησυχιών του ασθενούς. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται κατά τη διάρκεια της εξέτασης, όπου η επικοινωνία και η συμπεριφορά του ιατρού πρέπει να διατηρούν την προσοχή στον ασθενή και τον απόλυτο σεβασμό στην ιδιωτικότητα και την αξιοπρέπειά του.

Κατά τη διάρκεια όλης της διαδικασίας, η επικοινωνία πρέπει να δείχνει ενδιαφέρον και υποστήριξη προς τον ασθενή, ενισχύοντας την αίσθηση ασφάλειας και εμπιστοσύνης κατά τη διενέργεια της εξέτασης. Η επικοινωνία μετά τη διενέργεια μιας ακτινολογικής εξέτασης και η ανακοίνωση της διάγνωσης απαιτούν ειδικές επικοινωνιακές δεξιότητες, καθώς το συναισθηματικό φορτίο του ασθενή είναι σημαντικό. Η επικοινωνία πρέπει να είναι κατανοητή και απαλλαγμένη από τεχνικούς όρους που μπορεί να μην είναι κατανοητοί για τον ασθενή. Οι αντιδράσεις του ασθενή μπορεί να περιλαμβάνουν έκπληξη, άρνηση, φόβο, θυμό και ενοχές. Υπογραμμίζεται ότι κατάλληλη προσέγγιση στην επικοινωνία μιας δυσάρεστης είδησης βοηθάει τον ασθενή να διαχειριστεί τη νόσο του γι'αυτό πρωτόκολλα διαχείρισης αυτών των κλινικών σεναρίων είναι απαραίτητα για τη βελτίωση της επικοινωνίας και τη διευκόλυνση του ασθενούς στην κατανόηση και αποδοχή της διάγνωσής του.

Σύμφωνα με τον Freidson (1970), η σχέση αυτή παρουσιάζεται ως συγκρουσιακή, με τις συγκρούσεις να εμφανίζονται σταδιακά, ακριβώς επειδή τα μέρη αυτής της

σχέσης έχουν διαφορετική οπτική γωνία και προτεραιότητες. Ο ασθενής συμμετέχει σε αυτή τη σχέση αναζητώντας τη μέγιστη προσοχή του γιατρού, καθώς και το μέγιστο χρόνο που μπορεί να του αφιερώσει. Αντιθέτως, ο γιατρός προσπαθεί να μοιράσει το χρόνο του ανάμεσα σε πολλούς ασθενείς, φέρνοντάς τον σε αντιπαράθεση με τις προσδοκίες του ασθενούς. Έχει δοθεί εναλλακτική εξήγηση για την συγκρουσιακή σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενούς, η οποία υποστηρίζει ότι η αιτία των συγκρούσεων δεν είναι η διαφορετική οπτική γωνία ή οι διαφορετικές προτεραιότητες, αλλά η συμπεριφορά του ασθενούς. Σύμφωνα με αυτή την εξήγηση, ο γιατρός αναμένει από τον ασθενή να είναι καλά πληροφορημένος για την κατάσταση της υγείας του και να ζητά ιατρικές υπηρεσίες μόνο σε συγκεκριμένες περιπτώσεις. Όταν τελικά ο ασθενής λαμβάνει ιατρικές υπηρεσίες, πρέπει να ακολουθεί πιστά τις θεραπευτικές συμβουλές. Εάν ο ασθενής δεν συμμορφωθεί με αυτές, τότε ξεκινούν οι συγκρούσεις (Bloor and Horobin, 1975).

Έχει αναφερθεί ότι συνυπάρχουν διάφοροι τύποι ασθενών, οι οποίοι στη βιβλιογραφία κατηγοριοποιούνται ανάλογα με την γνώμη κάθε ερευνητή. Μια βασική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αποκαλύπτει δύο βασικές κατηγορίες ασθενών. Στην πρώτη συναντούμε τον δυναμικό και τον αδύναμο τύπο ενώ στην δεύτερη τον συμμετοχικό και τον μη συμμετοχικό τύπο. Ο δυναμικός τύπος ασθενούς είναι αυτός που γνωρίζει τι θέλει, το εκφράζει και το απαιτεί. Είναι ο τύπος ανθρώπου που, μπροστά σε διάφορα προβλήματα, αναρωτιέται πάντα τι μπορεί να κάνει για να βρει λύση. Αντίθετα, ο αδύναμος τύπος ασθενή πιστεύει ότι δεν μπορεί να κάνει τίποτα για να βρει λύση στο πρόβλημά του. Στη δεύτερη κατηγορία, ο συμμετέχων ασθενής είναι δραστήριος, ακούει, ανταποκρίνεται και ερευνά τα ερωτήματα που τον απασχολούν, πιστεύοντας ότι έχει το δικαίωμα να το κάνει. Αντίθετα, ένας μη

Σύμφωνα με τους Laferton et al, 2017, κάθε ασθενής αλληλεπιδρά με τον ιατρό του στο κλινικό περιβάλλον έχοντας διαφορετικές συμπεριφορικές και επικοινωνιακές απαιτήσεις από αυτές που ενδεχομένως παρουσιάζονται από τον κλινικό. Αναφορικά με τις προσδοκίες του αυτές, αναφέρεται ότι ο ασθενής αναζητά τον σεβασμό του γιατρού απέναντι στη δική του γνώμη όσον αφορά την αιτιολογία της νόσου του και την αξιολόγηση της κατάστασής του, κυρίως σε σχέση με τις συνήθειες διατήρησης της υγείας του. Επιπλέον, διαφορετικοί πολιτισμικοί και κοινωνικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά τον ασθενή. Ενδέχεται να υπάρχουν πολιτισμικές προκαταλήψεις που να αφορούν ακόμα και την ίδια την ιατρική εξέταση του σώματος του ασθενούς, καθιστώντας την αλληλεπίδραση πιο περίπλοκη. Αναφέρεται ότι οι ασθενείς περιμένουν από τον ιατρό να είναι υπομονετικός και να δείχνει ότι κατανοεί την κατάσταση στην οποία βρίσκονται καθώς και τα προβλήματά τους.

Επιπλέον, ότι ορισμένοι ασθενείς περιμένουν από τον ιατρό να λειτουργεί σαν ένα είδος εξομολογητή, που θα τους ακούει με σεβασμό και θα τους παρέχει την αναγκαία υποστήριξη. Είναι σημαντικό για τον ιατρό να δείχνει ενσυναίσθηση και κατανόηση, δημιουργώντας έτσι μια σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή. Οι ασθενείς θεωρούν ότι ο γιατρός οφείλει να τους ενημερώσει έγκυρα και με ακρίβεια, χρησιμοποιώντας την ιατρική ορολογία για να εξηγήσει τη διάγνωση ή τις απαιτούμενες περαιτέρω εξετάσεις. Παράλληλα, είναι σημαντικό ο γιατρός να παρέχει τις θεραπευτικές οδηγίες σε γλώσσα απλή και κατανοητή. Αυτό θα εξασφαλίζει ότι οι ασθενείς κατανοούν πλήρως την κατάστασή τους και τις ενέργειες

που πρέπει να ακολουθήσουν, δημιουργώντας έτσι αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης στη σχέση ιατρού-ασθενούς. Τέλος, αναφέρεται ότι περιμένουν από τον ιατρό να τους καλωσορίσει και να τους υποδεχθεί με ευγένεια και με τρόπο κοινωνικά κατάλληλο.

Από περαιτέρω έρευνα αποκαλύπτεται ότι οι απαιτήσεις των ασθενών για την επικοινωνία στο ιατρικό περιβάλλον διαμορφώνονται ανάλογα και την επαγγελματική καταξίωση του γιατρού που επισκέπτονται. Όταν ο γιατρός είναι υψηλά καταξιωμένος και ιεραρχικά ανώτερος, οι ασθενείς αναμένουν μια θερμή προσέγγιση με φιλικές προσφωνήσεις και μεγαλύτερη οικειότητα όπως ακριβώς το επιθυμούν και οι ασθενείς με σοβαρότερες νόσους. Αντίθετα, αυτή η προσέγγιση θεωρείται ακατάλληλη όταν επισκέπτονται νεότερους γιατρούς σε ηλικία ή γιατρούς χαμηλότερης ιεραρχίας που προσπαθούν να ανελιχθούν στην επαγγελματική τους καριέρα. Γενικότερα, οι νέοι σε ηλικία γιατροί που παρουσιάζουν μια πιο ζεστή και ανθρώπινη συμπεριφορά τυγχάνουν ευρύτερης αποδοχής, κάτι που δεν είναι απαραίτητα ζητούμενο στη σχέση μεταξύ ασθενών και καταξιωμένων ιατρών. Επιπλέον, όσο λιγότερο συχνά οι ασθενείς επισκέπτονται τον γιατρό τους, τόσο περισσότερο άγχος έχουν για την επίσκεψη αυτή και δηλώνουν ότι αναζητούν μια περισσότερο ανθρωποκεντρική προσέγγιση από το γιατρό τους. Το ίδιο ισχύει και για τους ασθενείς με σοβαρότερες παθήσεις (DiMatteo, 1979).

Έχει αποδειχθεί ότι η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενούς επηρεάζει θετικά τα αποτελέσματα της υγείας αυξάνοντας την ικανοποίηση του ασθενούς, οδηγώντας σε μεγαλύτερη κατανόηση των προβλημάτων υγείας και των διαθέσιμων θεραπειών, συμβάλλοντας στην καλύτερη συμμόρφωση με τα

θεραπευτικά σχέδια και παρέχοντας υποστήριξη και διαβεβαίωση στους ασθενείς (Johnson, 2019). Η συνεργατική λήψη αποφάσεων επιτρέπει στους ιατρούς και τους ασθενείς να εργάζονται ως εταίροι για την επίτευξη ενός κοινού στόχου. Η εμπιστοσύνη σε όλους τους τομείς της σχέσης ιατρού-ασθενούς είναι ένας κρίσιμος παράγοντας που επηρεάζει την επικοινωνία μεταξύ των δύο πλευρών. Καθώς η υγειονομική περίθαλψη με την υπάρχουσα τάση της ανθρωποκεντρικής προσέγγισης παρέχεται σε ένα πλαίσιο πιο εξατομικευμένο και προσανατολισμένο στον ασθενή, η σχέση ιατρού-ασθενούς θα διαμορφώσει σημαντικά τα αποτελέσματα της υγείας. Το εξατομικευμένο μοντέλο περίθαλψης ενθαρρύνει τη συνεργασία μεταξύ ιατρών και ασθενών για τη δημιουργία κοινών στόχων υγείας και την θέσπιση ενός σχεδίου υγείας για την αντιμετώπιση των διαγνωσμένων προβλημάτων.

2.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την καλή επικοινωνία ιατρού – ασθενή

Η ιδέα ότι η σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενούς αποτελεί βασικό στοιχείο της ποιοτικής υγειονομικής περίθαλψης δεν είναι νέα ωστόσο η κατανόηση και η αξιολόγηση των παραγόντων που επηρεάζουν αυτή τη σχέση αποτελεί ένα σχετικά νεώτερο πεδίο. Είναι σημαντικό να κατανοηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία στη σχέση ασθενούς-ιατρού από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, έτσι ώστε να μπορέσουν να αντιμετωπιστούν κάποια από τα εμπόδια που περιορίζουν την υιοθέτηση ορθών τακτικών και κατ' επέκταση την παραγωγή καλύτερων αποτελεσμάτων στην υγειονομική περίθαλψη. Η δυσaráσκεια των ασθενών αποτυπώνεται και στα αποτελέσματα μιας μελέτης που εξέτασε τα παράπονα των ασθενών σχετικά με την επικοινωνία τους με το ιατρικό προσωπικό σε τρία δημόσια νοσοκομεία της χώρας μας. Σε δείγμα 105 ατόμων που ερωτήθηκαν για

τις ιατρικές υπηρεσίες που έλαβαν το 27,8% εξέφρασε παράπονα για τις πληροφορίες για τις οδηγίες την ενημέρωση και τη συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού προς τους ασθενείς (Μινάκη κ.α, 2013)

Μη λεκτικές επικοινωνιακές δεξιότητες και οι επιδραστικοί παράγοντες

Όσον αφορά στην ανάπτυξη μη λεκτικών επικοινωνιακών δεξιοτήτων έχει παρατηρηθεί ότι οι μη λεκτικές επικοινωνιακές δεξιότητες επηρεάζονται από παράγοντες όπως το φύλο του ιατρού και του ασθενή, την ηλικία και την φυλή στην οποία ανήκουν. Έχει αποδειχθεί ότι οι άνδρες και οι γυναίκες ιατροί θα πρέπει να χρησιμοποιούν διαφορετικά στυλ μη λεκτικής επικοινωνίας για να μεγιστοποιήσουν την ικανοποίηση των ασθενών τους (Mast et al, 2008). Η οπτική επαφή και το άγγιγμα είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές δεξιότητες στην επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενή και ενώ το άγγιγμα θεωρείται παρηγορητικό και επουλωτικό (Osmum et al, 2000), πολλοί γενικοί ιατροί αποθαρρύνονται από τη χρήση του λόγω φόβου παρεξηγήσεων και πιθανών διώξεων. Παρ' όλα αυτά, οι γυναίκες ιατροί είναι πιο θαρραλέες σχετικά με την χρήση απτών ερεθισμάτων κατά την επικοινωνία και βρέθηκε πιο πιθανό να χρησιμοποιήσουν το άγγιγμα με αυτόν τον τρόπο (Cocksedge et al, 2013).

Έρευνα που διεξήχθη ανάμεσα σε ασθενείς ηλικίας 65 χρονών και άνω μέλη δυο φυλών, της λεύκης και της αφρικάνικης φυλής, σχετικά με την αλληλεπίδραση τους με ιατρούς των ίδιων δυο φυλών, αποδείχτηκε ότι η μη λεκτική επικοινωνία στις δυάδες Αφρικανό-Αμερικανών γιατρών και ασθενών ήταν η πιο θετική , αφού εκεί μετρήθηκαν περισσότερα χαμόγελα, αγγίγματα και ανοιχτή στάση του σώματος ενώ

στην αλληλεπίδραση Αφρικανό-Αμερικανών ιατρών με λευκούς ασθενείς υπήρχε πιο έντονη χρήση της μη λεκτικής επικοινωνίας, με πολλή συχνή χρήση χαμόγελου και βλεμματικής επαφής αλλά πολύ χαμηλή χρήση ανοικτής στάσης του σώματος (Stepanikova et al, 2011). Η οπτική επαφή είναι ιδιαίτερα σημαντική στις σχέσεις με γηραιότερους ασθενείς που θεωρούν ότι είναι δείγμα ενδιαφέροντος, φροντίδας και σεβασμού του ιατρού προς αυτούς και εάν συνδυαστεί με την δεξιότητα της ενεργητικής ακρόασης τότε μεγιστοποιείται η ικανοποίηση των ασθενών αυτών (Gorawara et al, 2011).

Η ηλικία συμμετεχόντων

Η ηλικία αποτελεί διαφοροποιητικό παράγοντα που επηρεάζει τις λεκτικές επικοινωνιακές δεξιότητες όπως έχει αρκετές φορές παρατηρηθεί. Για παράδειγμα οι ιατροί νεότερης ηλικίας και άρρενος φύλου έχει αποδειχτεί ότι χρησιμοποιούν περισσότερο τα βιοϊατρικά πρότυπα στην επικοινωνία τους με τον ασθενή σε σχέση με τους γηραιότερους (Roter, 1997). Ο Peck, 2011, διεξήγαγε μια μελέτη όπου οι κύριοι στόχοι της μελέτης ήταν να αξιολογήσουν: αν οι γιατροί αλληλεπιδρούν με περισσότερο ή λιγότερο ανθρωποκεντρικό πρότυπο με ηλικιωμένους ασθενείς και αν η ηλικία του ασθενούς επηρεάζει τη σχέση μεταξύ του τύπου αλληλεπίδρασης και της ικανοποίησης. Δηλαδή αν οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι περισσότερο ή λιγότερο ικανοποιημένοι με ανθρωποκεντρικές ιατρικές επαφές και βρήκε ότι οι ασθενείς άνω των 65 ετών είναι πιο πιθανό να έχουν μια ανθρωποκεντρική συνεδρία με τον γιατρό τους και ότι η ικανοποίηση των ασθενών ήταν ψηλότερη σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα ασθενών σε τέτοιο τύπο συνεδριών.

Τύπος επικοινωνίας συμμετεχόντων

Ο Peck, 2011, βρήκε ότι σε ιατρικές συνεδρίες όπου κυριαρχεί ο γιατρός, οι γιατροί μιλούν περίπου 55% περισσότερο από τους ασθενείς, ενώ σε ασθενοκεντρικές συνεδρίες, οι γιατροί μιλούν περίπου 24% περισσότερο από τους ασθενείς. Πιο σημαντική από την ποσότητα της ομιλίας είναι η ποιότητα της. Υποστηρίζει ότι αυτό θα μπορούσε να συμβαίνει λόγω του ότι οι γιατροί μιλούν περισσότερο και κάνουν ερωτήσεις για να χτίζουν την σχέση και να ασχολούνται με ψυχοκοινωνικά θέματα. Αποκάλυψε όμως ότι αυτό δεν ισχύει. Στις συνεδρίες όπου κυριαρχεί ο γιατρός, οι γιατροί δίνουν οδηγίες και κάνουν ερωτήσεις 1,8 φορές περισσότερο από τους ασθενείς. Αντίθετα, στις ασθενοκεντρικές συνεδρίες, οι γιατροί δίνουν οδηγίες και κάνουν ερωτήσεις περίπου 1,5 φορές. Γενικότερα, σχετικά με τον τύπο επικοινωνίας που χρησιμοποιήθηκε από τους ιατρούς στην μελέτη αναφέρει ότι εννέα από τους δεκατρείς γιατρούς έτειναν να πραγματοποιούν ασθενοκεντρικές συνεδρίες, ενώ τέσσερις από τους δεκατρείς έτειναν να πραγματοποιούν συνεδρίες με επίκεντρο τον γιατρό.

Φύλο συμμετεχόντων

Ο Peck, 2011, αποκάλυψε ότι οι άρρενες γιατροί είχαν σημαντικά λιγότερες πιθανότητες να έχουν ασθενοκεντρικές συνεδρίες και ότι οι ασθενείς σε ιατρικές συνεδρίες με άρρενες γιατρούς ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης. Οι Roter et al, 1997, αποκάλυψαν ότι οι ιατροί θηλυκού γένους είναι πιο πιθανό να χρησιμοποιούν συζητήσεις ψυχοκοινωνικού περιεχομένου, θετικά επιφορτισμένα

ομιλία και συζητήσεις που επικεντρώνονται στο συναίσθημα σε σύγκριση με τους άρρενες ιατρούς. Επιπλέον, οι γυναίκες χρησιμοποιούν περισσότερες τεχνικές δημιουργίας συνεργατικής σχέσης με τους ασθενείς τους σε σύγκριση με τους άρρενες ιατρούς. Επίσης, ότι οι ιατροί θηλυκού γένους χρησιμοποιούν περισσότερη θετική μη λεκτική επικοινωνία και τείνουν να δαπανούν περισσότερο χρόνο με τους ασθενείς τους σε σύγκριση με τους άρρενες ιατρούς. Ωστόσο, δεν φαίνεται να υπάρχει διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών ιατρών ως προς την ποσότητα των βιοϊατρικών πληροφοριών που συζητούν ή την ποιότητα των πληροφοριών. Τέλος, έχει αναφερθεί ότι οι γυναίκες ιατροί θέτουν περισσότερες ερωτήσεις (Roter and Hall, 1993).

Μελέτη που εξέτασε τις διαφορές στις βαθμολογίες ενσυναίσθησης που δόθηκαν μεταξύ των δυο φύλων των ιατρών και μεταξύ ιατρών σε διαφορετικές ειδικότητες. Πρώτον, βρέθηκε ότι ο μέσος όρος της βαθμολογίας ενσυναίσθησης για τους άνδρες ήταν ελαφρώς χαμηλότερος από αυτόν των γυναικών. Δεύτερον, ότι οι ψυχίατροι είχαν τη υψηλότερη μέση βαθμολογία ενσυναίσθησης, ακολουθούμενοι από ιατρούς της γενικής εσωτερικής ιατρικής, της γενικής παιδιατρικής, επείγουσας ιατρικής και οικογενειακής ιατρικής. Οι χαμηλότερες μέσες βαθμολογίες ήταν αυτές των ιατρών αναισθησιολογίας, ορθοπαιδικής, νευροχειρουργικής, ακτινολογίας και καρδιοχειρουργικής. Οι ιατροί γενικής χειρουργικής και μαιευτικής-γυναικολογίας είχαν βαθμολογίες που έπεφταν ανάμεσα σε αυτές τις ειδικότητες με υψηλή και χαμηλή βαθμολογία (Hojat et al, 2002).

Φυλή συμμετεχόντων

Οι Βένιου και Τεντολούρης, 2013, δήλωσαν ότι οι μελέτες αναφέρουν ότι οι ασθενείς

διαφορετικής εθνικότητας και οι ασθενείς αφρικανικής καταγωγής λάμβαναν λιγότερη προσοχή και ενημέρωση από τους θεράποντες ιατρούς ενώ ο Peck, 2011, αποκάλυψε οι λευκοί γιατροί είχαν σημαντικά λιγότερες πιθανότητες να έχουν ασθενοκεντρικές συνεδρίες ενώ οι ασθενείς σε συνεδρίες με λευκούς γιατρούς ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης.

Μελέτη διερεύνησε εάν οι φυλετικές διαφορές στις σχέσεις ασθενή-ιατρού συμβάλλουν στις ανισότητες στην ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης. Βρεθήκαν φυλετικές διαφορές στην ποιότητα των αλληλεπιδράσεων ασθενή-ιατρού. Οι διαφορές στην επάρκεια της αγγλικής γλώσσας εξήγησαν περίπου το 14% της διαφοράς μεταξύ Ισπανόφωνων και Καυκάσιων όσον αφορά την ποιότητα της αλληλεπίδρασης, αλλά δεν επηρέασαν τη διαφορά μεταξύ Ασιατών και Καυκάσιων. Αναφέρουν ότι τόσο η ικανοποίηση όσο και η χρήση των υπηρεσιών υγείας ήταν χαμηλότερες για τους Ισπανόφωνους και τους Ασιατικής καταγωγής ασθενείς σε σχέση με τους Αφροαμερικανούς και τους Καυκάσιους. Οι φυλετικές διαφορές στην ποιότητα των αλληλεπιδράσεων ασθενή-ιατρού βοήθησαν να εξηγηθούν οι παρατηρούμενες ανισότητες στην ικανοποίηση, αλλά όχι στη χρήση των υπηρεσιών υγείας (Hojat et al, 2002).

Μορφωτικό επίπεδο συμμετεχόντων

Ο Peck, 2011, αναφέρει ότι οι ασθενείς με χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης ήταν λιγότερο πιθανό να δηλώσουν ικανοποιημένοι σε σύγκριση με τους ασθενείς με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης. Οι Βένιου και Τεντολούρης, 2013, επίσης αναφέρουν ότι επειδή τα άτομα με ανώτερη εκπαίδευση συνήθως έχουν περισσότερη

πληροφόρηση πριν από την επίσκεψή τους στον ιατρό, οι απαιτήσεις τους είναι αυξημένες, γεγονός που εξηγεί γιατί συχνά εμφανίζονται στις μελέτες ως οι λιγότερο ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Επιπλέον, ότι η διαφορά κοινωνικού επιπέδου μεταξύ ιατρού και ασθενούς μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα στην επικοινωνία. Ασθενείς από χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις ή μειονοτικές ομάδες συχνά δυσκολεύονται να κατανοήσουν ιατρικούς όρους και να εκφράσουν τα προβλήματά τους στον ιατρό και ότι οι ασθενείς που έπασχαν από καρκίνο και ήταν κατώτερης εκπαίδευσης και χαμηλότερου εισοδήματος λαμβάνουν λιγότερη πληροφόρηση.

Η Τσιμτσιού, 2008, αναφέρει ότι η εκπαίδευση που έχει λάβει ο γιατρός αποτελεί επίσης σημαντικό παράγοντα, καθώς το εκπαιδευτικό πρόγραμμα οφείλει όχι μόνο να τον εφοδιάσει με γνώσεις για τη διαχείριση, τη διάγνωση και τη θεραπεία των ασθενειών, αλλά και να τον εκπαιδεύσει στη σωστή χρήση επικοινωνιακών δεξιοτήτων. Αναφέρει ότι έχει αποδειχτεί ότι οι γιατροί που έχουν εκπαιδευτεί σε αυτό το πεδίο είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένοι στην παροχή φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή.

Λοιποί επιδραστικοί παράγοντες

Η Τσιμτσιού, 2008, αναφέρει ότι ένας επιδραστικός παράγοντας είναι οι αντιλήψεις και οι αξίες που κατέχει ο γιατρός και καθοδηγούν τη θεραπευτική του συμπεριφορά. Επιπλέον, επισημαίνει ότι οι γιατροί πιστεύουν πως είναι δύσκολο να επικοινωνήσουν αποτελεσματικά με τους ασθενείς και ιδιαίτερα τους ηλικιωμένους, ομάδα που τείνουν να μην ενημερώνουν επαρκώς. Οι περισσότεροι γιατροί πιστεύουν

ότι η συζήτηση των ψυχοκοινωνικών ζητημάτων που προκαλεί η νόσος του ασθενή τους αυξάνει σημαντικά τον χρόνο της ιατρικής επίσκεψης. Αναφέρει ότι έχει αποδειχτεί πως οι ιατροί έχουν την τάση να υπερεκτιμούν τον χρόνο που απαιτείται για την ενημέρωση των ασθενών τους, αλλά και να υποεκτιμούν το μέγεθος της επιθυμίας των ασθενών για ενημέρωση. Τέλος, αναφέρει ότι η προσωπική κατάσταση του γιατρού, όπως εάν αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα υγείας ή οικογενειακό θέμα, μπορεί να επηρεάσει την επικοινωνία και τη σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενούς όπως και το εάν ο γιατρός βιώνει φόβο και άγχος σχετικά με την πιθανότητα να κάνει κάποιο ιατρικό λάθος και την πιθανότητα να αντιμετωπίσει προσφυγές και άλλες σχετικές νομικές επιπτώσεις.

Ο Peck, 2011, βρήκε ότι οι λευκοί ασθενείς και οι ασθενείς με καλύτερη ψυχική υγεία είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να δηλώσουν ικανοποιημένοι από την επικοινωνία με τον ιατρό τους καθώς και να συμμετάσχουν σε μια ανθρωποκεντρικού τύπου συνεδρία. Επίσης ότι οι ασθενείς που έβλεπαν τον γιατρό τους για πρώτη φορά είχαν λιγότερες πιθανότητες να δηλώσουν ικανοποίηση και λιγότερες πιθανότητες να συμμετάσχουν σε μια ασθενοκεντρικού τύπου συνεδρία.

Οι Βένιου και Τεντολούρης (2013) αναφέρουν και τον παράγοντα της αβεβαιότητας από την πλευρά του γιατρού ως έναν επιδραστικό παράγοντα στην επικοινωνία του με τον ασθενή. Δηλώνουν ότι σε περιπτώσεις ασθενειών όπου η πρόγνωση είναι αναπόφευκτα δυσμενής ή υπάρχουν ελάχιστες ελπίδες ανάρρωσης, ο ιατρός αντιμετωπίζει ένα δύσκολο δίλημμα. Εάν ενημερώσει τον ασθενή για την αβεβαιότητα της κατάστασής του, μπορεί να αντιμετωπίσει αρνητική κριτική και αμφισβήτηση της επαγγελματικής του αξιοπιστίας. Από την άλλη, αν επιλέξει να μην

τον ενημερώσει, παρατείνει την αβεβαιότητα του ασθενούς, διακινδυνεύοντας έτσι την απώλεια της εμπιστοσύνης του ασθενούς προς την ιατρική του αξιοπιστία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΙΑΤΡΟΥ – ΑΣΘΕΝΗ

3.1 Ενσυναίσθηση: Ορισμός - συνιστώσες

Η ενσυναίσθηση έχει περιγραφεί ως μια διττή έννοια που ενώνει δυο παραμέτρους τον γνωστικό και τον συναισθηματικό τομέα. Ο γνωστικός τομέας της ενσυναίσθησης περιλαμβάνει την ικανότητα κατανόησης των εσωτερικών εμπειριών και συναισθημάτων ενός άλλου ατόμου και την ικανότητα να βλέπουμε τον έξω κόσμο από την δική του προοπτική. Ο συναισθηματικός τομέας περιλαμβάνει την ικανότητα να εισερχόμαστε ή να συμμετέχουμε στις εμπειρίες και τα συναισθήματα ενός άλλου ατόμου (Hojat et al, 2002). Ο ορισμός της ενσυναίσθησης μπορεί να είναι περίπλοκος.

Για το νευροψυχολογικό πεδίο η ενσυναίσθηση περιλαμβάνει διακριτές πτυχές. Αυτά τα διαφορετικά στοιχεία της περιλαμβάνουν, πρώτον την συναισθηματική συμμετοχή που είναι το πρώτο στοιχείο της ενσυναίσθησης, που εμφανίζεται κατά την οντογένεση. Αντικατοπτρίζει την ικανότητα να διεγείρεται συναισθηματικά κανείς από τη διάθεση και την ένταση των συναισθημάτων των άλλων. Δεύτερον, την συναισθητική κατανόηση, που περιλαμβάνει τη συνειδητή επίγνωση της συναισθηματικής κατάστασης ενός άλλου ατόμου. Τρίτον, την συναισθητική φροντίδα, που αναφέρεται στο κίνητρο να νοιαστεί κανείς για την ευημερία κάποιου άλλου. Τέταρτον, την γνωστική ενσυναίσθηση, παρόμοια με την ικανότητα λήψης προοπτικής ή τη Θεωρία του Νου, είναι η ικανότητα να μπαίνει κανείς στο μυαλό

(Decety and Fotopoulou, 2015). Δεδομένων αυτών των πολυδιάστατων πτυχών της ενσυναίσθησης, δεν υπάρχει μία και μοναδική περιοχή στον εγκέφαλο που να στηρίζει αυτή την ικανότητα. Αντίθετα, τα κυκλώματα που εμπλέκονται στη συναισθηματική σημαντικότητα (αμυγδαλή, νησίδα και πρόσθιος φλοιός του προσαγωγίου), το κεντρικό εκτελεστικό δίκτυο (ραχιοπλάγιος προμετωπιαίος φλοιός, οπίσθιος βρεγματικός φλοιός) και τη φροντίδα (εγκεφαλικό στέλεχος, υποθάλαμος, βασικά γάγγλια και κοιλιακός μέσος προμετωπιαίος φλοιός) αποτελούν ανεξάρτητα και στενά συνδεδεμένα δίκτυα που υποστηρίζουν την εμπειρία της ενσυναίσθησης (Decety and Cowell, 2014).

Στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, η ενσυναίσθηση έχει οριστεί ως η ικανότητα του ιατρού να κατανοεί την κατάσταση, τα συναισθήματα και την οπτική γωνία του ασθενούς και να μεταδίδει αυτήν την κατανόηση στον ασθενή (Eby, 2018). Στην ιατρική, θεωρείται μια δεξιότητα επικοινωνίας, αλλά περιγράφει επίσης την εμπειρία μεταξύ ιατρού και ασθενούς, κατά την οποία ο ιατρός συντονίζεται με τον ασθενή για να κατανοήσει τι αισθάνεται ο ασθενής. Οι ασθενείς επίσης χρησιμοποιούν την ενσυναίσθηση για να περιγράψουν την ικανότητα του ιατρού να κατανοεί τα συναισθήματα και τις απόψεις τους και να εκφράζει συμπόνια και ενδιαφέρον για την ευημερία τους. Παρόλο που η ενσυναίσθηση του ιατρού μπορεί να φαίνεται ως χαμηλή προτεραιότητα σε σύγκριση με την τεχνική δεξιότητα, η έρευνα δείχνει ότι η ενσυναίσθηση του ιατρού έχει ευρείες ωφέλειες τόσο για τους ιατρούς όσο και για τους ασθενείς (Claims RX, 2008). Οι ασθενείς θεωρούν την ενσυναίσθηση ως βασικό συστατικό όλων των θεραπευτικών σχέσεων και ως βασικό παράγοντα στους ορισμούς τους για την ποιότητα της φροντίδας.

Η ικανότητα των παρόχων φροντίδας να δείχνουν ή να φαίνονται εμπαιθείς είναι σημαντική τόσο για τους ίδιους όσο και για τους ασθενείς τους. Η Pierette, 2023, υποστηρίζει ότι η ικανότητα αυτή στηρίζεται σε τέσσερις παραμέτρους: την κατανόηση της προοπτικής γωνίας του άλλου, την αποφυγή κριτικής στάσης, την αναγνώριση των συναισθημάτων του άλλου και την επικοινωνία της κατανόησης αυτών των συναισθημάτων. Η ικανότητα ενσυναίσθησης του ιατρού εξαρτάται επίσης από τις καλές επικοινωνιακές δεξιότητές του.

Έχει αναφερθεί ότι ο ιατρός για να την αποκτήσει θα πρέπει να καταβάλει πειθαρχία και προσπάθεια σε τρεις σημαντικές παραμέτρους. Ο ιατρός θα πρέπει πρώτα να παρατηρήσει προσεκτικά την συμπεριφορά του ασθενή, να κατανοήσει ορθά τα όσα βλέπει και να αποκωδικοποιήσει τη μη λεκτική επικοινωνία του, δηλαδή τα συναισθήματα που εκδηλώνονται μέσα από τις εκφράσεις του προσώπου, τον τόνο της φωνής και τις κινήσεις του σώματος. Στη συνέχεια, ο ιατρός πρέπει να μπορέσει να συμμεριστεί τον πόνο και τα συναισθήματα του ασθενή σαν προσωπική συναισθηματική εμπειρία και τέλος, μέσα από τις επικοινωνιακές ικανότητες του να διαβιβάσει στον ασθενή το μήνυμα ότι αντιλαμβάνεται την συναισθηματική του κατάσταση (DiMatteo και Martin, 2011).

Αν και οι έννοιες της ενσυναίσθησης και της συμπάθειας συχνά συγχέονται και θεωρούνται ως μία και αυτή, θα πρέπει να διακρίνονται στις περιπτώσεις παροχής φροντίδας προς τους ασθενείς. Επειδή η υπερβολική συμπάθεια θα μπορούσε να επηρεάσει την αντικειμενικότητα στη διάγνωση και τη θεραπεία, έχει χρησιμοποιηθεί ο όρος «συμπονετική απόσταση» για να περιγράψει την ενσυναισθητική ανησυχία

ασθενών σχετικά με την επικοινωνία ιατρού – ασθενή» του ιατρού για τον ασθενή, διατηρώντας τη συμπάθεια σε λογική απόσταση για να διατηρηθεί η συναισθηματική ισορροπία. Επομένως, μια «συναισθηματική απόσταση» θα ήταν επιθυμητή για να αποφευχθούν εκρήξεις συναισθημάτων που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την κλινική αντικειμενικότητα και την προσωπική αντοχή (Wispe, 1986).

Οι Colliver et al, 1998, αναφέρουν ότι υπάρχουν επτά συνιστώσες στην ενσυναίσθηση που παρουσιάζονται και βεβαιώνουν την ύπαρξη της κατά την διάρκεια της επικοινωνίας ιατρού – ασθενούς. Η αποφυγή άσκηση κριτικής, η αναγνώριση συναισθημάτων στο πρόσωπο του , η ανάπτυξη κατάλληλων επικοινωνιακών δεξιοτήτων λεκτικών και μη λεκτικών, η εστίαση προσοχής - επικέντρωση προσοχής στον ασθενή, το μοίρασμα γνώσης, η επίδειξη ευαισθησίας και τέλος, η μεταβίβαση μηνύματος των ασθενή ότι όσα αισθάνεται τη δεδομένη στιγμή κατανοούνται με ακρίβεια.

Η Τσιάντου, 2011, αναφέρει ότι υπάρχουν τέσσερις παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη της ενσυναίσθησης. Το φύλο του ατόμου καθώς έρευνες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες τείνουν να είναι καλύτεροι κριτές και δέκτες των συναισθημάτων σε σύγκριση με τους άντρες. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί εν μέρει από κοινωνικούς και βιολογικούς παράγοντες. Οι γυναίκες είναι πιο πιθανό να εκδηλώνουν θετικά συναισθήματα, όπως χαρά και στοργή, ενώ οι άντρες τείνουν να εκδηλώνουν πιο εύκολα αρνητικά συναισθήματα, όπως θυμό. Η κληρονομικότητα και η γενετική προδιάθεση καθώς υπάρχουν ενδείξεις ότι η ενσυναίσθηση μπορεί να επηρεάζεται από γενετικούς παράγοντες. Ορισμένες μελέτες έχουν δείξει ότι η ικανότητα για ενσυναίσθηση μπορεί να έχει κληρονομική βάση. Η επαγγελματική καριέρα εφόσον

έχει αποδεδειχθεί ότι η επαγγελματική εμπειρία και το περιβάλλον εργασίας μπορούν επίσης να επηρεάσουν την ανάπτυξη της ενσυναίσθησης. Επαγγέλματα που απαιτούν συχνή αλληλεπίδραση με άλλους ανθρώπους και κατανόηση των συναισθημάτων τους μπορεί να ενισχύσουν την ενσυναίσθηση. Τέλος, η συναισθηματική νοημοσύνη εφόσον η ενσυναίσθηση θεωρείται ένα σημαντικό κομμάτι της. Για να μπορεί κάποιος να εκδηλώσει ενσυναίσθηση, πρέπει πρώτα να έχει αναπτύξει δεξιότητες συναισθηματικής νοημοσύνης. Αυτογνωσία, Αυτορρύθμιση, Κοινωνική Επίγνωση, Διαχείριση Σχέσεων.

Για να υπολογιστεί και να διερευνηθεί κατάλληλα η ενσυναίσθηση έχουν δημιουργηθεί αρκετά εργαλεία ποιοτικής αλλά και ποσοτικής ανάλυσης που την μετρούν. Ένα τέτοιο είναι το εργαλείο “ The consultation and relational empathy measure ‘C.A.R.E’ ” το οποίο αναπτύχθηκε για τη μέτρηση της ενσυναίσθησης σε γενικά ιατρικά πλαίσια και πλέον χρησιμοποιείται και σε πιο εξειδικευμένα πεδία. Το εργαλείο συμπληρώνεται από τους ασθενείς στο οποίο βαθμολογούν τους φροντιστές τους (Mercer et al, 2004).

3.2 Οφέλη ύπαρξης ενσυναίσθησης και κατάλληλων ιατρικών επικοινωνιακών δεξιοτήτων στη σχέση γιατρού – ασθενή

Η ενσυναίσθηση, η δεξιότητα των γιατρών να κατανοούν και να λαμβάνουν υπόψη τις ανάγκες και τις αξίες των ασθενών, αποτελεί ουσιαστικό στοιχείο για την παροχή ποιοτικής φροντίδας. Όπως και η αποτελεσματική επικοινωνία, η ενσυναίσθηση είναι κρίσιμη για την επίτευξη βέλτιστων θεραπευτικών αποτελεσμάτων. Έχει αποδειχθεί

ότι η ενίσχυση της ενσυναίσθησης συμβάλλει και στην ενίσχυση των άλλων επικοινωνιακών δεξιοτήτων των γιατρών. Επιπλέον, ότι η συνδυασμένη βελτίωση στην χρήση της ενσυναίσθησης σε συνδυασμό με βελτίωση και των άλλων επικοινωνιακών δεξιοτήτων, οδηγεί τόσο σε υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών όσο και σε καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα (Wang, 2022).

Οι Schrooten και deJong, 2017, διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ των ενσυναισθητικών και επικοινωνιακών δεξιοτήτων των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και της συνολικής ικανοποίησης των πελατών από τις συμβουλευτικές συνεδρίες καθώς και την επίδραση της σαφήνειας των πληροφοριών στην ικανοποίηση αυτή. Δύο πτυχές της ενσυναίσθησης συμπεριλήφθηκαν: η επίδειξη ευαισθησίας (ευαισθησία στην προοπτική των πελατών) και η ικανότητα αναγνώρισης και εκτίμησης των αξιολογήσεων των ασθενών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι και οι δύο πτυχές της ενσυναίσθησης, καθώς και η σαφήνεια των πληροφοριών, συμβάλλουν σημαντικά στη συνολική ικανοποίηση των πελατών και ως εκ τούτου επιβεβαιώνουν τη σημασία της ενσυναίσθησης και της επικοινωνίας στις ιατρικές συμβουλευτικές συνεδρίες. Συγκεκριμένα, οι διαθέσεις ενσυναίσθησης των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, πέρα από τη φανερό επικοινωνιακή τους συμπεριφορά, φαίνεται να συμβάλλουν και στη συνολική ικανοποίηση των πελατών και ιδιαίτερα η αναγνώριση των συναισθημάτων του ασθενή.

Ο Howick και οι συνεργάτες του, το 2018, πραγματοποίησαν μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση πολλών ερευνών σχετικών με την παρουσία ενσυναίσθησης και καλών επικοινωνιακών δεξιοτήτων, για να εκτιμήσουν τις επιδράσεις των παρεμβάσεων ενσυναίσθησης και προσδοκιών για οποιαδήποτε

κλινική κατάσταση, σε οποιοδήποτε κλινικό περιβάλλον με ασθενείς ηλικίας 12 ετών και άνω. Διαπίστωσαν ότι η έκφραση ενσυναίσθησης και η δημιουργία θετικών προσδοκιών στις ιατρικές αλληλεπιδράσεις μείωναν σταθερά τον πόνο και το άγχος σε μικρό βαθμό. Τα θετικά μηνύματα που παρέχονταν από τους επαγγελματίες υγείας επίσης βελτίωναν ορισμένα φυσικά αποτελέσματα, όπως η βρογχική δραστηριότητα σε ασθενείς με άσθμα και η φυσική λειτουργία σε μετεγχειρητικούς ασθενείς. Ορισμένες μελέτες υπόδειξαν ότι η παροχή θετικών μηνυμάτων μπορεί να βελτιώσει την ικανοποίηση των ασθενών και την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Στην πιο κοινή κατάσταση του πόνου, η επίδραση των παρεμβάσεων ενσυναίσθησης και προσδοκιών ήταν ιση με μείωση του πόνου κατά 1 έως 2 μονάδες σε μια κλίμακα αναλογίας 10 βαθμών. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι επαγγελματίες υγείας που αφιερώνουν χρόνο για να βελτιώσουν τον τρόπο με τον οποίο εκφράζουν ενσυναίσθηση και παρέχουν θετικά μηνύματα είναι πιθανό να επιφέρουν μικρές βελτιώσεις σε ένα εύρος ψυχολογικών και σωματικών καταστάσεων των ασθενών, καθώς και να βελτιώσουν τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα.

Όσον αφορά την ενσυναισθητική παράμετρο της εστίασης της προσοχής ο Eisenberg, 1992, δηλώνει ότι η καλή οπτική επαφή είναι ιδιαίτερα σημαντική όταν γίνονται ερωτήσεις και δίνονται οδηγίες ωστόσο, πρέπει να υπάρχει ισορροπία. Η υπερβολική οπτική επαφή θα μπορούσε να κάνει τον ντροπαλό ή αποτραβηγμένο ασθενή να αισθανθεί άβολα. Αντιθέτως, η πολύ περιορισμένη οπτική επαφή θα μπορούσε να κάνει τον ασθενή να αισθανθεί ασήμαντος ή απορριπτέος και κάθε ένα από τα δύο άκρα θα μπορούσε να θέσει σε κίνδυνο τη θετική σχέση γιατρού-ασθενούς. Επίσης αναφέρει ότι η έρευνα στην επικοινωνία υποδηλώνει ότι το μήνυμα ενός γιατρού θα εκληφθεί ως πιο θετικό όταν συνοδεύεται από περισσότερη οπτική επαφή παρά από

λιγότερη οπτική επαφή. Σχετικά με την ίδια παράμετρο οι Pollack et al, 2011, διερευνώντας την παρουσία της ενσυναίσθησης μέσω της δεξιότητας της ακρόασης του ιατρού βρήκαν ότι όταν οι γιατροί χρησιμοποιούσαν ανακλαστικές δηλώσεις και όταν έδειχναν ενσυναίσθηση, οι ασθενείς ήταν πιο πιθανό να αναφέρουν υψηλή ικανοποίηση από τον γιατρό.

Οι Zolnieriek και DiMatteo, 2009, προχώρησαν σε μετα - ανάλυση ερευνών σχετικά με την ποιότητα της επικοινωνίας ιατρού – ασθενή και πως αυτή επηρεάζει την μετέπειτα συμμόρφωση του ασθενή στις θεραπευτικές εντολές. Στην προσπάθειά τους να επιβεβαιώσουν τα αποτελέσματα από έρευνα που διεξήχθη δεκαετίες προγενέστερα, κατά την οποία ερευνητές επίσης πραγματοποίησαν μετα-ανάλυση διαφόρων αποτελεσμάτων της επικοινωνίας των γιατρών και διαπίστωσαν ότι η συμμόρφωση των ασθενών επηρεαζόταν από την παροχή περισσότερων πληροφοριών από τον γιατρό και από πιο θετικές συζητήσεις. Ανακάλυψαν ότι η επικοινωνία του ιατρού συσχετίζεται σημαντικά θετικά με τη συμμόρφωση του ασθενούς. Υπάρχει ένας 19% υψηλότερος κίνδυνος μη συμμόρφωσης μεταξύ των ασθενών των οποίων ο ιατρός επικοινωνεί ελλειμματικά σε σύγκριση με αυτούς των οποίων ο ιατρός επικοινωνεί με επάρκεια. Η εκπαίδευση των ιατρών σε δεξιότητες επικοινωνίας φέρει σημαντικές βελτιώσεις στη συμμόρφωση του ασθενούς, έτσι ώστε με εκπαίδευση του ιατρού σε επικοινωνιακές δεξιότητες, οι πιθανότητες συμμόρφωσης του ασθενούς είναι 1,62 φορές υψηλότερες από όταν ένας ιατρός δεν λαμβάνει καμία εκπαίδευση. Συμπερασματικά επιβεβαίωσαν ότι η επικοινωνία στην ιατρική φροντίδα συσχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με καλύτερη συμμόρφωση του ασθενούς.

Η Stavropoulou, 2011, θεωρώντας ότι οι ενδείξεις για τις γενικές αντιλήψεις που έχουν οι άνθρωποι σχετικά με τους γιατρούς και την επίδρασή τους στην απόφασή τους να μην παραμείνουν συμμορφωμένοι ήταν ελλιπείς, διερεύνησε το ίδιο ζήτημα χρησιμοποιώντας δεδομένα από την Ευρωπαϊκή Κοινωνική Έρευνα (ESS). Η ESS πραγματοποιήθηκε το 2004/2005 και περιλάμβανε 45.700 συμμετέχοντες από 24 χώρες στην Ευρώπη. Τα ευρήματα υποστηρίζουν την άποψη ότι, ανεξαρτήτως των χαρακτηριστικών της νόσου ή των συγκεκριμένων περιστάσεων μιας διαβούλευσης, η αντίληψη που έχουν τα άτομα για τον ιατρό τους στη σχέση ιατρού -ασθενή είναι ένας αποφασιστικός παράγοντας στο πρόβλημα της μη συμμόρφωσης. Υποστηρίζεται περαιτέρω και ακόμα πιο έντονα η ανάγκη για καλύτερες σχέσεις γιατρού-ασθενούς ως τη βάση οποιασδήποτε παρέμβασης που σκοπεύει να βοηθήσει τους ασθενείς να ακολουθούν τις συστάσεις. Κεντρικά σημεία που συμβάλλουν σε μια καλή ατμόσφαιρα και βελτιώνουν τη συμμόρφωση έδειξαν να είναι η συμμετοχή στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, η μεταχείριση των ασθενών ως ίσων και η αποφυγή να αφήνονται ανεπίλυτα ζητήματα κατά τη συνταγογράφηση. Επιπλέον, η μελέτη επιβεβαίωσε ότι θεσμικοί παράγοντες, συμπεριλαμβανομένης της μεγαλύτερης επιλογής σχετικά με τους γιατρούς, επηρέαζαν επίσης τη συμμόρφωση στην λήψη του φαρμάκου.

Οι Huntington και Kuhn, 2003 ανέφεραν τις επικοινωνιακές «γκάφες» και ως αιτίες δικαστικών διώξεων εναντίον των ιατρών. Ανάφεραν ότι για να περιοριστούν το βασικό συστατικό είναι ότι ο ασθενής πρέπει να αφήνεται με την ισχυρή αίσθηση ότι ο γιατρός ενδιαφέρεται για τη φροντίδα που παρέχεται καθώς και για το άτομο προς το οποίο δίνεται . Προτείνουν την υιοθέτηση ενός μοντέλου που αναπτύχθηκε από το Ινστιτούτο Bayer για την Επικοινωνία στην Υγειονομική Φροντίδα και επιδεικνύει

καλά αυτήν τη δυναμική. Το μοντέλο "4E" που χρησιμοποιεί την προσέγγιση της εμπλοκή, της ενσυναίσθησης, της εκπαίδευσης και της επισημείωσης, για την απόκτηση πληροφοριών και την περαιτέρω εδραίωση της σχέσης. Συμπεραίνουν ότι όλα αυτά τα στοιχεία της επικοινωνίας είναι σημαντικά για τη βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών και την ελαχιστοποίηση της επιθυμίας να επιλυθούν προβλήματα μέσω δικαστικών διαμαχών.

Όλα τα παραπάνω συμπεράσματα υποστηρίζονται περαιτέρω και από τους DiMatteo και Martin, 2011, που επιβεβαιώνουν ότι τα αποτελέσματα της δεξιοτήτας ενσυναίσθησης είναι πρώτον, ο ιατρός να διευκολύνεται να καταλήξει σε πιο ακριβείς διαγνώσεις, δεύτερον, να μπορεί να βελτιώσει τη διαδικασία της ιατρικής θεραπείας συνολικά. Τρίτον, να καθιστά περισσότερο πιθανό να ακολουθηθούν οι θεραπευτικές οδηγίες και τέταρτον, αναφέρουν ότι όταν οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι από την φροντίδα που έλαβαν από το υγειονομικό προσωπικό τότε δεν είναι πιθανό να προχωρήσουν σε διώξεις και αγωγές εναντίον τους κατηγορώντας τους για κακές ιατρικές πρακτικές εφόσον δεν έμειναν ευχαριστημένοι από την πορεία της θεραπείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 Ερευνητικός σκοπός της μελέτης

Όπως προκύπτει, η επικοινωνία ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή είναι σημαντική καθώς καθορίζει την οικοδόμηση μιας επωφελούς σχέσης ανάμεσα στα δύο μέρη. Τόσο ο γιατρός όσο και ο ασθενής λαμβάνουν όφελος με τη χρήση ορθών και επαρκών επικοινωνιακών δεξιοτήτων. Ο γιατρός διότι μέσω αυτών μπορεί να καταλήξει σε πιο ακριβή διάγνωση, να λάβει και ο ίδιος ηθική ικανοποίηση και να εξασφαλίσει ότι θα παραμείνει σε απόσταση από δικαστικές συγκρούσεις. Ο ασθενής σε μία ζεστή σχέση με τον ιατρό του - όπου επικρατεί η ενσυναίσθηση και η κατανόηση για το πρόβλημά του - περικλείεται από συναισθήματα ικανοποίησης, ασφάλειας και σιγουριάς για την σωστή επιλογή του ιατρού που έκανε αλλά και την παροχή των θεραπευτικών οδηγιών που έλαβε και κατ' επέκταση για την περαιτέρω εξέλιξη της κατάστασης της υγείας του.

Στόχος της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθούν η επικοινωνία στη σχέση του ασθενή με το γιατρό του και το πως οι επικοινωνιακές δεξιότητες του μπορεί να επηρεάσουν τη συμπεριφορά του ασθενή. Για τον σκοπό αυτό θα αναλυθούν οι αντιλήψεις δείγματος ασθενών σχετικά με τα παραπάνω ζητήματα.

Πιο συγκεκριμένα τα ερευνητικά ερωτήματα που σχετίζονται με την έρευνα είναι:

1. Ποια τα στοιχεία ιατρού που οι ασθενείς εκλαμβάνουν ως πιο ικανοποιητικά όταν αντιλαμβάνονται ότι αυτός παρουσιάζει δεξιότητες ενσυναίσθησης και

2. Εάν οι ασθενείς κρίνουν ως πιο πιθανό να συμμορφωθούν με το θεραπευτικό πλάνο του ιατρού που αντιλαμβάνονται ότι παρουσιάζει δεξιότητες ενσυναίσθησης

4.2 Μεθοδολογία δειγματοληψίας και ανάλυσης

Η μεθοδολογία της έρευνας αυτής πραγματοποιήθηκε με προσέγγιση που αφορά δύο τύπους έρευνας την πρωτογενή έρευνα που πραγματοποιήθηκε μέσα από τις συνεντεύξεις της ερευνήτριας με τους ασθενείς στα εξωτερικά ιατρεία του γενικού νοσοκομείου Αιγίου και μέσα από την δευτερογενή έρευνα που συμπεριέλαβε την ανάλυση της βιβλιογραφίας.

Η δευτερογενής έρευνα αφορά τη συλλογή και ανάλυση ήδη διαθέσιμων και δημοσιευμένων πληροφοριών, καθώς και την παρουσίασή τους σε μορφή που ικανοποιεί τις ανάγκες του ερευνητή. Αυτό το είδος έρευνας χρησιμοποιείται για τη συγκέντρωση πληροφοριών από διάφορες πηγές με σκοπό τη δημιουργία μιας συνολικής εικόνας των δεδομένων που αφορούν στο θέμα της έρευνας. Η πρωτογενής έρευνα αναφέρεται στη συλλογή και ανάλυση δεδομένων απευθείας από αρχικές πηγές. Περιλαμβάνει τη συγκέντρωση πληροφοριών κατευθείαν για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων ερευνητικών στόχων και τη δημιουργία νέων δεδομένων.

Ο σχεδιασμός της έρευνας βασίστηκε πάνω στην διεξαγωγή ποιοτικής έρευνας με λήψη δεδομένων «μονής ομάδας/ συμμετέχοντα » (single group/participant design) ένα σχέδιο που χρησιμοποιείται όταν ερευνούνται από 2 έως περίπου 15 μετέχοντες για αυτό και αλλιώς επικαλείται «small n design» (σχεδιασμός για μικρό δείγμα συμμετεχόντων) (Coolican, 2024).

Η ποιοτική έρευνα τείνει να είναι πολύ πιο ανοιχτή σε ερμηνευτικές προσεγγίσεις σε σύγκριση με την ποσοτική, η οποία είναι συνήθως κυρίως θετικιστική ως προς τον προσανατολισμό της. Επειδή οι περιπτώσεις δεν αναλύονται με μια σειρά αριθμών, στην ποιοτική εργασία υπάρχει πολύ περισσότερη ελευθερία για ερμηνευτικές προσεγγίσεις.

Η Rosen, 2019, αναφέρει ότι η χρήση της ποιοτικής έρευνας είναι ιδιαίτερα ενδεδειγμένη όταν: όπως και στην παρούσα περίπτωση οι ιστορίες και οι εμπειρίες των συμμετεχόντων είναι κεντρικές για την έρευνά και αυτές οι ιστορίες και εμπειρίες, δεν μπορούν εύκολα να εκφραστούν με μέσους και άλλους ποσοτικούς όρους. Επιπλέον, όταν υπάρχει μικρός αριθμός υποκειμένων ή περιπτώσεων, όπως στην παρούσα μελέτη, όταν υπάρχει θέληση για επικέντρωση σε περιγραφική έρευνα και τέλος, όταν διερευνούνται ζητήματα επικοινωνίας, όπως στην παρούσα έρευνα.

Η ποιοτική έρευνα προσφέρεται τόσο για παραγωγική όσο και για επαγωγική εργασία. Προσφέρει την δυνατότητα να ξεκινήσει μια παραγωγική διαδικασία δημιουργίας θεωριών και κωδικών βασισμένων στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και στη συνέχεια να δοκιμαστούν στα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν. Αλλά συνδυάζει και επαγωγικές προσεγγίσεις, όπου οι ερευνητές ξεκινούν με τα δεδομένα

και βλέπουν ποια πρότυπα και θέματα αναδύονται πριν χτίσουν τη θεωρία τους (Rosen, 2019). Αυτά τα δεδομένα μπορούν να προέρχονται από την ανατροφοδότηση πελατών, έρευνες, ηχογραφήσεις ιστοσελίδων, κριτικές πελατών ή εις βάθος συνεντεύξεις. Τα ποιοτικά δεδομένα συχνά θεωρούνται ως πιο "πλούσια" και "ανθρώπινα" σε σχέση με τα ποσοτικά δεδομένα. Υπάρχουν τέσσερις κύριες μεθοδολογίες σχεδιασμού έρευνας που χρησιμοποιούνται για τη συλλογή ποιοτικών δεδομένων: παρατηρήσεις, συνεντεύξεις, ομάδες εστίασης και εθνογραφία (McCall, 2024).

Οι συνεντεύξεις παρέχουν στους ερευνητές ένα παράθυρο στον κόσμο ενός συμμετέχοντα ζητώντας του να περιγράψει ένα γεγονός, μια κατάσταση ή ένα φαινόμενο. Συνήθως διεξάγονται σε ατομική βάση και μπορούν να διακριθούν ανάλογα με το επίπεδο δομής τους. Οι δομημένες συνεντεύξεις περιλαμβάνουν προκαθορισμένες ερωτήσεις και ακολουθίες για να εξασφαλιστεί η αναπαραγωγικότητα και η συγκρισιμότητα. Ωστόσο, δεν μπορούν να εξερευνήσουν αναδυόμενα ζητήματα. Οι άτυπες συνεντεύξεις αποτελούνται από αυθόρμητες, καθημερινές συνομιλίες που πλησιάζουν περισσότερο στην αλήθεια ενός φαινομένου. Ωστόσο, οι πληροφορίες συλλέγονται χρησιμοποιώντας γρήγορες σημειώσεις από τον ερευνητή και επομένως υπόκεινται σε προκατάληψη ανάκλησης. Οι ημι-δομημένες συνεντεύξεις έχουν μια ευέλικτη δομή, διατύπωση και τοποθέτηση, ώστε να μπορούν να εξερευνηθούν αναδυόμενα ζητήματα (Denny & Weckesser, 2022).

Στην παρούσα έρευνα η συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε με την λήψη συνεντεύξεων πρόσωπο με πρόσωπο, που διεξάχθηκαν αυτοπροσώπως από την ερευνήτρια και συμπεριέλαβαν διάλογο μεταξύ αυτής και των συμμετεχόντων, δομημένο αλλά με ερωτήσεις ανοιχτού τύπου(structured – open ended questions) (Coolican,2024).

Το ποιοτικό ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει ανοικτές ερωτήσεις, οι οποίες καθορίζουν το πλαίσιο της συζήτησης κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Αυτές οι ερωτήσεις δίνουν στον ερωτώμενο την ευκαιρία να μιλήσει για ότι είναι σημαντικό για τον ίδιο, στα θέματα που θέτει ο ερευνητής. Αποτελεί μια πιο προσωπική μορφή έρευνας, καθώς κατά την προσωπική συνέντευξη ο ερευνητής συνεργάζεται άμεσα με τον ερωτώμενο. Η ερευνήτρια θεωρείται μέλος του εργαλείου μέτρησης και πρέπει να είναι καλά εκπαιδευμένη στο πώς να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις κάθε περίπτωσης. Είναι σημαντικό να έχει οργανώσει λεπτομερώς τη διαδικασία και να έχει προετοιμαστεί να πάρει συνέντευξη πριν αρχίσει η επίσημη μελέτη. Η παροχή ανατροφοδότησης, η προσωπική επαφή και η διεξαγωγή ενός γόνιμου διαλόγου θα προσέφεραν περισσότερες πληροφορίες για το υπό διερεύνηση θέμα (Καφέτσιος και Βούζας,2024).

Η ανάλυση ποιοτικών δεδομένων είναι η διαδικασία μετατροπής των ποιοτικών δεδομένων σε γνώσεις. Διάφορες μέθοδοι μπορούν να χρησιμοποιηθούν, όπως η Θεωρία Θεμελίωσης, η Ανάλυση Περιεχομένου, η Ανάλυση Λόγου, η Θεματική Ανάλυση, η Ανάλυση Προτύπων και τέλος η Ανάλυση Πλαισίου (McCall, 2024).

Στην παρούσα μελέτη ο πληθυσμός της έρευνας συμπεριέλαβε 30 άτομα που επισκέφτηκαν τα εξωτερικά ιατρεία του Γενικού Νοσοκομείου Αιγίου και οι επαφές ολοκληρώθηκαν σε διάστημα που διήρκεσε έναν μήνα περίπου. Συμμετείχαν άτομα που είχαν τον χρόνο και την θέληση να λάβουν μέρος στην έρευνα, έπειτα από την γραπτή και ενυπόγραφη συγκατάθεση τους.

Οι απαντήσεις που δόθηκαν στις συνεντεύξεις καταγράφηκαν και αναλύθηκαν από την ερευνήτρια ούτως ώστε να διεξαχθούν τα αναζητούμενα ερευνητικά συμπεράσματα. Χρησιμοποιήθηκε μία λίστα ερωτήσεων κοινή για όλους τους 30 συμμετέχοντες. Η λίστα εμπεριείχε 13 ερωτήσεις (Παράρτημα 2). Πριν την εκκίνηση της διαδικασίας και την λήψη απαντήσεων στην πρώτη ερώτηση, καταγράφονταν επτά δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και συγκεκριμένα η ηλικία, το φύλο, το επάγγελμα ή ο επαγγελματικός χώρος του συμμετέχοντα, το επίπεδο εκπαίδευσης του, η οικογενειακή του κατάσταση, ο τόπος κατοικίας του όσον αφορά στο πληθυσμό του τόπου και τέλος, η συχνότητα με την οποία βρέθηκε σε ιατρικές επισκέψεις κατά τον τελευταίο χρόνο. Οι ερωτήσεις 1 έως 10 ήταν προσανατολισμένες για να δώσουν απαντήσεις στο πρώτο ερώτημα της έρευνας δηλαδή να διερευνηθούν οι αντιλήψεις σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών. Οι ερωτήσεις 11 έως 13 ήταν προσανατολισμένες για να δοθούν απαντήσεις στο δεύτερο ερώτημα της έρευνας δηλαδή να διερευνηθούν οι αντιλήψεις σχετικά με τη συμμόρφωση των ασθενών με το θεραπευτικό πλάνο του ιατρού.

Στην παρούσα εργασία η τεχνική που χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση του περιεχομένου των δεδομένων είναι η Θεματική Ανάλυση. Είναι μια μέθοδος που χρησιμοποιείται για την αναγνώριση, την ερμηνεία και την αναφορά μοτίβων στα

δεδομένα, όπως κοινές αναφορές ή αντιθέσεις. Στοχεύει στην ανάπτυξη θεμάτων (προτύπων/μοτίβων νοήματος) σε ένα σύνολο δεδομένων για να αντιμετωπίσει μια ερευνητική ερώτηση. Στη θεματική ανάλυση, τα ποιοτικά δεδομένα συγκεντρώνονται χρησιμοποιώντας τεχνικές όπως οι συνεντεύξεις και στη συνέχεια, το σύνολο τους διερευνείται και ερμηνεύεται από τον ερευνητή για να αναγνωριστούν τα μοτίβα. Αυτό συμβαίνει μέσω της αυστηρής διαδικασίας εξοικείωσης με τα δεδομένα, κωδικοποίησης και αναγνώρισης θεματικών κατηγοριών (Braun and Clarke, 2006).

4.3 Διεξαγωγή έρευνας

Προ της διεξαγωγής της έρευνας πραγματοποιήθηκε η λήψη σχετικής άδειας από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου Αιγίου (Γ.Ν.Α) και ταυτόχρονα από την 6^η ΥΠΕ.

Κατά την διεξαγωγή της έρευνας η ερευνήτρια επισκέφτηκε τους χώρους των εξωτερικών ιατρείων του Γενικού Νοσοκομείου Αιγίου και προσέγγισε τους ασθενείς που διέθεταν το χρόνο και την δυνατότητα να συμμετάσχουν στην έρευνα. Αρχικά, ενημέρωσε προφορικά αλλά και με την συμβολή του σχετικού φυλλαδίου το σκοπό της παρουσίας της εκεί, αλλά και τον σκοπό της έρευνας που διεξαγόταν (Παράρτημα 1). Μετά το πέρας του σταδίου της πληροφόρησης αυτής, έδωσε στον κάθε συμμετέχοντα το έντυπο συγκατάθεσης του ασθενούς στην έρευνα «Ανάλυση αντιλήψεων δείγματος ασθενών σχετικά με την επικοινωνία ιατρού ασθενή» στο οποίο δήλωναν ότι έχουν ενημερωθεί σχετικά με την έρευνα. Ότι τους έχει επιτραπεί να υποβάλλουν ερωτήσεις για περαιτέρω πληροφόρηση, ότι η ερευνήτρια θα διαχειριζόταν όλες τις πληροφορίες τους ως αυστηρά εμπιστευτικές και τέλος

υπόγραφαν ότι δέχονταν να λάβουν μέρος. Η συνέντευξη διεξαγόταν σε έναν πιο ήσυχο χώρο των Εξωτερικών Ιατρείων και κάποιες φορές για να διασφαλιστούν τα προσωπικά δεδομένα των αναφορών των συμμετεχόντων σε παρακείμενο εξωτερικό χώρο του νοσοκομείου. Με το πέρας της διαδικασίας, η ερευνήτρια ευχαριστούσε θερμά τους συμμετέχοντες για τη βοήθειά τους.

4.4 Ηθική και δεοντολογία της έρευνας

Η ηθική και η δεοντολογία της μελέτης διασφαλίστηκε κατ'αρχάς με την ειδική άδεια που παρείχε το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου Αιγίου αλλά και στη συνέχεια η ερευνήτρια έλαβε την σχετική συγκατάθεση καθενός συμμετέχοντα, η οποία ήταν ενυπόγραφη και τις οποίες προηγήθηκε σχετική ενημέρωση όσον αφορά το στόχο της μελέτης. Επιπλέον, σε κάθε στάδιο ανάλυσης και καταγραφής των αντιλήψεων των συμμετεχόντων και όπου έπρεπε εξασφαλίστηκε από την ερευνήτρια η προστασία των προσωπικών δεδομένων των ασθενών. Έγκριση διεξαγωγής της έρευνας ζητήθηκε και δόθηκε και από την 6^η ΥΠΕ της οποίας την δικαιοδοσία βρίσκεται το νοσοκομείο αυτό.

4.5 Γενικό Νοσοκομείο Ανατολικής Αχαΐας (Αιγίου)

Το Γενικό Νοσοκομείο Αιγίου, βρίσκεται στην πόλη του Αιγίου. Το ενιαίο Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ), «Γενικό Νοσοκομείο Ανατολικής Αχαΐας». Η συνολική δύναμη κλινών του (ενιαίου με το Νοσοκομείο Καλαβρύτων) ορίζεται σε 120 κλίνες.

Ψηλότερα στην ιεραρχία του νοσοκομείου βρίσκεται ο Διοικητής με το Διοικητικό Συμβούλιο. Επικουρικά και με γνώμονα την σωστότερη λειτουργία του νοσοκομείου συνυπάρχει και το Επιστημονικό Συμβούλιο του οποίου η σύσταση αλλάζει κάθε δύο χρόνια. Η σύσταση του σε μέλη είναι αντιπροσωπευτική για όλους τους τομείς του νοσοκομείου. Υπάρχουν τρεις διοικητικές υπηρεσίες. Η ιατρική, νοσηλευτική και η διοικητική υπηρεσία. Η ιατρική υπηρεσία διοικείται από ξεχωριστό προϊστάμενο που ασχολείται με τη διοίκηση των ιατρικών υπηρεσιών. Η νοσηλευτική υπηρεσία διοικείται από την διευθύνουσα που είναι επιφορτισμένη με την διοίκηση των νοσηλευτικών υπηρεσιών και τέλος υπάρχει και ο διευθυντής των διοικητικών υπηρεσιών ο οποίος είναι υπεύθυνος για τη διεύθυνση των διοικητικών αλλά και των τεχνικών υπηρεσιών του νοσοκομείου.

Οι τομείς της ιατρικής υπηρεσίας είναι: α) Παθολογικός Τομέας με δυναμικότητα 50 κλινών β) Χειρουργικός Τομέας με δυναμικότητα 50 κλινών γ) Εργαστηριακός τομέας .

Κάθε Τομέας διαρθρώνεται σε Τμήματα και Μονάδες ως εξής:

α) Παθολογικός Τομέας

Τμήματα: 1. Παθολογικό 2. Καρδιολογικό 3. Παιδιατρικό 4. Ειδική Μονάδα Εμφραγμάτων

Πίνακας 1-Τμήματα Παθολογικού Τομέα ΓΝΑ

ΤΜΗΜΑΤΑ	ΕΙΔΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ
Παθολογικό	
Καρδιολογικό	Εμφραγμάτων
Παιδιατρικό	

β) Χειρουργικός Τομέας

Τμήματα: 1. Χειρουργικό 2. Μαιευτικό – Γυναικολογικό 3. Αναισθησιολογικό 4.

Ορθοπεδικό 5. Ουρολογικό

Μονάδα Μεταναισθητικής Φροντίδας (ΜΜΑΦ)

Πίνακας 2 - Τμήματα Χειρουργικού Τομέα ΓΝΑ

ΤΜΗΜΑΤΑ	ΕΙΔΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ
Χειρουργικό	
Μαιευτικό - Γυναικολογικό	
Αναισθησιολογικό	Μονάδα Μεταναισθητικής Φροντίδας
Ορθοπεδικό	
Ουρολογικό	

γ) Εργαστηριακός Τομέας

Τμήματα: 1. Βιοπαθολογικό–Βιοχημικό 2. Ακτινοδιαγνωστικό 3. Φαρμακευτικό

Πίνακας 3 - Τμήματα Εργαστηριακού Τομέα ΓΝΑ

ΤΜΗΜΑΤΑ
Βιοπαθολογικό – Βιοχημικό
Ακτινοδιαγνωστικό
Φαρμακευτικό

Διατομεακά τμήματα: 1. Τμήμα Βραχείας Νοσηλείας 2. Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) και λοιπά τμήματα : Διαιτολογίας – Διατροφής

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1 Δείγμα Μελέτης – Στοιχεία Συμμετεχόντων

Το δείγμα στην παρούσα έρευνα απαρτίζεται από 30 άτομα. Τα δημογραφικά τους στοιχεία δίδονται στον παρακάτω πίνακα (Πιν.4) όπου αναφέρεται ο αύξοντας αριθμός τους καθώς και η ηλικία, το φύλο και το εκπαιδευτικό τους επίπεδο.

Πινάκας 4 - Τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΗ	ΗΛΙΚΙΑ	ΦΥΛΟ	ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ
A1	38	Θ	Πανεπιστήμιο
A2	39	A	Λύκειο
A3	81	A	Πανεπιστήμιο
A4	70	Θ	Γυμνάσιο
A5	43	A	Δημοτικό
A6	39	Θ	Γυμνάσιο
A7	36	Θ	Πανεπιστήμιο
A8	41	Θ	Πανεπιστήμιο
A9	47	Θ	Πανεπιστήμιο
A10	58	Θ	Πανεπιστήμιο
A11	48	Θ	Πανεπιστήμιο
A12	43	A	Λύκειο
A13	74	Θ	Δημοτικό
A14	45	A	Λύκειο
A15	68	A	Δημοτικό
A16	54	Θ	Λύκειο
A17	37	Θ	Πανεπιστήμιο
A18	46	A	Λύκειο
A19	40	Θ	Πανεπιστήμιο
A20	54	A	Πανεπιστήμιο
A21	40	A	Πανεπιστήμιο
A22	51	A	Λύκειο
A23	55	A	Πανεπιστήμιο
A24	34	Θ	Γυμνάσιο
A25	61	A	Δημοτικό
A26	42	Θ	Λύκειο
A27	75	Θ	Πανεπιστήμιο
A28	35	A	Πανεπιστήμιο
A29	24	Θ	Πανεπιστήμιο
A30	62	A	Πανεπιστήμιο

Φύλο συμμετεχόντων και τόπος διαμονής

Από τον παραπάνω πίνακα είναι εμφανές ότι το δείγμα απαρτίζεται από 16 γυναίκες και 14 άνδρες. Από αυτούς 18 δηλώνουν ότι κατοικούν σε επαρχιακή πόλη και 12 δηλώνουν οι κατοικούν σε χωριό. Στον παρακάτω Πίνακα 5 παρουσιάζεται ο αριθμός των ανδρών και γυναικών ταξινομημένος ανά τόπο διαμονής.

Πίνακας 5 – Τόπος διαμονής ανα φύλο συμμετεχόντων

Τόπος Διαμονής	Άνδρες	Γυναίκες
Επαρχιακή Πόλη	9	9
Χωριό	5	7

Ηλικία

Όσον αφορά στην ηλικία τους ο νεαρότερος συμμετέχοντας είναι 24 ετών και ο γηραιότερος είναι 81 ετών. Το 60% των ασθενών είναι ηλικίας κάτω των 50 ετών και το 40% είναι άνω των 50 ετών. Οι ασθενείς που ξεπερνούν την ηλικία των 65 ετών απαρτίζουν ποσοστό 17%.

Πίνακας 6 – Ηλικία συμμετεχόντων

Ηλικία ανά δεκαετίες	Άνδρες	Γυναίκες
20 - 39	2	6
40 - 59	8	7
60 - 79	3	3
80+	1	-

Στον παραπάνω Πίνακα 6 παρουσιάζεται ο αριθμός ανδρών και γυναικών ασθενών διαμοιρασμένος σε επτά δεκαετίες και σε αυτόν φαίνεται ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανήκουν ηλικιακά στις δεκαετίες 40 έως 59 ετών.

Εκπαιδευτικό Επίπεδο

Το εκπαιδευτικό τους επίπεδο καλύπτει τα εκπαιδευτήρια σε όλες τις βαθμίδες

(Πιν. 7)

Πίνακας 7 - Εκπαιδευτική βαθμίδα συμμετεχόντων

Εκπαιδ. Βαθμίδα	Δημοτικό	Γυμνάσιο	Λύκειο	Πανεπιστήμιο
Αριθ. Συμ	4	3	7	16

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι απόφοιτοι πανεπιστημίου, πάνω από τους μισούς, σε ποσοστό 54%, ενώ ακολουθούν οι απόφοιτοι λυκείου 23%, με τρίτους τους αποφοίτους δημοτικού 13% και τέταρτους τους απόφοιτους γυμνασίου 10% που είναι η ομάδα με τους λιγότερους ασθενείς. Στον παρακάτω Πίνακα 8 παρουσιάζεται ο αριθμός γυναικών και ανδρών που αντιστοιχεί σε κάθε εκπαιδευτήριο.

Πινάκας 8 – Εκπαιδευτική βαθμίδα ανά φύλο

Εκπαιδευτική Βαθμίδα	Άνδρες	Γυναίκες
ΑΕΙ	6	10
Γυμνάσιο/Λύκειο	5	5
Δημοτικό	3	1

Από τους απόφοιτους πανεπιστημίου που αποτελούν την μεγαλύτερη ομάδα, δέκα είναι γυναίκες και έξι είναι άντρες.

Οικογενειακή κατάσταση και παιδιά

Από τους συμμετέχοντες 87% δηλώνουν έγγαμοι και 13% δηλώνουν άγαμοι. Στον παρακάτω πίνακα 9 παρουσιάζεται ο αριθμός των έγγαμων και άγαμων ασθενών ταξινομημένος ανά φύλο.

Πίνακας 9 – Οικογενειακή κατάσταση ανά φύλο

Οικογενειακή κατάσταση	Άνδρες	Γυναίκες
Έγγαμος	12	14
Άγαμος	2	2

Όλοι οι έγγαμοι δηλώνουν ότι έχουν παιδιά από ένα έως τέσσερα ενώ οι άγαμοι δηλώνουν άτεκνοι.

5.2 Παρουσίαση αποτελεσμάτων έρευνας

Στην πρώτη ερώτηση που έγινε προς τους συμμετέχοντες και ρωτούσε «πόσο σημαντικό είναι ο γιατρός που επισκέπτεστε να είναι υπομονετικός και ευαίσθητος απέναντι σε σας και στο πρόβλημά σας, γιατί; » με εξαίρεση έναν ασθενή (A2) που δήλωσε ότι δεν τον ενδιαφέρει καθόλου οι υπόλοιποι ασθενείς ανέφεραν ότι είναι από «σημαντικό» έως «όσο δεν πάει σημαντικό» Είναι αξιοσημείωτο ότι οι έννοιες που σχετίστηκαν περισσότερο με αυτή την ερώτηση ήταν η «ασφάλεια» ή η «εμπιστοσύνη». Αρκετές φορές συνυπήρχαν στην ίδια απάντηση . Σε 23 αποκρίσεις αναφέρθηκε η αίσθηση της ασφάλειας και της εμπιστοσύνης. Επιπλέον, ο A27 ανέφερε ότι «μόνο αυτά τα δύο χαρακτηριστικά αναζητώ στον εκπρόσωπο υγείας» ο A28 ανέφερε ότι « έτσι με ενθαρρύνει να πηγαίνω σε γιατρούς γιατί έχω φοβία» και ο A26 δήλωσε ότι αυτό πρέπει να συμβαίνει « για το καλό του γιατρού, για να μπορεί να διαχειριστεί τυχόν εκρήξεις του ασθενή». Ο A4 ανέφερε ότι για «το λόγο αυτό ταξιδεύω εκατοντάδες χιλιόμετρα για να επισκεφτώ συγκεκριμένο γιατρό ενώ αυτός

έχει προτείνει τοπικό γιατρό για να αποφεύγω το ταξίδι». Ο Α20 αναφέρει ότι «ο ασθενής έτσι κι αλλιώς έχει το άγχος του να μην τον αγχώνει και ο γιατρός κιόλας» ενώ ο Α14 αναφέρει «έτσι πρέπει να είναι λες και είναι δικός μου άνθρωπος».

Στην δεύτερη ερώτηση «τι πιστεύετε για τον ισχυρισμό ότι όταν ένας γιατρός είναι πολύ καλός στη διάγνωση και την θεραπεία που προσφέρει δεν χρειάζεται ταυτόχρονα να είναι και ευαίσθητος και υπομονετικός απέναντι στον ασθενή», εικοσιτέσσερις ασθενείς τον απορρίπτουν ενώ έξι ασθενείς συμφωνούν. Από την πλειοψηφία, οι ασθενείς Α21, Α20, Α17, Α15, Α18 και Α22 αναζητούν και τα δύο ισόποσα. Ενώ δύο ασθενείς Α23 και Α8 θεωρούν ότι αυτό πρέπει να συμβαίνει ή να μην συμβαίνει σε αναλογία με τη σοβαρότητα της διάγνωσης που έχει δοθεί. Από τους συμφωνούντες με τον ισχυρισμό, ο Α2 και Α21 αναφέρουν ότι συμφωνούν απολύτως «το αποτέλεσμα μόνο έχει σημασία», ο Α28 αναφέρει ότι «είναι ορθός αλλά δεν βοηθάει τους φοβητσιάρηδες ασθενείς» ενώ ο Α12 λέει «δεν χρειάζεται να είναι και ευαίσθητος». Επιπλέον, ο Α14 αναφέρει ότι «οι καλοί γιατροί έχουν πολύ δουλειά έχουν μεγάλη μάζα ασθενών άρα δεν έχουν το χρόνο ούτε την υπομονή να είναι ευαίσθητοι και υπομονετικοί». Ο Α1 αναφέρει ότι «είναι σχετικό, για κάποιους δεν είναι απαραίτητο να είναι και υπομονετικοί».

Δύο ασθενείς αναφέρουν ότι εάν ο γιατρός δεν έχει και αυτά τα επιπλέον χαρακτηριστικά θα φύγουν και θα αναζητήσουν άλλο γιατρό. Ο Α11 αναφέρει «ο ασθενής σήμερα αναζητάει και την ευαισθησία και αν δεν την βρει θα αναζητήσει αλλού γιατρό που να προσφέρει και τα δύο» ενώ ο Α6 λέει «εγώ προσωπικά έχω φύγει από γιατρό που ενώ ήταν πολύ καλός στη διάγνωση και στη θεραπεία αλλά δεν ήταν υπομονετικός και ευαίσθητος απέναντι στο πρόβλημα του παιδιού μου». Ο Α9

θέτει και το θέμα της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας, λέγοντας «εάν γίνεται αυτό (να μην είναι και υπομονετικός) τότε δεν θα είναι αποτελεσματική η θεραπεία». Ο Α24 λέει « δεν με νοιάζει να είναι όλα αυτά αλλά όχι και ο γιατρός να είναι και αγενής». Ο Α26 διαχωρίζει το θέμα ανάλογα με την ειδικότητα του γιατρού αναφέροντας ότι «θεωρώ ότι σε ειδικότητες που δουλεύουν με παιδιά είναι απαραίτητο να έχουν και τα δύο».

Στην τρίτη ερώτηση οι ασθενείς ερωτήθηκαν « εάν είναι περισσότερο ή λιγότερο ικανοποιητική η φροντίδα του γιατρού όταν κατά την επίσκεψή σας αυτός δεν είναι συγκεντρωμένος στις παρατηρήσεις σας και στη γνώμη σας σχετικά με το πρόβλημά σας και γιατί». Στην ερώτηση αυτή 28 ασθενείς απάντησαν ότι για αυτούς είναι λιγότερο ικανοποιητική η φροντίδα ενώ ένας απάντησε περισσότερο. Ο Α 30 είπε ότι «καλώς ο γιατρός θα επικεντρωθεί μόνο στις πληροφορίες που τον ενδιαφέρουν, δεν μπορώ εγώ να πλατειάζω γιατί ο ασθενής μεγαλοποιεί το πρόβλημά του» ενώ ο Α2 ανέφερε ότι «περισσότερο ο γιατρός μόνο άλλους γιατρούς πρέπει να ακούει». Οι περισσότεροι ασθενείς θέτουν το ζήτημα της αποτελεσματικής φροντίδας που δεν προσφέρει ο γιατρός όταν φαίνεται αφηρημένος. Ο Α6 λέει « λιγότερο γιατί έτσι δείχνει ότι δεν είναι καλός στη δουλειά, του δεν συμερίζεται το πρόβλημα, δεν καταλαβαίνει τον πόνο μου». Ο Α17 « κάτι που θα πω και μπορεί να είναι μικρό ίσως είναι η αιτία για σωστή διάγνωση» ενώ ο Α 24 αναφέρει ότι «στο τέλος δεν θα βγάλει σωστή διάγνωση» ενώ ο Α13 λέει «εάν δεν είναι συγκεντρωμένος σε αυτά που του λέω στο τέλος δεν θα είναι αποδοτικός». Ο Α23 λέει «έτσι δεν θα βγάλει ασφαλή διάγνωση». Δυο ασθενείς θέτουν το ζήτημα της αμφισβήτησης ο Α11 λέει «θα ξεκινήσω να τον αμφισβητώ σχετικά τις ικανότητες του» και ο Α22 «εάν καταλάβω ότι δεν με προσέχει θα νιώσω ανασφάλεια για όσα μου προτείνει μετά» ενώ δύο

ασθενείς θεωρούν ότι θα αλλάξουν και γιατρό εάν παρατηρήσουν τέτοια συμπεριφορά. Ο Α27 λέει «για εμένα αυτός ο γιατρός είναι απαράδεκτος και η επιλογή μου σε αυτόν το γιατρό είναι αποτυχημένη, θα πρέπει να αλλάξω γιατρό» και ο Α22 «έτσι θα με οδηγήσει σε άλλο γιατρό τελικά».

Στην ερώτηση «παρέχεται αποτελεσματικότερη φροντίδα όταν μόνο ο γιατρός αποφασίζει τι πρέπει να συζητηθεί κατά τη διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης και γιατί;» 19 ασθενείς απάντησαν πως όχι ενώ 11 ασθενείς οι Α1, Α4, Α5, Α10, Α14, Α23, Α25, Α26, Α27, Α28, Α30 απάντησαν ότι μπορεί να παρέχεται αποτελεσματικότερη. Από τους 11 συμφωνούντες ο Α3 ανέφερε ότι «ο γιατρός και μόνο ο γιατρός μπορεί και πρέπει να κατευθύνει τη συζήτηση άμα σε κατευθύνει ο άρρωστος κάηκες». Ο Α5 ανέφερε ότι «ναι γιατί είναι το αντικείμενό του και γνωρίζει καλύτερα από εμένα» ενώ ο Α27 είπε ότι «δεν είναι δυνατόν ο ασθενής να συζητάει επιστημονικά», ο Α4 είπε ότι «ο γιατρός θα φροντίσει να μου πει αυτό που χρειάζεται να ακούσω, εγώ θα ακούω μόνο και θα πράττω».

Από τους διαφωνούντες, ο Α19 απάντησε πως «όχι, ούτε καν, εγώ γνωρίζω τι είναι αυτό που θα μου καλύψει τις ανησυχίες τις αγωνίες οφείλει να μου δώσει χρόνο να μιλήσω και εγώ». Ο Α16 ανέφερε το καλό του γιατρού, είπε «αυτός θα βοηθηθεί, πώς θα βρει τη λεπτομέρεια εάν μιλάει μόνος του» ενώ ο Α12 «αποτελεσματική θεραπεία μπορεί να υπάρχει μόνο εάν εκφράζει και ο ασθενής τη γνώμη του». Ο Α18 ανέφερε ότι «ποιος ξέρει τις σκέφτομαι εγώ και τι ο γιατρός για το ίδιο πρόβλημα, αυτό που σκέφτομαι εγώ μπορεί να το θεωρώ χαζό ίσως και σωστό και για το γιατρό να είναι άσχετο ή σοβαρό, πρέπει να μπορώ να μιλήσω και εγώ».

Στο ερώτημα « ένας γιατρός για να θεωρηθεί ικανοποιητικός ως προς τη φροντίδα του θα πρέπει να συμπεριφέρεται στον ασθενή του σαν ίσος προς ίσο» 8 συμμετέχοντες απάντησαν αρνητικά, οι A1, A5, A9, A16, A20, A26, A27, A30. Επιπλέον, 7 απάντησαν «αναλόγως» A2, A11, A12, A14, A21, A23, A28 ενώ οι υπόλοιποι 16 συμμετέχοντες απάντησαν θετικά. Οι 6 που απάντησαν «αναλόγως» διαχώρισαν τη συμπεριφορά του γιατρού από το γνωστικό του αντικείμενο και σύμφωνα με αυτόν το διαχωρισμό, διαχώρισαν και τις απόψεις τους. Από τους διαφωνούντες, ο A30 είπε « όχι ξεκάθαρα υποτίθεται σαν άνθρωπος θα πρέπει εξ αρχής να μου εμπνέει εμπιστοσύνη», ο A26 «όχι έτσι (αν είμαστε ίσοι) χάνει την αξία του», ο A16 ανέφερε πως « όχι δεν ήρθα εδώ με το ιατρικό μου πρόβλημα για να τον δω σαν άνθρωπο άλλο με ενδιαφέρει».

Από αυτούς που απάντησαν θετικά ο A24 είπε «ναι βέβαια έτσι πρέπει γιατί εάν δεν ήμουν εγώ δεν θα είχε δουλειά αυτός βασίζεται από μένα». Ο A13 είπε « επειδή εκείνος σπούδασε εγώ δεν έχω μόρφωση δεν θα με βλέπει σαν άνθρωπο» ενώ ο A25 όπως και ο A23 θέτουν θέμα «εμπιστοσύνης». Ο A25 ανέφερε «εάν ο γιατρός μου φέρεται σαν ίσος προς ίσο, τότε θα μου είναι και απόλυτα έμπιστος». Κάποιοι όπως ο A18 και ο A17 ισχυρίζονται ότι θα αλλάξουν γιατρό εάν δεχτούν άνηση συμπεριφορά ενώ ο A7 και ο A3 θέτουν και το ζήτημα της «αποτελεσματικότητας» της φροντίδας. Ο A7 λέει «ναι από εκεί θα ξεκινήσει η αποτελεσματική θεραπεία» και ο A3 «εάν το κάνει αυτό θα βοηθήσει στην αποτελεσματική ιατρική φροντίδα του». Σχετικά με αυτούς που διαχώρισαν τις απόψεις τους ο A28 είπε «όχι από άποψη γνώσεων και μόνο σαν αξία οι άνθρωποι όλοι ίσοι είμαστε» ενώ ο A14 είπε «στο κοινωνικό κομμάτι ναι, στο ανθρώπινο της συμπεριφοράς, στο επιστημονικό όμως όχι».

Στις 5 ερωτήσεις κλίμακας που ακολουθούν, οι ασθενείς είχαν την δυνατότητα να απαντήσουν βάση κλίμακας από καθόλου ικανοποιητικό – λίγο ικανοποιητικό - αρκετά ικανοποιητικό και πολύ ικανοποιητικό. Στην ερώτηση «πόσο ικανοποιητικό κρίνετε τον γιατρό που πάντα σας δίνει κάθε ευκαιρία να μιλήσετε για τα προβλήματα σας» από τους 30 συμμετέχοντες οι 22 έκριναν «πολύ ικανοποιητικό» ενώ οι 8 «αρκετά ικανοποιητικό».

Στην ερώτηση «πόσο ικανοποιητικό κρίνετε το γιατρό που δεν σας κάνει να νιώθετε βιασύνη όταν είστε μαζί» οι απαντήσεις ήταν ίδιες ενώ το ίδιο ισχύει και για την ερώτηση « πόσο ικανοποιητικό κρίνετε το γιατρό που εξηγεί καθαρά ποιο είναι το πρόβλημά σας πριν σας συνταγογραφήσει τη θεραπεία».

Στην ερώτηση «πόσο ικανοποιητικό κρίνετε το γιατρό που δείχνει πραγματικό ενδιαφέρον για τα προβλήματά σας» και οι 30 συμμετέχοντες έκριναν «πολύ ικανοποιητικό» ενώ στην ερώτηση «πόσο ικανοποιητικό κρίνετε το γιατρό που πάντα ρωτάει για τον τρόπο με τον οποίο η ασθένειά σας επηρεάζει την καθημερινή σας ζωή» 16 συμμετέχοντες έκριναν «αρκετά ικανοποιητικό» ενώ 14 έκριναν «πολύ ικανοποιητικό»

Οι υπόλοιπες τρεις ερωτήσεις ήταν προσανατολισμένες στο δεύτερο ερώτημα της μελέτης και ήταν πάλι ανοιχτού τύπου. Στην ερώτηση «πρέπει ο γιατρός να συζητάει μαζί σας για το θεραπευτικό πλάνο της πάθησής σας πριν το αποφασίσει και γιατί» 27 συμμετέχοντες απάντησαν θετικά, 1 «αναλόγως» και 2 αρνητικά. Στις αρνητικές

απαντήσεις ο A14 είπε «όχι βέβαια δεν πρέπει γιατί εγώ δεν γνωρίζω τι χρειάζομαι δεν έχω τις γνώσεις αυτός έχει τη γνώση» και ο A18 ανέφερε «ο γιατρός είναι αυτός ξέρει, αν ο γιατρός μου ότι θα πάρεις αυτή την αγωγή αυτό θα κάνω, εάν δεν συμφωνώ θα πάω να πάρω δεύτερη γνώμη». Ο A29 απάντησε «αναλόγως» ισχυριζόμενος ότι δεν ξέρει αν πάντα αυτό που θα ακούσει θα του αρέσει ή θα τον τρομάξει και ας κρίνει πρώτα ο γιατρός αν το αντέχει η ψυχολογία του. Από αυτούς που απάντησαν θετικά, τέσσερις ο A21, A7 A11 και A8, ανέφεραν ότι θέλουν να ξέρουν ότι η αγωγή θα ταιριάζει με την καθημερινότητά τους ενώ οι A6 και A7 απάντησαν ότι πρέπει να γνωρίζουν τη θεραπευτική αγωγή από πριν γιατί αυτοί είναι οι άρρωστοι και αυτοί θα πρέπει να την εφαρμόσουν, όχι ο γιατρός. Ενώ πέντε, οι A23, A20, A3, A19 και A10, ανέφεραν τη συζήτηση για το θεραπευτικό πλάνο υποχρεωτική ούτως ώστε να εφαρμοστεί η αγωγή εκ μέρους τους. Ο A10 είπε ότι «μόνο τότε ο ασθενής θα έχει συμμόρφωση στη λήψη της θεραπείας» και ο A20 «βεβαίως μόνο έτσι θα ακολουθήσω τις οδηγίες του γιατρού» και ο A23 «ναι μόνο τότε θα εφαρμόσω σωστά τη θεραπεία». Οι A27 και A24 έθεσαν το ζήτημα της αποτελεσματικότητας της προτεινόμενης θεραπείας. Ο A27 είπε «ναι γιατί έτσι επιτυγχάνεται καλύτερο αποτέλεσμα στη θεραπεία» και ο A24 «ναι γιατί μετά εγώ μπορεί να μην μπορώ να κάνω αυτό που μου λέει και να μη γίνει σωστή η θεραπεία»

Στην ερώτηση «επηρεάζεται η συμμόρφωσή σας στις θεραπευτικές εντολές ενός γιατρού που κατά την επίσκεψή σας νιώσατε ότι δεν ήταν συγκεντρωμένος στην εξιστόρησή σας σχετικά με το πρόβλημά σας και γιατί» 23 συμμετέχοντες απάντησαν θετικά, ότι επηρεάζεται και δεν θα ακολουθήσουν τις θεραπευτικές εντολές, ενώ 7, οι A1, A2, A5, A13, A14, A15 και A21 συμμετέχοντες, απάντησαν αρνητικά, ότι δεν

επηρεάζεται και ως εκ τούτου θα τις ακολουθήσουν. Αρκετά δημοφιλής απάντηση που δόθηκε ανάμεσα σε όσους συμφώνησαν ότι θα επηρεάζονταν από μία τέτοια

συμπεριφορά ήταν ότι όχι μόνο δεν θα συμμορφώνονταν με το θεραπευτικό πλάνο αλλά θα άλλαζαν και γιατρό ή θα αναζητούσαν δεύτερη γνώμη, A6, A7, A8, A19, A22, A23, A27, A29, A30. Σε αυτούς που απάντησαν ότι δεν επηρεάζεται η συμμόρφωση τους στο θεραπευτικό πλάνο, αρκετές φορές αναφέρθηκε η εξειδίκευση και το κύρος του ιατρικού επαγγέλματος ως η αιτία για κάτι τέτοιο.

Στην πρώτη κατηγορία, που απάντησε ότι επηρεάζεται, ο A19 είπε «όχι θα πάω σε ένα άλλο γιατρό δεν θα θεωρήσω καν ότι έχει κλείσει αυτό το ζήτημα για εμένα, δεν συμμορφώνομαι, αμέσως κλείνω άλλο ραντεβού» ενώ ο A7 δήλωσε πως «δεν υπάρχει περίπτωση να ακολουθήσω οδηγίες που δίνονται επιπόλαια και θα ζητήσω δεύτερη άποψη άλλου γιατρού», ο A4 είπε «δεν θα συμμορφωθώ θα φοβηθώ μπορεί αυτά που δίνει να είναι άσχετα για μένα, θα πάω σε άλλο γιατρό» ενώ στη δεύτερη ομάδα ο A5 είπε «πρέπει να κάνω αυτό που λέει ο γιατρός γιατί γνωρίζει καλύτερα από εμένα το τι πρέπει να γίνει ακόμα και αν δεν ήταν συγκεντρωμένος» και ο A15 είπε «είναι γιατρός και ξέρει καλύτερα, αρκετά παραπάνω από εμένα, ναι θα τα πάρω αυτά που θα μου πει».

Τέλος, στην ερώτηση «τι πιστεύετε για την περίπτωση στην οποία κατά την ιατρική σας επίσκεψη ο γιατρός δεν καταφέρει σε καμία χρονική στιγμή να σας μεταδώσει το μήνυμα ότι κατάλαβε με ακρίβεια όσα αισθάνεστε; Είναι σημαντική η συμπεριφορά αυτή του γιατρού για την λήψη των φαρμάκων που σας συνταγογράφησε; ». Εδώ, 26 συμμετέχοντες απάντησαν ότι δεν θα λάβουν τα φάρμακα ενώ οι A12, A13, A15 και

A16 δήλωσαν ότι θα τα λάβουν. Ανάμεσα στην πρώτη ομάδα που δηλώνει ότι δεν θα λάβει τα φάρμακα που προταθήκαν, δημοφιλής απόκριση ήταν ότι δεν θα λάβουν την αγωγή γιατί αμφισβητούν την αποτελεσματικότητα της θεραπείας που τους έχει δοθεί A1, A13, A8, A10, A24, A26, A29. Ιδιαίτερα δημοφιλής ήταν και σε αυτό το ερώτημα η δήλωση ότι σε τέτοια περίπτωση «θα αλλάξω γιατρό» όπως ισχυρίζονται οι A2, A4, A6, A14, A15, A17, A18, A19, A21, A23, A29, A13. Ενώ οι A28, A29 και A22 δήλωσαν και φόβο (ότι θα φοβηθούν να την λάβουν). Ο A7 δήλωσε ότι «θεωρώ πώς είναι ένας γιατρός που δεν πληρεί τις προδιαγραφές μου ώστε να τον εμπιστεύομαι, για μένα αυτό είναι το πιο σημαντικό, τα φάρμακα θα παραμείνουν στο χαρτί γραμμένα». Στην δεύτερη ομάδα που δηλώνει ότι θα λάβει τα προτεινόμενα φάρμακα, ο A16 είπε ότι «θα πάρω τα φάρμακα που θα μου δώσει αλλά στο πίσω μέρος του μυαλού μου θα έχω μία επιφύλαξη» ενώ ο A12 είπε «η ανησυχία αυτή που θα έχω θα με επηρεάσει θα χρειαστεί να επικοινωνήσω ξανά μαζί του και να το διευκρινίσω, αλλά θα το πάρω το φάρμακο πάντως, μάλλον θα τον πάρω τηλέφωνο».

5.3 Συζήτηση Αποτελεσμάτων

Η σχέση ιατρού ασθενούς έχει είναι ιδιαίτερη. Ένα από τα στοιχεία που είναι εξαιρετικά σημαντικό στη σχέση αυτή είναι η μεταξύ τους επικοινωνία. Από την αποτελεσματική μεταξύ τους επικοινωνία μπορεί να επέλθει η αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών και κατ' επέκταση η αποτελεσματικότερη παροχή υπηρεσιών υγείας. Όταν οι γιατροί επικοινωνούν με αποτελεσματικότερες επικοινωνιακές δεξιότητες τότε μπορούν να κατανοήσουν καλύτερα το πρόβλημα του ασθενούς και να προσφέρουν πιο αποτελεσματικές θεραπείες.

Η σωστή επικοινωνία ανάμεσά τους, που λαμβάνει χώρο σε έναν ασθενοκεντρικό περιβάλλον, χρησιμεύει στην κατανόηση της κατάστασης που βιώνει ο ασθενής μέσα όμως από τη δική του προοπτική και «μέσα από τα δικά του μάτια». Ως εκ τούτου τόσο ασθενείς όσο και οι ιατροί λαμβάνουν την μεγίστη ψυχική ικανοποίηση.

Από την έρευνα αυτή φάνηκε ότι η αντιλαμβανόμενη δεξιότητα ενσυναίσθησης του ιατρού στην επικοινωνία ιατρού ασθενή είναι μέγιστης σημασίας για να εξασφαλιστεί η ικανοποίηση του ασθενή και λαμβάνει ουσιαστική επίδραση στη συμμόρφωση του με το θεραπευτικό πλάνο. Οι ερωτήσεις στην παρούσα έρευνα αποσκοπούσαν στη διερεύνηση της επίδρασης των συνιστωσών της ενσυναίσθησης στην ικανοποίηση και στη συμμόρφωση των ασθενών, και πιο συγκεκριμένα των συνιστωσών της εστίασης προσοχής/επικέντρωσης στον ασθενή, της επίδειξης ευαισθησίας του γιατρού, το μοίρασμα της γνώσης του, τη μεταβίβαση του μηνύματος στον ασθενή ότι αυτός κατανοεί με ακρίβεια όσα αυτός αισθάνεται τη δεδομένη στιγμή και την ανάπτυξη κατάλληλων επικοινωνιακών δεξιοτήτων λεκτικών και μη λεκτικών. Είναι σαφές ότι διαφορετικοί ασθενείς εκφράζονταν με διαφορετικό τρόπο για να αναλύσουν ίδια ζητήματα αλλά παρόλα αυτά οι απαντήσεις τους σε όλα τα ερωτήματα συνέπλευσαν πλειοψηφικά προς την ίδια κατεύθυνση αν και εν τέλει υπήρξαν πολλές διαφοροποιήσεις στις απόψεις .

Στην πλειοψηφία τους υποστήριξαν τόσο το πρώτο ερώτημα όσο και το δεύτερο ερώτημα. Αυτά τα ερωτήματα όπως και το τρίτο αφορούσαν στην εστίαση της προσοχής του γιατρού στον ασθενή, την επίδειξη ευαισθησίας του και την ανάπτυξη των κατάλληλων επικοινωνιακών του δεξιοτήτων. Από τις απαντήσεις στο πρώτο και στο δεύτερο ερώτημα όπου είκοσι εννέα συμμετέχοντες και είκοσι τέσσερις

αντίστοιχα, αποδεικνύεται ότι ο ασθενής επιζητά από τον γιατρό του εκτός από τις επαρκείς ιατρικές γνώσεις υπομονετικότητα, ευαισθησία και συμπόνια, όπως έχει ήδη αποδειχθεί και στις μελέτες που προαναφέρθηκαν(Λιονης,2015) (Βαργιάμη και Γούλα,2017) (Coulter and Oldham, 2016). Στο πρώτο ερώτημα, η έννοια της αποτελεσματικότητας της παροχής της φροντίδας υγείας και κατ' επέκταση της ικανοποίησης του ασθενή, χωρίς αυτή να αναφέρεται αυτολεξεί στην ερώτηση, σχεδόν αυτόματα ενώθηκε με την αντιλαμβανόμενη υπομονετική και ευαίσθητη συμπεριφορά του γιατρού. Ο γιατρός που παρουσιάζει υπομονή και ευαισθησία κρίθηκε πιο αποτελεσματικός, όπως και πιο έμπιστος και ασφαλής, σχεδόν από όλους τους συνεντευξιζόμενους.

Στο δεύτερο ερώτημα απορρίφθηκε από την πλειοψηφία των συμμετεχόντων ο ισχυρισμός ότι ο γιατρός αρκεί να είναι μόνο πολύ καλός στη διάγνωση και τη θεραπεία χωρίς ταυτόχρονα να είναι και ευαίσθητος και υπομονετικός απέναντι στον ασθενή. Παρατηρείται και εδώ ότι η αντιλαμβανόμενη αυτή ποιότητα του γιατρού ενώνεται με την αποτελεσματικότητα του. Χαρακτηριστικά, υπάρχει ασθενής που αναφέρει ότι αυτά τα δύο (έκφραση ευαισθησίας και αποτελεσματικότητα του) « είναι αλυσίδα είναι αλληλένδετα και αν σπάσει ο ένας κρίκος θα σπάσει και ο άλλος, δεν γίνεται να υπάρχει το ένα χωρίς το άλλο». Παρόλα αυτά έξι ασθενείς δηλώνουν ικανοποιημένοι από έναν πολύ καλό γιατρό διαγνωστικά και θεραπευτικά, που δεν είναι ταυτόχρονα ευαίσθητος και υπομονετικός. Οι ασθενείς αυτοί είναι νεαρότερης ηλικίας και είναι απόφοιτοι των υψηλότερων βαθμίδων της εκπαίδευσης, του Λυκείου και του Πανεπιστημίου. Ο σεβασμός στις γνώσεις άλλων απόφοιτων καθώς και η ηλικία τους μπορεί να συνεπάγονται μικρότερη εμπειρία σε ιατρικές

επισκέψεις, περιορισμένη επαφή με διαφορετικούς γιατρούς και να επηρεάζουν την κρίση τους.

Όπως είναι φανερό από τις απαντήσεις στην τρίτη ερώτηση για να είναι ικανοποιημένοι οι ασθενείς απαιτούν τη συγκέντρωση του γιατρού στις παρατηρήσεις τους και στη γνώμη τους. Από τις απαντήσεις στην τέταρτη ερώτηση, φαίνεται ότι το μοίρασμα γνώσης και χρόνου είναι απαραίτητο για να είναι ο ασθενής ικανοποιημένος, ο γιατρός σεβαστός από τον ασθενή του αλλά και να θεωρηθεί αποτελεσματικότερη η φροντίδα του. Αποδείχτηκε και εδώ η καταλυτική επίδραση της χρήσης των ορθών επικοινωνιακών δεξιοτήτων, τόσο των λεκτικών όσο και των μη λεκτικών. Η έλλειψη δεξιοτήτων ακρόασης του ιατρού που αντιλαμβάνονταν ότι δεν έδειχνε ενσυναίσθηση, είχε ως αποτέλεσμα οι ασθενείς να αναφέρουν χαμηλή ικανοποίηση από τον γιατρό, όπως και αυτό είχε αποδειχθεί σε προγενέστερες μελέτες που αναφέρθηκαν (Pollak et al, 2011). Από τις αποκρίσεις στην τρίτη ερώτηση είναι εμφανές ότι η αντιλαμβανόμενη συγκέντρωση του γιατρού πάνω στον ασθενή ενώνεται με την αποτελεσματικότητα του που είναι αυτή που φέρνει εν τέλη την ικανοποίηση στον ασθενή. Μόνο ένας ασθενής δηλώνει το αντίθετο. Κάποιοι ασθενείς δηλώνουν ότι ο γιατρός είναι υποχρεωμένος να είναι συγκεντρωμένος στις παρατηρήσεις τους και μόνο έτσι θα κριθεί ικανοποιητικός ενώ άλλοι δηλώνουν ότι όχι μόνο είναι υποχρεωμένος αλλά θα αλλάξουν και γιατρό στην αντίθετη περίπτωση.

Ωστόσο στην τέταρτη ερώτηση, που μαζί με την πέμπτη αφορούν κυρίως στο μοίρασμα γνώσης και χρήση κατάλληλων επικοινωνιακών δεξιοτήτων, όπου οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν αν μόνο ο γιατρός πρέπει να αποφασίζει τι θα συζητηθεί

κατά τη διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης τα αποτελέσματα δεν ήταν τόσο άνισα.

Καθώς εδώ δέκα εννέα συμμετέχοντες δήλωσαν όχι, αλλά έντεκα δήλωσαν ναι. Άρα αυτός ο παράγοντας, του ποιος αποφασίζει τι πρέπει να συζητηθεί, δεν κρίνεται ως ιδιαίτερα σημαντικός για να επηρεαστεί η ικανοποίηση του ασθενή. Έντεκα ασθενείς μένουν ικανοποιημένοι από τη φροντίδα ενός γιατρού που κατεξοχήν αποφασίζει τι θα συζητηθεί στη διάρκεια της επίσκεψης καθώς πιστεύουν ότι αυτή είναι η σωστή πρακτική γιατί «αυτός γνωρίζει περισσότερα» «αυτός είναι ο επιστήμονας».

Από τις απαντήσεις στο 5ο ερώτημα φάνηκε ότι ο παράγοντας της αντιλαμβανόμενης ίσης μεταχείρισης, εκ μέρους του γιατρού και απέναντι στον ασθενή του (και το πώς αυτός επηρεάζει την ικανοποίηση του ασθενή) φέρνει ακόμη πιο διαφοροποιημένα αποτελέσματα. Οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν εάν ένας γιατρός για να θεωρηθεί ικανοποιητικός ως προς τη φροντίδα του, θα πρέπει να συμπεριφέρεται στον ασθενή του σαν ίσος προς ίσο. Οι 16 απάντησαν θετικά ενώ οι υπόλοιποι ή διαχώρισαν την ανθρώπινη φύση από την επιστημονική ιδιότητα του γιατρού ή απάντησαν αρνητικά. Όλοι όσοι έκαναν διαχωρισμό είπαν πώς οπωσδήποτε ο γιατρός και ο ασθενής δεν γίνεται να είναι ίσοι και να συμπεριφέρονται έτσι, εφόσον ο γιατρός έχει γνώσεις και εμπειρία που ο ασθενής δεν έχει, αλλά ήταν απόλυτοι για την ανάγκη του γιατρού να είναι ανθρώπινος και να θεωρεί τον εαυτό του άνθρωπο ίσο με ίδια αξία όπως και αυτοί. Ισχυρίζονται ότι ως τέτοιος οφείλει να τροποποιεί τη συμπεριφορά του ανάλογα με το κοινωνικό-οικονομικό-γνωστικό επίπεδο του ασθενή. Άρα για να δηλώσουν οι ασθενείς ικανοποιημένοι, επιβάλλεται ο γιατρός να προσαρμόζει κατάλληλα τις επικοινωνιακές του δεξιότητες απέναντι τους. Παρόλα αυτά υπήρχαν και 8 συμμετέχοντες που ανέφεραν ότι δεν χρειάζεται αυτή η τροποποίηση καθώς ο γιατρός «ξέρει περισσότερα και είναι πιο πάνω» από αυτούς.

Από τις απαντήσεις στα επόμενα ερωτήματα που αφορούσαν στην εκδήλωση (εκ μέρους του γιατρού) των προαναφερθέντων συνιστωσών της ενσυναίσθησης και την παράλληλη συμμόρφωση των ασθενών με το θεραπευτικό πλάνο και τη θεραπευτική αγωγή που δόθηκε από αυτόν, υποστηρίζονται ευρήματα από προϋπάρχουσες μελέτες που επίσης καταγράφουν αυτές τις επιπτώσεις. Καθώς και εδώ η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων της έρευνας δήλωσε ότι δεν θα συμμορφωθεί με τις θεραπευτικές κατευθύνσεις ενός ιατρού που αντιλαμβάνεται ότι δεν ήταν συγκεντρωμένος, δεν τους έκανε να κατανοήσουν ότι τους κατάλαβε, και που δεν συζήτησε μαζί τους το θεραπευτικό πλάνο (DiMatteo and Martin, 2011). Πρωτίστως είναι εμφανές ότι η σχεδόν απόλυτη πλειοψηφία των συμμετεχόντων πιστεύει πως ο γιατρός πρέπει να συζητάει μαζί τους το θεραπευτικό πλάνο της πάθησης τους, ενώ δυο απάντησαν ότι δεν πρέπει. Οι λόγοι που αναφέρονται διαφέρουν, κυριαρχούν όμως ο λόγος του κάλλιστου αποτελέσματος ή της πιο αποτελεσματικής κατάληξης της θεραπείας και η παράμετρος της καθημερινότητας του ασθενή, στην οποία μέσα πρέπει να ενταχθεί το θεραπευτικό πλάνο. Σε κάποιες περιπτώσεις αναφέρθηκαν και ψυχολογικοί λόγοι για τους οποίους ο γιατρός επιβάλλεται να συζητάει το θεραπευτικό πλάνο και κυρίως για να μετριαστεί ο φόβος και το άγχος που μπορεί να έχει ο ασθενής εξαιτίας της θεραπείας αυτής. Ενώ κάποιοι συμμετέχοντες δήλωσαν ότι αποζητούν αυτή τη συζήτηση για να αναφερθούν οι τυχούσες παρενέργειες της θεραπείας.

Εφόσον η συζήτηση του θεραπευτικού πλάνου φάνηκε ότι ήταν μείζονος σημασίας για τους ασθενείς δεν εκπλήσσουν τα ευρήματα του επόμενου ερωτήματος. Ερευνούσε το πόσο επηρεάζεται η συμμόρφωση των ασθενών στις θεραπευτικές

εντολές ενός γιατρού που κατά την επίσκεψή τους ένιωσαν ότι δεν παρουσίαζε τις συνιστώσες της επικέντρωσης της προσοχής στον ασθενή, και κατ' επέκταση της επίδειξης ευαισθησίας και της μεταβίβασης του μηνύματος ότι κατανοεί με ακρίβεια όσα αυτός αισθάνεται τη δεδομένη στιγμή. Εδώ φαίνεται ότι όταν οι ασθενείς αντιλαμβάνονται τον γιατρό ως μη συγκεντρωμένο στην εξιστόρηση τους σχετικά με το πρόβλημά τους, τότε δεν δηλώνουν ικανοποιημένοι από αυτόν και υποστηρίζουν ότι δεν θα συμμορφωθούν με τις θεραπευτικές εντολές του. Για μία ακόμα φορά τίθεται και το θέμα της αποτελεσματικότητας του γιατρού και ερωτηματικά περί της καταλληλότητας της θεραπείας, της σωστής διάγνωσης ή της αποδοτικής θεραπείας.

Τα ευρήματα του τελευταίου ερωτήματος εάν δηλαδή επηρεάζεται η θέληση των συμμετεχόντων να λάβουν φάρμακα που τους συνταγογράφησε ένας γιατρός όταν κατά την επίσκεψη τους δεν κατάφερε να μεταβιβάσει το μήνυμα ότι κατανόησε αυτούς και την κατάστασή τους πλήρως, δείχνουν ότι 26 συμμετέχοντες απάντησαν πώς επηρεάζεται πολύ και για το λόγο αυτό δεν θα λάβουν τα φάρμακα που τους συνταγογράφησε. Ως αιτιολογικοί παράγοντες επικράτησαν η καταλληλότητα των φαρμάκων ως προς το πρόβλημά τους αλλά και η γενικότερη αποτελεσματικότητα του γιατρού ως προς τη διάγνωση του. Κυρίαρχη επίπτωση μιας τέτοιας συμπεριφοράς είναι η αλλαγή γιατρού που αναφέρθηκε από 13 συμμετέχοντες αλλά και η παύση της θεραπείας αν δεν επέλθουν άμεσα αποτελέσματα ή και η καθόλου λήψη θεραπείας καθώς « τα φάρμακα θα μείνουν γραμμένα στο χαρτί».

Συμπερασματικά, για μία ακόμα φορά η εκδήλωση ενσυναίσθησης εκ μέρους του γιατρού φαίνεται να είναι παράγοντας που επηρεάζει τόσο την ικανοποίηση των ασθενών όσο και την συμμόρφωση στο θεραπευτικό πλάνο. Σαφέστατα οι ασθενείς

κρίνουν αυτό που αντιλαμβάνονται ως ενσυναισθητική συμπεριφορά από τον γιατρό που μπορεί να είναι μία αληθινή εικόνα της πραγματικότητας αλλά μπορεί και όχι. Παρόλα αυτά οι γενικότερες γνώμες συγκλίνουν προς αυτή την κατεύθυνση. Είναι ενδιαφέρον ότι υπήρχαν διαφοροποιήσεις οι οποίες ίσως σε ένα μεγαλύτερο δείγμα συμμετεχόντων ή με συμμετέχοντες σε άλλες συνθήκες, μπορεί να γίνουν και περισσότερες. Πέρα από την ικανοποίηση και τη συμμόρφωση των ασθενών, άλλες κυρίαρχες επιπτώσεις της παρουσίας ή μη των κατάλληλων επικοινωνιακών δεξιοτήτων, είναι η κρίση του γιατρού ως ανεπαρκή, η απώλεια ασθενών καθώς πολλοί αναφέρουν ότι στις περισσότερες περιπτώσεις θα άλλαζαν γιατρό αλλά και να μην ακολουθηθεί καμία θεραπεία από τον ασθενή.

5.4 Προτάσεις

Όσον αφορά στην ίδια την έρευνα, ήταν προφανές με μία λεπτομερή ανασκόπηση των υπαρχουσών μελετών ότι χρειάζεται να γίνουν περισσότερες ποιοτικές μελέτες που να αφορούν στον τομέα τόσο της σχέσης του ιατρού με τον ασθενή, όσο και της επικοινωνίας που αναπτύσσεται στη σχέση αυτή. Είναι οξύμωρο ότι ενώ υπάρχουν πολλά ερευνητικά δεδομένα στον τομέα αυτό που να αναλύουν τα ζητήματα αυτά βρέθηκε πολύ περιορισμένος αριθμός ευρημάτων ποιοτικής έρευνας. Θα ήταν ορθό για ένα τόσο πολύπλοκο και πολυδιάστατο θέμα όπως είναι η επικοινωνία, να δοθεί χρόνος και βήμα να ακουστούν οι απόψεις των ασθενών που ξεφεύγουν από τις τετριμμένες δηλώσεις και συμπληρώσεις των ερωτηματολογίων. Έτσι θα προσεγγιστούν άνθρωποι από όλα τα εκπαιδευτικά και κοινωνικά στρώματα. Ακόμα και αυτοί που δεν διαθέτουν πρόσβαση στην τεχνολογία, σε υπολογιστή ή ταμπλέτα

και αυτοί που δεν γνωρίζουν αναγνωστικές δεξιότητες. Θα τους δοθεί η ευκαιρία να εκφράσουν την άποψή τους για ένα θέμα που αφορά όλους.

Επίσης η διεξαγωγή των παραπάνω ερευνών θα ήταν σκόπιμο να συνεχιστεί σε δημόσιες δομές παροχής υπηρεσιών φροντίδας, έτσι ώστε να διασφαλιστεί ότι θα βρεθούν και ασθενείς που δεν διαθέτουν την αποζημίωση της ιδιωτικής ιατρικής επίσκεψης. Τέλος, θα ήταν σκόπιμο να διερευνηθούν μεγαλύτερα δείγματα ασθενών και ασθενών σε διαφορετικές συνθήκες που θα εκθέτουν τις απόψεις τους σχετικά π.χ. με τις επισκέψεις σε ιδιώτες γιατρούς σε αντιπαράθεση με επισκέψεις σε ιατρούς των δημόσιων δομών.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

Ελληνόγλωσσες

Αλαμανιώτη Κ και Λάμπρου Γ (2020) Επικοινωνία ασθενούς και ιατρονοσηλευτικού προσωπικού κατά την ακτινοδιαγνωστική διαδικασία. Σκελετική Υγεία, τόμος 19^{ος}, Τευχος 4^ο, Οκτώβριος- Δεκέμβριος 2020

Βαργιάμη Μ και Γούλα Μ (2017) Η σχέση ιατρού- ασθενούς. Health and Research Journal 3, 2, 103-11

Βένιου Α και Τεντολούρης Ν (2013) Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία ιατρού-ασθενή. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2013, 30(5): 613- 618

Ζορμπάς Μ (2015) Η διαπροσωπική επικοινωνία σε οικογενειακή και επαγγελματική ζωή και ο ρόλος της συμβουλευτικής. Α.Σ.ΠΑΙ.ΤΕ

Καφέτσος Κ και Βούζας Φ (2007) « Χαρτογράφηση του Επιστημονικού Χώρου του Γυναίκειου Ερευνητικού Δυναμικού» ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΤΕΚΜΗΡΙΩΣΗΣ

Κιοσσές Β(2017) Η ενσυναίσθηση στη σχέση γιατρού ασθενή. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, διδακτορική διατριβή.

Κολόκα Τ (2019) Σχέσεις και μοντέλα επικοινωνίας ιατρών-ασθενών. Μέτρηση Αντιλήψεων- Πεποιθήσεων Ασθενοκεντρικής Επικοινωνίας. ΕΑΠ

Κουτσοσήμου Μέλπω (2003) Κατασκευή ερωτηματολογίου για τη μέτρηση της σχέσης ιατρού-ασθενή. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, διδακτορική διατριβή

Λιονής Χ κ.α (2015) Η σχέση ιατρού ασθενή σε έναν μεταβαλλόμενο κόσμο. Κάλλιπος, Ανοιχτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις

Μινακη Π, Σαμολή Ε, Θεοδώρου Μ(2013) Παράπονα ασθενών σε 3 δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα, ποιος ενδιαφέρεται για αυτά; Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 2013, 30:67-78

Τσιάντου Δ (2011) Ικανότητα ενσυναίσθησης των φοιτητών της οδοντιατρικής κατά την διάρκεια των σπουδών τους. ΑΠΘ

Τσιμτσίου Ζ (2008) Σχέση και επικοινωνία ιατρού ασθενή καταγραφή αντιλήψεων και προσδοκιών σε δείγμα ιατρών και ασθενών. ΑΠΘ

Ξενόγλωσσες

Asemah E and Omosotomhe S (2022) Fundamentals of Interpersonal Communication. Nigeria: Matkol Press

Barry M and Edgman-Levitan S (2012) Shared decision making – pimmade of patient centered care. New England J of Med, 2012, 366(9), 780-781

Bastide R(1972) The Sociology of Mental Disorders. Routledge and Kegan Paul: London

Becker V and Hunziker S (2019) The importance of commun between physicians and patients. Ther Umsch, 2019;76 (5):231 -238

Berman A C and Chutka D S (2016) Assessing effective physician-patient communication skills, are you listening to me do doc? Korean J Med Edu, 2016, Jun;28(2): 243-249

Bloor M and Horobin G (1975) Conflict and conflict resolution in doctor patient intereaction. In Cox C, Mead A, Asociology of Med Prac. London: Mc Millan

Braun V and Clarke V(2006) Using thematic analysis in psychology.QRP, 3(2) p.77-101

Bredart A , Bouleuc C, Dolbeaults (2005) Doctor-Patient communication and satisfaction with care in oncology. Curr Opin Oncol. 2005;17(14):351

Brian W (2020) How physician body language can affect patient interactions.Wolten Kluer, [https:// www.wolterkluer.com](https://www.wolterkluer.com)

Claims R X(2018) Empathy benefits both physician and patients: Case studies and best practices. ClaimsRDirectory

Cloninger et al (2014) A time for action on health inequities, foundations of the 2014 Geneva Declaration on person and people centered integrated health care for all care for all. International Journal Pers Cent Med, 2014; 4(2):68-89

Cocksedge et al (2013) Touch in primary care consultations: qualitative investigation. The British Journal of General Practice, Vol 63, 609, 283-290

Colliver JA, Willis MS, Robbs RS, Cohen D S (1998) Assessment of empathy in a standardized patient examination. Teaching and Learning in Medicine, 10 (1) 8-11

Coolican H (2024) Research Methods and Statistics in Psychology, 8th ed. London: Routledge

Coulter A and Oldham J (2016) Patient – Centered care what is it and how do we get there? Future Hospital Journal, 2016, Vol 13, No2:114-116

Davis L E, King M K, Wayne S J, Kalishman S G (2012) Evaluating medical student communication/ professionalism skills from a patient's perspective. Front Neurol, 2012, 3:98

Decety J and Cowell J M (2014) Friends of foes: is empathy necessary for moral behavior? Perspect. Psychol. Sc. 9, 527-537

Decety J and Fotopoulou A (2015) Why empathy has a beneficial impact on others in medicine. Front Beh Neurosci, 2015, Vol 8 -2014

Denny E and Weckesser A (2022) How to do qualitative research?: Qualitative Research Methods. Brit J O G, 2022, Jun; 129(7):1966 - 1167

DiMatteo M and Martin L (2011) Health Psychology. London: Pearson Education

Duffy F D, Gordon G H, Whelan G (2004) Assessing competence in a communication and interpersonal skills: the Kalamazoo ii report. Aca Med. 2004;79(6): 495 – 507

Eby D (2018) Empathy in general practice: its meaning for patients and doctors. Br J Gen Prac, 2018, 68 (674) : 412 – 413

Eikland et al (2014) The physician's role and empathy – a qualitative study of third year medical students. BME Med Eval, 14, 15, 165

Epstein R and Street R (2011) The values and value of patient centered care. Ann Fam Med, 2011. Mar, 9(2): 100-103

Eisenberg A M (1992) Doctor – Patient eye contact. Dyn Chiro, Artic 43000

Freidson E (1970) Profession of medicine. New York: Dodd Mead and C.

Gillam S (2008) Is the Declaration of Alma Ata still relevant? B M J, 2008;336 (7643):536 – 8

Gorawara R and Cook M (2011) Eye contact in patient centered communication. Patient education and counseling, 82(3), 442-447

Hall J (2001) Social Psychology of non verbal communication. Intern Ency of the Social and Behav Sci, 2001: 10702 -10706

Hall J and Roter D(2002) Do patients talk differently to male and female physicians ? A meta – analytic review. Patient Edu Couns, 2002, 48: 217 -24,

Howick J, Moscrop A, Mebius A, Fanshawe T R (2018) Effects of empathic and positive com. A systematic review and meta-analysis. Jour Roy Soc Med, 2018, Vol 111 (7) 240 – 252

Hojat M G, Joseph S, Nasca T (2002) Physician empathy and relation to gender and specialty. American Journal of Psych, 159, 1563 – 1569

Huntington B and Kuhn N (2003) Commun gaffes: a root cause of malpractice claims. Proc Bay Uni Med Cent. 2003 April; 16 (2):157 – 161

Johnson T (2019) The importance of Physician-Patient Relationshipw, communivation and Trust in Health Care

Koos EL (1954) The health of Regioville; What the people thought and did about it. Columbia Uni Press.

Kurz S, Silverman J, Draper (2005) Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. Health Expec, 2005 Dec;8(4): 363 -365

Laferton J A, Kube T, Salzmann S, Auer C J (2017) Patients' expectations regarding medical treatment: A Critical Review of Concepts and their assessment. Front Psychol, 2017, Feb (21) 8;233

Levinson W, Lesser C S, Epstein R M (2010) Developing physician communication skills for patient – centered care. Health Aff (Millwood), 2010; 29: 1310 – 1318

Makoul G (2001) Essential Elements of Communication in Medical Encounters, the Kalamazoo Consensus Statement, J Assoc of Ame Med Col, 76 (4): 390 -393

Mast MS et al (2008) Physician gender affects how physician's non verbal behavior s related to patient satisfaction. Med Vare, Vol 46, 12, 1212 -1218

McCall L (2024) Qualitative Research: Characteristics, Design, Methods and Examples. Research Methodology. Simply Psychology

McLean S (2003) The basics of interpersonal communication. Boston: Allyn Bacon

Mercer S W, Maxwell M, Heaney D, Watt g (2004) The consultation and relational empathy measure (CARE) development and preliminary validation. Fam Pract, 2004 Dec; 21 (6) 699 – 705

New England Journal of Med (2017) What is patient centered care? NEJMCatalyst

Osmun W E et al(2000) Patients' attitudes to comforting touch in family practice. Canadian Family Physician, Vol 46, 2411-2416

Pearson J and Nelson P (2000) An introduction to human communication: understanding and sharing. Boston: Mc Graw Hill

Peck M (2011) Age related differences in Doctor Patient Interaction and patient satisfaction, current gerontology and geriatrics research. Vol 2011, Artic ID 137492, 10 p

Pierette R (2023) The four attributes of Empathy. Clinic of Ap Psych
<https://cpamoncton.va/>

Platt F W and Keating K N (2007) Differences in physician's and patient's perceptions of uncomplicated U T I symptom severity. Int J Clin Prac, 2007 Feb;61 (2)

Pollak K L, Tulsy JA, Lyna P, Coffman C J (2011) Physician empathy and listening. J Am Board Fam Med, 2011 Nov-Dec; 24(6) 655 -72

Rifkin S (2018) Alma Ata after 40 years: Primary Health Care and Health for all. BMJ Glob Hea, 2018;3

Rocci A and Saussure L (2016) Verbal Communication. Berlin:Walter de Gruyter

Rosen A M (2019) Effective Research Methods for Any Project. Chantilly,Vi: The Green Courses

Roter D (1984) Patient question asking in physician-patient interaction. Health Psychology

Roter D and Hall J (1992) Improving Communication in medical visits. London: Auburn House Pub

Roter et al (1997) Communication patterns or primary care physicians, JAMA, 1997, Jan;277(4):350 – 6

Stavropoulou C (2011) Non adherence to medication and doctor patient relationship: Evidence from a European Survey, Patient Educ Couns, 83, 7-13

Schmidt A (2007) On the importance of non verbal com in medical visits. London: Auburn House Pub

Schrooten I and deJong M D (2017) The role of healthcare providers's empathic and communication competencies in clients' satisfaction with consultations. Health Com, 2017 Jan; 32(1): 111 -118

Stepanikova I et al (2011) Non verbal communication between primary care physician and older patients: How does race matter? J Gen Intern Med, 27(5), 576-581

Stewart et al (2000) The impact of patient – centered care on outcomes. J Fam Pract, 2000, Sep; 49 (9): 796 -804

Stewart M A (1995) Effective physician – patient communication and health outcomes: a review CMAJ 1995; 152(9):1423 -1433z

Studer Group (2023) AIDED Patient Communication. <https://www.acoc.org/>

Szasz T S and Hollender M H (1956) A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor – patient relationship. AMA, Arch Intern Med, 1956, 95:585 -592

Tarrant C, Windridge K, Boulton M (2003) Qualitative study of the meaning of personal care in general practice, BMJ, 2003; 326:1310

Terra J (2023) What is interpersonal communication skills? Online training course, SimpliIRan

Von Bultzingslowen I, Eliasson G, Saunmaki A (2006) Patients' views on interpersonal continuity in primary care. Fam Pract, 2006;23(2): 210 -219

Wang Y et al (2022) The effects of physicians' communication and empathy ability on physician – patient relationship from physicians' and patients' perspectives. J Clin Psych Med Settings, 2022, 29 (4): 849 -860

Zolnierek K B and DiMatteo M(2009) Physician communication and patient adherence to treatment. A meta – analysis. Med Care,47, 826 -834

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Στο γενικό νοσοκομείο Αιγίου που βρεθήκατε σήμερα, διεξάγεται μία έρευνα με συλλογή στοιχείων από ασθενείς που αναζητούν εδώ θεραπευτική αγωγή για την πάθησή τους. Η έρευνα αυτή αφορά την επικοινωνία ιατρού και ασθενή.

Με τη σύμφωνη γνώμη σας θα ήθελα να σας παρακαλέσω για την συμμετοχή σας σε μια συνέντευξη μαζί μου όπου θα σας υποβάλλω σε κάποιες ερωτήσεις. Στόχος των ερωτήσεων αυτών είναι να καταγράφουν οι προσδοκίες σας σχετικά με την επικοινωνία σας με τον γιατρό σας. Κατά την διάρκεια της συνέντευξης θα καταγράφονται οι απόψεις σας και με την ολοκλήρωση της θα αναλυθούν για να διεξαχθούν συμπεράσματα. Καθόλη την διάρκεια των διεργασιών θα εξασφαλιστεί το απόρρητο των δεδομένων σας και η ανωνυμία σας με την καταγραφή μόνο των αρχικών του ονοματεπώνυμου σας και την αντικατάσταση του με έναν αύξοντα αριθμό.

Η συμμετοχή σας στην έρευνα αυτή είναι προαιρετική. Εάν δέχεστε να συμμετάσχετε παρακαλώ να διαβάσετε και να υπογράψετε το παρακάτω έντυπο.

Σας ευχαριστώ θερμά.

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

« Ανάλυση αντιλήψεων δείγματος ασθενών σχετικά με την επικοινωνία ιατρού - ασθενή »

Δηλώνω ότι έχω διαβάσει το ενημερωτικό φυλλάδιο	ΝΑΙ / ΟΧΙ
Μου επιτράπη να υποβάλλω ερωτήσεις και έλαβα όλες τις πληροφορίες που χρειάζομαι σχετικά με την έρευνα	ΝΑΙ / ΟΧΙ
Γνωρίζω ότι η ερευνήτρια θα διαχειριστεί όλες τις προσωπικές πληροφορίες μου ως αυστηρά εμπιστευτικές	ΝΑΙ / ΟΧΙ
Δηλώνω ότι δέχομαι να λάβω μέρος σε αυτήν την έρευνα	ΝΑΙ / ΟΧΙ
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	
ΥΠΟΓΡΑΦΗ	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

« Ανάλυση αντιλήψεων δείγματος ασθενών σχετικά με την επικοινωνία ιατρού – ασθενή»

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΗ

1.Φύλο: Γυναίκα/ Θ ☐ Άνδρας/Α ☐

2.Ηλικία:

3.Επαγγελματικός χώρος /Επάγγελμα:

4.Τίτλοι σπουδών/ Επίπεδο εκπαίδευσης :Καμία☐ Δημοτικό ☐ Γυμνάσιο☐
Λύκειο☐ΑΕΙ/ΤΕΙ ☐

5.Οικογενειακή κατάσταση και παιδιά: Έγγαμος/η☐ Άγαμος/η☐

Διαζευγμένος/η ☐

Χήρος/α ☐ Παιδιά Ναι ☐ Παιδιά Όχι ☐

6.Καταγωγή/Κατοικία: Μεγάλο αστικό κέντρο☐ Επαρχιακή πόλη ☐ Χωριό☐

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Πόσο σημαντικό είναι ο γιατρός που επισκέπτεστε να είναι υπομονετικός και ευαίσθητος απέναντι σε εσάς και στο πρόβλημά σας; Γιατί ;

2. Τι πιστεύετε για τον ισχυρισμό ότι «όταν ένας γιατρός είναι πολύ καλός στη διάγνωση και τη θεραπεία που προσφέρει δεν χρειάζεται ταυτόχρονα να είναι και ευαίσθητος και υπομονετικός απέναντι στον ασθενή».

3. Είναι περισσότερο ή λιγότερο ικανοποιητική η φροντίδα του γιατρού όταν κατά την επίσκεψή σας αυτός δεν είναι συγκεντρωμένος στις παρατηρήσεις και στη γνώμη σας σχετικά με το πρόβλημά σας ; Γιατί ;

4. Παρέχεται αποτελεσματικότερη φροντίδα όταν μόνο ο ιατρός αποφασίζει τι πρέπει να συζητηθεί κατά τη διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης ; Γιατί;

5. Ένας γιατρός για να θεωρηθεί ικανοποιητικός ως προς τη φροντίδα του θα πρέπει να

συμπεριφέρεται στον ασθενή του σαν ίσος προς ίσος;

6. Πόσο ικανοποιητικό κρίνετε τον γιατρό που πάντα σας δίνει κάθε ευκαιρία να μιλήσετε για τα προβλήματά σας;

Καθόλου ικανοποιητικό

Λίγο ικανοποιητικό

Αρκετά ικανοποιητικό

Πολύ ικανοποιητικό

7. Πόσο ικανοποιητικό κρίνετε τον γιατρό που δεν σας κάνει να νιώθετε βιασύνη όταν είστε μαζί;

Καθόλου ικανοποιητικό

Λίγο ικανοποιητικό

Αρκετά ικανοποιητικό

Πολύ ικανοποιητικό

8. Πόσο ικανοποιητικό κρίνετε τον γιατρό που εξηγεί καθαρά ποιο είναι το πρόβλημα σας πριν σας συνταγογραφήσει την θεραπεία ;

Καθόλου ικανοποιητικό

Λίγο ικανοποιητικό

Αρκετά ικανοποιητικό

Πολύ ικανοποιητικό

9. Πόσο ικανοποιητικό κρίνετε τον γιατρό που δείχνει πραγματικό ενδιαφέρον για τα προβλήματα σας ;

Καθόλου ικανοποιητικό

Λίγο ικανοποιητικό

Αρκετά ικανοποιητικό

Πολύ ικανοποιητικό

10. Πόσο ικανοποιητικό κρίνετε τον γιατρό που πάντα ρωτάει για τον τρόπο με τον οποίο η ασθένειά σας επηρεάζει την καθημερινή σας ζωή;

Καθόλου ικανοποιητικό

Λίγο ικανοποιητικό

Αρκετά ικανοποιητικό

Πολύ ικανοποιητικό

11. Πρέπει ο γιατρός να συζητάει μαζί σας για το θεραπευτικό πλάνο της πάθησης σας πριν το αποφασίσει; Γιατί;

12. Επηρεάζεται η συμμόρφωση σας στις θεραπευτικές εντολές ενός γιατρού που κατά την επίσκεψή σας νιώσατε ότι δεν ήταν συγκεντρωμένος στην εξιστόρησή σας σχετικά με το πρόβλημά σας; Γιατί;

13. Τι πιστεύετε για την περίπτωση στην οποία κατά την ιατρική σας επίσκεψη ο γιατρός δεν καταφέρει σε καμία χρονική στιγμή να σας μεταδώσει το μήνυμα ότι κατάλαβε με ακρίβεια όσα αισθάνεστε ; Είναι σημαντική η συμπεριφορά αυτή του γιατρού για την λήψη των φαρμάκων που σας συνταγογράφησε;