

Σχέση Ιατρού-Ασθενή

Θεωρητική και Πρακτική Προσέγγιση

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ



Χρήστου Λιονή και Ελένης Πιτέλου

Οκτώβριος 2015



Ευρωπαϊκή Ένωση
Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο



ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑ ΒΙΟΥ ΜΑΘΗΣΗ
επένδυση στην κοινωνία της γνώσης

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ
ΕΙΔΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ

Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης



ΕΣΠΑ
2007-2013
Πρόγραμμα για τις ελίτες
ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ



Ελληνικά Ακαδημαϊκά Ηλεκτρονικά
Συγγράμματα και Βοηθήματα

www.kallipos.gr

HEALLINK

Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών



Σχέση Ιατρού - Ασθενή

Συγγραφή

Χρήστος Λιονής

Έλενα Πιτέλου

Ελίζα Ιατράκη

Γαβριέλλα Ασπράκη

Νίκος Γεωργιάννος

Νίκος Ραζής

Αριστείδης-Δημήτρης Αλεξιάδης

Αδελαΐς Μαρκάκη

Κριτικός αναγνώστης

Αθηνά Τατσιώνη

Συντελεστές έκδοσης

Γλωσσική Επιμέλεια: Ιωάννα Κατσέλη

Γραφιστική Επιμέλεια: Βασίλης Τσαγκαράκης

Τεχνική Επεξεργασία: Νίκος Παναγιωτάκης

ISBN: 978-960-603-131-1

Copyright © ΣΕΑΒ, 2015



Το παρόν έργο αδειοδοτείται υπό τους όρους της άδειας Creative Commons Αναφορά Δημιουργού - Μη Εμπορική Χρήση - Όχι Παράγωγα Έργα 3.0. Για να δείτε ένα αντίγραφο της άδειας αυτής επισκεφτείτε τον ιστότοπο <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/gr/>

ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΩΝ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΩΝ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΩΝ

Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο

Ηρώων Πολυτεχνείου 9, 15780 Ζωγράφου

www.kallipos.gr

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ

A

Activity-passivity model: Μοντέλο ενεργητικότητας - παθητικότητας

Attitude: Στάση

B

Belief: Πεποίθηση

C

Case of disease: Περίπτωση νοσήματος

Care pathway: οδός φροντίδας ΚΜ

Care protocol: Πρωτόκολλο φροντίδας

Chronic care model: Μοντέλο Χρόνιας Φροντίδας

Clinical guidelines: Κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες

Compassionate care: Προσφορά φροντίδας με βάση τη συμπόνια

Compassion: Συμπόνια

Competence: Ικανότητα

Content: Περιεχόμενο

Counseling: Συμβουλευτική

Convention on human rights and biomedicine: Σύμβαση του συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και τη βιοϊατρική

Critique sheet: Φύλλο κριτικής

Culture: Πολιτισμός, κουλτούρα

D

Disease: Νόσος, νόσημα

Disease management: Διαχείριση νοσημάτων

Doctor's interpersonal skills questionnaire: Ερωτηματολόγιο διαπροσωπικών δεξιοτήτων των ιατρών

E

Electronic patient record: Ηλεκτρονικός φάκελος ασθενή

electronic patient records system: Ηλεκτρονικό σύστημα καταγραφής ασθενών

Electronic health record: Ηλεκτρονικός φάκελος υγείας

Empathy: Ενσυναίσθηση

Enmeshment: Συναισθηματική συμμετοχή

European General Practice Research Network: Ευρωπαϊκό Δίκτυο Έρευνας στη Γενική Ιατρική

European convention for the protection of human rights and fundamental freedoms: Ευρωπαϊκή σύμβαση για την προστασία των δικαιωμάτων του ανθρώπου

Evidence-based medicine: Ιατρική βασισμένη σε αποδείξεις

Evidence-based practice: Τεκμηριωμένη πρακτική, πρακτική βασισμένη στην ένδειξη

F

False positive: ψευδώς θετικό

false negative: ψευδώς αρνητικό

Family-oriented primary care: Προσανατολισμένη στην οικογένεια πρωτοβάθμια φροντίδα

Frail: Ευπαθής

Frailty: Ευαλωτότητα

G

Guidance-cooperation model: Μοντέλο καθοδήγησης-συνεργασίας

H

Health education: Αγωγή υγείας

Homeostasis: Ομοιόσταση

I

Illness: Αρρώστια

Illness behavior: Συμπεριφορά αρρώστιας

Interdependence: Αλληλεξάρτηση

Interdisciplinary: Διεπιστημονικός

Informed consent: Ενημερωμένη συγκατάθεση

Integrated care: Απαρτιωμένη φροντίδα

J

K

Know how - context: Γνώση χρήσης της γνώσης σε μια δεδομένη περίπτωση

Knowledge: Γνώση

L

M

Model: Υπόδειγμα, μοντέλο

Motivational interview: Προτρεπτική συνέντευξη

Mutual participation: Ωριμη συμμετοχή

Multimorbidity: Πολλαπλή νοσηρότητα

N

Near-patient/point-of-care testing (POCT): Διαγνωστικά μέσα πλησίον του ασθενή

O

Obligation: Υποχρέωση

Outcome: Αποτέλεσμα, έκβαση

P

Patient-centered Care: Εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα

Patient-centric: Ασθενοκεντρικός

Patient bill of rights: Κώδικας δικαιωμάτων του ασθενή

Personalized care: Εξατομικευμένη φροντίδα

Performance: Απόδοση

Personal health record: Προσωπικός φάκελος υγείας

Predisposition: Προδιάθεση

Privilege: Προνόμιο

Profession: Επάγγελμα

Prolonged specialized training: Μακροχρόνια εξειδικευμένη εκπαίδευση

Process: Διεργασία, διαδικασία

Q

Quality assurance: Διασφάλισης ποιότητας

R

S

Screening: Προσυμπτωματικός έλεγχος, διαλογή

Service motive: Κίνητρο για προσφορά

Shared decision making: Από κοινού λήψη αποφάσεων

Sickness: Ασθένεια

Sick role: Ρόλος ασθενή

Social touch: Κοινωνικό άγγιγμα

Stability: Σταθερότητα

Sympathy: Συμπάθεια

System: Σύστημα

T

Task oriented: Έμφαση στο καθήκον

Task touch: Άγγιγμα που συνδέεται με το έργο

Theory of Planned Behavior: Θεωρία της προσχεδιασμένης συμπεριφοράς

U

Universal declaration of human rights: Οικουμενική διακήρυξη των ανθρωπίνων δικαιωμάτων

V

W

WHO declaration on the promotion of patient's rights: Η διακήρυξη για την προαγωγή των δικαιωμάτων των ασθενών από τον ΠΟΥ

X

Y

Z

ΣΥΝΤΟΜΕΥΣΕΙΣ-ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ

SSI: Survey Sampling International and Opinionology

TRiG: The Research Intelligence Group

NIVEL: Netherlands Institute for Health Services Research

TPB: Theory of Planned Behavior

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Η.Π.Α.: Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

ΠΦΥ: Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η/Υ: Ηλεκτρονικός Υπολογιστής

Μ.Μ.Ε.: Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης

ΧΑΠ: Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια

PCMH: Patient-Centered Medical Home

PDR-Q-9: Patient-doctor relationship questionnaire

DISQ: Doctors Interpersonal Skills Questionnaire

EUROPEP: European Task Force for Patient Evaluation of General Practice

Πε.Σ.Υ.Π.: Περιφερειακό Σύστημα Υγείας και Πρόνοιας

EGPRN: European General Practice Research Network

Ο/Α: Ολοκληρωμένη/Απαρτιωμένη

ICP: Integrated Care Pathway

TBD: Περιοδική Φλεβοτομή

ΟΗΕ: Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών

UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

ΚΙΔ: Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας

ΕΣΥ: Εθνικό Σύστημα Υγείας

ΑΦΙΕΡΩΣΕΙΣ

Χρήστος Λιονής

Τις ευχαριστίες μου στη σύζυγο, στα παιδιά μου

Ο ΓΕΝΝΑΙΟΣ ΠΕΡΙ ΣΟΦΙΑΝ ΚΑΙ ΦΙΛΙΑΝ ΜΑΛΙΣΤΑ ΓΙΓΝΕΤΑΙ, ΩΝ ΤΟ ΜΕΝ ΕΣΤΙΝ ΝΟΗΤΟΝ
ΑΓΑΘΟΝ ΤΟ ΔΕ ΑΘΑΝΑΤΟΝ

Επίκουρος

Ο γενναίος εκδηλώνεται περισσότερο στη σοφία και στη φιλία, από τις οποίες
η πρώτη είναι νοητό αγαθό ενώ η δεύτερη αθάνατο αγαθό
(Παράθεση & μετάφραση Χρήστου Γιαπιτζάκη)

Ελένη Πιτέλου

Στους γονείς μου

...ὥς οὐδὲν γλύκιον ἢς πατρίδος οὐδὲ τοκῶν γίγνεται
εἴ περ καί τις ἀπόπροθι πίονα οἶκον γαίῃ ἐν ἀλλοδαπῇ ναίει ἀπάνευθε τοκῶν.
Οδύσσεια, ραψωδία ι', στ. 34-36 - Όμηρος

Στον Giorgio Massimini

Vien dietro a me, e lascia dir le genti: sta come torre ferma
che non crolla già mai la cima per soffiar di venti.
Divina Commedia, Purgatorio, Canto V, vv. 13-15 - Dante Alighieri

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η σπουδαιότητα της σχέσης ιατρού-ασθενή ανάγεται στους αρχαιοελληνικούς χρόνους. Ο Ιπποκράτης είχε ήδη επισημάνει, μεταξύ άλλων, τη σπουδαιότητα του κοινωνικού περιβάλλοντος ως ενός αιτιολογικού παράγοντα της ασθένειας, καθώς και τη σημασία της σχέσης ιατρού-ασθενή ως ενός θεραπευτικού εργαλείου. Ακολούθως του Β' Παγκοσμίου Πολέμου, τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Αμερική, αναγνωρίστηκαν τα ίδια προβλήματα στην παραπάνω σχέση. Ανάλογα προβλήματα καταδείχθηκαν και στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια· όλο και πιο συχνά, ο ελληνικός τύπος φιλοξενεί καταγγελίες ασθενών ως έκφραση, συνήθως, της δυσαρέσκειας από συγκεκριμένες στάσεις και συμπεριφορές των ιατρών τους. Αυτή η διογκούμενη δυσαρέσκεια των ασθενών απέναντι στους ιατρούς τους εξαιτίας των εμπειριών που βιώνουν εξηγείται, πέραν του αμιγώς υποκειμενικού στοιχείου, ιδιαίτερα, εάν αναλογιστούμε τις αλλαγές που επήλθαν στην κοινωνική οργάνωση της χώρας μας τα τελευταία χρόνια και πιο συγκεκριμένα:

α. Στον παραδοσιακό χαρακτήρα της, που σημαδεύτηκε από τη διάσπαση της ευρείας οικογένειας της υπαίθρου, που για πολλά χρόνια αποτελούσε τη βασική οικονομική και πολιτιστική μονάδα της ελληνικής κοινωνίας, και την αντικατάστασή της από την πυρηνική της πόλης και του μεγάλου χωριού.

β. Στην τεχνολογική εξέλιξη της Ιατρικής, οι υψηλοί ρυθμοί της οποίας συνοδεύτηκαν από υψηλό καταμερισμό εργασίας, δηλαδή στροφή των ιατρών στην υπερεξειδίκευση και στην κατάχρηση της διαγνωστικής τεχνολογίας.

Οι παραπάνω αλλαγές στην κοινωνική οργάνωση συνολικά, αλλά και ιδιαίτερα στην ιατρική επιστήμη, επηρέασαν και τον ίδιο τον ιατρό, του οποίου άλλαξαν βαθμιαία όχι μόνο τον τόπο άσκησης της εργασίας του (από την ύπαιθρο και την κατ' οίκον εξέταση του ασθενή, προς την πόλη και το νοσοκομείο ή το ιατρείο) αλλά και τη στάση και τη συμπεριφορά του απέναντι στον ασθενή. Η σχέση ιατρού-ασθενή, αποκομμένη από δομικά στοιχεία που τη συνέθεταν, δηλαδή την οικογένεια και τον οικογενειακό ιατρό, βαθμιαία μετατράπηκε σε απρόσωπη και μηχανοποιημένη, σαν να υπαγορεύεται από υποχρεωτικούς κανόνες (του εμπορίου ή της αγοράς) και όχι από εσωτερικές ανάγκες, χωρίς την απαραίτητη συμπόνια και ενσυναίσθηση. Για όλους αυτούς τους λόγους, η σχετική εκπαίδευση των φοιτητών Ιατρικής και των νέων ιατρών, περιλαμβανομένης και της απόκτησης δεξιοτήτων επικοινωνίας, κρίνεται απολύτως αναγκαία, αλλά δυστυχώς δεν έχει καθολικά αναγνωρισθεί από όλες τις Ιατρικές Σχολές της χώρας μας.

Τα τελευταία χρόνια καταγράφεται υψηλός ρυθμός δημοσιεύσεων στη διεθνή βιβλιογραφία όσον αφορά στη σχέση ιατρού-ασθενή και οι όροι «εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα» ή «ασθενοκεντρική φροντίδα» (patient-centered care), «συμπνευτική φροντίδα» (compassionate care), «ολοκληρωμένη», «διασυνδετική» ή «απαρτιωμένη φροντίδα» (integrated care) αποτελούν συχνούς όρους στους οποίους εστιάζεται η προσοχή κλινικών και ερευνητικών μελετών και δραστηριοτήτων. Για τη συγγραφή του παρόντος εγχειριδίου, χρησιμοποιήσαμε ως «πρόπλασμα» τις συνταχθείσες από χρόνια σημειώσεις που διανέμονταν στο πλαίσιο της διδασκαλίας του μαθήματος «Σχέση Ιατρού-Ασθενή» στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Κρήτης. Δυσκολίες στην προσπάθεια αυτή υπήρξαν πολλές, με πιο σημαντική την απουσία ελληνικής βιβλιογραφίας, αλλά και συστηματικής έρευνας στη χώρα μας για το συγκεκριμένο αντικείμενο. Ακόμα, δεν αγνοήθηκε το γεγονός ότι η ανάλυση και η συζήτηση της σχέσης ιατρού-ασθενή απαιτεί πολυεπιστημονική, διεπιστημονική και διατομεακή προσέγγιση, που σήμερα δεσπόζει στην προπτυχιακή διδασκαλία σχολών επιστημών υγείας στη σύγχρονη Ευρώπη. Στη χώρα μας, η προσέγγιση αυτή δεν είναι ακόμα καθολικά αποδεκτή. Στην παρούσα έκδοση, δεν αγνοήθηκαν οι διάφορες επιστημονικές προσεγγίσεις ούτε η ξένη βιβλιογραφία, αλλά, αντίθετα, επιχειρήθηκε η σύνδεσή τους με την εμπειρία στις συγκεκριμένες πολιτισμικές και κοινωνικές ιδιαιτερότητες της χώρας μας.

Παρά την προσπάθεια που καταβλήθηκε, δεν θεωρούμε ότι η παρούσα έκδοση είναι πλήρης, αλλά ευελπιστούμε ότι το εγχειρίδιο αυτό, στην παρούσα μορφή του, θα εισαγάγει τον φοιτητή της Ιατρικής και τον ειδικευόμενο ιατρό, αλλά και κάθε επιστήμονα και ερευνητή που εστιάζει στο εν λόγω αντικείμενο, σε βασικές έννοιες και μεθόδους για μια αποτελεσματική επικοινωνία και βαθύτερη κατανόηση των παραμέτρων που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στο πλαίσιο της επικοινωνίας αυτής. Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους τους αρωγούς της προσπάθειας αυτής, που συνέβαλαν στη συγγραφή των επιμέρους κεφαλαίων και, πιο συγκεκριμένα, όλους τους συνεργάτες μας στην Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής που συμβάλλουν στη διδασκαλία του μαθήματος στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Κρήτης και συγκεκριμένα την κ. Ρ. Μάρκατση, την κ. Α. Μαρκάκη, τον κ. Ε. Συμβουλάκη και τον κ. Α. Κούτη, καθώς και τον Καθηγητή κ. Jan L. Slikkerveer, έναν σημαντικό αρωγό, δάσκαλο και εμπνευστή πολλών προσπαθειών με επίκεντρο τον άνθρωπο. Επίσης, επιθυ-

μούμε να ευχαριστήσουμε την κ. Χ. Λαμπρινέα για την ουσιαστική προσπάθεια στον συντονισμό αυτής της συγγραφικής εργασίας, την κ. Ι. Κατσέλη για τη γλωσσική επιμέλεια του κειμένου και τις κ. Ε. Θεοδοσάκη και Μ. Πετράκη για τη δημιουργία της ηλεκτρονικής έκδοσης.

Χρήστος Λιονής
Καθηγητής Γενικής Ιατρικής
& Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
Πανεπιστημίου Κρήτης
Ελένη Πιτέλου
Ειδικός Δημόσιας Υγείας
Επιστημονικός Συνεργάτης
Πανεπιστημίου Κρήτης

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 - ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Χρήστος Λιονής



Εισαγωγή - η αναγκαιότητα του μαθήματος «Σχέση ιατρού-ασθενή»

Οι ανθρώπινες σχέσεις αποτελούν σημείο συνάντησης πολλών τομέων της επιστήμης και, ασφαλώς, των φυσικών και των κοινωνικών επιστημών, ιδιαίτερα όταν μελετάται η σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενή. Το ενδιαφέρον επικεντρώνεται στη χρήση θεωρητικών μοντέλων για την ερμηνεία της ανθρώπινης συμπεριφοράς, με στόχο τη βελτίωση της επικοινωνίας του ιατρού με τον ασθενή. Στενά συνδεδεμένες με την επικοινωνία είναι οι έννοιες της ικανοποίησης ή δυσαρέσκειας του ασθενή, αλλά και της συμμόρφωσης ή μη συμμόρφωσής του. Το φαινόμενο της δυσαρέσκειας που εκδηλώνει ο ασθενής προς τον ιατρό αναφέρεται στη βιβλιογραφία εδώ και αρκετές δεκαετίες (Blum, 1960) και, δεδομένης της υφιστάμενης ύφεσης και της επίδρασής της στους υγειονομικούς, τους ασθενείς και τις υπηρεσίες υγείας (Kentikelenis et al., 2011), αναμένεται να οξυνθεί περαιτέρω. Ως εκ τούτου, χρήζει ιδιαίτερης προσοχής και μέριμνας. Ο ξένος, αλλά και ο ελληνικός, Τύπος συχνά φιλοξενούν καταγγελίες ασθενών, που εκφράζουν τη δυσαρέσκειά τους από συγκεκριμένες στάσεις και συμπεριφορές των ιατρών τους. Η βιβλιογραφία, από παλαιότερα, υπογραμμίζει την αναγκαιότητα μιας ουσιαστικής και αποτελεσματικής σχέσης μεταξύ ιατρού και ασθενή, όπως υποδεικνύουν οι παρακάτω επιλεγμένες αναφορές:

- Το 64% των ενήλικων κατοίκων αστικών κέντρων των βορειοανατολικών ΗΠΑ, κατά την περίοδο 1954-1955, ασκούσαν κριτική στον τρόπο με τον οποίο οι ιατροί διαχειρίζονταν τη σχέση ιατρού-ασθενή. Αρκετοί από αυτούς αναφέρουν ότι οι νέοι ιατροί έχουν χάσει την ανθρώπινη ζεστασιά απέναντι στους ασθενείς τους. Οι ασθενείς, αφενός, διατύπωναν την ικανοποίησή τους για την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας, αφετέρου, εξέφραζαν τη διαμαρτυρία τους για τον τρόπο με τον οποίο παρεχόταν (Koos, 1955).
- Η πλειονότητα των άρρωστων ενηλίκων ασκεί κριτική στα νοσοκομεία για τη φροντίδα και την έλλειψη της δέουσας προσοχής απέναντί τους. Οι περισσότεροι ασθενείς θυμούνται ένα έντονα αρνητικό επεισόδιο σχετικά με τη φροντίδα που έλαβαν στα νοσοκομεία (Koos, 1955 και Blum, 1958).
- Το 15% από εκείνους που επισκέφθηκαν το αγροτικό ιατρείο ενός δήμου στην Κρήτη (Φιλαλήτης, 1990) δήλωσαν ότι δεν ήταν καθόλου ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που τους προσέφερε. Ο βαθμός της ικανοποίησης αυξανόταν μαζί με την άνοδο της ηλικίας. Η έλλειψη ικανοποίησης διογκωνόταν όταν η ερώτηση αφορούσε τις υπηρεσίες του νομαρχιακού νοσοκομείου (το 24% δεν ήταν «τόσο πολύ» ικανοποιημένοι και το 16% «καθόλου ικανοποιημένοι»).

Όλα τα κεφάλαια του παρόντος έργου εξετάζουν, υπό διαφορετικά πρίσματα, τη δυσαρέσκεια του ασθενή ως απόρροια της ελλειμματικής επικοινωνίας. Κεντρική επιδίωξη ολόκληρου του βιβλίου είναι η αποσαφήνιση όλων των στοιχείων που μπορούν να οδηγήσουν στη δυσαρέσκεια του ασθενή. Το φαινόμενο της διακοπής της σχέσης ιατρού-ασθενή ήταν γνωστό από παλιά. Οι μισοί περίπου από τους ασθενείς που μελετήθηκαν εγκατέλειψαν για κάποιο χρονικό διάστημα τον ιατρό τους, επειδή δυσαρεστήθηκαν από αυτόν (Koos, 1955 και Blum, 1966). Η μελέτη του Marciniowicz και των συνεργατών του (2007) ανέδειξε τη συμπεριφορά-στάση, τις δεξιότητες και τον τρόπο εργασίας του ιατρού ως βασική πηγή δυσαρέσκειας των ασθενών από τη μεταξύ τους σχέση. Επίσης, δυο σχετικά πρόσφατες αναφορές από τη συλλογή δεδομένων μέσω συνεντεύξεων (Survey Sampling International (SSI) and Opinionology και The Research Intelligence Group (TRiG, 2011)) έδειξαν ότι, σε παγκόσμιο επίπεδο, τα δύο τρίτα, κατά προσέγγιση, των ασθενών αισθάνονταν ότι ο ιατρός τους δεν

τους αντιμετώπιζε με σεβασμό. Ως κύριος παράγοντας δυσaráσκειας θεωρήθηκε η ασάφεια στην επικοινωνία μεταξύ ιατρού-ασθενή, ενώ περίπου το ένα τέταρτο των ασθενών ανέφεραν ότι οι ιατροί δεν απαντούν στα ερωτήματά τους, δεν τους επιτρέπουν να συμμετέχουν ενεργά στη λήψη κλινικών αποφάσεων και χρησιμοποιούν αυστηρά ιατρικούς όρους χωρίς επεξήγηση για τον ασθενή, αποτέλεσμα, εν μέρει, του λιγοστού χρόνου που αφιερώνουν οι ιατροί στους ασθενείς. Επίσης, ένας άλλος σημαντικός παράγοντας δυσaráσκειας ήταν ο μεγάλος χρόνος αναμονής και η ασυνέπεια των ιατρών στις προγραμματισμένες επισκέψεις.

Η δυσaráσκεια των ασθενών θα πρέπει να εξετάζεται σε συνδυασμό με τις προσδοκίες, τις ανάγκες και τις επιθυμίες. Ο ορισμός της εστιασμένης στον ασθενή φροντίδας (patient-centered care), σύμφωνα με τον οποίο πρόκειται για την «παροχή φροντίδας που σέβεται και ανταποκρίνεται στις προσωπικές προτιμήσεις, ανάγκες και αξίες του ασθενή, διασφαλίζοντας την καθοδήγηση και λήψη της κλινικής απόφασης με βάση αυτές» (Institute of Medicine (IoM), 2001), υπογραμμίζει και αποτυπώνει, ακριβώς, τη σημασία του πρίσματος υπό το οποίο θα πρέπει να εστιάζουμε στον ασθενή και, κατ'έκταση να εξετάζουμε τη δυσaráσκεια ή την ικανοποίηση του. Συγκεκριμένα, έξι χαρακτηριστικά χαρακτηρίζουν και καθορίζουν την υψηλής ποιότητας φροντίδα της υγείας του ασθενή (ασφάλεια, αποδοτικότητα, αποτελεσματικότητα, ισότητα, εγκυρότητα, εστίαση στον ασθενή).

Σε πρόσφατη μελέτη του Ολλανδικού Ινστιτούτου Έρευνας Υπηρεσιών Υγείας (Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL)), που αφορούσε την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (ΠΦΥ) σε 34 χώρες, με διεξαγωγή συνεντεύξεων ιατρών γενικής ιατρικής και των ασθενών που ανήκουν στα αντίστοιχα ιατρεία (Schäfer et al., 2015), καταγράφονται και οι προσδοκίες των ασθενών στην Ελλάδα. Ανάμεσα στους παράγοντες που θεωρήθηκαν ως οι πλέον σημαντικοί για την ικανοποίηση των Ελλήνων ασθενών, ήταν οι εξής: η χρησιμοποίηση απλού και κατανοητού λόγου, η ευγένεια και ο σεβασμός του ιατρού, η προσοχή και η σχολαστική ενασχόληση του ιατρού με το πρόβλημα του ασθενή χωρίς πίεση χρόνου, οι κατανοητές εξηγήσεις και οι σαφείς οδηγίες του ιατρού, καθώς και η αντιμετώπιση του ασθενή ως πρόσωπο και όχι ως πρόβλημα (Lionis et al., 2015).

Στη βιβλιογραφία γίνεται ιδιαίτερη συζήτηση για την ενθάρρυνση, παρακίνηση και προτροπή του ασθενή με υψηλό κίνδυνο για μια συγκεκριμένη νόσο, που θα οδηγήσει στην αλλαγή της συμπεριφοράς του και θα βοηθήσει στη διαχείριση των παραγόντων κινδύνου όσον αφορά στην εμφάνιση της νόσου. Μία από τις τεχνικές που βοηθούν ενσωματώνοντας τα στοιχεία της ενθάρρυνσης, παρακίνησης και προτροπής είναι η Προτρεπτική Συνέντευξη (Motivational Interview) που βοηθά στην κινητροδότηση του ασθενή. Ο ορισμός της Προτρεπτικής Συνέντευξης έχει εξελιχθεί και επαναπροσδιοριστεί εκ νέου – ο πλέον πρόσφατος έχει ως εξής:

«[Πρόκειται για] μια συνεργατική, προσωποκεντρική μορφή καθοδήγησης με σκοπό την εκμείωση και την ενίσχυση των κινήτρων για αλλαγή.» (Miller & Rollnick, 2009).

Τόσο η εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα όσο και η επιτυχημένη υλοποίηση της προτρεπτικής συνέντευξης προϋποθέτουν μια ουσιαστική σχέση που θα πρέπει να αναπτύξει ο ιατρός με τον ασθενή του.

Επίκαιρα ερωτήματα που θα πρέπει να απαντήσει το παρόν βιβλίο

Τα παρακάτω ερωτήματα, που έθεσε από το 1960 ο Richard H. Blum στην εισαγωγή του βιβλίου του «The Management of the Doctor-Patient Relationship», επιλέχθηκαν όχι μόνο για τη διαχρονικότητά τους αλλά και γιατί θα πρέπει να οδηγήσουν τον αναγνώστη σε προβληματισμό και αναζήτηση πρακτικών λύσεων:

α. Γιατί θα πρέπει να απασχολεί τον ιατρό η σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα σε αυτόν και τον ασθενή του;

β. Γιατί ο ιατρός θα πρέπει να μεριμνά για την πρόληψη της δυσaráσκειας του ασθενή του;

Θα πρόσθετα και ένα τρίτο ερώτημα:

γ. Τι είδους δεξιότητες θα πρέπει να αποκτήσει ο ιατρός από την προπτυχιακή εκπαίδευσή του, ώστε να είναι ικανός να ανταπεξέρχεται στις προσδοκίες και να ικανοποιεί τις επιθυμίες του ασθενή και ποια είναι η κατάλληλη συνεχής επαγγελματική εκπαίδευση για την επίτευξη ενός τέτοιου στόχου - ο επαγγελματισμός που αναφέρεται στη βιβλιογραφία; (British Medical Association, 2013).

Βάσει των παραπάνω, σκοπός αυτού του συγγράμματος είναι να βοηθήσει τον φοιτητή και τον νέο ιατρό να αναγνωρίσει τις στάσεις, τις προσδοκίες, τις ανάγκες και τις επιθυμίες του ασθενή και να εξετάσει τους παράγοντες οι οποίοι μπορούν να προκαλέσουν τη δυσaráσκεια του ασθενή από τη μεταξύ τους συνάντηση. Αν

και αρκετοί ιατροί αναπτύσσουν φυσικές δεξιότητες όσον αφορά τη διαχείριση του ασθενή με αποτέλεσμα να ξεκινούν από μια καλή αφετηρία, εντούτοις, κρίνεται αναγκαία η εκπαίδευση και η πληροφόρησή τους σε θέματα που αφορούν την ψυχολογία του αρρώστου και τα προβλήματα που αναδύονται από τη μεταξύ τους σχέση (Koos, 1955) και αυτό υπογραμμίζεται από πολλά χρόνια πριν.

Ανάμεσα επίσης στους στόχους αυτού του έργου είναι η διερεύνηση και η καταγραφή του πλαισίου στο οποίο αναπτύσσεται η σχέση ιατρού-ασθενή στην Ελλάδα. Δεν υπάρχουν πολλές σχετικές μελέτες στη χώρα μας, ενώ αρκετά είναι τα σημεία τα οποία χρειάζονται περισσότερο φως, μελέτη, ανάλυση και ερμηνεία.

Προτάσεις - ισχυρισμοί που κατεύθυναν τη συγγραφή του βιβλίου

Τη συγγραφή αυτού του βιβλίου κατεύθυναν οι παρακάτω προτάσεις και ισχυρισμοί, που αναφέρονται στο κλασικό έργο του Koos (1955):

1. Η σχέση ιατρού-ασθενή έχει σημαντική επίδραση στη διάγνωση και τη θεραπεία της νόσου.
2. Η πρόληψη της δυσαρέσκειας του ασθενή είναι σημαντική τόσο για την αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας όσο και για την ευτυχία του ιατρού και του ασθενή.
3. Οι ιατροί επιθυμούν όχι μόνο να παρέχουν τα μεγαλύτερα δυνατά οφέλη για την υγεία των ασθενών τους, αλλά και να ικανοποιηθούν οι ίδιοι από τις προσπάθειες που καταβάλλουν.
4. Ο ιατρός, προσφέροντας φροντίδα στον ασθενή, επιθυμεί να απολαμβάνει προσωπική ευχαρίστηση από την επαγγελματική ζωή του.
5. Η βασική αξίωση για μια καλή σχέση ιατρού-ασθενή είναι ο αμοιβαίος σεβασμός μεταξύ δύο ώριμων ανθρώπων, καθένας από τους οποίους ενεργεί με κατανόηση και συμπάθεια για τις προσπάθειες που καταβάλλει, τις δοκιμασίες που περνά και τα εμπόδια που συναντά ο άλλος.»

Στις παραπάνω «αξιώσεις» μπορούμε να προσθέσουμε και τις ακόλουθες παραδοχές ή προϋποθέσεις, που απαιτούνται για την αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ ιατρού-ασθενή και τις οποίες δανειζόμαστε από τους Kurtz, Silverman και Draper και το βιβλίο τους σχετικά με τη διδασκαλία και εκμάθηση δεξιοτήτων επικοινωνίας στην ιατρική: «Teaching and Learning communication skills in Medicine» (1998):

- Η επικοινωνία είναι μια ουσιώδης δεξιότητα απαραίτητη για την τεκμηρίωση της κλινικής επάρκειας.
- Η επικοινωνία είναι μια δεξιότητα που μπορούμε να διδαχτούμε και θα πρέπει να φροντίζουμε ώστε αυτό να γίνεται με αποτελεσματικό τρόπο.
- Η διδασκαλία των δεξιοτήτων επικοινωνίας δεν ταυτίζεται με τη μάθησή τους.
- Οι εκπαιδευτές θα πρέπει να γνωρίζουν το αντικείμενο και τον τρόπο διδασκαλίας των δεξιοτήτων επικοινωνίας.
- Η διδασκαλία και η μάθηση των δεξιοτήτων επικοινωνίας θα πρέπει να βασίζονται στην τεκμηρίωση.
- Απαιτείται ενιαία προσέγγιση στη διδασκαλία των δεξιοτήτων επικοινωνίας στη γενική/ οικογενειακή ιατρική και στις άλλες ιατρικές ειδικότητες
- Είναι δυνατή μια ενιαία προσέγγιση για τη διδασκαλία των δεξιοτήτων επικοινωνίας.
- Είναι αναγκαία μια συντονισμένη προσέγγιση στη διδασκαλία των δεξιοτήτων επικοινωνίας, μέσα από την προπτυχιακή εκπαίδευση, την εκπαίδευση στην ειδικότητα και τη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση.

Συνοπτική παρουσίαση των κεφαλαίων

Στα πρώτα κεφάλαια του έργου (Κεφάλαιο 2), ο αναγνώστης καλείται να ακολουθήσει την πορεία του ασθενή από την αρχική εμπειρία της βίωσης συμπτωμάτων μέχρι την απόφαση να επισκεφθεί τον ιατρό, την επίσκεψη στο ιατρείο και τη συνάντησή του με τον ιατρό. Η σημασία των εννοιών της συναίσθησης και της συμπόνιας στον χώρο της υγείας θα αναδειχθεί στο Κεφάλαιο 6. Έννοιες στενά συνυφασμένες με τον τρόπο διαχείρισης του ίδιου του ασθενή και της οικογένειάς του περιγράφονται στο Κεφάλαιο 7. Η αξιολόγηση της σχέσης ια-

τρού-ασθενή και των εργαλείων μέσω των οποίων αυτή θα διενεργηθεί θα είναι το αντικείμενο του Κεφαλαίου 8. Ακολουθεί, στο Κεφάλαιο 9, η συζήτηση για ένα μοντέλο φροντίδας υγείας εστιασμένο στον άνθρωπο και στον ασθενή. Πρακτικές οδηγίες κάτω από μια σφαιρική ανάλυση της υφιστάμενης γνώσης αναφορικά με τη σχέση ιατρού-ασθενή παρατίθενται στο Κεφάλαιο 10, ενώ η ανάδειξη των δικαιωμάτων του ασθενή αποτελεί την κατακλείδα του παρόντος πονήματος και παρουσιάζεται στο Κεφάλαιο 11.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Blum, R.H. (1958). *Hospitals and Patient Dissatisfaction*. California Medical Association, San Francisco.
- Blum, R.H. (1960). *The Management of the Doctor-Patient Relationship*. Mc Graw-Hill Book Company, Inc eds, New York, Toronto, London.
- Blum, R.H. (1966). *Physician-Patient Relationships, Survey and Action*. California Medical Association, San Francisco.
- British Medical Association. (2013). *Examining professionalism BMA discussion paper and member consultation*. British Medical Association.
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st century*.
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S., McKee, M., Stuckler, D. (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy, *The Lancet*, 378, (9801): 1457–1458
- Koos, E. (1955). «Metropolis-What City People Think of their Medical Services, *Am. J. Public Health*, 45, (12):1551-1557.
- Kurtz, S., Silverman, J., Draper, J. (1998). *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. Radcliffe Medical Press, Oxon.
- Lionis, C., Papadakis S., Tatsi, C., Bertias, A., Duijker, G., Mekouris, P. B., Boerma, W., Schäfer, W. (2015). *Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study)*. Submitted to *BMC Health Services Research* for publication.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2009). Ten things that Motivational Interviewing is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 129--140
- Schäfer, W.L.A., Boerma, W.G.W., Murante, A.M., Sixma, H.J.M., Schellevis, F.G., Groenewegen, P.P. (2015). *Assessing the potential for improvement of primary care in 34 countries: a cross-sectional survey*, *Bull World Health Organ*, 93:161–168.
- PRNewswire. (2011, July 14). *Patients Around the World are Not Happy with Their Physicians, Feeling Disrespected, Hurried through Visits and Shut out of Treatment Decisions*, Διαθέσιμο στο <http://www.prnewswire.com/news-releases/patients-around-the-world-are-not-happy-with-their-physicians-feeling-disrespected-hurried-through-visits-and-shut-out-of-treatment-decisions-125559353.html> [τελευταία πρόσβαση 8/8/2015]
- Φιλαλήθης Α.Ε., (1990). *Η υγεία και η χρήση υπηρεσιών σε ένα Δήμο: Η έρευνα των Αρχανών*. Εργαστήριο Προγραμματισμού Υγείας, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ερευνητική Έκθεση αρ. 1, Ηράκλειο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 - ΙΑΤΡΟΣ-ΑΣΘΕΝΗΣ: Η ΑΝΘΡΩΠΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ Γ. Ασπράκη, Χ. Λιονής & Ε. Πιτέλου



Ο ορισμός του νοσήματος & της αρρώστιας - μια κοινωνικοανθρωπολογική προσέγγιση

Αφού η σχέση ιατρού-ασθενή βασίζεται στην πεποίθηση του δεύτερου ότι νοσεί, είναι απαραίτητο να συζητήσουμε πρώτα για το τι είναι αρρώστια. Είναι σημαντικό, στο σημείο αυτό, να διακρίνουμε τη διαφορά ανάμεσα στην υποκειμενική και την αντικειμενική περιγραφή της διαταραχής της υγείας, η οποία στην αγγλική γλώσσα αποδίδεται με τους όρους «illness» και «disease». Έτσι, ενώ οι όροι «νόσος» ή «νόσημα» (disease) αφορούν τη «νοσηρή κατάσταση του σώματος» και αναφέρονται στη βιολογική διαδικασία, η οποία χρησιμοποιείται από τους επιστήμονες ως επεξηγηματικό μοντέλο για την αρρώστια, ο όρος αρρώστια (illness) αναφέρεται στην προσωπική εμπειρία του ασθενή για τη φυσική ή ψυχολογική διαταραχή που βιώνει (Whinney, 1981). Επιπρόσθετα, ο όρος «ασθένεια» (sickness) αναφέρεται στο κοινωνικό προσδιοριστικό στοιχείο της ασθένειας, προκειμένου να δηλωθεί ο περιορισμός της ικανότητας ανταπόκρισης στις κοινωνικές λειτουργίες εξαιτίας νόσου ή αρρώστιας (Slikkerveer, 1990).

Σε άρθρο του καθηγητή Λ. Σπάρου γίνεται αναφορά και στην έννοια της νοσηρότητας, η οποία ορίζεται ως «η συχνότητα των νόσων και η ένταση των νοσογόνων επιδράσεων σε ανθρώπινους πληθυσμούς». Το νόσημα, όπως έχει προαναφερθεί, εξηγεί επιστημονικά την αρρώστια ως διαταραχή της υγείας με αρχή, διάρκεια και πέρας, ενώ η ο όρος περίπτωση νοσήματος (case of disease) συνιστά συμβάν με το άτομο να αποτελεί τον ξενιστή. Οι έννοιες του συμβάντος και της κατάστασης υγείας διαφέρουν μεταξύ τους ως προς τον χρόνο εμφάνισής τους και τη διάρκειά τους, με το συμβάν να λαμβάνει χώρα σε βάθος χρόνου και την κατάσταση να υφίσταται σε συγκεκριμένο χρονικό σημείο (Σπάρου, 2001).

Στην ίδια κατεύθυνση, ο Denton (1978) προσδιορίζει τον βασικό στην κλινική παρατήρηση και στα επαγγέλματα υγείας ορισμό της διαταραχής της υγείας ως αντικειμενικό (objective), ενώ τον βασικό στους αρρώστους (άτομα) ως υποκειμενικό (subjective). Από τα παραπάνω γίνεται κατανοητό ότι το νόσημα και η αρρώστια δεν ταυτίζονται πάντα. Άτομα με αδιάγνωστη, συμπτωματική νόσο δεν είναι άρρωστα, ενώ άτομα που παραπονούνται για διάφορα συμπτώματα και αισθάνονται άρρωστα μπορεί να μην έχουν νόσημα. Ακόμα και όταν υπάρχει νόσος, δεν εξηγεί πάντα το είδος και την ένταση των συμπτωμάτων, καθώς ενδέχεται να μην αντικατοπτρίζουν πάντα την έκταση της ιστικής βλάβης, εξαρτώμενα και από την προσωπική εκτίμηση της νόσου (Whinney, 1981).

Η αρρώστια δεν είναι μια απλή κατάσταση των ατόμων αλλά μια κοινωνική διαδικασία συνοδευόμενη από έναν ειδικό τύπο συμπεριφοράς, γνωστής ως «συμπεριφορά αρρώστιας» (illness behavior) (Slikkerveer, 1990). Έχουν διατυπωθεί αρκετές απόψεις και η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει διάφορα στάδια τα οποία βιώνει ο άρρωστος.

Το άτομο, μετά την αναγνώριση των συμπτωμάτων της αρρώστιας του, αποδέχεται τον ρόλο του ασθενή (sick role). Καθώς περιορίζονται οι κοινωνικοί ρόλοι του, αναζητά βοήθεια από τον ιατρό ή τους επαγγελματίες υγείας, καταλήγοντας να ενδυθεί τον ρόλο του αρρώστου (Parsons, 1950).

Ο Parsons (1950) διατύπωσε τέσσερα αξιώματα σχετικά με τον ρόλο του ασθενή ως εξής:

- Το πρόσωπο δεν είναι υπεύθυνο για την υιοθέτηση του ρόλου του ασθενή.
- Ο ασθενής εξαιρείται από την εκτέλεση κάποιων από τα φυσιολογικά κοινωνικά καθήκοντα.

- Ο ασθενής να προσπαθεί να γίνει καλά. Ο ρόλος του ασθενή αποτελεί μια προσωρινή φάση.
- Προκειμένου να γίνει καλά, ο ασθενής έχει ανάγκη να αναζητήσει και να διερευνήσει την κατάλληλη ιατρική φροντίδα.

Σύμφωνα με τον Anderson, η αποδοχή της ύπαρξης νοσήματος παρακινεί μια διαδικασία απόδοσης ευθυνών, που φέρνει στην επιφάνεια τις ανησυχίες του ατόμου αναφορικά με τον τρόπο ζωής του και τις σχέσεις του με την κοινότητα, το ευρύτερο περιβάλλον και τον κόσμο, προκαλώντας το να εξηγήσει τον σκοπό της διαταραγμένης λειτουργίας του (Anderson, 2000).

Ο Suchman αναφέρει ότι μεταξύ αρρώστιας και ιατρικής φροντίδας μεσολαβούν πέντε στάδια (Suchman, 1965): η εμπειρία του συμπτώματος, η υπόθεση του ρόλου του αρρώστου, η επαφή με τον ιατρό, ο εξαρτημένος -από τον ιατρό- ρόλος του νοσούντος, η ανάρρωση και η αποκατάσταση. Σύμφωνα με τον Pryce (2015), η διαδικασία ερμηνείας των συμπτωμάτων από το άτομο που τα βιώνει επηρεάζεται από την προσωπική εμπειρία, από προηγούμενα βιώματα, καθώς και από τον τρόπο που αυτή προκύπτει από την παρατήρηση του εαυτού και των άλλων, την προβολή ιδεών και προτύπων από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (κατασκευή ιστοριών ασθένειας, «επαφή» με την επιστημονική αλήθεια), την οικογένεια, τον πολιτισμό και το φύλο (Pryce, 2015).

Από τα παραπάνω, γίνεται αντιληπτό ότι, αμέσως μετά την εμπειρία των πρώτων συμπτωμάτων, το άτομο καλείται να αποφασίσει, πρώτα απ' όλα, εάν έχει κάποια αρρώστια ή όχι, και, εάν ναι, να επιλέξει σε ποια ενέργεια θα προβεί. Ο ορισμός (αντίληψη) της αρρώστιας από το ίδιο το άτομο εξαρτάται κύρια από την αναγνώριση και αξιολόγηση των βιούμενων συμπτωμάτων του. Αυτή η προσέγγιση της κατάστασης της υγείας από το ίδιο το άτομο αποτελεί ένα είδος αυτοεκτίμησης και αυτοδιάγνωσης, και επηρεάζεται από κοινωνικούς, ψυχολογικούς και βιολογικούς παράγοντες (Blum, 1960). Συνήθως, το ίδιο το άτομο είναι αυτό που κάνει την πρώτη διάγνωση, βασιζόμενο στα σωματικά του ενοχλήματα, με κάποιες εξαιρέσεις όπως, για παράδειγμα, τα σοβαρά ατυχήματα, και οι επείγουσες έκτακτες περιπτώσεις όπου το άτομο γίνεται ξαφνικά τόσο αδύναμο ώστε είναι ανίκανο να πάρει το ίδιο την απόφαση για θεραπεία ή έστω να ειδοποιήσει ιατρό, με αποτέλεσμα κάποιο άλλο άτομο να παίρνει πρωτοβουλίες και αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία του. Επίσης, στις εξαιρέσεις προστίθενται τα παιδιά, τα οποία μπορούν κάποιες φορές να αναφέρουν συμπτώματα ή να εμφανίζουν σημεία οργανικής διαταραχής, αλλά οι γονείς τους είναι εκείνοι που παίρνουν τις αποφάσεις εάν τα συμπτώματα αυτά συνιστούν ή όχι αρρώστια. Τέλος, υπάρχουν και άτομα τα οποία δεν βιώνουν συμπτώματα, αλλά ενημερώνονται για την παρουσία ενός, για παράδειγμα, προβλήματος υγείας από τον ιατρό στο πλαίσιο μιας τυχαίας ιατρικής εξέτασης ή ενός ατομικού ή ομαδικού προσυμπτωματικού ελέγχου.

Ο ρόλος του ασθενή αξίζει να μελετηθεί και για άλλον έναν λόγο: από αυτόν απορρέουν δικαιώματα και υποχρεώσεις. Σύμφωνα με τον Parsons (1950), τέτοια δικαιώματα είναι η απαλλαγή από τους φυσιολογικούς κοινωνικούς ρόλους και τις αντίστοιχες υποχρεώσεις, καθώς και η απαλλαγή από την ευθύνη για την κατάσταση του. Αναζητώντας ιατρική βοήθεια, ο ασθενής καλεί τον ιατρό να νομιμοποιήσει την απαλλαγή αυτή και, κατ' επέκταση, την ευθύνη για την κατάστασή του. Οι υποχρεώσεις του είναι η επιθυμία της γρήγορης ανάρρωσης (η ασθένεια δεν είναι κοινωνικά αποδεκτή), η αναζήτηση ιατρικής γνώμης και η συνεργασία του στη θεραπεία.

Η αναγνώριση της αρρώστιας από τον ασθενή - τι την προσδιορίζει;

Η σχέση ιατρού-ασθενή φαίνεται να επηρεάζεται σημαντικά από τις αξίες και τις πεποιθήσεις του ασθενή. Ιδιαίτερα, οι αποφάσεις που λαμβάνονται αναφορικά με τη θεραπευτική προσέγγιση του ατόμου ενδέχεται να έχουν και αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του, όταν υπάρχει έλλειψη εμπιστοσύνης και αμφισβήτηση της προτεινόμενης θεραπείας ή φόβος για το σύστημα υγείας γενικότερα (Fong, Surg Anat and Longnecker, 2010). Ο ορισμός της αρρώστιας ποικίλλει από λαό σε λαό και από άτομο σε άτομο. Παρακάτω θα συζητηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τον ορισμό της αρρώστιας, όπως αυτή δίνεται, όπως προαναφέραμε, από το ίδιο το άτομο και όχι από τον ιατρό. Οι παράγοντες αυτοί διακρίνονται σε πολιτιστικούς, κοινωνικό-οικονομικούς και ψυχολογικούς, και είναι σημαντικό να αναγνωριστούν και να αντιμετωπιστούν κατάλληλα, ώστε το άτομο να κατανοήσει και να αποδεχθεί τη σημασία και τα οφέλη της προτεινόμενης θεραπείας. Ο ιατρός οφείλει να κατανοήσει τον τρόπο που ο ασθενής αντιλαμβάνεται την αρρώστια, με βάση τις εμπειρίες και τις προσδοκίες του, και να επεξηγήσει στον ασθενή το πρόβλημα από τη δική του οπτική, ώστε να έρθει σε τελική συμφωνία

μαζί του, εξασφαλίζοντας την επιτυχία στη μεταξύ τους επικοινωνία και, κατ' επέκταση, τη λήψη των κατάλληλων αποφάσεων για την καλύτερη έκβαση της υγείας του ασθενή (Fong, Surg Anat and Longnecker, 2010). Η συζήτηση για τον ορισμό και τους προσδιοριστές του νοσήματος έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς οι προσδιορισμοί αυτοί σχετίζονται με τη συμπεριφορά υγείας, την οποία μπορούμε να κατανοήσουμε, ακόμα και να προβλέψουμε, με τη συμβολή θεωρητικών προσεγγίσεων από την κοινωνική και γνωσιακή ψυχολογία. Πιο αναλυτικά, η θεωρία της προσχεδιαζόμενης συμπεριφοράς (Theory of Planned Behavior/TPB) του Ajzen (1991) χρησιμοποιείται ευρύτατα σήμερα στην πρόβλεψη της σκόπιμης ανθρώπινης συμπεριφοράς και αποτελεί σημαντικό εργαλείο στην κατανόηση του τρόπου με τον οποίο μπορεί να αλλάξει η συμπεριφορά. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, οι ενέργειες του ατόμου καθοδηγούνται από τις τρεις ακόλουθες θεωρήσεις: στάσεις, δηλαδή πεποιθήσεις για πιθανές συνέπειες συμπεριφοράς και ενδεχόμενες θετικές ή αρνητικές κριτικές, κανονιστικές πεποιθήσεις, δηλαδή πεποιθήσεις για τις προσδοκίες των άλλων και πεποιθήσεις αντιλαμβανόμενου ελέγχου, δηλαδή την ικανότητα και βεβαιότητα του ατόμου να εκδηλώσει μια συγκεκριμένη συμπεριφορά υπό το πρίσμα εξωτερικών ή εσωτερικών παραγόντων που διευκολύνουν, ή όχι, την εκτέλεση της εν λόγω συμπεριφοράς. Η πρόθεση της συμπεριφοράς διαμορφώνεται από το συνδυασμό των τριών αυτών θεωρήσεων, με γενικό κανόνα ενίσχυσης της πρόθεσης εκτέλεσης της συμπεριφοράς, όταν η στάση και η κοινωνική πίεση είναι περισσότερο ευνοϊκές και ο αντιλαμβανόμενος έλεγχος αυξημένος. Είναι πρόδηλο ότι στη θεωρία αυτή ιδιαίτερο ρόλο κατέχουν οι πεποιθήσεις (beliefs) που αποτελούν το υπόβαθρο των στάσεων (attitudes). Παρακάτω γίνεται μια σύντομη αναφορά σε πεποιθήσεις που έχουν διαμορφωθεί υπό την επίδραση ιστορικών, θρησκευτικών ή επιστημονικών δεδομένων.

Πολιτισμικοί παράγοντες

“Culture acts as a template for the organization of social and psychological processes, much as a genetic system provides such a template for the organization of organic processes.”
Geertz, 1973. The interpretation of cultures.

Ο πολιτισμός (culture) διαδραματίζει, ίσως, τον σημαντικότερο ρόλο στη διαμόρφωση των στάσεων σε σχέση με την αρρώστια και την υγεία του πληθυσμού. Ο όρος «πολιτισμός» χρησιμοποιείται εδώ με την ανθρωπολογική έννοιά του και δηλώνει ένα σύμπλεγμα γλώσσας, ηθών, εθίμων, «πιστεύω» κ.ά., το οποίο κληρονομείται από γενιά σε γενιά (Blum, 1960). Μέσα στο δοσμένο πλαίσιο, τα άτομα έχουν τη δυνατότητα της συνειδητής και ορθολογικής επιλογής, βάσει της οποίας λαμβάνουν αποφάσεις για τη συμπεριφορά τους σχετικά με την υγεία και την ασθένεια.

Ιστορικά

αναπτυγμένες

πεποιθήσεις

Εν συνεχεία, θα εξετάσουμε πεποιθήσεις και στάσεις που έχουν την αφετηρία ή το υπόβαθρό τους σε ιερατικές, θρησκευτικές ή άλλες αντιλήψεις που βασίζονται στην επιστημονικά θεμελιωμένη γνώση.

Ιερατικές πεποιθήσεις: Είναι γνωστό ότι ο άνθρωπος στα πρώτα χρόνια της ζωής του θεωρούσε αντικείμενα στη φύση, όπως η πέτρα ή τα δένδρα, αλλά και τα φυσικά φαινόμενα, όπως η καταιγίδα, ως περικλείοντα ζωή και βούληση, με τις έννοιες της γέννησης, της ζωής, της αρρώστιας και του θανάτου να είναι ανεξήγητες. Από τις αντιλήψεις αυτές πήγαζε και η πεποίθηση ότι η αρρώστια οφειλόταν είτε σε μια πνευματική δύναμη, η οποία εισερχόταν στο ίδιο το άτομο, ή σε κάποια άλλη μεγαλύτερης ισχύος δύναμη, προερχόμενη από άλλο άτομο ή τον δαίμονα. Έτσι, υπό τον φόβο του θανάτου, η θεραπεία της αρρώστιας εστιάστηκε στην προσπάθεια εξουδετέρωσης των πνευμάτων αυτών, είτε μέσω συμφωνίας με τον δαίμονα είτε μετά από επίκληση καλοκάγαθων δυνάμεων (θεοτήτων). Αποτέλεσμα της επικράτησης τέτοιων αντιλήψεων ήταν η εμφάνιση των μάγων που εξιλέωναν τα πνεύματα χρησιμοποιώντας μαγικές μεθόδους ή συγκρούονταν με τα κακά πνεύματα που προκαλούσαν την αρρώστια (Blum, 1960).

Αυτές οι ιερατικές-μαγικές δοξασίες δεν συναντώνται μόνο στον πρωτόγονο άνθρωπο αλλά και σε όλες τις επόμενες περιόδους. Στη Μινωική περίοδο, η επίκληση του θείου για την ίαση της ασθένειας ή την αποτροπή του κακού περιλάμβανε τις επωδές (ξόρκια), τους εξορκισμούς, τη χρήση περιάπτων (φυλακτών) και σφραγίδων και τους εξαγνισμούς (νερά καθαρμών) (Pryce, 2015). Επίσης, η εύρεση πλήθους πήλινων ανθρωπόμορφων αναθημάτων καθώς και ομοιωμάτων ανθρώπινων μελών, που προσομοιάζουν τα σημερινά τάματα, υποδεικνύει την ανάθεσή τους λόγω της πίστης για ίαση (Μπουλώτης, 1986). Η επωδή, που είναι γνωστή σήμερα στην Ελλάδα ως ξόρκι και στην Κρήτη ως γητειά, αποτελεί ένα είδος μαγικής ρήσης που απευθύνεται σε δαιμονικές

δυνάμεις ως θεραπευτικό μέσο της ασθένειας. Τα φυλακτά, αντικείμενα κατασκευασμένα από διάφορα υλικά (χρυσό, ασήμι, λίθους κλπ.), τα κρεμούσαν οι άνθρωποι στο λαιμό τους για να προστατευθούν από τις αρρώστιες και τα άλλα κακά. Οι σφραγίδες αντιπροσώπευαν την κυριότητα κάποιου αντικειμένου ή την αυθεντικότητα κάποιου προϊόντος (Pryce, 2015). Κατά τον Μεσαίωνα, η ισχυρή επίδραση της Εκκλησίας είχε σαν αποτέλεσμα την ερμηνεία των ψυχικών και σωματικών ασθενειών ως απόρροια δαιμονικών ενεργειών και μαγισσών. Στη σημερινή εποχή, οι πρωτόγονες αντιλήψεις και δεισιδαιμονίες δεν έχουν εξαλειφθεί, αλλά διατηρούνται με διάφορες μορφές σε αρκετά μέρη του κόσμου. Συχνές είναι οι αναφορές για το «μάτιασμα», ή βασκανία, ιδιαίτερα στη λεκάνη της Ανατολικής Μεσογείου. Η ιερατική-μαγική αυτή αντίληψη συναντάται, επίσης, στη στάση και στη συμπεριφορά των αρρώστων απέναντι στον ιατρό. Παρατηρείται όταν ο άρρωστος ζητά επίμονα από τον ιατρό να του γράψει μια συνταγή, δηλαδή κάποιο φάρμακο, από το οποίο αυτός περιμένει τη θεραπεία. Η ερώτηση «δεν θα μου γράψετε τίποτε να πάρω, γιατρέ;» ως και το σχόλιο «ο γιατρός δεν μου 'δωσε τίποτε, πώς θα γίνω εγώ καλά χωρίς φάρμακο;» ακούγονται πολύ συχνά, υποδεικνύοντας ότι, ακόμα και στις μέρες μας, οι ασθενείς επιθυμούν κάποιο «μαγικό». Ομοίως, οι ιατροί, μερικές φορές, πιστεύουν ότι θα πρέπει να αποτελούν τη μοναδική πηγή θεραπείας για τους ασθενείς τους και θεωρούν οποιαδήποτε άλλη μορφή θεραπείας «ψεύτικη».

Οι ασθενείς ενδέχεται να αναζητήσουν εναλλακτικές θεραπείες για διάφορους λόγους, όπως σε περιπτώσεις που είτε υποβλήθηκαν σε αποτυχημένες θεραπείες από τον ιατρό τους ή όταν ο ιατρός τους είχε προσβλητική συμπεριφορά απέναντι σε όσους είχαν διαφορετική άποψη σχετικά με τη φροντίδα τους (Vincent and Furnham, 1996). Ωστόσο, η επιστήμη της ανθρωπολογίας υποστηρίζει ότι κάποιες παραδοσιακές, εναλλακτικές θεραπείες ενδεχομένως έχουν ψυχοκοινωνιολογική επίδραση στους ασθενείς, δημιουργώντας την αίσθηση της σωματικής και πνευματικής θεραπείας. Πρόκειται για το φαινόμενο «placebo», το οποίο αυτό καθαυτό δεν μπορεί να αποτελέσει μέθοδο θεραπείας, καθώς δεν αποδεικνύεται επιστημονικά, με πρόσφατες, ωστόσο, αναφορές από το χώρο της ψυχιατρικής σχετικά με το πώς μπορούμε να «εκμεταλλευτούμε» το φαινόμενο αυτό στο πλαίσιο της σχέσης ιατρού-ασθενή για να ενισχύσουμε την ανάνηψη ή να επιταχύνουμε τη δράση θεραπευτικών μέσων μέσω μη φαρμακολογικών παραγόντων (Read et al., 2015).

Τέλος, τη μαγική σκέψη των αρρώστων μπορούμε ακόμη να την αντιληφθούμε στις περιπτώσεις εκείνες που οι ασθενείς κατηγορούν τους ιατρούς τους ότι δεν τους έκαναν καλά (Blum, 1960). Ο ιατρός δέχεται τις κατηγορίες αυτές, αφού θεωρείται από τους αρρώστους ως ένας μάγος. Το σχόλιο «Ο ιατρός δεν κατάφερε να με θεραπεύσει», το οποίο συχνά ακούμε στους διαδρόμους των δομών υγείας, πιθανόν αντανάκλαται η αρχέγονη πεποίθηση ότι ο ιατρός μπορεί να ελέγξει την αρρώστια ή αφήνει να εννοηθεί ότι μερικοί ασθενείς πιστεύουν ότι ο ιατρός τους ήθελε να είναι άρρωστοι.

Θρησκευτικές πεποιθήσεις: Η βασισμένη στις θρησκευτικές πεποιθήσεις των ατόμων ερμηνεία της αρρώστιας θεωρεί τις σωματικές διαταραχές ως προμελετημένη παρέμβαση θεότητας (Blum, 1960). Η πεποίθηση αυτή, η οποία αποτελεί προϊόν της ανάπτυξης του μονοθεϊσμού και της θρησκευτικής ηθικής, μοιάζει με τις προηγούμενα αναπτυγμένες ιερατικές-μαγικές αντιλήψεις περί αρρώστιας, σύμφωνα με τις οποίες η αρρώστια είναι ένα αυστηρά προσωπικό γεγονός και αντιπροσωπεύει το ενδιαφέρον κάποιου παράγοντα που βρίσκεται έξω από τον ασθενή. Σύμφωνα με τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, η ασθένεια αποτελεί ένα δώρο από τον θεό και ένα σημάδι της εκτίμησης ή της μομφής του. Επίσης, μπορεί να θεωρηθεί ως μια δοκιμασία που στέλνεται από τον θεό σε ένα άτομο, με σκοπό να δοκιμάσει την καρτερία ή την αντοχή του, ή και ως τιμωρία για την ηθική ή την πνευματική έκπτωση του, καθώς και για τις αμαρτίες του.

Αποτέλεσμα των αντιλήψεων αυτών είναι ο άρρωστος να καταφεύγει στην προσευχή, στον ιερέα ή στην εκκλησία, μετανοώντας για τις αμαρτίες που έκανε και που θεωρεί υπεύθυνες για την τιμωρία του και ζητώντας «συγχώρηση» από τον θεό. Οι θρησκευτικές αντιλήψεις, στις μέρες μας, είναι συχνά αναμειγμένες με ανάλογες ιερατικές-μαγικές, όπως στην περίπτωση των «ταμάτων» (επάργυρων, επίχρυσων), αφιερωμάτων (αναθημάτων), δηλαδή, που απεικονίζουν μορφές ανθρωπίνου σώματος, μέλους ή οργάνου και εναποτίθενται στις εικόνες Αγίων. Τα «ταξίματα» αυτά φαίνεται ότι έλκουν την καταγωγή τους από τα αρχαία ελληνικά αναθήματα, τα οποία πρόσφεραν οι ασθενείς στα Ασκληπιεία.

Επιστημονικές πεποιθήσεις - Η ιστορική εξέλιξη τους: Με την πάροδο των ετών και την εξέλιξη της επιστήμης, η ανθρώπινη σκέψη γίνεται πλέον ορθολογική. Ο άνθρωπος, τώρα, ασπάζεται την ορθολογική και επιστημονική άποψη σχετικά με τη νόσο, υιοθετώντας τις καινούριες ανακαλύψεις της ιατρικής επιστήμης. Η επιστημονική προσέγγιση της νόσου έρχεται σε ισχυρή αντίθεση με αυτές που βασίζονται σε ιερατικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις και αποτελεί εξέλιξη των τελευταίων εκατό ετών, αν και αξίζει να σημειωθεί ότι η ορθολογική προσέγγιση σχετικά με την προέλευση των αρρώστιας, την ταξινόμησή της και τη θεραπεία της

τέθηκε μετά από συστηματική ανάλυση από τον Ιπποκράτη και τον Αριστοτέλη (Blum, 1960).

Οι επιστημονικές αυτές πεποιθήσεις σχετικά με τη φύση της αρρώστιας ακολούθησαν τις συνεχείς εξελίξεις-αλλαγές της ιατρικής επιστήμης. Στις αρχές του 19ου αιώνα, η συγκέντρωση αρρώστων στα νοσοκομεία δίνει ώθηση στην κλινική παρατήρηση, στην περιγραφή της αρρώστιας και στην ταξινόμησή της με την προσοχή να μετατοπίζεται από το άρρωστο άτομο στην αρρώστια (Doyal, 1979). Κατά τα μέσα του 19ου αιώνα, προοδευτικά και ως αποτέλεσμα της μελέτης των παθολογοανατομικών διεργασιών της νόσου, αρχίζει η θεώρησή της όχι ως μιας ενιαίας συνολικής ζ του οργανισμού αλλά ως αποτελέσματος μιας εντοπισμένης βλάβης (Τριχόπουλος, 1982). Πλέον, στο δεύτερο μισό του 19ου αιώνα, η νόσος θεωρείται αποτέλεσμα διαταραγμένης παθοφυσιολογικής λειτουργίας και σταδιακά, λοιπόν, αναπτύσσεται η θεωρία της συγκεκριμένης αιτιολογίας νοσημάτων, που βασίζεται κυρίως στα βιολογικά χαρακτηριστικά της νόσου.

Νοσήματα, όμως, όπως η καρδιαγγειακή νόσος, ο καρκίνος και οι ψυχικές διαταραχές δεν μπορούσαν να εξηγηθούν με βάση αυτήν τη θεωρία. Έτσι, πλήθος επακόλουθων επιδημιολογικών μελετών συσχέτισαν την αρρώστια με διάφορους παράγοντες, όπως οι συνήθειες του ατόμου (διατροφή, κάπνισμα, κατανάλωση οινοπνεύματος), το επαγγελματικό και εργασιακό περιβάλλον κλπ. Έτσι, βαθμιαία, η θεώρηση της αιτιότητας στην επιδημιολογία (αλλά και στην προληπτική ιατρική) απέκτησε στοχαστικό (πιθανολογικό) χαρακτήρα, οδηγώντας τελικά στην ανάπτυξη διάφορων σχηματικών αιτιολογικών προτύπων (models) (Τριχόπουλος, 1982). Ένα παράδειγμα αιτιολογικού προτύπου αποτελεί αυτό του καρκίνου του μαστού, το οποίο δίνει νέα διάσταση στην αιτιολογική έρευνα της νόσου και στηρίζεται σε τρεις βασικές αρχές, που αναδεικνύουν ως βασικό προσδιοριστικό παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης της νόσου τον πολλαπλασιασμό του αριθμού των βλαστοκυττάρων του μαζικού αδένου λόγω αυξημένων επιπέδων οιστρογόνων και ορμονών κατά την περιγεννητική περίοδο (Λάγιου, 2008). Άλλο ένα αιτιολογικό πρότυπο είναι και εκείνο που περιέγραψε ο Rothman, σύμφωνα με το οποίο ένα νόσημα προκαλείται πάντα, όταν υπάρχει ένα επαρκές (ή ικανό) αιτιολογικό σύμπλεγμα (Rothman, 1976).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ), σε μια προσπάθεια να συμπεριλάβει όλους τους παράγοντες που μπορούν να επιδράσουν στο άτομο και να οδηγήσουν στη νόσο, όρισε την υγεία ως «την κατάσταση πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο την απουσία αρρώστιας ή αναπηρίας». Αν και ο ορισμός αυτός εξακολουθεί να χρησιμοποιείται μέχρι σήμερα, έχουν δημοσιευθεί νέες προσεγγίσεις βασισμένες σε συμφωνία. Ο ορισμός που προτείνει ο Huber και συνεργάτες δίνει μεγαλύτερη έμφαση στην ικανότητα προσαρμογής και αυτο-διαχείρισης στο πλαίσιο αντιμετώπισης κοινωνικών, σωματικών και συναισθηματικών προκλήσεων. Ο ορισμός του ΠΟΥ (1946), υπογραμμίζοντας την έννοια της «απόλυτης ευεξίας» για να είναι κάποιος υγιής, ουσιαστικά περιορίζει αρκετά τον ορισμό της υγείας και κατευθύνει το σύστημα Υγείας και ολόκληρη την ιατρική τεχνολογία και φαρμακοβιομηχανία προς ενέργειες που τείνουν να επαναπροσδιορίσουν τον ορισμό της υγείας κύρια με βάση την ικανότητα αυτοφροντίδας τους (Huber et al., 2011).

Ο όρος «τεκμηριωμένη ιατρική» (evidence-based medicine) έρχεται να αξιοποιήσει με σύνεση και σαφήνεια τις υπάρχουσες καλύτερες αποδείξεις στη διαδικασία λήψης αποφάσεων αναφορικά με τη φροντίδα του ασθενή, που πρακτικά συνεπάγεται την ολοκλήρωση της υφιστάμενης κλινικής εξειδίκευσης με τις καλύτερες διαθέσιμες εξωτερικές αποδείξεις, όπως αυτές προκύπτουν από συστηματικές ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας, λαμβάνοντας υπόψη πάντοτε τις αξίες και τις προσδοκίες του ασθενή (Sackett, Rosenberg, Gray, Hayne, Richardson, 1996). Μάλιστα, η τεκμηριωμένη ιατρική αποτελείται από πέντε βασικά βήματα στα οποία συγκαταλέγονται ο μετασχηματισμός μιας περίπτωσης ασθενή σε ένα ερευνητικό ερώτημα, η συστηματική ανάκτηση διαρκώς των καλύτερων διαθέσιμων αποδείξεων καθώς και η κριτική αξιολόγησή τους, η εφαρμογή των αποτελεσμάτων στην περίπτωση του ασθενή και η αξιολόγηση της τελικής απόφασης (Sackett, Straus, Richardson, Rosenberg, Haynes, 2000).

Συχνά, όμως, παρατηρούμε ιερατικές μαγικές αντιλήψεις και θρησκευτικέςπίστεις να συνυπάρχουν με σύγχρονες ιατρικές γνώσεις, όχι μόνο στον ίδιο πληθυσμό αλλά και στο ίδιο το άτομο (Blum, 1960). Τις αντιλήψεις αυτές του αρρώστου ο ιατρός οφείλει να τις αναγνωρίσει, εάν επιθυμεί να διατηρήσει μια ουσιαστική και όχι επιφανειακή σχέση μαζί του. Συχνά, ο άρρωστος δεν έχει τις ίδιες ιδέες, απόψεις και γνώσεις με τον ιατρό σχετικά με την προέλευση, τη διάγνωση και τη θεραπεία της ασθένειας, ενώ, πολλές φορές, αγνοεί και την ανατομία και τη φυσιολογία του σώματός του. Ακόμη, ο άρρωστος είναι πολύ πιθανό να μην είναι ενημερωμένος για τη ραγδαία εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και της βιοϊατρικής τεχνολογίας, αν και σήμερα, με τη διάδοση του διαδικτύου και των μέσων κοινωνικής δικτύωσης, ο ασθενής, συχνά, επισκέπτεται τον ιατρό του πλήρως ενημερωμένος για τις τελευταίες εξελίξεις.

Τις αντιλήψεις και τις πεποιθήσεις αυτές διαμορφώνουν σε κάποιο βαθμό και η θρησκευτικότητα και η πνευματικότητα του ασθενή. Πρόκειται για δυο ψυχοκοινωνικούς προσδιοριστές, που φαίνεται να επηρεάζουν όχι

μόνο τον τρόπο αντίληψης της αρρώστιας από την πλευρά του ασθενή αλλά και την ίδια την υγεία του. Πιο συγκεκριμένα, τα αυξημένα επίπεδα θρησκευτικότητας και πνευματικότητας φαίνεται να συνδέονται από χαμηλότερα επίπεδα στρες και καλύτερη ρύθμιση φυσιολογικών διεργασιών στον ανθρώπινο οργανισμό, όπως η χαμηλότερη αρτηριακή πίεση και η μείωση του κινδύνου εμφάνισης παθήσεων όπως η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης ή η καρδιαγγειακή νόσος (Anyfantakis et al., 2013).

Ο ιατρός οφείλει να λαμβάνει υπόψη τις πνευματικές πεποιθήσεις και να παρέχει πνευματική υποστήριξη, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις ασθενών με χρόνια νοσήματα, καθώς αυτές αποτελούν πηγή ελπίδας και βοήθειας για την καλύτερη διαχείριση της αρρώστιας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής (Büssing & Koenig, 2010). Μέσω της πνευματικότητας, ο ασθενής μπορεί να απελευθερωθεί από το αίσθημα της απελπισίας που προκαλεί η ύπαρξη κάποιας σοβαρής ασθένειας, που συνοδεύεται από ερωτήσεις όπως «Γιατί αυτό συνέβη σε εμένα;» ή «Γιατί ο Θεός με αφήνει να υποφέρω κατ' αυτόν τον τρόπο;» (Puchalski, 2001). Κατ' επέκταση, η πνευματική φροντίδα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της σχέσης ιατρού-ασθενή και μπορεί να επιτευχθεί μέσω της συμπόνοιας και της ανθρωπιάς για τον ασθενή και της ελπίδας ότι υπάρχει αξία και νόημα στη ζωή του, ενδυναμώνοντας τη μεταξύ τους σχέση.

Πολιτισμικές ιδιαιτερότητες

Η αυξανόμενη μετακίνηση πληθυσμών και η παγκοσμιοποίηση έχουν οδηγήσει σταδιακά στη σύσταση πολυφυλετικών και συγχρόνως πολυπολιτισμικών κοινωνιών ανά τον κόσμο. Είναι εύλογο, λοιπόν, η ποικιλομορφία πολιτιστικών χαρακτηριστικών να αντανακλάται και στον χώρο της υγείας. Με τον όρο «πολιτιστικές ιδιαιτερότητες», εννοούνται ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που αναπτύσσουν διάφορες ομάδες ενός πληθυσμού, όπως συνήθειες, πεποιθήσεις, γλώσσα, τα οποία ασκούν σημαντικές επιδράσεις στη διαμόρφωση των αντιλήψεων των ατόμων σχετικά με την αρρώστια. Σύμφωνα με τους Saunders και Hews (1953), αυτές οι συνήθειες-πεποιθήσεις, ανάμεσα στις οποίες συγκαταλέγονται και δραστηριότητες της λαϊκής ιατρικής, παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαμόρφωση όχι μόνο των στάσεων των ατόμων σχετικά με την αρρώστια αλλά και της συμπεριφοράς τους όσον αφορά τη θεραπεία της. Σήμερα, ο ιατρός θα πρέπει να είναι ενημερωμένος γι' αυτές τις αντιλήψεις του ασθενή του, προκειμένου να μη διαταραχθεί η μεταξύ τους σχέση, στην περίπτωση που ο ασθενής δεν ακολουθήσει τις οδηγίες του ιατρού με επακόλουθες συνέπειες για την υγεία του.

Οι επιδράσεις των πολιτισμικών ιδιαιτεροτήτων στις αντιλήψεις και τη συμπεριφορά των ατόμων σχετικά με την ασθένεια, συχνά, αφορούν καταστάσεις όπως: η μη θεώρηση νοσηρών καταστάσεων ή συμπτωμάτων που υποδηλώνουν νόσο ως αρρώστιας αλλά ως φυσιολογικών διαδικασιών. Ακόμα και στις μέρες μας, υπάρχουν γονείς που θεωρούν τους πόνους στις αρθρώσεις, στα οστά ή στους μύες, για τους οποίους παραπονούνται τα παιδιά τους, ως μέρος της φυσιολογικής ανάπτυξης τους. Επίσης, άλλη περίπτωση αποτελεί η θεώρηση κάποιων αλγεινών ή μη ευχάριστων καταστάσεων (συμπτωμάτων) ως καλών για την υγεία του σώματος τους, με φυσικό αποτέλεσμα την αγνόηση και τη μη θεραπεία τους. Πιθανόν να υπάρχουν ακόμη, σε απομακρυσμένες περιοχές της χώρας μας, γονείς που θεωρούν τα εξανθήματα της ιλαράς ή της ανεμοβλογιάς, ως καλά σημεία, απαραίτητα για τον καθαρισμό του αίματος των παιδιών τους ή ως απαραίτητη κατάσταση από την οποία πρέπει να περάσουν τα παιδιά για να ενηλικιωθούν («παιδική νόσος»). Η φυματίωση, επίσης, σύμφωνα με τον Rene Dubos, θεωρούνταν ως «καλή νόσος» ανάμεσα σε καλλιτέχνες και μερικές ματαιόδοξες γυναίκες (Dubos, 1959). Περαιτέρω, κοινωνικοπολιτισμικές ιδιαιτερότητες διαμορφώνουν διαφορετικές αντιλήψεις όσον αφορά την αποδοχή των διαταραχών ψυχικής υγείας ή, γενικότερα, νόσων με που συνδέονται με κοινωνικό στίγμα ή νόσο που συνδέεται με βεβαρυμένο κληρονομικό ιστορικό, αλλά που δεν εμφανίζεται σε όλες τις γενεές, με την οικογένεια και τους συγγενείς να αρνούνται να αποδεχθούν τη διάγνωση.

Ανάμεσα στις αιτίες που καθιστούν δύσκολη την επικοινωνία του ιατρού με ασθενείς από διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα συγκαταλέγονται οι διαφορετικές αξίες, πεποιθήσεις και οπτικές αντιμετώπισης της αρρώστιας από την πλευρά του ιατρού και από την πλευρά του ασθενή. Ο τρόπος με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται, βιώνει και αντιμετωπίζει την αρρώστια βασίζεται στον τρόπο που επεξηγεί τον όρο «αρρώστια» με βάση την κουλτούρα του. Επιπλέον, προσθέτουμε και την ενδεχόμενη ύπαρξη γλωσσικών φραγμών, καθώς η έλλειψη επαρκών γνώσεων και επικοινωνιακών δεξιοτήτων των ιατρών φαίνεται να εμποδίζει την ομαλή διαχείριση ασθενών με πολιτισμικές ιδιαιτερότητες.

Σε πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (Paternotte et al., 2015), οι τέσσερις βασικές επικοινωνιακές προκλήσεις που καταδείχθηκαν ως βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη διαπολιτισμική επικοινωνία ιατρού-ασθενή ήταν (α) οι γλωσσικές διαφορές, (β) οι διαφορές ως προς την αντίληψη της «αρρώστιας» και της «ασθένειας», (γ) οι διαφορετικές αντιλήψεις αναφορικά με τον κοινωνικό χαρακτήρα της επικοινωνίας και (δ) οι προκαταλήψεις και οι παραδοχές του ιατρού και του ασθενή.

Αναφορικά με τις διαφορές ως προς την αντίληψη της «αρρώστιας» και της «ασθένειας» λόγω διαφορετικών θρησκευτικών αντιλήψεων, αξιών και προτύπων, αυτές προκαλούν χάσμα επικοινωνίας μεταξύ ιατρού-ασθενή ακόμα και όταν δεν υπάρχουν γλωσσικές διαφορές. Κάποιες τεχνικές γεφύρωσης του χάσματος αυτού θα μπορούσαν να είναι η επίγνωση των πολιτισμικών διαφορών (αναγνώριση της διαφορετικότητας της πολιτισμικής ταυτότητας τόσο του ιατρού όσο και του ασθενή), η διαχείριση των προσδοκιών του ασθενή σχετικά με το σύστημα φροντίδας υγείας και η αναγνώριση παρεξηγήσεων λόγω ελλιπούς πληροφόρησης του ασθενή σε θέματα οργανωτικού επιπέδου (όπως η πρόσβαση στο σύστημα υγείας), η αμοιβαία κατανόηση καθώς και η εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα (Kaba & Sooriakumaran, 2007 και Kodjo, 2009). Γενικότερα, η χρήση βασικών δεξιοτήτων όπως η ενσυναίσθηση (empathy), η εμπιστοσύνη, η αίσθηση ότι ο ιατρός αποπνέει σεβασμό στον ασθενή, καθώς και η σωστή διαχείριση του χρόνου και η σωστή πληροφόρηση του ασθενή συμβάλλουν θετικά στην επιτυχία της μεταξύ τους επικοινωνίας.

Ο ρόλος της οικογένειας στη διαμόρφωση των αντιλήψεων για την αρρώστια και την ασθένεια είναι σημαντικός -ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στο Κεφάλαιο 7. Τέλος, οι προκαταλήψεις και οι παραδοχές του ιατρού και του ασθενή, όπως συμβαίνει με τις διαφορές λόγω πολιτισμικής κουλτούρας, θέτουν εμπόδια στην επιτυχή επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενή.

Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες

Εκτός από τον πολιτισμό, και η κοινωνικοοικονομική τάξη επηρεάζει τις συνήθειες των ατόμων σε σχέση με τη νόσο, τόσο αναφορικά με την αντίληψή της όσο και με τη διαχείρισή της. Με τον όρο «κοινωνικοοικονομική τάξη» εννοούνται οι κοινωνικές ομάδες ατόμων με παρόμοιο εισόδημα, εκπαιδευτικό επίπεδο και κοινωνική θέση. Έχουν δημοσιευθεί αρκετές μελέτες σχετικά με την κοινωνική τάξη και τη συσχέτισή της με τις στάσεις που αφορούν την υγεία. Υπάρχουν επιστημονικές αποδείξεις ότι τα άτομα από τα χαμηλότερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν χαμηλά επίπεδα υγείας, χρησιμοποιούν σε μικρότερο βαθμό τις υπηρεσίες πρόληψης υγείας και υιοθετούν λιγότερο υγιεινούς τρόπους ζωής. Η θεωρία των McKinlay υποστηρίζει ότι οι κοινωνίες που βιώνουν έντονα οικονομικά προβλήματα και φτώχεια παραμερίζουν τη θεμελιώδη αξία τις υγείας, προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα οικονομικής φύσεως προβλήματα. Τα άτομα με χαμηλότερο εισόδημα τείνουν να μην εμπιστεύονται τη σύγχρονη Ιατρική και διαθέτουν λιγότερες γνώσεις αναφορικά με την πρόσβαση στη φροντίδα υγείας και με την αποτελεσματική επικοινωνία με τον ιατρό, σε σχέση με τους ασθενείς που προέρχονται από τα μεσαία κοινωνικοοικονομικά στρώματα. Οι πιο πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι βασικό κίνητρο του ατόμου για να χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας συνιστά η αντίληψη της σοβαρότητας των συμπτωμάτων της νόσου (Bowling, 2014). Μια μελέτη (Koos, 1954) διερεύνησε τις διαφορές ανάμεσα στις τρεις βασικές κοινωνικές τάξεις (χαμηλή, μεσαία, υψηλή), όσον αφορά την αντίληψη-ορισμό της ασθένειας και την επιλογή της θεραπείας. Ο Koos έφτιαξε έναν κατάλογο συμπτωμάτων, που ο ίδιος θεώρησε ως βασικά, και ζήτησε από τα άτομα της μελέτης του να σημειώσουν αυτά που θα τους παρακινούσαν να επισκεφθούν έναν ιατρό. Οι απαντήσεις ποίκιλαν σημαντικά από τάξη σε τάξη. Το 81% των ατόμων που προέρχονταν από την υψηλότερη κοινωνική τάξη θεώρησαν τα συμπτώματα του καταλόγου που τους δόθηκε ως σοβαρά και ενδεικτικά νόσου, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τη μεσαία τάξη ήταν 63% και για τη χαμηλότερη 31%.

Ενδιαφέρον, επίσης, σύμφωνα με τη μελέτη αυτή, είναι το εύρημα ότι οι ιατροί, εφόσον αυτοί θεωρηθούν ως μια ξεχωριστή τάξη, είχαν την ίδια άποψη, σχετικά με τα συμπτώματα που προσδιορίζουν τη νόσο, με τα άτομα της υψηλότερης τάξης. Τέλος τα άτομα της χαμηλότερης τάξης, σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό σε σχέση με τις άλλες δύο τάξεις, δήλωναν ότι δεν ήταν άρρωστοι. Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα μιας άλλης μελέτης, που διεξήγαγε το Κρατικό Πανεπιστήμιο του Michigan, σύμφωνα με την οποία οι οικογένειες με το χαμηλότερο οικογενειακό εισόδημα ανέφεραν τον υψηλότερο αριθμό μη αναγκαιούντων θεραπεία συμπτωμάτων (Health Needs and Health Care, 1950). Σήμερα, στην περίοδο της οικονομικής κρίσης και της διαμόρφωσης μιας νέας οικονομικής και κοινωνικής διαστρωμάτωσης, αξίζει να μελετηθεί η επίδραση των νέων συνθηκών στην αναγνώριση των συμπτωμάτων ως συνιστωσών της νόσου και στην απόφαση, σε συνάρτηση με τις δυνατότητες πρόσβασης, για αναζήτηση ιατρικής συμβουλής.

Ψυχολογικοί παράγοντες

Άτομα αναπτύσσονται σε κοινό κοινωνικο-πολιτιστικό περιβάλλον και που ανήκουν στην ίδια κοινωνική τάξη δεν τυγχάνει να έχουν πάντα την ίδια αντίληψη περί νόσου. Οι διαφορετικές αντιλήψεις των ατόμων σε σχέση με τη νόσο εξηγούνται από τις διαφορές τους και ως προς τους ψυχολογικούς παράγοντες, όπως η προσωπικότητα του ατόμου και οι αντιδράσεις του στις διάφορες καταστάσεις.

Ο Mechanic (1966) θεωρεί ότι ανάμεσα στους παράγοντες που ερμηνεύουν τη συμπεριφορά του ασθενή ανα-

φορικά με την ασθένεια συγκαταλέγονται ο αριθμός και η επιμονή των συμπτωμάτων, η ικανότητα των ατόμων να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα, η συνειδητοποιούμενη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, η έκταση της κοινωνικής και της φυσικής ανικανότητας που προέρχεται από τα συμπτώματα, οι πολιτισμικές αντιλήψεις του ατόμου και η διαθέσιμη πληροφορία, καθώς και οι υπάρχουσες γνώσεις σε σχέση με την υγεία.

Σήμερα, οι κοινωνικο-οικονομικο-ψυχολογικοί παράγοντες δεν διαχωρίζονται αλλά μελετώνται από κοινού. Η απόφαση του ατόμου να αναζητήσει την ιατρική βοήθεια του επαγγελματία υγείας στο πλαίσιο της διαχείρισης της νόσου είναι αποτέλεσμα μια σειράς πολύπλοκων ψυχολογικών και κοινωνικών διεργασιών, που εξαρτώνται από τις αξίες, τις πεποιθήσεις και τις ανάγκες του ατόμου.

Άλλωστε, η υγεία και η αρρώστια είναι πολυδιάστατες έννοιες. Η αρρώστια είναι αποτέλεσμα ενός συνόλου παραγόντων που αλληλεπιδρούν (βιολογικών, περιβαλλοντολογικών, ψυχοκοινωνικών, συμπεριφορικών, συναισθηματικών), ως εκ τούτου πρέπει να ληφθούν συνολικά υπόψη για την αποτελεσματικότερη διαχείριση της νόσου, προκειμένου να επιτευχθεί το βέλτιστο αποτέλεσμα για την υγεία, σύμφωνα με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, που αντικαθιστά το βιοϊατρικό, το οποίο εκλάμβανε την υγεία ως αποτέλεσμα αποκλειστικά βιολογικών παραμέτρων (Τούντας, 2007).

Συνολικά, οι στάσεις (ή αντιλήψεις ή προσδοκίες) και η συνδεόμενη με αυτές συμπεριφορά μελετούνται από τις κοινωνικές επιστήμες και, ειδικότερα, από την Κοινωνική Ψυχολογία.

Συμπεράσματα

Με βάση τα παραπάνω, υπογραμμίζεται ότι η αναγνώριση της αρρώστιας από το άτομο βασίζεται στην εμπειρία των συμπτωμάτων. Πιο συγκεκριμένα, βασίζεται στις πεποιθήσεις και τις ιδέες που τα άτομα έχουν σχηματίσει για τα συμπτώματα αυτά, ενώ πολιτιστικοί, κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες αποτελούν ένα σύμπλεγμα που επιδρά πάνω στο άτομο και διαμορφώνει τις πεποιθήσεις του όσον αφορά τα συμπτώματα και, τελικά, τις αντιλήψεις του για την υγεία και τη νόσο. Ο ιατρός προκειμένου να διαχειριστεί αποτελεσματικά τον άρρωστο του, θα πρέπει να γνωρίζει τις αντιλήψεις του για τη νόσο ώστε:

α. να κατανοήσει καλύτερα τον ασθενή του και να αυξήσει τη δυνατότητα συνεργασίας μαζί του,

β. να αναγνωρίσει τα κύρια και πλέον σοβαρά συμπτώματά του και να καταλήξει σε μια σωστή διάγνωση και

γ. να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τα προβλήματα υγείας του και να προχωρήσει σε μια σωστή θεραπεία.

Εξίσου, όμως, σημαντικός είναι ο ρόλος του γενικού ιατρού στην αλλαγή των αντιλήψεων για την αρρώστια, αφού αυτές, επηρεάζοντας την αναγνώριση των συμπτωμάτων ως αρρώστια, επηρεάζουν τη πορεία της νόσου και συνεπώς την έκβαση της.

Κλινική Περίπτωση 1

Γυναίκα 55 ετών προσέρχεται σε κέντρο υγείας αιτιώμενη εντοπισμένη ερυθρότητα στο δέρμα του αριστερού μαστού χωρίς άλγος, διάρκειας 10 ημερών. Κατά τη λήψη του ιστορικού, προέκυψε ότι η γυναίκα αυτή ψηλάφισε στον μαστό της ένα ογκίδιο έξι μήνες πριν, το οποίο, όμως, δεν αξιολόγησε. Η κλινική και εργαστηριακή διερεύνηση που ακολούθησε έδειξε ότι η ασθενής πάσχει από αδενοκαρκίνωμα μαστού με διήθηση του δέρματος και λεμφαδενικές μεταστάσεις. Από την αναφορά της περίπτωσης αυτής προκύπτουν τα εξής ερωτήματα:

- Πού οφείλεται η καθυστέρηση στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας;
- Ποια μπορεί να είναι η συμβολή του γενικού ιατρού στην αποφυγή τέτοιων προτύπων συμπεριφοράς;

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211
- Anderson, W.H. (2000). Perception of disease. *Lancet*, 345: 4.
- Anyfantakis, D., Symvoulakis, E.K., Panagiotakos, D.B., Tsetis, D., Castanas, E., Shea, S., Venihaki, M., Lionis, C. (2013). Impact of religiosity/spirituality on biological and preclinical markers related to cardiovascular disease. Results from the SPILI III study. *HORMONES*, 12(3):386-396.
- Blum, R.H. (1960). The Patient's Definition of Illness. In: *The Management of the Doctor-Patient Relationship*. McGraw-Hill Book Company, Inc, New York, Toronto, London.
- Bowling, A. (2014). *Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services* (fourth edition). McGraw-Hill Education, Open University Press.
- Büssing, A., & Koenig, H.G. (2010). Spiritual Needs of Patients with Chronic Diseases. *Religions*, 1, 18-27.
- Denton, J.A. (1978). Subjective Distribution of Illness: «Which People Think They are ill?», «Which People Seek Care?» In: *Medical Sociology*. Houghton Mifflin Company ed, Boston, Dallas, Geneva, Illinois, Hopewell, New Jersey, Palo Alto, London.
- Doyal, L. (1979). *The Political Economy of Health*. Pluto Press.
- Dubos, R. (1959). *Mirage of Health*. Harper and Brothers Eds, New York.
- Fong, Ha J., Surg Anat D., Longnecker, N. (2010). Doctor-Patient Communication: A Review. *The Ochsner Journal*, 10:38-43.
- Health Needs and Health Care. (1950). Michigan State University, Agr Exp.Sta.: East Lansing.
- Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A.R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M.I., van der Meer, J.W., Schnabel, P., Smith, R., van Weel, C., Smid, H. (2011). How should we define health? *BMJ* 2011,343:d4163
- Kaba, R., & Sooriakumaran, P. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery*, 5, 57e65
- Kodjo, C. (2009). Cultural competence in clinician communication. *Pediatr Rev.*, 30(2): 57-64.
- Koos, E.L. (1954). *The Health of Regionville*. Columbia University Press, New York.
- Mechanic, D. (1966). Response Factors in Illness: The Study of Illness Behavior, *Social Psychiatry*, 1:20.
- Parsons, T. (1950). *The social system*. New York :The Free Press.
- Paternotte, E., van Dulmen, S., van der Lee, N., Scherpbier, A.J., Scheele, F. (2015). Factors influencing intercultural doctor-patient communication: A realistic review. *Patient Education and Counseling*, 98, 420-445
- Pryce, A. The social processes of becoming ill. Διαθέσιμο στο: <http://www.staff.city.ac.uk/apryce/ill.htm> [Τελευταία πρόσβαση 28/11/2015]
- Puchalski, C.M. (2001). The Critical Need for Spirituality in Our Healthcare System. *New Theology Review*.
- Read J, Gibson K, Cartwright C, Shiels C, Dowrick C, Gabbay M. Understanding the non-pharmacological correlates of self-reported efficacy of antidepressants. *Acta Psychiatr Scand*. 2015 Jun;131(6):434-45. <http://bit.ly/1zDGMEK>
- Rothman, K.J. (1976). Causes. *Amer J Epidemiol*, 104:587-592
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M., Haynes, R.B., Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*,312:71
- Sackett, D.L., Straus, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W., Haynes, R.B. (2000). *Evidence-based medicine: how to practice and teach*. EBM (2nd ed.), Churchill Livingstone, Edinburgh
- Saunders, L. & Hews, W. Folk medicine and medical practice. *J M Ed* 1953, 28:43-46
- Slikkerveer, L.J. (1990). Theoretical Orientation and Analytical Model. In: *Plural Medical Systems in the Horn of Africa*. African Studies Centre, Leiden, .37
- Suchman, E.A. (1965). Social Patterns of Illness and Medical Care. *Journal of Health and Human Behavior*, 6(3): 114-28
- Vincent C, Furnham A. Why do patients turn to complementary medicine? An empirical study. *Br J Clin Psychol*. 1996 Feb;35 (Pt 1):37-48.
8673034. Whinney, M. (1981). *A Textbook of Family Medicine*. chapter 3.
- WHO. (1946). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International

Health Conference, New York and entered into force on 7 April 1948.

Λάγιου, Α. (2008). Επιδημιολογία και πρόληψη του καρκίνου του μαστού. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(6):742-748.

Μπουλώτης, Χ. (1986). Στοιχεία μαγείας στη Μινωική Κρήτη. Αρχαιολογία 20, , 8-15.

Σπάρος, Λ. (2001). Εφαρμοσμένη Ιατρική Έρευνα-Η έννοια της νοσηρότητας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3):303-311

Τούντας, Γ. Κ. (2007). Από το βιοϊατρικό στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο ερμηνείας της υγείας και της αρρώστιας, ΙΑΣΠΣ, Διαθέσιμο στο <http://goo.gl/9Qdr3W> [Τελευταία πρόσβαση 28/11/2015]

Τριχόπουλος, Δ. (1982). Αιτιολογία και ταξινόμηση στην Ιατρική. Στο: Επιδημιολογία: Αρχές, Μέθοδοι, Εφαρμογές. Επιστημονικές Εκδόσεις Παριζιάνος Γ, Αθήνα, 9.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 - ΙΑΤΡΟΣ- ΑΣΘΕΝΗΣ: Η ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ Χ.Λιονής, Γ. Ασπράκη & Ε. Πιτέλου



Ιατρός & ασθενής: μια κοινωνική αλληλεπίδραση

Τα βασικά χαρακτηριστικά της σχέσης ιατρού-ασθενή

Η μελέτη της δυαδικής σχέσης, που αναπτύσσεται μεταξύ ιατρού-ασθενή, απασχόλησε από πολύ νωρίς την Κοινωνιολογία αλλά και όλες τις κοινωνικές επιστήμες. Σύμφωνα με αυτές, η σχέση ιατρού-ασθενή πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μια σχέση δυο προσωπικοτήτων. Σύμφωνα με τον Blum, (1963) τη σχέση ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή θα πρέπει να τη μελετούμε σε ένα πεδίο του οποίου τα συστατικά στοιχεία είναι περισσότερα, χωρίς να περιοριζόμαστε μόνο στις προσωπικότητες και τα χαρακτηριστικά του ασθενή και του ιατρού, αλλά ούτε και στις τεχνικές ικανότητες του ιατρού. Ο Bastide (1972) έγραψε ότι «ο θεραπευτικός διάλογος είναι μια ανταλλαγή μεταξύ δυο στοιχείων της κοινωνίας παρά μεταξύ δυο ατόμων». Τα δυο αυτά άτομα (ιατρός και ασθενής) έρχονται σε επαφή μεταφέροντας μαζί τους διαφορετικές αντιλήψεις για την ασθένεια. «Οι απόψεις του επαγγελματία, που διαμορφώθηκαν από την κλινική εμπειρία και την εκπαίδευσή του, μπορούν να διαφέρουν σε έμφαση, σε περιεχόμενο ή σε επίπεδο προτεραιοτήτων από τις απόψεις του ασθενή, σαφώς επηρεαζόμενες από την ανάγκη αντιμετώπισης ενός ειδικού προβλήματος, από τις κοινωνικοπολιτιστικές αντιλήψεις σχετικά με τη φύση του προβλήματος και το φάσμα των δυνατών απαντήσεων σ' αυτό» (Robinson, 1973). Οι παράγοντες που αναμένεται να επηρεάσουν τις στάσεις και τη συμπεριφορά του ιατρού απέναντι στον άρρωστο, σύμφωνα με τον Blum (1963), είναι δύο:

α. η προδιάθεση (predisposition) του ατομικού χαρακτήρα του

β. τα μέτρα ή πρότυπα (standards) της επαγγελματικής συμπεριφοράς τα οποία έχουν υιοθετηθεί απ' αυτόν

Κάθε ιατρός είναι εκτεθειμένος, στη διάρκεια της προπτυχιακής και της μεταπτυχιακής εκπαίδευσής του, σε ένα σύνολο αξιών και κανόνων συμπεριφοράς που συνθέτουν βαθμιαία μέσα του τον ρόλο του ιατρού.

Σύμφωνα με τον Robinson (1973), ο ιατρός, ως μέλος μιας ιδιαίτερης επαγγελματικής ομάδας και εργαζόμενος σε ξεχωριστούς οργανωτικούς σχηματισμούς (ιδιωτικό ιατρείο, κέντρο υγείας, νοσοκομείο κ.ά.), έχει επαγγελματικούς και διοικητικούς περιορισμούς που ελέγχουν την καταλληλότητα και το εφικτόν της ιατρικής πράξης. Με άλλα λόγια, οι ενέργειες του ιατρού ορίζονται και περιορίζονται από τον νόμο, τα επαγγελματικά ήθη, τον χρόνο, τις δια-επαγγελματικές σχέσεις και την οργάνωση της άσκησης του επαγγέλματος.

Από την άλλη πλευρά, και η συμπεριφορά του ασθενή, όταν πια έχει αναγνωρίσει τα συμπτώματα του και υιοθετήσει το ρόλο του ασθενή, εξαρτάται από τις αντιλήψεις του όσον αφορά την προέλευση και την αντιμετώπιση της ασθένειας, την κοινωνικοοικονομική κατάστασή του και τα υποκειμενικά χαρακτηριστικά του. Σημαντικό ρόλο για τη διαμόρφωση των αντιλήψεων του ατόμου σχετικά με την προέλευση της ασθένειας και τη στάση του (και συμπεριφορά) απέναντι στην ασθένεια (και έμμεσα στον ιατρό) έχουν και οι διάφοροι κοινωνικοί θεσμοί. Ανάμεσα σ' αυτούς αναφέρονται η οικογένεια και το σχολείο. Σύμφωνα με τον Blum (1963), η οικογένεια παραμένει ο πιο σημαντικός κοινωνικοποιητικός παράγοντας του ατόμου, όσον αφορά τη συμπεριφορά του στην ασθένεια. Τόσο ο παράγων της οικογένειας όσο και οι παράγοντες που αφορούν το ιατρικό επάγγελμα και επηρεάζουν τη σχέση ιατρού-ασθενή αποτελούν αναπόσπαστα μέρη του ευρύτερου (και επικρατούντος) πολιτισμικού περιβάλλοντος. Μέρος του περιβάλλοντος αυτού αποτελούν, επίσης, και τα ιδιαίτερα κοινωνικοπολιτισμικά χαρακτηριστικά (τάξη, θρησκεία, εθνικότητα κ.ά), που, με τη σειρά τους, επηρεάζουν τη

συμπεριφορά τόσο του ιατρού όσο και του ασθενή (Blum, 1963).

Οι απόψεις του Blum και άλλων ερευνητών σχετικά με την αλληλεπίδραση ιατρού-ασθενή κατέληξαν στη σύνθεση ενός υποδείγματος (model), το οποίο αποτελεί μια βάση από την οποία μπορεί κάποιος να ξεκινήσει, προκειμένου να ερμηνεύσει τη σχέση ιατρού-ασθενή. Τα τρία θεμελιώδη συστατικά του στοιχείου είναι ο πολιτισμός, ο κοινωνικός ρόλος του ιατρού και το κοινωνικό σύστημα (Blum, 1963). Όσον αφορά τον πολιτισμό και τον ρόλο του στη διαμόρφωση των αντιλήψεων για την πρόκληση της ασθένειας αλλά και τη συμπεριφορά στην ασθένεια, έχει γίνει αναλυτική αναφορά στο πρώτο Κεφάλαιο, ενώ για τον κοινωνικό ρόλο του ιατρού και για το κοινωνικό σύστημα της σχέσης ιατρού-ασθενή θα αναφερθούμε παρακάτω.

Το κοινωνικό σύστημα της σχέσης ιατρού-ασθενή

“Ήδη από προηγούμενες ενότητες έχουμε τονίσει ότι η σχέση ιατρού-ασθενή δεν αποτελεί μια απλή αλληλεπίδραση μεταξύ δυο ατόμων. Κάθε άτομο, στη συνάντησή αυτή, μεταφέρει έναν συγκεκριμένο κοινωνικό ρόλο, τον ρόλο του ασθενή, από το ένα μέρος, και τον ρόλο του ιατρού, από το άλλο. Οι ρόλοι αυτοί, που δεν είναι τίποτε άλλο από τα πρότυπα μιας αναμενόμενης συμπεριφοράς, πηγάζουν τόσο από τον πολιτισμό όσο και από την προσωπική εμπειρία. Το είδος της προσδοκώμενης συμπεριφοράς διαφέρει στα δυο αυτά άτομα και επηρεάζεται, ως αναφέρθηκε παραπάνω, από διάφορους παράγοντες. Στην Κοινωνιολογία, ένα κοινωνικό σύστημα αποτελείται από δυο ή περισσότερα άτομα τα οποία αλληλεπιδρούν μεταξύ τους σύμφωνα με σταθερούς κοινωνικούς ρόλους (Blum, 1963). Σύμφωνα με τον Henderson (1935), το κοινωνικό σύστημα της σχέσης ιατρού-ασθενή διαμορφώνεται πάνω στις έννοιες του κοινωνικού ισοδυνάμου (social equilibrium), που ουσιαστικά αντιστοιχεί σε συγκεκριμένους φυσιολογικούς - χημικούς όρους. Βασικά χαρακτηριστικά του συστήματος αυτού είναι (Blum, 1963):

α. η πρότυπη αλληλεξάρτηση (interdependence) των μερών του και η λειτουργική σχέση τους

β. η δυναμική ισορροπία των μερών του, η οποία, όταν διαταραχτεί, οδηγεί το σύστημα σε αντίδραση, προκειμένου να αποκατασταθεί η αρχική «φυσιολογική» κατάσταση (μηχανισμός ομοιόστασης).

Η θεωρία αυτή του κοινωνικού συστήματος, με αναγνωρισμένες τις δυσκολίες και τα προβλήματα, όταν υποδείγματα (models) μεταφέρονται από το πεδίο των βιολογικών επιστημών στην Κοινωνιολογία, μαζί με τη σύνθεση του Henderson (1935), διαμορφωμένη πριν πολλά χρόνια, φυσικά δεν δίνουν απάντηση σε όλα τα ερωτήματα της πολύπλοκης, στις σημερινές συνθήκες, σχέσης ιατρού-ασθενή. Εντούτοις, σύγχρονες προσεγγίσεις της εστιασμένης στο πρόσωπο της φροντίδας είναι πλέον διαδεδομένες και υπό εξέλιξη – ένα τέτοιο υπόδειγμα διαμορφώθηκε από τον ΠΟΥ (WHO, 2010). Στο υπόδειγμα αυτό, η φροντίδα επικεντρώνεται στις ανάγκες και στις προσδοκίες των ατόμων και των κοινοτήτων και όχι στην ασθένεια, διευρύνοντας και επεκτείνοντας την έννοια της εστιασμένης στον ασθενή φροντίδας από το άτομο στην ευρύτερη οικογένεια, την κοινότητα και την κοινωνία. Επίσης, η προσοχή στρέφεται στη διαμόρφωση των υπηρεσιών υγείας και στη χάραξη πολιτικής για την υγεία

Ιατρός - ασθενής: η πολιτισμική διάσταση

Η ασθένεια αποτελεί οικουμενική εμπειρία του ανθρώπου, η οποία θέτει σημαντικά ερωτήματα για τις βασικές παραδοχές της ζωής σε προσωπικό, δια-προσωπικό, και κοινοτικό επίπεδο. Όμως, αν και οι άνθρωποι ασθενούν και ασθενούν σε όλες τις ιστορικές περιόδους και τα κοινωνικοπολιτισμικά πλαίσια, εξαιρετική ποικιλότητα παρουσιάζουν οι τρόποι με τους οποίους: (α) αντιλαμβάνονται και εξηγούν την ασθένεια, (β) βιώνουν την ασθένεια ως υποκειμενική και κοινωνική εμπειρία, (γ) αναλαμβάνουν θεραπευτικές πρωτοβουλίες (Kleinman, 1980; Worsley, 1982). Ως εκ τούτου, η μελέτη της ασθένειας και της θεραπευτικής διαδικασίας αποδείχτηκε εξαιρετικά πρόσφορο πεδίο για την Κοινωνική Ανθρωπολογία. Το πεδίο αυτό έδωσε τη δυνατότητα στους ανθρωπολόγους να επεξεργαστούν και να συγκρίνουν το πώς οι άνθρωποι σε διαφορετικά πολιτισμικά, κοινωνικά και ιστορικά πλαίσια κατανοούν και αντιδρούν στις αντιξοότητες (Helman, 2006; Johnson & Sargent 1990; Kleinman 1985).

Μελετώντας φυλετικές ομάδες στην Ασία, την Αφρική και αλλού, στις αρχές του προηγούμενου αιώνα, οι ανθρωπολόγοι ήταν πολύ γρήγορα σε θέση να αντιληφθούν ότι όλες οι ανθρώπινες ομάδες διαθέτουν δικούς τους τρόπους αντίληψης και ενέργειας απέναντι στην ασθένεια: κάθε πολιτισμός, δηλαδή, διαθέτει τα δικά του μοντέλα εξήγησης της ασθένειας και ιατρικά συστήματα. Τα ιατρικά συστήματα δεν αποτελούν παρά προσπά-

θειες απόκρισης και προσαρμογής των ανθρώπων στην ασθένεια.

Ταυτοχρόνως, έχοντας βαθιά πίστη στην ορθότητα και την αποτελεσματικότητα του δυτικού βιοϊατρικού μοντέλου, οι ανθρωπολόγοι, για πολλά χρόνια, μελέτησαν αυτά τα εναλλακτικά ιατρικά συστήματα ως μέρος του συστήματος των δοξασιών και των τελετουργιών των ιθαγενών πολιτισμών. Ήταν, ωστόσο, εμφανές ότι η παροχή φροντίδας υγείας σε πολλά μέρη του κόσμου όπου δούλευαν οι ανθρωπολόγοι ήταν ανεπαρκής και αποτελούσε αναμφισβήτητα σημαντικό πρόβλημα και έναν από τους βασικούς τομείς δράσης κυβερνητικών πολιτικών και παρεμβάσεων. Η ιατρική ανθρωπολογία αναπτύχθηκε αρχικά ως ένας εφαρμοσμένος κλάδος της κοινωνικής ανθρωπολογίας. Ανέλαβε, δηλαδή, να παράσχει την πολιτισμική εκείνη γνώση που θα βοηθούσε τις αποικιοκρατικές κυβερνήσεις ανά τον κόσμο να εφαρμόσουν με αποτελεσματικό τρόπο τις πολιτικές για την παροχή φροντίδας υγείας.

Αρχικά, τα μοντέλα που κυριάρχησαν στις παρεμβάσεις για τη φροντίδα υγείας, θεωρούσαν δεδομένη την υπεροχή του δυτικού βιοϊατρικού μοντέλου –τα επιτεύγματα της Ιατρικής ήταν οφθαλμοφανή και αδιαμφισβήτητα- και αναμενόταν ότι, όταν οι αυτόχθονες πληθυσμοί θα έρχονταν σε επαφή με το μοντέλο αυτό, οι δικές τους θεραπευτικές πρακτικές και θεωρίες θα ατονούσαν και θα έδιναν τη θέση τους στο δυτικό βιοϊατρικό μοντέλο. Πολύ σύντομα, όμως, φάνηκε ότι τα πράγματα δεν ήταν έτσι. Οι σύγχρονες δομές φροντίδας υγείας δεν χρησιμοποιούνταν από τους αυτόχθονες πληθυσμούς στην αναμενόμενη έκταση, ενώ οι παραδοσιακές θεραπευτικές πρακτικές και οι ιθαγενείς ειδικοί διατηρούσαν το κύρος τους (Clark, 1970). Στο σημείο αυτό, κάνει την είσοδό της η Ανθρωπολογία ως μια επιστήμη που θα μπορούσε να φανεί χρήσιμη στον εντοπισμό των εμποδίων, πολιτισμικών, κοινωνικών, ψυχολογικών- και στην αποδοχή από τους αυτόχθονες πληθυσμούς των σύγχρονων δομών παροχής φροντίδας υγείας. Επίσης, οι ανθρωπολόγοι θα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμοι στον σχεδιασμό προγραμμάτων τα οποία θα ήταν περισσότερο συμβατά –και άρα αποδεκτά- με τις πολιτισμικά προσδιορισμένες προσδοκίες των λαών στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου πολλά προγράμματα παρέμβασης στον χώρο της υγείας ήταν υπό εξέλιξη (Lombard, Forster-Cox, Smeal and O'Neill, 2006).

Ταυτόχρονα, η γνώση και η εμπειρία που συσσωρευόταν από την εφαρμογή τέτοιου είδους προγραμμάτων στις αναπτυσσόμενες χώρες είχε μεγάλη σημασία και για τις μητροπολιτικές χώρες –τις Η.Π.Α. ή τη Βρετανία- όπου υπήρχε μεγάλη πολιτισμική ποικιλία από το γεγονός της μετανάστευσης και της συμβίωσης πολλών εθνότητων κάτω από την ίδια κρατική ομπρέλα. Είναι πλέον σαφές ότι η παροχή φροντίδας υγείας είναι διαφορετική σε διαφορετικές κοινωνικές τάξεις και εθνοτικές ομάδες (Frank & Mustard 1994; Nettleton, 1995). Το πρόβλημα, εδώ, είναι αφενός η αδυναμία τόσο της δομής υγείας να κατανοήσει και να προσφέρει πολιτισμικά κατάλληλες υπηρεσίες για τον πληθυσμό, και αφετέρου η αδυναμία των διαφορετικών πολιτισμικών και κοινωνικών ομάδων να χρησιμοποιήσουν τις συγκεκριμένες δομές και υπηρεσίες.

Για να συνοψίσουμε, σύμφωνα με τον ψυχίατρο και ανθρωπολόγο Kleinman (1980), η κλινική πραγματικότητα συγκροτείται με διαφορετικό τρόπο σε διαφορετικά κοινωνικά και πολιτισμικά πλαίσια, ακόμα και στο εσωτερικό μιας κοινωνίας. Ο Kleinman παρατηρεί ότι «κλινικές κατηγορίες (νοούμενες ως γνωσιακές κατηγορίες) ενυπάρχουν σε όλους τους πολιτισμούς» (ibid: xii). Επομένως, η ανάλυσή τους και η διαπολιτισμική σύγκριση είναι απαραίτητες για να κατανοήσουμε τα διαφορετικά ιατρικά συστήματα, και άρα, θα συμπληρώναμε, για να παράσχουμε την κατάλληλη φροντίδα υγείας.

Όμως, θα πρέπει να προσέξουμε, εδώ, το εξής: ακόμη και στις δυτικές βιομηχανικά αναπτυγμένες χώρες, όπου η κατίσχυση του δυτικού βιοϊατρικού μοντέλου είναι αδιαμφισβήτητη, δεν έχει επέλθει εξάλειψη των εναλλακτικών τρόπων θεραπείας. Ξέρουμε ότι το ποσοστό των ασθενειών που φτάνουν τελικά στο επίσημο σύστημα υγείας, δημόσιο ή ιδιωτικό, είναι απλώς η κορυφή του παγόβουνου (Kleinman, 1980; White, Williams and Greenberg, 1961). Τη συντριπτική πλειοψηφία των συμπτωμάτων τους οι άνθρωποι την αντιμετωπίζουν έξω από το επίσημο ιατρικό σύστημα, καταφεύγοντας είτε σε αυτό-θεραπεία, είτε σε παραδοσιακές πρακτικές, είτε στη θρησκευτική / τελετουργική ίαση, είτε σε εναλλακτικές θεραπείες.

Αυτό που προκύπτει από τις σχετικές μελέτες είναι ότι στον πάσχοντα προσφέρεται μια ποικιλία από θεραπευτικές προσεγγίσεις, τις οποίες μπορεί να χρησιμοποιήσει είτε διαδοχικά είτε ταυτοχρόνως. Αυτό ισχύει τόσο για τις προηγμένες βιομηχανικές χώρες όσο και για τις χώρες του τρίτου κόσμου. Δηλαδή, παρά την ευρεία αποδοχή της δυτικής βιοϊατρικής επιστήμης, άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις και εναλλακτικά συστήματα ιατρικής σκέψης δεν έχουν παραγκωνιστεί, αντίθετα συνυπάρχουν και χρησιμοποιούνται από το ίδιο κοινό (Helman, 2006; Leslie, 1980; Worsley, 1982).

Τα παραπάνω έχουν μεγάλη σημασία και για την άσκηση της Ιατρικής στην Ελλάδα. Αντίθετα με τη στερεοτυπική αντίληψη που θέλει την Ελλάδα μια χώρα μεγάλης πολιτισμικής ομοιογένειας, εντοπίζονται τόσο εσωτερικές πολιτισμικές διαφοροποιήσεις (Dimen & Friedl, 1976) όσο και εμπλουτισμός του πληθυσμού μέσω των

μεταναστευτικών μετακινήσεων. Σύμφωνα με την απογραφή του 2001, ζουν στην Ελλάδα 762.191 αλλοδαποί, εκ των οποίων 57,4% κατάγονται από την Αλβανία, 4,6% από τη Βουλγαρία, 3,0% από τη Γεωργία, και 2,9% από τη Ρουμανία (Ευλαμπίδου, 2005). Τα δεδομένα αυτά πρέπει να έχουν αλλάξει σημαντικά μετά τη σημερινή μεταναστευτική και προσφυγική κρίση.

Ταυτοχρόνως, υπάρχουν διαφοροποιήσεις στο εσωτερικό της χώρας, τόσο πολιτισμικές (π.χ. στα νησιά του Αιγαίου οι γυναίκες έχουν σημαντικό ρόλο στη διαχείριση των οικογενειακών θεμάτων), αλλά και εθνοτικές, καθώς πολίτες της χώρας είναι τσιγγάνοι, Πομάκοι, μουσουλμάνοι. Τέλος, ειδικά σε περιοχές τουριστικές, όπως η Κρήτη, η σύνθεση του πληθυσμού μεταβάλλεται σημαντικά κατά την τουριστική περίοδο, με επισκέπτες από διάφορα μέρη του κόσμου. Η οικονομική κρίση επίσης έχει ουσιαστικά επιδράσει στις διαφοροποιήσεις αυτές. Είναι αποδεκτό ότι ο ιατρός χρειάζεται την ενεργό συμμετοχή του ασθενή στη θεραπεία του. Δεν μπορεί να θεραπεύσει έναν ασθενή που δεν συνεργάζεται ή που δεν εμπιστεύεται τον ιατρό του. Επομένως, το τι πιστεύει ο ίδιος ο πάσχων για την υγεία του, για τη φύση της ασθένειάς του και για την απαιτούμενη θεραπεία είναι πολύ σημαντικό για την πορεία της σχέσης του με τον ιατρό, όπως και για την πορεία της θεραπείας του. Καθώς οι πεποισθησείς και οι στάσεις του ασθενή είναι πολιτισμικά προσδιορισμένες, είναι σημαντικό ο ιατρός να είναι ευαίσθητοποιημένος και ενήμερος ως προς τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά του ασθενή του.

Υποδείγματα της σχέσης ιατρού - ασθενή

Βασικά υποδείγματα της σχέσης ιατρού-ασθενή. Θεωρητικές προσεγγίσεις

Σ' αυτήν την πρόσωπο με πρόσωπο επαφή του ιατρού με τον ασθενή αναμένεται ο ασθενής να είναι λιγότερο ή περισσότερο παθητικός στη μεταξύ τους αλληλεπίδραση. Ανάλογα με τον βαθμό της παθητικότητας του ασθενή, οι Szasz και Hollander (1956) διέκριναν τρία διαφορετικά υποδείγματα (models) όσον αφορά τη σχέση ιατρού-ασθενή.

Στον πρώτο τύπο αλληλεπίδρασης, μοντέλο ενεργητικότητας - παθητικότητας (activity-passivity model), ο ασθενής είναι εξ ολοκλήρου παθητικός, υποτακτικός, ακινητοποιημένος και παραδομένος στα χέρια του ιατρού. Τέτοια μορφή σχέσης βρίσκεται σε ειδικές καταστάσεις, όπως τις επείγουσες περιπτώσεις (σοβαρά τραύματα, καταπληξία ή κώμα), στο χειρουργείο ή στην ηλεκτροσπασμοθεραπεία σε ψυχιατρικούς ασθενείς). Η σχέση αυτή ιατρού-ασθενή είναι παρόμοια με αυτήν του πατέρα και του απροστάτευτου βρέφους του.

Στον δεύτερο τύπο της σχέσης ιατρού-ασθενή, μοντέλο καθοδήγησης-συνεργασίας (guidance-cooperation model), ο ασθενής είναι μεν λιγότερο παθητικός απ' ό,τι στην προηγούμενη κατάσταση, αλλά είναι υπάκουος στις απαιτήσεις του ιατρού και εκτελεί όσα του ζητήσει. Τέτοια σχέση παρατηρείται στα περισσότερα έκτακτα περιστατικά και ιδιαίτερα σε αυτά που αφορούν εμπύρετες-λοιμώδεις καταστάσεις. Στις καταστάσεις αυτές, ο ασθενής γνωρίζει τι συμβαίνει γύρω του και είναι ικανός να ακολουθήσει τις οδηγίες του ιατρού ασκώντας σε κάποιο βαθμό την κρίση του. Το υπόδειγμα αυτό έχει το πρότυπο του στη σχέση του πατέρα και του παιδιού του (παιδική ή εφηβική ηλικία).

Τέλος, στον τρίτο τύπο αλληλεπίδρασης, ώριμη συμμετοχή (mutual participation), οι ασθενείς είναι ικανοί ή ζητούν μόνοι τους να αναλάβουν τη φροντίδα του εαυτού τους. Αυτός ο τύπος αλληλεπίδρασης, που χαρακτηρίζεται από υψηλή συμμετοχή του ασθενή στη διαχείριση της αρρώστιας του, συναντιέται στα χρόνια νοσήματα, όπως η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η εκφυλιστική αρθροπάθεια κ.ά., καθώς και σε όλες τις δραστηριότητες αγωγής υγείας (health education) που ο ιατρός προωθεί μέσα στο ιατρείο του ή στην κοινότητα. Ο τύπος της σχέσης αυτής δεν είναι κατάλληλος για παιδιά ή άτομα με νοητική ανεπάρκεια ή με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Ο τύπος της σχέσης αυτής είναι παρόμοιος με αυτήν του ενήλικα με ενήλικα.

Ποιος από τους τρεις παραπάνω τύπους είναι ο πλέον κατάλληλος για τη σχέση ιατρού-ασθενή; Ο πρώτος τύπος αφορά στις επείγουσες περιπτώσεις όπου ο ασθενής έχει απώλεια συνείδησης. Ο τύπος της καθοδήγησης-συνεργασίας έχει κατάλληλη εφαρμογή στα έκτακτα περιστατικά/στις επείγουσες περιπτώσεις, στις περισσότερες περιπτώσεις της παιδικής ηλικίας, σε άτομα με νοητική, ψυχική ή και σοβαρή σωματική ανεπάρκεια (που τα ακινητοποιεί ή καθιστά κλινήρη). Για τα χρόνια νοσήματα, και ιδιαίτερα αυτά που σήμερα αποκαλούμε «νοσήματα φθοράς ή πολιτισμού», ο πλέον κατάλληλος τύπος είναι αυτός της «ώριμης συμμετοχής». Συχνά, όμως, οι ιατροί προτιμούν για τα χρόνια νοσήματα τον δεύτερο τύπο. Εφόσον, όμως, πληρούνται οι συνθήκες

για την εφαρμογή του τύπου της «ώριμης συμμετοχής» ο ιατρός θα πρέπει να είναι αυτός που σταδιακά -μέσω της εκπαίδευσης του ασθενή του- θα αναπτύξει περαιτέρω τη μεταξύ τους σχέση.

Ο Friedson (1972) ασκεί κριτική στην τυπολογία των Szasz και Hollander, θεωρώντας ότι είναι λογικά και εμπειρικά ελαττωματική. Η λογική αυτή υπαγορεύει δυο άλλους τύπους αλληλεπίδρασης μεταξύ ιατρού-ασθενή: στον πρώτο, ο ασθενής καθοδηγεί και ο ιατρός συνεργάζεται και στον δεύτερο ο ασθενής είναι ενεργητικός και ο ιατρός παθητικός. Αν και γενικά τέτοιοι τύποι αλληλεπίδρασης δεν είναι συχνοί, σε συνθήκες ελεύθερης παροχής υπηρεσιών, δεν είναι, πλέον, σπάνιες οι περιπτώσεις στις οποίες ο ασθενής δίνει οδηγίες και ο ιατρός συνεργάζεται. Τέτοιες είναι οι περιπτώσεις που οι ιατροί, από φόβο μήπως δυσαρεστήσουν τους ασθενείς τους και τους χάσουν από πελάτες τους (μειώνοντας έτσι το εισόδημά τους), υπακούουν στις απαιτήσεις τους, αναφορικά με την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο, τη διάγνωση της αρρώστιας τους και τη θεραπεία της (Friedson, 1972).

Ιατρική: ένα ιδιαίτερο επάγγελμα

Για πρώτη φορά ο όρος «επάγγελμα» (profession) εμφανίζεται το 1541 στο Oxford English Dictionary (Carr-Saunders & Wilson, 1933). Αντίστοιχος όρος δεν βρέθηκε σε καμιά από τις γλώσσες του αρχαίου κόσμου. Στο ελληνικό λεξικό των Τεγόπουλου-Φυτράκη (1992), ο όρος επάγγελμα αναφέρεται ως «η μόνιμη εργασία για βιοπορισμό» και εμφανίζεται προερχόμενη από το ρήμα επαγγέλλομαι (επί+αγγέλομαι, υπόσχομαι/ασκώ επάγγελμα, καμώνομαι ότι είμαι κάτι που δεν είμαι). Σύμφωνα με τον Blum (1963), δύο είναι τα βασικά χαρακτηριστικά του επαγγέλματος:

α. η παρατεταμένη και εξειδικευμένη εκπαίδευση (*prolonged specialized training*) σε έναν συγκεκριμένο τομέα γνώσης, και

β. ο προσανατολισμός των υπηρεσιών.

Με βάση τα δύο αυτά χαρακτηριστικά, η κοινωνία όχι μόνο ορίζει τα επαγγέλματα αλλά και τα κατατάσσει σε κατηγορίες.

Η Ιατρική, διαθέτουμε μακρά περίοδο εκπαίδευσης και σαφή προσανατολισμό των υπηρεσιών της στην προαγωγή της υγείας της κοινότητας, κατατάσσεται σε μια από τις υψηλότερες βαθμίδες. Σύμφωνα με τον κοινωνιολόγο David Robinson (1973), το επάγγελμα της ιατρικής θεωρείται ως το υπερισχύον όσον αφορά τους όρους του κύρους και της δικαιοδοσίας των εμπειρογνομόνων.

Η «επικράτηση» του ιατρικού επαγγέλματος θα πρέπει να αποδοθεί όχι μόνο στα χαρακτηριστικά που αναφέρθηκαν παραπάνω (της μακρόχρονης εκπαίδευσης και του προς την κοινότητα προσανατολισμού των υπηρεσιών του), αλλά και στον ιδιαίτερο κοινωνικό ρόλο του ιατρού, τον οποίο θα συζητήσουμε σε παρακάτω ενότητες. Ένας άλλος παράγοντας, σύμφωνα επίσης με τον Robinson, που συμβάλλει στην αύξηση του κύρους και της κοινωνικής αποδοχής του ιατρικού επαγγέλματος είναι η δυνατότητα που έχει ο ιατρός να χρησιμοποιήσει και να εφαρμόσει στην άμεση επαφή με τον ασθενή του όλες τις προόδους και τις νέες γνώσεις που προέρχονται από έναν σημαντικό αριθμό επιστημών (Βιοχημεία, Κοινωνιολογία, Ψυχολογία κ.ά.).

Η θετική αντίληψη για τον ιατρό που έχει διαμορφώσει η κοινωνία, η οποία θα αναλυθεί στο έβδομο Κεφάλαιο, συνεπάγεται ένα σταθερό σύνολο γενικών υποχρεώσεων (obligations) και προνομίων (privileges). Οι υποχρεώσεις και τα προνόμια αυτά συνθέτουν, σε γενικές γραμμές, τον κοινωνικό ρόλο του ιατρού, ο οποίος ποικίλλει από κοινωνία σε κοινωνία και εξειδικεύεται από ιατρό σε ιατρό. Ο κοινωνικός ρόλος του ιατρού περιλαμβάνει ένα σύνολο κανόνων συμπεριφοράς, οι οποίοι αποτελούν αντανάκλαση των προσδοκιών από μέρους της κοινωνίας. Σύμφωνα με τον Samuel Blum, η κοινωνία προσδοκά από τον ιατρό να ασκήσει με τον καλύτερο και πιο αποτελεσματικό τρόπο τις ικανότητές του και να εφαρμόσει τις γνώσεις που έχει, προκειμένου να αντιμετωπίσει τις διάφορες ασθένειες (1963).

Έτσι, εκτιμάται ότι η κοινωνία αναμένει από τον ιατρό (Blum, 1963):

α. Ιεραποστολική συμπεριφορά που θα πηγάζει από το ενδιαφέρον του να προσφέρει στους άλλους περισσότερα απ' ό,τι στον εαυτό του. Αναζητά, δηλαδή, η κοινωνία από τον ιατρό «εσωτερικά» κίνητρα για προσφορά (service motive), σε αντίθεση με τα άλλα επαγγέλματα, τα προσανατολισμένα στις επιχειρήσεις, για τα οποία αποδέχεται ως βασικό κίνητρο το κέρδος. Η κατανόηση, από μέρους του ιατρού, αυτής της προσδοκίας της

κοινωνίας, αναφορικά με τον κοινωνικό ρόλο του, αναμένεται να οδηγήσει στη βελτίωση της σχέσης με τον άρρωστο και κατ' επέκταση στη μείωση των συγκρούσεων μαζί του. Συγκρούσεις που συχνά στη χώρα μας δημοσιοποιούνται και, με τη σειρά τους, διαμορφώνουν μια δυσμενή εικόνα για την κατάσταση του ιατρικού σώματος. Η βασική αυτή υποχρέωση του ιατρού (για ιεραποστολική συμπεριφορά) συνδέεται και με τα σημαντικά προνόμια που του παρέχει η κοινωνία στη διάρκεια άσκησης του επαγγέλματός του. Ανάμεσα στα προνόμια αυτά, τα οποία θα συζητηθούν εκτενέστερα στο επόμενο κεφάλαιο, είναι και η δυνατότητα του ιατρού να ζητά πληροφορίες σχετικά με την προσωπική ζωή του ασθενή, καθώς και να εξετάζει αυτόν στις πλέον απόκρυφες περιοχές του σώματός του. Αν και τα προνόμια αυτά πηγάζουν από τον «ειδικό» ρόλο του ιατρού, εντούτοις αποτελούν μια μοναδική τιμή που η κοινωνία δεν επιφυλάσσει σε κανέναν άλλον.

β. Συμπεριφορά αντικειμενική και συναισθηματικά αμερόληπτη. Ο ασθενής «εξομολογούμενος» στον ιατρό τα προβλήματα υγείας του και εξιστορώντας του πολλές φορές γεγονότα από την προσωπική ζωή του, τις ιδέες ή τιςπίστεις του, αναζητά στο πρόσωπο του ιατρού τη συμπάθεια και την κατανόηση. Η προσδοκία αυτή, όπως και η προηγούμενη, αποτελεί συχνά πηγή προβλημάτων στη σχέση ιατρού-ασθενή, αφού απαιτείται από τον ιατρό ουδετερότητα, έλεγχος των συναισθημάτων του και υψηλού βαθμού δεξιότητες επικοινωνίας με τον ασθενή. Το όγδοο κεφάλαιο αναφέρεται διεξοδικά στη διαχείριση της σχέσης ιατρού-ασθενή στη διάρκεια της εξέτασης στο ιατρείο. Τέλος, αναμένεται από τον ιατρό να ακολουθήσει τους παγκόσμια αποδεκτούς κανόνες επαγγελματικής συμπεριφοράς και όχι τις περιστασιακές απαιτήσεις που επιβάλλουν τοπικές συνθήκες και καταστάσεις (Blum, 1963).

Σε αυτές τις δύο βασικές υποχρεώσεις που περιγράφει ο Samuel Blum, θα μπορούσε να προστεθεί μια τρίτη, σύμφωνα με την οποία ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να ακολουθεί ένα σύνολο κανόνων προσωπικής και κοινωνικής ζωής, συμβατών με τις επικρατούσες κοινωνικοπολιτιστικές αντιλήψεις της περιοχής. Στη χώρα μας, και ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές, ο ιατρός αποτελεί ένα είδος τοπικού «ηγέτη» με σημαντική συμμετοχή και επιρροή στις υποθέσεις και στα προβλήματα της τοπικής κοινωνίας. Όλοι αναφέρονται με σεβασμό στο πρόσωπο του ιατρού (και αυτό απορρέει από τον κοινωνικό ρόλο του) και αναζητούν από αυτόν βοήθεια και συμβολή ακόμη και σε προβλήματα που δεν αφορούν την υγεία. Αυτή η ειδική και προνομιακή θέση του ιατρού στην τοπική κοινωνία συνεπάγεται, με τη σειρά της, βασικές υποχρεώσεις, αφού αναμένεται οι στάσεις και η συμπεριφορά του ιατρού να λειτουργήσουν ως πρότυπο στον πληθυσμό. Μια μη συμβατή, με τις υπάρχουσες στην περιοχή αντιλήψεις, συμπεριφορά του ιατρού εκτιμάται ότι θα δημιουργήσει προβλήματα στη σχέση του με τον ασθενή.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Bastide, R. (1972). *The Sociology of Mental Disorder*. Routledge and Kegan Paul (Trans.McNeil, J.), London.
- Blum, S.W. (1963). *The conceptual approach*, In: *The doctor and his patient*. Russell Saga Foundation, New York.
- Carr-Saunders, A.M., & Wilson, P.A. (1933). *The Professions*. Oxford University Press, London.
- Clark, M. (1970). *Health in a Mexican – American culture: A community study*. Berkeley: University of California Press.
- Dimen, M., & Friedl, E. (1976). *Regional variation in Modern Greece and Cyprus: Toward an ethnography of Greece*. *Annals, New York Academy of Sciences*, 263.
- Frank, J., & Mustard, J.F. (1994). *The determinants of health from a historical perspective*. *Daedalus*,123(4): 1-20.
- Friedson, E. (1972). *Profession of Medicine: A study of the sociology of applied knowledge*. Dodd Mead, New York.
- Helman, C. (2006). *Why medical anthropology matters*. *Anthropology Today*, 22(1): 3-4.
- Henderson, L.J. (1935). *Physician and Patient as a Social System*. *N Engl J Med* 1935, 212:819-823May 2, 1935.
- Johnson, T.M.,& Sargent, C.F. (1990). *Medical anthropology: A handbook of theory and method*. New York: Greenwood Press.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.

- Kleinman, A. (1985). Interpreting Illness Experience and Clinical Meanings. *Med Anth Q*, 16(3): 69-71
- Leslie, C. (1980). Medical pluralism in world perspective. *Soc Sci & Med*, 14B: 191-195.
- Lombard, K.A., Forster-Cox, S., Smeal, D., O'Neill, M.K. (2006). Diabetes on the Navajo nation: What role can gardening and agriculture extension play to reduce it? *Rur Rem Health*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://bit.ly/1RwG7aZ>
- Nettleton, S. (1995). Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ασθένειας. Αθήνα, Τυπωθήτω.
- Robinson, D. (1973). Patient and Doctor: a Social Relationship. In: Heinemann Medical Books LTD, London.
- Robinson, D. (1973). Medicine: A Particular Profession. In: Patients, Practitioners, and Medical Care. Williams Heinemann, Medical Books LTD, London.
- Szasz, T.S., & Hollander, M.H. (1956). A Contribution to the Philosophy of Medicine: The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship. *A.M.A. Arch Int Med*, 97: 585-592.
- White, K.L., Williams, T.F., Greenberg, B.G. (1961). The ecology of medical care. *New England J Med*, 265:885-892.
- World Health Organization. (2010). People centred care in low- and middle-income countries - meeting report. Geneva.
- Worsley, P. (1982). Non-Western medical systems. *Ann Rev Anth*, 11: 315-348.
- Ευλαμπίδου, Ζ. (2005). Εμβολιαστική κάλυψη παιδιών μεταναστών σε έναν αστικό δήμο της Κρήτης. Αδημοσίευτη Μεταπτυχιακή Εργασία, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής.
- Τεγόπουλος – Φυτράκης, (1992). Ελληνικό Λεξικό, Δ' έκδοση, Εκδόσεις Αρμονία, Αθήνα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 - ΙΑΤΡΟΣ-ΑΣΘΕΝΗΣ: Η ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

N. Ραζής



Η ιστορική προσέγγιση της σχέσης ιατρού-ασθενή

Η πολυπλοκότητα της άσκησης των καθηκόντων στα επαγγέλματα υγείας, και ιδιαίτερα στην ιατρική, είναι τέτοια, ώστε ο σημερινός λειτουργός υγείας να βρίσκεται αντιμέτωπος με ποικιλία ηθικών και δεοντολογικών ζητημάτων. Την όλη κατάσταση έρχεται να «περιπλέξει» και η αναγκαιότητα κατανόησης και εφαρμογής των νομικών θεμάτων που αφορούν ιδίως τον ασθενή. Ιδιαίτερα θέματα προκύπτουν σε περιπτώσεις μεταμοσχεύσεων, ευγονικής, γενετικής, οικογενειακού προγραμματισμού, τεχνητής γονιμοποίησης, ευθανασίας, ψυχικής-ηθικής-επαγγελματικής-θρησκευτικής-επιστημονικής βούλησης, συναισθηματικής ωριμότητας, ψυχολογικής αρτιότητας, υποχρεώσεων προς την επιστήμη, τους συναδέλφους, τους ασθενείς, το οικογενειακό και το φιλικό περιβάλλον και την κοινωνία (Πάσχος, 1983-84). Ιδιαίτερη θέση κατέχουν οι σχέσεις ιατρού-ασθενή και στην καθημερινή ιατρική πράξη, σε θέματα που αφορούν την κατανόηση της ψυχολογίας του πάσχοντος, τον τρόπο λήψης του ιστορικού, τις διάφορες εργαστηριακές και διαγνωστικές επιλογές, την επιλογή της καταλληλότερης θεραπευτικής αγωγής και τη συμμόρφωση για τη λήψη της, την προσπάθεια κατανόησης της φοβίας του αρρώστου και τη διάλυση των αμφιβολιών του, την εκτίμηση του παράγοντα του κόστους και τη δυνατότητα επικοδομητικής συνεργασίας (Γραμματικού & Τσάπα, 1993).

Πολλές έννοιες, όπως η φιλανθρωπία, η φιλαλήθεια και το κοινωνικό χρέος, μολονότι δοκιμάστηκαν σκληρά, είναι αλήθεια ότι εξακολουθούν να αποτελούν -για τη μεγάλη πλειοψηφία των σύγχρονων ιατρών- πηγή ανθρωπιστικών αξιών, ειδικά όσον αφορά τη σχέση τους με τους ασθενείς, και τηρούνται από την αρχαία εποχή έως ακόμη και στις σημερινές καταναλωτικές ημέρες (Πεντόγαλος, 1983). Η σχέση ιατρού-ασθενή, πέρα από άλλες παραμέτρους, απεικόνιζε και την κοινωνική θέση του αρρώστου. Αυτό αποτυπωνόταν με πολλή σαφήνεια σε αρκετές πρωτόγονες φυλές, όπου οι ασθενείς εγκαταλείπονταν χωρίς καμία μέριμνα, με αποτέλεσμα την κοινωνική-ηθική απομόνωσή τους και την επίσπευση του μοιραίου. Επιπλέον, τόσο στην αρχαία Ελλάδα όσο και στη Μεσοποταμία, η απέχθεια προς την αρρώστια ήταν τέτοια, που θεωρούνταν αμαρτία, θεική τιμωρία ή αποτέλεσμα επιρροής κακοδαιμονίας, με όλες τις συνέπειες που αυτά επέφεραν στη σχέση ιατρού-ασθενή. Παρά την πρόοδο της επιστημονικής Ιατρικής εις βάρος των θρησκευτικών - δεισιδαιμονικών αντιλήψεων στην κλασική Ελλάδα, ένα σύμπλεγμα κατωτερότητας περιέβαλε τους μη υγιείς. Τα ασθενικά παιδιά δεν καταδικάζονταν μόνο στη Σπάρτη. Ο φιλόσοφος Ζήνων (336-264 π. Χ.) κρεμάστηκε μόνος του, εξαιτίας ενός ελαττωματικού δαχτύλου. Από τα έργα της ιπποκρατικής συλλογής, προκύπτουν πολλές ενδιαφέρουσες πληροφορίες σχετικά με τη σχέση ιατρού και ασθενή: στο έργο «Περί Τέχνης» υπάρχει η παρότρυνση της μη ενασχόλησης με ασθένειες που θεωρούνται ανιάτες, στο «Περί Ιερής Νόσου» υπάρχει το στοιχείο της κοινωνικής απομόνωσης των επιληπτικών, όμως στον Όρκο, στο «Περί Ιητρού», στο «Περί ευσχημοσύνης» και στο «Παραγγελίες» περιγράφονται με σαφή τρόπο το αγνό ενδιαφέρον που πρέπει να έχει ο ιατρός για τον ασθενή του, η αμέριστη φροντίδα του προς αυτόν και η συμμετοχή στον πόνο του, ενώ στο «Επιδημίες» αναγράφεται χαρακτηριστικά «ο ιατρός προσφέρει βοήθεια...στην αντιμετώπιση της αρρώστιας πρέπει ο ιατρός να έχει και τη συνεργασία του αρρώστου.» Είναι γνωστό, επίσης, ότι, την ίδια εποχή, οι ιατροί θεράπευαν στον αυτό χώρο και χωρίς καμία διάκριση ελεύθερους και σκλάβους (Πεντόγαλος, 1983; Pollak, 2005).

Αναμφίβολα, το οικονομικό, έπαιξε σημαντικό ρόλο στη σχέση ιατρού-ασθενή. Χαρακτηριστικά, ο κωμικός

ποιητής Φιλήμων, ο νεότερος, (περί το 300 π.Χ.) αναφέρει σχετικά: «Πόσο άσχημα περνά κάθε ιατρός, όταν κανένας δεν αισθάνεται άσχημα!».

Νομοθετικές ρυθμίσεις που σχετίζονται με την ιατρική αμοιβή, τη δεοντολογία και το καθηκοντολόγιο, συναντάμε από τα παλαιότερα χρόνια. Ο έκτος Βασιλιάς της 1ης δυναστείας της Βαβυλωνίας, Χαμουραμπί (2067-2024 π. Χ.), σε μια πέτρινη κυλινδρική στήλη από διορίτη ύψους 2,25 μέτρων, που ανευρέθη από Γάλλους αρχαιολόγους το 1901 και εκτίθεται στο Μουσείο του Λούβρου, είχε διατυπώσει τον περίφημο Κώδικά του, που ολοκληρώνεται σε 282 άρθρα (σώζονται 247), με τον οποίο αναμόρφωσε το αστικό-εμπορικό-ποινικό δίκαιο της χώρας του. Στα άρθρα 215-223 καθορίζονται οι ιατρικές αμοιβές και οι ποινές (είναι η αρχαιότερη ιατρική νομοθεσία), που σαφέστατα επηρέαζαν τη σχέση ιατρού-ασθενή (Ραζής, 2000; Τσούρας, 1980).

Στην Αρχαία Ρώμη, χάρη στην επιρροή του Ασκληπιάδη, ο Ιούλιος Καίσαρας, το 64 π.Χ., κατοχύρωσε, νομοθετικά, ορισμένα αστικά δικαιώματα των ιατρών. Ο Αύγουστος τους εξομοίωσε με Ρωμαίους πολίτες (πλήρη πολιτικά δικαιώματα). Επί Αυτοκρατορίας Βεσπασιανού-Τραϊανού-Ανδριανού, απολάμβαναν πλήρη «ασυλία» (Παπαζιώγας, 1981; Pollak, 2005). Στην άσκηση της Ιατρικής από τους αρχαίους Κινέζους, Ινδούς, Πέρσες, Εβραίους και Άραβες, συχνά βρίσκουμε ποικιλία απαγορεύσεων για τις ιατρικές πράξεις, οι οποίες αφενός μεν, συνήθως, οφείλονταν στις κρατούσες κοινωνικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις, αλλά, παρά ταύτα, είχαν, ενίοτε, δυσμενή επίδραση στη σχέση ιατρού-ασθενή (Ραζής, 2000; Παπαζιώγας, 1981).

Μεταγενέστερα, στο έργο «Προσευχή του Γιατρού», γραμμένο από τον μαθητή του Αβερρόη Μαϊμονίδη (ιατρό, φιλόσοφο και θρησκευτικό δάσκαλο, που γεννήθηκε στην Κόρδοβα το 1125 μ.Χ. και πέθανε στο Κάιρο το 1204 μ.Χ., και στα συγγράμματά του αναζητούσε τη συμφωνία μεταξύ πίστης και λογικής), συναντάμε προτροπές για υπευθυνότητα, επαγρύπνηση, στοργή και αγάπη προς τον ασθενή και, γενικότερα, προς τον συνάνθρωπο, για μετριοφροσύνη, τήρηση του ιατρικού απόρρητου, αυτοσυγκέντρωση, ανεκτικότητα, υπομονή, ολιγάρκεια, καταπολέμηση της κακοβουλίας, της ματαιοδοξίας της κακοήθειας και των αρνητικών επιδράσεων (Πεντόγαλος, 1983).

Άξια αναφοράς είναι και η «Υπόσχεση του Ιατρού» ή «Διακήρυξη της Γενεύης», που επικυρώθηκε από τη γενική συνέλευση του ΠΟΥ στη Γενεύη το 1950, στην οποία εκφράζονται σημαντικά στοιχεία για τη σχέση ιατρού-ασθενή, όπως «η υγεία των ασθενών μου θα είναι ο πρωτεύων σκοπός μου», «δεν θα υποτάξω το ιατρικό μου καθήκον απέναντι στον ασθενή σε σκέψεις που θα ήταν δυνατό να εμφανιστούν με βάση τη θρησκεία, την εθνικότητα, τη φυλή, την κομματική-πολιτική ή την κοινωνική τάξη» (Πεντόγαλος, 1983). Στην Ελλάδα, αρχές δεοντολογίας και σχέσεων ιατρού-ασθενή, περιέχονταν στα 47 άρθρα του Βασιλικού Διατάγματος της 29ης Μαΐου 1955. Από αυτά, δέκα (36-45) σχετίζονταν με την ιατρική αμοιβή, ενώ τα υπόλοιπα ασχολούνταν με γενικότερα ιατρικά καθήκοντα και υποχρεώσεις, τόσο προς συλλογικά όργανα όσο και προς συναδέλφους, αρχές και πολίτες (Πάσχος, 1983-84). Πιο πρόσφατα, στην ΚΔ' συνεδρίαση της Ολομέλειας της Βουλής των Ελλήνων (8/4/2005), ψηφίστηκε το σχέδιο νόμου (3418/2005) του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας, όπου το Κεφάλαιο Γ' αναφέρεται στις σχέσεις ιατρού και ασθενή (Άρθρο 8: Η ιατρική ως σχέση εμπιστοσύνης και σεβασμού, Άρθρο 9: Υποχρεώσεις του ιατρού προς τον ασθενή, Άρθρο 10: Συνεχιζόμενη εκπαίδευση, διεπιστημονικότητα και επαγγελματική συνεργασία, Άρθρο 11: Υποχρέωση ενημέρωσης, Άρθρο 12: Συναίνεση του ενημερωμένου ασθενή, Άρθρο 13: Ιατρικό απόρρητο, Άρθρο 14: Τήρηση ιατρικού αρχείου, Άρθρο 15: Σύγκρουση καθηκόντων) (ΙΑΣΠΙΣ). Από κοινωνιολογική άποψη, πρώτος ο Αμερικανός κοινωνιολόγος Talcott Parson (1901-1979) κατέγραψε ένα ασύμμετρο-συναινετικό μοντέλο για τη σχέση ιατρού-ασθενή, ενώ αντίθετα ο Eliot Freidson (1922-2005) χαρακτήρισε την ίδια σχέση «συγκρουσιακή παρά συναινετική».

Ολοκληρώνοντας τη μικρή αυτή ιστορική αναδρομή, αξίζει να αναφερθεί ότι, ακόμη και στις ημέρες μας, στην ελληνική επικράτεια, οι σχέσεις ιατρού-ασθενή χαρακτηρίζονται «πάρα πολύ καλές» και είναι πραγματικά αμέτρητες οι αντίστοιχες περιστάσεις που το επιβεβαιώνουν, ειδικά στα πλαίσια της ΠΦΥ (Ραζής, 1993).

Βιβλιογραφικές αναφορές

Pollak, K. (2005). Η ιατρική στην αρχαιότητα. Ελληνική μετάφραση: Μαυρουδή Αμιλίου, Παπαδήμα, Αθήνα, 171-173.

Γραμματικού, Φ., & Τσάπα, Γ. (1993). Σκέψεις ιατρικής τακτικής και δεοντολογίας. Ιατρικό Βήμα, Αθήνα, 23-26.

ΙΑΣΠΙΣ Ιδεώδες Ασκληπιακό Πάρκο Ιατρικής Σχολής. Διαθέσιμο στο <http://bit.ly/IPohYSN>

- Παπαζιώγας, Θ. (1981). Ιστορία της Χειρουργικής. University, Θεσσαλονίκη, 19-71.
- Πάσχος, Α., (1983-1984). Ο σημερινός ιατρός προ των δεοντολογικών προβλημάτων. Ιατρολογοτεχνική Στέγη, Αθήνα, 60: 27-28.
- Πεντόγαλος, Γ. (1983). Εισαγωγή στην Ιστορία της Ιατρικής. Παρατηρητής, Θεσσαλονίκη, 203-218.
- Ραζής, Ν. (1993). Διαχρονική ανασκόπηση συμβάντων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από την σκοπιά του Γενικού Γιατρού. Αυτοέκδοση, Αλεξανδρούπολη, 5-51.
- Ραζής, Ν., & Embry, R. (2000). Ιστορική αναδρομή Ιατρικής Δεοντολογίας και Ηθικής. Αυτοέκδοση, Αλεξανδρούπολη,
- Τσούρας, Σ. (1980). Ιστορία της Ιατρικής. Θεσσαλονίκη, 27-30.
- Φιλήμων, αποσπ. 2-3 Κοκκ.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 - Η ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΤΟΝ ΙΑΤΡΟ

N. Γεωργιάννος, Ελίζα Ιατράκη & Χ. Λιονής



Πριν από τη συνάντηση με τον ιατρό - αναφορά στις στάσεις & τα συναισθήματα του ασθενή: το γνωσιακό πλαίσιο της συνάντησης

Οι προηγούμενες εμπειρίες του ασθενή επηρεάζουν σαφώς τη στάση και τη συμπεριφορά του απέναντι στον ιατρό. Οι εμπειρίες του περιβάλλοντος του ασθενή επιδρούν επίσης σημαντικά. Η μη αναζήτηση των προσδοκιών του ασθενή ή η αποτυχία εκπλήρωσής τους συνδέονται με τη μειωμένη ικανοποίηση, την ανεπαρκή ανοχή και τη μη αποτελεσματική ακολούθηση της θεραπευτικής αγωγής (Barry et al., 2000).

Η απόφαση του ασθενή να επισκεφτεί τον ιατρό αποτελεί την αφετηρία για τη διαμόρφωση και την εξέλιξη της μεταξύ τους σχέσης. Η στάση και η συμπεριφορά του ασθενή, καθώς και τα συναισθήματα και οι προσδοκίες που συνοδεύουν την επαφή του με τον ιατρό, αποτελούν αναμφίβολα έναν σημαντικό παράγοντα για την ποιότητα και την αποτελεσματικότητά της.

Είναι γνωστό ότι η αντίληψη που διαμορφώνει κάθε άτομο σχετικά με τον κοινωνικό και επαγγελματικό ρόλο του ιατρού, βασίζεται κύρια στις προηγούμενες εμπειρίες του, κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας του αλλά και της υπόλοιπης ζωής του, και αυτό οδηγεί σε απαραίτητη σύνδεση με τις διαδικασίες της μάθησης (Γεώργας, 1986). Η μάθηση, βέβαια, πραγματώνεται μέσα από τη σύνδεση, την ενίσχυση και τη μίμηση, ενώ αποτελεί τη διαδικασία διαμόρφωσης των στάσεων (Γεώργας, 1986). Το παιδί μαθαίνει πρώτα μέσω των στάσεων και των συμπεριφορών τόσο των μελών της οικογένειάς του, κύρια των γονέων του, όσο και των συνομηλίκων του. Συχνά, οι γονείς και οι συνομήλικοι μεταδίδουν στο παιδί στάσεις που περικλείουν σεβασμό και εκτίμηση στο πρόσωπο του ιατρού και εκφράζουν τη δυναμική και την επίδραση της λειτουργίας του ιατρού στην κοινωνία, στην οικογένεια και στον ασθενή (Blum, 1960). Η επαφή με τον ιατρό διαμορφώνει σιγά-σιγά στην αντίληψη του μικρού παιδιού την εικόνα ενός ανθρώπου με σημαντικές δυνάμεις. Το παιδί παρατηρεί ότι ο ιατρός κατέχει γνώσεις με τις οποίες μπορεί να ανακαλύπτει και να θεραπεύει ασθένειες, ενώ του αναγνωρίζεται, από μέρους των γονέων του, το δικαίωμα να παραβαίνει συγκεκριμένες αρχές, κανόνες και όρια, παραδείγματος χάρη να αγγίζει και να ξεετάζει το σώμα, να ρωτά και να πληροφορείται προσωπικά δεδομένα. Ο ιατρός ξεχωρίζει στα μάτια του παιδιού από τους άλλους ανθρώπους και γίνεται αντιληπτός ως ιδιαίτερα προικισμένο άτομο, με ιδιαίτερα προνόμια και με ασυνήθιστες ικανότητες, που συχνά ξεπερνούν τη λογική και αγγίζουν το όριο του ανεξήγητου, του θαυμαστού και της μαγείας (Blum, 1960). Στην αντίληψη αυτή προστίθεται, συνήθως, η γενική γνώμη της κοινότητας, στην οποία ζει και αναπτύσσεται το παιδί, σχετικά με τον ιατρό, τον οποίο προβάλλει ιδανικά ως ένα ευφυές και ευσυνείδητο άτομο, εξυπηρετικό και αφοσιωμένο στην εργασία του και τον άνθρωπο (Blum, 1960). Βέβαια, τα παραπάνω τα υποστήριζαν οι Blum κάποιες δεκαετίες πριν, όταν και στη χώρα μας ο ιατρός της κοινότητας ήταν μια αναγνωρίσιμη και καθιερωμένη παρουσία, με σαφή αλληλεπίδραση με την κοινότητα και τον πληθυσμό. Σήμερα απαιτούνται μελέτες που θα διερευνήσουν την ανάπτυξη των στάσεων και των πρακτικών απέναντι στον ιατρό, στο πλαίσιο μιας μεταβλλόμενης κοινωνίας και ιδιαίτερα λόγω των αλλαγών που διέρχεται σήμερα η ελληνική οικογένεια και οι κοινωνικοί θεσμοί.

Η πολιτισμική διάσταση των στάσεων που αφορούν τον ρόλο του ιατρού μέσα στην κοινωνία εξελίσσεται με τον χρόνο (Triandis, 1971). Οι αλλαγές στο σύστημα διανομής των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, η χρήση της υψηλής τεχνολογίας αλλά και οι αλλαγές στην ελληνική οικογένεια και ζωή έχουν τροποποιήσει την «παραδο-

σιακή» επίσκεψη στο σπίτι ή το ιατρείο, μεταθέτοντάς τη συχνά σε σύνθετες δομές, κέντρα υγείας, νοσοκομεία και διαγνωστικά εργαστήρια, με αποτέλεσμα η εικόνα του ιατρού να αλλάζει. Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης προβάλλουν συχνά τη δυσαρέσκεια ιατρών και ασθενών, τα ιατρικά λάθη, τις παραβάσεις της δεοντολογίας ή τις ανεπάρκειες του συστήματος υγείας, και ως εκ τούτου, η εξιδανικευμένη εικόνα της παιδικής ηλικίας σχετικώς με το πρόσωπο και τη λειτουργία του ιατρού τροποποιείται.

Εκτός από την οικογένεια, τους συνομηλίκους και γενικά την ευρύτερη κοινότητα, τα πρόσωπα αποκτούν γνώμη και διαμορφώνουν στάσεις και προσδοκίες για τον ιατρό μέσα και από τις προσωπικές εμπειρίες τους ως ασθενείς. Ο ίδιος ο ιατρός, μέσα από τη συμπεριφορά και τη λειτουργία του, διδάσκει τον ασθενή του σχετικά με την «αποστολή» και το καθήκον του (Balint, 1964). Η «εκπαίδευση» αυτή, που ξεκινά από την παιδική ηλικία και συνεχίζεται σε όλη τη ζωή, διαμορφώνει συχνά θετικές στάσεις, ωστόσο, δεν είναι σπάνιες και οι δυσάρεστες ή τραυματικές εμπειρίες που διαμορφώνουν αρνητικές στάσεις για τον ιατρό και συχνά ευθύνονται για τη μη αποτελεσματική εξέλιξη της σχέσης ιατρού-ασθενή. Η συμπεριφορά κάθε ατόμου σχετίζεται με τις στάσεις του και τις συνήθειες του, την ψυχολογική του κατάσταση και τις συνθήκες του περιβάλλοντος και είναι συχνά προβλέψιμη μέσα από ένα πλαίσιο επαναληψιμότητας (Triandis, 1977).

Ο φόβος και το άγχος, μεταξύ άλλων ποικίλων συναισθημάτων, φαίνεται να διακατέχουν τον ασθενή που περιμένει να εξεταστεί από τον ιατρό. Ο ιατρός είναι εκείνος που θα επιβεβαιώσει ή όχι τις προϋπάρχουσες ανησυχίες και φόβους του, που είναι απότοκοι των προσωπικών εμπειριών και αντιλήψεων του. Συχνά, η ασθένεια είναι γνωστή στον ασθενή και βρίσκεται σε εξέλιξη. Ο ασθενής προσδοκά από τον ιατρό όχι μόνο να καθυστερήσει τους φόβους, τις ανησυχίες και το άγχος του σχετικά με την πιθανότητα παρουσίας ασθένειας, αλλά και, στην περίπτωση που αυτή υπάρχει, να την αντιμετωπίσει πριν εξελιχθεί και επηρεάσει τη ζωή του, οδηγώντας σε αναπηρία ή στον θάνατο. Η Ευρωπαϊκή μελέτη QUALICOPC για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών ΠΦΥ (Schäfer et al., 2015) στην Ευρώπη, στην οποία συμμετείχαν 34 Ευρωπαϊκές χώρες, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα, ανέδειξαν κάποιους σημαντικούς παράγοντες στην επαφή με τον ιατρό. Πρόκειται, ουσιαστικά, για τις προσδοκίες των ασθενών στο πλαίσιο της προσωποκεντρικής φροντίδας, οι οποίες αφορούν τη στάση ευγένειας και σεβασμού του ιατρού προς αυτούς, την αφιέρωση αρκετού χρόνου και την εστίαση της προσοχής του στους ασθενείς, με παροχή σαφών οδηγιών και ειδικά την αντιμετώπισή τους ως πρόσωπα και όχι ως προβλήματα υγείας (Lionis et al., 2015).

Υπό αυτές τις προσδοκίες και αναμένοντας τη συνάντηση με τον ιατρό, η φαντασία του ασθενή οργιάζει και, συχνά, η αγωνία και η ανησυχία είναι δυνατό να κορυφώνεται. Αν και ο ασθενής, συνήθως, επιθυμεί και φαντάζεται ότι η ασθένειά του δεν είναι σοβαρή και ότι είναι θεραπεύσιμη, εντούτοις δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που ασθενείς νομίζουν ότι είναι σοβαρά άρρωστοι και δύσκολα θα θεραπευτούν. Είναι φυσικό οι φαντασιώσεις αυτές να δημιουργούν περαιτέρω αναστάτωση και άγχος στον ασθενή, επιδεινώνοντας έτσι την κατάστασή του. Συγχρόνως, με αυτές τις φαντασιώσεις του ο ασθενής προετοιμάζει (νοητικά) και μια ποικιλία απαντήσεων ή αντιδράσεων σε καθεμία από τις καταστάσεις που έχει φανταστεί (Blum, 1960). Τον φόβο και το άγχος του ασθενή, όσον αφορά την πρόβλεψη της ασθένειάς του, επιδεινώνει και η αμφιβολία που συχνά τον συνοδεύει, αφού ο ίδιος δεν είναι σε θέση να γνωρίζει τι πρόκειται να συμβεί περαιτέρω (Blum, 1960).

Αν και η ανησυχία του ασθενή σχετίζεται κύρια με την πληροφορία που αναμένει να λάβει από τον ιατρό, παρά με τον ίδιο το ιατρό, συχνά δεν είναι εύκολο να διακρίνει κανείς ποιος από τους δυο παράγοντες ευθύνεται για την ψυχική του κατάσταση. Συχνά, η αγωνία του ασθενή πριν από την πρώτη επαφή του με τον ιατρό του συνδέεται και με την προσμονή της μεταξύ τους γνωριμίας και την προσδοκία για τη σχέση που θα την ακολουθήσει. Ο ασθενής αναρωτιέται πώς ο ιατρός θα τον αντιμετωπίσει, εάν θα του συμπεριφερθεί ευγενικά, εάν θα κατανοήσει την κατάστασή του, εάν θα ενδιαφερθεί για τα διάφορα προβλήματά του, εάν θα διαγνώσει σωστά την ασθένειά του και εάν είναι ικανός να τον θεραπεύσει. Ταυτόχρονα, ανησυχεί εάν ο ίδιος θα είναι συμπαθής στον ιατρό και εάν ο ιατρός θα είναι συμπαθής σ' αυτόν, ενώ συγχρόνως, προετοιμάζει τον εαυτό του για ένα ευρύ φάσμα καταστάσεων, που πιθανόν να αντιμετωπίσει. Οι προσδοκίες του ασθενή σχετίζονται, πέρα από το κοινωνικό και πολιτισμικό υπόβαθρό του, και με την προσωπικότητά του και το ψυχολογικό προφίλ του. Συχνά, πίσω από έναν «δύσκολο» ή «απαιτητικό» ασθενή ως συνήθως αναφέρουμε, υποκρύπτεται κάποια ψυχική διαταραχή ή κάποια διαταραχή προσωπικότητας, και αυτό απαιτεί χρόνο και αποτελεσματικές δεξιότητες από μέρους του ιατρού για την έγκαιρη αναγνώρισή τους. Έτσι, αναμένεται ο «δύσκολος» ασθενής με πλήθος φαντασιώσεων, απαιτήσεων και αναγκών, να απασχολήσει περισσότερο τον ιατρό και να δημιουργήσει προβλήματα στην ανάπτυξη της μεταξύ τους σχέσης (Blum, 1960).

Σήμερα, όλο και περισσότερο αναγνωρίζεται η ανάγκη μεγαλύτερης ανταπόκρισης της παρεχόμενης φροντίδας υγείας στις απαιτήσεις και στις ανάγκες των χρηστών του συστήματος υγείας. Δεν είναι γνωστό αν οι προσδοκί-

ες και οι στάσεις των ασθενών αλλά και οι ανάγκες τους σε υπηρεσίες φροντίδας είναι ίδιες σε όλες τις χώρες ή αν εξαρτώνται από άλλους εξωγενείς προσδιοριστές και ιδιαίτερα αυτούς που σχετίζονται με το σύστημα υγείας κάθε χώρας. Η συστηματική ανασκόπηση των σχετικών μελετών φανερώνει ότι δεν εστιάζονται στις ίδιες παραμέτρους και γι' αυτό είναι δύσκολο να συγκριθούν μεταξύ τους. Οι περισσότερες έχουν γίνει στις ΗΠΑ και δεν είναι ξεκάθαρο αν τα αποτελέσματά τους μπορούν να μεταφερθούν σε χώρες με διαφορετικά συστήματα υγείας, όπως αυτό της χώρας μας. Οι Grol et al., το 1999, διεξήγαγαν μια μελέτη σε 8 ευρωπαϊκές χώρες, που περιελάμβανε 3,540 άτομα τα οποία επισκέφθηκαν γενικό ιατρό. Στη μελέτη αυτή, βρέθηκαν περιορισμένες διαφορές στη στάση και τις προσδοκίες των ασθενών μεταξύ των χωρών στις οποίες έγινε η μελέτη. Για τα άτομα που συμμετείχαν, μεγαλύτερη αξία είχαν οι εξής παράμετροι σχετικά με την επαφή τους με τον γενικό ιατρό: αφιέρωση αρκετού χρόνου από τον ιατρό, γρήγορη εξυπηρέτηση επειγόντων, εχεμύθεια, πλήρης πληροφόρηση για τη νόσο, διαμόρφωση κατάλληλου περιβάλλοντος ώστε ο άρρωστος να νιώθει ελεύθερος για να μιλήσει για τα προβλήματα του, πρόληψη. Αντίθετα, μικρότερη αξία είχαν οι εξής παράμετροι: χρόνος αναμονής, εξασφάλιση βοήθειας για να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, αποδοχή της επιλογής εναλλακτικών μεθόδων θεραπείας, κόστος αγωγής. Ωστόσο, και οι 38 παράμετροι που εξετάστηκαν αξιολογήθηκαν ως σημαντικές. Στη μελέτη QUALICOPC, για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών ΠΦΥ, αναδείχτηκαν κάποιοι παράγοντες εκτιμούμενοι ως πολύ σημαντικοί από τους ασθενείς στη σχέση τους με τον ιατρό. Πιο αναλυτικά, οι ασθενείς, πριν από την επίσκεψή τους στον ιατρό, θεώρησαν ιδιαίτερα σημαντικό το να γνωρίζουν ποιο ιατρό θα χρειαστεί να επισκεφθούν. Αναφορικά με τους σημαντικότερους παράγοντες κατά τη διάρκεια της επίσκεψης στον ιατρό, αυτοί σχετίζονταν κυρίως με τη συμπεριφορά και στάση του ιατρού (προσοχή στον ασθενή, αντιμετώπιση ασθενή ως άτομο και όχι ως ιατρικό πρόβλημα, κατανόηση και σεβασμός του ασθενή). Τέλος, οι οδηγίες-συμβουλές από τον ιατρό προς τον ασθενή σε περίπτωση λάθους συνιστούν τον πιο σημαντικό παράγοντα μετά την επίσκεψη στον ιατρό.

Δυστυχώς, συχνά στη χώρα μας οι προτεραιότητες για τις υπηρεσίες υγείας καθορίζονται μόνο από τους επαγγελματίες του συστήματος υγείας, χωρίς τη συμμετοχή των ασθενών ή των χρηστών των υπηρεσιών, που δεν φαίνεται ουσιαστικά να συμμετέχουν στη λήψη της απόφασης, παρά τα αιτήματα που υποβάλλονται τελευταία από τους συλλόγους των ασθενών. Η ανάλυση και η λήψη της κλινικής απόφασης εστιασμένης στον ασθενή δεν φαίνεται να αποτελούν στόχους της ιατρικής εκπαίδευσης στη χώρα μας. Ωστόσο, μελέτες δείχνουν ότι τα άτομα-χρήστες του συστήματος υγείας μπορεί να έχουν διαφορετικές απόψεις σχετικά με το τι εξασφαλίζει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Η άγνοια και η παραγνώριση των απόψεων αυτών μπορεί να έχει σημαντική επίδραση στην ικανοποίηση των ασθενών αλλά και στην ανταπόκριση τους στις οδηγίες των επαγγελματιών υγείας. Η οργάνωση και η λειτουργία της ΠΦΥ στη χώρα μας χρειάζεται να επανεκτιμηθούν με βάση τις απόψεις και των ασθενών και γενικά των προσώπων που τις χρησιμοποιούν και όχι μόνο των επαγγελματιών του συστήματος υγείας. Είναι απαραίτητο ο γενικός ιατρός και γενικά ο ιατρός της ΠΦΥ να λαμβάνει πάντα υπόψιν του τις ανησυχίες, τις προσδοκίες, τις επιθυμίες και τις ανάγκες του ασθενή που τον επισκέπτεται, προκειμένου να εξασφαλίσει τη συνεργασία του και το θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Πριν από τη συνάντηση με τον ιατρό: το λειτουργικό πλαίσιο της συνάντησης

Η συνάντηση του ασθενή με τον ιατρό σηματοδοτεί και προάγει την ανάπτυξη μιας ιδιαίτερης διαπροσωπικής σχέσης. Η σχέση αυτή διαμορφώνεται από πολιτισμικές, κοινωνικές, ψυχολογικές και οικονομικές επιδράσεις και καλείται να διαχειριστεί ζητήματα με ιδιαίτερη σημασία και σημαντικές προεκτάσεις σε προσωπικό, διαπροσωπικό, οικογενειακό, επαγγελματικό, κοινωνικό, οικονομικό και πολιτισμικό επίπεδο. Η ανάγκη επίλυσής τους προάγει συχνά έντονα συναισθήματα και επιβάλλει μια στενή συνεργασία του ιατρού με τον ασθενή, ενώ ο τρόπος συμμετοχής του τελευταίου στη διαδικασία επηρεάζει την αποτελεσματικότητά της (Ong et al., 1995). Αν και πρόκειται για μια σχέση «κοινωνική», οι καλοί τρόποι δεν φαίνεται να αρκούν για να τη συντηρήσουν και να προαγάγουν την αποτελεσματικότητά της. Ο τρόπος με τον οποίο ο ασθενής επιλέγει τον ιατρό του σχετίζεται άμεσα με την οργάνωση του συστήματος υγείας, καθώς και με τη φύση και τη βαρύτητα του λόγου αναζήτησης ιατρικής βοήθειας, και επηρεάζει αισθητά τις στάσεις και τις συμπεριφορές τόσο του ιατρού όσο και του ασθενή, συμπεριλαμβανομένης και της δυνατότητας συμμετοχής του ασθενή στη θεραπευτική διαδι-

κασία. Διαμορφώνονται, έτσι, ποικίλες θεωρήσεις (πατερναλιστική, τεχνοκρατική, συνεταιρική) και πρότυπα (ενεργητικότητα/παθητικότητα, καθοδήγησης, ώριμης συμμετοχής) για την εν λόγω σχέση (Ong et al., 1995). Τα δυο μοντέλα που έχουν κυριαρχήσει στα συστήματα υγείας διεθνώς είναι το πατερναλιστικό και το συνεταιριστικό (συνεργατικό). Το πρώτο τοποθετεί τον ιατρό σε μια «εξουσιαστική» θέση στη σχέση του με τον ασθενή, βασιζόμενο στην υπόθεση ότι έχει όλη τη διαθέσιμη γνώση ώστε να λαμβάνει αποφάσεις για τον ασθενή, χωρίς να τον εμπλέκει καθόλου στη διαδικασία λήψης της απόφασης και θέλει να έχει τον πλήρη έλεγχο του ασθενή, αποτρέποντας τις εναλλακτικές πηγές ιατρικής πληροφόρησης. Πρόκειται για ένα απαρχαιωμένο, αναχρονιστικό μοντέλο, που δεν έχει θέση στα σύγχρονα συστήματα υγείας, τα οποία εστιάζουν στον ασθενή παρέχοντας προσωποκεντρική φροντίδα. Αντίθετα, στο δεύτερο μοντέλο, η σχέση ιατρού-ασθενή στηρίζεται στον αλληλοσεβασμό και στην από κοινού συνεργασία προς όφελος του ασθενή. Το μοντέλο αυτό, ουσιαστικά, δένει τις γνώσεις και τις δεξιότητες του ιατρού αναφορικά με τις διαγνωστικές τεχνικές, την πρόγνωση της νόσου, τις θεραπευτικές επιλογές και τις στρατηγικές πρόληψης με τις εμπειρίες του ασθενή σχετικά με την ασθένειά του, τις συνήθειες, τις στάσεις, τις ανάγκες και τις προσδοκίες του, ώστε, λαμβάνοντας υπόψη όλη αυτήν την πληροφορία, να αποφασίζουν από κοινού με στόχο ένα καλύτερο αποτέλεσμα για την υγεία του ασθενή (Coulter, 1999).

Σύμφωνα με την πατερναλιστική θεώρηση, αποτελεί υποχρέωση του ασθενή η συμμόρφωσή του στις εντολές του ιατρού. Πρόκειται για ένα πρότυπο ενεργητικότητας-παθητικότητας και αφορά έναν ασθενή πλήρως παθητικό και τυφλά υπάκουο στις αποφάσεις του απόλυτα ενεργού ιατρού. Ένας λιγότερο παθητικός ασθενής που παραμένει, ωστόσο, υπάκουος στις αποφάσεις-εντολές του ιατρού επιδεικνύει συμπεριφορά η οποία εντάσσεται στο πρότυπο της καθοδήγησης. Στην αντίπερα όχθη βρίσκεται η τεχνοκρατική θεώρηση, που δεν επιτρέπει καμία συμμετοχή του ιατρού στη θεραπευτική επιλογή και περιορίζει το καθήκον του απλώς στην απρόσωπη έκθεση των δεδομένων στον ασθενή. Η στενή συνεργασία ιατρού και ασθενή, ώστε οι θεραπευτικές επιλογές να πραγματοποιούνται από κοινού σε πλαίσιο αμοιβαίου σεβασμού, αλληλοκατανόησης και ισότιμης ανταλλαγής των πληροφοριών, υποστηρίζεται από τη συνεταιρική θεώρηση της λειτουργίας της σχέσης ιατρού-ασθενή. Εδώ, ο ασθενής αναλαμβάνει ενεργό ρόλο, επιλέγοντας και αναλαμβάνοντας ο ίδιος, με τη βοήθεια του ιατρού του, τη φροντίδα του, διαμορφώνοντας έτσι μια σχέση σύμφωνη με το πρότυπο της ώριμης συμμετοχής (Ong et al., 1995).

Η καρτεσιανή διάκριση νου και σώματος γέννησε το κλασικό βιοϊατρικό πρότυπο άσκησης της ιατρικής, που παραδοσιακά επικράτησε έως τον 20ο αιώνα, επιβάλλοντας ένα αυστηρό πλαίσιο απόλυτης παθητικότητας του ασθενή απέναντι στη γνώση του ιατρού, ενώ τα αποτελέσματα της γενετικής και των σύγχρονων θεραπειών που εστιάζουν στο σώμα συνέβαλαν στη συντήρησή του. Το πρότυπο αυτό έχει δεχθεί ισχυρή κριτική, που αφορά την ανεπάρκειά του να υποστηρίξει τον ορισμό της υγείας και της ασθένειας, αφού ταυτίζει αυστηρά (κατά το μοντέλο του Virchow) την ασθένεια με την ύπαρξη παθολογίας του σώματος ή του κυττάρου, ορίζοντας, ταυτόχρονα, την υγεία ως την κατάσταση απουσίας μιας τέτοιας παθολογίας (Alonso, 2004). Η κρίση του προτύπου είχε ήδη εκφραστεί από το 1960, όταν ο Engel, εστιάζοντας στην ασθένεια ως διαδικασία, συμπεριέλαβε κοινωνικές και ψυχολογικές παραμέτρους, προτείνοντας έτσι ένα νέο πρότυπο άσκησης της Ιατρικής, το βιοψυχοκοινωνικό (Engel & George, 1962).

Σήμερα, είναι πλέον αποδεκτό πως η ασθένεια και η υγεία είναι αποτέλεσμα μιας αλληλεπίδρασης βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Έχει αναδειχθεί η ψυχοσωματική παράμετρος πολλών παθολογικών καταστάσεων και αναπτύσσονται διάφορες «εναλλακτικές» θεραπείες, δεδομένης της αδυναμίας του κλασσικού βιοϊατρικού μοντέλου να ερμηνεύσει και να συσχετίσει πληθώρα συμπτωμάτων. Το βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο είναι πλέον αποδεκτό και εφαρμοσμένο σε ακαδημαϊκό επίπεδο, σε πεδία όπως –μεταξύ άλλων- η ψυχολογία της υγείας, η εκπαίδευση της υγείας, η δημόσια υγεία, η προληπτική ιατρική, η γενική / οικογενειακή ιατρική και η ΠΦΥ, όπου κρίνεται σκόπιμη και αναγκαία η ολιστική προσέγγιση του ανθρώπου και της κατάστασης της υγείας του (Alonso, 2004).

Παρόλο που η πατερναλιστική θεώρηση και το πρότυπο του παθητικού ασθενή που προάγει, θεωρούνται σήμερα αναποτελεσματικά, αφού δεν επιτρέπουν μια γόνιμη επικοινωνιακή αλληλεπίδραση, συχνά ιατροί και ασθενείς εξακολουθούν στη χώρα μας να διαμορφώνουν τη σχέση τους σε ένα πλαίσιο «καθοδήγησης». Ωστόσο, η συνεταιρική θεώρηση της σχέσης τους (πρότυπο της ώριμης συμμετοχής του ασθενή) θεωρείται σήμερα ως η πλέον κατάλληλη και αποτελεσματική -ιδιαιτέρως για τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας στην κοινότητα (γενική/οικογενειακή ιατρική, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας κ.ά.). Το σύγχρονο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υποστηρίζει την επιδίωξη και εφαρμογή αυτής της προσέγγισης στο ευρύτερο φάσμα άσκησης της Ιατρικής και της διαχείρισης της υγείας, όταν βέβαια οι συνθήκες το επιτρέπουν (Alonso, 2004).

Ο ιατρός επιδιώκει τη σωστή διάγνωση και εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας. Ο ασθενής νιώθει την ανάγκη να γνωρίζει και να κατανοεί, ενώ ταυτόχρονα επιθυμεί να γίνει αποδεκτός από τον ιατρό σε ένα κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης και ισοτιμίας. Στο πλαίσιο του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου, ο ιατρός μπορεί να διευκολύνει με τις δράσεις και αντιδράσεις του τον ασθενή, ώστε να εκφράσει τους λόγους προσέλευσης, τη συμπτωματολογία, τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις προσδοκίες του, με στόχο την κατανόηση της κατάστασής του. Η ενσυναίσθηση, ο σεβασμός, η ειλικρίνεια, η αποδοχή και η θέρμη αποτελούν συνθήκες σημαντικές για την αποτελεσματικότητα της σχέσης. Η εδραίωση και η λειτουργία της σε κοινό έδαφος εμπιστοσύνης και δημιουργικής επικοινωνίας αποτελεί κριτήριο ποιότητας με προέκταση στη θεραπευτική έκβασή της (Ong et al., 1995). Έτσι, στη σημερινή εποχή, ο ιατρός καλείται να αναλάβει την εκπαίδευση και την παρότρυνση του ασθενή με όρους ενσυναίσθησης ή και συμπόνια, προκειμένου η σχέση τους να αναπτυχθεί σε μια βάση προτροπής και ενθάρρυνσης, που θα οδηγήσει στη συμμόρφωση και στην αλλαγή της συμπεριφοράς. Στόχο δεν αποτελεί μόνο η αναζήτηση των αντιλήψεων και των προσδοκιών του ασθενή για τη φροντίδα του, η αμοιβαία κατανόηση των ιδιαιτεροτήτων ιατρού και ασθενή, και η αναγνώριση του κοινού εδάφους πάνω στο οποίο οικοδομείται, με εμπιστοσύνη και ακρίβεια, αλλά και η έκφραση της επιθυμίας του ιατρού να ανακουφίσει τους ασθενείς από τα συμπτώματα και τα προβλήματα υγείας τους. Για τη συμπόνια και ενσυναίσθηση λεπτομερής αναφορά γίνεται σε ιδιαίτερο κεφάλαιο αυτού του βιβλίου.

Μια τέτοια συνειδητοποιημένη και ενεργός συμμετοχή του ασθενή στη θεραπευτική διαδικασία προάγει καλύτερα κλινικά αποτελέσματα, ελαχιστοποιεί την πιθανότητα λάθους και παραπομπών στη δικαιοσύνη, παρέχει μεγαλύτερη ικανοποίηση για τον ασθενή και τον ιατρό, προάγοντας ταυτόχρονα τη σωστή διαχείριση των πόρων και την αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος υγείας (Joosten, DeFuentes-Merillas, De Weert, Sensky, Van der Staak, De Jong, 2008).

Η βιοκοινωνική-ψυχολογική προσέγγιση δεν αποτελεί απλώς ιδεολογική στροφή ή ρεύμα ξαφνικής ευαισθητοποίησης αλλά βασικό άξονα στο πλαίσιο οργάνωσης σύγχρονων συστημάτων υγείας, που σχεδιάζονται για να λειτουργούν υπό την αρχή: μέγιστο δυνατό όφελος - ελάχιστο δυνατό κόστος, δεδομένου ότι το κόστος των διαγνωστικών και θεραπευτικών διαδικασιών της παραδοσιακής-βιοιατρικής προσέγγισης αρχίζει να ξεπερνά κατά πολύ τη δυνατότητα των συστημάτων υγείας. Αν και η υψηλή τεχνολογία χρησιμοποιείται διαρκώς περισσότερο στη διαγνωστική και στη θεραπευτική διαδικασία, η διαπροσωπική επικοινωνία παραμένει το βασικό εργαλείο με το οποίο ιατρός και ασθενής ανταλλάσσουν την πληροφορία, αποτελώντας έτσι κομβική παράμετρο της σχέσης τους (Ong et al., 1995). Η εστίαση στη φροντίδα του ασθενή (patient-centered care) που αναφέρεται και ως ανθρωποκεντρική φροντίδα αλλά και ως εστιασμένη στο πρόσωπο φροντίδα (personalized care) αποτελούν κεντρικές κατευθύνσεις της πολιτικής υγείας σε ΗΠΑ και Ευρώπη (Clarke & Cohen, 2010).

Η διαφορετική ερμηνεία των συμπτωμάτων και των προβλημάτων υγείας από τους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς, επιβάλλουν την ανάγνωση ανθρωπολογικών και κοινωνιολογικών προσεγγίσεων σχετικών με τη συμπεριφορά στην αρρώστια και στη νόσο, για την οποία γίνεται αναφορά στο Κεφάλαιο 2. Η εμπειρία της ασθένειας εξελίσσεται για τον ασθενή σε επτά διαδοχικά στάδια, από την εμπειρία του συμπτώματος, την υπόθεση του ρόλου του ασθενή και την επαφή με τον ιατρό, στην υπόδουση του εξαρτημένου από τον ιατρό ρόλο του ασθενή, τη θεραπεία, την αποκατάσταση και την ανάρρωση. Η φύση και ο χαρακτήρας των συμπτωμάτων, η προηγούμενη εμπειρία, η γνώση και η ικανότητα αναγνώρισής τους από τον ασθενή, η όποια ανικανότητα συνεπάγονται, η συσχέτισή τους με επικρατούσες κοινωνικές και πολιτισμικές αντιλήψεις, διαμορφώνουν και τροποποιούν αυτήν την εμπειρία. Ανάλογα επηρεάζουν τη συμπεριφορά του ασθενή, την επικοινωνία με τους γύρω του και τις προσδοκίες του.

Είναι σημαντικό ο ιατρός να κατανοήσει αυτήν την εμπειρία και να γίνει σαφές στον ασθενή πως στη λήψη της απόφασης θα συνεκτιμηθεί η κάθε σκέψη και συμβουλή του ασθενή που αφορά τη διαχείριση της ασθένειάς του. Έτσι, θα προαχθεί μια δυναμική αλληλεπίδραση στο πλαίσιο της οποίας, ιατρός και ασθενής επιχειρούν, παρά τις διαφορές στο υπόβαθρό τους, να κατανοήσουν σε βάθος ο ένας τον άλλο και να αποδώσουν την ίδια ερμηνεία σε παραμέτρους και χαρακτηριστικά που αφορούν την ασθένεια. Κάθε προσπάθεια δημιουργίας μιας λειτουργικής και αποτελεσματικής σχέσης ιατρού-ασθενή προϋποθέτει την υψηλού επιπέδου κλινική ικανότητα του ιατρού, τόσο σε επίπεδο διάγνωσης και θεραπείας όσο και επικοινωνίας του με τον ασθενή. Επιπλέον, αναγνωρίζει και προστατεύει, εφόσον οι συνθήκες το επιτρέπουν, το δικαίωμα του ασθενή για επιλογή του ιατρού του και διασφαλίζει τη δυνατότητα επικοινωνίας του με τον ιατρό. Προάγοντας την κατανόηση και την επικοινωνία, ελαχιστοποιούνται οι συγκρούσεις, προστατεύονται η διάρκεια, η συνέχεια και η αποτελεσματικότητα της σχέσης ιατρού-ασθενή.

Σύμφωνα με τους Engel & George (1962), παραμένει γεγονός πως τα κριτήρια και οι ανάγκες τους έχουν πάντα

ψυχολογικό και κοινωνικό υπόβαθρο, αλλά έχει να κάνει και με ελλείμματα στην προπτυχιακή ιατρική εκπαίδευση, που στη χώρα μας εξακολουθεί να είναι συμβατική και παραδοσιακή. Ο στόχος επιβάλλει την αναθεώρηση της βάσης ανάπτυξης της σχέσης ιατρού-ασθενή και, επομένως, μεγάλη προσπάθεια τόσο από πλευράς ιατρών αλλά και κατά τον σχεδιασμό συστημάτων υγείας με μέριμνα τον συνυπολογισμό όλων των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία και την ασθένεια και προϋποθέτουν την επένδυση σε χρόνο, γνώση και χρήμα.

Πριν από τη συνάντηση του ιατρού με τον ασθενή: τι πρέπει να αναγνωρίσει ο ιατρός

Συναισθήματα που συνοδεύουν τον ασθενή

Αναφέρθηκε ήδη ότι ο φόβος, το άγχος, η ανησυχία, η αγωνία και η περιέργεια αποτελούν, μεταξύ άλλων, συναισθήματα που συνοδεύουν τον ασθενή κατά την αναμονή της συνάντησής του με τον ιατρό. Έχοντας ήδη την εμπειρία του συμπτώματος, υποθέτει και υποδύεται τον ρόλο του ασθενή και προσέρχεται στον ιατρό προκειμένου να κατανοήσει τι του συμβαίνει, να το διαχειριστεί και να το αντιμετωπίσει. Η φύση και ο χαρακτήρας της ασθένειας, η επίδρασή της στη ζωή του, ο τρόπος με τον οποίο θα αντιμετωπιστεί και ο τρόπος που θα τη διαχειριστεί, αποτελούν τους άξονες γύρω από τους οποίους κινείται η λογική και το συναίσθημα του ασθενή κατά την αναμονή της συνάντησής του με τον ιατρό.

Η συναισθηματική και η λογική αντίδραση του ασθενή απέναντι στην εμπειρία του συμπτώματος διαμορφώνεται υπό την επίδραση του διανοητικού και μορφωτικού επιπέδου του, του πολιτισμικού υπόβαθρου και του κοινωνικού περιβάλλοντος, της γνώσης και των προηγούμενων εμπειριών του, των δυνατοτήτων και του τρόπου επιλογής του ιατρού του. Ειδικές ψυχολογικές καταστάσεις, όπως η υποχονδρίαση, η άρνηση, η ενοχή, η εξάρτηση, η ευαισθητοποίηση, η προτεραιότητα της προσοχής, επιδρούν και επηρεάζουν σε αυτό το στάδιο. Σε αυτές περιλαμβάνονται, επίσης, η κατάθλιψη και η αυτο-απόρριψη, ο φόβος, η αντίδραση στον φόβο, το άγχος, η απογοήτευση και ο θυμός, η απόσυρση ή απάθεια, η υπερβολή των συμπτωμάτων, η παλινδρόμηση, η εξάρτηση, και η εσωστρέφεια, που αποτελούν τις κύριες αντιδράσεις στην ασθένεια και αναλύονται σε άλλο κεφάλαιο.

Ο ασθενής προσδοκά από τον ιατρό την υπομονή και την αποδοχή του, τον σεβασμό και την κατανόηση, την τεκμηριωμένη διερεύνηση και διάγνωση και την ανάπτυξη μιας λειτουργικής σχέσης συνέχειας, πάνω στην οποία θα βασιστεί η αποτελεσματική διαχείριση, η αντιμετώπιση και η παρακολούθηση της συγκεκριμένης ασθένειας αλλά και μελλοντικών προβλημάτων υγείας. Η περιέργεια για τη συνάντηση με τον ιατρό και η αγωνία για το αν η σχέση τους θα εξελιχθεί ανταποκρινόμενη σε αυτές τις προσδοκίες του, αποτελούν συναισθήματα που αναδύονται σε αυτήν τη φάση της αναμονής της συνάντησης.

Ο ασθενής προετοιμάζεται για τη συνάντηση με τον ιατρό στην προσπάθειά του να επιτύχει μια θετική ανταπόκρισή του. Προσπαθεί να οργανώσει τη σκέψη του, να συνοψίσει τα όσα κρίνει πως πρέπει να συζητήσει με τον ιατρό, δημιουργεί ένα δικό του πλαίσιο σημαντικών πληροφοριών, βασικών αποριών και κύριων προτεραιοτήτων. Συχνά εμφανίζεται στη συνάντηση με μια χειρόγραφη λίστα θεμάτων προς συζήτηση με τον ιατρό και αυτό εξακολουθεί να αποτελεί εμπειρία σε αγροτικές και απομονωμένες περιοχές της χώρας μας.

Αυτήν την ευάλωτη συναισθηματική κατάσταση μπορεί να επηρεάσει ανάλογα κάθε άλλη θετική ή αρνητική συναισθηματική φόρτιση του ασθενή που σχετίζεται με τη διάρθρωση και τη συμπεριφορά του προσωπικού της μονάδας υγείας, από τη στιγμή της απάντησης σε μια τηλεφωνική κλήση ή του διά ζώσης αιτήματος του ασθενή για τον προγραμματισμό μιας συνάντησης με τον ιατρό, έως και την πραγματοποίησή της. Ο σεβασμός, η αποδοχή, η διευκόλυνση και η μείωση κάθε περιττού αισθήματος αμφιβολίας και αβεβαιότητας αποτελούν τους στόχους του προσωπικού της μονάδας υγείας στη φάση αυτή.

Η προετοιμασία του ιατρού

Από την πρώτη στιγμή της συνάντησής του με τον ιατρό, ο ασθενής έχει την ανάγκη να νιώσει ευπρόσδεκτος. Το ενδιαφέρον του ιατρού πρέπει να είναι έκδηλο από την πρώτη στιγμή και η προσοχή του απολύτως επικεντρωμένη στον ασθενή. Μια τέτοια προσέγγιση προϋποθέτει τη σχετική προετοιμασία του ιατρού (Silverman et al., 2005).

Εκκρεμότητες που σχετίζονται με τη λειτουργία του ιατρείου, καθώς και άλλες επαγγελματικές ή προσωπικές εκκρεμότητες είναι καλό να τακτοποιούνται και να ρυθμίζονται πριν από τη συνάντηση με τον ασθενή. Αν ο

διαθέσιμος χρόνος δεν επαρκεί ή δεν είναι εφικτή η ολοκλήρωσή τους, είναι προτιμότερο να αναβάλλονται για αργότερα. Η εικόνα του ιατρού που υποδέχεται τον ασθενή συμπληρώνοντας στο αρχείο του στοιχεία για τον προηγούμενο ασθενή, μιλάει στο τηλέφωνο ή το προσωπικό της μονάδας υγείας, τακτοποιεί το γραφείο ή το ιατρείο του μπορεί να δημιουργήσει στον ασθενή αβεβαιότητα και αίσθημα ανασφάλειας που επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της σχέσης τους.

Προτείνεται μέριμνα από τον ιατρό για την πρόληψη κάθε προβλέψιμου παράγοντα που μπορεί να προκαλέσει διάσπαση στην αποτελεσματική επικοινωνία του με τον ασθενή. Η σωστή και αποτελεσματική φροντίδα του ασθενή προϋποθέτει τη φροντίδα των αναγκών του ίδιου του ιατρού. Η ζέση ή το κρύο, η πείνα ή άλλες φυσικές ανάγκες, αν δεν καλυφθούν, θα είναι παρούσες και κατά τη συνάντηση του ιατρού με τον ασθενή, επηρεάζοντας την αποτελεσματικότητά της.

Η συγκέντρωση ή ανάκληση πληροφοριών και στοιχείων για το ιστορικό του ασθενή που πρόκειται να συναντηθεί με τον ιατρό είναι καλό να γίνεται και να ολοκληρώνεται πριν την έναρξη αυτής της συνάντησης. Η κάρτα υγείας του ασθενή, σημειώσεις και αποτελέσματα εξετάσεων, όταν ενημερώνουν και προετοιμάζουν έγκαιρα τον ιατρό, συμβάλλουν σε μια αποτελεσματική διαχείριση της συνάντησης και στη μείωση του αισθήματος αβεβαιότητας των εμπλεκομένων σε αυτή.

Η ανάγκη απόκτησης των κατάλληλων δεξιοτήτων για μια αποτελεσματική επικοινωνία ιατρού - ασθενή

Έως τα μέσα του προηγούμενου αιώνα, βασικά κριτήρια για την κρίση της επιστημονικής ικανότητας του ιατρού αποτελούσαν η γνώση της ιατρικής τεχνικής, της φυσικής εξέτασης και της επίλυσης ιατρικών προβλημάτων. Σταδιακά άρχισε να γίνεται αντιληπτή η σημασία της επικοινωνίας ιατρού-ασθενή στην εδραίωση και ανάπτυξη μιας λειτουργικής και αποτελεσματικής σχέσης μεταξύ τους. Σήμερα, η διεθνής βιβλιογραφία αναγνωρίζει την επικοινωνιακή ικανότητα του ιατρού ως βασική κλινική δεξιότητα και η βελτίωσή της κρίνεται απολύτως απαραίτητη σε κάθε επίπεδο παροχής φροντίδας υγείας, έστω και εάν αυτό στη χώρα μας, δυστυχώς, δεν αξιολογείται στην απόκτηση της ιατρικής ειδικότητας (Blum, 1960).

Επικοινωνία είναι η διαδικασία ή η πράξη μέσω της οποίας κάτι καθίσταται γνωστό, μεταβιβάζεται ή συνδέεται με κάτι άλλο, ή ανταλλάσσεται ως πληροφορία. Σε επίπεδο διαπροσωπικών σχέσεων, η φυσική επικοινωνία εξυπηρετείται βιολογικά, μέσω του συνδυασμού της οπτικής, ακουστικής, γευστικο-οσφρητικής και κιναισθητικής οδού. Μια αδρή προσέγγιση διακρίνει την επικοινωνία των ανθρώπων σε λεκτική –ό,τι εκφράζεται με το περιεχόμενο των λέξεων- και μη λεκτική –κάθε άλλη μορφή έκφρασης. Η διανοητική ικανότητα, το πολιτισμικό υπόβαθρο, το μορφωτικό επίπεδο και η εμπειρία διαμορφώνουν για κάθε άνθρωπο ένα συγκεκριμένο πλαίσιο αναφοράς, που καθορίζει και την ερμηνεία που προσδίδει ο άνθρωπος αυτός σε κάθε μήνυμα που εκφράζει ή λαμβάνει από άλλους ανθρώπους. Η διαδικασία της επικοινωνίας μεταξύ ανθρώπων θεωρείται επιτυχημένη όταν, παρά τη διαφορετικότητα αυτού του προσωπικού τους πλαισίου αναφοράς, καταφέρουν τελικά να εντοπίσουν και να αποδώσουν την ίδια ερμηνεία στα μηνύματα που εκφράζονται, λεκτικά και μη.

Κάθε προσπάθεια για αποτελεσματική επικοινωνία βασίζεται στη δυναμική, τον σχεδιασμό και τον προγραμματισμό ως προς το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα και επιδιώκει αλληλεπίδραση και ανταλλαγή των πληροφοριών κατά τρόπο που να ελαχιστοποιεί κάθε περιττό αίσθημα αβεβαιότητας. Η κατανόηση του κομβικού ρόλου της επικοινωνίας στη σχέση ιατρού-ασθενή και στην κλινική πράξη προϋποθέτει αφενός τον προσδιορισμό και τη μελέτη των σκοπών της επικοινωνίας και αφετέρου την ανάλυσή της σε συγκεκριμένες επικοινωνιακές συμπεριφορές, με ταυτόχρονη μελέτη της επίδρασής τους σε συγκεκριμένες εκβάσεις.

Σύμφωνα με τον Ong και τους συναδέλφους του (1995), μια απόπειρα προσδιορισμού των σκοπών της επικοινωνίας μεταξύ ιατρού και ασθενή θα εντόπιζε τρεις κύριους άξονες: την ανάπτυξη μιας καλής διαπροσωπικής σχέσης, τη μεταβίβαση της πληροφορίας και τη λήψη αποφάσεων. Ωστόσο, μια ιδανική θεώρηση της σχέσης ιατρού-ασθενή προϋποθέτει τον συνδυασμό ιατροκεντρικής και ασθενοκεντρικής προσέγγισης. Ο ασθενής μεταδίδει στον ιατρό την εμπειρία του -συμπτώματα, προτιμήσεις, ανησυχίες- και ο ιατρός μεταδίδει στον ασθενή τη γνώση του – πιθανή διάγνωση, λεπτομέρειες σχετικά με τη νόσο και τη θεραπεία.

Η μεταβίβαση της πληροφορίας προϋποθέτει δύο κύριες πρακτικές. Την παραχώρηση της πληροφορίας και την

αναζήτησή της. Μια διαρκής αμφίδρομη εναλλαγή αναζήτησης και παραχώρησης της πληροφορίας αποτελεί προϋπόθεση σε κάθε προσπάθεια κάλυψης των αναγκών και των στόχων τόσο του ιατρού όσο και του ασθενή στο πλαίσιο της μεταξύ τους σχέσης. Η λήψη αποφάσεων αφορά τη διαχείριση της νόσου και τη θεραπευτική διαδικασία. Ιδανική θεωρείται η από κοινού λήψη θεραπευτικών αποφάσεων μεταξύ ιατρού και ασθενή. Αν και υπάρχουν ασθενείς που δεν επιδιώκουν ή δεν επιθυμούν τη συμμετοχή τους στη λήψη των αποφάσεων, δικαιούνται μια τέτοια δυνατότητα στο πλαίσιο της σχέσης με τον ιατρό τους.

Συγκεκριμένες επικοινωνιακές συμπεριφορές του ιατρού και του ασθενή μπορούν να επηρεάσουν την αποτελεσματικότητα σε κάθε επίπεδο παροχής φροντίδας: λήψη ιστορικού, κλινική εξέταση, διερεύνηση της ασθένειας, ακρίβεια διάγνωσης, σχεδιασμός θεραπείας, παροχή πληροφοριών, κατανόηση και ανάκληση της ιατρικής πληροφορίας, διαχείριση της νόσου και ανταπόκριση του ασθενή, δέσμευση στη θεραπεία (συμφωνία, συμμόρφωση, επιμονή) αλλά και συμβιβασμό με την ασθένεια, ψυχολογική στήριξη, ποιότητα ζωής και την ίδια την κατάσταση της υγείας του ασθενή με αυτονόητες προεκτάσεις σε ιατρονομικά ζητήματα και παράγοντες λειτουργικότητας ενός συστήματος υγείας (Haq, Steele, Marchand, Seibert, Brody, 2004). Ως συνέπεια, οι ασθενείς απολαμβάνουν αυξημένη ικανοποίηση, με βελτιωμένη έκβαση της υγείας τους, και οι ιατροί είναι περισσότερο ικανοποιημένοι με μεγαλύτερα ποσοστά αποτελεσματικότητας, αύξηση της λειτουργικότητάς τους, μικρότερα ποσοστά παραπομπών και μειωμένες αναφορές για κακή πρακτική (Kurtz, Silverman, Benson, Draper, 2003).

Λεκτική & μη λεκτική επικοινωνία

Η αποτυχία της «επικοινωνίας» είναι η τραγωδία της σύγχρονης εποχής και προσβάλλει όλο και περισσότερο τις κοινωνίες μας. Όταν ο John Donne έγραψε την αθάνατη φράση: «Ο άνθρωπος δεν είναι νησάκι στον ωκεανό», αποκάλυπτε μια βαθιά ψυχολογική αλήθεια που η σημασία της γίνεται ακόμη μεγαλύτερη στον αιώνα μας (Hogg & Vaughan, 1995)¹.

Η επικοινωνία είναι η ύπαρξη της κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Οι άνθρωποι, συνεχώς, μεταφέρουν πληροφορίες, συνειδητά ή ασυνειδητά, γύρω από τις αντιλήψεις τους, τις σκέψεις, τα συναισθήματα, τους σκοπούς και την ταυτότητά τους. Μεταδίδουν μηνύματα με άμεση επαφή ή εγγράφως, με συνομιλίες, εκφράσεις, στάσεις ή σήματα.

Η επικοινωνία είναι κοινωνική με μια ποικιλία τρόπων, π.χ.:

- Περιλαμβάνει διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων.
- Απαιτεί την από κοινού κατανόηση της σημασίας ειδικών σημάτων, ήχων, λέξεων, στάσεων.
- Είναι το μέσο με το οποίο οι άνθρωποι επηρεάζουν τους άλλους και με τη σειρά τους δέχονται επιρροή από αυτούς (Hogg & Vaughan, 1995).

Κατά το ελάχιστο, η επικοινωνία απαιτεί έναν αποστολέα, ένα μήνυμα, έναν παραλήπτη και ένα κανάλι επικοινωνίας. Παρόλα αυτά, κάθε επικοινωνιακό γεγονός είναι ένα εξαιρετικά πολύπλοκο και σύνθετο φαινόμενο -ο αποστολέας είναι επίσης και παραλήπτης, και αντίστροφα, ενώ μπορεί να μεταδίδονται πολλαπλά και συχνά αντιθετικά μηνύματα στιγμιαία μέσω διαφορετικών λεκτικών και μη λεκτικών καναλιών.

Έννοια - Ορισμοί - Σημασία - Διάκριση σε λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία- Διαδικασία επικοινωνίας

Η επικοινωνία εμπλέκεται με όλη την ανθρώπινη ζωή. Είναι ένα από τα πιο σημαντικά, διάχυτα και σύνθετα σχήματα κοινωνικής συμπεριφοράς. Η ικανότητα της επικοινωνίας σε ένα ανώτερο επίπεδο διακρίνει τα ανθρώπινα όντα από τα ζώα. Η καθημερινή μας ζωή προσδιορίζεται από την επικοινωνία μας με τους άλλους και τα μηνύματα που μας στέλνουν. Και εμείς επικοινωνούμε για να επηρεάσουμε και να επιδράσουμε με πρόθεση. Η επικοινωνία χρησιμεύει σε όλα τα επίπεδα της κοινωνικής δομής, ούσα κοινωνική πράξη. Εξυπηρετεί τη μεταβίβαση της κοινωνικής παράδοσης, του πολιτισμού, των ηθών και εθίμων ενός τόπου, τη ρύθμιση των σχέσεων της κοινωνικής οργάνωσης και την αναπαραγωγή. Άρα, βρίσκεται σε κάθε ανθρώπινη επαφή, έχει κοινωνικο-διαλεκτικό χαρακτήρα και, λαμβάνοντας μέρος στη δυναμική της κοινωνίας, συνίσταται σε τρόπο ύπαρξης αυτής της ίδιας. Επιπλέον, διευκολύνει τη συνοχή, τη συνεργασία και τις οργανωτικές κοινωνικές

σχέσεις μέσω της ανταλλαγής μηνυμάτων και σημασιών, συνδέοντας άρρηκτα την κοινότητα. Η γλώσσα και οι θεσμοί αποτελούν το πλαίσιο για τη χρήση της και η πηγή και ο στόχος της παίρνουν πιο ουσιαστικές και λεπτομερείς μορφές.

Από τη μία πλευρά, με τον όρο «επικοινωνία» εννοούμε τη διαδικασία μετάδοσης-μεταφοράς μηνυμάτων και εννοιών από ένα υποκείμενο σε άλλο ή άλλα, με χρήση συμβόλων και σημασιών. Από την άλλη, επικοινωνία είναι μια κατάσταση κατά την οποία ανάμεσα σε δύο ή περισσότερα άτομα διακινούνται νοήματα, συναισθήματα ή συγκινήσεις με τρόπο άμεσο ή με την παρεμβολή κάποιου μέσου. Επικοινωνία, λοιπόν, δεν είναι μόνο μετάδοση αλλά και ροή πληροφορίας (πολλές φορές ασυνείδητη). Δηλαδή, επικοινωνώ δεν σημαίνει ότι αντιλαμβάνομαι πάντα ή πλήρως αυτό που μου συμβαίνει, όταν οι αισθήσεις μου προσλαμβάνουν από τον άλλο ή το περιβάλλον κάτι που επηρεάζει την ψυχική μου κατάσταση (Ναυρίδης, 1994).

Σύμφωνα με τον τελευταίο ορισμό, η επικοινωνία είναι άμεση όταν τα άτομα συνυπάρχουν στον ίδιο χώρο και αντιλαμβάνονται το ένα το άλλο με τις αισθήσεις τους. Αυτό συμβαίνει διότι ο καθένας είναι φορέας σημασιών για τους άλλους. Μια στιγμιαία επαφή αρκεί για να μπορέσει κανείς να αντιληφθεί λόγου χάρη ότι ο άλλος βιάζεται, βαριέται, είναι κουρασμένος, αδημονεί, πονάει, είναι ευδιάθετος ή στεναχωρημένος. Όμως, είναι δυνατόν η επικοινωνία να μην είναι άμεση, αλλά να παρεμβάλλεται κάποιο μέσο διαμεσολάβησης. Το κατεξοχήν τέτοιο μέσο είναι το γλωσσικό όργανο, οι διάφορες γλώσσες στις οποίες μιλάμε και γράφουμε.

Η γλώσσα είναι το ιδιαίτερο μέσο έκφρασης-συνεννόησης και το κατεξοχήν μέσο επικοινωνίας που είναι κοινό για μια ολόκληρη κοινότητα. Αποτελεί σύστημα συμβόλων με τα οποία μεταδίδονται, όπως αναφέρθηκε, σημασίες και μηνύματα. Επιπλέον, με τη γλώσσα διατηρείται ο πολιτισμός. Από την άλλη, υπάρχουν γλωσσικά όρια επικοινωνίας. Αυτό σημαίνει ότι κάθε άτομο μεγαλώνει με τη γλώσσα ορισμένου πολιτισμού και μέσω της συνεννόησης κατευθύνει τον τρόπο σκέψης και τις αξιολογικές του τάσεις. Η επικοινωνία περιορίζεται, ακόμη, από τα γλωσσικά ταμπού. Υπάρχουν θέματα για τα οποία δεν μιλάει κανείς ή λέξεις που δεν χρησιμοποιεί γιατί είναι “απαγορευμένες” στην κοινωνία της οποίας είναι μέλος.

Όμως, η επικοινωνία είναι πρώτιστα ένα γεγονός πολιτισμικό και ψυχοκοινωνικό. Προέχει το ότι διακινούνται σημασίες που έχουν το ίδιο ή περίπου το ίδιο νόημα για όλα τα συμμετέχοντα σε αυτήν υποκείμενα. Η διαπροσωπική επικοινωνία μπορεί να είναι λεκτική, όταν επικοινωνούμε χρησιμοποιώντας μια από τις γλώσσες που μιλάμε, και μη λεκτική, όταν εκφραζόμαστε με μορφασμούς ή με χειρονομίες, με κινήσεις ή με στάσεις του σώματός μας, με ήχους ή με εικόνες και άλλα μη λεκτικά κανάλια. Πολλές φορές, ο τρόπος που κάθεται κανείς, η έκφραση του προσώπου του, οι χειρονομίες και ο τόνος της φωνής του «μιλάνε» πιο αυθεντικά για τα συναισθήματά του, παρά τα λόγια του. Υπάρχει, λοιπόν, ένας κινήσιολογικός κώδικας επικοινωνίας, που διαφέρει από τον έναν τόπο στον άλλο και από τη μια εποχή στην άλλη. Κι ένα εμπόδιο στην επικοινωνία μας με τους ασθενείς μπορεί να οφείλεται στο ότι μπορεί να διαθέτουν διαφορετικούς τρόπους εξωλεκτικής επικοινωνίας από τους δικούς μας. Είναι γνωστό, λόγου χάρη, πόσο αλλιώς εκφράζουν συναισθήματα με το σώμα τους άτομα από διαφορετικές χώρες και πολιτισμούς. Αντιλαμβανόμαστε, λοιπόν, πολύ περισσότερα από εκείνα που οι ίδιοι πιστεύουμε ότι βλέπουμε (Ναυρίδης, 1995).

Η άμεση διαπροσωπική σχέση ως διυποκειμενική αλληλεπίδραση (interaction) επηρεάζει την επικοινωνία ως εξής: Κάτι το οποίο εκφράζεται ή προσλαμβάνεται από ένα άτομο δεν απορρέει μόνο από το ίδιο, κατά τρόπο αυτόνομο, αλλά ως έναν βαθμό προκύπτει από την παρούσα αλληλεπίδραση του συγκεκριμένου ατόμου με άλλα άτομα (Ναυρίδης, 1995).

Μια στοιχειώδης πράξη επικοινωνίας αποτελείται από :

- Τον αποστολέα, ο οποίος ξεκινά και προκαλεί τη διαδικασία επικοινωνίας, γνωστός και ως πομπός ή πρωτοουργός ή κωδικοποιητής.
- Κωδικοποίηση είναι η συλλογή και η προσαρμογή των πληροφοριών οι οποίες θα μεταδοθούν.
- Το μήνυμα, που είναι η πληροφορία που μεταδίδεται και περιέχει δεδομένα, προφορικά ή μη. Προφορικό είναι το μέρος του μηνύματος που αποτελεί συνδυασμό πληροφοριών που συντάσσει και στέλνει ο αποστολέας. Το μη προφορικό εμπεριέχει στοιχεία όπως η γλώσσα του σώματος και το υπάρχον περιβάλλον.
- Τον αποδέκτη ή παραλήπτη στον οποίο απευθύνεται το μήνυμα.
- Τον κώδικα βάσει του οποίου συντάσσεται το μήνυμα από τον αποστολέα και αποκωδικοποιείται από τον δέκτη.(για να το καταλάβει, προϋπόθεση ο κοινός κώδικας).
- Τους αγωγούς ή κανάλια, που είναι φυσικά ή τεχνητά μέσα για τη μεταβίβαση του μηνύματος στον παραλή-

πτη (π.χ. αέρας, μικρόφωνο κλπ.). Επίσης, παρεμβαίνουν φυσικά εμπόδια (π.χ. κακοκαιρία ή καύσωνα) και κοινωνικά (π.χ. συνωστισμός), όπου διεξάγεται η επικοινωνία, καθώς και η πρόθεση του αποστολέα, που είναι συνειδητή, και χαρακτηρίζουν την επικοινωνία (Πιπερόπουλος, 1996).

Οι Παναγοπούλου και Μπένος (2004) αναφέρουν ότι, κατά την επικοινωνία μας με τους ασθενείς, υπάρχει διαρκής αλληλεπίδραση μαζί τους, γι' αυτό κάθε πομπός είναι ταυτόχρονα και δέκτης συνειδητά ή ασυνειδητά. Μέσα από την αλληλεπίδραση, ο καθένας επηρεάζει με τη συμπεριφορά του την υποκειμενική αίσθηση της πραγματικότητας του άλλου, υποκινώντας αντίστοιχες αντιδράσεις. Για τον λόγο αυτό, η διαπροσωπική επικοινωνία δεν είναι σχεδόν ποτέ μονοσήμαντη. Διακινούνται συνεχώς νοήματα. Επίσης, ο τύπος επικοινωνίας που θα ακολουθήσουμε θα εξαρτηθεί από κάποιες ιδιότητες που έχουμε μέσα από κάποιους κοινωνικούς ρόλους.

Στη μελέτη των Coehlo και Galan (2012), σημαντική πηγή μη ικανοποίησης του ασθενή από τον ιατρό του είναι η ανικανότητα κατάλληλης αποκωδικοποίησης των μη λεκτικών συναισθηματικών εκδηλώσεων του ασθενή, ιδιαίτερα για τον ασθενή που προέρχεται από διαφορετική κουλτούρα από τη δική μας. Συχνά, αυτή η μη ικανοποίηση αντανακλάται στην αποτυχία του ασθενή ή την άρνηση συμμόρφωσης και εφαρμογής των οδηγιών και των ιατρικών θεραπευτικών συστάσεων. Οι δημογραφικές αλλαγές και η εθνική ανομοιογένεια είναι παράγοντες που καθιστούν αναγκαία την κατανόηση της επίδρασής τους στην ικανοποίηση του ασθενή από τη σχέση του με κάποιον ιατρό από μια διαφορετική κουλτούρα.

Η μη λεκτική επικοινωνία, υπό τη μορφή του τόνου φωνής και της έκφρασης προσώπου, βελτιώνει τη λεκτική επικοινωνία ως το πρωταρχικό μέσο έκφρασης συναισθημάτων και μη λεκτικών συμπεριφορών. Επιπλέον, η μη λεκτική συμπεριφορά ρέπει σε παραποίηση σε σημαντικά μικρότερο βαθμό, διότι υφίσταται σε υποσυνείδητο επίπεδο. Έτσι, η μη λεκτική επικοινωνία θεωρείται μια καλύτερη ένδειξη ποιότητας της επικοινωνίας μεταξύ ιατρών-ασθενών και είναι κεντρική στην ταυτοποίηση στρατηγικών αποτελεσματικότερης αντιμετώπισης των αναγκών ασθενών διαφορετικής εθνικότητας. Η βιβλιογραφία τεκμηριώνει το πλεονέκτημα της εσω-ομάδας, σε τέτοιο βαθμό που τα άτομα είναι ικανά να κρίνουν με ακρίβεια τα συναισθήματα των μελών της πολιτισμικής ομάδας στην οποία ανήκουν παρά μελών διαφορετικής ομάδας. Παρόλα αυτά, δεν υπάρχουν πρόσφατες μελέτες που να αφορούν την επίδραση των πολιτισμικών διαφορών στην ικανοποίηση του ασθενή, τη σχέση με τον ιατρό και την προσήλωσή του στις ιατρικές συστάσεις. Η πλειονότητα των προγραμμάτων ιατρικής εκπαίδευσης είναι αναγκαίο να περιλαμβάνουν θεματικές με διαπολιτισμική μη λεκτική επικοινωνία, προκειμένου οι ιατροί να προετοιμαστούν για την καλύτερη αντιμετώπιση των αναγκών ανομοιογενών πληθυσμών ασθενών.

Η σημασία της αποδοχής, της παθητικής και ενεργητικής ακρόασης

Ο ιατρός χρειάζεται να υιοθετήσει στάση αποδοχής απέναντι στον ασθενή του μέσα από τις επικοινωνιακές του συνήθειες. Η αποτελεσματικότητά του ως οργάνου προσφοράς βοήθειας δεν εξαρτάται μόνο από την ικανότητά του να εκδηλώνει την αποδοχή του για τον πελάτη του. Με τη συστηματική εκπαίδευση και τη μακροχρόνια πείρα οι ιατροί αποκτούν ειδικές δεξιότητες στην εκδήλωση της αποδοχής τους. Μαθαίνουν ότι αυτό που τους κάνει να είναι υποστηρικτικοί ή όχι είναι αυτό που λένε. Η συζήτηση μπορεί να φέρει την δημιουργική αλλαγή. Πρέπει, όμως, να είναι η σωστή συζήτηση.

Είναι πρωτίστως θέμα μάθησης του πώς πρέπει να μιλάει κανείς στους ανθρώπους με έναν «δημιουργικό τρόπο». Οι ψυχολόγοι το ονομάζουν αυτό «θεραπευτική επικοινωνία», που σημαίνει ότι συγκεκριμένα είδη μηνυμάτων έχουν μια «θεραπευτική» ή μια θετική επίδραση στα άτομα. Τα κάνουν να αισθάνονται καλύτερα, τα ενθαρρύνουν να μιλούν, τα βοηθούν να εκφράζουν τα συναισθήματά τους. Δημιουργούν ένα αίσθημα αυτοαξίας ή αυτοεκτίμησης, μειώνουν την απειλή ή τον φόβο, διευκολύνουν την ανάπτυξη και τη δημιουργική αλλαγή. Μηνύματα στέλνουμε με τον προφορικό λόγο (με αυτά που λέμε) ή με αυτά που οι κοινωνικοί επιστήμονες ονομάζουν «μη λεκτικά μηνύματα» (αυτά που κάνουμε κι όχι αυτά που λέμε). Τα μη λεκτικά μηνύματα εκφράζονται με χειρονομίες, στάσεις του σώματος, εκφράσεις του προσώπου ή άλλες συμπεριφορές. Το να μη λέμε τίποτε μπορεί επίσης να εκφράσει καθαρά αποδοχή. Η σιωπή/παύση -η παθητική ακρόαση- είναι ένα δυνατό μη λεκτικό μήνυμα και μπορεί να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά, ώστε να κάνει ένα άτομο να αισθανθεί ότι γίνεται γνήσια αποδεκτό.

Κατά τη λήψη του ιατρικού ιστορικού από τον γενικό ιατρό, ο ασθενής επωφελείται της επαφής του με κάποιον ειδικό και ξεκινά μια συνομιλία μαζί του για σοβαρά θέματα υγείας που τον απασχολούν. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ο ιατρός κάνει συστηματική χρήση της σιωπής, προσφέροντας στον ασθενή μια θαυμάσια εμπειρία καθώς η σιωπή τον κάνει να αισθάνεται ότι γίνεται αποδεκτός. Ο ασθενής περιγράφει αργότερα την εμπειρία του σαν μια συνομιλία με κάποιον που απλώς τον άκουγε. Έτσι, χωρίς λόγο, η σιωπή στην πραγματικότητα εκφράζει κάτι.

Διαπιστώνουμε, ωστόσο, ότι δεν μπορεί να παραμένει κανείς σιωπηλός επί μακρόν σε μια ανθρώπινη επικοινωνία.

ωνία. Οι άνθρωποι θέλουν κάποιο είδος λεκτικής αλληλεπίδρασης. Κατά τους Ivey και Gluckstern (1995), τα απλά ανοίγματα, όπως «καταλαβαίνω», «πραγματικά!», «χι, ώστε έτσι», είναι ένας από τους πιο αποτελεσματικούς τρόπους αντίδρασης στα μηνύματα συναισθημάτων ή τα προβλήματα υγείας των ασθενών. Πρόκειται για αντιδράσεις που τους προσκαλούν να ανακοινώσουν τις δικές τους ιδέες, κρίσεις ή συναισθήματα.

Η επικοινωνία ιατρού-ασθενή είναι η λεκτική και μη λεκτική διαδικασία μέσω της οποίας ο ιατρός αποκτά και μοιράζεται πληροφορίες με τον ασθενή, αναπτύσσοντας μια θεραπευτική σχέση μαζί του. Μόνον όταν ο ιατρός καταλαβαίνει τον ασθενή στο δικό του πλαίσιο, μπορεί να προσφέρει καλή ποιότητα φροντίδας. Στη μελέτη του D' Elia (1999), πιο αποτελεσματικός τρόπος αντίδρασης στα μηνύματα των ασθενών είναι οι απλές προσκλήσεις για ομιλία. Η ενεργητική ακρόαση είναι τόσο βασική που τείνουμε να τη θεωρούμε δεδομένη. Δυστυχώς, οι περισσότεροι από εμάς πιστεύουμε ότι είμαστε καλύτεροι ακροατές από ό,τι ισχύει στην πραγματικότητα. Ιδιαίτερα εκνευριστικό είναι όταν ο ιατρός δεν μας «ακούει», ενώ υπολογίζουμε ότι θα μας καταλάβει. Ο ιατρός αναμένεται να κατέχει τις κατάλληλες δεξιότητες στην αντιμετώπιση αγχωμένων, δυσαρεστημένων, θυμωμένων ασθενών. Ως εκ τούτου, είναι απαραίτητο να προωθήσουμε στον ασθενή το συναίσθημα ότι «ακούγεται» και να θεμελιώσουμε μια λειτουργική σχέση. Ο Gorney (1999) αναφέρει ότι, αν επικεντρωθούμε στη χρήση καλών δεξιοτήτων ακρόασης, μπορούμε να βελτιώσουμε τη σχέση μας με τους ασθενείς μας.

Η ενεργητική ακρόαση είναι ένας επικοινωνιακός τρόπος εμπλοκής του «αποστολέα» και του «λήπτη». Ο λήπτης είναι ενεργητικός στη διαδικασία, όπως και ο αποστολέας. Σύμφωνα με τους Lang et al. (2000), η ενεργητική ακρόαση είναι μια επικοινωνιακή δεξιότητα διερεύνησης και αναγνώρισης των σκέψεων των ασθενών. Χωρίς αυτήν τη δεξιότητα, τα πραγματικά ζητήματα που αφορούν τους ασθενείς δεν αναγνωρίζονται επαρκώς από τους επαγγελματίες υγείας. Σύμφωνα με τον Meryn (1998), το συνηθέστερο παράπονο των ασθενών είναι ότι οι ιατροί δεν τους «ακούν». Οι ασθενείς ζητούν περισσότερη και καλύτερη πληροφόρηση για το πρόβλημα υγείας τους και το θεραπευτικό αποτέλεσμα, τις παρενέργειες της θεραπείας, την ανακούφιση από τον πόνο και την ψυχολογική πίεση, καθώς και καθοδήγηση σχετικά με το τι μπορούν να κάνουν για τους εαυτούς τους. Όμως, για να μάθουν πώς να ακούν ενεργητικά, οι ιατροί συνήθως πρέπει να καταλάβουν περισσότερα για τη διαδικασία επικοινωνίας μεταξύ δύο προσώπων. Η ενεργητική ακρόαση, προφανώς, απαιτεί από τον λήπτη να αναστείλει τις σκέψεις και τα συναισθήματά του, ώστε να προσέξει αποκλειστικά το μήνυμα του ασθενή. Αυτό επιβάλλει ακριβή λήψη. Αν ο ιατρός θέλει να καταλάβει το μήνυμα, όπως το εννοεί ο ασθενής, πρέπει να βάλει τον εαυτό του στη θέση του (στο δικό του πλαίσιο αναφοράς) και τότε μπορεί να ακούσει το νόημα που εννοεί ο αποστολέας. Η ανατροφοδότηση της ενεργητικής ακρόασης είναι ο τελικός έλεγχος από τον ιατρό της ακρίβειας της ακρόασης του, μολονότι αυτό επιβεβαιώνει επίσης τον αποστολέα (ασθενή) ότι έχει γίνει κατανοητός, όταν ακούει να του στέλνουν πίσω το «μήνυμά» του με ακρίβεια. Όταν κάνετε ενεργητική ακρόαση, εσείς, ως ακροατής, διατρέχετε τον κίνδυνο να αλλάξετε απόψεις και στάσεις. Με άλλα λόγια, στην πραγματικότητα οι άνθρωποι αλλάζουν με αυτό που πραγματικά καταλαβαίνουν. Το να είστε «ανοιχτοί στην εμπειρία» του άλλου μπορεί να σημαίνει ότι πρέπει να επανεξετάσετε τις δικές σας εμπειρίες. Αυτό μπορεί να φοβίσει. Ένα «αμυντικό» άτομο δεν μπορεί να αντέξει να εκθέσει τον εαυτό του σε ιδέες ή απόψεις που είναι διαφορετικές από τις δικές του. Ένα ενήλικο και ευπροσάρμοστο άτομο, όμως, δεν φοβάται μήπως αλλάξει.

Στη μελέτη του Silverman (2010), συστήνονται οι εξής στρατηγικές για κατάλληλη βλεμματική επαφή, ενεργητική ακρόαση του ασθενή με ταυτόχρονη αναφορά στον φάκελό του:

- Συνειδητή/σκόπιμη αναβολή μελέτης του φακέλου του, έως ότου ο ασθενής έχει ολοκληρώσει την πρότασή του.

- Αναμονή για τον προσφορότερο χρόνο πριν τη μελέτη των σημειώσεών του.

- Διάκριση της ενεργητικής ακρόασης ασθενή από τη μελέτη σημειώσεων, εστιάζοντας την προσοχή στον φάκελό του όταν έχει ολοκληρωθεί η συνεδρία, ώστε ο ασθενής να αντιληφθεί τη δομή της όλης συνεδρίας.

Ένας πραγματικός κίνδυνος για τους ιατρούς που προσπαθούν να μάθουν την ενεργητική ακρόαση μόνο μέσα από τις τυπωμένες σελίδες ενός βιβλίου είναι η ανικανότητα τους να ακούσουν με τη θερμότητα και την ενσυναίσθηση που πρέπει να συνοδεύουν πάντοτε τις προσπάθειές τους. Σύμφωνα με τη μελέτη των Montague et al. (2013), η βλεμματική επαφή και η κοινωνική επαφή εκ μέρους του ιατρού έχουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την αντίληψη του ασθενή για την ικανότητα ενσυναίσθησης του ιατρού.

Κατά τον Mercer και τους συνεργάτες του (2008), η ενσυναίσθηση (empathy) ορίζεται ως η κοινωνικο-συναίσθηματική ικανότητα του ιατρού να κατανοεί την κατάσταση του ασθενή (των πεποιθήσεων και των βιωμάτων του), να επικοινωνεί αυτήν την κατανόηση και να ελέγχει την ακρίβειά της, αλλά και να αλληλεπιδρά με τον ασθενή κατά θεραπευτικό τρόπο. Η ενσυναίσθηση κατέχει κεντρικό ρόλο στη σχέση ιατρού ασθενή και συνδέεται στενά με την εμπιστοσύνη και την ικανοποίηση του ασθενή. Σύμφωνα με τους Ivey και Gluckstern

(1995), ενσυναίσθηση είναι η ικανότητα του ακροατή του μηνύματος να βρίσκεται συναισθηματικά κοντά στον αποστολέα, να βάζει τον εαυτό του στη θέση του. Εδώ ο αποστολέας καταλαβαίνει ότι ο ακροατής (ιατρός) αντιλαμβάνεται όχι μόνο ό,τι ακούει αλλά και ό,τι αισθάνεται ο αποστολέας (ασθενής). Από την άλλη μεριά, όπως αναφέρουν οι Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος (1995), η ενεργητική ακρόαση δεν πρέπει να παραχρησιμοποιείται τη στιγμή που ο ασθενής έχει ανάγκη να μείνει για λίγο μόνος με τα συναισθήματά του .

Κατά τους Τσουνή και Σαράφη (2014), η ενσυναίσθηση, ως έννοια, στην οποία το βιβλίο αναφέρεται διεξοδικά σε ιδιαίτερο κεφάλαιο, περιγράφεται λεπτομερώς στο έργο του ψυχολόγου Carl Rogers και χρειάζεται να τονιστεί ότι δεν ταυτίζεται με τη συμπάθεια (sympathy). Δεν υποδηλώνει τη συμμετοχή στην ψυχική κατάσταση του πάσχοντα με την έννοια της λύπης ή του οίκτου, αλλά αφορά περισσότερο την κατανόηση του συναισθήματος του άλλου. Η ανθρωπιστική προσέγγιση του Carl Rogers απαιτεί την αποδοχή του άλλου, όπως αυτός φανερώνεται μέσα από τα συναισθήματα και τις επιλογές του, χωρίς κριτική και προϋποθέσεις. Αυτό ακριβώς είναι και το συναισθηματικό προαπαιτούμενο της θεραπευτικής σχέσης, δεδομένου ότι μόνο σ' αυτό το περιβάλλον ο ασθενής θα αισθανθεί ασφαλής να εκφραστεί για ό,τι τον αφορά και η συνεργασία που θα προκύψει θα είναι παραγωγική.

Δεξιότητες επικοινωνίας και ενσυναίσθησης στη συνάντηση με τον ασθενή

Η σημαντική επίδραση της επικοινωνίας στη σχέση ιατρού-ασθενή εμπνέει προσπάθειες για τη βελτίωσή της. Αυτές οι προσπάθειες δεν αναφέρονται απλώς σε βελτίωση ιατροτεχνικών, οργανωτικών ή ψυχοκοινωνικών παραμέτρων φροντίδας, αλλά στην καλλιέργεια και την ανάπτυξη συγκεκριμένων, ποιοτικά και ποσοτικά, δεξιοτήτων του ιατρού κατά τρόπο ικανό να βελτιώσει, με ακρίβεια και αποδοτικότητα, τη φυσική έκβαση και το αποτέλεσμα της θεραπείας, αλλά και να προάγει την υποστήριξη και τη συνεργασία με τον ασθενή.

Αν και η διεθνής βιβλιογραφία αναφέρεται σε δεξιότητες επικοινωνίας, διαβούλευσης και συμβουλευτικής, τούτες στην καθημέρα κλινική πράξη συχνά αλληλεπικαλύπτονται και, επομένως, οι όροι αυτοί δημιουργούν μια σύγχυση. Γενικά, θα λέγαμε πως οι δεξιότητες επικοινωνίας είναι θεμελιώδεις στην επιτυχία της σχέσης με τον ασθενή, συμβάλουν αποτελεσματικά στη λήψη του ιστορικού, βοηθούν τον ασθενή να εξοικειωθεί με το περιβάλλον του και να μειώσει το άγχος του αλλά και τον ιατρό να αντιμετωπίσει δύσκολες και απρόβλεπτες καταστάσεις. Οι δεξιότητες διαβούλευσης αφορούν την κλινική εξέταση του ασθενή, τη διάγνωση και τη θεραπεία, συμπεριλαμβάνοντας διαγνωστικούς και θεραπευτικούς χειρισμούς. Οι δεξιότητες συμβουλευτικής είναι σημαντικές για τη «συμμόρφωση» του ασθενή αλλά και την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής αγωγής.

Με αναφορά στο στόχο, η βιβλιογραφία προτείνει τη διάκριση των δεξιοτήτων επικοινωνίας σε συντελεστικές, που έχουν ως αντικείμενο την κατάσταση της υγείας (αγωγή, θεραπεία, ίαση κλπ.) και κοινωνικοσυναισθηματικές συμπεριφορές, που αφορούν την φροντίδα και έχουν ως αντικείμενο την ικανοποίηση. Στις συντελεστικές συμπεριφορές περιλαμβάνονται, μεταξύ άλλων, η παροχή πληροφοριών, η υποβολή ερωτήσεων, το θεραπευτικό σχέδιο και η εξήγησή του, η συζήτηση παρενεργειών, η συζήτηση αποτελεσμάτων. Οι κοινωνικοσυναισθηματικές δεξιότητες περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, την ενσυναίσθηση, την εμπύχωση, τον καθησυχασμό, τη φιλική, ανοιχτή και ειλικρινή επαφή, τη στάση ενδιαφέροντος και αποδοχής. Η αναγκαιότητα και των δύο τύπων συμπεριφορών είναι αδιαμφισβήτητη και ο διαχωρισμός τους είναι πρακτικά μάλλον ανούσιος, δεδομένου ότι μια συντελεστική συμπεριφορά μπορεί να μετατραπεί σε κοινωνικοσυναισθηματική μέσω της κατάλληλης χρήσης της λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας (Ong et al., 1995).

Ιδιαίτερη αναφορά γίνεται στη συμπεριφορά εστίασης στην ιδιωτικότητα που δεν περιλαμβάνουν απλώς το απόρρητο της πληροφορίας που ανταλλάσσεται αλλά και την ψυχολογική, κοινωνική και φυσική ιδιωτικότητα. Η ψυχολογική συνιστώσα εστίασης στην ιδιωτικότητα σχετίζεται με τη δυνατότητα που παρέχεται στον ασθενή να διαχειρίζεται ο ίδιος την προσλαμβανόμενη ή προβαλλόμενη πληροφορία, να σκέφτεται και να διαμορφώνει στάσεις, πεποιθήσεις ή αξίες και το δικαίωμα να επιλέγει με ποιον και υπό ποιες συνθήκες θα μοιραστεί τις σκέψεις και τα συναισθήματά του. Στο πλαίσιο της ιατρικής συνέντευξης, είναι αναγκαία η αναζήτηση από τον ιατρό ιδιωτικών-προσωπικών πληροφοριών. Προκειμένου να εγκαθιδρυθεί σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή, ο ιατρός έχει την υποχρέωση να ενημερώσει τον ασθενή για την τήρηση του απορρήτου. Η κοινωνική συνιστώσα της εστίασης στην ιδιωτικότητα επεκτείνεται της ψυχολογικής και πληροφοριακής και αφορά τη δυνατότητα που παρέχεται στον ασθενή να διαχειρίζεται κοινωνικές επαφές και να πετυχαίνει διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις. Η απόσταση που καθορίζεται από συμπεριφορές των «τύπων» καθώς και το περιεχόμενο της ανταλλασσόμενης πληροφορίας επηρεάζουν τον βαθμό της κοινωνικής ιδιωτικότητας. Για παράδειγμα, το κοίταγμα στα μάτια ή η χειραψία μπορεί υπό συγκεκριμένες συνθήκες να γίνει αντιληπτό ως προσβολή της κοινωνικής ιδιωτικότητας. Η φυσική συνιστώσα εστίασης στην ιδιωτικότητα αφορά τον βαθμό που ο ασθενής είναι «φυσικά» εκτεθειμένος σε άλλους. Η οπτική και σωματική επαφή, καθώς και η σωματική απόσταση μπο-

ρεί εύκολα να προσβάλει τη φυσική ιδιωτικότητα.

Οι συμπεριφορές ελέγχου (υψηλού ή χαμηλού) αποτελούν σημαντικές παραμέτρους της ιατρικής επικοινωνίας. Κάθε σχέση ιατρού-ασθενή χαρακτηρίζεται από μια αναλογία υψηλού - χαμηλού ελέγχου της σχέσης. Άλλοτε τον υψηλό έλεγχο έχει ο ιατρός άλλοτε ο ασθενής, ενώ, ιδανικά, η σχέση χαρακτηρίζεται από μια ισορροπία στον έλεγχο πάνω στην οποία βασίζεται μια ισότιμη ανταλλαγή απόψεων και λήψη αποφάσεων. Ο έλεγχος επιβάλλεται, μεταξύ άλλων, από συμπεριφορές όπως η φωνητική υπερβολή, η υπέρμετρη επιχειρηματολογία, οι μορφασμοί κατά την επικοινωνία. Η χρήση της καθομιλουμένης γλώσσας και ταυτόχρονα της ιατρικής ορολογίας καθιστά τους ιατρούς ουσιαστικά δίγλωσσους. Συχνά υπάρχει μετάπτωση ή μείξη της καθομιλουμένης και της ιατρικής γλώσσας κατά την επικοινωνία των ιατρών με τους ασθενείς, ενώ οι δεύτεροι επιχειρούν συχνά να χρησιμοποιήσουν, πολλές φορές κατά τρόπο που οδηγεί σε σύγχυση, την ιατρική γλώσσα που γνωρίζουν προκειμένου να επικοινωνήσουν με τον ιατρό. Συνήθως το νόημα που δίνεται στις ίδιες λέξεις είναι διαφορετικό, καθιστώντας επί της ουσίας τη λεκτική επικοινωνία μη αποτελεσματική (Ong et al., 1995).

Συσχετίζοντας τις δεξιότητες επικοινωνίας με το πλαίσιο της ιατρικής συνέντευξης, διακρίνουμε τις σχετιζόμενες με το περιεχόμενο, τις σχετιζόμενες με τη διαδικασία και τις σχετιζόμενες με την αντίληψη. Το περιεχόμενο αφορά κάθε πληροφορία που ανταλλάσσεται, σχόλια και συμπεράσματα, τον κατάλογο των συμπτωμάτων, ιατρικά δεδομένα, τη διαφορική διάγνωση και θεραπευτικές επιλογές. Η διαδικασία αφορά τον τρόπο με τον οποίο εκφράζεται η πληροφορία, τον τρόπο σύνταξης και έκθεσής της, την εξασφάλιση της αλληλεπίδρασης και την ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης. Η αντίληψη αφορά σκέψεις, συναισθήματα και την επίγνωσή τους, στάσεις και προκαταλήψεις, παράγοντες απόσπασης της προσοχής.

Απλουστεύοντας, θα λέγαμε πως οι δεξιότητες που σχετίζονται με το περιεχόμενο αφορούν το τι λέμε, οι σχετιζόμενες με τη διαδικασία το πώς το λέμε και οι δεξιότητες οι σχετιζόμενες με την αντίληψη αφορούν το πώς νιώθουμε. Οι δύο πρώτες ομάδες διαμορφώνονται σε διαπροσωπικό επίπεδο αλληλεπίδρασης, ενώ η τρίτη διαμορφώνεται σε προσωπικό επίπεδο. Οι προσπάθειες ανάπτυξης και βελτίωσης των δεξιοτήτων επικοινωνίας εστιάζουν κυρίως στις δύο πρώτες ομάδες (Silverman et al., 2005).

Οι δεξιότητες επικοινωνίας είναι σημαντικές για τη συγκέντρωση πληροφοριών, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την εκπαίδευση του ασθενή και τις αλληλεπιδράσεις της ομάδας υγείας. Διάφορα συστήματα ανάλυσης αλληλεπίδρασης έχουν αναπτυχθεί για τον σκοπό αυτό. Μια τέτοια συστηματική ανάλυση επιδιώκει τον μεθοδικό εντοπισμό, κατηγοριοποίηση και ποιοτικό προσδιορισμό συγκεκριμένων χαρακτηριστικών της επικοινωνίας ιατρού-ασθενή. Το σκεπτικό είναι πως κάθε τέτοιο χαρακτηριστικό αποτελεί δυνητικά ισχυρό συστατικό στο πλαίσιο της θεραπευτικής διαδικασίας. Οι ιατροί που διαθέτουν και χρησιμοποιούν αποτελεσματικές επικοινωνιακές δεξιότητες αντιλαμβάνονται ταχύτερα και πιο έγκυρα το πρόβλημα του ασθενή, παρέχουν καλύτερη ψυχολογική υποστήριξη και μεγαλύτερη ικανοποίηση στον ασθενή, προάγουν την εμπιστοσύνη και την υγεία του και βιώνουν οι ίδιοι λιγότερη εργασιακή ένταση και μεγαλύτερη επαγγελματική ικανοποίηση (Haq, Steele, Marchand, Seibert, Brody, 2004).

Αναγνωρίζοντας τον κομβικό ρόλο της επικοινωνίας στην αποτελεσματικότητα της ιατρικής συνέντευξης και της σχέσης του ιατρού με τον ασθενή, οργανώσεις υποστήριξης ασθενών, ερευνητές, ιατρικοί εκπαιδευτές, ιδιωτικοί και κρατικοί φορείς υπηρεσιών υγείας και επενδυτές -ανά την υφήλιο- εστιάζουν το ενδιαφέρον τους στις μεθόδους βελτίωσής της. Η διαρκώς αυξανόμενη έμφαση εκφράζεται σε διεθνείς διακηρύξεις ομοφωνίας ειδικών επιστημόνων, κατευθυντήριες οδηγίες και επαγγελματικά δεδομένα άσκησης και εκπαίδευσης στην Ιατρική.

Οι προσπάθειες εστιάζουν στη λειτουργική οργάνωση της ιατρικής συνέντευξης, με στόχο τη βελτίωση της αποτελεσματικότητάς της. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στο άνοιγμα της συζήτησης, στη συγκέντρωση πληροφοριών, στην κατανόηση της άποψης του ασθενή, στο μοίρασμα της πληροφορίας, στη διαπραγμάτευση και τη συμφωνία και στο ασφαλές κλείσιμο της συνεδρίας.

Η πρώτη επαφή και το άνοιγμα της συζήτησης κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικό, αφού αποτελεί τη βάση για την εδραίωση μιας αποτελεσματικής σχέσης του ιατρού με τον ασθενή. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στον χαιρετισμό και τις συστάσεις, στο καλωσόρισμα με χαμόγελο και στον προσδιορισμό των ρόλων. Συστήνεται προσοχή στην άνεση του ασθενή και ανταπόκριση σε κάθε μορφή δυσφορίας, όπως ο πόνος, ή φυσικής δυσκολίας, όπως ένα ακατάλληλο κάθισμα. Κατά τον προσδιορισμό του λόγου της επίσκεψης, επιδιώκεται η εξασφάλιση της δυνατότητας ολοκλήρωσης των δηλώσεων του ασθενή και ο προσδιορισμός των ανησυχιών του, των φόβων και των προσδοκιών του. Ιδιαίτερη σημασία έχει η σιωπή και η ενεργητική ακρόαση του ιατρού. Η συγκρότηση ενός πλάνου για την επίσκεψη κρίνεται ιδιαίτερα επιβοηθητική, όπως επίσης η προσπάθεια εδραίωσης και διατήρησης μιας προσωπικής σχέσης. Η βλεμματική επαφή με τον ασθενή, ακόμη και αν η συνέντευξη γίνεται

με τη βοήθεια τρίτου ατόμου (π.χ. μεταφραστής) συντελεί προς αυτήν την κατεύθυνση.

Η συγκέντρωση πληροφοριών αποτελεί βασικό στόχο και αναπόσπαστο στοιχείο της ιατρικής συνέντευξης. Συστήνεται η ισορροπημένη και στοχευμένη χρήση ανοιχτών και κλειστών ερωτήσεων και η ενεργητική ακρόαση με την κατάλληλη χρήση λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας. Ιδιαίτερα επιβοηθητικές τεχνικές αποτελούν η παρότρυνση για προσδιορισμό ή διευκρίνιση (κλειστές ερωτήσεις), η παράφραση των λεγόμενων του ασθενή (η έκφραση του ίδιου νοήματος με άλλα λόγια), η επανάληψη και η σύνοψη. Η δομημένη συγκέντρωση αρκετής πληροφορίας, προκειμένου να προσδιοριστούν και να χαρακτηριστούν επακριβώς τα συμπτώματα που προσδιορίζουν την ασθένεια, θεωρείται αυτονόητη.

Η κατανόηση της άποψης του ασθενή αποτελεί τον βασικό άξονα της σύγχρονης βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης στη φροντίδα υγείας. Προτείνεται η διερεύνηση εξαρτημένων μεταβλητών όπως η οικογένεια, το φύλο, η ηλικία, η πολιτισμική και κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η πνευματικότητα. Σημαντικό είναι να προσδιοριστούν η γνώση, οι πεποιθήσεις, οι φόβοι, οι ανησυχίες και οι προσδοκίες του ασθενή σχετικά με τη νόσο και την ασθένεια. Στο πλαίσιο μιας τέτοιας προσέγγισης, λογική κρίνεται η αναγνώριση και ανταπόκριση στις ιδέες, τα συναισθήματα και τις αξίες του ασθενή με ενσυναίσθηση (κατανόηση της θέσης και της κατάστασής του) χωρίς κριτική στάση. Η ενσυναίσθηση χαρακτηρίζει απαραίτητα τις σχέσεις εκείνες που δίνουν έμφαση στον εντοπισμό των συναισθημάτων και συχνά συνδυάζεται με τεχνικές όπως η παράφραση και η αντανάκλαση συναισθήματος, η χρήση της σιωπής, η ακρόαση του τι προσπαθεί να πει ο ασθενής, αλλά και ο εντοπισμός του τι δεν καταφέρνει να εκφράσει, η παρότρυνσή του και η συνειδητοποιημένη χρήση της μη λεκτικής επικοινωνίας. Το διαφορετικό πλαίσιο αναφοράς ιατρού και ασθενή δημιουργεί την ανάγκη από πλευράς του ιατρού μιας προσπάθειας να διασφαλίσει την ανταλλαγή της πληροφορίας κατά τρόπο ανταποκρινόμενο στην πραγματικότητα. Οι επεξηγήσεις αναμένεται να είναι απλές και κατανοητές. Ως εκ τούτου, προτείνεται η αποφυγή δυσνόητων ιατρικών όρων και η χρήση γλώσσας που ο ασθενής δεν μπορεί να κατανοήσει. Σημαντικός είναι ο έλεγχος της κατανόησης του ασθενή και η βελτίωσή της, αν κρίνεται ανεπαρκής. Η παρότρυνση του ασθενή να επαναλάβει την πληροφορία και να εκφράσει τις απορίες του μπορεί να συνεισφέρει προς τον σκοπό αυτό.

Η επίτευξη μιας συμφωνίας μεταξύ ιατρού και ασθενή και η διαμόρφωση από κοινού ενός τρόπου δράσης αποτελεί βασική επιδίωξη της σύγχρονης προσέγγισης στη δυναμική της σχέσης τους, προκειμένου να διασφαλίζεται όχι μόνο η αποτελεσματικότητα αλλά και η συνέχειά της. Αυτονόητη θεωρείται η παρότρυνση του ασθενή να συμμετέχει στη θεραπευτική απόφαση κατά τον βαθμό που επιθυμεί, ενώ ταυτόχρονα εκτιμάται η επιθυμία, η πρόθεση, η δυνατότητα και η ικανότητα του ασθενή να ακολουθήσει κάθε θεραπευτική συμβουλή ή διαδικασία. Στην προσπάθεια εξασφάλισης ενός ρεαλιστικού σχεδίου δράσης, απαραίτητη κρίνεται η διερεύνηση και ο εντοπισμός των πόρων και των πηγών υποστήριξης του ασθενή, η διαπραγμάτευση των διαφορών σε απόψεις και σκοπούς και η εξασφάλιση μιας διπλής δέσμευσης του ιατρού και του ασθενή σε μια αλληλεπίδραση και συνεργασία με στόχο την επίλυση των προβλημάτων.

Το κλείσιμο μιας συνάντησης του ιατρού με τον ασθενή είναι σημαντικό αφού αποτελεί την τελευταία ευκαιρία επιβεβαίωσης της αποτελεσματικής και ρεαλιστικής αλληλεπίδρασης τους και της θεμελίωσης μιας εξίσου αποτελεσματικής συνέχειας της σχέσης τους. Είναι σημαντικό, ολοκληρώνοντας, να διευκρινιστεί αν τον ασθενή απασχολούν απορίες, ανησυχίες ή θέματα που δεν εκφράστηκαν ή δεν λήφθηκαν υπόψη κατά τη συνεδρία. Καλό είναι ο ιατρός να συνοψίσει το σχέδιο δράσης και να επιβεβαιώσει για μια ακόμη φορά τη συμφωνία του ασθενή με αυτό. Αναπόσπαστο τμήμα αυτής της φάσης είναι η συζήτηση και η συμφωνία επί του σχεδίου παρακολούθησης και ο προγραμματισμός της επόμενης επαφής ιατρού και ασθενή επί αναμενόμενων συνθηκών, ενώ είναι ιδιαίτερα χρήσιμος ο αντίστοιχος σχεδιασμός στην περίπτωση που το αρχικό σχέδιο δράσης δεν επιφέρει τα αναμενόμενα αποτελέσματα (εναλλακτικό σχέδιο, δικλείδες ασφαλείας) (Kalamazoo Consensus Statement, 2001).

Η σημασία της κοινωνικής επαφής

Υπάρχουν κινήσεις που δείχνουν χαιρετισμό αλλά και αποχαιρετισμό, τη συμφιλίωση και την υπογραφή μιας συμφωνίας, την έκφραση συγχαρητηρίων και την αποδοχή μιας πρόσκλησης, της ευχαριστίας αλλά και της ευχής. Αυτές οι κινήσεις, που εξυπηρετούν την κοινωνική επαφή, θεμελιώνουν τον συναισθηματικό μας κόσμο. Τέτοια παραδείγματα «ασήμαντων», κατά τα άλλα, κινήσεων είναι ένα απαλό φιλικό χτύπημα στην πλάτη -χωρίς να μεσολαβεί άλλο άγγιγμα- και μια χειραψία. Η χειραψία, μια κίνηση με ιστορία τουλάχιστον διακοσίων χρόνων, αποτελεί την ελάχιστη σωματική επαφή που διατηρήθηκε μέχρι τις μέρες μας. Σήμερα, σε κοινωνικό επίπεδο, όλα τα είδη των χαιρετισμών έχουν αντικατασταθεί με τη χειραψία, μια συνήθεια που τείνει να καθιερωθεί σε παγκόσμια κλίμακα. Η χειραψία συμβολίζει, εκτός των άλλων, τόσο τον αμοιβαίο χαιρετισμό

ανάμεσα σε ίσους όσο και την προσωρινή φιλική διάθεση. Σφίγγοντας το χέρι ενός ανθρώπου δεν εννοώ τίποτε περισσότερο από το ότι καταρχήν δεν έχω πρόθεση να του επιτεθώ (Morriss, 1986).

Το άγγιγμα (φυσική επαφή) είναι ένα σημαντικό συστατικό της μη λεκτικής επικοινωνίας, μιας «σιωπηρής γλώσσας» που είναι απαραίτητη για την ποιότητα ζωής, ενώνοντας τη φυσική και συναισθηματική απόσταση μεταξύ των ατόμων. Παρά το ότι το άγγιγμα είναι μια από τις θεμελιώδεις μορφές της ανθρώπινης αλληλεπίδρασης, δεν έχει λάβει την απαιτούμενη προσοχή στη βιβλιογραφία, είτε στη μελέτη της συμβουλευτικής είτε ως ένα επικοινωνιακό εργαλείο στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Το άγγιγμα έχει περιγραφεί είτε ως διαδικαστικό και προσανατολισμένο στο έργο (task oriented) [φυσική επαφή που επισυμβαίνει ενόσω πραγματοποιείται μέρος της εξέτασης] είτε ως εκφραστικό [αυθόρμητη επαφή, η οποία δεν απαιτείται ως μέρος της κλινικής εξέτασης]. Σύμφωνα με τη μελέτη των Cocksedge et al. (2013), οι περισσότεροι ιατροί και όλοι οι ασθενείς ανέφεραν ότι το εκφραστικό άγγιγμα βελτιώνει την ποιότητα της επικοινωνίας. Οι γενικοί ιατροί περιέγραψαν κάποια όρια στη χρήση του εκφραστικού αγγίγματος με τους ηλικιωμένους ασθενείς, εκείνους που βίωναν περίοδο πένθους, τους ασθενείς του ίδιου φύλου με εκείνους και τους ασθενείς που γνώριζαν πολύ καλά. Επίσης, έθεσαν όρια στη χρήση του αγγίγματος, με ορισμένους ιατρούς να χρησιμοποιούν αποκλειστικά το διαδικαστικό άγγιγμα το οποίο θεώρησαν θεραπευτικό.

Οι ιατροί που χρησιμοποίησαν το εκφραστικό άγγιγμα ανέφεραν ότι δείχνει ευγένεια, καλωσόρισμα και ζεστασιά και βοηθά στη δημιουργία αισθήματος χαλάρωσης κατά τη συνεδρία, ιδιαίτερα η χειραψία ως χαιρετισμός στην αρχή ή αποχαιρετισμός με τη λήξη της. Οι περισσότεροι ιατροί ήταν σε θέση να κάνουν ξεκάθαρη διάκριση μεταξύ εκφραστικού και διαδικαστικού αγγίγματος. Το άγγιγμα, ως μέρος του κλινικού έργου, θεωρήθηκε επιβοηθητικό, καθησυχαστικό και συχνά διαδικαστικό και εκφραστικό ταυτόχρονα. Σύμφωνα με τα ευρήματα της εν λόγω μελέτης, καθοριστικοί παράγοντες της χρήσης του εκφραστικού αγγίγματος ήταν η ηλικία, το φύλο και οι καταστάσεις που συνδέονταν με τελευταίο στάδιο θανάτου ή πένθος του ασθενή. Αντιθέτως, όλοι οι ασθενείς της μελέτης θεώρησαν ότι ήταν αποδεκτό το άγγιγμα στο χέρι (ώμος) ή τον βραχίονα. Μάλιστα, οι περισσότεροι το θεώρησαν κατάλληλο ιδιαίτερα στις περιπτώσεις άγχους τους. Γυναίκες και άνδρες ασθενείς ανέφεραν αίσθημα μικρότερης άνεσης (αμηχανίας) με το άγγιγμα των ανδρών ιατρών. Όλοι οι γενικοί ιατροί της μελέτης φοβήθηκαν την παρερμηνεία της χρήσης του αγγίγματος, αλλά οι ασθενείς θεώρησαν ότι είναι βοηθητικό της μεταξύ τους σχέσης. Η επίγνωση εκ μέρους των ιατρών των δυνατοτήτων της συνειδητής χρήσης του εκφραστικού αγγίγματος ως ενός επιβοηθητικού επικοινωνιακού εργαλείου στην ΠΦΥ μπορεί να βελτιώσει τη σχέση με τους ασθενείς τους.

Επομένως, το άγγιγμα θεωρείται μια άλλη μη λεκτική αλληλεπίδραση για την ανάπτυξη της ενσυναίσθησης. Για παράδειγμα, οι ιατροί μερικές φορές αγγίζουν τους ασθενείς για να εκφράσουν νοιάξιμο και ενδιαφέρον. Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, γενικά υπάρχουν δύο διαφορετικοί τύποι αγγίγματος στην ιατρική συνεδρία: η φυσική επαφή και η θεραπευτική επαφή. Άλλοι έχουν περιγράψει αυτούς τους τύπους αγγίγματος ως διαγνωστικό άγγιγμα και θεραπευτικό άγγιγμα, αντίστοιχα. Στη μελέτη των Montague et al. (2013), χρησιμοποιούνται οι όροι: άγγιγμα που συνδέεται με το έργο (task touch) και κοινωνικό άγγιγμα (social touch). Συγκεκριμένα, το άγγιγμα που συνδέεται με το έργο (task touch) έχει κλινικό σκοπό, όπως είναι η εξέταση του σώματος του ασθενή, η χρήση στηθοσκοπίου για τον έλεγχο του καρδιακού ρυθμού. Το κοινωνικό άγγιγμα (social touch) έχει ένα ιδιαίτερα κοινωνικό νόημα, το άγγιγμα σε ένα πλαίσιο ενδιαφέροντος με θεραπευτική χροιά, όπως λόγου χάρη, μια χειραψία, ένας εναγκαλισμός ή ένα χτυπηματάκι στη πλάτη του ασθενή.

Με τα δεδομένα αυτά, ο ιατρός μπορεί να θεωρηθεί ως επαγγελματίας της επαφής. Λόγω της εξειδικευμένης υπηρεσίας που προσφέρει, έχει το δικαίωμα να αγγίζει τα σώματα των ασθενών του. Από την άλλη πλευρά, συχνά, πολλοί ασθενείς δεν παραδέχονται ότι νιώθουν ανασφάλεια και χρειάζονται την σωματική επαφή με κάποιο καλυμμένο τρόπο. Για τον λόγο ότι μια τέτοια παραδοχή θα κατέστρεφε την εικόνα που έχουν για τον εαυτό τους, σαν αυτοελεγχόμενοι και ανεξάρτητοι ενήλικες, αδιαθετούν τόσο ώστε να αναγκάζουν τους άλλους να σπεύδουν να τους προσφέρουν τις παρηγορητικές πράξεις της σωματικής επαφής. Εφόσον το καθημερινό άγχος που μας επιβάλλει η ζωή στις μεγαλουπόλεις γεννάει την ανάγκη για περιστασιακή «μητρική φροντίδα», δεν υπάρχει τίποτα το κακό, αν οι περισσότεροι από εμάς χρησιμοποιούμε το πρόσχημα της αδιαθεσίας για να προκαλέσουμε αυτήν τη φροντίδα που έχουμε ανάγκη.

Άλλωστε, η εξυπηρέτηση αυτής της ανάγκης στηρίζει τη βιομηχανία της υγείας. Γιατί, παρά την εντυπωσιακή τεχνολογική πρόοδο της σύγχρονης ιατρικής, εξακολουθούμε να αρρωσταίνουμε σε εντυπωσιακά υψηλό ποσοστό. Βεβαίως, για την πλειονότητα των περιπτώσεων, δεν πραγματοποιείται ούτε εισαγωγή του αρρώστου στο νοσοκομείο. Παραμένουν «πελάτες» των εξωτερικών ιατρείων ή των ιδιωτικών ιατρείων μας. Η πλειοψηφία των αρρώστων του είδους υποφέρει από βήχα, κρύωμα, γρίπη, πονοκέφαλο, αλλεργίες, αμυγδαλίτιδα, λαρυγγί-

τιδα, πόνους στο στομάχι, έλκος, διάρροια, δερματικές παθήσεις, και άλλα παρόμοια. Οι μόδες των κοινότυπων παθήσεων αλλάζουν από γενιά σε γενιά. Στον προηγούμενο, μάλιστα, αιώνα, γινόταν πολύς λόγος για την παθολόγο δράση των «ατμών», σήμερα όλοι μιλούν για τους «ιούς», αλλά ουσιαστικά η θεματολογία όσον αφορά στη συμπτωματολογία που απαρτίζει τον εν λόγω «κατάλογο» παραμένει αναλώσιμη.

Όπως προαναφέρθηκε, οι ιατροί, ως επαγγελματίες της επαφής, «έχουν δικαίωμα να αγγίζουν» το ανθρώπινο σώμα, γνωρίζοντας πολύ καλά τη θεραπευτική αξία αυτού του δικαιώματος που τους παρέχει η κοινωνική σύμβαση και κατά κανόνα το χρησιμοποιούν. Ο άρρωστος, λοιπόν, δεν απολαμβάνει μόνο τις φροντίδες των συγγενών αλλά και του ιατρού -ενός προσώπου, άγνωστου ωστόσο γι' αυτόν. Ο ιατρός, από την άλλη, έχει δικαίωμα να μιλάει απαλά και τρυφερά, να πιάνει το χέρι του αρρώστου για να μελετήσει τον σφυγμό του, να τον χτυπά απαλά στην πλάτη και το στήθος για να πάρει τα ακροαστικά, να εξετάσει το στόμα, τα μάτια ή και τα αυτιά του ασθενή. Όλες αυτές οι σωματικές επαφές ανάμεσα στον ιατρό και τον άρρωστο, μετρούν για τον τελευταίο καλύτερα από τη φαρμακευτική αγωγή.

Άρα, τα ιατρικά αγγίγματα είναι επαγγελματικά, δηλαδή γίνονται για την εξέταση και τη φροντίδα του σώματος και δεν μεταφέρουν μηνύματα φιλίας. Στην περίπτωση αυτή, το σώμα του ασθενή παίζει τον ρόλο του «αντικειμένου» και επομένως το άγγιγμα αυτής της μορφής δεν μεταφέρει συναισθήματα. Διότι συνδέεται με το επαγγελματικό καθήκον (Morris, 1986).

Η σημασία της μη λεκτικής επικοινωνίας ιατρού - ασθενή

Η μη λεκτική επικοινωνία εξασφαλίζει σε μεγάλο βαθμό την επιτυχία των διαπροσωπικών σχέσεων. Αρκετοί ερευνητές της ανθρώπινης συμπεριφοράς υπολογίζουν ότι το 90% της διαπροσωπικής επικοινωνίας διεξάγεται μέσω της μη λεκτικής οδού, ενώ μόνο το 10% γίνεται μέσω του λόγου (Παπαδάκη-Μιχαηλίδη, 1995). Επίσης, έχει βρεθεί ότι ποσοστό περίπου 30% του νοήματος ενός μηνύματος αποδίδεται στο καθαυτό λεκτικό περιεχόμενό του. Παρά τη σπουδαιότητα των μη προφορικών σημάτων στην ανθρώπινη αλληλεπίδραση, οι μη λεκτικές όψεις της επικοινωνίας έχουν μελετηθεί επισταμένα μόνο κατά τα τελευταία σαράντα χρόνια, όταν ο Julius Fast δημοσίευσε ένα βιβλίο για τη γλώσσα του σώματος (Pease, 1991). Αποτελέσματα μελέτης κατέδειξαν ότι το 55% των μηνυμάτων που ανταλλάσσουμε είναι σιωπηλά και σχετίζονται με τις κινήσεις και τη στάση του σώματος (Pease, 1991).

Όμως, τι είναι η μη λεκτική επικοινωνία; Η διαδικασία μέσω της οποίας το άτομο επηρεάζει τη συμπεριφορά, τη νοητική κατάσταση ή τα συναισθήματα κάποιου άλλου, χρησιμοποιώντας μη-λεκτικά κανάλια. Αυτά είναι η εμφάνιση του σώματος, οι εκφράσεις του προσώπου, το βλέμμα, οι χειρονομίες, οι κινήσεις, ο προσανατολισμός και η στάση του σώματος, το μέγεθος του ζωτικού χώρου. Μια άλλη πηγή μη λεκτικών σημάτων εντοπίζεται στα μη λεκτικά στοιχεία του λόγου, όπως η ένταση, ο τόνος, η αλλοίωση ή η σταθερότητα της φωνής, οι παύσεις, η ταχύτητα ροής του λόγου, η διάρκεια, ο ρυθμός του, η προφορά και οι διάφοροι ήχοι εκτός των λέξεων. Πρόκειται για τα παραγλωσσικά στοιχεία της μη λεκτικής επικοινωνίας (Παπαδάκη-Μιχαηλίδη, 1995). Λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, συνήθως, συμβαίνουν ταυτόχρονα. Συνολικά υπάρχουν εκατόσις χιλιάδες διαφορετικών ειδών χειρονομίες, εκφράσεις προσώπου και κινήσεις, οι οποίες υπηρετούν μια ποικιλία σκοπών, όπως, η παροχή πληροφοριών για τα συναισθήματα και τις προθέσεις, η ρύθμιση των αλληλεπιδράσεων κατά τη λεκτική επικοινωνία και της ροής της συζήτησης, η έκφραση οικειότητας ή αντίθετα κυριαρχίας και ελέγχου αλλά και ο επηρεασμός των νοημάτων των όσων λέμε (συμφωνία, ασυμφωνία, ενίσχυση του λεκτικού με το μη λεκτικό σήμα κ.ά.) (Hogg & Vaughan, 1995). Βέβαια, ο τρόπος έκφρασης των μη λεκτικών συμπεριφορών καθορίζεται από τους κοινωνικούς κανόνες έκφρασης, που ανέπτυξαν οι άνθρωποι για να προσδιορίζουν το ποιος έχει δικαίωμα να εκφράζει τι, πώς, πότε, με ποιον τρόπο και σε ποιον, δηλαδή το κοινωνικά αποδεκτό. Γι' αυτό διακρίνουμε τις εκδηλώσεις της μη λεκτικής συμπεριφοράς σε ελεγχόμενες και αυθόρμητες, συνειδητές και ασυνειδητές. Πολλά αυθόρμητα μη λεκτικά σήματα έχουν οικουμενική αξία και συνιστούν ένα απλό σύστημα επικοινωνίας (Παπαδάκη-Μιχαηλίδη, 1995). Οι βασικές μη λεκτικές εκδηλώσεις, όπως το χαμόγελο, είναι κατανοητές από όλους, ασχέτως πολιτισμικού συστήματος και γλώσσας. Τέλος, η σωστή κωδικοποίηση και αποκωδικοποίηση των μη λεκτικών σημάτων, όπως και η εφαρμογή των κοινωνικών κανόνων έκφρασης κατά τη διάρκεια των επαφών, αποτελούν τα βασικότερα στοιχεία των κοινωνικών δεξιοτήτων. Σε ορισμένες εξειδικευμένες και δύσκολες μορφές σχέσεων, απαιτούνται μη λεκτικές κοινωνικές δεξιότητες τις οποίες κατέχουν μόνο λίγοι άνθρωποι. Σε αυτές είναι απαραίτητο να εκπαιδεύονται εντατικά οι λειτουργοί της σωματικής υγείας, ώστε να αποκτήσουν την ικανότητα συναισθηματικής συμμετοχής στον ψυχικό κόσμο ξένων ανθρώπων (ενσυναίσθηση), την κατανόηση της θέσης και των προβλημάτων των ασθενών τους και, κυρίως, την στοιχειώδη προσφορά ψυχικής στήριξης για μια ολιστική αντιμετώπιση των ασθενών (Παπαδάκη-Μιχαηλίδη, 1995). Η μελέτη των Roter et al. (2006) υποστηρίζει ότι η μη λεκτική συμπεριφορά σχετίζεται με την κοινωνικο-συ-

ναισθηματική ανταλλαγή. Οι μη λεκτικές συμπεριφορές των ιατρών, όπως η κλίση σώματος προς τα εμπρός, το νεύμα της κεφαλής, το κάθισμα κοντά στον ασθενή και λιγότερη ώρα μελέτης ή καταγραφής σημειώσεών τους, συνδέονται με την ικανοποίηση και την κινητοποίηση του ασθενή. Όπως αναφέρουν οι Pawlikowska et al. (2012), στη συστηματική ανασκόπηση των Beck et al. το 2002, βρέθηκε ότι η θετική ανατροφοδότηση, η ενσυναίσθηση, η φιλικότητα και η ανοικτή γλώσσα σώματος εκ μέρους του ιατρού σχετίζονται θετικά με σημαντικές εκβάσεις υγείας για τον ασθενή, όπως η ικανοποίηση του ασθενή και η θετική σχέση με τον ιατρό.

Δύο στενά συνδεδεμένες όψεις της μη λεκτικής επικοινωνίας ιατρού-ασθενή είναι η μη λεκτική συμπεριφορά ασθενών και η αντίστοιχη των ιατρών. Από την πλευρά του ο ιατρός είναι απαραίτητο να αναγνωρίσει και να διερευνήσει τα μη λεκτικά σχήματα στον λόγο του ασθενή, τις εκφράσεις του προσώπου και τη στάση του σώματος. Παράλληλα, θα πρέπει να έχει επίγνωση της δικής του μη λεκτικής συμπεριφοράς: πώς χρησιμοποιεί τη βλεμματική επαφή, τη θέση και τη στάση του σώματός του, τις κινήσεις και τις χειρονομίες του, την έκφραση του προσώπου του αλλά και τη χρήση της φωνής του, καθώς όλα αυτά επηρεάζουν την έκβαση της συμβουλευτικής σχέσης τους. Σύμφωνα με τους Marciniowicz et al. (2010), οι ασθενείς παρατηρούν προσεκτικά τη λεκτική συμπεριφορά των ιατρών τους. Στην πολωνική μελέτη τους, βρέθηκε ότι ο τόνος φωνής του ιατρού και ο βαθμός της βλεμματικής επαφής του είναι τα δύο μη λεκτικά σχήματα που ο ασθενής δίνει ιδιαίτερη προσοχή. Στη μελέτη του Silverman (2010), αναφέρεται ότι, κατά τα τελευταία 25 χρόνια, ένας αυξημένος όγκος δουλειάς έχει περιγράψει τη σχέση της μη λεκτικής επικοινωνίας ιατρού (ως βλεμματική επαφή, νεύμα κεφαλιού και εκφράσεις προσώπου, θέση και τόνος φωνής) με την ικανοποίηση του ασθενή, τη κατανόηση εκ μέρους του, την ανίχνευση του στρες του εκ μέρους του ιατρού κ.ά. Σημαντική είναι η μαρτυρία της βαρύτητας που οι ιατροί πρέπει να δώσουν στη δική τους μη λεκτική συμπεριφορά.

Σύμφωνα με τον Friedman (1979), σε όλες τις θεραπευτικές σχέσεις διαμορφώνονται συνθήκες ισχυρής φόρτισης, οι οποίες καθιστούν ιδιαίτερα σημαντικό τον ρόλο της μη λεκτικής επικοινωνίας. Η φόρτιση δημιουργείται λόγω των έντονων συναισθημάτων που ανταλλάσσονται μεταξύ των αλληλεπιδρώντων. Κάτω από τέτοιες συνθήκες αλληλεπίδρασης, οι άνθρωποι εκφράζονται αυθόρμητα και συχνά ανεξέλεγκτα μέσω της μη λεκτικής οδού. Στηρίζονται πολύ στα μη λεκτικά σήματα των άλλων και εμπιστεύονται περισσότερο τις μη λεκτικές εκδηλώσεις απ' ό,τι τον λόγο, ιδίως όταν οι ασθενείς δυσκολεύονται να κατανοήσουν την ορολογία των θεραπειών. Συχνά, οι ασθενείς αναγκάζονται να αποκωδικοποιήσουν τα μη λεκτικά σήματα του θεραπευτή όταν η "θέση ισχύος" που αυτός κατέχει τους αποτρέπει από την εκφορά ερωτήσεων για το πρόβλημά τους. Οι Boop και Stewart (1998) - κρίνοντας σημαντική τη μη λεκτική επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενή - προτείνουν την αναγκαιότητα εκτίμησής της με συγκεκριμένα εργαλεία αξιολόγησης της υφιστάμενης αλληλεπίδρασης.

Έξι βασικές μη λεκτικές κοινωνικές δεξιότητες

Στις τυπικές σχέσεις κυριαρχούν οι ανταλλαγές πληροφοριών και υπηρεσιών μεταξύ των αλληλεπιδρώντων και οι συναισθηματικές ανταλλαγές είναι μικρές. Για τη διατήρηση, όμως, και την εξέλιξη αυτών των σχέσεων απαιτείται συντονισμός λεκτικών και μη λεκτικών σημάτων. Οι δεξιότητες καλής επικοινωνίας είναι καίριες για μια επιτυχημένη σχέση ιατρού-ασθενή. Η μη λεκτική επικοινωνία επηρεάζει την ερμηνεία των λεκτικών μηνυμάτων. Επίσης, επιδρά στην ικανοποίηση και το άγχος του ασθενή, τη συμμόρφωση στη θεραπεία και την τήρηση των ραντεβού.

Η αποτελεσματική μη λεκτική επικοινωνία εξασφαλίζεται από τις μη λεκτικές κοινωνικές δεξιότητες του ατόμου, την ικανότητα έκφρασης των προσωπικών συναισθημάτων και την ικανότητα αποκωδικοποίησης των συναισθημάτων των άλλων ατόμων. Επιπλέον, αναγκαία είναι η ικανότητα ελέγχου των αυθόρμητων εκδηλώσεων των συναισθημάτων μας. Σημαντική προϋπόθεση για τη διατήρηση των σχέσεών μας είναι η ικανότητά μας να αλληλοπροσαρμόζουμε τις προσωπικότητές μας με μη λεκτικές διαπραγματεύσεις και όχι λεκτικά. Αυτές περιλαμβάνουν λεπτές και διακριτικές κινήσεις στο ασυνείδητο επίπεδο, ώστε να μη βιώνουμε συνειδητές συγκρούσεις. Απαραίτητος, επίσης, είναι ο συντονισμός του συναισθηματικού μας τόνου με αυτόν του ασθενή, δείχνοντας με σαφήνεια ότι συμπάσχουμε μαζί του (ενσυναίσθηση). Για να επιβιώσει η επαγγελματική μας σχέση, είναι σπουδαίος ο ακριβής καθορισμός και η αμοιβαία αποδοχή των ρόλων ιατρού-ασθενή, παραδείγματος χάρι, αν ένα μέλος της σχέσης εκδηλώσει πρόωρη οικειότητα την οποία ο άλλος δεν αποδέχεται, η μεταξύ τους απόσταση μεγαλώνει και μειώνεται η οπτική τους επαφή. Έτσι, μεταδίδεται το μήνυμα επιθυμίας περιορισμού της οικειότητας (Παπαδάκη-Μιχαηλίδη, 1995).

Διαστάσεις της μη λεκτικής συμπεριφοράς

1. Κινητική συμπεριφορά: Περιλαμβάνει χειρονομίες, νεύματα, κίνηση σώματος, εκφράσεις προσώπου, οπτική επαφή αλλά και τα φυσικά χαρακτηριστικά του άλλου προσώπου, π.χ. εμφάνιση. Τα διαλείμματα οπτικής επαφής και οι σωματικές στάσεις προδίδουν τα συναισθήματά μας.

2. Παραγλωσσικές ή φωνολογικές ενδείξεις: Σχετίζονται με το φωνητικό ύφος, τις σιωπές (διακοπές στην ομιλία), τα λάθη, το ύψος, τον τόνο και τη χροιά της φωνής. Η λεκτική επικοινωνία θα επηρεαστεί από τις αλλαγές στον ρυθμό και την ένταση της φωνής, όσο και τους δισταγμούς κατά την ομιλία, οι οποίοι αντανακλούν το βίωμα σημαντικού συναισθήματος.

3. Χρήση του προσωπικού ή κοινωνικού χώρου: Πώς χρησιμοποιούμε τον χώρο ώστε να αισθανόμαστε άνετα. Η συνηθισμένη -φυσική- προσωπική απόσταση μεταξύ ημών και εξυπηρετούμενου να είναι όχι πιο κοντινή από ένα καθορισμένο μέτρο.

4. Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες: Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ότι οι άνθρωποι αντιδρούν συναισθηματικά στο περιβάλλον τους. Ένα περιβάλλον μπορεί να προκαλέσει εγρήγορση, ενδιαφέρον ή διέγερση, οπότε προκαλεί θετική αντίδραση και ζωτικότητα, ενώ κάποιο άλλο περιβάλλον φέρνει πλήξη, οπότε δημιουργεί αρνητική συμπεριφορά με κύρια χαρακτηριστικά τις τάσεις φυγής και την κακή διάθεση. Χρειάζεται να λάβουμε υπόψη μας ότι υπάρχουν άνθρωποι που έχουν την ικανότητα προσαρμογής-συγχρονισμού με το περιβάλλον τους. Άλλοι με την αλλαγή περιβάλλοντος χάνουν την ατομική και κοινωνική τους ισορροπία.

5. Αντίληψη και χρήση του χρόνου: Παράγοντες που συνήθως εμπλέκονται με τον χρόνο είναι: η ακρίβεια ή, αντίθετα, η καθυστέρηση στα επαγγελματικά ραντεβού. Επίσης, πότε ξεκινάει και πότε τελειώνει κάποιος την προσφορά εργασίας στον εξυπηρετούμενο, πόσο χρόνο του αφιερώνει.

Ο Knapp (1978) παρατήρησε ότι πάντα υπάρχει συνάφεια λεκτικού και μη λεκτικού μηνύματος. Η μη λεκτική συμπεριφορά συμπληρώνει τη λεκτική. Υπάρχουν έξι (6) τρόποι υποστήριξης των λεκτικών κομματιών της συνομιλίας με μη λεκτικά:

1. Επανάληψη: Το μη λεκτικό μήνυμα επαναλαμβάνει το λεκτικό.

2. Αντίφαση: Όταν η λεκτική και η μη λεκτική επικοινωνία δεν συμφωνούν υπάρχει ένδειξη προβλήματος. Ο συνομιλητής, συνήθως, αρνείται να ομολογήσει ό,τι αισθάνεται.

3. Αντικατάσταση: Χρησιμοποίηση ενός μη λεκτικού μηνύματος που αντικαθιστά ένα λεκτικό, π.χ. ένα χαμόγελο θα ισοδυναμούσε με το λεκτικό “είμαι καλά”.

4. Συμπλήρωση: Η μη λεκτική συμπεριφορά συμπληρώνει τη λεκτική. Αυτό σημαίνει ότι είτε αλλάζει το λεκτικό μήνυμα είτε το εξειδικεύει.

5. Έμφαση: Τα μη λεκτικά μηνύματα δίνουν έμφαση στα λεκτικά, π.χ. όταν αλλάζει ο τόνος της φωνής μας σε μια λέξη, σε μια φράση ή με ένα συνοφύωμα τονίζουμε τα λόγια μας.

6. Ομαλοποίηση: Τα μη λεκτικά μηνύματα βοηθούν στην ομαλοποίηση της συζήτησης, π.χ. το κούνημα του κεφαλιού ενθαρρύνει τον άλλο να μιλήσει.

Όταν υπάρχει ασυμφωνία λεκτικού και μη λεκτικού μηνύματος, θεωρείται ότι το άτομο βρίσκεται σε εσωτερική σύγκρουση. Τα νοήματα των μη λεκτικών μηνυμάτων αλλάζουν από άτομο σε άτομο, από περίσταση σε περίσταση και από κουλτούρα σε κουλτούρα. Στον δυτικό πολιτισμό, δίνεται έμφαση στην οπτική επαφή και πρέπει να ευαισθητοποιηθούμε σε αυτήν. Χρειάζεται να επιστήσουμε την προσοχή μας στο ότι σε μια διπροσωπική επικοινωνία δεν αξιολογούμε, δεν κάνουμε ερμηνεία της μη λεκτικής συμπεριφοράς του άλλου. Δηλαδή, δεν κάνουμε, όπως λέμε, περιγραφική εκτιμητική όταν δίνουμε λανθασμένη ερμηνεία της μη λεκτικής συμπεριφοράς του άλλου.

Στη μελέτη του Silverman (2010), γίνεται αντιληπτό ότι η ερμηνεία της μη λεκτικής επικοινωνίας είναι πολύ δύσκολη. Αν και σιωπηρή, είναι συνεχής. Μπορεί να εκδηλωθεί με διαφορετικές εκφάνσεις την ίδια στιγμή, δίνει διέξοδο σε αυθόρμητες εκδηλώσεις και είναι το κανάλι επικοινωνίας για την έκφραση των στάσεων και συναισθημάτων μας. Η μη λεκτική επικοινωνία διαδραματίζει έναν σημαίνοντα ρόλο κατά την ιατρική συνέντευξη και την αλληλεπίδραση ιατρού-ασθενή. Συμβάλλει στην αναδόμηση της σχέσης τους και, μέσω αυτής, ενισχύεται ή αντιπαραβάλλεται η λεκτική επικοινωνία τους. Ιδιαίτερα στην περίπτωση που λεκτικά και μη λεκτικά μηνύματα είναι αντικρουόμενα ή αντιφατικά, τα μη λεκτικά τείνουν να υπερισχύσουν των λεκτικών. Έτσι εξηγείται γιατί μια κλειστή -κατά τα άλλα- ερώτηση, εάν συνοδεύεται από την κατάλληλη μη λεκτική συμπεριφορά, συχνά οδηγεί σε ανοικτή απάντηση και γιατί ο ασθενής δεν πείθεται από ένα σχόλιο καθησυχασμού εκ μέρους του ιατρού του, εφόσον συνοδεύεται από μια άκρως αντίθετη έκφραση προσώπου του ιατρού και διστακτικότητα στη φωνή του.

Διαρροές της αλήθειας - Διαίσθηση

Όταν προσπαθούμε να ελέγξουμε τις αυθόρμητες εκδηλώσεις μας και βρισκόμαστε κάτω από συναισθηματική πίεση, εμφανίζονται ασυνείδητα οι λεγόμενες διαρροές της αλήθειας, οι οποίες αποκωδικοποιούνται εύκολα από έμπειρους λήπτες. Αποκωδικοποιούνται καθώς εκδηλώνονται με αντιδράσεις όπως η ένταση των μυών, ο

τρόμος των χεριών, η αστάθεια της φωνής, το κοκκίνισμα του προσώπου, ο υπερβολικός ιδρώτας και αποκαλύπτουν την πραγματική συναισθηματική κατάσταση του ατόμου.

Η ικανότητα λεπτομερούς αποκωδικοποίησης της μη λεκτικής συμπεριφοράς ονομάζεται «διαίσθηση». Από τεχνική άποψη, όταν λέμε ότι κάποιος έχει “αντίληψη” ή “διαίσθηση”, αναφερόμαστε στην ικανότητά του να διαβάζει τα μη προφορικά σήματα του συνομιλητή του και να τα συγκρίνει με τα λεκτικά του μηνύματα. Στην ουσία, έχει την ευαισθησία να συλλαμβάνει και να αποκρυπτογραφεί τις λεπτομέρειες της μη λεκτικής επικοινωνίας. Ταυτόχρονα, αντιλαμβάνεται την ασυνέπεια ή ασυμφωνία λεκτικού και μη λεκτικού σήματος. Η εν λόγω ικανότητα είναι απαραίτητη στον ιατρό, προκειμένου να πετύχει ειλικρινή επικοινωνία με τον ασθενή του. Από τη μία πλευρά, μπορεί να ερμηνεύσει τις νευρικές και αγχώδεις κινήσεις του όπως και άλλα μη λεκτικά σήματα, όταν ο ασθενής ψεύδεται. Επιπλέον, ο “διαισθητικός” ιατρός θα αντιλαμβανόταν ότι ο τρόπος ομιλίας του δεν γινόταν κατανοητός, εάν ο ασθενής καθόταν γεμμένος πίσω στο κάθισμά του, με το κεφάλι κάτω και τα χέρια διπλωμένα στο στήθος. Η ικανότητα της διαίσθησης όσο και η γνώση των επιμέρους εκδηλώσεων που αφορούν τις διαρροές της αλήθειας βοηθούν τον ιατρό όχι μόνο στο να είναι παρατηρητικός και ευαισθητοποιημένος, αλλά και αληθινός στις μη λεκτικές συμπεριφορές του, ώστε να συμφωνούν με τα λεγόμενά του. Από τη στιγμή που συμβαίνουν αυτά, ο ασθενής δεν συγχέεται στην ερμηνεία της δικής μας συμπεριφοράς και μπορεί να μας εμπιστευτεί με μεγαλύτερη ευκολία (Παπαδάκη-Μιχαηλίδη, 1995).

Εμφάνιση

Η εμφάνιση αποτελεί μια από τις σημαντικότερες πηγές μη λεκτικών σημάτων και, συχνά ασυνείδητα, επηρεάζει τη συμπεριφορά των ανθρώπων σε όλες τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Οι άνθρωποι στις καθημερινές τους σχέσεις, ειδικά σε ένα καινούριο και άγνωστο περιβάλλον, αναγκάζονται να χρησιμοποιήσουν πιο έμμεσους τρόπους αυτοπαρουσίασης, όπως αυτόν της εμφάνισης για την προβολή τους. Ο παράγοντας “ενδυμασία”, που επηρεάζει την εμφάνιση, αντανακλά την ατομικότητα και μοναδικότητά του κάθε ατόμου.

Αν ο στόχος είναι η προβολή του επαγγελματικού ρόλου μας, αυτός εξασφαλίζεται με τη χρήση της στολής εργασίας του ιατρού (“ιατρική ποδιά”). Η στολή είναι ένα σταθερό και συνήθως επίσημο μοντέλο ρούχου, που δηλώνει ξεκάθαρα ότι ο χρήστης ανήκει σε μια ομάδα, όπως και ποια ιεραρχική θέση κατέχει σ’ αυτήν. Αποτελεί έμπρακτη απόδειξη υποταγής και ένταξης του ατόμου στο κοινωνικό σύνολο και σέβεται τον τρόπο ντυσίματος της ομάδας στην οποία ανήκει. Είναι ένα είδος συμμόρφωσης και συμβιβασμού του κάθε ιατρού με τους κανόνες του αποδεκτού τρόπου ντυσίματος. Η στολή του ιατρού, βέβαια, τονίζει την υπάρχουσα κοινωνική απόσταση, αλλά χρησιμοποιείται συχνά σαν μέσο εντυπωσιασμού στα εκτός ομάδας άτομα. Αν περιοριστούμε απλώς στην επίτευξη του δεύτερου στόχου για να πείσουμε ότι διαθέτουμε υψηλό επίπεδο επιρροής και ισχύος, χρειάζεται να αποκτήσουμε περισσότερη εμπιστοσύνη στις γνώσεις και τις ικανότητές μας, καθώς ένας τέτοιος στόχος αντανακλά εσωτερική αλλά και επαγγελματική ανασφάλεια. Η καλλιέργεια αυτογνωσίας είναι ένα από τα μέσα που σίγουρα βοηθούν στην κατανόηση και την προβολή του επαγγελματικού ρόλου μας (Παπαδάκη-Μιχαηλίδη, 1995).

Εκφράσεις προσώπου

Από το πρόσωπο ξεκινούν όλες οι επαφές μεταξύ των ανθρώπων και, επομένως, εκεί έχουν αναπτυχθεί και οι πρώτες εκφράσεις χαιρετισμού. Ακόμη, από το πρόσωπο εξάγονται τα πολυτιμότερα συμπεράσματα για τον ψυχοσυναισθηματικό και πνευματικό κόσμο των ανθρώπων. Σύμφωνα με τον Ekman (1972), υπάρχουν επτά κύριες συγκινησιακές καταστάσεις που διαγράφονται στο πρόσωπο και μπορούν να αποκωδικοποιηθούν σωστά από τους περισσότερους. Αυτές είναι η χαρά, η έκπληξη, ο φόβος, ο θυμός, η θλίψη, η αηδία και το ενδιαφέρον (Hogg & Vaughan, 1995). Χρειάζεται να λάβουμε υπόψη μας ότι το χαμόγελο αποτελεί μια από τις σημαντικότερες κοινωνικές αμοιβές και ότι συχνά χρησιμοποιείται στις συνομιλίες για να ενθαρρύνει τη συζήτηση.

Αντίθετα, κατά την επικοινωνία ιατρού-ασθενή, η συνοφρύωση και η έλλειψη χαμόγελου φανερόνουν έλλειψη κατανόησης και δυσαρέσκεια, και διαταράσσουν σοβαρά ή διακόπτουν εντελώς τις αλληλεπιδράσεις. Η απλή έλλειψη του χαμόγελου, όπως και το κατέβασμα των φρυδιών, υποδεικνύουν υπεροχή και συνήθως, εάν εκδηλωθούν από τον ιατρό, «απομακρύνουν» τον ασθενή και τονίζουν την ανισότητα των ρόλων. Τα φρύδια δραστηριοποιούνται όταν υπάρχει δυσπιστία και απορία και το γρήγορο ανεβοκατέβασμά τους χρησιμοποιείται και ως γρήγορος χαιρετισμός, ο οποίος έχει και οικουμενικό χαρακτήρα (Παπαδάκη-Μιχαηλίδη, 1995).

Βλέμμα

Η οπτική επαφή αποτελεί ένα από τα πιο ισχυρά κανάλια της μη λεκτικής επικοινωνίας και μεταφέρει τόσο θετικά όσο και αρνητικά συναισθήματα. Το βλέμμα καθορίζει τη φύση των διαπροσωπικών σχέσεων και μέσω αυτού ανταλλάσσονται συναισθήματα μεταξύ των αλληλεπιδρώντων και ρυθμίζεται η ροή του λόγου στη δι-

άρκεια των συνομιλιών. Η κατεύθυνση του βλέμματος προς ένα άτομο συνιστά την αρχική πρόσκληση για αλληλεπίδραση. Ωστόσο, η διάρκεια του βλέμματος, στις κοινωνικές επαφές, συνήθως, κυμαίνεται στα 2, 3 έως και 7 δευτερόλεπτα, ενώ κατά την οπτική επαφή (αμοιβαίο βλέμμα) δεν διαρκεί περισσότερο από ένα δευτερόλεπτο. Στη δυτική κοινωνία, αυτοί που κατέχουν την υψηλότερη θέση κοιτούν πολύ λιγότερο τους συνομιλητές τους. Στην περίπτωση του γενικού ιατρού, αφού θεωρείται ότι κατέχει τη γνώση και το κύρος στη σχέση του με τον ασθενή, η συχνότητα της οπτικής επαφής είναι μειωμένη και πιθανόν αυτό μπορεί να ερμηνευτεί ως έλλειψη προσοχής και ενδιαφέροντος. Όμως, χρειάζεται να τονιστεί ότι η οπτική επαφή όχι μόνο δημιουργεί καλή ατμόσφαιρα και θετικά συναισθήματα, αλλά μειώνει και τον ανταγωνισμό και καλλιεργεί την αρμονική συνεργασία ιατρού-ασθενή. Παράλληλα, πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στο επίπεδο της οικειότητας, το οποίο δεν πρέπει να υπερβαίνει τα όριά του, διότι ενδέχεται να δημιουργηθεί δυσάρεστη ατμόσφαιρα και αμηχανία στους αλληλεπιδρώντες.

Το βλέμμα ρυθμίζει, επίσης, την ανταλλαγή του λόγου. Όταν ο ομιλητής θέλει να δώσει τον λόγο, τότε κοιτά τον συνομιλητή του στο τέλος του λόγου του, προσπαθώντας να προκαλέσει την έκφραση της δικής του άποψης. Αντίθετα, όταν ο ομιλητής αποφεύγει να κοιτάξει τον ακροατή, του μεταδίδει το μήνυμα ότι δεν θέλει να διακόψει την ομιλία του. Έχει διαπιστωθεί ότι οι άνθρωποι, ως ακροατές, κοιτούν τους συνομιλητές τους σχεδόν το διπλάσιο χρόνο από ό,τι όταν μιλούν οι ίδιοι (Γεώργας, 1990).

Όπως υποστηρίζουν οι Montague et al. (2013), η βλεμματική επαφή ιατρού ασθενή συνδέεται σημαντικά με την ικανοποίηση του ασθενή. Έχει βρεθεί στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη διάρκεια της επίσκεψης του ασθενή. Όσο αυξάνεται σε διάρκεια η επίσκεψη του ασθενή, τόσο μειώνεται η θετική επίδραση της βλεμματικής επαφής, καθώς επιδρά στην αντίληψη του ασθενή για την ενσυναίσθηση που εκφράζει ο ιατρός (ότι μειώνεται).

Στάσεις και κινήσεις του σώματος

Ο γενικός ιατρός που θέλει να επιβληθεί στον ασθενή του, να προβάλει την αυτοπεποίθησή του και να δείξει σιγουριά, υιοθετεί την όρθια στάση του σώματός του, ώστε να τονίζεται ο όγκος του. Όμως, βεβαιότητα αντανακλά και η χαλαρή στάση, η οποία χαρακτηρίζεται από έλλειψη έντασης στο μυϊκό σύστημα, ασύμμετρη θέση των άκρων, πλάγια κλίση του σώματος. Η υιοθέτηση αυτής της στάσης –ιδιαίτερα από τους άνδρες – απαιτεί προσοχή διότι μπορεί να θεωρηθεί ως απόρριψη ή έλλειψη σεβασμού απέναντι στον ασθενή, ενώ η αμεσότητα επιτυγχάνεται με τη μειωμένη απόσταση, τη συμμετρική κλίση και τον αμοιβαίο προσανατολισμό των σωμάτων των αλληλεπιδρώντων, όπως και τα συχνά βλέμματα και χαμόγελα. Δηλώνεται, έτσι, η διάθεση προσφοράς βοήθειας, εάν χρειαστεί. Αντίθετα, όταν το σώμα κλίνει προς τα πίσω, απομακρυνόμενο από τον συνομιλητή, φανερώνει αντιπάθεια ή αμηχανία, με αποτέλεσμα τη μείωση ή τη διακοπή της αλληλεπίδρασης ή τη δημιουργία ψυχρού κλίματος. Από την άλλη, η λεγόμενη «κινητική ηχώ» (στάση κατοπτρισμού ή αντανάκλασης των κινήσεων των σωμάτων των αλληλεπιδρώντων) συμβάλλει στην επιπλέον διαμόρφωση θετικών συναισθημάτων μεταξύ ιατρού-ασθενή (Κομνηνάκης, 1998).

Σύμφωνα με τον Ruusunen (2001), η θέση του σώματος του ιατρού στην έναρξη της συνεδρίας επηρεάζει το επικοινωνιακό άνοιγμα του ασθενή. Η θέση του κάτω μέρους του σώματος του ιατρού που εστιάζει στον Η/Υ παρά στον ασθενή έχει αρνητική επίπτωση στη σχέση με τον ασθενή, ακόμη και αν ο ιατρός διατηρεί βλεμματική επαφή με τον ασθενή του κατά διαστήματα, στρέφοντας το πάνω μέρος του σώματος για να κοιτάξει τον ασθενή.

Οι στάσεις και οι χειρονομίες σχετίζονται με τα αισθήματα και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου. Μπορούμε, έτσι, να ανακαλύψουμε, από τη θέση που παίρνουν τα χέρια του ασθενή, το πώς αισθάνεται: τα σταυρωμένα σφιχτά χέρια μπροστά στο στήθος ή την κοιλιά δηλώνουν διαφωνία ή αμυντική στάση. Τα ανοικτά χέρια που εκτείνονται προς τα εμπρός δηλώνουν αποδοχή ή πρόσκληση, ενώ όταν ακουμπούν τους γοφούς μεταφέρουν αρνητικά ή επιθετικά μηνύματα. Ως προς τη συχνότητα των χειρονομιών, έχει διαπιστωθεί ότι αυξάνεται σε ανθρώπους που έχουν αυξημένη λεκτική ικανότητα (ευφράδεια), ενώ ο περιορισμός της κινητικότητας διαταράσσει σοβαρά τη λεκτική επικοινωνία του ατόμου. Οι χειρονομίες μπορούν να αντικαταστήσουν τις λέξεις, να συνοδεύσουν τον λόγο και να φανερώσουν τη συναισθηματική μας κατάσταση. Για παράδειγμα, το ελαφρό χτύπημα στην πλάτη είναι ένδειξη συμπαραστάσης και ενθάρρυνσης. Αντίθετα με τις χειρονομίες, οι κινήσεις που κατευθύνονται στο ίδιο το άτομο, οι λεγόμενες “δραστηριότητες μετάθεσης”, ενώ φαίνονται άσκοπες και στερεότυπες, εντούτοις απελευθερώνουν τις εσωτερικές εντάσεις που βιώνει το άτομο.

Περιοχές - Ζωτικός χώρος

Ο ζωτικός προσωπικός χώρος σχηματίζεται κυκλικά γύρω από το σώμα του κάθε ατόμου και εξυπηρετεί την προστασία του. Όταν παραβιάζεται, οι άνθρωποι αισθάνονται και εκδηλώνουν έντονη δυσφορία και αμηχανία

και κάνουν διορθωτικές κινήσεις που συμβάλλουν στη διατήρηση του χώρου αυτού. Κατά την επικοινωνία μας με τον ασθενή, όταν επιχειρούμε να παραβιάσουμε τον ζωτικό χώρο του με φυσική εισβολή, είτε πλησιάζοντάς τον είτε ακουμπώντας τον συχνά, δημιουργούνται ισχυρές απωθητικές δυνάμεις εκ μέρους του και αυτόματα εκτελεί διορθωτικές κινήσεις αποκατάστασης της ισόρροπης απόστασης. Τέτοιες κινήσεις, όμως, εκτελούμε και οι ίδιοι στην περίπτωση που ο ασθενής εισβάλλει στο ζωτικό χώρο μας (Κομνηνάκης, 1998).

Διακόσμηση, διάταξη θέσεων και ατμόσφαιρα του χώρου

Σύμφωνα με τους Βενιού και Τεντολούρη (2013), είναι αποδεδειγμένο ότι το περιβάλλον επηρεάζει τα συναισθήματα των ανθρώπων αλλά και τη συμπεριφορά τους σε μεγάλο βαθμό. Τα διαφορετικά είδη περιβάλλοντος δημιουργούν και διαφορετική ατμόσφαιρα. Ο χώρος εργασίας μας μεταφέρει τα δικά του μη λεκτικά μηνύματα στον ασθενή. Η διακόσμηση, ο φωτισμός, τα χρώματα και τα έπιπλα στο ιατρείο μπορούν να επιδράσουν στη διάθεση των ατόμων και να τους προκαλέσουν μια σημαντική πρώτη εντύπωση για εμάς.

Ο υπέρμετρος πλούτος και ο μεγάλος όγκος δημιουργούν αυστηρό και τυπικό περιβάλλον. Η ατμόσφαιρα σ' αυτό το περιβάλλον προκαλεί φόβο και συναισθήματα υποταγής και αφανισμού. Αντιθέτως, το ζεστό περιβάλλον, με τη χρήση κατάλληλων υλικών και χρωμάτων, προκαλεί χαλάρωση στους ανθρώπους και αίσθηση οικειότητας. Η έλλειψη της οικειότητας φέρνει ένταση, εγρήγορση και έλλειψη άνεσης. Τέτοια συναισθήματα δημιουργούν στον ασθενή το περιοριστικό περιβάλλον με την αναλογία μικρού ζωτικού χώρου για κάθε άτομο. Οι μεγάλοι λιτοί και αυστηροί χώροι επιτρέπουν τη δημιουργία τυπικών επαγγελματικών σχέσεων και όχι διαπροσωπικών. Στο ιατρείο του γενικού ιατρού, τα έπιπλα χρειάζεται να είναι λιτά και πρακτικά, ενώ αποφεύγεται η περίπλοκη διακόσμηση των τοίχων.

Ο σχεδιασμός των θέσεων στον χώρο ώστε να ευνοείται η ανάπτυξη σχέσεων και κοινωνικών επαφών είναι μια σημαντική προέκταση των κοινωνικών ικανοτήτων. Για παράδειγμα, η «αντιμέτωπη» διάταξη στις καρέκλες ευνοεί την ανταγωνιστικότητα, ενώ η συνεργασία ευνοείται με τον σχηματισμό γωνιών μεταξύ τους (Παπαδάκη-Μιχαηλίδη, 1995).

Δυσαναλογία ισχύος και κοινωνικής θέσης στην επικοινωνία ιατρού-ασθενή

Οι συζητήσεις έχουν οριοθετημένες φάσεις (λ.χ. άνοιγμα και κλείσιμο) και μια σειρά από σύνθετους πολιτισμικούς κανόνες που κυριαρχούν σε κάθε φάση αλληλεπίδρασης. Για παράδειγμα, μπορούμε να σηματοδοτήσουμε το τέλος μιας διαπροσωπικής συζήτησης με τη διακοπή της οπτικής επαφής και μια μικρή σωματική απομάκρυνση. Είναι σημαντικό να υπάρχουν κανόνες για την εναλλαγή σειράς, διαφορετικά δημιουργούνται προβλήματα.

Το είδος της συζήτησης διαφέρει ανάλογα με τον βαθμό γνωριμίας των συμμετεχόντων και ανάλογα με το είδος της σχέσης τους (εδώ μιλάμε για επαγγελματική σχέση). Κατά την επικοινωνία ιατρού-ασθενή, παρατηρείται δυσαναλογία ισχύος και κοινωνικής θέσης. Προκειμένου να γίνει η σωστή διάγνωση και να παρασχεθεί η κατάλληλη θεραπεία, το πλαίσιο επικοινωνίας θα έπρεπε να είναι εκείνο στο οποίο ο ιατρός μπορεί να συλλέξει όσο το δυνατόν περισσότερο ειδικές πληροφορίες και σχετικές με το σωματικό πρόβλημα του ασθενή του. Για να επιτευχθεί αυτό, ο ιατρός οφείλει να αναπτύξει μια αρμονική σχέση με τον ασθενή του, να συμπαρίσταται, να τον ενθαρρύνει, να μιλά ανοιχτά και ειλικρινά και γενικότερα να του αφιερώνει ένα σημαντικό και ουσιώδες ποσοστό ενεργητικής ακρόασης.

Όπως αναφέρουν οι Fisher, Todd και West (1993), μια αποκαλυπτική έρευνα στην Αμερική καταδεικνύει την ύπαρξη απόλυτης και προφανούς δυσαναλογίας στη συζήτηση, κατά την οποία ο ιατρός φαίνεται να είναι εκείνος ο οποίος την κανονίζει, την ελέγχει και την κατευθύνει. Ο ιατρός μιλά τον περισσότερο χρόνο, οι εκφορές του λόγου ξεκινούν από τον ίδιο σε ένα θεαματικό ποσοστό 91% και αφήνει μόνο το 9% των ζητημάτων να ερωτηθούν από τον ασθενή. Ακόμη, παρατηρήθηκε ότι ρωτά επιπλέον ερωτήσεις προτού ακόμα ο άρρωστος τελειώσει την απάντησή του σε προηγούμενη ερώτηση. Διακόπτει συχνότερα τον ασθενή, αποφασίζει για τα θέματα συζήτησης και ελέγχει τη λήξη της συνεδρίας.

Σύμφωνα με τους Βενιού και Τεντολούρη (2013), είναι σύνηθες σε μια εξέταση κλινικής πρακτικής το 45% των προβλημάτων που απασχολούν τον ασθενή να μην αναφέρονται στον ιατρό, με αποτέλεσμα να μη συζητηθούν ποτέ. Αντιστοίχως, έχει βρεθεί ότι δεν παρέχεται αρκετός χρόνος στον ασθενή, εφόσον ο ιατρός τον διακόπτει μόλις 18 δευτερόλεπτα -σε τιμές μέσου όρου- από τη στιγμή που έχει αρχίσει να μιλάει και να αναλύει τον λόγο της επίσκεψής του.

Αυτό το πλαίσιο επικοινωνίας αντανακλά μια διαφορά στην κατοχή ισχύος όσο και κοινωνικής θέσης μεταξύ ιατρού και ασθενή. Αυτή ανήκει στις διαφορές κοινωνικο-οικονομικής θέσης, την κατοχή της γνώσης και την πραγματογνωμοσύνη του ιατρού και, από την πλευρά του ασθενή, στην αβεβαιότητα, στην ανασφάλεια και, ως έναν βαθμό, στο άγχος του. Όλο αυτό επιτείνεται από τα συμφραζόμενα και το πλαίσιο της συνεδρίας -το ια-

τρείο. Αυτή η συνομιλητική δυσαναλογία μπορεί να αποτρέψει παρά να ενθαρρύνει το επικοινωνιακό άνοιγμα και πράγματι, ίσως, σε πολλές περιπτώσεις, να είναι αντιπαραγωγική όσον αφορά τη διάγνωση και τη θεραπεία (Hogg & Vaughan, 1995).

Παρότι θα πρέπει να ενθαρρύνεται η εμπλοκή των ασθενών στη διατύπωση ερωτήσεων και στην ανάμειξή τους στη λήψη ιατρικών αποφάσεων, η επίσημη μαρτυρία καταδεικνύει ότι οι ιατροί αναστέλλουν και εμποδίζουν τη συμμετοχή των ασθενών τους μέσα από τη μη λεκτική συμπεριφορά τους. Στη μελέτη των Bensing et al. (2006), η επικοινωνία των ιατρών είναι εστιασμένη στο έργο τους (task oriented), μη εκφράζοντας το ενδιαφέρον για τους ασθενείς τους στην οικοδόμηση μιας σχέσης εμπιστοσύνης και στη δόμησή της με συμβουλευτικό περιεχόμενο. Οι Bensing et al. (2006) θεώρησαν ως μια πιθανή αιτία της παρατηρούμενης χειροτέρευσης της επικοινωνίας στη μελέτη τους τη συνεχώς αυξανόμενη χρήση του Η/Υ τους. Η έρευνα χρειάζεται να εστιάζει περισσότερο στο βαθμό χρήσης του Η/Υ και την επίδρασή του στην ικανοποίηση του ασθενή. Το ζήτημα είναι ότι όσο αυξάνεται η χρήση του Η/Υ κατά τη διάρκεια της ιατρικής συνεδρίας, τόσο μειώνεται η λεκτική επικοινωνία μας με τον ασθενή, καθώς και η συζήτηση θεμάτων που σχετίζονται με τις ψυχολογικές όψεις της αρρώστιας και η απόκρισή μας στις συναισθηματικές όψεις της ιατρικής φροντίδας. Αυτή η παρατήρηση συνδέεται με την υπάρχουσα γνώση της επίπτωσης της απώλειας βλεμματικής επαφής με τον ασθενή μας, όσο κοιτάζουμε τον ιατρικό φάκελό του, είτε πρόκειται για έγγραφο είτε για τον υπολογιστή μας. Αυτή η συμπεριφορά μειώνει την αποτελεσματικότητα της συμβουλευτικής παρέμβασης του ιατρού, με μείωση της λεκτικής επικοινωνίας του ασθενή και αύξηση της πιθανότητας ο ιατρός να ξεχάσει σημαντικές πληροφορίες.

Ο Silverman (2010) αναφέρει ότι μια καλή επιλογή είναι η αναβολή εισαγωγής ορισμένων στοιχείων (δεδομένων) στον Η/Υ, μέχρι ο ασθενής να αποχωρήσει από το ιατρείο. Η δεξιοότητα της οργάνωσης της ιατρικής συνεδρίας σε διαφορετικά μέρη, με εσκεμμένη προσπάθεια έναρξης της ιατρικής συνέντευξης δίνοντας την πλήρη προσοχή μας στον ασθενή και, κατόπιν, εξηγώντας του ότι η προσοχή μας θα πρέπει να στραφεί στον φάκελό του. Ο σκοπός είναι να επιτευχθεί η χρυσή τομή, όπου ο ιατρός να αξιοποιεί τις δεξιότητες καλής επικοινωνίας με τον ασθενή του και, παράλληλα, να αναπτύσσει την ικανότητα διαχείρισης της συνεδρίας με τρόπο που παρέχει ταυτόχρονα καλή ποιότητα φροντίδας και καταγραφή των απαραίτητων δεδομένων.

Η γλώσσα του σώματος του ασθενή μπορεί να «εκφράζει» κάτι διαφορετικό από εκείνο που λέει ο ασθενής. Είναι απαραίτητο να τονιστούν οι αντιφάσεις και να γίνουν ξεκάθαρες οι αιτίες τους. Επιπλέον, χρειάζεται να δείχνουμε αδιάλειπτη προσοχή και να έχουμε καλή οπτική επαφή, ώστε να ενθαρρύνουμε το επικοινωνιακό άνοιγμα του ασθενή. Η δική μας γλώσσα του σώματος πρέπει να δείχνει ότι «είμαστε εκεί, παρόντες»! Βάσει των προαναφερθέντων, δίνονται οι ακόλουθες συστάσεις:

- Ο ιατρός πρέπει να έχει επίγνωση της σπουδαιότητας της γλώσσας του σώματος στην επικοινωνία του με τους ασθενείς του -διότι μέσω της μη λεκτικής επικοινωνίας μεταφέρονται πραγματικά συναισθήματα και στάσεις, τόσο των ασθενών όσο και του ίδιου- και να την αξιοποιεί για την επίτευξη του μέγιστου θεραπευτικού αποτελέσματος.
- Ο ιατρός χρειάζεται να υιοθετήσει στάση αποδοχής απέναντι στους ασθενείς του, μέσα από τη λεγόμενη «θεραπευτική» επικοινωνία, δίνοντας το μήνυμα ότι «ακούγονται», μειώνοντας έτσι το άγχος τους και ενθαρρύνοντας τη δεκτικότητα και τη προσωπική αλλαγή των ασθενών του.
- Ο ιατρός πρέπει να προσέξει τη συνομιλητική δυσαναλογία με τους ασθενείς του, διότι αυτή αποτρέπει παρά ενθαρρύνει το επικοινωνιακό άνοιγμα των ασθενών του και ίσως είναι αντιπαραγωγική όσον αφορά τη διάγνωση και τη θεραπεία.

Συμπεράσματα

Η επικοινωνία είναι το βασικό μέσο με το οποίο οι άνθρωποι πληροφορούνται και καθοδηγούνται σε καλύτερη απόδοση. Ο ιατρός, για να επιτύχει αποτελεσματική επικοινωνία με τους ασθενείς του, δεν αρκεί να βάζει σε τάξη τις σκέψεις του και να τις παρουσιάζει με άμεσα κατανοητό τρόπο. Πρέπει, επίσης, να προκαλεί στους ασθενείς τη διάθεση να τον ακούσουν προσεκτικά. Η σχέση ιατρού-ασθενή είναι αμφίδρομη διαδικασία που εξαρτάται από την προσοχή των ασθενών στα μηνύματα του ιατρού και από την εκ μέρους του ορθή ερμηνεία των μηνυμάτων τους.

Ο ιατρός, λοιπόν, σύμφωνα με τα συμπεράσματα της ενότητας αυτής, έχει τα παρακάτω πλεονεκτήματα, εάν υιοθετήσει τις βασικές κατευθύνσεις καλής επικοινωνίας με τους ασθενείς του:

- Δημιουργεί κλίμα εμπιστοσύνης.
- Αποδέχεται τους ασθενείς.
- Επιτυγχάνει καλύτερη συνεργασία.
- Αντιλαμβάνεται τα μηνύματα των ασθενών.
- Αποφεύγει τις παρεξηγήσεις.
- Κερδίζει την ανταπόκριση των ασθενών.
- Θεωρείται άξιος προσοχής.
- Γίνεται πιο μεθοδικός.
- Βελτιώνει την ικανότητά του να σκέφτεται καθαρά.
- Νιώθει να έχει τον έλεγχο αυτού που κάνει.

Κρίνεται απαραίτητο να συμπληρώσουμε ευρήματα ερευνών τα οποία έχουν δείξει ότι η ποιότητα της διαπροσωπικής επικοινωνίας ιατρού-ασθενή μπορεί να επιδράσει ακόμη και στον βαθμό ανάρρωσης του ασθενή, εφόσον η υποστηρικτική σχέση μπορεί να μειώσει το άγχος του ασθενή, το οποίο είναι βασικό επακόλουθο της αρρώστιας. Η συναισθηματική συμμετοχή του ιατρού στις ιατρικές συνεδρίες σχετίζεται ειδικά με τη μη λεκτική συμπεριφορά του και τις δεξιότητες που συνδέονται με τη συναισθηματική νοημοσύνη: κωδικοποίηση και αποκωδικοποίηση μη λεκτικής πληροφορίας και συναισθηματική αυτεπίγνωση.

Συμπερασματικά, η μη λεκτική συμπεριφορά ορίζεται ως μια ποικιλία επικοινωνιακών συμπεριφορών, οι οποίες δεν φέρουν λεκτικό περιεχόμενο. Αυτές περιλαμβάνουν την έκφραση του προσώπου, το χαμόγελο, τη βλεμματική επαφή, τα νεύματα της κεφαλής, τις στάσεις/κινήσεις του σώματος, τις διακοπές/σιωπές και τα παραγλωσσικά στοιχεία του λόγου, όπως ο ρυθμός, η προφορά, η ευχέρεια ή μη ευχέρεια λόγου, η ποιότητα φωνής, ο τόνος και η δύναμή της. Επίσης, η μη λεκτική επικοινωνία παίζει σημαντικό ρόλο στην εναλλαγή σειράς κατά τη διάρκεια της συζήτησης. Η μη λεκτική κατεύθυνση του λόγου επικαλύπτει τα λεκτικά μηνύματα και, έτσι, νοηματοδοτεί το πλαίσιο επικοινωνίας, είτε ενδυναμώνοντας είτε αντικρούοντας το λεκτικό περιεχόμενο.

Οι ασθενείς είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοποιημένοι στη μη λεκτική συμπεριφορά του ιατρού, διότι είναι γεμάτοι αγωνία και ανασφάλεια και προσπαθούν να διακρίνουν τα συναισθήματα του ιατρού τους προς τους ίδιους ή την κατάστασή τους. Με τη σειρά τους, οι ιατροί αξιοποιούν τα μη λεκτικά χαρακτηριστικά των ασθενών τους για να υπολογίσουν την κλινική πρόοδο, να μετρήσουν τον βαθμό πόνου, καθώς επίσης για να επιβεβαιώσουν και να υποστηρίξουν τους ασθενείς τους. Οι ασθενείς τείνουν να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι με ιατρούς που εκφράζουν και ερμηνεύουν σωστά τη μη λεκτική συμπεριφορά των ασθενών τους, παρά με εκείνους που δεν έχουν την ικανότητα μεταφοράς συναισθήματος στην καθημερινή κλινική πρακτική τους. Ο χρωματισμός της φωνής, η εκφραστικότητα του προσώπου (σε συνδυασμό με χαμόγελο και καταφατικά νεύματα), η ανοικτή θέση του σώματος, το αυθόρμητο στυλ και ο αργός ρυθμός εκφοράς λόγου του ιατρού σχετίζονται θετικά με την αντίληψη εκ μέρους του ασθενή ότι ο ιατρός τους εκφράζει ζεστασιά, ενδιαφέρον και ενσυναίσθηση.

Τα συναισθήματα, καθώς εκφράζονται με τη μη λεκτική συμπεριφορά μπορούν, επίσης, να ασκήσουν μια προφανή επίδραση στις γνωστικές λειτουργίες, όπως η αποθήκευση των πληροφοριών, η ανάκληση, η λήψη απόφασης, η απόκτηση των πληροφοριών και οι διαπροσωπικές στάσεις. Η συναισθηματική φύση της αλληλεπίδρασης επηρεάζει τους ασθενείς με μια σειρά διαφορετικών τρόπων, από την ικανοποίηση και την ανάκληση μέχρι τη συμμόρφωση στη θεραπεία και μια καλύτερη ποιότητα ζωής. Έχει βρεθεί ότι η αποστασιοποίηση και η ουδετερότητα του ιατρού (απουσία χαμόγελου και ευθέος βλέμματος) σχετίζεται με τη μειωμένη φυσική και γνωστική λειτουργικότητα του ασθενή (Fernández, 2010).

Επομένως, η καλή επικοινωνία ιατρού-ασθενή βελτιώνει την υγεία του ασθενή. Αρκετές μελέτες δείχνουν καθαρά μια συσχέτιση μεταξύ αποτελεσματικής επικοινωνίας και βελτίωσης θεραπευτικού αποτελέσματος. Το αποτέλεσμα συνδέεται με την ψυχική υγεία, τον διαχωρισμό των συμπτωμάτων, τη λειτουργικότητα του ασθενή, τον έλεγχο του πόνου και τη φυσιολογική πίεση αίματος (Meryn, 1998).

Τέλος, δίνοντας την απαραίτητη έμφαση στον ρόλο της επικοινωνίας στη σχέση ιατρού-ασθενή, ο ιατρός μπορεί να βοηθηθεί στην κατεύθυνση της σωστής διάγνωσης και της θεραπευτικής παρέμβασης. Σύμφωνα με τον Luban-Plazza (1995), «...μια παρέμβαση είναι θεραπευτική όταν φέρνει στο προσκήνιο τον ψυχολογικό ή γνωστικό παράγοντα στη σχέση ιατρού-ασθενή και καθιστά ικανό τον ασθενή να αναγνωρίσει κάτι καινούργιο για τον εαυτό του και –κάνοντας αυτό– ακόμη και να αλλάξει».

Επίσκεψη στο γραφείο του ιατρού

Η είσοδος στο γραφείο του ιατρού: η αίθουσα υποδοχής και αναμονής

Η πρώτη συνάντηση του ιατρού με τον ασθενή είναι καθοριστική για την περαιτέρω σχέση τους. Η πρώτη αυτή συνάντηση γίνεται, συνήθως, στο γραφείο του ιατρού, είτε αυτό βρίσκεται στο ιδιωτικό ιατρείο του ή σε κάποια νοσηλευτική μονάδα ή κέντρο υγείας. Έγινε ήδη αναφορά, σε προηγούμενη ενότητα του κεφαλαίου, στα συναισθήματα που συνοδεύουν τον ασθενή πριν από την προγραμματισμένη επίσκεψή του στον ιατρό, καθώς και στον καθοριστικό ρόλο της της λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας (βλ. ενότητα 5.5). Ποικίλοι παράγοντες μπορούν να επιδράσουν θετικά ή αρνητικά στην εξέλιξη της θεραπευτικής σχέσης και, ανάμεσα σε αυτούς, ιδιαίτερα σημαντική κρίνεται η υποδοχή του ασθενή από εντεταλμένα πρόσωπα του ιατρείου ή της μονάδας υγείας, οι συνθήκες παραμονής του στην αίθουσα αναμονής, η πρόσκλησή του από τον νοσηλευτή του ιατρείου ή τον ιατρό στον χώρο του ιατρείου, η συμπληρωματική εξέτασή του σε παρακείμενα με το ιατρείο ειδικά ιατρεία ή εργαστήρια, καθώς και η διαδικασία αναχώρησής του από το ιατρείο.

Η υποδοχή του ασθενή

Θα ήταν καλό να αναλαμβάνει αυτήν την πρώτη επαφή με τον ασθενή, κατά την προσέλευσή του σε μια μονάδα υγείας, ένα ειδικά εντεταλμένο άτομο. Συνήθως, πρόκειται για κάποιον διοικητικό υπάλληλο ή άλλο επαγγελματία υγείας ή άτομο που εκτελεί χρέη γραμματέα στο ιατρείο του ιατρού, αν και αυτό φαίνεται να αποτελεί σήμερα πρόνομο χωρών με προηγμένα συστήματα υγείας. Είναι, επίσης, καλό αυτή η πρώτη επαφή να λαμβάνει χώρα σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο, που προστατεύει την ιδιωτικότητα του ασθενή και διευκολύνει την αποτελεσματική συνεννόηση μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών. Στόχο αυτής της πρώτης επαφής αποτελεί η ενημέρωση του ασθενή σχετικά με τις συνθήκες υπό τις οποίες θα λάβει χώρα η συνάντησή του με τον ιατρό, καθώς και τον χρόνο που θα χρειαστεί η συνάντηση, την ώρα, τον χώρο όπου θα διενεργηθεί, το όνομα του ιατρού, την πιθανή παροχή οδηγιών σχετικά με την εξέταση και την ανεύρεση ή δημιουργία της ατομικής κάρτας ή ηλεκτρονικού φακέλου υγείας του ασθενή, όπου θα καταχωρείται η πληροφορία σχετικά με το ιατρικό ιστορικό του. Η εκτίμηση της βαρύτητας της κατάστασης υγείας του ασθενή και οι ιδιαιτερότητές της χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής και ανάλογης καθοδήγησης κατά το στάδιο αυτό.

Η οργάνωση του χώρου υποδοχής, των σχετικών αρχείων και των μεθόδων καταγραφής, ταξινόμησης, αναζήτησης, ανεύρεσης και παροχής της πληροφορίας είναι καλό να εξασφαλίζει την αποτελεσματική ενημέρωση του ασθενή και να διασφαλίζει την ιδιωτικότητά του, ελαχιστοποιώντας ταυτόχρονα κάθε καθυστέρηση και πιθανότητα πρόκλησης σύγχυσης ή δυσαρέσκειας στον ασθενή. Ήδη αναφέρθηκε ότι ο ασθενής, κατά την επίσκεψή του σε μια μονάδα υγείας, είναι φορτισμένος συναισθηματικά λόγω της ασθένειάς του και της επικείμενης συνάντησής του με τον ιατρό, ενώ συχνά δεν γνωρίζει εκ των προτέρων τον τρόπο οργάνωσης των υπηρεσιών της μονάδας στην οποία εργάζεται ο ιατρός, ούτε τις διαδικασίες που ακολουθούνται και προηγούνται της εξέτασής του. Ακόμη, η στάση και η συμπεριφορά του ασθενή κατά την πρώτη αυτή επαφή με το προσωπικό του χώρου υποδοχής επηρεάζονται αισθητά από τον τρόπο με τον οποίο εκείνος βιώνει την ασθένειά του και τις προηγούμενες εμπειρίες του σε παρόμοιους χώρους και καταστάσεις. Ο φοβισμένος, αγχωμένος, αναστατωμένος, προβληματισμένος και συχνά σε σύγχυση ευρισκόμενος ασθενής, λίγο πριν την εξέτασή του από τον ιατρό, αναζητά σε κάθε περίπτωση ένα πρόσωπο ικανό και πρόθυμο να του παράσχει πληροφορίες σε κλίμα ευγένειας και κατανόησης. Θεωρείται αναμενόμενο ότι ένας «δύσκολος» ασθενής θα είναι απαιτητικός και θα προκαλεί δυσλειτουργία λίγο πριν από την συνάντησή του με τον ιατρό (Γεώργας, 1986)

Συνήθη σημεία που αποτελούν αιτίες δυσαρέσκειας του ασθενή πριν από την είσοδο στο γραφείο του ιατρού αποτελούν η μη ευγενική και η μη φιλική συμπεριφορά του προσωπικού του χώρου υποδοχής προς τον προσερχόμενο ασθενή, η ελλιπής πληροφόρηση σχετικά με τη διαδικασία και τον χώρο της εξέτασης, την ώρα και την ακριβή σειρά προτεραιότητας ή τυχόν αλλαγές αυτών, το όνομα, την ιδιότητα και την ειδικότητα του ιατρού. Συχνά, ο ασθενής δεν ενημερώνεται για τυχόν υπάρχουσες αλλαγές που αφορούν τη σειρά ή την ώρα εξέτασής του ή ακόμη και τον ιατρό που θα τον εξετάσει, με αποτέλεσμα, όταν το πληροφορείται καθυστερημένα, να θυμώνει και να οργίζεται, προκαλώντας διάφορα επεισόδια λίγο έξω από την πόρτα του γραφείου του ιατρού. Η μη ανταπόκριση στη βαρύτητα της κατάστασης της υγείας του ασθενή με τον τρόπο που βιώνεται από τον ίδιο, η καθυστέρηση, η έλλειψη ευγένειας και προθυμίας από τον εντεταλμένο υπάλληλο, η απώλεια ή μη ανεύρεση δεδομένων που αφορούν το ιατρικό ιστορικό του ασθενή ή η λάθος ταυτοποίηση του ιατρικού φακέλου του, η προσβολή της ιδιωτικότητάς του προκαλούν τη δυσαρέσκεια του ασθενή.

Η αποφυγή της έντασης που δυνητικά δημιουργούν καταστάσεις σαν αυτές χρήζει ιδιαίτερης προσπάθειας και προσοχής, δεδομένου πως μειώνει τον βαθμό ικανοποίησης του ασθενή από την παρεχόμενη φροντίδα και η προβολή της στη συνάντηση με τον ιατρό μπορεί να επηρεάσει τη θεραπευτική σχέση πριν ακόμη προλάβει να δημιουργηθεί. Η εξοικείωση των επαγγελματιών υγείας με τις προσδοκίες του ασθενή που αναφέρθηκαν σε προηγούμενη ενότητα αναμένεται να συμβάλει αποτελεσματικά στην αποφυγή κάθε πιθανής δυσαρέσκειας.

Αίθουσα αναμονής

Η αίθουσα αναμονής αποτελεί τον χώρο όπου ο ασθενής παραμένει για κάποιο χρονικό διάστημα, αναμένοντας τη συνάντησή του με τον ιατρό. Η εργονομική διαρρύθμισή της αποτελεί αντικείμενο των σχεδιαστών υγειονομικών μονάδων, ενώ η οργάνωσή της και η ευχάριστη λειτουργία της προτείνεται ως μέλημα του ιατρού και των υπόλοιπων εργαζόμενων σε μια μονάδα υγείας. Οι επικρατούσες σε αυτή συνθήκες χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής, δεδομένου ότι οι ασθενείς παραμένουν εκεί συχνά για σημαντικό χρονικό διάστημα, αναμένοντας την εξέτασή τους.

Η αίθουσα αναμονής εξυπηρετεί ανθρώπους όλων των ηλικιών, διαφορετικούς μεταξύ τους, ασθενείς με διαφορετικά προβλήματα, συνήθειες και ανάγκες, καθώς επίσης και τους συνοδούς τους. Η σχεδίαση και η διαρρύθμιση του χώρου εξυπηρετεί την άνεση και την κάλυψη ιδιαίτερων αναγκών των ασθενών. Η επίπλωση και η διακόσμησή του στοχεύει στην άνεση και τη δημιουργία μιας ατμόσφαιρας ευχάριστης για τους ασθενείς και τους συνοδούς τους, δίνοντας ιδιαίτερη βαρύτητα στην υγιεινή και την ασφάλεια. Ιδιαίτερες διευκολύνσεις προβλέπονται για την εξυπηρέτηση ατόμων με ειδικές δυσκολίες.

Ιδιαίτερο μέλημα λαμβάνεται για την εύκολη πρόσβαση στην αίθουσα αναμονής, με στόχο τη δυνατότητα εύκολης και ασφαλούς κίνησης των ατόμων στον χώρο. Οι ανισόπεδοι χώροι, τα ολισθηρά δάπεδα και η πυκνή τοποθέτηση των επίπλων συνιστάται να αποφεύγονται. Επικίνδυνα σημεία όπως μεγάλοι υαλοπίνακες και σκαλοπάτια συνιστάται να φέρουν κατάλληλη σήμανση και διευκολύνσεις (π.χ. χειρολαβές). Ανελκυστήρες, ράμπες και εξοπλισμός ειδικών προδιαγραφών για άτομα με ειδικές δυσκολίες (τυφλοί, κωφοί, άτομα με κινητικές δυσκολίες), καθώς και διευκολύνσεις πρόσβασης αναπηρικού αμαξιδίου ή φορείου είναι καλό να μην παραβλέπονται. Τέλος, η παρουσία ενός εργαζόμενου στον χώρο αναμονής με καθήκον να παρέχει βοήθεια και εξυπηρέτηση σε όσους την έχουν ανάγκη θεωρείτο άλλοτε υπερβολική και περιττή. Ωστόσο, αποδεικνύεται στην πράξη ιδιαίτερα χρήσιμη, εξασφαλίζοντας ταυτόχρονα την ασφάλεια αλλά και την ικανοποίηση των ασθενών και των συνοδών τους (Arneill & Devlin, 2002).

Η καθαριότητα και η τήρηση συνθηκών ασφάλειας και υγιεινής θεωρείται αυτονόητη για κάθε χώρο μιας υγειονομικής ομάδας. Μέριμνα λαμβάνεται για την καθαριότητα και τον υγιεινό και ασφαλή αερισμό της αίθουσας αναμονής. Η διατήρηση σταθερής θερμοκρασίας στον χώρο επιβοηθείται συχνά από συσκευές κλιματισμού που λειτουργούν και συντηρούνται με ειδικές προδιαγραφές, κατάλληλες για μονάδες υγείας. Ιδιαίτερο μέλημα αποτελεί ο καλός φωτισμός του χώρου με φυσικά ή τεχνητά μέσα για την άνετη παραμονή στην αίθουσα αναμονής, όπως παραδείγματος χάρι η χρήση σκιάστρων σε παράθυρα και υαλοπίνακες προσανατολισμένων στον ήλιο.

Η ύπαρξη διακριτικής μουσικής στον χώρο εξυπηρετεί συχνά τη χαλάρωση των ασθενών και των συνοδών τους, επιτρέποντας ταυτόχρονα τη διατήρηση μιας άνετης ατμόσφαιρας για συζήτηση με άλλους ή της ενασχόλησης με την ανάγνωση μικρών και ευχάριστων βιβλίων και περιοδικών. Η διακόσμηση της αίθουσας αναμονής στοχεύει στο να κάνει τον επισκέπτη της να νιώσει ευχάριστα, ζεστά, άνετα και οικεία, θυμίζοντας, κατά το δυνατό, έναν χώρο υποδοχής κατοικίας. Δυστυχώς, όλα αυτά θεωρούνται πολυτέλειες σε πολλά από τα δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα και εξεταστήρια στη χώρα μας.

Εκδόσεις ιατρικού περιεχομένου, φωτογραφίες/πίνακες ή τρισδιάστατα ομοιώματα που εμφανίζουν τον μηχανισμό και την κλινική εκδήλωση ασθενειών, την εντόπιση και τη λειτουργία μελών του ανθρωπίνου σώματος, τον τρόπο δράσης φαρμάκων κλπ. αποτελούν εικόνες με τις οποίες η πλειοψηφία των ανθρώπων δεν είναι εξοικειωμένοι, ενώ φωτογραφίες ή μηνύματα που σχετίζονται με ασθένειες και προκαλούν ανησυχία ή φόβο και δυσάρεστους συνειρμούς, που επηρεάζουν αρνητικά τον ψυχισμό και την άνετη παραμονή του ασθενή και των συνοδών του στην αίθουσα, και η τοποθέτησή τους στην αίθουσα αναμονής είναι προτιμότερο να αποφεύγεται. Προτείνεται, επίσης, η αποφυγή γεινίασης του χώρου αναμονής με το ιατρείο έκτακτων περιπτώσεων ή μικρών χειρουργικών πράξεων, καθώς και η ύπαρξη οδηγίων-πινακίδων που κατευθύνουν σε χώρους όπως το χειρουργείο ή το νεκροτομείο, προκειμένου να μην τροφοδοτείται η φαντασία των ασθενών με δυσάρεστες σκέψεις όσον αφορά την έκβαση της ασθένειάς τους (Blum, 1960). Οι συνθήκες γεινίασης της αίθουσας αναμονής με αίθουσες εξέτασης ασθενών, ιατρεία επειγόντων περιστατικών ή αίθουσες μικρών επεμβάσεων χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής, καθώς πρέπει να ελαχιστοποιείται η πιθανότητα έκθεσης των σε αναμονή ασθε-

νών και συνοδών σε δυσάρεστες εικόνες, ήχους και εμπειρίες, που ενδέχεται να οδηγήσουν σε δυσάρεστους συνειρμούς με αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχολογία τους. Ταυτόχρονα, πρέπει να διασφαλίζεται η ιδιωτικότητα των ασθενών και το ιατρικό απόρρητο.

Η εύκολη πρόσβαση από την αίθουσα αναμονής σε τουαλέτα, αλλά όχι η άμεση γειτνίασή τους, διευκολύνει τους ασθενείς, εξασφαλίζοντας ταυτόχρονα την άνεση της ιδιωτικότητάς τους και βασικούς κανόνες υγιεινής. Η ύπαρξη τουαλέτας ιδιαίτερων προδιαγραφών για άτομα με ειδικές ανάγκες και η διευκόλυνση πρόσβασης σε αυτή κρίνεται αναγκαία.

Ένας ξεχωριστός χώρος αναμονής, κατάλληλα διαμορφωμένος, επιπλωμένος και διακοσμημένος για παιδιά, εξυπηρετεί βασικούς κανόνες δημόσιας υγείας και ταυτόχρονα εξασφαλίζει συνθήκες ευχάριστες, προστατεύοντάς τα από εικόνες, ήχους και εμπειρίες που θα μπορούσαν να επηρεάσουν αρνητικά τον ευαίσθητο ψυχισμό τους, δυσχερατώντας συγχρόνως και τους γονείς που τα συνοδεύουν. Ένας τέτοιος ειδικός χώρος αναμονής για παιδιά θα ήταν κατάλληλα διαμορφωμένος με εικόνες, ζωγραφιές, παιδικά βιβλία και παιχνίδια, όλα κατάλληλα σχεδιασμένα και ακίνδυνα για την υγεία τους, καθώς και έπιπλα εργονομικά σχεδιασμένα και τοποθετημένα ειδικά για παιδιά. Αυτονόητη, όπως για κάθε χώρο, θεωρείται η μέριμνα για την τήρηση κανόνων και ασφάλειας. Ασθενείς που νιώθουν συστολή, πάσχουν από σοβαρές ασθένειες ή ασθένειες που επηρεάζουν έντονα την εμφάνισή τους ή τον ψυχισμό τους νιώθουν συχνά την ανάγκη να παραμείνουν μόνοι σε κάποιο χώρο, αποφεύγοντας την έκθεσή τους σε άλλους ανθρώπους. Ειδικά προστατευμένοι χώροι (γωνιές) προβλέπονται κατά τη διαμόρφωση της αίθουσας αναμονής ειδικά για τον σκοπό αυτό, προσφέροντάς τους τη δυνατότητα να παραμείνουν σ' αυτούς χωρίς να ατενίζονται ή παρατηρούνται από άλλους (Blum, 1960). Ασθενείς με μεταδοτικά νοσήματα ή νοσήματα επικίνδυνα για τη δημόσια υγεία, αλλά και ασθενείς που ανήκουν σε ομάδες με ιδιαίτερη ευπάθεια θα πρέπει να κατευθύνονται ανάλογα ώστε να παραμείνουν σε ειδικά διαμορφωμένους χώρους.

Η περίοδος της αναμονής για την εξέταση

Η αποτελεσματική οργάνωση και διαχείριση του χρόνου και η συνέπεια στην τήρηση του προγράμματος της προ-συνεννοημένης συνάντησης με τον ιατρό κρίνεται σημαντική, δεδομένου πως οποιαδήποτε παράταση του χρόνου αναμονής, σε συνδυασμό με τη συναισθηματική φόρτιση που συνοδεύει τον ασθενή, μπορεί να οδηγήσει σε δυσαρέσκεια και να επηρεάσει την εξέλιξη της σχέσης του με τον ιατρό.

Σημαντικός παράγοντας που προκαλεί συχνά τη δυσαρέσκεια του ασθενή είναι η παρατεταμένη αναμονή του πριν από τη συνάντησή του με τον ιατρό, η οποία οφείλεται συνήθως: (α) στην καθυστερημένη άφιξη του ιατρού, (β) σε καθυστέρηση της εξέτασης των ασθενών είτε εξαιτίας απασχόλησης του ιατρού σε κάποιο έκτακτο/επείγον περιστατικό, ή ακόμη και σε προσωπικό του πρόβλημα, είτε εξαιτίας της σπουδαιότητας που εμφάνιζαν κάποια από τα προηγούμενα προγραμματισμένα για εξέταση άτομα. Κάθε καθυστέρηση του ιατρού η οποία δεν δικαιολογείται, έστω εκ των υστέρων, προκαλεί αρνητική εντύπωση στον ασθενή, ιδιαίτερα μάλιστα όταν αυτός επισκέπτεται για πρώτη φορά τον ιατρό. Ακόμη και αν το γεγονός αυτό δεν προκαλέσει τον φανερό εκνευρισμό του ασθενή -όχι τόσο ασύνηθες στην ελληνική πραγματικότητα- εντούτοις αποτελεί έναν από τους παράγοντες που συμβάλλουν στη διάσπαση της σχέσης ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή. Σημαντικές καθυστερήσεις, όσον αφορά τον χρόνο, ενέχουν τον κίνδυνο όχι μόνο ο ιατρός να χαρακτηριστεί μη ακριβής στην ώρα του ή απερίσκεπτος ή και αδιάφορος για τους ασθενείς του, αλλά και να προκαλέσει τον θυμό, την οργή ενίοτε και τις ύβρεις από μέρους του ασθενή ή των ατόμων (συγγενείς, φίλοι) που τον συνοδεύουν (Blum, 1960).

Η οργάνωση και η τήρηση ενός συστήματος προγραμματισμένων συναντήσεων με τον ιατρό μπορεί, αν λειτουργεί αποτελεσματικά, να ελαχιστοποιήσει τον χρόνο αναμονής του ασθενή, μειώνοντας έτσι την ανησυχία ή την πιθανότητα δυσαρέσκειάς του και δίνοντας την αίσθηση ότι ο ασθενής είναι σημαντικός και σεβαστός (Goold & Lipkin, 1999). Η οριοθέτηση των ασθενών που μπορεί να εξυπηρετήσει ο ιατρός με αποτελεσματικότητα έχει πολύ μεγάλη σημασία, καθώς έρευνες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς είναι περισσότερο ικανοποιημένοι, ορίζεται καλύτερα ο φόρτος εργασίας του ιατρού, προβλέπονται οι απαιτήσεις που προκύπτουν από τους ασθενείς (επισκέψεις στο ιατρείο, διαγνωστικές εξετάσεις, γραφειοκρατική εργασία, νοσοκομειακές παραπομπές), διαφαίνεται η αποδοτικότητα του ιατρού και βελτιώνεται η συνέχεια στη φροντίδα με καλύτερα κλινικά αποτελέσματα (Murray, Davies and Boushon, 2007).

Η αποτελεσματική λειτουργία ενός τέτοιου συστήματος αποτελεί ευθύνη του ιατρού, ο οποίος, σε συνεργασία με το προσωπικό της μονάδας υγείας, είναι καλό να διαμορφώνουν ένα ημερήσιο σχέδιο (προγραμματισμό), λαμβάνοντας υπόψη τις δυνατότητες της μονάδας υγείας, προσωπικές ή επαγγελματικές υποχρεώσεις του προσωπικού, τον όγκο προσέλευσης ασθενών, τους λόγους προσέλευσης και τις ιδιαίτερες ανάγκες των ασθενών, προκειμένου να επιτυγχάνεται μια συνεχής και αποτελεσματική ροή εξυπηρέτησης. Η εξυπηρέτηση μη προ-

γραμματισμένων περιπτώσεων και επειγουσών καταστάσεων είναι καλό να αποτελεί ιδιαίτερο καθήκον, ώστε να μην εμπλέκεται στη διαχείριση των προγραμματισμένων περιστατικών. Συχνά, όμως, ο ιατρός αναγκάζεται από την ίδια τη φύση της ασθένειας ή την ανεπαρκή λειτουργία ή έλλειψη συστήματος προσυννενόησης, ακόμη και για λόγους κοινωνικούς, να δέχεται πολλές επισκέψεις ασθενών χωρίς να μπορούν να μειωθούν. Σε αυτές τις περιπτώσεις, γίνεται προσπάθεια να σταθμιστούν τα οφέλη που θα αποκομίσει ο ίδιος ο ιατρός, η μονάδα υγείας και οι ασθενείς, με αντίκτυπο είτε την προσωπική κόπωση του ιατρού είτε την ενδεχόμενη μείωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, με την αναπόφευκτη επίδραση στη σχέση του με τον ασθενή (Blum, 1960).

Η καθυστέρηση στην εξέταση, παρά τις προσπάθειες για αποτελεσματική διαχείριση του χρόνου και προγραμματισμό των δραστηριοτήτων, καθώς και οι τυχόν μεταβολές του προγράμματος προτείνεται να ανακοινώνονται έγκαιρα στον ασθενή και τους συνοδούς του, προσφέροντας ταυτόχρονα εναλλακτικές, όπως ο επαναπρογραμματισμός της εξέτασης ή η εξυπηρέτηση του ασθενή από κάποιον άλλο, σύμφωνα πάντα με τη σύμφωνη γνώμη και επιθυμία του. Σε περίπτωση καθυστερημένης προσέλευσής του, ο ιατρός είναι καλό να ζητήσει συγνώμη από τους ασθενείς του, να δικαιολογήσει την καθυστέρηση, να τους διαβεβαιώσει πως σέβεται τον χρόνο και τις ανάγκες τους και πως η καθυστέρηση αυτή δεν θα εμπλακεί στην ποιότητα της φροντίδας τους. Στην περίπτωση που η καθυστέρηση του ιατρού οφείλεται στη σοβαρότητα ή στη φύση της ασθένειας κάποιου άλλου ασθενή, προτείνεται ο ιατρός ή συνεργάτης του να εξηγήσει τον λόγο της καθυστέρησής του και να προσδιορίσει τον νέο χρόνο εξέτασης των αναμενόντων ασθενών. Οι σχετικές διευκρινίσεις δίνονται με σεβασμό στην τήρηση των κανόνων του ιατρικού απόρρητου, της ηθικής και της δεοντολογίας, χωρίς αναφορές στην κατάσταση της υγείας του ασθενή. Ανάλογη συμπεριφορά προτείνεται στην περίπτωση που ο ιατρός είναι υποχρεωμένος, λόγω της κατάστασης της υγείας του ασθενή, να του δώσει προτεραιότητα σε σχέση με κάποιον άλλο του οποίου επιδιώκεται η ενημέρωση και η συγκατάθεση. Σε περιπτώσεις αυξημένης προσέλευσης ασθενών, πέρα των προγραμματισμένων, προτείνεται η εκτίμηση του χρόνου και των αναγκών τους και η αδρή εκτίμηση του λόγου προσέλευσής τους, η έγκαιρη ενημέρωσή τους για τη δυνατότητα μη προγραμματισμένης συνάντησης μαζί του και τον υπολογιζόμενο χρόνο αναμονής τους στην περίπτωση αυτή ή να τους προσφέρει μια εναλλακτική λύση προγραμματισμένης συνάντησης. Η διαδικασία αυτή, προς αποφυγή σπατάλης χρόνου του ιατρού, γίνεται συχνά από συνεργάτες του, με αυτονόητη την εμπλοκή και τη συμμετοχή του όταν κρίνεται απαραίτητο, και ιδιαίτερα όταν ο ιατρός καθυστερεί στην εξέταση των ασθενών για διάφορους λόγους. Αυτό αποτελεί αποτελεσματική στρατηγική διαχείρισης των προσδοκιών για τον χρόνο αναμονής των ασθενών, με στόχο τη βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών (Thompson et al., 1996).

Η αδικαιολόγητη καθυστέρηση και η έλλειψη ενημέρωσης για τυχόν τροποποιήσεις του προγράμματος αυξάνουν την ανησυχία και την αβεβαιότητα των ασθενών και διαμορφώνουν στην αίθουσα αναμονής μια ατμόσφαιρα εκνευρισμού και δυσαρέσκειας, που αποτελεί στοιχείο διάσπασης της σχέσης των ασθενών με τον ιατρό, ενώ δεν είναι λίγες οι φορές που μετατρέπεται σε θυμό και οδηγεί σε ανοιχτή σύγκρουση. Η διαχείριση μιας τέτοιας κρίσης απαιτεί ιδιαίτερους χειρισμούς, με επίγνωση πως, κατά τη συνάντησή του με τον ιατρό, διαμορφώνεται για τον ασθενή το συναισθηματικό υπόβαθρο πάνω στο οποίο θα στηριχτεί η σχέση τους, και μέριμνα ώστε σε κάθε φάση της φροντίδας του ο ασθενής να απολαμβάνει το συναίσθημα της αποδοχής, της κατανόησης και του σεβασμού.

Η πρόσκληση του ασθενή

Η πρόσκληση του ασθενή μπορεί να γίνει από κάποιο μέλος του διοικητικού ή νοσηλευτικού προσωπικού, ωστόσο, είναι προτιμότερο η πρόσκληση και η πρώτη επαφή να γίνεται προσωπικά από τον ίδιο τον ιατρό, με στόχο την ύπαρξη αμεσότητας στη σχέση ιατρού-ασθενή. Στις περιπτώσεις που η παραπάνω αντιμετώπιση εκτιμάται ως αδύνατη, προτείνεται η ενημέρωση του ασθενή για τη σειρά προτεραιότητας και τον αναμενόμενο χρόνο συνάντησης με τον ιατρό.

Συνηθισμένος τρόπος πρόσκλησης του ασθενή είναι η αναγγελία ενός αριθμού που αντιστοιχεί στη σειρά προτεραιότητάς του, πολύ συχνά επίσης η πρόσκληση περιορίζεται στο παράγγελμα «ο επόμενος». Ο τρόπος αυτός επηρεάζει τον ασθενή και τη σχέση που πρόκειται να αναπτύξει με τον ιατρό, δεδομένου ότι αυξάνει την ανασφάλεια που νιώθει, καθώς αντιμετωπίζεται απρόσωπα και διεκπεραιωτικά. Η παράλειψη ή υπερπήδηση αριθμών χωρίς σχετική ενημέρωση δημιουργούν εσφαλμένες εντυπώσεις στον ασθενή, ο οποίος αισθάνεται παραγκωνισμένος και, όχι σπάνια, θυμωμένος, αφού νομίζει ότι παραβιάστηκε η σειρά του.

Η πρόσκληση του ασθενή με το ονοματεπώνυμό του και την προσφώνηση του ως κύριο/κυρία αποπνέει ευγένεια και σεβασμό. Ωστόσο, πολιτισμικά στοιχεία και θέματα ιδιωτικότητας μπορούν να τροποποιήσουν αυτήν την πρόταση. Εναλλακτικά, προτείνεται η φιλική προσφώνηση μόνο με το μικρό όνομα του ασθενή, δεδομένου

ότι επιτρέπει μια στοιχειώδη διατήρηση προστασίας προσωπικών δεδομένων, όπως το επώνυμο του ασθενή από την έκθεσή του σε τρίτους.

Η είσοδος στο γραφείο του ιατρού: η αίθουσα εξέτασης

Το περιβάλλον συμβάλλει στη διαμόρφωση του συναισθήματος και αυτό το συναίσθημα επηρεάζει τη συμπεριφορά των ανθρώπων. Η διαμόρφωση του ιατρείου ή του χώρου εξέτασης του ασθενή μπορεί, επίσης, να επηρεάσει σε σημαντικό βαθμό τη σχέση του με τον ιατρό.

Τα έπιπλα παραμένουν φροντισμένα και καθαρά, ώστε να αποπνέουν σιγουριά και ικανοποίηση όσον αφορά την υγιεινή του χώρου. Επιλέγονται έπιπλα απλά, άνετα και λειτουργικά, που τοποθετούνται εργονομικά στον χώρο. Η έλλειψη άνεσης και «ζεστής» ατμόσφαιρας προκαλούν εγρήγορη και ένταση και υποβάλλουν τον ασθενή σε μια αίσθηση μείωσης του ζωτικού χώρου του.

Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στο γραφείο του ιατρού και την καρέκλα του ασθενή. Συνήθως, παρατηρεί κανείς ένα μεγάλο γραφείο σε σχήμα παραλληλογράμμου, με τον ιατρό να κάθεται σε υψηλότερη, σε σύγκριση με τον ασθενή, καρέκλα (ή πολυθρόνα, συχνά περιστρεφόμενη) σε αντίθετη θέση από τον άρρωστο, που κάθεται συνήθως σε μια στενή καρέκλα και σε απόσταση μέτρων από τον ιατρό. Η χαμηλότερη αυτή θέση του αρρώστου, σε σχέση με τον ιατρό, συχνά τον κάνει να αισθάνεται μικρότερος και λιγότερο σημαντικός, ενώ συγχρόνως του αυξάνει το δέος και τον φόβο που νιώθει από πριν για τον ιατρό. Μια υποθετική αμοιβαία αλλαγή των δυο καρεκλών μάλλον αυξάνει την ανησυχία του ασθενή, ενώ συγχρόνως δημιουργεί σύγχυση όσον αφορά την εικόνα που αυτός έχει σχηματίσει για τον ιατρό. Έτσι, είναι προτιμότερο ιατρός και ασθενής να κάθονται σε παρόμοιες καρέκλες, ευρισκόμενες στο ίδιο ύψος και σε θέση που να επιτρέπει το πλησίασμα των συνομιλητών, επιτρέποντας ταυτόχρονα άνετη οπτική επαφή όλου του σώματος, δυνατότητα φυσικής επαφής αλλά και διαφυγής του βλέμματος (αποφυγή βλεμματικής επαφής), όταν ο ασθενής νιώσει τη σχετική ανάγκη. Το έπιπλο του γραφείου και η θρόνη του υπολογιστή αποφεύγεται να τοποθετείται ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή και προτιμάται μια θέση που επιτρέπει τη χρήση του υπολογιστή από τον ιατρό κατά τη διάρκεια της συζήτησης με τον ασθενή, κατά τρόπο που δεν παρεμβαίνει στην επαφή και την προσοχή (Morgan, 2003).

Η απόσταση μεταξύ του ιατρού και του ασθενή αποτελεί παράγοντα που επηρεάζει την επικοινωνία. Η μεγάλη απόσταση δημιουργεί στον ασθενή το αίσθημα της απόρριψης και της μη λήψης της δέουσας προσοχής, ενώ η μικρή απόσταση (ασθενής δίπλα στον ιατρό) μπορεί να προκαλέσει επίσης δυσφορία και αμηχανία στον ασθενή, ιδιαίτερα αν δεν είναι προετοιμασμένος να αντιμετωπίσει τη στάση αυτή του ιατρού, την οποία συνήθως αντιλαμβάνεται ως υπερβολικά οικεία. Η ιδανική απόσταση επιλέγεται με βάση τις επικρατούσες πολιτισμικές και κοινωνικές αντιλήψεις τους. Η απόσταση που διευκολύνει την αποτελεσματική επικοινωνία δύο συνομιλούντων ατόμων είναι περίπου 1,5 με 2,5 μέτρα. Μια απόσταση περίπου 1,5 μέτρου θεωρείται λειτουργική για τον ιατρό και τον ασθενή (Blum, 1960).

Η θέση του γραφείου του ιατρού μέσα στον χώρο είναι σημαντική. Ένα γραφείο τοποθετημένο πολύ κοντά στην πόρτα του ιατρείου επιτρέπει συχνά τη μετάδοση της συνομιλίας με τον ασθενή στην αίθουσα αναμονής, παραβιάζοντας το ιατρικό απόρρητο, ενώ κάθε άνοιγμα της πόρτας από απρόσκλητους επισκέπτες διακόπτει την επικοινωνία και προκαλεί τη δυσαρέσκεια του ασθενή. Η πόρτα και οι τοίχοι του ιατρείου πρέπει να φέρουν την κατάλληλη ηχομόνωση για την προστασία της ιδιωτικότητας της συζήτησης ιατρού-ασθενή και τη μη μετάδοση ήχων από το ιατρείο στον περιβάλλοντα χώρο, ενώ η τακτική του κλειδώματος της πόρτας του ιατρείου κατά τη διάρκεια της εξέτασης πρέπει να αποφεύγεται, αφού μπορεί να προκαλέσει άγχος, αμηχανία ή και πανικό στον ασθενή. Μακριά από την πόρτα και την κοινή θέα, τοποθετείται το εξεταστικό κρεβάτι, δίπλα στο οποίο υπάρχει ένα φορητό «παραβάν», που μπορεί να προσφέρει ιδιωτικότητα στον ασθενή στην περίπτωση που άλλο άτομο χρειάζεται να εισέλθει στο ιατρείο κατά τη διάρκεια της εξέτασης του.

Η χρήση βοηθημάτων όπως το ειδικό σκαλοπάτι ή εναλλακτικά ένα αυξομειούμενου ύψους εξεταστικό κρεβάτι, βοηθήματα υπόδησης, κρεμάστρα ρούχων κτλ καθώς και η λήψη μέτρων όπως η διευκόλυνση της πρόσβασης στην τουαλέτα για άτομα που αντιμετωπίζουν κινητικές δυσκολίες αποτελούν απαραίτητες επιλογές που προσφέρουν στον ασθενή αίσθημα άνεσης και ασφάλειας.

Η είσοδος στο γραφείο του ιατρού: η ιατρική συνέντευξη & η κλινική εξέταση

Η γνωριμία με τον ασθενή

Η πρώτη συνάντηση του ιατρού με τον ασθενή είναι καθοριστική για τη σχέση τους. Διαθέσιμος χρόνος μετά την υποδοχή του ασθενή με στόχο την εξοικείωση και τη γνωριμία είναι συνήθως απαραίτητος και προτείνεται η αποφυγή έναρξης της διαδικασίας της συνέντευξης με ερωτήσεις που αφορούν τον λόγο προσέλευσης του ασθενή, δεδομένου ότι μπορεί να αιφνιδιάσουν τον ασθενή ή να του προκαλέσουν αίσθημα έλλειψης προσωπικού ενδιαφέροντος από την πλευρά του ιατρού, επηρεάζοντας την έκβαση της σχέσης που μόλις αρχίζει να δημιουργείται. Ο ασθενής χρειάζεται λίγο χρόνο για να νοιώσει φιλικά με τον ιατρό και να του αποκαλύψει στη συνέχεια τα προβλήματα της υγείας του, τους φόβους και τις προσδοκίες του. Ο ιατρός μπορεί να συμβάλει σ' αυτό λαμβάνοντας ταυτόχρονα χρήσιμες για το ιστορικό πληροφορίες που αφορούν τα προσωπικά στοιχεία του, τον τόπο κατοικίας και καταγωγής, το επάγγελμα και την εκπαίδευση, την οικογενειακή κατάσταση, τις συνήθειες και τα ενδιαφέροντα του, τις στάσεις σε σχέση με την υγεία και την ασθένεια, προηγούμενες σχετικές εμπειρίες κλπ. Συνήθως, στο στάδιο αυτό αρχίζουν να διαφαίνονται στοιχεία που χαρακτηρίζουν τύπους «απαιτητικών» ή «δύσκολων» ασθενών, όπως ο παράλογος, ο μη συνεργάσιμος, ο εξαρτημένος, ο καχύποπτος ή ο εχθρικός ασθενής (Blum, 1960).

Έγινε ήδη αναφορά στη σημασία της λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας του ιατρού με τον ασθενή.

Η λήψη του ιστορικού και η τεχνική των ερωτήσεων

Η λήψη του ιστορικού ακολουθεί την πρώτη γνωριμία με τον ασθενή. Αποτελεί μια διαδικασία που χρήζει μιας ιδιαίτερης τεχνικής, μέσω της οποίας ο ιατρός επιχειρεί να ανιχνεύσει και να εντοπίσει μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα το υπόβαθρο και τη φύση των ενοχλημάτων του ασθενή, καθώς επίσης των φόβων, των πεποιθήσεων και των προσδοκιών του. Η πληροφορία αυτή είναι απαραίτητη για τη μετέπειτα θεραπευτική επιλογή, τη βοήθεια και τη στήριξη που θα παρέχει ο ιατρός στον ασθενή.

Η έναρξη λήψης του ιστορικού με την υποβολή μιας σειράς ερωτήσεων από τον ιατρό είναι προτιμότερο να αποφεύγεται και, αντ' αυτού, προτείνεται η παρότρυνση του ασθενή να μιλήσει ελεύθερα για τα προβλήματα, τις ανησυχίες και τις επιθυμίες του. Η μη λεκτική συμπεριφορά του ιατρού διευκολύνει τη συμμετοχή του ασθενή, δίνοντάς του κάθε φορά το έναυσμα να συνεχίσει την περιγραφή του προβλήματός του χωρίς παύσεις. Έτσι, αποκτάται μια γενική εικόνα για τον ασθενή και, ταυτόχρονα, εκείνος νιώθει το ενδιαφέρον, την προθυμία του ιατρού να τον ακούσει και την αμέριστη προσοχή στραμμένη πάνω του (Heath, 1984). Αντίθετα, το ξεφύλλισμα των σημειώσεων από την πλευρά του ιατρού και η αποτυχία έμμεσης βλεμματικής επαφής με τον ασθενή μεταδίδουν ένα αίσθημα αδιαφορίας, με αποτέλεσμα ο ασθενής να αποτυγχάνει να περιγράψει το πρόβλημά του και να αναζητήσει την κατάλληλη λύση (Morgan, 2003). Η λεκτική και η μη λεκτική επικοινωνία στη φάση αυτή σκιαγραφούν τον τύπο του ασθενή και την ψυχική και συναισθηματική κατάστασή του και δίνουν πληροφορίες απαραίτητες για τη μετέπειτα διαχείριση της κατάστασής του. Στην περίπτωση που ο ασθενής κάνει κατάχρηση του διαθέσιμου χρόνου και μακρηγορεί, ο ιατρός μπορεί να τον διακόψει ευγενικά με μια έκφραση του τύπου «αυτές οι πληροφορίες είναι χρήσιμες για μένα, θα ήθελα, ωστόσο, να σας κάνω κάποιες πιο ειδικές ερωτήσεις για να καταλάβω καλύτερα τι συμβαίνει» ή ακόμη «βλέπω πως υπάρχει μια σειρά θεμάτων που σας απασχολεί, αναρωτιέμαι ποιο είναι εκείνο το οποίο θα θέλατε να ασχοληθούμε σήμερα» κλπ. Βασικές ερωτήσεις-παροτρύνσεις που βοηθούν ιδιαίτερα σε αυτή τη φάση της ανίχνευσης είναι οι ερωτήσεις ανοικτού τύπου, όπως «μιλήστε μου για τον λόγο που σας φέρνει εδώ», «τι σκέφτεστε ότι μπορεί να συμβαίνει;», «υπάρχει κάτι που σας φοβίζει;», «τι είναι αυτό φοβάστε;», «πώς νομίζετε πως μπορώ να σας βοηθήσω», «υπάρχει κάτι άλλο για το οποίο χρειάζεται να μιλήσετε;». Καλό είναι να αποφεύγονται οι στοχευμένες ερωτήσεις του τύπου «Μου φαίνεται ότι αυτό σας απασχόλησε πολύ. Είναι αλήθεια;» καθώς μπορεί να περιορίσουν την παρεχόμενη πληροφορία σε αυτή που ο ασθενής νομίζει ότι θέλει να ακούσει ο ιατρός. Στη φάση αυτή, προτείνεται η αποφυγή υποβολής ερωτήσεων που διαμορφώνουν ή περιορίζουν την απάντηση σε ένα «ναι» ή «όχι» (Seidel et al., 2011). Συχνά, ο ασθενής, είτε γιατί βρίσκεται σε σύγχυση είτε γιατί δεν μπορεί να παρακολουθήσει τη σκέψη του ιατρού, απαντά επιπόλαια ή λανθασμένα σε αυτού του τύπου τις ερωτήσεις. Η συνειδητοποίηση μιας τέτοιας λανθασμένης απάντησης αργότερα από τον ασθενή θα του προσδώσει ανησυχία, ενώ ταυτόχρονα η πληροφορία που λαμβάνει ο ιατρός δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα. Είναι ακόμη πιθανό ο ασθενής αυτός να αποδώσει ευθύνη στον ιατρό, που τον πιέζει με τέτοια λεκτικά διλήμματα που ζητούν ως απάντηση ένα «ναι» ή ένα «όχι». Οι ερωτήσεις που ξεκινούν με «τι;», «ποιος/α/ο;», «πού», «πότε» διευκολύνουν τον

ασθενή να εκφραστεί ελεύθερα και να διευκρινίσει καλύτερα την απάντηση.

Η υποβολή δύο ερωτήσεων ταυτοχρόνως με τρόπο που επιτρέπει μία απάντηση μόνο, παραδείγματος χάρι «Έχετε πόνο στην κοιλιά και συχνουρία;», προκαλούν συχνά σύγχυση στον ασθενή, ενώ τον αναγκάζουν, συνήθως, να δώσει μία μόνο απάντηση, πιο συνηθισμένα αυτή που αφορά το θέμα το οποίο θεωρεί ο ίδιος ως σημαντικότερο. Καλό είναι να αποφεύγεται η χρήση ιατρικών όρων, καθώς συνήθως προκαλούν σύγχυση. Προτιμάται η χρήση απλής γλώσσας και οικείας στον ασθενή, γιατί διευκολύνει την επικοινωνία και προκαλεί λιγότερη αμηχανία. Ακόμη κι όταν ο ασθενής χρησιμοποιεί μια καθαρά ιατρική ορολογία (συχνό φαινόμενο μέσω της πληροφορίας που διαχέεται από το διαδίκτυο κι όχι μόνο), προτείνεται η προσπάθεια διευκρίνισης από τον ιατρό με τη χρήση της κοινής ορολογίας, αφού συνήθως ο ασθενής δίνει στις λέξεις διαφορετικό περιεχόμενο από το πραγματικό.

Η διαμόρφωση και η χρήση από τον ιατρό ενός λεξικού όρων συμπτωμάτων και νόσων στην τοπική διάλεκτο της περιοχής που εξασκεί το λειτούργημά του μπορεί να συμβάλει όχι μόνο στην πληρέστερη συλλογή της απαραίτητης ιατρικής πληροφορίας, αλλά και στη βελτίωση της σχέσης του με τους ασθενείς του (Λιονής, Slikkerveer, Φασατάκης, Φιορέτος, 1994). Προτείνεται η αποφυγή λέξεων ή ερωτήσεων με μορφή που μπορεί να προκαλέσουν συναισθηματική φόρτιση ή συστολή στον ασθενή, ενώ ανάλογη προσοχή προτείνεται και στη διερεύνηση νόσων που φέρουν το φορτίο του κοινωνικού στιγματισμού, όπως τα αφροδίσια νοσήματα ή οι διαταραχές ψυχικής υγείας (Klitzman, 2006). Η θεώρηση ασθενών ως κοινωνικά «στιγματισμένων» σχετίζεται άμεσα με τις επικρατούσες πολιτισμικές και κοινωνικές αντιλήψεις των κατοίκων κάθε περιοχής, τις οποίες είναι καλό να γνωρίζει ο ιατρός. Η προσέγγιση του ιστορικού σε αυτές τις περιπτώσεις αλλά και σε άλλες κοινωνικά ευαίσθητες περιοχές, όπως συνήθειες που αφορούν τον τρόπο ζωής (π.χ. κατανάλωση αλκοόλ, σεξουαλικές συνήθειες) είναι προτιμότερο να γίνεται περιφραστικά, χωρίς ίχνος κριτικής και με τρόπο κάπως διστακτικό (Aronsson & Satterlund-Larsson, 1987), εξηγώντας τον λόγο που χρειάζονται αυτού του είδους οι πληροφορίες, ώστε να αποφεύγεται κατά το δυνατό η αμηχανία ή δυσαρέσκεια του ασθενή.

Η παρουσία τρίτων στον χώρο της συνέντευξης είναι προτιμότερο να αποφεύγεται, ενώ, στην περίπτωση που αυτή είναι αναγκαία για λόγους εκπαιδευτικούς ή εξυπηρέτησης του ιατρού ή υποστήριξης του ίδιου του ασθενή, προτείνεται η λήψη της συγκατάθεσης του ασθενή μετά από την εξήγηση του ρόλου και του λόγου της παρουσίας τους.

Η εξέταση του ασθενή

Στη φάση αυτή, η αγωνία του κορυφώνεται γιατί ο ασθενής ανησυχεί για τα ευρήματα της εξέτασης που θα καθορίσουν τη διάγνωση, αισθάνεται συστολή, ανησυχία και αμηχανία, δεδομένης της έκθεσης του σώματός του και την παραβίαση της ατομικότητάς του, και φοβάται για την πρόκληση πόνου κατά τη διαδικασία της εξέτασης. Τα άτομα που επισκέπτονται για πρώτη φορά τον ιατρό βιώνουν αυτή τη συναισθηματική κατάσταση ακόμα πιο έντονα. Πρόκειται για τη φάση που ο ασθενής αισθάνεται ευάλωτος και σωματικά εκτεθειμένος, καθώς παραχωρεί στον ιατρό την άμυνα και την ιδιωτικότητά του, παραμένοντας παθητικός και άπραγος, αφήνοντας στον ιατρό κάθε κρίση (Bickley & Szilagyi, 2012). Ο ιατρός, κατανοώντας τη συναισθηματική κατάσταση του ασθενή, επιδιώκει την καθησυχασή του και επιχειρεί να συμβάλει με τις ενέργειές του στην αποφυγή παραγόντων που θα εντείνουν την ανησυχία ή θα προκαλέσουν την αμηχανία και τη δυσαρέσκεια του ασθενή και θα επηρεάσουν αρνητικά τη σχέση τους.

Ο ασθενής οδηγείται στον χώρο της εξέτασης και το εξεταστικό κρεβάτι αφού του εξηγηθεί η διαδικασία και ο λόγος της εξέτασης και ζητηθεί η συγκατάθεσή του. Κατά τη διάρκεια της εξέτασης, αποφεύγεται η παροχή οδηγιών με τη μορφή παραγγεμάτων ή εντολών και προτιμάται η καθοδήγηση του ασθενή με τη μορφή παράκλησης, που παρέχει στον ίδιο την αίσθηση του σεβασμού και της συμμετοχής του στη διαδικασία.

Η εξέταση και η έκθεση του ασθενή περιορίζεται στον απόλυτα απαραίτητο χρόνο και αποφεύγεται η διακοπή ή η άσκοπη παράτασή της για οποιονδήποτε λόγο. Το περιβάλλον της εξέτασης πρέπει να διαθέτει τον κατάλληλο φωτισμό και να εκπέμπει αίσθηση ηρεμίας και άνεσης, προστατευόμενο από εξωτερικούς θορύβους ή την είσοδο τρίτων κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Η επαφή-επικοινωνία του ιατρού με τον ασθενή του είναι μοναδική και είναι καλύτερα να αποφεύγεται η παρουσία άλλων ατόμων, ακόμη και στην περίπτωση που αυτοί είναι ιατροί ή άλλοι επαγγελματίες υγείας, ενώ, όπου η παρουσία τους κρίνεται απαραίτητη, ζητείται η συγκατάθεσή του αφού εξηγηθεί ο λόγος της παρουσίας συμμετοχής τους.

Τα στάδια της εξέτασης εξηγούνται εκ των προτέρων, προετοιμάζοντας έτσι τον ασθενή φυσικά και ψυχικά. Ο ασθενής που δεν είναι εξοικειωμένος με τις τεχνικές της εξέτασης, συχνά ανησυχεί και φοβάται μήπως οι ενέργειες του ιατρού είναι επώδυνες και αντιδρά σε αυτές. Η ενημέρωση για κάθε βήμα της εξέτασης και ο λόγος πραγματοποίησής του αναλύονται στον ασθενή, καθησυχάζοντας τον φόβο, την αγωνία και τις ανησυχίες του.

Ιδιαίτερης προσοχής χρήζει η προετοιμασία του ασθενή στην περίπτωση εξέτασης εσωτερικών κοιλοτήτων του σώματος με ή χωρίς τη βοήθεια κλινικών εργαλείων, όπως στην περίπτωση της εξέτασης ορθού (δακτυλική εξέταση με ή χωρίς σύγχρονη πρωκτοσκόπηση, ωτο-ρινο ή οφθαλμοσκόπηση κ.ά.)

Η φάση της σωματικής εξέτασης χρήζει ιδιαίτερης προσοχής από τον ιατρό. Η ενημέρωση του ασθενή από τον ιατρό μετά από κάθε βήμα της εξέτασης βοηθάει στη διατήρηση της επικοινωνίας και συμβάλλει στην καθησύχασή του και τη μείωση της αγωνίας και της ανησυχίας του, σε αντίθεση με τη σιωπή ή την αβεβαιότητα με εκφράσεις όπως «Για να δούμε τι θα συμβεί.» που μειώνει την εμπιστοσύνη του ασθενή προς τον ιατρό (Ogden et al., 2002), αυξάνει τον φόβο και πυροδοτεί τη φαντασία του. Πολλές φορές, ο ιατρός συνηθίζει, κατά τη διάρκεια της φυσικής εξέτασης του ασθενή, να εκφράζει τις σκέψεις του φωναχτά, ειδικά προς το τέλος της διαγνωστικής εξέτασης, αναφερόμενος στη διάγνωση με τρόπο αργό και διστακτικό, προκαλώντας τον σχολιασμό από την πλευρά του ασθενή. Η διαδικασία αυτή δίνει το έναυσμα για την αποτελεσματική συνεργασία του ασθενή στη μετέπειτα λήψη αποφάσεων και στην αποφυγή πιθανών παρεξηγήσεων/παρερμηνεύσεων (Aronsson & Satterlund-Larsson, 1987). Η χρήση λιτής γλώσσας περιγράφει με σαφήνεια την κατάσταση (π.χ. «ο λαιμός σας είναι λίγο κόκκινος» ή «δεν έχετε ακροαστικά» ή «η καρδιά σας ακούγεται καλά» ή «το ηλεκτροκαρδιογράφημά σας φαίνεται καλό») αρκεί για να δώσει στον ασθενή την απαραίτητη πληροφορία (Blum, 1960).

Γενικά, όλη η διαδικασία της φυσικής εξέτασης του ασθενή λαμβάνει υπόψη και προσαρμόζεται στις πολιτισμικές και κοινωνικές αντιλήψεις του, ιδιαίτερα αυτές που αφορούν την προστασία της ιδιωτικότητας του σώματός του και τον σεβασμό στην αξιοπρέπειά του. Συχνά, οι ασθενείς αισθάνονται ντροπή αποκαλύπτοντας στον ιατρό το σώμα τους και αντιδρούν προσπαθώντας να καλύψουν τα «ευαίσθητα» μέρη του (μαστοί, υπογάστριο, γεννητικά όργανα). Προτείνεται η εξήγηση από τον ιατρό της αξίας (σημασία) και της αναγκαιότητας της συγκεκριμένης εξέτασης και η λήψη της συγκατάθεσης του ασθενή για την πραγματοποίησή της. Η συμπεριφορά αυτή του ιατρού, αξιολογούμενη από τον ασθενή θετικά ως πράξη σεβασμού της ατομικότητάς του, συμβάλλει στη δημιουργία του απαραίτητου κλίματος εμπιστοσύνης. Ερωτήσεις που αφορούν τη διευκρίνιση κλινικών ευρημάτων κατά τη διάρκεια της εξέτασης (π.χ. «σας έχουν πει πως υπάρχει φύσημα στην καρδιά;» είναι προτιμότερο να αποφεύγονται ή να γίνονται αφού πρώτα παρουσιαστεί στον ασθενή το κλινικό εύρημα και η πιθανή σημασία του. Μια τέτοια ερώτηση είναι φυσικό να προκαλέσει την αναστάτωση του ασθενή, ο οποίος ανησυχεί και ζητά περισσότερες διευκρινίσεις από τον ιατρό, αποσπώντας ή διακόπτοντας συχνά τη διαδικασία της εξέτασης.

Η αντίδραση του ιατρού που ενθουσιασμένος από την ανακάλυψη ενός παθολογικού σημείου στη διάρκεια της κλινικής εξέτασης, το οποίο είναι ενδιαφέρον ή ερμηνεύει τα συμπτώματα του ασθενή, φωνάζει και καλεί παριστάμενους ή μη συναδέλφους του ή άλλους υγειονομικούς, αναμένεται να αυξήσει τον φόβο, την ανησυχία, τη συστολή και τη δυσαρέσκεια του ασθενή και να επηρεάσει τη σχέση του με τον ιατρό. Επιφωνήματα ή εκδηλώσεις δυσαρέσκειας που σχετίζονται με τεχνικά προβλήματα ή δυσκολίες που ανακύπτουν κατά τη διάρκεια της εξέτασης (π.χ. «δεν δουλεύει πάλι αυτό, τόσες φορές τους είπα να το φτιάξουν!») μεταδίδουν στον ασθενή ιδιαίτερο άγχος και ανησυχία για την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της εξέτασης. Συχνά, η εκδήλωση κάποιας ανησυχίας με τη μορφή επιφωνήματος από την πλευρά του ιατρού (π.χ. «ωχ!») ερμηνεύεται λανθασμένα από τον ασθενή ως σχετιζόμενη με την κατάσταση της υγείας του, εντείνοντας την ανησυχία του (Blum, 1960).

Η ενημέρωση του ασθενή

Η φάση της ενημέρωσης του ασθενή ακολουθεί λογικά εκείνη της εξέτασης. Η πίεση του χρόνου οδηγεί συχνά σε παράλειψή της από τον ιατρό, ο οποίος, έχοντας καταλήξει συνήθως σε κάποια διάγνωση, προχωρά στην παροχή συμβουλών και οδηγιών και τη συνταγογράφηση, χωρίς να αφιερώνει χρόνο για την ενημέρωση του ασθενή. Η ελλιπής ενημέρωση μπορεί δυνητικά να επηρεάσει την αποτελεσματικότητα της διαδικασίας αλλά και τη δυσαρέσκεια του ασθενή, του οποίου οι απορίες δεν λύνονται, αυξάνοντας έτσι την ανησυχία του.

Η ειλικρινής και με ιδιαίτερη προσοχή καθησύχηση του ασθενή αποτελεί, μαζί με τη συμβουλή, την πιο κοινή μορφή ιατρικής θεραπείας (Balint, 1961), επιτρέποντας την κατανόηση και τη συμμετοχή του στη θεραπευτική διαδικασία. Η αγωνία και το άγχος που διακατέχει τον ασθενή με την ολοκλήρωση της κλινικής εξέτασης χρήζουν διαχείρισης από τον ιατρό, προκειμένου ο ασθενής να ηρεμήσει και να αισθανθεί καλύτερα, ώστε να προετοιμαστεί για την από κοινού λήψη της πληροφορίας που αφορά τη διαχείριση της κατάστασής του και τη συμμετοχή του σε αυτή. Η ρεαλιστική ενημέρωση του ασθενή σχετικά με τη φύση των προβλημάτων του κάνει, επίσης, πιο εύκολη τη συμμετοχή του και προωθεί την αυτονομία του αναφορικά με την επιλογή θεραπευτικής αγωγής (Fins, 2001), καθώς και τη διαμόρφωση ενός εναλλακτικού θεραπευτικού σχεδίου, σε περίπτωση απο-

τυχίας του αρχικού, αλλά και την αποδοχή και κατανόηση μιας επιδείνωσης της κατάστασής του ή αποτυχίας της θεραπείας. Η αποφυγή χρήσης δυσνόητων ιατρικών όρων και εξεζητημένων εκφράσεων, καθώς και οι διευκρινίσεις σε απλή και κατανοητή γλώσσα συμβάλλουν στην αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας. Ο ιατρός οφείλει να μην αποκρύψει από τον ασθενή τη σοβαρότητα της κατάστασής, βασιζόμενος στην υπόθεση ότι ο ασθενής ενδεχομένως να μην μπορεί να διαχειριστεί τη διάγνωση μιας κατάστασης απειλητικής για τη ζωή του και να τον καθησυχάσει λέγοντας απλά πως «δεν έχει τίποτα». Ο τρόπος, όμως, και ο βαθμός ενημέρωσης αποκτά μια ηθική διάσταση και πρέπει να σέβεται την επιλογή του ασθενή (De Zulueta, 2007), καθώς εξαρτάται από παράγοντες που αφορούν τόσο τον ίδιο τον ασθενή, όπως ψυχολογικοί (προσωπικότητα), πολιτισμικοί (αντιλήψεις σε σχέση με την ασθένεια και τη θεραπεία της), όσο και το περιβάλλον του, καθώς και τις συνθήκες κάτω από τις οποίες αυτός ζει (οικογένεια, κοινότητα κ.ά).

Είναι σημαντική η παροχή της σχετικής πληροφορίας, είτε αφορά τη διάγνωση είτε τις θεραπευτικές επιλογές, αφού πρώτα ανιχνευθεί και προσδιοριστεί ο βαθμός ενημέρωσης και συμμετοχής που επιθυμεί ο ίδιος ο ασθενής. Δεν πρέπει να λησμονούμε ότι η παροχή αυτής της πληροφορίας είναι απαραίτητη και ουσιαστική για τη φάση της από κοινού λήψης απόφασης, που θα ακολουθήσει. Στο πλαίσιο αυτό, ο ιατρός, με πειστικό και τεκμηριωμένο λόγο, απαντά στα βασικά ερωτήματα του ασθενή σχετικά με τα ευρήματα και τη σοβαρότητα της κατάστασης (ασθένειας) που διέγνωσε και του εξηγεί τη σημασία της δικής του συμμετοχής στην προτεινόμενη θεραπευτική διαδικασία. Η κατανόηση και η ενσυναίσθηση από πλευράς του ιατρού βοηθούν στη στήριξη του ασθενή και αυξάνουν την ικανοποίησή του, επηρεάζοντας θετικά την αποτελεσματικότητα της σχέσης του με τον ιατρό.

Η ενημέρωση του ασθενή σχετικά με τη μορφή, τον μηχανισμό δράσης και το αναμενόμενο αποτέλεσμα της θεραπείας αναμένεται, επίσης, να συμβάλει στην αποτελεσματική διαχείριση της κατάστασης του ασθενή. Ανάλογη επίδραση έχουν διευκρινίσεις που αφορούν τον τρόπο δράσης, τη δόση και τον τρόπο λήψης των φαρμάκων, τη διάρκεια χορήγησής τους, καθώς και τις παρενέργειες τους. Η ενημέρωση δεν περιορίζεται καθαρά στη φαρμακευτική αγωγή αλλά επεκτείνεται και στην παροχή πληροφορίας και διευκρινίσεων που αφορούν συνήθειες υγείας (κάπνισμα, κατανάλωση οινοπνεύματος, διατροφή, άσκηση) και γενικότερα τον τρόπο ζωής. Επιπλέον, η ενημέρωση επεκτείνεται και στους παράγοντες που μπορούν πιθανά να την επηρεάσουν, όπως οι αντιλήψεις του ασθενή σχετικά με τη φύση και την προέλευση της ασθένειας (π.χ. αντιλήψεις που δεν επιτρέπουν τη μετάγγιση αίματος), το κόστος της αγωγής, ο τρόπος χορήγησης (π.χ. άρνηση χρήσης υποθέτων), πιθανές παρενέργειες σε συνδυασμό με τον τύπο και την προσωπικότητα του ασθενή (π.χ. αύξηση βάρους σε γυναίκες), καθώς επίσης και παράγοντες του περιβάλλοντος, όπως ταυτόχρονες θεραπείες και παρουσία άλλων νόσων (συννοσηρότητα), οι συνθήκες διαβίωσης του ασθενή (π.χ. στήριξη από άλλα άτομα, ύπαρξη ψυγείου σε ινσουλινοθεραπευόμενο διαβήτη).

Η ενημέρωση και η συζήτηση με τον ασθενή δεν εστιάζεται μόνο στην επιλογή της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής αλλά και σε αποφάσεις που αφορούν αλλαγή στη στάση και στη συμπεριφορά του ασθενή απέναντι σε παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία του και την παρέμβαση του ιατρού. Η αλλαγή της συμπεριφοράς, βέβαια, είναι μια σημαντική πρόκληση και προϋποθέτει την αλλαγή της στάσης τόσο του γνωστικού όσο και του συναισθηματικού στοιχείου (Γεώργας, 1986). Η αλλαγή μόνο του γνωστικού στοιχείου, του βαθμού ενημέρωσης δηλαδή, δεν αρκεί και χρειάζονται ειδικές μέθοδοι και τεχνικές για να αλλάξει η στάση. Χρειάζεται συμβουλευτική προσέγγιση που να μην προκαλεί την αντίσταση αλλά λαμβάνει υπόψη την ετοιμότητα του ασθενή για αλλαγή και τον ενθαρρύνει να προβεί ο ίδιος σε εκτίμηση του προβλήματός του και της λύσης του, βελτιώνοντας την εσωτερική του παρακίνηση (Butler et al., 1996). Παράμετροι που συμμετέχουν και συμβάλλουν στην αλλαγή της στάσης είναι η πηγή του μηνύματος (ο ομιλητής, ο ιατρός ή ένα ειδικά εκπαιδευμένο άτομο), τα χαρακτηριστικά του μηνύματος, ο δέκτης του μηνύματος (ο ακροατής, ο ασθενής) και οι συνθήκες κάτω από τις οποίες βρίσκεται ο ίδιος ο ακροατής (Γεώργας, 1986). Η χρήση μεθόδων από τις θεωρίες της συμπεριφοράς και της κοινωνικής ψυχολογίας αναμένεται να βοηθήσουν στην επικοινωνία ιατρού-ασθενή. Η δε εκμάθηση τεχνικών προσέγγισης του ασθενή με εστίαση στην ανάδειξη της σημασίας της συμπεριφοράς και με στόχο την παρακίνηση του ασθενή για αλλαγή συνηθειών και συμπεριφορών (motivational interviewing) έχει λάβει ιδιαίτερη προσοχή τα τελευταία χρόνια (Miller & Rollnick, 2009).

Ο σχεδιασμός και ο προγραμματισμός της επόμενης συνάντησης είναι σημαντικός για την εξασφάλιση μιας συνέχειας στη σχέση και την ασφάλεια και ικανοποίηση του ασθενή. Τα επόμενα βήματα και η επόμενη συνάντηση (ή συναντήσεις) με τον ασθενή ορίζονται, κατά προτίμηση, πριν φύγει από το ιατρείο, ενώ ταυτόχρονα

καθορίζονται και διευκρινίζονται εναλλακτικές και δικλείδες ασφαλείας για την περίπτωση αναμενόμενων αλλαγών στην κατάσταση του ασθενή ή δυσκολιών στην επαφή του με τον ιατρό (π.χ. τηλεφωνική επικοινωνία, διακοπή της αγωγής υπό όρους κλπ.) Μια ορισμένη ημερομηνία επανεξέτασης εξασφαλίζει την επιστροφή του ασθενή ακόμη και στην περίπτωση που υπάρχει βελτίωση των συμπτωμάτων αλλά κρίνεται απαραίτητη η παρακολούθησή του. Εξασφαλίζει, επίσης, τη συνέχεια της σχέσης αφού μια μη προγραμματισμένη αναζήτηση βοήθειας μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα, ιδιαίτερα στην περίπτωση δημοσίων μονάδων υγείας, να συναντήσει ο ασθενής άλλον ιατρό, με συνέπεια τη δυσaréσκείά του, την εγκατάλειψη της θεραπείας και γενικά τη μη αποτελεσματική αντιμετώπιση της κατάστασής του.

Οι παραπάνω προτάσεις που αφορούν την ενημέρωση του ασθενή, είναι εύκολα εφαρμόσιμες στην περίπτωση ενός ασθενή με οξεία ή χρόνια μη ψυχική ασθένεια, η οποία δεν απειλεί άμεσα τη ζωή του. Στην περίπτωση σοβαρής ασθένειας, ο ιατρός στην ενημέρωσή του θα πρέπει να λάβει υπόψη του και πολλούς παράγοντες ανάμεσα στους οποίους η στάση και η συμμετοχή της οικογένειας του ασθενή.

Οδηγοί παρατήρησης επικοινωνιακής συμπεριφοράς

Διάφορες μέθοδοι-οδηγοί έχουν αναπτυχθεί και διαμορφωθεί με στόχο την πληρέστερη και αποτελεσματικότερη χρήση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων κατά την κλινική άσκηση της ιατρικής, αλλά και την οργάνωση, διαμόρφωση και αξιολόγηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων επικοινωνίας. Διακρίνονται δύο βασικές προσεγγίσεις: οι εστιάζουσες στη θεραπεία (ανάγκη να γνωρίζει και να κατανοεί) και οι εστιάζουσες στη φροντίδα (ανάγκη να κάνει γνωστό και κατανοητό). Επιπλέον, οι μέθοδοι διαφοροποιούνται ως προς την κλινική σχετικότητα/καταλληλότητα, τη στρατηγική παρατήρησης, την αξιοπιστία, την εγκυρότητα και τις περιεχόμενες παραμέτρους επικοινωνιακής συμπεριφοράς. Η επιλογή προς χρήση τέτοιων οδηγών δεν είναι εύκολη. Οι ανάγκες και οι στόχοι εκπαίδευσης αλλά και η διαθεσιμότητα και αξιοπιστία της μεθόδου αποτελούν βασικά κριτήρια επιλογής, ενώ τα χαρακτηριστικά της είναι δυνατό να επηρεάσουν τα αποτελέσματα μιας διαδικασίας αξιολόγησης ή άλλων μελετών. Ο συνδυασμός των δύο βασικών προσεγγίσεων παρέχει μια ολοκληρωμένη θεώρηση και ένα ασφαλές πλαίσιο άσκησης και μελέτης στην επικοινωνία (Kalamazoo Consensus Statement, 2001).

Οδηγός Calgary - Cambridge

Η οδηγός παρατήρησης Calgary – Cambridge (Kurtz, Silverman and Draper, 2005) για τη διδασκαλία και τη χρήση δεξιοτήτων επικοινωνίας στην ιατρική αποτελεί μια τέτοια ολοκληρωμένη προσέγγιση. Εναρμονίζεται πλήρως με διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες (Kalamazoo Consensus Statement, 2001) και επιχειρεί να εντάξει λειτουργικά την επικοινωνία στην ιατρική συνέντευξη.

Το γενικό πλαίσιο της μεθόδου επισημαίνει επτά βασικά καθήκοντα με τα οποία ο ιατρός καλείται να στηρίξει μια αποτελεσματική ιατρική συνέντευξη. Η έναρξη, η συγκέντρωση των πληροφοριών, η φυσική εξέταση, οι επεξηγήσεις και ο σχεδιασμός και, τέλος, το κλείσιμο της συνέντευξης αποτελούν καθήκοντα που καλύπτονται σε αλληλοδιαδοχή, ενώ παράλληλα και σε όλη τη διάρκεια της συνέντευξης, ο ιατρός καλείται να εξασφαλίσει δύο ακόμη βασικά καθήκοντα, δηλαδή να παρέχει συγκεκριμένη δομή στη συνέντευξη και να προάγει τη σταδιακή εδραίωση και ανάπτυξη της σχέσης του με τον ασθενή.

Καθένα από τα επτά αυτά βασικά καθήκοντα αναλύεται και συγκεκριμενοποιείται ως προς το περιεχόμενό του. Έτσι, στην έναρξη τονίζονται, η φάση της προετοιμασίας, η εδραίωση μιας πρώτης ζεστής επαφής, η συγκεκριμενοποίηση του λόγου προσέλευσης του ασθενή. Κατά τη συγκέντρωση των πληροφοριών, επισημαίνεται η ανίχνευση των προβλημάτων του ασθενή, με έμφαση τόσο στη βιοϊατρική – αντικειμενική διάσταση της ασθένειας, όσο και στην υποκειμενική της, όπως αυτή εκφράζεται από τον ασθενή, καθώς και η διερεύνηση του υπόβαθρου και του πλαισίου αναφοράς του ασθενή. Η φυσική εξέταση λαμβάνει χώρα με βάση τους κανόνες και τις αρχές της ιατρικής επιστήμης, με επιπλέον μέλημα τη μείωση του αισθήματος αβεβαιότητας ή συστολής του ασθενή.

Κατά τη φάση της επεξήγησης και του σχεδιασμού, δίνεται έμφαση στην παροχή ποιοτικά και ποσοτικά των κατάλληλων πληροφοριών, με τρόπο που επιδιώκει την κατανόηση και την ακριβή ανάκλησή τους από τον ασθενή και με σεβασμό στην υποκειμενική διάσταση της νόσου του. Ο σχεδιασμός των θεραπευτικών παρεμβάσεων βασίζεται σε από κοινού αποφάσεις, βάσει του πρότυπου της ώριμης συμμετοχής. Κατά την τελική

φάση, κρίνεται σημαντική η ανίχνευση του κατάλληλου σημείου για το κλείσιμο της συνεδρίας και η επιδίωξη ενός σχεδιασμού μελλοντικής αντιμετώπισης της νόσου. Η έκδηλη οργάνωση της συνέντευξης και η προσοχή στη ροή της κρίνονται ουσιαστικές για την εξασφάλιση μιας αποτελεσματικής δομής. Για τη σταδιακή ανάπτυξη μιας αποτελεσματικής σχέσης ιατρού-ασθενή, αξιοποιείται η χρήση κατάλληλης μη λεκτικής επικοινωνίας, η ανάπτυξη ζεστής επαφής και η εμπλοκή του ασθενή στη θεραπευτική διαδικασία.

Ολοκληρώνοντας την αναφορά στον οδηγό παρατήρησης Calgary – Cambridge, κρίνεται αναγκαίο να γίνουν κάποιες επισημάνσεις. Ο κατάλογος των επικοινωνιακών δεξιοτήτων είναι σύνθετη, όπως και η ιατρική συνέντευξη που δεν συνοψίζεται σε γενικότητες. Όλες οι δεξιότητες είναι σημαντικές για την ιατρική συνέντευξη και υποστηρίζονται από τη θεωρία και την έρευνα. Η λίστα τους δεν είναι στατική αλλά εξελίσσεται δυναμικά με βάση την επιστημονική τεκμηρίωση. Δεν υπάρχουν καλές ή κακές δεξιότητες επικοινωνίας παρά κατάλληλες δεξιότητες για την κατάλληλη περίπτωση. Τέλος, δεν είναι απαραίτητο να χρησιμοποιούνται πάντα όλες οι επικοινωνιακές δεξιότητες (Kurtz, Silverman and Draper, 2005).

Μια τέτοια οργανωμένη προσέγγιση της επικοινωνίας εξασφαλίζει πλεονεκτήματα (Sanson-Fisher, Fairbairn and Maguire, 1981):

α. για την άσκηση της ιατρικής, αφού προλαμβάνει την παρατεταμένη άσκοπη αναζήτηση πληροφορίας και την απώλεια σημαντικών πληροφοριών, προωθεί τη σκόπιμη και όχι την τυχαία χρήση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων και τη συνειδητοποίηση των σταδίων της ιατρικής συνέντευξης,

β. για την εκπαίδευση, αφού οργανώνει την επικοινωνία σε μια εύχρηστη μορφή, παρέχοντας τη δομή που επιτρέπει την εντόπιση της χρήσης των δεξιοτήτων, όπως αυτή προκύπτει τυχαία κατά την κλινική πρακτική και τη συγκρότησή τους, ως σύνολο, στο πλαίσιο της ιατρικής συνέντευξης, ενώ, ταυτόχρονα, πλεονεκτεί υπέρ των εκπαιδευτών, αφού προσφέρει συγκρότηση κατά τη διδασκαλία και επιτρέπει μια «εκ του αποτελέσματος» προσέγγιση της εκπαιδευτικής διαδικασίας,

γ. για την έρευνα, αφού παρέχει το πλαίσιο ανάπτυξης εργαλείων παρατήρησης, εκτίμησης και αξιολόγησης. Η ακολουθία αυτή διερευνά και εκτιμά την αντικειμενική διάσταση της υγείας πάνω στην οποία βασίζει αποκλειστικά τον σχεδιασμό και την εφαρμογή της θεραπευτικής διαδικασίας. Παραβλέπει, ωστόσο, παντελώς την υποκειμενική διάσταση της υγείας με αποτέλεσμα (Kurtz, Silverman, Benson, Draper, 2003):

- Μεγάλο ποσοστό των ενοχλημάτων ή ανησυχιών των ασθενών δεν ανακαλύπτονται ή παρερμηνεύονται ή δεν τους αποδίδεται η δέουσα σημαντικότητα.

- Η προσέγγιση του ασθενή στοχεύει συνήθως στην απάντηση των ερωτημάτων του ιατρού ή ακόμη απλώς στην επιβεβαίωση των πρώιμων και συχνά αβάσιμων υπονοιών του, ενώ οι συνεχείς διακοπές από τον ιατρό δεν επιτρέπουν στον ασθενή πλήρη έκθεση των προβληματισμών του.

- Η ικανοποίηση του ασθενή μειώνεται κατακόρυφα όταν αγνοούνται οι προβληματισμοί του.

- Οι ιατροί δεν εκθέτουν τις σκέψεις τους στον ασθενή, αν το κάνουν σπάνια χρησιμοποιούν απλή και κατανοητή γλώσσα, τείνουν να υπερεκτιμούν τον χρόνο που αφιερώνουν στον ασθενή τους και να παρανοούν τη σημαντικότητα που έχουν για τον ασθενή συγκεκριμένες πληροφορίες.

- Η αμφιβολία οδηγεί τους ασθενείς σε κακή «συμμόρφωση», αυξάνει το κόστος της παροχής φροντίδας, οδηγεί σε νομικές αντιπαραθέσεις και δημοσιοποίηση αυτών στα Μ.Μ.Ε.

- Η ικανοποίηση των ιατρών από το επάγγελμά τους μειώνεται με συνέπειες στην επαγγελματική τους απόδοση αλλά και στην προσωπική τους ζωή

Μια τέτοια προσέγγιση, ως άνω, διερευνά τη φύση και τους χαρακτήρες της νόσου, την εμπειρία της ασθένειας από τον ασθενή, τις συνέπειες της νόσου και της ασθένειας στη ζωή του, το βιοϊατρικό - ψυχολογικό – κοινωνικοπολιτισμικό υπόβαθρό του. Λαμβάνει υπόψη την άποψη, τις επιθυμίες και τις προσδοκίες του ιατρού και του ασθενή. Επιδιώκει τον σεβασμό και την εμπιστοσύνη, την αλληλοκατανόηση, την αλληλοϋποστήριξη και τη συνεργασία, την ενημέρωση και την εμπλοκή του ασθενή στις διαδικασίες, τον σχεδιασμό και τον προγραμματισμό ως προς τις επιδιώξεις, τη διαμόρφωση και την υλοποίηση κοινά αποδεκτού σχεδίου δράσης. Επιτυγχάνει, έτσι, τη μείωση του αισθήματος της αβεβαιότητας και την αύξηση του αισθήματος της ικανοποίησης για τον ιατρό και τον ασθενή, την αποφυγή σύγκρουσης/ διάσπασης της σχέσης τους, καθώς και υψηλή ακρίβεια και αποτελεσματικότητα στη διαγνωστική και θεραπευτική διαδικασία (Kurtz, Silverman, Benson, Draper, 2003).

Κλινική Περίπτωση 2

Δεσποινίδα 15 ετών συνοδευόμενη από τη μητέρα της προσέρχεται στο γραφείο ενός ειδικευμένου ιατρού με τα παρακάτω συμπτώματα και σημεία:

(α) υψηλός πυρετός από τριημέρου, και (β) διογκωμένοι τραχηλικοί λεμφαδένες.

Ο ιατρός διαγιγνώσκει «πυώδη αμυγδαλίτιδα» και χορηγεί αντιβιοτικά χωρίς οδηγίες και συμβουλές. Ο πυρετός μετά από τέσσερα 24ωρα δεν υποχωρεί, η γενική κατάσταση του παιδιού επιδεινώνεται και η μητέρα του, που ανησυχεί ιδιαίτερα, επισκέπτεται δεύτερο ιατρό, ο οποίος αρκείται στο να την καθησυχάσει αλλάζοντας το αντιβιοτικό.

Την 6η ημέρα, η γενική κατάσταση είναι κακή και υπάρχει δεκατική κίνηση. Η μητέρα τηλεφωνεί σε γνωστό ιατρό, ο οποίος μιλάει για λάθος διάγνωση και αναφέρει τη διάγνωση της λοιμώδους μονοπυρήνωσης, καθησυχάζοντάς την ότι πρόκειται περί ιογενούς λοιμώξεως η οποία δεν απαιτεί θεραπεία και συμβουλεύει τη μητέρα να προχωρήσει σε ειδικό κλινικοεργαστηριακό έλεγχο.

Την 11η ημέρα, η ασθενής εμφανίζει ίκτερο και εισάγεται επειγόντως σε νομαρχιακό νοσοκομείο. Οι ιατροί της εφημερίας δεν παίρνουν ιστορικό, δεν αξιολογούν την πορεία της νόσου και μιλούν για ηπατίτιδα, επιδεινώνοντας την κατάσταση της οικογένειας.

Ερωτήσεις:

1. Προσδιορίστε με σαφήνεια τα λάθη στα οποία υπέπεσαν όλοι οι ιατροί στη συγκεκριμένη πορεία του νοσήματος, συζητώντας τα από τη σκοπιά της σχέσης ιατρού-ασθενή.
2. Ποιες θα ήταν οι δικές σας ενέργειες εάν ήσασταν ο πρώτος ή ο τελευταίος ιατρός;

Βιβλιογραφικές αναφορές

Ελληνικές

- Βενιού, Α., & Τεντολούρης, Ν. (2013). Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(5), 613-18.
- Γεώργας, Δ. (1986). Κοινωνική Ψυχολογία, Αθήνα.
- Γεώργας, Δ. (1986). Οι Στάσεις. Στο βιβλίο Κοινωνική Ψυχολογία. Γεώργας Δ., Αθήνα, 120-163.
- Γεώργας, Δ. (1986). Η Αλλαγή των Στάσεων. Στο βιβλίο Κοινωνική Ψυχολογία, Γεώργας Δ., Αθήνα, 164-191).
- Γεώργας, Δ. (1990). Η επικοινωνία και οι διαπροσωπικές σχέσεις: Η μη λεκτική επικοινωνία. Στο βιβλίο Κοινωνική Ψυχολογία, Τόμος Α', Αθήνα, 285-304.
- Ivey, A.E., & Gluckstern, N.B. (1995). Συμβουλευτική: Βασικές Δεξιότητες Επιρροής, μτφ. επιμ. Μ. Μαλικιώση-Λοϊζου. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Κομνηνάκης, Μ.Κ. (1998). Η Γλώσσα του Σώματος. Αθήνα: Εκδ. Έλλην.
- Λιονής, Χ., Slikkerveer, J.L., Φασατάκης, Ν., Φιορέτος, Μ. (1994). Ονομασίες ασθενειών στην τοπική διάλεκτο της Δυτικής Κρήτης. Το Βήμα των Κοινωνικών Επιστημών, 4:157-71
- Morris, D. (1986). Η Σημασία της Επαφής, μτφ. Μ. Βερέττας. Αθήνα, Ωρόρα.
- Ναυρίδης, Κ. (1994). Η διατομική επικοινωνία. Στο βιβλίο Κλινική Κοινωνική Ψυχολογία. Αθήνα, Παπαζήση.
- Παναγοπούλου, Ε., & Μπένος, Α. (2004). Η επικοινωνία στην ιατρική εκπαίδευση: Ζήτημα ανάγκης ή άκαιρη πολυτέλεια; *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 21(4), 385-390.
- Παπαδάκη-Μιχαηλίδη, Ε. (1995). Η Σιωπηλή Γλώσσα των Συναισθημάτων. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Παπαδάτου, Δ., & Αναγνωστόπουλος, Φ. (1995). Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Πιπερόπουλος, Γ. (1996). Επικοινωνώ άρα Υπάρχω. Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα, 48, 51.
- Pease, A. (1991). Η Γλώσσα του Σώματος, μτφ. Δ. Ευαγγελόπουλος, Αθήνα, Έσοπτρον, 11.
- Τσουνής, Α., & Σαράφης, Π. (2014). Η επικοινωνία ιατρού-ασθενούς ως παράμετρος καθορισμού της παρεχόμενης φροντίδας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(5), 534-540.
- Alonso, Y. (2004). The biopsychosocial model in medical research: the evolution of the health concept over the last two decades. *Patient education and Counselling*, 53, 239-244
- Arneill, A., & Devlin, A. (2002). Perceived Quality Of Care: The Influence Of The Waiting Room Environment. *Journal of Environmental Psychology* 22, 345-360

- Aronsson, K., & Satterlund-Larsson, U. (1987). Politeness strategies and doctor-patient communication. On the social choreography of collaborative thinking doctor-patient communication. *Journal of Language and Social Psychology*, 6 (1)
- Balint, M. (1961). *Psychotherapy*. In: *The Doctor, his Patient and the Illness*. Pitman Medical Publishing Co. Ltd, London, 107-214.
- Balint, M. (1964). *The Apostolic-Function - I. Iv: The Doctor, His Patient and the Illness*. Pitman Medical Publishing Co.LTD. London, 215-229.
- Barry, C.A., Bradley, P.C., Britten, N., Stevenson, F.A., Barber, N. (2000). Patients' invoiced agenda in general practice consultations: qualitative study. *BMJ*, 320:1246-1250.
- Beck, R.S., Daughtridge, R., Sloane, P.D. (2002). Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review. *J Am Board Fam Med*, 15(1), 25-38.
- Bensing, J.M., Tromp, F., Van Dulmen, S., Van den Brink-Muinen, A., Verheul, W., Schellevis, F. (2006). Shifts in doctor-patient communication between 1986 and 2002: a study of videotaped general practice consultations with hypertension patients. *BMC Fam Pract*, 7(1), 62.
- Bickley, L., & Szilagyi, P.G. (2012). *Bates' guide to physical examination and history-taking (11th Edition)* ISBN: 978-1-60913-762-5.
- Blum, R.H. (1960). *The Management of the Doctor-Patient Relationship*. Mc Graw-Hill Book Company, Inc., New York, Toronto, London.
- Blum, R.H. (1960). *The Patient's Attitude toward the Doctor*. In: *The Management of The Doctor-Patient Relationship*. McGraw-Hill Book Company, Inc.. New York, Toronto, London, 67-93.
- Blum, R.H. (1960). *The Office Call*. In: *The Management of The Doctor-Patient Relationship*, McGraw-Hill Book Company, Inc., New York, Toronto, London, 150-169.
- Boon, H., & Stewart, M. (1998). Patient-physician communication assessment instruments; 1986 to 1996 in review. *Patient Educ Couns*, 35(3), 161-76.
- Butler, C., Rollnick, S., Stott, N. (1996), *The practitioner, the patient and resistance to change: recent ideas on compliance*. *Can Med Assoc J*, 154 (9)
- Clarke, A., & Cohen, A.B. (2010). Bringing it all back home: can Europeans learn from recent moves toward the medical home in US primary health care reform? *European Journal of Public Health*, 613-615
- Cocksedge, S., George, B., Renwick, S., Chew-Graham, C.A. (2013). Touch in primary care consultations: qualitative investigation of doctors' and patients' perceptions. *Br J Gen Pract*, 63(609), e283-e290.
- Coelho, K.R., & Galan, C. (2012). Physician cross-cultural nonverbal communication skills, patient satisfaction and health outcomes in the physician-patient relationship. *International Journal of Family Medicine*, (376907), 2090-2042.
- Coulter, A. (1999). Paternalism or partnership? *BMJ*, 319-719
- D'Elia, G. (1999). To know that the physician is really listening. *Lakartidningen*, 96(3), 203-6.
- De Zulueta, P. (2007). *Primary Care Ethics -Truth, trust and the doctor-patient relationship*. Oxon, United Kingdom ISBN-10: 1-85775-730-0
- Ekman, P. (1972). Universals and Cultural Differences in Facial Expressions of Emotions. In Cole, J. (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation* (pp. 207-282). Lincoln, NB: University of Nebraska Press.
- Engel, George L. (1962). *Psychological development in health and disease*. Oxford, England: W. B. Saunders.
- Fernández, E.I. (2010). Verbal and nonverbal concomitants of rapport in health care encounters: implications for interpreters. *The Journal of Specialised Translation*, 14, 216-227.
- Fins, J.J. (2001). *Topics in Palliative Care: Volume 5 -Truth-telling and reciprocity in the doctor-patient relationship: A North American perspective*. Oxford University Press. ISBN: 0-19-513220-3
- Friedman, H.S. (1979). The concept of skill in nonverbal communication: Implications for understanding social interaction. In R. Rosenthal (Ed.), *Skill in Nonverbal Communication: Individual Differences* (pp. 2-27). Cambridge, MA: Oelgeschlager, Gunn & Hain.
- Goold, S.D., & Lipkin, M. (1999). *The Doctor-Patient Relationship Challenges, Opportunities, and Strategies*. *J Gen Intern Med*. (Suppl 1), S26-S33.
- Gorney, M. (1999). The role of communication in the physician's office. *Clin Plast Surg*, 26(1), 133-41, ix.
- Grol, R., Wensing, M., Mainz, J., Ferreira, P., Hearnshaw, H., Hjortdahl, P., Olesen, F., Ribacke, M., Spenser, T., Szécsényi, J. (1999). Patients' priorities with respect to general practice care :an international comparison. *European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP)*. *Fam Pract*, 16(1), 4-11.

- Haq, C., Steele, D.J., Marchand, L., Seibert, C., Brody, D. (2004). Integrating the art and science of Medical Practice: Innovations in Teaching Medical Communication Skills. *Fam Med*, 36, S43-S50.
- Heath, C. (1984). Participation in the medical consultation: the co-ordination of verbal and nonverbal behaviour between the doctor and patient. *Sociology of Health & Illness*, 6 (3).
- Hogg, M.A., & Vaughan, G.M. (1995). *Language and Communication*. In: *Social Psychology: an introduction*. Prentice Hall, Harvester Wheatsheaf, London.
- Joosten, E.A.G., DeFuentes-Merillas, L., De Weert, G.H., Sensky, T., Van der Staak, C.P.F., De Jong, C.A. (2008). Systematic Review of the Effects of Shared Decision-Making on Patient Satisfaction, Treatment Adherence and Health Status. *Psychother Psychosom*, 77, 219–226.
- Kalamazoo Consensus Statement. (2001). *Acad Med*, 76, 391.
- Klitzman, M. (2006). Improving Education on Doctor–Patient Relationships and Communication: Lessons from Doctors
- Knapp, M.L. (1978). *Nonverbal Communication In Human Interaction*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Kurtz, S., Silverman, J., Benson, J., Draper, J. (2003). Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary–Cambridge Guide.s *Academic Medicine*, 78(8), 802-8
- Kurtz, S., Silverman, J., Draper, J. (2005). *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine* (2nd Ed). Radcliffe Publishing (Oxford)
- Lang, F., Floyd, M., Beine, K.L. (2000). Clues to patients’ explanations and concerns about their illnesses. A call for active listening. *Arch Fam Med*, 9(3), 222-27.
- Lionis, C., Papadakis, S., Tatsi, C., Bertsiyas, A., Duijker, G., Mekouris, P. B., Boerma, W., Schäfer, W. (2015). Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study). Submitted to *BMC Health Services Research* for publication.
- Luban-Plozza, B. (1995). Empowerment techniques: from doctor-centered (Balint approach) to patient-centered discussion groups. *Patient Edu Couns*, 26(1-3), 257-63.
- Marcinowicz, L., Konstantynowicz, J., Godlewski, C. (2010). Patients’ perceptions of GP non-verbal communication: a qualitative study. *Br J Gen Pract*, 60(571), 83–87.
- Mercer, S.W., Neumann, M., Wirtz, M., Fitzpatrick, B., Vojt, G. (2008). General practitioner empathy, patient enablement, and patient-reported outcomes in primary care in an area of high socio-economic deprivation in Scotland—a pilot prospective study using structural equation modelling. *Patient Education and Counseling*, 73(2), 240-245.
- Meryn, S. (1998). Improving doctor-patient communication. *BMJ*, 316(7149), 1922-30.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2009). Ten things that Motivational Interviewing is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 129-140
- Montague, E., Chen, P., Xu, J., Chewning, B., Barrett, B. (2013). Nonverbal interpersonal interactions in clinical encounters and patient perceptions of empathy. *J Participat Med*, 14(5), e33-e48.
- Morgan, M. (2003). *Sociology as Applied to Medicine-The doctor-patient relationship*, 49-65, (Sixth Edition by Scambler G.) ISBN: 978-0-7020-2901-1
- Murray, M., Davies, M., Boushon, B. (2007). Panel Size: How Many Patients Can One Doctor Manage? *Fam Pract Manag.*, 14(4), 44-51.
- Ogden, J., Fuks, K., Gardner, M., Johnson, S., McLean, M., Martin, P., Shah, R. (2002). Doctors expressions of uncertainty and patient confidence. *Patient Education and Counseling* 48, (2), 171–176
- Ong, L.M., de Haes, J.C., Hoos, A.M., Lammes, F.B. (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Soc Sci Med*, 40(7), 903-18.
- Pawlikowska, T., Zhang, W., Griffiths, F., Van Dalen, J., Van der Vleuten, C. (2012). Verbal and non-verbal behavior of doctors and patients in primary care consultations – how this relates to patient enablement. *Patient Education and Counseling*, 86(1), 70-76.
- Roter, D., Frankel, R., Hall, J., Sluyter, D. (2006). The expression of emotion through nonverbal behaviour in medical visits: mechanisms and outcomes. *J Gen Intern Med*, 21(Suppl 1), S28–34.
- Ruusuvuori, J. (2001). Looking means listening: coordinating displays of engagement in doctor–patient interaction. *Soc Sci Med*, 52(7), 1093-1108.
- Sanson-Fisher, R.W., Fairbairn, S., Maguire, P. (1981). Teaching skills in communication to medical students—a critical review of the methodology. *Medical Education*, 15, 33-37.
- Schäfer, W.L.A., Boerma, G.W., Murante, A.M., Sixma, H.J.M., Schellevis, G.F., Groenewegen, P. (2015).

Assessing the potential for improvement of primary care in 34 countries: a cross-sectional survey. *Bull World Health Organ*, 93, 161–168

Seidel, H.M., Ball, J.W., Dains, J.E., Flynn, J.A., Solomon, B.S., Stewart, R.W. (2011). *Mosby's guide to physical examination (Seventh Edition)*. ISBN: 978-0-323-05570-3

Silverman, J., Kurtz, S., Draper, J. (2005). *Skills for Communicating with Patients (2nd Ed)*. Radcliffe Publishing (Oxford)

Silverman, J. (2010). Doctors' non-verbal behavior in consultations: look at the patient before you look at the computer. *Br J Gen Pract*, 60(571), 76-78.

Thompson, D.A., Yarnold, P.R., Williams, D.R., Adams, S.L. (1996). Effects of Actual Waiting Time, Perceived Waiting Time, Information Delivery, and Expressive Quality on Patient Satisfaction in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*, 8(6), 657–665

Triandis, H.C. (1971). *Attitude and Attitude Change*. New York: Wiley.

Triandis, H.C. (1977). *Interpersonal Behavior*. Monterey: Brooks/Cole.

West, C. (1993). “‘Ask Me No Questions . . .’ An Analysis of Queries and Replies in Physician-Patient Dialogues” in Todd, A, Fisher, S (eds) *The Social Organization of Doctor-Patient Communication* 2nd edition USA: Ablex Publishing Corporation

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 - ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ & ΣΥΜΠΟΝΙΑ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ ΙΑΤΡΟΥ-Α- ΣΘΕΝΟΥΣ

Χ. Λιονής, S. Shea & Α. Μαρκάκη



Ιστορική αναδρομή - έννοια της ενσυναίσθησης

Ο όρος «εμπάθεια» (empathy) έχει απασχολήσει τον χώρο των κοινωνικών και ανθρωπιστικών επιστημών από τις αρχές του 20ου αιώνα. Προέρχεται από τον Titchener ως μετάφραση της γερμανικής λέξης «Einfühlung», που αναφέρεται στη «διαδικασία του εξανθρωπισμού των αντικειμένων, το γεγονός ότι αισθανόμαστε τον εαυτό μας μέσα σε αυτά» (Håkansson, 2003).

Ο όρος απασχόλησε ιδιαίτερα το πεδίο της Ψυχολογίας μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, όπου το φαινόμενο διερευνήθηκε ιδιαίτερα από τους κλινικούς ψυχολόγους Rogers και Kohut. Σύμφωνα με τον πρώτο, η εμπάθεια αντιστοιχίθηκε με «την ικανότητα του θεραπευτή να αναγνωρίζει με ακρίβεια το εσωτερικό του άλλου ατόμου και να καταλαβαίνει, με τα συναισθηματικά στοιχεία που εμπεριέχονται, ως ο ίδιος να ήταν το άλλο άτομο άτομο» (Rogers, 1959). Αργότερα, υποστήριξε ότι πρόκειται για μια διαδικασία που σήμαινε ότι τα άτομα που λάμβαναν αυτή την ενσυναισθηματική κατανόηση εμπιστευόνταν και κατανοούσαν καλύτερα τον εαυτό τους, ώστε να υιοθετούν θετικές αλλαγές συμπεριφοράς (Rogers, 1975). Ο δεύτερος ψυχολόγος έδωσε δύο ορισμούς για την ενσυναίσθηση, έναν πιο αφηρημένο και έναν πιο εφαρμοσμένο. Σύμφωνα με τον αφηρημένο, η εμπάθεια είναι μια «αντιπροσωπευτική ενδοσκόπηση» (Kohut, 1959), ενώ, στον εφαρμοσμένο, η ενσυναίσθηση ορίστηκε ως «η ικανότητα του ατόμου να σκέφτεται και να αισθάνεται τον εαυτό του στην εσωτερική ζωή ενός άλλου προσώπου» (Kohut, 1984).

Πρόσφατα, η έννοια της εμπάθειας αναγνωρίστηκε ως μια μορφή συναισθηματικής ανάμειξης, η οποία θεωρείται ότι είναι ωφέλιμη στον χώρο της Ιατρικής για τη φροντίδα του ασθενή και ότι αποτελεί βασικό συστατικό της σχέσης ιατρού-ασθενή, στο πλαίσιο της εστίασης στην ολιστική ή ανθρωποκεντρική φροντίδα. Έχει αναφερθεί ότι η εμπάθεια περιλαμβάνει «ένα γνωστικό (σε αντίθεση με το συναισθηματικό) χαρακτηριστικό που αφορά την κατανόηση των εσωτερικών εμπειριών και των αντιλήψεων του ασθενούς, σε συνδυασμό με την ικανότητα να 'μεταδίδεται' και να γίνεται αντιληπτή αυτή η κατανόηση από τον ασθενή» (Hoyat et al., 2002). Αυτή η «κοινοποίηση» της ικανότητας του ιατρού στον ασθενή προϋποθέτει, σαφώς, κατάλληλες επικοινωνιακές δεξιότητες από τον ιατρό, ώστε να καταφέρει να μεταδώσει το αίσθημα που βιώνει τη στιγμή εκείνη στον ασθενή.

Γενικά, υποστηρίζεται ότι η εμπάθεια αφορά μια έννοια που εμπεριέχει τόσο γνωστικά όσο και συναισθηματικά χαρακτηριστικά. Συγκεκριμένα, η μεν γνωστική συνιστώσα αφορά τη σύλληψη μιας υποτιθέμενης κατάστασης για το πώς αισθάνεται ένα άλλο άτομο που βρίσκεται σε μια συγκεκριμένη κατάσταση, ενώ η συναισθηματική συνιστώσα αφορά τη διαδικασία κατά την οποία ο ιατρός αντιλαμβάνεται τι είναι αυτό που βιώνει ο ασθενής (Halpern, 2003). Αυτή η προσέγγιση διευκολύνει την ιατρική συλλογή πληροφοριών για τον ασθενή και, ως εκ τούτου, πραγματοποιείται πιο ακριβής διάγνωση και παρέχεται καλύτερη φροντίδα. Επίσης, βοηθά τους ασθενείς να έχουν μεγαλύτερη αυτονομία και να συμμετέχουν στη θεραπεία τους, ενώ οδηγεί σε θεραπευτικές αλληλεπιδράσεις που επηρεάζουν άμεσα την αποκατάσταση του ασθενή.

Η αναγνώριση από μέρους των ιατρών των δυο παραπάνω χαρακτηριστικών της εμπάθειας αναμένεται να συμβάλει ουσιαστικά στην καλή επικοινωνία με τον ασθενή. Έτσι, ο ιατρός, τοποθετώντας τον εαυτό του στη

θέση του ασθενή, μπορεί να κατανοήσει την κατάστασή του, κάτι που, σταδιακά, θα τον οδηγήσει υποσυνείδητα στην υιοθέτηση κοινωνικής συμπεριφοράς που εκπέμπει ευαισθησία, ζεστασιά, αισιοδοξία (Larson & Yao, 2005).

Η έννοια της συμπόνιας στη γενική ιατρική

Η συμπόνια ως έννοια

Η έννοια της εμπάθειας συχνά συγχέεται με αυτή της συμπόνιας (compassion), αν και η δεύτερη εμπεριέχει το στοιχείο της επίγνωσης αυτού που υποφέρει, παράλληλα με την επιθυμία ανακούφισής του (Chochinov, 2007). Στην εμπάθεια δεν υπάρχει κάποια κινητοποίηση ή αντίδραση για ανταπόκριση στο βίωμα του ασθενή (Weiner & Auster, 2007), ενώ η συμπόνια δεν μένει μόνο στην επίγνωση του “πόνου”.

Τα τελευταία χρόνια, έχει αυξηθεί έντονα το διεθνές ενδιαφέρον από τις επιστήμες υγείας για την έννοια της συμπόνιας και έχει επιχειρηθεί, σε διεθνές επίπεδο, προσέγγιση από διαφορετικά γνωστικά πεδία και οπτικές γωνίες (Shea & Lionis, 2010). Η ανάγκη για συμπονετική φροντίδα (compassionate care) φαίνεται περισσότερο από ανάγκες γίνεται φανερή σε αρκετές αναφορές, ανάμεσα στις οποίες περιλαμβάνεται και η αναφορά του Sir Robert Francis (2013) με την κοινοποίηση των ελλειμμάτων ακόμη και στοιχειώδους φροντίδας στο Νοσοκομείο Stafford του Ηνωμένου Βασιλείου. Η έλλειψη συμπόνιας φαίνεται να συνδέεται με την αδυναμία του συστήματος υγείας να καλύψει τις θεμελιώδεις ανάγκες των ασθενών αλλά και με τα ελλείμματα στην ανάπτυξη της οργανωσιακής κουλτούρας στις δομές φροντίδας (Fotaki, 2015). Ειδικά στη χώρα μας, όπου το φαινόμενο της κοινωνικοοικονομικής κρίσης είναι έντονο, καθίσταται αναγκαία η ενσωμάτωση της συμπόνιας στην παροχή φροντίδας υγείας από τους επαγγελματίες υγείας (Lionis, 2015). Η συμπόνια είναι μια σύνθετη έννοια που εμπεριέχει και άλλες αξίες, όπως η συμπάθεια, η ενσυναίσθηση και ο σεβασμός. Αντανακλά μια βαθιά επίγνωση του γεγονότος ότι κάποιος υποφέρει, σε συνδυασμό με την επιθυμία να προσφερθεί ανακούφιση (Chochinov, 2007). Η συμπονετική φροντίδα είναι η διανοητική, ψυχολογική και πνευματική προσφορά ενέργειας, προκειμένου να ικανοποιηθούν οι ανάγκες του πάσχοντα ή για την προαγωγή της ευεξίας. Προϋποθέτει την «ελεγχόμενη συναισθηματική συμμετοχή» του επαγγελματία υγείας (ευαισθησία στα συναισθήματα, κατανόηση της σημασίας τους και σκόπιμη, αλλά ελεγχόμενη, ανταπόκριση σε αυτά).

Γιατί η εστίαση στη συμπονετική φροντίδα;

Αρκετή συζήτηση στη βιβλιογραφία γίνεται σχετικά με τους λόγους για τους οποίους δίνεται έμφαση και εκδηλώνεται ενδιαφέρον για τη συμπόνια. Οι λόγοι είναι αρκετοί και οι επιδράσεις της συμπόνιας θα πρέπει να μελετηθούν τόσο από την οπτική του ασθενή όσο και του ιατρού.

Η συμπόνια φαίνεται να οδηγεί σε μείωση του άγχους (π.χ. προεγχειρητικού), γρηγορότερη ανάρρωση και καλύτερη διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων (π.χ. χρόνιος πόνος) (CCARE, Fogarty, Curbow, Wingard, McDonnell, Somerfield, 1999). Επιπρόσθετα, όταν ο ιατρός προσεγγίζει τον ασθενή του με συμπόνια, μπορεί να του εμπνεύσει εμπιστοσύνη και ο ασθενής, με τη σειρά του, να αισθανθεί ότι ο ιατρός αφιερώνει αρκετό χρόνο και ακούει τα προβλήματά του με προσοχή, ότι, γενικότερα, ενδιαφέρεται, φροντίζει, νοιάζεται γι' αυτόν και το εκδηλώνει παρέχοντας την κατάλληλη συμβουλευτική υποστήριξη (Suchman, Markakis, Beckman, Frankel, 1997). Αυτό συμβάλλει στην ανάπτυξη μιας περισσότερο αποτελεσματικής σχέσης, με σαφή επίδραση στη συμμόρφωση στη θεραπεία αλλά και στην αλλαγή της συμπεριφοράς. Σε σχετική μελέτη (Thom, 2001), όπου διερευνήθηκαν οι παράγοντες που αυξάνουν την εμπιστοσύνη του ασθενή προς τον ιατρό, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στους παράγοντες αυτούς συγκαταλέγονται η επιπλέον αφιέρωση χρόνου εκ μέρους του ιατρού για να ακούσει τις ανησυχίες και τους προβληματισμούς του ασθενή, η αίσθηση φροντίδας και πραγματικού ενδιαφέροντος από τον ιατρό για τον ασθενή που καλλιεργείται σε ένα άνετο περιβάλλον, οι καλοί τρόποι και η οπτική επικοινωνία, το γεγονός ότι ο ιατρός λαμβάνει υπόψη τη γνώμη του ασθενή, η ικανότητα του ιατρού να ακούει τον ασθενή και να αφογκράζεται τους φόβους και τις αγωνίες του με συμπόνια και κατανόηση. Είναι αναγκαία, λοιπόν, μια προσέγγιση πιο εστιασμένη στον ασθενή, που να τον αντιμετωπίζει ως ολότητα και να απευθύνεται τόσο στις σωματικές όσο και στις ψυχικές ανάγκες του. Μια τέτοια προσέγγιση έρχεται σε πλήρη αντίθεση με το πατερναλιστικό βιοϊατρικό μοντέλο που συχνά ακολουθείται στο προπτυχιακό επίπεδο σπουδών των ιατρικών σχολών στη χώρα μας, οι οποίες σε μεγάλο βαθμό ακολουθούν συμβατικές μεθόδους

διδασκαλίας.

Επιπλέον, πρόσφατη έρευνα (Jensen et al., 2014) μελέτησε τον τρόπο με τον οποίο ο ιατρός αισθάνεται τον πόνο του ασθενή κατά την αλληλεπίδρασή τους. Όπως έδειξαν τα αποτελέσματα, οι ιατροί μπορούσαν να αισθανθούν τον πόνο των ασθενών τους και, επίσης, όσο περισσότερο συνέπασχαν και ανακούφιζαν τον πόνο των ασθενών, ενεργοποιούσαν δικές τους περιοχές ανακούφισης του πόνου στον εγκέφαλό τους. Ακόμη, ο ιατρός που παρέχει συμπονετική φροντίδα οδηγείται σε προσωπική ωρίμανση, βελτίωση της αυτοεκτίμησης και της εμπιστοσύνης στον εαυτό του και στην αλτρουιστική προσφορά φροντίδας. Επίσης, αυξάνεται η ικανοποίησή του καθώς αισθάνεται ότι είναι «απαραίτητος» για τον ασθενή και τονώνεται το αίσθημα της αυτοπραγμάτωσης καθώς υλοποιεί τον σκοπό που έχει ταχθεί να υπηρετήσει.

Τι πρέπει να διαθέτει ο ιατρός για την παροχή συμπονετικής φροντίδας;

Μερικά υποθετικά στοιχεία συμπόνιας που πρέπει να διαθέτει ο γενικός ιατρός είναι το ενδιαφέρον, η προσεκτική ακρόαση του ασθενή, το γενικότερο αίσθημα συμπόνιας που πρέπει να τον διακατέχει ως προσωπικότητα, η ανοχή, το επεξηγηματικό ύφος επικοινωνίας, η υπομονή, η εκτίμηση και ο σεβασμός προς τον ασθενή, η προσοχή στη λεπτομέρεια και η εξοικείωση που αναπτύσσεται με την πάροδο του χρόνου (Danielsen & Cawley, 2007). Τα στοιχεία αυτά είναι ιδιαίτερα σημαντικά όταν ο ιατρός οφείλει να παρέχει ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας σε ηλικιωμένους ευπαθείς (frail) ασθενείς και σε ασθενείς που βρίσκονται σε τελικό στάδιο φροντίδας. Η συμπόνια φαίνεται να διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη διευκόλυνση της εστιασμένης στον ασθενή επικοινωνίας, στις περιπτώσεις που ο γενικός ιατρός πρέπει να είναι ευαίσθητοποιημένος αναφορικά με την κουλτούρα, τη φιλοσοφία και τις προτιμήσεις του ασθενή, όταν καλείται να του ανακοινώσει δυσάρεστα νέα ή να παρέχει παρηγορητική φροντίδα στο τέλος της ζωής.

Σύμφωνα με τον Chochinov (2007), ο ιατρός οφείλει να αντιμετωπίζει την επαφή με τον ασθενή όπως θα έκανε με οποιαδήποτε σημαντική κλινική παρέμβαση, η επαγγελματική συμπεριφορά απέναντι στον ασθενή πρέπει πάντα να διέπεται από σεβασμό και καλοσύνη και η πιθανή έλλειψη θεραπευτικών επιλογών δεν θα πρέπει ποτέ να αποτελεί λόγο για διακοπή της επαφής με τον ασθενή. Για τη διευκόλυνση της επικοινωνίας με τον ασθενή, πρέπει αυτός να έχει όλη την προσοχή του ιατρού και ο ιατρός να μη διστάζει να τον συμβουλεύει να συνοδεύεται από κάποιο κοντινό του πρόσωπο, ιδιαίτερα όταν η συζήτηση περιλαμβάνει σύνθετα ή «δύσκολα» θέματα. Τα προσωπικά θέματα θα πρέπει να συζητούνται με σεβασμό και σε ιδιωτικό χώρο και η πληροφορία να αποτελείται από εύκολα κατανοητή ορολογία και να συνοδεύεται πάντα από ερωτήσεις προς τον ασθενή για τυχόν ανάγκη περαιτέρω διευκρινίσεων. Με δεδομένο ότι η ασθένεια και η αλλαγή στο επίπεδο υγείας μπορεί να είναι δύσκολα διαχειρίσιμα από τον ασθενή και την οικογένειά του, πρέπει να δίνονται επανειλημμένα εξηγήσεις από τον ιατρό.

Εμπόδια στην εφαρμογή της συμπονετικής φροντίδας

Ο ιατρός, ωστόσο, μπορεί να αντιμετωπίσει κάποια εμπόδια ή δυσκολίες στην παροχή συμπονετικής φροντίδας προς τον ασθενή και να θέσει σε αβεβαιότητα τη σχέση του με αυτόν. Τέτοιου είδους δυσκολίες μπορεί να είναι η αδυναμία «αντικειμενικής» απόφασης-ενημέρωσης του ασθενή και η αντιμετώπιση ηθικού διλήμματος λόγω της διαπροσωπικής σχέσης, τα προσωπικά βιώματα και πεποιθήσεις του ίδιου του ιατρού (Κάρλου & Πατηράκη, 2011), η έλλειψη εκπαίδευσης στην «ελεγχόμενη συναισθηματική συμμετοχή». Επιπλέον, το έμφυτο άγχος λόγω παρουσίας ενός ξένου ή άγνωστου χαρακτηριστικού μπορεί να σταθεί εμπόδιο την εκδήλωση ενσυναίσθησης και συμπόνιας (Martin et al., 2015). Όλα αυτά υπογραμμίζουν τη σημασία της εκπαίδευσης των ιατρών από το προπτυχιακό επίπεδο, παρά τη συζήτηση που γίνεται σήμερα σχετικά με τον βαθμό στον οποίο η συμπόνια μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο διδασκαλίας. Η αναγκαιότητα διδασκαλίας της συμπόνιας υιοθετείται βαθμιαία από την τριτοβάθμια εκπαίδευση και ενσωματώνεται σε προτάσεις του ευρύτερου ιατρικού εκπαιδευτικού πλαισίου, με στόχο την ενθάρρυνση των εκπαιδευόμενων στην υιοθέτηση ηθικών αξιών και γενικότερα συστημάτων αξιών που θα αναγνωρίζουν τη συμπονετική φροντίδα ως σημαντική και απαραίτητη ικανότητα, ισότιμη με τις παραδοσιακές για την άσκηση της Ιατρικής (Pence, 1983). Η διδασκαλία μπορεί να γίνει ποικιλοτρόπως και, πιο ειδικά, μέσω της έκθεσης/παρατήρησης της συμπόνιας ως αρετής βασισμένης σε αληθινές ιστορίες, μέσω της λογοτεχνίας ή της τέχνης, μέσω της ενθάρρυνσης του στοχασμού πάνω στην κλινική πρακτική ή μέσω μη συμβατικών ομιλιών/συζητήσεων με συναδέλφους που έχουν οι ίδιοι νοσήσει, συλλόγους ασθενών, μέλη οικογενειών φροντιστών (Chochinov, 2007). Στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Κρήτης, τα τελευταία χρόνια έχει εισαχθεί στο πρόγραμμα σπουδών η διδασκαλία της συμπονετικής φροντίδας και έχει τύχει θετικής αποδοχής από τους πρωτοετείς φοιτητές (Lionis, Shea and Markaki, 2011). Στην υποστήριξη της διδασκαλίας της συμπονετικής φροντίδας στοχεύει και η πρόσφατη έκδοση του βιβλίου με τίτλο «Providing Compassionate Health Care-Challenges in policy and practice (2014).

Αντίθετα, χαρακτηριστικά της απουσίας συμπονετικής φροντίδας αποτελούν ο περιορισμένος διαθέσιμος χρόνος από την πλευρά του ιατρού για εξατομικευμένη φροντίδα του ασθενή, η επικέντρωση στην μηχανιστική προσφορά, που αντιμετωπίζει τον ασθενή σαν αντικείμενο, η παράβλεψη ουσιαστικής επικοινωνίας – εξατομικευμένης ενημέρωσης του ασθενή (Cole-King & Gilbert, 2011), ακόμη και η έλλειψη σεβασμού των προσωπικών επιλογών κάθε ασθενή (θρησκευτικές, πολιτισμικές ιδιαιτερότητες) μειώνοντας την εμπιστοσύνη στη σχέση ιατρού-ασθενή.

Τέλος, μερικοί τρόποι για τη διασφάλιση της συμπονετικής φροντίδας είναι η υποστήριξη και από άλλους επαγγελματίες υγείας σε επίπεδο ομάδας, αλλά και από τη διοίκηση σε οργανωσιακό επίπεδο, κυρίως με την αλλαγή της οργανωσιακής κουλτούρας, η λήψη μέτρων πρόληψης του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης, η ανταλλαγή εμπειριών σε τοπικό αλλά και διεθνές επίπεδο, η εστίαση σε καινοτομίες σε πιλοτικά στάδια εφαρμογής, η σκέψη και ο στοχασμός στην καθημερινή πράξη (στοχαστική πρακτική), καθώς και η δυνατότητα του ιατρού να μοιράζεται συναισθήματα, εμπειρίες και θετικά αποτελέσματα με συναδέλφους και φίλους (Schwartz Center Rounds).

Επιπλέον, η έρευνα στο πεδίο της συμπονετικής φροντίδας, που δεν έχει λάβει την προσοχή που θα χρειαζόταν, αναμένεται να συμβάλει στην τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητάς της και στην περαιτέρω υπογράμμιση της σημασίας της. Στην κατεύθυνση αυτή κινείται και το ηλεκτρονικό περιοδικό Journal of Compassionate Health Care (<http://www.jcompassionatehc.com/>), που από χρόνου έχει αρχίσει να δημοσιεύει άρθρα έρευνας και ανασκόπησης

Εμπειρίες ασθενών

Παρακάτω παρατίθενται δυο σενάρια σχετικά με τη συμπονετική φροντίδα και τα δανειζόμαστε από τις εργαστηριακές ασκήσεις του μαθήματος «Συμπονετική Φροντίδα» που διδάσκεται ως κατ' επιλογήν μάθημα στο β' εξάμηνο της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης.

Κλινική Περίπτωση 3: Εμπειρία ασθενή/οικογένειας σε νοσοκομείο Α, Ελλάδα

Το παρακάτω κείμενο έχει περικοπεί και προσαρμόστηκε από το αρχικό δημοσίευμα για τις ανάγκες της διδασκαλίας.

Ερωτήσεις:

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΑΣΚΗΣΗ – ΣΕΝΑΡΙΟ #1

Πηγή: Εφημερίδα Πατρίς (<http://www.patris.gr/print/200804/133027>)
Ημ/νία - Ώρα: 6/5/2011, 10:53

Καταγγέλλει αδιαφορία που οδήγησε στο θάνατο τη μητέρα της

Την αδιαφορία με την οποία - όπως ισχυρίζεται - αντιμετωπίστηκε η μητέρα της η οποία νοσηλεύθηκε πριν λίγες ημέρες σε δομή δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας (δομή Α) με αναπνευστικό πρόβλημα αλλά κατέληξε την περασμένη Δευτέρα στην Εντατική άλλου νομαρχιακού νοσοκομείου (δομή Β) -ελλείπει κρεβατιού ΜΕΘ στον νομό - από σημαντικό επεισόδιο που προσβλήθηκε από μικρόβιο, όπως την ενημέρωσαν από το νοσηλευτικό ίδρυμα, καταγγέλλει η εκπαιδευτικός ΠΜ στην παρακάτω επιστολή της:

“Τη Δευτέρα 2 Μαΐου η μητέρα μου πέθανε στη δομή Β από σημαντικό επεισόδιο που προκλήθηκε από μικρόβιο του οποίου η ταυτότητα ερευνάται. Οι γιατροί εκεί έκαναν ό,τι μπορούσαν για να τη σώσουν και τους ευχαριστούμε βαθιά.

Πριν τη νοσηλεία της στην Εντατική της δομής Β, προηγήθηκε η νοσηλεία της στην Πνευμονολογική Κλινική της δομής Α όπου έγινε η εισαγωγή της τη Δευτέρα του Πάσχα μιας και το νοσοκομείο εφημέρευε. Φυσικά με την εισαγωγή της αναφέρθηκε στους γιατρούς όλο το ιστορικό αλλά και τα τωρινά προβλήματα στο αναπνευστικό, τους πόνους στο γοφό και τη μέση από πέσιμο την προηγούμενη βραδιά, τη διάρροια που τη βασάνιζε και την έντονη ατονία. Οσον αφορά τους πόνους από το πέσιμο της έγινε ακτινογραφία αλλά το περιστατικό εκτιμήθηκε ότι ανήκε στην Πνευμονολογική Κλινική.

Δεν ξέρω ποιο μικρόβιο πέθανε τη μητέρα μου, όμως το μικρόβιο της “αδιαφορίας” τόσο των γιατρών όσο και των νοσηλευτών της Πνευμονολογικής Κλινικής της δομής Α μάς άγγιξε όλους και προπαντός την άρρωστη μητέρα μου. Και φυσικά το αν το συγκεκριμένο μικρόβιο της “αδιαφορίας” την οδήγησε τελικά στο θάνατο μένει να διερευνηθεί”.

1. Αξιολογήστε τα αποτελέσματα της έλλειψης συμπόνιας στην κλινική φροντίδα της ασθενούς και στην οικογένεια της.
2. Αναφέρετε 3 ερωτήσεις εκτίμησης της στάσης του πνευμονολόγου αναφορικά με τον πόνο της ασθενούς (σύμφωνα με τον Chochinov, 2007). Τι διαφορετικό θα κάνατε εσείς στη θέση του;
3. Ποιες διορθωτικές δράσεις θα προτείνατε για το προσωπικό της Κλινικής (σύμφωνα με το άρθρο του Chochinov, 2007 ή με αυτά που διδαχθήκατε στα εργαστήρια);

Κλινική Περίπτωση 4: Μαθαίνοντας τα δυσάρεστα νέα - Ελλάδα

http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_ell_1_05/05/2012_481153

Ανακοινώντας ψυχρά τα «κακά νέα»

Της Λίνας Γιάνναρου

Λίγες σκηνές της ζωής της μπορεί η Καίτη Αποστολίδου να επαναφέρει στη μνήμη της με τέτοια ευκρίνεια όσο εκείνη στο γραφείο του ογκολόγου, περιμένοντας τα αποτελέσματα της βιοψίας. Ο γιατρός μπήκε μέσα, κάθισε, άνοιξε τον φάκελο και χωρίς να σηκώσει τα μάτια από τα χαρτιά του, χωρίς ούτε μια στιγμή να την κοιτάξει κατά πρόσωπο, της ανακοίνωσε: «Είναι καρκίνος. Πότε μπορείτε να έρθετε για τη μαστεκτομή;»

Η κ. Αποστολίδου δεν «μάσησε». Η θλίψη της μετατράπηκε σε οργή για την απαθή αντιμετώπιση του ιατρού, που με τη σειρά της πυροδότησε τη διάθεση για εξαντλητική έρευνα γύρω από τις διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές, οδηγώντας εν τέλει στον αποκλεισμό της μαστεκτομής. Πόσοι όμως ασθενείς στη θέση της θα «λύγιζαν» από την ψυχρή ανακοίνωση; Πόσο εκπαιδευμένοι είναι οι γιατροί στην επικοινωνία μιας κακής πρόγνωσης, στην προσέγγιση ασθενών με σοβαρά προβλήματα υγείας; Το κρίσιμο αλλά παραγνωρισμένο θέμα της σχέσης ιατρού-ασθενή, που σύμφωνα με τους ειδικούς μπορεί να επηρεάσει ακόμα και την έκβαση της θεραπείας, βρέθηκε στο προσκήνιο σε ειδική εκδήλωση που διοργάνωσε πριν από λίγες ημέρες ο Σύλλογος Νέων Ιατρών με θέμα «Κοιτάζοντας στα μάτια την πρόγνωση». «Μετά εκείνη την ψυχρολουσία, επισκέφθηκα άλλους πέντε γιατρούς, οι οποίοι επίσης αρνούσαν να με ακούσουν. Αρνούνταν να συζητήσουν μαζί μου», είπε στην ομιλία της κ. Αποστολίδου. «Σε μια περίπτωση μάλιστα, αφού περίμενα επί μισή ώρα γυμνή από τη μέση και πάνω σε μια αίθουσα ιατρείου, μπήκε ο γιατρός και απευθύνθηκε στη βοηθό του: «Τι έχουμε;» Η βοηθός τού είπε τις λεπτομέρειες του «περιστατικού» και μόνο τότε γύρισε σε μένα και χωρίς να με εξετάσει μού είπε να ντυθώ. «“Θα σας εξετάσω αύριο το πρωί πριν από τη μαστεκτομή”». “Μα γιατί κατευθείαν μαστεκτομή για ένα τόσο μικρό ογκίδιο”», αναρωτήθηκα. «Γιατί αυτή τη μέθοδο ακολουθώ και με αυτή είμαι σίγουρος» ήταν η απάντηση. Εγώ, ο γιατρός, αποφασίζω, ήταν η «μετάφραση». Έτσι ήταν οι περισσότεροι από τους γιατρούς που συνάντησε κατά την περιπέτεια της υγείας της. Όσο καλοί επιστήμονες κι αν ήταν, δεν ήταν διατεθειμένοι να συνεργαστούν μαζί της στη διαμόρφωση της θεραπείας: να ασχοληθούν όχι με το περιστατικό, αλλά με τον ίδιο τον ασθενή.

Αυτή η αντιμετώπιση είναι τόσο συνηθής που σχεδόν δεν την παρατηρούμε. Δεν είναι τυχαίο ότι σε διεθνές συνέδριο, σε ερώτηση για το εάν για την πορεία της θεραπείας αποφασίζει ο γιατρός ή ο ασθενής, ήταν μόνο οι Έλληνες και οι Μεξικανοί που αναφώνησαν με έκδηλη απορία: «Μα ο γιατρός φυσικά!». «Είναι χαρακτηριστικό ότι στα ιατρικά συνέδρια, οι μόνοι που δεν συμμετέχουν είναι οι ασθενείς, εκείνοι δηλαδή για τους οποίους γίνεται όλη η φασαρία!» λέει η κ. Αποστολίδου. «Κι όμως», συνεχίζει, «όλες οι σύγχρονες θεωρίες, τοποθετούν τον ασθενή στη θέση του συνοδηγού, και όχι του απλού επιβάτη, στο ταξίδι της θεραπείας».

Η προσωπική της εμπειρία την έκανε να αφιερωθεί τα επόμενα χρόνια στην προώθηση των δικαιωμάτων των ασθενών και δη των λεγόμενων e-patients. Ο όρος περιγράφει τους «σύγχρονους», δικτυωμένους, έμπειρους ασθενείς, οι οποίοι προσέρχονται στα ραντεβού έχοντας κάνει προεργασία, τους ασθενείς που έχουν το θάρρος της γνώμης τους και είναι έτοιμοι να θέσουν καίριες ερωτήσεις και να ζητήσουν συμπληρωματική ενημέρωση. «Κάποια πράγματα ακούγονται αυτονόητα, ενώ δεν είναι», εξηγεί η ίδια. «Ενώ για παράδειγμα ο ασθενής θα πρέπει να έχει ανά πάσα στιγμή το δικαίωμα της πρόσβασης στον φάκελό του, πολλά νοσοκομεία θέτουν διάφορα εμπόδια. Έτσι καταλήγεις να παίρνεις τον φάκελό σου μόνο όταν είναι πολύ αργά». Στο ίδιο πλαίσιο, ο χρόνος του ιατρικού ραντεβού ολοένα συρρικνώνεται. «Ίδιως στο Δημόσιο, πολύ σπάνια ένα ραντεβού κρατά πάνω από 20 λεπτά. Είναι αδιανόητο όμως ιδίως ένα ραντεβού με ογκολογικό ασθενή να διαρκεί κάτω από 45 λεπτά». Το πρόβλημα ξεκινά από τα «απλά» περιστατικά. «Εάν χρονομετρήσετε, θα δείτε ότι, όταν πάτε σε έναν ειδικό, θα σας σταματήσει στα πρώτα 28 δευτερόλεπτα και θα σας πει “εντάξει, έχετε αυτό και θα πάρετε αυτό”», λέει η κ. Αποστολίδου.

Η οικονομική συγκυρία λειτουργεί ακόμα πιο επιβαρυντικά. Είναι όμως τώρα περισσότερο από ποτέ που η προσοχή θα πρέπει να στραφεί στον άνθρωπο, κατέληξαν οι ειδικοί.

«Ο ασθενής είναι προσωπικότητα»

Η εξέλιξη της επιστήμης και της τεχνολογίας έχει δώσει στους γιατρούς τα εργαλεία ακόμη και για να προβλέψουν με σχετική ακρίβεια το προσδόκιμο ζωής ενός ασθενούς. Ένα κομπιούτερ όμως, όσο «έξυπνο» κι αν είναι, δεν μπορεί να συναγωνιστεί την εμπειρία ενός ιατρού, ούτε βέβαια να υπολογίσει τη «ζήμιιά» που μπορεί να κάνουν τα κακά νέα... «Οι στατιστικές γενικώς πρέπει να αμφισβητούνται», τόνισε στην ημερίδα του Συλλόγου Νέων Ιατρών ο παθολόγος-ογκολόγος και διευθυντής του Ογκολογικού Τμήματος του Ιατρικού Κέντρου Αθηνών Δημήτριος Τζανίνης. «Τα στατιστικά δεδομένα βασίζονται κατά κύριο λόγο σε γεγονότα περασμένων δεκαετιών, ενώ αφορούν και ασθενείς που κατέληξαν πιθανώς από άλλες αιτίες και όχι από τη βασική νόσο.

Σε κάθε περίπτωση, έχει βρεθεί ότι μια ψυχρή, ωμή αποκάλυψη της πρόγνωσης μπορεί να επισπεύσει μια τελεσίδικη κατάσταση. Η ομαδοποίηση σε στατιστική κατηγορία χάνει τη μοναδικότητα του ατόμου. Η άποψή μου είναι ότι θα πρέπει να δίνουμε την αίσθηση στον ασθενή ότι οι πιθανότητες να αντιμετωπιστεί το πρόβλημά του είναι άριστες.

Ερωτήσεις

1. Με βάση τις αρχές της συμπονετικής φροντίδας, ποιος θα ήταν ο ενδεδειγμένος τρόπος ενημέρωσης της ασθενή για τα δυσάρεστα νέα;
2. Σύμφωνα με τους Danielsen & Cawley (2007), ποια από τα υποθετικά στοιχεία της συμπονετικής φροντίδας απουσιάζουν στην αλληλεπίδραση ιατρού-ασθενή;
3. Ποια είναι η αναμενόμενη αντίδραση (βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα) της ασθενούς που πληροφορείται μια διάγνωση όπως ο καρκίνος μαστού; Τι θα σας βοηθούσε, ως νέος ιατρός, να προβλέψετε την πιθανή πορεία αντιμετώπισης της νόσου από την ασθενή;

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Center for Compassion and Altruism Research and Education (CCARE) at Stanford University. Διαθέσιμο στο <http://ccare.stanford.edu/tag/compassion/> [Τελευταία πρόσβαση 29/09/2015]
- Chochinov, H.M. (2007). Dignity and the essence of medicine: the A, B, C and D of dignity conserving care. *BMJ*, 335, 184-187
- Cole-King, A., & Gilbert P. (2011). Compassionate care: the theory and the reality, *Journal of holistic healthcare*, 8 (3), 29
- Danielsen, R.D., & Cawley, JF. (2007). Compassion and integrity in health professions education. *Internet Journal of Allied Health Sciences & Practice*, 5(2), 1-9, L.J., (2011). The origin of everything? Empathy in theory and practice. Unpublished manuscript. Διαθέσιμο στο http://www.laurelfelt.org/wp-content/uploads/2011/06/Empathy-Smith.LaurelFelt.Quals_.May2011.pdf [Τελευταία πρόσβαση 29/09/2015]
- Fogarty, L.A., Curbow, B.A., Wingard, J.R., McDonnell, K., Somerfield, M.R. (1999). Can 40 seconds of compassion reduce patient anxiety? *Journal of Clinical Oncology*, 17(1), 371.
- Fotaki, M. (2015). Why and How Is Compassion Necessary to Provide Good Quality Healthcare? *Int J Health Policy Manag*, 4(4), 199–201
- Håkansson, J. (2003). Exploring the phenomenon of empathy. Doctoral dissertation, Department of Psychology, Stockholm University
- Halpern, J. (2003). What is clinical empathy? *Journal of General Internal Medicine*, 18(8), 670-4.
- Hoyat, M., Gonnella, J.S., Nasca, T.J., Mangione, S., Veloksi, J.J., Magee, M. (2002). The Jefferson Scale of physician empathy: further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Acad Med*, 77(10), S58–S60
- Jensen, K.B., Petrovic, P., Kerr, C.E., Kirsch, I., Raicek, J., Cheetham, A., Spaeth, R., Cook, A., Gollub, R.L., Kong, J., Kaptchuk, T.J. (2014). Sharing pain and relief: neural correlates of physicians during treatment of patients. *Molecular Psychiatry*, 19, 392–398.
- Larson, E.B., & Yao, X. (2005). Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Physician Relationship. *JAMA*, 293(9), 1100-1106.
- Lionis, C. (2015). Why and How Is Compassion Necessary to Provide Good Healthcare? Comments From an Academic Physician; Comment on “Why and How Is Compassion Necessary to Provide Good Quality Healthcare?” *Int J Health Policy Manag*. 4(11), 771–772.
- Lionis, C., & Shea, S. (2014). Encouraging a focus on compassionate care within general practice/family medicine-Providing Compassionate Health Care: Challenges in Policy and Practice. Routledge, ISBN 13: 9780415704960
- Lionis, C., Shea, S., Markaki, A. (2011). Introducing and implementing a compassionate care elective for medical students in Crete. *Journal of Holistic Health care*, 8, 38-41.
- Kohut, H. (1959). Introspection, empathy, and psychoanalysis: An examination of the relationship between mode of observation and theory. In P. H. Ornstein (Ed.), *The search for the self* 1, 205-232,. New York: International University Press.
- Kohut, H. (1984). *How does analysis cure?* Chicago, The University of Chicago Press.

- Martin, L.J., Hathaway, G., Isbester, K., Mirali, S., Acland, L., Niederstrasser, N., Slepian, P.M., Trost, Z., Bartz, J.A., Sapolsky, R.M., Sternberg, W.F., Levitin, D.J., Mogil J.S. (2015). Reducing Social Stress Elicits Emotional Contagion of Pain in Mouse and Human Stranger., *Current Biology*, 25 (3), 326–332.
- Pence, G.E. (1983). Can compassion be taught? *Journal of Medical Ethics*, 9, 189-191.
- Rogers, C. (1959). A theory of therapy, personality and inter-personal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of science: Formulations of the person and the social contract*, 3, 184- 256, New York: MacGraw- Hill.
- Rogers, C. (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *Counseling Psychologist*, 5, 2-10.
- Schwartz Center Rounds Διαθέσιμο στο <http://www.theschwartzcenter.org/supporting-caregivers/schwartz-center-rounds/> [Τελευταία πρόσβαση 29/09/2015]
- Shea, S., & Lionis, C. (2010). Restoring humanity in health care through the art of compassion: an issue for the teaching and research agenda in rural health care. *Rural and Remote Health*, 10, 1679.
- Suchman, A.L., Markakis, K., Beckman, H.B., Frankel, R. (1997). A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA*, 277(8), 678-682.
- The Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Inquiry. (2013). *Independent Inquiry into Care Provided by Mid Staffordshire NHS Foundation Trust January 2005-March 2009 Volume I and II*, Chaired by Robert Francis QC, London: Stationery Office.
- Thom, D.H. (2001). Physician behaviors that predict patient trust. *J Fam Pract*, 50(4): 323-8.
- Weiner, S.J., & Auster, S. (2007), *From Empathy to Caring: Defining the Ideal Approach to a Healing Relationship*. *Yale J Biol Med*, 80(3), 123–130.
- Κάρλου, Χ., & Πατηράκη, Ε. (2011). Η έννοια της φροντίδας στην ογκολογική νοσηλευτική: ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. *Νοσηλευτική*, 50(1), 35-48.
- Γιάνναρου, Λ. (5/05/2012). Ανακοινώνοντας ψυχρά τα «κακά νέα», *Καθημερινή*, Διαθέσιμο στο : http://news.kathimerini.gr/4dcgi/_w_articles_ell_1_05/05/2012_481153 [Τελευταία πρόσβαση 28/11/2015]

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 - ΙΑΤΡΟΣ & ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Χ. Λιονής & Ε. Πιτέλου



Οικογένεια & πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας προσανατολισμένη στην οικογένεια

Η οικογένεια, ως ήδη έχει αναφερθεί, αποτελεί σημαντικό μέρος του κοινωνικού συστήματος στο οποίο αναπτύσσεται η σχέση ιατρού-ασθενή, αφού επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τις αντιλήψεις των μελών της αναφορικά με την αιτία της ασθένειας, καθώς και τη συμπεριφορά τους απέναντι σε αυτήν (Omole et al., 2011). Η οικογένεια αποτελεί ένα σημαντικό μέσο το οποίο προστατεύει τη σχέση του ιατρού με τον ασθενή, ενώ, συγχρόνως, βοηθά τον ίδιο τον ιατρό να επιτύχει ένα καλό θεραπευτικό αποτέλεσμα, αλλά και τον ίδιο τον ασθενή να ακολουθήσει τις οδηγίες του ιατρού (Di Matteo, 2004).

Οι McDaniel, Campbell και Seaburn αναφέρονται στην προσανατολισμένη στην οικογένεια πρωτοβάθμια φροντίδα (family-oriented primary care) και στο ρόλο του ιατρού σε αυτήν. Σύμφωνα με αυτούς, ο προσανατολισμένος στην οικογένεια ιατρός συλλέγει πληροφορίες όχι μόνο για τα προβλήματα που του αναφέρει ο ασθενής, αλλά και για τις οικογενειακές σχέσεις, τα πρότυπα υγείας και συμπεριφοράς όσον αφορά την ασθένεια. Ίδανικά, λαμβάνει υπόψη πώς αυτά τα πρότυπα και οι συμπεριφορές έχουν καθιερωθεί στην οικογένεια, τους υπάρχοντες συναισθηματικούς δεσμούς μεταξύ των μελών της, καθώς και για τη διαχρονική εξέλιξη αυτής, προκειμένου έτσι να καταλάβει καλύτερα τον ίδιο τον ασθενή και το περιβάλλον στο οποίο ζει. Η παράβλεψη του οικογενειακού περιβάλλοντος του ασθενή από τον ιατρό, συνήθως ως αποτέλεσμα του εργασιακού του φόρτου, συχνά περιορίζει τόσο τη διαγνωστική ικανότητα όσο και το εύρος των θεραπευτικών δυνατοτήτων που έχει (McDaniel et al., 1990).

Οικογένεια & η σχέση της με την υγεία & την ασθένεια & τη νόσο

Η δομή της οικογένειας αλλάζει ραγδαία, καθώς ο αριθμός των ζευγαριών που παραμένουν μαζί για όλη τη ζωή τους έχει μειωθεί δραστικά και η συχνότητα εμφάνισης νέων τύπων οικογένειας, όπως, για παράδειγμα, η μονογονεϊκή έχει αυξηθεί (Ellwood & Jencks, 2004). Οι μονογονεϊκές οικογένειες προκύπτουν κυρίως μετά από θάνατο ή διαζύγιο, ενώ η τρίτη κατηγορία αποτελείται από τις ανύπαντρες μητέρες. Η σημασία της οικογένειας στη διατήρηση και στην προστασία της υγείας έχει καταδειχθεί σε πολλές μελέτες. Οι δείκτες θνησιμότητας είναι μικρότεροι στα παντρεμένα άτομα, απ' ό,τι στα ίδιες ηλικίας ανύπαντρα άτομα (Gardner & Oswald, 2004). Επίσης, τα ανύπαντρα άτομα, όπως και αυτά με χαλαρούς οικογενειακούς δεσμούς, νοσηλεύονται στα νοσοκομεία για μεγαλύτερα χρονικά διαστήματα, μια τάση καταγεγραμμένη εδώ και δεκαετίες (Blum, 1960) με μια πρακτική διάσταση όσον αφορά τη μετανοσοκομειακή φροντίδα, ιδιαίτερα για ηλικιωμένα άτομα ή άτομα σε άλλες ευπαθείς ομάδες (Τριανταφύλλου και συν., 2006).

Χαρακτηριστικά, σε πρόσφατες αναφορές για την παρουσία του συνδρόμου ευαλωτότητας (frailty) σε άστεγα και ανασφάλιστα άτομα στην Κρήτη, το σύνδρομο συνδέθηκε, ανάμεσα σε άλλους παράγοντες, με την απουσία οικογενειακής ζωής (Samoli et al., 2015). Η εμφάνιση αγχογόνων παραγόντων που συνδέονται με την οικο-

γένεια και τη δομή της, όπως ο θάνατος ενός συζύγου, το διαζύγιο ή ο χωρισμός των συζύγων, δημιουργούν ένταση μέσα στην οικογένεια και φαίνεται να σχετίζονται με τη συνολική θνησιμότητα (McDaniel, Campbell and Seaburn, 1996). Περαιτέρω, υπάρχουν αναφορές που καταδεικνύουν ότι τέτοιου είδους εντάσεις ασκούν ανοσοκατασταλτική επίδραση στον οργανισμό, αυξάνοντας έμμεσα την πιθανότητα εμφάνισης νοσήματος (Schleifer, Keller, Camerino, Thornton, Stein, 1983). Για παράδειγμα, ο συσχετισμός οξείας μορφής άγχους έχει συσχετιστεί εκτενώς με φαινόμενα παροδικής ανοσοκαταστολής, ωστόσο, υπάρχουν πλέον αναφορές και για μια λιγότερο διερευνηθείσα διάσταση – τη μειωμένη δυνατότητα προσαρμογής από ανοσολογικής και ψυχολογικής πλευράς των ατόμων που αναλαμβάνουν τη φροντίδα άλλων μελών της οικογένειας με χρόνια προβλήματα υγείας, για παράδειγμα, ασθενών που πάσχουν από τη νόσο Alzheimer (Kiecolt-Glaser et al., 1987) ή παιδιών που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα υγείας (Kuster et al., 2004; Malm-Buatsi et al., 2015), βιώνοντας, ως αποτέλεσμα, χρόνιο άγχος.

Οι Holt-Lundstad, Smith και Layton (2010), ερευνώντας 308.849 συμμετέχοντες από 148 μελέτες σχετικές με τη σχέση της ύπαρξης κοινωνικών σχέσεων και της θνησιμότητας, έδειξαν ότι η παρουσία κοινωνικού δικτύου υποστήριξης αποτελεί σημαντικό παράγοντα και αυξάνει κατά 50% την πιθανότητα μακρόχρονης επιβίωσης. Το αποτέλεσμα αυτό παρέμεινε σταθερό για μεταβλητές όπως η ηλικία, το φύλο, τα αρχικά επίπεδα υγείας, τα αιτία θανάτου και η περίοδος παρακολούθησης.

Επιπλέον, η παρουσία αλλά και ο αριθμός των παιδιών που ζουν μέσα στην οικογένεια φαίνεται να επηρεάζουν θετικά το προσδόκιμο της επιβίωσης των μελών αυτής, αλλά το ίδιο ισχύει και για τις στενές σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας, με την υποκειμενική αίσθηση ασφάλειας να είναι αυξημένη (δηλαδή «αίσθηση προστασίας») (Ross et al., 2002). Είναι πάρα πολλές οι διαστάσεις, οι πλευρές και οι συμπεριφορές που επηρεάζονται, καθώς και οι συνήθειες που διαμορφώνονται. Για παράδειγμα, τα οικογενειακά γεύματα, διαπιστώνεται ότι έχουν «προστατευτικό» ρόλο, όσον αφορά στις διαταραχές θρέψης και διατροφικής πρόσληψης, ιδιαίτερα στους εφήβους (Neumark-Sztainer et al., 2007). Κατά ανάλογο τρόπο, η αλλαγή της διαιτητικής συμπεριφοράς παχύσαρκου συζύγου έχει συνδεθεί με τη συμπαράσταση των μελών της οικογένειας και ιδιαίτερα αυτή του/της συζύγου (Brownell et al., 1978) ή για παράδειγμα στην αντιμετώπιση του άγχους που προκύπτει από τη φροντίδα διαβητικού παιδιού (Koski & Kumentto, 1977). Τέτοιου είδους επιδράσεις δεν φαίνεται να περιορίζονται μόνο στα παιδιά ή στα ευπαθή μέλη, για παράδειγμα, ο υποστηρικτικός ρόλος της οικογένειας στη διάρκεια της εγκυμοσύνης μοιάζει να είναι σημαντικός όσον αφορά την έκβασή της (McDaniel, Campbell and Seaburn, 1996).

Περαιτέρω αναφορές για τη σχέση και το ρόλο της οικογένειας ως προς τους γνωστούς παράγοντες κινδύνου για τα χρόνια νοσήματα, καθώς και με συγκεκριμένα νοσήματα-καταστάσεις υγείας, όπως η παχυσαρκία, η αρτηριακή υπέρταση και ο σακχαρώδης διαβήτης, έχουν τεράστια σημασία από πλευράς πρόληψης και αντιμετώπισης χρόνιων νοσημάτων που βρίσκονται σε έξαρση και που έχουν τεράστιο κόστος τόσο για τα συστήματα υγείας όσο και για την παραγωγικότητα και την ευζωία των ατόμων, είναι, δηλαδή, κρίσιμης σημασίας και από πλευράς δημόσιας υγείας (Kameraman, Neuman, Waldfogel, Brooks-Gunn, 2003).

Ο Καθηγητής F.J.A. Huygen έχει συγγράψει ένα εξαιρετικό βιβλίο με τίτλο Family Medicine, όπου εξιστορεί πολλές από τις εμπειρίες της ζωής με τη μορφή ιστοριών από περιπτώσεις που έζησε αλλά και από τις μελέτες του σε διάφορες οικογένειες. Ουσιαστικά, θέτει τις βάσεις για μια θεραπευτική σε οικογένειες και προτρέπει σε έναν άλλο τρόπο άσκησης της σημερινής γενικής ιατρικής (Huygen, 2006).

Οι κύριοι παράγοντες κινδύνου για την καρδιαγγειακή νόσο (κάπνισμα, παχυσαρκία, υπερχοληστερολαιμία, υπέρταση) φαίνεται ότι διανέμονται στα μέλη της οικογένειας και για το γεγονός αυτό έχουν ενοχοποιηθεί διάφοροι μηχανισμοί (McDaniel, Campbell and Seaburn, 1996). Εκτός από τους γενετικούς, φαίνεται ότι και οι παράγοντες μάθησης συντελούν σε σημαντικό βαθμό. Άλλωστε, αναμένεται τα μέλη της οικογένειας, και ιδιαίτερα οι γονείς, με τις συνήθειες και τη συμπεριφορά υγείας τους, να επηρεάσουν τις συνήθειες υγείας και των άλλων μελών, και πιο συγκεκριμένα των παιδιών τους.

Είναι σημαντικό για τον ιατρό να γνωρίζει τις συνήθειες υγείας των μελών της οικογένειας του αρρώστου του, όχι μόνο για να καταλάβει το περιβάλλον του και τις επιδράσεις που ασκεί στην υγεία του, αλλά και για να μπορέσει να το τροποποιήσει, εφόσον χρειάζεται, κάτι που συζητείται στο πλαίσιο αυτού του κεφαλαίου. Είναι γνωστό ότι η ικανότητα ενός ατόμου για αυτοφροντίδα και αλλαγή του τρόπου ζωής του αποκτάται και μέσα από την οικογένεια. Στην κατεύθυνση αυτή, η μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από την υποστήριξη (συμπαράσταση) που έχει το άτομο από την οικογένεια του (McDaniel, Campbell and Seaburn, 1996). Ακόμη, οι θετικές αντιλήψεις των μελών μιας οικογένειας, όσον αφορά την πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου, ασκούν ευνοϊκή επίδραση στην υιοθέτηση ενός θετικού τρόπου ζωής ή στην

τροποποίηση (αλλαγή) του ήδη καθιερωμένου. Η ευνοϊκή επίδραση της οικογένειας στη ρύθμιση (έλεγχο) της αυξημένης αρτηριακής πίεσης φαίνεται να σχετίζεται με τη συμμόρφωση των ασθενών στις οδηγίες του ιατρού (Morisky, Levine, Green, Shaprio, Russel, Smith, 1988).

Δυστυχώς, στη χώρα μας, τα ζητήματα της αυτοφροντίδας και της αυτοδιαχείρισης στην υγεία δεν αποτελούν θέματα προτεραιότητας στις πολιτικές υγείας και η υιοθέτηση τέτοιων δεξιοτήτων από τους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη φαίνεται να είναι μικρή (Kousoulis et al., 2014), με το σακχαρώδη διαβήτη να αποτελεί χαρακτηριστικό παράδειγμα χρόνιου νοσήματος δεκτικού προς ρύθμιση με τη βοήθεια (και στήριξη) της οικογένειας. Διάφορες μελέτες έχουν δείξει κακή ρύθμιση του διαβητικού στις περιπτώσεις οικογενειών με δυσλειτουργίες (Orr et al., 1983; Pearce et al., 1981). Άλλα χρόνια νοσήματα, στον έλεγχο των οποίων η οικογένεια φαίνεται να επιδρά, είναι το βρογχικό άσθμα, η χρόνια νεφρική και καρδιακή ανεπάρκεια, καθώς και ο καρκίνος (McDaniel et al., 1996) – στην περίπτωση της χρόνιας δύσπνοιας στο πλαίσιο της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας (ΧΑΠ) (Gardiner et al., 2010). Η ΧΑΠ νόσος με υψηλό επιπολασμό και κακή πρόγνωση, τα συμπτώματά της οποίας περιορίζουν κάθε είδους δραστηριότητα και συχνά οδηγούν σε κοινωνικό αποκλεισμό και κακή ποιότητα ζωής. Ανάλογες προκλήσεις αντιμετωπίζουν οι οικογένειες και τα μέλη αυτών που φροντίζουν ασθενείς με ΧΑΠ καθώς απαιτείται να παρέχουν συναισθηματική αλλά και σωματική υποστήριξη. Παρά τις εκτεταμένα καταγεγραμμένες προκλήσεις, οι ανάγκες πληροφόρησης δεν καλύπτονται και η επικοινωνία με τον ιατρό είναι στενά συνδεδεμένη με την περαιτέρω στήριξη που απαιτείται από τη νοσηλευτική, παρηγορητική, και κοινωνική στήριξη, καθώς και τη στήριξη σε επίπεδο οικογένειας και κοινότητας. Ο ιατρός, λοιπόν, καλείται να αντεπεξέλθει σε διαλειτουργικό επίπεδο με συναδέλφους άλλων ειδικοτήτων και λοιπούς επαγγελματίες υγείας, αλλά και να είναι σε θέση να φέρει σε επαφή τον ασθενή και τα μέλη της οικογένειας που τον φροντίζουν με άλλες πηγές πληροφόρησης ή στήριξης. Η ΧΑΠ αποτελεί ένα άριστο παράδειγμα για την κατανόηση των αρχών της εστιασμένης στον ασθενή φροντίδας και της απαρτιωμένης ή ολοκληρωμένης φροντίδας (integrated care).

Οι αλλαγές στην Ελλάδα - Από την κοινότητα & το σπίτι της ελληνικής οικογένειας στο ιατρείο & στο διαγνωστικό κέντρο

Στο πέμπτο κεφάλαιο έγινε αναφορά στην εξέλιξη της σχέσης ιατρού-ασθενή στην Κρήτη. Κύρια χαρακτηριστικά της μεταβολής αυτής ήταν η αλλαγή του τύπου ιατρικής φροντίδας, από το σπίτι στο ιατρείο αρχικά και στο νοσοκομείο στη συνέχεια. Η αλλαγή του χώρου εξέτασης του ασθενή τα τελευταία χρόνια στην Κρήτη, αλλά και σε όλη την Ελλάδα, συνοδεύτηκε και από αλλαγές στον κύριο ρόλο των ιατρών. Από τον ιατρό της οικογένειας ή της κοινότητας που συναντήσαμε πριν από τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές, φτάσαμε στον ιατρό του ιδιωτικού ιατρείου της πόλης και των διαγνωστικών κέντρων. Από τις απλές τεχνικές που χρησιμοποιούσε ο ιατρός της οικογένειας (ιστορικό, κλινική εξέταση), οι οποίες βασίζονταν στην άμεση επαφή που είχε με τον άρρωστο και την καλή γνώση του ιστορικού του, της οικογένειάς του κλπ., φτάσαμε στις πολύπλοκες (διαγνωστικές-θεραπευτικές) παρεμβάσεις, που βασίζονται στην υψηλή τεχνολογία στον χώρο του ιατρείου, του διαγνωστικού κέντρου και του νοσοκομείου, που συχνά, χαρακτηρίζονται, ωστόσο, από την έλλειψη διαχρονικότητας στη σχέση οικογένειας-ιατρού (και ιατρού-ασθενή), ιδιαίτερα στα αστικά κέντρα. Τρεις παράμετροι φαίνεται να είναι υπεύθυνες για τις παραπάνω αλλαγές: (α) το έλλειμμα στη συνέχεια της φροντίδας, (β) το κόστος των υπηρεσιών υγείας και (γ) η διαφοροποίηση της διαπροσωπικής σχέσης με τον ασθενή και η αναζήτηση εξειδικευμένων υπηρεσιών στο πρώτο επίπεδο της φροντίδας.

Οι αλλαγές αυτές στην πρώτη επαφή, που καταγράφονται στη χώρα μας τις τελευταίες δεκαετίες, μαζί με τους γοργούς ρυθμούς αστικοποίησης, είχαν παρατηρηθεί αρκετά πριν στην αμερικανική κοινωνία (Blum, 1963). Ο Samuel Blum στο βιβλίο του «The Doctor and his Patient» (1960) γράφει «Όλο και περισσότερα ιδιωτικά ιατρεία έχουν φτιαχτεί μέσα στο ίδιο το νοσοκομείο, και πάλι, βάσει της λογικής ότι η μοντέρνα ιατρική απαιτεί άμεση και γρήγορη πρόσβαση σε τεχνολογικές μεθόδους που να είναι αδύνατο να παρασχεθούν στο παλαιού τύπου ιδιωτικό ιατρείο του ιατρού / ελεύθερου επιχειρηματία» (Blum, 1963). Στο βιβλίο αυτό, ο Blum επισημαίνει την αδυναμία της αμερικανικής οικογένειας της περιόδου εκείνης να αντιμετωπίσει τις σοβαρές ασθένειες των μελών της. Αυτή η αδυναμία ήταν αποτέλεσμα των αλλαγών στη δομή και τη λειτουργία, που συνέβησαν στη μεταπολεμική περίοδο και οδήγησαν, με τη σειρά τους, στην αλλαγή των παραδοσιακών στά-

σεων της οικογένειας απέναντι στην ασθένεια. Τις αλλαγές στις στάσεις και στη συμπεριφορά της αμερικανικής οικογένειας ευνόησε η ανάπτυξη υπηρεσιών φροντίδας έξω από το σπίτι.

Η διαφοροποίηση της σχέσης με τον προσωπικό ιατρό μπορεί να αποδοθεί στην εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας, που, πράγματι, σημείωσε σημαντικά άλματα μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο και ήδη έχει επηρεάσει την ελληνική αγορά της τελευταίας δεκαετίας, παρόλο που δεν έχει ολοκληρωθεί μέχρι σήμερα μια συστηματική προσπάθεια για την εκτίμηση της ποιότητας αυτής που προορίζεται για την ΠΦΥ. Τα τελευταία χρόνια, οι κοινωνιολόγοι έχουν επικεντρώσει την προσοχή τους στην οικογένεια και τις αλλαγές που έχει υποστεί εξαιτίας της εκβιομηχάνισης και των υψηλών ρυθμών αστικοποίησης που χαρακτηρίζουν τις δυτικές κοινωνίες.

Οι υψηλοί ρυθμοί αστικοποίησης (από τις αγροτικές περιοχές στα αστικά κέντρα) επίσης μπορούν να αποδοθούν στα κύρια χαρακτηριστικά της ελληνικής γεωργίας (μικρή-πολυτεμαχισμένη οικογενειακή εκμετάλλευση, χαμηλή παραγωγικότητα, ανεπάρκεια της συνεταιριστικής δραστηριότητας, μειωμένες επενδύσεις και βραδύτητα εκσυγχρονισμού των ειδών και των μεθόδων καλλιέργειας) (Μουσούρου, 1984). Οι αλλαγές αυτές, που αφορούν τη δομή της οικογένειας και έχουν αρχίσει να παρατηρούνται στη χώρα μας μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, έχουν καταστήσει τη σημερινή οικογένεια αδύναμη να αντιμετωπίσει από μόνη της τα προβλήματα υγείας των μελών της και να αναζητά τη λύση τους στο χώρο του νοσοκομείου. Περαιτέρω, σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό απ' ό,τι στο παρελθόν, τα άτομα έχουν πολύ μεγαλύτερο φάσμα επιλογών σε κάθε επίπεδο –από διατροφικές συνήθειες, μέχρι την αλλαγή τόπου –συχνά, πλέον και σε επίπεδο χώρας- κατοικίας, γεγονός που καθιστά –κατ' ανάγκη- πιο χαλαρούς τους οικογενειακούς δεσμούς ή, έστω, τη σαφή και συνεπή προς τα οικογενειακά πρότυπα και τις συνήθειες της οικογένειας, συμπεριφορά και ταυτότητα των ατόμων που απομακρύνονται από αυτή. Η επίδραση αυτή δεν δρα μόνο ανασταλτικά ή αρνητικά –είναι δυνατό, για παράδειγμα, μέσω της κοινωνικής ανέλιξης, της εκπαίδευσης ή της δυνατότητας πρόσβασης σε καινοτόμα προγράμματα, το άτομο να υιοθετήσει θετικές συμπεριφορές ή να αποβάλλει επιβλαβείς συνήθειες (για παράδειγμα, άσκηση, διατροφή, οδοντιατρική πρόληψη αλλά και διακοπή του καπνίσματος, αντιστοίχως).

Ο ρόλος της ΠΦΥ και ειδικότερα του ιατρού της οικογένειας, που, δυστυχώς, παρά τις προσπάθειες που έχουν γίνει μέχρι σήμερα, απέχει αρκετά από τον θεσμό που έχει καθιερωθεί σε πολλές χώρες της Ευρώπης, εκτιμάται ως ιδιαίτερα σημαντικός για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας και φροντίδας τα οποία αντιμετώπιζε παραδοσιακά μέχρι σήμερα η ελληνική οικογένεια.

Τέλος, μια γρήγορη επισκόπηση στατιστικών στοιχείων για την Ελλάδα (Συμεωνίδου, 2006), όσον αφορά τη γονιμότητα, το ποσοστό των γεννήσεων εκτός γάμου και το γενικό ποσοστό διαζυγίων, επιβεβαιώνει τις προηγούμενες διαπιστώσεις σχετικά με τη γήρανση του πληθυσμού, την άνοδο του αριθμού των νέων τύπων οικογένειας –πέρα από την πυρηνική και την παραδοσιακή ευρύτερη οικογένεια- όπως, για παράδειγμα, των μονογονεϊκών οικογενειών. Η σημαντική μεταβολή στην ηλικιακή πυραμίδα τις πέντε τελευταίες δεκαετίες, με σημαντική μείωση στη βάση (μειωμένη γονιμότητα) και σημαντική διεύρυνση στην κορυφή (ιατρική πρόοδος στους τομείς της έρευνας και της τεχνολογίας, μειωμένη θνησιμότητα), θέτει περαιτέρω το ερώτημα της ορθής διαχείρισης περιορισμένων πόρων, που γίνονται ολοένα και πιο σπάνιοι στην περίοδο της κρίσης, για την κάλυψη των αναγκών υγείας και φροντίδας της ελληνικής οικογένειας.

Η συνάντηση του ιατρού με την οικογένεια

Για να μπορέσει να διαχειριστεί ο ιατρός την οικογένεια του ασθενή, θα πρέπει να συλλέξει όσο περισσότερη πληροφορία για τα χαρακτηριστικά της, τη δομή της και τις διεργασίες που διέπουν τη λειτουργία της. Ο ιατρός θα πρέπει να έχει εκπαιδευτεί γι' αυτό, να γνωρίζει όχι μόνο τις ερωτήσεις που πρέπει να ενσωματώσει κατάλληλα μέσα στη διαβούλευση με τον ασθενή, αλλά και τον τρόπο που θα τις υποβάλει για να αποφύγει αντιδράσεις και παρερμηνείες συμβουλών από μέρους του ασθενή. Αυτό, φυσικά, απαιτεί κατάλληλη εκπαίδευση ώστε να αποκτηθούν οι απαραίτητες δεξιότητες, αλλά δυστυχώς, στη χώρα μας, η ιατρική προπτυχιακή εκπαίδευση έχει μικρή συμβολή. Ο παρακάτω πίνακας μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως οδηγός για να συλλέξει την πληροφορία που αφορά με τα χαρακτηριστικά, τη δομή, τη διεργασία και την πορεία της οικογένειας.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Οικογένεια ως σύστημα (system)

Σταθερότητα (ομοιόσταση) της οικογένειας(stability, homeostasis)

Μεταβατικά στάδια στην οικογένεια

Η «κοσμοθεώρηση» (κουλτούρα)

Οικογενειακές σχέσεις και ζητήματα ασθενή

ΔΟΜΗ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Ιεραρχία

Όρια (υποομάδες)

Οικογενειακοί ρόλοι

Συμμαχία

Συνασπισμός

Η ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ (PROCESS)

Συναισθηματική εμπλοκή

Συναισθηματική αποσύνδεση

Τριγωνική σχέση

Οικογενειακά πρότυπα

A. Συναισθηματική εμπλοκή (enmeshment)

Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΣΕ ΒΑΘΟΣ ΧΡΟΝΟΥ

Η αναπτυξιακή πορεία (οικογενειακοί κύκλοι)

Πίνακας 7.1 Η πληροφορία που θα αναζητήσει ο ιατρός

Πηγή: (McDaniel, Campbell and Seaburn 1996; McDaniel, Campbell, Hepworth, Lorenz, 2005).

Κλινική Περίπτωση 5

Γυναίκα 16 ετών παραπέμπεται στο δημοτικό ιατρείο του Δήμου Ηρακλείου από κοινωνική λειτουργό, λόγω περιορισμένου ασφαλιστικού προγράμματος, για 2η φορά.

Υπηκοότητα: ελληνική - ρουμανική

Οικογενειακό ιστορικό και συνθήκες διαβίωσης: Γονείς διαζευγμένοι, δεν έχει συναντήσει ποτέ τον πατέρα της, αντιμετωπίζει οικονομικά προβλήματα, ζει με τη μητέρα της, 2 αδέρφια της ζουν στη Ρουμανία, 1 αδερφή της ζει στα παιδικά χωριά SOS

Λόγος επίσκεψης: Λιποθύμησε, απώλεια βάρους και έλεγχος εμβολιασμών

Συμπτώματα : κόπωση, ναυτία, αϋπνία, ανορεξία

Συνήθειες υγείας: Κάπνισμα, κατάχρηση αλκοόλ, χρήση ναρκωτικών ουσιών (8μηνη παύση)

Προσωπικό ιατρικό ιστορικό: 3μηνη ανορεξία, 7μηνη αϋπνία, συναισθηματική διαταραχή

Οικογενειακό ιατρικό ιστορικό: Δεν αναφέρθηκαν άλλα νοσήματα

Πραγματοποιήθηκε κλινική εξέταση και αιμοληψία

Ερωτήσεις :

1. Μπορείτε να σκεφθείτε τα προβλήματα υγείας αυτής της μαθήτριας;
2. Μπορείτε να αναγνωρίσετε προβλήματα σχετικά με το οικογενειακό της περιβάλλον;
3. Μπορείτε να αναγνωρίσετε τυχόν διαταραχές ψυχικής υγείας;
4. Μπορείτε να ορίσετε την εστιασμένη στον ασθενή προσέγγιση τόσο της κοινότητας όσο και των νοσοκομειακών υπηρεσιών;

Βιβλιογραφικές αναφορές

Blum, R.H. (1960). Getting the family involved. In: The Management of the Doctor - Patient Relationship. McGraw-Hill Book Company Eds Inc, New York, Toronto, London, 267-276.

Blum, S. (1963). The Doctor and his Patient. A Sociological Interpretation. Russell Sage Foundation Ed, New

York.

- Brownell, K.D., Heckerman, C.L., Westlake, R.J., Hayes, S.C., Monti, P.M. (1978). The effects of couples training and partner cooperativeness in the behavioral treatment of obesity. *Behav Res Ther*, 16, 323-333.
- DiMatteo, M.R. (2004) Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta-Analysis. *Health Psychology*, 23(2), 207-218.
- Ellwood, D., & Jencks, C. (2004). The Spread of Single-Parent Families in the United States since 1960. KSG Faculty Research Working Paper Series.
- Gardiner, C., Gott, M., Payne, S., Small, N., Bames, S., Halpin, D., Ruse, C., Seamark, D. (2010). Exploring the care needs of patients with advanced COPD: An overview of the literature. *Respiratory Medicine*, 104 (2), 159-165.
- Gardner, J., & Oswald, A. (2004). How is mortality affected by money, marriage, and stress? *Journal of Health Economics*, 23, 1181-1207
- Goldberg, A., Salloway, Rickler K. (2011). The Role of Family Caregivers for People with Chronic Illness. *Medicine & Health/Rhode Island*, 94(2).
- Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., Layton, J.B. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Med*, 7(7) e1000316.
- Huygen, F.J.A. (2006). *Family Medicine*. Royal Van Gorcum, Assen, The Netherlands.
- Kammerman, S.B., Neuman, M., Waldfogel, J., Brooks-Gunn, J. (2003). OECD social, employment and migration working papers no. 6. Social Policies, Family Types and Child Outcomes in Selected OECD Countries. DELSA/ELSA/WD/SEM 6: Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://bit.ly/1T4RPPI>
- Kiecolt-Glaser, JK., Glaser, R., Shuttlesworth, EC., Dyer, CS., Ogrocki, P., Speicher, CE. (1987). Chronic stress and immunity in family caregivers of Alzheimer's disease victims. *Psychosom Med.*, 49(5), 523-35.
- Koski, M.L., & Kumento, A. (1977). The interrelationship between diabetic control and family life. *Pediatr Adol Endocrin*, 3, 41-45.
- Kousoulis, A.A., Patelarou, E., Shea, S., Foss, C., Ruud Knutsen, I.A., Todorova, E., Roukova, P., Carmen Portillo, M., Pumar-Méndez M.J., Mujika, A., Rogers, A., Vassilev, I., Serrano-Gil, M., Lionis, C. (2014). Diabetes self-management arrangements in Europe: a realist review to facilitate a project implemented in six countries. *BMC Health Serv Res*, 14, 453.
- Kuster, P.A., & Merkle, C.J. (2004). Caregiving stress, immune function, and health: implications for research with parents of medically fragile children. *Issues Compr Pediatr Nurs.*, 27(4), 257-76. Review.
- Malm-Buatsi, E., Aston, C.E., Ryan, J., Tao, Y., Palmer, B.W., Kropp, B.P., Klein, J., Wisniewski, A.B., Frimberger, D. (2015). Mental health and parenting characteristics of caregivers of children with spina bifida. *J Pediatr Urol*, 11(2), 65.e1-7.
- McDaniel, S.H., Campell, T.L., Seaburn, D.B. (1990). Basic Premises of Family- Oriented Primary Care. In *Family-Oriented Primary Care: A Manual for Health Providers*. Springer-Verlag, New York, Berlin, Heidelberg, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, 3-15.
- McDaniel, S.H., Campbell, T.L., Seaburn, D.B. (1996). How Families Affect Illness, In: *Family-oriented primary care: A Manual for Health Providers*. Springer-Verlag, New York, Berlin, Heidenberg, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, 16--32.
- McDaniel, S.H., Campbell, T.L., Hepworth, J.,Lorenz, A. (2005). *Family-Oriented Primary Care*. New York: Springer-Verlag, 484
- Morisky, D.E., Levine, D.M., Green, L.W., Shaprio, S., Russel, R.P., Smith, C.R. (1988). Five year blood pressure control and mortality following health education for hypertensive patients. *Am J Pub Health*, 73, 153-162.
- Neumark-Sztainer, D., Eisenberg, M.E., Fulkerson, J.A., Story, M., Larson, N.I. (2008). Family meals and disordered eating in adolescents: longitudinal findings from project EAT. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 162(1), 17-22.
- Omole, F., Sow, C., Fresh, E., Babalola, D., Strothers, H. (2011). Interacting with Patients' Family Members During the Office Visit. *Am Fam Physician*, 84(7), 780-784.
- Orr, D.P., Golden, M. P., Myers, G., Marrero, D.G. (1983). Characteristics of adolescents with poorly controlled diabetes referred to tertiary care center. *Diabetes Care*, 6, 170-175.
- Pearce, J.W., Lebow, M.D., Orchard, J. (1981). Role of spouse involvement in the behavioral treatment of overweight women. *J Consult Clin Psychol*, 49, 236-244.

- Ross, C.E., & Mirowsky, J. (2002). Family relationships, social support and subjective life expectancy. *J Health Soc Behav*, 43(4), 469-89.
- Samoli, A., Sifaki-Pistolla, D., Tzanakis, N., Lionis, C. (2015). Frailty syndrome among younger and elder adults during times of austerity. (Presentation at EGPRN meeting, Edirne, Turkey)
- Schleifer, S.J., Keller, S.E., Camerino, M., Thornton, J.C., Stein, M. (1983). Suppression of lymphocyte stimulation following bereavement. *JAMA*, 250, 374-377.
- Μουσουρου, Α.Μ. (1984). Η ελληνική οικογένεια. Έκδοση Ιδρύματος Γουλανδρή-Χορν. Αθήνα.
- Συμεωνίδου, Χ. (2006). Οικογένεια και Γονιμότητα στην Ελλάδα. Έρευνα του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών. Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα Αθήνα.
- Τριανταφύλλου Τ., Μεσθεναίου Ε., Προύσκας Κ., Γκόλτση Π, Κοντούκα Σ., Λουκίσης Α. (2006). EUROFAMCARE, ΠΑΝΕΛΛΑΔΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ Η Οικογένεια που Φροντίζει Εξαρτημένα Ηλικιωμένα Ατομα available at http://www.ukc.de/extern/eurofamcare/documents/deliverables/nasure_el_in_greek.pdf

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 - ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΙΑΤΡΟΥ - ΑΣΘΕΝΗ

Χ. Λιονής & Ε. Πιτέλου



«Η εισαγωγή της απολογιστικής αξιολόγησης της επαγγελματικής εκπαίδευσης αποτελεί για τη γενική Ιατρική μια από τις μεγαλύτερες καινοτομίες στην ιατρική εκπαίδευση τα τελευταία χρόνια. Εισαγάγει μια νέα, βασισμένη στις ικανότητες προσέγγιση αξιολόγησης στον ευρύτερο από τους κλάδους της Ιατρικής.»

Pereira Gray et al., 1997

Αξιολόγηση των δεξιοτήτων επικοινωνίας - απαραίτητες προϋποθέσεις

Η αξιολόγηση της σχέσης ιατρού-ασθενή μπορεί να ενταχθεί στο γενικότερο πλαίσιο αξιολόγησης της επαγγελματικής πρακτικής και των υπηρεσιών υγείας, που αποτελούν αντικείμενο ενός ευρύτερου συστήματος αξιολόγησης του συστήματος και των υπηρεσιών υγείας, με κύριο θεμελιωτή τον Avedis Donabedian, το σύστημα διασφάλισης της ποιότητας στην υγεία (Quality assurance). Η αξιολόγηση προϋποθέτει ένα αποδεκτό και συμφωνημένο πλαίσιο βέλτιστης κλινικής πρακτικής του οποίου οι αρχές και οι κατευθύνσεις έχουν διακηρυχθεί και έχουν γίνει αποδεκτές. Προϋποθέτει, επίσης, την οργανωμένη ύπαρξη υπόβαθρου για στο επίπεδο της ειδικότητας και της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, με σαφή προσδιορισμό των αρχών που διέπουν τόσο την παροχή υπηρεσιών υγείας, το μοντέλο φροντίδας, αλλά και τον τρόπο επικοινωνίας αυτόν καθ' αυτόν – παράδειγμα, το ασθενοκεντρικό μοντέλο φροντίδας. Το εν λόγω μοντέλο μεταφράζεται στο επίπεδο της οργανωμένης, εστιασμένης στον ασθενή φροντίδας στην παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας σε διεπιστημονικό και διαλειτουργικό επίπεδο –το μοντέλο αυτό είναι γνωστό στις ΗΠΑ ως Patient-Centered Medical Home (PCMH) (Lionis & Petelos, 2015). Το περιεχόμενο και οι αρχές αυτής της προσέγγισης συζητούνται σε άλλο κεφάλαιο. Ακόμα, προϋποθέτει διατυπωμένους κανόνες στη σχέση με τον ασθενή και την οικογένειά του, διακηρυγμένα και νομοθετημένα δικαιώματα του ασθενή, διαδικασίες ιατρικού ελέγχου και αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Φυσικά, αξιολόγηση των δεξιοτήτων επικοινωνίας δεν νοείται χωρίς προηγούμενη διδασκαλία τους, στο προπτυχιακό επίπεδο και στην περίοδο της εκπαίδευσης, κατά τη διάρκεια της ιατρικής ειδικότητας. Δυστυχώς, στη χώρα μας, η διδασκαλία των δεξιοτήτων επικοινωνίας δεν είναι ο κανόνας στις ιατρικές σχολές, ενώ οι δεξιότητες αυτές δεν αξιολογούνται στις τελικές εξετάσεις για την απόκτηση της ιατρικής ειδικότητας. Ένα δείγμα από την εικόνα της ανεπάρκειας των δεξιοτήτων αυτών και των συνεπειών τους στην κλινική πρακτική αντλούμε από αναγνώσεις επιλεγμένων ειδήσεων στις ημερήσιες εφημερίδες αλλά και από το άρθρο των Liangas και Lionis (2004). Η Ελλάδα δεν αποτελεί τη μόνη χώρα με τέτοια κενά στο επίπεδο στρατηγικής προσέγγισης διαμόρφωσης και εξέλιξης μια ειδικότητας –σημαντικό είναι δε να σημειωθεί ότι τα κενά αυτά οδηγούν στην αυξημένη ποικιλότητα στο επίπεδο της λεκτικής συμπεριφοράς των γενικών ιατρών (Piccolo et al., 2002). Εν αντιθέσει, σε χώρες με οργανωμένη στρατηγική προσέγγιση στο επίπεδο ειδικότητας και αξιολόγησης, η επιδίωξη βελτίωσης και εφαρμογής του ασθενοκεντρικού μοντέλου έχει οδηγήσει στην έρευνα στο επίπεδο ειδικότητας για τη βελτίωση της επικοινωνίας ακόμα και μέσω τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων μελετών (Maatouk-Bürmann et al., 2015).

Τι αξιολογούμε;

Σύμφωνα με τον Kurtz και τους συνεργάτες του (1998), η αξιολόγηση των δεξιοτήτων επικοινωνίας θα πρέπει να περιλαμβάνει την επιμέρους αξιολόγηση των γνώσεων (knowledge), των ικανοτήτων (competence), της απόδοσης (performance) ή ακόμα και των εκβάσεων (outcomes) στη σχέση ιατρού-ασθενή. Σύμφωνα με τους παραπάνω συγγραφείς, μια άλλη προσέγγιση της αξιολόγησης των δεξιοτήτων επικοινωνίας αφορά την αξιολόγηση του περιεχομένου (content), των διαδικασιών (process) και της αντιληπτότητας (perceptual). Με τον όρο «δεξιότητες περιεχομένου» εννοούνται αυτές που σχετίζονται με την ακρίβεια και την πληρότητα της πληροφορίας που συλλέγεται αλλά και παρέχεται στον ασθενή, ενώ με τον όρο «δεξιότητες διαδικασιών» εννοούνται αυτές που αφορούν την ικανότητα του ιατρού να συλλέγει, να καταγράφει το ιστορικό υγείας, να ενδυναμώνει τη σχέση με τον ασθενή, να πληροφορεί τον ασθενή για τα αποτελέσματα της εξέτασής του στο ιατρείο κ.ά. Οι δεξιότητες αντιληπτότητας, σύμφωνα πάντα με τους συγγραφείς αυτούς, αναφέρονται στις ικανότητες του ιατρού να διαμορφώνει υποθέσεις, να τοποθετεί τα προβλήματα σε μια σειρά και να θέτει προτεραιότητες, να προχωρά στη διάγνωση αλλά και στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων από τις διάφορες εξετάσεις και παρεμβάσεις. Κάθε προσπάθεια αξιολόγησης, λοιπόν, θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη όλες τις παραπάνω παραμέτρους και διαστάσεις των ικανοτήτων, αφού αναμένεται ότι αυτές θα επηρεάσουν σημαντικά την επικοινωνία του με τον ασθενή και την έκβαση της μεταξύ τους σχέσης. Υπάρχουν διάφοροι ορισμοί για το τι συνιστά κλινική ικανότητα. Για παράδειγμα, η κλινική ικανότητα μπορεί να συνοψιστεί στη «συνειδητή και συστηματική χρήση γνώσης, τεχνικών δεξιοτήτων, κλινικής σκέψης, συναισθημάτων, αξιών, αντιδράσεων στην καθημερινή πρακτική» (Epstein & Hundbert, 2002). Η γνωστή πυραμίδα ικανότητας του Miller (1990) ξεκινά με τη γνώση στο κατώτατο επίπεδο, όπου ο ιατρός «γνωρίζει» γεγονότα/δεδομένα και βαθμιαία προχωρά στο ανώτερο επίπεδο ικανότητας, το οποίο επιτυγχάνεται όταν ο ιατρός γνωρίζει πώς να χρησιμοποιήσει τη γνώση σε μια δεδομένη περίπτωση (knows how – context) ή όταν, ακόμα καλύτερα, επιδεικνύει την ικανότητα, όταν χρειαστεί να δοκιμαστεί στην πρακτική εφαρμογή. Το κορυφαίο επίπεδο του «πράττειν» αναφέρεται στην πραγματική άσκηση της ιατρικής. Ενδιαφέρουσα φαίνεται να είναι η άποψη του Ed Peile (2006), ο οποίος εστιάζει περαιτέρω στα θεμελιώδη επίπεδα επίγνωσης που καθορίζουν την εξέλιξη στην πυραμίδα. Ίσως τα παραπάνω να ακούγονται πολύ θεωρητικά, αλλά είναι ενδιαφέρον να μελετήσουμε τη «γνωστική» αυτή εξέλιξη των ικανοτήτων του ατόμου, με την αξιολόγηση της σχέσης ιατρού-ασθενή ως μέσο «αυτό-αξιολόγησης», για τη βελτίωση των εκβάσεων στις υπηρεσίες υγείας. Στην πράξη, η αξιολόγηση χρησιμοποιείται είτε για να αξιολογηθεί η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας με στόχο τη βελτίωση τους (εδώ συνήθως περιλαμβάνονται ερωτηματολόγια αξιολόγησης της γνώμης των ασθενών) ή για να εκτιμηθεί η απόδοση των ιατρών στην κλινική πρακτική (μέθοδοι αυτοαξιολόγησης) ή των δεξιοτήτων τους για την εγγραφή τους σε κολέγια ή ιατρικές εταιρείες.

Οι μέθοδοι αξιολόγησης των απόψεων και της γνώμης των ασθενών μπορούν να ταξινομηθούν, σύμφωνα με τους Wensing και Elwyn (2003), ανάλογα με το τι μετρούν, δηλαδή τις προτιμήσεις των ασθενών, την αξιολόγηση της γνώμης των ασθενών (όπως τα ερωτηματολόγια που αναφέρθηκαν), και τις αναφορές. Ποσοτικές μέθοδοι (χρήση ερωτηματολογίων), που απαιτούν, όμως, προηγούμενη στάθμιση και προσαρμογή στη γλώσσα και στο περιβάλλον που μεταφράζονται, αλλά και ποιοτικές, που μπορούν να εξετάσουν τόσο τις εμπειρίες που αυτοί απέκτησαν, όσο και, μέσω παθητικής παρατήρησης, να αξιολογήσουν την οργάνωση και τις διαδικασίες που ακολουθούνται.

Στις μεθόδους αξιολόγησης από τον ίδιο τον ιατρό περιλαμβάνεται το φύλλο κριτικής (critique sheet) και ο χάρτης της εξέτασης (consultation map). Οι δύο αυτές μέθοδοι, που έχουν ως στόχο να βοηθήσουν τον ιατρό να εντοπίσει περιοχές καθηκόντων που δεν επιτέλεσε αλλά και να αξιολογήσει την απόδοσή του, παρουσιάζονται στο εγχειρίδιο του Peter Tate (1999). Στην πρώτη μέθοδο, αποτυπώνονται 5 σημαντικά πεδία της εξέτασης σε χαρτί.

Πιο συγκεκριμένα:

- α. εάν ο ιατρός ανακάλυψε τις αιτίες προσέλευσης του, ασθενή
- β. εάν προσδιόρισε τα κλινικά προβλήματα,
- γ. εάν εξήγησε τα προβλήματα στον ασθενή,
- δ. εάν τα διαχειρίστηκε,
- ε. εάν ήταν αποτελεσματική η εξέταση υπό μορφή παροτρύνσεων/οδηγιών.

Στο φύλλο αυτό ο ιατρός αξιολογεί τι πήγε καλά και γιατί, και τι θα μπορούσε να πάει καλύτερα.

Ο χάρτης της εξέτασης, σύμφωνα με τον Peter Tate, μοιάζει με έναν οδικό χάρτη όπου στον κάθετο άξονά του παρουσιάζονται τα καθήκοντα του ιατρού (λήψη ιστορικού, εξέταση, στάσεις ασθενή, συνέπειες του προβλήματος, συνεχιζόμενα προβλήματα, προαγωγή της υγείας, δράσεις που αναλήφθηκαν, συζήτηση για την αντιμετώπιση), και στον οριζόντιο άξονα παρουσιάζονται ο χρόνος σε λεπτά. Κατά τη διάρκεια της εξέτασης, ο ιατρός κρατά σύντομες σημειώσεις. Το άθροισμα όλων των αλληλοδιαδόχων γεγονότων μπορεί να επιτρέψει στον ιατρό να αξιολογήσει περιοχές που δεν καλύφθηκαν. Στην Ελλάδα, δεν έχουμε εμπειρία εφαρμογής του, ενώ θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί στην εκπαίδευση των ειδικευομένων στη γενική ιατρική. Στην τρίτη κατηγορία, περιλαμβάνεται η εξέταση που εφαρμόζει, το Βασιλικό Κολέγιο των Γενικών Ιατρών στο Ηνωμένο Βασίλειο (The Royal College of General Practitioners) κατά την εγγραφή των ιατρών στο μητρώο των μελών. Πρόκειται για μια άμεση εκτίμηση των διαπροσωπικών δεξιοτήτων των υποψηφίων μέσα από τη θεώρησή τους κατά τη διάρκεια εξέτασης πραγματικών ασθενών (Tate et al., 1999). Στην αξιολόγηση αυτή χρησιμοποιούνται υιοθετημένα εκ των προτέρων κριτήρια, και η αξιοπιστία της μεθόδου φαίνεται να είναι υψηλή.

Εργαλεία αξιολόγησης

α. Εργαλεία αξιολόγησης

ΣΣύμφωνα με τους Evans et al. (2007), η ατομική αξιολόγηση της απόδοσης του ιατρού είναι ζωτικής σημασίας για τη σχέση του με τον ασθενή, αλλά και για τον ρόλο που θα πρέπει οι γενικοί ιατροί να αναλαμβάνουν, πάντα σε σχέση με τον βαθμό που οι κανόνες, οι κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες, και οι ρυθμιστικές διατάξεις κλπ. επηρεάζουν και διέπουν την άσκηση της ιατρικής. Η θεώρηση του ασθενή και η συμμετοχή του στη διαδικασία θεωρείται, επίσης, ως μια δυνητικά έγκυρη διάσταση, αν και η θεωρητική και εμπειρική βάση που τεκμηριώνει την αναγκαιότητα αυτή παραμένει ασαφής. Η ανάγκη προσδιορισμού και αξιολόγησης, καθώς και προσαρμογής και στάθμισης εργαλείων τα οποία έχουν σχεδιαστεί με σκοπό την αξιολόγηση των εμπειριών που έχουν οι ασθενείς από τον ιατρό και τα οποία παρέχουν πληροφορίες ανάδρασης αναφορικά με την απόδοση σε ατομικό επίπεδο είναι μάλλον προφανής και χρειάζεται, έστω και με συντομία, να συζητηθούν στο κεφάλαιο αυτό. Σε συστηματική ανασκόπηση που πραγματοποίησαν οι Evans et al. (2007), επιλέχθηκαν εργαλεία αξιολόγησης της σχέσης ιατρού-ασθενή και συνοπτική παρουσίαση των χαρακτηριστικών τους γίνεται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 1: Περιγραφή των εργαλείων αξιολόγησης: στόχος μέτρησης, σχεδιασμός, μέτρα σύγκρισης και προτεινόμενο μέγεθος δείγματος για χρήση.

Εργαλείο	Στόχος μέτρησης ή θεωρητική ή εμπειρική βάση	Σχεδιασμός κλίμακας (αρ. στοιχείων)	Λεπτομέρειες εφαρμογής	Οδηγίες προς βαθμολογητή	Εγχειρίδιο	Εμπορική χρήση ή δωρεάν	Δημοσιευμένα μέτρα σύγκρισης	Απαραίτητο μέγεθος δείγματος για σταθερότητα
CSQ, Baker, 1991	Εμπειρική αξιολόγηση της ικανοποίησης του ασθενή	Πενταβάθμια κλίμακα συμφωνίας Likert	Δίνεται κατά την άφιξη και συμπληρώνεται μετά τη συνάντηση, πριν από την αναχώρηση.	Δεν υπάρχουν δεδομένα	Όχι	Δωρεάν	Η ανάδραση δίνεται με βαθμολογία που έχει ανανομοποιηθεί για τους άλλους συμμετέχοντες. Δημοσιευμένοι συνολικοί μέσοι όροι.	Δόθηκε σε 70 ασθενείς για 40 επιστροφές -αξιοπιστία 0.91 από 40 ασθενείς.
CEP, Wensing, 1998	Ικανοποίηση ασθενή σε 11 διαστάσεις της φροντίδας: ραντεβού, διαθεσιμότητα σε επείγουσες περιπτώσεις, συνεχές φροντίδας, χώρος συνάντησης, συνεργασία, ιατρική φροντίδα, ικανότητα/ακρίβεια, σχέση και επικοινωνία, ιδιωτικότητα, πληροφορίες και ιατρική γνώμη, στήριξη	Εξαβάθμια κλίμακα Likert (κακή έως πολύ καλή)	Δύο μέθοδοι: να δίδεται κατά την προσέλευση ή ταχυδρομικός σε εγγεγραμμένους ασθενείς -όχι λεπτομερή δεδομένα.	Δεν υπάρχουν δεδομένα	Δεν υπάρχουν δεδομένα	Δεν υπάρχουν δεδομένα	Μέσος όρος τιμών ανά διάσταση συν την υψηλότερη και τη χαμηλότερη στο εύρος.	Δεν υπάρχουν δεδομένα. Η αναφορά ανάδρασης βασίστηκε σε 100 διαδοχικούς ασθενείς ανά ιατρό.
GPAS- πλέον GPAQ- Ramsay και συν. 2000	Πέντε ενότητες- κλειδιά: (i) πρόσβαση, (ii) τεχνολογία, (iii) αποτελεσματική επικοινωνία γενικού ιατρού, (iv) διαπροσωπικές ικανότητες γενικού ιατρού και (v) αποτελεσματική οργάνωση φροντίδας	Εξαβάθμια κλίμακα Likert (πολύ κακή έως άριστη)	GPAS- χρησιμοποίηση πριν από τη συνάντηση και μέσω ταχυδρομείου. GPAQ – μετά τη συνάντηση κατά την έξοδο και ως ταχυδρομική έρευνα.	Γραπτός οδηγός στην αρχή του ερωτηματολογίου	Εγχειρίδιο με δυνατότητα καταχώ-ρτωσης από ιστότοπο	Δωρεάν- στον ιστότοπο παρέχεται λογισμικό για την ανάλυση των αποτελεσμάτων	Μέτρα σύγκρισης σε εθνικό επίπεδο στον ιστότοπο -βάσει των αποτελεσμάτων της έρευνας GPAS μέσω ταχυδρομείου με ενημέρωση με δεδομένα από τη χρήση του GPAQ.	Ο ιστότοπος GPAQ συστήνει 50 για ατομική ανάδραση.
Εργαλείο EUROPEP, Groi, 2000*	Πέντε διαστάσεις φροντίδας – σχέση και επικοινωνία, ιατρική φροντίδα, πληροφορίες και στήριξη, συνεχές και συνεργασία, διαθεσιμότητα και προσβασιμότητα όσον αφορά στο χώρο	Πενταβάθμια κλίμακα Likert (κακή έως άριστη)	Μεταβλητή-επιστροφή μέσω ταχυδρομείου ή συμπλήρωση στην αίθουσα αναμονής	Σελίδα γραπτών οδηγιών	Όχι	Δωρεάν- απαιτείται η εγγραφή στο EUROPEP και η συνεισφορά στη βάση δεδομένων	Οι τιμές αναφοράς είναι διαθέσιμες μέσω εγγραφής.	Δεν υπάρχουν συσχετισμένα δεδομένα. Στόχος θα πρέπει να είναι το δείγμα περίπου 60 ασθενών.
IPQ-Greco, 2003*	Ικανοποίηση ασθενή με δύο στοιχεία: (i) DISQ και (ii) θέματα εξυπηρέτησης - πρόσβαση, περιβάλλον, πληροφορίες προσωπικού	Πενταβάθμια κλίμακα Likert (κακή έως άριστη)	Μετά τη συνάντηση και πριν την αναχώρηση	Γραπτός οδηγός στην αρχή του ερωτηματολογίου	Δημοσιευμένο εγχειρίδιο- IPQ Toolkit	Εμπορική χρήση μέσω των ερευνών CFEP - UK	Δημοσιευμένοι μέσοι όροι με διαστήματα εμπιστοσύνης 95%.	Προτείνονται 30-50- δεν υπάρχουν δημοσιευμένα δεδομένα.
PSS-Nelson, 2004	Ικανοποίηση ασθενή σε δύο διαστάσεις φροντίδας: (i) φροντίδα κλινικού ιατρού και (ii) χαρακτηριστικά επίσκεψης στο ιατρείο (κλείσιμο ραντεβού, άφιξη και εγγραφή, ανωνυμία, εξυπηρέτηση από προσωπικό πέρα από τον ιατρό)	Πενταβάθμια κλίμακα Likert (κακή έως άριστη)	Ταχυδρομεία τυπικά σε επιλεγμένους ασθενείς ακολούθως της συνάντησης με τον ιατρό	Συνδεδετική επιστολή	Όχι	Δεν υπάρχουν δεδομένα	Δεν υπάρχουν δεδομένα	Αξιοπιστία της τάξης του 0.80 σε επίπεδο κλινικού ιατρού (κλίμακα φροντίδα κλινικού ιατρού 11 στοιχείων) από 66 ασθενείς.

*Τα εργαλεία για τα οποία γίνεται περαιτέρω συζήτηση στην αμέσως επόμενη ενότητα του κεφαλαίου, και τα οποία έχουν σταθμιστεί, αλλά και χρησιμοποιηθεί στην Ελλάδα, σημειώνονται με αστερίσκο και με έντονους χαρακτήρες.

Επίσης, σε μια πρόσφατη ανασκόπηση (Eveleigh et al., 2012) αναζητήθηκαν ερωτηματολόγια κατάλληλα για τη μέτρηση της σχέσης ιατρού-ασθενή. Η ανασκόπηση αυτή εντόπισε 19 ερωτηματολόγια ως εργαλεία κατάλληλα για την εκτίμηση της σχέσης ιατρού-ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τέσσερα στοιχεία της: τη γνώση, την εμπιστοσύνη, την αφοσίωση και την υπόληψη. Το πιο σημαντικό στην επιλογή του καταλληλότερου εργαλείου για την εκτίμηση της σχέσης ιατρού-ασθενή είναι ο ορισμός των χαρακτηριστικών που τη διέπουν και

που έχουν επιλεγεί να μετρηθούν βάσει του σκοπού της έρευνας. Κατάλληλο για χρήση στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι και το ερωτηματολόγιο των Feltz-Cornelis Van Oppen et al. [Patient-doctor relationship questionnaire (PDR-Q-9) 2004] για την εκτίμηση της «ψυχοθεραπευτικής» σχέσης ιατρού-ασθενή, εστιάζοντας στην αντίληψη του ασθενή για τη στάση-συμπεριφορά προσφοράς βοήθειας από τον ιατρό προς αυτόν.

β. Η χρήση εργαλείων αξιολόγησης στην Ελλάδα

Ένα ερωτηματολόγιο βασισμένο στην αξιολόγηση από τον ασθενή που έχει δοκιμαστεί στην Ελλάδα είναι το Ερωτηματολόγιο Διαπροσωπικών Δεξιοτήτων των Ιατρών (Doctors Interpersonal Skills Questionnaire / DISQ), το οποίο διαμορφώθηκε και σταθμίστηκε αρχικά στην Αυστραλία, από τον Dr. Michael Greco και τους συνεργάτες του και σήμερα χρησιμοποιείται σε πολλές περιπτώσεις. Με αυτό αξιολογούνται από τον ασθενή οι διαπροσωπικές δεξιότητες του ιατρού αμέσως μετά την έξοδό του από το ιατρείο. Περιλαμβάνει 12 ερωτήσεις στις οποίες, σε μια πενταβάθμια κλίμακα Likert, εκτιμάται η συνολική ικανοποίηση του ασθενή, η εγκάρδιότητα του χαιρετισμού, η ικανότητα του ιατρού να ακούει τον ασθενή, να του εξηγεί τα προβλήματα, να τον καθησυχάζει, η ευκαιρία που δίνει ο ιατρός στον ασθενή να εκφράζει τις ανησυχίες του, ο βαθμός του σεβασμού που έδειξε ο ιατρός στο πρόσωπο του ασθενή, ο χρόνος που του διέθεσε, το ενδιαφέρον που έδειξε, και η σύσταση που κάνει ο ασθενής για το ιατρό σε φίλους. Το DISQ έχει μεταφραστεί στα ελληνικά και έχει προσαρμοστεί στο ελληνικό περιβάλλον από την Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης. Τα πρώτα αποτελέσματα μιας πιλοτικής εφαρμογής του DISQ στην Ελλάδα έχουν ανακοινωθεί στο Ευρωπαϊκό Συνέδριο Γενικής Ιατρικής του Λονδίνου. Ο δείκτης ικανοποίησης κατά αξιολογούμενο ιατρό, ο οποίος εξάγεται από το άθροισμα της βαθμολογίας κάθε ερωτηματολογίου διά τον αριθμό των ερωτηματολογίων και πολλαπλασιαζόμενος επί 100, κυμάνθηκε μεταξύ 84-99% (Lionis et al., 2002).

Ένα άλλο ερωτηματολόγιο δοκιμασμένο στη χώρα μας είναι το EUROPEP (European Task Force for Patient Evaluation of General Practice), που αποτελεί ένα ευρωπαϊκό εργαλείο για τη μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή και την αξιολόγηση της φροντίδας του, και έχει αποδειχθεί ότι είναι κατάλληλο και ικανό για διεθνείς συγκρίσεις (Grol et al., 2000; Jung et al., 2002). Η τελική μορφή του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει 23 ερωτήσεις δομημένες σε έξι μέρη που αφορούν τη σχέση ιατρού-ασθενή (6 ερωτήσεις), τις τεχνικές που χρησιμοποιεί ο ιατρός (3 ερωτήσεις), την πληροφορία και την υποστήριξη (4 ερωτήσεις), την οργάνωση της φροντίδας (2 ερωτήσεις), τον συντονισμό της φροντίδας (6 ερωτήσεις) και την τελική γνώμη για τον ιατρό (2 ερωτήσεις). Το ερωτηματολόγιο προσφέρεται για ποικίλες χρήσεις (Grol et al., 2000; Jung et al., 2002; Wensing et al., 2003), μία εξ' αυτών είναι η διεθνής σύγκριση δεδομένων σχετικών με την αξιολόγηση της φροντίδας υγείας στη γενική ιατρική. Σύμφωνα με ευρωπαϊκή μελέτη στην οποία συμμετείχαν 17.391 ασθενείς από 10 χώρες και εφαρμόστηκε το EUROPEP (ποσοστό συμμετοχής 79%), πάνω από το 80% των απαντήσεων αξιολόγησαν «θετική» έως «άριστη» τη γνώμη τους για τον γενικό ιατρό τους σε θέματα που σχετίζονται με τη δεξιότητά του να κρατά εμπιστευτικές τις εγγραφές, να ακούει προσεκτικά τον ασθενή και να προσφέρει γρήγορα τις υπηρεσίες του σε περιπτώσεις επειγουσών περιπτώσεων, ενώ αρνητικά αξιολογήθηκαν θέματα σχετικά με την οργάνωση των υπηρεσιών (Grol et al., 2000). Το EUROPEP έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στα ελληνικά και στο ελληνικό και κυπριακό περιβάλλον από την Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, έχει επιδοκιμαστεί από την Ελληνική Εταιρεία Γενικής Ιατρικής και έχει εφαρμοστεί σε περιοχές των Πε.Σ.Υ.Π. Κρήτης και Ηπείρου, με απόφαση των κεντρικών υπηρεσιών τους. Επιλεγμένα αποτελέσματα από τη χρήση του στις υπηρεσίες Κέντρου Υγείας στην Κρήτη φαίνονται στη δημοσίευση των Lionis et al. (2004).

Η αξιολόγηση της σχέσης ιατρού-ασθενή ως μέρος της αξιολόγησης της ποιότητας στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Στην Ευρώπη, η αξιολόγηση της ποιότητας στις υπηρεσίες ΠΦΥ αποτελεί θέμα συζήτησης εδώ και πολλά χρόνια. Τον Απρίλιο του 2014, η εισαγωγή του νέου συμβολαίου Υπηρεσιών Γενικής Ιατρικής (General Medical Services Contract) παρείχε νέες κατευθύνσεις διακυβέρνησης και κινήτρων στη γενική ιατρική, μέσω της καθιέρωσης ενός συστήματος με μόρια που συλλέγονταν από την επίτευξη προτύπων σχετικών με τη διαχείριση των νοσημάτων, την οργάνωση και εν γένει την πρακτική στις υπηρεσίες ΠΦΥ (National Health Service, 2015). Στην Ευρώπη, πρόσφατα το Ολλανδικό Ινστιτούτο NIVEL συντόνισε ένα ευρωπαϊκό, συνεργατικό πρόγραμμα

(QUALICOPC) με στόχο την αξιολόγηση της ποιότητας και του κόστους της ΠΦΥ σε 34 χώρες. Ανάμεσα στους στόχους του προγράμματος, ήταν η εξέταση της δομής και των υπηρεσιών ΠΦΥ σε κάθε χώρα που σχετίζονται με τη δυνατότητα βελτίωσης των χαρακτηριστικών της εστιασμένης στον ασθενή φροντίδας, όπως την αντιλαμβάνονται οι ίδιοι οι ασθενείς. Εννέα ερωτηματολόγια της μελέτης αξιολόγησαν τις εμπειρίες που αποκτήθηκαν στη διάρκεια της συνάντησης του ιατρού με τον ασθενή και ένα ερωτηματολόγιο αξιολόγησε τις αξίες για την ΠΦΥ, όπως τις ανέφεραν οι ασθενείς (Schäfer et al., 2015). Η Ελλάδα παρουσίασε ένα χαμηλό έως μέτριο επίπεδο δυνατότητας βελτίωσης στους τομείς της προσβασιμότητας, της συνέχειας της φροντίδας, του ολοκληρωμένου φάσματος υπηρεσιών φροντίδας και της συμμετοχής του ασθενή, ενώ οι καταγραφείσες προσδοκίες και αξίες των ασθενών έχουν αναλυθεί και είναι διατυπωμένες σε εργασία προς υποβολή για δημοσίευση.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Epstein, R. & Hundbert, E. (2002). Defining and assessing professional competence. *JAMA* 287, 226-35.
- Evans, R.G., Edwards, A., Elwyn, B., Elwyn, G. (2007). Assessing the practising physician using patient surveys: a systematic review of instruments and feedback methods. *Family Practice*, 24(2), 117-127.
- Eveleigh, R.M., Muskens, E., Van Ravesteijn, H., Van Dijk, I., Van Rijswijk, E., Lucassen, P. (2012) An overview of 19 instruments assessing the doctor-patient relationship: different models or concepts are used. *Journal of Clinical Epidemiology* 65, 10e15.
- Greco, M., Cavanagh, M., Brownlea, A., McGovern, J. (1999). Validation studies of the Doctors' Interpersonal Skills Questionnaire. *Education for General Practice*, 10, 256-264.
- Greco, M., Powell, R., Sweeney, K. (2003) The Improving Practice Questionnaire (IPQ): a practical tool for general practices seeking patient views. *Educ Prim Care*, 14, 440-448.
- Grol, R., Wensing, M., Mainz, Jung, H.P., Ferreira, P., Hearnshaw, H., Hjortdahl, P., Olesen, F., Reis, S., Ribacke, M., Szecsenyi, J. (2000). Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *European Task Force on Patients Evaluation of General Practice Care (EUROPEP)*. *Br J Gen Pract*, 50, 882-887.
- Jung, H.P., Wensing, M., Olesen, F., Grol, R. (2002). Comparison of patients' and general practitioners' evaluation of general practice care. *Qual Saf Health Care*, 11, 315-319.
- Kurtz, S., Silverman, J., Draper, J. (1998). *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. Radcliffe Medical Press, Oxford.
- Liangas, G., & Lionis, C. (2004). General practice in Greece: A student's and supervisor's perspective. *Australian Journal of Rural Health*, 12, 112-114.
- Lionis, C., Antonakis, N., Fragouli, E., Papazissis, H., Sweeney, K., Greco, M. (2002). Introducing and implementing the Doctor's interpersonal skills questionnaire (DISQ) in Greece. Oral Presentation in the WONCA Europe Conference 2002, London, UK.
- Lionis, C., Tsiraki, M., Bardis, V., Philalithis, A. (2004). Seeking quality improvement in primary care in Crete, Greece: the first actions, *Croat Med J*, 45(5), 599-603.
- Lionis, C., & Petelos, E. (2015). The Patient-centered Medical Home Model within an Integrated Primary Care System: towards a European Model? In the Book: *Integrated Primary and Behavioral Care*, Springer.
- Maatouk-Bürmann, B., Ringel, N., Spang J., Weiss, C., Möltner, A., Riemann, U., Langewitz, W., Schultz, J.H., Jünger, J. (2015). Improving patient-centered communication: Results of a randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*.
- Miller, G.E. (1990). The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med*, 65, S63-7.
- National Health Service (General Medical Services Contracts and Personal Medical Services Agreements) (Amendment) Regulations 2015.
- Peile, E. (2006). Knowing and knowing about. *BMJ*, 332:645.
- Pereira, G.D., Murray, S., Hasler, J., Percy, D., Allen, J., Freeth, M., Hayden, J. (1997). The summative assessment package: an alternative view. *Education for General Practice*, 8, 8-15.
- Del Piccolo, L., Mazzi, M., Saltini, A., Zimmermann, C., (2002). Inter and intra individual variations in physicians' verbal behaviour during primary care consultations. *Soc Sci Med*, 55(10), 1871-85.
- Schäfer, W.L.A., Boerma, G.W., Murante, A.M., Sixma, H.J.M., Schellevis, G.F., Groenewegen, P. (2015). Assessing the potential for improvement of primary care in 34 countries: a cross-sectional survey. *Bull World*

Health Organ, 93,161–168.

Tate, P., Foulkes, J., Neighbour, R., Champion, P., Fields, S. (1999). Assessing physicians' interpersonal skills via videotaped encounters: a new approach for the Royal College of General Practitioners Membership Examination. *J Health Commun*, 4, 143-152.

Van der Feltz-Cornelis, C., Van Oppen, P., Van Marwijk, H. W.J., De Beurs, E., Van Dyck, R. (2004). A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: development and psychometric evaluation. *General Hospital Psychiatry*, 26, 115–120.

Wensing, M., Grol, R., Van Weel, C. (1998). Quality assessment using patients' evaluations of care. *Eur J Gen Pract* 4, 150–153.

Wensing, M., & Elwyn, G. (2003). Improving the quality of health care: Methods for incorporating patients' views in health care. *BMJ*, 326, 877-879.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9 - Η ΣΧΕΣΗ ΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ ΣΕ ΕΝΑ ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΡΩΤΟ- ΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΕΝΟ ΣΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ & ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ Χ. Λιονής & Ε. Πιτέλου



Αρκετή συζήτηση γίνεται τα τελευταία χρόνια στη βιβλιογραφία για την εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα (patient-centered care) (Lionis & Petelos, 2015). Πρόκειται για έναν όρο θεμελιωμένο από παλιά, ο οποίος, όμως, ξαναεπιστρέφει με προσθήκες στις παραδοσιακές αξίες και διαστάσεις που τον συνοδεύουν, αλλά, δυστυχώς, χωρίς να τυγχάνει της προσοχής που χρειάζεται στη χώρα μας. Είναι αναγνωρισμένο ότι ο ιατρός δεν αποτελεί το επίκεντρο της σχέσης με τον ασθενή, ο οποίος διατηρεί το δικαίωμα να απολαμβάνει υπηρεσίες φροντίδας αντίστοιχες με τις επιθυμίες, τις ανάγκες και τις προτιμήσεις του (Bardes, 2012). Η εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα ορίζεται με διαφορετικό τρόπο στα διαφορετικά περιβάλλοντα και σήμερα έχουν γίνει πολλές απόπειρες ορισμού της εστιασμένης στον ασθενή φροντίδας. Το Institute of Medicine ορίζει την εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα ως την παροχή φροντίδας που σέβεται και ανταποκρίνεται στις ατομικές προτιμήσεις, ανάγκες και αξίες του κάθε ασθενή, διασφαλίζοντας την καθοδήγηση όλων των κλινικών αποφάσεων από αυτές. Ανάμεσα στα έξι βασικά χαρακτηριστικά της υψηλής ποιότητας φροντίδας, το Ινστιτούτο συγκαταλέγει την ασφάλεια, τη χρονική επικαιρότητα, την αποτελεσματικότητα, την αποδοτικότητα, την ισότητα και την εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα (Institute of Medicine, 2001). Το Picker Institute αναφέρεται στον σεβασμό στις αξίες, στις προτιμήσεις και στις εκφρασμένες ανάγκες του ασθενή (Gerteis, Edgman-Levitan, Daley, Delbanco, 1993), το Commonwealth Fund δίνει έμφαση στη συμμετοχή του ασθενή στη φροντίδα του, στην υποστήριξη της ποιότητας φροντίδας υγείας, στη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας υγείας και της τεκμηριωμένης εκπαίδευσης, καθώς και στον συντονισμό της φροντίδας (Davis, Schoenbaum and Aude, 2005), ενώ το Institute for Family-Centered Care κάνει αναφορά στην αξιοπρέπεια και στον σεβασμό μέσω της ενεργούς συμμετοχής και της συνεργασίας του ασθενή και της διάχυσης της πληροφορίας (Scholle, Torda, Peikes, Han, Genevro, 2010). Από τις παραπάνω προσεγγίσεις κρατάμε τους όρους «αξίες», «προτιμήσεις», «ανάγκες», «αξιοπρέπεια», «σεβασμός» ως αναφορά σε θεμελιώδη χαρακτηριστικά του ασθενή στην προσέγγιση αυτή, και την «ενεργό συμμετοχή» και «συνεργασία» ως απαραίτητη διαδικασία για την εφαρμογή της. Πολύ στενά συνδεδεμένο με το τελευταίο και, φυσικά, με τη φροντίδα την εστιασμένη στον ασθενή είναι και η έννοια της από κοινού ανάλυσης και λήψης αποφάσεων (Shared Decision Making), η οποία, με τη σειρά της, είναι αλληλένδετη με την τεκμηριωμένη ή με τη βασισμένη στις ενδείξεις φροντίδα (evidence-based practice), για την οποία γίνεται συχνή αναφορά στη βιβλιογραφία και στις ακαδημαϊκές διαλέξεις. Στον ορισμό αυτό, οι David Satchett et al. (1996) έχουν προσθέσει την εφαρμογή της «καλύτερα τεκμηριωμένης γνώσης προσαρμοσμένης στις επιθυμίες και στις αξίες των ασθενών», όροι που, δυστυχώς, δεν έχουν λάβει τη μελέτη και την προσοχή που χρειάζονται στον σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας στη χώρα μας. Είναι, επίσης, διαδεδομένη η διατύπωση ότι η βασισμένη στην τεκμηρίωση ή αποδείξεις φροντίδα υγείας, γνωστή ως: «η συνειδητή χρήση της υπάρχουσας καλύτερης τεκμηρίωσης για τη λήψη αποφάσεων για τη φροντίδα ασθενών ή για την προσφορά των υπηρεσιών υγείας» (www.cochrane.org) θα είναι σύμφωνη με τις προσδοκίες και τις αξίες των ασθενών. Πώς, όμως, εφαρμόζεται η εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα, ποια μοντέλα που έχουν εφαρμοστεί και αξιολογηθεί αξίζει να εξετάσουμε; Το μοντέλο/υπόδειγμα που έχει καθιερωθεί στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής και συζητιέται ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια είναι γνωστό στη βιβλιογραφία ως Patient-Centered Medical Home (PCMH) του οποίου μια κριτική προσέγγιση σε σχέση με την ευρωπαϊκή προοπτική γίνεται σε υπό έκδοση βιβλίο (Lionis & Petelos, 2015). Το υπόδειγμα αυτό χαρακτηρίζεται από τις πέντε ακόλουθες βασικές αξίες: εστίαση στον ασθενή, άμεση πρόσβαση, ολοκληρωμένη φροντίδα, συντονισμός υπηρεσιών υγείας και δέσμευ-

ση στον ασθενή για την ποιότητα και στην ασφάλεια των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Το υπόδειγμα αυτό περιλαμβάνει (Brown, Oliver-Baxter and Bywood, 2013):

- Φροντίδα εστιασμένη στον ασθενή (στο ίδιο το άτομο, στην οικογένεια και στις προτιμήσεις του).
- Ολοκληρωμένη φροντίδα (πρόληψη σωματικών και ψυχικών διαταραχών, φαρμακευτική αγωγή, θεραπεία και αποκατάσταση).
- Συντονισμένη φροντίδα (ειδικοί ιατροί, νοσοκομεία, υπηρεσίες κοινότητας).
- Προσβασιμότητα στη φροντίδα (ελαχιστοποίηση χρόνου αναμονής, τηλεφωνική και ηλεκτρονική επικοινωνία).

Επιπλέον, το υπόδειγμα αυτό δίνει έμφαση στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και στην ασφάλεια του ασθενή μέσω της τεκμηριωμένης ή βασισμένης στις ενδείξεις πρακτικής και της από κοινού λήψης κλινικών αποφάσεων, που αναμένεται να οδηγήσει στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, στη μείωση του κόστους των υπηρεσιών υγείας και του χρόνου αναμονής, στη βελτίωση της πρόσβασης, και των εμπειριών των ασθενών. Με την υλοποίησή του PCMH, επιτυγχάνεται η προώθηση της υγείας και η πρόληψη ασθενειών, καθώς και η παροχή συμπονετικής και οικονομικά προσιτής φροντίδας για άτομα με πολύπλοκα και χρόνια νοσήματα (Clarke & Cohen, 2010). Το υπόδειγμα αυτό κατανοείται ακόμη και από τη δέσμευσή του στις παρακάτω αρχές (Clarke & Cohen, 2010):

- Συνεχή σχέση με προσωπικό ιατρό εκπαιδευμένο στην πρώτη συνάντησή του με τον ασθενή.
- Παρουσία ομάδας κλινικών επαγγελματιών υγείας που εργάζονται ως ομάδα και αναλαμβάνουν την ευθύνη της συνεχιζόμενης φροντίδας.
- Προσανατολισμό στο σύνολο των αναγκών του ατόμου, συμπεριλαμβανομένων όλων των σταδίων, όπως η άμεση φροντίδα, η χρόνια φροντίδα, η πρόληψη και η φροντίδα στο τέλος της ζωής.
- Παρουσία συμπονετικής και εύρωστης συνεργασίας μεταξύ γενικών ιατρών/προσωπικών ιατρών, ασθενών και των οικογενειών των ασθενών.
- Ενεργή συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων για τη φροντίδα υγείας τους.
- Ανατροφοδότηση για τη διασφάλιση της ποιότητας και την ικανοποίηση των προσδοκιών του ασθενή.
- Βελτιωμένη πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

Στην Ευρώπη δεν έχουμε να εξετάσουμε ένα θεμελιωμένο και ενιαίο υπόδειγμα εστιασμένης στον ασθενή φροντίδας υγείας. Αξίζει, όμως, να συζητηθεί η εμπειρία του ολλανδικού ινστιτούτου NIVEL, που προκύπτει από την εφαρμογή συνεργατικών ερευνητικών προγραμμάτων. Αναφορά στα αποτελέσματα των προγραμμάτων αυτών, που στοχεύουν στην αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών ΠΦΥ και του κόστους της, έχει γίνει σε άλλο κεφάλαιο.

Την ανάγκη περαιτέρω μελέτης της εστιασμένης στον ασθενή φροντίδας υπογραμμίζει το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Έρευνας στη γενική ιατρική (European General Practice Research Network/EGPRN), με σκοπό την ανάδειξη περιοχών έρευνας μέσα από εμπειρίες ασθενών και τη γεφύρωση του χάσματος στην παρούσα τεκμηρίωση, στοχεύοντας στην ευρύτερη βελτίωση της κλινικής έρευνας. Μια σειρά έξι άρθρων αναφορικά με την επιστημονική ατζέντα για τη γενική ιατρική και την ΠΦΥ στην Ευρώπη υπογραμμίζει την αναγκαιότητα της εξέλιξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας σε διεπιστημονική φροντίδα, με εστίαση της έρευνας στη σύσταση ομάδας υγείας εστιασμένης στον ασθενή. Στο πρώτο άρθρο συζητιέται το ιστορικό, οι στόχοι και η μεθοδολογία (Hummers-Pradier et al., 2009). Σε τρία άρθρα της πρόσφατης βιβλιογραφίας (Hummers-Pradier et al., 2010; Hummers-Pradier et al., 2010; Van Royen et al., 2010) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα για τις έξι βασικές ικανότητες του γενικού ιατρού, ενώ σε ένα άλλο (Van Royen et al., 2010) δίνονται οι κατευθύνσεις για μελλοντική επιστημονική έρευνα σε πεδία όπου εντοπίζονται κενά και ελλείψεις στη συζήτηση στη βιβλιογραφία των θεμάτων σχετικών με την εστίαση στον ασθενή και στον προσανατολισμό των υπηρεσιών υγείας στην κοινότητα. Το Δίκτυο αυτό καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η ΠΦΥ απαιτεί μια πιο διεπιστημονική προσέγγιση, με έμφαση στις βασικές ικανότητες μιας ομάδας φροντίδας εστιασμένης στο άτομο και με τη χρήση κατάλληλων εργαλείων (Van Royen et al., 2011).

Στενά συνδεδεμένη με την ενότητα της εστιασμένης στον ασθενή φροντίδας είναι και η ολοκληρωμένη/απαρτιωμένη (O/A) φροντίδα. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η ολοκληρωμένη/απαρτιωμένη φροντίδα (integrated care ορίζεται ως «η διαχείριση και παροχή υπηρεσιών υγείας ώστε ο πελάτης να απολαμβάνει ένα συνεχόμενο πακέτο προληπτικών και θεραπευτικών υπηρεσιών σύμφωνα με τις ανάγκες υγείας του, που προκύπτουν στη διάρκεια του χρόνου και κατά μήκος διάφορων επιπέδων του συστήματος υγείας». Η O/A φροντίδα φαίνεται να σχετίζεται με δύο άλλες αλληλοσυσχετιζόμενες έννοιες, αυτές της πολλαπλής νοσηρότητας (multimorbidity) και

της ευπάθειας (frailty). Η πρώτη ορίζεται ως «η συνύπαρξη δύο ή περισσότερων νοσημάτων» (Diederichs, Berger and Bartels, 2011), ενώ η δεύτερη αποτελεί ένα κλινικό σύνδρομο το οποίο παρατηρείται σε ηλικιωμένους που παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο επιβαρυσμένης κατάστασης υγείας, που συνοδεύεται από πτώσεις, αναπηρία και αυξημένη πιθανότητα για νοσοκομειακή νοσηλεία και θνησιμότητα. Η αντιμετώπιση των δύο προαναφερόμενων καταστάσεων υγείας υποδηλώνει την αναγκαιότητα της παροχής μιας ολοκληρωμένης και συντονισμένης φροντίδας, παρεχόμενης από ομάδα επαγγελματιών υγείας, που διασφαλίζει την ποιότητα και την ασφάλεια του ασθενή και ικανοποιεί τόσο τις σωματικές όσο και τις πνευματικές ανάγκες υγείας. Επιπλέον, στην κατανόηση και στην εφαρμογή της εστιασμένης στον ασθενή φροντίδας, ουσιαστικό ρόλο φαίνεται να διαδραματίζει η καλλιέργεια μιας σχέσης συμπόνιας και η ανάπτυξη μιας υγιούς συνεργασίας μεταξύ των γενικών ιατρών και προσωπικών ιατρών, των ασθενών και των οικογενειών τους. Αυτό, όμως, απαιτεί εξειδίκευση και συνεχή εκπαίδευση των γενικών ιατρών σε θέματα συμπόνιας, κάτι το οποίο απουσιάζει, δυστυχώς, από τα προγράμματα ιατρικής εκπαίδευσης των περισσότερων χωρών. Η αναφορά και εδώ στις αξίες του ασθενή και στην ολοκληρωμένη φροντίδα του, ως μέρος της εκπαίδευσης φοιτητών και ειδικευόμενων γενικής ιατρικής, είναι επίκαιρη στη χώρα μας. Για τη συμπονετική φροντίδα μπορείτε να διαβάσετε αναλυτικά στο Κεφάλαιο 6.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Bardes, C.L. (2012). Defining “Patient-Centered Medicine”. *N Engl J Med*, 366, 782-783
- Brown, L., Oliver-Baxter, J., Bywood, P. (2013). International trends and initiatives in primary health care. PHCRIS Research Roundup
- Clarke, A., & Cohen, A.B. (2010). Bringing it all back home: can Europeans learn from recent moves toward the medical home in US primary health care reform? *European Journal of Public Health*, 613–615.
- Davis, K., Schoenbaum, S., Audet, A. (2005). A 2020 vision of patient-centred primary care. *J Gen Intern Med*, 20, 953-957
- Diederichs, C., Berger, K., Bartels, D.B. (2011). The Measurement of Multiple Chronic Diseases—A Systematic Review on Existing Multimorbidity Indices. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 66A (3), 301-311.
- Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J., Delbanco, T. (1993). Through the patient’s eyes: understanding and promoting patient-centered care. San Fransisco, Jossey-Bass.
- Hummers-Pradier, E., Beyer, M., Chevallier, P., Eilat-Tsanani, S., Lionis, C., Peremans, L., Petek, D., Rurik, I., Soler, J.K., Stoffers, H.E., Topsever, P., Ungan, M., Van Royen, P. (2009). The Research Agenda for General Practice/Family Medicine and Primary Health Care in Europe. Part 1. Background and methodology. *Eur J Gen Pract*, 15(4), 243-50.
- Hummers-Pradier, E., Beyer, M., Chevallier, P., Eilat-Tsanani, S., Lionis, C., Peremans, L., Petek, D., Rurik, I., Soler, J.K., Stoffers, H.E., Topsever, P., Ungan, M., Van Royen, P., (2010). The Research Agenda for General Practice/Family Medicine and Primary Health Care in Europe. Part 2. Results: Primary care management and community orientation. *Eur J Gen Pract*, 16(1), 42-50.
- Hummers-Pradier, E., Beyer, M., Chevallier, P., Eilat-Tsanani, S., Lionis, C., Peremans, L., Petek, D., Rurik, I., Soler, J.K., Stoffers, H.E., Topsever, P., Ungan, M., Van Royen, P. (2010). The research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe. Part 4. Results: specific problem solving skills. *Eur J Gen Pract*, 16(3), 174-81.
- Institute of Medicine. (2001). Crossing the Quality Chasm: a new health system for the 21st century.
- Lionis, C., & Petelos, E. (2015). The Patient-centered Medical Home Model within an Integrated Primary Care System: towards a European Model? In the Book: Integrated Primary and Behavioral Care, Springer.
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M., Haynes, R.B., Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn’t. *BMJ*, 312:71.
- Scholle, S.H., Torda, P., Peikes, D., Han, E., Genevro, J. (2010). Engaging Patients and Families in the Medical Home. AHRQ Publication, No. 10-0083-EF.
- Van Royen, P., Beyer, M., Chevallier, P., Eilat-Tsanani, S., Lionis, C., Peremans, L., Petek, D., Rurik, I., Soler, J.K., Stoffers, H.E., Topsever, P., Ungan, M., Hummers-Pradier, E. (2010). The research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe. Part 3. Results: person centred care, comprehensive and holistic approach. *Eur J Gen Prac*, 16(2), 113-9.

Van Royen, P., Beyer, M., Chevallier, P., Eilat-Tsanani, S., Lionis, C., Peremans, L., Petek, D., Rurik, I., Soler, J.K., Stoffers, H.E., Topsever, P., Ungan, M., Hummers-Pradier, E. (2010). The research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe. Part 5: Needs and implications for future research and policy. *Eur J Gen Pract*, 16(4), 244-8.

Van Royen, P., Beyer, M., Chevallier, P., Eilat-Tsanani, S., Lionis, C., Peremans, L., Petek, D., Rurik, I., Soler, J.K., Stoffers, H.E., Topsever, P., Ungan, M., Hummers-Pradier, E. (2010). The research agenda for general practice/family medicine and primary health care in Europe. Part 6: reaction on commentaries - how to continue with the Research Agenda? *Eur J Gen Pract*, 17(1), 58-61.

Cochrane Community, Evidence-based health care and systematic reviews, Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://bit.ly/1zDGMEk> Τελευταία πρόσβαση 30 Οκτωβρίου, 2015.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10 - Η ΣΧΕΣΗ ΙΑΤΡΟΥ - ΑΣΘΕΝΗ ΣΕ ΕΝΑΝ ΜΕΤΑΒΑΛΛΟΜΕ- ΝΟ ΚΟΣΜΟ

Ε. Πιτέλου & Χ. Λιονής



Χρόνια νοσήματα, συννοσηρότητα & νέα πρότυπα φροντίδας

Τα τελευταία χρόνια, πραγματοποιείται μια σημαντική αλλαγή στα πρότυπα ασθένειας, με τη μετάβαση από, κυρίως, οξείας μορφής παθήσεις/νόσους στην επικράτηση χρόνιων νόσων με υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας. Η αλλαγή οφείλεται στη γήρανση του πληθυσμού, στις αλλαγές του τρόπου ζωής αλλά και στην ερευνητική και τεχνολογική πρόοδο, και συνεπάγεται ανακατανομή των διαθέσιμων πόρων και αναδιάρθρωση των ρόλων των επαγγελματιών υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Υπαγορεύει, επίσης, εστίαση σε ασθενοκεντρικά (patient-centric) μοντέλα ολοκληρωμένης (integrated) και διεπιστημονικής (interdisciplinary) φροντίδας (Greenhalgh, 2007), προκειμένου να γίνεται αποτελεσματική και αποδοτική διαχείριση των περιορισμένων πόρων στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, καθώς επίσης και για να λαμβάνονται υπόψη τόσο οι ανάγκες όσο και οι προτιμήσεις του ασθενή.

Μια προσέγγιση που επιτρέπει τον συντονισμό μεταξύ πολλών επαγγελματιών για την παροχή φροντίδας σε πολύπλοκες παθήσεις συνιστούν οι διαδρομές ολοκληρωμένης φροντίδας (ICP: Integrated Care Pathway), γνωστές και ως διαδρομές ασθενών (patient pathway) ή πρωτόκολλα φροντίδας (care protocols).

Τεχνολογικές εξελίξεις: νέα διαγνωστικά μέσα & νέες θεραπευτικές τεχνικές

Οι τεχνολογικές εξελίξεις δημιουργούν ένα νέο περιβάλλον στον χώρο της υγείας, επιδρώντας ποικιλοτρόπως στη σχέση ιατρού-ασθενή. Ο ιατρός έχει στη διάθεσή του περισσότερα μέσα για τη θεραπεία των ασθενών, ενώ οι ασθενείς έχουν, ενδεχομένως, τη δυνατότητα να απολαύσουν υπηρεσίες υψηλότερου επιπέδου.

Ο ασθενής εξακολουθεί να προσέρχεται στο ιατρείο αναζητώντας τη βοήθεια του ιατρού για ανακούφιση και θεραπεία. Παρά, όμως, το γεγονός ότι οι βασικές αρχές στη σχέση ιατρού-ασθενή παραμένουν αναλλοίωτες, αυτές εκφράζονται ανάμεσα σε ένα «νέο είδος» ασθενή και σε έναν ιατρό που πρέπει να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες.

Ο «νέος» ασθενής

Ίσως ο καθοριστικότερος παράγοντας στην αλλαγή της σχέσης ιατρού-ασθενή σε έναν μεταβαλλόμενο κόσμο είναι τα στοιχεία που χαρακτηρίζουν τον νέο ασθενή. Ανεξάρτητα από το αν αυτό αποδίδεται στο υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο ή σε άλλα κοινωνικά χαρακτηριστικά, ο νέος ασθενής έχει περισσότερες απαιτήσεις για το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς και για την επεξήγηση της κατάστασης της υγείας του και τους λόγους επιλογής μιας θεραπευτικής αγωγής. Ο ασθενής, συχνά, έχει πλήρη συναίσθηση του ότι ο ίδιος είναι υπεύθυνος για τη διαχείριση της υγείας του ή, τουλάχιστον, αντιλαμβάνεται μέρος των ενδεχόμενων συνεπει-

ών των αποφάσεών του όσον αφορά τις επιλογές του, με αποτέλεσμα να επιζητητά έναν ενεργότερο ρόλο στη λήψη αποφάσεων που τον αφορούν. Το φαινόμενο ασθενών που ακολουθούν ιατρικές συμβουλές χωρίς να έχουν αντίληψη του προβλήματος που αντιμετωπίζουν και των λόγων που οδηγούν σε συγκεκριμένες οδηγίες, επιλογές και παρεμβάσεις παρατηρείται και θα παρατηρείται στο μέλλον όλο και λιγότερο συχνά. Επιπροσθέτως, ο ασθενής έχει στη διάθεσή του πηγές πληροφόρησης, με σημαντικότερη το διαδίκτυο, από τις οποίες μπορεί ανά πάσα στιγμή να αντλήσει ενημέρωση για θέματα υγείας που τον αφορούν. Προσέρχεται, λοιπόν, στο ιατρείο με μια λιγότερο ή περισσότερο σωστή αντίληψη για το πρόβλημα που αντιμετωπίζει.

Ο «νέος» ρόλος του ιατρού

Ευρισκόμενος αντιμετώπος με ασθενείς με διαφορετικές αντιλήψεις και απαιτήσεις, ο ιατρός οφείλει να διασφαλίσει τη διατήρηση ενός υψηλού επιπέδου θεραπείας και φροντίδας. Στην περίπτωση που οι ασθενείς φτάνουν στο ιατρείο παραπληροφορημένοι και με διάθεση παρέμβασης στο έργο του ιατρού, ο ιατρός οφείλει να αποκαταστήσει τη σχέση στις σωστές βάσεις, ξεκαθαρίζοντας τον ρόλο που ο καθένας έχει να διαδραματίσει στην προσπάθεια αποκατάστασης και διατήρησης της υγείας του ασθενή. Όταν, όμως, ο ασθενής προσέρχεται ενημερωμένος στο ιατρείο, επιζητώντας έναν ενεργότερο ρόλο στη θεραπεία του, δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται από τον ιατρό ως ενόχληση. Απεναντίας, ο ιατρός έχει, στην περίπτωση αυτή, την ευκαιρία να κτίσει μια σχέση συνεργασίας και εμπιστοσύνης με τον ασθενή. Για παράδειγμα, σε περίπτωση που είναι δυνατό να ακολουθηθούν διαφορετικές θεραπευτικές αγωγές, με καθεμία από αυτές να παρουσιάζει διαφορετικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, η γνώμη του ασθενή θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη λήψη της τελικής απόφασης από τον ιατρό.

Νέα μέσα

Τα νέα μέσα στη διάθεση ιατρών και ασθενών δημιουργούν τις συνθήκες για δραστικές αλλαγές στον τρόπο παροχής υπηρεσιών και στη σχέση ιατρού-ασθενή.

i) Ηλεκτρονικά αρχεία

Το ιατρικό ιστορικό ασθενών μπορεί να διατηρείται σε ψηφιακή μορφή και να παρέχει τις απαιτούμενες πληροφορίες στον ιατρό με ταχύτητα και ακρίβεια. Τα τελευταία χρόνια, έχουν εφαρμοστεί διαφορετικές μορφές ηλεκτρονικών φακέλων με κυριότερα παραδείγματα τον Ηλεκτρονικό Φάκελο Ασθενή (Electronic Patient Record), τον Ηλεκτρονικό Φάκελο Υγείας (Electronic Health Record) και τον Προσωπικό Φάκελο Υγείας (Personal Health Record).

Ο Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας διατηρείται, συνήθως, από έναν πάροχο υπηρεσιών υγείας (π.χ. νοσοκομείο, κλινική). Ο φάκελος περιέχει πληροφορίες για τις επισκέψεις ασθενών και τις διαγνώσεις και τις θεραπευτικές αγωγές που ακολουθήθηκαν στο νοσηλευτικό ίδρυμα όπου διατηρείται ο φάκελος. Ο Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας συμπεριλαμβάνει όλες τις πληροφορίες που είναι σχετικές με την υγεία ενός ασθενή, από τη γέννηση μέχρι τον θάνατο. Η αποθήκευση του αρχείου γίνεται, συνήθως, στην τράπεζα δεδομένων του ασφαλιστικού οργανισμού, ο οποίος παρέχει πρόσβαση και δικαίωμα επεξεργασίας των δεδομένων στους παροχείς υπηρεσιών υγείας που επισκέπτεται ο ασθενής. Ο Προσωπικός Φάκελος Υγείας αποτελεί τη νεότερη και λιγότερο διαδεδομένη μορφή ψηφιακής αποθήκευσης ιατρικών δεδομένων και ανήκει στον ασθενή, ο οποίος είναι υπεύθυνος για τη διαχείρισή του και την παροχή πρόσβασης σε αυτόν. Οι ασθενείς έχουν, επίσης, τη δυνατότητα να καταχωρούν οι ίδιοι πληροφορίες σχετικές με την υγεία τους.

Οι ψηφιακές μορφές ιατρικού ιστορικού αποτελούν σημαντικά στοιχεία για τη διοίκηση και την οργάνωση της παροχής υγείας. Σε σχέση με τον ιατρό, μπορεί να αποτελέσουν στοιχεία τα οποία διευκολύνουν το έργο του και βελτιώνουν τη δυνατότητα λήψης σωστών αποφάσεων. Για παράδειγμα, μπορεί να διευκολύνουν την εφαρμογή κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών (clinical guidelines). Αυτό, όμως, εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τον σχεδιασμό και τις απαιτήσεις για τη διατήρηση των ηλεκτρονικών αρχείων. Ένας σχεδιασμός φιλικός προς τον χρήστη μπορεί να συμβάλει αποφασιστικά στη βελτίωση της καθημερινής πρακτικής. Αντίθετα, ο κακός σχεδιασμός μπορεί να μετατρέψει τον ηλεκτρονικό φάκελο σε ένα δύσχρηστο αρχείο, από το οποίο είναι δύσκολο να αντληθούν χρήσιμες πληροφορίες και το οποίο επιβαρύνει γραφειοκρατικά τον ιατρό, σπαταλώντας χρήσιμο χρόνο που θα μπορούσε να αφιερωθεί στην επικοινωνία με τους ασθενείς. Η χρήση ηλεκτρονικών αρχείων δημιουργεί ερωτηματικά σε σχέση με την ιδιοκτησία των πληροφοριών και προβληματισμό σχετικά με τον σεβασμό της ιδιωτικότητας των ασθενών.

ii) Διαγνωστικά μέσα

Η πρόοδος στη διάγνωση μέσω νέων εργαστηριακών ελέγχων ή διαγνωστικών συσκευών έχει, επίσης, μια σημαντική επίδραση στη σχέση ιατρού-ασθενή. Τα μέσα αυτά συμβάλλουν συχνά στη δημιουργία της εντύπωσης ότι η θεραπεία αποτελεί μια μάλλον τεχνική διαδικασία. Η μείωση, όμως, του χρόνου επίσκεψης και θεραπείας

δεν σημαίνει απαραίτητα ότι θα πρέπει να επιβαρύνει την ποιότητα της επικοινωνίας ιατρού-ασθενή. Αντιθέτως, η χρήση των σύγχρονων διαγνωστικών μέσων μπορεί να δημιουργήσει μια επιπλέον αίσθηση διαφάνειας στη διαγνωστική θεραπεία, συμβάλλοντας θετικά στη σχέση εμπιστοσύνης ιατρού-ασθενή. Σε απάντηση της πολυέξοδης και συχνά μη αιτιολογημένης, όσον αφορά τις ενδείξεις, διαγνωστικής τεχνολογίας, που αναπτύσσεται σε νοσοκομειακό περιβάλλον, τα τελευταία χρόνια έχει επενδυθεί αρκετή προσπάθεια για την ανάπτυξη διαγνωστικών μέσων πλησίον του ασθενή (near the patients tests/ point to care), τα οποία συμβάλλουν σημαντικά στην ανάπτυξη διαγνωστικών αλγόριθμων και στη μέτρηση των διαγνωστικών πιθανοτήτων στη βάση της στοχαστικής/πιθανολογικής διαγνωστικής.

iii) Θεραπευτικές πρακτικές

Οι αυξανόμενες απαιτήσεις των ασθενών και οι μεταβαλλόμενες συνθήκες και δυνατότητες για παροχή υγείας έχουν οδηγήσει στη δημιουργία καινοτόμων υπηρεσιών στον κλάδο. Υπηρεσίες για τη διαχείριση ασθενειών (disease management) ή το μοντέλο φροντίδας ασθενών με χρόνια νοσήματα (chronic care model) τοποθετούν τον ασθενή στο επίκεντρο, προσαρμόζοντας ανάλογα τον ρόλο των επαγγελματιών υγείας. Οι ασθενείς αποκτούν μεγαλύτερο ρόλο και ευθύνη για την υγεία τους, ενώ οι ιατροί έχουν τη δυνατότητα να επιτελούν το έργο τους πιο αποδοτικά, αποτελώντας μέλη μιας ομάδας με τεχνικές δυνατότητες αποτελεσματικότερης επικοινωνίας και συνεργασίας.

Η τηλεϊατρική αποτελεί ένα από τα χαρακτηριστικότερα παραδείγματα τεχνολογικής εξέλιξης με επιπτώσεις στη σχέση ιατρού ασθενή. Η χρήση ειδικών συσκευών ή εφαρμογών για την παρακολούθηση της εξέλιξης της υγείας των ασθενών μπορεί να οδηγεί σε μείωση της ανάγκης συχνών επισκέψεων στον ιατρό. Ταυτόχρονα, όμως, και σε συνδυασμό με τη δυνατότητα χρήσης της τεχνολογίας για επικοινωνία (π.χ. μέσω ηλεκτρονικής αλληλογραφίας ή εφαρμογών κοινωνικής δικτύωσης), οι εφαρμογές τηλεϊατρικής δημιουργούν μια διαρκή σύνδεση ασθενή-ιατρού, με τον ασθενή να έχει την αίσθηση συνεχούς φροντίδας και τον ιατρό να έχει πρόσβαση σε χρήσιμες πληροφορίες ανά πάσα στιγμή. Όλα τα παραπάνω κάνουν ακόμα πιο επίκαιρη την ανάλυση και τη λήψη της κλινικής απόφασης με την εκτίμηση των εκβάσεων (outcomes) των διάφορων θεραπευτικών επιλογών, δάνεια, συνήθως, των δημοσιευμένων κλινικών δοκιμών και της μετασύνθεσής τους, πέρα από την απλή υποκειμενική εκτίμηση του ασθενή σχετικά με τις προτεινόμενες θεραπευτικές επιλογές και του κόστους τους, αλλά σίγουρα ως έκφραση της προτίμησής του.

Γενετική βάση & πρόληψη

Ο ρόλος του γενικού ιατρού είναι καίριας σημασίας για την πρόληψη νόσων. Η γενετική δίνει μια άλλη διάσταση στον όρο «πρόληψη» εφόσον στόχος του ιατρού θα πρέπει να είναι η αύξηση της κληρονομικότητας μιας νόσου (στόχος 1.0) στο πλαίσιο εξάλειψης άλλων, για παράδειγμα, περιβαλλοντικών, παραγόντων μέσω της πρόληψης και των παρεμβάσεων στον τρόπο ζωής.

Όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενα κεφάλαια, η εμφάνιση μιας ασθένειας, ακόμα και όταν έχει «γενετική βάση», προκύπτει από τον συνδυασμό της γονιδιακής προδιάθεσης με περιβαλλοντικούς παράγοντες. Για παράδειγμα, η ραχίτιδα συχνά αναφέρεται ως μια νόσος της οποίας η κληρονομικότητα αυξήθηκε θεαματικά (Scriver, 1990). Πρόκειται για μια «νόσο της πόλης», επειδή εμφανίζεται σε βρέφη που στερούνται τον ήλιο εξαιτίας των συνθηκών στις πόλεις αλλά και λόγω ανεπαρκούς διαίτας. Μετά την ανακάλυψη της βιταμίνης D, η νόσος εμφανιζόταν ως απόρροια της φτώχειας. Η προσθήκη βιταμίνης D στη διατροφή και η παρακολούθηση των βρεφών είχε ως αποτέλεσμα η ραχίτιδα σχεδόν να εξαλειφθεί.

Ένα άλλο μεγάλο ερωτηματικό που τίθεται αφορά τις συνέπειες της γνώσης όσον αφορά στον κίνδυνο. Η πληροφορία δεν αποτελεί απαραίτητα στοιχείο βοήθειας, ακόμα και όταν είναι δυνατή η πρόληψη. Για παράδειγμα, ο εντοπισμός του γονιδίου για την ανεπάρκεια άλφα-1-αντιτρυψίνης –γονίδιο που αυξάνει το ποσοστό ευπάθειας στη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια από τον καπνό των τσιγάρων- θα έπρεπε να καθιστά δυνατή την πρόληψη μέσω της συμβουλευτικής προσέγγισης (counseling) στους γονείς, ώστε να μην καπνίζουν στο σπίτι. Ωστόσο, μια δοκιμή συμβουλευτικής προσέγγισης σε επίπεδο κοινότητας στη Σουηδία (Thelin, 1985)

έδειξε ότι όχι μόνο δεν μειώθηκε το κάπνισμα, αλλά οι μητέρες είχαν πλέον πολύ υψηλότερο βαθμό άγχους για τα παιδιά τους. Παρά τις προσπάθειες καλά εκπαιδευμένων συμβούλων, οι γονείς είχαν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι τα ασυμπτωματικά παιδιά τους ήταν μάλλον προορισμένα να αναπτύξουν πνευμονική νόσο παρά σε κίνδυνο να την εμφανίσουν. Το πρόγραμμα «πρόληψης» εγκαταλείφθηκε επειδή διαπιστώθηκε ότι η «τοξικότητά του» υπερέβαινε τις ωφέλειές του.

Οι δυνατότητες των νέων τεχνολογιών περιλαμβάνουν τον μαζικό γενετικό έλεγχο (screening) που μπορεί να λειτουργήσει ευεργετικά, αλλά και αρνητικά –δίνοντας υψηλό αριθμό εσφαλμένων θετικών (false positives).

Παράδειγμα 1: Γονίδιο HFE >οικογενής αιμοχρωμάτωση, στην περίπτωση ανίχνευσης πριν από την έναρξη κίρρωσης ή διαβήτη, η περιοδική φλεβοτομή (TBD) επιτρέπει φυσιολογικό προσδόκιμο. Ωστόσο, δεν εμφανίζουν τη νόσο όλοι οι φορείς. Χωρίς να ξέρουμε τι άλλο είναι απαραίτητο για να μετατραπεί ο γονότυπος σε φαινότυπο, ο μαζικός γενετικός έλεγχος θα είχε ως αποτέλεσμα υπερβολικά μεγάλο αριθμό εσφαλμένων θετικών.

Παράδειγμα 2: [...] Αγγειοεγκεφαλική νόσος/θρόμβωση, οικογενής. Υπάρχουν δύο τόποι γονιδίου που συντελούν σε αυξημένο κίνδυνο. Επίσης, είναι ήδη γνωστό ότι τα αντισυλληπτικά φάρμακα (προσδ. τυπ.) αυξάνουν τον κίνδυνο σε εξαιρετικά μεγάλο βαθμό. Η ικανότητα γενετικού ελέγχου για τα δύο γονίδια καθιστά δυνατή τη μείωση αυτής της επιπλοκής (δηλ. των αντισυλληπτικών) μέσω της σύστασης άλλων μεθόδων οικογενειακού προγραμματισμού.

Η αναγνώριση της ανάγκης για αναζήτηση της γενετικής βάσης από τους ιατρούς γενικής ιατρικής αποτελεί σήμερα μια επείγουσα ανάγκη.

Ο μελλοντικός ρόλος του ιατρού δυνητικά περιλαμβάνει τη λήψη πληροφοριών οικογενειακού ιστορικού και συζήτηση σχετικά με τον γενετικό κίνδυνο/προδιάθεση, την πραγματοποίηση γενετικών ελέγχων και την ενημέρωση ασθενών σχετικά με τα αποτελέσματά τους και την όποια σημασία τους, καθώς και ενδεχόμενες θεραπευτικές ή προληπτικές επιλογές (Holtzman, 1993). Προκειμένου να μπορέσουν να ανταποκριθούν στις νέες, σχετικά, προκλήσεις οι νέοι ιατροί και οι ιατροί γενικής ιατρικής, θα πρέπει να έχουν γνώσεις σχετικά με τη γενετική και τη μοριακή ιατρική, καθώς και δεξιότητες σχετικές με αυτούς τους τομείς και, κατ' επέκταση, την αυτοπεποίθηση να αντιμετωπίσουν τέτοιες περιπτώσεις ασθενών (Watson, 1999). Ενδεικτικά, οι ιατροί γενικής ιατρικής θα πρέπει να είναι σε θέση να πάρουν το γενετικό οικογενειακό ιστορικό και να παρέχουν γενετική συμβουλευτική, όταν είναι απαραίτητο.

Η επιστροφή της ιπποκρατικής ιατρικής με αναφορά στη συμπόνια στην εκπαίδευση & στην έρευνα

Η παρούσα ενότητα θίγει ένα επίκαιρο θέμα στη βιβλιογραφία και στη συζήτηση για την προπτυχιακή ιατρική εκπαίδευση και φαίνεται να αποτελεί την απάντηση της ιπποκρατικής ιατρικής σε έναν μεταβαλλόμενο κόσμο στον οποίο η συναίσθηση και η συμπάθεια αρχίζουν να συγκεντρώνουν την προσοχή τόσο στην εκπαίδευση όσο και στην έρευνα. Περισσότερα μπορείτε να διαβάσετε σε ένα προσφάτως δημοσιευμένο άρθρο σύνταξης αλλά και να ακούσετε στο πλαίσιο κατ' επιλογήν μαθήματος του 2ου εξαμήνου (Shea & Lionis, 2010).

Νέες οργανωσιακές & επαγγελματικές προκλήσεις - Κριτήρια Benson για επιτυχή λειτουργία «ολόκληρων» συστημάτων

Ιδεολογική συναίνεση - ο βαθμός στον οποίο υπάρχει συμφωνία επί της φύσεως, της σημασίας και της αξίας του εγχειρήματος.

Συναίνεση τομέων αρμοδιότητας - ο βαθμός στον οποίο υπάρχει συμφωνία επί της συμβολής κάθε συμμετέχοντος στο εγχείρημα.

Θετική αποτίμηση - ο βαθμός στον οποίο οι άνθρωποι της μίας πλευράς της σύμπραξης έχουν θετική άποψη για τη συμβολή αυτών της άλλης.

Συντονισμός έργου – ο βαθμός στον οποίο οι συνεταίροι είναι προετοιμασμένοι να συμμορφώσουν τα πρότυπα

εργασίας.

Εκπλήρωση των απαιτήσεων του προγράμματος - ο βαθμός συμβατότητας μεταξύ των στόχων της σύμπραξης και των στόχων των συμμετεχόντων ως ατόμων.

Κοινωνική σημασία - ο βαθμός στον οποίο υπάρχει υποστήριξη προς τους στόχους της σύμπραξης από το φάσμα των επηρεαζόμενων εκλογικών περιφερειών.

Διατήρηση της ροής πόρων - ο βαθμός στον οποίο υπάρχει επαρκής χρηματοδότηση για τους αντικειμενικούς στόχους της σύμπραξης.

Ταυτότητα της σύμπραξης - ο βαθμός στον οποίο οι συμμετέχοντες εκλαμβάνουν τον εαυτόν τους ως εργαζόμενο για τη σύμπραξη παρά ως εκπρόσωπο της εκλογικής τους περιφέρειας.

Βιβλιογραφικές αναφορές

Greenhalgh, T. (2007). Complex problems in a complex system. In Primary Health Care: Theory and Practice. Oxford: Blackwells.

Holtzman, N.A. (1993). Primary care physicians as providers of frontline genetic services. Fetal Diagn Ther 8 (Suppl 1), 213–219.

Watson, E.K., Shickle, D., Qureshi, N., Emery J., Austoker J. (1999). The ‘new genetics’ and primary care: GPs’ views on their role and their educational needs. Family Practice, 16(4), 420-425.

Scriver, C.R. (1990). Changing heritability of nutritional disease: another explanation for clustering. In, Simpolous, A. and Child, B. (eds) Genetic Variations and Nutrition. New York, Karger, 60-71.

Shea, S., & Lionis, C., (2010). Restoring humanity in health care through the art of compassion: an issue for the teaching and research agenda in rural health care, RRH, 10(4), 1679.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 11 - ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΩΣ ΕΠΙΚΕΝΤΡΟ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ

Α. Δ. Αλεξιάδης



Εισαγωγικές παρατηρήσεις

Τα δικαιώματα του ασθενή αποτελούν ζήτημα μείζονος σημασίας τόσο για την ελληνική όσο και για τη διεθνή έννομη τάξη, ιδιαίτερα λόγω της ευάλωτης θέσης του απέναντι στους παρόχους υγείας και στα νοσηλευτικά ιδρύματα. Αρχικά, έμμεση αναφορά γίνεται στον όρκο του Ιπποκράτη, ως το αρχαιότερο κείμενο περί την Ιατρική και τις λειτουργίες αυτής. Μεταγενέστερα, όμως, η κατοχύρωσή τους χρονολογείται τον 17ο αιώνα, όταν γίνεται μνεία στο κείμενο του Habeas Corpus, το 1669 (Κρεμαλής, 2011). Σε διαφορετικές χρονικές περιόδους, ακολούθησαν και άλλες αναφορές στα δικαιώματα του ασθενή και καταβλήθηκαν συντονισμένες προσπάθειες από διάφορους φορείς και οργανισμούς για τη σύνταξη ενός καταλόγου δικαιωμάτων του ασθενή. Ειδικότερα, τα δικαιώματα του ασθενή έχουν λάβει θεσμική αναγνώριση μέσω πολλών κειμένων, όπως: α) η Οικουμενική Διακήρυξη των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων του ΟΗΕ, το 1948 (Universal Declaration of Human Rights), β) ο πρώτος κώδικας δικαιωμάτων του ασθενή, το 1973 (Patient Bill of Rights) στις Η.Π.Α., γ) η Ευρωπαϊκή Σύμβαση για την Προστασία των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου, το 1950 (European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms), δ) ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης, το 1961, (European Social Charter, 1961) από το Συμβούλιο της Ευρώπης, ο οποίος κυρώθηκε από την Ελλάδα με τον νόμο 1426/1984, ε) η Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για την προστασία των ανθρώπινων δικαιωμάτων και τη Βιοϊατρική, Οβιέδο 1997 (Convention on Human Rights and Biomedicine), η οποία κυρώθηκε από την Ελλάδα με τον νόμο 2619/1998, και τα πρόσθετα Πρωτόκολλα αυτής (1998, 2002, 2005, 2008), στ) οι τρεις Διακηρύξεις της UNESCO αναφορικά με τη βιοηθική και τη γενετική (1997, 2003, 2005) και ζ) η Διακήρυξη για την Προαγωγή των Δικαιωμάτων των Ασθενών από τον ΠΟΥ, το 1994 (WHO Declaration on the Promotion of Patient's Rights). Ωστόσο, παρά την αυξημένη θεσμική αναγνώριση των δικαιωμάτων του ασθενή σε διάφορα διεθνή θεσμικά κείμενα, υπάρχει μια εγγενής δυσκολία η οποία οφείλεται στην έλλειψη ενός ακριβούς ορισμού αυτών. Κατά συνέπεια, κρίνεται επιτακτική η ανάγκη ορισμού και οριοθέτησης της έννοιας και του περιεχομένου τους, μέσω της συνύφανσής τους με ένα σύνολο δικαιωμάτων του ασθενή κατά τη διάρκεια της θεραπείας και μετά την ολοκλήρωσή (Μητροσύλη, 2009).

Σε εθνικό επίπεδο, η Ελλάδα έχει κάνει σημαντικά βήματα προς την κατεύθυνση αυτή. Μάλιστα, η θέσπιση των δικαιωμάτων του ασθενή αποτέλεσε την αφορμή για ουσιαστικές αλλαγές στον χώρο της υγείας (δημόσιο ή ιδιωτικό) εκ μέρους του ελληνικού κράτους, με απώτερο στόχο τη βελτίωση υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στον πολίτη, που αποτελούσε κομβικό σημείο των αιτημάτων του. Ύστερα από διάφορες παρεμβάσεις διεθνών, και όχι μόνο, οργανισμών, το ελληνικό κράτος προχώρησε με νομοθετική πρωτοβουλία στη θέσπιση των πρώτων βασικών δικαιωμάτων του ασθενή και, ακολούθως, στη συμπλήρωση αυτών βάσει της ισχύουσας νομολογίας. Ειδικότερα, με τις διατάξεις του νόμου 2071/1992 (άρθρο 47), καθιερώθηκε μια σειρά δικαιωμάτων κατά τρόπο ρητό και περιοριστικό, με αναφορά στον νοσοκομειακό ασθενή, ενώ για τις λοιπές κατηγορίες ασθενών γίνεται έμμεση αναφορά στα δικαιώματά τους κατά τρόπο ρυθμιστικό, τόσο στον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (ΚΙΔ- Ν.3418/2005) όσο και σε άλλους κώδικες δεοντολογίας λοιπών κλάδων υγείας. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι τα δικαιώματα του ασθενή είναι κανονιστικού περιεχομένου, κατοχυρωμένα στην ελληνική έννομη

τάξη, αλλά, κατά το μεγαλύτερο τμήμα τους, είναι άγνωστα στο ευρύ κοινωνικό σύνολο. Ωστόσο, η θέσπιση των δικαιωμάτων του προστατεύει τον ασθενή από κάθε είδους καταστρατήγηση αυτών (Μητροσύλη, 2009).

Δικαιώματα του ασθενή

Με τη διάταξη του άρθρου 21, παρ. 3 του Συντάγματος, κατοχυρώνεται το δικαίωμα του πολίτη στην υγεία. Πρόκειται για ένα δικαίωμα με διφυή χαρακτήρα, δηλαδή κοινωνικό και ατομικό, το οποίο θέτει τη θεσμική βάση προκειμένου ο κοινός νομοθέτης να οργανώσει τις υπηρεσίες υγείας, με απώτερο στόχο την απόλαυση του δικαιώματος αυτού από τον πολίτη (Αλεξιάδης, 1999). Παράλληλα, το δικαίωμα αυτό διέπεται από τρία συστατικά στοιχεία: την καθολικότητα, την υπευθυνότητα και την ισότητα, τα οποία, μαζί με τις βασικές αρχές της πληροφόρησης, της συναίνεσης, της εμπιστευτικότητας, της ιδιωτικότητας και του σεβασμού της αξίας και της προσωπικότητας, συνθέτουν τη βάση της θέσπισης των δικαιωμάτων του ασθενή (Παπαρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, 2009). Τα δικαιώματα αυτά έχουν ως σημείο αναφοράς τον σεβασμό της αξίας και της αξιοπρέπειας της προσωπικότητας του ατόμου, το οποίο, ως ανεξάρτητο ον, αυτοκαθορίζεται και αυτονομείται (Παπαρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, 2009). Ο νόμος 2071/1992 (άρθρο 47) αποτέλεσε μια πρώτη προσπάθεια για τη θέσπιση των δικαιωμάτων του ασθενή, η οποία, όμως, δεν εξαντλείται σε μια στερεότυπη απαρίθμηση αυτών, αλλά συνεχίζεται όσο εξελίσσεται η επιστήμη και, κατ' επέκταση, η ζωή. Επιπρόσθετα, η απαρίθμηση των δικαιωμάτων ενισχύεται σημαντικά και με άλλα δικαιώματα, τα οποία προκύπτουν από το Σύνταγμα, τη νομοθεσία, τη νομολογία, τους κώδικες δεοντολογίας των διάφορων κλάδων Υγείας, τις διεθνείς συμβάσεις, τις διακηρύξεις και τους κανόνες της Ευρωπαϊκής Ένωσης κλπ. (Αλεξιάδου, 2012; Μητροσύλη, 2009).

Παράλληλα, αξίζει να σημειωθεί ότι η ύπαρξη και η σύνθεση μιας λίστας δικαιωμάτων του ασθενή συντελείται στο πλαίσιο της διαμόρφωσης των σχέσεων μεταξύ ιατρού και ασθενή, οι οποίες αποτελούν ουσιαστικό στοιχείο της λειτουργίας των δικαιωμάτων αυτών (Παπαρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, 2009). Μάλιστα, τόσο ο ΚΙΔ όσο και ο Ευρωπαϊκός Κώδικας Δεοντολογίας του 1987 ρυθμίζουν, κατά τρόπο ρητό, την επαγγελματική συμπεριφορά του ιατρού προς τον ασθενή και τις μεταξύ τους σχέσεις (Αναπλιώτου-Βαζαίου, 1988).

Συνεπώς, βάσει των ανωτέρω, στα δικαιώματα του ασθενή συγκαταλέγονται τα ακόλουθα:

1. Ο ασθενής έχει δικαίωμα να προσέρχεται στις υπηρεσίες υγείας και να επιλέγει ελεύθερα εκείνες τις υπηρεσίες υγείας που, κατά την κρίση των ειδικών, είναι κατάλληλες και απαραίτητες για την αντιμετώπιση της κατάστασης της υγείας του (άρθρο 47 παρ. 1 Ν. 2071/1992). Ειδικότερα, ο ασθενής, σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 21 παρ. 3 του Συντάγματος, έχει δικαίωμα πρόσβασης σε άμεση και ποιοτικά ανώτερη υπηρεσία υγείας για την απόλαυση του κοινωνικού δικαιώματος στην υγεία και την αποκατάσταση της υγείας του (Αλεξιάδου, 2012; Κρεμαλής, 2011).
2. Ο ασθενής διατηρεί το δικαίωμα της πλήρους ενημέρωσης σχετικά με την πραγματική κατάσταση της υγείας του. Η ενημέρωση του ασθενή θα πρέπει να είναι πλήρης, κατανοητή και εμπειρισταωμένη, προκειμένου ο ασθενής να διαμορφώνει πλήρη εικόνα των οικονομικών, κοινωνικών και ιατρικών διαστάσεων της κατάστασής του και να λαμβάνει ο ίδιος τις κρίσιμες αποφάσεις για τη ζωή του ή να τις συνδιαμορφώνει με άλλους (άρθρο 47 παρ. 4 και 5 Ν.2071/1992). Επιπρόσθετα, στα πλαίσια της πλήρους ενημέρωσης, ο ασθενής έχει δικαίωμα πρόσβασης σε ιατρικά αρχεία σχετικά με τη θεραπεία του, με σκοπό την απόκτηση γνώσης που αφορά τη θεραπεία του και την πραγματική κατάσταση της υγείας του (άρθρο 10 Ν. 2619/1998, παρ. 4.4, Διακήρυξη WHO). Η ενημέρωση δύναται να γίνεται είτε στον ίδιο τον ασθενή είτε στον νόμιμο εκπρόσωπό του, ενώ θα πρέπει να περιγράφει με σαφή και κατανοητό τρόπο την ακριβή κατάσταση της υγείας του, καθώς και τυχόν επεμβάσεις και λοιπές πράξεις. Ωστόσο, πληροφορίες δύναται να αποκρυφτούν από τον ασθενή κατ' εξαίρεση, όταν υπάρχει σοβαρός λόγος να πιστευτεί ότι οι πληροφορίες αυτές, χωρίς να υπάρχει καμία προσδοκία για προφανή οφέλη, θα προξενήσουν σε αυτόν σοβαρή βλάβη. Επιπρόσθετα, ο ιατρός υποχρεούται να σέβεται την επιθυμία του ασθενή για μη ενημέρωση του ίδιου αλλά και τρίτων προσώπων. Επίσης, μέσα στο πλαίσιο της ενημέρωσης του ασθενή εντάσσεται και η υποχρέωση πληροφόρησής του αναφορικά με την ταυτότητα και την επαγγελματική ιδιότητα των ατόμων που παρέχουν υπηρεσίες υγείας (Αλεξιάδης, 1996).
3. Ο ασθενής διατηρεί το δικαίωμα συγκατάθεσης και συμμετοχής στη διενέργεια πράξεων στον ίδιο, για ερευνητικούς ή εκπαιδευτικούς σκοπούς (Ν.3418/2005- Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας, Αλεξιάδης, 2004).

Στην περίπτωση αυτή, ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στη συναίνεση του ασθενή πριν από κάθε πράξη, η οποία θα πρέπει να είναι αποτέλεσμα πλήρους και εκ των προτέρων ενημέρωσης για τους κινδύνους και τις επιπλοκές που ενδέχεται να προκύψουν ή να προκληθούν από την εφαρμογή πειραματικών ιατρικών μεθόδων (άρθρο 47 παρ. 4 και 5 Ν.2071/1992, άρθρα 11, 12 και 22 Ν.3418/2005, Αλεξιάδου, 2012). Η πληροφόρηση θα πρέπει να είναι εκτενής και η συναίνεση του ασθενή θα πρέπει να είναι ρητή, ενώ δύναται να ανακληθεί οποτεδήποτε από αυτόν. Ειδικότερα, οι κίνδυνοι για το υποκείμενο έρευνας-ασθενή δεν θα πρέπει να είναι δυσανάλογοι προς τα οφέλη που ενδέχεται να προκύψουν για τον ίδιο ή για άλλους ανθρώπους (άρθρο 16(ii) Ν.2619/1998).

4. Κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να λαμβάνει τη φροντίδα που είναι κατάλληλη για τις ανάγκες της υγείας του, συμπεριλαμβανομένων της προληπτικής ιατρικής και άλλων δραστηριοτήτων που στοχεύουν στην προαγωγή της υγείας και στον σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Η φροντίδα που παρέχεται στον ασθενή μέσω των υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει κάθε είδους αναγκαία γι' αυτόν υπηρεσία υγείας, όπως ιατρική, νοσηλευτική, παραϊατρική, με ανάλογη καλή μεταχείριση από όλες τις άλλες γενικές υπηρεσίες, διοικητικές και τεχνικές (άρθρο 47 Ν.2071/1992). Οι ασθενείς έχουν το συλλογικό δικαίωμα να μετέχουν με εκπρόσωπο τους σε κάθε επίπεδο του συστήματος για τη φροντίδα της υγείας τους, για θέματα που αναφέρονται στον σχεδιασμό και την αξιολόγηση των υπηρεσιών. Ο ασθενής έχει δικαίωμα επιλογής και αλλαγής ιατρού, όπως επίσης και αξιοπρεπούς αντιμετώπισης αναφορικά με τη διάγνωση, τη θεραπεία και τη φροντίδα του (άρθρο 7 παρ. 2 Συντ., άρθρο 47 παρ. 3 Ν.2071/1992, άρθρο 28 παρ. 3 και 4 Ν.3418/2005).

5. Ο ασθενής έχει δικαίωμα στην προστασία της ιδιωτικής και οικογενειακής ζωής του, στον βαθμό που αυτό είναι δυνατό (άρθρο 9Α Συντ., άρθρο 47 παρ. 6 Ν.2071/1992, άρθρα 5, 13 και 14 Ν.3418/2005). Κάθε πληροφορία που αναφέρεται στην κατάσταση της υγείας του αλλά και κάθε άλλη πληροφορία προσωπικής φύσης θεωρούνται εμπιστευτικές, ακόμη και μετά τον θάνατό του. Εμπιστευτική πληροφορία δύναται να αποκαλυφθεί μόνο αν ο ασθενής παραχωρήσει ρητά τη συναίνεσή του ή αν ο Νόμος παρέχει σαφώς το δικαίωμα αυτό. Όλα τα στοιχεία αναγνώρισης του ασθενή πρέπει να προστατεύονται, όπως επίσης ανθρώπινες ουσίες από τις οποίες δύναται να προκύψουν στοιχεία αναγνώρισής του. Επιπλέον, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, ο ασθενής έχει δικαίωμα πρόσβασης στα ιατρικά αρχεία του και σε οποιοδήποτε άλλο αρχείο στο οποίο περιέχονται στοιχεία περί τη διάγνωση, τη θεραπεία και τη φροντίδα του. Ειδικότερα, ο ιατρός οφείλει να τηρεί τον απόρρητο χαρακτήρα των στοιχείων που του εμπιστεύθηκε ο ασθενής ή στοιχείων που περιήλθαν σε γνώση αυτού. Παράλληλα, η τήρηση του ιατρικού απόρρητου δεν επιτρέπει στον ιατρό να χορηγεί σε οποιονδήποτε τρίτο στοιχεία που αφορούν τον ασθενή του, πλην του ίδιου ή των νόμιμων προς τούτο εξουσιοδοτημένων προσώπων. Όμως, αξίζει να σημειωθεί ότι το ιατρικό απόρρητο κάμπτεται σε ειδικές περιπτώσεις, όπως: εκπλήρωση καθήκοντος, αναγγελία θανάτου, γεννήσεως, δήλωσης μολυσματικής νόσου, καθώς και για την προστασία του δημόσιου ή άλλου δικαιολογημένου συμφέροντος, όπως: η προστασία της υγείας ηλικιωμένων και ανίκανων ατόμων, παιδιών, αναπήρων κλπ., η πρόληψη δημόσιου κινδύνου (Αλεξιάδης, 1996; Αλεξιάδου, 2012; Επιβατιανού, 1988; Κάτσα, 1940; Κοτσιάνου, 1977; , , Κουτσελίνη & Μιχαλοδημητράκης, 1984; Χορταρέα, 1975). Δεν είναι δυνατή η διείδυση στην προσωπική και οικογενειακή ζωή του ασθενή, εκτός εάν αυτό, σε συνδυασμό με τη συναίνεση του ασθενή, μπορεί να βοηθήσει στη διάγνωση, θεραπεία και φροντίδα αυτού. Ιατρικές επεμβάσεις μπορούν να γίνουν μόνον όταν επιδεικνύεται κατάλληλος σεβασμός στην ιδιωτικότητα του ατόμου. Αυτό σημαίνει ότι στις ιατρικές επεμβάσεις παρίστανται αποκλειστικά εκείνα τα άτομα τα οποία είναι αρμόδια για την αποκατάσταση της υγείας του, εκτός αν ο ασθενής συναινεί ή απαιτεί κάτι άλλο (Ν.2071/1992).

6. Ο ασθενής έχει δικαίωμα να τυγχάνει ανάλογου σεβασμού και αναγνώρισης σε ό,τι αφορά τις θρησκευτικές και ιδεολογικές πεποιθήσεις του, δεδομένου ότι αυτά τα δύο στοιχεία είναι συστατικά της προσωπικότητάς του (Αλεξιάδης, 2004; Μητροσύλη, 2009 , άρθρο 13§1 Συντ., άρθρο 47§7 Ν.2071/1992, άρθρο 8§4 & άρθρο 28§6 Ν.3418/2005). Εξάλλου, η σχέση ιατρού και ασθενή στηρίζεται στην αμοιβαία εμπιστοσύνη, στον σεβασμό της αξιοπρέπειας του ασθενή, συμπεριλαμβανομένων των απόψεων του, θρησκευτικών, φιλοσοφικών και πολιτικών. Συνεπώς, κρίνεται απόλυτα αναγκαίος ο αποκλεισμός της καταστρατήγησης της σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ ιατρού και ασθενή (Εισηγητική έκθεση ΚΙΔ). Πάντως, αυτό το δικαίωμα του ασθενή κάμπτεται στις περιπτώσεις που η ζωή του τίθεται σε κίνδυνο (π.χ. σε περίπτωση μετάγγισης αίματος μαρτύρων του Ιεχωβά) (Αλεξιάδης, 1996; Κότσιανου, 1977; Μητροσύλη, 2009).

7. Ο ασθενής έχει δικαίωμα υποβολής αναφοράς διαμαρτυρίας ή ένστασης στις αρμόδιες αρχές και, ακολούθως, πλήρους ενημέρωσης για τα αποτελέσματα των ενεργειών του. Το δικαίωμα αυτό τελεί σε συνάρτηση της διάταξης του άρθρου 10 του Συντάγματος, βάσει του οποίου ο πολίτης έχει το δικαίωμα του αναφέρεσθαι στις αρχές (άρθρο 47 Ν.2071/1992, άρθρο 10 Συντ.).

8. Ο ασθενής διατηρεί το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής ιατρού ή θεραπευτηρίου δημόσιου ή ιδιωτικού τομέα, με τη χρήση ατομικού βιβλιαρίου υγείας. Η απόλαυση του δικαιώματος αυτού από τον ασθενή είναι καθολική, χωρίς διακρίσεις και βάσει τόσο της ασφαλιστικής κάλυψής του όσο και της οικονομικής δυνατότητάς του (Αλεξιάδης, 2004). Όσον αφορά μεν τον δημόσιο τομέα, η κάλυψη του δικαιώματος αυτού ενδέχεται να είναι πλημμελής, λόγω έλλειψης κάποιας ιατρικής ειδικότητας ή κατάλληλου εξοπλισμού ή ειδικού θεραπευτήριου. Όσον αφορά δε τον ιδιωτικό τομέα, ο ασθενής έχει το δικαίωμα, μέσα από την ασφαλιστική κάλυψή του ή ιδιωτικώς, να επιλέξει ελεύθερα τον ιατρό ή το θεραπευτήριο, χωρίς κάποιο εμπόδιο ή κώλυμα που να αποτρέπει τον ασθενή από την λήψη υπηρεσιών υγείας (Κρεμαλής, 2011, Ν.2071/1992, άρθρο 1§2 και άρθρο 20, άρθρο 5§1 Συντ.).

9. Ο ιατρός, πριν από κάθε ιατρική πράξη, οφείλει να ζητά τη συναίνεση του ασθενή, σύμφωνα με τον ΚΙΔ, άρθρο 11 (Ν.3418/2005) και τη σύμβαση του Οβιέδο (Ν.2619/1998, άρθρο 5), αφού προηγηθεί η ενημέρωση του ασθενή για όλα τα δεδομένα και τους κινδύνους που ενδεχομένως να προκύψουν από την θεραπεία ή την επέμβαση. Εδώ, αξίζει να σημειωθεί ότι η δοθείσα από τον ασθενή συναίνεση υπόκειται οποτεδήποτε σε ανάκληση. Επιπλέον, η συναίνεση του ασθενή είναι έγκυρη μόνο όταν καλύπτονται οι προϋποθέσεις πλήρους και απόλυτα κατανοητής πληροφόρησής του, ώστε να είναι ικανός για τη συναίνεση και η συναίνεση να μην αποτελεί προϊόν πλάνης, απάτης ή απειλής και να μην συγκρούεται με τα χρηστά ήθη. Σε περίπτωση, όμως, που ο ασθενής δεν είναι ικανός να συναινέσει, τότε ο νόμιμος αντιπρόσωπός του διαθέτει αυτό το δικαίωμα. Κατ' εξαίρεση, η συναίνεση του ασθενή δεν απαιτείται (α) όταν η κατάσταση αυτού χαρακτηρίζεται ως κατεπείγουσα, οπότε ο ασθενής δεν είναι σε θέση να χορηγήσει την απαραίτητη προς τούτο συναίνεση, (β) όταν ο ασθενής είναι ανήλικος, οπότε στην περίπτωση αυτή το δικαίωμα παροχής συναίνεσης ασκείται από τους γονείς ή άλλους συγγενείς του ανήλικου, οι οποίοι, όμως, ενδέχεται για δικούς τους λόγους (θρησκευτικούς, ιδεολογικούς κλπ.) να αρνηθούν να παράσχουν την απαιτούμενη συναίνεση. Στην περίπτωση αυτή, επειδή ο κίνδυνος για τη ζωή του ασθενή ή για την πρόκληση βλάβης στην υγεία του είναι υπαρκτός και άμεσος, ο ιατρός είναι υποχρεωμένος να προβεί σε άμεσες ενέργειες για την αντιμετώπιση της κατάστασης, δηλαδή ζητά την άμεση παρέμβαση της αρμόδιας εισαγγελικής αρχής για τη λύση του προβλήματος (Βουγιούκας, 1993; Κρεμαλής, 2011; Ψαρούλης & Βούλτσιος, 2010,). Τέλος, να σημειωθεί ότι, σε περίπτωση κατά την οποία ο ιατρός ενεργήσει πάνω στον ασθενή ιατρικές πράξεις χωρίς να έχει τη συναίνεση του ίδιου ή των συγγενών του, υποπίπτει σε πταίσμα και, εφόσον ο ασθενής υποστεί ζημία, ο ιατρός υποχρεούται σε αποκατάσταση αυτής, ακόμη και εάν είχε ενεργήσει σύμφωνα με τους παραδεδεγμένους κανόνες της ιατρικής επιστήμης (Αλεξιάδης, 1996,; Βουγιούκας, 1993; Κατσαντώνη, 1956; Κότσιανου, 1977; Κουτσελίνη & Μιχαλοδημητράκης, 1984; , Ψαρούδα-Μπενάκη, 1974). Όσον αφορά τον τύπο της συναίνεσης, αυτός αποτελεί ένα από τα βασικά στοιχεία αυτής, δεδομένου ότι κατοχυρώνει αμφοτέρως πλευρές, τόσο του ιατρού όσο και του ασθενή. Γι' αυτό θα πρέπει να είναι γραπτή, ώστε να διασφαλίζονται όλοι οι εμπλεκόμενοι και να διευκολύνονται οι διαδικασίες ενώπιον του δικαστηρίου, οσάκις τούτο απαιτηθεί. Η γραπτή συναίνεση παραχωρείται από τον ασθενή κυρίως σε περιπτώσεις σοβαρών χειρουργικών επεμβάσεων, καθώς επίσης και για κρίσιμες διαγνωστικές μεθόδους. Αντίθετα, η προφορική συναίνεση δεν διασφαλίζει τον ιατρό σε περιπτώσεις σοβαρών ιατρικών πράξεων, ακόμη και όταν παραχωρείται από τον ασθενή παρουσία μαρτύρων οι οποίοι είναι συγγενείς του. Ο προφορικός τύπος θεωρείται επαρκής για τον ιατρό μόνο σε περιπτώσεις μη σοβαρών εξετάσεων ή άλλων θεραπευτικών μεθόδων. Οι περιπτώσεις της γραπτής και προφορικής συναίνεσης αποτελούν τη λεγόμενη δηλούμενη συναίνεση. Εκτός, όμως, αυτής έχουμε και την αυτονόητη συναίνεση, η οποία συνάγεται από τη συμπεριφορά του ασθενή και είναι η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη, κυρίως σε ιατρικές εξετάσεις απλές και ανώδυνες (Αλεξιάδης, 1996; Αναπλιώτου-Βαζαίου, 1993; Επιβατιανού, 1988; Πολίτη, 1990,). Τέλος, ορισμένα δίκαια, όπως το αγγλικό και το αμερικάνικο, για την απαλλαγή του ιατρού από την ευθύνη του, απαιτούν συνήθως όχι απλώς την ύπαρξη συναίνεσης αλλά συναίνεση μετά από ενημέρωση του ασθενή (informed consent) εκ μέρους του ιατρού για τους ενδεχομένους κινδύνους-επιπλοκές της σκοπούμενης χειρουργικής επέμβασης ή άλλης θεραπείας (Αλεξιάδης, 1996; Ζέπου, 1973).

Ειδικά όργανα ελέγχου της προστασίας των δικαιωμάτων του ασθενή

Για τη διασφάλιση και τον έλεγχο των δικαιωμάτων του ασθενή, το ελληνικό κράτος προχώρησε στη θέσπιση

ενός πλαισίου ελέγχου μέσω της συγκρότησης των ακόλουθων υπηρεσιών – ειδικών οργάνων ελέγχου (Αλεξιάδης, 2000; Αλεξιάδου, 2007; Αλεξιάδου, 2012; Μητροσύλη, 2009). Συγκεκριμένα:

α. Βάσει του άρθρου 1 του νόμου 2519/1997, συγκροτείται στο υπουργείο Υγείας ειδική υπηρεσία με την επωνυμία «Αυτοτελής υπηρεσία προστασίας δικαιωμάτων των ασθενών». Έργο της υπηρεσίας είναι η παρακολούθηση και ο έλεγχος της προστασίας των δικαιωμάτων των ασθενών, η εξέταση παραπόνων και καταγγελιών που αφορούν τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στους ασθενείς και, ακολούθως, η ενημέρωση του Γενικού Γραμματέα του ίδιου υπουργείου σχετικά με τα θέματα αυτά.

β. Παράλληλα, το 1997 συστάθηκε επιτροπή ελέγχου προστασίας των δικαιωμάτων του ασθενή. Η επιτροπή αποτελείται από εκπροσώπους ιατρικών και διάφορων άλλων φορέων, επαγγελματικών, επιστημονικών, αθλητικών, κοινωνικών και συνδικαλιστικών. Έργο της επιτροπής είναι η εξακρίβωση συγκεκριμένης ενυπόγραφης καταγγελίας ή και η αυτόβουλη παρακολούθηση της τήρησης των κανόνων για την προστασία των δικαιωμάτων του ασθενή. Η επιτροπή υποβάλλει το πόρισμά της στον γενικό γραμματέα του υπουργείου Υγείας για τις περαιτέρω νόμιμες ενέργειες (άρθρο 1 Ν.2519/1997). Σε περίπτωση ένδειξης τέλεσης ποινικού αδικήματος, το πόρισμα διαβιβάζεται στην αρμόδια εισαγγελική αρχή (άρθρο 1(β) Ν.2519/1997).

γ. Σύμφωνα με τη διάταξη του άρθρου 2 του νόμου 2716/1999, συγκροτείται γραφείο επικοινωνίας για την προάσπιση και τον έλεγχο των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

δ. Συγκροτείται ειδική επιτροπή ελέγχου της προστασίας των δικαιωμάτων των ατόμων με ψυχικές διαταραχές. Έργο της επιτροπής είναι η εποπτεία και ο έλεγχος της προστασίας των δικαιωμάτων των συγκεκριμένων ατόμων, όπως το δικαίωμα για αξιοπρεπείς συνθήκες διαβίωσης στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας, το δικαίωμα για εξειδικευμένη ατομική θεραπεία, το δικαίωμα του ασθενή να αμφισβητεί στο δικαστήριο την ακούσια νοσηλεία, να συνομιλεί κατ' ιδίαν με τον δικηγόρο, να έχει πρόσβαση στα δεδομένα των αρχείων που τον αφορούν, να προστατεύει την περιουσία του, το δικαίωμα στην κοινωνική επανένταξη κλπ. (άρθρο 2 παρ.2 Ν.2716/1999).

ε. Σε κάθε νοσοκομείο του ΕΣΥ συγκροτείται και λειτουργεί γραφείο επικοινωνίας με τον πολίτη, το οποίο τελεί υπό την άμεση εποπτεία και ευθύνη του διευθυντή του νοσοκομείου, καθώς και τριμελής επιτροπή διασφάλισης και σεβασμού των δικαιωμάτων των πολιτών που προσέρχονται στα νοσοκομεία για τη λήψη υπηρεσιών υγείας (άρθρα 1-2 Ν.2519/1997).

στ. Το 2004 θεσπίστηκε ο Συνήγορος Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, μια ανεξάρτητη αρχή στην οποία δύναται να απευθύνεται ο ασθενής, σε περίπτωση παραβίασης των δικαιωμάτων του (Ν.3293/2004). Ειδικότερα, σύμφωνα με τον Νόμο, η αρχή έχει αρμοδιότητα να εξετάζει τα παράπονα ασθενών, που ανακύπτουν από πράξεις φορέων υγείας, με απώτερο στόχο την αποκατάσταση και την προστασία των δικαιωμάτων του ασθενή και τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Τελικές παρατηρήσεις

Στόχος του κεφαλαίου αυτού ήταν η καταγραφή των πιο σημαντικών δικαιωμάτων του ασθενή που διέπουν την σχέση ιατρού-ασθενή και αποτελούν καθοριστικό παράγοντα στη διαμόρφωσή της. Η προσέγγιση της σχέσης ιατρού-ασθενή από την πλευρά των δικαιωμάτων του ασθενή συντέλεσε στον επανακαθορισμό της θέσης της Ελληνικής Πολιτείας απέναντι στους φορείς υγείας και, ειδικότερα, στη σχέση του με τον ιατρό. Τα δικαιώματα του ασθενή συνέβαλαν στην ενίσχυση της θέσης του, θέτοντάς τον περισσότερο στο επίκεντρο των αποφάσεων που τον αφορούν, παρά αποδίδοντάς του ρόλο παθητικό απέναντι στις εντολές του ιατρού. Με άλλα λόγια, η αναγνώριση των δικαιωμάτων του ασθενή, που αποτελεί σύγχρονη προέκταση του σεβασμού της αξιοπρέπειας και της ακεραιότητας του ατόμου, σε συνδυασμό με τον σεβασμό του απορρήτου και της συναίνεσης, συμβάλλει στη διασφάλιση της αντιμετώπισης των ασθενών ως ατόμων και όχι απλώς ως ενός μέσου έρευνας για ιατρικούς σκοπούς και αντικειμένου καταστρατήγησης. Προς την κατεύθυνση αυτή, το ελληνικό κράτος προχώρησε και στη θέσπιση ενός πλαισίου προστασίας και ελέγχου των δικαιωμάτων του ασθενή, μέσω της συγκρότησης ειδικών οργάνων ελέγχου, που αποτελούν λειτουργικά προαπαιτούμενα μιας σύγχρονης κοινωνίας. Ταυτόχρονα, αξίζει να τονιστεί ότι στοιχείο-κλειδί για τη διασφάλιση των δικαιωμάτων του ασθενή αποτελεί η ενεργή συμμετοχή των ίδιων των ασθενών και αντιπροσωπευτικών τους οργανώσεων στον σχεδιασμό και την αξιολόγηση των μέτρων προώθησης και ελέγχου των δικαιωμάτων τους, ώστε τα μέτρα που θα

υιοθετηθούν να έχουν ουσιαστική θετική επιρροή στη σχέση ιατρού-ασθενή.

Βιβλιογραφικές αναφορές

- Αλεξιάδης, Α. Δ. (1996). Εισαγωγή στο Ιατρικό Δίκαιο. Θεσσαλονίκη, Μ. Δημοπούλου.
- Αλεξιάδης, Α. Δ. (1999). Εισαγωγή στο Δίκαιο της Υγείας. Θεσσαλονίκη, Μ. Δημοπούλου.
- Αλεξιάδης, Α. Δ. (2000). Δίκαιο της Υγείας. Δεοντολογία της Υγείας. Θεσσαλονίκη, Μ. Δημοπούλου.
- Αλεξιάδης, Α. Δ. (2004). Ο Περιορισμός της Ελευθερίας του Ασθενή. Θεσσαλονίκη, Μ. Δημοπούλου.
- Αλεξιάδου, Ε. Α. (2007). Το Νομικό Πλαίσιο της Προστασίας των Δικαιωμάτων του Νοσοκομειακού Ασθενή. ΕΔΔΔΔ, 51, (4).
- Αλεξιάδου, Ε. Α. (2012). Γενικές Αρχές της Δεοντολογίας της Υγείας. Θεσσαλονίκη, University Studio Press.
- Αναπλιώτου-Βαζαίου, Ε. (1988). Καθημερινά Ιατρικά Προβλήματα. Αθήνα, Ειρ. Αναπλιώτου Βαζαίου.
- Αναπλιώτου- Βαζαίου, Ε. (1993). Γενικές Αρχές Ιατρικού Δικαίου. Αθήνα, Ειρ. Αναπλιώτου Βαζαίου.
- Βουγιούκας, Α.Ε. (1993). Η Επαγγελματική Ευθύνη του Ιατρού. Θεσσαλονίκη, Art of Text.
- Εισηγητική Έκθεση Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας – Ν.3418/2005.
- Επιβατιανού, Π. (1988). Ιατρικό Δίκαιο, Δεοντολογία και Προβληματική. Θεσσαλονίκη, University Studio Press.
- Ζέπου, Π. (1973). «Η Ευθύνη του Ιατρού», Νο.Β.
- Κάτσα, Γ. (1940). Στοιχεία Ιατρικής Δεοντολογίας. Αθήνα
- Κατσαντώνη, Α. (1956). Διατριβή, Η συναίνεση του παθόντος εν τω Ποινικό Δικαίω. Αθήνα
- Κότσιανου, Σ. (1977). Ιατρική Ευθύνη.
- Κουτσελίνη, Α., & Μιχαλοδημητράκης, Μ. (1984). Ιατρική Ευθύνη. Γενικά και ειδικά θέματα ιατρικής αμέλειας και ιατρικής ευθύνης. Αθήνα, Gutenberg - Γιώργος & Κώστας Δαρδανός
- Κρεμαλής, Κ. (2011). Δίκαιο της Υγείας. Γενικές Αρχές των Κοινωνικών Υπηρεσιών Υγείας. Αθήνα, Νομική Βιβλιοθήκη.
- Μητροσύλη, Μ. (2009). Δίκαιο της Υγείας. Αθήνα, Παπαζήση.
- Ν.2071/1992, ΦΕΚ τ.Α' 123/15-07-1992
- Ν.2519/1997, ΦΕΚ τ.Α' 165/21-08-1997
- Ν.2619/1998, ΦΕΚ τ.Α' 132/19-06-1998
- Ν.2716/1999, ΦΕΚ τ.Α' 96/17-05-1999
- Ν.3293/2004, ΦΕΚ τ.Α' 231/26-11-2004
- Ν.3418/2005, ΦΕΚ τ.Α' 287/28-11-2005
- Παπαρηγοπούλου-Πεχλιβανίδη, Π. (2009). Το Δημόσιο Δίκαιο της Υγείας. Αθήνα, Νομική Βιβλιοθήκη.
- Πολίτης, Χ. (1990). «Διαφώτιση και συναίνεση του ασθενούς», Ιατρικό βήμα.
- Χορταρέα, Κ. (1975). Αι ευθύναι των ιατρών και ιατρική νομοθεσία. Αθήνα,
- Ψαρούδα-Μπενάκη, Α. (1974). «Το ιατρικό καθήκον διαφώτισεως του ασθενή ως προϋπόθεση της συναίνεσεως του», Ποιν. Χρονικά ΚΔ'.
- Ψαρούλης, Δ., & Βούλτσος, Π. (2010). Ιατρικό Δίκαιο. Στοιχεία Βιοηθικής. Θεσσαλονίκη, University Studio Press.
- Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine on the Prohibition of Cloning Human Beings, CETS 168, Paris 1998.
- Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine on Transplantation of Organs and Tissues of Human Origin, CETS 186, Strasbourg 2002.
- Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine concerning Biomedical Research, CETS 195, Strasbourg 2005.
- Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine concerning Genetic

Testing for Health Purposes, CETS 203, Strasbourg 2008.

Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine, CETS 164, Oviedo 1997.

European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms 4 November 1950, 213 UNTS 221.

European Social Charter 18 October 1961, 529 UNTS 89, E.T.S. 35.

International Declaration on Human Genetic Data, Paris 2003.

Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights, Paris 1997.

Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, Paris 2005.

Universal Declaration of Human Rights 10 December 1948, UN Doc. A/810.

WHO. (1994). A Declaration of the Promotion of Rights of Patients in Europe, Copenhagen.