

Η σημασία της επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών για την αποτελεσματική διαχείριση της ασθένειας. Η έννοια της ενσυναίσθησης

Ζωή Σαραντοπούλου

Οικονομολόγος Υγείας, τ. καθηγήτρια ΑΤΕΙ Ιονίων Νήσων, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η επικοινωνία ιατρού-ασθενούς αποτελεί στοιχείο καθορισμού του επιπέδου ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας. Στην παρούσα εργασία, γίνεται αρχικά η παρουσίαση των τριών βασικών μοντέλων της σχέσης γιατρού - ασθενούς και κατόπιν περιγράφεται ο τρόπος λήψης ιατρικών αποφάσεων ύστερα από ενημέρωση και σε συνεργασία με τον ασθενή. Εν συνεχεία, επιχειρείται η αξιολόγηση του τρόπου που το βιοϊατρικό και του βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο θεώρησης της υγείας και της ασθένειας, επηρεάζουν τη σχέση και την επικοινωνία γιατρού - ασθενούς. Ιδιαίτερο βάρος δίνεται στη σημασία και το ρόλο της ενσυναίσθησης, ως παράγοντα βελτίωσης της θεραπευτικής σχέσης, ικανοποίησης του ασθενούς και συμμόρφωσής του με τις ιατρικές οδηγίες. Τέλος, στην βάση των παραπάνω, προτείνονται παρεμβάσεις για την βελτίωση της επικοινωνίας στο ιατρικό πλαίσιο. Για την έρευνα αυτή, ανασκοπήθηκε η ελληνική και διεθνής έντοπη και ηλεκτρονική βιβλιογραφία, έγινε αναδρομή σε και αναζητήθηκαν στοιχεία σε έγκυρες βάσεις δεδομένων, με την βοήθεια λέξεων κλειδιών.

Διαπιστώνεται ότι αν και αρχικά η έννοια της ενσυναίσθησης οριοθετήθηκε στο πλαίσιο της ψυχοθεραπείας, στις μέρες μας έχει αναγνωριστεί ως μια ιδιαίτερα σημαντική ιατρική δεξιότητα η οποία έχει ως αποτέλεσμα την συμμόρφωση του ασθενούς με τις ιατρικές συστάσεις και την καλύτερη κατανόηση της διάγνωσης ενώ παράλληλα συντελεί στη συνολική ικανοποίηση του ασθενούς. Επιπλέον, η σύγχρονη θεώρηση της υγείας επιβάλλει οι παρεμβάσεις των επαγγελματιών υγείας να είναι ολιστικού τύπου, σε όλα τα επίπεδα (οργανικό, συναισθηματικό, γνωστικό, συμπεριφορικό, κοινωνικό) και για τον λόγο αυτό αποκτά ρόλο βαρύνουσας σημασίας η συστηματική και συνεχιζόμενη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε τεχνικές επικοινωνίας για την βελτίωση των σχέσεων ιατρού-ασθενούς.



Λέξεις ευρετηρίου: επικοινωνία, βιοϊατρικό μοντέλο, βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, ενσυναίσθηση, παρεμβάσεις βελτίωσης



Παραπομπή

Z. Σαραντοπούλου. Η σημασία της επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών για την αποτελεσματική διαχείριση της ασθένειας. Η έννοια της ενσυναίσθησης. Επιστημονικά Χρονικά 2017; 22(3): 238-246

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μελέτη της δυαδικής σχέσης ιατρού-ασθενή, ως μια δυναμική αλληλεπίδραση δυο προσωπικοτήτων, αποτέλεσε αντικείμενο μελέτης των κοινωνικών επιστημών και ιδιαίτερα της Κοινωνιολογίας. Η σχέση αυτή μαζί με τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας αποτελεί καθοριστικό παράγοντα της ικανοποίησης του ασθενή [1]. Τα αποτελέσματα πολλών ερευνών δείχνουν ότι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών εξαρτάται κατά πολύ από τις επικοινωνιακές δεξιότητες του λειτουργού υγείας, βελτιώνοντας την έκβαση της κλινικής θεραπευτικής αντιμετώπισης [2]. Η ποιότητα της επικοινωνίας αποτελεί βασικό κριτήριο αξιολόγησης των επαγγελματιών υγείας από τους ασθενείς, ενώ τα οποιαδήποτε προβλήματα σχετίζονται με αυτή επιφέρουν σειρά αρνητικών επιπτώσεων: σύγχυση, δικαστικές αγωγές [3], λανθασμένες ή ελλιπείς διαγνώσεις άρα και αναποτελεσματικές θεραπείες [4]. Η αποτελεσματική επικοινωνία γιατρού και ασθενή καθορίζει την συμμόρφωση του τελευταίου στις ιατρικές υποδείξεις, αυξάνει την εμπιστοσύνη και το αίσθημα ασφάλειας του ασθενούς, διευκολύνοντας τόσο την κατανόηση της πραγματικής φύσης ενός προβλήματος υγείας, όσο και την αποδοχή και τήρηση της θεραπευτικής αγωγής [5]. Σήμερα, οι ασθενείς προτιμούν να έχουν ενεργή συμμετοχή στην διαδικασία της ιατρικής φροντίδας και της λήψης ιατρικών αποφάσεων και επιθυμούν να λαμβάνουν όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες για την θεραπεία τους επομένως είναι απαραίτητο για τον επαγγελματία υγείας να κερδίζει την εμπιστοσύνη τους και να

προάγει την συνεργασία με τον ασθενή. Όταν και οι δύο πλευρές, ο θεραπευτής και ο θεραπευόμενος, συμφωνούν σχετικά με τα προβλήματα που χρήζουν περαιτέρω παρακολούθησης και συνεργάζονται σχετικά με το θεραπευτικό πρωτόκολλο που θα ακολουθηθεί τότε διευκολύνεται και η εφαρμογή του [6]. Ένα σύστημα δόμησης της συνεργασίας μεταξύ των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας είναι το επονομαζόμενο PREPARED [7] κατά την εφαρμογή του οποίου οι ασθενείς συμμετέχουν ουσιαστικά σε μία διαδικασία στην οποία συναινούν κατόπιν ενημέρωσης και τα ιατρικά ζητήματα που τους απασχολούν προσεγγίζονται ενδελεχώς. Ακολούθως, θα γίνει μια προσπάθεια διερεύνησης του τρόπου με τον οποίο το βιοιατρικό και το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο θεώρησης της υγείας μπορεί να επηρεάσουν, με διαφορετικό τρόπο, την σχέση και την επικοινωνία γιατρού-ασθενούς. Συγκεκριμένα, παρατίθενται οι θεωρητικές προσεγγίσεις που αφορούν στο εν λόγω θέμα και παρουσιάζεται το σύστημα συνεργασίας PREPARED. Ιδιαίτερο βάρος δίνεται στην ευεργετική επίδραση της ενσυναίσθησης στην θεραπεία του ασθενούς. Τέλος, διατυπώνονται ορισμένες προτάσεις στους επαγγελματίες υγείας για την βελτίωση της επικοινωνίας στο ιατρικό πλαίσιο.

ΣΧΕΣΗ ΙΑΤΡΟΥ - ΑΣΘΕΝΟΥΣ. ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ.

ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ PREPARED

Η επικοινωνία ιατρού - ασθενούς ως μια διαδικασία ανταλλαγής πληροφοριών, πραγματοποιείται όχι μόνο σε νοητικό, αλλά

και σε συναισθηματικό επίπεδο. Πρόκειται για μια ανισότιμη σχέση αλληλεπίδρασης και συνεργασίας που συνάπτεται εξ-αναγκαστικά και αφορά στο μείζων ζήτημα διατήρησης της υγείας και της επιβίωσης. Τα χαρακτηριστικά της εν λόγω σχέσης ακολουθούν συγκεκριμένα πρότυπα, η ανάλυση των οποίων διακρίνεται σε δύο τύπους: τη μακρο-θεωρητική προσέγγιση που προσδιορίζει τη σχέση στο πλαίσιο της συνολικής κοινωνικής δομής και οργάνωσης (θεωρίες κοινωνικής συναίνεσης και συγκρούσεων) και τη μικρο-θεωρητική προσέγγιση, η οποία εστιάζει κυρίως στη δυναμική της συνάντησης (σχέσεις διαπραγμάτευσης) [4].

Η θεωρητική προσέγγιση για τη σχέση ιατρού-ασθενούς με βάση την ανάλυση του Parson είναι η σχέση ιατρού-ασθενούς ως σχέση κοινής συναίνεσης όπου οι δύο πλευρές κατέχουν ένα συγκεκριμένο ρόλο που συνδέεται με προσδοκίες, δικαιώματα και υποχρεώσεις. Ο ρόλος του ασθενούς κατά κανόνα προκαλεί δυσaréσκεια και είναι προσωρινός. Ο ιατρός, κάνοντας χρήση της ειδικής του γνώσης, προσπαθεί να αποκαταστήσει την υγεία και στο βαθμό που το επιτυγχάνει, καταξιώνεται από το κοινωνικό σύνολο, το οποίο τον ανταμείβει με τρία δικαιώματα: Την ευχέρεια να εξετάζει τον ασθενή σε σωματικό και συναισθηματικό επίπεδο, το δικαίωμα της αυτονομίας στην άσκηση του ρόλου του και, τέλος, το δικαίωμα της υπεροχής απέναντι στον πάσχοντα. Παρά την ανισότητα που ενυπάρχει, συχνά η σχέση εμφανίζεται να είναι αρμονική, παρέχοντας στο ιατρικό επάγγελμα ιδιαίτερη κοινωνική καταξίωση και παράλληλα με την ασυμμετρία στην πληροφόρηση και τη γνώση ο ιατρός αποκτά δύναμη, σε αντίθεση με τον ασθενή, που

απλά θα πρέπει να ακολουθήσει τις οδηγίες του ιατρού [4].

Μια από τις σημαντικότερες θεωρίες που αντιμετωπίζει την αλληλεπίδραση των δύο πλευρών ως σχέση κοινής συναίνεσης, η οποία καθορίζεται από την κατάσταση υγείας του ασθενούς και την προτεινόμενη θεραπεία, έχει προταθεί από τους Szasz και Hollender. Ανάλογα με τον βαθμό της παθητικότητας του ασθενή, οι Szasz και Hollender (1956) διέκριναν τρία διαφορετικά υποδείγματα (models) όσον αφορά τη σχέση ιατρού-ασθενή. Το πρώτο **μοντέλο της ενεργητικότητας-παθητικότητας (activity-passivity model)** αφορά κυρίως σε περιπτώσεις όπου ο ασθενής λόγω ενός κρίσιμου προβλήματος υγείας αδυνατεί να συμμετάσχει στην διαμόρφωση της παρεχόμενης φροντίδας και να λάβει αποφάσεις που αφορούν την προσωπική ευεξία του. Είναι εξ ολοκλήρου παθητικός, υποτακτικός, ακινητοποιημένος και παραδομένος στα χέρια του ιατρού. Τέτοια μορφή σχέσης βρίσκεται σε επείγοντα περιστατικά και ειδικές περιπτώσεις (σοβαρά τραύματα, καταπληξία ή κώμα) ή στο χειρουργείο. Η σχέση αυτή ιατρού-ασθενή είναι παρόμοια με αυτήν του πατέρα και του απροστάτευτου βρέφους.

Το δεύτερο **μοντέλο της κατευθυνόμενης συνεργασίας (guidance-cooperation model)** αναφέρεται στις περιπτώσεις κατά τις οποίες το μεγαλύτερο τμήμα της ευθύνης για την διάγνωση και την θεραπεία αναλαμβάνει ο ιατρός. Ο ασθενής είναι μεν λιγότερο παθητικός απ' ό,τι στο μοντέλο ενεργητικότητας-παθητικότητας και συνεργάζεται, κάνοντας πράξη τις οδηγίες του, αλλά αφήνει σε αυτόν τις σημαντικές αποφάσεις σχετικά με τη διάγνωση και τη

θεραπεία. 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 ανήλικου παιδιού του.

Το τρίτο μοντέλο είναι αυτό της **αμοιβαίας συμμετοχής (mutual participation)**. Σε αυτό, οι δύο πλευρές λαμβάνουν από κοινού τις αποφάσεις, ενώ υπάρχει ένα σύστημα διπλής εισαγωγής πληροφοριών. Η ευθύνη διαμοιράζεται και κάθε πρόταση ή προβληματισμός εκφράζεται ελεύθερα. Αυτός ο τύπος αλληλεπίδρασης, που χαρακτηρίζεται από υψηλή συμμετοχή του ασθενή στη διαχείριση της αρρώστιας του, συναντιέται στα χρόνια νοσήματα καθώς και σε όλες τις κοινωνικές δραστηριότητες αγωγής υγείας (health education) με τον περιορισμό ότι δεν σχετίζονται παιδιά ή άτομα με νοητική ανεπάρκεια ή με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Ο τύπος της σχέσης αυτής είναι αυτή του ενήλικα με ενήλικα [4, 8].

Στο πλαίσιο της ανάπτυξης της μελέτης στο συγκεκριμένο πεδίο, σταδιακά προέκυψαν νέες παραλλαγές των τριών βασικών μοντέλων. Έτσι, σε μετεξέλιξη της θεωρίας οι Roter και Hall (1992) περιγράφουν τέσσερα είδη σχέσης. Παρομοίως, μοντέλο με τέσσερα είδη σχέσεων είναι το πατερναλιστικό μοντέλο (αντίστοιχο της καθοδήγησης - συνεργασίας), το καταναλωτικό (που ομοιάζει με αυτό της αυτονομίας), το μοντέλο της περιορισμένης σχέσης, όπου η αλληλεπίδραση των δύο

πλευρών παραμένει στα απολύτως στοιχειώδη, και το μοντέλο της αμοιβαίας σχέσης, που προσομοιάζει σε αυτό της αμοιβαίας συμμετοχής. Εκτός από τις μακροθεωρίες της κοινής συναίνεσης υπάρχουν και αυτές που παρατηρούν τη σχέση ιατρού-ασθενούς ως σχέση συγκρούσεων. Ο Freidson περιγράφει μια διαφορετική οπτική στην οποία πηγή των συγκρούσεων είναι οι προτεραιότητες των δύο πλευρών ενώ οι Bloor και Hogobin υποστηρίζουν ότι η αιτία των συγκρούσεων βρίσκεται στην πεποίθηση του ιατρού που θεωρεί ότι ο ασθενής επιβάλλεται να είναι άρτια πληροφορημένος για την κατάσταση της υγείας του και να αποζητά βοήθεια μόνο σε ειδικές περιπτώσεις ακολουθώντας πιστά τις ιατρικές συμβουλές. Συνεπώς, συγκρούσεις εμφανίζονται από τη στιγμή κατά την οποία ο ασθενής δεν συμμορφώνεται με τις οδηγίες του ιατρού [4]. Υπάρχουν, τέλος, και τα μοντέλα που εστιάζουν κυρίως στη δυναμική της συνάντησης, ορίζοντας τη σχέση ιατρού-ασθενούς ως σχέση διαπραγμάτευσης (μικροθεωρίες) η οποία χαρακτηρίζεται από την πρόσωπο με πρόσωπο επαφή. Στοχεύοντας την ανάδειξη των στρατηγικών των δύο πλευρών στο πλαίσιο της συνάντησης, εναποθέτουν στο επίκεντρο στοιχεία μη λεκτικής επικοινωνίας, την επίδραση του περιβάλλοντος χώρου, καθώς και τα δύο μέρη παρουσιάζουν την ταυτότητά τους, τον εαυτό τους και τις στρατηγικές που θα εφαρμόσουν προκειμένου να επιτευχθεί ο επιθυμητός στόχος [4].

Για την διευκόλυνση της επικοινωνίας ιατρού - ασθενούς στην βάση της ισοτιμίας, μπορεί να βρει πρακτική εφαρμογή ένα

δομημένο πλαίσιο που διευκολύνει τους ασθενείς να συλλέξουν πληροφορίες, να σταθμίσουν τα υπέρ και τα κατά των εναλλακτικών θεραπευτικών επιλογών και να ακολουθήσουν την βέλτιστη θεραπευτική αγωγή αφού προηγουμένως την εκτιμήσουν και την εγκρίνουν. Πρόκειται ουσιαστικά για ένα διάγραμμα ροής στην λήψη αποφάσεων, το σύστημα PREPARED, στο οποίο ασθενείς και γιατροί παρατάσσουν καθεμία από τις διαθέσιμες επιλογές και συζητούν τις πιθανές εκβάσεις τους (Speedling & Rose, 1985). Το σύστημα συνεργασίας PREPARED αποτελείται από συγκεκριμένα βήματα συνεργασίας και διαδικασίας λήψης αποφάσεων όσα και τα γράμματα της λέξης, με το p να αντιστοιχεί στην διαδικασία ή συνταγή (procedure or prescription) κατά το οποίο παρουσιάζεται στον ασθενή η προτεινόμενη θεραπεία, το r να αντιστοιχεί στον λόγο (reason) όπου ιατρός και ασθενής συζητούν τους λόγους που προτείνεται η συγκεκριμένη διαδικασία, το e αντιστοιχεί στις προσδοκίες (expectations) από την θεραπεία, το p στην πιθανότητα (probability) όπου αξιολογείται η πιθανότητα επίτευξης των αναμενόμενων αποτελεσμάτων, το γράμμα a αντιστοιχεί στις εναλλακτικές (alternatives) θεραπείες, το γράμμα r, στους κινδύνους (risks), το e με τα έξοδα και τις δαπάνες (expenses) και τέλος το γράμμα d αντιστοιχεί στην τελική απόφαση (decision) σχετικά με την θεραπεία. (M.Robin DiMatteo & Leslie R. Martin, 2011)

Η ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΟΥ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΒΙΟΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΜΟΥΝΤΕΛΟΥ ΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΣΧΕΣΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΓΙΑΤΡΟΥ - ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Αν και αρχικά, το βιοϊατρικό μοντέλο κυριαρχούσε στις παρεμβάσεις για τη φροντίδα υγείας εξαιτίας των αδιαμφισβήτητων επιτευγμάτων της Ιατρικής, τις τελευταίες δεκαετίες υπήρξε δριμύτατη κριτική και τέθηκε υπό αμφισβήτηση η περιοριστική αντίληψη που προβάλλει το μοντέλο αυτό σχετικά με την φύση της ασθένειας. Η τάση του να απομονώνει την οργανική νόσο από την προσωπική και κοινωνική ζωή του ατόμου και να αγνοεί το περιβάλλον μέσα στο οποίο κάθε άτομο ανήκει, παρουσίαζε μια μόνο πτυχή όσων συνέβαιναν στο άτομο που νοσούσε. Το βιοϊατρικό μοντέλο δέχεται ότι κάθε αποτέλεσμα (σύμπτωμα, νόσος) έχει μια συγκεκριμένη αιτία. Η πρώτη καθιερωμένη προσέγγιση βασίζεται σε θεωρίες που διαχωρίζουν την ψυχή από το σώμα και οδηγούν τον γιατρό να συγκεντρώνει την προσοχή του στην βιολογική λειτουργία του οργανισμού, αγνοώντας τις ψυχολογικές, κοινωνικές και περιβαντολλογικές αιτίες της αρρώστιας. Η εφαρμογή στην κλινική πράξη του βιοϊατρικού μοντέλου μπορεί να επηρεάσει την σχέση και την επικοινωνία ιατρού-ασθενή ως εξής: ο ιατρός συγκεντρώνει την προσοχή του σε όλο και μικρότερα τμήματα του σώματος, χάνοντας την γενική οπτική του αρρώστου και ξεχνά ότι πρόκειται για ένα ανθρωπινό ον. Στρέφεται προς την αρρώστια αυτή καθεαυτή παρά προς τον άρρωστο και την φροντίδα του. Έτσι η άσκηση της ιατρικής γίνεται απρόσωπη. Επιπλέον ο ιατρός αναλαμβάνει την ευθύνη της υγείας του αρρώστου και μόνο αυτός θεωρείται ότι μπορεί να κάνει κάτι για την βελτίωση της. Ο άρρωστος παραμένει αμέτοχος, εξαρτημένος και παθητικός και δεν συμμετέχει στην αποκατάσταση της υγείας του. Πρόκειται για

μία άνιση σχέση που καλλιεργεί παράλληλα παθητικότητα και εξάρτηση και δεν βοηθά το άτομο να μάθει να αναλαμβάνει υπεύθυνα πρωτοβουλίες και να συμβάλλει στην φροντίδα της υγείας του. Το μοντέλο αυτό επίσης αποφεύγει κάθε φιλοσοφική και υπαρξιακή προέκταση σε σχέση με σοβαρές αρρώστιες που μπορούν να οδηγήσουν στον θάνατο. Έτσι ο γιατρός δεν ξέρει πώς να σταθεί απέναντι στον ετοιμοθάνατο και στην οικογένεια του.

Στο βιο-ψυχο-κοινωνικό μοντέλο, αντίθετα, η ασθένεια και η υγεία είναι δύο όψεις ενός συνεχούς, ενιαίου, μεταβαλλόμενου, συστήματος οι οποίες συμπληρώνουν η μια την άλλη. Η υγεία και η ασθένεια δεν είναι στατικές καταστάσεις. Σύμφωνα με το νέο αυτό μοντέλο ο άνθρωπος θεωρείται ένα ενιαίο σύνολο όπου η σωματική, η διανοητική, η συναισθηματική του υπόσταση λειτουργούν συνολικά και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, ενώ παράλληλα βρίσκονται σε μια ισορροπία με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον. Στα πλαίσια αυτού του τρόπου σκέψης, όλες οι διαταραχές της υγείας είναι ψυχοσωματικές με την έννοια ότι συμμετέχουν στην αέναη αλληλουχία του νου και του σώματος ως προς την πρόκληση, ανάπτυξη και τη θεραπεία τους [9]. Ένα τέτοιο πολυεπίπεδο είδος παρέμβασης είναι κατανοητό ότι απαιτεί την στενή συνεργασία ανάμεσα στον άρρωστο ο οποίος αναλαμβάνει πλέον ενεργητικό ρόλο στην αποκατάσταση της υγείας του και στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και τους ειδικούς ψυχικής υγείας [10]. Μέσα από την ολιστική προσέγγιση, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ενθαρρύνει τον άρρωστο να συνειδητοποιήσει ότι η συμπεριφορά του και το περιβάλλον επηρεάζουν την υγεία του. Με

τον τρόπο αυτό η σχέση μεταξύ αρρώστου και ιατρονοσηλευτικού προσωπικού είναι ισοτιμη και τα δύο μέρη συνεργάζονται για να αποκτήσουν μια βαθύτερη κατανόηση για το σύνολο οργανικών ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων που συνέβαλλαν στην ανάπτυξη της αρρώστιας. Στην συνέχεια προγραμματίζουν μια θεραπευτική παρέμβαση που αποβλέπει σε πολλά παράλληλα επίπεδα προκειμένου να αναγνωρίσει ο άρρωστος τις εσωτερικές του δυνάμεις για αυτοθεραπεία και να επιφέρει τις απαραίτητες αλλαγές στον τρόπο ζωής του. [9]. Βασική προϋπόθεση για την εφαρμογή της συγκεκριμένης προσέγγισης είναι η ανάπτυξη μιας προσωπικής σχέσης ανάμεσα στον άρρωστο και το προσωπικό υγείας, το οποίο καλείται πλέον να ανταποκριθεί στις ψυχοκοινωνικές ανάγκες ενός ανθρώπου που υποφέρει και όχι απλά ενός οργανισμού που νοσεί. Επιπλέον απαιτεί γνώσεις ψυχολογίας, δεξιότητες επικοινωνίας και την ικανότητα για ενσυναίσθηση, προκειμένου να διαμορφωθεί μια καλή «θεραπευτική σχέση» [10].

ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΣΤΗΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο όρος «ενσυναίσθηση» (empathy) αναφέρεται στην ικανότητα του θεραπευτή να αναγνωρίζει τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις ανάγκες του ασθενούς και να ανταποκρίνεται άκριτα σε αυτά με τρόπο που να υποδηλώνει κατανόηση. Περιλαμβάνει επίσης συμπεριφορές που εμπνέουν στους ασθενείς ασφάλεια και άνεση και τους δείχνουν ότι είναι άνθρωποι που χαίρουν εκτίμησης [11] και συνιστά ικανότητα του ιατρού που εξαρτάται από το πόσο

αναπτυγμένες είναι οι επικοινωνιακές του δεξιότητες [12]. Η ενσυναίσθηση δεν ταυτίζεται με τη συμπάθεια. Δεν υποδηλώνει τη συμμετοχή στην ψυχική κατάσταση του πάσχοντα, με την έννοια της λύπης ή του οίκτου. Αφορά περισσότερο στην κατανόηση των συναισθημάτων του άλλου και όχι στην έκφραση των προσωπικών συναισθημάτων (Northouse & Northouse, 1985)

Η ενσυναίσθηση ενός γιατρού για την συναισθηματική κατάσταση του ασθενή του μπορεί να ασκήσει ευεργετική επίδραση στην φροντίδα και την θεραπεία του τελευταίου. Πρώτον ο γιατρός διευκολύνεται να καταλήξει με ακρίβεια στην διάγνωση όταν έχει επίγνωση και κατανοεί την συναισθηματική και βιολογική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής του. Δεύτερον, η ενσυναίσθηση μπορεί να βελτιώσει συνολικά την διαδικασία της ιατρικής θεραπείας. Τρίτον, όταν οι ασθενείς νιώθουν ότι οι ιατροί τους καταλαβαίνουν, είναι περισσότερο πιθανό να ακολουθήσουν τις θεραπευτικές οδηγίες [13]. Τέλος, όταν οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι από την συναισθηματική φροντίδα των επαγγελματιών υγείας, είναι λιγότερο πιθανό να καταθέσουν αγωγές εναντίον τους για κακή ιατρική πρακτική σε περίπτωση που δεν μείνουν ικανοποιημένοι με την έκβαση της θεραπείας [8].

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ

Η επικοινωνιακή δεξιότητα του επαγγελματία υγείας δεν πρέπει να θεωρείται ως κάτι αυτονόητο ή δευτερεύον αλλά σαν αντικείμενο εκπαίδευσης βαρύνουσας σημασίας. Η εκπαίδευση του ιατρικού και του

νοσηλευτικού προσωπικού σε δεξιότητες επικοινωνίας είναι δυνατό να επιτευχθεί με την ενσωμάτωση μαθημάτων τεχνικών επικοινωνίας στα προγράμματα σπουδών των Ιατρικών και των Νοσηλευτικών Σχολών αντίστοιχα αλλά και εντός των χώρων παροχής ιατρικών υπηρεσιών όπως οι κλινικές και τα Νοσοκομεία ή ακόμα και με ειδικά σεμινάρια. Τα προγράμματα αυτά πρέπει να εκπαιδεύουν τους επαγγελματίες υγείας στην ενεργητική ακρόαση (ικανότητα αντίληψης της ουσίας των λόγων του άλλου), την αντανάκλαση (ικανότητα ελέγχου της κατανόησης όσων ειπώθηκαν) και την ανατροφοδότηση (παροχή πληροφοριών και υποδείξεων με τρόπο που να καθίστανται κατανοητές και αποδεκτές) αλλά και συγκεκριμένες δεξιότητες στο πλαίσιο του κλινικού έργου, όπως ο καταλληλότερος τρόπος συλλογής πληροφοριών κατά τη λήψη του ιστορικού και της εξέτασης, η δεξιότητα ανακοίνωσης δυσάρεστων νέων και η ικανότητα προώθησης της συνεργασίας με τον ασθενή και το περιβάλλον του κατά τη διαδικασία της θεραπείας [14]. Μέσα από τέτοιες εκπαιδευτικές παρεμβάσεις αφ' ενός αναδεικνύονται οι επί μέρους δυσκολίες και προβλήματα στην επικοινωνία γιατρού-ασθενούς και αφ' ετέρου προκρίνονται καλές πρακτικές και χρήσιμα εργαλεία, καθώς και τεχνικές επίλυσής τους. Σε συνδυασμό με την εφαρμογή ορισμένων βασικών κανόνων όπως την αποφόρτιση του ασθενούς από επουσιώδης πληροφορίες, την χρήση απλής και κατανοητής γλώσσας, την ενθάρρυνση των ερωτήσεων και την χρήση της ανατροφοδότησης, μπορούν να συμβάλλουν καθοριστικά στη βελτίωση του επιπέδου της επικοινωνίας [15].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Προκρίπτει ότι η σύγχρονη θεώρηση της υγείας προσφέρει στον χρήστη ασθενή μια ποικιλία από θεραπευτικές προσεγγίσεις σε πολλαπλά επίπεδα, τις οποίες μπορεί να χρησιμοποιήσει είτε διαδοχικά είτε ταυτοχρόνως καθώς ο συνδυασμός ιατρικής και ψυχολογίας είναι δυνατόν να συμβάλλει

αποτελεσματικότερα στην αντιμετώπιση της ασθένειας. Επιπλέον, γίνεται κατανοητό πόσο σημαντική είναι η συνέργια της συστηματικής και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σε τεχνικές επικοινωνίας για την βελτίωση των αλληλεπιδράσεων στην σχέση ιατρού-ασθενούς και την αποτελεσματικότερη διαχείριση της ασθένειας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Θεοδώρου. Αναφέρεται στο: «Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων» τόμος Α', Π. Μάντη, Χ. Τσελέπη, ΕΑΠ, Πάτρα 2000, σελ. 166.
2. «Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας», M.Robin DiMatteo & Leslie R. Martin, σελ. 101, 103. Εκδόσεις Πεδίο, 2011
3. «Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας», M.Robin DiMatteo & Leslie R. Martin, σελ. 150, Εκδόσεις Πεδίο, 2011
4. Π. Μάντη, Χ. Τσελέπη «Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων» τόμος Α', ΕΑΠ, Πάτρα 2000
5. Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: A review. Ochsner J 2010, 10:38-43
6. «Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας », M.Robin DiMatteo & Leslie R. Martin, σελ. 126, Εκδόσεις Πεδίο, 2011
7. «Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας», M.Robin DiMatteo & Leslie R. Martin, σελ. 127 Εκδόσεις Πεδίο, 2011
8. «Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας», M.Robin DiMatteo & Leslie R. Martin, σελ. 107 - 112, 127-129, 184-185. Εκδόσεις Πεδίο, 2011
9. Αναγνωστόπουλος, Φ. & Παπαδάτου, Δ. Υγεία και Ασθένεια «Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο» (σελ. 3-14), Αθήνα, 1986. Εκδόσεις Φλόγα
10. Παπαδάτου Δ, Μπελάλη Θ. «Βασικές γνώσεις Ψυχολογίας για επαγγελματίες υγείας», σελ. 59. Αθήνα, Εκδόσεις Κριτική, 2008
11. «Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας», M.Robin DiMatteo & Leslie R. Martin, σελ. 182 Εκδόσεις Πεδίο, 2011
12. «Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας», M.Robin DiMatteo & Leslie R. Martin, σελ. 183, Εκδόσεις Πεδίο, 2011
13. «Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας», M.Robin DiMatteo & Leslie R. Martin, σελ. 185, Εκδόσεις Πεδίο, 2011
14. Παναγοπούλου Ε., Μπένος Α., «Η επικοινωνία στην ιατρική εκπαίδευση. Ζήτημα ανάγκης ή άκαιρη πολυτέλεια; » Αρχ Ελλ Ιατρική 2004, 21:385-390
15. Williams Mv, Davist T., Parker Rm, Weiss Bd., "The role of health literacy in patient-physician communication." Fam Med 2002, 34:383-389

Communication's significance between healthcare professionals and patients for an effective disease management. The concept of empathy

Zoë Sarantopoulou

Health Economist. Technological Institution of Ionian Islands former Professor. Hellenic Open University, Greece

ABSTRACT

Doctor-patient communication is a definition element of health care quality level of. In the present study, the three basic models doctor-patient's relationship are initially presented. Making medical decisions after informing and in cooperation with the patient is described. An endeavor on evaluate the biomedical and the biopsychosocial model of health and illness affect the relationship and communication between a doctor and a patient. Emphasis is given to the importance and role of empathy as an improving factor of the therapeutic relationship, patients satisfaction and compliance with medical guidelines. Finally, on the above basis, interventions are proposed to improve communication in the medical field. For this research, the Greek and international printed and electronic bibliography was reviewed, data was retrieved and data was searched in valid databases, with the help of keywords.

It is noted that although the concept of empathy was originally defined in perspective on psychotherapy, it is nowadays recognized as a particularly important medical skill which results in patient compliance with medical recommendations and a better understanding of diagnosis while contributing to the patient's satisfaction in general. In addition, modern health considerations require holistic interactions (organic, emotional, cognitive, behavioral and social) and for this reason systematic and ongoing health education must be extended in communication techniques in order to improve physician-patient relationship.



Keywords: communication, biomedical model, biopsychosocial model, empathy, improvement interventions



Citation

Z. Sarantopoulou. Communication's significance between healthcare professionals and patients for an effective disease management. The concept of empathy. Scientific Chronicles 2017; 22(3): 238-246

Συγγραφέας επικοινωνίας: Ζωή Σαραντοπούλου, E-mail: trustnoone@hotmail.gr