

ΕΙΔΙΚΟ ΑΡΘΡΟ SPECIAL ARTICLE

Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς

Η ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας είναι ένας από τους σημαντικότερους δείκτες για τη μέτρηση της ποιότητας υγείας. Στη διεθνή βιβλιογραφία γίνεται αναφορά όλο και συχνότερα για τους παράγοντες που συμβάλλουν στην ικανοποίηση των ασθενών. Στο άρθρο αυτό αναφέρονται τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών, αλλά και προσδιορίζονται ακριβώς τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά της υγείας, καθώς και οι σχέσεις μεταξύ ιατρού-ασθενούς. Παρουσιάζονται οι διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις για τη σχέση ιατρού-ασθενούς και το πώς η μεταξύ τους επικοινωνία διαμορφώνεται στο πλαίσιο της κάθε μιας προσέγγισης. Αναλύονται οι στρατηγικές ελέγχου της συνάντησης, καθώς επίσης και τα προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ ιατρού και ασθενούς που μπορεί να παρουσιαστούν λόγω των επαγγελματικών στάσεων, της αβεβαιότητας και των ταξικών εμποδίων. Τέλος, γίνεται αναφορά στη σημασία της εκπαίδευσης των ιατρών στην επικοινωνία και διατυπώνονται προτάσεις που θα μπορούσαν να υποβληθούν στο διευθυντή ιατρικής υπηρεσίας του νοσοκομείου για τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού σε θέματα εκπαίδευσης.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η δημιουργία της απαραίτητης συναισθηματικής σχέσης ιατρού-ασθενούς είναι ένα από τα κυριότερα συστατικά για την αποτελεσματική μεταξύ τους επικοινωνία, η οποία με τη σειρά της θα συμβάλλει στην επιτυχία της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Στη σχέση αυτή, ο ιατρός αντιλαμβάνεται τα προβλήματα που παρουσιάζει ο ασθενής τόσο από σωματικής πλευράς όσο και από ψυχολογικής και κοινωνικής. Από την αντίθετη πλευρά, ο ασθενής λόγω της συναισθηματικής σχέσης που έχει αναπτυχθεί αντιλαμβάνεται ότι ο ιατρός μπορεί να κατανοήσει και να συμμεριστεί τα προβλήματά του. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο πολλές φορές χαρακτηρίζεται κάποιος ως καλός ιατρός. Καλός ιατρός είναι εκείνος που εκτός από τις ιατρικές του γνώσεις έχει την ικανότητα να δημιουργεί σταδιακά διαπροσωπικές σχέσεις με τους ασθενείς του, με τους συγγενείς αυτών και με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι εργάζονται μαζί για ένα σκοπό, την προαγωγή υγείας του ανθρώπινου πληθυσμού. Η δημιουργία αποτελεσματικής διαπροσωπικής σχέσης παρέχει τη δυνατότητα στον ασθενή να αισθανθεί ευχάριστα και να μιλήσει στον ιατρό του, αυξάνει την εμπιστοσύνη του ως προς αυτόν και τις

ιατρικές του συμβουλές και επιφέρει θετικό αποτέλεσμα στην υγεία του ασθενούς.

2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Με την πάροδο των ετών, όλο και περισσότερο συγκεντρώνεται η προσοχή των ερευνητών που ασχολούνται με την υγεία προς την ασφαλέστερη έρευνα της ποιότητας της φροντίδας. Ένας από τους πλέον συνήθεις δείκτες της ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας είναι η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών-ασθενών, αλλά και ο υπολογισμός της συμπεριφοράς αυτών σε σχέση με τους επαγγελματίες υγείας.¹ Ακριβώς το ίδιο αναφέρει ο Donabedian, ότι δηλαδή η ικανοποίηση του ασθενούς διαδραματίζει πολύ σπουδαίο ρόλο για το λόγο ότι πιστοποιεί ποιοτικά τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.²

Η καταγραφή της ικανοποίησης των ασθενών βοηθά στη διαπίστωση των προβλημάτων, στην απόκτηση σημαντικών πληροφοριών και στη σωστή διαχείριση των οικονομικών πόρων των υπηρεσιών υγείας.³ Για τη μέτρηση της ικανοποίησης θα πρέπει να ληφθούν υπ' όψη συνολικά όλα τα στοιχεία που

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2013, 30(5):613-618
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2013, 30(5):613-618

A. Βενιού,¹
N. Τεντολούρης²

¹Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα
²Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών και Ειδική Νοσολογία, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα

Factors that influence the doctor-patient relationship

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρητηρίου

Επικοινωνία
Ικανοποίηση ασθενών
Σχέση ιατρού-ασθενούς
Συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση

Υποβλήθηκε 6.4.2013

Εγκρίθηκε 14.5.2013

αφορούν στις υπηρεσίες υγείας, όπως η προσβασιμότητα, η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών, η αποτελεσματικότητα και η ποιότητα τόσο των επαγγελματιών υγείας όσο και του φυσικού περιβάλλοντος.⁴

Ο βαθμός ικανοποίησης έχει στενή σχέση με τις προσδοκίες των ασθενών και τα κοινωνικοοικονομικά ψυχοκοινωνικά τους χαρακτηριστικά. Ο βαθμός ικανοποίησης στην ουσία αποδεικνύει ότι οι προσδοκίες των χρηστών-ασθενών πραγματοποιήθηκαν και καθορίζεται ως η διαφορά μεταξύ αυτού που ήλπιζαν να συμβεί και εκείνου που συνέβη.⁵ Στην ικανοποίηση των ασθενών μεγάλη επίπτωση έχει η συναισθηματική και η συντελεστική συμπεριφορά. Ανάμεσά τους, η συντελεστική συμπεριφορά έχει μεγαλύτερη βαρύτητα.⁶ Στοιχεία από συγκεκριμένη έρευνα αποδεικνύουν ότι οι ενήλικοι ασθενείς με χαμηλά εισοδηματικά κριτήρια ήταν περισσότερο δυσαρεστημένοι σε σχέση με παλαιότερη έρευνα και επίσης ότι στο ίδιο δείγμα η ικανοποίηση σχετιζόταν αρνητικά με την ενεργητικότητα-δράση των ασθενών.⁷ Σε μια έρευνα που διεξήχθη στην Ελλάδα, διάρκειας δύο ετών και στην οποία είχαν συμπεριληφθεί 1.206 άτομα, αποδείχθηκε ότι οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας ήταν το φύλο, το επάγγελμα και η οικογενειακή κατάσταση.⁸

Όπως φαίνεται στη βιβλιογραφία, έχει αναλυθεί εκτενώς το θέμα της ικανοποίησης των ασθενών και παρουσιάζονται διάφορα ευρήματα. Όμως, στην ουσία η ικανοποίηση καθορίζεται από τους εξής δύο παράγοντες: (α) Τα οργανωτικά και τα λειτουργικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας, όπου εκεί περιλαμβάνεται η διαδικασία της εισαγωγής και η παροχή πρώτων βοηθειών (χρόνος εισαγωγής, λήψη ιστορικού, γραφειοκρατία), η ιατρική φροντίδα και η φροντίδα στο θάλαμο νοσηλείας (εργαστηριακές εξετάσεις, προετοιμασία για χειρουργικές επεμβάσεις, επικοινωνία επαγγελματιών υγείας με την οικογένεια), η διαδικασία της αναχώρησης (οδηγίες και συνταγογραφία) και, τέλος, η ρύθμιση των οικονομικών εκκρεμοτήτων και η ολοκλήρωση των εντύπων. (β) Οι σχέσεις μεταξύ ιατρού και ασθενούς.⁹ Η σχέση ιατρού-ασθενούς αναλύεται στις επόμενες ενότητες.

3. ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΘΕ ΜΙΑΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ

Η θεωρητική προσέγγιση για τη σχέση ιατρού-ασθενούς με βάση την ανάλυση του Parson είναι η σχέση ιατρού-ασθενούς ως σχέση κοινής συναίνεσης. Τόσο ο ιατρός όσο και ο ασθενής έχουν ένα συγκεκριμένο ρόλο στην προσέγγιση αυτή. Κατέχουν προσδοκίες, δικαιώματα και υποχρεώσεις όπως όλοι οι πρωτα-

γωνιστές που ανήκουν σε μια κοινωνική ομάδα και αποδίδουν το ρόλο τους για την εύρυθμη λειτουργία της συγκεκριμένης ομάδας. Ο στόχος του ιατρού είναι να επαναφέρει την υγεία του ασθενούς στην αρχική κατάσταση, ενώ ο στόχος του ασθενούς είναι να προσπαθεί να θεραπευτεί. Ο ρόλος του ασθενούς τού προκαλεί δυσαρέσκεια και σίγουρα δεν είναι καθόλου επιθυμητός, με αποτέλεσμα να μη συμμετέχει στις καθημερινές δραστηριότητες και υποχρεώσεις. Ακόμη, ο εν λόγω ρόλος είναι προσωρινός, γεγονός που θα πρέπει να τον υποχρεώσει να δραστηριοποιηθεί για την εύρεση ιατρικής φροντίδας, αλλά και να συνεργαστεί και να συμμορφωθεί με τις οδηγίες του ιατρού. Παράλληλα με τον ασθενή, ο ιατρός υποχρεούται να κάνει χρήση των εξειδικευμένων γνώσεων που έχει, έτσι ώστε να επαναφέρει τον ασθενή στην αρχική υγιά του κατάσταση. Εάν ο ιατρός βρίσκεται σε αντιστοιχία με αυτό το γεγονός, η κοινωνία αναγνωρίζει την αξία του και τον ανταμείβει με τρία δικαιώματα: Το δικαίωμα να εξετάζει τον ασθενή σωματικά και συναισθηματικά, το δικαίωμα της αυτονομίας στην άσκηση της Ιατρικής και, τέλος, το δικαίωμα να είναι σε θέση υπεροχής απέναντι στον ασθενή. Η σχέση αυτή παρουσιάζεται αρμονική παρά το γεγονός της ανισότητας που τη χαρακτηρίζει. Το ιατρικό επάγγελμα έχει μεγάλη καταξίωση μέσα στο κοινωνικό σύνολο 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.³

Η δεύτερη θεωρία, που αντιμετωπίζει επίσης τη σχέση ιατρού-ασθενούς ως σχέση κοινής συναίνεσης, είναι η θεωρία των Szasz και Hollender. Η θεωρία αυτή στηρίζεται σε τρία μοντέλα, τα οποία καθορίζονται από την κατάσταση υγείας του ασθενούς και τη θεραπεία που προτείνει ο ιατρός. Το πρώτο μοντέλο είναι η ενεργητικότητα-παθητικότητα και ισχύει όταν ο ασθενής αδυνατεί να συμμετάσχει στην επαφή εξ αιτίας κάποιου προβλήματος υγείας, όπως το να είναι σε κωματώδη κατάσταση ή σε αναισθησία ή να έχει υποστεί κάποιο σοβαρό τραυματισμό. Από την παθητική θέση που βρίσκεται ο ασθενής γίνονται δεκτές όλες οι προτεινόμενες ιατρικές πράξεις. Το δεύτερο μοντέλο είναι η κατευθυνόμενη συνεργασία, όπου η υγεία του ασθενούς είναι σε όχι ιδιαίτερα ανησυχητική κατάσταση και έτσι ο ιατρός δίνει τις απαραίτητες οδηγίες και ο ασθενής έχει την ικανότητα να τις κάνει πράξη. Το τρίτο μοντέλο είναι η κοινή συμμετοχή και περιλαμβάνει χρόνιους ασθενείς, αυτούς δηλαδή που επισκέπτονται τον ιατρό τους ανά τακτά χρονικά διαστήματα και αλληλοβοηθούνται για την επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος, που είναι η βελτίωση της υγείας του ασθενούς. Σε αυτή τη σχέση μπορούν να συμπεριληφθούν και οι συμβουλευτικές επισκέψεις που αφορούν στη διακοπή κάποιας κακής έξης, όπως οι ναρκωτικές ουσίες, το κάπνισμα και ο αλκοολισμός.^{3,10}

Συχνά, παρατηρείται ο ασθενής να αποκαλεί τον οικογενειακό ιατρό «ιατρό του» και ο ιατρός να αποκαλεί τον ασθενή «ασθενή του», χωρίς αυτό να σημαίνει ότι υπάρχουν αισθήματα

κτητικότητα και κυριαρχία. Τη σχέση αυτή την έχει περιγράψει ο Michael Balint ως «εταιρεία αμοιβαίας επένδυσης» κάνοντας λόγο στην πολυετή σχέση αμοιβαίας εμπιστοσύνης.¹¹

Ο Freidson περιγράφει μια διαφορετική περίπτωση όπου παρουσιάζεται η σχέση ιατρού-ασθενούς ως σχέση συγκρούσεων. Οι συγκρούσεις αυτές μπορεί να εμφανιστούν προοδευτικά, γιατί και τα δύο μέρη της συγκεκριμένης σχέσης έχουν διαφορετική οπτική και προτεραιότητες. Ο ασθενής προσπαθεί να λύσει αποκλειστικά το δικό του πρόβλημα επιθυμώντας το μέγιστο χρόνο προσοχής του ιατρού σε όλα τα στάδια της ιατρικής εξέτασης και παράλληλα αποζητά την επιμήκυνση του χρόνου παραμονής του στο νοσοκομείο. Σε αντίθεση, ο ιατρός στην προσπάθειά του να εξυπηρετήσει μεγάλο αριθμό ασθενών και να καταναίει το χρόνο του ισόποσα σε όλους, επενεργεί αντίθετα προς την κατεύθυνση που θα επιθυμούσε ο ασθενής ως μεμονωμένη περίπτωση.^{3,12}

Μια άλλη εκδοχή της σχέσης παρουσιάζεται από τους Bloor και Hogobin, οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η αιτία των συγκρούσεων βρίσκεται στο τι πιστεύει ο ιατρός για τη συμπεριφορά του ασθενούς. Εδώ, ο ιατρός θεωρεί ότι ο ασθενής επιβάλλεται να είναι άρτια πληροφορημένος για την κατάσταση της υγείας του και να αποζητά βοήθεια μόνο σε ειδικές περιπτώσεις. Στην περίπτωση που θα λάβει τη βοήθεια του ιατρού, θα πρέπει να ακολουθήσει πιστά τις συγκεκριμένες συμβουλές. Συνεπώς, συγκρούσεις εμφανίζονται από τη στιγμή κατά την οποία ο ασθενής δεν συμμορφώνεται με τις οδηγίες του ιατρού.¹³

Η σχέση ιατρού-ασθενούς ως σχέση διαπραγμάτευσης χαρακτηρίζεται από την πρόσωπο-με-πρόσωπο επαφή. Εδώ, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η γλώσσα του σώματος, ο περιβάλλον χώρος, ο τρόπος ομιλίας, καθώς και τα δύο μέρη παρουσιάζουν την ταυτότητά τους, τον εαυτό τους και τις στρατηγικές που θα εφαρμόσουν προκειμένου να επιτευχθεί ο επιθυμητός στόχος.³

3.1. Στρατηγικές ελέγχου συνάντησης

Οι στρατηγικές ελέγχου συνάντησης έχουν ως σκοπό να ερευνηθούν και να οδηγήσουν την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς προς μια κατεύθυνση, εκείνη που εξυπηρετεί τον καθένα για να περάσει τις δικές του ιδέες και να κάνει τον άλλον να αποδεχθεί την κατάσταση από τη δική του οπτική γωνία.

Η παρουσίαση του προβλήματος στον ιατρό είναι πολύ σημαντικός παράγοντας για τον ασθενή. Στην προσπάθειά του ο ασθενής να μεταφέρει λεκτικά την κατάσταση της υγείας του στον ιατρό και τα προβλήματα που του παρουσιάζονται, πολλές φορές πλατειάζει και παραθέτει και άλλα γεγονότα τα οποία θεωρεί εκείνος σημαντικά. Η προσπάθεια της αυτοδιάγνωσης και του προσανατολισμού του ιατρού στο κατάλληλο σημείο ίσως να μην απασχολεί

με την ίδια βαρύτητα τον ιατρό, ο οποίος με τη σειρά του προσπαθεί να εκμαιεύσει νέες πληροφορίες που θα τον οδηγήσουν ευκολότερα στην επίλυση του προβλήματος.³ Υπάρχουν φορές όπου ο ασθενής αποκρύπτει τα στοιχεία ή δεν έχει χρόνο να τα παρουσιάσει λεπτομερώς. Σε μια κανονική εξέταση, το 45% των προβλημάτων που απασχολούν τον ασθενή δεν αναφέρονται στον ιατρό, με αποτέλεσμα να μη συζητηθούν ποτέ και, αντίστοιχα, δεν τους παρέχεται αρκετός χρόνος, αφού σε τιμές μέσου όρου οι ιατροί διακόπτουν τον ασθενή μόλις 18 sec από τη στιγμή που έχει αρχίσει να μιλάει και να αναλύει το σκοπό της επίσκεψής του.¹⁴ Στην περίπτωση που ο ασθενής έχει αντίθετη γνώμη με τις συμβουλές του ιατρού ή όταν ο ιατρός δεν έχει πείσει επαρκώς τον ασθενή, έτσι ώστε να τις ενστερνιστεί, υπάρχει περίπτωση ο ασθενής να πείσει τον ιατρό να αποδεχθεί τη δική του γνώμη.³

Στη σχέση αυτή προσπαθούν και τα δύο μέρη να πείσουν ο ένας τον άλλον για τις δικές τους αντιλήψεις σχετικά με την επίλυση του προβλήματος. Από την πλευρά του ο ασθενής θα προσπαθήσει να παρουσιάσει τα δεδομένα με τρόπο τέτοιο ώστε να πείσει τον ιατρό να τα αποδεχθεί. Από την πλευρά του ιατρού, για να πείσει τον ασθενή μπορεί να χρησιμοποιήσει παραδείγματα από την εμπειρία του, από επιστημονικές έρευνες και από τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων. Θα πρέπει επίσης να αναφερθεί και στις αρνητικές επιπτώσεις που ενδέχεται να υπάρξουν στην περίπτωση κατά την οποία ο ασθενής δεν ακολουθήσει τις συμβουλές του.³

Η μη λεκτική επικοινωνία ορίζεται ως «μια διαδικασία μέσω της οποίας ένα άτομο επηρεάζει τη συμπεριφορά, τη νοητική κατάσταση ή τα συναισθήματα κάποιου άλλου χρησιμοποιώντας ένα ή περισσότερα λεκτικά κανάλια». Λεκτικό κανάλι ονομάζεται οποιαδήποτε άλλη πηγή εκτός του λόγου που έχει την ικανότητα να μεταδώσει πληροφορίες και συναισθήματα. Τα μη λεκτικά μηνύματα αναδίδονται μέσα από τον άνθρωπο από τρεις πηγές. Η πρώτη αναφέρεται στη γενική εντύπωση του ατόμου και μορφοποιείται μέσα από την εμφάνιση, τις εκφράσεις, το βλέμμα, τις χειρονομίες και τη στάση του σώματος. Η δεύτερη αναφέρεται στα μη λεκτικά στοιχεία του λόγου, όπως για παράδειγμα ο τόνος, η σταθερότητα, η ένταση, η αλλοίωση της φωνής, καθώς επίσης η προφορά, η ταχύτητα ροής του λόγου και οι παύσεις. Η τρίτη αναφέρεται στα μη λεκτικά μηνύματα που μεταδίδονται από το χώρο εργασίας του ατόμου. Η αρχιτεκτονική, η διακόσμηση, τα χρώματα, ο φωτισμός και τα έπιπλα μπορούν να ασκήσουν επίδραση στις διαθέσεις των ατόμων και να τους κάνουν να διαμορφώσουν τις πρώτες εντυπώσεις για το συγκεκριμένο άτομο.¹⁵ Ίσως λιγότερο για τον ασθενή αλλά περισσότερο για τον ιατρό η μη λεκτική συμπεριφορά θα πρέπει να είναι προσεγμένη, αφού μεταφέρει συναισθηματικά μηνύματα και είναι η βασική πηγή πληροφοριών για τον ασθενή.¹⁴

3.2. Προβλήματα επικοινωνίας

Η επικοινωνία μεταξύ πομπού και δέκτη εκφράζει έμμεσα το πώς σκέφτονται, τι αισθάνονται, τι γνώσεις έχουν σχετικά με το θέμα που συζητούν, ποιες είναι οι ικανότητές τους γενικότερα που εκφράζουν τους ίδιους τους εαυτούς τους. Η σωστή επικοινωνία περιέχει τη σταθεροποίηση και τη διάρκεια της εμπιστοσύνης, την ενεργή ακρόαση, το σχηματισμό διακριτών ιδεών και την ενεργή συμμετοχή στις ψυχικές εμπειρίες του άλλου.¹⁶ Η ελλιπής επικοινωνία και η μη ικανοποίηση του ασθενούς είναι παράμετροι που συνδέονται άρρηκτα με την πιθανότητα καταγγελίας ιατρικών λαθών. Τα αποτελέσματα μελέτης, όπου συμμετείχαν οι ασθενείς και οι συγγενείς αυτών οι οποίοι είχαν προσφύγει στη δικαιοσύνη, αποκαλύπτουν ότι η ελλιπής πληροφόρηση που είχαν λάβει, καθώς και η απουσία ευαισθησίας και συμπαράστασης από την πλευρά του ιατρού για την ατυχία που συνέβη, ήταν ο κύριος λόγος που τους οδήγησε στη δικαστική διαμάχη. Όταν ρωτήθηκαν τι θα μπορούσε να συμβεί ώστε να λειτουργήσει αποτρεπτικά όσον αφορά στην καταγγελία του ιατρικού λάθους, απάντησαν ότι θα επιθυμούσαν να είχαν λάβει περισσότερη πληροφόρηση για το ιατρικό θέμα που τους απασχολούσε, θα ήθελαν ο θεράπων ιατρός να τους αντιμετώπιζε με ειλικρίνεια, να είχε παραδεχθεί το λάθος του και να έβλεπαν σημεία ευαισθησίας και συμπαράστασης από την πλευρά του.¹⁷

Η μη ικανοποίηση των ασθενών αποτυπώνεται και στα αποτελέσματα μελέτης που αφορούσε τα παράπονα των ασθενών σε τρία δημόσια νοσοκομεία της χώρας μας. Συγκεκριμένα, σε δείγμα 105 ερωτηθέντων για τις ιατρικές υπηρεσίες που παρείχαν, το 27,8% εξέφρασε παράπονα για τις οδηγίες, την πληροφόρηση και τη συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού προς τους ασθενείς. Επιπρόσθετα παράπονα σε ποσοστό 26,6% υπήρχαν για την αναμονή τους στο χώρο του νοσοκομείου και σε ποσοστό 15,2% για τα ιατρικά λάθη.¹⁸

4. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΔΗΜΙΟΥΡΓΟΥΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΟΥΣ

4.1. Οι επαγγελματικές στάσεις

Η διαφορά μορφωτικού επιπέδου με βάση τα αποτελέσματα των μελετών και η διαφορά στο επίπεδο γνώσεων είναι η αφορμή για το γεγονός ότι μερικές φορές οι ιατροί παρέχουν ελάχιστη πληροφόρηση στους ασθενείς τους. Τα άτομα με ανώτερη εκπαίδευση –τις περισσότερες φορές– έχουν τη μέγιστη πληροφόρηση πριν από την επίσκεψη στον ιατρό τους. Έτσι, οι απαιτήσεις τους αυξάνονται και για το λόγο αυτόν παρουσιάζονται στις μελέτες ως οι λιγότερα ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας που τους παρέχονται.⁸ Ακόμη, η επιλογή διαφορετικού τρόπου συνέντευξης κατά τη διάρκεια της επίσκεψης, όπου ο ιατρός

είναι μόνο αυτός που θέτει ερωτήσεις χωρίς να ανοίξει διάλογο, είναι ένα παράδειγμα που τονίζει χαρακτηριστικά την υπεροχή του ιατρού και την επιθυμία του για έλεγχο της συνάντησης.³

4.2. Τα προβλήματα αβεβαιότητας

Σε νόσους όπου κάποια στιγμή αναπόφευκτα ο ασθενής θα καταλήξει ή που υπάρχουν λίγες ελπίδες ανάκαμψης της υγείας, ο ιατρός τίθεται σε δίλημμα. Αν τον ενημερώσει για την αβεβαιότητα της πορείας της υγείας του μπορεί να εισπράξει αρνητική κριτική αντιμετώπιση στην προσωπική επαγγελματική αξιοπιστία του. Αν πάλι επιλέξει να μην τον ενημερώσει, θα επιμηκύνει το χρόνο της αβεβαιότητάς του, με κίνδυνο να απωλέσει τότε την ιατρική του αξιοπιστία. Υπάρχουν και περιπτώσεις όπου ο ιατρός επιλέγει να μην ανακοινώσει τη δυσάρεστη είδηση γιατί έτσι συνδράμει τον ασθενή να μην παραιτηθεί και να συνεχίζει να προσπαθεί για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του.³ Μια μελέτη που διενεργήθηκε σε νοσοκομεία των Αθηνών έδειξε ότι ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών με καρκίνο δεν γνωρίζουν για τη νόσο τους. Στην ίδια έρευνα φάνηκε ότι το 69% αυτών που δεν γνώριζαν ότι έπασχαν από καρκίνο θα ήθελαν να είχαν ενημερωθεί περισσότερο από το θεράποντα ιατρό, ενώ μόνο το 13% αυτών που γνώριζαν ότι νοσούν θα προτιμούσε να μην είχε λάβει γνώση.¹⁹

4.3. Ταξικά εμπόδια επικοινωνίας

Η διαφορά κοινωνικού επιπέδου ιατρού και ασθενούς δημιουργεί προβλήματα στην επικοινωνία. Η χαμηλή κοινωνική τάξη και η μειονότητα συχνά δυσκολεύονται να κατανοήσουν τους ιατρικούς όρους, όπως δυσκολεύονται να εκθέσουν το πρόβλημά τους στον ιατρό.³ Όμως, και οι αντιδράσεις των ιατρών προς τους ασθενείς κατωτέρων επιπέδων είναι αντίστοιχες. Οι μελέτες αναφέρουν ότι οι ασθενείς διαφορετικής εθνικότητας και οι ασθενείς της μαύρης φυλής λάμβαναν από τους θεράποντες ιατρούς λιγότερη πληροφόρηση, όπως και οι ασθενείς που έπασχαν από καρκίνο και ήταν κατώτερης εκπαίδευσης και χαμηλότερου εισοδήματος.²⁰

5. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Τα δεδομένα της νεότερης βιβλιογραφίας για την αξία και την αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας στην ιατρική πρακτική καθιστούν αναπόσπαστο τμήμα την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στις τεχνικές επικοινωνίας. Στην Αμερική, οι φοιτητές της ιατρικής σχολής καθώς και οι μεταπτυχιακοί φοιτητές εκπαιδεύονται στην υποκίνηση,

στην καθοδήγηση, στον τρόπο που τίθενται οι ερωτήσεις και που δίνονται οι απαντήσεις και, τέλος, στην αποτελεσματική ακρόαση. Συγκεκριμένα, το 65% των ιατρικών σχολών διδάσκουν τεχνικές επικοινωνίας.²¹

Τα αποτελέσματα και τα πλεονεκτήματα της συνεχιζόμενης εκπαίδευσης στην επικοινωνία μέσα από τη μορφή σεμιναρίου σε επαγγελματίες υγείας είναι ανεκτίμητης αξίας. Σε μια μελέτη που διεξήχθη στο Λονδίνο, οι συμμετέχοντες ήταν ιατροί, νοσηλεύτριες, μαίες, ψυχολόγοι, φαρμακοποιοί και φυσικοθεραπευτές, οι οποίοι περιέθαλπαν ασθενείς με δρεπανοκυτταρική αναιμία. Το σεμινάριο βοήθησε την εν λόγω ομάδα των επαγγελματιών υγείας να βελτιώσουν τη δυνατότητα να χειρίζονται δύσκολες καταστάσεις και να τις αντιμετωπίζουν πιο αποτελεσματικά σε σχέση με το παρελθόν. Με το σεμινάριο έμαθαν την τεχνική του καλού ακροατή, έδειχναν περισσότερη κατανόηση και απέκτησαν επίγνωση της δικής τους μη λεκτικής επικοινωνίας. Τέλος, η αναγνώριση των συναισθηματικών και των γνωστικών μεταβλητών ήταν ιδιαίτερα χρήσιμη, γιατί διευκόλυνε να αναπτυχθεί ευκολότερα σχέση συμπάθειας μεταξύ του επαγγελματία υγείας και του ασθενούς.²²

Στην Ελλάδα, η εκπαίδευση στην επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας είναι εντελώς υποθετική, γιατί θεωρείται λανθασμένα ότι τα επικοινωνιακά χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου άπτονται σαφώς της προσωπικότητάς του και δεν αποκτώνται με τη μάθηση. Οι δεξιότητες της επικοινωνίας, καθώς και το σύνολο των δεξιοτήτων μαθαίνονται και εναρμονίζονται στο προσωπικό σύστημα αξιών και συμπεριφορών του κάθε ατόμου. Τα επιμορφωτικά σεμινάρια έχουν ως στόχο την αποδοτικότερη επικοινωνία μεταξύ ιατρών και ασθενούς, επιφέροντας έτσι την αύξηση του επιπέδου υγείας του ασθενούς.⁹

Η εκπαίδευση των τεχνικών της επικοινωνίας μέσα από τη μορφή σεμιναρίων είναι η πρόταση για τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση των ιατρών. Η χρήση των τεχνικών επικοινωνίας, όπως έχει αποδειχθεί στη βιβλιογραφία, αποφέρει θετικά αποτελέσματα και βελτιώνει τη σχέση ιατρού-ασθενούς.

Τα εκπαιδευτικά προγράμματα πρέπει να έχουν επαναληπτικότητα σε τακτά χρονικά διαστήματα, προκειμένου να υπάρχει η δυνατότητα να συγκριθούν οι γνώσεις με το αποτέλεσμα. Επίσης, με την πάροδο των ετών παλαιές τεχνικές αντικαθίστανται με νέες, οπότε η επανάληψη του σεμιναρίου μπορεί να περιέχει νεότερα δεδομένα για μάθηση. Στα σεμινάρια οι ιατροί πρέπει να μάθουν να χρησιμοποιούν τη γλώσσα του σώματος, να διδαχθούν τα στοιχεία της ενεργητικής ακρόασης, να μάθουν να κερδίζουν από τη χρήση των ανοικτών ερωτήσεων, να είναι σε θέση μέσα από τις τεχνικές επικοινωνίας να αναγνωρίζουν τους τύπους προσωπικότητας, να μπορούν να εντοπίζουν τυχόν προβλήματα που παρουσιάζονται και εμποδίζουν την αποτελεσματική επικοινωνία και να τα ξεπερνούν και, τέλος, να μάθουν να χειρίζονται σωστά τη γλώσσα και τον τονισμό της. Αποτελεσματικότερο θα ήταν αυτά τα σεμινάρια να μπορούσε να τα παρακολουθήσει και το υπόλοιπο προσωπικό ενός νοσοκομείου που έρχεται σε επαφή με τους ασθενείς, έτσι ώστε να υπάρχει μια συνολική εικόνα για την ικανοποίηση των ασθενών, η οποία θα επέφερε τη μεγιστοποίηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η σχέση ιατρού-ασθενούς έχει ιδιαίτερη σημασία. Ένα από τα στοιχεία που είναι εξαιρετικά σημαντικό αναφέρεται στη μεταξύ τους επικοινωνία. Η αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών και κατ'επέκταση των ποιοτικών υπηρεσιών υγείας μπορεί να επέλθει από την αποτελεσματική επικοινωνία. Η ιατρική επιστήμη είναι αποδέκτης –όπως και οι περισσότερες επιστήμες– των αλλαγών που προέρχονται από το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, από την εξέλιξη της τεχνολογίας και από τα νέα ιατρικά δεδομένα που διαρκώς αυξάνουν. Ό,τι όμως κι αν μεταβάλλεται στο περιβάλλον, ο ασθενής δεν θα πάψει ποτέ να βρίσκεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος και επίσης δεν θα σταματήσει να αποζητά σχέση εμπιστοσύνης και εσωτερικής επικοινωνίας με το θεράποντα ιατρό του.

ABSTRACT

Factors that influence the doctor-patient relationship

A. VENIOU,¹ N. TENTOLOURIS²

¹School of Social Science, Department of Health Care Management, Hellenic Open University, Patra,

²First Department of Propedeutic Medicine, National and Kapodistrian University of Athens, Medical School, "Laiko" General Hospital, Athens, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2013, 30(5):613–618

Patient satisfaction with the health services is one of the most important indicators of the quality of health care. The increase in the numbers of references to factors that contribute to the patient satisfaction reflect the various differ-

ent elements to be considered. This article presents research findings, and organizational and operational health features and aspects of the doctor-patient relationship are detailed. The various theoretical approaches to the relationship between doctors and patients are described, along with the ways in which the rapport between the two is developed within each approach. The strategies used to control the doctor-patient encounter are analyzed, together with the communication problems that may arise due to professional attitudes, uncertainties and social class issues. Finally, importance is given to the education of doctors in interpersonal communication skills, and suggestions are formulated that could be submitted to the Directors of Medical Services regarding the continuing training of the medical staff of hospitals on educational matters.

Key words: Communication, Continuing medical education, Doctor-patient relationship, Patient satisfaction

Βιβλιογραφία

1. ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ Κ, ΔΟΛΓΕΡΑΣ Α, ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ. Η ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας. Ερευνητικά αποτελέσματα από την περιοχή της Αθήνας. Στο: Κυριόπουλος Γ, Λιονής Χ, Σουλιώτης Κ, Τσάκος Γ (Επιμ.) *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*. Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθήνα, 2003:280–295
2. DONABEDIAN A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA* 1988, 260:1743–1748
3. ΜΑΝΤΗ Π, ΤΣΕΛΕΠΗ Χ. Κοινωνικές-πολιτιστικές πτυχές της υγείας και της αρρώστιας. ΕΑΠ, Αθήνα, 2000:181–202
4. WARE JE Jr, SNYDER MK, WRIGHT WR, DAVIES AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval Program Plann* 1983, 6:247–263
5. ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΥ Μ. Εκτίμηση αποδοτικότητας ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2011, 28:667–673
6. ONG LM, DE HAES JC, HOOS AM, LAMMES FB. Doctor-patient communication: A review of literature. *Soc Sci Med* 1995, 40:903–918
7. JENSEN JD, KING AJ, GUNTZVILLER LM, DAVIS LA. Patient-provider communication and low-income adults: Age, race, literacy, and optimism predict communication satisfaction. *Patient Educ Couns* 2010, 79:30–35
8. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ Ι, ΣΙΣΚΟΥ Ο, ΓΑΛΑΝΗΣ Π. Αξιολόγηση και διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών από το Κέντρο Υγείας Αταλάντης. *Νοσηλευτική* 2012, 51:216–226
9. ΜΠΟΣΤΑΝΙΤΗΣ Ι, ΤΣΑΛΙΔΟΥ Μ. Προσδιοριστικοί παράγοντες της ικανοποίησης ασθενών: Οι σχέσεις ιατρών-ασθενών. *Επιθεώρηση Υγείας* 2010, 21:15–19
10. SZASZ TS, HOLLENDER MH. A contribution to the philosophy of medicine; the basic models of the doctor-patient relationship. *AMA Arch Intern Med* 1956, 95:585–592
11. ΤΣΙΜΤΣΙΟΥ Ζ. Η σχέση ιατρού-ασθενή και το ανθρωποκεντρικό μοντέλο ιατρικής πράξης: Μια πρόκληση για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 2006, 13:28–43
12. FREIDSON E. *Profession of medicine*. Dodd, Mead & Co, New York, 1970
13. BLOOR M, HOROBIN G. Conflict and conflict resolution in doctor-patient interactions. In: Cox C, Mead A (eds) *A sociology of medical practice*. Collier McMillan, London, 1975
14. ΚΑΡΑΜΑΝΙΔΟΥ Χ. Επικοινωνία επαγγελματιών υγείας και ασθενών και το φαινόμενο της μη συμμόρφωσης: Προσανατολισμοί για την πολιτική υγείας. Στο: Κοντιάδης Ξ, Σουλιώτης Ν (Επιμ.) *Θεσμοί και πολιτικές υγείας*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2010:443–455
15. ΠΑΠΑΔΑΚΗ-ΜΙΧΑΗΛΙΔΗ Ε. *Η σιωπηλή γλώσσα των συναισθημάτων*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1997:15–17
16. ΠΑΝΑΓΟΠΟΥΛΟΥ Ε, ΜΠΕΝΟΣ Α. Η επικοινωνία στην ιατρική εκπαίδευση. Ζήτημα ανάγκης ή άκαιρη πολυτέλεια; *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2004, 21:385–390
17. ΤΣΙΜΤΣΙΟΥ Ζ, ΚΑΛΤΣΟΣ Κ. Επικοινωνία ιατρού-ασθενούς και ιατρικά λάθη. Ο ρόλος της ανθρωποκεντρικής Ιατρικής στη μείωση των αντιδικιών. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2011, 28:272–276
18. ΜΙΝΑΚΗ Π, ΣΑΜΟΛΗ Ε, ΘΕΟΔΩΡΟΥ Μ. Παράπονα ασθενών σε τρία δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα. Ποιος ενδιαφέρεται γι' αυτά; *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2013, 30:67–78
19. BROKALAKI EI, SOTIROPOULOS GC, TSARAS K, BROKALAKI H. Awareness of diagnosis, and information-seeking behavior of hospitalized cancer patients in Greece. *Support Care Cancer* 2005, 13:938–942
20. KELLY-IRVING M, DELPIERRE C, SCHIEBER AC, LEPAGE B, ROLLAND C, AFRITÉ A ET AL. Do general practitioners overestimate the health of their patients with lower education? *Soc Sci Med* 2011, 73:1416–1421
21. TRAVALINE JM, RUCHINSKAS R, D'ALONZO GE Jr. Patient-physician communication: Why and how. *J Am Osteopath Assoc* 2005, 105:13–18
22. THOMAS VJ, COHN T. Communication skills and cultural awareness courses for healthcare professionals who care for patients with sickle cell disease. *J Adv Nurs* 2006, 53:480–488

Corresponding author:

A. Veniou, 13 Timoleonos street, GR-116 36 Athens, Greece
e-mail: anastasiavenios@yahoo.gr