

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**Σχέση Ιατρού-Ασθενούς:**

**Οδηγίες για μια αποτελεσματική επικοινωνία**

Για φοιτητές ιατρικής και ειδικευόμενους ιατρούς στη γενική / οικογενειακή / ιατρική

Χρήστου Λιονή  
Καθηγητή  
Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας  
Πανεπιστημίου Κρήτης

**DRAFT!**

**Στη φάση των διορθώσεων**

Version, Ιανουάριος 2011

**Σχέση Ιατρού-Ασθενούς:**  
**Οδηγίες για μια αποτελεσματική επικοινωνία**

**Χρήστου Λιονή**

Με τη συνεργασία:  
**Φωτεινής Αναστασίου**  
**Γαβριέλλας Ασπράκη**  
**Νίκου Γεωργιάννου**  
**Ελίζας Ιατράκη**  
**Λευτέρη Θηραίου**  
**Ελένης Πιτέλου**

**Αφιερώνεται**

Στη γυναίκα μου,  
και στην κόρη μου,  
πηγές μόνιμης ευτυχίας μου καθώς και  
στους ασθενείς της Επαρχίας Αγίου Βασιλείου που με δίδαξαν

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

### ΠΡΟΛΟΓΟΣ

*Prof. L.J. Slikkerveer*

### Κεφάλαιο 1

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Χ. Λιονής

*Εισαγωγή - Ο στόχος του μαθήματος*

### Κεφάλαιο 2

#### ΙΑΤΡΟΣ – ΑΣΘΕΝΗΣ: Η ΑΝΘΡΩΠΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Χ. Λιονής, Γ. Ασπράκη και Ε. Πιτέλου

##### 2.1 Ο ορισμός της ασθένειας και η συμπεριφορά στην ασθένεια

2.1.1 Γενικά

2.1.2 Πολιτιστικοί παράγοντες

2.1.3 Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες

2.1.4 Ψυχολογικοί παράγοντες

##### 2.2 Η στάση και η συμπεριφορά του ασθενούς στην ασθένεια και στην υγεία

2.2.1. Εισαγωγή - οι δυο αλυσίδες συμπεριφοράς στην ασθένεια

2.2.2 Αυτοθεραπεία - Λαϊκή θεραπευτική

2.2.3 . Θεραπείες βασιζόμενες σε ιερατικές-μαγικές αντιλήψεις των ατόμων

2.2.4. Άλλες εναλλακτικές θεραπείες

2.2.5 Παράγοντες που επιδρούν στη στάση και συμπεριφορά σχετικά με την υγεία

### Κεφάλαιο 3

#### ΙΑΤΡΟΣ – ΑΣΘΕΝΗΣ: Η ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Χ. Λιονής, Γ. Ασπράκη, Ε. Πιτέλου

##### 3.1 Ιατρός και ασθενής: μια κοινωνική αλληλεπίδραση

1. Τα βασικά χαρακτηριστικά της σχέσης ιατρού-ασθενούς

2. Το κοινωνικό σύστημα της σχέσης ιατρού-ασθενούς

##### 3.2 Ιατρός-ασθενής: η πολιτισμική διάσταση

##### 3.3 Υποδείγματα της σχέσης ιατρού-ασθενούς

*Βασικά υποδείγματα της σχέσης ιατρού-ασθενούς: θεωρητικές προσεγγίσεις*

##### 3.4 Ιατρική: ένα ξεχωριστό επάγγελμα

### Κεφάλαιο 4

#### Η ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ- ΑΣΘΕΝΗ

Χ. Λιονής, Ν. Γεωργιάνος, Ε Σπανουδάκη και Ελιζα Ιατράκη

##### 4.1 Το λειτουργικό πλαίσιο της συνάντησης

4.1.1 Το υπόβαθρο, το περιεχόμενο και ο στόχος

4.1.2 Η αποτελεσματική επικοινωνία ως κλινική δεξιότητα

4.1.3 Δεξιότητες επικοινωνίας

4.1.4 Οι δεξιότητες επικοινωνίας στην ιατρική συνέντευξη

#### 4.1.4.1 Λεκτική και Μη λεκτική επικοινωνία

### 4.2 Πριν την επίσκεψη στο ιατρείο

4.3 Η επίσκεψη στο ιατρείο:

4.3.1 Η αίθουσα αναμονής

4.3.2 Η υποδοχή του ασθενή

4.3.3 Αναμένοντας στη σειρά

4.3.4 Πριν τη συνάντηση με τον ιατρό – συναισθήματα που συνοδεύουν τον ασθενή

4.3.5 Πριν τη συνάντηση με τον ασθενή – προετοιμασία του γιατρού

### 4.4 Η συνάντηση γιατρού –ασθενή

4.4.1 Ο τρόπος πρόσκλησης του ασθενούς

4.4.2 Η αίθουσα εξέτασης

4.4.3 Η ιατρική συνέντευξη και η κλινική εξέταση

## Κεφάλαιο 5

### ΙΑΤΡΟΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Χ. Λιονής, Ε. Πιτέλου

**5.1 Οικογένεια και προσανατολισμένη στην οικογένεια πρωτοβάθμια φροντίδα**

**5.2 Οικογένεια και η σχέση της με την υγεία και την ασθένεια**

**5.3 Η συνάντηση με την οικογένεια**

**5.4 Οι αλλαγές στην Ελλάδα: Από το σπίτι στο ιατρείο και στο διαγνωστικό κέντρο.**

## Κεφάλαιο 6.

### ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Χ. Λιονής, Ε. Πιτέλου

**6.1 Τύποι της αξιολόγησης;**

**6.2 Τι αξιολογούμε;**

**6.3 Εργαλεία αξιολόγησης και η χρήση τους στην Ελλάδα**

## Κεφάλαιο 7.

### Η ΣΧΕΣΗ ΙΑΤΡΟΥ – ΑΣΘΕΝΟΥΣ Σ' ΕΝΑ ΜΕΤΑΒΑΛΛΟΜΕΝΟ ΚΟΣΜΟ

Ε. Πιτέλου και Χ. Λιονής

**7.1 Χρόνια νοσήματα, συννοσηρότητα και νέα πρότυπα φροντίδας**

**7.2 Τεχνολογικές εξελίξεις: νέα διαγνωστικά μέσα και νέες θεραπευτικές τεχνικές**

**7.3 Γενετική βάση και πρόληψη**

**7.4 Η επιστροφή της Ιπποκρατικής ιατρικής με αναφορά τη συμπόνια στην εκπαίδευση και στην έρευνα**

**7.5 Νέες οργανωσιακές και επαγγελματικές προκλήσεις**

**Κριτήρια Benson για επιτυχή λειτουργία «ολόκληρων» συστημάτων**

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Από τους αρχαίους Ελληνικούς χρόνους έχει επισημανθεί η σπουδαιότητα της σχέσης ιατρού-ασθενούς. Ήδη ο Ιπποκράτης είχε επισημάνει ανάμεσα στα άλλα, τη σπουδαιότητα του κοινωνικού περιβάλλοντος ως έναν αιτιολογικό παράγοντα της ασθένειας, καθώς και τη σημασία της σχέσης ιατρού - ασθενούς ως ένα θεραπευτικό εργαλείο. Μετά το Β' παγκόσμιο πόλεμο τόσο στην Ευρώπη όσο και στην Αμερική αναγνωρίστηκαν τα ίδια προβλήματα στην παραπάνω σχέση. Τα τελευταία χρόνια αναγνωρίζονται και στη χώρα μας ανάλογα προβλήματα: 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 μοιάζει δικαιολογημένη, αν αναλογιστούμε τις αλλαγές που επήλθαν στην κοινωνική οργάνωση της χώρας μας τα τελευταία χρόνια και πιο συγκεκριμένα:

α. Στον παραδοσιακό χαρακτήρα της, που σηματοδεύτηκε από τη διάσπαση της ευρείας οικογένειας της υπαίθρου, που από 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. Σύμφωνα με τον Bloom όσο η τεχνολογία της ιατρικής αναπτύσσεται και εξελίσσεται περισσότερο, τόσο ο ιατρός γίνεται περισσότερο εξαρτημένος από τ' άλλα επαγγέλματα υγείας και από το νοσοκομείο, στο οποίο μετακινεί την εργασία του.

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 εξέταση του ασθενούς στο σπίτι, στην πόλη και στο νοσοκομείο ή στο ιατρείο) αλλά και τη στάση και την συμπεριφορά του απέναντι στον ασθενή. Η σχέση ιατρού-ασθενούς αποκομμένη από δομικά της στοιχεία που τη συνέθεταν, δηλαδή την οικογένεια και τον οικογενειακό ιατρό, βαθμιαία μετατρέπεται σε απρόσωπη και μηχανοποιημένη, ως να υπαγορεύεται από υποχρεωτικούς κανόνες (του εμπορίου ή της αγοράς) και όχι από εσωτερικές ανάγκες, χωρίς διάθεση για επικοινωνία. Για όλους αυτούς τους λόγους η προπτυχιακή εκπαίδευση των φοιτητών Ιατρικής κρίνεται απολύτως αναγκαία. Το Τμήμα Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Κρήτης έχει συμπεριλάβει, από της ίδρυσής του ανάμεσα στα κατ' επιλογήν υποχρεωτικά μαθήματα του Α' εξαμήνου το μάθημα Σχέση Ιατρού-Ασθενούς. Οι σελίδες που ακολουθούν αντιστοιχούν στις παραδόσεις του μαθήματος αυτού που διδάχθηκε στην περίοδο 1991 - 2007. Καταβλήθηκε προσπάθεια ώστε το περιεχόμενο των παραδόσεων αυτών να μορφοποιηθεί σε θεματικές ενότητες και να μετατραπεί σε γραπτό λόγο. Οι δυσκολίες της προσπάθειας αυτής υπήρξαν πολλές, με πιο σημαντική την απουσία ελληνικής βιβλιογραφίας αλλά και συστηματικής έρευνας στη χώρα μας για το συγκεκριμένο αντικείμενο. Ακόμα, δεν αγνοείται το γεγονός ότι η ανάλυση της σχέσης ιατρού-ασθενούς απαιτεί

διεπιστημονική και διατομεακή προσέγγιση που σήμερα δεσπόζει στην προπτυχιακή διδασκαλία στις σχολές επιστημών υγείας στη σύγχρονη Ευρώπη. Στην παρούσα έκδοση δεν αγνοήθηκαν οι διάφορες επιστημονικές προσεγγίσεις, ούτε η ξένη βιβλιογραφία αλλά αντίθετα επιχειρήθηκε η σύνδεσή τους με την ελληνική εμπειρία στις συγκεκριμένες πολιτιστικές και κοινωνικές ιδιαιτερότητες της χώρας μας. Είναι γνωστό στον υπογράφοντα ότι η ανάπτυξη του θέματος που αφορά τη σχέση ιατρού-ασθενούς δεν είναι πλήρης, αφού σημαντικές θεματικές ενότητες όπως: ο απαιτητικός, ο νευρωτικός και γενικά ο ψυχιατρικός άρρωστος, η παρακολούθηση του αρρώστου μετά την επίσκεψη στο ιατρείο, ο άρρωστος στο νοσοκομείο και στο χειρουργείο, καθώς και η επίσκεψη στο σπίτι, απουσιάζουν από τις παρούσες σημειώσεις και αναμένεται να προστεθούν σ' επόμενες εκδόσεις.

Τελειώνοντας θα ήθελα να ευχαριστήσω τα μέλη ΔΕΠ του Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής του Ιατρικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Κρήτης για την τιμή που μου έκαναν να μου αναθέσουν τη διδασκαλία αυτού του μαθήματος και ιδιαίτερα τον Ομότιμο σήμερα Καθηγητή κ. Μιχάλη Φιορέτο για την εμπιστοσύνη με την οποία με περιέβαλε στα πρώτα πανεπιστημιακά βήματα μου, καθώς και τον Αναπληρωτή Καθηγητή κ. Τάσο Φιλαλήθη για τη σημαντική του συμπαράσταση στη διάρκεια της διδασκαλίας του μαθήματος τα πρώτα έτη διδασκαλίας του. Επίσης ευχαριστώ τα μέλη ΕΥΔΥΠ του Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής κα Μαρία Χαμηλού, συντονίστρια του πανεπιστημιακού μαθήματος, την κα Μαρίνα Σκουντή και την κα Μαρία Ανδριανάκη για τη βοήθειά τους στη διεξαγωγή του μαθήματος. Ιδιαίτερες ευχαριστίες στους συνεργάτες μου κα Γαβριάλλα Ασπράκη, Ανθρωπολόγο, κο Νικόλαο Γεωργιάννο, Γενικό Ιατρό, κα Ελίζα Ιατράκη, Κοινωνική Λειτουργό και Ψυχολόγο καθώς και την Ελένη Πιτέλου, Ερευνήτρια για την σημαντική συμβολή τους στη συγγραφή ενότητων αυτού του Βιβλίου.

Με ιδιαίτερη αίσθηση ευθύνης παραδίδουμε σήμερα την πρώτη έκδοση του εγχειριδίου για τη σχέση ιατρού – ασθενούς. Αυτή απευθύνεται σε φοιτητές ιατρικής και ιατρούς που ειδικεύονται στη γενική / οικογενειακή ιατρική. Θα είναι χαρά μου εάν συμβάλλει στην επιτυχία των στόχων τους, δηλαδή στην δική τους ευτυχία και αυτή των ασθενών τους.

### **Χρήστος Λιονής**

Καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας  
Πανεπιστημίου Κρήτης

## Κεφάλαιο 1

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ-Ο ΣΤΟΧΟΣ ΤΟΥ ΜΑΘΗΜΑΤΟΣ

Η ανθρώπινη σχέση αποτέλεσε (και αποτελεί) σημείο εστίασης της προσοχής πολλών επιστημόνων (ψυχολόγων, κοινωνιολόγων, ανθρωπολόγων κ.α.). Σήμερα υπάρχουν πολλά στοιχεία που δείχνουν ότι αυτή η σχέση, που αποτελεί δομικό στοιχείο της κοινωνίας, βρίσκεται σε κρίση (1). Η σχέση ανάμεσα στον ιατρό και στον ασθενή, αποτελεί μια ιδιαίτερη μορφή ανθρώπινης σχέσης. Το φαινόμενο της δυσαρέσκειας του αρρώστου με τον ιατρό επιτείνεται δραματικά στις μέρες μας (2). Ο ξένος αλλά και ο ελληνικός τύπος φιλοξενούν συχνά καταγγελίες αρρώστων, πιθανόν ως έκφραση της δυσαρέσκειάς τους από συγκεκριμένες στάσεις και συμπεριφορές των ιατρών τους. Υπάρχουν αρκετά σημεία και συμπτώματα που δείχνουν ή επιβεβαιώνουν το ανησυχητικό αυτό φαινόμενο της διάσπασης της σχέσης ανάμεσα στον ιατρό και τον άρρωστο. Αναφέρουμε παρακάτω μερικά απ' αυτά:

Το εξήντα τέσσερα τοις εκατό (64%) των ενηλίκων κατοίκων αστικών κέντρων ασκούν κριτική στον τρόπο που οι ιατροί διαχειρίζονται τη σχέση ιατρού - αρρώστου. Αρκετοί απ' αυτούς αναφέρουν ότι οι καινούριοι ιατροί έχουν χάσει την ανθρώπινη ζεστασιά (human warmth). Οι ασθενείς αυτοί διατυπώνουν την ικανοποίησή τους για την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας αλλά και την αντιπάθειά τους για τον τρόπο με τον οποίο αυτή προσφέρεται (3).

Το εβδομήντα τοις εκατό (70%) από όλους τους ενήλικες αρρώστους, ασκούν κριτική για την φροντίδα και την προσοχή που παρέχεται στα νοσοκομεία. Οι περισσότεροι ασθενείς θυμούνται ένα έντονα αρνητικό (virulent) επεισόδιο σχετικά με τη φροντίδα που πήραν στα νοσοκομεία (3,4). Εβδομήντα τοις εκατό (70%) από όλο τον πληθυσμό που μελετήθηκε ικανοποιούνται από τη φροντίδα μη ιατρών θεραπευτών (nonmedical healers) συμπεριλαμβάνοντας τους «χειροπράκτες» και τους «κομπογιαννίτες» (quacks), (3).

Το 2,4% των ερωτηθέντων, σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη που διεξήχθη στη ζώνη ευθύνης ενός Κέντρου Υγείας στην Κρήτη δεν εκφράζει καλή γνώμη για τις παρεχόμενες από τους ιατρούς υπηρεσίες, ενώ ένα 10,3% απ' αυτούς δεν εκφράζει γνώμη (5).

Το 15% απ' όσους επισκέφθηκαν το αγροτικό ιατρείο ενός Δήμου στην Κρήτη (6), δηλώνουν ότι δεν ήταν καθόλου ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που το ιατρείο αυτό τους προσέφερε. Ο βαθμός ικανοποίησης αυξανόταν μαζί με την αύξηση της ηλικίας. Τα ποσοστά αυτά μη ικανοποίησης γίνονταν μεγαλύτερα όταν τα ίδια τα άτομα ερωτούνταν για τις υπηρεσίες που τους

παρείχε το νομαρχιακό νοσοκομείο (24% δεν ήταν "τόσο πολύ" ικανοποιημένοι και 16% καθόλου ικανοποιημένοι), βρέθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ των φύλων (ο βαθμός ικανοποίησης ήταν μεγαλύτερος στους άνδρες) και διαπιστώθηκε ότι οι νεώτερες ηλικίες έχουν μεγαλύτερες απαιτήσεις από το νοσοκομείο.

Το φαινόμενο της διακοπής της σχέσης ιατρού - ασθενούς είναι γνωστό από παλιά. Πενήντα τοις εκατό (50%) από όλους τους αρρώστους εγκαταλείπουν για κάποιο χρονικό διάστημα τον ιατρό τους επειδή δυσαρεστήθηκαν με αυτόν (3,7). Όλα τα παραπάνω αλλά και πολλά άλλα δείχνουν την ανάγκη ενίσχυσης της σχέσης ανάμεσα στον ιατρό και τον άρρωστο.

Ο Richard H. Blum στην εισαγωγή του βιβλίου του "The Management of the Doctor-Patient Relationship", θέτει τα δύο παρακάτω ερωτήματα (2):

α. Γιατί ο γιατρός θα πρέπει να απασχολείται με τη σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα σ' αυτόν και τον ασθενή του; (Why should the doctor be concerned about the doctor-patient relationship?).

β. Γιατί ο ιατρός θα πρέπει να ανησυχεί όσον αφορά την πρόληψη της δυσαρέσκειας από μέρους του ασθενούς του; (Why should the doctor worry about preventing patient dissatisfaction?).

Οι απαντήσεις που ο Blum δίνει στα ερωτήματα αυτά είναι: Διότι η σχέση ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή είναι κρίσιμη για την επιτυχημένη άσκηση της ιατρικής (πρώτο ερώτημα) και γιατί η δυσαρέσκεια του ασθενούς οδηγεί σε θεραπευτικές ανεπάρκειες και σε μια πληθώρα συνεπειών τόσο για τον ιατρό όσο και για τον άρρωστο.

Έτσι ο στόχος του Πανεπιστημιακού αυτού μαθήματος είναι να βοηθήσει το νεαρό ιατρό να καταλάβει τις στάσεις και τη συμπεριφορά του αρρώστου του, προκειμένου να τον καταστήσει ικανό να προλαβαίνει τη δυσαρέσκεια αυτού. Αν και αρκετοί ιατροί αναπτύσσουν φυσικές δεξιότητες όσο αφορά τη διαχείριση του αρρώστου μ' αποτέλεσμα την πολύ καλή σχέση ανάμεσα τους, εν τούτοις κρίνεται αναγκαία η εκπαίδευση και η πληροφόρηση των ιατρών σχετικά με την ψυχολογία του αρρώστου και με τα προβλήματα που αναδύονται από την μεταξύ τους σχέση (3).

Ανάμεσα στους στόχους του Πανεπιστημιακού αυτού μαθήματος είναι και η διερεύνηση και καταγραφή όλων εκείνων των στοιχείων που συνθέτουν το πλαίσιο (ή βάση) στο οποίο αναπτύσσεται η σχέση ιατρού-ασθενούς στην Ελλάδα. Τέτοιες μελέτες στη χώρα μας δεν υπάρχουν πολλές, ενώ αρκετά είναι τα σημεία τα οποία χρειάζονται περισσότερο φως και φυσικά ανάλυση και ερμηνεία. Ο σχεδιασμός και η εφαρμογή, στα πλαίσια του μαθήματος αυτού, μικρών ερευνητικών εργασιών από τους ίδιους τους φοιτητές με στόχο την αποτύπωση-καταγραφή των πιο κοινών προβλημάτων που αναδύονται από την καθημερινή σχέση ιατρού-ασθενούς στο χώρο

της υγείας στην Κρήτη εκτιμάται ότι θα προσφέρει νέα γνώση ενώ συγχρόνως θα βοηθήσει παράλληλα και την εκπαιδευτική διαδικασία.

Έτσι στα πλαίσια του μαθήματος αυτού στη διάρκεια της, ακαδημαϊκής χρονιάς 1991-92 μια ομάδα φοιτητών μελέτησε τους "Παράγοντες που συμβάλλουν στη δυσαρέσκεια του ασθενούς κατά την πρώτη του συνάντηση με τον ιατρό και οι οποίοι επιδρούν στη σχέση που αναπτύσσεται με αυτόν" σ' ένα δείγμα 24 (12 γυναίκες και 12 άνδρες) μόνιμων κατοίκων της πόλης του Ηρακλείου ηλικίας 20-86 ετών (8). Από την εργασία αυτή διαπιστώθηκε ότι παράγοντες που θα μπορούσαν να επηρεάσουν τη σχέση ιατρού-ασθενούς είναι: (α) ο χρόνος αναμονής για την εξέταση, (β) η φιλική ή όχι συμπεριφορά του ιατρού, (γ) το ενδιαφέρον που αυτός δείχνει για τον ασθενή, (δ) οι συνθήκες κάτω από τις οποίες γίνεται η εξέταση, (ε) η ανταγωνιστική στάση του γιατρού απέναντι σε άλλους συναδέλφους του και τέλος το ύψος της χρηματικής αμοιβής του. Ακόμα βρέθηκε ότι περισσότερο ικανοποιημένοι είναι οι ηλικιωμένοι και άτομα που ζουν μόνιμα σε χωριό, σε σύγκριση με τους ενήλικες και αυτούς που μένουν στην πόλη. Μία άλλη ομάδα φοιτητών ασχολήθηκε με τα "Προβλήματα που ανακύπτουν από τη σχέση ιατρού-ασθενούς, αναλυμένα από την πλευρά του ιατρού" (9). Σύμφωνα με τα αποτελέσματά τους ένα από τα προβλήματα των ερωτηθέντων ιατρών ήταν η μη συμμόρφωση των ασθενών τους στην υποδειχθείσα θεραπεία. Την μη συμμόρφωση αυτή το 48% (N=19) των ιατρών το απέδωσαν στις αντιλήψεις (πίστεις) των ασθενών και ιδιαίτερα αυτές που συνδέονταν με άλλους, πλην ιατρών, θεραπευτές, το 30% στις ανεπαρκείς οικονομικές δυνατότητές τους και το 22% στην έλλειψη εμπιστοσύνης στο πρόσωπο του ιατρού.

Η έρευνα ακόμη είναι απαραίτητη για τη διαμόρφωση μιας ολοκληρωμένης θεωρίας όσον αφορά τη σχέση ιατρού-αρρώστου. Μια θεωρία που θα πρέπει να αντλήσει στοιχεία από μια σειρά από παραδοχές-υποθέσεις (assumptions), την ισχύ των οποίων επίσης θα πρέπει να ερευνήσει. Οι παραδοχές-υποθέσεις αυτές, οι οποίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως "Θεωρήματα" σύμφωνα με τον Blum(3) είναι οι παρακάτω:

1. Η σχέση ιατρού-ασθενούς έχει σημαντική επίδραση στη διάγνωση και θεραπεία της αρρώστιας.
2. Η ανθρώπινη διάσταση-φύση (human nature) και των δύο (ιατρού-ασθενούς), αποτελεί αποφασιστικής σπουδαιότητας παράγοντα για την κατανόηση των συμβαινόντων στη διάρκεια της ιατρικής φροντίδας και το είδος της σχέσης ιατρού-αρρώστου που πρόκειται να καθιερωθεί.
3. Η πρόληψη της δυσαρέσκειας του αρρώστου είναι σημαντική τόσο για την αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας, όσο και για την ευτυχία του ιατρού και του αρρώστου.

4. Αποδίδοντας οι ιατροί φροντίδα στους αρρώστους των δεν επιθυμούν μόνο να παράσχουν τα μεγαλύτερα δυνατά οφέλη σε σχέση με την υγεία των αρρώστων τους αλλά και να ικανοποιηθούν οι ίδιοι από τις προσπάθειες που καταβάλλουν.
5. Ο ιατρός, προσφέροντας φροντίδα στον άρρωστο, επιθυμεί να απολαμβάνει προσωπικές ευχαριστήσεις από τη ζωή του και όχι τύψεις (remorses) και αλληλοκατηγορίες (recriminations), ως αποτέλεσμα της διάσπασης της σχέσης του με τον ασθενή.
6. Η βασική αξίωση για μια καλή σχέση ιατρού-ασθενούς είναι ο αμοιβαίος σεβασμός από την πλευρά δύο ώριμων ανθρώπων, ο 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.

Οι Kurtz, Silverman και Draper στο βιβλίο τους "Teaching and Learning communication skills in Medicine" ξεκινούν από τις παρακάτω παραδοχές ή προϋποθέσεις:

- Η επικοινωνία είναι μια ουσιώδης κλινική δεξιότητα απαραίτητη για τη κλινική επάρκεια (competence)
- Η επικοινωνία είναι μια διδαγμένη δεξιότητα, που θα πρέπει επίσης να διδαχθεί
- Οι δεξιότητες επικοινωνίας θα πρέπει να διδαχθούν αποτελεσματικά
- Η διδασκαλία των δεξιοτήτων επικοινωνίας είναι διαφορετική από τη μάθησή τους
- Οι εκπαιδευτές θα πρέπει να γνωρίζουν και το «τι» και το «πώς» σχετικά με τη διδασκαλία των δεξιοτήτων επικοινωνίας
- Η διδασκαλία και η μάθηση των δεξιοτήτων επικοινωνίας θα πρέπει να βασίζονται στη τεκμηρίωση
- Απαιτείται ενιαία προσέγγιση στη διδασκαλία των δεξιοτήτων επικοινωνίας στην Οικογενειακή Ιατρική και στις άλλες ιατρικές ειδικότητες
- Μια ενιαία προσέγγιση για διδασκαλία των δεξιοτήτων επικοινωνίας που διασχίζει τα πολιτισμικά και εθνικά όρια είναι δυνατή
- Μια συντονισμένη προσέγγιση στη διδασκαλία των δεξιοτήτων επικοινωνίας μέσα από την προπτυχιακή εκπαίδευση, την εκπαίδευση στην ειδικότητα και τη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση είναι αναγκαία
- Μια προσέγγιση βασισμένη στις δεξιότητες για τη διδασκαλία των δεξιοτήτων επικοινωνίας, είναι απαραίτητη

---

#### **Τι μπορείτε να διαβάσετε σ' αυτό το εγχειρίδιο;**

Στις θεματικές ενότητες που θ' ακολουθήσουν θα γίνει αναφορά στα πιο κοινά προβλήματα και καταστάσεις που εμφανίζονται στη διαχείριση της σχέσης γιατρού-ασθενούς και θα συζητηθούν τρόποι αντιμετώπισης και επίλυσης τους. Η ανάλυση όλων αυτών θα βασιστεί στη γνώση που έχει κτηθεί από την ιατρική και τις κοινωνικές επιστήμες αλλά και την κλινική εμπειρία. Ειδική αναφορά θα γίνει στη σχέση γιατρού-ασθενούς όπως αυτή βιώνεται στην Κρήτη, η οποία θα χρησιμοποιηθεί

επίσης και ως ένα παράδειγμα εφαρμογής της διδασκόμενης θεωρίας. Αν και το περιεχόμενο του μαθήματος θα δανειστεί αρκετά από θεωρίες προερχόμενες από το χώρο των κοινωνικών επιστημών, κύρια αυτό θα επικεντρωθεί στη διατύπωση πρακτικών οδηγιών προς τους νέους γιατρούς. Πρακτικές οδηγίες οι οποίες διαμορφώνονται από μια σφαιρική ανάλυση της υπάρχουσας σήμερα γνώσης αναφορικά με τη σχέση γιατρού-ασθενούς και προσαρμόζονται κατάλληλα στο ελληνικό κοινωνικοπολιτιστικό περιβάλλον.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. *Λιονής Χ.* Η ανθρώπινη σχέση και η σημερινή κρίση της. Στις επιφυλλίδες εφημερίδας τα "ΝΕΑ", 1991.
2. *Blum RH.* Introduction. In: "The Management of the Doctor-Patient Relationship", Mc Graw-Hill Book Company, Inc eds, New York, Toronto, London 1960.
3. *Koos E.* "Metropolis", What City People Think of their Medical Services. *Am J Public Health* 45: 1551-1557, 1955.
4. *Blum RH.* Hospitals and Patient Dissatisfaction, California Medical Association, San Francisco 1958.
5. *Λιονής Χ. και Φιορέτος Μ.* Αξιολόγηση των Υπηρεσιών Υγείας του Κέντρου Υγείας Σπηλίου από τους κατοίκους της Ζώνης Ευθύνης του. (Πρώτα αδημοσίευτα στοιχεία).
6. *Φιλαλήθης ΑΕ.* 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 1990.
7. *Blum RH.* Physician-Patient Relationships, Survey and Action, California Medical Association, San Francisco 1966.
8. *Μπάστα Μ, Μποζιονέλου Β, Σαριδάκη Ζ.* Παράγοντες που συμβάλλουν στη δυσαρέσκεια του ασθενούς κατά την πρώτη του συνάντηση με το γιατρό και επιδρούν στη σχέση που αναπτύσσει με αυτόν. Γραπτή εργασία στα πλαίσια του μαθήματος "Σχέση Γιατρού-Ασθενούς", Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο 1991.
9. *Βασιλακοπούλου Μ, Δημητρίου Δ, Κεφαλά Κ, Σιολάβου Χ.* Προβλήματα που ανακύπτουν από τη σχέση γιατρού-ασθενούς από την πλευρά του γιατρού. Γραπτή εργασία στα πλαίσια του μαθήματος "Σχέση Γιατρού-Ασθενούς", Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο 1992.

10. Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. Radcliffe Medical Press, Oxon 1998, pp

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΙΑΤΡΟΣ-ΑΣΘΕΝΗΣ: Η ΑΝΘΡΩΠΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Χ. Λιονής

#### ΚΥΡΙΑ ΜΗΝΥΜΑΤΑ

-Η διαταραχή της υγείας ορίζεται με τρόπο υποκειμενικό από τους αρρώστους (αρρώστια) ενώ από τους επαγγελματίες υγείας με τρόπο αντικειμενικό (νόσημα) και μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγή της κοινωνικής κατάστασης του ατόμου που νοσεί(ασθένεια).

-Η αναγνώριση και η αξιολόγηση των βιούμενων συμπτωμάτων οδηγεί στην αντίληψη της αρρώστιας η οποία συνοδεύεται από ανάλογη συμπεριφορά(συμπεριφορά αρρώστιας).

-Η αντίληψη της αρρώστιας από το άτομο επηρεάζεται από κοινωνικούς-οικονομικούς , πολιτικούς και ψυχολογικούς παράγοντες.

-Η κατανόηση των αντιλήψεων του ατόμου σχετικά με τη νόσο του από το γιατρό είναι απαραίτητη για την επίτευξη του καλύτερου θεραπευτικού αποτελέσματος.

#### 2.1. Ο ορισμός του νοσήματος και της αρρώστιας

Αφού η σχέση γιατρού — αρρώστου βασίζεται στην πίστη του αρρώστου ότι αυτός είναι άρρωστος, είναι απαραίτητο να συζητήσουμε πρώτα για το τι είναι αρρώστια. Είναι σημαντικό στο σημείο αυτό να διακρίνουμε τη διαφορά ανάμεσα στην υποκειμενική και αντικειμενική περιγραφή της διαταραχής της υγείας, η οποία στην αγγλική γλώσσα αποδίδεται με τους όρους illness και disease. Έτσι ενώ ο όρος νόσημα (disease)σημαίνει "νοσηρά κατάσταση του σώματος" και αναφέρεται στην βιολογική διαδικασία η οποία χρησιμοποιείται από τους επιστήμονες ως επεξηγηματικό μοντέλο για την αρρώστια, ο όρος αρρώστια (illness) αναφέρεται στην προσωπική εμπειρία του ασθενούς για τη φυσική ή ψυχολογική διαταραχή(I). 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 (2).

Σύμφωνα με τον Denton (3) ο βασιζόμενος στην κλινική παρατήρηση και στα επαγγέλματα υγείας ορισμός της διαταραχής της υγείας αναφέρεται ως αντικειμενικός (objective) ενώ ο βασιζόμενος στους αρρώστους (άτομα) ως υποκειμενικός (subjective). Η νόσος και η αρρώστια δεν συνυπάρχουν πάντα. Άτομα με αδιάγνωστη, συμπτωματική νόσο δεν είναι άρρωστα ενώ άτομα που παραπονούνται για διάφορα συμπτώματα, αισθάνονται άρρωστα αλλά μπορεί να μην έχουν νόσο. Ακόμα και όταν υπάρχει νόσος, δεν εξηγεί πάντα το είδος και την ένταση των

συμπτωμάτων γιατί αυτά δεν αντικατοπτρίζουν πάντα την έκταση της ιστικής βλάβης αλλά εξαρτώνται και από την προσωπική εκτίμηση της νόσου(1).

Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει τους δυο παραπάνω ορισμούς με τη μορφή της διασταυρούμενης ταξινόμησης (cross-classification).

*ΠΙΝΑΚΑΣ 1.* Υποκειμενικός και Αντικειμενικός Ορισμός της ασθένειας-αρρώστιας:  
Μια διασταυρούμενη ταξινόμηση.

	<b>ΟΧΙ άρρωστοι</b>	<b>άρρωστοι</b>
<b>Δεν νομίζουν ότι είναι ασθενείς</b>	<b>A</b>	<b>B</b>
<b>Νομίζουν ότι είναι ασθενείς</b>	<b>C</b>	<b>D</b>

*Πηγή: Delton (3).*

Σύμφωνα με τον πίνακα αυτό τ' άτομα που θεωρούν τους εαυτούς τους ασθενείς και κρίθηκαν από τους γιατρούς ως άρρωστοι παρουσιάζονται στο κελί (cell) D, ενώ αυτοί που δεν πιστεύουν ότι είναι άρρωστοι και που είδαν τις αντιλήψεις τους να επαληθεύονται από την κλινική εξέταση, παρουσιάζονται στο κελί A. Τα άτομα αυτά που βρίσκονται στα κελιά A και D από ιατρική άποψη δεν αποτελούν πρόβλημα για την σύγχρονη κοινωνία (3).

Η αρρώστια (illness) δεν είναι μια απλή κατάσταση των ατόμων αλλά μια κοινωνική διαδικασία συνοδευόμενη από ένα ειδικό τύπο συμπεριφοράς, γνωστής ως συμπεριφορά αρρώστιας (illness behavior) (2). Έχουν διατυπωθεί αρκετές απόψεις (θεωρίες) σχετικά με αυτή τη διαδικασία η οποία περιλαμβάνει διάφορα στάδια μέσα από τα οποία περνά ο άρρωστος. Οι Bank et al (4) περιγράφουν τη μετακίνηση από την υγεία στην αρρώστια ως παρακάτω:

**υγεία** → **ασθένεια**    **όλος ασθενούς**    **άρρωστος**

Σύμφωνα με αυτούς, το άτομο, μετά την παρατήρηση των συμπτωμάτων της αρρώστιας του, αποδέχεται τον ρόλο του ασθενούς(sick role) βλέποντας τους κοινωνικούς του ρόλους να περιορίζονται, αναζητά βοήθεια από το γιατρό και τελικά ενδύεται του ρόλο του αρρώστου(patient.)

Όπως αναφέρει ο Anderson W, η αποδοχή της ύπαρξης νόσου 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 περιβάλλον και τον κόσμο προκαλώντας το να εξηγήσει το σκοπό της διαταραγμένης λειτουργίας του(5).

Ο Suchman αναφέρει ότι μεταξύ αρρώστιας και ιατρικής φροντίδας μεσολαβούν πέντε στάδια (6), τα παρακάτω:

- α. η εμπειρία του συμπτώματος
- β. η υπόθεση του ρόλου του αρρώστου
- γ. η επαφή με το γιατρό
- δ. ο εξαρτημένος -από το γιατρό- ρόλος του νοσούντος
- ε. η ανάρρωση και η αποκατάσταση.

Σύμφωνα με τον Pryce η διαδικασία ερμηνείας των συμπτωμάτων από το άτομο που τα βιώνει επηρεάζεται από ( 7):

1. Τη προσωπική εμπειρία όπως προκύπτει από την παρατήρηση του εαυτού και των άλλων
2. Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης (κατασκευή ιστοριών ασθένειας, επαφή με την επιστημονική αλήθεια)
3. Την οικογένεια
4. Τον πολιτισμό
5. Το φύλο

Γίνεται φανερό με άλλα λόγια, ότι αμέσως μετά την εμπειρία των πρώτων συμπτωμάτων, το άτομο καλείται ν' αποφασίσει πρώτα απ' όλα εάν ή όχι έχει κάποια αρρώστια και εάν ναι να επιλέξει τι ενέργεια θα κάνει. Ο ορισμός (αντίληψη) της αρρώστιας από το ίδιο το άτομο εξαρτάται από την αναγνώριση και αξιολόγηση των βιούμενων συμπτωμάτων του. Η προσέγγιση αυτή της κατάστασης της υγείας από το ίδιο το άτομο αποτελεί ένα είδος αυτοεκτίμησης και επηρεάζεται από κοινωνικούς, ψυχολογικούς και βιολογικούς παράγοντες (9). Συνήθως το ίδιο το άτομο είναι αυτό που κάνει την πρώτη διάγνωση βασιζόμενο στα σωματικά του ενοχλήματα.

Εξαιρέσεις από τον κανόνα αυτό αποτελούν οι παρακάτω καταστάσεις (9):

1. Τα σοβαρά ατυχήματα, στα οποία οι παρευρισκόμενοι ή οι συνοδοί του τραυματία εκτιμούν την κατάσταση του ως σοβαρή και τον μεταφέρουν αμέσως σε γιατρό ή σε νοσοκομείο, και

2. Τα έκτακτα περιστατικά, στα οποία το άτομο γίνεται ξαφνικά τόσο αδύναμο ώστε είναι ανίκανο να πάρει το ίδιο την απόφαση για θεραπεία ή έστω να ειδοποιήσει γιατρό μ' αποτέλεσμα κάποιο άλλο άτομο να παίρνει πρωτοβουλίες και αποφάσεις σχετικά με τη θεραπεία του

3. Τα παιδιά, τα οποία μπορούν κάποιες φορές να αναφέρουν συμπτώματα ή να δείχνουν σημεία κακής λειτουργίας αλλά οι γονείς τους είναι εκείνοι που παίρνουν τις αποφάσεις εάν τα συμπτώματα αυτά συνιστούν ή όχι αρρώστια .

4. Άτομα τα οποία δε γνωρίζουν ότι έχουν κάποια παθολογική κατάσταση αλλά ενημερώνονται γι' αυτήν από κάποιο άλλο άτομο, π.χ, ένα γιατρό, ο οποίος στα πλαίσια μιας επήσιας φυσικής εξέτασης εντόπισε αρρυθμία, αναιμία ή κάποιο άλλο παθολογικό χαρακτηριστικό. Αν και το πιο σύνηθες στις περιπτώσεις αυτές είναι τα άτομα να υιοθετούν τις οδηγίες και τις παραγγελίες του γιατρού, δεν είναι σπάνιες περιπτώσεις ασθενών που δεν τις ακολούθησαν.

Στις άλλες, εκτός των παραπάνω εξαιρέσεων, περιπτώσεις, ως κρίσιμα για την περαιτέρω πορεία από την υγεία στην αρρώστια κρίνονται τα στάδια της αρχικής αυτοδιάγνωσης (self-diagnosis) και της αναγνώρισης του ρόλου του ασθενούς (sick role) ο οποίος προσδίδει στον ασθενή συγκεκριμένο ρόλο στη κοινωνία. Σύμφωνα με το Parson από τον ρόλο του ασθενούς απορρέουν δικαιώματα και υποχρεώσεις (8) και συγκεκριμένα :

- δικαιώματα:

1. της απαλλαγής από τους φυσιολογικούς κοινωνικούς ρόλους και υποχρεώσεις. Αναζητώντας ιατρική βοήθεια ο ασθενής καλεί το γιατρό να νομιμοποιήσει την απαλλαγή αυτή .
2. της απαλλαγής από την ευθύνη για τη κατάσταση του.

- υποχρεώσεις :

- 1.της επιθυμίας της γρήγορης ανάρρωσης (η ασθένεια δεν είναι κοινωνικά αποδεκτή ).
- 2.Της αναζήτησης ιατρικής γνώμης και της συνεργασίας στη θεραπεία

## **2.2. Παράγοντες που επηρεάζουν τον ορισμό της αρρώστιας**

Ο ορισμός της αρρώστιας ποικίλλει από λαό σε λαό και από άτομο σε άτομο. Παρακάτω θα συζητήσουμε τους παράγοντες που επηρεάζουν τον ορισμό της αρρώστιας όπως αυτή δίνεται από το ίδιο το άτομο και όχι από τον γιατρό. Οι παράγοντες αυτοί διακρίνονται σε πολιτιστικούς, κοινωνικό-οικονομικούς και ψυχολογικούς.

### **2.1. Πολιτιστικοί παράγοντες**

Ο πολιτισμός (culture) παίζει ίσως τον σημαντικότερο ρόλο στη διαμόρφωση των αντιλήψεων (ή στάσεων) σε σχέση με την αρρώστια και την υγεία του πληθυσμού. Ο όρος "πολιτισμός" χρησιμοποιείται εδώ με την ανθρωπολογική του έννοια και δηλώνει ένα σύμπλεγμα από γλώσσα, ήθη, έθιμα, "πιστεύω" κ.ά., το οποίο κληρονομείται από γενιά σε γενιά (9). Μέσα στο δοσμένο πλαίσιο τα άτομα έχουν τη δυνατότητα της συνειδητής και ορθολογικής επιλογής, πάνω στην οποία αναπτύσσουν τις στάσεις τους (attitudes) σχετικά με την υγεία και την ασθένεια. Η διαδικασία αυτή των προσωπικών στάσεων δεν είναι τυχαία αλλά συνειδητή και ορθολογική. Σύμφωνα μ' αυτή οι επιπολαζόμενες αντιλήψεις καιπίστεις (beliefs) της οικογένειας, των φίλων, των γειτόνων, ή άλλων μελών της περιβάλλουσας κοινότητας, κατάλληλα τροποποιούμενες από τη θεσμικά καθιερωμένη διδασκαλία των σχολείων και της εκκλησίας, παίρνουν μια ξεχωριστή μορφή από τη συγκεκριμένη προσωπικότητα του ατόμου (9). Έτσι το τελικό προϊόν, οι αντιλήψεις και τα "πιστεύω" δηλαδή του ατόμου, όσον αφορά το τι είναι αρρώστια, τι την προκαλεί και τι την θεραπεύει, προέρχεται από την πολιτιστική παρακαταθήκη της τοπικής κοινωνίας, διανέμεται στους διάφορους διαύλους αυτής (οικογένεια, σχολείο, ομάδες και κοινότητα) και είναι προσαρμοσμένο στις ψυχολογικές απαιτήσεις της ζωής του ίδιου του ατόμου.

#### 2.1.1. Ιστορικά ανεπτυγμένες πεποιθήσεις

Κάθε λαό χαρακτηρίζουν διάφορα συστήματα πεποιθήσεων-δοξασιών, με βάση τα οποία ερμηνεύονται οι στάσεις, αντιλήψεις των ατόμων όσον αφορά την υγεία και την αρρώστια. Ανάμεσα σ' αυτά σημαντική παρουσία έχουν οι ιερατικές (animistic), θρησκευτικές (religious) και επιστημονικές (scientific) πεποιθήσεις (beliefs).

**Ιερατικές πεποιθήσεις:** Είναι γνωστό ότι ο άνθρωπος στα πρώτα χρόνια της ζωής του θεωρούσε τα αντικείμενα και φαινόμενα (πέτρα, δένδρο) και τα γεγονότα (καταιγίδα) ως περικλείοντα ζωή και βούληση. Σύμφωνα με τις αντιλήψεις αυτές ή οφειλόταν σένα πνεύμα (spirit of the illness) το οποίο εισερχόταν στο ίδιο το άτομο ή σε κάποια άλλη μεγαλύτερης ισχύος δύναμη προερχόμενη από άλλο άτομο ή το δαίμονα. Έτσι η θεραπεία της αρρώστιας εστιάστηκε στην προσπάθεια εξουδετέρωσης των πνευμάτων αυτών είτε μέσω συμφωνίας με το 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 συγκρουόντουσαν με τα κακά πνεύματα που προκαλούσαν την αρρώστια.

Αυτές οι ιερατικές-μαγικές (animistic-magic) αντιλήψεις δεν συναντώνται μόνο στον πρωτόγονο άνθρωπο αλλά και σ' όλες τις επόμενες εποχές. 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) (7). Η επωδή, που είναι γνωστή σήμερα στην Ελλάδα ως ξόρκι και στην Κρήτη ως γητειά, αποτελεί ένα είδος λόγου που απευθύνεται σε δαιμονικές δυνάμεις οι οποίες στη συνείδηση του δεισιδαιμονικού ανθρώπου παίζουν καθοριστικό ρόλο στη ζωή του. Τα φυλακτά ήταν αντικείμενα κατασκευασμένα από διάφορα υλικά (χρυσό, ασήμι, λίθους κλπ.) τα οποία 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 (7). Στο Μεσαίωνα οι αρρώστιες της ψυχής και του σώματος ερμηνευόντουσαν ως αποτέλεσμα της επίδρασης δαιμόνων και μαγισσών.

Στην σημερινή εποχή οι ιερατικές-μαγικές αντιλήψεις δεν έχουν εξαφανιστεί και διατηρούνται με διάφορες μορφές σε αρκετά μέρη του κόσμου. Όλοι έχουμε ακούσει για το κακό μάτι (evil eye), για το "μάτιασμα" ενός ατόμου από ένα άλλο ή για τη χρήση φυλακτών. Συνήθως φυλακτά αποτελούνται από σταυρό ή υλικά από τους Αγίους Τόπους αλλά και από άλλα αντικείμενα (π.χ. "χαχάλες"- δαγκάνες καβουριών). Ακόμη και σήμερα γυναίκες κρεμούν από το λαιμό τους γαλαζόπετρες επειδή πιστεύεται ότι έχουν σχέση με τη γαλουχία (7). Η ιερατική-μαγική αυτή αντίληψη συναντάται και στη στάση και στη συμπεριφορά των αρρώστων απέναντι στο γιατρό. Παρατηρείται όταν ο άρρωστος μ' επιμονή ζητά από το γιατρό "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 δε μου 'δωσε τίποτε, πως θα γίνω εγώ καλά χωρίς φάρμακο" ακούγονται πολύ συχνά και στις μέρες μας και δείχνουν ότι οι ασθενείς επιθυμούν κάποιο μαγικό. Τέλος την μαγική σκέψη των αρρώστων μπορούμε ακόμη να την αντιληφθούμε στις περιπτώσεις εκείνες που άρρωστοι κατηγορούν τους γιατρούς των ότι δεν τους έκαναν καλά (9). Ο γιατρός δέχεται τις κατηγορίες αυτές, αφού θεωρείται από τους αρρώστους ως ένας μάγος (magician). Το σχόλιο "Ο γιατρός δεν έκανε αυτά που ο ίδιος μπορούσε", το οποίο συχνά ακούμε στους διαδρόμους των Νοσοκομείων, αντανακλάται η πρωτόγονη πίστη ότι ο γιατρός μπορεί να ελέγξει την αρρώστια.

**Θρησκευτικές πεποιθήσεις.** Η βασισμένη στις θρησκευτικές πεποιθήσεις των ατόμων ερμηνεία της αρρώστιας, θεωρεί τις σωματικές διαταραχές ως προμελετημένη παρέμβαση θεότητας (9). 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 το θεό και ένα σημάδι της εκτίμησης ή της μομφής του. Επίσης μπορεί να θεωρηθεί ως μια δοκιμασία που στέλνεται από το θεό σ'ένα άτομο, με σκοπό να δοκιμάσει την καρτερία ή την αντοχή του, ή και ως τιμωρία για την ηθική ή 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, μετανιώντας για τις αμαρτίες που έκανε και που θεωρεί υπεύθυνες για την τιμωρία του και ζητώντας "συγχώρεση" από το θεό. Οι θρησκευτικές αντιλήψεις στις μέρες μας είναι συχνά αναμειγμένες μ' ανάλογες ιερατικές-μαγικές, όπως στην περίπτωση των "ταξιμάτων" (επάργυρων, επίχρυσων) αφιερωμάτων δηλαδή στις εικόνες Αγίων με περιεχόμενο μορφές ανθρωπίνου σώματος, μέλους η οργάνου. Τα "ταξίματα" αυτά φαίνεται ότι έλκουν την καταγωγή τους από τα αρχαία ελληνικά αναθήματα, τα οποία πρόσφεραν άρρωστοι 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 την νόσο, υιοθετώντας τις καινούριες ανακαλύψεις της ιατρικής επιστήμης. Η **επιστημονική προσέγγιση της** νόσου έρχεται σε ισχυρή αντίθεση με τις προηγούμενα εκτεθεισες, δηλαδή την ιερατική-μαγική και την θρησκευτική και αποτελεί εξέλιξη των τελευταίων εκατό ετών αν και οι βάσεις που αφορούν την προέλευση των αρρώστιας, την ταξινόμηση της και τη θεραπεία της τέθηκαν μετά από συστηματική ανάλυση από τον Ιπποκράτη και τον Αριστοτέλη(9).

Οι επιστημονικές αυτές πεποιθήσεις σχετικά με τη φύση της αρρώστιας δεν έμειναν σταθερές τους τελευταίους δύο αιώνες και 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 την ταξινόμηση της. Η προσοχή στην περίοδο αυτή μετατοπίζεται από το άρρωστο άτομο στην αρρώστια (11). Σιγά — σιγά στα μέσα του 19ου αιώνα και **ως αποτέλεσμα της μελέτης των παθολογοανατομιών διεργασιών της** νόσου αρχίζει αυτή να θεωρείται όχι ως μια συνολική διαταραχή του οργανισμού αλλά ως αποτέλεσμα μιας εντοπισμένης βλάβης (13). Οι θεαματικές εξελίξεις στο χώρο των βασικών επιστημών το δεύτερο μισό του 19ου αιώνα οδήγησαν το κέντρο του ενδιαφέροντος από το νοσοκομειακό κρεβάτι στο εργαστήριο. Σημαντική ώθηση στην ιατρική επιστήμη την εποχή αυτή έδωσε η χρησιμοποίηση του μικροσκοπίου και η πειραματική έρευνα. Η νόσος τώρα αρχίζει να θεωρείται ως αποτέλεσμα διαταραγμένης παθοφυσιολογικής λειτουργίας (13). Όλες οι παραπάνω εξελίξεις της ιατρικής επιστήμης στη διάρκεια του 19ου αιώνα οδήγησαν στην ανάπτυξη μιας θεωρίας, της

συγκεκριμένης αιτιολογίας νοσημάτων, που βασιζόταν κυρίως στα βιολογικά χαρακτηριστικά της νόσου.

Βέβαια η θεωρία αυτή αδυνατούσε να εξηγήσει την αιτιολογία μιας σειράς νοσημάτων, όπως η καρδιαγγειακή νόσος, ο καρκίνος, οι ψυχικές διαταραχές. Οι πολλές επιδημιολογικές μελέτες, που ακολούθησαν, έδειξαν ισχυρή συσχέτιση της αρρώστιας με πολλούς παράγοντες, όπως τις συνήθειες του ατόμου (διατροφή κάπνισμα, κατανάλωση οινόπνευματος), το επαγγελματικό και εργασιακό περιβάλλον κ.ά. Έτσι βαθμιαία η θεώρηση της αιτιότητας στην επιδημιολογία (αλλά και στην προληπτική ιατρική απέκτησε στοχαστικό (πιθανολογικό) χαρακτήρα, οδηγώντας τελικά στην ανάπτυξη διάφορων σχηματικών αιτιολογικών υποδειγμάτων (models) (13). Ένα απ' αυτά είναι και εκείνο που περιέγραψε ο Rothman σύμφωνα με το οποίο ένα νόσημα προκαλείται πάντα, όταν υπάρχει ένα επαρκές (ή ικανό) αιτιολογικό σύμπλεγμα (14). Τα νοσήματα που καθορίζονται με αιτιολογικά κριτήρια, όπως τα λοιμώδη νοσήματα έχουν συνήθως ένα αιτιολογικό σύμπλεγμα, ενώ τα νοσήματα που καθορίζονται με ορισμένα (μη αιτιολογικά) κριτήρια έχουν συνήθως πολλά επαρκή αιτιολογικά συμπλέγματα (13).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σε μια προσπάθεια του να συμπεριλάβει όλους τους παράγοντες που μπορούν να επιδράσουν στο άτομο και να οδηγήσουν στην νόσο, όρισε ως υγεία **"την κατάσταση πλήρους φυσικής, διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο την απουσία αρρώστιας ή αναπηρίας"**.

Η σχετικά πρόσφατη επικράτηση της επιστημονικής προσέγγισης της νόσου, έρχεται φυσικά σε σύγκρουση με τις αρχαιότερα επικρατούσες της ιερατικής-μαγικής και θρησκευτικής. Συχνά όμως παρατηρούμε ιερατικές μαγικές αντιλήψεις και θρησκευτικές πίστεις, να συνυπάρχουν με σύγχρονες ιατρικές γνώσεις όχι μόνο στον ίδιο πληθυσμό αλλά και στο ίδιο το άτομο (9).

Η συνύπαρξη αλλά και η αλληλεπίδραση όλων των παραπάνω πεποιθήσεων-πίστεων είναι που προσδιορίζουν τη μοναδική για κάθε άτομο αντίληψη σχετικά με την αρρώστια. Την αντίληψη αυτή του αρρώστου θα πρέπει ν' αναγνωρίσει ο γιατρός, εάν επιθυμεί να διατηρήσει μια ουσιαστική και όχι επιφανειακή σχέση μαζί του. Συχνά ο άρρωστος δεν έχει τις ίδιες ιδέες, απόψεις και γνώσεις σχετικά με την προέλευση, διάγνωση και θεραπεία της ασθένειας με το γιατρό, ενώ πολλές φορές αγνοεί και την ανατομία και τη φυσιολογία του σώματος του. Ακόμη ο άρρωστος είναι πολύ πιθανό να μην είναι ενημερωμένος για την ραγδαία εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και της βιοϊατρικής τεχνολογίας, ενώ αντίθετα είναι αρκετά πιθανό να εξακολουθεί να δέχεται ισχυρές επιδράσεις από επιστημονικές πηγές που προέρχονται από το τοπικό πολιτιστικό περιβάλλον του (sub cultural influences). Η αναγνώριση των ιδιαιτεροτήτων αυτών, σχετικά με την αντίληψη της αρρώστιας, εκτιμάται ότι θα βοηθήσει το γιατρό να κατανοήσει καλύτερα τον άρρωστο του και να σχεδιάσει αποτελεσματικά την θεραπευτική παρέμβαση του.

### 2.1.2. Πολιτιστικές ιδιαιτερότητες

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 τον Saunders (16) οι συνήθειες-πεποιθήσεις αυτές, ανάμεσα στις οποίες συγκαταλέγει και τις δραστηριότητες λαϊκής ιατρικής (folk medicine), παίζουν ένα σημαντικό ρόλο όχι μόνο στη διαμόρφωση των στάσεων των ατόμων σχετικά με την αρρώστια αλλά και της συμπεριφοράς τους όσον αφορά τη θεραπεία της. Η λαϊκή (παραδοσιακή) ιατρική φαίνεται ότι εξακολουθεί να επηρεάζει ακόμη και σήμερα τη στάση και τη συμπεριφορά των ατόμων και οι αντιλήψεις που συνδέονται μ' αυτήν αναμένεται να επηρεάσουν τη σχέση γιατρού-ασθενούς. Έτσι ο γιατρός θα πρέπει να είναι ενημερωμένος για τις αντιλήψεις αυτές του ασθενούς του, προκειμένου να μη διαταραχθεί η μεταξύ τους σχέση στην περίπτωση που ο ασθενής δεν ακολουθήσει τις οδηγίες του γιατρού μ' επακόλουθες συνέπειες για την υγεία του

Οι επιδράσεις αυτές των πολιτιστικών ιδιαιτεροτήτων στις αντιλήψεις και τη συμπεριφορά των ατόμων σχετικά με την ασθένεια, συχνά αφορούν:

**α.** Την αγνόηση νοσηρών καταστάσεων ή συμπτωμάτων που υποδηλώνουν νόσο, τα οποία θεωρούν ως φυσιολογικές διαδικασίες. Ως παράδειγμα αναφέρουμε αγροτικές περιοχές της Ελλάδας στις οποίες οι κάτοικοι τους μέχρι πρόσφατα δε θεωρούσαν τα συμπτώματα του τραχώματος (trachoma) ως σημεία νόσου, μ' αποτέλεσμα η ασθένεια να εξελίσσεται και τελικά να καταλήγει σε τύφλωση (9). Ακόμα και στις μέρες μας υπάρχουν γονείς που θεωρούν τους πόνους αρθρώσεων, οστών ή μυών, για τους οποίους παραπονούνται τα παιδιά τους, ως μέρος της φυσιολογικής ανάπτυξης τους.

**β.** Τη 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. Σύμφωνα με την αντίληψη που επικρατούσε σ' ορισμένες περιοχές της Ελλάδας, διαταραχές δέρματος, όπως δοθιήνας, εξανθήματα κ.ά. θεωρούνταν ως σημεία "καλών νόσων" ("good disease"), αφού αντιπροσώπευαν γι' αυτούς καθαρισμούς του αίματος και αποβολή δηλητηρίων (9). Πιθανόν να υπάρχουν ακόμη σ' απομακρυσμένες περιοχές της χώρας μας γονείς που θεωρούν τα εξανθήματα της ιλαράς ή 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 (17). Τέλος μερικές φορές μια ασθένεια οριζόταν ως καλή σε σχέση με μια άλλη (9). Οι μητέρες, ως παράδειγμα, ήσαν ευχαριστημένες που τα παιδιά τους "κολλούσαν" από το σχολείο ιλαρά (measles) αντί οστρακιάς (scarlet fever).

**γ.** Τη θεώρηση καταστάσεων ή συμπτωμάτων ως εκδηλώσεων μιας νόσου, η οποία όμως θεωρούνταν συγχρόνως επαίσχυντη (ή ανήθικη) μ' αποτέλεσμα να μην επιδιωκόταν θεραπεία. Ως παράδειγμα αναφέρουμε τη φυματίωση, η οποία στο παρελθόν στην Ελλάδα θεωρούνταν ως επαίσχυντος νόσος και η οποία είχε ως αποτέλεσμα την ηθική καταδίκη του ασθενούς από την κοινότητα στην οποία ζούσε, καθώς και στην απαγόρευση των κοινωνικών επαφών αυτού και της οικογένειάς του (9).

Εκεί που οι πολιτιστικές ιδιαιτερότητες διαμορφώνουν διαφορετικές αντιλήψεις όσον αφορά την υγεία των ατόμων σχετικά μ' αυτές που επικρατούν στους γιατρούς, είναι ο τομέας της ψυχικής υγείας. Έτσι συχνά βρίσκει κάποιος, ακόμα και σήμερα, άτομα που σύμφωνα με τη γνώμη των ψυχιάτρων πάσχουν από σχιζοφρένεια (παρanoiειδής τύπος), ενώ η οικογένεια, οι γείτονες ή ακόμη και οι κάτοικοι της κοινότητας στην οποία ζει, θεωρούν το άτομο αυτό "ως καλό παιδί, πολύ ήσυχο, θρησκευόμενο αλλά με κάποιες εκκεντρικές συνήθειες" (9).

### 2.1.3. Κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες

Εκτός από τον πολιτισμό και η κοινωνικό-οικονομική τάξη επηρεάζουν τις συνήθειες των ατόμων σε σχέση με την νόσο. Κάτω από τον όρο κοινωνικοοικονομική τάξη περιλαμβάνονται κοινωνικές ομάδες ατόμων με παρόμοιο εισόδημα, εκπαιδευτικό επίπεδο και κοινωνική θέση. Έχουν δημοσιευθεί αρκετές μελέτες σχετικά με την κοινωνική τάξη (social class) και τη συσχέτιση της με τις στάσεις (attitudes) που αφορούν την υγεία. Μια από αυτές (Κoos 1954) διερεύνησε τις διαφορές ανάμεσα στις τρεις βασικές κοινωνικές τάξεις (χαμηλή, μεσαία, υψηλή) όσο αφορά την αντίληψη-ορισμό της ασθένειας και την εκλογή της θεραπείας (18). Ο Κοos έφτιαξε ένα κατάλογο συμπτωμάτων, που ο ίδιος θεώρησε ως βασικά, και ζήτησε από τα άτομα της μελέτης του να σημειώσουν αυτά που θα τους ανάγκαζαν να πάνε σε γιατρό. Οι απαντήσεις εποίκιλαν σημαντικά από τάξη σε τάξη. Το 81% των ατόμων που προέρχονταν από την υψηλότερη κοινωνική τάξη θεώρησαν τα συμπτώματα του καταλόγου που τους δόθηκαν ως σοβαρά και ενδεικτικά νόσου, ενώ

το αντίστοιχο ποσοστό για την μεσαία τάξη ήταν 63% και για την χαμηλότερη 31% (18).

Ενδιαφέρον επίσης, σύμφωνα με τη μελέτη αυτή, είναι το εύρημα ότι οι γιατροί, εφόσον αυτοί θεωρηθούν ως μια ξεχωριστή (τέταρτη) τάξη, είχαν την ίδια άποψη σχετικά **με τα συμπτώματα που προσδιορίζουν την** νόσο, με τ' άτομα της υψηλότερης τάξης. Τέλος τ' άτομα της χαμηλότερης τάξης σε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό, σε σχέση με τις άλλες δύο τάξεις, δήλωναν ότι δεν ήσαν άρρωστοι.

Παρόμοια ήταν και τ' αποτελέσματα μίας 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 (19).

Αρκετοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί για την ερμηνεία των ευρεθέντων διαφορών σχετικά με τον ορισμό της νόσου ανάμεσα στις διάφορες κοινωνικές τάξεις. Ένας από αυτούς είναι ότι τ' άτομα που ανήκουν στην περισσότερο πτωχή τάξη έχουν λιγότερες ευκαιρίες εκπαίδευσης και συχνά είναι λιγότερο ενημερωμένα σε θέματα υγείας απ' ό,τι τα άτομα των δύο άλλων τάξεων (9).

#### 2.1.4. Ψυχολογικοί παράγοντες

Τα άτομα που αναπτύσσονται σε παρόμοιο κοινωνικό-πολιτιστικό περιβάλλον και που ανήκουν στην ίδια κοινωνική τάξη δεν έχουν πάντα την ίδια αντίληψη της νόσου. Οι διαφορετικές αντιλήψεις των ατόμων σε σχέση με την νόσο εξηγούνται από τις διαφορές τους σε ψυχολογικούς παράγοντες, όπως η προσωπικότητα του ατόμου και οι αντιδράσεις αυτού στις διάφορες καταστάσεις.

Ο Mechanic θεωρεί ότι οι παρακάτω παράγοντες ερμηνεύουν τους διαφορετικούς ορισμούς της ασθένειας (20):

- α. Ο αριθμός και η επιμονή των συμπτωμάτων
- β. Η ικανότητα των ατόμων να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα
- γ. Η συνειδητοποιούμενη σοβαρότητα των συμπτωμάτων
- δ. Η έκταση της κοινωνικής και φυσικής ανικανότητας που προέρχεται από τα συμπτώματα.
- ε. Οι πολιτιστικές αντιλήψεις του ατόμου
- στ. Η διαθέσιμη πληροφορία και οι υπάρχουσες γνώσεις σε σχέση με την υγεία

#### 2.4 Η προσωπικότητα

Η προσωπικότητα (personality) είναι μια ψυχολογική έννοια και υπονοεί ότι κάθε άτομο έχει μια μοναδική και σταθερή δομή ή οργάνωση αναγκών, συναισθημάτων και συνηθειών. Η προσωπικότητα είναι μια σύνθεση ιδιοσυστατικών (γενετικών) και περιβαλλοντικών (μαθησιακών) παραγόντων. Εκπροσωπεί ένα ευρύ όρο περιλαμβάνοντας παράγοντες όπως ευφυΐα, στάσεις, κίνητρα και συνειδητές-ασυνειδητές σκέψεις (9).

#### 2.5 Οι ψυχοκοινωνικές επιδράσεις

Εκτός από την προσωπικότητα και αρκετοί παράγοντες από το κοινωνικό περιβάλλον του ατόμου, ψυχολογικά δρώντας, επηρεάζουν την αντίληψη που αυτό διαμορφώνει σε σχέση με την ασθένεια. Ο Blum σημειώνει την ύπαρξη κινήτρων σένα άτομο που οδηγούν στην επιβολή μιας αναπόδεικτης ασθένειας, την επικράτηση (dominance) και την τιμωρία (punishment) (9). Σύμφωνα

επίσης με τον Blum ιδιαίτερη σημασία στη διαμόρφωση της αντίληψης για την ασθένεια έχουν οι παρακάτω ψυχολογικοί παράγοντες (9):

- α. Προτεραιότητα της προσοχής (priority of attention)
- β. Υποχονδρίαση (hypochondriasis)
- γ. Ευαισθητοποίηση (sensitization)
- δ. Εξάρτηση (dependency)
- ε. Ενοχή (guilt)
- στ. Άρνηση (denial)

Συνολικά οι στάσεις (ή αντιλήψεις ή προσδοκίες) και η συνδεόμενη μ' αυτές συμπεριφορά μελετούνται από τις Κοινωνικές Επιστήμες και ειδικότερα από την Κοινωνική Ψυχολογία. Εμείς εδώ απλά αναφέρουμε τις τρεις διαστάσεις (γνωστική, συναισθηματική και τάση για συμπεριφορά) των στάσεων, σύμφωνα με τη θεωρία των Rosenberg και Hovland (23).

#### ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

-Ο γιατρός πρέπει να είναι ενήμερος σχετικά με τις αντιλήψεις των ασθενών του και γενικότερα των ατόμων που παρακολουθεί γιατί αυτές επηρεάζουν τους τρόπους με τους οποίους αντιλαμβάνονται και αντιμετωπίζουν τη νόσο και γιατί ο σεβασμός προς αυτές είναι απαραίτητος για την επίτευξη του καλύτερου θεραπευτικού αποτελέσματος.

-Ο γιατρός χρειάζεται όχι μόνο να θεραπεύει τη νόσο αλλά και να συμβάλλει στην αλλαγή λαθεμένων αντιλήψεων σχετικά με το τι συνιστά αρρώστια και με το ποια είναι η κατάλληλη αντιμετώπιση για αυτή.

#### Συμπεράσματα

Συνοψίζοντας τα παραπάνω μπορούμε να πούμε ότι η συνειδητοποίηση της ασθένειας από το άτομο βασίζεται στην εμπειρία των συμπτωμάτων. Πιο συγκεκριμένα βασίζεται στις πεποιθήσεις (beliefs) και ιδέες που τ' άτομα έχουν σχηματίσει για τα συμπτώματα αυτά δηλαδή εάν συνδέονται με την ασθένεια ή είναι ασήμαντα και φυσιολογικά. Πολιτιστικοί, κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες αποτελούν ένα σύμπλεγμα που επιδρά πάνω στο άτομο και διαμορφώνει τις πεποιθήσεις του όσο αφορά τα συμπτώματα και τελικά τις αντιλήψεις του για την υγεία και την νόσο. Ο γενικός γιατρός,

προκειμένου να διαχειριστεί σωστά τον άρρωστο του, **θα πρέπει να γνωρίζει τις αντιλήψεις του για την** νόσο αφού έτσι θα γίνει ικανός:

- α. να κατανοήσει καλύτερα τον ασθενή του και ν' αυξήσει τη δυνατότητα συνεργασίας μαζί του
- β. να αναγνωρίσει τα κύρια και πλέον σοβαρά συμπτώματα του και να καταλήξει σε μια σωστή διάγνωση
- γ. να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τα προβλήματα υγείας του και να προχωρήσει σε μια σωστή θεραπεία.

#### ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

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 στο μαστό της ένα ογκίδιο έξι μήνες πριν το οποίο και 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 του περιστατικού αυτού προκύπτουν τα εξής ερωτήματα :

Που οφείλεται η καθυστέρηση στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας ;

Ποια μπορεί να είναι η συμβολή του γενικού γιατρού στην αποφυγή τέτοιων προτύπων συμπεριφοράς;

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. Η συσχέτιση αυτή έχει βαρύνουσα σημασία για νόσους των οποίων η έγκαιρη διάγνωση μπορεί να οδηγήσει σε βελτίωση της ποιότητας ζωής και/ή αύξηση της επιβίωσης.

Μπορούν να αναφερθούν πολλά παραδείγματα από τη καθημερινή πράξη. Ένα από αυτά στα οποία ο ρόλος του ιατρού γενικής ιατρικής είναι ιδιαίτερα σημαντικός είναι η πρόληψη των χρονίων νόσων και συγκεκριμένα ορισμένων μορφών νεοπλασμάτων όπως ο καρκίνος του μαστού .

Οι Wardle J et all αναφέρουν ότι σε έρευνα που έγινε σε 16486 φοιτήτριες 17-30 ετών 20 ευρωπαϊκών χωρών βρέθηκε ότι μόνο το 8% έκανε τακτική αυτοεξέταση μαστών ενώ το 54% δεν είχε κάνει ποτέ. Η στάση των γυναικών απέναντι στην αυτοεξέταση ήταν λιγότερο θετική στις χώρες που δεν

συστήνουν τη μέθοδο χωρίς όμως να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά τα ποσοστά αυτοεξέτασης(24).

Ο GRAY αναφέρει ότι σε έρευνα που έγινε σε 347 γυναίκες κατοίκους αγροτικών περιοχών σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την υιοθέτηση της τακτικής αυτοεξέτασης των μαστών βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μόνο με τις γνώσεις σχετικά με την αξία και τις μεθόδους αυτοεξέτασης και όχι με την ηλικία το γάμο, τη θρησκεία, το μορφωτικό επίπεδο, την προσωπική εμπειρία ή την εμπειρία φίλων (25).

#### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. Me Whinney A Textbook of Family Medicine (1981) chapter 3
2. *Sifkerveer LJ*. Theoretical Orientation and Analytical Model. In: Plural Medical Systems in the Horn of Africa, African Studies Centre, Leiden 1990, p.37.
3. *Denton JA*. 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 1978.
4. *Bank 8 et al*. Readings in Health Care, University of Columbia Medical Center, Columbia 1973, p.24
5. *Warnick H. Anderson* .Perception of disease. Lancet 2000 vol.345 suppl. 4
6. *Suchman EA*. Sociomedical Variations among Ethnic Groups. American Journal of Sociology, 1964, 70:319-331
7. *Pryce Antony* The social processes of becoming ill The site of City University of .London
8. *Parson T.(1950)* The social system New York :The Free Press
9. *Blum RH*. The Patient's Definition of Illness. In: The Management of the Doctor-Patient Relationship, McGraw-Hill Book Company, Inc, New York, Toronto, London 1960, p
10. *ΔκΓοράκης ME*. Ιστορία της Ιατρικής στην Κρήτη: Από τους Προϊστορικούς Χρόνους μέχρι την Ένωση της Κρήτης με την Ελλάδα. Περίληψη παραδόσεων, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστήμιο Κρήτης, 1979, 18-19.
11. *DoyalL*. The Political Economy of Health, Pluto Press, 1979

12. *Ackernecht E. A Short History of Medicine*, Baltimore, Johns Hopkins, University Press, 1982.
13. *Τριχόπουλος Δ. Αιτιολογία και ταξινόμηση στην Ιατρική. Στο: Επιδημιολογία: Αρχές, Μέθοδοι, Εφαρμογές. Επιστημονικές Εκδόσεις Παριζιάνος Γ, Αθήνα 1982, σελ.9.*
14. *Rothman KJ. Causes. Amer J Epidemiol* , 1976, 104:587-592.
15. *Σπάρος. Ιατρικές ειδικότητες στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας .Ιατρική 1995,68 :567-569.*
16. *Saunders L and Hews W. Folk medicine and medical practice. J M Ed 1953, 28:43-46*
17. *Dubos R. Mirage of Health*, Harper and Brothers Eds, New York 1959.
18. *Koos EL. The Health of Regionville*, Columbia University Press, New York 1954.
19. *Health Needs and Health Care*, Michigan State University, Agr Exp.Sta.: East Lansing 1950.
20. *Κουπής Α, Λιονής Χ, Σοφιανού Ι, Αλαμανός Γ, Τσαμανδουράκη Κ Φιορέτος Μ. Η οικολογία των συμπτωμάτων ενός γεωγραφικά καθορισμένου πληθυσμού. Material Medical Greca 1991, 19(6): 509-514.*
21. *Mechanic D. Response Factors in Illness: The Study of Illness Behavior. Social Psychiatry 1966, 1:20.*
22. *Γεώργας Δ. Οι στάσεις. Στο βιβλίο Κοινωνική Ψυχολογία, Τόμος Α' Γεώργας Δ εκδ., Αθήνα 1986, 120-163.*
23. *Rosenberg MJ and Hovland CI. Cognitive, affective and behavioral components of attitudes. In: Attitude organization and change, Hovfand Ci and Rosenberg MI Eds, New Haven, Conn.: Yale U 1960.*
24. *Wardle J. et all Breast self -examination .attitudes and practices among young women in Europe.Eur.J Cancer Prev 1995 Feb;4(1):61-8*
25. *Gray M. Factors related to practice of breast self-examination in rural women .Cancer Nurs 1990 Apr; 13(2): 100-7*

Ενδιαφέροντες δικτυακοί τόποι:

1 <http://www.vtism.co.uk/>

## 2.2 Η στάση και η συμπεριφορά του ασθενούς στην ασθένεια και στην υγεία

### 1. Εισαγωγή-οι δυο αλυσίδες συμπεριφοράς στην ασθένεια

Στο προηγούμενο κεφάλαιο αναφέρθηκε ότι το άτομο μετά τη βίωση-εμπειρία των πρώτων συμπτωμάτων αποδέχεται ή όχι το ρόλο του ασθενούς (sick role) και συμπεριφέρεται ανάλογα. Στην ενότητα αυτή θα αναλύσουμε τη συμπεριφορά του ατόμου, που ακολουθεί την αναγνώριση των συμπτωμάτων και αφορά την αναζήτηση, την αντιμετώπιση και τη θεραπεία τους.

Ο ασθενής μπορεί ν' αποφασίσει να πάει σε γιατρό αλλά μπορεί ακόμη να προσπαθήσει να θεραπευτεί μόνος του ή ν' αναζητήσει βοήθεια από άλλες πηγές θεραπείας, που σήμερα τις ονομάζουμε εναλλακτικές (alternative). Το περισσότερο συνηθισμένο είναι ο ασθενής να χρησιμοποιήσει και τους δυο τύπους θεραπείας ταυτόχρονα, όπως για παράδειγμα, φάρμακα σύμφωνα με τη συνταγή που του έγραψε ο γιατρός, καθώς και σπιτικά φάρμακα (home remedies), (θεραπευτικά βότανα). Σύμφωνα με τον Denton υπάρχουν δυο λογικές αλληλουχίες σχετικά με τη χρησιμοποίηση των δυο πηγών θεραπείας (ορθόδοξη και εναλλακτική) (1). Σύμφωνα με την πρώτη, που είναι η πιο συχνά παρατηρούμενη, τα άτομα προσπαθούν πρώτα να θεραπευτούν μόνο τους και εάν αποτύχουν οδηγούνται σε κάποιον άλλο, μη γιατρό, θεραπευτή, για να τους δώσει συμβουλές ή και θεραπεία. Ανάμεσα σ' αυτούς συγκαταλέγονται φίλοι, γείτονες, νοσηλεύτριες, παραδοσιακοί θεραπευτές, φαρμακοποιοί της γειτονιάς ή του χωριού τους. Η δεύτερη αλληλουχία συμπεριφοράς στην ασθένεια είναι ακριβώς αντίθετη με την πρώτη. Σύμφωνα με αυτήν τ' άτομα πηγαίνουν πρώτα στο γιατρό για να θεραπευτούν και εάν δεν ωφεληθούν από αυτή την επίσκεψη αναζητούν τις προηγούμενα αναφερθείσες λύσεις (1). Η δεύτερη αυτή αλυσίδα συμπεριφοράς - σύμφωνα με τον Denton παρατηρείται σε ειδικές καταστάσεις, όπως σ' άτομα με χρόνιες ασθένειες ή στα τελικά στάδια της ζωής ή ασθένειας με ψυχοσωματικό υπόβαθρο.

Παρακάτω θα συζητήσουμε τέσσερις από τις βασικές -εκτός αυτής των γιατρών- πηγές από τις οποίες μπορεί ν' αναζητήσει θεραπεία ο ασθενής, αφού είναι πολύ δύσκολο ν' αναφερθούμε σ' όλες. Το κεφάλαιο αυτό θα τελειώσει με τη συζήτηση των κύριων παραγόντων που ερμηνεύουν τη συμπεριφορά του αρρώστου απέναντι στην ασθένεια.

### 2. Αυτοθεραπεία - Λαϊκή Θεραπευτική

Ο όρος αυτοθεραπεία (self-treatment) περιλαμβάνει το σύνολο των ενεργειών στις οποίες προβαίνει το άτομο μετά τη συνειδητοποίηση της ασθένειας του. Ανάμεσα στις ενέργειες αυτές σημαντική θέση κατέχει η χρησιμοποίηση σπιτικών θεραπευτικών μέσων (home remedies) και άλλων αναλόγων που πηγάζουν από τη λαϊκή (παραδοσιακή) θεραπευτική (folk medicine). Ο όρος

λαϊκή θεραπευτική είναι αρκετά ευρύς και περιλαμβάνει ένα σύνολο διαφορετικών και άσχετων μεταξύ των ενεργειών στις οποίες αντανakλώνται οι διάφορες πολιτιστικές (ιερατικές-μαγικές, θρησκευτικές, επιστημονικές κ.ά.) αντιλήψεις της τοπικής κοινωνίας. Στην εικόνα 1 μπορείτε να δείτε τις βάσεις της λαϊκής θεραπευτικής, όπως την παρουσιάζει ο Denton στο βιβλίο του "Medical Sociology"(1).

Ένα τέτοιο συνδυασμό θρησκευτικών και μαγικών αντιλήψεων μπορούμε να παρατηρήσουμε στη συμπεριφορά κατοίκων της Κρήτης, που αφορούσε την προσφυγή τους στο "λιόκρουνο"(2). Σύμφωνα μ' αυτή ο θεραπευτής, που ήταν μια σοφή γυναίκα του χωριού, έβαζε νερό σ'ένα ποτήρι, το σταύρωνε μέσα μικρό σταυρό που είχε από τους Αγίους Τόπους και στη συνέχεια το έδινε να το πιει ο ασθενής.

Η λαϊκή θεραπευτική με τις διάφορες μορφές της, είναι πλατειά διαδεδομένη και έχει τις ρίζες της από τους πολύ παλιούς χρόνους. Στη θεραπευτική των Μινωϊτών συμπεριλαμβάνονταν διάφορα αρωματικά φυτά της Κρήτης, όπως μίνθη, δαύκος, άσπληνον και δίκταμος ή δίκταμνον (3). Πολλοί επίσης αρχαίοι συγγραφείς ανάμεσα τους και ο Ιπποκράτης, αναφέρθηκαν στις θεραπευτικές ιδιότητες των αρωματικών φυτών.

Η λαϊκή θεραπευτική δεν περιλαμβάνει μόνο αρωματικά φυτά ούτε είναι περιορισμένη μόνο στην Ελλάδα. Αυτή βρίσκεται σ' όλες τις κοινωνικές ομάδες και υποομάδες του κόσμου, μόνο που διαφέρει το είδος του σπιτικού "γιατρικού", το οποίο ποικίλλει όχι μόνο ανάμεσα στις διάφορες κοινωνίες αλλά και μέσα στην ίδια την κοινωνία στη διαδρομή του χρόνου. Η κατανάλωση ενός ζεστού ποτού, η λήψη μίας ασπιρίνης για έναν πονοκέφαλο, η παραμονή στο κρεβάτι μετά από ένα κρυολόγημα κ.ά. συμπεριλαμβάνονται ανάμεσα στα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα είδη λαϊκής θεραπευτικής σ' όλο τον κόσμο.

### *3. Θεραπείες βασιζόμενες σε ιερατικές μαγικές - αντιλήψεις των ατόμων*

Οι ιερατικές - μαγικές αντιλήψεις σχετικά με την προέλευση (αιτία) της ασθένειας ανάγκαζαν άτομα και ομάδες να προσφεύγουν σε τελετουργικές μορφές θεραπείας. Ανάμεσα σ' αυτές τις αντιλήψεις κυρίαρχη θέση για τον ελληνικό χώρο είχε (αλλά και εξακολουθεί σε κάποιο βαθμό να έχει) το "κακό μάτι" (evil eye), το κοινώς αναφερόμενο ως μάτιασμα (θιαρμός στην Κρήτη). Σύμφωνα με την αντίληψη αυτή ένα άτομο που ζηλεύει και που έχει μαγική δύναμη μέσα στα μάτια του είναι ικανό να προκαλέσει ασθένεια σ' άλλους ανθρώπους (4). Συχνά η επίδραση αυτή του ατόμου πάνω στα άλλα εμφανίζεται με την έκφραση μιας φιλοφρόνησης ή με ένα απλό κοίταγμα στα μάτια. Οι επιδράσεις αυτές του "κακού ματιού" μπορούν ν' αποφευχθούν ή να θεραπευτούν με την αναζήτηση από μέρους του ασθενούς ή του περιβάλλοντος του μιας σοφής γυναίκας ("μάγισσα" ή "ξεματιάστρα"), η οποία είναι γνωστή στην τοπική κοινότητα (χωριό) ως ικανή να λύσει τα "μάγια". Η γυναίκα αυτή με τη χρήση φυλακτών, χειρονομιών και πράξεων δίκην ιεροτελεστίας προσπαθούσε ν' απαλλάξει τον ασθενή από την επίδραση του "κακού ματιού"

(4). Γνωστός είναι στους κατοίκους της Κρήτης ακόμη και σήμερα ο ρόλος της γυναίκας "ξεματιάστρας" ("ξεθιαρμίστρας") και της τελετουργίας που χρησιμοποιεί, προκειμένου ν' απαλλάξει τον ασθενή από τις επιδράσεις του "κακού ματιού". Η γυναίκα αυτή συχνά χρησιμοποιεί διάφορα αντικείμενα, όπως μια πετσέτα με αλάτι, και ακολουθεί μια σειρά συγκεκριμένων στερεότυπων κινήσεων ("μέτρημα" του αλατιού της πετσέτας) που συνοδεύονται από αναφορά συγκεκριμένων λέξεων. Στην Κρήτη η ιεροτελεστία αυτή παίρνει διάφορες μορφές, μία από τις οποίες είναι και η παρακάτω: Η γυναίκα παίρνει το αλάτι, το ρίχνει σένα ποτήρι νερό λέγοντας "πάρε γης το βάρος και δώσε την υγείά του" και μετά αφού "γητευτεί" το νερό με την βοήθεια μιας γητειάς (όπως αυτής που αναφέρθηκε στο πρώτο κεφάλαιο) η γυναίκα παίρνει το νερό, βρέχει τα δάκτυλο της, μετρά με μια σειρά αριθμών (5,10,15,20 μέχρι το 40), λέει "σαράντα άγιοι βοηθήστε τον και δώστε την υγεία του" και στο τέλος δίνει στον ασθενή να πει από το νερό αυτό (5).

Σύμφωνα με μια υπερφυσική αντίληψη που επικρατούσε στην Ελλάδα, η αιτία μερικών ασθενειών ήταν ο ήλιος ("ο ήλιος έκατσε στο κεφάλι του"). Ακόμη μέχρι σήμερα χρησιμοποιείται στην Κρήτη μια ιεροτελεστία που αποσκοπεί στο να "χύσει" τον ήλιο από το κεφάλι του ασθενούς. Σύμφωνα μ' αυτή έβαζαν σένα ποτήρι νερό μικρές πέτσες (χαλίκια) και αφού έλεγαν ένα ειδικό ξόρκι ("γητειά") το σκέπαζαν μ' ένα κομμάτι πανί (τουλουπάνι) και το επέθεταν στο μέτωπο του ασθενούς (φωτογραφία 3), (6)

#### 4. Άλλες εναλλακτικές θεραπείες

Εκτός από την προσφυγή σε "μάγισσα" ή "ξεματιάστρα", που περιγράψαμε παραπάνω, τ' άτομα συχνά αναζητούν βοήθεια, πριν καταλήξουν σε γιατρό, και από άλλες εναλλακτικές (alternatives) μη ιατρικές (non medical) πηγές. Στην Ελλάδα σημαντική θέση κατέχει η προσφυγή σε θρησκευτικούς εκπροσώπους και σε παραδοσιακούς θεραπευτές (4). Η απόφαση του ατόμου, όσον αφορά τη θεραπεία του, εξαρτάται από τις αντιλήψεις του σχετικά με την προέλευση της ασθένειας.

Σύμφωνα με τον Blum επιπολάζουν ακόμα στη χώρα μας οι παρακάτω αντιλήψεις αναφορικά με την προέλευση της ασθένειας (4):

(α) η ασθένεια υπαγορεύεται από το Θεό

(β) η ασθένεια αντιπροσωπεύει μια τιμωρία από ένα Άγιο και

(γ) η ασθένεια είναι αποτέλεσμα επίδρασης του Διαβόλου ή του κακού, το οποίο εισέρχεται μέσα στο σώμα του ασθενούς.

Ως αποτέλεσμα των αντιλήψεων αυτών τ' άτομα αναζητούν βοήθεια από το Θεό ή τους Αγίους μέσω της προσευχής ή μέσω των ιερών. Ο ρόλος των ιερών, σύμφωνα με την αντίληψη των ατόμων, έγκειται στο να διαμεσολαβούν στο Θεό ή στους Αγίους για να τους απαλλάξουν από τα συμπτώματά τους, ενώ δεν είναι σπάνιο, οι ασθενείς να καταφεύγουν στους ιερείς, προκειμένου αυτοί να τους σηρίξουν ψυχολογικά σε προβλήματα υγείας που έχουν ψυχοσωματικό υπόβαθρο

(1). Η χρήση της προσευχής δε σημαίνει απαραίτητα υιοθέτηση της αντίληψης ότι ο Θεός προκαλεί την αρρώστια. Η χρήση της προσευχής συχνά συνδυάζεται με αναζήτηση γιατρού ή άλλου θεραπευτή και έχει σκοπό να διευκολύνει ή να ενισχύσει την προσπάθεια αυτού με την παρέμβαση του Θείου. Παρόμοιεςπίστεις ως η παρακάτω συχνά ακούγονται μέχρι σήμερα "δεν πιστεύω στους γιατρούς αλλά πιστεύω στο Θεό που βοηθά τους γιατρούς έτσι κι εγώ προσωπικά αναφέρομαι και στους δυο όταν είμαι άρρωστος" (4). Η έκταση των θρησκευτικών αντιλήψεων όσον αφορά την προέλευση της ασθένειας και τη χρήση των σχετικών μ' αυτές θεραπειών είναι παγκόσμια άγνωστη, παρόλο που εκτιμάται ότι πρέπει να είναι πλατειά διαδεδομένη.

Εκτός από τους κληρικούς μέχρι πρόσφατα τα άτομα αναζητούσαν βοήθεια και από μη γιατρούς θεραπευτές, τους λεγόμενους "πρακτικούς" ή "κομπογιαννίτες". Οι θεραπευτές αυτοί συχνά είχαν ικανότητες να αντιμετωπίζουν κατάγματα και δερματικές παθήσεις, ενώ συγχρόνως ασχολούνταν και με τις επιπολάζουσες την εποχή εκείνη ασθένειες. Ένας απ' αυτούς 85 χρονών σήμερα (1991), που έδρασε στην επαρχία Αγίου Βασιλείου του Νομού Ρεθύμνης, περιγράφει για τον τρόπο που οι "πρακτικοί" της εποχής του αντιμετώπιζαν τα κατάγματα (7): "Μόλις σπάσει το κόκαλο, αυτός (ο πρακτικός) το τραβούσε. Έψαχνε, δεν είχε ακτίνες και το 'φερνε καλά ή κακά σε μια ισορροπία. Μετά έκανε ένα έμπλαστρο. Στο έμπλαστρο έβαζε άσπρο τ' αυγού και σαπούνι. Το χτυπούσαμε και γινόταν έμπλαστρο. Θελά σιάσει το κόκαλο, έβαζε το έμπλαστρο και μετά το τύλιγε με μαλλιά προβάτων και μετά μ' επίδεσμο. Αν το κόκαλο ήταν πολύ σπασμένο έβαζε και ένα χαρτόνι, και το 'δενε, αλλά το χαρτόνι δεν το άφηνε πολλές μέρες, μόνο 7-8". Ο ίδιος "πρακτικός" αναφέρει και διάφορες θεραπείες που χρησιμοποιούσαν την εποχή εκείνη, όπως στην περίπτωση νεφρολιθίασης ή χολολιθίασης για την οποία διηγείται: "Βρίσκαμε ρίζες από φιλοκαλιές, που φτιάχνουν τις σκούπες, βγάσαμε τις ρίζες, τις ξούσαμε, τις καθαρίζαμε καλά. Βρίσκαμε και βρουλές ρίζες, τις καθαρίζαμε και αυτές καλά. Βάζαμε και λίγη αδριγιάδα και μετά τα βάζαμε σένα τσικάλι με 10-15 κιλά νερό, τα βράζαμε μέχρι να μείνει 1.5 κιλό νερό και το δίναμε στον άρρωστο να το πει τρεις φορές τη μέρα, από ένα κρασοπότηρο μετά το φαί".

Εκτός από τους "πρακτικούς" ("κομπογιαννίτες"), που ήταν άνδρες, στην εποχή εκείνη σημαντικό ρόλο στη λαϊκή θεραπευτική, είχαν και οι γυναίκες μαμμές. Οι γυναίκες αυτές είχαν ως κύριο έργο να βοηθάνε τις έγκυες στον τοκετό, χωρίς όμως να αποκλείεται και η θεραπευτική τους συμμετοχή σε άλλες, πλην τοκετού, καταστάσεις. Μια απ' αυτές, γνωστή ως Πολυζώενα (85 χρόνων σήμερα), έδρασε στο χωριό Μέλαμπες της επαρχίας Αγίου Βασιλείου και περιγράφει τα φάρμακα που χρησιμοποιούσε την εποχή της (8): "Τα φάρμακα μου ήταν κανελόλαδο, αμυγδαλόλαδο, και γλυκάνισο για τα παιδάκια, μια σταλιά γλυκάνισο στην αρχή που 'θελα γεννηθούμε. Το κανελόλαδο ήταν για την αιμορραγία, για διάσταση τση μήτρας. Τρεις στάλες κανελόλαδο σένα ρακιδοπότηρο. Είχα και ενέσεις και από τσι άλλες απού κάνανε διάσταση, είχα και από αυτές που αρχινούνε τη μήτρα να μαλακώσει".

##### *5. Παράγοντες που επιδρούν στη στάση και συμπεριφορά σχετικά με την υγεία*

Σ' όλους τους τύπους συμπεριφοράς που περιγράφησαν παραπάνω, αντανακλούνται οι πολιτιστικές αντιλήψεις σχετικά με την ασθένεια και την προέλευση της. Εκτός όμως των πολιτιστικών αυτών επιδράσεων στη συμπεριφορά σχετικά με την ασθένεια του ατόμου, άλλες επιδράσεις που μελετούνται προέρχονται από κοινωνικοοικονομικούς και ψυχολογικούς παράγοντες.

### *5.1 Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες*

Από αρκετές μελέτες έχει βρεθεί ότι η κοινωνική τάξη μπορεί να προσδιορίσει μερικώς πως θα συμπεριφερθούν τ' άτομα όταν ασθενήσουν, δηλαδή σε ποιο είδος θεραπευτή θ' απευθυνθούν αλλά και τι ακριβώς θα κάνουν, πουν και σκεφθούν σχετικά με την ασθένεια τους και μ' αυτούς από τους οποίους θα ζητήσουν βοήθεια (4). Η έρευνα του Koos (9), που αναφέραμε στην πρώτο κεφάλαιο βρήκε ότι υπήρχαν διαφορές όσον αφορά τον ορισμό (αντίληψη) της ασθένειας ανάμεσα στις τρεις κοινωνικές τάξεις. Τ' άτομα από την χαμηλότερη οικονομικά τάξη χαρακτηρίζαν ως "φυσικά" αρκετά συμπτώματα, που τ' άτομα των δύο άλλων τάξεων χαρακτηρίζαν ως εκδηλώσεις ασθένειας. Μια άλλη διαφορά ανάμεσα στ' άτομα των τριών τάξεων ήταν ο βαθμός πληροφόρησης σχετικά με την υγεία και την ασθένεια. Τ' άτομα πράγματι της χαμηλότερης τάξης είχαν λιγότερες γνώσεις όσο αφορά την προέλευση της ασθένειας και την επιστημονική θεραπεία της, απ' ότι τα άτομα των άλλων τάξεων. Έτσι αναμένεται τα άτομα αυτά να έχουν περισσότερες μαγικές και θρησκευτικές αντιλήψεις όσον αφορά την αιτία της ασθένειας από τ' άλλα.

Τ' άτομα επίσης της οικονομικά ασθενέστερης τάξης προσφεύγουν σε μη γιατρούς θεραπευτές περισσότερο συχνά απ' ότι τ' άτομα των άλλων τάξεων. Σύμφωνα με τον Koos τ' άτομα της χαμηλότερης τάξης πηγαίνουν πιο συχνά σε χειροπράκτες, ενώ τ' άτομα της μέσης και υψηλότερης τάξης σε γιατρούς (9). Αξίζει στο σημείο αυτό να επισημάνουμε τις εξηγήσεις που, σύμφωνα με τον Koos, έδωσαν τα άτομα της χαμηλότερης τάξης, προκειμένου να δικαιολογήσουν την πιο συχνή επίσκεψή τους σε χειροπράκτες. Το αναφέρουμε και εδώ, αν και θα το συζητήσουμε εκτενέστερα σ' επόμενα κεφάλαια του μαθήματος μας. 'Ετσι τ' άτομα της τάξης αυτής προσφεύγουν στο χειροπράκτη επειδή "αυτός ήταν ΦΙΛΙΚΟΣ μαζί τους, τους έδωσε ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ ΧΡΟΝΟ, μίλησε στη ΔΙΚΗ ΤΟΥΣ ΓΛΩΣΣΑ και ΕΞΗΓΗΣΕ σ' αυτούς μ' απλές λέξεις τι θα έπρεπε να καταλάβουν και προσέξουν" (9). Όλα αυτά γιατί πιθανά ο χειροπράκτης ανήκε στην ίδια κοινωνική τάξη με τους ασθενείς και φυσικά καταλάβαινε πολύ καλά τις αντιλήψεις, τις συνήθειες και τις ανάγκες τους. Επίσης είναι πολύ πιθανό η έλλειψη επιστημονικής γνώσης σχετικά με την υγεία και την ασθένεια να συνέβαλε στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς αυτής των ατόμων της χαμηλότερης κοινωνικής τάξης. Ακόμα ο Koos βρήκε ότι τα άτομα της χαμηλότερης κοινωνικής τάξης περισσότερο συχνά από τ' άλλα ζητούν και δέχονται συμβουλές από ένα φαρμακοποιό. Η πιο πιθανή εξήγηση σ' αυτή την περίπτωση είναι ότι η συμβουλή του φαρμακοποιού είναι πιο φθηνή και είναι πιο εύκολο να την αποκτήσουν (9).

Η κοινωνική όμως τάξη δεν επηρεάζει μόνο το είδος του θεραπευτή αλλά και τη συμπεριφορά που θ' ακολουθήσει ο ασθενής απέναντι σ' αυτόν. Έτσι βρέθηκε ότι τ' άτομα της χαμηλότερης

κοινωνικής τάξης ήταν πιο πιθανό να έχουν επαφές με διάφορους γιατρούς απ' ό,τι να έχουν ένα σταθερό οικογενειακό γιατρό. Επίσης βρέθηκε ότι τ' άτομα αυτά άλλαζαν συχνά το γιατρό τους ως αποτέλεσμα της δυσαρέσκειας τους απέναντί του (9).

Με βάση τα ευρήματα της μελέτης αυτής, αλλά και άλλων, συνάχθηκε το συμπέρασμα ότι η πλέον ασταθής σχέση γιατρού-ασθενούς είναι αυτή που δημιουργείται ανάμεσα στ' άτομα της χαμηλότερης κοινωνικής τάξης και των γιατρών τους(4). Το συμπέρασμα αυτό επιδέχεται πολύ συζήτηση και ανάλυση όλων των πιθανά εμπλεκόμενων παραγόντων που ποικίλλουν από περιοχή σε περιοχή και σχετίζονται όχι μόνο με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση των κατοίκων μιας περιοχής αλλά και αυτής των γιατρών τους. Ο Simmons παρατήρησε ότι η σχέση γιατρού-ασθενούς είναι πολύ καλύτερη όταν και οι δυο, γιατρός δηλαδή και ασθενής, προέρχονται από την ίδια τάξη (10). Ο ίδιος επίσης συγγραφέας βρήκε ότι τ' άτομα που προέρχονται από την οικονομικά ασθενέστερη τάξη παρερμηνεύουν πιο συχνά αυτά που τους λέει ο γιατρός τους, ενώ δεν αντιλαμβάνονται τόσο συχνά την προσωπική τους ευθύνη όσον αφορά τη φροντίδα υγείας, ούτε συνεργάζονται τόσο στενά με το γιατρό σχετικά με τη θεραπεία τους, σε σύγκριση με τ' άτομα των δυο άλλων ομάδων. Σύμφωνα με τον Graham ακόμη τ' άτομα αυτά "αν και έχουν τον μεγαλύτερο επιπολασμό ασθενειών, εντούτοις πηγαίνουν ολιγότερο συχνά στους γιατρούς και τα νοσοκομεία"(11). Προσωπικά εκτιμώ ότι και το εύρημα αυτό χρειάζεται περαιτέρω συζήτηση αφού γνωρίζουμε ότι η ζήτηση των υπηρεσιών υγείας (utilization of health services) αποτελεί σήμερα ένα σύνθετο φαινόμενο, στη διαμόρφωση του οποίου συμμετέχουν πολλοί παράγοντες, όπως οικονομικοί, κοινωνικο-δημογραφικοί, γεωγραφικοί, κοινωνικο-ψυχολογικοί και κοινωνικο-πολιτιστικοί (12).

Είναι επίσης ενδιαφέρον στο κεφάλαιο αυτό να αναφέρουμε τα ευρήματα της μελέτης των Hollingshead και Redlich (13), σχετικά με το χρόνο που αφιέρωναν γιατροί (στην μελέτη αυτή ψυχίατροι), στους νοσοκομειακούς ασθενείς τους. Οι γιατροί της μελέτης αυτής, που προέρχονταν από τη μεσαία και υψηλότερη κοινωνική τάξη αφιέρωναν περισσότερο χρόνο, έβλεπαν περισσότερο συχνά και ανέμεναν καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα στ' άτομα της ίδιας μ' αυτούς τάξης σε σύγκριση με ασθενείς χαμηλότερης τάξης. Οι ίδιοι συγγραφείς βρήκαν ότι παράγοντες συνδεδεμένοι με την κοινωνικοοικονομική τάξη των ασθενών επηρεάζουν την απόφασή τους για το είδος του γιατρού, καθώς και τον τύπο του Νοσοκομείου που θ' αναζητήσουν. Η οικονομική δυνατότητα που έχουν τ' άτομα γενικά θα πρέπει να επηρεάζει άμεσα τη συμπεριφορά τους σχετικά με την ασθένεια (αδυναμία να πληρώσουν υψηλά αμειβόμενους γιατρούς ή να προσφύγουν σ' ακριβά διαγνωστικά ιατρικά κέντρα).

Συμπερασματικά οι κοινωνικοοικονομικές συνθήκες δεν επηρεάζουν και διαμορφώνουν μόνο τη συμπεριφορά των ασθενών απέναντι στους γιατρούς τους αλλά και του προσωπικού υγείας (γιατροί, νοσηλεύτες) απέναντι στους ασθενείς τους.

## 5.2. Ψυχολογικοί παράγοντες

Κατά ένα ποσοστό η συμπεριφορά των ατόμων απέναντι στην ασθένεια μπορεί να ερμηνευθεί από την προσωπικότητά τους. Είναι γνωστό ότι κοινωνικοί και πολιτιστικοί παράγοντες διαμορφώνουν κατά μεγάλο μέρος την προσωπικότητα του ατόμου(4). Παρ' όλα αυτά, άτομα που αναπτύσσονται στο ίδιο κοινωνικο-πολιτιστικό περιβάλλον (π.χ. μέλη μιας οικογένειας) αναπτύσσουν συχνά εντελώς διαφορετική συμπεριφορά απέναντι στην ασθένεια. Η παρατήρηση αυτή μας αναγκάζει να ερευνήσουμε το ψυχολογικό πεδίο, προκειμένου να βρούμε παράγοντες που να ερμηνεύουν τις διαφορές αυτές.

Σύμφωνα με τον Blum (4) οι δέκα κυριότερες αντιδράσεις των ατόμων στη ασθένεια είναι οι παρακάτω:

1. κατάθλιψη και αυτοαπόρριψη (depression and self-rejection)
2. φόβος (fear)
3. αντίδραση στο φόβο (counterphobia)
4. άγχος (anxiety)
  
5. απογοήτευση και θυμός (frustration and anger)
6. αποτράβηξη ή απάθεια (withdrawal or apathy)
7. υπερβολή των συμπτωμάτων (exaggeration of symptoms)
8. παλινδρόμηση (regression)
9. εξάρτηση (dependency)
10. εσωστρέφεια (self-centeredness). Πιο συγκεκριμένα:

**Κατάθλιψη** είναι η κατάσταση που χαρακτηρίζεται από συναισθήματα ευτέλειας (Worthlessness), απώλειας της ελπίδας (hopelessness) και ενοχής. Ο καταθλιπτικός συχνά είναι ανίκανος ν' αναλάβει δραστηριότητες, είναι απαθής (apathetic), αδιάφορος (listless) και αισθάνεται μελαγχολικός και λυπημένος. Ο καταθλιπτικός επίσης δεν είναι ευτυχισμένος με τον εαυτό του και με τον κόσμο.

**Φόβος** (fear). Με την λέξη φόβο εννοούμε το συναίσθημα (emotion) της ανησυχίας, παραχής (alarm) και του τρόμου (dread), το οποίο απαιτεί την απάντηση του ασθενούς σε μια πραγματική ή φανταστική απειλή της ζωής ή της ηρεμίας του.

**Αντίδραση στο φόβο** (counterphobia) σημαίνει αντί-φοβία. Αυτή αναφέρεται στις αντιδράσεις τόλμης (audacity) του ασθενούς, οι οποίες αποτελούν το ακριβώς αντίθετο των φόβων. Αυτές οι

αντιδράσεις υιοθετούνται από ένα άτομο, προκειμένου αυτό ν' αποδείξει στον εαυτό του ή στους άλλους ότι δεν φοβάται όταν αυτός στην πραγματικότητα είναι κατατρομαγμένος.

**Άγχος (anxiety).** Ο ορισμός του άγχους είναι διαφορετικός από τον φόβο. Ενώ ο φόβος αναφέρεται σε μια συνειδητοποιημένη (conscious) συναισθηματική ταραχή (ανησυχία/alarm) απέναντι σε μια συγκεκριμένη απειλή, το άγχος αναφέρεται σε περισσότερο διάχυτα συναισθήματα καταπόνησης (distress), τα οποία αφικνούνται από απειλή που βρίσκεται έξω (μακριά) από την άμεση αντίληψη (awareness).

**Απογοήτευση (frustration) και Θυμός (anger).** Η αρρώστια μπορεί να προκαλέσει απογοήτευση και μια φυσιολογική απάντηση στην απογοήτευση είναι η επιθετικότητα (aggression). Μια μορφή που παίρνει η επιθετικότητα είναι ο Θυμός.

**Απόσυρση ή απάθεια.** Απαθής (apathetic) είναι ο άρρωστος που χάνει το ενδιαφέρον του για γεγονότα που συμβαίνουν γύρω του και επενδύει λιγότερη ενέργεια στα προς το ζειν. Η απόσυρση (withdrawal) είναι η κοινωνική απάθεια. Ο ασθενής χάνει το ενδιαφέρον του για τους άλλους και προτιμά να μένει μόνος. Ενώ αποσύρεται, αυτός μπορεί να επενδύει ενέργεια σ' απρόσωπες δραστηριότητες, όπως το διάβασμα.

**Υπερβολή των συμπτωμάτων (exaggeration of symptoms).** Η υπερβολή των συμπτωμάτων και του ρόλου του ασθενούς αποτελούν ένα είδος της ψυχολογικής απάντησης στην ασθένεια. Δεν υπερβάλλονται μόνο τα παθητικά (passive) συμπτώματα.

**Παλινδρόμηση (regression).** Παλινδρόμηση σημαίνει όταν ένα άτομο συναντά μια δυσκολία που δε μπορεί διαφορετικά να λύσει, αυτό υποχωρεί σε ένα περισσότερο παιδόμορφο τρόπο δράσης. Αυτό σημαίνει ότι το άτομο εγκαταλείπει προσεγγίσεις ενηλίκου για ένα πρόβλημα και επανέρχεται στη χρήση ολιγότερο επεξεργασμένων και ολιγότερο νοητικών επινοήσεων (devices).

**Εξάρτηση (dependency).** Είναι η κατάσταση της στήριξης πάνω σε κάποιον άλλο για την ικανοποίηση των δικών του επιθυμιών. Για τον χρονικά ανώριμο (immature), η εξάρτηση είναι προϋπόθεση της υποταγμένης (subservient) ψυχολογικής θέσης γι' απόκτηση αγάπης και προστασίας.

**Εσωστρέφεια (self-centeredness).** Ο ασθενής αποσύρεται στον εαυτό του, απασχολούμενος διαρκώς μ' αυτόν και έτσι ουσιαστικά απομονώνεται, όπως και στην απάθεια, από το κοινωνικό του περιβάλλον.

Οι περιγραφείσες εν συντομία παραπάνω γενικές αντιδράσεις παρατηρούνται σε οιαδήποτε ασθένεια ή πρόβλημα υγείας και μοιάζουν να είναι ανεξάρτητες από τις βιολογικές δράσεις στην ψυχική σφαίρα της ίδιας της αρρώστιας.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. *Denton JA*, Alternatives to the physician. In: *Medical Sociology*, Houghton Mifflin Company, Boston, Dallas, Geneva, Illinois, Hopewell, New Jersey, Palo Alto, London 1978.
2. Προσωπική συνέντευξη με τον Δ.Σ., Ρέθυμνο 1991.
3. *Δετοράκης ΜΕ*. Ιστορία της Ιατρικής στην Κρήτη: Από τους Προϊστορικούς Χρόνους μέχρι την Ένωση της Κρήτης με την Ελλάδα, Περιλήψεις παραδόσεων, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Παν/μιο Κρήτης, Ηράκλειο 1979, σ.19-20.
4. *Blum RH*. The Patient's Attitude and Reaction toward Illness. In: *Management of the Doctor-Patient Relationship*, McGraw-Hill Book Company, Inc., New York, Toronto, London. 1960.
5. Προσωπική συνέντευξη με την Σ.Α., Σπήλι 1991.
6. Προσωπική συνέντευξη με την Δ.Μ., Ρέθυμνο 1991.
7. Προσωπική συνέντευξη με τον Τ.Δ., Δαριβιανά 1991
8. Προσωπική συνέντευξη με τη Π.Α., Μέλαμπες 1991.
9. *Koos EL*. The Health of Regionville, Columbia University Press, New York 1954.
10. *Simmons O*. Implications of social class for public health. In: *Patients, Physicians and Illness*, Jaco EJ ed, Free Press, Glencoe, III, 1958, p.107-112.
11. *Graham S*. Socio-economic status, ulness, and the use of medical services. *Milbank Mem Fund Quart* 1957, 35:58-66.
12. *MacKinlay JB*. Some Approaches and Problems in the Study of the Use of Services-an overview. *Journal of Health and Social Behavior* 1972, 13(2): 115-152.
13. *Hollingshead AB and Redlich FC*. *Social Class and Mental Illness* ohn Wiley and Sons, Inc., New York 1958.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΙΑΤΡΟΣ- ΑΣΘΕΝΗΣ: Η ΚΟΙΝΩΝΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

**Χ.Λιονής, Γ. Ασπράκη, Ε. Πιτέλου**

#### 3.1 Ιατρός και ασθενής: μια κοινωνική αλληλεπίδραση

##### 1. Τα βασικά χαρακτηριστικά της σχέσης ιατρού-ασθενούς.

Η μελέτη της δυαδικής σχέσης, που αναπτύσσεται μεταξύ γιατρού-ασθενή, απασχόλησε από πολύ νωρίς την κοινωνιολογία αλλά και όλες τις κοινωνικές επιστήμες. Σύμφωνα με αυτές, η σχέση γιατρού-ασθενούς πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μια σχέση δυο προσωπικοτήτων. Σύμφωνα με τον Blum (1) τη σχέση ανάμεσα στο γιατρό και τον ασθενή θα πρέπει να την μελετούμε σένα πεδίο (field) του οποίου τα στοιχεία είναι περισσότερα απ' ότι μόνο η προσωπικότητα ασθενούς και γιατρού, καθώς και οι τεχνικές ικανότητες του γιατρού. Ο Bastide έγραψε ότι "ο θεραπευτικός διάλογος είναι μια ανταλλαγή μεταξύ δυο στοιχείων της κοινωνίας παρά μεταξύ δυο ατόμων"(2). Τα δυο αυτά άτομα (γιατρός και ασθενής) έρχονται σ' 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 στη σειρά των προτεραιοτήτων από τις απόψεις του ασθενούς, 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"(3).

Οι παράγοντες που αναμένεται να επηρεάσουν τις στάσεις και τη συμπεριφορά του γιατρού απέναντι στον άρρωστο, σύμφωνα με τον Blum, είναι δύο (1):

α. η προδιάθεση (predisposition) του ατομικού χαρακτήρα του και

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

Κάθε γιατρός είναι εκτεθειμένος στη διάρκεια της προ και μεταπτυχιακής εκπαίδευσής του, σένα σύνολο αξιών και κανόνων συμπεριφοράς που συνθέτουν βαθμιαία μέσα του το ρόλο του γιατρού (doctor's role).

Σύμφωνα με τον Robinson ο γιατρός, ως μέλος μιας ιδιαίτερης επαγγελματικής ομάδας και εργαζόμενος σε ξεχωριστούς οργανωτικούς σχηματισμούς (ιδιωτικό ιατρείο, βιομηχανική ιατρική μονάδα, νοσοκομείο κ.ά), έχει επαγγελματικούς και διοικητικούς περιορισμούς που ελέγχουν την καταλληλότητα και το εφικτόν της ιατρικής πράξης (3). Με άλλα λόγια οι ενέργειες του γιατρού ορίζονται και περιορίζονται από το νόμο, τα επαγγελματικά ήθη, το χρόνο, τις δια-επαγγελματικές σχέσεις και την οργάνωση της άσκησης του επαγγέλματος.

Από την άλλη πλευρά και η συμπεριφορά του ασθενούς, όταν πια έχει αναγνωρίσει τα συμπτώματα του (sick role), εξαρτάται από τις αντιλήψεις του όσον αφορά την προέλευση και την

αντιμετώπιση της ασθένειας, την κοινωνικοοικονομική του κατάσταση και τα υποκειμενικά του χαρακτηριστικά (subjectives attributes). 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 στο γιατρό) έχουν οι διάφοροι κοινωνικοί θεσμοί. Ανάμεσα σ' αυτούς αναφέρονται η οικογένεια, το σχολείο κ.ά. Σύμφωνα με τον Blum η οικογένεια παραμένει ο πιο σημαντικός κοινωνικοποιητικός παράγοντας του ατόμου όσον αφορά τη συμπεριφορά του στην ασθένεια (1). Τόσο ο παράγων οικογένεια όσο και οι παράγοντες που αφορούν το ιατρικό επάγγελμα και επηρεάζουν τη σχέση γιατρού-ασθενούς, αποτελούν αναπόσπαστα μέρη του ευρύτερου (και επικρατούντος) πολιτιστικού περιβάλλοντος. Μέρος του περιβάλλοντος αυτού αποτελούν επίσης και τα ιδιαίτερα κοινωνικοπολιτιστικά χαρακτηριστικά (τάξη, θρησκεία, εθνικότητα κ.ά) που με τη σειρά τους επηρεάζουν τη συμπεριφορά τόσο του γιατρού όσο και του ασθενούς (1).

Οι απόψεις του Blum και άλλων ερευνητών σχετικά με την αλληλεπίδραση γιατρού-ασθενούς κατέληξαν στη σύνθεση ενός υποδείγματος (model) το οποίο παρουσιάζεται στην εικόνα 2. Το υπόδειγμα αυτό, αποτελεί μια βάση (framework) από την οποία μπορεί κάποιος να ξεκινήσει, προκειμένου να ερμηνεύσει τη σχέση γιατρού-ασθενούς. Τα τρία θεμελιώδη στοιχεία της βάσης αυτής είναι ο πολιτισμός (culture), ο κοινωνικός ρόλος (social role) του γιατρού και το κοινωνικό σύστημα (social system) (1). Όσον αφορά τον πολιτισμό και το ρόλο του στη διαμόρφωση των αντιλήψεων για την πρόκληση της ασθένειας αλλά και τη συμπεριφορά στην ασθένεια έχει γίνει αναλυτική αναφορά στο Κεφάλαιο Α', ενώ για τον κοινωνικό ρόλο του γιατρού και για το κοινωνικό σύστημα της σχέσης γιατρού-ασθενούς θ' αναφερθούμε παρακάτω.

## *2. Το κοινωνικό σύστημα της σχέσης Ιατρού-ασθενούς*

Ήδη από προηγούμενες ενότητες έχουμε τονίσει ότι η σχέση γιατρού-ασθενούς δεν αποτελεί μια απλή αλληλεπίδραση μεταξύ δυο ατόμων. Κάθε άτομο στην συνάντηση αυτή μεταφέρει ένα συγκεκριμένο κοινωνικό ρόλο, το ρόλο του ασθενούς από το ένα μέρος και το ρόλο του γιατρού 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 (1). Σύμφωνα με τον Henderson (4) το κοινωνικό σύστημα της σχέσης γιατρού-ασθενούς διαμορφώνεται πάνω στις έννοιες του κοινωνικού ισοδυνάμου (social equilibrium), που ουσιαστικά αντιστοιχεί σε συγκεκριμένους φυσιολογικούς - χημικούς όρους. Βασικά χαρακτηριστικά του συστήματος αυτού είναι (1):

- Η πρότυπη αλληλεξάρτηση (interdependence) των μερών του και η λειτουργική σχέση τους,

- Η δυναμική ισορροπία των μερών του, η οποία όταν διαταραχθεί οδηγεί το σύστημα σε αντίδραση, προκειμένου ν' αποκατασταθεί η αρχική "φυσιολογική" κατάσταση (μηχανισμός ομοιόστασης).

Η θεωρία αυτή του κοινωνικού συστήματος παρόλο που α. είναι γνωστές οι δυσκολίες και τα προβλήματα όταν υποδείγματα (models) μεταφέρονται από το πεδίο των βιολογικών επιστημών στην κοινωνιολογία και β. η σύνθεση του Henderson, διαμορφωμένη πριν πολλά χρόνια, δεν δίνει απάντηση σ' όλα τα ερωτήματα της πολύπλοκης, στις σημερινές συνθήκες, σχέσης γιατρού-ασθενούς, εν τούτοις αποτελεί ένα καλό πλαίσιο-οδηγό για την κατανόηση της.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. *Blum SW*. The conceptual approach, In: The doctor and his patient. Russell Sage Foundation, New York 1963.
2. *Bastide R*. The Sociology of Mental Disorder. Routledge and Kegan Paul (Trans. McNeil, J.), London 1972.
3. *Robinson D*. Patient and Doctor: a Social Relationship. In: Heinemann Medical Books LTD, London:1973.
4. *Henderson LJ*. Physician and Patient as a Social System, 1935.
5. *Robinson D*. Patient and Doctor: a Social Relationship. In: Heinemann Medical Books LTD, London:1973.
6. *Henderson LJ*. Physician and Patient as a Social System, 1935.

### **3.2 Ιατρός – ασθενής: η πολιτισμική διάσταση**

Δρ. Γαβριέλλα – Ευαγγελία Ασπράκη

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 ασθενούσαν και ασθενούν σε όλες τις ιστορικές περιόδους και κοινωνικο-πολιτισμικά πλαίσια, παρουσιάζουν εξαιρετική ποικιλότητα οι τρόποι με τους οποίους: α. αντιλαμβάνονται και εξηγούν την ασθένεια, β. βιώνουν την ασθένεια ως υποκειμενική και κοινωνική εμπειρία, γ. επεμβαίνουν θεραπευτικά (1,2). 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 (3,4,5).

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 προσπάθειες απόκρισης και προσαρμογής των ανθρώπων στην ασθένεια.

Ταυτόχρονα, έχοντας βαθιά πίστη στην ορθότητα και 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 αναμφισβήτητο 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 την φροντίδα υγείας, θεωρούσαν δεδομένη την υπεροχή του δυτικού βιοϊατρικού μοντέλου –τα επιτεύγματα της ιατρικής ήταν οφθαλμοφανή και αδιαμφισβήτητα- και αναμενόταν ότι όταν οι ιθαγενείς 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 ιθαγενείς πληθυσμούς στην αναμενόμενη έκταση, ενώ οι παραδοσιακές θεραπευτικές πρακτικές και οι ιθαγενείς ειδικοί διατηρούσαν το κύρος τους (βλ. 6). Στο σημείο αυτό κάνει την είσοδό της η ανθρωπολογία ως μία επιστήμη που θα μπορούσε να φανεί χρήσιμη στο να εντοπίσει εκείνα τα εμπόδια –πολιτισμικά, κοινωνικά, ψυχολογικά- στο να αποδεχτούν οι ιθαγενείς πληθυσμοί τις σύγχρονες δομές παροχής φροντίδας υγείας. Επίσης, οι ανθρωπολόγοι θα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμοι στο 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 στο χώρο της υγείας ήταν υπό εξέλιξη (π.χ. 7).

Ταυτόχρονα βέβαια 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 εθνοτήτων κάτω από την ίδια κρατική ομπρέλα. Είναι πλέον σαφές ότι η παροχή φροντίδας υγείας είναι διαφορετική σε διαφορετικές κοινωνικές τάξεις και εθνοτικές ομάδες (8,9). Το πρόβλημα εδώ είναι αφ' ενός η αδυναμία τόσο της δομής υγείας να κατανοήσει και να προσφέρει πολιτισμικά κατάλληλες

υπηρεσίες για τον πληθυσμό, και αφ' ετέρου η αδυναμία των διαφορετικών πολιτισμικών και κοινωνικών ομάδων να χρησιμοποιήσουν τις συγκεκριμένες δομές και υπηρεσίες.

Για να συνοψίσουμε, σύμφωνα με τον Kleinman, ψυχίατρο και ανθρωπολόγο η κλινική πραγματικότητα συγκροτείται με διαφορετικό τρόπο σε διαφορετικά κοινωνικά και πολιτισμικά πλαίσια, ακόμα και στο εσωτερικό μιας κοινωνίας (1). 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 ανεπτυγμένες χώρες, όπου η κατίσχυση του δυτικού βιοϊατρικού μοντέλου είναι αδιαμφισβήτητη, δεν έχει επέλθει εξάλειψη 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 (10,1). 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 μία 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 (2, 5, 11).

Τα παραπάνω έχουν μεγάλη σημασία και για την άσκηση της ιατρικής στην Ελλάδα. Αντίθετα με τη στερεοτυπική αντίληψη που θέλει την Ελλάδα μία χώρα μεγάλης πολιτισμικής ομοιογένειας, εντοπίζονται τόσο εσωτερικές πολιτισμικές διαφοροποιήσεις (12), όσο και εμπλουτισμός του πληθυσμού μέσω των μεταναστευτικών μετακινήσεων. Σύμφωνα με την απογραφή του 2001 ζουν στην Ελλάδα 762.191 αλλοδαποί.

Από αυτούς:	ποσοστό	χώρα προέλευσης
	57,4%	Αλβανία
	4,6%	Βουλγαρία
	3,0%	Γεωργία
	2,9%	Ρουμανία (Πηγή: 13)

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.

Είναι αποδεκτό ότι ο γιατρός χρειάζεται την ενεργό συμμετοχή του ασθενούς στη θεραπεία του. Δεν μπορεί να θεραπεύσει έναν ασθενή που δεν συνεργάζεται, ή που δεν εμπιστεύεται τον γιατρό 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 το γιατρό, όπως και για την πορεία της θεραπείας του. Καθώς οι πεποιθήσεις και οι στάσεις του ασθενούς είναι πολιτισμικά προσδιορισμένες είναι σημαντικό ο γιατρός να είναι ευαίσθητοποιημένος και ενήμερος ως προς τα πολιτισμικά χαρακτηριστικά του ασθενούς του.

### **Βιβλιογραφία**

1. *Kleinman A.* Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1980.
2. *Worsley P.* 1982. Non-Western medical systems. *Ann Rev Anth* 1995;11: 315-348.
3. *Kleinman A.* Interpreting Illness Experience and Clinical Meanings. *Med Anth Q* 1985;16(3): 69-71.
4. *Johnson TM, Sargent CF,* editors. Medical anthropology: A handbook of theory and method. New York: Greenwood Press;1990.
5. *Helman C.* Why medical anthropology matters. *Anthropology Today* 2006; 22(1): 3-4.
6. *Clark M.* Health in a Mexican – American culture: A community study. Berkeley: University of California Press; 1970.
7. *Lombard KA, Forster-Cox S, Smeal D, O’Neill MK.* Diabetes on the Navajo nation: What role can gardening and agriculture extension play to reduce it? *Rur Rem Health (Online)* 2006.  
Available:<http://rrh.deakin.edu.au/articles/showarticlenew.asp?ArticleID=640>
8. *Frank J, Mustard JF.* The determinants of health from a historical perspective. *Daedalus* 1994;123(4): 1-20.
9. *Nettleton S.* Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ασθένειας. Αθήνα: Τυπωθήτω; 1995.
10. *White KL, Williams TF, Greenberg BG.* The ecology of medical care. *New England J Med* 1961; 265:885-892.
11. *Leslie C.* Medical pluralism in world perspective. *Soc Sci & Med* 1980;14B: 191-195.
12. *Dimen M, Friedl E.* Regional variation in Modern Greece and Cyprus: Toward an ethnography of Greece. *Annals, New York Academy of Sciences*, 1976; 263.
13. *Ευλαμπίδου Ζ.* Εμβολιαστική κάλυψη παιδιών μεταναστών σε ένα αστικό Δήμο της Κρήτης. Αδημοσίευτη Μεταπτυχιακή Εργασία, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής, 2005.

### 3.3 Υποδείγματα της σχέσης ιατρού - ασθενούς

*Βασικά υποδείγματα της σχέσης ιατρού-ασθενούς. Θεωρητικές προσεγγίσεις*

Σ' αυτήν την πρόσωπο με πρόσωπο επαφή του γιατρού με τον ασθενή αναμένεται ο ασθενής να είναι λιγότερο ή περισσότερο παθητικός στην μεταξύ τους αλληλεπίδραση (interaction). Ανάλογα με το βαθμό της παθητικότητας του ασθενούς οι Szasz and Hollander διέκριναν τρία διαφορετικά πρότυπα (models) όσον αφορά τη σχέση γιατρού-ασθενούς.

Στον πρώτο τύπο αλληλεπίδρασης, ενεργητικότητας - παθητικότητας (activity-passivity model), ο ασθενής είναι εξ ολοκλήρου παθητικός, υποτακτικός, ακινητοποιημένος και παραδομένος στα χέρια του γιατρού. Τέτοια μορφή σχέσης βρίσκεται σε ειδικές καταστάσεις όπως σ' επείγοντα περιστατικά (σοβαρά τραύματα, καταπληξία ή κώμα), στο χειρουργείο ή στην ηλεκτροσπασμοθεραπεία σε ψυχιατρικούς ασθενείς). Η σχέση αυτή γιατρού-ασθενούς είναι παρόμοια μ'αυτήν του πατέρα και του απροστάτευτου βρέφους του.

Στον δεύτερο τύπο της σχέσης γιατρού-ασθενούς της καθοδήγησης-συνεργασίας (guidance-cooperation model), ο ασθενής είναι μεν λιγότερο παθητικός απ' ότι στην προηγούμενη κατάσταση αλλά είναι υπάκουος στις απαιτήσεις του γιατρού και εκτελεί όσα του ζητήσει. Τέτοια σχέση παρατηρείται στα περισσότερα έκτακτα περιστατικά και ιδιαίτερα αυτά που αφορούν εμπύρετες-λοιμώδεις καταστάσεις. Στις καταστάσεις αυτές ο ασθενής γνωρίζει τι συμβαίνει γύρω του και είναι ικανός ν' ακολουθήσει τις οδηγίες του γιατρού 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, της ώριμης συμμετοχής (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 ασθενούς στη διαχείριση της αρρώστιας του συναντιέται στα χρόνια νοσήματα όπως η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η εκφυλιστική αρθροπάθεια κ.ά., καθώς και σ' όλες τις δραστηριότητες αγωγής υγείας (health education) που ο γιατρός 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 μ' αυτή του ενήλικα μ' ενήλικα.

Ποιος από τους τρεις παραπάνω τύπους είναι ο πλέον κατάλληλος για τη σχέση γιατρού-ασθενούς; Ο πρώτος τύπος αφορά τα επείγοντα περιστατικά στα οποία ο ασθενής έχει απώλεια της συνείδησης του. Ο τύπος της καθοδήγησης-συνεργασίας έχει κατάλληλη εφαρμογή στα έκτακτα περιστατικά, στα περισσότερα περιστατικά της παιδικής ηλικίας, σε άτομα με νοητική, ψυχική ή και σοβαρή σωματική ανεπάρκεια (που τα καθλώνει στο κρεβάτι). Για τα χρόνια νοσήματα και ιδιαίτερα αυτά που σήμερα αποκαλούμε "νοσήματα φθοράς ή πολιτισμού" πλέον κατάλληλος τύπος είναι αυτός της "ώριμης συμμετοχής". Συχνά όμως οι γιατροί προτιμούν για τα χρόνια νοσήματα

τον δεύτερο τύπο. Εφόσον όμως πληρούνται οι συνθήκες για την εφαρμογή του τύπου της "ώριμης συμμετοχής" ο γιατρός θα πρέπει να είναι αυτός που σταδιακά -μέσω της εκπαίδευσης του ασθενούς του- να αναπτύξει περαιτέρω τη μεταξύ τους σχέση.

Ο Friedson (2) ασκεί κριτική στην τυπολογία των Szasz-Hollander θεωρώντας αυτή λογικά και εμπειρικά ελαττωματική. Η λογική σύμφωνα με τον Friedson (2), υπαγορεύει δυο άλλους τύπους αλληλεπίδρασης μεταξύ γιατρού-ασθενούς: ένα σύμφωνα με τον οποίο ο ασθενής καθοδηγεί (guides) και ο γιατρός συνεργάζεται (cooperates) και ένα στον οποίο ο ασθενής είναι ενεργητικός (active) και ο γιατρός παθητικός (passive). Αν και γενικά τέτοιοι τύποι αλληλεπίδρασης δεν είναι συχνοί, εν τούτοις σήμερα σε συνθήκες ελεύθερης παροχής υπηρεσιών δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις στις οποίες ο ασθενής δίνει οδηγίες και ο γιατρός συνεργάζεται. Τέτοιες είναι οι περιπτώσεις που γιατροί από φόβο να μη 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 (2).

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Szasz TS and Hollander MH, A Contribution to the Philosophy of Medicine: The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship. A.M.A. Arch Int Med 1956, 97: 585-592.
2. Friedson E. Profession of Medicine: A study of the sociology of applied knowledge. Dodd Mead, New York 1972.

### 3.4 Ιατρική: ένα ξεχωριστό επάγγελμα

Για πρώτη φορά ο όρος «επάγγελμα» (profession) εμφανίζεται το 1541 στο Oxford English Dictionary (1). Αντίστοιχος όρος δε βρέθηκε σε καμιά από τις γλώσσες του αρχαίου κόσμου. Στο ελληνικό λεξικό των Τεγόπουλου-Φυτράκη (2) ο όρος επάγγελμα αναφέρεται ως "η μόνιμη εργασία για βιοπορισμό" και εμφανίζεται προερχόμενη από το ρήμα επαγγέλομαι (επί+αγγέλομαι, υπόσχομαι/ασκώ επάγγελμα,καμώνομαι ότι είμαι κάτι που δεν είμαι).

Σύμφωνα με τον Blum (3) δύο είναι τα βασικά χαρακτηριστικά του επαγγέλματος:

- (α) Η παρατεταμένη και εξειδικευμένη εκπαίδευση (prolonged specialized training) σένα 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 και μια μακρά περίοδο εκπαίδευσης και ένα σαφή προσανατολισμό των υπηρεσιών της στην προαγωγή της υγείας της κοινότητας κατατάσσεται σε μια από τις υψηλότερες βαθμίδες. Σύμφωνα με τον κοινωνιολόγο David Robinson (4) το επάγγελμα της ιατρικής θεωρείται ως το υπερισχύον (dominant) όσον αφορά τους όρους του κύρους (prestige) και της δικαιοδοσίας των εμπειρογνομόνων (experts authority).

Η "επικράτηση" του ιατρικού επαγγέλματος θα πρέπει ν' 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 γιατρού, 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 και η δυνατότητα που έχει ο γιατρός να χρησιμοποιήσει και να εφαρμόσει στην άμεση επαφή, με τον ασθενή του όλες τις προόδους και τις νέες γνώσεις που προέρχονται από ένα σημαντικό αριθμό επιστημών (βιοχημεία, κοινωνιολογία, ψυχολογία κ.ά).

Η θετική αντίληψη για το γιατρό που έχει διαμορφώσει η κοινωνία, η οποία θ' αναλυθεί στο Ζ' Κεφάλαιο, συνεπάγεται ένα σταθερό σύνολο γενικών υποχρεώσεων (obligations) και προνομίων (privileges). Οι υποχρεώσεις και τα προνόμια αυτά συνθέτουν, σε γενικές γραμμές, τον κοινωνικό ρόλο (social role) του γιατρού, ο οποίος ποικίλλει από κοινωνία σε κοινωνία και εξειδικεύεται από γιατρό σε γιατρό. Ο κοινωνικός αυτός ρόλος του γιατρού περιλαμβάνει ένα σύνολο κανόνων συμπεριφοράς, οι οποίοι αποτελούν αντανάκλαση των προσδοκιών από μέρος της κοινωνίας. Σύμφωνα με τον Samuel Blum η κοινωνία προσδοκά από το γιατρό 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 (3).

Έτσι η κοινωνία αναμένει από το γιατρό (3):

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 το γιατρό "εσωτερικά" κίνητρα για προσφορά (service motive) σε αντίθεση με τ' άλλα επαγγέλματα, τα προσανατολισμένα στις επιχειρήσεις, για τα οποία αποδέχεται ως βασικό κίνητρο το κέρδος (profit motive). Η κατανόηση, από μέρος του γιατρού, της προσδοκίας αυτής της κοινωνίας, αναφορικά με τον κοινωνικό του ρόλο αναμένεται να οδηγήσει στη βελτίωση της σχέσης με τον άρρωστο και κατ' επέκταση 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 γιατρού (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 γιατρού να ζητά πληροφορίες σχετικά με την

προσωπική ζωή του ασθενούς, καθώς και να εξετάζει αυτόν στις πλέον απόκρυφες περιοχές του σώματός του. Αν και τα προνόμια αυτά πηγάζουν από τον "ειδικό" ρόλο του γιατρού, εν τούτοις αποτελούν μια μοναδική τιμή που η κοινωνία δεν επιφυλάσσει σε κανένα άλλον.

β. Συμπεριφορά αντικειμενική και συναισθηματικά αμερόληπτη. Ο ασθενής "εξομολογούμενος" στο γιατρό τα προβλήματα υγείας του και εξιστορώντας του πολλές φορές γεγονότα από την προσωπική του ζωή, τις ιδέες ή τις πίστεις του, αναζητά στο πρόσωπο του γιατρού τη συμπάθεια και την κατανόηση. Η προσδοκία αυτή, όπως και η προηγούμενη, αποτελεί συχνά πηγή προβλημάτων στη σχέση γιατρού- ασθενούς, αφού απαιτείται από το γιατρό υψηλού βαθμού ουδετερότητα, έλεγχος των συναισθημάτων του και υψηλού βαθμού τεχνική της επικοινωνίας του με τον ασθενή. Το κεφάλαιο Η' αναφέρεται διεξοδικά στη διαχείριση της σχέσης γιατρού-ασθενούς στη διάρκεια της εξέτασης στο ιατρείο. Τέλος, αναμένεται από το γιατρό ν' ακολουθήσει τους παγκόσμια αποδεκτούς κανόνες επαγγελμαστικής συμπεριφοράς και όχι τις περιστασιακές απαιτήσεις που επιβάλλουν τοπικές συνθήκες και καταστάσεις (3).

Σ' αυτές τις δύο βασικές υποχρεώσεις που περιγράφει ο Samuel Blum θα μπορούσε να προστεθεί μια τρίτη σύμφωνα με την οποία ο γιατρός είναι υποχρεωμένος ν' ακολουθεί ένα σύνολο κανόνων προσωπικής και κοινωνικής ζωής συμβατούς με τις επικρατούσες κοινωνικοπολιτιστικές αντιλήψεις της περιοχής. Στη χώρα μας και ιδιαίτερα στις αγροτικές περιοχές ο γιατρός 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 γιατρού (και αυτά απορρέει από τον κοινωνικό του ρόλο) και αναζητούν απ' αυτόν βοήθεια και συμβολή ακόμη και σε προβλήματα που δεν αφορούν την υγεία. Αυτή η ειδική και προνομιακή θέση του γιατρού στην τοπική κοινωνία συνεπάγεται με τη σειρά της βασικές υποχρεώσεις, αφού αναμένεται οι στάσεις και η συμπεριφορά του γιατρού να λειτουργήσουν ως πρότυπο στον πληθυσμό. Μία μη συμβατή, με τις υπάρχουσες στην περιοχή αντιλήψεις, συμπεριφορά του γιατρού εκτιμάται ότι θα δημιουργήσει προβλήματα στη σχέση του με τον ασθενή.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. *Carr-Saunders AM and Wilson PA. The Professions, Oxford University Press, London 1933.*
2. *Τεγόπουλος - Φυτρβκγς. Ελληνικό Λεξικό, Δ' έκδοση, Εκδόσεις Αρμονία, Αθήνα 1992.*
3. *B/um SW. The Medical Profession. In: The Doctor and his Patient. Russell Sage Foundation, New York 1963.*
4. *Robinson D. Medicine: A Particular Professon, ηη: Patients, Practitioners, and Medical Care. Williams Heinemann, Medical Books LTD, London 1973.*

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### Η ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ- ΑΣΘΕΝΗ: ΤΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΟΙ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

**Χ. Λιονής, Ν. Γεωργιάνος, Ε. Σπανουδάκη και Ελιζα Ιατράκη**

#### **4.1 Το λειτουργικό πλαίσιο της συνάντησης**

##### **4.1.1 Το υπόβαθρο, το περιεχόμενο και ο στόχος**

Η σχέση γιατρού-ασθενή είναι μια ιδιαίτερη διαπροσωπική σχέση, διαμορφώνεται υπό πολιτισμικές και κοινωνικές επιδράσεις. Συχνά η σχέση λαμβάνεται ως κοινωνική και θεωρείται πως οι καλοί τρόποι την συντηρούν και την προάγουν. Πρόκειται ωστόσο για μια σχέση που συχνά συνοδεύεται από συναισθηματική φόρτιση, αφού καλείται να διαχειριστεί ζητήματα ζωτικής σημασίας. Η επίλυσή τους προϋποθέτει μια στενή συνεργασία του γιατρού με τον ασθενή και ο τρόπος συμμετοχής του ασθενή στη διαδικασία επηρεάζει την αποτελεσματικότητά της.

Το υπόβαθρο του γιατρού και του ασθενή καθορίζει τις προσδοκίες τους και διαμορφώνει τη στάση και τη συμπεριφορά τους στη μεταξύ τους σχέση. Ο τρόπος επιλογής του γιατρού από τον ασθενή σχετίζεται άμεσα με την οργάνωση του συστήματος υγείας και επηρεάζει αισθητά τις στάσεις και συμπεριφορές γιατρού και ασθενή, συμπεριλαμβανομένης της δυνατότητας συμμετοχής του ασθενή στη θεραπευτική διαδικασία. Η φύση και η βαρύτητα της ασθένειας επηρεάζουν επίσης τον τρόπο επιλογής του γιατρού από τον ασθενή, τη δυνατότητα αλλά και την ικανότητα συμμετοχής του ασθενή στη διαδικασία.

Η οργάνωση του συστήματος υγείας, η φύση της ασθένειας και το υπόβαθρο του γιατρού και του ασθενή επηρεάζουν και διαφοροποιούν τη σχέση τους διαμορφώνοντας χαρακτηριστικές θεωρήσεις της- πατερναλιστική, τεχνοκρατική, συνεταιρική- και πρότυπα -ενεργητικότητας / /παθητικότητας, καθοδήγησης, ώριμης συμμετοχής.

Η πατερναλιστική θεώρηση, περιορίζει την ευθύνη του ασθενή στην υποχρέωση συμμόρφωσης του στις εντολές του γιατρού. Η τεχνοκρατική, δεν επιτρέπει καμία συμμετοχή του γιατρού στη θεραπευτική επιλογή περιορίζοντας το καθήκον του απλώς στην απρόσωπη έκθεση των δεδομένων στον ασθενή. Η συνεταιρική θεώρηση είναι εκείνη που επιδιώκει τη στενή συνεργασία γιατρού και ασθενή ώστε οι θεραπευτικές επιλογές να πραγματοποιούνται από κοινού σε πλαίσιο αμοιβαίου σεβασμού, αλληλοκατανόησης και ισότιμης ανταλλαγής των πληροφοριών.

**Μία σχέση τύπου «ενεργητικότητας – παθητικότητας», αφορά έναν ασθενή πλήρως παθητικό και τυφλά υπάκουο στις αποφάσεις του γιατρού. Ένας λιγότερο παθητικός ασθενής που παραμένει ωστόσο υπάκουος στις αποφάσεις – εντολές του γιατρού, ταυτίζεται με τον τύπο της «καθοδήγησης». Ο ασθενής που επιδιώκει ενεργητικό ρόλο,**

**επιλέγοντας και αναλαμβάνοντας -με τη βοήθεια του γιατρού του- τη φροντίδα του προάγει τη σχέση στον τύπο της «ώριμης συμμετοχής».**

Η Καρτεσιανή διάκριση μεταξύ νου και σώματος, έδωσε γέννηση στο κλασικό βιοϊατρικό πρότυπο της ιατρικής, που παραδοσιακά επικράτησε έως τον 20<sup>ο</sup> αιώνα, επιβάλλοντας στη σχέση του γιατρού με τον ασθενή την πατερναλιστική θεώρηση, περιορίζοντάς την έτσι σε ένα αυστηρό πλαίσιο απόλυτης παθητικότητας του ασθενή. Στη συντήρησή του συνέβαλαν τα αποτελέσματα της γενετικής και των σύγχρονων θεραπειών που εστιάζουν στο σώμα. Η ισχυρή κριτική που έχει δεχθεί αυτό το πρότυπο αφορά την ανεπάρκειά του να υποστηρίξει τον ορισμό της υγείας και της ασθένειας αφού ταυτίζει αυστηρά την ασθένεια με την ύπαρξη παθολογίας του σώματος -ή κυτταρικής παθολογίας, κατά το μοντέλο του Virchow- ορίζοντας έτσι την υγεία ως την κατάσταση απουσίας μιας τέτοιας παθολογίας. Ο Engel, από το 1960 περιέγραψε μια κρίση αυτού του προτύπου και, εστιάζοντας στη ασθένεια ως διαδικασία, έλαβε υπόψη του και κοινωνικές και ψυχολογικές παραμέτρους, προτείνοντας έτσι ένα νέο πρότυπο, το βιοψυχοκοινωνικό.

Είναι πλέον αποδεκτό πως η ασθένεια και η υγεία είναι αποτέλεσμα μιας αλληλεπίδρασης μεταξύ βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Έχει περιγραφεί ήδη η ψυχοσωματική παράμετρος πολλών παθολογικών καταστάσεων και οι εναλλακτικές θεραπείες φαίνονται να κερδίζουν έδαφος λόγω της αδυναμίας του καθαρά βιοϊατρικού μοντέλου να ερμηνεύσει και να συσχετίσει πληθώρα συμπτωμάτων. Κρίνεται έτσι σκόπιμη και αναγκαία μια ολιστική προσέγγιση του ασθενή στο ιατρικό πλαίσιο. Το βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο έχει τύχη ευρείας αποδοχής σε ακαδημαϊκό επίπεδο, σε πεδία όπως η ψυχολογία της υγείας, η εκπαίδευση της υγείας, η δημόσια υγεία, η προληπτική ιατρική, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και όχι μόνο...

Η διεθνής βιβλιογραφία, με βάση τη θεώρησή τους επί της σχέσης τους με τον ασθενή, διακρίνει αδρά τους γιατρούς σε therapists και σε experimenters. Οι πρώτοι επιδιώκουν τη διατήρηση της πρωτοκαθεδρίας στην ευθύνη της λήψης θεραπευτικών αποφάσεων, ενώ οι δεύτεροι μοιράζονται την θέση ισχύος στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων με τους ασθενείς τους (Ong et al, 1995). Η πατερναλιστική θεώρηση και το πρότυπο του παθητικού ασθενή, που κυριάρχησαν έως τα μέσα του 20ου αιώνα, θεωρούνται σήμερα αναποτελεσματικά, αφού στερούν τη σχέση από μια γόνιμη επικοινωνιακή αλληλεπίδραση. Συχνά γιατροί και ασθενείς διαμορφώνουν τη σχέση τους σε ένα πλαίσιο «καθοδήγησης». Ωστόσο η συνεταιρική θεώρηση της σχέσης και η «ώριμη συμμετοχή» του ασθενή θεωρείται η πλέον αποτελεσματική -ιδιαίτερα για τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων και την προαγωγή της υγείας στην κοινότητα- και το σύγχρονο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, προτείνει την επιδίωξη και εφαρμογή της όταν οι συνθήκες το επιτρέπουν.

Βασικές συνθήκες σημαντικές για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας αποτελούν η εμπάθεια, ο σεβασμός, η γνησιότητα, η άνευ όρων αποδοχή και θέρμη. Επικεντρώνοντας σε ποιοτικά θεραπευτικά κριτήρια, επιδίωξη της σχέσης γίνεται η εδραίωση και η λειτουργία της σε κοινό έδαφος εμπιστοσύνης. Από την πλευρά του, ο γιατρός επιδιώκει να καλύψει την ανάγκη σωστής διάγνωσης και εφαρμογής σωστής θεραπευτικής μεθόδου. Από την άλλη ο ασθενής, κατά

την επίσκεψή του στο γιατρό, έχει την ανάγκη να ξέρει και να κατανοήσει και να νιώσει γνωστός και κατανοητός, αποδεκτός από το γιατρό σε κλίμα σοβαρότητας. Μια τέτοια θεώρηση βασίζει τη σχέση στην ισοτιμία και επιδιώκει αντιδράσεις του γιατρού που διευκολύνουν τους ασθενείς να εκφράσουν τους λόγους προσέλευσης, τη συμπτωματολογία, σκέψεις, συναισθήματα και προσδοκίες με στόχο την κατανόηση της πλευράς του ασθενή.

**Ο γιατρός καλείται να αναλάβει την εκπαίδευση και την παρότρυνση του ασθενή του, προκειμένου η σχέση τους να αναπτυχθεί σε τέτοια βάση. Στόχος είναι η εντόπιση των αντιλήψεων του ασθενή για την ασθένειά του και ότι εκείνη συνεπάγεται, η αμοιβαία κατανόηση των ιδιαιτεροτήτων γιατρού και ασθενή, η αλληλοϋποστήριξη και η αναγνώριση του κοινού εδάφους, πάνω στο οποίο οικοδομείται, με εμπιστοσύνη και ακρίβεια, μια αποτελεσματική θεραπευτική σχέση.**

**Η συνειδητοποιημένη ενεργητική 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 το γιατρό, προάγοντας ταυτόχρονα τη σωστή διαχείριση των πόρων και την αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος υγείας.**

Η σύγχρονη προσέγγιση στη φροντίδα υγείας επιχειρεί, μεταξύ άλλων, την μεθοδική αναβάθμιση της ανθρώπινης σχέσης γιατρού - ασθενή σε ένα λειτουργικό εργαλείο. Στόχος αποτελεί η βελτιστοποίηση ψυχικών και κοινωνικών παραμέτρων, όπως η ικανοποίηση του γιατρού και του ασθενή αλλά και φυσικών παραμέτρων φροντίδας, όπως η έκβαση της ασθένειας. Ως έκβαση νοείται κάθε παρατηρητέα συνέπεια μιας δράσης μετά από την ολοκλήρωση μέρους ή ολόκληρης της συνεδρίας ή μιας ομάδας συνεδριών. Μεταξύ άλλων αναφέρονται η συμμόρφωση, η συνέπεια, η προσκόλληση και η εμμονή με τη θεραπεία, η κατανόηση, η ανάκληση και η γνώση, η ικανοποίηση, η διαχείριση της ασθένειας, η ποιότητα ζωής και υγείας, η παράπλευρη ή ψυχιατρική νοσηρότητα, η ίαση.

Η σύγχρονη αυτή 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, αφού το κόστος των διαγνωστικών και θεραπευτικών διαδικασιών της παραδοσιακής -βιοϊατρικής προσέγγισης αρχίζει να ξεπερνά κατά πολύ τη δυνατότητα των συστημάτων υγείας. Αν και η υψηλή τεχνολογία χρησιμοποιείται διαρκώς περισσότερο στη διαγνωστική και θεραπευτική διαδικασία, η διαπροσωπική επικοινωνία παραμένει το βασικό εργαλείο με το οποίο γιατρός και ασθενής ανταλλάσσουν την πληροφορία αποτελώντας έτσι κομβική παράμετρο της σχέσης τους.

Η επικοινωνία γίνεται αποτελεσματική όταν οι εμπλεκόμενοι καταφέρουν να αποδώσουν την ίδια ερμηνεία και την ίδια σημαντικότητα σε κάθε πληροφορία που εκφράζεται λεκτικά ή μη λεκτικά. Είναι λογικό ο γιατρός και ο ασθενής να αντιλαμβάνονται διαφορετικά την ασθένεια. Σύμφωνα με τον ορισμό της (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας-1946), η υγεία περιγράφεται όχι απλώς ως η απουσία αρρώστιας ή αναπηρίας, αλλά ως η κατάσταση πλήρους φυσικής ,

διανοητικής και κοινωνικής ευεξίας. Σύμφωνα με τον ορισμό υγιής θεωρείται εκείνος που όχι απλώς είναι αλλά και νιώθει και λειτουργεί ως υγιής. Διακρίνουμε έτσι από τη μία την αντικειμενική διάσταση της ασθένειας, που τεκμηριώνεται με την εφαρμογή των αρχών και μεθόδων της ιατρικής επιστήμης και από την άλλη μια υποκειμενική διάστασή τους που αφορά την εμπειρία της ασθένειας όπως τη βιώνει ο ίδιος ο ασθενής.

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 γιατρό, στην υπόδηση του εξαρτημένου από τον γιατρό 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 αυτή την εμπειρία. Ανάλογα επηρεάζουν τη συμπεριφορά του ασθενή, την επικοινωνία με τους γύρω του και τις προσδοκίες του.

Είναι σημαντικό ο γιατρός να κατανοήσει αυτή την εμπειρία και να γίνει σαφές στον ασθενή πως θα συνεκτιμηθεί σε κάθε σκέψη, συμβουλή ή απόφαση που αφορά τη διαχείριση της ασθένειάς του. Έτσι προάγεται μια δυναμική αλληλεπίδραση στο πλαίσιο της οποίας, γιατρός και ασθενής επιχειρούν, παρά τις διαφορές στο υπόβαθρό τους, να κατανοήσουν σε βάθος ο ένας τον άλλο, να αποδώσουν την ίδια ερμηνεία σε παραμέτρους και χαρακτηριστικά που αφορούν στην ασθένεια.

Κάθε προσπάθεια δημιουργίας μιας λειτουργικής και αποτελεσματικής σχέσης γιατρού-ασθενή προϋποθέτει την υψηλού επιπέδου κλινική ικανότητα του γιατρού σε επίπεδο διαγνωστικής, θεραπευτικής και επικοινωνίας του με τον ασθενή. Επιπλέον, προστατεύει, εφόσον οι συνθήκες το επιτρέπουν, το δικαίωμα του ασθενή για επιλογή του γιατρού του και διασφαλίζει τη δυνατότητα επικοινωνίας του με το γιατρό. Τέλος, προάγοντας την κατανόηση και επιτυχημένη επικοινωνία μεταξύ τους, ελαχιστοποιεί τις συγκρούσεις και προστατεύει τη διάρκεια, τη συνέχεια και την αποτελεσματικότητα της σχέσης τους.

Ο στόχος επιβάλλει την αναθεώρηση της βάσης ανάπτυξης της σχέσης γιατρού-ασθενή και επομένως μεγάλη προσπάθεια των γιατρών αλλά και των συστημάτων υγείας που απαιτεί συνυπολογισμό όλων των παραγόντων που επηρεάζουν την υγεία και την ασθένεια και συνεπάγεται επένδυση σε χρόνο, γνώση και χρήμα. Σύμφωνα με τον Engel, παρά τη δυσκολία γιατρών και ασθενών να απογαλακτιστούν από το βιοϊατρικό πρότυπο, παραμένει γεγονός πως τα κριτήρια και οι ανάγκες τους έχουν πάντα ψυχολογικό και κοινωνικό υπόβαθρο.

#### Βιβλιογραφία:

- Alonso Y. The biopsychosocial model in medical research: the evolution of the health concept over the last two decades. (2004) *Patient education and Counselling*, 53, 239-244
- Ong, L.M.L., De Haes, J.C.J.M., Hoos, A.M., Lammes, F.B. Doctor-Patient communication: a review of the literature. (1995) *Soc.Sci.Med.*, 40, 7, 903-918

#### 4.1.2 Η αποτελεσματική επικοινωνία ως κλινική δεξιότητα

Έως την δεκαετία του 1970, βασικά κριτήρια για την κρίση της επιστημονικής ικανότητας του γιατρού αποτέλεσαν η γνώση της ιατρικής τεχνικής, της φυσικής εξέτασης και της επίλυσης ιατρικών προβλημάτων. Σταδιακά άρχισε να γίνεται αντιληπτή η σημασία της επικοινωνίας στην εδραίωση και ανάπτυξη μιας λειτουργικής και αποτελεσματικής σχέσης γιατρού-ασθενή. Σήμερα, η διεθνής βιβλιογραφία αναγνωρίζει την επικοινωνιακή ικανότητα του γιατρού ως βασική κλινική δεξιότητα και η βελτίωση της κρίνεται απολύτως απαραίτητη σε κάθε επίπεδο παροχής φροντίδας υγείας.

Επικοινωνία είναι εκείνη 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 –ότι εκφράζεται με το περιεχόμενο των λέξεων- και μη λεκτική –κάθε άλλη μορφή έκφρασης. Αν και η λεκτική επικοινωνία αποτελεί αποκλειστικό προνόμιο και ιδιαίτερο χαρακτηριστικό των ανθρώπων, η μη λεκτική επικοινωνία κατέχει τα πρωτεία σε όγκο και σημαντικότητα μεταβίβασης πληροφορίας.

Η μη λεκτική επικοινωνία είναι μια σύνθετη διαδικασία. Ένα μήνυμα που εκφράζεται λεκτικά με τις ίδιες πάντα λέξεις, μπορεί να συνδυαστεί με 1000 διαφορετικές χειρονομίες και 250.000 διαφορετικές εκφράσεις του προσώπου. Αυτή η πολυπλοκότητά της την καθιστά τόσο ισχυρά επιβαλλόμενη επί της λεκτικής, ώστε μπορεί να τροποποιήσει αισθητά την ερμηνεία κάθε μηνύματος που εκφράζεται λεκτικά **ή ακόμη και να το αναιρέσει πλήρως. Φορείς και εκφραστές μη λεκτικής επικοινωνίας αποτελούν ο τόνος της φωνής, η έντασή της, ο ρυθμός της ομιλίας, οι εκφράσεις του προσώπου και οι χειρονομίες, η κίνηση των μελών του σώματος, η στάση τους και τέλος η απόσταση του σώματος του ενός ατόμου από το άλλο. Η περιγραφή, μελέτη και ανάλυση της δυναμικής της μη λεκτικής επικοινωνίας αποτελεί επιστημονικό πεδίο που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής και θα αναπτυχθεί ειδικά σε επόμενη παράγραφο.**

**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 του πλαισίου αναφοράς τους, καταφέρουν τελικά να εντοπίσουν και να αποδώσουν την ίδια ερμηνεία στα μηνύματα που εκφράζονται, λεκτικά και μη. Όπως σε κάθε διαπροσωπική σχέση, αυτό το επίτευγμα αποτελεί διαρκή στόχο και της δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ γιατρού και ασθενή. Η απόδοση της ίδιας ερμηνείας στα εκφραζόμενα μηνύματα, διαμορφώνει το πλαίσιο μιας επιτυχημένης επικοινωνίας που προάγει με ακρίβεια την αποτελεσματικότητα της σχέσης τους.

**Η αποτελεσματική επικοινωνία λειτουργεί με δυναμική, σχεδιασμό και προγραμματισμό ως προς το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα, εξασφαλίζοντας αλληλεπίδραση και ανταλλαγή των πληροφοριών, κατά τρόπο που ελαχιστοποιεί κάθε περιττό αίσθημα αβεβαιότητας.**

**Η κατανόηση του κομβικού ρόλου της επικοινωνίας στη σχέση γιατρού-ασθενή και στην κλινική πράξη, προϋποθέτει αφενός τον προσδιορισμό και τη μελέτη των σκοπών της ιατρικής επικοινωνίας και αφετέρου την ανάλυσή της σε συγκεκριμένες επικοινωνιακές συμπεριφορές και μελέτη της επίδρασής τους σε συγκεκριμένες εκβάσεις.**

**Μια απόπειρα προσδιορισμού των σκοπών της επικοινωνίας μεταξύ γιατρού και ασθενή θα εντόπιζε τρεις κύριους άξονες: την ανάπτυξη μιας καλής διαπροσωπικής σχέσης, την μεταβίβαση της πληροφορίας και τη λήψη αποφάσεων.**

Μια καλή διαπροσωπική σχέση γιατρού-ασθενή, μπορεί να νοείται άλλοτε διαφορετικά, ανάλογα με την διάστασή της εκείνη που θεωρείται το επίκεντρό της. Ωστόσο μια ιδανική θεώρηση της σχέσης γιατρού-ασθενή προϋποθέτει το συνδυασμό ιατροκεντρικής και ασθενοκεντρικής προσέγγισης. Ο ασθενής καθοδηγεί το γιατρό στην αυθεντία του -συμπτώματα, προτιμήσεις, ανησυχίες- και ο γιατρός καθοδηγεί τον ασθενή στη δική του αυθεντία -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 γιατρού 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 γιατρού 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 το γιατρό τους.

Συγκεκριμένες επικοινωνιακές συμπεριφορές του γιατρού και του ασθενή επηρεάζουν την ακρίβεια της διάγνωσης, το αμοιβαίο αίσθημα ικανοποίησης, την συμπεριφορά και την κατάσταση του ασθενή όπως η ανταπόκρισή του στη διαδικασία της διερεύνησης της ασθένειας, η κατανόηση και ανάκληση της ιατρικής πληροφορίας, η συμμόρφωση στη θεραπεία, ο συμβιβασμός με την ασθένεια, η ποιότητα ζωής ακόμη και η κατάσταση της υγείας του.

Η επίδραση αυτή αναδεικνύει την επικοινωνία ως κομβική παράμετρο αποτελεσματικότητας σε κάθε επίπεδο παροχής φροντίδας υγείας: λήψη ιστορικού, κλινική εξέταση, διάγνωση, σχεδιασμό θεραπείας, παροχή πληροφοριών, διαχείριση της νόσου αλλά και την ψυχολογική υποστήριξη, κατανόηση - ικανοποίηση, συνέπεια - συμμόρφωση , ιατρο-νομικά ζητήματα, λειτουργικότητα συστημάτων υγείας.

Συνέπεια της αποτελεσματικής επικοινωνίας, οι ασθενείς απολαμβάνουν αυξημένη ικανοποίηση, μεγαλύτερη βελτίωση των συμπτωμάτων, μικρότερα ποσοστά παραπομπών, αύξηση

του επιπέδου λειτουργικότητας, βελτιωμένες εκβάσεις υγείας. Οι γιατροί απολαμβάνουν αυξημένη ικανοποίηση, efficacy, μειωμένες παραπομπές για malpractice.

Η ανάλυση και μελέτη συγκεκριμένων επικοινωνιακών συμπεριφορών θα αποτελέσει αντικείμενο επόμενης παραγράφου.

#### Βιβλιογραφία:

-Haq, C., Steele, D.J., Marchand, L., Seibert, C., Brody, D. Integrating the art and science of Medical Practice: Innovations in Teaching Medical Communication Skills. (2004) *Fam Med*, 36, January suppl., S43-S50.

-Ong, L.M.L., De Haes, J.C.J.M., Hoos, A.M., Lammes, F.B. Doctor-Patient communication: a review of the literature. (1995) *Soc.Sci.Med.*, 40, 7, 903-918

-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.

#### **4.1.3 Δεξιότητες επικοινωνίας**

Για να μπορέσει ο ιατρός να επιτύχει μια στενή και αποτελεσματική σχέση με τον ασθενή του χρειάζεται δεξιότητες τις οποίες αυτό το μάθημα φιλοδοξεί να προσδιορίσει αλλά και να διδάξει. Τις δεξιότητες αυτές για λόγους εκπαιδευτικούς θα τις διακρίνουμε σε αυτές της επικοινωνίας (communication skills), διαβούλευσης (consulting skills) και συμβουλευτικής (counselling skills). Οι δεξιότητες αυτές στην καθημέρα κλινική πράξη συχνά αλληλεπικαλύπτονται και στη διεθνή βιβλιογραφία χρησιμοποιούνται αρκετοί όροι που μάλλον επιτείνουν τη σύγχυση. 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. Με τον όρο δεξιότητες διαβούλευσης εννοούμε όλες εκείνες που αφορούν την κλινική εξέταση του ασθενούς, την διάγνωση, τη θεραπεία, συμπεριλαμβάνοντας διαγνωστικούς και θεραπευτικούς χειρισμούς. Οι δεξιότητες συμβουλευτικής κανονικά περιλαμβάνονται σε αυτές της διαβούλευσης αλλά εδώ περιγράφονται ιδιαίτερα απλά και μόνο για να δώσουμε έμφαση στις τόσο σημαντικές για τη συμμόρφωση του ασθενούς αλλά και την αποτελεσματικότητα της αγωγής δεξιότητες.

Ο λειτουργικός ρόλος της επικοινωνίας στη σχέση του γιατρού με τον ασθενή, εμπνέει προσπάθειες για τη βελτίωσή της. Μία τέτοια προσπάθεια δεν αναφέρεται ειδικά σε βελτίωση ιατροτεχνικών, οργανωτικών ή ψυχοκοινωνικών παραμέτρων φροντίδας αλλά στην καλλιέργεια και ανάπτυξη συγκεκριμένων, ποιοτικά και ποσοτικά, δεξιοτήτων του γιατρού κατά τρόπο ικανό να βελτιώσει, με ακρίβεια και αποδοτικότητα, τη φυσική έκβαση και το αποτέλεσμα της ασθένειας και να προάγει την υποστήριξη, τη συνεργασία και τη συντροφικότητα γιατρού-ασθενή.

Η επικοινωνία αποτελεί ένα πλαίσιο με σύνθετο περιεχόμενο. Συγκεκριμένες συμπεριφορές του γιατρού αναπτύσσονται, αλληλεπιδρούν και λειτουργούν σε αυτό το πλαίσιο επηρεάζοντας την αποτελεσματικότητά του. Οι επικοινωνιακές δεξιότητες 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. Ιδιαίτερα σημαντικές κρίνονται οι δεξιότητες διαβούλευσης που αφορούν την κλινική εξέταση του ασθενούς, την διάγνωση, τη θεραπεία, συμπεριλαμβάνοντας διαγνωστικούς και θεραπευτικούς χειρισμούς και συμβουλευτικής και που συχνά στην κλινική πράξη αλληλεπικαλύπτονται με τις δεξιότητες συμβουλευτικής που είναι σημαντικές για τη συμμόρφωση του ασθενούς αλλά και την αποτελεσματικότητα της αγωγής.

Εστιάζοντας στο στόχο, διακρίνονται δύο κύριες κατηγορίες συμπεριφορών, οι συντελεστικές που αφορούν τα καθήκοντα και στοχεύουν στη θεραπεία και οι στοργικές/κοινωνικοσυναισθηματικές συμπεριφορές που αφορούν την φροντίδα και στοχεύουν στην ικανοποίηση. Στις συντελεστικές περιλαμβάνονται συμπεριφορές όπως η παροχή πληροφοριών, η υποβολή ερωτήσεων, η συμβουλευτική, η κατεύθυνση, το θεραπευτικό σχέδιο, η διαβούλευση, η συζήτηση παρενεργειών, η συζήτηση αποτελεσμάτων, εξήγηση λόγων για παροχή ή μη θεραπείας. Οι στοργικές παράμετροι περιλαμβάνουν την εμπύχωση, την καθησυχαστική, φιλική, ανοιχτή και ειλικρινή, εμπαιχτική, επιβεβαιωτική, εκδηλωτική ενδιαφέροντος, αποδοχής, συστάσεις. Η βιβλιογραφία συμφωνεί στην αναγκαιότητα και των δύο συμπεριφορών. Ο διαχωρισμός είναι μάλλον ανούσιος και μια συντελεστική συμπεριφορά μπορεί να μετατραπεί σε στοργική πχ μέσω της κατάλληλης χρήσης συμπεριφορών ιδιωτικότητας, λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας, συμπεριφορών ελέγχου και λεξιλογίου.

Στις συμπεριφορές ιδιωτικότητας δεν περιλαμβάνεται απλώς το απόρρητο της πληροφορίας. Διακρίνεται επίσης η ψυχολογική, κοινωνική και φυσική ιδιωτικότητα. Η ψυχολογική ιδιωτικότητα σχετίζεται με την ικανότητα του ασθενή να διαχειρίζεται την προσλαμβανόμενη ή προβαλλόμενη πληροφορία, να σκέφτεται και να διαμορφώνει στάσεις, πεποιθήσεις ή αξίες και το δικαίωμα να επιλέγει με ποιον και κάτω υπό ποιες συνθήκες θα μοιραστεί τις σκέψεις και τα συναισθήματα του. Ωστόσο οι στόχοι της ιατρικής συνέντευξης επιβάλλουν την αναζήτηση από το γιατρό πληροφοριών αυτού του τύπου. Ο τρόπος αναζήτησης μιας τέτοιας πληροφορίας μπορεί εύκολα να βιωθεί από τον ασθενή ως καταπάτηση και προσβολή του ψυχολογικού του απορρήτου. Η κοινωνική ιδιωτικότητα επεκτείνεται της ψυχολογικής και πληροφορικής και αφορά την ικανότητα του ασθενή να διαχειρίζεται κοινωνικές επαφές και να πετυχαίνει αλληλεπιδράσεις. Ο βαθμός της τυπικότητας καθώς και πόσο προσωπικά είναι τα συζητούμενα θέματα καθορίζουν το βαθμό της κοινωνικής ιδιωτικότητας. Για παράδειγμα, το κοίταγμα στα μάτια μπορεί υπό συνθήκες να βιωθεί ως καταπάτηση της κοινωνικής ιδιωτικότητας. Η φυσική ιδιωτικότητα αφορά το βαθμό που ο ασθενής είναι «φυσικά» εκτεθειμένος σε άλλους. Η υπερβολή μπορεί εύκολα να προσβάλει τη φυσική ιδιωτικότητα του ασθενή.

Σε αντίθεση με τη λεκτική δεν είναι εύκολη η κωδικοποίηση της μη λεκτικής επικοινωνίας. Περιλαμβάνει στοιχεία όπως τον τόνο της φωνής, το γέλιο, οι εκφράσεις του προσώπου, τα νεύματα, η επαφή, η φυσική απόσταση. Οι ασθενείς είναι ευαίσθητοι και επιδιώκουν την ανάγνωση

μη λεκτικής επικοινωνίας γιατί «χάνει» πληροφορία που δεν προγραμματιζόταν να μεταφερθεί και δίνει ίσως απαντήσεις στις ανησυχίες τους.

Οι συμπεριφορές υψηλού ή χαμηλού ελέγχου αποτελούν σημαντικές παραμέτρους της ιατρικής επικοινωνίας. Οι περισσότερες σχέσεις γιατρού ασθενή στηρίζονται σε μια βάση υψηλού-χαμηλού ελέγχου της σχέσης. Διακρίνονται έτσι τρεις κατηγορίες σχέσεων. Εκείνη που τον υψηλό έλεγχο έχει ο γιατρός (Πατερναλιστική), η ακριβώς αντίθετη όπου τον υψηλό έλεγχο έχει ο ασθενής και τέλος η σχέση ανταλλαγής απόψεων. Ο έλεγχος εκφράζεται από συμπεριφορές επιβαλλόμενες, τη φωνητική υπερβολή προκειμένου να δώσουν έμφαση, υπέρμετρη επιχειρηματολογία, μορφασμούς κατά την επικοινωνία.

Οι γιατροί είναι εξορισμού δίγλωσσοι, καθημερινή τους γλώσσα και ιατρική γλώσσα. Συχνά χρησιμοποιούν την ιατρική τους γλώσσα ή μεταπτώσεις από τη μια στην άλλη έναντι των ασθενών. Επίσης οι ασθενείς χρησιμοποιούν, πολλές φορές κατά τρόπο που οδηγεί στη σύγχυση, την ιατρική γλώσσα που γνωρίζουν προκειμένου να επικοινωνήσουν με το γιατρό. Συνήθως το νόημα που δίδεται στις λέξεις είναι διαφορετικό.

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, κατάλογο των συμπτωμάτων, ιατρικά δεδομένα, διαφορική διάγνωση, θεραπευτικές επιλογές. Η διαδικασία αφορά τον τρόπο με τον οποίο εκφράζεται η πληροφορία, τον τρόπο σύνταξης και έκθεσής της, την εξασφάλιση της αλληλεπίδρασης, την ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης. Η αντίληψη αφορά σκέψεις και 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.

Οι γιατροί που διαθέτουν δεξιότητες επικοινωνίας αντιλαμβάνονται ταχύτερα και πιο έγκυρα το πρόβλημα του ασθενή, παρέχουν καλύτερη ψυχολογική υποστήριξη και μεγαλύτερη ικανοποίηση στον ασθενή, και, προάγοντας ταυτόχρονα την εμπιστοσύνη και την υγεία, βιώνουν οι ίδιοι λιγότερη εργασιακή ένταση και μεγαλύτερη επαγγελματική ικανοποίηση.

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, εργαλεία παρατήρησης έχουν αναπτυχθεί για το σκοπό αυτό. Μια τέτοια συστηματική ανάλυση επιδιώκει το μεθοδικό εντοπισμό, κατηγοριοποίηση και ποιοτικό προσδιορισμό συγκεκριμένων χαρακτηριστικών της επικοινωνίας γιατρού ασθενή. Η σκεπτική που υποκρύπτεται είναι πως κάθε τέτοιο χαρακτηριστικό αποτελεί δυνητικά ισχυρό συστατικό στο πλαίσιο της θεραπευτικής διαδικασίας.

Βιβλιογραφία:

- Haq, C., Steele, D.J., Marchand, L., Seibert, C., Brody, D. Integrating the art and science of Medical Practice: Innovations in Teaching Medical Communication Skills. (2004) Fam Med, 36, January suppl., S43-S50.
- Kalamazoo Consensus Statement (2001) Acad Med, 76, 391.
- Ong, L.M.L., De Haes, J.C.J.M., Hoos, A.M., Lammes, F.B. Doctor-Patient communication: a review of the literature. (1995) Soc.Sci.Med., 40, 7, 903-918

**4.1.4 Οι δεξιότητες επικοινωνίας στην ιατρική συνέντευξη**

Αναγνωρίζοντας τον κομβικό ρόλο της επικοινωνίας στην αποτελεσματικότητα της ιατρικής συνέντευξης και της σχέσης του γιατρού 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 βελτίωσης 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, τη συγκέντρωση πληροφοριών, την κατανόηση της άποψης του ασθενή, το μοίρασμα της πληροφορίας, τη διαπραγμάτευση και τη συμφωνία, το 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 γιατρού με τον ασθενή. Προτείνεται η επιδίωξη των συστάσεων και του προσδιορισμού των ρόλων. Συστήνεται προσοχή στην άνεση του ασθενή και ανταπόκριση σε κάθε μορφή δυσφορίας όπως ο πόνος. Κατά τον προσδιορισμό του λόγου της επίσκεψης επιδιώκεται η εξασφάλιση της δυνατότητας ολοκλήρωσης των δηλώσεων του ασθενή και ο προσδιορισμός των ανησυχιών του. Η συγκρότηση ενός πλάνου για την επίσκεψη κρίνεται ιδιαίτερα επιβοηθητικό όπως επίσης η προσπάθεια εδραίωσης και διατήρησης μιας προσωπικής σχέσης.

Η συγκέντρωση πληροφοριών αποτελεί βασικό στόχο και αναπόσπαστο στοιχείο της ιατρικής συνέντευξης. Συστήνεται η ισορροπημένη χρήση ανοιχτών και κλειστών ερωτήσεων και η ενεργητική ακρόαση του ασθενή με την κατάλληλη χρήση λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας. Ιδιαίτερα επιβοηθητικές τεχνικές κρίνονται οι αιτήσεις προσδιορισμού, η παράφραση, 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 αισθήματα και τις αξίες του ασθενή με ενσυναίσθηση και στήριξη των συναισθημάτων του χωρίς κριτική. Η εμπάθεια χαρακτηρίζει σχέσεις που: διερευνώνται τα συναισθήματα, χρησιμοποιείται η παράφραση και ανάκλαση, η χρήση της σιωπής, η ακρόαση του τι προσπαθεί να πει ο ασθενής, αλλά και τι δεν είναι ικανός να πει, η παρότρυνσή του και η χρήση της μη λεκτικής επικοινωνίας.

Το διαφορετικό πλαίσιο αναφοράς γιατρού και ασθενή δημιουργεί την ανάγκη από πλευράς του γιατρού 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 της ιατρικής ορολογίας και η χρήση γλώσσας που ο ασθενής μπορεί να κατανοήσει. Σημαντικός είναι ο έλεγχος της κατανόησης του ασθενή και η βελτίωσή της αν κρίνεται ανεπαρκής. Η παρότρυνση του ασθενή να εκφράσει τις απορίες του μπορεί να συνεισφέρει προς το σκοπό αυτό.

Η επίτευξη συμφωνίας μεταξύ γιατρού και ασθενή σε προβλήματα και σχέδια και η διαμόρφωση από κοινού του τρόπου δράσης αποτελεί βασική επιδίωξη μιας σύγχρονης προσέγγισης στη δυναμική της σχέσης τους προκειμένου να διασφαλίζεται η αποτελεσματικότητα και η συνέχειά της. Αυτονόητη θεωρείται η παρότρυνση του ασθενή να συμμετέχει στη θεραπευτική απόφαση κατά το βαθμό που επιθυμεί, ενώ ταυτόχρονα αξιολογείται η επιθυμία, η πρόθεση, η δυνατότητα και η ικανότητα του ασθενή για ακολούθηση κάθε θεραπευτικής συμβουλής. Στην προσπάθεια εξασφάλισης ενός ρεαλιστικού σχεδίου δράσης απαραίτητη κρίνεται η διερεύνηση και καταγραφή των πόρων και πηγών υποστήριξης, η διαπραγμάτευση των διαφορών σε απόψεις και σκοπούς και η επίτευξη μιας δέσμευσης για την αλληλεπίδραση γιατρού και ασθενή σε κάθε προσπάθεια επίλυσης προβλημάτων.

Το κλείσιμο μιας συνεδρίας είναι σημαντικό αφού αποτελεί την ευκαιρία επιβεβαίωσης μιας αποτελεσματικής και ρεαλιστικής αλληλεπίδρασης μεταξύ γιατρού και ασθενή και 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 ελήφθησαν υπόψη κατά τη συνεδρία. Καλό είναι ο γιατρός 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 συμφωνία επί του σχεδίου παρακολούθησης και ο προγραμματισμός της επόμενης επαφής γιατρού και ασθενή επί αναμενόμενων συνθηκών, ενώ είναι ιδιαίτερα χρήσιμος ο αντίστοιχος σχεδιασμός στην περίπτωση εκείνη που το αρχικό σχέδιο δράσης δεν επιφέρει τα αναμενόμενα αποτελέσματα.

#### Βιβλιογραφία:

-Haq, C., Steele, D.J., Marchand, L., Seibert, C., Brody, D. Integrating the art and science of Medical Practice: Innovations in Teaching Medical Communication Skills. (2004) Fam Med, 36, January suppl., S43-S50.

-Kalamazoo Consensus Statement (2001) Acad Med, 76, 391.

-Ong, L.M.L., De Haes, J.C.J.M., Hoos, A.M., Lammes, F.B. Doctor-Patient communication: a review of the literature. (1995) Soc.Sci.Med., 40, 7, 903-918

#### 4.1.4.1. Λεκτική και Μη λεκτική επικοινωνία (Ε. Ιατρική)

##### ΚΥΡΙΑ ΜΗΝΥΜΑΤΑ

- Η *διαπροσωπική επικοινωνία* βρίσκεται σε κάθε ανθρώπινη επαφή, συνιστά κοινωνική αλληλεπίδραση με κοινωνικο-διαλεκτικό χαρακτήρα και μέσω της ανταλλαγής μηνυμάτων και σημασιών συνδέει άρρηκτα την ανθρώπινη κοινότητα.
- Η λεκτική επικοινωνία χρησιμοποιεί τον λόγο (γραπτό ή προφορικό), ενώ η *μη λεκτική επικοινωνία* χρησιμοποιεί εξω-λεκτικά κανάλια, όπως κινήσεις ή στάσεις σώματος, βλεμματική επαφή, τόνο και χροιά φωνής μέσω των οποίων μεταδίδουμε τα αληθινά συναισθήματα και στάσεις μας στους άλλους *ασυνείδητα*.
- Η σωστή κωδικοποίηση και αποκωδικοποίηση των μη λεκτικών σημάτων των ασθενών εκ μέρους του γιατρού, καλλιεργούν την *ενσυναίσθηση* και συμβάλλουν σε μια πιο ολοκληρωμένη προσέγγιση και κατανόηση των ασθενών του.
- Κατά την επικοινωνία γιατρού-ασθενούς παρατηρείται δυσαναλογία ισχύος και κοινωνικής θέσης μεταξύ τους, η οποία αποτρέπει τους ασθενείς από την εκφορά ερωτήσεων για το πρόβλημα υγείας τους.
- Η κατανόηση της σημασίας της μη λεκτικής επικοινωνίας στη σχέση γιατρού-ασθενούς κρίνεται αναγκαία για τον γιατρό, ώστε να επιτευχθεί και διατηρηθεί μια αρμονική 'θεραπευτική' σχέση με τους ασθενείς του σε κλίμα εμπιστοσύνης και σεβασμού.

#### 1. Διαπροσωπική Επικοινωνία

*"Πιστεύω πως το μέγιστο δώρο που μπορώ να σκεφτώ ότι έχω από οποιονδήποτε, είναι να με βλέπει, να με ακούει, να με κατανοεί και να με αγγίζει.*

*Το μέγιστο δώρο που μπορώ να δώσω, είναι να βλέπω, να ακούω, να κατανοώ και να αγγίζω τον άλλον άνθρωπο.*

*Όταν γίνεται αυτό αισθάνομαι ότι υπάρχει επικοινωνία."*

*V. Satir (1995)*

Η αποτυχία της "επικοινωνίας" είναι η τραγωδία της σύγχρονης εποχής και προσβάλλει όλο και περισσότερο τις κοινωνίες μας. Όταν ο Τζων Ντον 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.

Η επικοινωνία είναι η ύπαρξη της κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Οι άνθρωποι συνεχώς μεταφέρουν πληροφορίες, συνειδητά ή ασυνείδητα, γύρω από τις αντιλήψεις τους, σκέψεις, συναισθήματα, 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.:*

1. Περιλαμβάνει διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων.
2. Απαιτεί το μοίρασμα της κατανόησης των όσων σημαίνουν ειδικά σήματα, ήχοι, λέξεις, στάσεις.
3. Είναι το μέσο με το οποίο οι άνθρωποι επηρεάζουν τους άλλους και με τη σειρά τους δέχονται επιρροή από αυτούς (1) .

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, και μπορεί να μεταδίδονται πολλαπλά και συχνά αντιθετικά μηνύματα στιγμιαία μέσω διαφορετικών λεκτικών και μη λεκτικών καναλιών.

#### 1.1. Έννοια - Ορισμοί - Σημασία - Διάκριση σε Λεκτική και Μη λεκτική επικοινωνία - Διαδικασία επικοινωνίας

Η επικοινωνία εμπλέκεται με όλη την ανθρώπινη ζωή. Είναι ένα από τα περισσότερο σημαντικά, διάχυτα και σύνθετα σχήματα κοινωνικής συμπεριφοράς. Η ικανότητα να επικοινωνείς 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, την 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, **επικοινωνία** εννοούμε τη διαδικασία μετάδοσης-μεταφοράς μηνυμάτων, εννοιών από ένα υποκείμενο σε άλλο ή άλλα, με χρήση συμβόλων και σημασιών. Από την άλλη, επικοινωνία είναι μία 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 δε σημαίνει ότι αντιλαμβάνομαι πάντα ή πλήρως αυτό που μου συμβαίνει, όταν οι αισθήσεις μου προσλαμβάνουν κάτι από τον άλλο ή το περιβάλλον, που επηρεάζει την ψυχική μου κατάσταση (2).

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 λ.χ. 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 δε μιλάει κανείς ή λέξεις που δε 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 μία 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 κ.ά. 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 **κινησιολογικός κώδικας επικοινωνίας**, που διαφέρει από τον ένα 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 λ.χ. πόσο αλλιώς εκφράζουν συναισθήματα με το σώμα τους άτομα από διαφορετικές χώρες και πολιτισμούς. Αντιλαμβανόμαστε, λοιπόν, πολύ περισσότερο από εκείνα που οι ίδιοι πιστεύουμε ότι βλέπουμε (3).

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 ένα βαθμό προκύπτει από την παρούσα αλληλεπίδραση του συγκεκριμένου ατόμου με άλλα άτομα*.

### **Μία στοιχειώδης πράξη επικοινωνίας αποτελείται από :**

- Τον **αποστολέα**, ο οποίος ξεκινά και προκαλεί την διαδικασία επικοινωνίας, γνωστός και ως πομπός ή πρωτουργός 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 προφορικά ή μη δεδομένα. **Προφορικό** είναι το μέρος του μηνύματος που αποτελεί συνδυασμό πληροφοριών που συντάσσει και στέλνει ο αποστολέας. Ενώ 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 κώδικας να είναι κοινός).
- Τους **αγωγούς ή κανάλια**, που είναι φυσικά ή τεχνητά μέσα για τη μεταβίβαση του μηνύματος στον παραλήπτη (π.χ. αέρας, μικρόφωνο κ.λ.π.). Επίσης παρεμβαίνουν **φυσικές** (π.χ. κακοκαιρία ή καύσωνας) και **κοινωνικές συνθήκες** (π.χ. συνωπισμός), όπου διεξάγεται η επικοινωνία και η **πρόθεση** του αποστολέα, που είναι συνειδητή και που χαρακτηρίζουν την επικοινωνία (4, 5).

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. Γι' 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.

### **1.2. Η Σημασία της Αποδοχής, της Παθητικής και Ενεργητικής Ακρόασης**

Ο γιατρός χρειάζεται να εφαρμόσει στάση αποδοχής 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 γιατροί 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 πως να μιλάει κανείς στους ανθρώπους με ένα "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 μιλάνε, τα βοηθάνε να εκφράζουν τα

συναισθήματά τους. Δημιουργούν ένα αίσθημα αυτοαξίας ή αυτοεκτίμησης, μειώνουν την απειλή ή το 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 λέει τίποτε μπορεί επίσης καθαρά να εκφράσει αποδοχή. Η σιωπή - **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 γιατρό, 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 γιατρός κάνει συστηματική χρήση της σιωπής προσφέροντας στον ασθενή μια θαυμάσια εμπειρία όταν η σιωπή του τον κάνει να αισθάνεται ότι τον αποδέχεται. 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 δε μπορεί να παραμένει κανείς σιωπηλός επί μακρόν σε μια ανθρώπινη επικοινωνία. Οι άνθρωποι θέλουν κάποιο είδος λεκτικής αλληλεπίδρασης. Τα **απλά ανοίγματα** π.χ. “καταλαβαίνω”, “πραγματικά!”, “χμ, 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 (6).

*Η επικοινωνία είναι ένα ουσιαστικό γνώρισμα της αλληλεπίδρασης ιατρού-ασθενούς και συχνά είναι προβληματικό.* Πιο αποτελεσματικός τρόπος αντίδρασης στα μηνύματα των ασθενών είναι οι απλές προσκλήσεις για ομιλία. Η ακρόαση είναι τόσο βασική που τείνουμε να την θεωρούμε δεδομένη. Δυστυχώς, οι περισσότεροι από εμάς πιστεύουμε ότι είμαστε καλύτεροι ακροατές από ότι ισχύει στην πραγματικότητα. Ιδιαίτερα εκνευριστικό είναι όταν ο γιατρός δεν μας “ακούει” ενώ υπολογίζουμε ότι θα μας καταλάβει. Ο γιατρός 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 μία λειτουργική σχέση (7). Αν επικεντρώσουμε στην χρήση καλών δεξιοτήτων ακρόασης, μπορούμε να βελτιώσουμε την σχέση μας με τους ασθενείς μας (8).

**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 τον Lang και συν(2000), η ενεργητική ακρόαση είναι μία επικοινωνιακή δεξιότητα διερεύνησης και αναγνώρισης των σκέψεων των ασθενών. Χωρίς αυτή την δεξιότητα τα πραγματικά ζητήματα που αφορούν τους ασθενείς δεν αναγνωρίζονται επαρκώς από τους επαγγελματίες υγείας (9). Σύμφωνα με τον Meryn (1998), το συνηθέστερο παράπονο των ασθενών είναι ότι οι γιατροί δεν τους «ακούνε». Οι ασθενείς ζητούν περισσότερη και καλύτερη πληροφόρηση για το πρόβλημα

υγείας τους και το θεραπευτικό αποτέλεσμα, για τις παρενέργειες της θεραπείας, την ανακούφιση από τον πόνο και την ψυχολογική πίεση και καθοδήγηση σχετικά με το τι μπορούν να κάνουν για τους εαυτούς τους (10).

Όμως για να μάθουν πως να ακούνε ενεργητικά, οι γιατροί συνήθως χρειάζονται να καταλάβουν περισσότερα για τη διαδικασία επικοινωνίας μεταξύ δύο προσώπων. Η ενεργητική ακρόαση προφανώς απαιτεί από το λήπτη να αναστείλει τις σκέψεις του και τα συναισθήματά του, ώστε να προσέξει αποκλειστικά το μήνυμα του ασθενή. Αυτό επιβάλλει ακριβή λήψη. Αν ο γιατρός 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 το γιατρό της ακρίβειας της ακρόασής 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 δε 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, δε φοβάται μήπως αλλάξει.

Ένας πραγματικός κίνδυνος για τους γιατρούς που προσπαθούν να μάθουν την ενεργητική ακρόαση μόνο μέσα από τις τυπωμένες σελίδες ενός βιβλίου είναι η ανικανότητα τους να ακούσουν με τη *θέρμη* και την *ενσυναίσθηση* που πρέπει να συνοδεύουν πάντοτε τις προσπάθειές τους. **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 (γιατρός) αντιλαμβάνεται όχι μόνο ό,τι ακούει αλλά και ό,τι αισθάνεται ο αποστολέας (ασθενής). Από την άλλη μεριά, η ενεργητική ακρόαση δε πρέπει να παραχρησιμοποιείται τη στιγμή που ο ασθενής έχει ανάγκη να μείνει για λίγο μόνος με τα συναισθήματά του (11,12).

### 1.3. Η Σημασία της Κοινωνικής Επαφής

Η μελέτη της κοινωνικής επαφής είναι η παρατήρηση της συγκρατημένης και επιφυλακτικής επαφής που προκύπτει από τις συγκρουόμενες απαιτήσεις της προσέγγισης, αλλά και της ιδιώτευσης, της εξάρτησης αλλά και της ανεξαρτησίας, καθώς παλεύουν αδιάκοπα μέσα μας.

Κινήσεις που δείχνουν χαιρετισμό αλλά και αποχαιρετισμό, συμφιλίωση αλλά και την υπογραφή μιας συμφωνίας, την έκφραση συγχαρητηρίων αλλά 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 μία *χειραψία*. Η χειραψία, μια κίνηση με ιστορία τουλάχιστον εκατόν εβδομήντα 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 απ' το ότι κατ' αρχήν δεν έχω πρόθεση να του επιτεθώ (13).

Ο γενικός γιατρός 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 το λόγο ότι μια τέτοια παραδοχή θα κατάστρεφε 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 μας χρησιμοποιούμε το πρόσχημα της αδιαθεσίας για να προκαλέσουμε αυτή 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. Βέβαια, η πλειοψηφία των αρρώστων δεν μπαίνει ποτέ 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, λαρυγγίτιδα, πόνους στο στομάχι, έλκος, διάρροια, δερματικές παθήσεις**, κ.ά. παρόμοια. Οι μόδες των κοινοτύπων παθήσεων αλλάζουν από γενιά σε γενιά. Στον προηγούμενο μάλιστα αιώνα γινόταν πολύς λόγος για την παθογόνο δράση των "ατμών", σήμερα όλοι μιλούν για τους "ιούς", αλλά ο κατάλογος των μικροπαθήσεων παραμένει ο ίδιος ουσιαστικά (όταν δεν υπάρχουν ιοί και βακτηρίδια καταφεύγουμε στη "νευρική κρίση").

Όπως προαναφέρθηκε, οι γιατροί 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 γιατρού - ενός προσώπου, άγνωστου ωστόσο γι' αυτόν. Ο γιατρός, 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 γιατρό και τον άρρωστο, μετρούν για τον τελευταίο καλύτερα από την 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 το ρόλο του “αντικειμένου” και επομένως το άγγιγμα αυτής της μορφής δεν μεταφέρει συναισθήματα διότι συνδέεται με το επαγγελματικό καθήκον (14).

## 1. Η Σημασία της Μη Λεκτικής Επικοινωνίας Ιατρού – Ασθενούς

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 (15). Παρά τη σπουδαιότητα των μη προφορικών σημάτων στην ανθρώπινη αλληλεπίδραση, οι μη λεκτικές όψεις της επικοινωνίας έχουν μελετηθεί επισταμένα μόνο κατά τη διάρκεια της τελευταίας εικοσαετίας όταν ο Julius Fast δημοσίευσε ένα βιβλίο για τη γλώσσα του σώματος. Τα αποτελέσματα της μελέτης φανέρωσαν ότι το 55% των μηνυμάτων που ανταλλάσσουμε είναι σιωπηλά και σχετίζονται με τις κινήσεις και τη στάση του σώματος (16).

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 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 την ένταση, τόνο, αλλοίωση, σταθερότητα της φωνής, τις παύσεις, την ταχύτητα ροής του λόγου, τη διάρκεια, τον ρυθμό του, την προφορά και τους διάφορους ήχους εκτός των λέξεων. Πρόκειται για τα **παραγλωσσικά στοιχεία** της μη λεκτικής επικοινωνίας (17).

Λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία συνήθως συμβαίνουν ταυτόχρονα. Συνολικά υπάρχουν **επτακόσιες χιλιάδες διαφορετικών ειδών χειρονομίες, εκφράσεις προσώπου και κινήσεις** οι οποίες υπηρετούν μια ποικιλία σκοπών: Όπως, την παροχή πληροφοριών για τα συναισθήματα και τις προθέσεις, την ρύθμιση των αλληλεπιδράσεων κατά τη λεκτική επικοινωνία και της ροής της συζήτησης, την έκφραση οικειότητας ή αντίθετα κυριαρχίας και ελέγχου αλλά και τον επηρεασμό των νοημάτων των όσων λέμε (συμφωνία, ασυμφωνία, ενίσχυση του λεκτικού με το μη λεκτικό σήμα κ.ά.) (18). 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, πως, 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 ασυνείδητες. Πολλά αυθόρμητα μη λεκτικά σήματα έχουν οικουμενική αξία και συνιστούν ένα απλό σύστημα επικοινωνίας (19). 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. Σ' 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 (20).

*Η επικοινωνία μπορεί να ειπωθεί ως ένα βασικό συστατικό της ιατρικής φροντίδας. Τρεις θεωρούνται οι διαφορετικοί σκοποί της επικοινωνίας ιατρού - ασθενούς: (α) Η δημιουργία καλής διαπροσωπικής σχέσης, (β) Η ανταλλαγή πληροφορήσης και (γ) Η λήψη αποφάσεων που σχετίζονται με τη θεραπεία του ασθενούς (21).* Σε όλες τις θεραπευτικές σχέσεις διαμορφώνονται συνθήκες ισχυρής φόρτισης, οι οποίες καθιστούν ιδιαίτερα σημαντικό το 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 από ότι το 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 (22). Οι Boon και Stewart (1998) - κρίνοντας σημαντική τη μη λεκτική επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενούς - προτείνουν την αναγκαιότητα εκτίμησής της με συγκεκριμένα εργαλεία αξιολόγησης της υφιστάμενης αλληλεπίδρασης (23).

### **2.1. 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 εξέλιξη αυτών των σχέσεων απαιτείται συντονισμός λεκτικών και μη λεκτικών σημάτων. *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 σχέσεων 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 ασθενούς 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 - ασθενούς: π.χ. 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 (24).

## 2.2. 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. η εμφάνιση. Τα διαλείμματα οπτικής επαφής και οι σωματικές στάσεις προδίδουν τα συναισθήματά μας.
2. **Παραγλωσσικές ή φωνολογικές ενδείξεις:** Σχετίζεται 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 στο 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:** Πως χρησιμοποιούμε αυτό τον χώρο ώστε να αισθανόμαστε άνετα. Η συνηθισμένη -φυσική- προσωπική απόσταση μεταξύ εμών και εξυπηρετούμενου να είναι όχι πιο κοντινή από ένα 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 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 ξεκινάς και πότε τελειώνεις την προσφορά εργασίας στον εξυπηρετούμενο, πόσο χρόνο του αφιερώνεις (25).

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

**Επανάληψη:** Δηλαδή το μη λεκτικό μήνυμα επαναλαμβάνει το λεκτικό.

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

**Αντικατάσταση:** Χρησιμοποίηση ενός μη λεκτικού μηνύματος που αντικαθιστά ένα λεκτικό π.χ. ένα χαμόγελο θα ισοδυναμούσε με το λεκτικό "είμαι καλά".

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

**Έμφαση:** Τα μη λεκτικά μηνύματα δίνουν έμφαση στα λεκτικά π.χ. όταν αλλάζει ο τόνος της φωνής μας σε μία λέξη, σε μία φράση ή με ένα συνοφρύωμα 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. Στο δυτικό πολιτισμό δίνεται έμφαση στην οπτική επαφή και πρέπει να ευαισθητοποιηθούμε σε αυτήν.

→ *Προσοχή!* Σε μία διαπροσωπική 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.

### 2.3. Εκδηλώσεις Εξωλεκτικής Επικοινωνίας

#### 2.3.1. Διαρροές της αλήθειας - Διείσθηση

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 *διείσθηση*. Από τεχνική άποψη, όταν λέμε ότι κάποιος έχει "αντίληψη" ή "διείσθηση" αναφερόμαστε στην ικανότητά του να διαβάσει 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 γενικό γιατρό προκειμένου να πετύχει ειλικρινή επικοινωνία με τον ασθενή του. Από την μία πλευρά μπορεί να ερμηνεύσει τις νευρικές και αγχώδεις κινήσεις του όπως και άλλα μη λεκτικά σήματα όταν ο ασθενής ψεύδεται. Επιπλέον ο "διαισθητικός" γιατρός θα αντιλαμβανόταν ότι ο τρόπος ομιλίας του δεν γινόταν κατανοητός, εάν ο ασθενής καθόταν γερμένος πίσω στο κάθισμά του με το κεφάλι κάτω και τα χέρια διπλωμένα στο στήθος. Η ικανότητα της διείσθησης όσο και η γνώση των επιμέρους εκδηλώσεων που αφορούν τις διαρροές της αλήθειας βοηθούν τον γιατρό 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 (26).

### **2.3.1. Εμφάνιση**

Η εμφάνιση αποτελεί μία 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 μας ρόλου, αυτός εξασφαλίζεται με τη χρήση της στολής εργασίας του γιατρού ( “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 γιατρού με τους κανόνες του αποδεκτού τρόπου ντυσίματος. Η στολή του γιατρού βέβαια τονίζει την υπάρχουσα κοινωνική απόσταση, αλλά χρησιμοποιείται συχνά σαν μέσο εντυπωσιασμού στα εκτός ομάδας άτομα. Αν περιοριστούμε απλά στην επίτευξη του δεύτερου στόχου για να πείσουμε ότι διαθέτουμε υψηλό επίπεδο επιρροής και ισχύος, χρειάζεται να αποκτήσουμε περισσότερη εμπιστοσύνη στις γνώσεις και ικανότητές μας, καθώς ένας τέτοιος στόχος αντανακλά εσωτερική μα και επαγγελματική ανασφάλεια. Η καλλιέργεια αυτογνωσίας είναι ένα από τα μέσα που σίγουρα βοηθούν στην κατανόηση και προβολή του επαγγελματικού μας ρόλου (27).

### **2.3.2. 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 (28). 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 - ασθενούς, η συνοφρύωση και η έλλειψη χαμόγελου φανερώνουν έλλειψη κατανόησης και δυσαρέσκεια και διαταράσσουν σοβαρά ή και διακόπτουν εντελώς τις αλληλεπιδράσεις. Η απλή έλλειψη του χαμόγελου όπως και το κατέβασμα

των φρυδιών δεικνύουν υπεροχή και συνήθως αν εκδηλωθούν από τον γιατρό συχνά “απομακρύνουν” τον ασθενή και τονίζουν την ανισότητα των ρόλων. Τα φρύδια ακόμα δραστηριοποιούνται όταν υπάρχει δυσπιστία και απορία και το γρήγορο ανεβοκατέβασμά τους χρησιμοποιείται και ως γρήγορος χαιρετισμός, ο οποίος έχει και οικουμενικό χαρακτήρα (29).

### **2.3.3. 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 διάρκεια 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 δευτερόλεπτα 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 γιατρού, 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 και μειώνει τον ανταγωνισμό και καλλιεργεί την αρμονική συνεργασία ιατρού - ασθενούς. Παράλληλα να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στο επίπεδο οικειότητας, το οποίο δεν πρέπει να υπερβαίνει τα όρια του, διότι ενδέχεται να δημιουργηθεί δυσάρεστη ατμόσφαιρα και αμηχανία στους αλληλεπιδρώντες.

Το βλέμμα ακόμη ρυθμίζει 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 (30).

### **2.3.4. Στάσεις και κινήσεις του σώματος**

Ο γενικός γιατρός που θέλει να επιβληθεί στον ασθενή του, να προβάλλει την αυτοπεποίθησή του και να δείξει σιγουριά, υιοθετεί την όρθια στάση του σώματός του ώστε να τονίζεται ο όγκος του σώματος. Όμως σιγουριά αντανακλά και η χαλαρή στάση η οποία χαρακτηρίζεται από έλλειψη έντασης στο μυϊκό σύστημα, την ασύμμετρη θέση των άκρων, την 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 – ασθενούς (31).

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 πως αισθάνεται: τα σταυρωμένα σφιχτά χέρια μπροστά στο στήθος ή τη 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 το λόγο και να φανερώσουν την συναισθηματική μας κατάσταση. Για παράδειγμα, το ελαφρό χτύπημα στη πλάτη είναι ένδειξη συμπάραστασης και ενθάρρυνσης. Αντίθετα με τις χειρονομίες, οι κινήσεις που κατευθύνονται στο ίδιο το άτομο, οι λεγόμενες "*δραστηριότητες μετάθεσης*" ενώ φαίνονται άσκοπες και στερεότυπες, όμως απελευθερώνουν τις εσωτερικές εντάσεις που βιώνει το άτομο.

### **2.3.5. 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 του χώρο 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 στη περίπτωση που ο ασθενής εισβάλλει στο ζωτικό μας χώρο (32).

### **2.3.6. Διακόσμηση, Διάταξη θέσεων και Ατμόσφαιρα του χώρου**

Είναι αποδεδειγμένο ότι το περιβάλλον επηρεάζει τα συναισθήματα των ανθρώπων σε μεγάλο βαθμό αλλά και τη συμπεριφορά τους. Τα διαφορετικά είδη περιβάλλοντος δημιουργούν

και διαφορετική ατμόσφαιρα. Ο υπέρμετρος πλούτος και ο μεγάλος όγκος δημιουργούν ένα αυστηρό και τυπικό περιβάλλον. Η ατμόσφαιρα σ' αυτό το περιβάλλον προκαλεί φόβο και συναισθήματα υποταγής και αφανισμού. Εν αντιθέσει, το ζεστό περιβάλλον με τη χρήση κατάλληλων υλικών και χρωμάτων προκαλεί χαλάρωση στους ανθρώπους και αίσθηση οικειότητας. Η έλλειψη της φέρνει ένταση, εγρήγορση και έλλειψη άνεσης. Τέτοια συναισθήματα δημιουργούν στον ασθενή ένα 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 γιατρού τα έπιπλα χρειάζεται να είναι λιτά και πρακτικά, ενώ αποφεύγεται η περίπλοκη διακόσμηση των τοίχων.

Ο σχεδιασμός των θέσεων στο 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 (33).

### 3. Δυσαναλογία Ισχύος και Κοινωνικής Θέσης στην Επικοινωνία Ιατρού - Ασθενούς

Οι συζητήσεις έχουν οριοθετημένες φάσεις (λ.χ. άνοιγμα και κλείσιμο) και μία 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 - ασθενούς 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 γιατρός μπορεί να συλλέξει όσο το δυνατόν περισσότερο ειδικές πληροφορίες και σχετικές με το σωματικό πρόβλημα του ασθενή του. Για να επιτευχθεί αυτό, ο γιατρός οφείλει να αναπτύξει μια αρμονική σχέση με τον ασθενή του, να συμπαρίσταται, να ενθαρρύνει τον ασθενή να μιλά ανοιχτά και ειλικρινά και γενικότερα να του αφιερώνει ένα σημαντικό και ουσιώδες ποσοστό ενεργητικής ακρόασης.

Όπως αναφέρουν οι Fisher, Todd και West - πριν δεκαέξι χρόνια, μία αποκαλυπτική έρευνα στην Αμερική καταδεικνύει μία απόλυτη και προφανή δυσαναλογία στη συζήτηση κατά την οποία ο γιατρός φαίνεται να είναι εκείνος ο οποίος την κανονίζει, την ελέγχει και κατευθύνει. Ο γιατρός μιλά τον περισσότερο χρόνο, οι εκφορές του λόγου ξεκινούν από τον ίδιο σε ένα θεαματικό ποσοστό 99% και αφήνει μόνο ένα 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.

Αυτό το πλαίσιο επικοινωνίας αντανακλά μία διαφορά στην κατοχή ισχύος όσο και κοινωνικής θέσης μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Αυτή ανήκει στις διαφορές κοινωνικο-οικονομικής θέσης, την κατοχή της γνώσης και πραγματογνωμοσύνη του γιατρού και από την πλευρά του ασθενούς στην αβεβαιότητα, ανασφάλεια και, ως ένα βαθμό το άγχος του. Όλο αυτό επιτείνεται από τα συμφραζόμενα της συνεδρίας - *το ιατρείο*. Αυτή η συνομιλητική δυσαναλογία μπορεί να αποτρέψει παρά να ενθαρρύνει το επικοινωνιακό άνοιγμα και πράγματι, ίσως, σε πολλές περιστάσεις να είναι αντιπαραγωγική όσον αφορά τη διάγνωση και θεραπεία (34).

### ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

- Ο γιατρός πρέπει να έχει επίγνωση της σπουδαιότητας της γλώσσας σώματος στην επικοινωνία του με τους ασθενείς του –γιατί 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 γιατρός 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 γιατρός 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.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η επικοινωνία είναι το βασικό μέσο με το οποίο οι άνθρωποι πληροφορούνται και καθοδηγούνται σε καλύτερη απόδοση. Ο γενικός γιατρός 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 - ασθενούς είναι αμφίδρομη διαδικασία που εξαρτάται από την προσοχή των ασθενών στα μηνύματα του γιατρού και από την ορθή ερμηνεία εκ μέρους του των μηνυμάτων τους.

Ο γενικός γιατρός, λοιπόν, 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.

#### ΒΑΣΙΚΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΙΑ ΚΑΛΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

1. ΠΡΙΝ ΑΠΟ ΚΑΘΕ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΑΠΟΣΑΦΗΝΙΖΕΤΕ ΤΙΣ ΙΔΕΕΣ ΣΑΣ.
2. ΕΞΕΤΑΣΤΕ ΤΟΝ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟ ΣΚΟΠΟ ΚΑΘΕ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ.
3. ΕΞΕΤΑΣΤΕ ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΤΙΣ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ.
4. ΜΗΝ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΖΕΤΕ ΜΟΝΟΣ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΩΝ, ΟΤΑΝ ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΕΙΤΕ ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.
5. ΟΤΑΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΕΙΤΕ ΠΡΟΣΕΞΤΕ ΤΟΝ ΤΟΝΟ ΤΗΣ ΦΩΝΗΣ ΣΑΣ ΚΑΙ ΤΟ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΟΥ ΜΗΝΥΜΑΤΟΣ.
6. ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΕΙΤΕ ΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ.
7. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΕΙΤΕ ΓΙΑ ΤΟ ΑΥΡΙΟ, ΟΠΩΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΕΙΤΕ ΓΙΑ ΤΟ ΣΗΜΕΡΑ.
8. ΒΕΒΑΙΩΘΕΙΤΕ ΟΤΙ ΟΙ ΠΡΑΞΕΙΣ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ ΣΥΜΦΩΝΕΣ ΜΕ ΤΟ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΩΝ ΛΟΓΩΝ ΣΑΣ.
9. ΝΑ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΤΕ ΟΧΙ ΜΟΝΟ ΝΑ ΓΙΝΕΣΤΕ ΑΝΤΙΛΗΠΤΟΙ, ΑΛΛΑ ΚΑΙ ΝΑ ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΕΣΤΕ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ.
10. ΝΑ ΕΙΣΤΕ ΚΑΛΟΣ ΑΚΡΟΑΤΗΣ.

Επίσης, η καλή επικοινωνία γιατρού-ασθενούς βελτιώνει την υγεία του ασθενούς. Αρκετές μελέτες δείχνουν καθαρά μία συσχέτιση μεταξύ αποτελεσματικής επικοινωνίας και βελτίωσης θεραπευτικού αποτελέσματος. Το αποτέλεσμα συνδέεται με ψυχική υγεία, διαχωρισμό των συμπτωμάτων, λειτουργικότητα του ασθενούς, έλεγχο του πόνου και φυσιολογική πίεση αίματος (35).

Τέλος, δίνοντας την απαραίτητη έμφαση στο ρόλο της επικοινωνίας στη σχέση γιατρού-ασθενούς, ο γιατρός μπορεί να βοηθηθεί στη κατεύθυνση της σωστής διάγνωσης και θεραπευτικής

παρέμβασης. Σύμφωνα με τον Luban-Plazza (1995) «.. μία παρέμβαση είναι θεραπευτική όταν φέρνει στο προσκήνιο τον ψυχολογικό ή γνωστικό παράγοντα στη σχέση γιατρού-ασθενούς και καθιστά ικανό τον ασθενή να αναγνωρίσει κάτι καινούργιο για τον εαυτό του και –κάνοντας αυτό– ακόμη και να αλλάξει» (36).

## ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Πώς ορίζεται η επικοινωνία και σε ποια είδη διακρίνεται;
2. Τι σημαίνει μη-λεκτική επικοινωνία και ποιους σκοπούς εξυπηρετεί;
3. Πώς εκδηλώνεται η στάση αποδοχής του Ιατρού απέναντι στον ασθενή σε λεκτικό και μη-λεκτικό επίπεδο;
4. Έννοια της ενεργητικής ακρόασης και αξιοποίησή της από τον Ιατρό κατά την επικοινωνία του με τον ασθενή;
5. Ποια η σημασία της κοινωνικής επαφής στη σχέση ιατρού-ασθενούς;
6. Τι σημαίνει “δυσαναλογία ισχύος και κοινωνικής θέσης Ιατρού - Ασθενούς” και τί γνωρίζετε γι’αυτήν;
7. Ποια είναι τα “κανάλια” της μη λεκτικής επικοινωνίας; Αναπτύξτε εκείνο που εσείς κρίνετε ως σημαντικότερο.
8. Τι εκφράζουν οι στάσεις σώματος και οι χειρονομίες στη σχέση μας με τον ασθενή;
9. Πώς επιδρούν οι προκαταλήψεις και ο στερεότυπος τρόπος σκέψης του Ιατρού στη δημιουργία εμπιστευτικής σχέσης με τον ασθενή;
10. Ποιες αρχές πρέπει να μας κατευθύνουν κατά την προσέγγιση του ασθενούς και ποια τα πλεονεκτήματα της καλής επικοινωνίας μαζί του;

## ΑΣΚΗΣΗ

### “Διαβάζοντας τα μη προφορικά μηνύματα”

Σκέψου κάθε μη λεκτικό μήνυμα και την επίδρασή του στην ανοικτή, αμφίδρομη επικοινωνία. Αν θεωρείς ότι το μήνυμα έχει μία θετική επίδραση στην επικοινωνία, βάλε ένα “**Θ**” δίπλα από την λέξη, αν πιστεύεις ότι έχει αρνητική επίδραση στην επικοινωνία βάλε ένα “**Α**” δίπλα στη λέξη. Στο τέλος της σελίδας, κατέγραψε τα μηνύματα που θα στέλνατε στον ασθενή, έτσι ώστε να δημιουργήσετε ένα θετικό περιβάλλον με στόχο την σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή.

1. \_\_\_\_\_ Το σήκωμα του φρυδιού.
2. \_\_\_\_\_ Το χαμόγελο.
3. \_\_\_\_\_ Το κούνημα του κεφαλιού.
4. \_\_\_\_\_ Η διατήρηση της σιωπής όταν κάποιος μιλάει.
5. \_\_\_\_\_ Το κατσούφιασμα.
6. \_\_\_\_\_ Χρησιμοποιώντας την οπτική επαφή.

7. \_\_\_\_\_ Το παίξιμο των ματιών.
8. \_\_\_\_\_ Ξεκούραστος/η.
9. \_\_\_\_\_ Κοιτάζοντας μακριά από τον ασθενή.
10. \_\_\_\_\_ Να έχεις το σώμα σου σε γωνία με τον ασθενή.
11. \_\_\_\_\_ Να ανοίγεις χέρια και αγκώνες.
12. \_\_\_\_\_ Να κουνάς το κεφάλι σου δεξιά - αριστερά.
13. \_\_\_\_\_ Να κρατάς τους αγκώνες σου μπροστά στο στήθος.
14. \_\_\_\_\_ Να κοιτάς το πάτωμα.
15. \_\_\_\_\_ Κοιτάζοντας γύρω από τον ασθενή.
16. \_\_\_\_\_ Έχοντας μία κριτική έκφραση.
17. \_\_\_\_\_ Κοιτάζοντας μόνο τον ασθενή.
18. \_\_\_\_\_ Παίζοντας τα δάκτυλά σου.
19. \_\_\_\_\_ Να σηκώνεις τους ώμους σου.
20. \_\_\_\_\_ Να έχεις το σώμα σου στραμμένο σε κάποιο άλλο πρόσωπο.

\* \* \* \* \*

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Hogg M.A. and Vaughan G.M. Language and Communication. In: **Social Psychology: an introduction**. Prentice Hall, Harvester Wheatsheaf, London 1995, 479.
2. Ναυρίδης Κλ. Η διατομική επικοινωνία. Στο βιβλίο **Κλινική Κοινωνική Ψυχολογία**, Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα 1994, 103-105.
3. ό.π., 105-110.
4. ό.π., 110-112.
5. Πιπερόπουλος Γ. **Επικοινωνώ άρα Υπάρχω**. Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1996, 48,51.
6. Ivey A.E. και Gluckstern N.B. **Συμβουλευτική: Βασικές Δεξιότητες Επιρροής**, μτφ. επιμ. Μ. Μαλικιώση-Λοϊζου. Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995.
7. d'Elia G. [To know that the physician is really listening]. **Lakartidningen 1999** Jan 20;96(3):203-6.
8. Gorney M. The role of communication in the physician's office. **Clin Plast Surg 1999** Jan;26(1):133-41, ix.
9. Lang F. et al. Clues to patients' explanations and concerns about their illnesses. A call for active listening. **Arch Fam Med 2000** Mar;9(3):222-27.
10. Meryn S. Improving doctor-patient communication. **B M J 1998** June;316(7149):1922-30.
11. Ivey A.E. και Gluckstern N.B. **Συμβουλευτική: Βασικές Δεξιότητες Επιρροής**, μτφ. επιμ. Μ. Μαλικιώση-Λοϊζου. Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995.
12. Παπαδάτου Δ. και Αναγνωστόπουλος Φ. **Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας**. Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995.
13. Morris D. **Η Σημασία της Επαφής**, μτφ. Μ. Βερέττας. Εκδ. Ωρόρα, Αθήνα 1986, 180-186.
14. ό.π., 196-207.
15. Παπαδάκη-Μιχαηλίδη Ε. **Η Σιωπηλή Γλώσσα των Συναισθημάτων**. Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995, 15.
16. Pease A. **Η Γλώσσα του Σώματος**, μτφ. Δ. Ευαγγελόπουλος. Εκδ. Έσσοπτρον, Αθήνα 1991, 11.
17. Παπαδάκη-Μιχαηλίδη Ε. **Η Σιωπηλή Γλώσσα των Συναισθημάτων**. Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995, 15-18.
18. Hogg M.A. and Vaughan G.M. Language and Communication. In: **Social Psychology: an introduction**. Prentice Hall, Harvester Wheatsheaf, London 1995, 494.
19. Παπαδάκη-Μιχαηλίδη Ε. **Η Σιωπηλή Γλώσσα των Συναισθημάτων**. Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995, 62.
20. ό.π., 171.

21. Ong L.M. et al. Doctor-patient communication: a review of the literature. **Soc Sci Med** 1995 Apr;40(7):903-18.
22. Friedman H.S. The concept of skill in nonverbal communication: Implications for understanding social interaction. In R. Rosenthal (Ed.), **Skill in Nonverbal Communication: Individual Differences**. Cambridge, MA: Oelgeschlager, Gunn & Hain 1979, 2-27.
23. Boon H. and Stewart M. Patient-physician communication assessment instruments; 1986 to 1996 in review. **Patient Educ Couns** 1998 Nov;35(3):161-76.
24. Παπαδάκη-Μιχαηλίδη Ε. **Η Σιωπηλή Γλώσσα των Συναισθημάτων**. Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995, 158-172.
25. Knapp M.L. **Nonverbal Communication In Human Interaction**. New York: Holt, Rinehart & Winston 1978.
26. Παπαδάκη-Μιχαηλίδη Ε. **Η Σιωπηλή Γλώσσα των Συναισθημάτων**. Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995, 21-22.
27. ό.π., 52-56.
28. Hogg M.A. and Vaughan G.M. Language and Communication. In: **Social Psychology: an introduction**. Prentice Hall, Harvester Wheatsheaf, London 1995, 497,498.
29. Παπαδάκη-Μιχαηλίδη Ε. **Η Σιωπηλή Γλώσσα των Συναισθημάτων**. Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995.
30. Γεώργας Δ. Η επικοινωνία και οι διαπροσωπικές σχέσεις: Η μη λεκτική επικοινωνία. Στο βιβλίο **Κοινωνική Ψυχολογία**, Τόμος Α', Γεώργας Δ., Αθήνα 1990, 285-304.
31. Κομνηνάκης Μ.Κ. **Η Γλώσσα του Σώματος**. Εκδ. Έλλην, Αθήνα 1998, 127,128.
32. ό.π., 27-33.
33. Παπαδάκη-Μιχαηλίδη Ε. **Η Σιωπηλή Γλώσσα των Συναισθημάτων**. Εκδ. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1995, 119-127.
34. Hogg M.A. and Vaughan G.M. Language and Communication. In: **Social Psychology: an introduction**. Prentice Hall, Harvester Wheatsheaf, London 1995, 508.
35. Meryn S. Improving doctor-patient communication. **B M J** 1998 June;316(7149):1922-30.
36. Luban-Plozza B. Empowerment techniques: from doctor-centered (Balint approach) to patient-centered discussion groups. **Patient Educ Couns** 1995 Sep;26(1-3):257-63.

## ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Benbassat J. et al. Patients' preferences for participation in clinical decision making: a review of published surveys. **Behav Med** 1998 Summer; 24(2):81-8.
2. Byrne P.S. et al. Practitioners' use of non-verbal behaviour in real consultations. **J R Coll Gen Pract** 1980 Jun; 30(215):327-31.
3. DiMatteo M.R. et al. Nonverbal communication in the medical context: The physician-patient relationship. In P.D. Blank, R. Buck and R. Rosenthal (Eds.), **Nonverbal Communication in the Clinical Context**. University Park, P.A: Pennsylvania State University Press 1986, 74-98.
4. Epstein R.M. et al. Perspectives on patient-doctor communication. **J Fam Pract** 1993 Oct;37(4):377-88.
5. Hampshire A.J. Providing early clinical experience in primary care. **Med Educ** 1998 Sep;32(5):495-501.
6. Handfield-Jones R. and Kocha W. The role of medical organizations in supporting doctor-patient communication. **Cancer Prev Control** 1999 Feb;3(1):46-50.
7. Luban-Plozza B. Empowerment techniques: From doctor-centered (Balint approach) to patient-centred discussion groups. **Patient Educ Couns** 1995 Sep;26(1-3):257-63.
8. Mendez A. et al. Verbal and non-verbal behaviour of doctors while conveying distressing information. **Med Educ** 1986 Sep;20(5):437-43.
9. Phillips L.W. Language in disguise: nonverbal communication with patients. **Perspect Psychiatr Care** 1996 Jul-Aug;4(4):18-21.

10. Prkachin K.M. and Craig K.D. Influencing non-verbal expressions of pain: signal detection analyses. **Pain** 1985 Apr;21(4):399-409.
11. Shapiro J. Correlates in family-oriented physician communications. **Fam Pract** 1999 Jun;16(3):294-300.
12. Thistlethwaite J.E. and Jordan J.J. Patient-centred consultations: a comparison of student experience and understanding in two clinical environments. **Med Educ** 1999 Sep;33(9):678-685.
13. Vegni E. et al. The video recording of medical visits for the study of physician-patient rapport in general medicine. An experimental experience in Italy. [ Article in Italian ]. **Recenti Prog Med** 1999 Jan;90(1):9-12.
14. Vick S. and Scott A. Agency in health care. Examining patients' preferences for attributes of the doctor-patient relationship. **J Health Econ** 1998 Oct;17(5):587-605.
15. Williams S. et al. Doctor-patient communication and patient satisfaction: a review. **Fam Pract** 1998 Oct;15(5):480-92.
16. Winefield H. et al. What do experienced GPs really need in communication skills training? **Aust Fam Physician** 1995 Feb;24(2):101-103.

#### 4.2 Πριν την επίσκεψη στο ιατρείο: η στάση του ασθενούς απέναντι στον ιατρό

##### ΚΥΡΙΑ ΜΗΝΥΜΑΤΑ

- Η στάση του ασθενούς απέναντι στο γιατρό διαμορφώνεται από τις προηγούμενες εμπειρίες του και από την επίδραση του περιβάλλοντος.
- Ο ασθενής που περιμένει να εξεταστεί διακατέχεται από συναισθήματα άγχους και φόβου κυρίως για τη διάγνωση και τις πληροφορίες που θα του δώσει ο γιατρός .
- Οι προσδοκίες του ασθενούς που δεν αντιμετωπίζονται οδηγούν συχνά σε προβλήματα στη σχέση γιατρού ασθενούς ( κακή συμμόρφωση, κακή ανοχή της αγωγής ).
- Απαιτείται έρευνα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας για την καταγραφή των προσδοκιών των ασθενών σε σχέση με τις υπηρεσίες φροντίδας που τους παρέχονται.

Στις προηγούμενες ενότητες έγινε αναφορά στο ρόλο του ασθενή, όπως αυτός βιώνεται από το άτομο και στις πηγές στις οποίες μπορεί ν' απευθυνθεί προκειμένου να ζητήσει βοήθεια και θεραπεία. Η απόφαση του ασθενή να επισκεφτεί γιατρό αποτελεί και την αφετηρία για την οικοδόμηση της μεταξύ τους σχέσης. Οι επόμενες ενότητες θ' ασχοληθούν με τη σχέση αυτή γιατρού-ασθενούς, καθώς και με την ανάλυση των παραγόντων που τη συνθέτουν και διαμορφώνουν. Σ' αυτό το κεφάλαιο θα εξετάσουμε τις στάσεις του ασθενούς απέναντι στο γιατρό πριν την πρώτη επαφή που θα έχει μαζί του (στο ιατρείο ή στο σπίτι). Το κεφάλαιο αυτό, βασιζόμενο σε βασικές αρχές της κοινωνικής ψυχολογίας, που αφορούν τις στάσεις (attitudes) και τη συμπεριφορά (behaviour), στοχεύει στην ενημέρωση του νέου γιατρού σχετικά με την αντίληψη που έχει ο ασθενής γενικά για το γιατρό, τα συναισθήματα που τον συνοδεύουν πριν την προγραμματισμένη του επίσκεψη στο ιατρείο, καθώς και τις προσδοκίες του όσον αφορά τη συμπεριφορά του γιατρού.

#### 4.2.1. Η αντίληψη που έχει διαμορφώσει ο ασθενής για τον ιατρό

Η αντίληψη που έχει διαμορφώσει το άτομο για το γιατρό βασίζεται κύρια στις προηγούμενα βιωθείσες εμπειρίες του σχετικά με τον κοινωνικό ρόλο του γιατρού τόσο στη διάρκεια της παιδικής ηλικίας του όσο και στην υπόλοιπη ζωή του.

Οι θεωρίες της συμπεριφοράς σχετικά με τις στάσεις προσπαθούν να ερμηνεύσουν τη μάθηση, δηλαδή τη διαμόρφωση των στάσεων, με βάση την επίδραση του περιβάλλοντος επάνω στο άτομο (1). Οι θεωρίες της μάθησης ορίζουν τη στάση ως μια απλή συνήθεια διαμορφωμένη από το άμεσο περιβάλλον του ατόμου με βάση συγκεκριμένες αρχές. Οι κύριες έννοιες των διαφόρων θεωριών της μάθησης είναι η σύνδεση, η ενίσχυση και μίμηση (1).

Το παιδί μαθαίνει πρώτα από τις στάσεις και τη συμπεριφορά τόσο των μελών της οικογένειας του, κύρια των γονέων του, όσο και των συνομηλίκων του. Πολύ συχνά οι γονείς και οι συνομήλικοι μεταδίδουν στο παιδί θετικές στάσεις απέναντι στους γιατρούς (2). Οι στάσεις αυτές περικλείουν σεβασμό και εκτίμηση στο πρόσωπο του γιατρού και εκφράζουν το σημαντικό ρόλο και τη δύναμη που ο γιατρός έχει μέσα στην κοινωνία, στην οικογένεια και στον άρρωστο (2). Οι επισκέψεις του γιατρού στο σπίτι της οικογένειας διαμορφώνουν σιγά-σιγά στην αντίληψη του μικρού παιδιού την εικόνα ενός ανθρώπου με σημαντικές δυνάμεις. Το παιδί παρατηρεί ότι ο γιατρός κατέχει γνώσεις με τις οποίες μπορεί να ανακαλύπτει και να θεραπεύει ασθένειες, ενώ του αναγνωρίζονται από μέρους των γονέων του ιδιότητες με τις οποίες μπορεί να παραβαίνει ηθικές αρχές (π.χ. να εξετάζει το σώμα), καθώς και να πληροφορείται οικογενειακά μυστικά. Αυτές οι ιδιότητες του γιατρού τον κάνουν να ξεχωρίζει στα μάτια του παιδιού από τους άλλους ανθρώπους και να παρουσιάζεται ως ιδιαίτερα προικισμένο άτομο με ασυνήθιστες ικανότητες (αντιλαμβανόμενες περισσότερο ως μαγικές παρά ως ορθολογικές) και προνόμια (2). Η γενική επίσης γνώμη της κοινότητας στην οποία ζει και αναπτύσσεται το παιδί είναι αρκετά θετική για το γιατρό αφού σύμφωνα μ' αυτή ο γιατρός είναι ένα ευφυές και ευσυνειδητό άτομο, εξυπηρετικό και αφοσιωμένο στην εργασία του για τον άνθρωπο (2). Σύμφωνα με τον Τριάντη (3) μια διάσταση των στάσεων, στην οποία εμπεριέχεται το γνωστικό στοιχείο ο αυτών, είναι η πολιτιστική (subjective culture). Ο όρος αυτός του Τριάντη αναφέρεται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της κάθε κοινωνίας που απαρτίζουν κάποια συγκεκριμένη γνωστική κατηγορία ή στάση, όπως για παράδειγμα τις στάσεις που αφορούν το ρόλο των γιατρών μέσα στην κοινωνία. Τα τελευταία χρόνια ζούμε αλλαγές στο σύστημα διανομής της φροντίδας, όπου η χρήση της υψηλής τεχνολογίας αλλά και οι αλλαγές στην παραδοσιακή οικογένεια και ζωή έχουν μεταθέσει την επίσκεψη από το σπίτι ή το ιατρείο του ιατρού που υπηρετεί στην ύπαιθρο σε σύνθετες δομές, νοσοκομεία και διαγνωστικά εργαστήρια, με αποτέλεσμα η εικόνα του ιατρού ν' αλλάζει. Συχνά επίσης πληροφορούμαστε από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης για συγκρούσεις μεταξύ ιατρών και ασθενών ..... και φιλονικίες μέσω γενίκευσης άλλων στάσεων και αντιλήψεων για αυτό που προσωπικά ως παιδιά ή ασθενείς βίωσαν.

Εκτός από την οικογένεια, τους συνομηλίκους και γενικά την κοινωνία, τ' άτομα αποκτούν γνώμη για το γιατρό και για το τι περιμένουν απ' αυτόν μέσα από τις εμπειρίες που ως ασθενείς

μαθαίνουν. Ο Balint στο βιβλίο του "The Doctor, His Patient and the Illness"(4) γράφει για το πως ο γιατρός διδάσκει τον ασθενή του σχετικά με την αποστολική λειτουργία του (apostolic function). Η "εκπαίδευση" αυτή του ατόμου σχετικά με την αποστολική λειτουργία του γιατρού, που αποκτάται μέσω των προσωπικών του βιωμάτων και εμπειριών με τους γιατρούς, ξεκινά από την παιδική ηλικία, όπως προαναφέραμε, και συνεχίζεται σ' όλη τη ζωή. Αν και οι εμπειρίες αυτές συνήθως είναι θετικές, εν τούτοις δεν είναι σπάνιες και οι δυσάρεστες ή τραυματικές απότοκες κακής συνεργασίας του ασθενούς με το γιατρό. Οι αρνητικές αυτές εμπειρίες συνήθως διαμορφώνουν διαφορετικές, από τις παραπάνω αναφερθείσες, στάσεις απέναντι στο γιατρό και συχνά οδηγούν στη διακοπή της σχέσης γιατρού-ασθενούς. Σύμφωνα με τον Τριάντη (5) η προβλεπόμενη συμπεριφορά του ατόμου βρίσκεται σε συνάρτηση με την τάση συμπεριφοράς, τις συνήθειες, την ψυχολογική διέγερση και με τις συνθήκες του περιβάλλοντος. Οι συνήθειες του ατόμου στο παρελθόν συνήθως τον ωθούν να συμπεριφερθεί με ανάλογο τρόπο π.χ. εάν γνωρίζουμε πως συμπεριφέρεται στους γιατρούς, τότε ενδέχεται να προβλέψουμε πως θα συμπεριφερθεί στη δεδομένη στιγμή (1).

#### *4.2.2. Περιμένοντας τον ιατρό - συναισθήματα που συνοδεύουν τον ασθενή*

Ποικίλα συναισθήματα διακατέχουν τον ασθενή στο διάστημα που περιμένει να εξεταστεί. Σημαντική θέση ανάμεσα σε αυτά κατέχουν ο φόβος και το άγχος.

Φόβος και γενικά αναστάτωση χαρακτηρίζουν τον ασθενή που πρόκειται να επισκεφτεί τον γιατρό. Ο ασθενής γνωρίζει τις ιδιότητες του γιατρού όσο αφορά τη διάγνωση της ασθένειας του και ανησυχεί για το τι θα του πει. Σύμφωνα με την αντίληψη του ασθενή, ο γιατρός είναι εκείνος που θα επιβεβαιώσει ή όχι τις προϋπάρχουσες ανησυχίες και φόβους του, που είναι απότοκες της βίωσης συμπτωμάτων και καταστάσεων, καθώς και σε αρκετές περιπτώσεις αρρώστιας, γνωστής στον ασθενή και ευρισκομένης σ' εξέλιξη. Έτσι ο ασθενής αναμένει το γιατρό με δέος, αφού γνωρίζει ότι ο γιατρός είναι το πρόσωπο που όχι μόνο θα καθησυχάσει τους φόβους, τις ανησυχίες και το άγχος του σχετικά με την παρουσία ασθένειας αλλά και στην περίπτωση που αυτή υπάρχει θα την αντιμετωπίσει πριν αυτή εξελιχθεί και οδηγήσει στο θάνατο.

Κάτω από αυτά τα συναισθήματα και αναμένοντας τον γιατρό ο ασθενής, φαντάζεται διάφορες καταστάσεις και γεγονότα που θ' ακολουθήσουν τη διάγνωση του γιατρού. Αν και ο ασθενής συνήθως επιθυμεί και φαντάζεται ότι η ασθένεια του δεν είναι σοβαρή και ότι είναι θεραπεύσιμη, εν τούτοις δεν είναι σπάνιες 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 κατάσταση του. Συγχρόνως με τις φαντασιώσεις του αυτές ο ασθενής προετοιμάζει (διανοητικά) και μια ποικιλία απαντήσεων ή αντιδράσεων σε κάθε μια από τις καταστάσεις αυτές που έχει φανταστεί (2). Το φόβο και το άγχος του ασθενούς, όσον αφορά την πρόβλεψη της ασθένειάς του, επιδεινώνει και η αμφιβολία που συχνά τον διακρίνει, αφού πράγματι ο ίδιος δε γνωρίζει τι περαιτέρω θα συμβεί (6).

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι ο φόβος και το άγχος που συνοδεύουν τον ασθενή πριν την επίσκεψη του στο γιατρό συνδέονται κύρια με το μήνυμα (πληροφορία) που ο ίδιος αναμένει ν' ακούσει από το γιατρό παρά με το πρόσωπο του γιατρού, αν και μερικές φορές δεν είναι εύκολο να διακρίνει κανείς ποιος από τους δυο παράγοντες είναι υπεύθυνος.

Ο φόβος όμως του ασθενή που αναπτύσσεται πριν από την πρώτη του επαφή με το γιατρό του συνδέεται και με την αναμονή-αγωνία της μεταξύ τους γνωριμίας και της σχέσης που θα την ακολουθήσει. Έτσι ο ασθενής δε γνωρίζει πως ο γιατρός θα τον αντιμετωπίσει, εάν του συμπεριφερθεί ευγενικά, εάν κατανοήσει την κατάσταση του, εάν ενδιαφερθεί για τα διάφορα προβλήματά του, εάν διαγνώσει σωστά την ασθένεια του και εάν είναι ικανός να τον θεραπεύσει. Ο ασθενής ανησυχεί εάν ο ίδιος αρέσει στον γιατρό και εάν ο γιατρός αρέσει σ' αυτόν, ενώ συγχρόνως προετοιμάζει τον εαυτό του για ένα ευρύ φάσμα καταστάσεων, που πιθανόν ν' αντιμετωπίσει. Η διάσταση αυτή του φόβου του ασθενούς είναι συνδεδεμένη με τις προσδοκίες που έχει αυτός από το γιατρό και εξαρτάται τόσο από τα κοινωνικοπολιτιστικά του χαρακτηριστικά όσο και από την προσωπικότητα του. Έτσι αναμένεται ο περισσότερο "ανώριμος" και νευρωτικός ασθενής με πλήθος φαντασιώσεων και αναγκών, ν' απασχολήσει περισσότερο το γιατρό, ενώ δεν αποκλείεται να δημιουργήσει προβλήματα στην ανάπτυξη της μεταξύ των σχέσης (2).

Οι σκέψεις του αρρώστου που περιμένει τον γιατρό περιλαμβάνουν συγκεκριμένες ανησυχίες, προσδοκίες και ανάγκες. Προσδοκίες και ανάγκες του ασθενούς που δεν αντιμετωπίζονται συχνά οδηγούν σε συγκεκριμένα προβλήματα, όπως μεγάλες παρεξηγήσεις, μη επιθυμητές συνταγογραφήσεις που επιπλέον δεν ακολουθούνται και μη ανοχή της αγωγής. Σύμφωνα με τη μελέτη των Barry, et al που έγινε στην Αγγλία και στην Ιρλανδία, οι γενικοί γιατροί αποτυγχάνουν να αναγνωρίσουν το 54% των αιτιών προσέλευσης και το 45% των ανησυχιών των ασθενών τους (7). Οι Champion, et al έδειξαν ότι οι κοινωνικές και οι συναισθηματικές ανάγκες υποεκτιμώνται πιο συχνά (8). Οι γενικοί γιατροί εστιάζονται συνήθως στην ανάγκη του ασθενούς για θεραπεία παραμελώντας την ανάγκη τους για πληροφόρηση και υποστήριξη εκτός και αν αυτή εκδηλώνεται με έντονο άγχος οπότε είναι ευκολότερα αναγνωρίσιμη.

Στην μελέτη των Barry, et al μόνο 4 από τους 35 ασθενείς απάντησαν ότι καλύφθηκαν όλες οι προσδοκίες και οι ανάγκες τους κατά την επίσκεψη τους στο γενικό γιατρό (7).

Σήμερα, όλο και περισσότερο αναγνωρίζεται η ανάγκη μεγαλύτερης ανταπόκρισης της παρεχόμενης φροντίδας υγείας στις απαιτήσεις και στις ανάγκες των χρηστών του συστήματος υγείας .

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. Ωστόσο, μελέτες δείχνουν ότι τα άτομα χρήστες του συστήματος υγείας μπορεί να έχουν διαφορετικές απόψεις σχετικά με το τι εξασφαλίζει τη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Η άγνοια και η παραγνώριση των απόψεων αυτών μπορεί να έχει σημαντική επίδραση στην ικανοποίηση των αρρώστων αλλά και στην ανταπόκριση στις ιατρικές οδηγίες .

### Παράδειγμα από την βιβλιογραφία

Τα παραπάνω φαίνονται στο εξής παράδειγμα από την έρευνα των Barry et al στην οποία κατά την διάρκεια της αναμονής των ασθενών στο ιατρείο οι ερευνητές καλούσαν τους ασθενείς να απαντήσουν σε ορισμένες ερωτήσεις σχετικά με τις ανησυχίες τους και τις προσδοκίες τους αναφορικά με την επίσκεψη στον ιατρό :

Στην αίθουσα αναμονής του ιατρείου περιμένει μια νεαρή γυναίκα με τη τετράχρονη κόρη της . Απάντησε στις ερωτήσεις του ερευνητή και όταν ήρθε η σειρά της μπήκε στο ιατρείο όπου ρωτήθηκε από τον γενικό γιατρό για την αιτία προσέλευσης . Απάντησε ότι η κόρη της είχε ένα σοβαρό κρυολόγημα για τρεις εβδομάδες το οποίο τώρα έχει εξελιχθεί σε άσχημο βήχα **(συμπτώματα)**. Ζήτησε από το γιατρό να εξετάσει τους πνεύμονες της γιατί ανησυχεί μήπως έχουν προσβληθεί από το κρυολόγημα **(διαγνωστική θεωρία μητέρας)**. Εκείνος, εξέτασε το παιδί και έχοντας συμπεράνει ότι η μητέρα επιθυμούσε φαρμακευτική αγωγή, συνταγογράφησε αμοξικιλίνη .

Προηγουμένως, απαντώντας στις ερωτήσεις του ερευνητή είπε : "Η κόρη μου νιώθει άρρωστη, δεν κοιμάται καλά, βήχει τη νύκτα και είναι χλωμή " **(συμπτώματα \*)** .

"Θέλω να βεβαιωθώ ότι τα αυτιά της είναι εντάξει γιατί παλιά πάθαινε πολλές ωτίτιδες " **(διαγνωστική θεωρία μητέρας \*)**

"Δεν είμαι όμως σίγουρη ότι το κρύωμα δεν έχει πειράξει τους πνεύμονες της " **(εναλλακτική διαγνωστική θεωρία )**

"Θέλω να είμαι σίγουρη για το τι έχει η κόρη μου, φοβάμαι μην έχει μόνιμη βλάβη η υγεία της " **( πρόγνωση\* , φόβοι \*)**

"Θα προτιμούσα να μου πει ο γιατρός ότι δεν έχει λοίμωξη. Δεν νομίζω ότι τα αντιβιοτικά είναι καλή ιδέα αλλά αν χρειαστεί πρέπει να της τα δώσω " **( επιθυμητή διάγνωση\* , ανεπιθύμητη θεραπεία \*)**

"Την πήγα σε ένα ομοιοπαθητικό γιατρό για να ενισχύσει το ανοσοποιητικό της σύστημα αλλά μετά κρύωσε και τα χάπια που της έδωσε αυτός ο γιατρός δεν την έκαναν καλά. Για αυτό την έφερα εδώ " **( αποτυχία εναλλακτικών μεθόδων \*)** .

: παράμετροι που δεν εντοπίστηκαν από τον γιατρό κατά τη διάρκεια της εξέτασης.

Όταν, στη συνέχεια, ο γιατρός κλήθηκε από τον ερευνητή να επανεκτιμήσει την επίσκεψη της ασθενούς είπε σκεφτόμενος την στάση της μητέρας ότι μπορεί να μην εκτίμησε σωστά της ανάγκες της και ότι μπορεί να μην έπρεπε να συνταγογραφήσει αντιβιοτικό. Η μητέρα όμως του παιδιού συμπέρανε από την επίσκεψη της στο γιατρό ότι η κόρη της έχει σοβαρή λοίμωξη και έτσι αγόρασε το αντιβιοτικό το οποίο και έλαβε το παιδί έως το τέλος της προβλεπόμενης αγωγής.

Πηγή: Barry, et al, BMJ 2000

Οι Grol et al το 1998 διεξήγαγαν μια μελέτη σε 8 Ευρωπαϊκές χώρες που περιελάμβανε 3,540 άτομα τα οποία επισκέφθηκαν γενικό ιατρό. Για τα άτομα αυτά μεγαλύτερη αξία είχαν οι εξής παράμετροι σχετικά με την επαφή τους με το 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 συναισθήματα τους
- Αποδοχή της επιλογής εναλλακτικών μεθόδων θεραπείας
- Κόστος αγωγής

Πάντως όλες οι 38 παράμετροι που εξετάστηκαν αξιολογήθηκαν ως σημαντικές (9).

Δεν είναι γνωστό αν οι προσδοκίες και οι στάσεις των ασθενών είναι ίδιες σε όλες τις χώρες ή εξαρτώνται από το πολιτισμό και το σύστημα υγείας κάθε χώρας. Η συστηματική ανασκόπηση των σχετικών μελετών φανερώνει ότι δεν εστιάζονται στις ίδιες παραμέτρους και για αυτό έτσι 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 (9). Στη μελέτη των Grol et al βρέθηκαν περιορισμένες διαφορές στη στάση και τις προσδοκίες των ασθενών μεταξύ των χωρών στις οποίες έγινε η μελέτη (9).

#### ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

- Είναι απαραίτητο ο γενικός γιατρός να λαμβάνει πάντα υπόψιν του τις ανησυχίες , τις προσδοκίες και τις ανάγκες του ασθενούς που τον επισκέπτεται προκειμένου να εξασφαλίσει τη συνεργασία του και το θεραπευτικό αποτέλεσμα.
- Η οργάνωση και λειτουργία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας χρειάζεται να επανεκτιμηθεί με βάση τις απόψεις και των χρηστών της και μόνο των επαγγελματιών του συστήματος υγείας.

#### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Γεώργας Δ. Οι Στάσεις. Στο βιβλίο Κοινωνική Ψυχολογία, Γεώργα Δ., Αθήνα 1986, σ.σ. 120-163.

2. *Blum RH*. The Patient's Attitude toward the Doctor. In: The Management of The Doctor-Patient Relationship. McGraw-Hill Book Company, Inc.. New York, Toronto, London 1960, pp 67-93.
3. *Triandis HC*. Attitude and Attitude Change. New York: Wiley 1971.
4. *Balint M*. The Apostolic-Function - I. In: The Doctor, His Patient and the Illness, Pitman Medical Publishing Co.LTD. London, 1964, pp.215-229.
5. *Triandis HC*. Interpersonal Behavior. Monterey: Brooks/Cole. 1977.
6. *Blum RH*. The Office Call. In: The Management of The Doctor-Patient Relationship, McGraw-Hill Book Company, Inc., New York, Toronto, London 1960, pp.150-169.
7. *Barry et al* .Patients' unvoiced agenda in general practice consultations : qualitative study .BMJ 2000;320:1246-1250 .
8. *Campion PD et al*. Principle agendas of doctors and patients in general practice consultations . Family Practice 1992;9:181-190 .
9. *Grol et all*. Patients' priorities with respect to general practice care :an international comparison .

### **4.3 Η επίσκεψη στο ιατρείο**

**(Χ. Λιονής – Ν. Γεωργιάννος)**

#### **Εισαγωγή**

Σημαντική θέση στη σχέση γιατρού-ασθενούς κατέχει η πρώτη συνάντησή τους. Η πρώτη αυτή συνάντηση γίνεται συνήθως στο γραφείο του γιατρού είτε αυτό βρίσκεται στο ιδιωτικό του ιατρείο ή σε κάποια νοσηλευτική μονάδα ή σε Κέντρο Υγείας. Στο Ζ' Κεφάλαιο συζητήσαμε για τα συναισθήματα που συνοδεύουν τον ασθενή πριν την προγραμματισμένη επίσκεψή του στο γιατρό. Στο παρόν κεφάλαιο θα συζητήσουμε: την επίσκεψη του ασθενή στο γραφείο του γιατρού και τους παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν (θετικά ή αρνητικά) τη σχέση που πρόκειται ν' αναπτυχθεί μεταξύ τους. Ειδική αναφορά θα γίνει στην υποδοχή του ασθενούς από εντεταλμένα πρόσωπα του ιατρείου ή της μονάδας που εργάζεται ο γιατρός, στην παραμονή του στην αίθουσα αναμονής, στην πρόσκλησή του από τον/την νοσηλευτή/τρια του ιατρείου ή τον ίδιο το με το γιατρό στο χώρο του ιατρείου, τη συμπλήρωση της εξέτασης του σε παρακείμενα με το ιατρείο εργαστήρια, καθώς και την αναχώρησή του από το ιατρείο. Η ανάπτυξη των εννοιών του Κεφαλαίου αυτού θα επικεντρωθεί στην ελληνική πραγματικότητα είτε αυτή αφορά το ιδιωτικό ιατρείο ή το ιατρείο στο Νοσοκομείο ή στο Κέντρο Υγείας.

#### **4.3.1 Η αίθουσα αναμονής**

Αφού οι ασθενείς παραμένουν για μακρό χρονικό διάστημα έξω από το ιατρείο του γιατρού αναμένοντας την εξέτασή τους είναι φυσικό να ενδιαφέρει το γιατρό και τους σχεδιαστές υγειονομικών μονάδων ο χώρος (δωμάτιο) αναμονής. Ένας τέτοιος χώρος θα πρέπει να είναι έτσι σχεδιασμένος και επιπλωμένος ώστε να δημιουργεί ένα άνετο και ευχάριστο περιβάλλον τόσο στους ασθενείς, μικρούς και μεγάλους, όσο και για τους συνοδούς τους. Ένα τέτοιο δωμάτιο θα πρέπει να είναι καθαρό, ευήλιο και ευάερο, επιπλωμένο με αναπαυτικά καθίσματα και να προσφέρει τη δυνατότητα στους ασθενείς ανάγνωσης περιοδικών ή μικρών ευχάριστων βιβλίων. Εικόνες ή φωτογραφίες ασθενειών ή μηνυμάτων σχετικά με την υγεία-αρρώστια που προκαλούν τρόμο θα πρέπει ν' αποφεύγονται στο χώρο αναμονής, ο οποίος θα πρέπει να θυμίζει όσο το δυνατό περισσότερο ένα δωμάτιο της κατοικίας του ασθενούς. Παρόμοια θα πρέπει ν' αποφεύγεται η γειτνίαση του δωματίου αυτού με το ιατρείο εκτάκτων περιστατικών ή μικρών χειρουργικών πράξεων, καθώς και η ύπαρξη οδηγιών-πινακίδων που δείχνουν -τη θέση του χειρουργείου και του νεκροτομείου, προκειμένου να μην τροφοδοτείται η φαντασία των ασθενών με δυσάρεστες σκέψεις όσον αφορά την έκβαση της ασθένειας τους (2).

Η αίθουσα αναμονής ακόμη δε θα πρέπει να βρίσκεται σε άμεση γειτνίαση με το ιατρείο του γιατρού όχι μόνο για να μη τροφοδοτείται η φαντασία των ασθενών αλλά και για να μην επιτρέπεται μετάδοση ήχων (ομιλιών) και εικόνων από την εξέταση του ασθενούς, παραβιάζοντας έτσι το απόρρητο της εξέτασης και δυσαρεστώντας φυσικά τον ίδιο τον εξεταζόμενο. Ο χώρος αναμονής που παρουσιάζεται στις φωτογραφίες 5 και 6 δεν κρίνεται κατάλληλος ακριβώς εξ' αιτίας της άμεσης επαφής του με χώρους εξέτασης των ασθενών.

Ειδικά για τα παιδιά-ασθενείς θα πρέπει να προβλέπεται ξεχωριστός χώρος αναμονής. Τα παιδιά δε θα πρέπει να βρίσκονται στην ίδια αίθουσα αναμονής με τους ενήλικες-ασθενείς όχι μόνο γιατί το επιβάλλουν λόγοι δημόσιας υγείας αλλά γιατί είναι δυνατόν εικόνες και ήχοι από το χώρο της εξέτασης να τα τρομοκρατήσουν, δυσαρεστώντας συγχρόνως και τους γονείς που τα συνοδεύουν. Ένας τέτοιος ειδικός χώρος αναμονής για παιδιά θα πρέπει να είναι κατάλληλα διαμορφωμένος με αρκετές εικόνες, ζωγραφιές, παιδικά βιβλία και παιχνίδια όλα κατάλληλα σχεδιασμένα και ακίνδυνα για την υγεία τους.

Τέλος το δωμάτιο για τους ενήλικες ασθενείς θα πρέπει να προβλέπει προστατευόμενους χώρους (γωνίες) ειδικά διαμορφωμένους για σοβαρά ασθενείς και πολύ ντροπαλούς, οι οποίοι μπορεί να παραμείνουν σ' αυτούς χωρίς ν' ατενίζονται ή παρατηρούνται από άλλους (2).

Η αίθουσα αναμονής αποτελεί το χώρο όπου ο ασθενής παραμένει για κάποιο χρονικό διάστημα, αναμένοντας τη συνάντησή του με το γιατρό. Η εργονομική διαρρύθμιση της αποτελεί αντικείμενο των σχεδιαστών υγειονομικών μονάδων, ενώ η οργάνωσή της και η ευχάριστη λειτουργία της προτείνεται ως μέλημα του γιατρού και των υπόλοιπων εργαζομένων σε μια μονάδα υγείας.

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 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 στη υγιεινή και την ασφάλεια. Ιδιαίτερες διευκολύνσεις προβλέπονται για την εξυπηρέτηση ατόμων με ειδικές δυσκολίες.

Ιδιαίτερο μέλημα λαμβάνεται για την εύκολη πρόσβαση στην αίθουσα αναμονής και την κατάλληλη διαρρύθμιση και επίπλωση με στόχο τη δυνατότητα εύκολης και ασφαλούς κίνησης των ατόμων στο χώρο. Ανισόπεδοι χώροι, ολισθηρά δάπεδα και η πυκνή τοποθέτηση των επίπλων καλό είναι να αποφεύγονται. Επικίνδυνα σημεία όπως μεγάλοι υαλοπίνακες και σκαλοπάτια συνιστάται να φέρουν κατάλληλη σήμανση και διευκολύνσεις π.χ. χειρολαβές, Ανελκυστήρας, 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 στο χώρο αναμονής με καθήκον να παρέχει βοήθεια και εξυπηρέτηση σε όσους την έχουν ανάγκη θεωρείτο άλλοτε υπερβολική και περιττή, αποδεικνύεται ωστόσο στην πράξη ιδιαίτερα χρήσιμη εξασφαλίζοντας ταυτόχρονα την ασφάλεια αλλά και την ικανοποίηση των ασθενών και των συνοδών τους.

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.

Υπενθυμίζεται η σημασία της εργονομικής επιλογής και λειτουργικής διάταξης των επίπλων. Καθίσματα που αναγκάζουν σε βαθύ κάθισμα μπορεί να είναι ιδιαίτερα αναπαυτικά για μια ομάδα ανθρώπων, ταυτόχρονα ωστόσο καθίσταται ιδιαίτερα δύσκολη η χρήση τους από άλλες ομάδες όπως οι ηλικιωμένοι και άτομα με κινητικές δυσκολίες. Η επιλογή του υλικού των επίπλων είναι καλό να εξασφαλίζει την εύκολη συντήρησή τους και να επιτρέπει το συχνό καθαρισμό και περιποίησή τους προς εξασφάλιση της υγιεινής του χώρου.

Λαμβάνεται μέριμνα για τον υγιεινό και ασφαλή αερισμό της αίθουσας αναμονής. Η διατήρηση σταθερής θερμοκρασίας στο χώρο επιβληθείται 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. Συστήνεται κατάλληλη χρήση εξοπλισμού για την εξασφάλιση καλού φωτισμού αλλά και άνετης παραμονής στην αίθουσα αναμονής όπως πχ η χρήση σκιάστρων σε παράθυρα και υαλοπίνακες προσανατολισμένων στον ήλιο.

Ασθενείς που νιώθουν συστολή, πάσχουν από σοβαρές ασθένειες ή ασθένειες που επηρεάζουν την εμφάνισή τους, νιώθουν συχνά την ανάγκη να παραμείνουν μόνοι σε κάποιο χώρο, αποφεύγοντας την έκθεσή τους σε άλλους ανθρώπους. Ειδικά προστατευμένοι

χώροι(γωνιές) είναι καλό να προβλέπονται κατά τη διαμόρφωση της αίθουσας αναμονής ειδικά για το σκοπό αυτό.

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. Αυτονόητη, όπως για κάθε χώρο, θεωρείται η μέριμνα για την τήρηση κανόνων και ασφάλειας.

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 και να παραμένουν σε ειδικά διαμορφωμένους χώρους.

Πινακίδες ενημέρωσης ή κατεύθυνσης που παραπέμπουν σε ειδικούς χώρους όπως π.χ. ο θάλαμος νεκρών, φωτογραφίες / πίνακες ή τρισδιάστατα ομοιώματα που εμφανίζουν το μηχανισμό και την κλινική εκδήλωση ασθενειών, την εντόπιση και λειτουργία μελών του ανθρωπίνου σώματος, τον τρόπο δράσης φαρμάκων κτλ αποτελούν εικόνες με τις οποίες η πλειοψηφία των ανθρώπων δεν είναι εξοικειωμένοι. Η τοποθέτησή τους στην αίθουσα αναμονής είναι προτιμότερο να αποφεύγεται αφού συχνά προκαλούν τρόμο, δυσφορία, ανησυχία και δυσάρεστους συνειρμούς που επηρεάζουν αρνητικά τον ψυχισμό και την άνετη παραμονή του ασθενή και των συνοδών του στην αίθουσα. Η διακόσμηση της αίθουσας αναμονής είναι καλό να στοχεύει στο να κάνει τον επισκέπτη της να νιώσει ευχάριστα, ζεστά, άνετα και οικεία.

Η ύπαρξη διακριτικής μουσικής στο 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. Εκδόσεις ιατρικού περιεχομένου είναι καλό να μην είναι διαθέσιμες στο χώρο.

Η συνθήκες γειτνίασης της αίθουσας αναμονής με αίθουσες εξέτασης ασθενών, ιατρεία επειγόντων περιστατικών ή αίθουσες μικρών επεμβάσεων χρήζουν ιδιαίτερης προσοχής. Η διαμόρφωση και λειτουργία των χώρων κατά τρόπο που ελαχιστοποιεί την πιθανότητα οι ασθενείς και οι συνοδοί που αναμένουν να εκτεθούν σε δυσάρεστες εικόνες, ήχους και εμπειρίες που θα τους οδηγήσουν σε δυσάρεστους συνειρμούς και θα επηρεάσουν αρνητικά τον ψυχισμό τους, εξυπηρετεί ταυτόχρονα και την διασφάλιση της ιδιωτικότητας των ασθενών και του ιατρικού απορρήτου, παρέχοντάς τους άνεση και ικανοποίηση.

Η καθαριότητα και η τήρηση συνθηκών ασφάλειας και υγιεινής θεωρείται αυτονόητη για κάθε χώρο μιας υγειονομικής ομάδας.

#### Βιβλιογραφία:

-Blum RH. The Management of the Doctor-Patient, Relationship. (1960) Mc Graw-Hill Book Company, Inc., New York, Toronto, London.

#### **4.3.2 Η υποδοχή του ασθενή**

Η υποδοχή του ασθενούς γίνεται από ειδικά εντεταλμένο διοικητικό υπάλληλο στην περίπτωση νοσηλευτικής μονάδας ή Κέντρου Υγείας ή άτομο σε ειδικά διαμορφωμένο χώρο (φωτ. 4) ή από

άτομο που εκτελεί καθήκοντα γραμματέα στο ιατρείο του γιατρού. Η συνάντηση αυτή του ασθενούς με τα παραπάνω άτομα αποσκοπεί στην παροχή πληροφοριών και οδηγιών σχετικά με την εξέτασή του (ώρα, χώρος, όνομα γιατρού κ.ά.), καθώς και την ανεύρεση του ατομικού φακέλου υγείας του (εφ' όσον υπάρχει), ο οποίος περιέχει πληροφορίες όσον αφορά τις προηγούμενες επισκέψεις του σ' άλλους γιατρούς και τις τυχόν εφαρμοσθείσες θεραπείες. Η επαφή αυτή του ασθενούς εκτιμάται ως πολύ σημαντική, αφού όποιο πρόβλημα και εάν παρουσιαστεί σ' αυτήν αναμένεται να επηρεάσει τη σχέση γιατρού-ασθενούς που πρόκειται να δημιουργηθεί. Ο φοβισμένος, αγχωμένος και σε σύγχυση ευρισκόμενος ασθενής λίγο πριν την εξέτασή του από το γιατρό αναζητά ένα πρόσωπο ευγενικό, φιλικό, πρόθυμο και έτοιμο να του παράσχει την πληροφορία που χρειάζεται. Συχνά επίσης ο ασθενής δεν είναι ενημερωμένος για τον τρόπο οργάνωσης των υπηρεσιών της μονάδας στην οποία εργάζεται ο γιατρός, ούτε και για τις διαδικασίες προσυνεννόησης (gender-vous) που ακολουθούνται. Οι στάσεις και η συμπεριφορά του ασθενούς απέναντι στο προσωπικό του χώρου υποδοχής εξαρτώνται όχι μόνο από τις μαθημένες εμπειρίες του (γνωστική και συναισθηματική διάσταση των στάσεων) αλλά και από την προσωπικότητά του (1,2). Έτσι αναμένεται ο απαιτητικός ασθενής συχνά ν' αποτελεί πηγή δημιουργίας προβλημάτων λίγο πριν την επίσκεψη στο γιατρό.

Συνήθη σημεία που αποτελούν αιτίες δυσαρέσκειας του ασθενούς πριν την εξέταση του από το γιατρό είναι τα παρακάτω:

α. Η μη ευγενική και φιλική συμπεριφορά του προσωπικού του χώρου υποδοχής προς τον προσερχόμενο ασθενή.

β. Η ελλιπής πληροφόρηση του ασθενούς από τους υπαλλήλους αυτούς σχετικά με τη διαδικασία εξέτασής του και πιο συγκεκριμένα το ιατρείο που θα εξεταστεί, το χώρο που θα περιμένει, τη σειρά εξέτασής του και την ώρα που περίπου θα εξεταστεί. Ακόμη πιο συχνά ο ασθενής που επισκέπτεται γιατρό σε Νοσοκομείο-Κλινική ή Κέντρο Υγείας, δεν ενημερώνεται για τυχόν υπάρχουσες αλλαγές που αφορούν τη σειρά ή την ώρα εξέτασής του, ή ακόμη το γιατρό που θα τον εξετάσει μ' αποτέλεσμα όταν καθυστερημένα το πληροφορείται να θυμώνει και να οργίζεται προκαλώντας διάφορα επεισόδια λίγο έξω από την πόρτα του γραφείου του γιατρού. Τα γεγονότα αυτά που προκαλούν τη δυσαρέσκεια του ασθενούς είναι δυνατόν να μεταφερθούν και στο χώρο του ιατρείου και να επηρεάσουν τη σχέση γιατρού-ασθενούς πριν αυτή, προλάβει ακόμη να δημιουργηθεί.

Ο ασθενής κατά την επίσκεψή του σε μια μονάδα υγείας είναι φορτισμένος συναισθηματικά ενώπιον της ασθένειάς του και της επικείμενης συνάντησής του με το γιατρό. Κάθε πρόβλημα, σύγχυση, δυσαρέσκεια που μπορεί να προκύψει κατά τη φάση αυτή εκτιμάται πως μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τη σχέση που πρόκειται να δημιουργηθεί μεταξύ γιατρού και ασθενή.

Ειδικά εντεταλμένο άτομο είναι καλό να αναλαμβάνει αυτή την πρώτη επαφή με τον ασθενή κατά την προσέλευσή του σε μια μονάδα υγείας. Συνήθως πρόκειται για κάποιο διοικητικό

υπάλληλο ή νοσηλεύτη μιας μονάδας υγείας ή το άτομο που εκτελεί χρέη γραμματέα στο ιατρείο του γιατρού. 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.

Στόχο αυτής της πρώτης επαφής αποτελεί η ενημέρωση του ασθενή σχετικά με τις συνθήκες υπό τις οποίες θα λάβει χώρα η συνάντησή του με το γιατρό, η ώρα, ο χώρος, το όνομα του γιατρού, η πιθανή παροχή οδηγιών σχετικά με την εξέταση και η ανεύρεση και προσεκτική ταυτοποίηση της ατομικής κάρτας ή φακέλου υγείας του ασθενή όπου είναι καταγεγραμμένη 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 στάση και η συμπεριφορά του ασθενή κατά την πρώτη αυτή επαφή εξαρτάται από την προσωπικότητά του, επηρεάζεται ωστόσο αισθητά από τον τρόπο με τον οποίο εκείνος βιώνει την ασθένειά του και τις προηγούμενες εμπειρίες του σε παρόμοιους χώρους και καταστάσεις. Σε κάθε περίπτωση αναζητά ένα πρόσωπο ικανό και πρόθυμο να του παράσχει πληροφορίες σε κλίμα ευγένειας και κατανόησης.

Η οργάνωση του χώρου υποδοχής, των σχετικών αρχείων και των μεθόδων καταγραφής, ταξινόμησης, αναζήτησης, ανεύρεσης και παροχής της πληροφορίας είναι καλό να εξασφαλίζουν την αποτελεσματική ενημέρωση του ασθενή, να διασφαλίζουν την ιδιωτικότητά του, ελαχιστοποιώντας ταυτόχρονα κάθε καθυστέρηση και πιθανότητα πρόκλησης σύγχυσης ή δυσαρέσκειας στον ασθενή.

Συχνά αίτια δυσαρέσκειας ή σύγχυσης του ασθενή αποτελούν η έλλειψη ενημέρωσης σχετικά με τον τρόπο οργάνωσης των υπηρεσιών της μονάδας υγείας, τις διαδικασίες προσυνεννόησης (rendez-vous), τη διαδικασία και το χώρο της εξέτασης, την ώρα και την ακριβή σειρά προτεραιότητας ή τυχόν αλλαγές αυτών, το όνομα, την ιδιότητα και ειδικότητα του γιατρού. Ακόμη 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 του φακέλου, η προσβολή της ιδιωτικότητάς του.

Η αποφυγή της έντασης που δυνητικά δημιουργούν καταστάσεις σαν αυτές χρήζει ιδιαίτερης προσπάθειας και προσοχής, δεδομένου πως μειώνει το βαθμό ικανοποίησης του ασθενή από την παρεχόμενη φροντίδα και η μεταφορά της στο ιατρείο μπορεί να επηρεάσει τη σχέση του με το γιατρό πριν καν ακόμη εκείνη αρχίσει να δημιουργείται.

#### Βιβλιογραφία:

-Γεώργας Δ. Κοινωνική Ψυχολογία (1986) Αθήνα

-Blum RH. The Management of the Doctor-Patient, Relationship. (1960) Mc Graw-Hill Book Company, Inc., New York, Toronto, London.

#### 4.3.3 Αναμένοντας στη σειρά

Ένας από τους σημαντικούς παράγοντες που συμβάλλουν στη, δυσαρέσκεια του ασθενούς απέναντι στο γιατρό είναι και η παρατεταμένη αναμονή του έξω από το γραφείο του γιατρού. Η παρατεταμένη αυτή αναμονή του ασθενούς μπορεί να οφείλεται: α. σε καθυστερημένη άφιξη του γιατρού β. σε καθυστέρηση της εξέτασης των ασθενών είτε εξ αιτίας απασχόλησης του γιατρού σε κάποιο έκτακτο/επείγον περιστατικό ή ακόμη σε προσωπικό του πρόβλημα, είτε εξαιτίας της σπουδαιότητας που εμφάνιζαν κάποια από τα προγραμματισμένα για εξέταση άτομα. Κάθε καθυστέρηση του γιατρού, η οποία δεν δικαιολογείται, έστω εκ των υστέρων, προκαλεί αρνητική εντύπωση στον ασθενή, ιδιαίτερα μάλιστα όταν αυτός επισκέπτεται για πρώτη φορά το γιατρό. Ακόμη και όταν το γεγονός αυτό δεν προκαλέσει το φανερό εκνευρισμό του ασθενούς -όχι τόσο ασύνηθες στην ελληνική πραγματικότητα- εν τούτοις αποτελεί ένα από τους παράγοντες που συμβάλλουν στη διάσπαση της σχέσης ανάμεσα στο γιατρό και στον ασθενή. Σημαντικές, όσο αφορά το χρόνο, μάλιστα καθυστερήσεις περικλείουν τον κίνδυνο όχι μόνο ο γιατρός να χαρακτηριστεί μη ακριβής στην ώρα του ή απερίσκεπτος ή και αδιάφορος για τους ασθενείς του αλλά και να προκαλέσει το θυμό, την οργή και καμιά φορά και τις ύβρεις από μέρους του ασθενούς ή συχνά του περιβάλλοντος (συγγενείς, φίλοι) που τον συνοδεύει.

Για την αποφυγή της δυσαρέσκειας του ασθενούς και της διάσπασης της σχέσης γιατρού-ασθενούς ο γιατρός θα πρέπει να προγραμματίζει την εργασία του, ακόμη και εκεί που έχουν καθιερωθεί επισκέψεις μετά από προσυνεννόηση (appointment system). Ο ίδιος θα πρέπει να μελετήσει το χρόνο σε σχέση με τις διάφορες δραστηριότητες του και να τον καταναίμει σωστά παρέχοντας ικανό χρόνο για κάθε εξεταζόμενο ασθενή του. Ακόμα ο γιατρός θα πρέπει να φροντίσει να μην εμπλέκει την εξέταση επειγόντων περιστατικών με τις προγραμματισμένες μετά από προσυνεννόηση επισκέψεις, ούτε και να προγραμματίζει άλλες δραστηριότητες τις ώρες του ιατρείου του. Είναι σημαντικό να κατανοήσει ο γιατρός ότι είναι προτιμότερο να περιορίσει κάποιες από τις δραστηριότητές του παρά να προκαλέσει τη δυσαρέσκεια των ασθενών του. Συχνά γιατροί είναι αναγκασμένοι να δέχονται πολλές επισκέψεις ασθενών χωρίς να μπορούν να τις μειώσουν έστω και αν το θέλουν. Οποσδήποτε η απόφαση όσο αφορά τον αριθμό των ασθενών εξαρτάται από τον ίδιο το γιατρό αλλά αυτός θα πρέπει να σταθμίσει τα ωφέλη που θα αποκομίσει ο ίδιος και κάποιοι ασθενείς του με το κόστος που εκφράζεται τόσο στην προσωπική του κόπωση όσο και στην αναπόφευκτη δημιουργούμενη κακή σχέση μεταξύ αυτού και ενός αριθμού ασθενών του.

Αν παρά τις προσπάθειες για σωστή διαχείριση του χρόνου και προγραμματισμό των δραστηριοτήτων ο γιατρός καθυστερήσει στο ιατρείο του εξ αιτίας απασχόλησης σ' άλλη δραστηριότητα τότε καλό θα ήταν: α. Να ειδοποιήσει τη γραμματέα του ή τη νοσηλεύτρια με την

οποία πρόκειται να συνεργαστεί στο ιατρείο για την απρόβλεπτη καθυστέρηση και να της ανακοινώσει τον ακριβή χρόνο της άφιξης του και β. Να της ζητήσει να απευθυνθεί στους αναμένοντες αυτόν ασθενείς, προκειμένου αυτή εκ μέρους του:

1. να ζητήσει συγνώμη για την καθυστέρησή του,
2. να εξηγήσει την αιτία της καθυστέρησης του,
3. να τους διαβεβαιώσει ότι ο γιατρός λαβαίνει υπόψιν το χρόνο των ασθενών και αναγνωρίζει τη σημασία του και
4. να τους ενημερώσει σχετικά με αναμενόμενη ώρα άφιξης του

Στην περίπτωση που η καθυστέρηση του γιατρού οφείλεται στη σοβαρότητα ή στη φύση της αρρώστιας κάποιων εξεταζόμενων και τότε εκτιμούμε ότι είναι σωστό ο γιατρός να ενημερώσει τους ασθενείς που τον περιμένουν, δίνοντας τους μια πειστική εξήγηση. Μόνο με την παραπάνω συμπεριφορά, που αδρά περιγράψαμε, ο γιατρός θα μπορέσει να πείσει τους ασθενείς του ότι σέβεται και υπολογίζει το χρόνο τους, προλαβαίνοντας έτσι τη δυσαρέσκεια τους.

Η αποτελεσματική οργάνωση και διαχείριση του χρόνου και η συνέπεια στην τήρηση του προγράμματος προ-συνεννοημένης συνάντησης με το γιατρό, 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 γιατρό.

Η οργάνωση και τήρηση συστήματος προγραμματισμένων συναντήσεων με το γιατρό, μπορεί λειτουργώντας σωστά να ελαχιστοποιήσει το χρόνο αναμονής του ασθενή μειώνοντας έτσι την ανησυχία ή την πιθανότητα δυσαρέσκειάς του. Η αποτελεσματική λειτουργία ενός τέτοιου συστήματος αποτελεί ευθύνη του γιατρού, ο οποίος σε συνεργασία με το προσωπικό της μονάδας υγείας είναι καλό να διαμορφώνουν ένα ημερήσιο πλάνο, 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 των ασθενών.

Η σαφής και οργανωμένη κατανομή των καθηκόντων μεταξύ των ιατρών της μονάδας υγείας συμβάλει στην αποτελεσματική τήρηση ενός συστήματος προ-συνεννοημένων συναντήσεων και η εξυπηρέτηση μη προγραμματισμένων περιστατικών και επειγόντων είναι καλό να αποτελεί ιδιαίτερο καθήκον, ώστε να μην εμπλέκεται στη διαχείριση των προγραμματισμένων περιστατικών.

Κάθε έκτακτη ανάγκη που απαιτεί τροποποίηση του προγράμματος θα πρέπει να γίνεται εγκαίρως γνωστή στο προσωπικό της μονάδας υγείας, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η έγκαιρη και αποτελεσματική τροποποίηση του προγράμματος και ενημέρωση των ασθενών.

Η καθυστερημένη προσέλευση του ιατρού είναι καλό να αποφεύγεται. Στην περίπτωση που κάτι τέτοιο δεν είναι εφικτό, ο γιατρός οφείλει να ενημερώσει το προσωπικό της μονάδας υγείας

προκειμένου οι ασθενείς να ενημερωθούν για τυχόν μεταβολές του προγράμματος, την ακριβή ώρα άφιξης και τη νέα προγραμματισμένη ώρα συνάντησής τους με το γιατρό. Κατά την καθυστερημένη προσέλευσή του ο γιατρός είναι καλό να ζητήσει συγνώμη από τους ασθενείς του, να δικαιολογήσει την καθυστέρηση, να τους διαβεβαιώσει πως σέβεται το χρόνο και τις ανάγκες τους και πως η καθυστέρηση αυτή δεν θα εμπλακεί στην ποιότητα της φροντίδας τους.

Πολλές φορές, η φύση της νόσου, ιδιαίτερες ανάγκες ή δυνατότητες ασθενών, απαιτούν ιδιαίτερο χειρισμό με αποτέλεσμα την πρόκληση καθυστέρησης στην τήρηση του προγράμματος προ-συνεννοημένων συναντήσεων. Στην περίπτωση αυτή, είναι ευθύνη του γιατρού να δικαιολογήσει την καθυστέρηση αυτή στους υπόλοιπους ασθενείς και να τους ενημερώσει για τυχόν τροποποιήσεις του προγράμματος, προστατεύοντας ωστόσο πάντα την ιδιωτικότητα του κάθε ασθενή και τηρώντας το ιατρικό απόρρητο. Ανάλογη συμπεριφορά επιβάλλεται στην περίπτωση που ο γιατρός είναι υποχρεωμένος λόγω της κατάστασης της υγείας του ασθενή να του δώσει προτεραιότητα εις βάρος κάποιου άλλου, στην περίπτωση αυτή είναι καλό να επιδιώκεται η συγκατάθεση του δευτέρου.

Επί αυξημένης προσέλευσης ασθενών πέρα των προγραμματισμένων περιστατικών, ο γιατρός είναι καλό να εκτιμήσει το χρόνο και τις ανάγκες του και αφού ενημερωθεί και εκτιμήσει αδρά το λόγο προσέλευσης των ασθενών, να τους ενημερώσει σχετικά και εγκαίρως για την δυνατότητα μη προγραμματισμένης συνάντησης μαζί του -και τον υπολογιζόμενο χρόνο αναμονής τους στην περίπτωση αυτή- ή να τους προσφέρει μια εναλλακτική λύση προγραμματισμένης συνάντησης.

Κάθε αδικαιολόγητη καθυστέρηση και κάθε 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 το γιατρό, ενώ δεν είναι λίγες οι φορές που μετατρέπεται σε θυμό και οδηγεί σε ανοιχτή σύγκρουση.

Εν αναμονή της συνάντησης του με τον γιατρό, διαμορφώνεται για τον ασθενή το συναισθηματικό υπόβαθρο πάνω στο οποίο θα στηριχθεί η σχέση τους. Όπως σε κάθε φάση της φροντίδας του ο ασθενής είναι καλό να απολαμβάνει το συναίσθημα της αποδοχής, της κατανόησης και του σεβασμού.

#### Βιβλιογραφία:

Blum RH. The Office Call. In: The Management of the Doctor-Patient, Relationship. (1960) Mc Graw-Hill Book Company, Inc., New York, Toronto, London.

#### **4.3.4 Πριν τη συνάντηση με τον ιατρό-συναισθήματα που συνοδεύουν τον ασθενή**

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 το γιατρό. Έχοντας ήδη την εμπειρία του συμπτώματος, υποθέτει και υποδύεται το ρόλο του ασθενή και

προσέρχεται στο γιατρό προκειμένου να κατανοήσει τι του συμβαίνει, να το διαχειριστεί και να το αντιμετωπίσει.

Η φύση και οι χαρακτήρες της ασθένειας, η επίδραση της στη ζωή του, ο τρόπος με τον οποίο θα του συμπεριφερθεί ο γιατρός, το είδος της σχέσης που θα αναπτυχθεί μεταξύ τους και η αποτελεσματικότητα με την οποία θα διαχειριστεί και αντιμετωπιστεί η ασθένεια αποτελούν τους άξονες γύρω από τους οποίους κινείται η λογική και το συναίσθημα του ασθενή κατά την αναμονή της συνάντησής του με το γιατρό.

Η συναισθηματική και λογική αντίδραση του ασθενή απέναντι στην εμπειρία του συμπτώματος, διαμορφώνεται υπό την επίδραση του διανοητικού και μορφωτικού του επιπέδου, του πολιτιστικού υπόβαθρου και του κοινωνικού περιβάλλοντος, της γνώσης και των προηγούμενων εμπειριών του, τις δυνατότητες και τρόπο επιλογής του γιατρού του. Και ακόμη ψυχολογικών καταστάσεων όπως η υποχονδρίαση, η άρνηση, η ενοχή, η εξάρτηση, η ευαισθητοποίηση, η προτεραιότητα της προσοχής. Υπενθυμίζουμε εδώ την κατάθλιψη και την αυτο-απόρριψη, το φόβο, την αντίδραση στο φόβο, το άγχος, την απογοήτευση και θυμό, την απόσυρση ή απάθεια, την υπερβολή των συμπτωμάτων, την παλινδρόμηση, την εξάρτηση, και την εσωστρέφεια που αποτελούν τις κύριες αντιδράσεις στην ασθένεια και αναλύονται σε προηγούμενο κεφάλαιο.

Ο ασθενής προσδοκά από το γιατρό την υπομονή και την αποδοχή του, το 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 το γιατρό και η αγωνία για το αν η σχέση τους θα εξελιχθεί ανταποκρινόμενη σε αυτές του τις προσδοκίες, αποτελούν συναισθήματα που αναδύονται σε αυτή τη φάση της αναμονής της συνάντησης.

Η ανησυχία για τη φύση της ασθένειας, το άγχος για τις δυνατότητα και τον τρόπο αντιμετώπισής της, η ελπίδα για μια ανώδυνη εξέλιξη, ο φόβος για δυσάρεστες προεκτάσεις και επιδράσεις στη ζωή του και ακόμη εκείνος ο αιώνιος φόβος του θανάτου, χαρακτηρίζουν επίσης αυτή τη φάση της συναισθηματικής κατάστασης του ασθενή. Διαφορετικές υποθετικές καταστάσεις, δημιουργήματα της φαντασίας του ασθενή, αναζητούν λύσεις και εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης.

Ο γιατρός είναι το πρόσωπο που ως ειδικός θα τοποθετήσει την ασθένεια και τις προεκτάσεις της σε πραγματικό πλαίσιο, θα επιβεβαιώσει ή θα διαψεύσει τους φόβους και τις ανησυχίες του και θα τον συντροφεύσει στα επόμενα στάδια εξέλιξης, διερεύνησης και αντιμετώπισης της ασθένειας. Δημιουργείται έτσι η ψυχολογία της εξάρτησης του ασθενή από το

γιατρό και εκεί υποβόσκει συχνά το αίσθημα του ανίδευου και αδυνάμου απέναντι στον γνώστη και ισχυρό.

Ο ασθενής προετοιμάζεται για τη συνάντηση με το γιατρό, στην προσπάθειά του να επιτύχει μια θετική ανταπόκρισή του και να συνεισφέρει το μέγιστο σε μια αποτελεσματική συνάντησή τους. Προσπαθεί να οργανώσει τη σκέψη του, να συνοψίσει τα όσα κρίνει πως πρέπει να συζητήσει με το γιατρό, δημιουργεί ένα δικό του πλαίσιο σημαντικών πληροφοριών, βασικών αποριών και κύριων προτεραιοτήτων.

Αυτή την ευάλωτη συναισθηματική κατάσταση του ασθενή μπορεί να επηρεάσει ανάλογα κάθε θετική ή αρνητική συναισθηματική φόρτιση του ασθενή, που αφορά την διαχείρισή του και τη συμπεριφορά του προσωπικού της μονάδας υγείας από τη στιγμή της καταχώρησης μιας προσυννεοημένης συνάντησης με το γιατρό 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.

#### Βιβλιογραφία:

-Blum RH. The Management of The Doctor-Patient Relationship. (1960) McGraw-Hill Book Company, Inc.. New York, Toronto, London.

-Barry et al .Patients' invoiced agenda in general practice consultations : qualitative study .BMJ 2000;320:1246-1250 .

-Grol et all. Patients' priorities with respect to general practice care :an international comparison .

#### **4.3.5 Πριν τη συνάντηση με τον ασθενή-προετοιμασία του γιατρού**

Από την πρώτη στιγμή της συνάντησής του με το γιατρό ο ασθενής έχει την ανάγκη να νιώσει ευπρόσδεκτος. Το ενδιαφέρον του γιατρού είναι καλό να είναι έκδηλο από την πρώτη στιγμή και η προσοχή του απολύτως επικεντρωμένη στον ασθενή. Μια τέτοια προσέγγιση προϋποθέτει τη σχετική προετοιμασία του γιατρού.

Εκκρεμότητες που σχετίζονται με τη λειτουργία του ιατρείου, άλλες επαγγελματικές ή προσωπικές εκκρεμότητες είναι καλό να τακτοποιούνται και να ρυθμίζονται σχετικά πριν τη συνάντηση με τον ασθενή. Αν δεν είναι εφικτή η ολοκλήρωσή τους είναι προτιμότερο να αναβάλλεται για αργότερα. Η εικόνα του γιατρού που υποδέχεται τον ασθενή συμπληρώνοντας στο αρχείο του στοιχεία για τον προηγούμενο, 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.

Ο χρόνος συνήθως πιέζει και η αποτελεσματική οργάνωσή του επιτρέπει την επίτευξη του επιθυμητού στόχου αποφεύγοντας τη σπατάλη σε βιαστικές και πρόχειρες κινήσεις. Ο τακτικός

έλεγχος του ημερήσιου προγράμματος και η λειτουργική αναπροσαρμογή του με βάση τις ανάγκες συμβάλλουν προς την κατεύθυνση αυτή.

Προτείνεται μέριμνα από το γιατρό 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 του ίδιου του γιατρού από τον εαυτό του. Η ζέση ή το κρύο, η πείνα ή άλλες φυσικές ανάγκες αν δεν καλυφθούν θα είναι παρούσες και κατά τη συνάντηση του γιατρού με τον ασθενή, επηρεάζοντας την αποτελεσματικότητά της. Αυτή είναι η προτιμότερη φάση για την κάλυψη αναγκών ή επιθυμιών του γιατρού όπως ένα προσωπικό τηλεφώνημα ή μια επαφή με το φιλικό ή οικογενειακό του περιβάλλον.

Η συγκέντρωση ή ανάκληση πληροφοριών και στοιχείων για το ιστορικό του ασθενή που πρόκειται να συναντηθεί με το γιατρό 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 το γιατρό, συμβάλλουν σε μια αποτελεσματική διαχείριση της συνάντησης και μείωση του αισθήματος αβεβαιότητας των εμπλεκόμενων σε αυτή.

#### Βιβλιογραφία:

- Kurtz S, Silverman J, Draper J (2005) - Teaching and Learning Communication Skills in Medicine - (2<sup>nd</sup> Ed).Radcliffe Publishing (Oxford)
- Silverman J, Kurtz S, Draper J (2005) - Skills for Communicating with Patients - (2<sup>nd</sup> Ed).Radcliffe Publishing (Oxford)
- Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J(2003) - Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides Academic Medicine;78(8):802-8

#### **4.4 Η συνάντηση γιατρού- ασθενή**

##### **(Χ. Λιονής – Ν. Γεωργιάννος)**

Μετά από κάποιο χρόνο αναμονής ο ασθενής καλείται να εισέλθει στο γραφείο του γιατρού. Στο σημείο αυτό, που θεωρείται κεντρικό, διάφοροι παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν τη σχέση γιατρού-ασθενούς.

##### *4.4.1 Ο τρόπος πρόσκλησης του ασθενούς*

Η πρόσκληση του ασθενούς μπορεί να γίνει από τη γραμματέα του γιατρού (περίπτωση ιδιωτικού ιατρείου) ή τη νοσηλεύτρια του ιατρείου (περίπτωση ιατρείου Νοσοκομείου ή Κέντρου Υγείας). Θα συζητήσουμε για λίγο τη δεύτερη περίπτωση, που αποτελεί συνηθισμένη εικόνα των δημόσιων (κρατικών) μονάδων υγείας στη χώρα μας και συχνά πηγή δημιουργίας έντασης και δυσαρέσκειας του ασθενούς. Στη χώρα μας και στα ιατρεία χρόνιων περιστατικών, τα οποία λειτουργούν μετά από προσυνενόηση με τους ασθενείς, ο πιο συνηθισμένος τρόπος πρόσκλησης του ασθενούς από τη νοσηλεύτρια είναι η αναγγελία ενός αριθμού που αποτελεί τη σειρά προτεραιότητας συγκεκριμένου ασθενούς. Ο τρόπος αυτός πρόσκλησης δημιουργεί προβλήματα στον ασθενή και συχνά επηρεάζει τη σχέση που πρόκειται ν' αναπτύξει με το γιατρό γιατί:

α. Αυξάνει την ανασφάλεια και το άγχος του ασθενούς, που αισθάνεται να τον αντιμετωπίζουν όχι ως ένα συγκεκριμένο πρόσωπο.

β. Η παράλειψη ή υπερπήδηση αριθμών χωρίς προηγούμενη ενημέρωση από τη νοσηλεύτρια ή το γιατρό δημιουργούν εσφαλμένες εντυπώσεις στον ασθενή, ο οποίος αισθάνεται παραγκωνισμένος και όχι σπάνια θυμωμένος, αφού νομίζει ότι παραβιάστηκε η σειρά του.

γ. Αντιμετωπίζεται γενικά από τους ασθενείς ιδιαίτερα τους απαιτητικούς με δυσπιστία, αφού θεωρούν το παρεμβαλλόμενο πρόσωπο (νοσηλεύτρια) μεταξύ αυτών και του γιατρού ως μέσο αλλαγής ή τροποποίησης της σειράς προτεραιότητάς των.

δ. Δεν παρέχει ενημέρωση και πληροφόρηση σχετικά με την καθυστέρηση του γιατρού στη διαδικασία εξέτασης των ασθενών.

Ιδανική κατάσταση, σύμφωνα με τη γνώμη μας, θα ήταν εκείνη στην οποία δε θα παρεμβαλλόταν μεταξύ γιατρού-ασθενούς νοσηλεύτρια ή άλλος εργαζόμενος αλλά την ευθύνη της πρόσκλησης ή πρώτης επαφής θα αναλάμβανε ο ίδιος ο γιατρός προσκαλώντας τον ασθενή με το όνομα του και αποδίδοντας του πλήρη σεβασμό. Στις περιπτώσεις που η παραπάνω αντιμετώπιση εκτιμάται ως αδύνατη καλό θα ήταν η νοσηλεύτρια πριν την έναρξη του ιατρείου να ενημέρωνε, σε συνεργασία με τη διοικητική υπάλληλο του χώρου υποδοχής (receptionist), τους ασθενείς όσο αφορά τη σειρά προτεραιότητας τους, εξηγώντας τους συγχρόνως τον τρόπο που αυτή αποκτήθηκε.

Η νοσηλεύτρια επίσης θα πρέπει να προσκαλεί τον ασθενή με το επίθετο και το όνομα προσφωνώντας τον ως κύριο/κυρία και απευθυνόμενη προς αυτόν με ευγένεια και σεβασμό. Στις περιπτώσεις αυτές και ιδιαίτερα όταν ο γιατρός καθυστερεί στην εξέταση των ασθενών για διάφορους λόγους (π.χ. απασχόληση εξ αιτίας σοβαρού περιστατικού) προτιμότερο θα ήταν αντί της νοσηλεύτριας να μετέβαινε ο ίδιος στο χώρο αναμονής, προκειμένου ο ίδιος να εξηγήσει το λόγο της καθυστέρησης του και να προσδιορίσει το νέο χρόνο εξέτασης των αναμενόντων ασθενών.

#### **4.4.2 Η αίθουσα εξέτασης**

Η διαμόρφωση του ιατρείου στο οποίο θα εξεταστεί ο ασθενής παίζει σημαντικό ρόλο στην σχέση γιατρού-ασθενούς. Σύμφωνα με τον Blum η διακόσμηση και τα έπιπλα πρέπει να είναι σύγχρονα, νοικοκυρεμένα και καθαρά, επειδή συχνά ο ασθενής συσχετίζει το νεωτερισμό (modernity) του χώρου με τις σύγχρονες γνώσεις όσο αφορά τη διάγνωση και τη θεραπεία της ασθένειας (2). Το καθαρό και περιποιημένο επί της ιατρείας συνήθως συσχετίζεται με την υγιεινή της σύγχρονης ιατρικής. Σύμφωνα ακόμη με τον Blum τα έπιπλα πρέπει να είναι απλά και άνετα, ενώ τα χρώματα και γενικά η διακόσμηση να είναι "ζεστή" και χαρούμενη.

Το περιβάλλον συμβάλει στη διαμόρφωση του συναισθήματος και αυτό το συναίσθημα επηρεάζει τη συμπεριφορά των ανθρώπων. Οι μεγάλοι όγκοι και η υπέρμετρη πολυτέλεια

προκαλούν συστολή και συναισθήματα υποταγής ή αφανισμού. Η έλλειψη άνεσης και «ζεστής» ατμόσφαιρας προκαλούν εγρήγορση και ένταση και υποβάλλουν τον ασθενή σε μια αίσθηση μείωσης του ζωτικού του χώρου. Οι μεγάλοι και αυστηροί χώροι επιβάλλουν την ανάπτυξη τυπικών επαγγελματικών σχέσεων.

Όπως και στην αίθουσα αναμονής, φωτογραφίες / πίνακες ή τρισδιάστατα ομοιώματα που εμφανίζουν το μηχανισμό και την κλινική εκδήλωση ασθενειών, την εντόπιση και λειτουργία μελών του ανθρωπίνου σώματος, τον τρόπο δράσης φαρμάκων είναι προτιμότερο να αποφεύγονται αφού συχνά προκαλούν τρόμο, δυσφορία, ανησυχία και δυσάρεστους συνειρμούς στον ασθενή. Στόχος παραμένει μια ευχάριστη ατμόσφαιρα οικειότητας και άνεσης που θα υποστηρίξει την ανάπτυξη μιας αποτελεσματικής σχέσης γιατρού – ασθενή.

Από τα έπιπλα μεγάλη σημασία για τη σχέση γιατρού ασθενούς έχουν το γραφείο του γιατρού και η καρέκλα του ασθενούς. Αρκετή συζήτηση έχει διεξαχθεί όσο αφορά τη θέση και την απόσταση που πρέπει να έχουν μεταξύ των τα δυο αυτά έπιπλα. Η συνηθισμένη θέση του γιατρού και του ασθενούς στη διάρκεια της λήψης του ιστορικού στο ιατρείο είναι αυτή που φαίνεται στη φωτογραφία 7. Ένα δηλαδή μεγάλο γραφείο σε σχήμα παραλληλογράμμου, με το γιατρό να κάθεται σε υψηλότερη, σε σύγκριση με τον ασθενή, καρέκλα (ή πολυθρόνα, συχνά περιστρεφόμενη) σ' αντίθετη θέση από τον άρρωστο, που κάθεται συνήθως σε μια στενή καρέκλα και σε απόσταση 1,5 μέτρων από το γιατρό. Η χαμηλότερη αυτή θέση του αρρώστου, σε σχέση με το γιατρό, συχνά κάνει αυτόν να αισθάνεται μικρότερος και λιγότερο σημαντικός, ενώ συγχρόνως του αυξάνει το δέος και το φόβο που έχει από πριν για το γιατρό. Η αμοιβαία αλλαγή των δυο καρεκλών μάλλον αυξάνει την ανησυχία του ασθενούς, ενώ συγχρόνως δημιουργεί σύγχυση όσον αφορά την εικόνα που αυτός έχει σχηματίσει για το γιατρό. Έτσι είναι προτιμότερο γιατρός και ασθενής να κάθονται σε παρόμοιες καρέκλες ευρισκόμενες στο ίδιο ύψος. Αν και ο Blum σημειώνει ότι αλλαγή της παραδοσιακής θέσης των καθισμάτων γιατρού και ασθενούς (γιατρός-ασθενής σ' αντίθετη θέση) μπορεί να προκαλέσει την έκπληξη, και τη δυσαρέσκεια του ασθενούς (2), εν τούτοις σύμφωνα με την προσωπική μας εμπειρία η θέση του γιατρού και του ασθενούς, που απεικονίζεται στη φωτογραφία 8 είναι ικανή να βελτιώσει την μεταξύ τους επικοινωνία.

Η απόσταση μεταξύ γιατρού-ασθενούς είναι πολύ σημαντική. Εάν αυτή είναι αρκετά μακριά τότε ο ασθενής αισθάνεται "παραγκωνισμένος" ή και απορριπτόμενος. Η πολύ κοντινή θέση (ασθενής δίπλα στο γιατρό) εξ ίσου ενοχλεί τον ασθενή και τον κάνει συνήθως να αισθάνεται άβολα, αφού τον αναγκάζει να σηκώσει το κεφάλι προκειμένου να κοιτάξει το γιατρό. Η αμηχανία συγχρόνως του ασθενούς αυξάνεται τη στιγμή που δεν είναι προετοιμασμένος ν' αντιμετωπίσει τη στάση αυτή του γιατρού, την οποία συνήθως αντιλαμβάνεται ως υπερβολικά οικεία. Η ιδανική απόσταση μεταξύ γιατρού-ασθενούς εξαρτάται από τις πολιτιστικές και κοινωνικές αντιλήψεις τους (2). Σύμφωνα με τον HaII (3) η απόσταση που πρέπει να έχουν δυο κανονικά συνομιλούντα άτομα πρέπει να είναι μεταξύ 51/2 και 8 ποδιών (1,68 έως 2,43 μέτρα).

Η θέση του γραφείου του γιατρού μέσα στο ιατρείο έχει μεγάλη σημασία. Ένα γραφείο τοποθετημένο πολύ κοντά στην πόρτα του ιατρείου συχνά δημιουργεί προβλήματα, αφού επιτρέπει

τη μετάδοση της συνομιλίας με τον άρρωστο στον έξω χώρο στον οποίο συχνά περιμένουν ασθενείς, ενώ συγχρόνως κάθε άνοιγμα της πόρτας από απρόσκλητους επισκέπτες διακόπτει την επικοινωνία γιατρού-ασθενούς και προκαλεί τη δυσαρέσκεια του ασθενούς.

Μακριά επίσης από την πόρτα και την κοινή θέα πρέπει να είναι το εξεταστικό κρεβάτι, δίπλα στο οποίο καλό θα ήταν να υπάρχει ένα "παραβάν" για τους ασθενείς που επιθυμούν να προφυλαχθούν από την παρατήρηση άλλων ατόμων που θα εισέρχονταν στο ιατρείο στη διάρκεια της εξέτασης τους.

Προτείνεται η λήψη ιδιαίτερων μέτρων διευκόλυνσης ατόμων με ειδικές ανάγκες και ηλικιωμένων (σκαλοπάτι, εύκολη πρόσβαση στην τουαλέτα, κτλ)

#### Βιβλιογραφία:

#### ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ ΜΑΘΗΜΑΤΟΣ

-Blum RH. The Management of the Doctor-Patient, Relationship. (1960) Mc Graw-Hill Book Company, Inc., New York, Toronto, London.

-Γεώργας Δ. Κοινωνική Ψυχολογία. (1986) Αθήνα

### **4.4.3 Η ιατρική συνέντευξη και κλινική εξέταση**

#### *Η γνωριμία με τον ασθενή*

Μετά την υποδοχή του ασθενούς ο γιατρός θα πρέπει να αφιερώσει χρόνο, προκειμένου να εξοικειωθεί και να γνωριστεί μαζί του. Μερικοί γιατροί αρχίζουν αμέσως τη διαδικασία της συνέντευξης απευθύνοντας ερωτήσεις σχετικές με την αιτία επίσκεψης. Μια τέτοια συμπεριφορά πιθανά να βρει απροετοίμαστο τον ασθενή και να μην οδηγήσει στη σχέση που ο γιατρός επιθυμεί και στοχεύει. Ο ασθενής χρειάζεται λίγο χρόνο για να νοιώσει φιλικά με το γιατρό και να του αποκαλύψει στη συνέχεια τα προβλήματα υγείας του. Ο γιατρός μπορεί να συμβάλλει σ' αυτό λαμβάνοντας πληροφορίες που αφορούν το ονοματεπώνυμο του ασθενούς, την ημερομηνία γέννησής του, τον τόπο καταγωγής και μόνιμης κατοικίας του. Έτσι ο γιατρός όχι μόνο δίνει την ευκαιρία στον ασθενή να προσαρμοστεί στο ξένο γι' αυτόν περιβάλλον αλλά και συγχρόνως συλλέγει χρήσιμες πληροφορίες, που ουσιαστικά αποτελούν μέρος της λήψης ιστορικού (history taking). Άλλες πληροφορίες, που μπορεί ο γιατρός να ζητήσει στη διάρκεια της γνωριμίας του με τον ασθενή, είναι (2): οικογενειακή κατάσταση, μέγεθος οικογένειας, κατάσταση, συνθήκες διαβίωσης, παρουσία στενών συγγενών στο σπίτι, επάγγελμα και συνδεδόμενες μ' αυτό χαρές και λύπες, εκπαίδευση-μορφωτικό επίπεδο, γνώσεις σε θέματα υγείας, οικογενειακό εισόδημα και στάσεις -εμπειρίες του ασθενούς σχετικά με την αρρώστια, περιλαμβάνοντας και τραυματικές εκθέσεις σε ασθένειες μελών οικογένειας ή ακόμα και σ' αυτόν τς θάνατο.

Στο διάστημα αυτό, της γνωριμίας με τον ασθενή, ο γιατρός μπορεί να καταγράψει στοιχεία που αφορούν τις βασικές στάσεις του ασθενούς απέναντι στους γιατρούς και έτσι ν' ανακαλύψει χαρακτηριστικό διαφόρων τύπων ασθενών όπως του απαιτητικού (unreasonable), μη συνεργάσιμου (uncooperative), εξαρτημένου (dependent), καχύποπτου (suspicious) ή εχθρικού (hostile) ().

Στη χρονική φάση αυτή, όσο και στην επόμενη, της λήψης ιστορικού, χρήσιμες είναι οι γνώσεις που δανειζόμαστε από την κοινωνική ψυχολογία και αφορούν τη δυαδική επικοινωνία. Η επικοινωνία μεταξύ ατόμων πραγματοποιείται μέσω διαφόρων διόδων. Μια απ' αυτές είναι η λεκτική επικοινωνία η οποία περιλαμβάνει όχι μόνο το λόγο (προφορικό ή γραπτό) αλλά και όλα τα φαινόμενα που συνδέονται με τον προφορικό λόγο όπως τον τόνο της φωνής, τη συναισθηματική ένταση, επαφικά φαινόμενα κ.ά. (), Ο προφορικός λόγος στέλνει περισσότερα μηνύματα, επειδή ο συναισθηματικός τόνος της φωνής, ο τονισμός των λέξεων και άλλα μη γλωσσικά φαινόμενα στέλνουν πληροφορίες που ενισχύουν ή αναιρούν το νόημα των λέξεων (). Για περισσότερες λεπτομέρειες, όσο αφορά τις επιμέρους μεταβλητές της λεκτικής επικοινωνίας και πιο συγκεκριμένα τη συναισθηματική σημασία του λόγου (συναισθηματική φόρτιση ή υποδήλωσή του), τα επιτονικά φαινόμενα (στιγμαίος emphaticός τονισμός λέξεων ή συλλαβών), τα επαφικά φαινόμενα (ήχοι ή στερεότυπες λέξεις που προστίθενται καθώς ομιλεί κανείς), τη συναισθηματική ένταση της φωνής και το ρυθμό της και την προφορά του ομιλούντος, παραπέμπουμε στο σύγγραμμα Κοινωνικής Ψυχολογίας του Καθηγητή του Πανεπιστημίου Αθηνών Δημητρίου Γεώργα, Τόμος Α', σελίδες 270-285 ().

Η μη λεκτική ή σωματική επικοινωνία περιλαμβάνει όλα τα φαινόμενα της επικοινωνίας που δεν είναι γλωσσικά. Ανάμεσα σ' αυτά συμπεριλαμβάνονται οι εκφράσεις των ματιών και ιδιαίτερα το βλέμμα τους, οι κινήσεις του προσώπου, η κίνηση και η εμφάνιση του σώματος (). Αν και τα μη λεκτικά φαινόμενα δεν είναι ανεξάρτητα από τα γλωσσικά εντούτοις συχνά έρχονται σε σύγκρουση μ' αυτά. Όταν ο συνομιλητής παρατηρεί αντιφάσεις ανάμεσα στο μήνυμα του προφορικού λόγου και το μη λεκτικό μήνυμα, τότε δίνει περισσότερη σημασία στα μη λεκτικά μηνύματα ().

Στους ενήλικες τα μάτια έχουν διπλή σημασία τόσο στο επίπεδο της έκφρασης της συναισθηματικής κατάστασης του ατόμου όσο και τη ρύθμιση της αλληλεπίδρασης (μέσω του βλέμματος) στη δυαδική σχέση των ατόμων. Το αλληλοκοίταγμα εκφράζει την αρχική επαφή μεταξύ δυο ατόμων τα οποία είναι έτοιμα να επικοινωνήσουν. Αρκετή συζήτηση έχει διεξαχθεί σχετικά με το αλληλοκοίταγμα. Έτσι όσο περισσότερο διαρκές είναι το αλληλοκοίταγμα τόσο μεγαλύτερη είναι η ένταση της επικοινωνίας. Επίσης το επίμονο κοίταγμα μπορεί να δηλώσει την κοινωνική θέση ή την επιβολή κυριαρχίας του ενός ατόμου επάνω στο άλλο, καθώς και την ανάγκη υποστηρίξις του ().

Οι κινήσεις του προσώπου περιλαμβάνουν τους μορφασμούς (π.χ. χαμόγελο) και έχουν δυο ρόλους: τον εκφραστικό (υποδηλώνουν συναισθήματα, σκέψεις και προθέσεις του ατόμου) και το ρυθμιστικό (μέσω επανατροφοδότησης) της αλληλεπίδρασης μεταξύ ατόμων. Ο ρόλος των

χειρονομιών είναι κυρίως να απεικονίζουν και να τονίζουν την εκφραστική διατύπωση του ομιλητή, καθώς και να συμπληρώνουν τα κενά που δεν μπορούν να εκφραστούν με λόγια ().

Οι διάφορες στάσεις του σώματος δηλώνουν επίσης μηνύματα σχετικά κυρίως με τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου και διέπονται από τους κοινωνικούς θεσμούς (4).

Η εξωτερική εμφάνιση του ατόμου, όπως η περιποίηση του δέρματος, το χτένισμα των μαλλιών, ο τρόπος του ντυσίματος, στέλνει μηνύματα στον άλλο σχετικά με τη συναισθηματική του κατάσταση και την κοινωνική ομάδα στην οποία ανήκει.

#### *Η λήψη του ιστορικού του ασθενούς*

Η λήψη του ιστορικού ακολουθεί την πρώτη γνωριμία με τον ασθενή, όπως αυτή περιγράφηκε σε παραπάνω ενότητες. Η λήψη του ιστορικού, η οποία είναι εκτενής στην περίπτωση του νέου ασθενούς, αποτελεί κύρια μια τεχνική μέσω της οποίας ο γιατρός προσπαθεί να προσδιορίσει το υπόβαθρο και τη φύση των ενοχλημάτων (συμπτωμάτων ή καταστάσεων) του ασθενούς. Δεν περιορίζεται όμως αυτή στην επισήμανση των προβλημάτων του ασθενούς αλλά αποτελεί και ένα σημαντικό εργαλείο του γιατρού, προκειμένου ν' αντιμετωπίσει (ν' αμβλύνει ή να θεραπεύσει) αυτά. Η τεχνική της συνέντευξης θ' αποτελέσει αντικείμενο άλλων μαθημάτων και δεν θα περιγραφεί εδώ. Στην ενότητα αυτή θα συζητήσουμε εκείνα από τα σημεία της συνέντευξης, τα οποία μπορούν να επηρεάσουν τη σχέση γιατρού-ασθενούς. Όλα τα μέρη της συνέντευξης είναι σημαντικά και μπορούν να επηρεάσουν τη σχέση γιατρού -ασθενούς αλλά εμείς θα αναφερθούμε σ' αυτά που όχι μόνο ο καθοριστικός τους ρόλος στην επιτυχία του δυαδικού συστήματος επικοινωνίας δεν αμφισβητείται αλλά και στα οποία συχνά εντοπίζονται λάθη ή παραλήψεις από μέρος του γιατρού.

Πολύ συχνά ο γιατρός αρχίζει τη λήψη του ιστορικού του ασθενούς υποβάλλοντάς τον σε διάφορες ερωτήσεις. Αυτό είναι λάθος. Επιτρέποντας στον ασθενή να μιλήσει για τα προβλήματα υγείας του αποκτούμε μια γενική εικόνα γι' αυτόν, για τον τρόπο που σκέπτεται και που μιλά, για την κατάσταση που βιώνει ως μη φυσιολογική και η οποία τον οδήγησε στο γιατρό (2). Ο λόγος του ασθενούς, αλλά και οι μη λεκτικές εκφράσεις του (μορφασμοί, βλέμμα, χειρονομίες κ.ά.) σκιαγραφούν τον τύπο του, καθώς και τη συγκεκριμένη ψυχολογική κατάστασή του και η παρατήρησή τους από το γιατρό θα βοηθήσει στην καλύτερη αντιμετώπιση-διαχείριση των προβλημάτων υγείας του. Βέβαια υπάρχει ο κίνδυνος σε ειδικές περιπτώσεις (ασθενής "νευρωτικός", συγκεχυμένος) της κατάχρησης χρόνου από μέρους του ασθενούς. Στις περιπτώσεις αυτές ο γιατρός και αφού έχει πλέον σχηματισμένη μια πρώτη εικόνα του ασθενούς του, θα πρέπει να τον διακόψει ευγενικά λέγοντας του "Όλα αυτά είναι πολύ ενδιαφέροντα και χρήσιμα σε μένα. Πριν προχωρήσω στην εξέταση σας επιτρέψτε μου κάποιες πιο ειδικές ερωτήσεις σχετικά μ' αυτά, προκειμένου να έχω μια πιο λεπτομερή εικόνα της κατάστασής σας".

Αρκετά λάθη όμως γίνονται και στη διάρκεια υποβολής ερωτήσεων στον ασθενή. Μεγάλη σημασία έχει ο τρόπος που υποβάλλονται οι ερωτήσεις καθώς και το περιεχόμενό τους.

Συχνό λάθος που αφορά τον τρόπο με τον οποίο υποβάλλονται οι ερωτήσεις είναι η υποβολή αυτών με την μορφή ερωτοαπαντήσεων (Leading) (2). Η ίδια δηλαδή η ερώτηση

διαμορφώνει (και δίνει) από μόνη της και την απάντηση που ζητάται. Ως παράδειγμα αναφέρουμε την ερώτηση "πονάτε εδώ όταν σας πιέζω, δεν είναι έτσι;"(2). Συνήθως όμως στην ελληνική γλώσσα δεν συναντάμε τις κλασσικές ερωτοαπαντήσεις αλλά ερωτήσεις που κατευθύνουν από μόνες τους την απάντηση του ασθενούς, όπως "εδώ που σας πιέζω, πονάτε;". Τόσο με την πρώτη, όσο και με τη δεύτερη μορφή τους οι ερωτήσεις αυτές αναγκάζουν τον ασθενή να απαντήσει μένα ναι ή μ' ένα όχι στο ερώτημα του γιατρού. Έτσι αρκετές φορές ο ασθενής είτε γιατί επιθυμεί να ευχαριστήσει το γιατρό, είτε γιατί βρίσκεται σε σύγχυση απαντά λανθασμένα με αρνητικές συνέπειες τόσο στη σωστή διάγνωση του προβλήματος υγείας του όσο και στη σχέση που αναπτύσσει με το γιατρό. Σύμφωνα με τον Blum ο ασθενής που απαντά σε ερωτήσεις του παραπάνω τύπου και γνωρίζει ότι δεν απάντησε όσο σωστό έπρεπε, θα αισθανθεί απογοητευμένος, ντροπιασμένος και ανήσυχος όσον αφορά την αντιμετώπισή του (2). Είναι ακόμη πιθανό ο ασθενής αυτός να αποδώσει ευθύνη στο γιατρό που τον πιέζει με τέτοια λεκτικά διλήμματα που ζητούν ως απάντηση ένα ναι ή ένα όχι. Για τους παραπάνω λόγους καλό θα ήταν ο γιατρός ν' αποφεύγει με τις ερωτήσεις του να κατευθύνει τις απαντήσεις του ασθενούς και να ρωτά χρησιμοποιώντας τις λέξεις "ποιός", "που", "πότε." (παράδειγμα "που πονάτε" ή "πότε αισθανθήκατε την ενόχληση" κ.ά.).

"Άλλο λάθος που αφορά τον τρόπο υποβολής των ερωτήσεων είναι και αυτό της υποβολής δυο ερωτήσεων ταυτοχρόνως, ενώ επιτρέπεται μια απάντηση μόνο. Παράδειγμα "έχετε πόνο στο στήθος και συχνουρία;". Ερωτήσεις τέτοιου τύπου συχνά προκαλούν σύγχυση στον ασθενή, ενώ τον αναγκάζουν συνήθως να δώσει μια μόνο απάντηση, πιο συνηθισμένα αυτή που θεωρεί ως σημαντικότερη.

Όταν αναφερόμαστε στο περιεχόμενο των ερωτήσεων αναφερόμαστε στη γλώσσα με την οποία αυτές εκφράζονται. Τα λάθη εδώ αφορούν τόσο τη γνωστική όσο και τη συναισθηματική διάσταση των λέξεων που χρησιμοποιούνται. Λέξεις που δεν είναι κατανοητές από τον ασθενή συνήθως προκαλούν σύγχυση, ενώ συχνά ο νεαρός γιατρός, που συνήθως αγνοεί την τοπική διάλεκτο, ερωτά. "έχετε περάσει οξύ ρευματικό πυρετό;" προκαλώντας την αμηχανία του ασθενούς. Αμηχανία την οποία δε θα δημιουργούσε εάν χρησιμοποιούσε την ονομασία της νόσου στην τοπική διάλεκτο ("κρυγιορέματα" στην τοπική διάλεκτο επαρχίας Αγίου Βασιλείου στην Κρήτη)(5), ή απλά εάν περιέγραφε τα κύρια σημεία και συμπτώματά της στην τοπική πάλι διάλεκτο. Παρόμοια δε μπορούμε να μάθουμε εάν ένα παιδί έχει περάσει ιλαρά, προκειμένου να το εμβολιάσουμε, εάν δε χρησιμοποιήσουμε στην ερώτηση το όνομα της νόσου στην τοπική διάλεκτο, π.χ. κατσίγαρη στην επαρχία Αγίου Βασιλείου στην Κρήτη. Η διαμόρφωση από τους υγειονομικούς της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ενός λεξικού όρων των πιο συχνά συναντώμενων νόσων στην τοπική διάλεκτο εκτιμάται ότι θα συμβάλλει όχι μόνο στην πληρέστερη συλλογή ιατρικής πληροφορίας αλλά και στη βελτίωση της σχέσης γιατρού-ασθενούς (5).

Λέξεις που είναι συναισθηματικά φορτισμένες για τον ασθενή μπορούν να προκαλέσουν όχι μόνο την λανθασμένη απάντηση του αλλά και την αντίδρασή του. Έτσι καλό θα ήταν ο γιατρός ν' αποφεύγε ερωτήσεις του τύπου "έχετε περάσει σύφιλη ή βλενόρροια στο παρελθόν;" αφού είναι

γνωστό ότι λέξεις-ασθένειες που περικλείουν τον κοινωνικό "στιγματισμό" προκαλούν ντροπή στον ασθενή και οδηγούν στην άρνηση τους. Τέτοιες ασθένειες είναι ακόμη και σήμερα τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (κοινώς λεγόμενα "αφροδίσια") και παλαιότερα η Φυματίωση, η λέπρα κ.ά. Η θεώρηση ασθενών ως κοινωνικών "στιγματισμένων" όπως προαναφέραμε, βρίσκεται κάτω από τις επικρατούσες πολιτιστικές και κοινωνικές αντιλήψεις των κατοίκων κάθε περιοχής, τις οποίες πρέπει ν' αναζητά και να μαθαίνει ο νέος γιατρός. Η προσέγγιση του ιστορικού σχετικά με τέτοιες συναισθηματικά φορτισμένες ασθένειες θα πρέπει να γίνεται περιφραστικά (περιγραφικά) αποφεύγοντας τις συγκεκριμένες λέξεις.

Παραπάνω έγινε αναφορά στα πιο σημαντικά μέρη της συνέντευξης του ασθενούς, τα οποία μπορούν να δημιουργήσουν προβλήματα όχι μόνο στην σωστή λήψη ιστορικού του αλλά και στην ανάπτυξη της σχέσης του με τον γιατρό. Αν και εκτιμάται ότι έχουν παραληφθεί και αρκετά άλλα εν τούτοις κρίνεται ότι η εκτεταμένη αναφορά τους θα απομάκρυνε από το σκοπό του μαθήματος αυτού και θα κούραζε τον αναγνώστη.

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. Τα χαρακτηριστικά της μεθόδου 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.

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

Το γενικό πλαίσιο της μεθόδου επισημαίνει επτά βασικά καθήκοντα με τα οποία ο γιατρός 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 αναπτύσσονται σε αλληλοδιαδοχή, ενώ παράλληλα και σε όλη τη διάρκεια της, ο γιατρός καλείται να εξασφαλίζει συγκεκριμένη δομή και να προάγει την σταδιακή εδραίωση και ανάπτυξη της σχέσης του με τον ασθενή.

Κάθε ένα 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 προτύπου 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 γιατρού-ασθενή αξιοποιείται η χρήση κατάλληλης μη λεκτικής επικοινωνίας, η ανάπτυξη ζεστής επαφής και η εμπλοκή του ασθενή στη θεραπευτική διαδικασία.

#### *Η εξέταση του ασθενούς*

Μετά τη λήψη του ιστορικού ακολουθεί η εξέταση του ασθενούς. Η αγωνία του ασθενούς κορυφώνεται σ' αυτό το σημείο για διάφορους λόγους και κύρια γιατί:

- α. Ανησυχεί για το τι θα βρει ή δε θα βρει ο γιατρός, γνωρίζοντας ότι τα ευρήματα αυτά θα προσανατολίσουν το γιατρό στη διάγνωση της ασθένειάς του
- β. αισθάνεται ντροπή, ανησυχία και αμηχανία όσον αφορά την επικείμενη παραβίαση της ατομικότητας του σώματός του και
- γ. φοβάται για την εμφάνιση πόνου (εάν δεν υφίσταται ήδη) στη διάρκεια της εξέτασής του.

Η ψυχοσυναισθηματική αυτή κατάσταση του ατόμου είναι περισσότερο επιβαρημένη στα άτομα που επισκέπτονται για πρώτη φορά γιατρό και δεν είναι εξοικειωμένα, όπως είναι φυσικό, με τη διαδικασία της εξέτασης,. Ακόμα σύμφωνα με τον Blum είναι η μοναδική, πιθανόν, φορά που το ίδιο τα άτομο είναι τόσο παθητικό (passive) και άτονο (inanimate), παραδίδει σένα άλλο άτομο, το γιατρό, την πρωτοβουλία, (initiative), την κρίση (judgment), την αυτοάμυνα (self-defence) και την μυστικότητα (privacy) του (2).

Αυτήν την ειδική, από πλευράς συναισθημάτων, κατάσταση που ζει ο ασθενής θα πρέπει να κατανοήσει ο γιατρός και με συγκεκριμένες ενέργειες θα πρέπει να συμβάλει στην άμβλυνσή της και στην καθησύχασση του ασθενούς. Επίσης ο γιατρός θα πρέπει ν' αποφύγει στη διάρκεια της

εξέτασης του ασθενούς όλους εκείνους τους παράγοντες που είναι δυνατόν ν' αυξήσουν την ανησυχία του, να προκαλέσουν τη δυσανασχέτηση και τη δυσαρέσκεια του, καθώς και να επηρεάσουν την καλή σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ τους.

Έτσι συχνά οδηγούμε τον ασθενή στο εξεταστικό κρεβάτι, χωρίς προηγούμενα να του εξηγήσουμε τι περιμένουμε από την εξέταση αυτή, καθώς και τον τρόπο με τον οποίο αυτή θα πραγματοποιηθεί. Ακόμη συχνά ο τρόπος με τον οποίο ζητάμε από τον ασθενή να καθίσει (ή ξαπλώσει) στο εξεταστικό κρεβάτι δεν είναι ευγενικός και μερικές φορές παίρνει τη μορφή της προσταγής.

Λάθη από μέρους του γιατρού συμβαίνουν και στη διάρκεια τις εξετάσης του ασθενούς. Όχι σπάνια, διακόπτουμε την εξέταση, αφήνοντας την ασθενή "μισόγυμνο" για ν' απαντήσουμε στο τηλέφωνο που κτυπά συζητώντας με, τον συνομιλητή μας επί μακρόν. Ακόμη συχνά διακόπτουμε την εξέταση για διάφορους άλλους λόγους, όπως για να συζητήσουμε για προσωπικά ή μη θέματα, άσχετα με την περίπτωση του ασθενούς, με άλλους υγειονομικούς που εισήλθαν (με ή χωρίς προειδοποίηση) στο χώρο του ιατρείου. Οι ενέργειες αυτές του γιατρού δυσαρεστούν τον ασθενή και όχι σπάνια λαμβάνονται ως έλλειψη ενδιαφέροντος για το πρόβλημα ή την ασθένειά του. Ακόμη και ο ενθουσιασμός του γιατρού, που βρήκε κάτι αξιοσημείωτο στη διάρκεια της κλινικής εξέτασης μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στη σχέση του με τον ασθενή. Έτσι δεν είναι σπάνια η εικόνα του γιατρού, που ενθουσιασμένος από την ανακάλυψη ενός παθολογικού σημείου στη διάρκεια της κλινικής εξέτασης, το οποίο του ερμηνεύει τα συμπτώματα του ασθενούς φωνάζει και καλεί παρισταμένους ή μη συναδέλφους του ή άλλους υγειονομικούς "...ελάτε να δείτε αυτό το σκώτι. Βάλτε εδώ το χέρι σας, ψηλαφείστε εδώ, είναι κλασικό εύρημα κ.ά.". Η συμπεριφορά αυτή του γιατρού αυξάνει τόσο το φόβο του ασθενούς για το σημαντικό που βρήκε ο γιατρός του, όσο και την αμηχανία του μπροστά στα τόσο ερευνητικά μάτια και χέρια των άλλων υγειονομικών. Η αμηχανία αυτή του ασθενούς συχνά συνοδεύεται και από ντροπή, όταν αυτός είναι γυμνός ή παρατηρούνται (εξετάζονται) μέρη του σώματός του συνδεδεμένα με το φύλο του. Μια τέτοια μεταχείριση του ασθενούς είναι ικανή να τον κάνει να διακόψει τη σχέση του με τον γιατρό. Ιδιαίτερης προσοχής επίσης πρέπει να τυχαίνουν και οι ερωτήσεις που κάνουμε στον ασθενή στη διάρκεια της κλινικής εξέτασής του και οι οποίες είναι απόρροιας κλινικών ευρημάτων του γιατρού. Για παράδειγμα, συχνά στη διάρκεια της ακρόασης της καρδιάς βρίσκουμε κάποιο φύσημα το οποίο ενώ δεν έχουμε αξιολογήσει ως παθολογικό, ρωτούμε τον ασθενή: "Το ξέρετε ή σας έχουν πει ότι έχετε ένα φύσημα στην καρδιά;". Μια τέτοια ερώτηση είναι φυσικό να προκαλέσει την αναστάτωση του ασθενούς, ο οποίος αρχίζει να ανησυχεί ιδιαίτερα και ζητά περισσότερες εξηγήσεις από το γιατρό, αποσπώντας ή διακόπτοντας συχνά την διαδικασία της εξέτασης. Όλα αυτά για ένα εύρημα το οποίο πιθανά να μην αξιολογηθεί τελικά ως παθολογικό και να μην σχετίζεται με τα συμπτώματα ή την κατάσταση του ασθενούς.

Επειδή ο ασθενής, ιδιαίτερα αυτός που επισκέπτεται για πρώτη φορά γιατρό, δεν είναι εξοικειωμένος με τις τεχνικές της εξέτασης, συχνά ανησυχεί και φοβάται μήπως οι ενέργειες αυτές

του γιατρού είναι επώδυνες και συνήθως, εφόσον δεν είναι ενημερωμένος, αντιδρά σ' αυτές. Για το λόγο αυτό καλό θα ήταν ο γιατρός να τον ενημερώνει για κάθε βήμα του και για κάθε τι που πρόκειται να κάνει, καθησυχάζοντας έτσι κάθε φόβο του. Αυτό κρίνεται απαραίτητο όταν πρόκειται για εξέταση κοιλοτήτων του σώματος του ασθενούς 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.α.).

Σημαντική επίδραση, κατά τον Blum (2), στον ασθενή έχουν και τα επιφωνήματα ή διαμαρτυρίες του γιατρού σχετικά με τεχνικά προβλήματα του εξοπλισμού που χρησιμοποιεί στη διάρκεια της κλινικής εξέτασης. Έτσι ο γιατρός, που "βγάζει" ένα ηλεκτροκαρδιογράφημα και παρατηρεί προβλήματα στη γείωση του ηλεκτροκαρδιογράφου ή στην επαφή των καλωδίων με το σώμα του ασθενούς, συχνά εκφράζει έντονα τη διαμαρτυρία και τη δυσαρέσκειά του. Η συμπεριφορά αυτή του γιατρού αυξάνει το κλίμα της ανησυχίας και του φόβου που περιβάλλει τον ασθενή, ο οποίος αδυνατώντας να την ερμηνεύσει τη συσχετίζει με την κατάσταση της υγείας του.

Αρκετή συζήτηση έχει διεξαχθεί όσον αφορά την ενημέρωση του ασθενούς πριν την ολοκλήρωση της εξέτασής του. Είναι φυσικό ο ασθενής μετά από κάθε εξεταστικό βήμα του γιατρού (εξέταση καρδιάς, πνευμόνων κ.α.) ν' ανησυχεί και ν' αναρωτιέται για το τι βρήκε αυτός. Έτσι συχνά ο ασθενής, που προσήλθε στο ιατρείο με κύρια συμπτώματα βήχα και πυρετό, να διακόπτει την εξέταση του γιατρού και να ρωτά αυτόν "εάν έχει ακροαστικά". Η παραδοσιακή σιωπή του γιατρού αναμένεται στην περίπτωση αυτή να αυξήσει το φόβο και τις φαντασιώσεις του ασθενούς. Εκτιμάται ότι είναι καλύτερα για τη σχέση γιατρού-ασθενούς μετά από κάθε εξεταστικό βήμα ο γιατρός, εφόσον έχει κάτι το συγκεκριμένο, να πληροφορεί γενικά για τα ευρήματά του τον ασθενή και να συμβάλλει έτσι στην καθησύχασή του. Δεν είναι αναγκαίο ο γιατρός να δώσει αρκετές λεπτομέρειες και γνώμες, που πιθανόν αργότερα ν' ανακαλέσει. Λίγες λέξεις σύμφωνα με τον Blum αρκούν (2). "Ο λαιμός σας είναι λίγο κόκκινος" ή "δεν έχετε ακροαστικά" ή "η καρδιά σας ακούγεται καλά" ή "το ηλεκτροκαρδιογράφημά σας φαίνεται σε: γενικές γραμμές καλό, χρειάζεται όμως να διερευνήσουμε λίγο περισσότερο την καρδιά" κ.ά.

Γενικά όλη η διαδικασία φυσικής εξέτασης του ασθενούς πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις πολιτιστικές-κοινωνικές αντιλήψεις του ασθενούς, ιδιαίτερα αυτές που αφορούν την μυστικότητα (privacy) του σώματος του και να σέβεται την αξιοπρέπειά (dignity) του. Συχνά οι ασθενείς αισθάνονται ντροπή αποκαλύπτοντας στον γιατρό το σώμα τους και αντιδρούν στις περισσότερες περιπτώσεις, προσπαθώντας με οποιοδήποτε μέσο να καλύψουν τα "ευαίσθητα" (μαστοί, υπογάστριο, γεννητικά όργανα) μέρη του. Ο γιατρός θα πρέπει να είναι από πριν γνώστης της συναισθηματικής κατάστασης αυτής του ασθενούς και να προσπαθήσει αρχικά να εξηγήσει στον ασθενή την αξία (σημασία) και την αναγκαιότητα της συγκεκριμένης εξέτασης και μετά, αφού ζητήσει την άδεια, να προχωρήσει στην διαδικασία της εξέτασης. Η συμπεριφορά αυτή του γιατρού αξιολογούμενη από τον ασθενή θετικά ως πράξη σεβασμού της ατομικότητάς του, θα συμβάλλει στη δημιουργία του απαραίτητου, για τη σχέση γιατρού-ασθενούς, κλίματος εμπιστοσύνης.

Αντίθετη με την παραπάνω συμπεριφορά του γιατρού προς τον ασθενή συμβάλλει στη δυσαρέσκεια του ασθενούς και πιθανόν να οδηγήσει στη διακοπή της σχέσης τους.

Τη δυσαρέσκεια του ασθενούς, αφού προσβάλλουν τη μυστικότητα του σώματός του και παραβιάζουν την ατομικότητά του, προκαλεί και η παρουσία στη διάρκεια της εξέτασης άλλων, πλην του γιατρού, ατόμων. Τέτοια άτομα μπορεί να είναι η νοσηλεύτρια του ιατρείου (μόνιμο χαρακτηριστικό του ελληνικού ιατρείου στις δημόσιες υγειονομικές μονάδες), άλλοι υγειονομικοί που προσκαλούνται από το γιατρό, καθώς και εκπαιδευόμενοι φοιτητές Ιατρικών Τμημάτων ή σπουδαστές Νοσηλευτικών Σχολών. Η παρουσία όλων αυτών των ατόμων συχνά δημιουργεί προβλήματα όχι μόνο στη διάρκεια της φυσικής εξέτασης του ασθενούς αλλά και στη λήψη του ιστορικού του. Η επαφή-επικοινωνία του γιατρού με τον ασθενή του είναι μοναδική και είναι καλύτερα ν' αποφεύγεται η παρουσία άλλων ατόμων. Στις περιπτώσεις που η παρουσία τους είναι απαραίτητη είτε για λόγους εξυπηρέτησης του ασθενούς είτε για εκπαιδευτικούς, θα πρέπει προηγούμενα να ζητείται η άδεια του ασθενούς.

Παραπάνω αναφερθήκαμε στους παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν τη δυσαρέσκεια του ασθενούς και είναι σχετικοί με την φυσική εξέτασή του. Η διαδικασία όμως της φυσικής εξέτασης, σύμφωνα με τον Blum (2), μπορεί να δημιουργήσει-προκαλέσει και την ευχαρίστηση του ασθενούς. Το είδος και ο βαθμός της ευχαρίστησης αυτής του ασθενούς ποικίλλει και εξαρτάται από την προσωπικότητα και τον τύπο παθητικός (passive), εγωκεντρικός (self-centered), αισθησιακός (sensuous)] αυτού, καθώς και από το φύλο του ασθενούς και του γιατρού (2). Απαραίτητο στις περιπτώσεις αυτές είναι πρώτα ο γιατρός να καταλάβει τι συμβαίνει με τον ασθενή του και στη συνέχεια να φροντίσει να μην παρασυρθεί από τα συναισθήματα ή τις φορτίσεις και τις μη επαγγελματικές απαιτήσεις του, ακολουθώντας τις γενικές αρχές και κανόνες άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, όπως αυτοί περιγράφησαν πρώτα από τον Ιπποκράτη.

Αν και στόχος του γιατρού είναι η πρόληψη της δυσαρέσκειας του ασθενούς, εν τούτοις είναι αδύνατο πάντοτε αυτό να συμβαίνει. Άλλωστε αρκετές φορές οι απαιτήσεις από μέρους του ασθενούς είναι υπερβολικές και μερικές φορές αδύνατο να υλοποιηθούν. Ο Blum επισημαίνει ότι "το αντικείμενο της διαχείρισης της σχέσης γιατρού-ασθενούς δεν είναι η ικανοποίηση των ασθενών μ' οποιοδήποτε κόστος και μόνο νόμιμη δικαιολογημένη (legitimate) ικανοποίηση πρέπει να παρέχεται, ενώ οι μη νόμιμες-αδικαιολόγητες απαιτήσεις των ασθενών πρέπει να απορρίπτονται"(2).

#### ζ. Η ενημέρωση του ασθενούς

Μετά το τέλος της φυσικής εξέτασης ακολουθεί η φάση της ενημέρωσης του ασθενούς. Συχνά αυτή η φάση παραβλέπεται από το γιατρό, ο οποίος, έχοντας καταλήξει συνήθως σε κάποια διάγνωση και πιεζόμενος από το χρόνο, προχωρά στο γράψιμο κάποιας συνταγής χωρίς να αφιερώνει χρόνο για την ενημέρωση του ασθενούς του. Λάθη και παραλείψεις του γιατρού στο διάστημα αυτό που ακολουθεί τη φυσική εξέταση του ασθενούς συχνά όχι μόνο προκαλούν τη

δυσαρέσκεια του ασθενούς αλλά μειώνουν και την αποτελεσματικότητα της παρέμβασής του, γιατί ο γιατρός:

α. Δεν καθησυχάζει τον ασθενή. Η καθησύχηση (reassurance) αποτελεί μαζί με τη συμβουλή την πιο κοινή μορφή ιατρικής θεραπείας (6). Ο ασθενής μετά το τέλος της εξέτασης διακατέχεται από άγχος και αγωνία, αφού περιμένει ν' ακούσει από το γιατρό την τελική διάγνωση και συχνά τον ρωτά "με βρήκες εντάξει γιατρέ μου;" ή "έχω τίποτέ σοβαρό γιατρέ μου;" Σ' αυτή την πρόκληση ο γιατρός οφείλει ν' απαντήσει δίνοντας του μια υπόσχεση που θα επιτρέψει στον ασθενή να αισθάνεται καλύτερα. Λάθος όμως δεν αποτελεί μόνο η παράλειψη ή ελλιπής ενημέρωση του ασθενούς αλλά και η μη σωστή ενημέρωσή του. Η καθησύχηση αυτή του ασθενούς, όσο και αναγκαία αν κρίνεται από ψυχοθεραπευτικής πλευράς, θα πρέπει να ανταποκρίνεται, κατά το μάλλον ή ήττον, στην πραγματική κατάσταση του ασθενούς. Σ' αντίθετη περίπτωση η καθησύχηση μπορεί να οδηγήσει σε προβλήματα που αφορούν τόσο τη σχέση γιατρού-ασθενούς, αφού η αναμενόμενη επιδείνωση της υγείας του ασθενούς θα έχουν ως αποτέλεσμα την ενοχοποίηση του γιατρού που δεν τον πληροφόρησε, όσο και τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας του ασθενούς, αφού αναμένεται ο ίδιος να μην ακολουθήσει πιστά τις οδηγίες του γιατρού.

β. Δεν πληροφορεί τον ασθενή όσο αφορά την αιτία των συμπτωμάτων ή της κατάστασης που τον οδήγησε σ' αυτόν. Η σωστή ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με τη φύση-πηγή των προβλημάτων του θα οδηγήσει στην καλύτερη κατανόηση τους και θα συμβάλλει στην καλύτερη τήρηση των οδηγιών του γιατρού. Η παράλειψη της ενημέρωσης αυτής του ασθενούς ή και η μη σωστή ενημέρωσή του αναμένεται να δημιουργήσουν προβλήματα στη σχέση γιατρού-ασθενούς. Δεν είναι σπάνιες οι περιπτώσεις που ο γιατρός ενημερώνει βιαστικά ("στο πόδι") τον ασθενή του, παραλείποντας συχνά τα πιο ουσιαστικά και σημαντικά ή ενημερώνει με βάση την επιστημονική διάλεκτο, αυτή που έμαθε να διαβάζει και να γράφει προκαλώντας συχνά τη σύγχυση του ασθενούς.

γ. Δεν ενημερώνει τον ασθενή σχετικά με τη θεραπεία. Συχνά ο γιατρός περιορίζεται στην φαρμακευτική αγωγή και παραλείπει αυτή που αφορά τις συνήθειες υγείας (κάπνισμα, κατανάλωση οινοπνεύματος, διατροφή, άσκηση) και γενικότερα τον τρόπο ζωής. Στην περίπτωση που συστήνεται φαρμακευτική αγωγή, λάθη καταγράφονται στην ελλιπή ενημέρωση του ασθενούς για τις δυνατότητες αυτής, τον τρόπο δράσης, τη δόση και τον τρόπο λήψης των φαρμάκων, τη διάρκεια χορήγησης τους, καθώς και για τις παρενέργειες τους. Συχνά απλές και χωρίς κόστος ενέργειες του γιατρού θα βοηθούσαν στην καλύτερη κατανόηση της συνιστώμενης φαρμακευτικής αγωγής. Τέτοιες ενέργειες είναι η επίδειξη κάποιου φωτογραφικού οδηγού που περιέχει τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα φάρμακα, η αναγραφή στα κουτιά των φαρμάκων της συνιστώμενης δόσης, το γράψιμο σ' ένα απλό χαρτί της διάρκειας της φαρμακευτικής θεραπείας κ.ά. Λάθη όμως γίνονται όχι μόνο γιατί παραλείπεται η ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με την συνιστώμενη

φαρμακευτική ή μη θεραπεία αλλά και γιατί δεν εκτιμούνται σωστά παράγοντες που μπορεί να την επηρεάσουν. Οι παράγοντες αυτοί μπορεί να σχετίζονται:

1. Με τις αντιλήψεις του ασθενούς σχετικά με τη φύση-προέλευση της ασθένειας. Έτσι οι Μάρτυρες του Ιεχωβά δεν δέχονται μετάγγιση αίματος.

2. Με την ίδια τη θεραπεία και ειδικότερα:

α. Με το κόστος της (ασθενείς με χαμηλά εισοδήματα που δεν μπορούν ν' αγοράσουν τα φάρμακα τους).

β. Με το είδος της και τον τρόπο χορήγησής τους (ασθενείς που αρνούνται να χρησιμοποιήσουν υπόθετα ή χάπια).

γ. Με τις πιθανές παρενέργειές της σε συνάρτηση με τον τύπο του ασθενούς (νευρωτικοί ασθενείς).

3. Με άλλους παράγοντες συνδεδεμένους με τον ασθενή και το περιβάλλον που ζει, που δεν αφορούν την ίδια τη θεραπεία αλλά μπορούν να την επηρεάσουν και ειδικότερα:

α. Άλλες λαμβανόμενες, για άλλους λόγους, θεραπείες που μπορούν να ενισχύσουν ή να μειώσουν τη δράση των συνιστώμενων φαρμάκων, καθώς και προηγούμενες παθήσεις του ασθενούς.

β. Οι συνήθειες του ατόμου (κάπνισμα, διατροφή και γενικά τρόπος ζωής).

γ. Οι συνθήκες που ο ασθενής ζει όπως η κατοικία του (μέσα που διαθέτει π.χ. ψυγείο), τ' άτομα που διαμένουν μαζί του και που μπορούν να βοηθήσουν στη θεραπεία του (π.χ. τυφλός ινσουλινοεξαρτώμενος διαβητικός, ημιπληγικός/παραπληγικός ασθενής) κ.ά.

Στην περίπτωση που απαιτείται τροποποίηση της στάσης ή των συνθηκών του ατόμου συχνά η παρέμβαση του γιατρού εξαντλείται στη χορήγηση απλών συμβουλών, όπως "κόψε το τσιγάρο ή το οινόπνευμα" που δεν αρκούν για να αλλάξουν την υπάρχουσα συμπεριφορά.

Από την κοινωνική ψυχολογία είναι γνωστό σήμερα ότι το ουσιαστικό πρόβλημα δεν είναι η αλλαγή της συμπεριφοράς αλλά η αλλαγή της στάσης (7). Η αλλαγή της συμπεριφοράς κατορθώνεται μόνο μετά την αλλαγή της στάσης τόσο του γνωστικού όσο και του συναισθηματικού στοιχείου. Η αλλαγή μόνο του γνωστικού στοιχείου, του βαθμού ενημέρωσης δηλαδή, δεν αρκεί και χρειάζονται ειδικές μέθοδοι και τεχνικές για ν' αλλαχθεί η στάση. Στο σχήμα 2 φαίνονται οι τέσσερις παράμετροι που συμβάλλουν στην αλλαγή των στάσεων, δηλαδή η πηγή του μηνύματος (ο ομιλητής), τα χαρακτηριστικά του μηνύματος, ο στόχος του μηνύματος (ο ακροατής) και οι συνθήκες κάτω από τις οποίες βρίσκεται ο ίδιος ο ακροατής (στην περίπτωσή μας ομιλητής είναι ο γιατρός και ακροατής ο ασθενής) (7).

δ. Δεν προσδιορίζεται η επόμενη συνάντηση (ή συναντήσεις) με τον ασθενή. Η ημερομηνία της επανεξέτασης θα πρέπει να ορισθεί πριν φύγει από το ιατρείο ο ασθενής. Σε αντίθετη περίπτωση ο ασθενής που αντιλαμβάνεται πρόσκαιρη βελτίωση των συμπτωμάτων του μπορεί να μην επισκεφθεί το γιατρό τη στιγμή που απαιτείται, με αποτέλεσμα την επιδείνωση του προβλήματος του. Ακόμη και εάν ο ασθενής αποφασίσει να επισκεφθεί το γιατρό χωρίς προσυνεννόηση τότε

είναι δυνατόν, ιδιαίτερα στην περίπτωση Δημοσίων Μονάδων Υγείας, να συναντήσει άλλο γιατρό με αποτέλεσμα τη δυσαρέσκειά του, την αναζήτηση του πρώτου γιατρού που οδηγεί στην εγκατάλειψη της θεραπείας και γενικά στην ελλιπή αντιμετώπιση της ασθένειάς του.

Όλες οι παραπάνω διατυπωθείσες αρχές (κανόνες), που αφορούν την ενημέρωση του ασθενούς, έχουν καλή εφαρμογή στην περίπτωση ενός ασθενούς με οξεία ή χρόνια μη ψυχική ασθένεια, η οποία δεν απειλεί άμεσα τη ζωή του. Στην περίπτωση σοβαρής ασθένειας ο γιατρός στην ενημέρωσή του θα πρέπει να λάβει υπόψη του πολλούς παράγοντες ανάμεσα στους οποίους η στάση και η συμμετοχή της οικογένειας του ασθενούς κατέχει σημαντική θέση.

Φυσικά, ως προαναφέραμε, ο γιατρός δεν θα ήταν σωστό να αποκρύψει από τον ασθενή τη σοβαρότητα της κατάστασής του και να τον καθησυχάσει απλά λέγοντας ότι "δεν έχει τίποτα". Ο βαθμός όμως ενημέρωσης συζητείται, αφού αυτός εξαρτάται από παράγοντες που αφορούν τόσο τον ίδιο τον ασθενή, όπως ψυχολογικοί (προσωπικότητα), πολιτιστικοί (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). Έτσι ο γιατρός θα πρέπει με αρκετά πειστικό και τεκμηριωμένο λόγο να απαντήσει στα βασικά ερωτήματα του ασθενούς, σχετικά με το τι βρήκε και σύγχρονα να τον ενημερώσει για το βαθμό σοβαρότητας της κατάστασης (ασθένειας) που διέγνωσε και να του εξηγήσει τη σπουδαιότητα της δικής του συμμετοχής στην θεραπεία που απαιτείται. Σε όλες τις περιπτώσεις ο γιατρός θα πρέπει να παράσχει συμπάθεια, κατανόηση και να εμψυχήσει ελπίδα και κουράγιο (8).

Επίσης σε όλες γενικά τις περιπτώσεις, με εξαίρεση αυτή της σοβαρής ασθένειας, ο γιατρός, θα πρέπει να λαβαίνει υπόψη την προσωπικότητα του ασθενούς, καθώς και τις προσωπικές του αντιλήψεις σχετικά με τη φύση (προέλευση) της ασθένειας, τη θεραπεία της, καθώς και τις συνθήκες διαβίωσής του.

Παράγοντες που συμβάλλουν στη δυσαρέσκεια του ασθενούς αναφορικά με τις υπηρεσίες υγείας αναδεικνύονται στη μελέτη των Αρχανών και στις εργασίες φοιτητών. Στη μελέτη των Αρχανών (9) η δυσαρέσκεια (μη ικανοποίηση) των ερωτηθέντων από τις υπηρεσίες ενός αγροτικού ιατρείου εντοπίστηκε: στο χρόνο αναμονής (ποσοστό 39.1%), στον εξοπλισμό του ιατρείου (32.7%) και στη διαμόρφωση του χώρου αναμονής και εξέτασης (28.4%). Το 10.2% των ερωτηθέντων έθεσε προβλήματα σχετικά με τις επιστημονικές γνώσεις των γιατρών, το 15.5% για την έλλειψη ενημέρωσης, το 10.5% για τη συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού και το 9.5% για τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού. Η σειρά κατάταξης των προβλημάτων γίνεται διαφορετική όταν οι ερωτήσεις, σχετικά με το βαθμό ικανοποίησης, στράφηκαν στο χώρο του νομαρχιακού νοσοκομείου: 51.1% από τους ερωτηθέντες θεωρεί ότι υπάρχει πρόβλημα με το χρόνο αναμονής, 41% με το χώρο και 28.2%, με την έλλειψη ενημέρωσης. Επίσης 1 στους 4 θεωρεί ότι υπάρχει πρόβλημα στη συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού, καθώς και στον εξοπλισμό και 1 στους 5 ότι υπάρχει πρόβλημα με τις επιστημονικές γνώσεις των γιατρών.

Μια ομάδα από φοιτητές του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης μελέτησε τους παράγοντες που συμβάλλουν στην δυσαρέσκεια του ασθενούς κατά την πρώτη του συνάντηση με το γιατρό (10). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των συνεντεύξεων που λήφθηκαν από 24 άτομα ηλικίας 20-86 χρόνων, υψηλό ποσοστό από τους ερωτηθέντες ενοχλείται από:

- την έλλειψη ενημέρωσής του σχετικά με την συνιστώμενη θεραπεία (86%)
- τις κατηγορίες του γιατρού εις βάρος συναδέλφων του (81%)
- τη μη φιλική συμπεριφορά του γιατρού (75%)
- τη διακοπή της εξέτασης για διάφορους λόγους (75%)
- τη χρησιμοποίηση αριθμών αντί ονομάτων στην πρόσκληση στο ιατρείο (75%)
- τη μεγάλη (πάνω από μήνα) καθυστέρηση για το κλείσιμο του "ραντεβού" (75%)
- από την αιφνίδια απουσία του γιατρού σε προσυννενομημένη συνάντηση εξ αιτίας επείγοντος περιστατικού (54%), και
- από την παρουσία άλλων ατόμων στη διάρκεια της εξέτασης (54%).

Η συμπεριφορά επίσης του γιατρού απέναντι στον ασθενή, οι ικανότητες αυτού για άμεση επικοινωνία με τον ασθενή του, καθώς και το επιδεικνυόμενο ενδιαφέρον του για την παρακολούθηση της πορείας της ασθένειας ή του προβλήματος υγείας του, αναφέρθηκαν ως σημαντικοί παράγοντες για την ανάπτυξη καλής σχέσης ανάμεσα στον γιατρό και τον ασθενή, από μια άλλη ομάδα φοιτητών (11).

### **Ο οδηγός παρατήρησης Calgary-Cambridge**

Ο οδηγός αυτός απευθύνεται σε προπτυχιακούς φοιτητές ιατρικής και είναι ένα σημαντικό βοήθημα για την εκπαίδευση τους σε θέματα που αφορούν τη σχέση ιατρού-ασθενούς. Αποτελείται από δυο μέρη: τη συνέντευξη με τον ασθενή (Calgary-Cambridge Observation Guide One-Interviewing The Patient) και την εξήγηση-σχεδιασμό (Calgary-Cambridge Observation Guide Two: Explanation and Planning). Το πρώτο μέρος αποτελεί τη βάση για το μάθημα της επικοινωνίας με τον ασθενή στον πρώτο χρόνο, πριν την εισαγωγή στην τάξη, ενώ το δεύτερο προορίζεται για περισσότερο προχωρημένους φοιτητές.

## **ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ**

### **Εδραίωσε μια πρώτη επαφή**

*Χαιρέτα τον και μάθε το όνομά του  
Σύστησε τον εαυτό σου, το ρόλο σου και τη φύση της συνεδρίας  
Πάρε τη συγκατάθεση του, αν απαιτείται  
Εξέφρασε σεβασμό και ενδιαφέρον  
Εστίασε στη φυσική άνεσή του*

*Προσδιόρισε τους λόγους της επίσκεψής του*

Προσδιόρισε τα προβλήματα-θέματα που θέλει να συζητήσει  
 Χρησιμοποίησε κατάλληλες ανοιχτές ερωτήσεις  
 Άκουσε προσεκτικά τα ανοιχτά σχόλιά του  
 Μη τον διακόπτεις ή κατευθύνεις τις απαντήσεις του  
 Επιβεβαίωσε τη λίστα των προβλημάτων του  
 Ανίχνευσε για επιπλέον προβλήματα  
 Διαπραγματεύσου το πλάνο της συνεδρίας, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες σας

## **ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΣ**

### Διερεύνησε τα προβλήματά του

Παρακίνησέ τον να πει το ιστορικό από την έναρξή του  
 Παρακίνησέ τον να προσδιορίσει το λόγο της παρούσας επίσκεψης  
 Χρησιμοποίησε κατάλληλα κινούμενος, ανοιχτές προς κλειστές ερωτήσεις  
 Άκουσε τον προσεκτικά  
 Επίτρεπέ του να ολοκληρώνει τις δηλώσεις του χωρίς διακοπή  
 Άφησέ του χρόνο να σκεφτεί πριν απαντήσει ή να συνεχίσει μετά από μια παύση  
 Διευκόλυνε τις αντιδράσεις του λεκτικά και μη λεκτικά:  
 Παρότρυνέ τον, σιώπησε, επαναλάμβανε, παράφρασε, ερμήνευσε, ...  
 Διέκρινε λεκτικές και μη λεκτικές αντιδράσεις, επιβεβαίωσε και αναγνώρισε  
 Προσδιόρισε τα σχόλια του που δεν είναι ξεκάθαρα ή απαιτούν προσδιορισμό  
 Περιοδικά συνόπισε επιβεβαιώνοντας την κατανόηση όσων έχει πει  
 Παρότρυνέ τον να διορθώσει πιθανές παρερμηνείες του  
 Παρότρυνέ τον να παρέχει περισσότερες πληροφορίες  
 Χρησιμοποίησε λιτή, ευκολονόητη γλώσσα, ερωτήσεις και σχόλια  
 Απόφευγε ιατρικούς όρους ή εξήγησέ τους επαρκώς  
 Επιβεβαίωσε ημερομηνίες και συχνότητα των γεγονότων

### Κατανόησε την άποψη του

Προσδιόρισε, αναγνώρισε και κατάλληλα διερεύνησε :  
 Τις ιδέες του σχετικά με κάθε πρόβλημα  
 Τις ανησυχίες του σχετικά με κάθε πρόβλημα  
 Τις προσδοκίες του, τους στόχους και το είδος βοήθειας που προσδοκά  
 Το πώς κάθε πρόβλημα επιδρά στη ζωή του  
 Παρότρυνε την έκφραση των συναισθημάτων

## **ΠΑΡΟΧΗ ΔΟΜΗΣ**

### Κάνε σαφώς φανερή την οργάνωση

Συνόπισε στο τέλος συγκεκριμένων περιόδων αναζήτησης  
 Επιβεβαίωσε την κατανόηση πριν περάσεις στην επόμενη φάση  
 Επισήμανε την επόμενη φάση  
 Προοδευτικά πέρασε από τη μία φάση στην άλλη  
 Χρησιμοποίησε επισημάνσεις και μεταβατικά σχόλια  
 Προσδιόρισε τη λογική της επόμενης φάσης

### Εξασφάλισε τη ροή

Δόμησε τη συνέντευξη σε λογική σειρά  
 Πρόσεχε το χρόνο

Κράτα τη συνέντευξη εντός θέματος

## **ΧΤΙΣΙΜΟ ΣΧΕΣΗΣ**

Χρησιμοποίησε κατάλληλη μη λεκτική συμπεριφορά

Εξέφρασε κατάλληλη μη λεκτική συμπεριφορά:  
 Βλεμματική επαφή και έκφραση προσώπου  
 Στάση, θέση και κίνηση  
 Στοιχεία ομιλίας: ρυθμός, ένταση, τόνος,...  
 Εξασφάλισε πως δεν παρεμβαίνει στο διάλογο ή την επαφή:  
 Το κράτημα σημειώσεων  
 Η χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή  
 Εξέφρασε κατάλληλη εμπιστοσύνη

Ανάπτυξε αρμονική σχέση

Αναγνώρισε τις απόψεις και τα συναισθήματα του  
 Αποδέξου τις απόψεις και τα συναισθήματα του χωρίς κριτική διάθεση  
 Χρησιμοποίησε ενσυναίσθηση  
 Επικοινωνώνησε την κατανόηση και εκτίμηση των συναισθημάτων του ξεκάθαρα  
 Επικοινωνώνησε την κατανόηση και εκτίμηση των δυσχερειών του ξεκάθαρα  
 Πρόσφερε υποστήριξη  
 Δείξε ενδιαφέρον και διάθεση για βοήθεια  
 Αναγνώρισε προσπάθειες αντιμετώπισης και κατάλληλης αυτοφροντίδας  
 Πρόσφερε συνεταιρικότητα  
 Χειρίσου με ευαισθησία θέματα ενοχλητικά ή που προκαλούν συστολή  
 Χειρίσου με ευαισθησία τη φυσική εξέταση  
 Χειρίσου με ευαισθησία τον πόνο

Ενέπλεξέ τον

Μοιράσου μαζί του τις σκέψεις σου με στόχο την εμπλοκή του  
 Εξήγησέ του τη λογική των ερωτήσεών σου  
 Εξήγησέ του τη διαδικασία της φυσικής εξέτασης και λάβε τη συγκατάθεσή του  
 Εξήγησέ του τμήματα της φυσικής εξέτασης που πιθανόν δεν φαντάζουν λογικά

## **ΕΞΗΓΗΣΗ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ**

Παρέχοντας τη σωστή ποσότητα και τύπο πληροφοριών

Εξήγησε σε κατάλληλες στιγμές:  
 Απέφευγε την πρώιμη συμβουλή, πληροφόρηση, επιβεβαίωση  
 Ομαδοποίησε και έλεγξε: δώσε ελεγχόμενα πακέτα πληροφορίας  
 Χρησιμοποίησε την αντίδρασή του ως οδηγό για να συνεχίσεις  
 Αξιολόγησε το σημείο από το οποίο ξεκινά:  
 Ρώτησε για την προϋπάρχουσα γνώση του  
 Ανακάλυψε το εύρος της επιθυμίας του για πληροφορίες  
 Ανακάλυψε τι άλλη πληροφορία θα τον βοηθούσε

Διευκόλυνε την εύκολη ανάκληση και κατανόηση

Οργάνωσε την εξήγηση:

Διαχώρισε σε ξεκάθαρες ενότητες  
 Ανάπτυξε μια λογική σειρά  
 Χρησιμοποίησε σαφή κατηγοριοποίηση και επισήμανση  
 Ενίσχυσε την πληροφορία χρησιμοποιώντας την επανάληψη και επισήμανση  
 Χρησιμοποίησε περιεκτική, εύκολα κατανοητή γλώσσα  
 Απόφευγε ή επεξήγησε την ιατρική ορολογία  
 Χρησιμοποίησε οπτικές μεθόδους για να μεταβιβάσεις την πληροφορία:  
 Διαγράμματα, μοντέλα, γραπτές πληροφορίες και οδηγίες  
 Έλεγξε την κατανόηση της δοθείσας πληροφορίας από τον ασθενή  
 Επαναπροσδιόρισε αν χρειάζεται

Εξασφάλισε αλληλοκατανόηση, συγχώνευσε την άποψή του

Συσχέτισε επεξηγήσεις με το πλαίσιο αναφοράς του για την ασθένειά του  
 Δώσε του ευκαιρίες και παρότρυνέ τον να συμμετέχει:  
 Να ρωτήσει, να αμφιβάλει, να προσδιορίσει  
 Αντέδρασε κατάλληλα  
 Διέκρινε μη λεκτικές και συγκαλυμμένες λεκτικές συμπεριφορές του:  
 Την ανάγκη του να ρωτήσει και να προσθέσει λεπτομέρειες  
 Την υπερφόρτωση με πληροφορία, την ένταση  
**Προσδιόρισε την άποψη, αντιδράσεις, συναισθήματα του επί της πληροφορίας**  
**Προσδιόρισε την άποψη, αντιδράσεις, συναισθήματα του επί της ορολογίας**  
**Αναγνώρισε και εξήγησε αν χρειάζεται**

Σχεδιάστε και αποφασίστε από κοινού

Μοιράσου κατάλληλα τις σκέψεις σου:  
 Τις ιδέες, τον τρόπο σκέψης, τα διλήμματα  
 Ενέπλεξέ τον:  
 Πρόσφερε του προτάσεις και επιλογές παρά κατευθυντήριες οδηγίες  
 Παρότρυνέ τον να εκφράσει τις σκέψεις του, τις ιδέες, τις προτάσεις του  
 Διερεύνησε τις επιλογές αντιμετώπισης  
 Εξακρίβωσε το επίπεδο συμμετοχής του που επιθυμεί  
 Διαπραγματεύσου ένα κοινά αποδεκτό πλάνο δράσης  
 Συνόπισε επιγραμματικά την ισόρροπη θέση σου ή προτίμηση για τις επιλογές  
 Προσδιόρισε τις προτιμήσεις του  
 Έλεγξε μαζί του:  
 Αν αποδέχεται το σχέδιο δράσης  
 Αν οι ανησυχίες του έχουν εκφραστεί

Συζητώντας πιθανά τη διερεύνηση και τις διαδικασίες

Δώσε του ξεκάθαρες πληροφορίες για τις διαδικασίες:  
 Τι μπορεί να βιώσει, πώς θα ενημερωθεί για τα αποτελέσματα,...  
 Συσχέτισε τις διαδικασίες με το πλάνο δράσης: επισήμανε αξία και σκοπό  
 Παρότρυνε ερωτήσεις και συζήτηση για πιθανές ανησυχίες  
 Παρότρυνε ερωτήσεις και συζήτηση για πιθανά αρνητικά αποτελέσματα

Συζητώντας πιθανά τη γνώμη σου και τη σημαντικότητα του προβλήματος

Δώσε του την άποψή σου για το τι συμβαίνει και πιθανή ορολογία  
 Εξήγησε τη λογική της γνώμης σου  
 Εξήγησε την αιτιολογία και τη σοβαρότητα, την αναμενόμενη έκβαση  
 Εξήγησε βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες συνέπειες  
 Διέκρινε τις αντιδράσεις του  
 Διέκρινε τις απόψεις και ανησυχίες του λόγω της προϋπάρχουσας γνώμης του

Διαπραγματευόμενος πιθανά το κοινό πλάνο δράσης

Συζήτησε μαζί του εναλλακτικές λύσεις και θεραπείες  
 Δώσε πληροφορίες σχετικά με το όνομα του τρόπου δράσης ή της θεραπείας  
 Δώσε πληροφορίες σχετικά με τα εμπλεκόμενα στάδια και πώς ενεργούν  
 Δώσε πληροφορίες σχετικά με πλεονεκτήματα και πιθανές παρενέργειες  
 Ανίχνευσε την άποψή του για την ανάγκη δράσης και τα κίνητρά του  
 Ανίχνευσε την άποψή του για τα πλεονεκτήματα και πιθανούς περιορισμούς  
 Δέξου τις απόψεις του  
 Υποστήριξε εναλλακτικό τρόπο θεώρησης αν χρειάζεται  
 Ανίχνευσε τις αντιδράσεις και ανησυχίες του για το σχέδιο δράσης και θεραπεία  
 Προσδιόρισε αν το σχέδιο δράσης έχει την αποδοχή του  
 Λάβε υπόψη σου τον τρόπο ζωής του, τις δυνατότητες και τις ικανότητές του  
 Λάβε υπόψη σου τις απόψεις του και το πολιτιστικό του υπόβαθρο  
 Παρότρυνέ τον να συμμετέχει στο σχέδιο δράσης και να αναλάβει ευθύνες  
 Παρότρυνέ τον να βασίζεται στον εαυτό του  
 Αναζήτησε πιθανά δίκτυα βοήθειας για τον ασθενή, συζήτα πιθανή υποστήριξη

**ΚΛΕΙΣΙΜΟ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ**

Σχεδιάστε μαζί το μέλλον

Συμφώνησε μαζί του σχετικά με τα επόμενα βήματα του καθένα σας  
**Εξασφάλισε δικλίδες ασφαλείας:**  
 Εξήγησε πιθανές απρόσμενες εξελίξεις  
 Εξήγησε το εναλλακτικό σχέδιο δράσης επί αποτυχίας του αρχικού  
 Προσδιόρισε πότε πού και πώς πρέπει να αναζητηθεί βοήθεια

Εξασφάλισε το κατάλληλο σημείο για το κλείσιμο της συνεδρίας

Συνόψισε περιληπτικά τη συνεδρία και διευκρίνισε το σχέδιο δράσης  
 Επιβεβαίωσε τελικά πως συμφωνεί και νιώθει άνετα με το σχέδιο δράσης  
 Ρώτησε αν υπάρχουν διορθώσεις, απορίες ή άλλα θέματα προς συζήτηση

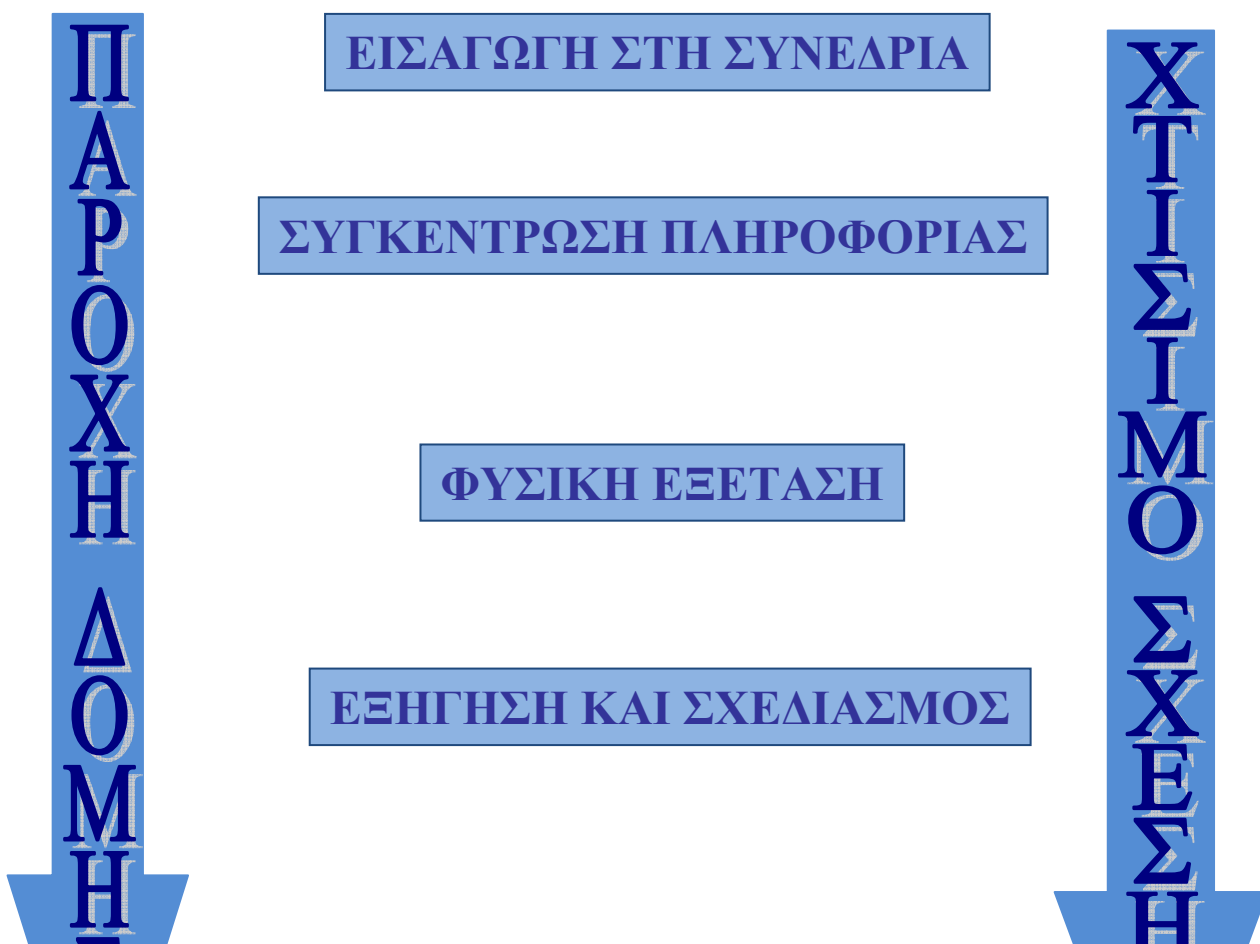
Στο πλαίσιο του οδηγού οι δεξιότητες επικοινωνίας σχετίζονται άλλοτε με το περιεχόμενο και άλλοτε με τη διαδικασία, ωστόσο εμπλέκονται λειτουργικά. Για παράδειγμα, κατά συλλογή των πληροφοριών οι σχετιζόμενες με τη διαδικασία δεξιότητες: αφήγηση του ασθενή, τύπος ερωτήσεων, ενεργητική ακοή, διευκολυντική αντίδραση, επιλογή αντιδράσεων, διευκρίνιση, οργάνωση του χρόνου, σύνοψη, κατάλληλη χρήση της γλώσσας, μέθοδοι διερεύνησης άποψης του ασθενή, εμπλέκονται λειτουργικά με τις σχετιζόμενες με το περιεχόμενο: η αντικειμενική άποψη για τη νόσο, η υποκειμενική άποψη για τη νόσο, το ιστορικό του ασθενή, η ανασκόπηση των συστημάτων.

Ολοκληρώνοντας την αναφορά στον οδηγό παρατήρησης Calgary – Cambridge είναι καλό να γίνουν κάποιες επισημάνσεις. Η λίστα 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.

Μια τέτοια οργανωμένη προσέγγιση της επικοινωνίας εξασφαλίζει πλεονεκτήματα: α. για την άσκηση της ιατρικής αφού προλαμβάνει την παρατεταμένη άσκοπη αναζήτηση πληροφορίας και την απώλεια σημαντικών πληροφοριών, προωθεί τη σκόπιμη και όχι 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.

**Ο ΟΔΗΓΟΣ CALGARY – CAMBRIDGE  
ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ  
Το γενικό πλαίσιο**



**ΚΛΕΙΣΙΜΟ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ**

**Ο ΟΔΗΓΟΣ CALGARY – CAMBRIDGE  
ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ  
Το αναλυτικό πλαίσιο**

**Π  
Α  
Ρ  
Ο  
Χ  
Η  
Δ  
Ο  
Μ  
Η  
Σ**

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ**

τοιμασία  
είωση πρώτης επαφής  
διορισμός των λόγων της επίσκεψης

**ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΣ**

νή  
ανακάλυψη:  
τρικη αποψη / άποψη ασθενή  
ές πληροφορίες – περιεχόμενο

γίνεται σαφής η οργάνωση  
παρακολουθείται η ροή

**ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ**

χρησιμοποιείται κατάλληλη  
μη λεκτική συμπεριφορά  
αναπτύσσεται αρμονική σχέση  
εμπλέκεται ο ασθενής

**ΕΞΗΓΗΣΗ ΚΑΙ ΣΧΕΛΙΑΣΜΟΣ**

χή του  
πληροφοριών  
λυση ορθής ανάκλησης και κατανόησης  
ξη αμοιβαίας κατανόησης:  
μάτωση της άποψης του ασθενή για την ασθένεια  
ιασμός:  
κοινού απόφαση

**ΚΛΕΙΣΙΜΟ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣ**

εξασφάλιση

**Χ  
Τ  
Ι  
Σ  
Ι  
Μ  
Ο  
Σ  
Χ  
Ε  
Σ  
Η  
Σ**

διήθηση των  
πράξεων του

σωστός τύπου και

κατάλληλου σημείου για

## **κλείσιμο μελλοντικός σχεδιασμός**

Είναι σημαντικό να τονισθεί πως η συγκρότηση δεν αποκλείει την ευελιξία. Μια δομημένη προσέγγιση όπως αυτή που αναλύθηκε μπορεί να χρησιμοποιείται λειτουργικά με τρόπο ανάλογο εκείνου του γνωστού στους γιατρούς δομημένου προτύπου λήψης του ιατρικού ιστορικού. Ας θυμηθούμε τη γνωστή «κλασική» ακολουθία λήψης ιστορικού:

*Δημογραφικά στοιχεία*

*Αιτία εισόδου*

*Παρούσα νόσος*

*Ατομικό ιστορικό*

*Οικογενειακό ιστορικό*

*Αλλεργίες*

*Φάρμακα*

*Έξεις και τρόπος ζωής*

*Κοινωνικό ιστορικό*

*Αντικειμενική εξέταση*

*Διαφορική διάγνωση*

*Πιθανή διάγνωση*

*Αγωγή*

*Πορεία νόσου*

*Έκβαση*

Η ακολουθία αυτή διερευνά και εκτιμά την αντικειμενική διάσταση της υγείας πάνω στην οποία αποκλειστικά βασίζει το σχεδιασμό και την εφαρμογή της θεραπευτικής διαδικασίας. Παραβλέπει ωστόσο παντελώς την υποκειμενική διάσταση της υγείας με αποτέλεσμα:

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

Οι συνεχείς διακοπές από το γιατρό δεν επιτρέπουν στον ασθενή πλήρη έκθεση των προβληματισμών του ενώ η προσέγγιση του ασθενή στοχεύει συνήθως στην απάντηση των ερωτημάτων του γιατρού ή ακόμη απλά την επιβεβαίωση των πρώιμων και συχνά αβάσιμων υποψιών του.

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

Οι γιατροί σπάνια εκθέτουν τις σκέψεις τους στον ασθενή, αν το κάνουν σπάνια χρησιμοποιούν απλή και κατανοητή γλώσσα, τείνουν να υπερεκτιμούν το 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 γιατρών από το επάγγελμά τους μειώνεται με συνέπειες στην επαγγελματική τους απόδοση αλλά και στην προσωπική τους ζωή.

Επιχειρώντας τη συγχώνευση της συνηθισμένης αυτής προσέγγισης σε ένα πλαίσιο αποτελεσματικής επικοινωνίας όπως αυτό που αναλύθηκε, καταλήγουμε σε ένα πρότυπο ιατρικής συνέντευξης σύγχρονο και αποτελεσματικό, που διερευνά και αξιοποιεί θεραπευτική τόσο την αντικειμενική όσο και την υποκειμενική διάσταση της νόσου και προτρέπει γιατρό και ασθενή σε ένα σχεδιασμό της θεραπευτικής διαδικασίας, σύμφωνα με το πρότυπο της συνεταιρικότητας – ώριμης συμμετοχής.

*Τα προβλήματα του ασθενή*

*Η βιοϊατρική προσέγγιση (αντικειμενική)*

*Συχνότητα επεισοδίων*

*Ανάλυση συμπτωμάτων*

*Σχετική ανασκόπηση συστημάτων*

*Η εμπειρία του ασθενή (υποκειμενική)*

*Ιδέες & Σκέψεις*

*Ανησυχίες*

*Προσδοκίες*

*Επιδράσεις στη ζωή*

*Συναισθήματα*

*Το σχετικό υπόβαθρο*

*Ατομικό ιατρικό ιστορικό*

*Φάρμακα και Αλλεργίες*

*Οικογενειακό ιστορικό*

*Προσωπικό και Κοινωνικό ιστορικό*

*Ανασκόπηση συστημάτων*

*Η φυσική εξέταση*

*Η διαφορική διάγνωση*

*Η λίστα προβλημάτων*

*Αντικειμενική διάσταση*

*Υποκειμενική διάσταση*

*Το σχέδιο διαχείρισης*

*Εναλλακτικές επιλογές διερεύνησης*

*Εναλλακτικές επιλογές αντιμετώπισης*

*Η εξήγηση στον ασθενή*

*Η διαπραγμάτευση προτεινόμενου σχεδίου δράσης*

*Το κοινά αποδεκτό σχέδιο δράσης*

*Η δράση*

*Εκτίμηση αποτελεσμάτων της δράσης*

*Από το γιατρό*

*Από τον ασθενή*

*Συνέχιση ή κοινά αποδεκτή τροποποίηση δράσης*

*Επιβεβαίωση αποτελεσματικότητας της δράσης*

*Από το γιατρό*

*Από τον ασθενή*

Μια τέτοια προσέγγιση 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 - κοινωνικοπολιτιστικό υπόβαθρό του. Λαμβάνει υπόψη την άποψη, επιθυμίες και προσδοκίες του γιατρού και του ασθενή. Επιδιώκει το σεβασμό και την εμπιστοσύνη, την αλληλοκατανόηση, αλληλοϋποστήριξη και συνεργασία, την ενημέρωση και εμπλοκή του ασθενή στις διαδικασίες, το σχεδιασμό και προγραμματισμό ως προς τις επιδιώξεις, τη διαμόρφωση κοινά αποδεκτού σχεδίου δράσης, την υλοποίηση κοινά αποδεκτού σχεδίου δράσης. Επιτυγχάνει έτσι τη μείωση αισθήματος αβεβαιότητας και αύξηση αισθήματος ικανοποίησης για το γιατρό και τον ασθενή, αποφυγή σύγκρουσης / διάσπασης της σχέσης τους, υψηλή ακρίβεια και αποτελεσματικότητα στη διαγνωστική και θεραπευτική διαδικασία.

#### Βιβλιογραφία:

- Kurtz S, Silverman J, Draper J (2005) - Teaching and Learning Communication Skills in Medicine (2<sup>nd</sup> Ed).Radcliffe Publishing (Oxford)
- Silverman J, Kurtz S, Draper J (2005) - Skills for Communicating with Patients (2<sup>nd</sup> Ed).Radcliffe Publishing (Oxford)
- Kurtz S, Silverman J, Benson J, Draper J(2003) - Marrying Content and Process in Clinical Method Teaching: Enhancing the Calgary-Cambridge Guides Academic Medicine;78(8):802-8
- Kalamazoo Consensus Statement (2001) Acad Med, 76, 391.
- Ong, L.M.L., De Haes, J.C.J.M., Hoos, A.M., Lammes, F.B. Doctor-Patient communication: a review of the literature. (1995) Soc.Sci.Med., 40, 7, 903-918

### **Συζήτηση περίπτωσης**

#### *α. Παρουσίαση*

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

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

Ο ιατρός διαγιγνώσκει "πυώδη αμυγδαλίτιδα" και χορηγεί αντιβιοτικά χωρίς οδηγίες και συμβουλές. Ο πυρετός μετά από 4 24/ωρα 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 6<sup>η</sup> 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 11<sup>η</sup> ημέρα η ασθενής εμφανίζει ίκτερο και εισάγεται επείγοντως σ' ένα 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 αυτά από τη σκοπιά της σχέσης ιατρού - ασθενούς.
2. Ποιες θα ήταν οι δικές σας ενέργειες εάν ήσασταν ο πρώτος ή ο τελευταίος ιατρός;

### **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. *Γεώργας Δ.* Οι στάσεις. Στο βιβλίο Κοινωνική Ψυχολογία, Γεώργας Δ., Αθήνα 1986, σσ.120-163.
2. *Blum RH.* The Office Call. In: The Management of the Doctor-Patient, Relationship. Mc Graw-Hill Book Company, Inc., New York, Toronto, London 1960, pp.150-169.
3. *Hall E.* The Silent Language, Doubleday and Company, Garden City Books, New York, 1959.
4. *Γεώργας Δ.* Η Επικοινωνία και οι Διαπροσωπικές Σχέσεις. Στο βιβλίο Κοινωνική Ψυχολογία, Γεώργας Δ., Αθήνα 1986, σσ.250-309.
5. *Λιονής Χ, Slikkerveer J, Φασατάκης Ν.* Όροι (ονομασίες) Ασθενειών στην Τοπική Διάλεκτο της Δυτικής Κρήτης (έχει υποβληθεί για δημοσίευση).
6. *Balint M.* Psychotherapy. In: The Doctor, his Patient and the Illness. Pitman Medical Publishing Co. Ltd, London 1961, pp.107-214.
7. *Γεώργας Δ.* Η Αλλαγή των Στάσεων. Στο βιβλίο Κοινωνική Ψυχολογία, Γεώργας Δ., Αθήνα 1986, σσ.164-191.

8. *Μαστροπαναγιωτόπουλος Δ, Κωτσόγιαννης Σ, Δημουδιά Ε, Ματθαίου Σ.* Παράγοντες που συμβάλλουν στη δυσαρέσκεια του ασθενούς και επιδρούν στη σχέση που αναπτύσσει με το γιατρό. Γραπτή εργασία στα πλαίσια του μαθήματος "Σχέση Γιατρού-Ασθενούς", Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ηράκλειο 1991.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΙΑΤΡΟΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

#### Χ. Λιονής και Ε. Πιτέλου

##### 5.1 Ιατρός και οικογένεια ασθενούς

###### Κύρια μηνύματα

- Η γενική ιατρική είναι στενά συνδεδεμένη με το θεσμό της οικογένειας, ιδιαίτερα στην Ελλάδα, όπου όπως και σε άλλες χώρες επιχειρείται η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Ιδιαίτερες δεξιότητες απαιτούνται τόσο στη συνάντηση με την οικογένεια όσο και με την αντιμετώπιση ενός μέλους της με χρόνια νόσο και αναπηρία.
- Η δομή της οικογένειας αλλάζει ραγδαία, καθώς ο αριθμός των ζευγαριών που παραμένουν μαζί για όλη τους τη ζωή έχει μειωθεί δραστικά και η συχνότητα εμφάνισης νέων τύπων οικογένειας, όπως η μονογονεϊκή για παράδειγμα, έχει αυξηθεί.
- Όλο και περισσότεροι άνθρωποι ζουν μόνοι, ιδιαιτέρως οι ηλικιωμένες γυναίκες. Ταυτόχρονας, η άτυπη πρόνοια/ανεπίσημη φροντίδα, στο πλαίσιο οικογενειακής στήριξης (π.χ. μέλος οικογένειας) ή κοινωνικής συνοχής (π.χ. γείτονας) μέσω δικτύων στήριξης, έχει σαφώς μειωθεί
- Οι περισσότερες ασθένειες, ακόμα κι εκείνες που έχουν σαφή «γενετική» βάση, προκύπτουν από συνδυασμό της γονιδιακής προδιάθεσης με περιβαλλοντικούς παράγοντες και την πολιτισμική σημασία των συμπτωμάτων και των βιωμάτων
- Για πολλές παθήσεις, ο τρόπος ζωής παίζει καθοριστικό ρόλο στην πρόκληση, εξέλιξη και αντιμετώπιση της νόσου (π.χ. κάπνισμα, διατροφή – καθοριστικοί παράγοντες) και η πραγματοποίηση των απαραίτητων αλλαγών εξαρτάται άμεσα από την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς

##### 1. Οικογένεια και προσανατολισμένη στην οικογένεια πρωτοβάθμια φροντίδα

Η οικογένεια, ως ήδη έχει αναφερθεί, αποτελεί σημαντικό μέρος του κοινωνικού συστήματος στο οποίο αναπτύσσεται η σχέση γιατρού-ασθενούς, αφού επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τις αντιλήψεις των μελών της αναφορικά με την αιτία της ασθένειας, καθώς και τη συμπεριφορά της απέναντι σε αυτήν. Η οικογένεια αποτελεί ένα σημαντικό μέσο το οποίο προστατεύει τη σχέση του γιατρού με τον ασθενή, ενώ συγχρόνως βοηθά τον ίδιο το γιατρό να επιτύχει ένα καλό θεραπευτικό αποτέλεσμα αλλά και τον ίδιο τον ασθενή ν' ακολουθήσει τις οδηγίες του γιατρού (1).

Οι McDaniel, Campbell και Seaburn αναφέρονται στην προσανατολισμένη στην οικογένεια πρωτοβάθμια φροντίδα (family-oriented primary care) και στο ρόλο του γιατρού σε αυτήν (2). Σύμφωνα με αυτούς, ο προσανατολισμένος στην οικογένεια γιατρός συλλέγει πληροφορίες όχι μόνο για τα προβλήματα που του αναφέρει ο ασθενής αλλά και για τις οικογενειακές σχέσεις, τα πρότυπα υγείας και τη συμπεριφορά στην ασθένεια που 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 ασθενούς από τον γιατρό, συχνά ως αποτέλεσμα του εργασιακού του φόρτου, συχνά περιορίζει τόσο τη διαγνωστική ικανότητα, όσο και το εύρος των θεραπευτικών δυνατοτήτων που έχει (2).

*«Εμείς δεν δικηγоруύμε για την προσανατολισμένη στην οικογένεια πρωτοβάθμια φροντίδα επειδή πιστεύουμε ότι η οικογένεια μόνη της μπορεί να θεραπεύσει την αρρώστια»* λένε οι παραπάνω συγγραφείς και συνεχίζουν *«αλλά επειδή πιστεύουμε ότι η καλοσχεδιασμένη και με στόχους συμμετοχή της οικογένειας στην φροντίδα υγείας του ασθενούς βελτιώνει την κατάσταση υγείας τόσο του ασθενούς και της οικογένειας του όσο και του ίδιου του γιατρού»*.

## *2. Οικογένεια και η σχέση της με την υγεία και την ασθένεια*

Η δομή της οικογένειας αλλάζει ραγδαία, καθώς ο αριθμός των ζευγαριών που παραμένουν μαζί για όλη τους τη ζωή έχει μειωθεί δραστικά και η συχνότητα εμφάνισης νέων τύπων οικογένειας, όπως η μονογονεϊκή για παράδειγμα, έχει αυξηθεί. Οι μονογονεϊκές οικογένειες προκύπτουν κυρίως είτε μετά από θάνατο και 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' ότι στα ίδιας ηλικίας ανύπαντρα άτομα (1). Τα ανύπαντρα επίσης άτομα, όπως και αυτά με χαλαρούς οικογενειακούς δεσμούς, νοσηλεύονται στα νοσοκομεία για μακρότερη περίοδο (1). Η εμφάνιση αγχογόνων παραγόντων που συνδέονται με την οικογένεια 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 (3). Πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι εντάσεις του τύπου αυτού ασκούν ανοσοκατασταλτική επίδραση στον οργανισμό, αυξάνοντας έμμεσα την πιθανότητα ασθένειας (5). Οι Berkman και Syme (6), ερευνώντας 6000 ενήλικες, έδειξαν ότι η παρουσία κοινωνικού δικτύου υποστήριξης αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την πρόβλεψη της θνησιμότητας για διάστημα μεγαλύτερο των 9 χρόνων. Ο παράγοντας αυτός φαίνεται να είναι ανεξάρτητος από την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση, την προηγούμενη κατάσταση υγείας και τις συνήθειες υγείας των ατόμων που μελετήθηκαν.

Η παρουσία αλλά και ο αριθμός των παιδιών που ζουν μέσα στην οικογένεια επίσης φαίνεται να επηρεάζουν θετικά το προσδόκιμο της επιβίωσης των μελών αυτής (3). Ο υποστηρικτικός ρόλος της οικογένειας στη διάρκεια της εγκυμοσύνης μοιάζει να είναι σημαντικός όσον αφορά την έκβασή της (3).

Οι παραπάνω αναφορές τονίζουν τη θετική επίδραση που έχει η οικογένεια στους ρυθμούς της θνησιμότητας. Από χρόνια επίσης συζητείται και ερευνάται η σχέση και ο ρόλος της οικογένειας με 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.

**CASE BOX 1** – Σας επισκέπτεται στο ιατρείο σας μια γυναίκα 64 ετών με συμπτώματα και ιστορικό χρόνιας αναπνευστικής νόσου και κατάθλιψης. Ο γιος της είναι εξαρτημένος από ενδοφλεβίως χορηγούμενες ουσίες και ο σύζυγος της κάνει κατάχρηση αλκοολούχων ποτών. Υπάρχουν συσσωρευμένα οικονομικά και κοινωνικά προβλήματα.

Ο Καθηγητής F.I.A. Huygen έχει συγγράψει ένα εξαιρετικό βιβλίο με τίτλο Family Medicine όπου εξιστορεί πολλές από τις εμπειρίες της ζωής με τη μορφή ιστοριών περιπτώσεων που έζησε αλλά και των μελετών του σε οικογένειες. Ουσιαστικά θέτει τις βάσεις μια θεραπευτική σε οικογένειες και προτρέπει σε ένα άλλο τρόπο άσκησης της σημερινής γενικής ιατρικής. (Αναφορά στο τέλος της βιβλιογραφίας)

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 (3). 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 το γιατρό 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 πάνω στην υγεία του αλλά και για να μπορέσει να το τροποποιήσει, εφόσον χρειάζεται. Είναι γνωστό ότι η ικανότητα ενός ατόμου για αλλαγή του τρόπου ζωής του και συγχρόνως μείωση του κινδύνου του όσον αφορά την καρδιαγγειακή νόσο επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από την υποστήριξη (συμπαράσταση), που έχει το άτομο αυτό από την οικογένεια του (3). 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 (compliance) των ασθενών στις οδηγίες του γιατρού (7)

**CASE BOX 2** – Μητέρα 48 ετών με παιδιά που παρακολουθούν τάξεις Γυμνασίου, εργαζόμενη σε ιδιωτική επιχείρηση σας επισκέπτεται με έντονα σωματικά συμπτώματα και εύκολη κόπωση. Ο σύζυγος της είναι μεταφορέας και απασχολείται πολλές ώρες εκτός σπιτιού. Στο σπίτι διαμένει η μητέρα του συζύγου της ηλικίας 78 ετών με άνοια, ανήμπορη να αυτοεξυπηρετηθεί. Οι οικονομικές δυσκολίες επιπροστίθενται στα φορτία αυτής της οικογένειας.

Η αλλαγή επίσης της διαιτητικής συμπεριφοράς παχύσαρκου συζύγου έχει συνδεθεί με τη συμπαράσταση των μελών της οικογένειας και ιδιαίτερα αυτή του/της συζύγου (8,9). Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ένα άλλο καλό παράδειγμα ρύθμισης με τη βοήθεια (στήριξη) της οικογένειας. Διάφορες μελέτες έχουν δείξει πτωχή ρύθμιση του διαβητικού στις περιπτώσεις οικογενειών με δυσλειτουργίες (10,11). 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 (3).

Ο υποστηρικτικός ρόλος της οικογένειας συνεχίζει να αντισταθμίζει σε μεγάλο βαθμό την αδυναμία του κράτους να ικανοποιήσει τις κοινωνικές ανάγκες αλλά τόσο η γήρανση του πληθυσμού, όσο και το υψηλό κόστος των υπηρεσιών υγείας σήμερα σε συνθήκες οικονομικής ύφεσης καθιστά τη σημερινή οικογένεια στην Ελλάδα ανήμπορη να ανταπεξέλθει με σοβαρές συνέπειες τόσο στην υγεία των μελών της και ιδιαίτερα στην εργαζόμενη μητέρα και σύζυγο. Η υποχρέωση ανταπόκρισης σε ένα ευρύ φάσμα αναγκών των εξαρτώμενων μελών γίνεται δυσβάσταχτη, ιδιαίτερα για τις γυναίκες.

Τέλος, οι μη παραδοσιακές μορφές οικογένειας δεν φαίνεται να οδηγούν αυτές καθ' αυτές σε διαταραχές προσκόλλησης (attachment disorders) ωστόσο δεν υπάρχει επαρκής τεκμηριωμένη έρευνα, ενώ διαπιστωμένο γεγονός αποτελεί το ότι ο πιο συνηθισμένος παράγοντας πρόκλησης τους σε επίπεδο συσχετισμού είναι η μετάβαση από ασφαλή σε ασταθή πρότυπα προσκόλλησης (16). Οι πιο συχνοί λόγοι για τέτοιου είδους μετάβαση είναι (α) η απώλεια ενός γονέα, (β) το διαζύγιο των γονέων, (γ) η εμφάνιση επικίνδυνης για τη ζωή νόσου σε γονέα ή παιδί (π.χ. διαβήτης, καρκίνος κ.λπ.), (δ) η ψυχιατρική διαταραχή γονέα και (ε) η σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση από ένα μέλος της οικογένειας (16, 17).

### *3. Η συνάντηση με την οικογένεια*

Για να μπορέσει να διαχειριστεί ο γιατρός την οικογένεια του ασθενούς θα πρέπει να μάθει όσα περισσότερα μπορεί γι' αυτή και πιο συγκεκριμένα για τα χαρακτηριστικά της, τη δομή της, τις

αλληλεπιδράσεις των μελών της, τις διαδικασίες που ακολουθεί και τη διαχρονική της πορεία. Ο γιατρός που προσεγγίζει μια οικογένεια, πραγματοποιεί συνεχή εξέταση, η οποία θα πρέπει να ενσωματώνεται στην [daily practice]. Τα κύρια χαρακτηριστικά γνωρίσματα και τα επιμέρους στοιχεία, που θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη του -συνοδευόμενα από ενδεικτικές ερωτήσεις- έχουν ως εξής (3, 14):

### 1. Χαρακτηριστικά οικογένειας

#### A. Η οικογένεια ως σύστημα (system)

- Ποια είναι τα μέλη της οικογένειας;
- Ποιον θεωρείτε «οικογένεια», όσον αφορά την καθημερινή στήριξη/υποστήριξη;

Η σταθερότητα και η προσαρμοστικότητα της οικογένειας καθορίζεται σε βάθος χρόνου από τις διαπροσωπικές σχέσεις και δομές της. Δεδομένων των νέων τύπων οικογένειας που έχουν εμφανιστεί, οι παραπάνω ερωτήσεις είναι ιδιαίτερα σημαντικές.

#### B. Οικογενειακή σταθερότητα (stability, homeostasis)

- Με όλες τις αλλαγές, πώς είναι δυνατό να διασφαλίσετε ότι υπάρχει καλή οικογενειακή ισορροπία ώστε όλοι να αισθάνονται ότι λαμβάνουν φροντίδα;
- Εάν η εξέλιξη της νόσου είναι ραγδαία, τι πιστεύετε ότι ενδέχεται να συμβεί στην οικογένειά σας;

Η οικογενειακή σταθερότητα ή «ομοιόσταση» αποτελεί την διαπροσωπική διαδικασία μέσω της οποίας η οικογένεια επιχειρεί να διατηρήσει την συναισθηματική ισορροπία του συστήματος.

#### Γ. Μετάβαση (transition)

- Πώς άλλαξε η κατάσταση τώρα που η πεθερά σας μετακόμισε μαζί σας;
- Πώς επηρεάζεται η οικογένειά σας από τις προσαρμογές που πρέπει να γίνουν τώρα που το παιδί σας θα πάει/φοιτήσει στο γυμνάσιο;

Ο όρος μετάβαση περιγράφει την διαπροσωπική διαδικασία μέσω της οποίας η οικογένεια προσαρμόζεται στην αναπτυξιακή πορεία των μελών της και τις διάφορες προσδοκίες και τους ρόλους σε επίπεδο κοινότητας.

#### Δ. Η «κοσμοθεώρηση» (World view)

- Αισθάνεστε ότι είστε σε θέση να βοηθάτε επαρκώς ο ένας τον άλλο σε περίοδο κρίσης;
- Πώς τα πήγατε όταν χρειάστηκε να αναλάβει ο ένα ευθύνες άλλου;
- Πώς μαθαίνει ένα μέλος ότι ένα άλλο χρειάζεται βοήθεια;

Βάσει της κουλτούρας, προηγούμενη ιστορίας και ατομικών πεποιθήσεων, η γενικότερη θεώρηση μιας οικογένειας για αυτήν την ίδια είναι είτε ότι είναι ικανή ή αναποτελεσματική, συνεκτική ή κατατετμημένη. Η αίσθηση αποτελεσματικότητας της οικογένειας είναι δυνατό να ενισχυθεί όταν τα μέλη της αισθανθούν ότι ανταπεξήλθαν αποτελεσματικά σε μια κρίση ή όταν ο γιατρός ή άλλος επαγγελματίας υγείας αναγνωρίσει τις προσπάθειές τους και τα δυνατά τους σημεία.

#### E. Πλαίσιο σχέσεων όσον αφορά την συμπτωματολογία (Relational Context)

- Πώς επηρεάζουν τα συμπτώματα της κόρης σας όλα τα άλλα μέλη της οικογένειας;

- Έχετε παρατηρήσει εάν υπάρχουν πράγματα που εσείς ως γονείς κάνετε και που οδηγούν το γιό σας να αναλάβει τις ευθύνες του όσον αφορά (σ)τη λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής λιγότερο ή περισσότερο;

Η κατανόηση των χαρακτηριστικών της οικογένειας είναι μία από τις εκβάσεις μια ολοκληρωμένης συνέντευξης/συνάντησης ασθενούς ή οικογένειας.

## 2. Δομή οικογένειας

### A. Ιεραρχία (hierarchy)

- Ποιος είναι ο αρχηγός της οικογένειας (φανερά);
- Η ιεραρχία της οικογένειας είναι σαφής και η κατάλληλη (γονείς υπεύθυνοι για τα παιδιά) ή αντιστραμμένη (τα παιδιά ελέγχουν τους γονείς);

Ένα παιδί στο οποίο ανατίθεται ρόλος γονέα (αντιστροφή ρόλων -parentified child), όπως για παράδειγμα ένας μεγαλύτερος αδερφός ο οποίος αναλαμβάνει την ευθύνη εκτέλεσης μέρους οικογενειακών καθηκόντων σε ιδιαίτερες οικογενειακές συνθήκες (αναπηρία ενός γονέα κ.ά).

### B. Όρια (boundaries)

- Ποιες είναι οι υποομάδες της οικογένειας;
- Ποια είναι τα όρια μεταξύ των υποομάδων (δηλ. γονείς και παιδιά) και είναι σαφή και κατάλληλα ή συγκεχυμένα και προβληματικά;

Τα όρια βοηθάνε να προσδιοριστούν οι διάφορες λειτουργικές ομάδες μέσα στην οικογένεια (π.χ. η υποομάδα των αδερφών, των παππούδων-γιαγιάδων, του ζευγαριού κ.λπ.). Σε διαπροσωπικές σχέσεις οι οποίες διέπονται από σεβασμό, η οικογένεια αναγνωρίζει τα όρια γύρω από τις υποομάδες, επιτρέποντας -για παράδειγμα- στους γονείς να έχουν μια προσωπική/ιδιωτική σχέση

### Γ. Επιλογή οικογενειακών ρόλων

- Ποιοι είναι οι ρόλοι των μελών και πώς σχετίζονται μεταξύ τους;
- Ποιος αναλαμβάνει το ρόλο του «ειδικού/υπευθύνου» στην οικογένεια όσον αφορά (σ)τις ασθένειες και την υγεία;
- Ποιο είναι πιο συχνά το «άρρωστο» μέλος στην οικογένεια;

Συνήθης οικογενειακός ρόλος είναι αυτός του «αποδιοπομπαίου τράγου» (scapegoat ή noble symptom bearer), ο οποίος προσδιορίζεται στην οικογένεια ως η πηγή των προβλημάτων, αποδέχεται την απόδοση ευθυνών από τα άλλα μέλη και αποσπά την προσοχή από άλλα ατομικά ή οικογενειακά προβλήματα, αντικατοπτρίζοντας τη δυσλειτουργία της όλης οικογένειας.

Για παράδειγμα:

- Έχει η οικογένεια ένα «αποδιοπομπαίο τράγο»;
- Πώς αντικατοπτρίζεται όλη η οικογένεια στα συμπτώματά του;

### Δ. Συμμαχία (alliance)

- Ποιες είναι οι σημαντικές συμμαχίες μέσα στην οικογένεια;

- Ποια είναι τα όρια μεταξύ των υποομάδων (δηλ. γονείς και παιδιά) και είναι σαφή και κατάλληλα ή συγκεχυμένα και προβληματικά;

Η συμμαχία αποτελεί θετική σχέση μεταξύ δύο μελών ενός συστήματος (π.χ. μητέρα και πατέρα συνεργαζόμενοι).

#### Ε. Συνασπισμός (coalition)

- Ποιο είναι οι σημαντικοί συνασπισμοί εντός της οικογένειας;
- Πώς βλέπουν τους συνασπισμούς τα μέλη της οικογένειας που δεν ανήκουν σε αυτούς;

Οι συνασπισμοί είναι σχέσεις μεταξύ τουλάχιστον τριών ατόμων στις οποίες οι δύο εναντιώνονται σε ένα τρίτο (π.χ. γονέας και παιδί εναντίον του άλλου γονιού).

### 3. Η διεργασία στην οικογένεια (Process)

#### Α. Συναισθηματική εμπλοκή (enmeshment)

- Τα μέλη της οικογένειας αισθάνονται «το ένα τα συναισθήματα του άλλου»;
- Είναι σπάνιο να ενεργούν ανεξάρτητα τα μέλη της οικογένειας;

Η συναισθηματική εμπλοκή χαρακτηρίζει ένα σύστημα στο οποίο τα μέλη έχουν περιορισμένη αυτονομία και εξαιρετικά υψηλό βαθμό συναισθηματικής αντίδρασης.

#### Β. Συναισθηματική αποσύνδεση (disengagement)

- Είναι τα μέλη της οικογένειας απόμακρα ή απομονωμένα το ένα από το άλλο;
- Είναι ο βαθμός συναισθηματικής αποσύνδεσης κατάλληλος από πλευράς ηλικιακής ανάπτυξης;

Η συναισθηματική αποσύνδεση χαρακτηρίζει μια οικογένεια όπου τα μέλη είναι απόμακρα και δεν έχουν τη δυνατότητα να ανταποκριθούν το ένα στο άλλο -για παράδειγμα, ο σύζυγος δεν μοιράζεται τα προβλήματα της υγείας του με τη γυναίκα του ή τα παιδιά του).

#### Γ. Τριγωνική σχέση (Triangulation)

- Μιλάνε τα μέλη της οικογένειας απευθείας το ένα στο άλλο για προσωπικά τους θέματα;
- Όταν ανακύπτουν συναισθηματικά θέματα μεταξύ δύο μελών εστιάζονται σε ένα τρίτο άτομο;

Ένα τρίτο πρόσωπο διεισδύει ανάμεσα στο υπάρχον δυαδικό σύστημα εκτονώνοντας την ένταση που υπάρχει μεταξύ των δύο ατόμων -για παράδειγμα, αντί να διαφωνήσουν μεταξύ τους για προσωπικά τους ζητήματα, ο πατέρας και η μητέρα εκφράζουν τη δυσαρέσκεια για το γάμο τους καυγαδίζοντας σχετικά με την ανατροφή που πρέπει να δώσουν στο γιο τους.

#### Δ. Οικογενειακά πρότυπα (pattern)

- Ποια είναι η σειρά συμπεριφορών που συνήθως εμφανίζεται όταν η οικογένεια περνάει περίοδο άγχους;
- Το πρότυπο, δηλ. η σειρά συμπεριφορών αυτή, χειροτερεύει ή βελτιώνει την κατάσταση;
- Εάν τη χειροτερεύει, ποιες άλλες συμπεριφορές ενδέχεται να ανακόψουν τη σειρά συμπεριφορών αυτή;

Μια σειρά λειτουργιών που έχει ορισθεί ή υιοθετηθεί από τα μέλη της οικογένειας και η οποία αποτελεί χαρακτηριστικό της γνώρισμα.

#### 4. Η οικογένεια σε βάθος χρόνου

##### A. Το αναπτυξιακό στάδιο της οικογένειας

- Σε ποιο αναπτυξιακό στάδιο βρίσκεται η οικογένεια;
- Ποια είναι τα σημαντικά βήματα που πρέπει να ολοκληρωθούν στο στάδιο αυτό;
- Τα προβλήματα υγείας προκύπτουν όταν η οικογένεια βιώνει κεντρομόλο ή φυγόκεντρο πίεση;

Βάσει του οικογενειακού κύκλου ζωής, οι οικογενειακές διεργασίες ποικίλλουν αναλόγως του αν υπάρχουν μικρά παιδιά στην οικογένεια ή αν υπάρχει ένα ηλικιωμένο ζευγάρι κ.λπ.

Ο οικογενειακός κύκλος ζωής περιλαμβάνει τη φυσιολογική σειρά γεγονότων από τα οποία διήλθε η οικογένεια, όπως το γάμο, την εγκυμοσύνη, την ανατροφή των παιδιών, τη συνταξιοδότηση και τέλος το θάνατο, καθώς και τα καθήκοντα και τους ρόλους που κάθε φορά απαιτούνταν.

#### 4. Οι αλλαγές στην Ελλάδα.- Από το σπίτι στο ιατρείο και στο διαγνωστικό κέντρο.

Στο Ε' Κεφάλαιο έγινε αναφορά στην εξέλιξη της σχέσης γιατρού-ασθενούς στην Κρήτη. Κύρια χαρακτηριστικά της μεταβολής αυτής ήταν η αλλαγή του τόπου ιατρικής φροντίδας από το σπίτι στο ιατρείο αρχικά και στο νοσοκομείο στη συνέχεια. Η αλλαγή του χώρου εξέτασης του ασθενούς τα τελευταία χρόνια στην Κρήτη αλλά και σε όλη την Ελλάδα συνοδεύτηκε και από αλλαγές στον κύριο ρόλο των γιατρών. Από τον γιατρό της οικογένειας (family doctor) ή της κοινότητας (community doctor) φθάσαμε στο γιατρό του ιδιωτικού ιατρείου της πόλης και στο νοσοκομειακό γιατρό. Από τις απλές τεχνικές που χρησιμοποιούσε ο οικογενειακός γιατρός (ιστορικό, κλινική εξέταση), οι οποίες βασιζόντουσαν στην άμεση επαφή που είχε με τον άρρωστο και την καλή γνώση του ιστορικού του, φθάσαμε στις πολύπλοκες (διαγνωστικές-θεραπευτικές) παρεμβάσεις που βασίζονται στην υψηλή τεχνολογία στο χώρο του ιατρείου ή του νοσοκομείου και του εργαστηρίου.

Για όλες τις παραπάνω αλλαγές στη σχέση γιατρού-ασθενούς στη χώρα μας ενοχοποιείται, κύρια από τους γιατρούς, η τεχνολογική εξέλιξη των τελευταίων δεκαετιών που συμβάλλει στην καλύτερη διάγνωση και θεραπεία. Ακόμα και σήμερα ακούγεται από τα χείλη γιατρών «...δεν μπορώ να έλθω στο σπίτι να σας εξετάσω γιατί εκεί δεν θα έχω ηλεκτροκαρδιογράφο ούτε άλλο εξοπλισμό». Ο γιατρός αισθάνεται συχνά ανήμπορος χωρίς τον τεχνολογικό εξοπλισμό και συχνά παραπέμπει τον ασθενή σε άλλες μονάδες ιατρικής φροντίδας και ιδιαίτερα στο νοσοκομείο. Το ιδιωτικό ιατρείο της προηγούμενης δεκαετίας σταδιακά παραχώρησε τη θέση του στο διαγνωστικό κέντρο, χώρο συνάθροισης γιατρών διαφόρων ειδικοτήτων και υψηλής τεχνολογίας εξοπλισμού.

Οι αλλαγές αυτές στον τόπο εξέτασης, που καταγράφονται στη χώρα μας τα τελευταία 20-25 χρόνια, είχαν παρατηρηθεί αρκετά πριν στην αμερικάνικη κοινωνία (12). 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/ελευθερού επιχειρηματία» (12). Στο βιβλίο αυτό ο Blum επισημαίνει την αδυναμία της αμερικάνικης οικογένειας να αντιμετωπίσει τις σοβαρές ασθένειες των μελών της. Αυτή η αδυναμία ήταν αποτέλεσμα των αλλαγών στη δομή και λειτουργία που συνέβησαν στην μεταπολεμική περίοδο και οι οποίες οδήγησαν με τη σειρά τους στην αλλαγή των παραδοσιακών στάσεων της οικογένειας απέναντι στην ασθένεια. Τις αλλαγές στις στάσεις και στη συμπεριφορά της αμερικάνικης οικογένειας τις ευνόησε η ανάπτυξη υπηρεσιών φροντίδας έξω από το σπίτι.*

Ένας άλλος παράγοντας στον οποίο αποδίδονται επίσης οι αλλαγές αυτές ήταν και η εξέλιξη της ιατρικής τεχνολογίας που πράγματι σημείωσε σημαντικά άλματα μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο και που ήδη έχει επηρεάσει την ελληνική αγορά της τελευταίας δεκαετίας. Τα τελευταία χρόνια οι κοινωνιολόγοι έχουν επικεντρώσει την προσοχή τους στην οικογένεια και τις αλλαγές που αυτή έχει υποστεί εξ αιτίας της εκβιομηχάνισης και των υψηλών ρυθμών αστικοποίησης που χαρακτηρίζουν τις δυτικές κοινωνίες.

Παρόμοιες αλλαγές με αυτές που παρατηρήθηκαν στην Αμερικάνικη κοινωνία τις προηγούμενες δεκαετίες παρατηρούνται στην χώρα μας τα τελευταία χρόνια. Οι υψηλοί ρυθμοί αστικοποίησης (από τις αγροτικές περιοχές στα αστικά κέντρα), μπορούν ν' 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) (13). Οι αλλαγές αυτές που αφορούν τη δομή της οικογένειας και έχουν αρχίσει να παρατηρούνται στην 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. Ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και ειδικότερα του οικογενειακού γιατρού εκτιμάται ως ιδιαίτερα σημαντικός για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας και φροντίδας που παραδοσιακά μέχρι σήμερα η ελληνική οικογένεια αντιμετώπιζε.

Τέλος, μια γρήγορη επισκόπηση στατιστικών στοιχείων για την Ελλάδα (16), όσον αφορά στη 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 της παραδοσιακή ευρύτερης οικογένειας- όπως των μονογονεϊκών οικογενειών, για παράδειγμα. 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 τεχνολογίας, μειωμένη θνησιμότητα) θέτει, περαιτέρω, το ερώτημα, της ορθής διαχείρισης περιορισμένων πόρων, τόσο στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας όσο και σε άλλες παροχές, για ολοένα και αυξανόμενες ανάγκες.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Blum RH. Getting the family involved. In: *The Management of the Doctor - Patient Relationship*. McGraw-Hill Book Company Eds Inc, New York, Toronto London 1960, pp 267-276.
2. McDaniel SH, Campell TL, Seaburn DB. 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, pp 3-15.
3. McDaniel SH, Campbell TL, Seaburn DB. 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, pp16--32.
4. Bartrop RW, Luckhurst E, Lazarus L, Kllloh LG, Penny R: Depressed lymphocyte function after bereavement. *Lancet* 1977; 1:834-836.
5. Schleifer SJ, Keller SE, Camerino M, Thornton JC, Stein M. Suppression of lymphocyte stimulation following bereavement. *JAMA* 1983: 250:374--377.
6. Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance and mortality: A nine year follow-up study of Alameda country residents. *Am J Epidemiol* 1979; 109:186-204.
7. Morisky DE, Levine DM, Green LW, Shaprio S, Russel RP, Smith CR. Five year blood pressure control and mortality following health education for hypertensive patients. *Am J Pub Health* 1988; 73:153-162.
8. Brownell KD, Heckerman CL, Westlake RJ, Hayes SC, Monti PM, The effects of couples training and partner cooperativeness in the behavioral treatment of obesity. *Behav Res Ther* 1978; 16:323-333.
9. Koski ML, Kumento A. The interrelationship between diabetic control and family life. *Pediat Adol Endocrin* 1977; 3:41-45
10. Pearce JW, Lebow MD, Orchard J. Role of spouse involvement in the behavioral treatment of overweight women. *J Consult Clin Psychol* 1981; 49:236-244.
11. 2Orr DP, Golden MP, Myers G, Marrerro DG. Characteristics of adolescents with poorly controlled diabetes referred to a tertiary care center. *Diabetes care* 1983; 6:170-175.
12. Blum S. *The Doctor and his Patient. A Sociological Interpretation*. Russell Sage Foundation Ed, New York 1963
13. Μουσοῦρου ΑΜ. Η ελληνική οικογένεια. Έκδοση Ιδρύματος Γουλανδρή-Χορν. Αθήνα 1984.
14. McDaniel SH, Campbell TL, Hepworth J, Lorenz A. *Family-oriented primary care*, 2nd edition, Verlag
15. Greenhalgh T. Research methods for primary health care, in *Primary Health Care: Theory and Practice*. Blackwell Publishing, pp57--89.
16. Συμεωνίδου Χ. Οικογένεια και Γονιμότητα στην Ελλάδα, Έρευνα του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών. Εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα. Αθήνα 2006.

17. Waters E, Merrick S, Treboux D, Crowell J, Albersheim L. Attachment security in infancy and early adulthood: a twenty-year longitudinal study. *Child Dev* 2000;71:684-689.
18. Huygen FJA. *Family Medicine*. Royal Van Gorcum, Assen, The Netherlands, 2006.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6**

### **ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΙΑΤΡΟΥ – ΑΣΘΕΝΟΥΣ**

#### **Χ. Λιονής και Ε. Πιτέλου**

*«Η εισαγωγή της απολογιστικής αξιολόγησης της επαγγελματικής εκπαίδευσης για τη γενική ιατρική αποτελεί 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 και συν. 1997*

#### **6.1 Αξιολόγηση των δεξιοτήτων επικοινωνίας**

##### **Γενικά**

Η τελευταία ενότητα περιλαμβάνεται ανάμεσα στις πλέον πολυσυζητημένες τόσο στο χώρο της εκπαίδευσης όσο και στον τομέα της υγείας. Στην ενότητα αυτή θα αναφερθούμε επιγραμματικά στην αξιολόγηση των δεξιοτήτων επικοινωνίας αφού από αυτές ουσιαστικά εξαρτάται η καλή σχέση ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή. Ιδιαίτερα επίσης θα αναφερθούμε στους τύπους της αξιολόγησης (assessment), το διαμορφωτικό ή διαπλαστικό ή εποικοδομητικό (formative) και τον απολογιστικό ή αθροιστικό ή τελικό ή συνολικό (summative), στο περιεχόμενο της (τι αξιολογούμε) αλλά και στα εργαλεία αξιολόγησης. Στην τελευταία ενότητα του κεφαλαίου θα σταθούμε περισσότερο σε εργαλεία που έχουν σταθμιστεί και χρησιμοποιούνται στην Ελλάδα. Αξίζει να αναφερθεί ότι ο ασθενής είναι ο τελικός χρήστης της φροντίδας υγείας. Παρά το γεγονός ότι δεν υπάρχει ιδιαίτερος ενθουσιασμός από την πλευρά των ιατρών όσον αφορά στην ανάδραση, θα πρέπει να συνεχίσουμε να μετράμε την αξιολόγηση της εμπειρίας ασθενών στη συνάντηση με τον ιατρό τους και να προσπαθήσουμε να καταλάβουμε το νόημά της και πώς ο ιατρός μπορεί να μάθει και να βελτιωθεί από την αξιολόγηση. Στην περίπτωση, ωστόσο, που τέτοιου είδους αξιολογήσεις καταλήξουν να κυρίως απολογιστικού χαρακτήρα, μέρος της αξιολόγησης της αποδοτικότητας και απαραίτητο μέρος της επαναπιστοποίησης, τότε θα πρέπει εστιάζουμε στην επιστημονική βάση, και πιο συγκεκριμένα στην εγκυρότητα, την αξιοπιστία, την τυποποιημένη χρησιμοποίηση των εργαλείων και τη δειγματοληψία και επένδυση σε συγκριτικά μέτρα.

**Η αξιολόγηση της σχέσης ιατρού ασθενούς 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 που με κύριο θεμελιωτή τον Avedis Donabedian ακούει σήμερα στο σύστημα διασφάλισης της ποιότητας στην υγεία (Quality assurance). Για τη διασφάλιση της ποιότητας δε θα μιλήσουμε σε αυτήν την ενότητα.**

### 1. Ποιοι οι τύποι της αξιολόγησης;

Οι δύο κύριοι τύποι αξιολόγησης είναι οι εξής:

- |    |   |              |             |
|----|---|--------------|-------------|
| 1. | επίσης γνωστή ως διαπλαστική ή εποικοδομητική   | διαμορφωτική | (formative) |
| 2. | επίσης γνωστή ως αθροιστική ή τελική ή συνολική | απολογιστική | (summative) |

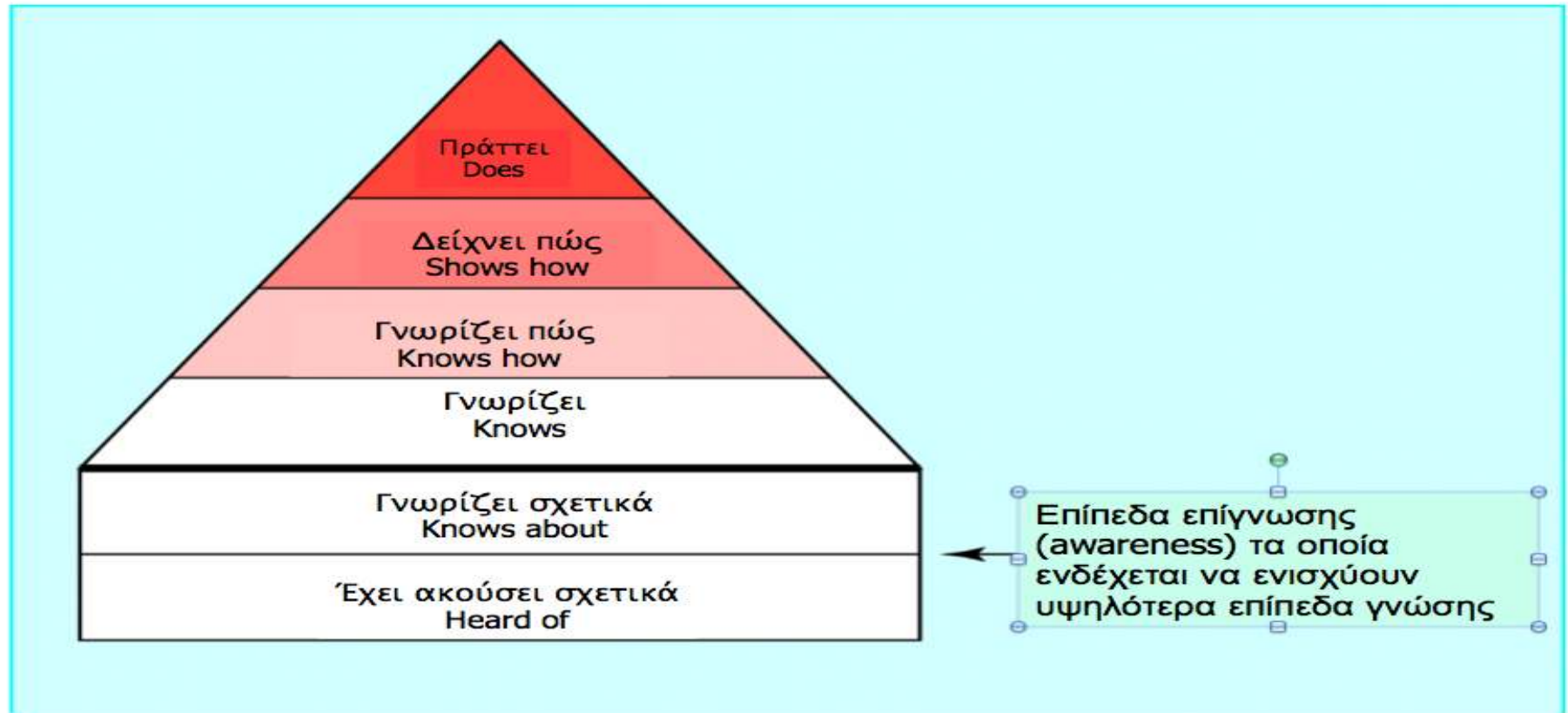
### 2. Τι αξιολογούμε;

Σύμφωνα με τους Kurtz και συν. η αξιολόγηση των δεξιοτήτων επικοινωνίας περιλαμβάνει την επιμέρους αξιολόγηση των γνώσεων (knowledge), ικανοτήτων (competence), της εκτέλεσης ή απόδοσης (performance) ή ακόμα και των αποτελεσμάτων (outcomes). Είναι φανερό ότι αν και έχει θέση στην αξιολόγηση των δεξιοτήτων επικοινωνίας η γνώση των βασικών εννοιών της και της σημασίας, το μέρος εκείνο που θα βαρύνει στην κρίση του εκπαιδευτή είναι αυτή των ικανοτήτων και εφόσον είναι δυνατόν της εκτέλεσης ή εφαρμογής τους σε ασθενείς ή τουλάχιστο σε εκπαιδευμένα άτομα που υποδύονται το ρόλο του ασθενούς. Επίσης 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 εννοούμε αυτές που σχετίζονται με την ακρίβεια και την πληρότητα της πληροφορίας που λαμβάνεται αλλά και παρέχεται στον ασθενή, ενώ με τον όρο δεξιότητες διαδικασιών αυτές που αφορούν την ικανότητα του ιατρού να συλλέγει να λαμβάνει το ιστορικό, να ενδυναμώνει τη σχέση με τον ασθενή, να πληροφορεί τον ασθενή για τα αποτελέσματα της εξέτασης του στο ιατρείο κ.ά. Οι δεξιότητες αντιληπτότητας, σύμφωνα με Kurtz S, Silverman J and Draper, αναφέρονται στις ικανότητες του ιατρού να διαμορφώνει υποθέσεις, να κατατάσσει τα προβλήματα σε μια σειρά και να θέτει προτεραιότητες, να προχωρά σε διαφορεική διάγνωση αλλά και ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Αυτές εκτιμούνται ως ιδιαίτερα σημαντικές, αφού όλες αυτές του οι ικανότητες θα επηρεάσουν σημαντικά την επικοινωνία του με τον ασθενή και το τελικό αποτέλεσμα της σχέσης τους.

Υπάρχουν διάφοροι ορισμοί για το τι αποτελεί κλινική ικανότητα. Για παράδειγμα, η κλινική ικανότητα μπορεί να συνοψιστεί στην «συνειδητή και συστηματική χρησιμοποίηση επικοινωνίας γνώσεων, τεχνικών δεξιοτήτων, κλινικής σκέψης, συναισθημάτων, αξιών, αντιδράσεων στην καθημερινή πρακτική προς ατομικό και κοινωνικό κοινωνικό». (Epstein and Hundbert, 2002). Η γνωστή πυραμίδα ικανότητας του Miller ξεκινά με τη γνώση στο κατώτατο επίπεδο, όπου ο γιατρός «γνωρίζει» γεγονότα/δεδομένα. Το ανώτερο επίπεδο ικανότητα επιτυγχάνεται όταν ο γιατρός ξέρει πώς να χρησιμοποιήσει τη γνώση σε μια δεδομένη περίπτωση (knows how – context) ή όταν, ακόμα καλύτερα, επειδικνύει την ικανότητα όταν χρειαστεί να δοκιμαστεί/εξεταστεί μέσω της πρακτικής εφαρμογής. Το κορυφαίο επίπεδο του «πράττειν» (does) 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. Με άλλα λόγια, θα πρέπει να έχουμε ακούσει κάτι και να ξέρουμε λίγα πράγματα γενικότερα πριν αρχίσουμε -καν- να γνωρίζουμε σε βάθος, λεπτομερειακά. Συν τοις άλλοις, ακόμα και όταν δεν πρόκειται να αποκτήσουμε βαθιά γνώση, τα επίπεδα αυτά ενδέχεται να επηρεάσουν τον τρόπο άσκησης/την πρακτική (TBD).

Η πυραμίδα δεξιοτήτων που επιδέχονται αξιολόγηση κατά Miller και προσαρμοσμένη ώστε να περιλαμβάνει επίπεδα επίγνωσης



Προσαρμοσμένο από Peile E BMJ 2006;332:645 -©2006 by British Medical Journal Publishing Group

1. Εικόνα 1: Η πυραμίδα του Miller (Miller, 1990) προσαρμοσμένη από τον Peile (Peile, 2006)

### 3. Εργαλεία αξιολόγησης και η χρήση τους στην Ελλάδα

#### A. Εργαλεία αξιολόγησης

Σύμφωνα με τον Evans και συν. (2007) Η ατομική αξιολόγηση της απόδοσης του ιατρού αποτελεί ζωτικής σημασίας μέρος του διαλόγου σχετικά με το ρόλο που θα πρέπει να έχουν στην και το βαθμό που θα πρέπει να επηρεάζουν την εξάσκηση της ιατρικής οι κανόνες, κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες, ρυθμιστικές διατάξεις κ.λπ. Στο ίδιο πλαίσιο η θεώρηση του ασθενούς θεωρείται ως δυναμικά έγκυρο στοιχείο. Ωστόσο η θεωρητική και εμπειρική βάση τεκμηρίωσης για τέτοιου είδους αξιολόγησης από τους ασθενείς παραμένει ασαφής.

Περαιτέρω, υπάρχει σαφής ανάγκη προσδιορισμού και αξιολόγησης, καθώς και προσαρμογής και στάθμισης, εργαλείων τα οποία έχουν σχεδιαστεί με σκοπό την αξιολόγηση των εμπειριών που έχουν οι ασθενείς με τον ιατρό και τα οποία παρέχουν πληροφορίες ανάδρασης αναφορικά με την απόδοση σε ατομικό επίπεδο. Σε συστηματική ανασκόπηση που πραγματοποίησαν οι συγγραφείς, επιλέχθηκαν εργαλεία τα οποία συμπληρώθηκαν από ασθενείς (α), εξέταζαν ιατρούς οι οποίοι ασκούσαν (β), είχαν τη δυνατότητα να εξετάσουν την ατομική απόδοση ιατρών όσον αφορά στην ανάδραση σχετικά με την απόδοση (γ) και χρησιμοποιήθηκαν για ανάδραση σχετικά με ατομική απόδοση (δ). Τα εργαλεία τα οποία συμπληρωνόντουσαν από συναδέλφους, παρατηρητές ή τρίτα μέρη (α) ή εξέταζαν φοιτητές ιατρικής, νοσηλευτές ή μη ιατρούς (β) καθώς και εκείνα που εξέταζαν καθαρά και μόνο σε οργανωσιακό επίπεδο (γ) ή που δεν χρησιμοποιήθηκαν για ατομική ανάδραση αποκλείστηκαν. Συνοπτική παρουσίαση των χαρακτηριστικών των εργαλείων 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 δωρεάν	ή Δημοσιευμένα μέτρα σύγκρισης	Απαραίτητο μέγεθος δείγματος για σταθερότητα
CSQ, Baker, 1991	Εμπειρική αξιολόγηση της ικανοποίησης του ασθενούς	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 ανωνυμοποιηθεί 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 ασθενούς 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 ταχυδρομικώς 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.



φροντίδας. (i) **έως άριστη** της συνάντησης με  
 φροντίδα κλινικού τον ιατρό  
 ιατρού και ( ii)  
 χαρακτηριστικά  
 επίσκεψης στο  
 ιατρείο (κλείσιμο  
 ραντεβού, άφιξη  
 και εγγραφή,  
 αναμονή,  
 εξυπηρέτηση από  
 προσωπικό πέρα  
 από τον ιατρό)

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.

### *B. Η χρήση εργαλείων αξιολόγησης στην Ελλάδα*

Στη χώρα μας συχνά βλέπουν το φως της δημοσιότητας μελέτες αξιολόγησης της ικανοποίησης των ασθενών, οι οποίες μπορεί, έστω και μερικώς, να περιλαμβάνουν και θέματα αξιολόγησης της σχέσης ιατρού – ασθενούς. Θα πρέπει να είμαστε αρκετά προσεκτικοί στην ανάγνωση των αποτελεσμάτων των μελετών αυτών γιατί αν και η ικανοποίηση σχετίζεται με τις διαπροσωπικές δεξιότητες του ιατρού, εν τούτοις το ενδιαφέρον μας στρέφεται στην αξιολόγηση των δεξιοτήτων επικοινωνίας (communication skills) ή των διαπροσωπικών δεξιοτήτων (interpersonal skills) από τον ίδιο τον ασθενή.

Υπάρχουν αρκετοί μέθοδοι αξιολόγησης των δεξιοτήτων αυτών που σχηματικά μπορούμε να τις διακρίνουμε ως παρακάτω:

1. Μέθοδος αξιολόγησης από τον ασθενή
2. Μέθοδος αξιολόγησης από τον ίδιο τον ιατρό (αυτοαξιολόγηση)
3. Μέθοδοι αξιολόγησης από το σύστημα υγείας ή την Επιστημονική Εταιρεία

Στην πρώτη ενότητα μπορούμε να εντάξουμε μεθόδους (video καταγραφή, ερωτηματολόγια, παθητική παρατήρηση, κ.ά) που στοχεύουν:

(α) Στην αξιολόγηση των δεξιοτήτων κατά τη διάρκεια της εξέτασης (consultation)

(β) Στην αξιολόγηση της γνώμης του ασθενούς για τη σχέση που αναπτύχθηκε τον τελευταίο χρόνο.

Στην πρώτη κατηγορία, στη μέθοδο αξιολόγησης από τον ασθενή, περιλαμβάνεται ένα ερωτηματολόγιο με το όνομα DISQ (Doctors Interpersonal Skills Questionnaire) το οποίο διαμορφώθηκε και σταθμίστηκε αρχικά στην Αυστραλία από τον Dr. Michael Greco και τους συνεργάτες του, το οποίο σήμερα έχει αρκετές χρήσεις. Με αυτό αξιολογούνται από τον ασθενή οι διαπροσωπικές δεξιότητες του ιατρού αμέσως μετά την έξοδο του από το ιατρείο. Περιλαμβάνει 12 ερωτήσεις, στις οποίες, σε μια πενταβάθμια κλίμακα Likkert, εκτιμάται η συνολική ικανοποίηση του ασθενούς, η εγκαρδιότητα του χαιρετισμού, η ικανότητα του ιατρού να ακούει τον ασθενή, να του εξηγεί τα προβλήματα, να τον καθησυχάζει, η ευκαιρία που δίδει ο ιατρός στον ασθενή να εκφράζει τις ανησυχίες του, ο βαθμός του σεβασμού που έδειξε ο ιατρός στο πρόσωπο του ασθενούς, ο χρόνος που του διέθεσε, το ενδιαφέρον που έδειξε, και η σύσταση που κάνει ο ασθενής για το γιατρό σε φίλους. Το DISQ έχει μεταφρασθεί στα Ελληνικά και προσαρμοσθεί 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 γιατρό, ο οποίος εξάγεται από το άθροισμα της βαθμολογίας κάθε

ερωτηματολογίου δια τον αριθμό των ερωτηματολογίων πολλαπλασιαζόμενος επί 100, κυμάνθηκε μεταξύ 84-99% (Lionis, et al 2002).

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 αποσκοπούν να βοηθήσουν τον ιατρό να εντοπίσει περιοχές καθηκόντων που δεν επιτέλεσε αλλά και να αξιολογήσει την απόδοσή του, παρουσιάζονται στο εγχειρίδιο του Peter Tate (2001). Στην πρώτη μέθοδο, αποτυπώνονται 5 σημαντικά πεδία της εξέτασης σε χαρτί.

Πιο συγκεκριμένα:

- α. εάν ο ιατρός ανακάλυψε τις αιτίες προσέλευσης του ασθενούς
- β. εάν προσδιόρισε τα κλινικά προβλήματα
- γ. εάν εξήγησε τα προβλήματα στον ασθενή
- δ. εάν τα διαχειρίσθηκε
- 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 ένα χάρτη δρόμων όπου στον κάθετο άξονά του παρουσιάζονται τα καθήκοντα του ιατρού (λήψη ιστορικού, εξέταση, στάσεις ασθενούς, συνέπειες του προβλήματος, συνεχιζόμενα προβλήματα, προαγωγή της υγείας, δράσεις που αναλήφθηκαν, συζήτηση για την αντιμετώπιση), και στον οριζόντιο άξονα ο χρόνος σε λεπτά. Ο ιατρός στη διάρκεια της εξέτασης σημειώνει γεγονότα και κρατά σύντομες σημειώσεις, και 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 στην Γενική Ιατρική.

Στη δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνεται ένα ερωτηματολόγιο με το όνομα EUROPEP (European Task Force for Patient Evaluation of General Practice), που αποτελεί ένα ευρωπαϊκό εργαλείο το οποίο μετρά την ικανοποίηση του ασθενούς και την αξιολόγηση της φροντίδας του, και έχει δειχθεί ότι είναι κατάλληλο και ικανό για διεθνείς συγκρίσεις (Grol et al, 2000, Jung, et al 2000). Η τελική μορφή του ερωτηματολογίου αυτού περιλαμβάνει 23 ερωτήσεις που δομούνται σε έξι μέρη που αφορούν τη σχέση ιατρού-ασθενούς (6 ερωτήσεις), τις τεχνικές που χρησιμοποιεί ο γιατρός (3 ερωτήσεις), την πληροφορία και την υποστήριξη (4 ερωτήσεις), την οργάνωση της φροντίδας (2 ερωτήσεις), το συντονισμό της φροντίδας (6 ερωτήσεις) και την τελική γνώμη για το γιατρό (2 ερωτήσεις). Το ερωτηματολόγιο αυτό προσφέρεται για ποικίλες χρήσεις (Grol et al, 2000, Jung et al, 2002, Wensing et al, 2003), μία εξ' αυτών είναι και 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, στην οποία εφαρμόσθηκε το EUROPEP (ποσοστό συμμετοχής 79%), πάνω από το 80% των απαντήσεων αξιολόγησαν θετική έως άριστη

τη γνώμη τους για το 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 σταθμισθεί στα Ελληνικά και στο ελληνικό και κυπριακό περιβάλλον, από την Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, έχει επιδοκιμασθεί από την Ελληνική Εταιρεία Γενικής Ιατρικής, και έχει τύχει εφαρμογής σε περιοχές των Πε.Σ.Υ.Π. Κρήτης και Ηπείρου με απόφαση των κεντρικών υπηρεσιών τους (επισυνάπτεται η ελληνική έκδοση).

Οι μέθοδοι αξιολόγησης των απόψεων και της γνώμης των ασθενών μπορούν να ταξινομηθούν, σύμφωνα με τους Wensing και Elwyn (BMJ, 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.

Στην τρίτη κατηγορία περιλαμβάνεται η εξέταση που προβαίνει 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 την θεώρησή τους στη 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.

## **Βιβλιογραφία**

1. Greco M, Brownlea A, McGovern J. Impact of patients' feedback on the international skills of general practice registrars: results of a longitudinal study. *Medical Education* 2001; 35: 748-756.
2. Greco M, Cavanagh M, Brownlea A, McGovern J. The Doctor's international skills Questionnaire (DISQ): a validated instrument for use in GP training. *Education for General Practice* 1999; 10: 256-264.
3. Greco M, Francis W, Buckley J, Brownlea A, McGovern J. Real – patient evaluation of communication skills teaching for GP registrars. *Fam Pract* 1998; 15: 51-57.
4. Lionis C, Antonakis N, Fragouli E, Papazissis H, Sweeney K, Greco M. Introducing and implementing the Doctor's interpersonal skills questionnaire (DISQ) in Greece. Oral Presentation in the WONCA Europe Conference 2002. London, UK, 9-13 June 2002.

5. Grol R, Wensing M, Mainz, et al. 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* 2000; 50: 882-887.
  6. Jung HP, Wensing M, Olesen F, Grol R. Comparison of patients' and general practitioners' evaluation of general practice care. *Qual Saf Health Care* 2002; 11: 315-319.
  7. Wensing M, Vedsted P, Kersnik J, et al. Patient satisfaction with availability of general practice: an international comparison. *Int J Qual Health Care* 2002; 111-118.
  8. Wensing M, Elwyn G. Improving the quality of health care: Methods for incorporating patients' views in health care. *BMJ* 2003; 326: 877-879.
- Tate P, Foulkes J, Neighbour R, Champion P, Fields S. Assessing physicians' interpersonal skills via videotaped encounters: a new approach for the Royal College of General Practitioners Membership Examination. *J Health Commun* 1999; 4: 143-152.
- Epstein R and Hundbert E. Defining and assessing professional competence. *JAMA* 287: 226-35, 2002.
- Evans RG, Edwards A, Elwyn B, Elwyn G. Assessing the practising physician using patient surveys: a systematic review of instruments and feedback methods *Family Practice* (2007) 24(2): 117-127 first published online January 29, 2007 doi:10.1093/fampra/cml072
- Miller GE, *The assessment of clinical skills/competence/performance. Acad Med* 1990;65: S63-7.
- Peile E., *Knowing and knowing about. BMJ* 2006; 332 : 645 doi: 10.1136/bmj.332.7542.645 (Published 16 March 2006)
- Pereira Gray D, Murray S, Hasler J, Percy D, Allen J, Freeth M, Hayden J. The summative assessment package: an alternative view. *Education for General Practice* 1997; **8**, 8-15.
- Wass V, Van der Vleuten C, Shatzer J, Jones R. Assessment of clinical competence. *The Lancet* 2001;357:945-49.
- Kurtz S, Silverman J and Draper J (1998) *Teaching and Learning Communication Skills in Medicine*. Radcliffe Medical Press, Oxford

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

### Η ΣΧΕΣΗ ΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ ΣΕ ΕΝΑ ΜΕΤΑΒΑΛΛΟΜΕΝΟ ΚΟΣΜΟ

#### Ε. Πιτέλου και Χ. Λιονής

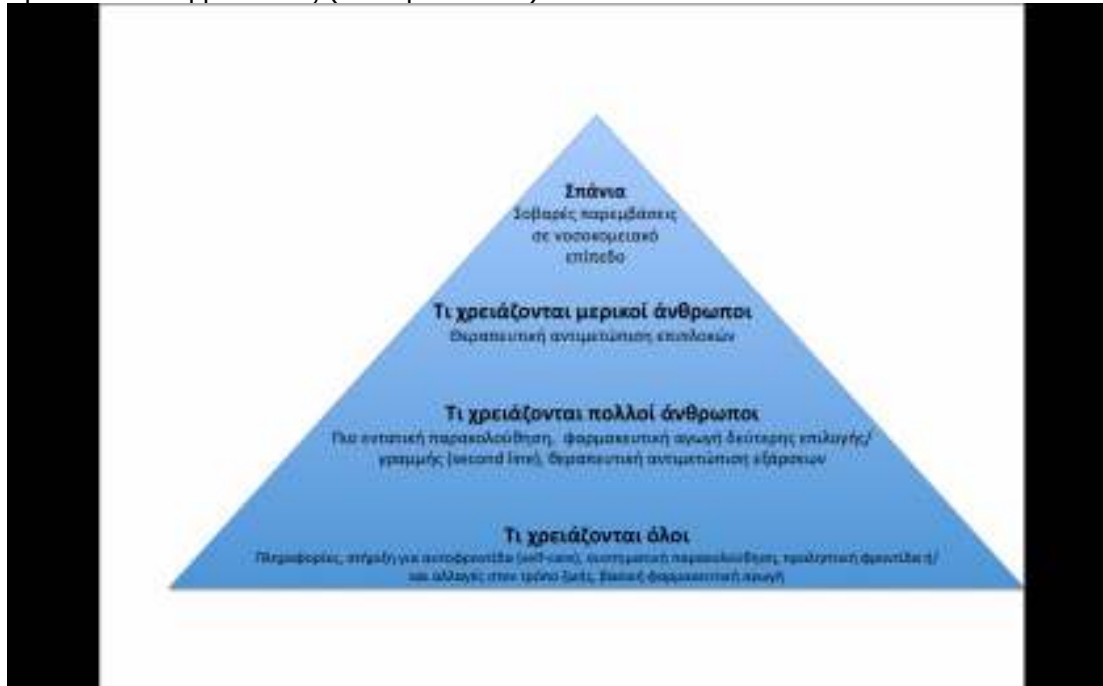
##### Κύρια μηνύματα

- Η γήρανση του πληθυσμού και η ολοένα και αυξανόμενη συχνότητα εμφάνισης χρόνιων παθήσεων με υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας υπαγορεύει την ανακατανομή πόρων και αναδιάρθρωση ρόλων στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας
- Ο ηλεκτρονικός φάκελος ασθενή, οι κωδικοποιήσεις νόσων (ICD-10, ICPC-2) και η ασφαλιστική κάλυψη βάσει κωδικοποιήσεων (DRG, DBC), καθώς η επικράτηση προτύπων τυποποίησης στα συστήματα ποιότητας και στα εργαλεία αξιολόγησης και στο χώρο της υγείας, φαίνεται να τυποποιούν τη διαγνωστική και θεραπευτική διαδικασία και να συρρικνώνουν τον παραδοσιακό ρόλο ρόλο του γιατρού.
- Πλέον, όλες σχεδόν οι συνηθισμένες νόσοι έχουν προσδιοριστεί ως έχουσες γενετική βάση σε μικρότερο ή μεγαλύτερο ποσοστό. Ο ρόλος του γενικού ιατρού στη λήψη ενός οικογενειακού ιστορικού (family history) μοιάζει να είναι καίριας σημασίας για την πρόληψη νόσων.
- TBD
- Η ανάπτυξη διαγνωστικών αλγορίθμων και της στοχαστικής/πιθανολογικής ιατρικής με βάση την evidence-based πρακτική και τη χρήση διαγνωστικών μεθόδων με τη χρήση μέσων πλησίον του ασθενούς αποτελεί μια πρόκληση για την ιατρική στην κοινότητα.
- Η έννοια της συμπόνοιας (compassion) στην οποία συμπτύσσονται οι έννοιες της συναίσθησης (empathy) και της συμπάθειας (sympathy) τόσο στη διδασκαλία όσο και στην έρευνα ίσως αποτελεί την απάντηση της Ιπποκρατικής ιατρικής σ' ένα μεταβαλλόμενο κόσμο.

#### 10.1 Χρόνια νοσήματα, συννοσηρότητα και νέα πρότυπα φροντίδας

Τα τελευταία χρόνια πραγματοποιείται μια σημαντική αλλαγή στα πρότυπα ασθένειας με μετάβαση από κυρίως οξείας μορφής παθήσεις/νόσους σε επικράτηση χρόνιων νόσων με υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας. Η αλλαγή οφείλεται στη γήρανση του πληθυσμού, τις αλλαγές στον τρόπο ζωής αλλά και την 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 ασθενούς (Berwick).

Προσέγγιση που επιτρέπει το συντονισμό μεταξύ πολλών επαγγελματιών για την παροχή φροντίδας σε πολύπλοκες παθήσεις αποτελούν οι διαδρομές ολοκληρωμένης φροντίδας (ICP: Integrated Care Pathway), επίσης γνωστά ως διαδρομές ασθενών (patient pathway) ή πρωτόκολλα φροντίδας (care protocols).



**Εικόνα 1:** Η πυραμίδα της φροντίδας για άτομα με χρόνια νοσήματα (Πηγή: Προσαρμοσμένη από Greenhalgh, 2007)

## 10.2 Τεχνολογικές εξελίξεις: νέα διαγνωστικά μέσα και νέες θεραπευτικές τεχνικές

Οι τεχνολογικές εξελίξεις δημιουργούν ένα νέο περιβάλλον στο χώρο της υγείας, επιδρώντας ποικιλοτρόπως στη σχέση ιατρού-ασθενή. Ο ιατρός έχει στη διάθεση 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 ένα ιατρό που πρέπει να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες.

### *Ο «νέος» ασθενής*

Ίσως ο καθοριστικότερος παράγοντας στην αλλαγή της σχέσης ιατρού-ασθενή σε ένα μεταβαλλόμενο κόσμο είναι τα στοιχεία που χαρακτηρίζουν το νέο ασθενή. Ανεξάρτητα από το αν αυτό αποδίδεται στο αυξανόμενο μορφωτικό επίπεδο ή σε άλλα κοινωνικά χαρακτηριστικά, ο νέος ασθενής έχει περισσότερες απαιτήσεις για το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών και για επεξήγηση της κατάστασης της υγείας των λόγων επιλογής μιας θεραπευτικής αγωγής. Ο ασθενής συχνά έχει πλήρη συνείδηση του ότι ο ίδιος είναι υπεύθυνος για τη διαχείριση της υγείας του –ή, τουλάχιστον, αντιλαμβάνεται μέρος των ενδεχόμενων συνεπειών των αποφάσεων του όσον αφορά τις επιλογές του, με αποτέλεσμα να επιζητητά ένα ενεργότερο ρόλο στη λήψη αποφάσεων που τον αφορούν. Το φαινόμενο ασθενών να 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 έτσι στο ιατρείο με μια λιγότερο ή περισσότερο σωστή αντίληψη για το πρόβλημα που αντιμετωπίζει.

### *Ο «νέος» ρόλος του ιατρού*

Βρισκόμενος αντιμέτωπος 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 το 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 ένα ενεργότερο ρόλο στη θεραπεία του, δε θα πρέπει να αντιμετωπίζεται από το 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 διαφορετικές θεραπευτικές αγωγές είναι δυνατό να ακολουθηθούν, με κάθε μια από αυτές να παρουσιάζει διαφορετικά πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα, η γνώμη του ασθενή θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη λήψη της τελικής απόφασης από το ιατρό.

### **Νέα μέσα**

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

#### *ι. Ηλεκτρονικά αρχεία*

Το ιατρικό ιστορικό ασθενών, μπορεί να διατηρείται σε ψηφιακή μορφή και να παρέχει τις απαιτούμενες πληροφορίες στο ιατρό με ταχύτητα και ακρίβεια. Διαφορετικές μορφές ηλεκτρονικών φακέλων έχουν εφαρμοστεί τα τελευταία χρόνια, 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 ένα πάροχο υπηρεσιών υγείας (π.χ. νοσοκομείο, κλινική). Ο φάκελος περιέχει πληροφορίες για τις επισκέψεις ασθενών και τις διαγνώσεις και θεραπευτικές αγωγές που ακολουθήθηκαν στο νοσηλευτικό ίδρυμα στο οποίο διατηρείται ο φάκελος. Ο Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας συμπεριλαμβάνει όλες τις σχετικές με την υγεία ενός ασθενή πληροφορίες, από τη γέννηση μέχρι το 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. Ο Προσωπικός Φάκελος 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 οργάνωση της παροχής υγείας. Σε σχέση με το 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 το σχεδιασμό και τις απαιτήσεις για τη διατήρηση των ηλεκτρονικών αρχείων. Ένας φιλικός-προς-το-χρήστη σχεδιασμός μπορεί να συμβάλει αποφασιστικά στη βελτίωση της καθημερινής πρακτικής. Αντίθετα, ένας κακός σχεδιασμός μπορεί να καταστήσει τον ηλεκτρονικό φάκελο ένα δύσχρηστο αρχείο, από το οποίο είναι δύσκολο να αντληθούν χρήσιμες πληροφορίες και το οποίο επιβαρύνει γραφειοκρατικά το 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 προκλήσεις για το 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-ασθενούς. 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, δε σημαίνει απαραίτητα ότι θα πρέπει να επιβαρύνει την ποιότητα της επικοινωνίας ιατρού-ασθενή. Αντιθέτως η χρήση των σύγχρονων διαγνωστικών μέσων μπορεί να δημιουργήσει και σε μια 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, έχει επενδυθεί τα τελευταία χρόνια αρκετή προσπάθεια για την ανάπτυξη διαγνωστικών μέσων πλησίον του ασθενούς (near the patients tests/ point to care) που συμβάλλουν σημαντικά στην ανάπτυξη διαγνωστικών αλγορίθμων και στην 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 παροχής υγείας. Υπηρεσίες για διαχείριση ασθενειών (disease management), ή το μοντέλο φροντίδας ασθενών με χρόνια νοσήματα (chronic care model) βάζουν τον ασθενή στο επίκεντρο, προσαρμόζοντας ανάλογα το 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 τεχνολογιών 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 ανάγκη συχνών επισκέψεων στο 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 το ιατρό να έχει πρόσβαση σε χρήσιμες πληροφορίες ανά πάσα στιγμή.

Όλα τα παραπάνω κάνουν ακόμα πιο επίκαιρη την ανάλυση και λήψη της κλινικής απόφασης με την εκτίμηση των εκβάσεων (outcomes) των διαφόρων θεραπευτικών επιλογών, δάνεια συνήθως των δημοσιευμένων κλινικών δοκιμών και της μετασύνθεσης τους, της χρησιμότητας (utility) που αποτελούν υποκειμενικές εκτιμήσεις των ασθενών σχετικές με τις προτεινόμενες θεραπευτικές επιλογές και του κόστους τους. Σχετικά με τη ανάλυση και τη λήψη της κλινικής απόφασης στη βάση της evidence-based πρακτικής θα ακούσετε σε κατ' επιλογή μάθημα στο 6<sup>ο</sup> εξάμηνο.

### **10.3 Γενετική βάση και πρόληψη**

Ο ρόλος του γενικού ιατρού είναι καίριας σημασίας για την πρόληψη νόσων. Η γενετική δίνει μια άλλη διάσταση στον όρο «πρόληψη» μια και στόχος του γιατρού θα πρέπει να είναι η αύξηση της κληρονομικότητας μιας νόσου (στόχος 1.0) στο πλαίσιο εξάλειψης άλλων, όπως 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 συνδυασμό της γονιδιακής προδιάθεσης με περιβαλλοντικούς παράγοντες. Για παράδειγμα, η ραχίτιδα είναι ένα παράδειγμα που συχνά αναφέρεται ως μια νόσος της οποίας η κληρονομικότητα αυξήθηκε θεαματικά (Scriver, 1990). Πρόκειται για μια «νόσο της πόλης», μια και εμφανίζεται σε βρέφη που στερούνται τον ήλιο εξαιτίας των συνθηκών στις πόλεις και ανεπαρκούς διαίτας. Μετά την ανακάλυψη της βιταμίνης D η νόσος αποτελούσε αποτέλεσμα 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 είναι εκείνο σχετικά με τις συνέπειες της γνώσης όσον αφορά στον κίνδυνο. Η πληροφορία δεν αποτελεί απαραίτητα στοιχείο βοήθεια, ακόμα και όταν είναι δυνατή η πρόληψη. Για παράδειγμα, ο εντοπισμός του γονιδίου για την ανεπάρκεια άλφα-1-αντιτρυψίνης –ένα γονίδιο που αυξάνει το ποσοστό ευπάθειας στην χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια από τον καπνό των τσιγάρων- θα έπρεπε να καθιστά δυνατή την πρόληψη μέσω της συμβουλευτικής προσέγγισης (counseling) στους γονείς να μην καπνίζουν στο σπίτι. Ωστόσο, μια δοκιμή συμβουλευτικής προσέγγισης σε επίπεδο κοινότητας στη Σουηδία (Thelin, 1985) έδειξε ότι όχι μόνο το κάπνισμα δεν μειώθηκε, 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 για να την εμφανίσουν. Το πρόγραμμα «πρόληψης» εγκαταλείφθηκε εξαιτίας του ότι η «τοξικότητά τους» υπερέβαινε τις ωφέλειές του.

Οι δυνατότητες των νέων τεχνολογιών περιλαμβάνουν το 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. 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 της επιπλοκής αυτής (δηλ. των αντισυλληπτικών) μέσω της σύστασης άλλων μεθόδων οικογενειακού προγραμματισμού.

Η αντίληψη των γιατρών γενικής ιατρικής όσον αφορά (σ)τη γενετική και η ολοένα και αυξανόμενη σημασία της για την πρωτοβάθμια φροντίδα. Ο μελλοντικός ρόλος του γενικού γιατρού δυνητικά περιλαμβάνει τη λήψη πληροφοριών οικογενειακού ιστορικού και συζήτηση σχετικά με το 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 υπάρχουν (Holtzman, 1993). Προκειμένου να μπορέσουν να ανταποκριθούν στις νέες, σχετικά, αυτές, προκλήσεις, οι νέοι γιατροί και οι γιατροί γενικής ιατρικής θα πρέπει να έχουν γνώσεις σχετικά με τη γενετική και τη μοριακή ιατρική, καθώς και δεξιότητες σχετικές με τους τομείς αυτούς και –κατ' επέκταση- την αυτοπεποίθηση να αντιμετωπίσουν τέτοιες περιπτώσεις ασθενών (Watson, 1999). Ενδεικτικά, οι οι γιατροί γενικής ιατρικής θα πρέπει να είναι σε θέση να πάρουν το γενετικό οικογενειακό ιστορικό και να παρέχουν γενετική συμβουλευτική, όταν είναι απαραίτητο.

#### **10.4 Η επιστροφή της Ιπποκρατικής ιατρικής με αναφορά τη συμπόνια στην εκπαίδευση και στην έρευνα**

Η ενότητα αυτή αποτελεί ένα επίκαιρο θέμα στη βιβλιογραφία και στη συζήτηση για την προπτυχιακή ιατρική εκπαίδευση και φαίνεται να αποτελεί την απάντηση της Ιπποκρατικής ιατρικής σ' ένα 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 σ' ένα προσφάτως δημοσιευμένο άρθρο σύνταξης αλλά και να ακούσετε σ' ένα κατ' επιλογήν μάθημα του 2<sup>ου</sup> εξαμήνου (http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=1679).

### **10.5 Νέες οργανωσιακές και επαγγελματικές προκλήσεις Κριτήρια Benson για επιτυχή λειτουργία «ολόκληρων» συστημάτων**

1. *Ιδεολογική συναίνεση* – ο βαθμός κατά τον οποίο υπάρχει συμφωνία επί της φύσεως, της σημασίας και της αξίας του εγχειρήματος.
2. *Συναίνεση τομέων αρμοδιότητας* – ο βαθμός κατά τον οποίο υπάρχει συμφωνία επί της συμβολής κάθε συμμετέχοντος στο εγχείρημα.
3. *Θετική αποτίμηση* – ο βαθμός κατά τον οποίο οι της μίας πλευράς της σύμπραξης έχουν θετική άποψη για τη συμβολή αυτών της άλλης.
4. *Συντονισμός έργου* – ο βαθμός κατά τον οποίο οι συνεταίροι είναι προετοιμασμένοι να συμμορφώσουν τα πρότυπα εργασίας.
5. *Εκπλήρωση των απαιτήσεων του προγράμματος* – ο βαθμός συμβατότητας μεταξύ των στόχων της σύμπραξης και των στόχων των συμμετεχόντων ως ατόμων.
6. *Κοινωνική σημασία* – ο βαθμός κατά τον οποίο υπάρχει υποστήριξη προς τους στόχους της σύμπραξης από το φάσμα των επηρεαζόμενων εκλογικών περιφερειών.
7. *Διατήρηση της ροής πόρων* – ο βαθμός κατά τον οποίον υπάρχει επαρκής χρηματοδότηση για τους αντικειμενικούς στόχους της σύμπραξης.
8. *Ταυτότητα της σύμπραξης* – ο βαθμός κατά τον οποίο οι συμμετέχοντες εκλαμβάνουν τον εαυτόν τους ως εργαζόμενο για τη σύμπραξη παρά ως εκπρόσωπο της εκλογικής τους περιφέρειας.

## Βιβλιογραφία

- Bodenheimer, T., Wagner, E.H., Grumbach, K. (2002) Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness. *JAMA*. 288(15):1909-1914
- Domurat, E.S. (1999) Diabetes managed care and clinical outcomes. *American Journal of Managed Care*.5:1299-1307
- 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., and Austoker J. (1999) The 'new genetics' and primary care: GPs' views on their role and their educational needs *Family Practice*. 16(4):420-425 doi:10.1093/fampra/16.4.420
- Scriver, C.R. (1990) Changing heritability of nutritional disease: another explanation for clustering. In, Simpolous, A. and Child, B. (eds) *Genetic Variations and Nutrition* (p.p. 60-71). New York: Karger
- 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.