

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Δεξιότητες που καθορίζουν τη σχέση ιατρού-ασθενή: βραχεία ανασκόπηση

Ουρανία Μπαρλαμά^{1,2}, Μαρία Θεοδωράτου^{3,4}

¹ Γενικό Νοσοκομείο Ηλείας, Νοσηλευτική Μονάδα Πύργου, Τμήμα Αιμοδοσίας, Εργαστηριακή Νοσηλεύτρια, ² Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια, ³ PhD Κλινική Ψυχολόγος, ⁴ Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Συνεργαζόμενο Εκπαιδευτικό Προσωπικό

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή είναι ευρέως αποδεκτή ως κεντρικό συστατικό της υγειονομικής περιθαλψης υψηλής ποιότητας. Σε αντίθεση με την πατερναλιστική βιοϊατρική προσέγγιση, η ασθενοκεντρική φροντίδα ορίζεται ως παροχή φροντίδας που σέβεται και ανταποκρίνεται στις ατομικές προτιμήσεις, ανάγκες και αξίες των ασθενών και διασφαλίζει ότι οι αξίες των ασθενών καθοδηγούν όλες τις κλινικές αποφάσεις. Η επικοινωνία με επίκεντρο τον ασθενή έχει αναδειχθεί ως μία από τις βασικές ικανότητες και δεξιότητες των γιατρών. Επιτρέπει στους γιατρούς να προσφέρουν φροντίδα που είναι σύμφωνη με τις αξίες, τις ανάγκες και τις προτιμήσεις του ασθενούς, καθώς και τη συμμετοχή του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη φροντίδα του. Υπάρχουν άφθονα στοιχεία για τη σημασία της επικοινωνίας ιατρού-ασθενούς και οι παρεμβάσεις επικοινωνίας με επίκεντρο τον ασθενή έχουν δείξει ότι βελτιώνουν τη σχέση ιατρού-ασθενούς και τα αποτελέσματα της υγειονομικής περιθαλψης των ασθενών. Αυτές οι δεξιότητες επικοινωνίας περιλαμβάνουν ένα συνδυασμό λεκτικών και μη λεκτικών δεξιοτήτων για να βοηθήσουν τον γιατρό να δημιουργήσει και να διατηρήσει μια αποτελεσματική σχέση συνεργασίας με τον ασθενή. Κεντρικό στοιχείο αυτής της σχέσης είναι η ανάπτυξη εμπιστοσύνης με τον ασθενή και ως εκ τούτου, δίνεται έμφαση στη διαπροσωπική επικοινωνία στην ιατρική εκπαίδευση.

Λέξεις ευρετηρίου: αλληλεπίδραση ιατρού-ασθενούς, μοντέλα επικοινωνίας, μη λεκτική επικοινωνία, επικοινωνιακές δεξιότητες, ενσυναίσθηση

O. Μπαρλαμά, Μ. Θεοδωράτου. Δεξιότητες που καθορίζουν τη σχέση ιατρού-ασθενή: βραχεία ανασκόπηση. Επιστημονικά Χρονικά 2023; 28(3): 332-346

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επικοινωνία γιατρού - ασθενούς αποτελεί το θεμελιώδες εργαλείο στην υγειονομική περίθαλψη μέσω του οποίου γιατρός και ασθενής σχετίζονται μεταξύ τους στην κοινή προσπάθεια τους να επιτύχουν

θεραπευτικούς στόχους [1]. Το είδος της σχέσης η οποία δομείται μεταξύ ιατρού - ασθενούς συνιστά συνάρτηση πολλών παραγόντων αφού ουσιαστικά αφορά στην αλληλεπίδραση των δύο πλευρών και όχι στην απλή μεταξύ τους ανταλλαγή πληροφοριών συνυπολογίζοντας και το στοιχείο της ανισοτιμίας συνέπεια της

διαφοροποίησης στη συλλογιστική ως προς την ανάληψη ευθύνης και την άσκηση εξουσίας που διέπει τα θέματα υγείας [2]. Η ερμηνεία των χαρακτηριστικών που εμπερικλείει αυτού του τύπου η επικοινωνία και η συμπεριφορά των διαδρώντων έχει επιχειρηθεί να διερευνηθεί με τη χρήση συγκεκριμένων πρότυπων θεωρητικών μοντέλων συμπεριφοράς τα οποία εξελίσσονται ακολουθώντας τόσο τις νέες προσεγγίσεις στον τομέα της παροχής υγειονομικής περίθαλψης όσο και την επιρροή του πολιτιστικού, κοινωνικού και ψυχολογικού υπόβαθρου των αλληλοεπιδρώντων μερών [3]. Η ανάλυση των προτύπων αυτών ακολουθεί δύο βασικούς τύπους προσέγγισης, την μακροθεωρητική μέσω της οποίας επιχειρείται ο προσδιορισμός της σχέσης υπό το πρίσμα της συνολικής οργάνωσης και δομής της κοινωνίας και της μικρο-θεωρητικής εστιάζοντας στην ίδια την συνάντηση και τη δυναμική της ως διαπραγματευτική σχέση μεταξύ των δύο πλευρών [4].

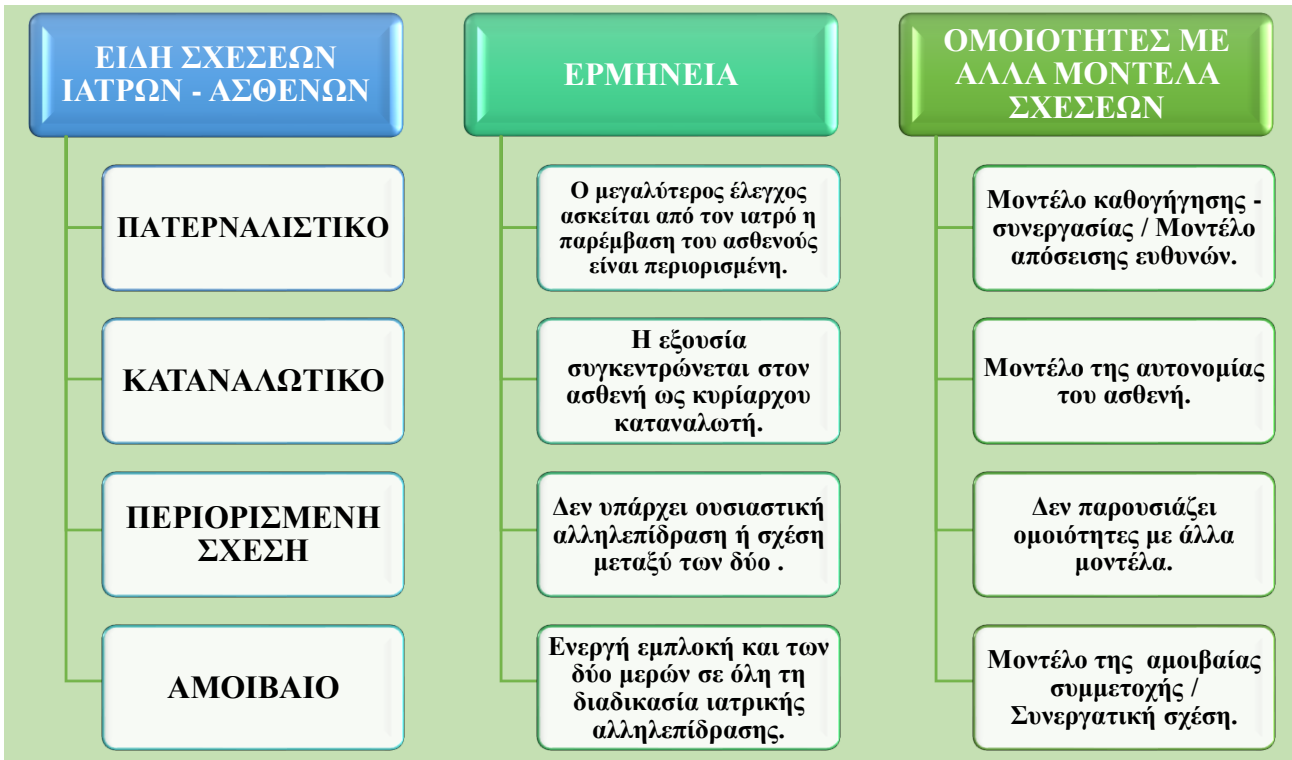
Πολυάριθμες μελέτες έχουν αποδείξει τα οφέλη της επικοινωνιακής πτυχής στη διαπραγματευτική σχέση οποία αναπτύσσεται κατά τη θεραπευτική αλληλεπίδραση. Η ικανοποίηση των ασθενών χρησιμοποιείται συχνά ως μέτρο των δεξιοτήτων επικοινωνίας των παρόχων, ενώ η βιβλιογραφία έχει αναδείξει ότι η επικοινωνία με επίκεντρο τον ασθενή οδηγεί σε υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης των ασθενών [5, 6]. Οι μη λεκτικές δεξιότητες επικοινωνίας διαδραματίζουν ίσο, αν όχι σημαντικότερο ρόλο από τις τεχνικές δεξιότητες λεκτικής επικοινωνίας. Οι εκφράσεις του προσώπου, οι καταφατικές χειρονομίες, οι μη σκόπιμες κινήσεις και οι χειρονομίες ασκούν σημαντική θετική επίδραση στην ικανοποίηση

των ασθενών και στην αντίληψη των συνεντεύξεων με τους γιατρούς τους [7, 8]. Σημαντικό ρόλο στη θεραπευτική διαβούλευση διαδραματίζει η ενσυναίσθηση, η οποία προσδιορίζεται εννοιολογικά ως η ικανότητα ενός γιατρού να κατανοήσει την κατάσταση, την προοπτική και τα συναισθήματα του ασθενούς. να μεταδίδει αυτή την κατανόηση και να ελέγχει την ακρίβειά της· και να ενεργεί με βάση αυτή την κατανόηση με χρήσιμο θεραπευτικό τρόπο [9]. Ένας ευρύς αριθμός μελετών τεκμηριώνουν τα θετικά αποτελέσματα της ενσυναίσθητικής εμπλοκής στη φροντίδα των ασθενών όπως η ικανοποίηση από τους ιατρούς, η διαπροσωπική εμπιστοσύνη μεταξύ ιατρού και ασθενούς και η συμμόρφωση [10, 11].

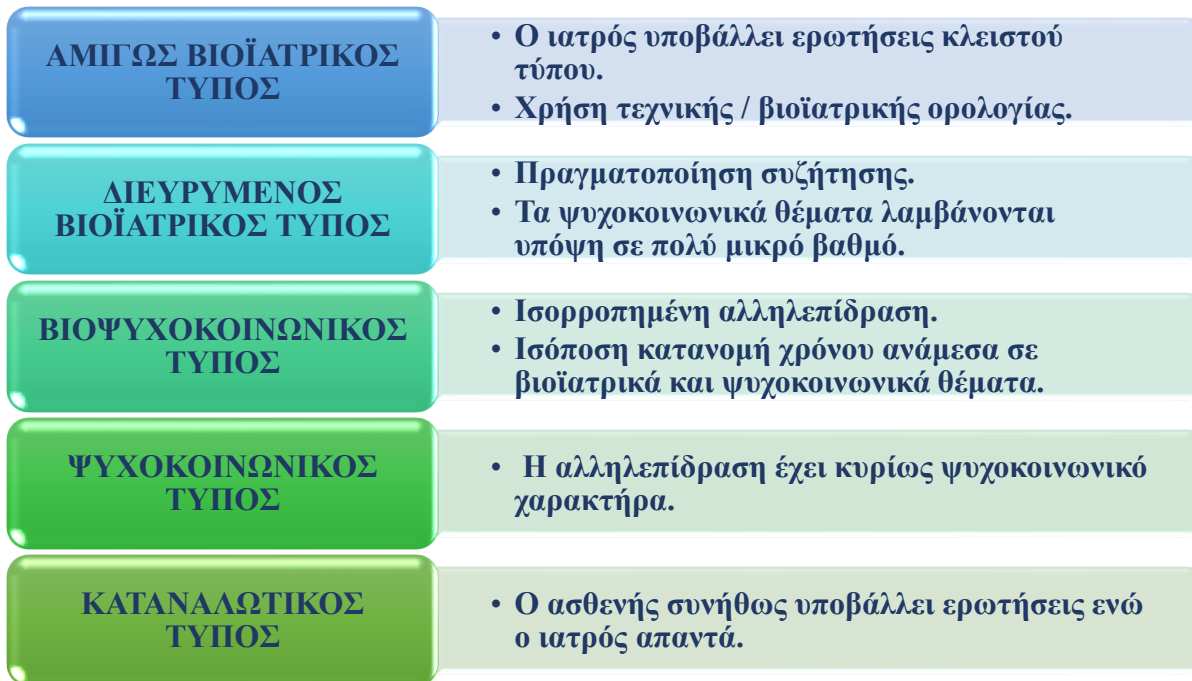
ΜΟΝΤΕΛΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΙΑΤΡΩΝ - ΑΣΘΕΝΩΝ

Η πλειονότητα των θεωρητικών μοντέλων ερμηνείας αφορούν στον τύπο της σχέσης η οποία αναπτύσσεται μεταξύ ασθενούς και ιατρού βασιζόμενοι σε προηγούμενη περιγραφή των τεσσάρων βασικών τύπων σχέσης (Διάγραμμα 1) [12], οι Roter *et al* (1997) διατύπωσαν πέντε τύπους επικοινωνίας κατά την αλληλεπίδραση των δύο μερών (Διάγραμμα 2) [13].

Ο αμιγώς βιοϊατρικός τύπος επικοινωνίας (Narrow Biomedical), περιορίζει εξαιρετικά την διάδραση μεταξύ των δύο πλευρών, αφού προάγει όχι μόνο τη λεκτική κυριαρχία αλλά και την ηγετική κυριαρχία του ιατρού. Τόσο το περιεχόμενο της επικοινωνίας, το οποίο εστιάζει αποκλειστικά σε καθαρά ιατρικά ζητήματα, όσο και η δόμηση της με



Διάγραμμα 1. Τύποι σχέσεων ιατρών - ασθενών (Roter & Hall, 1992) [12].



Διάγραμμα 2. Τύποι επικοινωνίας ιατρών - ασθενών (Roter, Steward, Putnam, Lipkin, Stiles & Inui, 1997) [13].

χρήση ερωτήσεων κλειστού τύπου και τεχνικής -ιατρικής ορολογίας περιορίζουν τη δυνατότητα ενεργού συμμετοχής του ασθενούς σε απλή παράθεση βιοϊατρικών πληροφοριών για την υγεία του, οι οποίες στερούνται της ψυχοκοινωνικής πτυχής των προβληματισμών του [14]. Παράλληλα, η χρονική κυριαρχία του ιατρού κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής συνάντησης σηματοδοτεί αυτόματα το γεγονός ότι ο ασθενής στερείται του απαραίτητου χρόνου στο να παραθέσει τους προβληματισμούς του και να εκφράσει τις απορίες του. Η ηγετική κυριαρχία του ιατρού βασίζεται στη λανθασμένη υπόθεση ότι ο ίδιος κατέχει το σύνολο της απαιτούμενης γνώσης ώστε να κατευθύνει τη συζήτηση, να αποφασίσει και να ορίσει το θεραπευτικό σχήμα το οποίο οφείλει να ακολουθήσει ο ασθενής σύμφωνα με την βιοϊατρική προσέγγιση της ασθένειας και τις βασικές αρχές του πατερναλιστικού μοντέλου ασθενοϊατρικής σχέσης [15]. Η χρήση του συγκεκριμένου τρόπου επικοινωνίας αποτυγχάνει να επιτύχει αμφίπλευρη ικανοποίηση αφού, σύμφωνα με μελέτες, τα χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης από την πλευρά των ιατρών συνδέονται με τη θεώρησή τους ότι οι παρεμβάσεις των ασθενών, ειδικά αυτές που άπτονται ψυχοκοινωνικών προβληματισμών, δεν συνεισφέρουν στην επίτευξη των θεραπευτικών στόχων, αλλά αποτελούν σπατάλη ιατρικού χρόνου [16].

Ενώ τα στατιστικά χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών αποτελούν συνέπεια της αδυναμίας έκφρασης της συνολικής κατάστασης υγείας τους και των συναισθηματικών ανησυχιών και προβληματισμών τους [17].

Ο **διευρυμένος ιατρικός τύπος** (Expanded Biomedical), αν και παρουσιάζει πολλά κοινά στοιχεία με τον πρώτο, αποτελεί ένα είδος μετάβασης προς ένα πρότυπο το οποίο παρέχει μεγαλύτερη δυνατότητα έκφρασης του ασθενούς, καθώς δίνει τη δυνατότητα περιορισμένης προσέγγισης ψυχοκοινωνικών ζητημάτων [18]. Ουσιαστικά εκφράζει επίσης ένα πατερναλιστικό μοντέλο επικοινωνίας.

Ο **ψυχοκοινωνικός τύπος επικοινωνίας** (Biopsychological) παρουσιάζει ισορροπία ως προς τη δόμηση του, το χρόνο ομιλίας και τον έλεγχο που ασκούν και οι δύο πλευρές. Αυτού του τύπου η επικοινωνία, με χρήση ανοικτών ερωτήσεων, θέτει στο επίκεντρο τον ασθενή, συνυπολογίζοντας τη βαρύτητα των κλινικών σημείων, το νόημα που προσδίδει ο ασθενής στην κατάσταση της υγείας του διευκολύνοντας τη διερεύνηση του προσωπικού προτύπου αντίδρασης στην ασθένεια, των προσωπικών συνειδητών ή ασυνειδητών αναγκών του ασθενή και μετατρέποντας τα στοιχεία αυτά σε κλινική πρακτική, η οποία διευκολύνει την ισορροπημένη αλληλεπίδραση ιατρού και ασθενή [19]. Ο συνεργατικός τύπος επικοινωνίας, ο οποίος αναπτύσσεται προάγει τη συλλογικότητα σε όλα τα επίπεδα της θεραπευτικής συνάντησης, διασφαλίζοντας ότι το εξατομικευμένο πλάνο φροντίδας που θα προκύψει θα εναρμονίζεται τόσο με τις αξίες, ανάγκες και προτιμήσεις του ασθενούς, όσο και με τις δυνατότητες και αρχές της ιατρικής επιστήμης [20]. Παρέχει τη δυνατότητα στον ασθενή να εξωτερικεύσει τη συναισθηματική και κοινωνική διάσταση των προβληματισμών του, οι οποίοι συνδέονται με το λειτουργικό επίπεδο της ασθένειας και διευκολύνει τη

διάδραση του θεράποντος, ο οποίος συνεπικουρεί της προσπάθειας [21].

Το ψυχοκοινωνικό μοντέλο (Psychosocial) επικοινωνίας ομοίως επιτρέπει την αλληλουχία διάδρασης μεταξύ των συμμετεχόντων, ωστόσο η ελεγκτική κυριαρχία ανήκει στον ασθενή. Παράλληλα, η θεματολογία της επικοινωνίας άπτεται κυρίως ψυχοκοινωνικών και όχι ιατρικών ζητημάτων. Το **καταναλωτικό μοντέλο επικοινωνίας** (Consumerist) παρουσιάζεται εκ διαμέτρου αντίθετο ως προς το βιοϊατρικό, με τον ασθενή να παρουσιάζει συμπεριφορά «κυρίαρχου καταναλωτή» στον τρόπο επικοινωνίας, ο οποίος απευθύνεται στον «ειδικό προμηθευτή» ιατρό, ώστε να αγοράσει υπηρεσίες, δίνοντας στην όλη διαδικασία τον χαρακτήρα της συναλλαγής [22].

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΗ ΛΕΚΤΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΔΙΑΒΟΥΛΕΥΣΗ

Η αλληλεπίδραση, η οποία αναπτύσσεται μεταξύ ιατρού και ασθενή κατά τη διάρκεια της ιατρικής συνάντησης, αντικατοπτρίζει τόσο τη γνώση όσο και το συναίσθημα. Η γνώση και η εμπειρία που γιατρός και ασθενής κατέχουν από τους αντίστοιχους τομείς εξειδίκευσής τους και η έκφραση και αντίληψη των συναισθημάτων και των δύο πλευρών μεταφέρονται και εκφράζονται κατά τη διαδικασία φροντίδας τόσο μέσω της λεκτικής όσο και της μη λεκτικής επικοινωνίας [23]. Η λεκτική επικοινωνία είναι

συνήθως εύκολο να ερμηνευτεί και να αναλυθεί, είναι ελεγχόμενη με διακριτά τελικά σημεία, μονοδιάστατη και επικοινωνεί κατά κύριο λόγο τις γνωστικές σκέψεις. Αντίθετα, η μη λεκτική επικοινωνία είναι δύσκολο να ερμηνευτεί, είναι συνεχής, διαθέτει πολλά κανάλια έκφρασης και λειτουργεί σε λιγότερο συνειδητό επίπεδο, διαρρέοντας αυθόρμητες ενδείξεις για τη στάση, τα συναισθήματα και τις επιρροές [24].

Το συναισθηματικό πλαίσιο δόμησης της φροντίδας έχει υποστηριχθεί ότι παρουσιάζει ιδιαίτερη συσχέτιση με τη μη λεκτική επικοινωνία και ότι οι δεξιότητες επικοινωνίας οι οποίες αφορούν την αποστολή και λήψη μη λεκτικών μηνυμάτων, αποτελούν κρίσιμα στοιχεία αξιολόγησης της θεραπευτικής σχέσης. Ενώ ταυτόχρονα επηρεάζουν σημαντικά το αποτέλεσμα, συμπεριλαμβανομένης της ικανοποίησης της συμμόρφωσης και των κλινικών αποτελεσμάτων της φροντίδας[25]. Ως μη λεκτική συμπεριφορά δύναται να οριστεί μια ποικιλία επικοινωνιακών συμπεριφορών, οι οποίες όμως δεν φέρουν γλωσσικό περιεχόμενο, ωστόσο συνοδεύουν και νοσηματοδοτούν τη λεκτική συμπεριφορά ενισχύοντας ή αντικρούοντας το λεκτικό μήνυμα (Διάγραμμα 3).

Η μη λεκτική επικοινωνία χαρακτηρίζεται πιο σημαντική κατά την θεραπευτική αλληλεπίδραση εάν έρχεται σε αντίθεση με το μήνυμα της λεκτικής επικοινωνίας. Όταν αυτά τα δύο είναι ασυνεπή ή αντιφατικά, τα μη λεκτικά μηνύματα τείνουν να υπερισχύουν των λεκτικών μηνυμάτων ενώ ο τρόπος μεταβίβασης του μηνύματος στον ασθενή πολλές φορές υπερισχύει του ίδιου του μηνύματος [26].



Διάγραμμα 3. Ενδείξεις μη λεκτικής επικοινωνίας.

Οι συναισθηματικές ενδείξεις που μεταφέρονται από τους ασθενείς μέσω της μη λεκτικής επικοινωνίας, δύναται να αντικατοπτρίζουν τόσο την κατάσταση της υγείας τους όσο και τη συναισθηματική τους κατάσταση και σχετίζονται με το σωματικό πόνο, τη σωματική και ψυχολογική δυσφορία ή ευεξία τους [27]. Κάποιες από αυτές μεταφέρονται ακούσια, ενώ άλλες εκούσια ώστε να αποδοθεί η εμπειρία των συμπτωμάτων του πόνου και εμπειρίες που είναι δύσκολο να εκφραστούν λεκτικά. Οι ιατροί χρησιμοποιούν αρκετά συχνά τις ενδείξεις αυτές στη διαγνωστική διαδικασία και στην αξιολόγηση της κλινικής προόδου και ψυχολογικής ευημερίας του ασθενούς [28].

Σύμφωνα με έρευνες, τόσο ο βαθμός ικανοποίησης των συμμετεχόντων από τη θεραπευτική συνεδρία, όσο και η επιτυχής έκβασή της έγκειται στην αμφίπλευρη σωστή κωδικοποίηση, ως ικανότητα μεταφοράς

μηνυμάτων, και αποκωδικοποίηση των μηνυμάτων, ως ικανότητα αναγνώρισης των συναισθημάτων των άλλων. Ο γιατρός αναγνωρίζοντας την ψυχική ένταση του ασθενούς, θα πρέπει αφενός να έχει την ικανότητα διερεύνησης, αναγνώρισης και ερμηνείας των λεκτικών μηνυμάτων του ασθενούς και αφετέρου να έχει τον έλεγχο της προσωπικής του μη λεκτικής συμπεριφοράς ώστε αυτή να μη μεταδώσει λανθασμένα μηνύματα στον ασθενή, επηρεάζοντας αρνητικά τη θεραπευτική σχέση [29].

Η αποτελεσματική επικοινωνία αποτελεί βασική συνθήκη και στην αλληλεπίδραση ιατρού ασθενή για τη δόμηση μιας σχέσης εμπιστοσύνης, η οποία θα δημιουργήσει ένα συνεργατικό κλίμα ώστε να προκύψουν θετικά αποτελέσματα φροντίδας και ικανοποίηση από την ποιότητα φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή [30]. Οι επικοινωνιακές δεξιότητες εμφανίζονται σε διαφορετικό βαθμό σε κάθε

άνθρωπο. Η δεκτικότητα των ιατρών για εκπαίδευση σε σχέση με τη θεωρία της ορθής επικοινωνιακής τακτικής δύναται να οδηγήσει σε βελτίωση του τρόπου επικοινωνίας τους. Η συνεχής εκπαίδευση στις δεξιότητες επικοινωνίας αποτελεί μια κυκλική διαδικασία, η οποία περιλαμβάνει επαναλαμβανόμενες προσπάθειες περιοδικής μάθησης απόκτησης νέων δεξιοτήτων και ενσωμάτωσής τους στην υπάρχουσα εμπειρογνωμοσύνη αλλά και ανάπτυξης νέων τεχνικών [31].

Η συνεργατική επικοινωνία έχει την ικανότητα να δομήσει μια αμοιβαία και δυναμική σχέση, η οποία περιλαμβάνει την αμφίδρομη ανταλλαγή πληροφοριών [32]. Αυτό προϋποθέτει τη συνεργατική διάθεση του ιατρού ταυτόχρονα με τη σαφή προσανατολισμό στην ενεργητική ακρόαση του ασθενή για τη διερεύνηση των αναγκών και ανησυχιών, την παροχή εξηγήσεων για τις θεραπευτικές επιλογές και την από κοινού λήψη αποφάσεων [33]. Η ικανότητα του γιατρού να προσεγγίσει τον ασθενή με ενσυναίσθηση διευκολύνοντας τη μεταξύ τους επικοινωνία σηματοδοτεί την αξιολόγηση και προσαρμογή των θεραπευτικών επιλογών, όχι σε ένα τυποποιημένο πρωτόκολλο, αλλά σε συμφωνία με τις προτιμήσεις και ανάγκες των ασθενών, ώστε να μεγιστοποιηθεί η συμμόρφωση και η ικανοποίηση των ασθενών σε σχέση με τη θεραπεία και να διασφαλιστεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα [34, 35].

Με δεδομένο ότι οι πεπειθήσεις και οι αξίες μεταξύ ιατρών και ασθενών μπορεί να διαφέρουν είναι σημαντικό για τον επαγγελματία υγείας, όχι μόνο να εντοπίζει, αλλά και να αντιμετωπίζει τα αντιληπτά

εμπόδια κατανοώντας τη λειτουργική έννοια της ασθένειας από την οπτική των ασθενών, αλλά και ανατροφοδοτώντας στον ασθενή τη σημασία και τα οφέλη του προτεινόμενου θεραπευτικού πλάνου, σεβόμενος πάντα το δικαίωμα του να λάβει τις δικές του αποφάσεις και να κάνει επιλογές [36, 37].

Η χρήση κατανοητής, προς τον ασθενή, γλώσσας η οποία να στερείται τεχνικής - ιατρικής, ορολογίας και κριτικής και η διευκόλυνση του ασθενή, μέσω της μη λεκτικής επικοινωνίας του ιατρού να εκθέσει τις σκέψεις, απορίες και προβληματισμούς του αποτελούν σαφείς ενδείξεις του ενδιαφέροντος και της προθυμίας του να συνεργαστεί σε ισότιμη βάση μαζί του για την επίτευξη των κοινών στόχων της θεραπευτικής αλληλεπίδρασης, ενώ ταυτόχρονα ενδυναμώνει το αίσθημα αυτοαποτελεσματικότητας αλλά και ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες [38, 39].

ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ

Η εξήγηση του πώς και γιατί η επικοινωνία συμβάλλει στα αποτελέσματα της υγείας απαιτεί βαθύτερη κατανόηση του τρόπου με τον οποίο συγκεκριμένες, σαφώς καθορισμένες πτυχές της επικοινωνίας συνδέονται με συγκεκριμένα αποτελέσματα. Αρκετοί ερευνητές έχουν εντοπίσει βασικές λειτουργίες της επικοινωνίας, με επίκεντρο τον ασθενή, συμπεριλαμβανομένης της ανταλλαγής πληροφοριών, διαχείρισης της αβεβαιότητας, διευκόλυνσης της αυτοδιαχείρισης των ασθενών, ανταπόκρισης στα συναισθήματα,

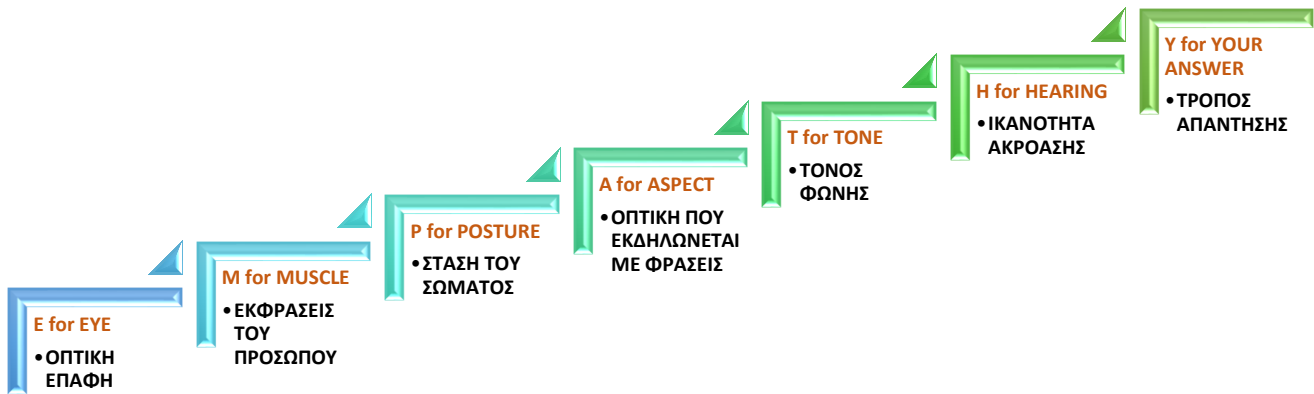
ενίσχυσης της σχέσης κλινικού-ασθενούς και της λήψης αποφάσεων [40].

Η σωματική έκφραση της ασθένειας περιλαμβάνει πόνο και άλλα συμπτώματα, δείκτες νόσου, λειτουργική ικανότητα και υποκειμενικές αυτοαξιολογήσεις του επιπέδου υγείας από την πλευρά του ασθενούς [41]. Οι τέσσερις τύποι θεραπευτικών σχημάτων που έχουν ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της σωματικής υγείας, δύναται να είναι χημικοί (φαρμακευτική αγωγή), επεμβατικοί (χειρουργική επέμβαση), συμπεριφορικοί (διακοπή βλαπτικών για την υγεία συνηθειών) και ψυχολογικοί (γνωστική θεραπεία). Επομένως, η αποτελεσματική επικοινωνία μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερα αποτελέσματα υγείας, επειδή η αλληλεπίδραση ιατρού ασθενούς συνεπικουρεί στον προσδιορισμό της σωστής διάγνωσης, στον από κοινού σχεδιασμό του κατάλληλου θεραπευτικού πλάνου και επηρεάζει τις πεποιθήσεις υγείας του ασθενή και τη διάθεση του για παρακολούθηση της θεραπείας και αυτοφροντίδα [42].

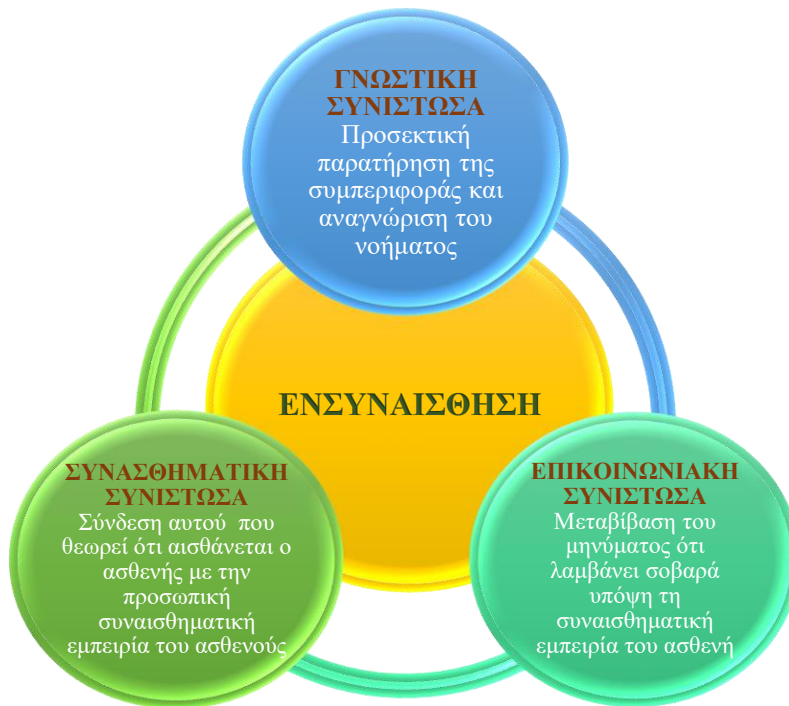
Η ψυχοκοινωνική υγεία αποτελεί συνάρτηση του βαθμού των θετικών έναντι των αρνητικών πεποιθήσεων και συναισθημάτων του ασθενή και της αντιλαμβανόμενης λειτουργικότητας του σε κοινωνικό επίπεδο [43]. Άμεση έκβαση της αποτελεσματικής επικοινωνίας αποτελεί η επίτευξη θετικών ψυχοκοινωνικών αποτελεσμάτων (ψυχολογική ευεξία, αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας, ικανοποίηση, ενθάρρυνση) τα οποία εκπορεύονται από το αίσθημα αναγνώρισης, ελπίδας, εμπύχωσης, παρηγορίας και καθησυχασμού που προσλαμβάνει ο ασθενής κατά την θεραπευτική αλληλεπίδραση [44].

Ένα χρήσιμο πλαίσιο για την κατανόηση του τρόπου με τον οποίον η ενσυναίσθηση και η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ ιατρού ασθενούς δύναται να ασκήσουν επιρροή τόσο στο θεραπευτικό αποτέλεσμα όσο και στην ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες αποτελεί η θεωρία του Leventhal [45]. Σύμφωνα με αυτή, τα άτομα ανταποκρίνονται έναντι στην ασθένεια με γνωστικές και συναισθηματικές αντιδράσεις. Ως εκ τούτου, η εμφάνιση συμπτωμάτων σε ένα άτομο ενδέχεται να εγείρει αισθήματα φόβου και άγχους στην προσπάθεια κατανόησης της κατάστασης υγείας του, τα οποία ενδεχομένως αδυνατεί να διαχειριστεί, βιώνοντας τα ως θυμό κατάθλιψη, σύγχυση και απογοήτευση και εκφράζοντας τα μέσω των δυσλειτουργικών συμπεριφορών (απόσυρση, απειθαρχία, άρνηση). Η ενσυναίσθηση (empathy) (Διάγραμμα 4) αποτελεί μια συνειδητή, επίπονη και διανοητική διαδικασία, μέσω της οποίας επιχειρείται η αναγνώριση της εμπειρίας του ασθενούς χρησιμοποιώντας την ερμηνεία που ίδιος δίνει στην εμπειρία της ασθένειάς του.

Η χρήση της διαδικασίας ενσυναίσθησης από τον επαγγελματία υγείας περιλαμβάνει την κατανόηση του βαθύτερου περιεχομένου και τη σύνδεση συναισθημάτων και νοημάτων που αφορούν στην εμπειρία του ασθενούς ταυτόχρονα, με την ανίχνευση, απομόνωση και απόκρυψη των προσωπικών του αντιδράσεων απέναντι στον ίδιο και την εμπειρία του. Θεμελιώδης αρχή για την κατανόηση της ενσυναίσθησης ως διαδικασίας αποτελεί αναγνώριση των τριών πτυχών της [47] (Διάγραμμα 5).



Διάγραμμα 4. Ακρωνύμιο ενσυναίσθησης – E.M.P.A.T.H.Y. [46].



Διάγραμμα 5. Συνιστώσες ενσυναίσθησης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ενσυναίσθηση ως εξελισσόμενη διαδικασία κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής αλληλεπίδρασης εκπορεύεται μέσα από την παρατήρηση, αναγνώριση και κατανόηση των αντιδράσεων των ασθενών τόσο σε γνωστικό όσο και σε συναισθηματικό επίπεδο και ανατροφοδοτείται στον ασθενή μέσω της λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας του με τον επαγγελματία υγείας [48].

Η ενσυναίσθητική προσέγγιση διευκολύνει την αποτελεσματική επικοινωνία επαγγελματιών υγείας - ασθενών κάνοντας τους ασθενείς πιο πρόθυμους να μιλήσουν σχετικά με τα συμπτώματά τους και αφορά, ως εκ τούτου, τη διευκόλυνση της συλλογής πληροφοριών, η οποία με τη σειρά της οδηγεί σε ακριβέστερη διάγνωση και καλύτερη ποιότητα παροχής φροντίδας [49]. Επίσης βοηθά τους ασθενείς να ανακτήσουν την αυτονομία και συμμετοχή στη θεραπεία τους, αυξάνοντας την αντιληπτή αυτό-αποτελεσματικότητα τους και οδηγεί σε θεραπευτικές διαδράσεις που επηρεάζουν άμεσα το θεραπευτικό αποτέλεσμα, αυξάνοντας ως εκ τούτου την ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα [50]. Συνειρμικά, η ανάπτυξη της ενσυναίσθησης συνιστά θεμελιώδη συνθήκη για την ενίσχυση μέσω της αποτελεσματικής επικοινωνίας του θεραπευτικού δυναμικού, των σχέσεων ασθενούς-ιατρού ως παράγοντα επίτευξης αποτελεσματικής θεραπείας, γεγονός το οποίο αυξάνει την εκφραζόμενη ικανοποίηση των ασθενών από την απόκριση των επαγγελματιών υγείας στις ουσιαστικές ανάγκες, προσωπικές προτιμήσεις και προσδοκίες τους [51].

Η σχέση μεταξύ ιατρών και ασθενών έχει αναγνωριστεί ως καίριας σημασίας για την παροχή υψηλής ποιότητας υγειονομικής περίθαλψης, ενώ η ιατρική διαβούλευση θεωρείται σημαντικός καθοριστικός παράγοντας για την επιτυχία της αλληλεπίδρασης ιατρού-ασθενούς. Ωστόσο, ο διαφορετικός τρόπος οργάνωσης της ιατρικής διαβούλευσης δύναται να οδηγήσουν σε διαφορετικές εμπειρίες ασθενών οι οποίες επηρεάζουν το θεραπευτικό αποτέλεσμα και την ποιότητα της σχέσης που αναπτύσσεται. Οι επικοινωνιακές δεξιότητες του γιατρού, η μη λεκτική επικοινωνία, η ενσυναίσθητική επικοινωνία και ο τρόπος αλληλεπίδρασης με τους ασθενείς κατά τη διάρκεια της διαβούλευσης επηρεάζουν την έκβαση υγείας, την τήρηση της θεραπείας και τη συμπεριφορά υγείας των ασθενών. Αυτά τα βασικά στοιχεία και η ενσωμάτωση θεμελιωδών πτυχών των μοντέλων επικοινωνίας παρέχουν ένα συνεκτικό πλαίσιο οικοδόμησης σχέσεων εμπιστοσύνης οι οποίες να ανταποκρίνονται στις μοναδικές ανάγκες, αξίες και προτιμήσεις των ασθενών.

Η σημασία που αποδίδεται στις επικοινωνιακά χαρακτηριστικά των ιατρών και στον τρόπο προσέγγισης του ασθενούς κατά την ιατρική διαβούλευση υποδηλώνει ότι η ιατρική εκπαίδευση θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει συνεχή κατάρτιση σε μη γνωστικές δεξιότητες όπως η αποτελεσματική επικοινωνία, η ενεργητική ακρόαση και μη λεκτική επικοινωνία. Ωστόσο η εκπαίδευση σχετικά με την επικοινωνία γιατρού-ασθενούς πρέπει να περιλαμβάνει όχι μόνο την ανάπτυξη σχετικών

δεξιοτήτων, αλλά και την κατανόηση της φύσης, του πλαισίου της σχέσης γιατρού-ασθενούς και της υψηλής αξίας που αποδίδεται στην ενσυναισθητική προσέγγιση των ιατρών από

τους ασθενείς-αφού σύμφωνα με τη Συστημική προσέγγιση για την επικοινωνία, αυτή δεν ακολουθεί γραμμική πορεία αλλά αποτελεί μια πολυπαραγοντική διαδικασία.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Cassell EJ. Talking with patients: the theory of doctor-patient communication. 1st ed. Cambridge: The MIT Press; 1985.
2. DiMatteo MR. The physician-patient relationship: effects on the quality of health care. Clin Obstet Gynecol. 1994;37(1):149-161.
3. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four Models of the Physician-Patient Relationship. JAMA. 1992;267(16):2221-2226.
4. BENIOΥ A, TENTOLOΟΥΡΗΣ N. Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς. Αρχ Ελλ Ιατρ 2013, 30:613-618
5. Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: a review. Ochsner J. 2010;10(1):38-43
6. Lee T, Cui J, Rosario H, Hilmara D, Samuelson K, Lin EC, Miller VA, Lin HC. Assessment of caregiver expectations of physician communication in a pediatric setting. BMC Health Serv Res. 2020;20(1):408.
7. Collins LG, Schrimmer A, Diamond J, Burke J. Evaluating verbal and non-verbal communication skills, in an ethnogeriatric OSCE. Patient Educ Couns. 2011;83(2):158-162.
8. DiMatteo MR, Taranta A, Friedman HS, Prince LM. Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skills. Med Care. 1980;18(4):376-387.
9. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, et al. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. Am J Psychiatry. 2002;159(9):1563-1569.
10. Neumann M, Wirtz M, Bollschweiler E, et al. Determinants and patient-reported long-term outcomes of physician empathy in oncology: a structural equation modelling approach. Patient Educ Couns. 2007;69(1-3):63-75.
11. Reynolds WJ, Scott B. Empathy: a crucial component of the helping relationship. J Psychiatr Ment Health Nurs. 1999;6(5):363-370.
12. Roter DL., Hall JA. Doctors Talking with Patients – Patients Talking with Doctors: Improving Communication in Medical Visits, Clinical and Experimental Optometry. 1995;78(2):79-80.

13. Roter DL, Stewart M, Putnam SM, Lipkin M Jr, Stiles W, Inui TS. Communication patterns of primary care physicians. *JAMA*. 1997;277(4):350-356.
14. Nickel B, Barratt A, Copp T, Moynihan R, McCaffery K. Words do matter: a systematic review on how different terminology for the same condition influences management preferences. *BMJ Open*. 2017;7(7):e014129.
15. Roter D. The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. *Patient Educ Couns*. 2000;39(1):5-15.
16. Kleinman A. The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition: [Excerpt]. *Acad Med*. 2017;92(10):1406.
17. Phillips D. Medical professional dominance and client dissatisfaction. A study of doctor-patient interaction and reported dissatisfaction with medical care among female patients at four hospitals in Trinidad and Tobago. *Soc Sci Med*. 1996;42(10):1419-1425.
18. Hogg MA, Vaughan GM. *Social psychology: An introduction*. 1st ed. London: Prentice-Hall Inc; 1995.
19. Politi MC, Wolin KY, Légaré F. Implementing clinical practice guidelines about health promotion and disease prevention through shared decision making. *J Gen Intern Med*. 2013;28(6):838-844.
20. Leppin AL, Kunneman M, Hathaway J, Fernandez C, Montori VM, Tilburt JC. Getting on the same page: Communication, patient involvement and shared understanding of "decisions" in oncology. *Health Expect*. 2018;21(1):110-117.
21. Shin DW, Roter DL, Roh YK, Hahm SK, Cho B, Park H-K. Physician gender and patient centered communication: The moderating effect of psychosocial and biomedical case characteristics. *Patient Education and Counseling* 2015;98(1):55-60.
22. Τσοῦνης Α, Σαράφης Π. Η Επικοινωνία Ιατροῦ-Ασθενούς ως Παράμετρος Καθορισμοῦ της Παρεχόμενης Φροντίδας Υγείας Αρχ Ελλ Ιατρ, 2014; 31(5):534-540
23. Zandbelt LC, Smets EM, Oort FJ, Godfried MH, de Haes HC. Patient participation in the medical specialist encounter: does physicians' patient-centred communication matter? *Patient Educ Couns*. 2007;65(3):396-406.
24. Verderber RF, Verderber KS. *Inter-act: using interpersonal communication skills*. Belmont, CA: Wadsworth; 1980.
25. DiMatteo MR, Taranta A, Friedman HS, Prince LM. Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skills. *Med Care*. 1980;18(4):376-387.

26. Hall JA, Harrigan JA, Rosenthal R. Nonverbal behavior in clinician-patient interaction. *Applied & Preventive Psychology*, 1995; 4(1), 21-37.
27. Prkachin KM. Dissociating spontaneous and deliberate expressions of pain: signal detection analyses. *Pain*. 1992;51(1):57-65.
28. Heath C. Demonstrative Suffering: The Gestural (Re)embodiment of Symptoms. *Journal of Communication*, 2002; 52(3): 597-616.
29. DiMatteo MR, Taranta A, Friedman HS, Prince LM. Predicting patient satisfaction from physicians' nonverbal communication skills. *Med Care*. 1980;18(4):376-387.
30. Maguire P, Pitceathly C. Key communication skills and how to acquire them *BMJ* 2002; 325 :697
31. Brown JB, Boles M, Mullooly JP, Levinson W. Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med*. 1999;131(11):822-829.
32. Minhas R. Does copying clinical or sharing correspondence to patients result in better care? *Int J Clin Pract* 2007;61(8):1390-1395.
33. Stewart M, Brown JB, Donner A, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000;49(9):796-804.
34. Lee SJ, Back AL, Block SD, Stewart SK. Enhancing physician-patient communication. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*. 2002;464-483.
35. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract*. 2002;52 Suppl(Suppl):S9-S12.
36. Platt FW, Keating KN. Differences in physician and patient perceptions of uncomplicated UTI symptom severity: understanding the communication gap. *Int J Clin Pract*. 2007;61(2):303-308.
37. Hagihara A, Tarumi K. Doctor and patient perceptions of the level of doctor explanation and quality of patient-doctor communication. *Scand J Caring Sci*. 2006;20(2):143-150.
38. Aronsson K, Sätterlund-Larsson U. Politeness Strategies and Doctor-Patient Communication. On the Social Choreography of Collaborative Thinking. *Journal of Language and Social Psychology* 1987;6(1): 1-27.
39. Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for Communicating with Patients* 2nd Ed. Oxford: Radcliffe Publishing; 2005.
40. de Haes H, Teunissen S. Communication in palliative care: a review of recent literature. *Curr Opin Oncol*. 2005;17(4):345-350.

41. Winter L, Lawton MP, Langston CA, Ruckdeschel K, Sando R. Symptoms, affects, and self-rated health: evidence for a subjective trajectory of health. *J Aging Health*. 2007;19(3):453-469.
42. Saba GW, Wong ST, Schillinger D, et al. Shared decision making and the experience of partnership in primary care. *Ann Fam Med*. 2006;4(1):54-62.
43. Coons SJ, Rao S, Keininger DL, Hays RD. A comparative review of generic quality-of-life instruments. *Pharmacoeconomics*. 2000;17(1):13-35.
44. Thorne SE, Kuo M, Armstrong EA, McPherson G, Harris SR, Hislop TG. 'Being known': patients' perspectives of the dynamics of human connection in cancer care. *Psychooncology*. 2005;14(10):887-900.
45. Leventhal H, Nerenz D, Straus A. Self-regulation and the mechanisms for symptom appraisal. In Mechanic D (ed) *Psychosocial epidemiology, vol 3: symptoms, illness behaviour and help seeking*. New York: Neale Watson; 1982:p. 55-86.
46. Riess H, Kraft-Todd G. E.M.P.A.T.H.Y.: a tool to enhance nonverbal communication between clinicians and their patients. *Acad Med*. 2014 Aug;89(8):1108-12.
47. Dohrenwend AM. Defining Empathy to Better Teach, Measure, and Understand Its Impact. *Acad Med*. 2018;93(12):1754-1756.
48. Hoffman ML. (1985). Interaction of affect and cognition in empathy. In Izard CE, Kagan J, Zajonc RB. (Eds) *Emotions, cognition, and behavior*. Cambridge: Cambridge University Press; 1985: p. 103-131.
49. Berry P. From Detached Concern to Empathy: Humanizing Medical Practice. *BMJ*. 2001;323(7325):1373.
50. Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet*. 2001;357(9258):757-762.
51. Matthews DA, Suchman AL, Branch WT Jr. Making "connexions": enhancing the therapeutic potential of patient-clinician relationships. *Ann Intern Med*. 1993;118(12):973-977.

REVIEW

Skills that determine the doctor-patient relationship: a brief review

Ourania Barlama^{1,2}, Maria Theodoratou^{3,4}

¹ General Hospital of Ilia, Pyrgos Nursing Unit, Blood Donation Department, Laboratory Nurse, ² Hellenic Open University, School of Social Sciences, Department of Health Administration, Postgraduate Student, Greece, ³ PhD Clinical Psychologist, ⁴ Hellenic Open University, School of Social Sciences, Department of Health Unit Management, Collaborating Teaching Staff, Greece

ABSTRACT

Patient-centered care is widely accepted as a central component of high-quality healthcare. In contrast to the paternalistic biomedical approach, patient-centered care is defined as providing care that respects and responds to patients' individual preferences, needs, and values and ensures that patient values guide all clinical decisions. Patient-centered communication has emerged as one of the core competencies and skills for physicians. It enables physicians to provide care that is consistent with the patient's values, needs and preferences, and to involve the patient in making decisions about their care. There is ample evidence of the importance of physician-patient communication, and patient-centered communication interventions have been shown to improve the physician-patient relationship and patient health care outcomes. These communication skills include a combination of verbal and nonverbal skills to help the physician establish and maintain an effective collaborative relationship with the patient. Central to this relationship is the development of trust with the patient and therefore, there is an emphasis on interpersonal communication in medical education.

Keywords: doctor-patient interaction, communication models, non-verbal communication, communication skills, empathy

O. Barlama, M. Theodoratou. Skills that determine the doctor-patient relationship: a brief review. *Scientific Chronicles* 2023; 28(3): 332-346
