
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΙΑΤΡΟΥ ΚΑΙ
ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΙΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ**

Νεφέλη – Ελένη Μαστοράκη

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2019

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ και ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΙΑΤΡΟΥ ΚΑΙ
ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΙΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ**

Νεφέλη – Ελένη Μαστοράκη , Α.Μ.: ΔΥ/1734

Επιβλέπων: Κωνσταντίνα Κοτταρίδη / Καθηγήτρια / Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στα Οικονομικά και Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2019

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Economics and Management

**THE ROLE OF COMMUNICATION BETWEEN DOCTOR
AND PATIENT IN PSYCHIATRIC CLINICS**

Nefeli – Eleni Mastoraki

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Economics and Management

Piraeus, Greece, 2019

Στην οικογένειά μου

Ευχαριστίες

Μέσα από αυτή τη σελίδα, θα ήθελα πρωτίστως να ευχαριστήσω από καρδιάς την Καθηγήτρια του Πανεπιστημίου Πειραιώς κυρία Κωνσταντίνα Κοτταρίδη, για την πολύτιμη βοήθεια της, τη διαρκή υποστήριξη της και τις γνώσεις που μου παρείχε απλόχερα ώστε να κατορθώσω να ολοκληρώσω την παρούσα εργασία.

Επιπρόσθετα, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συμμετείχαν στην έρευνα αυτή και ιδιαιτέρως τους νοσηλευτές Θανάση Πίτσια και Βασίλη Μάνη, καθώς η βοήθεια τους κατά τη συλλογή των ερωτηματολογίων ήταν καθοριστική.

Τέλος, θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στους γονείς μου, οι οποίοι κατέβαλαν κάθε δυνατή προσπάθεια για να βρίσκομαι σήμερα εδώ, ένα βήμα πριν πάρω το Μεταπτυχιακό μου.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΙΑΤΡΟΥ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΙΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ

Σημαντικοί Όροι: επικοινωνία, ιατρός, ασθενής, ενσυναίσθηση

Περίληψη

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας πραγματεύεται τον ρόλο της επικοινωνίας στις διαπροσωπικές σχέσεις ιατρού και ασθενή κατά την θεραπευτική πράξη και έχει στόχο να τονίσει την σπουδαιότητα της επικοινωνίας, η οποία δημιουργεί μια θεραπευτική σχέση ανάμεσα στον ιατρό και τον ασθενή.

Είναι γνωστό πως η επικοινωνία είναι απόλυτα συνδεδεμένη με την φύση του ανθρώπου, επομένως και η επικοινωνία ιατρού-ασθενούς είναι πολύ σημαντική και αποτελεί στοιχείο καθορισμού του επιπέδου ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας. Ωστόσο, η επικοινωνία δεν είναι δεδομένη και υπόκειται σε πολλούς περιορισμούς και δυσκολίες που όταν συμβαίνουν, έχουν άμεση επίπτωση στην προσαρμογή του ασθενούς στις θεραπευτικές απαιτήσεις. Ιδιαίτερο βάρος δίνεται στη σημασία και το ρόλο της ενσυναίσθησης, ως παράγοντα βελτίωσης της θεραπευτικής σχέσης, ικανοποίησης του ασθενούς και συμμόρφωσής του με τις ιατρικές οδηγίες.

Πολλές είναι οι έρευνες που επιβεβαιώνουν τον σημαντικό ρόλο της επικοινωνίας και της ενσυναίσθησης στη σχέση ιατρού και ασθενή. Στο δεύτερο μέρος της εργασίας, πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα με τη χρήση ερωτηματολογίου ώστε να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενή στις ψυχιατρικές κλινικές. Η ανάλυσή τους μας επέτρεψε να αξιολογήσουμε τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών σε σχέση με την ποιότητα της επικοινωνίας με το γιατρό τους, σε Ελληνικές ψυχιατρικές κλινικές.

THE ROLE OF COMMUNICATION BETWEEN DOCTOR AND PATIENT IN PSYCHIATRIC CLINICS

Key words: communication, doctor, patient, empathy

Abstract

The purpose of the present work deals with the role of communication in the interpersonal relationships between a physician and a patient during the therapeutic act and aims to emphasize the importance of communication which creates a therapeutic relationship between the physician and the patient.

It is known that communication is absolutely connected with the nature of the person and therefore the communication between the doctor and the patient is very important and is an element of determining the level of quality of the health care. However, communication is not given and is subject to many constraints and difficulties that when they occur, have a direct effect on the patient's adaptation to the therapeutic requirements. Particular weight is given to the importance and role of empathy as a factor in improving the therapeutic relationship, patient satisfaction and compliance with medical guidelines.

There are many researches that confirm the important role of communication and empathy in the relationship between a doctor and a patient. In the second part of the study, quantitative research was carried out using a questionnaire to investigate the relationship between physician and patient in psychiatric clinics. Their analysis allowed us to assess the degree of patient satisfaction with the quality of communication with their physician in Greek psychiatric clinics.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Περίληψη	
	Abstract	
	Εισαγωγή	1
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : Επικοινωνία	2
1.1	Τι είναι επικοινωνία	2
1.2	Η διαδικασία της επικοινωνίας	4
1.3	Μέσα και μορφές επικοινωνίας	5
1.3.1	Λεκτική Επικοινωνία	5
1.3.2	Μη λεκτική επικοινωνία	6
1.3.3	Χαρακτηριστικά γνωρίσματα μη λεκτικής επικοινωνίας	7
1.4	Η σημασία της επικοινωνίας στις μέρες μας	8
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Η Δύναμη της επικοινωνίας στη σχέση	
	Ιατρού - ασθενή	
2.1	Σχέση ιατρού - ασθενή. Θεωρητικές προσεγγίσεις	10
2.2	Η επιρροή του βιοϊατρικού και του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου στη σχέση και την επικοινωνία ιατρού - ασθενή	11
2.3	Η σημασία της επικοινωνίας στη θεραπευτική σχέση ιατρού και ασθενή	13
2.4	Οφέλη αποτελεσματικής επικοινωνίας	14
2.5	Οφέλη της πλήρους και επαρκούς ενημέρωσης του ασθενή	15
2.6	Εμπόδια στην ανάπτυξη καλής επικοινωνίας ιατρού - ασθενή	16
2.7	Στρατηγικές ενίσχυσης της επικοινωνίας	18
2.8	Τεχνικές αποτελεσματικής επικοινωνίας	19
2.9	Φραγμοί επικοινωνίας	21

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : Ενσυναίσθηση

3.1	Ιστορική αναδρομή και έννοια της ενσυναίσθησης	24
3.2	Έννοιες σχετικές με την ενσυναίσθηση	25
3.3	Στάδια από τα οποία διέρχεται ο θεραπευτής όταν εκφράζει ενσυναίσθηση	26
3.4	Ο ρόλος της ενσυναίσθησης στην αποτελεσματική επικοινωνία	27
3.5	Παράγοντες που επηρεάζουν την ενσυναίσθηση	28
3.6	Εμπόδια που αντιμετωπίζει ο ιατρός, σχετικά με την ενσυναίσθηση	29
3.6.1	Δυσκολίες στην παροχή συμπνευτικής φροντίδας.	29
3.6.2	Συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης	30
3.6.3	Τρόποι αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης και του άγχους	30
3.7	Η κλινική ενσυναίσθηση και η επίδρασή της στη θεραπεία των ασθενών	31
3.7.1	Η συναισθηματική νοημοσύνη και η ενσυναίσθηση	31
3.7.2	Η κλινική ενσυναίσθηση και οι εκφάνσεις της	31
3.7.3	Η επίδρασή της κλινικής ενσυναίσθησης στη θεραπεία των ασθενών	32

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΙΑΤΡΟΥ - ΑΣΘΕΝΗ

4.1	Πώς αξιολογούν οι Έλληνες γιατροί τις επικοινωνιακές δεξιότητες τους.	34
4.2	Ο ρόλος του ιατρού και του ασθενή στην εποχή της πληροφόρησης	35

4.2.1	Ο ρόλος του ασθενή στην εποχή της πληροφόρησης	35
4.2.2	Ο ρόλος του ιατρού στην εποχή της πληροφόρησης	36
4.3	Αξιολόγηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας	37
4.4	Εμπιστοσύνη Ιατρού – Ασθενούς στη Ελλάδα	38

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : Η ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1	Γενικά	41
5.2	Μέθοδος έρευνας	41
5.3	Δομή και μετρήσεις ερωτηματολογίου	42
5.4	Τα εργαλεία της έρευνας	43
5.5	Δείγμα	43

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1	Γενικά Στοιχεία	45
6.1.1	Φύλο	45
6.1.2	Η ηλικιακή ομάδα των ασθενών	46
6.1.3	Η οικογενειακή κατάσταση των ασθενών	47
6.1.4	Εκπαίδευση	48
6.1.5	Ασφαλιστικός φορέας	49
6.1.6	Ημέρες Νοσηλείας	50
6.1.7	Η κατάσταση υγείας των ασθενών	51
6.1.8	Η πρότερη Νοσηλεία	52
6.1.9	Πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών	53
6.2	Ικανοποίηση Ασθενών	54
6.2.1	Ο διαθέσιμος χρόνος του ιατρού κατά τις επισκέψεις	54

6.2.2	Το ενδιαφέρον του Ιατρού για την προσωπική κατάσταση του ασθενή	55
6.2.3	Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών σχετικά με τη διευκόλυνσή τους από μέρους του ιατρού ώστε να μιλήσουν για τα προβλήματά τους	56
6.2.4	Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από τη συμμετοχή τους στις αποφάσεις για την ιατρική φροντίδα	58
6.2.5	Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, για το αν τους «άκουσε» ο ιατρός τους	60
6.2.6	Βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, σχετικά με την ενημέρωσή τους, για το σκοπό των εξετάσεων και των θεραπειών τους.	61
6.2.7	Βαθμός ικανοποίησης ασθενών αναφορικά με την ενημέρωσή τους, σε σχέση με τα συμπτώματα ή την ασθένεια.	62
6.2.8	Βαθμός ικανοποίησης ασθενών, αναφορικά με το χειρισμό των συναισθηματικών τους προβλημάτων από μέρους του ιατρού.	63
6.2.9	Βαθμός κατανόησης της σημασίας της ακολουθίας των συμβουλών του θεράποντα Ιατρού.	64
6.2.10	Βαθμός ικανοποίησης αναφορικά με τη σχέση που αναπτύχθηκε μεταξύ ιατρού και ασθενή.	65
6.2.11	Οι αντιλήψεις των ασθενών, σχετικά με το αν η σχέση που ανέπτυξαν με τον ιατρό τους, θα βοηθήσει στη θεραπεία.	66
6.3	Σχέση Ιατρού - Ασθενούς	67
6.3.1	Αντιλήψεις σχετικά με το αν ο γιατρός είναι εκείνος που θα αποφασίζει τι θα συζητηθεί κατά την επίσκεψη	67

6.3.2	Αν στην ιατρική φροντίδα δεν υπάρχει πια η προσωπική σχέση ιατρού και ασθενή, αυτό έχει μικρή σημασία σε σχέση με τα επιτεύγματα της ιατρικής.	68
6.3.3	Το σημαντικότερο κομμάτι της ιατρικής επίσκεψης είναι η φυσική εξέταση	69
6.3.4	Συχνά είναι καλύτερα για τους ασθενείς να μην τους εξηγείται αναλυτικά η κατάσταση της υγείας τους	70
6.3.5	Οι ασθενείς πρέπει να εμπιστεύονται τις γνώσεις των γιατρών τους και να μην ψάχνουν μόνοι τους να βρουν πληροφορίες για την κατάστασή τους	71
6.3.6	Οι γιατροί που κάνουν πολλές ερωτήσεις σχετικά με το ιστορικό του ασθενή, ίσως παραβιάζουν την προσωπική ζωή του.	72
6.3.7	Εάν οι γιατροί είναι πραγματικά καλοί στη διάγνωση και στη θεραπεία, δεν είναι τόσο σημαντική η σχέση που αναπτύσσουν με τους ασθενείς	73
6.3.8	Πολλοί ασθενείς συνεχίζουν να κάνουν ερωτήσεις στο γιατρό τους ακόμα και αν δεν πρόκειται να μάθουν κάτι καινούργιο	74
6.3.9	Οι ασθενείς θα πρέπει να συνεργάζονται με τους γιατρούς τους, μέσα σε μία ισότιμη σε ισχύ σχέση	75
6.3.10	Οι ασθενείς γενικά έχουν ανάγκη πιο πολύ από καθησυχασμό, παρά από πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους.	76
6.3.11	Εάν τα βασικά χαρακτηριστικά του γιατρού είναι το να είναι ανοιχτός και θερμός με τους ασθενείς του, τότε δεν θα γίνει ποτέ ιδιαίτερα επιτυχημένος	77
6.3.12	Όταν οι ασθενείς διαφωνούν με το γιατρό τους, αυτό αποτελεί ένδειξη πως δεν τον εκτιμούν και δεν τον εμπιστεύονται	78

6.3.13	Η θεραπεία ενός προβλήματος υγείας δεν μπορεί να είναι αποτελεσματική, εάν δεν συμβαδίζει με τον τρόπο ζωής και τις αξίες του ασθενή	79
6.3.14	Οι περισσότεροι ασθενείς θέλουν να τελειώνουν με την επίσκεψη τους στο γιατρό όσο πιο γρήγορα γίνεται	80
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	82
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8 : ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	84
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	85

Κατάλογος Πινάκων

6.1.1.	Το φύλο των ερωτηθέντων στην έρευνα	45
6.1.2	Η ηλικιακή ομάδα των ερωτηθέντων στην έρευνα	46
6.1.3	οικογενειακή κατάσταση	47
6.1.4	Το επίπεδο μόρφωσης των ερωτηθέντων	48
6.1.5	Οι φορείς ασφάλισης υγείας των ασθενών	49
6.1.6	Ημέρες νοσηλείας των ασθενών	50
6.1.7	Η κατάσταση υγείας των ασθενών	51
6.1.8	Η ύπαρξη νοσηλείας των ασθενών στο παρελθόν	52
6.1.9	Πληροφόρηση ασθενών για τα δικαιώματά τους	53
6.2.1	Ο διαθέσιμος χρόνος του ιατρού κατά την επίσκεψη	54
6.2.2	Το ενδιαφέρον του ιατρού για την κατάσταση του ασθενή	56
6.2.3	Σε ποιο βαθμό οι ιατροί ωθούν τους ασθενείς να μιλήσουν για τα προβλήματά τους	57
6.2.4	Βαθμός ικανοποίησης ασθενών για τη συμμετοχή τους στην ιατρική φροντίδα	59
6.2.5	Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, για το αν τους «άκουσε» ο ιατρός τους	60
6.2.6	Βαθμός ικανοποίησης των ασθενών σχετικά με την ενημέρωσή τους για το σκοπό των εξετάσεων και των θεραπειών τους.	61
6.2.7	Ικανοποίηση ασθενών για την επαρκή ενημέρωσή τους αναφορικά με τα συμπτώματα της ασθένειάς τους.	62
6.2.8	Βαθμός ικανοποίησης ασθενών, αναφορικά με το χειρισμό των συναισθηματικών τους προβλημάτων	63
6.2.9	Βαθμός κατανόησης της σημασίας της ακολουθίας των συμβουλών του ιατρού.	64
6.2.10	Πώς αξιολογούν οι ασθενείς τη σχέση που αναπτύχθηκε με τον ιατρό τους	65
6.2.11	Η σχέση αναφορικά με την εξέλιξη της θεραπευτικής πράξης	66

6.3.1	Πρέπει ο γιατρός να αποφασίζει τι θα συζητηθεί σε μία ιατρική επίσκεψη;	67
6.3.2	Η ήσσονος σημασίας έλλειψη προσωπικής σχέσης ιατρού- ασθενή, σε σχέση με τα επιτεύγματα της ιατρικής.	68
6.3.3	Η φυσική εξέταση, ως το πιο σημαντικό κομμάτι της ιατρικής επίσκεψης	69
6.3.4	Η αντίληψη ότι είναι καλύτερα να μην λαμβάνουν οι ασθενείς επαρκείς πληροφορίες για την υγεία τους.	70
6.3.5	Οι ασθενείς δεν πρέπει να ψάχνουν μόνοι τους για πληροφορίες αλλά να εμπιστεύονται μόνο τον ιατρό τους.	71
6.3.6	Η σχέση ανάμεσα στις πολλές ερωτήσεις και την προσωπική ζωή του ασθενή	72
6.3.7	Η ιατρική ιδιότητα υπερισχύει της σχέσης ασθενή - ιατρού.	73
6.3.8	Αντιλήψεις σχετικά με τις ερωτήσεις που κάνουν οι ασθενείς	74
6.3.9	Πρέπει να είναι ισότιμη η σχέση ιατρού - ασθενή;	75
6.3.10	Οι ασθενείς προτιμούν τον καθησυχασμό από την πληροφόρηση	76
6.3.11	Ο ανοιχτός και «θερμός» ιατρός δεν είναι πετυχημένος	77
6.3.12	Η διαφωνία με τον ιατρό αποτελεί ένδειξη μη εκτίμησης και σεβασμού	78
6.3.13	Η θεραπεία πρέπει να συμβαδίζει με τον τρόπο ζωής του ασθενή	79
6.3.14	Οι ασθενείς θέλουν να επισπεύσουν τις ιατρικές επισκέψεις.	80

Κατάλογος Γραφημάτων

6.1.1.	Η ποσόστωση του φύλου των ερωτηθέντων στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε.	45
6.1.2	Η ηλικιακή κατανομή του δείγματος	46
6.1.3	Η ποσόστωση της οικογενειακής κατάστασης των ερωτηθέντων στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε.	47
6.1.4	Το επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτηθέντων	48
6.1.5	Οι φορείς ασφάλισης υγείας των ασθενών	49
6.1.6	Οι ημέρες νοσηλείας των ερωτηθέντων	50
6.1.7	Η κατάσταση υγείας των ασθενών, σύμφωνα με τους ίδιους	51
6.1.8	Η ύπαρξη νοσηλείας των ασθενών στο παρελθόν	52
6.1.9	Πληροφόρηση ασθενών για τα δικαιώματά τους	53
6.2.1	Ο διαθέσιμος χρόνος του ιατρού κατά την επίσκεψη	55
6.2.2	Το ενδιαφέρον του ιατρού για την κατάσταση του ασθενή	56
6.2.3	Σε ποιο βαθμό οι ιατροί ωθούν τους ασθενείς να μιλήσουν για τα προβλήματά τους	58
6.2.4	Βαθμός ικανοποίησης ασθενών για τη συμμετοχή τους στην ιατρική φροντίδα	59
6.2.5	Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, για το αν τους «άκουσε» ο ιατρός τους	60
6.2.6	Βαθμός ικανοποίησης των ασθενών σχετικά με την ενημέρωσή τους για το σκοπό των εξετάσεων και των θεραπειών τους.	61
6.2.7	Ικανοποίηση ασθενών για την επαρκή ενημέρωσή τους αναφορικά με τα συμπτώματα της ασθένειάς τους.	62
6.2.8	Βαθμός ικανοποίησης ασθενών, αναφορικά με το χειρισμό των συναισθηματικών τους προβλημάτων	63
6.2.9	Βαθμός κατανόησης της σημασίας της ακολουθίας των συμβουλών του ιατρού.	64
6.2.10	Αξιολόγηση από ασθενείς της σχέσης ιατρού - ασθενή	65

6.2.11	Η σχέση ιατρού και ασθενή, αναφορικά με την εξέλιξη της θεραπευτικής πράξης	66
6.3.1	Πρέπει ο γιατρός να αποφασίζει τι θα συζητηθεί σε μία ιατρική επίσκεψη;	68
6.3.2	Η ήσσονος σημασίας έλλειψη προσωπικής σχέσης ιατρού- ασθενή, σε σχέση με τα επιτεύγματα της ιατρικής.	69
6.3.3	Η φυσική εξέταση, ως το πιο σημαντικό κομμάτι της ιατρικής επίσκεψης	70
6.3.4	Η αντίληψη ότι είναι καλύτερα να μην λαμβάνουν οι ασθενείς επαρκείς πληροφορίες για την υγεία τους.	71
6.3.5	<i>Οι ασθενείς δεν πρέπει να ψάχνουν μόνοι τους για πληροφορίες αλλά να εμπιστεύονται μόνο τον ιατρό τους.</i>	72
6.3.6	Η σχέση ανάμεσα στις πολλές ερωτήσεις και την προσωπική ζωή του ασθενή	73
6.3.7	Η ιατρική ιδιότητα υπερισχύει της σχέσης ασθενή - ιατρού.	74
6.3.8	Αντιλήψεις σχετικά με τις ερωτήσεις που κάνουν οι ασθενείς	75
6.3.9	Πρέπει να είναι ισότιμη η σχέση ιατρού - ασθενή;	76
6.3.10	Οι ασθενείς προτιμούν τον καθησυχασμό από την πληροφόρηση	77
6.3.11	Ο ανοιχτός και «θερμός» ιατρός δεν είναι πετυχημένος	78
6.3.12	Η διαφωνία με τον ιατρό αποτελεί ένδειξη μη εκτίμησης και σεβασμού	79
6.3.13	Η θεραπεία πρέπει να συμβαδίζει με τον τρόπο ζωής του ασθενή	80
6.3.14	Οι ασθενείς θέλουν να επισπεύσουν τις ιατρικές επισκέψεις.	81

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επικοινωνία αποτελεί έναν όρο πολύπλευρο και πολυδιάστατο, είναι μια έννοια που συναντάμε σε κάθε ανθρώπινη δραστηριότητα, καθώς θεωρείται « ο μηχανισμός μέσω του οποίου υπάρχουν και αναπτύσσονται οι ανθρωπινές σχέσεις...». Η επικοινωνία εμπεριέχει μια διαδικασία αλληλεπίδρασης με σκοπό την ανταλλαγή μηνυμάτων, που αν και είναι έμφυτη σε κάθε άνθρωπο, οι επιμέρους τεχνικές δεξιότητές της είναι δυνατό να διδαχθούν. Το λειτούργημα της ιατρικής αποτελεί από μόνο του ένα επάγγελμα επικοινωνίας αφού η θεραπευτική πράξη στηρίζεται στη σχέση ιατρού και ασθενή, προκειμένου να δημιουργούν καλές διαπροσωπικές σχέσεις (Μπακιρτζής, 2002). Η αποτελεσματική επικοινωνία είναι λοιπόν απαραίτητη και αναγκαία για την δημιουργία καλών διαπροσωπικών σχέσεων. Η ποιοτική επικοινωνία είναι η βάση για την σωστή και ολόπλευρη ανάπτυξη υγιών διαπροσωπικών σχέσεων και ειδικότερα στο χώρο του νοσοκομείου.

Η σχέση ιατρού και ασθενή μαζί με τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των δομών υγείας αποτελούν καθοριστικό παράγοντα της ικανοποίησης του ασθενή (Θεοδώρου,2000). Επίσης, τα αποτελέσματα πολλών ερευνών δείχνουν ότι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από τις επικοινωνιακές δεξιότητες του ιατρού, βελτιώνοντας παράλληλα την έκβαση της κλινικής θεραπευτικής αντιμετώπισης (DiMatteo & Martin, 2011).

Οι ασθενείς, αξιολογούν τους επαγγελματίες υγείας με βάση την ποιότητα της επικοινωνιακής σχέσης, ενώ τα οποιαδήποτε προβλήματα σχετίζονται με αυτή επιφέρουν μια σειρά από αρνητικές επιπτώσεις όπως σύγχυση και δικαστικές αγωγές, λανθασμένες ή ελλιπείς διαγνώσεις άρα και αναποτελεσματικές θεραπείες (Μάντη & Τσελέπη, 2000).

Επιπρόσθετα, η αποτελεσματική επικοινωνία γιατρού και ασθενή έχει καθοριστικό ρόλο στη συμμόρφωση του ασθενή στις ιατρικές υποδείξεις, αυξάνει την εμπιστοσύνη και το αίσθημα ασφάλειας, διευκολύνει την κατανόηση του ιατρικού προβλήματος και προωθεί την καλύτερη τήρηση της θεραπευτικής αγωγής. Σήμερα, οι ασθενείς προτιμούν να έχουν ενεργή συμμετοχή κατά τη διαδικασία της ιατρικής πράξης και της λήψης ιατρικών αποφάσεων και επιθυμούν να λαμβάνουν όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες για την θεραπεία τους ώστε να είναι πιο ενεργητικοί σε ολόκληρη την θεραπεία. Γι' αυτό είναι σημαντικό ο ιατρός και ο ασθενής να συμφωνούν σχετικά με τα προβλήματα που χρήζουν περαιτέρω παρακολούθησης και να συνεργάζονται με βάση το θεραπευτικό πρωτόκολλο ώστε να διευκολυνθεί η εφαρμογή του (DiMatteo & Martin, 2011).

Κατά την διάρκεια των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων πολλές πληροφορίες μεταδίδονται μέσω μη λεκτικών μηνυμάτων. Όπως παρατηρήθηκε το ίδιο ισχύει και κατά τη διάρκεια της ιατρικής σχέσης, όπου την πρωτοβουλία των κινήσεων έχουν οι επαγγελματίες υγείας (Street and Buller, 1987). Η σημασία την ενσυναίσθησης οδήγησε σε μια περαιτέρω διερεύνηση της μη λεκτικής επικοινωνίας μεταξύ ιατρών και ασθενή (Harriganetal., 1985). Η ενσυναίσθηση αποτελεί μια κεντρική ιδέα στο χώρο της ψυχολογίας, της ψυχοθεραπείας αλλά και της ιατρικής επικοινωνίας (Cormier., 1984). Σύμφωνα με τον ψυχολόγο Rogers η ενσυναίσθηση είναι μια διαδικασία που εμπεριέχει την έκφραση ευαισθησίας στα συναισθήματα ενός άλλου ανθρώπου, τα οποία υπόκεινται σε αλλαγή και σε σύνδεση με αυτόν τον άνθρωπο (Rogers, 1951). Στη θεραπευτική διαδικασία δηλαδή, ο ιατρός βιώνει την ασθένεια μέσα από τη θέση του ασθενή του. Αυτό προϋποθέτει μια άνευ όρων αποδοχή στα συναισθήματα του ασθενή και την προσπάθεια πλήρους κατανόησης όσων ο ασθενής βιώνει μέσα από τη δική του οπτική γωνία.

Οι δυσκολίες ανάμεσα στη σχέση ιατρού και ασθενή είναι πολλές αλλά υπάρχουν πολλές τεχνικές και στρατηγικές που βοηθούν την βελτίωση της επικοινωνίας. Όπως είναι λογικό η καλλιέργεια της ενσυναίσθησης και της ικανότητας επικοινωνίας δομείται πιο εύκολα σε νέους φοιτητές, προτού εκπαιδευθούν σε ένα διαφορετικό μοντέλο. Είναι αναγκαίο λοιπόν, οι φοιτητές ιατρικής να παρακολουθούν αντίστοιχες διαδικασίες κατά την διάρκεια των σπουδών τους (Stepien and Baernstein, 2006, Kelmetal., 2014). Μάλιστα μια μεγάλου εύρους έρευνα δείχνει ότι είναι προς όφελος της ιατρικής πράξης η δια βίου εκπαίδευση στην επικοινωνία και την ενσυναισθητική πρακτική (Dwamena et. al., 2012).

1. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

1.1. Τι είναι επικοινωνία

Η ικανότητα που έχουμε να επικοινωνούμε μεταξύ μας να μεταφέρουμε πληροφορίες, συναισθήματα κ.α. μας διαχωρίζει από τα υπόλοιπα όντα του πλανήτη μας. Αυτό ασφαλώς είναι απόρροια της νοημοσύνης που χαρακτηρίζει τον άνθρωπο και του αρκετά εξελιγμένου εγκεφάλου που διαθέτει. Βέβαια, όλα σχεδόν τα έμβια όντα έχουν την ικανότητα να επικοινωνούν μεταξύ τους, γεγονός που χαρακτηρίζεται αναγκαίο για την επιβίωσή τους. Αυτή η επικοινωνία επιτυγχάνεται είτε μέσω φωνητικών ήχων και κραυγών (π.χ. ζώα της ζούγκλας, πουλιά) είτε μέσω νοημάτων (π.χ. πίθηκοι).

Ωστόσο σε όλες αυτές τις περιπτώσεις επικοινωνίας παρατηρούμε ένα κοινό χαρακτηριστικό: τη μετάδοση κάποιου μηνύματος από μια πηγή προς ένα προορισμό, που υποδεικνύει έναν αποστολέα και έναν παραλήπτη. Είναι προφανές πως ο ορισμός της έννοιας της επικοινωνίας δεν είναι εύκολο να προσδιοριστεί καθώς εξαρτάται από το σύστημα στο οποίο αναφερόμαστε.

Σύμφωνα με τον Birdwhistill επικοινωνία είναι η διαδικασία αποστολής και λήψης σκέψεων, δεδομένων, πιστεύω, συμπεριφορών και συναισθημάτων μέσω ενός ή περισσότερων καναλιών που προκαλούν κάποια αντίδραση (Birdwhistill, 1978). Επικοινωνία είναι μία διαδικασία με την οποία είναι δυνατόν να μεταβιβαστούν πληροφορίες και νοήματα από έναν άνθρωπο σε έναν άλλο. Επικοινωνία είναι μία διαδικασία διαμέσου της οποίας ένας πομπός Α μεταβιβάζει κάποιες πληροφορίες, σκέψεις, ιδέες και συναισθήματα, σε ένα δέκτη Β με σκοπό να ενεργήσει πάνω του με τέτοιο τρόπο ώστε να προκαλέσει σε αυτόν την εμφάνιση κάποιων ιδεών, πράξεων, συναισθημάτων ώστε να καταφέρει να επηρεάσει την κατάσταση και τη συμπεριφορά του (Μπουραντάς, 1992).

Από τους παραπάνω ορισμούς γίνεται φανερό ότι η επικοινωνία, δεν είναι μια απλή πράξη μεταβίβασης πληροφοριών και νοημάτων αλλά μια διαδικασία επαφής, αλληλοκατανόησης και αλληλοεπηρεασμού ανάμεσα σε ανθρώπους ή ομάδες που αποκτά ζωτική σημασία για τους οργανισμούς (Josien, 1995). Χωρίς την επικοινωνία δεν μπορεί να αναπτυχθεί η συνεργασία και ο συντονισμός των μελών μιας ομάδας ή μιας οργάνωσης. Από τον ορισμό καταλαβαίνουμε ότι η επικοινωνία είναι μια αμφίδρομη διαδικασία ώστε να μπορέσουν να επικοινωνήσουν δύο άτομα που ξεκινά από τη στιγμή που ένας πομπός έχει την επιθυμία να μεταβιβάσει μια πληροφορία, μια σκέψη κ.λπ. Έπειτα, ο πομπός κωδικοποιεί το μήνυμα που θέλει να μεταβιβάσει, μέσω ενός

κώδικα λέξεων, συμβόλων, κινήσεων, σχηματίζοντας ένα μήνυμα. Μέσω των διαθέσιμων καναλιών (ή δικτύων) μεταβιβάζει το μήνυμα στο δέκτη. Ο δέκτης από τη μεριά του, λαμβάνει το μήνυμα, προσπαθεί να το αποκωδικοποιήσει ή να το ερμηνεύσει και τελικά αντιλαμβάνεται, κατανοεί, αισθάνεται αυτό που ο πομπός ήθελε να του μεταβιβάσει. Η επικοινωνία συνήθως προκαλεί κάποια αποτελέσματα, δηλ. επηρεάζοντας τη γνώση, τη σκέψη, την ιδεολογία, τα αισθήματα και τη συμπεριφορά του παραλήπτη. Τέλος, με τον μηχανισμό ελέγχου (feedback) ο πομπός πληροφορείται για τη τύχη του μηνύματός του.

1.2. Η διαδικασία της επικοινωνίας

Τα βασικά στοιχεία της διαδικασίας της επικοινωνίας είναι :

- 1) Η **πηγή** (πομπός)
- 2) Ο **κώδικας** του πομπού - κωδικοποίηση: Είναι η διαδικασία με την οποία ο πομπός μετατρέπει αυτό που έχει σκοπό να μεταβιβάσει σε ένα μήνυμα που έχει κάποιο νόημα, δηλ. πρόκειται για μία διανοητική διαδικασία.
- 3) Το **μήνυμα**: Είναι ο τρόπος με τον οποίο εκφράζεται το νόημα. Αποτελείται από γραπτές ή προφορικές λέξεις, κινήσεις ή στάσεις του σώματος, γραφικές παραστάσεις και σύμβολα που μπορεί να είναι αντικείμενα, χρώματα, ήχοι κ.λπ.
- 4) Τα κανάλια ή δίκτυα μεταβίβασης: Πρόκειται για τα μέσα με τα οποία το μήνυμα μπορεί να φτάσει στο δέκτη, όπως είναι τα αντικείμενα, τα μέσα τηλεπικοινωνιών κ.λπ.
- 5) Ο δέκτης: Ο δέκτης μπορεί να έχει πολλές μορφές. Μπορεί να είναι ένα άτομο, μια ομάδα, ένας οργανισμός ή ένα άτομο που δρα ως αντιπρόσωπος μιας ομάδας. Αυτός αποφασίζει πότε θα αποκωδικοποιήσει το μήνυμα, πότε θα προσπαθήσει να το κατανοήσει και αν θα ανταποκριθεί σ'αυτό ή όχι (Moorhead & Griffin, 1995).
- 6) Αποκωδικοποίηση: Ο δέκτης με το δικό του κώδικα και μέσω μιας διανοητικής διαδικασίας προσπαθεί να αποκωδικοποιήσει το μήνυμα, προσδίδοντάς του κάποιο νόημα.
- 7) Κατανόηση του μηνύματος -αποτέλεσμα : Ο δέκτης μετά την αποκωδικοποίηση του μηνύματος, πληροφορείται, κατανοεί, αισθάνεται, αλλάζει ιδέες, γεγονότα που συνιστούν το αποτέλεσμα της επικοινωνίας.

- 8) Έλεγχος: Τέλος, το αποτέλεσμα που έχει δημιουργήσει το μήνυμα στο δέκτη μέσω της επανάληψης της διαδικασίας, μεταφέρεται ξανά στον πομπό, με τον μηχανισμό ελέγχου της επαναπληροφοριοδότησης και εδώ τελειώνει η διαδικασία της επικοινωνίας (Μπουραντάς, 1992).

Σημαντικός είναι και ο ρόλος των θορύβων που αν και δεν είναι ένα συστατικό στοιχείο της διαδικασίας, επηρεάζει σημαντικά την αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας, καθώς μπορεί να αλλοιώσει το μήνυμα και να περιορίσει την κατανόησή από το δέκτη (Moorhead & Griffin, 1995).

1.3. Μέσα και μορφές επικοινωνίας

Ως μέσο επικοινωνίας ορίζεται κάθε φορέας μεταβίβασης ενός μηνύματος από τον αποστολέα-πομπό προς τον παραλήπτη-δέκτη. Τα μέσα μέσω των οποίων μεταδίδονται τα μηνύματα είναι πάρα πολλά και μπορεί να είναι οι ήχοι, ο προφορικός λόγος, το γραπτό κείμενο, η ομιλία, οι χειρονομίες, ο τεχνολογικός εξοπλισμός κ.α. (Σαΐτης, 1994).

Η επικοινωνία αποκτά δύο βασικές μορφές με βάση το μέσο που χρησιμοποιείται:

- ✓ **Λεκτική Επικοινωνία:** Είναι κάθε προσπάθεια επικοινωνίας με τη χρήση λεκτικών συμβόλων (λέξεις και προτάσεις). Πραγματοποιείται μέσω προφορικών και γραπτών μηνυμάτων.
- ✓ **Μη Λεκτική Επικοινωνία:** Είναι ο τρόπος επικοινωνίας με μη λεκτικά σήματα, όπως είναι η έκφραση του προσώπου, το βλέμμα, η στάση του κεφαλιού και του σώματος (Μαλικιόση-Λοΐζου, 1993).

1.3.1. Λεκτική Επικοινωνία

Με τον όρο «λεκτική επικοινωνία» εννοούμε την επικοινωνία που συντελείται στον άνθρωπο μέσω της λεκτικής οδού, δηλαδή πραγματοποιείται με τη βοήθεια ενός γλωσσικού κώδικα που έχει τις ρίζες του σε μια συμβατική αποδοχή ονοματοθεσίας των αντικειμένων του περιβάλλοντος, των καταστάσεων, των ενεργειών και των αφηρημένων εννοιών που παίρνουν τη μορφή λέξεων-συμβόλων. Επίσης, σύμφωνα με τον Chomsky στη λεκτική επικοινωνία, το μήνυμα από τον αποστολέα προς τον παραλήπτη μεταδίδεται με τη μορφή λέξεων και φράσεων μέσω του φωνητικού συστήματος του ομιλητή και συλλαμβάνεται από το ακουστικό σύστημα του ακροατή (Σταμάτης, 2005).

Η λεκτική επικοινωνία μπορεί να διαιρεθεί όπως παρακάτω σε δύο κατηγορίες:

- 1) **Προφορική** επικοινωνία: Πρόκειται για τα μηνύματα που προέρχονται μέσω των λέξεων, των φράσεων και των ιδιωματισμών από το στόμα του ομιλητή. Ωστόσο, η εμφάνισή του, η γλώσσα του σώματος και ο τρόπος που ακούγεται η φωνή του μπορεί να επηρεάσει, τόσο την επαφή με τον ακροατή, όσο και το επιδιωκόμενο αποτέλεσμα. Είναι η πιο στιγμιαία, γρήγορη και λιγότερο δαπανηρή μορφή επικοινωνίας. (Παυλίδου, 2015).
- 2) **Γραπτή** επικοινωνία: Αυτή η μορφή επικοινωνίας χρειάζεται σωστή προετοιμασία και έλεγχο. Είναι πιο χρονοβόρα από την προφορική και ίσως είναι και περισσότερο δαπανηρή, καθώς απαιτεί συγκεκριμένα εργαλεία και υλικά για να ολοκληρωθεί. Ωστόσο, είναι η πιο ακριβής μορφή επικοινωνίας και έχει ευρύ πεδίο εφαρμογής σε διάφορες επιστήμες και εργασίες. (Κοτζαϊβάζογλου & Πασχαλούδη, 2002).

1.3.2. Μη λεκτική επικοινωνία

Ο όρος «μη λεκτική επικοινωνία» καθιερώθηκε επίσημα το 1956 από τους Ruesch, & Weldon. Αναφέρεται στην επικοινωνία που συντελείται μέσω της μη λεκτικής συμπεριφοράς των ατόμων που επικοινωνούν και η οποία κατέχει ιδιαίζοντα ρόλο στη διαδικασία της επικοινωνίας, καθώς αν και είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τη λεκτική, εκφράζεται στο μεγαλύτερο ποσοστό της ασυνείδητα. Οι περισσότεροι την αποκαλούν και "γλώσσα του σώματος" και αναφέρεται σε όλα αυτά τα στοιχεία όπως τις χειρονομίες, τις εκφράσεις του προσώπου, τη στάση του σώματος, δηλαδή οτιδήποτε δεν συμπεριλαμβάνει λεκτική επικοινωνία. Ο Δαρβίνος το 1872 στο έργο του «Η έκφραση των συναισθημάτων στον άνθρωπο και τα ζώα» έγραψε ότι είμαστε αυτό που φαινόμαστε και όχι αυτό που λέμε και άλλαξε τον τρόπο που βλέπουμε τα πράγματα.

Σύμφωνα με τους Κοντάκο και Πολεμικό (2000), μέσω της μη λεκτικής επικοινωνίας μεταδίδουμε σκέψεις, δεδομένα, πιστεύω, συμπεριφορές και συναισθήματα χωρίς τη χρήση λέξεων. Ειδικότερα, με τον όρο «μη λεκτική επικοινωνία» εννοούμε βασικά κάθε μορφή μη γλωσσικής συμπεριφοράς, την οποία αντιλαμβανόμαστε μέσω των αισθήσεων και επηρεάζει την ανθρώπινη αλληλεπίδραση, αφού συνδέεται με την ιδιαίτερη ικανότητα των ανθρώπων να επικοινωνούν και απόκρυφες συναισθηματικές διαθέσεις, οι οποίες δύσκολα εκφράζονται με απλές λέξεις.

Κανέννας λόγος δεν εκφέρεται χωρίς κάποια ψυχοσυναισθηματική παρόρμηση. Μονάχα οι λέξεις δεν μπορούν να αποδώσουν πλήρως το νόημα όσων θέλουμε να εξωτερικεύσουμε αν δεν συμπληρωθούν με τις ψυχικές διεργασίες. Οι άνθρωποι εκπέμπουν μηνύματα ακόμα και όταν δεν μιλάνε, με το παρουσιαστικό ή την εμφάνισή τους (Rosenfeld-Plax, 1977). Αντί για τον λόγο χρησιμοποιούν όργανα ή μέλη του σώματος, τα οποία μετατρέπονται σε όργανα μη λεκτικής επικοινωνίας ή σε δίαυλους επικοινωνίας (Argyle, 2013). Έτσι, οι άνθρωποι αξιοποιώντας μια σειρά από επικοινωνιακούς δίαυλους μπορούν να επικοινωνήσουν (Kotzman, 1989). Οι δίαυλοι μπορεί να είναι κινητικοί (μιμική, χειρονομίες, βλέμμα, κινήσεις και στάσεις του σώματος), φυσικοχημικοί (όσφρηση, γεύση, σωματική επαφή, θερμικά ερεθίσματα) και οικολογικοί (συμπεριφορά στο χώρο, διαπροσωπική απόσταση, διευθέτηση αντικειμένων) (Κοντάκος & Πολεμικός, 2000).

1.3.3. Χαρακτηριστικά γνωρίσματα μη λεκτικής επικοινωνίας

Σύμφωνα με τους Burgoon, Guerrero και Floyd, (1989) η μη λεκτική επικοινωνία έχει ορισμένα χαρακτηριστικά τα οποία καθιστούν το ρόλο της ιδιαίτερα σημαντικό.

- i. Η μη λεκτική επικοινωνία έχει **φυλογενετική** προτεραιότητα. Αυτό σημαίνει ότι η μη λεκτική επικοινωνία υπήρχε πριν την ανάπτυξη της λεκτικής. Αυτό φαίνεται και σε κάποιες καταστάσεις έντονου στρες όπου οι άνθρωποι παλινδρομούν σε πρωτόγονους τύπους αντίδρασης στηριζόμενοι περισσότερο στη μη λεκτική επικοινωνία
- ii. Η μη λεκτική επικοινωνία έχει **οντογενετική** προτεραιότητα. Αυτό σημαίνει ότι, κάθε άνθρωπος, όταν γεννιέται, επικοινωνεί με το περιβάλλον του αποκλειστικά με μη λεκτικό τρόπο.
- iii. Η αρχική επικοινωνία σε κάθε μορφή κοινωνικής αλληλεπίδρασης είναι μη λεκτική. Πάντα, πριν ξεκινήσει η λεκτική επικοινωνία, προηγείται η αποκωδικοποίηση και αξιολόγηση αρκετών πληροφοριών που μεταφέρονται μέσω της μη λεκτικής οδού, και κυρίως μέσω της εμφάνισης των ατόμων.
- iv. Μη λεκτικά σήματα ανταλλάσσονται παντού και πάντα, σε κάθε μορφή αλληλεπίδρασης ακόμα και αν πρόκειται για τηλεφωνική συνομιλία χωρίς οπτική επαφή. Επίσης, μη λεκτικά σήματα μπορούν να μεταδοθούν μέσω της αλληλογραφίας και μέσω του ύπνου. Αποκλείεται να υπάρχουν στον ίδιο χώρο

περισσότερα του ενός άτομα και να μην επικοινωνούν. Ακόμα και αν δεν έχουν την επιθυμία να επικοινωνήσουν, μεταδίδουν μέσω της μη λεκτικής τους οδού το μήνυμα της απροθυμίας για επικοινωνία.

- v. Πολλά αυθόρμητα μη λεκτικά σήματα έχουν αξία οικουμενική και αποτελούν ένα απλό σύστημα επικοινωνίας. Το χαμόγελο, το χάδι, το κλάμα είναι συμπεριφορές κατανοητές παγκοσμίως, άσχετα με την κουλτούρα και τη γλώσσα κάθε τόπου.

Συνοψίζοντας, μπορούμε να πούμε ότι η μη λεκτική επικοινωνία:

- προηγείται σε σχέση με την ομιλία.
- μπορεί να αντικαταστήσει την ομιλία (Σε πολλές περιπτώσεις, προτιμώνται οι κινήσεις από τις λέξεις).
- λειτουργεί συμπληρωματικά με την ομιλία. Είναι φορέας συναισθημάτων που είναι δύσκολο να εκφραστούν με λέξεις.
- αποτελεί πολιτισμικό προϊόν (υπάρχει συνεχώς και παντού γύρω μας.).
- κατέχει σημαντική θέση στην πρώτη γνωριμία.
- μπορεί να αποκαλύψει την αλήθεια όταν τα ίδια τα άτομα προσπαθούν να την κρύψουν
- διεγείρει τη διαίσθησή μας ώστε να καταλάβουμε τι δεν πάει καλά.
- συντελεί επικουρικά στη ροή της ομιλίας ή στον έλεγχο της επικοινωνίας.
- αποδεικνύει πόσο συμφωνεί κάποιος μαζί μας ή πόσο διαφωνεί.
- αποκαλύπτει πόσο καλά γνωρίζουμε τον συνομιλητή μας, αφού συνήθως ταυτιζόμαστε μαζί του, αναπαράγοντας ίδιες κινήσεις και στάσεις.
- είναι αυθόρμητη και λιγότερο σαφής.
- Ειδικά για τον εργασιακό χώρο, η γλώσσα του σώματος είναι δυνατόν να πάρει πιο επιτηδευμένη μορφή, υπακούοντας σε συγκεκριμένους κανόνες κατά την επικοινωνία με προϊστάμενους και συναδέλφους. (Σαμαράκη, 2008).

1.4. Η σημασία της επικοινωνίας στις μέρες μας

Η επικοινωνία φέρνει κοντά και συνδέει τους ανθρώπους. Γι' αυτό θεωρείται ως μια από τις πιο σημαντικές πλευρές της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Επίσης, χωρίς την επικοινωνία, η ανθρώπινη συμπεριφορά δε θα ήταν δυνατό να υπάρξει, μιας και προϋποθέτει ένα κοινωνικό σύνολο. Ακόμα, καμιά ιδέα δεν είναι δυνατόν να επιβιώσει, να εξαπλωθεί και να επιβληθεί, χωρίς την επικοινωνία. Είναι απαραίτητη για την

αποτελεσματική λήψη των αποφάσεων, γιατί αποτελεί το μέσο εκείνο, με το οποίο μεταφέρονται οι πληροφορίες που είναι βασικές για τη λήψη αποφάσεων. Η επικοινωνία είναι τόσο θεμελιώδης στην ανθρώπινη ζωή, που συνεχίζεται και υπάρχει ακόμα κι όταν δεν την αντιλαμβανόμαστε συνειδητά.. Ακόμα και η συμπεριφορά ενός σχιζοφρενή ατόμου που αρνείται να μιλήσει και παραμένει σιωπηλός είναι μια μορφή επικοινωνίας. Το άτομο, επίσης είναι δυνατόν να επικοινωνεί με τον εαυτό του μέσω της φαντασίας του.

Η επικοινωνία καθίσταται ιδιαίτερα προβληματική σήμερα, γεγονός που οφείλεται στους εξής παράγοντες:

- οι πολυπληθείς σημερινές κοινωνίες αποξενώνουν τον άνθρωπο από τον συνάνθρωπό του.
- η πληθώρα προβλημάτων και η συσσώρευση άγχους στον καθένα από μας που διαστρεβλώνουν, δυσχεραίνουν και αναιρούν την όποια επικοινωνία.
- η μεγαλύτερη και βαθύτερη μόρφωση και καλλιέργεια του ατόμου, το ωθεί στην αναζήτηση πιο εκλεπτυσμένων μορφών επικοινωνίας.
- η τρομακτική εξέλιξη και εξάπλωση των μέσων μαζικής επικοινωνίας και κυρίως της τηλεόρασης και του ίντερνετ αυξάνουν τον όγκο της πληροφορίας και αποξενώνουν το άτομο.

Η χρησιμοποίηση των σύγχρονων μέσων επικοινωνίας προϋποθέτει ειδικές ικανότητες και ειδικευμένες γνώσεις, επιστημονικές και τεχνικές. Δεν αρκεί απλά να μιλάει κανείς και να γράφει «ωραία». Στις μέρες μας, η τέχνη του λόγου είναι άχρηστη, αν δεν συνδυάζεται με πολυσύνθετη γνώση και εμπειρία της επικοινωνίας. Το πρόβλημα με δυο λόγια είναι να καταφέρεις σήμερα, μέσα στο οπτικό και ηχητικό καταγίγισμο, να περάσεις το σωστό μήνυμα στο κοινό, την κατάλληλη στιγμή. Η καλή και αποτελεσματική επικοινωνία προϋποθέτει και ένα έμφυτο ταλέντο, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν υπάρχουν και στρατηγικές που με εξάσκηση μπορούν να τη βελτιώσουν. Συνοψίζοντας, η καλή επικοινωνία, εκτός από το έμφυτο ταλέντο απαιτεί θεωρητικές γνώσεις (ψυχολογία, κοινωνιολογία) και τεχνική κατάρτιση (γνώση των μέσων επικοινωνίας και κυρίως των σύγχρονων οπτικοακουστικών και ηλεκτρονικών μέσων) (Verderber & Verderber, 2006).

2. Η ΔΥΝΑΜΗ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ ΙΑΤΡΟΥ - ΑΣΘΕΝΗ

2.1 Σχέση ιατρού - ασθενή. Θεωρητικές προσεγγίσεις

Η επαφή ιατρού και ασθενούς εμπεριέχει πολλά περισσότερα από μία απλή ανταλλαγή πληροφοριών. Πρόκειται για μια σχέση αλληλεπίδρασης που συχνά περιλαμβάνει το στοιχείο της ανισοτιμίας, ενώ συχνά είναι αναγκαστική καθώς προκύπτει με βάση τις ανάγκες υγείας του ασθενή. Επειδή είναι συναισθηματικά φορτισμένη, χρειάζεται αρμονική συνεργασία των δύο πλευρών (Μάντη, 2000).

Η σχέση ιατρού - ασθενή αναλύεται μέσα από δύο γενικές προσεγγίσεις: από τη μια πλευρά υπάρχει η μακρο-θεωρητική προσέγγιση που εντοπίζει τη σχέση στο πλαίσιο της συνολικής κοινωνικής δομής και οργάνωσης (θεωρίες κοινωνικής συναίνεσης και συγκρούσεων) και από την άλλη πλευρά η μικρο-θεωρητική προσέγγιση, η οποία δίνει έμφαση στη δυναμική της συνάντησης (Longnecker, 2010).

Σύμφωνα με τις θεωρίες της κοινής συναίνεσης, οι δύο πλευρές κατέχουν ένα συγκεκριμένο ρόλο που είναι φορέας προσδοκιών, δικαιωμάτων και υποχρεώσεων. Ο ρόλος του ασθενούς κατά κανόνα είναι δυσάρεστος και συχνά προσωρινός

Η σημαντικότερη θεωρία κοινής συναίνεσης έχει προταθεί από τους Szasz και Hollender. Το είδος της σχέσης διαμορφώνεται με βάση τις πεποιθήσεις των δύο πλευρών, αναφορικά με την ευθύνη και την εξουσία, όταν αυτοί αλληλοεπιδρούν και σχηματοποιείται σε τρία βασικά μοντέλα:

- 1) Το πρώτο μοντέλο της ενεργητικότητας-παθητικότητας αφορά περιπτώσεις όπου ο ασθενής βιώνοντας ένα μεγάλο πρόβλημα υγείας δεν μπορεί να συμμετάσχει στην επαφή, με αποτέλεσμα να αποδέχεται παθητικά ό,τι του προτείνει ο ιατρός.
- 2) Το δεύτερο μοντέλο της κατευθυνόμενης συνεργασίας αφορά περιπτώσεις κατά τις οποίες το μεγαλύτερο τμήμα της ευθύνης κατέχει ο ιατρός. Ο ασθενής συνεργάζεται, πραγματοποιώντας τις οδηγίες του, αλλά αφήνει σε αυτόν τις σημαντικές αποφάσεις σχετικά με τη διάγνωση και τη θεραπεία.
- 3) Το τρίτο μοντέλο είναι αυτό της αμοιβαίας συμμετοχής. Εδώ, οι δύο πλευρές λαμβάνουν από κοινού τις αποφάσεις, ανταλλάσσουν πληροφορίες, διαμοιράζουν την ευθύνη και κάθε πρόταση ή προβληματισμός εκφράζεται ελεύθερα (DiMatteo & Martin, 2011).

Ωστόσο, η επικοινωνία ιατρού-ασθενούς μπορεί να κατηγοριοποιηθεί με βάση τα τεχνικά της στοιχεία αλλά και με βάση το περιεχόμενό της. Στη βάση αυτή υπάρχουν

πέντε διαφορετικοί τύποι επικοινωνίας: Ο απόλυτα βιοϊατρικός, όπου κυριαρχούν οι κλειστές ερωτήσεις και η βιοϊατρική ορολογία, ο διευρυμένος βιοϊατρικός, όπου συζητούνται σε περιορισμένη έκταση κάποια ψυχοκοινωνικά θέματα, ο βιο-ψυχοκοινωνικός, όπου ο χρόνος κατανέμεται ισάξια μεταξύ των βιολογικών και ψυχολογικών πτυχών της νόσου, ο ψυχοκοινωνικός, όπου η έμφαση δίνεται στις ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις της ασθένειας, και τέλος ο καταναλωτικός, όπου η σχέση μοιάζει περισσότερο με μια συναλλαγή κατά την οποία ο ασθενής, με την ιδιότητα του πελάτη απλά εκθέτει τις απορίες του και ο ιατρός απαντά. (DiMatteo & Martin, 2011).

Εκτός από τις μακρο-θεωρίες της κοινής συναίνεσης υπάρχουν και αυτές που χαρακτηρίζουν τη σχέση ιατρού ασθενούς ως σχέση συγκρούσεων. Σύμφωνα με αυτές, ο ασθενής εστιάζει αποκλειστικά στο δικό του πρόβλημα, προσδοκώντας το μέγιστο χρόνο της προσοχής του ιατρού ενώ αντίθετα ο ιατρός, προσπαθώντας να εξυπηρετήσει όσο το δυνατόν περισσότερους ασθενείς προσπαθεί να κατανείμει το διαθέσιμο χρόνο του ισόποσα. Επίσης, η αιτία της σύγκρουσης συχνά έχει τις ρίζες της στις υποθέσεις που κάνει ο ίδιος ο ιατρός για τη συμπεριφορά του ασθενούς. Προσδοκά από τον ασθενή να ακολουθήσει πιστά τις συμβουλές του και αν αυτός τις αμφισβητήσει και δεν δείξει συμμόρφωση οδηγούνται στη σύγκρουση (DiMatteo & Martin, 2011). Τέλος, υπάρχουν και τα μοντέλα που δίνουν έμφαση στη δυναμική της συνάντησης, καθιστώντας τη σχέση ιατρού και ασθενούς ως μία σχέση διαπραγμάτευσης (μικρο-θεωρίες), καθώς έχουν στόχο να αναδείξουν τις στρατηγικές των δύο πλευρών στο πλαίσιο της συνάντησης. Αυτά τα μοντέλα προσπαθούν να αναδείξουν το ρόλο της μη λεκτικής επικοινωνίας, της επίδρασης του περιβάλλοντος χώρου στη σχέση ιατρού - ασθενή.

2.2. Η επιρροή του βιοϊατρικού και του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου στη σχέση και την επικοινωνία ιατρού – ασθενή

Αρχικά, το βιοϊατρικό μοντέλο ήταν κυρίαρχο στις παρεμβάσεις για τη φροντίδα υγείας εξαιτίας των μεγάλων επιτευγμάτων της Ιατρικής, τις τελευταίες όμως δεκαετίες αμφισβητήθηκε ιδιαίτερα η περιοριστική του αντίληψη σχετικά με την φύση της ασθένειας. Η τάση του, να απομονώνει την ασθένεια από την προσωπική και κοινωνική ζωή του ατόμου και να αγνοεί το περιβάλλον μέσα στο οποίο κάθε άτομο ανήκει, το κατέστησε μονοδιάστατο καθώς αγνοούσε σημαντικές πτυχές της ζωής του ατόμου. Το βιοϊατρικό μοντέλο δέχεται ότι κάθε νόσος έχει μια συγκεκριμένη αιτία. Το μοντέλο

εδράζεται σε θεωρίες που διαχωρίζουν την ψυχή από το σώμα και οδηγούν τον γιατρό να συγκεντρώνει την προσοχή του μόνο στην βιολογική διάσταση του οργανισμού, αδιαφορώντας για τις ψυχολογικές αλλά και κοινωνικές αιτίες της αρρώστιας.

Η εφαρμογή στην ιατρική πράξη του βιοϊατρικού μοντέλου μπορεί να υποβαθμίσει τη σχέση και την επικοινωνία ιατρού-ασθενή ως εξής: ο ιατρός συγκεντρώνει την προσοχή του σε όλο και μικρότερα τμήματα του σώματος, χάνοντας την γενική οπτική του αρρώστου και ξεχνά ότι πρόκειται για μια ανθρώπινη ολότητα. Δίνει έμφαση αποκλειστικά στην αρρώστια, παρά στον άρρωστο και την φροντίδα του. Έτσι ο ιατρός γίνεται απρόσωπος. Επιπλέον ο ιατρός αναλαμβάνει την αποκλειστική ευθύνη της υγείας του αρρώστου καθιστώντας τον ασθενή αμέτοχο, εξαρτημένο και παθητικό κατά την αποκατάσταση της υγείας του. Πρόκειται για μία άνιση σχέση που καλλιεργεί την παθητικότητα και την εξάρτηση και δεν βοηθά το άτομο να αναλάβει πρωτοβουλίες ώστε να συμβάλλει στην φροντίδα της υγείας του. Το μοντέλο αυτό επίσης αγνοεί κάθε φιλοσοφική και υπαρξιακή προέκταση σε σχέση με τις ανίατες ασθένειες που μπορούν να οδηγήσουν στον θάνατο. Έτσι, ο γιατρός δεν ξέρει πώς να συμπαρασταθεί στον ετοιμοθάνατο και στην οικογένειά του.

Το βιο-ψυχο-κοινωνικό μοντέλο, αντίθετα, υποστηρίζει ότι η ασθένεια και η υγεία αποτελούν δύο όψεις ενός συνεχούς, ενιαίου, μεταβαλλόμενου συστήματος οι οποίες αλληλοσυμπληρώνονται. Σύμφωνα με το νέο αυτό μοντέλο ο άνθρωπος νοείται ως ένα ενιαίο σύνολο όπου η σωματική, η διανοητική, η συναισθηματική του φύση λειτουργούν συνολικά και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, ενώ ταυτόχρονα βρίσκονται σε μια δυναμική ισορροπία με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον. Στα πλαίσια αυτού του τρόπου σκέψης, όλες οι διαταραχές της υγείας είναι ψυχοσωματικές με την έννοια ότι συμμετέχουν στην αέναη αλληλουχία του νου και του σώματος (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1986).

Ένα τέτοιο πολύπλοκο είδος παρέμβασης προϋποθέτει τη στενή σχέση ανάμεσα στον άρρωστο ο οποίος αναλαμβάνει πλέον ενεργητικό ρόλο στην αποκατάσταση της υγείας του, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό καθώς και τους ειδικούς ψυχικής υγείας (Παπαδάτου&Μπελάλη,2008). Μέσα από την ολιστική αυτή προσέγγιση, ο ιατρός ενθαρρύνει τον άρρωστο να συνειδητοποιήσει ότι τόσο η συμπεριφορά του, όσο και το περιβάλλον του, επηρεάζουν την υγεία του. Με τον τρόπο αυτό η σχέση μεταξύ ασθενή και ιατρού καθίσταται ισότιμη και τα δύο μέρη συνεργάζονται ώστε να κατανοήσουν το σύνολο οργανικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων που συνέβαλλαν στην ανάπτυξη της αρρώστιας. Στην συνέχεια προγραμματίζουν την κατάλληλη θεραπευτική

παρέμβαση, η οποία λαμβάνει υπόψιν πολλά επίπεδα, ώστε να συνειδητοποιήσει ο άρρωστος τις δυνάμεις που διαθέτει για αυτοθεραπεία και να επιφέρει τις απαραίτητες αλλαγές στον τρόπο ζωής του (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1986).

Προϋπόθεση για να εφαρμοστεί η συγκεκριμένη προσέγγιση είναι η ανάπτυξη μιας προσωπικής σχέσης ανάμεσα στον άρρωστο και το προσωπικό υγείας, το οποίο καλείται πλέον να ανταποκριθεί ολιστικά στις ανάγκες ενός ανθρώπου που υποφέρει και όχι απλά σε ένα οργανισμό που νοσεί. Επιπλέον προϋποθέτει γνώσεις ψυχολογίας, δεξιότητες επικοινωνίας και την ικανότητα για ενσυναίσθηση, ώστε να προκύψει μια καλή «θεραπευτική σχέση» (Παπαδάτου & Μπελάλη, 2008).

2.3. Η σημασία της επικοινωνίας στη θεραπευτική σχέση ιατρού και ασθενή

Κρίσιμη παράμετρο για το τελικό θεραπευτικό αποτέλεσμα αποτελεί η προσαρμογή του ασθενούς στις ιατρικές οδηγίες. Σύμφωνα με έρευνες, η πιστή εφαρμογή των ιατρικών οδηγιών αυξάνει το θεραπευτικό αποτέλεσμα κατά 26% (Dimatteo, 2004). Το επίπεδο επικοινωνίας ιατρού και ασθενούς διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στο συγκεκριμένο πεδίο. Οι έρευνες έδειξαν ότι όταν η επικοινωνία χαρακτηρίζεται ως πτωχή υπάρχει 19% μεγαλύτερος κίνδυνος μη προσαρμογής στις ιατρικές οδηγίες. Επίσης, οι ασθενείς που παρακολουθούνταν από ιατρούς οι οποίοι είχαν εκπαιδευτεί σε δεξιότητες επικοινωνίας είχαν 1,62 φορές περισσότερες πιθανότητες πιστής τήρησης των θεραπευτικών οδηγιών (Zolnierk & Dimatteo, 2009).

Σημαντικό τμήμα στη σχέση ιατρού και ασθενή καταλαμβάνει η μη λεκτική επικοινωνία. Στοιχεία όπως η βλεμματική επαφή, οι εκφράσεις του προσώπου, ο τόνος της φωνής, οι κινήσεις και οι στάσεις του σώματος, επηρεάζουν σημαντικά τον τρόπο ερμηνείας του μηνύματος. Μονάχα το 30% του νοήματος ενός μηνύματος αποδίδεται αποκλειστικά με λεκτικό τρόπο γι' αυτό η μη λεκτική επικοινωνία αποτελεί μια εξαιρετική πηγή πληροφοριών, τόσο για τον ιατρό όσο και για τον ασθενή (Hannawa, 2011).

Συνεπώς, ο ιατρός πρέπει να δίνει ιδιαίτερη έμφαση στη μη λεκτική πλευρά των μηνυμάτων. Από τη μια πλευρά, οφείλει να αφουγκραστεί τις συναισθηματικές αντιδράσεις του ασθενούς και από την άλλη, να συντονίζει κατάλληλα τη λεκτική και μη πλευρά των όσων ο ίδιος λέει, προκειμένου να είναι βέβαιος ότι γίνεται κατανοητός από τον ασθενή του (Weiss, 2007).

Τα μη λεκτικά σημεία αποκτούν ιδιαίτερη σημασία στην περίπτωση κατά την οποία ο ιατρός προσπαθεί να αποκρύψει από τον ασθενή στοιχεία της ασθένειάς του. Συχνά αποφεύγεται η απευθείας εκφορά ενός «κακού νέου». Αν και το κίνητρο μπορεί να είναι η προστασία του ασθενούς από τυχόν αισθήματα απελπισίας, έχει φανεί ότι τις περισσότερες φορές οι ασθενείς χρησιμοποιώντας μη λεκτικά σημεία καταφέρνουν να κατανοήσουν την κρισιμότητα της κατάστασης, με αποτέλεσμα να βιώνουν περισσότερο άγχος, ενώ ταυτόχρονα κλονίζεται και η θεραπευτική τους σχέση (Fallowfield, Jenkins, Beveridge, 2002).

Επίσης, η αποτελεσματικότητα της επικοινωνίας εξαρτάται από τον τρόπο που χρησιμοποιείται η ιατρική ορολογία, η οποία συχνά προκαλεί σύγχυση και άγχος στους ασθενείς. Δεδομένου ότι αποτελεί έναν εξειδικευμένο κώδικα με δυσνόητες ορολογίες πολλές φορές, δεν γίνεται εύκολα κατανοητός από τον ασθενή. Η αδυναμία του ιατρού να αποδώσει με απλό και κατανοητό τρόπο την κατάσταση υγείας του ασθενή δυσχεραίνει τη δυνατότητα επικοινωνίας μεταξύ των δύο πλευρών, οδηγώντας στην αναπαραγωγή ενός μονόλογου από την πλευρά του ιατρού (Weiss, 2007).

2.4. Οφέλη αποτελεσματικής επικοινωνίας

Η αποτελεσματική επικοινωνία γιατρού-ασθενούς οφείλει να δίνει έμφαση:

1. στη δημιουργία μιας καλής διαπροσωπικής σχέσης,
2. στη διευκόλυνση ανταλλαγής πληροφοριών και
3. στη συμμετοχή των ασθενών από κοινού, στη διαδικασία λήψης αποφάσεων.

Η καλή επικοινωνία γιατρού-ασθενούς έχει τη δυνατότητα να ρυθμίσει τα συναισθήματα των ασθενών, να διευκολύνει την κατανόηση των ιατρικών πληροφοριών και να εξακριβώσει καλύτερα τις ανάγκες, αντιλήψεις και προσδοκίες τους (Agora, 2002).

Οι ασθενείς που αναφέρουν καλή επικοινωνία με το γιατρό τους είναι πιο ικανοποιημένοι με τη φροντίδα τους, ακολουθούν τις συμβουλές τους και τηρούν καλύτερα την προβλεπόμενη θεραπεία (Hall, 1981). Όταν υπάρχει κοινή συμφωνία σχετικά με τη θεραπευτική αγωγή αποκαθίσταται και βελτιώνεται καλύτερα η υγεία του ασθενή.

Σύμφωνα με μελέτες, έχει παρατηρηθεί βελτιωμένη ψυχολογική προσαρμογή και καλύτερη ψυχική υγεία στους ασθενείς, ενώ σε ορισμένες μελέτες έχει παρατηρηθεί

μείωση της διάρκειας νοσηλείας, με συνέπεια τη μείωση του κόστους θεραπείας (Henrdon & Pollick, 2002).

Μια πιο επικεντρωμένη στον ασθενή σχέση επικοινωνίας έχει ως αποτέλεσμα την ικανοποίηση τόσο του ασθενούς, όσο και του γιατρού. Οι ικανοποιημένοι ασθενείς δεν είναι πιθανό να παραπονεθούν για τη θεραπεία που τους προτείνεται ή να καταθέσουν καταγγελίες εναντίον των ιατρών και ταυτόχρονα διασφαλίζονται οφέλη και για τους γιατρούς, καθώς αποκομίζουν μεγαλύτερη εργασιακή ικανοποίηση, λιγότερο εργασιακό άγχος και μειωμένη εργασιακή κόπωση (Brinkman et. al, 2007).

2.5. Οφέλη της πλήρους και επαρκούς ενημέρωσης του ασθενή

Η ενημέρωση, σύμφωνα με έρευνες, βοηθά τους ασθενείς να τηρούν καλύτερα τις ιατρονοσηλευτικές οδηγίες για την αγωγή που δέχονται όπως επίσης, αμβλύνει τον πιθανό φόβο και μειώνει τα επίπεδα άγχους. Όταν οι ασθενείς δεν ακολουθούν πιστά τις ιατρικές οδηγίες, είναι πιθανό να επιδεινωθεί η κατάσταση της υγείας τους, να προβούν σε μια ακατάλληλη αλλαγή της θεραπευτικής τους αγωγής επειδή την θεωρούν αναποτελεσματική και να ξοδέψουν περισσότερο χρόνο και χρήματα (Dimatteo & Martin, 2006). Από την άλλη μεριά, η πλήρης και επαρκής ενημέρωση, βελτιώνει κατά πολύ την τήρηση των ιατρικών οδηγιών σχετικά με την θεραπευτική αγωγή και ως εκ τούτου προάγει το θεραπευτικό αποτέλεσμα (Piasecki, 2008).

Το ζήτημα της ενημέρωσης των ασθενών είναι ακόμη πιο σημαντικό υπό το πρίσμα ερευνών που δείχνουν την συσχέτιση της ενημέρωσης με τα επίπεδα άγχους που βιώνει ο ασθενής. Σχετικές έρευνες, αποδεικνύουν ότι η πλήρης και επαρκής ενημέρωση μπορεί να έχει ευεργετικά αποτελέσματα. Οι ασθενείς επιθυμούν αναλυτική και ολοκληρωμένη ενημέρωση, γιατί αυτό τους βοηθάει να διαχειριστούν αποτελεσματικότερα το επίπεδο του άγχους τους (Sanwall και συν., 1996). Σε έρευνα μάλιστα των Ghulam και συν. (2006) αποδείχτηκε ότι οι περισσότεροι ασθενείς ένιωσαν καθησυχασμένοι μετά την ενημέρωση.

Στην Ελλάδα, σε αντίστοιχη έρευνα των Γκόλια και συν. (2002) για την εκτίμηση του προεγχειρητικού άγχους και της κατάθλιψης τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η επίγνωση της ασθένειας και η επαρκής ενημέρωση μειώνει σημαντικά το επίπεδο άγχους. Επίσης, ερευνητές (Στεργιοπούλου και Βλάχος., 2010) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η εφαρμογή μιας ολοκληρωμένης ενημερωτικής συνεδρίας πριν από τη χειρουργική

επέμβαση μειώνει σημαντικά το προεγχειρητικό άγχος των ασθενών και βελτιώνει την μετέπειτα ανάρρωσή τους.

Στην έρευνα των Dawes και Davison (1994) η ενημέρωση των ασθενών φάνηκε να μην σχετίζεται με το βαθμό κατάθλιψης των ασθενών. Οι Dawes και Davison (1994) υποστηρίζουν ότι «το γεγονός ότι κάποιος μπορεί να έχει άγχος δεν σημαίνει ότι δεν επιθυμεί να ενημερωθεί». Συνοψίζοντας, μπορούμε να πούμε ότι οι θετικές συνέπειες της ενημέρωσης των ασθενών μπορούν να αντικρούσουν την στάση πολλών γιατρών που υποστηρίζουν ότι «το «καλύτερο» για τον ασθενή είναι η απόκρυψη της αλήθειας» (Yousuf και συν., 2007).

2.6. Εμπόδια στην ανάπτυξη καλής επικοινωνίας ιατρού - ασθενή

Υπάρχουν πολλά εμπόδια στην ανάπτυξη καλής επικοινωνίας στη σχέση γιατρού-ασθενούς, τα κυριότερα μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σύμφωνα με τα παρακάτω:

α). Επιδείνωση των δεξιοτήτων επικοινωνίας των γιατρών: Οι επικοινωνιακές δεξιότητες ακολουθούν πτωτική τάση στη διάρκεια της εκπαίδευσης των φοιτητών ιατρικής στο πανεπιστήμιο, ενώ επίσης, με την πάροδο του χρόνου, οι γιατροί δυσκολεύονται να εστιάσουν στην ολιστική φροντίδα των ασθενών. Επιπλέον, η συναισθηματική και σωματική πίεση που βιώνουν οι ιατροί κατά την διάρκεια της ειδίκευσής τους, μειώνει σημαντικά την ενσυναίσθηση, υποβαθμίζει τις τεχνικές και τις διαδικασίες για συζήτηση και μπορεί να τους οδηγήσει ακόμη και σε χλευασμό στο πρόσωπο των ασθενών τους (Dimatteo, 1998).

β). Μειωμένη ιατρική πληροφόρηση: Η έλλειψη ιατρικών πληροφοριών προς τους ασθενείς είναι πιθανό να επηρεάσει την κατανόηση, από μέρους των ασθενών, της πορείας της ασθένειάς τους, του σκοπού της περίθαλψης, των προσδοκιών και της συμμετοχής τους στη θεραπεία (Maguire, 2002). Οι δεξιότητες καλής επικοινωνίας που ασκούνται από τους γιατρούς, βοηθούν τους ασθενείς να αντιληφθούν τους εαυτούς τους ως υποκείμενα που συμμετέχουν στις συζητήσεις σχετικά με την υγεία τους (Greenfield et. al., 1985). Αυτή η υποκειμενική εμπειρία που βιώνει ο ασθενής επηρεάζει τη βιολογία του, δημιουργώντας τη «βιολογία αυτοπεποίθησης», και καταδεικνύει τον κρίσιμο ρόλο της συμμετοχής των ασθενών στη θεραπευτική τους διαδικασία.

γ). Η συμπεριφορά αποφυγής των ιατρών: Κάποιοι γιατροί αποφεύγουν τη συζήτηση σχετικά με τις συναισθηματικές και κοινωνικές προεκτάσεις των προβλημάτων των ασθενών τους, επειδή είτε έρχονται σε δύσκολη θέση (βιώνουν θλίψη) όταν δεν μπορούν να χειριστούν αυτά τα θέματα είτε δεν έχουν τον απαραίτητο, επαρκή χρόνο ώστε να τα χειριστούν επαρκώς. Η κατάσταση αυτή επηρεάζει αρνητικά τους γιατρούς με συναισθηματικό τρόπο, συντελώντας στην αύξηση της ταλαιπωρίας των ασθενών (Maguire, 2002).

δ). Αποθάρρυνση της συνεργασίας: Έχει αναφερθεί ότι κάποιοι γιατροί αποθαρρύνουν τους ασθενείς να εκφράζουν τις ανησυχίες τους, καθώς και τις ερωτήσεις τους για περισσότερες πληροφορίες. Τέτοιες συμπεριφορές γιατρών μπορεί να κάνουν τους ασθενείς να αισθάνονται «αχρηστεμένοι» και τους δυσκολεύουν να επιτύχουν τους στόχους υγείας τους. Η έλλειψη αναγκαίων και επαρκών εξηγήσεων οδηγεί σε μειωμένη κατανόηση και αφομοίωση της θεραπευτικής αγωγής από τους ασθενείς και σε έλλειψη συναίνεσης μεταξύ του γιατρού-ασθενή, με τελικό αποτέλεσμα τη θεραπευτική αποτυχία (Dimatteo,1998).

ε). Αντίσταση από ασθενείς: Σήμερα, οι ασθενείς έχουν συνειδητοποιήσει ότι δεν είναι απλά παθητικοί λήπτες ιατρικών υπηρεσιών και ότι μπορούν να αντισταθούν στην εξουσία και την εξειδικευμένη γνώση των γιατρών, ώστε να ενσωματώσουν τις δικές τους γνώσεις και εμπειρίες, στο δικό τους σώμα καθώς και τις κοινωνικές πραγματικότητες της ζωής τους (Lee&Garvin,2003). Επιπλέον, σημαντικό είναι ο ρόλος των κοινωνικοοικονομικών ανισοτήτων, οι θρησκευτικές και πολιτιστικές αντιλήψεις και το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών διότι είναι πιθανό να αποθαρρύνουν τους ασθενείς στην υιοθέτηση της ιατρικής πληροφορίας. Αυτό αποδείχθηκε σε έρευνα που έγινε (Lee & Garvin, 2003), όταν γυναίκες ασθενείς από χαμηλά κοινωνικοοικονομικά στρώματα τροποποίησαν τις ιατρικές συμβουλές που τους δόθηκαν για την αποφυγή της έκθεσής τους στον ήλιο, συνεχίζοντας το μαύρισμα παρά το συσχετισμό της έκθεσης στον ήλιο με τον καρκίνο του δέρματος. Συνεπώς, αποδεικνύεται ότι οι κοινωνικοοικονομικοί, πολιτιστικοί και άλλοι παράγοντες επιδρούν σημαντικά στην παραγωγή, διάδοση και χρήση της ιατρικής πληροφόρησης

2.7. Στρατηγικές ενίσχυσης της επικοινωνίας

Η εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού σε δεξιότητες επικοινωνίας πρέπει να συντελείται σε δύο επίπεδα. Το πρώτο αφορά κάποιες **γενικές** δεξιότητες, όπως είναι η ενεργητική ακρόαση (ικανότητα να αντιλαμβάνεσαι την ουσία των λόγων του άλλου), η αντανάκλαση (ικανότητα ελέγχου της κατανόησης όσων ειπώθηκαν) και η ανατροφοδότηση (παροχή κατάλληλων πληροφοριών ώστε να γίνονται κατανοητές και αποδεκτές).

Το δεύτερο επίπεδο αφορά σε συγκεκριμένες δεξιότητες στο πλαίσιο του κλινικού έργου, όπως ο καταλληλότερος τρόπος για τη λήψη του ιατρικού ιστορικού και της εξέτασης, η δεξιότητα ανακοίνωσης δυσάρεστων νέων και η ικανότητα προώθησης της συνεργασίας ιατρού-ασθενή και του γενικότερου περιβάλλοντος κατά την διαδικασία της θεραπείας. (Παναγοπούλου & Μπένος, 2004).

Υπάρχουν πολλές στρατηγικές για να καταστεί η επικοινωνία πιο αποτελεσματική. Οι πιο σημαντικές είναι:

1) Η ενεργητική ακρόαση: προϋποθέτει την προσεκτική παρακολούθηση ολόκληρου του μηνύματος του αποστολέα, τόσο του λεκτικού όσο και του μη λεκτικού. Ο ενεργητικός ακροατής, επιδεικνύει επίσης συμπεριφορές προσοχής, που μεταδίδουν την προσοχή και το ενδιαφέρον του ακροατή (Kouzes&Posner, 2007).

- ✓ Είναι στραμμένος προς το συνομιλητή του(τόσο με το σώμα, όσο και με το πρόσωπο)
- ✓ Έχει ανοιχτή και χαλαρή στάση σώματος (βραχίονες χαλαροί χωρίς να σταυρώνει τα χέρια μπροστά από το στήθος).
- ✓ Δίνει πρόσθια κλίση στο σώμα του προς το μέρος του συνομιλητή του
- ✓ Έχει λεκτικές και μη λεκτικές αντιδράσεις που ενθαρρύνουν τον ασθενή να συνεχίσει. Η ενεργητική ακρόαση μπορεί ακόμη να βελτιώσει την αυτό-εκτίμηση του ασθενή, καθώς στη σημερινή κοινωνία, με τους γρήγορους ρυθμούς ζωής είναι σπάνιο να απολαύσει κανείς την απόλυτη προσοχή κάποιου, με μη επικριτικό τρόπο. Η ευκαιρία αυτή ενδυναμώνει το άτομο (Ραγία, 2004).

2) Συμφωνία: Μια ακόμη σημαντική στρατηγική που καθιστά την επικοινωνία πιο αποτελεσματική είναι η αποστολή μηνυμάτων που συμφωνούν μεταξύ τους τόσο λεκτικά, όσο και μη λεκτικά. Για παράδειγμα, ένας νοσηλευτής ρωτάει τον ασθενή πώς πάει η ανάρρωσή του από την εγχείρηση ενώ ταυτόχρονα μαζεύει τα επιπλέον σεντόνια από το δωμάτιο και στέκεται με την πλάτη στραμμένη προς τον ασθενή. Ο ασθενής δεν απαντάει τίποτα και εκείνος βγαίνει γρήγορα από τον θάλαμο. Αντίθετα, ένας δεύτερος

νοσηλευτής κάθεται στην καρέκλα δίπλα στο κρεβάτι του ασθενή και λέει : «θα ήθελα να μιλήσουμε για το πώς πάει η ανάρρωσή σας από την εγχείρηση». Αυτός ο νοσηλευτής έχει βλεμματική επαφή, κλίνει το σώμα του προς το μέρος του ασθενή και περιμένει ήσυχα την απάντηση (Ραγία, 2004).

3) Συγκεκριμένος λόγος: Πολλές φορές οι ασθενείς δυσκολεύονται να κατανοήσουν αυτά που ακούνε στο χώρο της υγείας, καθώς βιώνουν άγχος και στρες. Το άγχος επηρεάζει τις νοητικές λειτουργίες (την ικανότητα μάθησης, συγκράτησης και επεξεργασίας νέων πληροφοριών). Ο ιατρός πρέπει να χρησιμοποιεί συγκεκριμένο λόγο που να είναι ρεαλιστικός και να μην απαιτεί περεταίρω ερμηνεία. Πολλοί ασθενείς έχουν ειδικές ανάγκες για συγκεκριμένη και σαφή επικοινωνία, όπως είναι οι άνθρωποι που δεν γνωρίζουν καλά την ελληνική γλώσσα, άτομα με νοητική υστέρηση, άγχος ή κάποια σοβαρή ψυχική νόσο. (Ραγία, 2004).

4) Ενσυναίσθηση: είναι η ικανότητα να προσεγγίζει κανείς τους άλλους, να αντιλαμβάνεται τα συναισθήματά τους και να τους κοινοποιεί αυτήν την κατάσταση. Απαιτεί από τον ιατρό να παραμερίζει τις προσωπικές του αξίες και κρίσεις ώστε να αποκτά συναισθήση των αισθημάτων του ασθενή και να συζητήσει μαζί του για όλα αυτά. Η εμπειρία της ενσυναίσθησης βοηθά τον ασθενή να νιώσει ότι δεν είναι μόνος του, ότι υπάρχει κάποιος που τον καταλαβαίνει και αναγνωρίζει την αξία του. Η ενσυναίσθηση διαφέρει από τη συμπόνια, που υποδηλώνει οίκτο για τον άλλο. Ο ιατρός που επιδεικνύει ενσυναίσθηση κατανοεί και αναγνωρίζει τα συναισθήματα του ασθενή, ενώ ταυτόχρονα διατηρεί τον ρόλο του ως επαγγελματία υγείας (Ραγία, 2004).

2.8. Τεχνικές αποτελεσματικής επικοινωνίας

Η επικοινωνία αποκτά πολλές μορφές ανάλογα με την περίσταση. Οι συνομιλητές μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα και τους σκοπούς της επικοινωνίας εάν χρησιμοποιήσουν κατάλληλα κάποιες τεχνικές και αν κατέχουν κάποιες δεξιότητες (Keller, 2000). Οι δεξιότητες αυτές είναι:

1) Ο διάλογος: αποτελεί τον καλύτερο τρόπο για να ξεκινήσει η επικοινωνία, μεταξύ δύο ατόμων ώστε να υπάρξει μια κοινωνική αλληλεπίδραση. Οι άνθρωποι μπορούν να βελτιώσουν την επικοινωνία μεταξύ τους αρκεί να δώσουν έμφαση στα ακόλουθα σημεία (Kouzes & Posner, 2007):

- Έλεγχος του τόνου της φωνής.
- Ενημέρωση για το θέμα συζήτησης και ακριβής πληροφόρηση.
- Ευελιξία στη συζήτηση.

- Σαφή, σύντομο και λιτό λόγο.
- Αποφυγή διφορούμενων λέξεων.
- Ειλικρίνεια.
- Ευρύτητα πνεύματος.

2) Η ακρόαση: αποτελεί μια δεξιότητα που εμπεριέχει όσα στοιχεία προσλαμβάνονται μέσω της ακοής όσο και την ερμηνεία τους. Χρειάζεται προσοχή και συγκέντρωση για να αξιολογηθούν και να εκτιμηθούν κατάλληλα τα στοιχεία, ώστε το άτομο να κατανοήσει καλύτερα το πραγματικό νόημα των όσων λέγονται. Οι προτεινόμενες τεχνικές που ακολουθούν μπορούν να βοηθήσουν στη βελτίωση των δεξιοτήτων ακρόασης (Kouzes & Posner, 2007):

- όταν επικοινωνούμε να έχουμε χαλαρή στάση σώματος και να αποφεύγουμε να σταυρώνουμε τα χέρια και τα πόδια μας, στοιχεία που υποδηλώνουν ότι είμαστε κλειστοί στα σχόλια του συνομιλητή.
- απαιτεί ηρεμία, αλλά ταυτόχρονα και εγρήγορση.
- απαιτεί διατήρηση της οπτικής επαφής με το συνομιλητή μας, χωρίς όμως να γίνεται συνεχής και επίμονη.
- απαιτεί την προσοχή μας στα λεγόμενα του συνομιλητή μας, χρησιμοποιώντας τις κατάλληλες εκφράσεις.
- απαιτεί την σκέψη πριν από κάθε απάντηση, την αποφυγή αυθορμητισμών και την αποφυγή υποκρισίας.

3) Σιωπή: Οι συνομιλητές μπορούν να χρησιμοποιούν τη σιωπή ώστε να μεταφέρουν ποικίλα μηνύματα όπως άνεση και ικανοποίηση, εξωτερική αίσθημάτων και σκέψεων.

4) Συνέντευξη: Σκοπός κάθε συνέντευξης είναι η απόκτηση επαρκούς και σωστής πληροφόρησης και αποτελεί ένα βασικό εργαλείο στη συλλογή κατάλληλων δεδομένων.

5) Ανοιχτές ερωτήσεις ή σχόλια: Η τεχνική αυτή ευνοεί την περιφραστική απάντηση και την ελεύθερη έκφραση του ατόμου (Kouzes & Posner, 2007).

6) Κλειστές ερωτήσεις: Η τεχνική αυτή επιτρέπει περιορισμένες επιλογές στις πιθανές απαντήσεις και ίσως την ακριβή απάντηση που αναζητούμε

7) Αφή: είναι ένα από τα πιο ισχυρά μέσα επικοινωνίας με πολλαπλές ερμηνείες. Μπορεί να ενώσει τους ανθρώπους, να προσφέρει επιβεβαίωση, να είναι καθησυχαστική, να μειώσει τη μοναξιά, να μεταδώσει ζεστασιά, να διεγείρει και να αυξήσει την

αυτοπεποίθηση του ατόμου. Επίσης μπορεί να εκφράσει απογοήτευση, θυμό, επιθετικότητα και τιμωρία και γενικά ένα αρνητικό τύπο σχέσης με το άλλο άτομο

8) Χιούμορ: το χιούμορ απελευθερώνει την σωματική και ψυχολογική ενέργεια και λειτουργεί ανασταλτικά στο στρες, το άγχος, την ανησυχία και την απογοήτευση. Το χιούμορ όπως και άλλες διαπροσωπικές ικανότητες, είναι μια δεξιότητα που μπορεί να μαθευτεί αλλά αν χρησιμοποιηθεί ακατάλληλα μπορεί να έχει άσχημα αποτελέσματα, μιας και το κακό χιούμορ προσβάλλει και στενοχωρεί (Kouzes & Posner, 2007).

2.9. Φραγμοί επικοινωνίας

Οι κυριότεροι ανασταλτικοί παράγοντες στη δημιουργία μιας καλής επικοινωνιακής σχέσης μεταξύ ιατρού και ασθενή είναι οι παρακάτω:

- **Αποτυχία αντίληψης της προσωπικότητας του συνομιλητή**

Η καλή επικοινωνία χρειάζεται καλή γνώση και κατανόηση της θέσης και της κατάστασης την οποία βιώνει ο συνομιλητής, καθώς και των προβλημάτων και των ανησυχιών που τον διακατέχουν. Αν κάτι τέτοιο δεν συμβαίνει, η επικοινωνία καθίσταται προβληματική, δύσκολα συνεχίζεται και συνήθως ο απώτερος σκοπός της αποτυγχάνει.

- **Αποτυχία ακρόασης**

Η σωστή επικοινωνία χρειάζεται και σωστή ακρόαση. Όταν δεν υπάρχει προσεκτική και ουσιώδης ακρόαση η επικοινωνία αποτυγχάνει. Οι συνομιλητές πρέπει να ακούνε πολύ προσεκτικά ο ένας τον άλλον, ώστε να καταφέρουν να αντιληφθούν πλήρως ο ένας την κατάσταση του άλλου (Pease, 2006).

- **Ακατάλληλα σχόλια και ερωτήσεις**

Σε ορισμένες περιπτώσεις καλό είναι κάποιοι συγκεκριμένοι τύποι σχολίων και ερωτήσεων να αποφεύγονται επειδή εμποδίζουν την αποτελεσματική επικοινωνία και φορτίζουν συναισθηματικά τα άτομα που προσπαθούν να επικοινωνήσουν (Pease, 2006).

- **Επιρροή προκαταλήψεων και στερεοτύπων**

Οι συνομιλητές οφείλουν να είναι εντελώς απαλλαγμένοι από προκαταλήψεις αλλά και από στερεότυπα. Αν δεν μπορούν να απαλλαγούν από αυτά οφείλουν να είναι ειλικρινείς προς το συνομιλητή τους, εκφράζοντάς τα με ευγένεια, όσο δυσάρεστο κι αν είναι αυτό. Επικοινωνία που προάγεται με ανειλικρίνεια συνήθως αποτυγχάνει (Παπαδάτου, 1995).

- **Παροχή συμβουλών**

Η παροχή συμβουλών από τη μεριά του ιατρικού προσωπικού μπορεί να αποτελέσει φραγμό επικοινωνίας. Μπορεί να είναι εύκολο για τον ιατρό ή το νοσηλευτή να πει: «Αν

ήμουν στη θέση σας, εγώ θα...», αλλά ο νοσηλευτής και ο ασθενής είναι δύο διαφορετικά άτομα. Ο ασθενής είναι αυτός που παίρνει τις αποφάσεις για τον εαυτό του. Ο ασθενής θα είναι εκείνος που θα υποστεί τις συνέπειες οποιασδήποτε απόφασης που αφορά την φροντίδα της υγείας του, γι' αυτό πρέπει να λάβει τις αναγκαίες πληροφορίες από το προσωπικό και στη συνέχεια να αποφασίσει μόνος του. Ο ρόλος του ιατρού είναι υποστηρικτικός και δεν έχει σαν στόχο να ελέγξει τη ζωή του ασθενή του (Παπαδάτου, 1995).

- **Γενικόλογα σχόλια**

Είναι πολύ δυσάρεστο για τον ασθενή ενώ αποκαλύπτει κάποια βαθιά του συναισθήματα, να ακούει στη συνέχεια τον ιατρό του να απαντάει με κάποιο κοινότοπο κλίση π.χ. « Αλήθεια; Τι μου λέτε!», «Μην ανησυχείτε, όλα θα πάνε καλά», «Ήταν θέλημα θεού» και «Κουράγιο, μην το βάζετε κάτω!». Αυτά τα γενικόλογα σχόλια αν και χρησιμοποιούνται πολύ συχνά, δεν έχουν κανένα πραγματικό νόημα και δημιουργούν στον ασθενή την αίσθηση ότι ο ιατρός του δε νοιάζεται πραγματικά γι' αυτόν (Παπαδάτου, 1995).

- **Αμυντική στάση**

Αν ο ασθενής έχει ένα πρόβλημα και ο ιατρός απαντήσει με δικαιολογίες, η επικοινωνία καθίσταται ανταγωνιστική και μη παραγωγική. Ακόμα και αν το πρόβλημα του ασθενή έχει άμεση σχέση με τον ίδιο, απαιτείται ελεύθερη έκφραση των συναισθημάτων. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να δίνουν ευκαιρία στον ασθενή να εκφράσει τόσο τα θετικά όσο και τα αρνητικά του συναισθήματα. Αυτό ακριβώς είναι και το νόημα του σεβασμού και της αποδοχής (Eby & Brown, 2009).

- **Αλλαγή θέματος**

Αν ο ασθενής αλλάζει θέμα συζήτησης, για να αποφύγει μια στρεσογόνο κατάσταση, ο ιατρός οφείλει να τον επαναφέρει λέγοντας του:« Ας γυρίσουμε στο θέμα που συζητούσαμε», καθώς γνωρίζει ότι οι ασθενείς συχνά δεν θέλουν να μιλούν για θέματα που τους φαίνονται δύσκολα ή απειλητικά. Η συζήτηση αν και συχνά είναι στρεσογόνος όταν αφορά σημαντικά ή απειλητικά θέματα, πρέπει να συνεχίζεται με ειλικρίνεια, αποφασιστικότητα και αντικειμενικότητα. (Eby & Brown, 2009).

- **Έλλειψη σεβασμού**

Οι ιατροί σπάνια δείχνουν σκόπιμα έλλειψη σεβασμού προς τον ασθενή, αλλά όταν υποβαθμίζουν τις ανησυχίες του δείχνουν ότι δεν σέβονται. Ακόμα και αν το θέμα φαίνεται ασήμαντο στον ιατρό, πρέπει να το σεβαστεί γιατί προκαλεί

σημαντική ανησυχία στον ασθενή και να το χειριστεί αναλόγως, σαν να πρόκειται για κάτι σημαντικό. (Eby & Brown, 2009).

- **Μεταβίβαση**

Στη μεταβίβαση, ο ασθενής βιώνει συναισθήματα από το παρελθόν και τα μεταφέρει (η αλλιώς μεταβιβάζει) στην θεραπευτική σχέση. Η μεταβίβαση μπορεί να διεγείρει στον ασθενή έντονα συναισθήματα, είτε θετικά είτε αρνητικά για τον ιατρό του ή να τον υπερεκτιμάει ή να υποτιμά τις γνώσεις και την πείρα του. Οι γιατροί πρέπει να μάθουν πώς να αναγνωρίζουν τη μεταβίβαση, διότι ερμηνεύει κάποιες υπερβολικές αντιδράσεις του ασθενή προς το πρόσωπό τους.

Όταν εκείνος που δείχνει συναισθήματα προς τον ασθενή με βάση εμπειρίες του παρελθόντος είναι ο ίδιος ο γιατρός, η διεργασία αυτή ονομάζεται αντιμεταβίβαση. Η αντιμεταβίβαση είναι συχνή και μπορεί να αποτελέσει εμπόδιο στην θεραπευτική πράξη. Οι ιατροί πρέπει να παίρνουν τις αποφάσεις τους με βάση τα γεγονότα και όχι τα συναισθήματα που προέρχονται από άλλες καταστάσεις. Η καλύτερη στρατηγική είναι η ανάπτυξη αυτογνωσίας. (Eby et. al, 2009).

3. ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ

3.1. Ιστορική αναδρομή και έννοια της ενσυναίσθησης

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

Ο όρος απασχόλησε ιδιαίτερα το πεδίο της Ψυχολογίας, όπου το φαινόμενο διερευνήθηκε ιδιαίτερα από τους κλινικούς ψυχολόγους Rogers και Kohut. Σύμφωνα με τον Rogers, η ενσυναίσθηση αντικαταστάθηκε με «την ικανότητα του θεραπευτή να αναγνωρίζει με ακρίβεια το εσωτερικό του άλλου ατόμου και να καταλαβαίνει, με τα συναισθηματικά στοιχεία που εμπεριέχονται, σαν να ήταν ο ίδιος το άλλο άτομο» (Rogers, 1959). Αργότερα, υποστήριξε ότι τα άτομα που λάμβαναν και βίωναν την ενσυναίσθηση από το θεραπευτή τους εμπιστεύονταν και κατανοούσαν καλύτερα τον εαυτό τους, ώστε να υιοθετούν ευκολότερα θετικές αλλαγές στη συμπεριφορά τους (Rogers, 1975). Ο Kohut έδωσε δύο ορισμούς για την ενσυναίσθηση, έναν πιο αφηρημένο και έναν πιο εφαρμοσμένο. Σύμφωνα με τον αφηρημένο, η ενσυναίσθηση είναι μια «αντιπροσωπευτική ενδοσκόπηση» (Kohut, 1959) ενώ, στον εφαρμοσμένο η ενσυναίσθηση ορίστηκε ως «η ικανότητα του ατόμου να σκέφτεται και να αισθάνεται τον εαυτό του στην εσωτερική ζωή ενός άλλου προσώπου» (Kohut, 1984).

Πρόσφατα, η έννοια της ενσυναίσθησης αναγνωρίστηκε ως μια μορφή συναισθηματικής ανάμειξης, η οποία θεωρείται ότι έχει εφαρμογή στο χώρο της Ιατρικής για τη φροντίδα του ασθενή και αποτελεί βασικό στοιχείο της σχέσης ιατρού-ασθενή, στο πλαίσιο της ολιστικής ή ανθρωποκεντρικής φροντίδας. Έχει αναφερθεί ότι η ενσυναίσθηση περιλαμβάνει «ένα γνωστικό (σε αντίθεση με το συναισθηματικό) χαρακτηριστικό που σχετίζεται τόσο με την κατανόηση των εσωτερικών εμπειριών και των αντιλήψεων του ασθενή, όσο και με τη δυνατότητα να γίνεται αντιληπτή αυτή η κατανόηση από τον ίδιο τον ασθενή» (Hoyatetal., 2002). Αυτή η ικανότητα του ιατρού προϋποθέτει κατάλληλες επικοινωνιακές δεξιότητες από τον ίδιο, ώστε να καταφέρει να μεταδώσει το αίσθημα που βιώνει τη στιγμή εκείνη στον ασθενή.

Γενικά, υποστηρίζεται ότι η ενσυναίσθηση αφορά μια διεργασία που εμπεριέχει τόσο γνωστικά όσο και συναισθηματικά γνωρίσματα. Συγκεκριμένα, η μεν γνωστική πλευρά αφορά τη σύλληψη μιας υποτιθέμενης κατάστασης για το πώς αισθάνεται ένα άλλο άτομο

που βρίσκεται σε μια συγκεκριμένη κατάσταση, ενώ η συναισθηματική πλευρά αφορά τη διαδικασία κατά την οποία ο ιατρός αντιλαμβάνεται τι είναι αυτό που βιώνει ο ασθενής (Halpern, 2003). Αυτή η προσέγγιση βοηθά τον ιατρό να συλλέξει τις κατάλληλες πληροφορίες για τον ασθενή ώστε να πραγματοποιείται πιο ακριβής διάγνωση και να παρέχεται καλύτερη φροντίδα. Επίσης, βοηθά τους ασθενείς να αποκτούν μεγαλύτερη αυτονομία και να συμμετέχουν στη θεραπεία τους, ενώ ταυτόχρονα προάγει κατάλληλες θεραπευτικές αλληλεπιδράσεις που ωφελούν την αποκατάστασή τους.

Η αναγνώριση από μέρους των ιατρών των δυο παραπάνω χαρακτηριστικών της ενσυναίσθησης συμβάλει ουσιαστικά στην καλή επικοινωνία με τον ασθενή. Έτσι, ο ιατρός, καθώς τοποθετεί τον εαυτό του στη θέση του ασθενή, κατανοεί καλύτερα την κατάστασή του, κάτι που, σταδιακά, τον οδηγεί υποσυνείδητα στην υιοθέτηση κοινωνικής συμπεριφοράς που διακατέχεται από ευαισθησία, ζεστασιά και αισιοδοξία (Larson & Yao, 2005).

3.2. Έννοιες σχετικές με την ενσυναίσθηση

Η συμπάθεια, η συμπόνια και η ενσυναίσθηση είναι έννοιες που συχνά συγχέονται και έχουν χρησιμοποιηθεί πολλές φορές στη βιβλιογραφία για να περιγράψουν το ίδιο ακριβώς πράγμα.. Στην πραγματικότητα όμως είναι λέξεις που έχουν διαφορετικό περιεχόμενο, συνεπώς και σημασία.

- **Συμπάθεια:** Η λέξη συμπάθεια έχει τις ρίζες της στη λέξη συμπάσχω, που σημαίνει “πάσχω το ίδιο”. Η συμπάθεια χρησιμοποιείται για να περιγράψει ένα αίσθημα το οποίο είναι δυσάρεστο, σχετίζεται με τη λύπηση απέναντι σε ένα δύσκολο περιστατικό ενώ, δεν εμπεριέχει συναισθήματα κατανόησης. Η λύπηση εκφράζεται ειδικά σε αυτούς που υποφέρουν αδικώς. Πρόκειται για μία προσπάθεια κυρίως, να καθησυχαστεί ο ίδιος ο θεραπευτής καθώς και να μειώσει τη δυσφορία που νιώθει. Αντίθετα, ο ασθενής βιώνει κατάθλιψη και λύπηση για τον εαυτό του. Αποτελεί ένα επιφανειακό αίσθημα, το οποίο συναντάται κυρίως σε άτομα που επιθυμούν να αποστασιοποιηθούν και δεν επιθυμούν να καταβάλουν κάποια προσπάθεια, ώστε να καταλάβουν αυτόν που υποφέρει ή να απαλύνουν τον πόνο του (Κούρτης, 2017).
- **Συμπόνια:** Πρόκειται για έννοια που περιλαμβάνει τα βασικά γνωρίσματα της ενσυναίσθησης, κινητοποιείται κυρίως, από αισθήματα αγάπης, κατανόησης και αναγνώρισης του πόνου του άλλου, αλλά και από την επιθυμία για ανακούφιση

του ασθενή. Εμπεριέχει επίσης, αισθήματα αλτρουισμού, ευγένειας και καλοσύνης. Το άτομο εκτός από τη συναισθηματική ταύτιση, πολλές φορές επιδιώκει και την αμέριστη συμπαράστασή του σε αυτόν που πάσχει. Σε αντίθεση με τη συμπάθεια, οι ασθενείς αναφέρουν ότι η συμπόνια και η ενσυναίσθηση είναι σημαντικά ωφέλιμες, με πιο εξέχοντα ρόλο να κατέχει η συμπόνια, η οποία αναγνωρίστηκε ως το προτιμώμενο μέσο φροντίδας από τους ασθενείς (Sinclair et al., 2017).

- **Αποστασιοποιημένο ενδιαφέρον:** Αποτελεί μία προσπάθεια κατανόησης των αισθημάτων του ασθενούς, με αντικειμενικό όμως τρόπο. Υποστηρίζει ότι αν γνωρίζεις πώς αισθάνεται ο ασθενής, είναι το ίδιο με το να γνωρίζεις ότι ο ασθενής είναι σε μία συγκεκριμένη συναισθηματική κατάσταση. Αντίθετα, στην ενσυναίσθηση δεν αρκεί μόνο να γνωρίζεις πώς νιώθει ο άλλος, αλλά να γνωρίζεις και πώς είναι να βιώνεις την κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής, κάτι το οποίο μπορεί να γίνει πολύ ψυχοφθόρο για τον γιατρό (Halpern, 2003).

3.3. Στάδια από τα οποία διέρχεται ο θεραπευτής όταν εκφράζει ενσυναίσθηση

Συμφωνά με τον Ryback (2001), στην αρχή ο θεραπευτής ακούει τον ασθενή και προσπαθεί να ερμηνεύσει όσα ακούει. Σε αυτό το στάδιο επιτρέπει στο βασικό του συναίσθημα να διεγερθεί, χωρίς να ασκεί όμως καμία κριτική στον ασθενή. Έπειτα, εξετάζει κατά πόσο το συναίσθημά του αναγνωρίζει όσα νιώθει ο ασθενής. Σε αυτή την περίπτωση ο θεραπευτής ολοκληρώνει την παρέμβασή του ρωτώντας τον εαυτό του ή τον ασθενή εάν το συναίσθημα ήταν ακριβές. Εάν ήταν όντως, τότε η ιατρική αλληλεπίδραση μπορεί να προχωρήσει σε μεγαλύτερο βάθος. Εάν το συναίσθημα δεν ήταν ακριβές, ο θεραπευτής σταματά εκεί και ξαναπροσπαθεί από την αρχή (Παπαγεωργίου, 2011).

Τέσσερα είναι τα στάδια στην κλινική ενσυναίσθηση (Ioannidou et al., 2008):

- 1) ακατέργαστη ταύτιση
- 2) ηθελημένη ταύτιση
- 3) αντίσταση
- 4) ηθελημένη επαναταύτιση.

Συμπερασματικά, η κλινική ενσυναίσθηση αποτελείται από μια συνέχεια τριών διαδοχικών σταδίων όταν ο ιατρός χρησιμοποιεί την ενσυναίσθηση (Σταλίκας & Χαμοδράκα, 2004):

- Ο θεραπευτής προσπαθεί να κατανοήσει τη δύσκολη θέση του ασθενή (μέσω της ακρόασης). Οι ασθενείς νιώθουν εάν οι θεραπευτές τους είναι συναισθηματικά συντονισμένοι μαζί τους.
- Ο θεραπευτής βιώνει συμπόνια (μια συναισθηματική ή συγκινητική διαδικασία). Οι ασθενείς εμπιστεύονται τους ιατρούς, όταν αυτοί δείχνουν ανταπόκριση στο άγχος τους, δείχνοντας τη δική τους ανησυχία. Η ανταπόκριση της εμπιστοσύνης προάγει την καλύτερη θεραπεία.
- Ο ιατρός δεσμεύεται να κάνει ό,τι καλύτερο μπορεί για τον ασθενή του (ένα πρακτικό στάδιο εξεύρεσης και εφαρμογής της καλύτερης λύσης για το πρόβλημα του ασθενούς και την υποστήριξή του). Έχει σημασία τότε και με ποιό τρόπο ο θεραπευτής θα ρωτήσει τον ασθενή για το τι αισθάνεται. Ο ενσυναισθηματικός συντονισμός είναι αυτός που βοηθά τον θεραπευτή να καταλάβει τότε μπορεί να θέσει ερωτήσεις, τότε πρέπει να μένει σιωπηλός και τότε χρειάζεται να επαναλάβει κάποιες σημαντικές λέξεις.

3.4. Ο ρόλος της ενσυναίσθησης στην αποτελεσματική επικοινωνία

Η σχέση με τους ασθενείς αλλάζει καθώς αυξάνεται η εμπειρία. Η αλλαγή αυτή σημαίνει ότι το ιατρικό προσωπικό αποκτά έναν περισσότερο επαγγελματικό τρόπο φροντίδας και ταυτόχρονα, αναπτύσσουν μηχανισμούς άμυνας ώστε να αντιμετωπίσουν περιστατικά που παλαιότερα τους αναστάτωναν. Παρά την πίεση από το εργασιακό περιβάλλον, το ιατρικό προσωπικό μπορεί να αναπτύξει ικανοποιητικές θεραπευτικές σχέσεις με τους ασθενείς. Η αλλαγή αυτή, όμως, απαιτεί χρόνο και ταυτόχρονη επεξεργασία της εμπειρίας. Επίσης, όταν οι νοσηλευτές δεν νιώθουν ότι έχουν αναπτύξει κάποιους μηχανισμούς άμυνας, σε συνδυασμό με την αυξανόμενη εμπειρία τους, οδηγούνται στο να καταλάβουν ότι τα καταφέρνουν ευκολότερα. Αποκτούν ευελιξία, ωριμότητα, μπορούν να προστατέψουν τον εαυτό τους ευκολότερα, γνωρίζουν καλύτερα τον εαυτό τους (αυτογνωσία) και τους άλλους (ενσυναίσθηση) (Σταλίκας & Χαμοδράκα, 2004).

Τα άτομα που έχουν καταφέρει να καλλιεργήσουν τις ικανότητες αυτογνωσίας και ενσυναίσθησης αντιμετωπίζουν πιο ήρεμα τα σημαντικά γεγονότα του εργασιακού περιβάλλοντος, συνέρχονται πιο γρήγορα και διατηρούν την διανοητική τους διαύγεια σε

κρίσιμες στιγμές, είναι συνήθως ψύχραιμοι, μπορούν να μειώσουν τη στεναχώρια τους και να χαλιναγωγήσουν τις παρορμήσεις τους, δεν εκδηλώνουν εκρήξεις θυμού, αλλά ούτε εσωτερικεύουν τα συναισθήματά τους, με αποτέλεσμα να υποφέρουν. Η ικανότητα να αναγνωρίζουμε και να διαχειριζόμαστε τα συναισθήματά μας μαθαίνεται μεν κατά την παιδική ηλικία, δεν αποτελεί όμως μια στατική ικανότητα, αλλά μια ικανότητα καλλιεργήσιμη που μπορεί να αποκτηθεί ξανά, όταν αυτή χάνεται. Στον εργασιακό χώρο, μια αντίληψη που ενθαρρύνει την έκφραση και την επεξεργασία των συναισθημάτων μπορεί να ενδυναμώσει τους νοσηλευτές μέσω της αυτογνωσίας και της ενσυναίσθησης, στο να αποκτήσουν επιτυχημένες θεραπευτικές σχέσεις με τους ασθενείς και κατ' επέκταση μια αποτελεσματική επικοινωνία μαζί τους (Σταλίκας & Χαμοδράκα, 2004).

3.5. Παράγοντες που επηρεάζουν την ενσυναίσθηση

Μια αναλυτική μελέτη πάνω σε έρευνες που έχουν γίνει για τους παράγοντες που επηρεάζουν την ενσυναίσθηση, αποδεικνύει τον πολυδιάστατο και πολυπαραγοντικό χαρακτήρα της ενσυναίσθησης. Ο Hojat και οι συνεργάτες του (2013), υποστηρίζουν ότι η ενσυναίσθηση μπορεί να σχετίζεται με γενετικούς, εξελικτικούς, περιβαλλοντικούς παράγοντες και πως η έλλειψή της, μπορεί να βελτιωθεί μέσω συνεχούς εκπαίδευσης. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την ενσυναίσθηση είναι οι εξής:

- **Το φύλο.** Οι γυναίκες φαίνεται να έχουν μια έμφυτη τάση στην ενσυναίσθηση. Ο Cohen (2004) θεωρεί πως το γυναικείο μυαλό είναι «καλωδιωμένο για ενσυναίσθηση», ενώ αντίθετα το ανδρικό είναι ένα μυαλό προσανατολισμένο στην κατανόηση και κατασκευή συστημάτων. Οι γυναίκες ιατροί φαίνεται να διαθέτουν περισσότερο χρόνο στους ασθενείς τους και να παρέχουν μία πιο συναισθηματική προσέγγιση σ' αυτούς, σε σύγκριση με τους άνδρες ιατρούς που ακολουθούν μια πιο ορθολογική προσέγγιση για τους ασθενείς τους. Επίσης, έχει εντοπιστεί και διαφορά στα δύο φύλα και κατά τη διάρκεια των σπουδών τους. Σε μελέτη που έγινε στους φοιτητές Ιατρικής στο Πανεπιστήμιο του Cambridge, φάνηκε μία σταδιακή μείωση της ενσυναίσθησης στους άνδρες φοιτητές κατά τη διάρκεια των σπουδών τους, ενώ στις γυναίκες ο βαθμός ενσυναίσθησης παρέμεινε ο ίδιος σε όλη τη διάρκεια των σπουδών τους. Αυτή η διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα μπορεί να έχει τις ρίζες της, είτε σε εξελικτικούς –γενετικούς παράγοντες (Williams, 2014) είτε να αποτελεί

αποτέλεσμα κοινωνικοποίησης και ταύτισης με το μητρικό πρότυπο (Μαλικιώση-Λοϊζου, 2003).

- **Η ηλικία:** Από τη γέννηση μέχρι την ηλικία των τριών φαίνεται να αναπτύσσεται ενσυναίσθηση που σχετίζεται με το συναίσθημα, ενώ μετά τα επτά έτη φαίνεται να αναπτύσσεται ένα είδος γνωστικής ενσυναίσθησης. (Gladstein, 1987). Επίσης, σε έρευνες που έγιναν σε φοιτητές φάνηκε πως κατά τα πρώτα έτη σπουδών οι φοιτητές εμφανίζουν μεγαλύτερα επίπεδα ενσυναίσθησης σε σχέση με τους τελειόφοιτους. (Williams et. al, 2014).
- **Η προσωπικότητα:** Η ενσυναίσθηση φαίνεται να έχει άμεση συσχέτιση με την προσωπικότητα του κάθε ατόμου. Στοιχεία της προσωπικότητας όπως η ευγένεια και η προσαρμοστικότητα συνδέονται με αυξημένα επίπεδα ενσυναίσθησης, ενώ στοιχεία όπως ο θυμός και η επιθετικότητα συνδέονται με χαμηλά επίπεδα ενσυναίσθησης (Ouzouni & Nakakis, 2012).
- **Η εκπαίδευση:** Άτομα με ανώτερη εκπαίδευση εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα ενσυναίσθησης (Μαλικιώση & Λοϊζου, 2003). Επίσης, η συνεχιζόμενη εκπαίδευση σε θέματα ψυχολογίας, επικοινωνίας και ενσυναίσθησης φαίνεται να βελτιώνει τις επικοινωνιακές δεξιότητες των ιατρών και τους βοηθά να επιτυγχάνουν καλύτερη σχέση με τους ασθενείς τους (Βένιου & Τεντολούρης, 2013).

3.6. Εμπόδια που αντιμετωπίζει ο ιατρός, σχετικά με την ενσυναίσθηση

3.6.1. Δυσκολίες στην παροχή συμπονετικής φροντίδας.

Ο ιατρός, μπορεί να αντιμετωπίσει κάποια εμπόδια ή δυσκολίες στην παροχή συμπονετικής φροντίδας προς τον ασθενή και να θέσει σε αβεβαιότητα τη σχέση του με αυτόν. Κάποια από αυτά είναι τα παρακάτω:

- ✓ Η αίσθηση της έλλειψης του κατάλληλου χρόνου κατά την διάρκεια μιας κλινικής συνάντησης, όταν ο χρόνος είναι περιορισμένος
- ✓ Η συνειδητή ή ασυνείδητη επιθυμία να αποφεύγει να βιώσει δυνατά συναισθήματα όπως είναι ο φόβος, ο θυμός ή θλίψη: ο φόβος ότι θα αναδυθούν πολλά και δύσκολα συναισθήματα, οδηγεί πολλούς γιατρούς και νοσηλευτές είτε συνειδητά είτε ασυνείδητα να αποφεύγουν τον τύπο ερωτήσεων και επικοινωνίας που μπορούν να αναδείξουν.
- ✓ Η μειωμένη εκπαίδευση και εξάσκηση στην συναισθηματική επικοινωνία

- ✓ Η ανησυχία πως η ενσυναίσθηση πρόκειται για μία συναισθηματικά εξαντλητική διαδικασία για τον ιατρό και μπορεί να οδηγήσει σε επαγγελματική εξουθένωση.

3.6.2. Συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης

Ο όρος «επαγγελματική εξουθένωση» (burnout), ορίζεται ως η εξάντληση του ατόμου, η οποία προέρχεται από παρατεταμένη χρήση των ενεργειακών του αποθεμάτων. Το ιατρικό προσωπικό είναι πιθανόν να βιώσει τα παρακάτω συναισθήματα:

- **Έντονες εναλλαγές διάθεσης:** ανησυχία, υπερευαισθησία, άγχος, υπερβολική χρήση ουσιών, αλκοόλ και παράνομα ναρκωτικά, κατάθλιψη, θυμό και δυσαρέσκεια, απώλεια αντικειμενικότητας, έλλειψη συγκέντρωσης και κρίσης, απάθεια, την αίσθηση πως είναι συγκλονισμένοι, μειωμένος ενθουσιασμός, σαρκασμός και στάση απελπισίας.
- **Διανοητικά:** αταξία, ανία, αδυναμία προσοχής στη λεπτομέρεια
- **Σχετικά με την εργασία:** αποφεύγει να δουλεύει με ορισμένους ασθενείς που του προκαλούν άγχος, περιορισμένη ικανότητα κλινικής ενσυναίσθησης μεταξύ των ασθενών και των οικογενειών τους, έλλειψη χαράς, συνεχόμενη αδικαιολόγητη απουσία, μειωμένη επίδοση, στερεοτυπικού τύπου μορφές επικοινωνίας και βραδύτητα.
- **Ψυχικά:** αύξηση διακρίσεων, αδιαφορία αυτοαξιολόγησης, μείωση πνευματικών γνώσεων.
- **Κοινωνικά:** αναισθησία, αισθήματα αποξένωσης, απομόνωσης και αλλοτρίωσης, αδιαφορία, απομάκρυνση από φίλους και οικογένεια.
- **Σωματικά:** αυξημένα σωματικά προβλήματα, μειωμένη ενέργεια, έλλειψη αντοχής, έλλειψη δύναμης, επιρρέπεια σε ατυχήματα, κόπωση, βίωμα εξουθένωσης και εξάντλησης, πονοκέφαλοι, πεπτικά προβλήματα, διαταραχές ύπνου, ακόμα και καρδιακά προβλήματα (Μισουρίδου, 2007).

3.6.3. Τρόποι αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης και του άγχους

- Να καλλιεργούν την ικανότητα του εαυτού τους
- Να εργάζονται ομαδικά παρά ατομικά
- Να χρησιμοποιούν υγιή επαγγελματική συμπεριφορά και επικοινωνία
- Να σκέφτονται, όσο το δυνατόν περισσότερο, θετικά

- Να φροντίζουν, όσο μπορούν, τον εαυτό τους
- Να φροντίζουν να έχουν από την αρχή ρεαλιστικούς στόχους
- Να εξοικονομούν χρόνο για διασκέδαση
- Να διατηρούνται σε καλή φυσική κατάσταση
- Να καλλιεργούν τον πνευματικό εαυτό τους (Μισουρίδου, 2007).

3.7. Η κλινική ενσυναίσθηση και η επίδρασή της στη θεραπεία των ασθενών

3.7.1. Η συναισθηματική νοημοσύνη και η ενσυναίσθηση

Ένας όρος που αναφέρεται πολύ συχνά, τα τελευταία κυρίως χρόνια, είναι η συναισθηματική νοημοσύνη που αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει και να κατανοεί τόσο τα δικά του συναισθήματα όσο και των άλλων, να τα διαχειρίζεται αποτελεσματικά, να μπορεί να ακούει και να ασκεί επιρροή, να επικοινωνεί ουσιαστικά και να συνεργάζεται, καθώς και να αναπαράγει συνεχώς κίνητρα για τον εαυτό του.

Μία συναισθηματική δεξιότητα που είναι απαραίτητη για την κατάκτηση της συναισθηματικής νοημοσύνης, είναι η ενσυναίσθηση. Το να μπορείς να ταυτίζεσαι συναισθηματικά με ένα άτομο, να κατανοείς τη θέση του, τις σκέψεις του, το συναίσθημά του ή την κατάσταση του, αποτελούν πτυχές της ενσυναίσθησης. Δεν είναι απαραίτητο να συμπάσχεις, απλά να κατανοείς.

Ο Η. Kohut ήταν ο πρώτος ψυχοθεραπευτής που μίλησε για ενσυναίσθηση. Την περιέγραψε ως "πληροφοριοδότη κινήσεων" καθώς μόνο όταν καταφέρεις να μπεις στη θέση του άλλου και κατανοήσεις τα συναισθήματά του, μπορείς να τα χρησιμοποιήσεις για να πετύχεις το στόχο σου (Κρίκη, 2017).

3.7.2. Η κλινική ενσυναίσθηση και οι εκφάνσεις της

Στην Ιατρική, η κλινική ενσυναίσθηση έχει τέσσερις εκφάνσεις:

- 1) Συναισθηματική:** Είναι η ικανότητα του ιατρού να μπορεί να φανταστεί τα συναισθήματα του ασθενή.
- 2) Γνωστική:** Η ικανότητα να μπορείς να αναγνωρίσεις πνευματικά, τα συναισθήματα του ασθενή.
- 3) Συμπεριφοράς:** Η ικανότητα του ιατρού να μπορεί να δείξει στον ασθενή ότι κατανόησε τα συναισθήματά του.

4) Ηθική: Η δημιουργία εσωτερικών κινήτρων στον ιατρό, ώστε να συμπάσχει με τον ασθενή του..

Οι Larson και Yao εμπλούτισαν τον ορισμό αυτό της κλινικής ενσυναίσθησης, χαρακτηρίζοντάς την ως μια μορφή «συναισθηματικής διεργασίας» που απαιτεί τόσο την σκόπιμη τροποποίηση των πραγματικών συναισθημάτων κάποιου, όσο και την σκόπιμη εκδήλωση κάποιων συναισθημάτων όπως του ενθουσιασμού ή της ανησυχίας που κάποιος δεν αισθάνεται πραγματικά. Ουσιαστικά πρόκειται για το αντίθετο της συναισθηματικής εμπλοκής, γεγονός που καταδεικνύει ότι η κλινική ενσυναίσθηση χρειάζεται ευελιξία από μέρους του ιατρού.

Ο Blumgant την ονομάζει "ουδέτερη ενσυναίσθηση" που απαιτεί ευελιξία, ενώ σημειώνει πως η υπερβολική ταύτιση με τον ασθενή μπορεί να αποτελέσει απειλή για την αντικειμενικότητα (Κρίκη, 2017).

3.7.3. Η επίδραση της κλινικής ενσυναίσθησης στη θεραπεία των ασθενών

Στην Ιατρική η ενσυναίσθηση λοιπόν αποτελεί ένα εξαιρετικά ισχυρό εργαλείο επικοινωνίας καθώς:

- καθώς ο ιατρός ακούει με προσοχή τον ασθενή αναγνωρίζει και εκτιμά καλύτερα την κατάστασή του, ενδυναμώνοντας τη συνειρμική σκέψη και τον συναισθηματικό συντονισμό που δημιουργεί μαζί του. Αν και αυτή η διεργασία δεν αντικαθιστά τη λήψη ιατρικού ιστορικού και την κλινική εξέταση, μπορεί να οδηγήσει σε ακριβή διάγνωση και ποιοτικότερη φροντίδα.
- Ο συναισθηματικός συντονισμός, η άνευ όρων αποδοχή του ασθενή, η αίσθηση ασφάλειας και οικειότητας που βιώνει, αυξάνει την εμπιστοσύνη που νιώθει για τον θεραπευτή του, αισθάνεται ότι αυτός τον καταλαβαίνει με αποτέλεσμα να αναπτύσσεται ένας αμοιβαίος σεβασμός που ενδυναμώνει την θεραπευτική πράξη.
- Η ενσυναίσθηση προσδίδει στην άσκηση του ιατρικού λειτουργήματος νόημα και αυξάνει την επαγγελματική ικανοποίηση. Ενισχύει την φυσική περιέργεια για τη ζωή των ασθενών, εμπλουτίζει τις εμπειρίες τους, ανοίγοντας νέους δρόμους θεραπευτικής προσέγγισης, καθώς ίδιες παθήσεις θεραπεύονται με διαφορετικό τρόπο.

Μπορεί βέβαια κάποιος να αναρωτηθεί γιατί έχει σημασία οι γιατροί να ανταποκρίνονται συναισθηματικά και να συμπεριφέρονται ενσυναισθητικά. Η απάντηση σε αυτό είναι τριπλή:

- 1) Πολλές μελέτες αποδεικνύουν ότι οι ασθενείς διαισθάνονται εάν οι γιατροί είναι συναισθηματικά συντονισμένοι μαζί τους.
- 2) Οι ασθενείς εμπιστεύονται περισσότερο τους γιατρούς που ανταποκρίνονται στην αγωνία τους και δείχνουν να ανησυχούν γι' αυτούς με αποτέλεσμα την καλύτερη τήρηση της θεραπείας.
- 3) Δεν παίζει ρόλο ο χρόνος και ο τρόπος με τον οποίο οι ιατροί ρωτάνε τους ασθενείς για τα συναισθήματά τους. Ο συναισθηματικός συντονισμός καθοδηγεί τους ιατρούς για το πότε να κάνουν ερωτήσεις, πότε να μείνουν σιωπηλοί και πότε να επαναλαμβάνουν τις οδηγίες τους.

Στις μέρες μας, η μετακίνηση από το ιατροκεντρικό μοντέλο στον εξανθρωπισμό της ιατρικής φροντίδας, η χρήση επικοινωνιακών δεξιοτήτων και ενσυναίσθησης, είναι αναγκαία για την υγειονομική περίθαλψη. Ο ασθενής δεν πρέπει ποτέ να φύγει από το επίκεντρο του ενδιαφέροντος γι' αυτό οι ιατρικές σχολές οφείλουν να υιοθετήσουν στρατηγικές ενίσχυσης της συναισθηματικής νοημοσύνης που θα οδηγήσουν σε καλύτερο και αποτελεσματικότερο σύστημα υγείας (Κρίκη, 2017).

4. ΕΡΕΥΝΕΣ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΙΑΤΡΟΥ - ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΚΑΙ ΠΑΓΚΟΣΜΙΩΣ

4.1. Πώς αξιολογούν οι Έλληνες γιατροί τις επικοινωνιακές δεξιότητές τους.

Τα τελευταία χρόνια η βελτίωση της επικοινωνίας γιατρών και ασθενών, έχει βρεθεί στο επίκεντρο παγκοσμίως. Μάλιστα, πολλές χώρες έχουν σημειώσει μεγάλη πρόοδο, μετατοπίζοντας το κέντρο βάρους στο μοντέλο των συστημάτων υγείας τους, μετατρέποντάς τα από ιατροκεντρικά σε ανθρωποκεντρικά. Η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει επίσης θέσει ως στόχο την εφαρμογή ανθρωποκεντρικών μοντέλων υγείας στις χώρες-μέλη του, προσφέροντας την κατάλληλη τεχνογνωσία προς αυτήν την κατεύθυνση.

Η καλή επικοινωνία γιατρού και ασθενή έχει καίρια θέση στο ανθρωποκεντρικό μοντέλο, αφού καθιστά τον ασθενή, ενεργό συμμετέχο στη λήψη αποφάσεων σχετικών με την υγεία του.

Μάλιστα, η ανάπτυξη της τεχνολογίας έχει καταστήσει πλέον ευκολότερη την πρόσβαση στην πληροφόρηση, ώστε ο ασθενής να είναι σε θέση να υποβάλλει τις ανάλογες ερωτήσεις ώστε να λάβει τις κατάλληλες απαντήσεις από τον προσωπικό ιατρό του. Έχουν όμως οι γιατροί στην Ελλάδα τις ανάλογες επικοινωνιακές δεξιότητες ώστε να μπορέσουν να ανταποκριθούν στον «διαβασμένο» ασθενή;

Οι ιατρικές σχολές της Αμερικής, έχουν εδώ και χρόνια, εντάξει στα προγράμματα προπτυχιακών και μεταπτυχιακών σπουδών τους μαθήματα επικοινωνίας, ώστε να διασφαλίζουν ότι οι μελλοντικοί γιατροί θα μπορέσουν να μεταδώσουν σωστά την ιατρική πληροφορία και να γίνουν κατανοητοί από τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, ώστε να λάβουν από κοινού αποφάσεις με γνώμονα το καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα. Αντίστοιχα και στην Ευρώπη έχουν ενταχθεί ανάλογα μαθήματα επικοινωνίας στις ιατρικές σχολές αρκετών δυτικών χωρών, όπως η Γερμανία, η Βρετανία και η Γαλλία. Στην Ελλάδα, ευρωπαϊκή έρευνα παρουσιάζει σημαντικές ελλείψεις στην κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας στον τομέα των δεξιοτήτων επικοινωνίας.

Στη μελέτη, που παρουσιάστηκε στο πρόσφατο Ευρωπαϊκό Συμπόσιο με θέμα «Επικοινωνία της Υγείας: Εκπαίδευση, προκλήσεις και δυνατότητες για τον Επαγγελματία Υγείας», έλαβαν μέρος 702 επαγγελματίες υγείας (ιατροί, νοσηλευτές και εκπρόσωποι άλλων επαγγελμάτων του κλάδου) από την Ελλάδα, την Ισπανία, την Κύπρο, την Γερμανία και την Πολωνία και από άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

Στην Ελλάδα, οι επαγγελματίες υγείας δήλωσαν σε ποσοστό μόλις 38,6% ότι έχουν λάβει εκπαίδευση σχετική με την επικοινωνία με τους ασθενείς (κυρίως κατά τη διάρκεια των σπουδών τους και αυτό σε περιορισμένο επίπεδο). Το αντίστοιχο ποσοστό στην Κύπρο είναι 72%, ενώ στη Γερμανία και την Ισπανία 66,7%. Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες (54%) στην έρευνα δήλωσαν ότι αντιμετωπίζουν προβλήματα στην επικοινωνία με τους ασθενείς κατά τη διάρκεια της καθημερινής κλινικής πρακτικής, ενώ ένα ποσοστό της τάξεως του 10% δήλωσε ότι συναντά ανάλογα προβλήματα πολύ συχνά.

Τα θέματα στα οποία οι γιατροί αναζητούν περισσότερες δεξιότητες και κατάρτιση είναι: η διαχείριση συναισθημάτων άγχους, απογοήτευσης ή φόβου των ασθενών καθώς και η ανακοίνωση δυσάρεστων νέων.

Επίσης, οι επαγγελματίες υγείας δηλώνουν ότι τα βασικότερα εμπόδια στην αποτελεσματική επικοινωνία με τους ασθενείς τους εντοπίζονται στο μεγάλο φόρτο εργασίας, στην κόπωση που βιώνουν, στον περιορισμένο χρόνο, στα γλωσσικά εμπόδια και στην έλλειψη δεξιοτήτων επικοινωνίας. Επιπλέον, εννιά στους δέκα επαγγελματίες υγείας θεωρούν αναγκαία την εκπαίδευση σε αυτόν τον τομέα, ενώ ένας στους τέσσερις υποστηρίζει ότι η κατάρτιση θα έπρεπε να είναι δια βίου και να μην περιορίζεται μόνο στον βασικό κύκλο σπουδών (in.gr, 2018).

4.2. Ο ρόλος του ιατρού και του ασθενή στην εποχή της πληροφόρησης

4.2.1. Ο ρόλος του ασθενή στην εποχή της πληροφόρησης

Σε ολόκληρη την Ευρώπη αλλά και στην Ελλάδα παρατηρείται άνοδος των χρηστών του διαδικτύου. Για την Ελλάδα το ποσοστό αυτό αγγίζει το 65% του πληθυσμού και βρίσκεται σε διαρκή άνοδο. Οι σχετικές έρευνες, δείχνουν επίσης ότι πολλοί χρήστες αναζητούν στο διαδίκτυο πληροφορίες για ιατρικά προβλήματα και διάφορα θέματα που σχετίζονται με την ιατρική επιστήμη γενικότερα. Αυτό επιβεβαιώνεται και από τη μεγάλη επισκεψιμότητα που εμφανίζουν οι ιατρικές ιστοσελίδες. Σύμφωνα με μια πρόσφατη μελέτη, που πραγματοποιήθηκε στη Γαλλία και αφορά τη συμπεριφορά του ασθενή στο Διαδίκτυο, φαίνεται ότι το 57% των ασθενών αναζητά στο διαδίκτυο ιατρικές πληροφορίες. Η ίδια έρευνα δείχνει ότι το 61% των χρηστών θεωρεί πως οι πληροφορίες που εντοπίζουν στο διαδίκτυο τους βοηθούν να είναι πιο προσεκτικοί, τόσο με τη δική τους υγεία όσο και με την υγεία κοντινών συγγενών και στενών φίλων.

Επιπλέον, ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών (58%) υποστηρίζει ότι οι γνώσεις από το διαδίκτυο έχουν θετικό αποτέλεσμα στη σχέση που αναπτύσσουν με τον ιατρό τους: η επικοινωνία γίνεται πιο εποικοδομητική και ο ασθενής τελικά αποκτά μεγαλύτερη εμπιστοσύνη μαζί του.

Το 19% των επισκεπτών, χρησιμοποιεί τις ιατρικές ιστοσελίδες όταν αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα, για να πάρει μια πρώτη ιδέα πριν την ιατρική επίσκεψη, για να μπορέσει να καταλάβει καλύτερα τι θα του πει ο ιατρός (63%), για να μπορέσει να μιλήσει μαζί του σχετικά με την ασθένειά του και να δώσει όλες τις απαραίτητες πληροφορίες (53%), αλλά και για να μπορέσει να θέσει καλύτερα τα δικά του ερωτήματα.

Σχεδόν διπλάσιοι είναι οι χρήστες που επισκέπτονται τις ιατρικές σελίδες μετά την επίσκεψη στον ιατρό (το 34% των επισκεπτών) αναζητώντας περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την ασθένεια (72%) ή για τα φάρμακα και τη θεραπεία που απαιτείται (44%).

4.2.2. Ο ρόλος του ιατρού στην εποχή της πληροφόρησης

Οι παραπάνω αριθμοί είναι ιδιαίτερα αποκαλυπτικοί και φανερώνουν νέα δεδομένα στη σχέση ιατρού και ασθενή. Ο σύγχρονος ιατρός δεν θα πρέπει να αισθάνεται απειλή εξαιτίας της εξάπλωσης του διαδικτύου και της δημιουργίας ιατρικών ιστοσελίδων. Αντίθετα, πρόκειται για μια πραγματική ευκαιρία που μπορούν να εκμεταλλευτούν στο έπακρο λόγω των γνώσεων και της ιδιότητάς τους. Αρχικά, το διαδίκτυο τους κάνει να κερδίζουν χρόνο: ο διαθέσιμος χρόνος για μια ιατρική επίσκεψη είναι συνήθως περιορισμένος, οπότε αν ο ασθενής γνωρίζει ήδη κάποια πράγματα, η ιατρική τους συμβουλή μπορεί να γίνει πολύ πιο γρήγορα κατανοητή, οπότε και η θεραπευτική σχέση θα είναι πολύ πιο αποτελεσματική.

Ιδιαίτερα στις χρόνιες παθήσεις, η αναζήτηση πληροφοριών από τους ίδιους τους ασθενείς αποτελεί βασική πτυχή της θεραπείας τους. Η έγκυρη και αναλυτική πληροφόρηση του ασθενή από τον θεράποντα ιατρό μπορεί να είναι μια πολύ χρονοβόρα διαδικασία, γι' αυτό και η ενημέρωση μπορεί να γίνει πολύ πιο ουσιαστική όταν ο ασθενής γνωρίζει ήδη κάποια βασικά πράγματα.

Όλο και περισσότεροι ιατροί παραδέχονται ότι το διαδίκτυο παίζει σημαντικό ρόλο στην ενημέρωση των ασθενών για τις διάφορες παθήσεις, ενώ πολλοί τονίζουν ότι η έγκυρη πληροφόρηση από το διαδίκτυο ωθεί τον ασθενή στο να αναλαμβάνει ενεργό ρόλο, να ζητάει περισσότερες πληροφορίες και να θέτει περισσότερες ερωτήσεις κατά την διάρκεια της ιατρικής εξέτασης (medical manage)

4.3. Αξιολόγηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας

Την γενικότερη ικανοποίησή τους από την συμπεριφορά και την αποτελεσματικότητα του ιατρικού συστήματος υγείας, εκφράζουν οι περισσότεροι Έλληνες ασθενείς. Ταυτόχρονα όμως, εντοπίζουν σημαντικές ελλείψεις στις δομές του εθνικού συστήματος υγείας, που δυσχεραίνουν την καθημερινότητά τους. Επίσης, οι ασθενείς, διαπιστώνουν έλλειψη σεβασμού των δικαιωμάτων τους από πλευρά του Υπουργείου Υγείας, αλλά και σημαντικές καθυστερήσεις στην εισαγωγή νέων θεραπειών, ενώ δείχνουν εμπιστοσύνη στα γενόσημα σκευάσματα.

Τα παραπάνω αποτελούν τα κύρια συμπεράσματα της on line πανελλήνιας έρευνας που έγινε με την συμμετοχή 64 συλλόγων ασθενών την περίοδο 2/3 – 31/3/2017 και διενεργήθηκε από το Health Daily και την Global Link. Σκοπός της έρευνας, ήταν να εντοπιστούν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι χρόνιοι κυρίως ασθενείς σχετικά με τη σχέση τους με το σύστημα υγείας. Οι ασθενείς, κλήθηκαν να αξιολογήσουν τις υπηρεσίες που λαμβάνουν καθώς και το προσωπικό που εργάζεται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αλλά και στα νοσοκομεία. Επίσης σημαντικά είναι και τα συμπεράσματα σχετικά με τον σεβασμό των δικαιωμάτων τους κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής πράξης.

Με βάση λοιπόν τα αποτελέσματα:

- 7 στους 10 είναι απόλυτα ικανοποιημένοι από τη συμπεριφορά του ιατρικού και διοικητικού προσωπικού του ΠΕΔΥ.
- 2 στους 3 εκφράζουν την ικανοποίησή τους σχετικά με την ευκολία να κλείνουν ραντεβού με το γιατρό που χρειάζονται στην περιοχή που θέλουν, όμως
- 3 στους 4 εκφράζουν δυσαρέσκεια σχετικά με τη δυνατότητα να κλείσουν ραντεβού την ημέρα και ώρα που επιθυμούν.
- 3 στους 4 νιώθουν ικανοποιημένοι σχετικά με την ενημέρωση που δέχονται για την πορεία της υγείας τους, από το νοσοκομείο που νοσηλεύονται.
- 9 στους 10 εκφράζουν ικανοποίηση για την συμπεριφορά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.
- 7 στους 10 είναι ικανοποιημένοι από το διοικητικό προσωπικό
- Αλλά, συνολικά 6 στους 10 αναφέρουν ελλείψεις στις υπηρεσίες κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους, που οφείλεται κυρίως στην έλλειψη προσωπικού (63%), την έλλειψη του κατάλληλου τεχνικού εξοπλισμού (59%) και την έλλειψη κλινών (55%).

Σχετικά με τα φάρμακα:

- 9 στους 10 υποστηρίζουν ότι τα καινοτόμα φάρμακα είναι αναγκαία για την αντιμετώπιση δύσκολων ασθενειών όπως η δική τους.
- Επίσης οι 6 στους 10 δείχνουν εμπιστοσύνη στα γενόσημα σκευάσματα.
- 6 στους 10 όμως εκφράζουν δυσαρέσκεια, σχετικά με το πόσο γρήγορα, φθάνουν στην Ελλάδα τα νέα φάρμακα, αμέσως μετά την έγκρισή τους από τις Ευρωπαϊκές αρχές.
- Οι 7 στους 10 επίσης είναι δυσαρεστημένοι για το ποσοστό που πληρώνουν για την αγορά των φαρμάκων τους.
- Ενώ σχεδόν όλοι δηλώνουν ότι βρίσκουν εύκολα τα φάρμακά τους στα ιδιωτικά φαρμακεία και 1 στους 5 δηλώνει ότι δεν τα βρίσκει συχνά στα φαρμακεία των νοσοκομείων (Το βήμα, 2017).

4.4. Εμπιστοσύνη Ιατρού – Ασθενούς στην Ελλάδα

Η επικοινωνία γιατρού και ασθενούς στην Ελλάδα αντιμετωπίζει κάποιες δυσκολίες καθώς, αν και στην πλειοψηφία τους οι ασθενείς εμπιστεύονται το γιατρό τους και μιλούν με ειλικρίνεια μαζί του και οι γιατροί από τη μεριά τους, αφιερώνουν χρόνο και εξηγούν τα αποτελέσματα των εξετάσεων, ταυτόχρονα όμως οι ασθενείς φεύγουν με απορίες, καθώς οι όροι που χρησιμοποιούν οι γιατροί είναι δυσνόητοι. Τα παραπάνω διαφαίνονται σε πανελλαδική έρευνα με θέμα: «Επικοινωνία Γιατρού – Ασθενούς – Αλφαριθμητισμός στην Υγεία – Συμμετοχή των Ασθενών στη Λήψη Αποφάσεων», που διενεργήθηκε από το Ινστιτούτο Επικοινωνίας και Αλφαριθμητισμού στην Υγεία με δείγμα 2000 ατόμων, από τις 22 Ιανουαρίου έως τις 20 Φεβρουαρίου 2019.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας, ανησυχητικό είναι το αποτέλεσμα που δείχνει ότι σε ποσοστό 15,6% οι ασθενείς δεν επισκέφθηκαν κάποιο γιατρό εξαιτίας της έλλειψης χρημάτων. Επίσης το 12% των πασχόντων δήλωσε ότι είναι θέλημα Θεού η πορεία της υγείας τους, ενώ άλλοι έρχονται σε επαφή με ασθενείς που έχουν την ίδια πάθηση μαζί τους και αναζητούν ιατρικές πληροφορίες μέσω του διαδικτύου.

Αποτελέσματα έρευνας:

- ✚ Οι συμμετέχοντες σε ποσοστό 81,4% εμπιστεύονται τον ιατρό τους, ενώ αντίστοιχα σε ποσοστό 90,1% νιώθουν άνετα να μιλήσουν σε αυτόν με ειλικρίνεια για οτιδήποτε αφορά την υγεία τους. Όμως, σε ποσοστό 23,3%

- διστάζουν να αναφέρουν στο γιατρό τους πληροφορίες σχετικές με τον τρόπο ζωής τους και τις καθημερινές τους συνήθειες.
- ✚ Ένα ποσοστό 58,8% δηλώνει ότι ο γιατρός τους δεν τους διακόπτει και τους αφιερώνει χρόνο κατά την επίσκεψη, ενώ ένα ποσοστό 27,3% δηλώνει ότι δεν κάνει πολλές ερωτήσεις γιατί νιώθουν ότι ο γιατρός τους βιάζεται ή δεν έχει χρόνο. Σχετικά με τη σχέση επικοινωνίας μεταξύ ιατρού και ασθενή, παρατηρούμε ότι το 81,6% των ερωτηθέντων θεωρούν πως ο γιατρός τους εξηγεί επαρκώς τα αποτελέσματα των εξετάσεων. Το 92,9% των ερωτηθέντων θεωρούν πως δέχονται επαρκείς πληροφορίες για τον τρόπο χορήγησης των φαρμάκων, ενώ το ποσοστό αυτό πέφτει στο 62,4% αναφορικά με την επεξήγηση των παρενεργειών και των ανεπιθύμητων ενεργειών των φαρμάκων.
 - ✚ Σε ποσοστό 49,8%, οι γιατροί ρωτάνε τους ασθενείς τους αν κατάλαβαν όλα όσα συζητήθηκαν. Μετά την επίσκεψη σε ποσοστό 48% των ασθενών επικοινωνήσαν ξανά τηλεφωνικά με το γιατρό τους, ζητώντας περαιτέρω διευκρινήσεις, 30% έψαξαν πληροφορίες στο διαδίκτυο και 21,1% αναζήτησαν ομάδες ασθενών με παρόμοια προβλήματα και ρώτησαν τη γνώμη τους.
 - ✚ Επίσης, το 73,5% των ασθενών, δήλωσαν ότι διαβάζουν πάντα τα αποτελέσματα των ιατρικών εξετάσεων αλλά μόνο το 28% τα κατανοεί, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό αναφορικά με τις οδηγίες στο κουτί των φαρμάκων καταγράφεται σε ποσοστό 54,4% και 40% αντίστοιχα.
 - ✚ Αν και η πλειονότητα (79,2%) των ασθενών λαμβάνει τακτικά τα φάρμακά του, ένα ποσοστό 27,7% διακόπτει τα φάρμακα όταν αισθάνεται καλύτερα, ποσοστό 23,3% διακόπτει επειδή φοβάται τις παρενέργειες, ποσοστό 12,5% γιατί χρησιμοποιεί εναλλακτικές θεραπείες και ποσοστό 12,4% για οικονομικούς λόγους.
 - ✚ Σχετικά με την συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων, το 73,3% υποστηρίζει ότι οι σημαντικές ιατρικές αποφάσεις θα πρέπει να λαμβάνονται αποκλειστικά από το γιατρό και το 82,3% ότι οι ασθενείς θα πρέπει να δείχνουν εμπιστοσύνη στους γιατρούς τους, ενώ μόλις το 19,4% δηλώνει ότι σε δύσκολες καταστάσεις είναι καλύτερα για τους ασθενείς να μην τους εξηγείται επακριβώς η κατάσταση της υγείας τους.
 - ✚ Τέλος, το 34,6% των ασθενών, δηλώνουν ότι η προσωπική θέληση και ο αγώνας επηρεάζουν την πορεία της υγείας τους, ενώ ποσοστό 50,2% εγκατέλειψε το

γιατρό ύστερα από δυσαρέσκεια και 26,4% δήλωσε ότι υπέστη ιατρικό λάθος πρόσφατα ή στο παρελθόν.

Στόχος της έρευνας ήταν η αναλυτική μελέτη των στάσεων, των αντιλήψεων και των συμπεριφορών που επηρεάζουν την επικοινωνία ιατρού και ασθενούς, τον αλφαριθμητισμό στην υγεία, την συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή και την συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων (Iraideia, 2019).

5. Η ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1. Γενικά

Η επικοινωνία ιατρού και ασθενούς καθορίζει σημαντικά την ποιότητα της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας. Πολλές έρευνες δείχνουν ότι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών εξαρτάται περισσότερο από τις επικοινωνιακές δεξιότητες του ιατρού παρά από την ποιότητα της ίδιας της θεραπευτικής πράξης (Inuitsetal, 1982).

Η ποιότητα της επικοινωνίας, καθορίζει τον τρόπο με τον οποίο αξιολογούν οι ασθενείς το ιατρικό προσωπικό, ενώ τα οποιαδήποτε προβλήματα σχετίζονται με αυτή επιφέρουν μια σειρά αρνητικών επιπτώσεων. Επίσης, υποστηρίζεται ότι ποσοστό 70–80% των δικαστικών διενέξεων μεταξύ ασθενών και ιατρών εντοπίζονται περισσότερο σε θέματα κακής ποιότητας σχέσης ιατρού-ασθενούς, καθώς και σε προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ τους και λιγότερο σε ζητήματα ιατρικών λαθών (Lussier & Richard, 2010).

Επίσης, η αποτελεσματική επικοινωνία των δύο πλευρών καθορίζει το βαθμό προσαρμογής ασθενή, στις ιατρικές οδηγίες. Στην παρούσα έρευνα θα προσπαθήσουμε να αξιολογήσουμε την ποιότητα της σχέσης επικοινωνίας μεταξύ ιατρού και ασθενή, στις ψυχιατρικές κλινικές.

5.2. Μέθοδος έρευνας

Οι βασικές μέθοδοι για την πραγματοποίηση μίας έρευνας είναι το πείραμα, η αξιολόγηση και η παρατήρηση οι οποίες είναι κατάλληλες για διαφορετικά είδη μελέτης. Το πείραμα είναι η πιο πολύπλοκη μέθοδος σε σχέση με τις άλλες τρεις και γίνεται κάτω από ελεγχόμενες συνθήκες, η παρατήρηση αφορά την απλή παρακολούθηση της συμπεριφοράς των ατόμων, ενώ η αξιολόγηση περιλαμβάνει την συλλογή πρωτογενών δεδομένων απευθείας από τους εξεταζόμενους μέσω της διανομής και συμπλήρωσης κατάλληλων ερωτηματολογίων (Keller, 2010).

Η έρευνα επίσης διαχωρίζεται σε ποιοτική ή ποσοτική. Η ποιοτική έρευνα βασίζεται περισσότερο σε συνεντεύξεις που έχουν ως στόχο την άμεση λήψη πληροφοριών από τους εξεταζόμενους και χρησιμοποιείται συνήθως στις κοινωνικές επιστήμες για την περιγραφή, κατανόηση και ανάλυση κοινωνικών φαινομένων και σχέσεων μεταξύ διαφορετικών ομάδων (Weinreich, 2008). Στόχος της είναι η ολική κατανόηση του υπό διερεύνηση θέματος και συνήθως το δείγμα της έρευνας είναι μικρό, ενώ εξετάζονται κυρίως τα ερωτήματα «πώς» και «γιατί», σε αντίθεση με την ποσοτική η οποία εξετάζει

τα ερωτήματα «πόσο» και «ποιος» (Ιωσηφίδης, 2003). Τα συμπεράσματα που προκύπτουν αφορούν τα μέλη του δείγματος που εξετάστηκε και δεν αντανακλούν απαραίτητα τις απόψεις του γενικού πληθυσμού.

Η ποσοτική έρευνα βασίζεται στην στατιστική, υιοθετεί μεθόδους των φυσικών επιστημών και μπορεί να οδηγήσει σε γενικότερα συμπεράσματα για τον πληθυσμό. Επιπλέον, επιτρέπει τη σύνδεση των εξεταζόμενων χαρακτηριστικών για μεγάλο αριθμό περιπτώσεων, εντοπίζει γενικές τάσεις, επαληθεύει ή καταρρίπτει τις υποθέσεις που προέκυψαν κατά τον σχεδιασμό της έρευνας και χρησιμοποιεί εργαλεία μέτρησης όπως το ερωτηματολόγιο. Ο πληθυσμός αφορά όλες τις πιθανές περιπτώσεις. Το δείγμα είναι το μέρος του πληθυσμού που έχει επιλεγεί για την διεξαγωγή της έρευνας. Το δείγμα θα πρέπει να είναι αντιπροσωπευτικό, δηλαδή τα προς εξέταση χαρακτηριστικά να είναι ίδια και σε αυτό και στον πληθυσμό (Keller, 2010).

Οι έρευνες ταξινομούνται ακόμη σε αιτιολογικές, περιγραφικές και εξερευνητικές. Η αιτιολογική έρευνα βασίζεται κυρίως στον πειραματισμό και χρησιμοποιείται για την απόδειξη σχέσεων αιτίας-αποτελέσματος. Η περιγραφική έρευνα χρησιμοποιείται όταν είναι γνωστό το πρόβλημα, καθώς και τα χαρακτηριστικά του και απαιτούνται μόνο οι μετρήσεις ώστε να περιγραφεί πληρέστερα. Θεωρείται καλύτερα οργανωμένη από τα άλλα δύο είδη της έρευνας αλλά παρουσιάζει μικρότερη ευελιξία. Τέλος, η εξερευνητική έρευνα βοηθά στην καλύτερη κατανόηση ενός προβλήματος και προτείνει λύσεις για την αντιμετώπισή του. Χαρακτηρίζεται από ευελιξία, μεγαλύτερη ελευθερία κινήσεων για τον ερευνητή και πιθανές μορφές της περιλαμβάνουν την μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας, συνεντεύξεις με ορισμένο αριθμό συμμετεχόντων και μελέτη περιπτώσεων (Σιώμος, 2008). Η παρούσα εργασία συγκαταλέγεται στις ποσοτικές, περιγραφικές έρευνες, διότι επιχειρεί να διερευνήσει το ρόλο της επικοινωνίας μεταξύ ιατρού και ασθενή, στις ψυχιατρικές κλινικές.

5.3. Δομή και μετρήσεις ερωτηματολογίου

Το ερωτηματολόγιο της παρούσας μελέτης διαιρείται σε 3 τμήματα. Το πρώτο μέρος έχει να κάνει με γενικές πληροφορίες που αφορούν τους ερωτηθέντες στην έρευνα. Αποτελείται από γενικά, δημογραφικά στοιχεία και κάποιες πληροφορίες ιατρικού περιεχομένου.

Το δεύτερο μέρος έχει να κάνει με κάποιες ειδικές ερωτήσεις που ζητούν από τους ερωτηθέντες να εκφράσουν το βαθμό ικανοποίησής τους σε σχέση με διάφορα θέματα

που αφορούν την επίσκεψη και την εξυπηρέτησή τους, στις ψυχιατρικές κλινικές. Οι συγκεκριμένες επιμέρους μετρήσεις βαθμολογούνται από τους ερωτώμενους μέσω μιας κλίμακας πέντε βαθμών τύπου Likert, όπου η τιμή 1 εκφράζει μηδενική ικανοποίηση του ερωτώμενου με την πρόταση της επιμέρους μέτρησης, ενώ η τιμή 5 εκφράζει την απόλυτη ικανοποίησή του με την εν λόγω πρόταση. (1= Καθόλου Ικανοποιητικός, 5 = Πολύ Ικανοποιητικός).

Το τρίτο μέρος έχει να κάνει με κάποιες ερωτήσεις που προσπαθούν να εκτιμήσουν τον βαθμό ικανοποίησής των ασθενών, αναφορικά με την σχέση που έχουν αναπτύξει με τον ιατρό τους. Οι συγκεκριμένες επιμέρους μετρήσεις βαθμολογούνται από τους ερωτώμενους μέσω μιας κλίμακας πέντε βαθμών τύπου Likert, όπου η τιμή 1 εκφράζει απόλυτη διαφωνία του ερωτώμενου με την πρόταση της επιμέρους μέτρησης, ενώ η τιμή 5 εκφράζει την απόλυτη συμφωνία του με την εν λόγω πρόταση. (1=Διαφωνώ Απόλυτα, 5 =Συμφωνώ Απόλυτα).

5.4. Τα εργαλεία της έρευνας

Τα εργαλεία για την επιλογή των δεδομένων ήταν ερωτηματολόγια με ερωτήσεις κλειστού τύπου καθώς και ερωτήσεις βαθμολογούμενες μέσω μιας κλίμακας πέντε βαθμών τύπου Likert. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε από ασθενείς των κλινικών Σινούρη και Άγιος Γεράσιμος οι οποίοι είτε νοσηλεύονταν, είτε είχαν έρθει για ιατρική επίσκεψη.

5.5. Δείγμα

Το σύνολο των ερωτηθέντων ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν εκατόν είκοσι. Επιλέχθηκαν ασθενείς που αντιμετώπιζαν κάποιο ψυχικό πρόβλημα, ώστε να διερευνήσουμε το ρόλο της επικοινωνίας μεταξύ των ψυχικά ασθενών ατόμων και των ιατρών τους. Η επιλογή τους έγινε τυχαία, με βάση όμως την ανάλογη προθυμία τους να συμμετάσχουν στην έρευνα.

Η αναλογία ως προς το φύλο προσπαθήσαμε να είναι ίδια, ωστόσο επιλέχθηκαν 55 άνδρες και 65 γυναίκες.

Η έρευνα διήρκεσε 2 μήνες και συγκεκριμένα από 1 Μαρτίου 2019 έως και 1 Μαΐου 2019. Επισκεφθήκαμε αρκετές φορές τις κλινικές Σινούρη και Άγιος Γεράσιμος στην Περιφέρεια Θεσσαλίας και συγκεκριμένα στη Λάρισα, ενώ για να μπορέσουμε να

ολοκληρώσουμε την συλλογή των ερωτηματολογίων επισκεφθήκαμε και την κλινική Παναγία η Γρηγορούσα στην Αττική.

6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1. Γενικά Στοιχεία

6.1.1 Φύλο

Στο γράφημα 6.1.1 αλλά και στον πίνακα 6.1.1 παρατηρούμε τον διαχωρισμό του φύλου των συμμετεχόντων στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε, σε ό,τι αφορά πάντα το κομμάτι του ερωτηματολογίου. Έτσι, σε σύνολο συμμετεχόντων 120 άτομα, οι 55 ήταν άντρες ενώ οι 65 γυναίκες. Ποσοστιαία, η συμμετοχή των ανδρών αγγίζει το 46%, ενώ η συμμετοχή των γυναικών, το 54%.

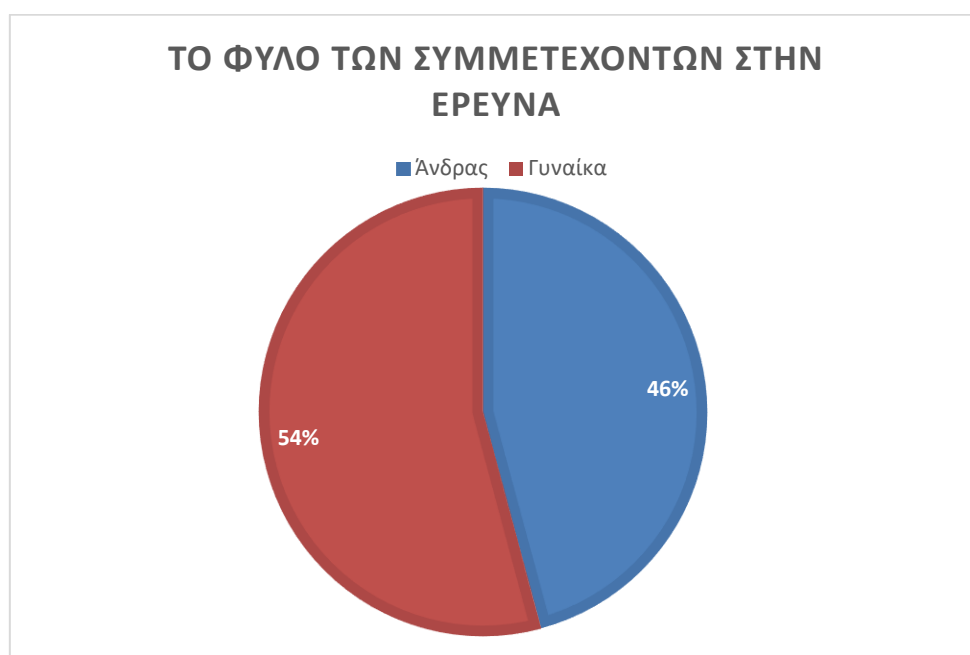
Πίνακας 6.1.1

Το φύλο των ερωτηθέντων στην έρευνα

	<i>απόλυτος αριθμός</i>	<i>ποσοστό επί τοις %</i>
<i>Άνδρες</i>	55	46
<i>Γυναίκες</i>	65	54

Γράφημα 6.1.1

Η ποσότητα του φύλου των ερωτηθέντων στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε.



6.1.2. Η ηλικιακή ομάδα των ασθενών

Οι ηλικιακές ομάδες των ερωτηθέντων στην έρευνα που πραγματοποιήσαμε χωρίστηκαν σε πέντε κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 1-19 ετών, η δεύτερη στην ηλικιακή ομάδα 20-40 ετών, η τρίτη στην ηλικιακή ομάδα 40-60 ετών, η τέταρτη στην ηλικιακή ομάδα 60- 75 ετών και η πέμπτη, στην ηλικιακή ομάδα 75 ετών και άνω. Στον πίνακα 2 αλλά και στο Γράφημα 2 παρουσιάζεται η ανάλυση των ηλικιακών ομάδων μεταξύ των ερωτηθέντων. Σε ό,τι αφορά τις ηλικιακές ομάδες των ερωτηθέντων, έχουμε να παρατηρήσουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος είναι μεταξύ 40 και 60 ετών, ενώ μόλις 2 άτομα ήταν κάτω των 19 ετών. Γενικά, παρατηρούμε ότι σχεδόν το 77% των ερωτηθέντων ήταν μεταξύ 40 και 75 ετών και ίσως μπορούμε να συμπεράνουμε ότι είναι οι ηλικίες που εμφανίζουν πιο συχνά κάποιου είδους ψυχικά προβλήματα.

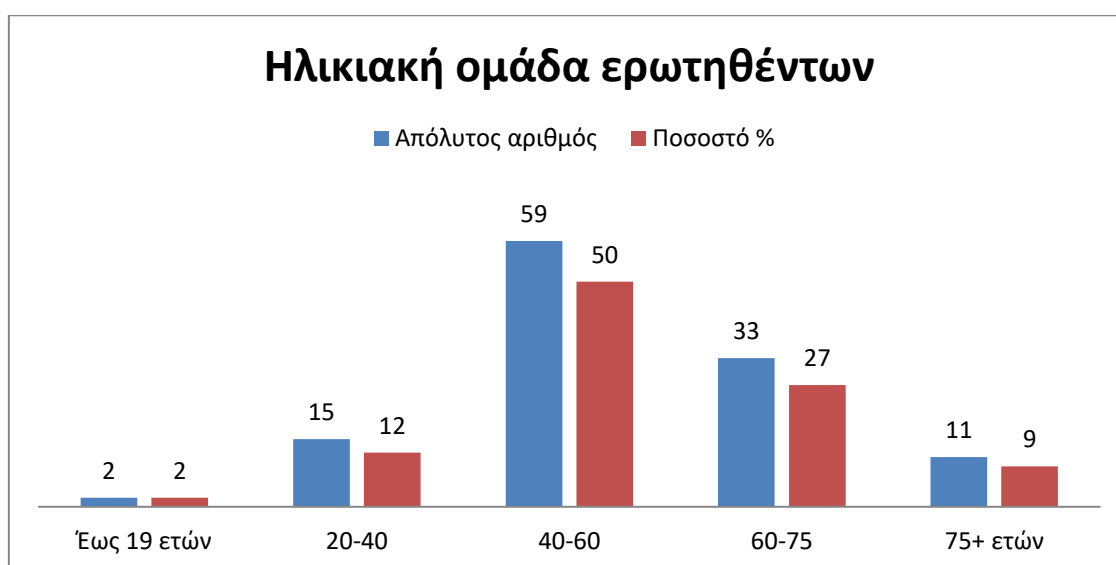
Πίνακας 6.1.2

Η ηλικιακή ομάδα των ερωτηθέντων στην έρευνα

	<i>Απόλυτος αριθμός</i>	<i>Ποσοστό επί τοις %</i>
<i>Έως 19 ετών</i>	2	2 %
<i>20-40</i>	15	12%
<i>40-60</i>	59	50%
<i>60-75</i>	33	27%
<i>75+ ετών</i>	11	9%

Γράφημα 6.1.2

Η ηλικιακή κατανομή του δείγματος



6.1.3 Η οικογενειακή κατάσταση των ασθενών

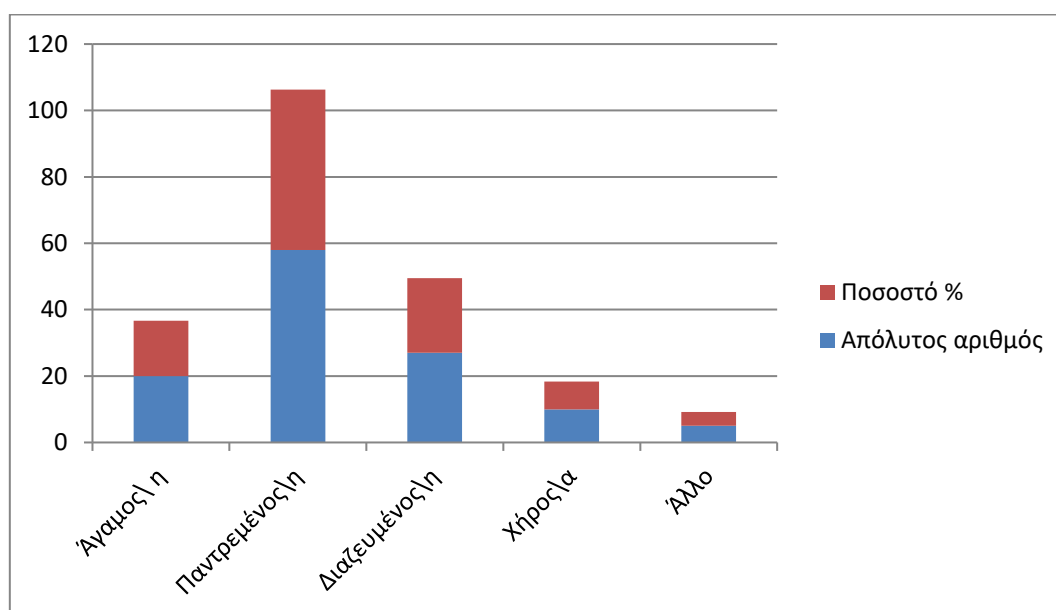
Από τις απαντήσεις των ασθενών σχετικά με την οικογενειακή τους κατάσταση, παρατηρούμε ότι σχεδόν οι μισοί από αυτούς είναι παντρεμένοι και μάλιστα σε ποσοστό 48%. Οι άγαμοι, οι χήροι και οι διαζευγμένοι, ακολουθούν με παρόμοια ποσοστά μεταξύ τους. Συγκεκριμένα οι άγαμοι αποτελούν το 17% του δείγματος, οι χήροι το 8%, οι διαζευγμένοι το 23% και την απάντηση «άλλο», την επέλεξε μόνο το 4% των ερωτηθέντων. Στον πίνακα 6.3.1 αλλά και στο γράφημα 6.3,1 που ακολουθεί παρουσιάζεται αναλυτικά η οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων και η ποσοστώς τους.

Πίνακας 6.1.3
Οικογενειακή κατάσταση
Απόλυτος αριθμός *Ποσοστό %*

<i>Άγαμος\η</i>	20	17%
<i>Παντρεμένος\η</i>	58	48%
<i>Διαζευγμένος\η</i>	27	23%
<i>Χήρος\α</i>	10	8%
<i>Άλλο</i>	5	4%

Γράφημα 6.1.3

Η ποσοστώς της οικογενειακής κατάστασης των ερωτηθέντων στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε.



6.1.4. Εκπαίδευση

Στο συγκεκριμένο ερώτημα οι ερωτηθέντες κλήθηκαν να επιλέξουν το επίπεδο μόρφωσής τους. Όπως παρατηρούμε το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (40%) είναι απόφοιτοι λυκείου. Αρκετά μεγάλο είναι και το ποσοστό των απόφοιτων ανώτατων σχολών (23%), καθώς και αυτό των απόφοιτων Γυμνασίου με 17%. Γενικά δεν παρατηρούμε μεγάλες διαφορές στα ποσοστά που αφορούν τη μόρφωση, εκτός από την επιλογή «άλλο» που συγκεντρώνει μόλις το 8%. Συνεπώς, το 63% περίπου των ερωτηθέντων έχουν τελειώσει τη βασική και ανώτερη εκπαίδευση, ενώ το 37% είναι απόφοιτοι γυμνασίου και δημοτικού.

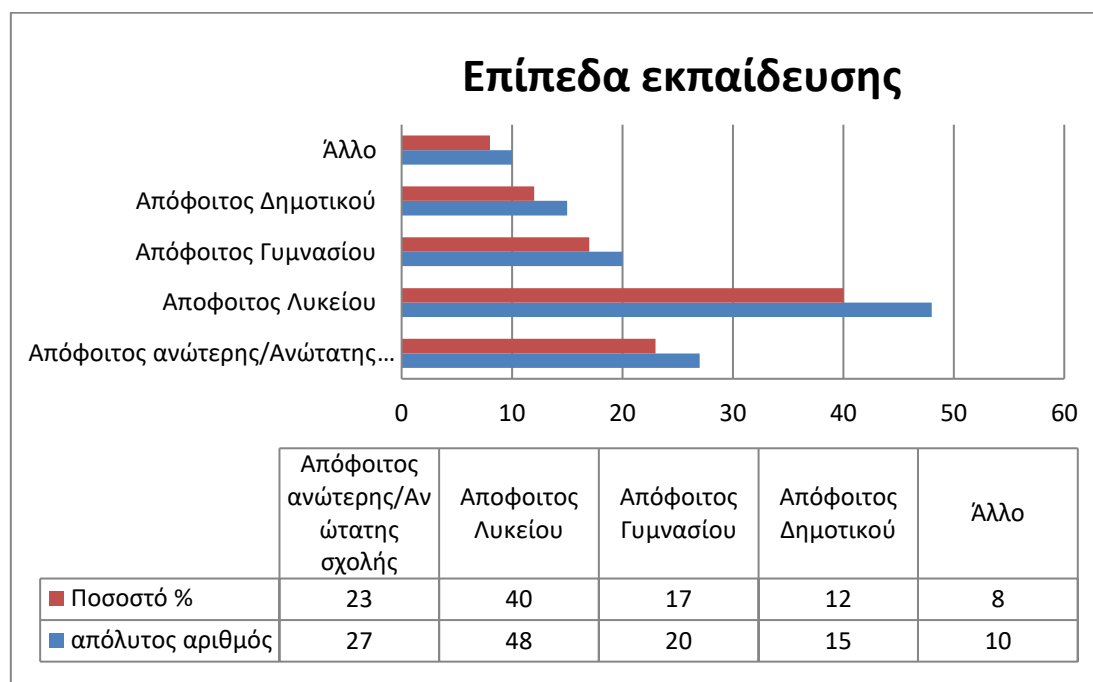
Πίνακας 6.1.4

Το επίπεδο μόρφωσης των ερωτηθέντων

	<i>απόλυτος αριθμός</i>	<i>Ποσοστό επί τοις %</i>
<i>Απόφοιτος ανώτερης/Ανώτατης σχολής</i>	27	23%
<i>Απόφοιτος Λυκείου</i>	48	40%
<i>Απόφοιτος Γυμνασίου</i>	20	17%
<i>Απόφοιτος Δημοτικού</i>	15	12%
<i>Άλλο</i>	10	8%

Γράφημα 6.1.4

Το επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτηθέντων



6.1.5. Ασφαλιστικός φορέας

Ως προς τους φορείς ασφάλισης παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι διαθέτουν ασφάλεια του ΙΚΑ, με ποσοστό 27%. Αμέσως μετά ακολουθεί ο ΟΑΕΕ, με 22%. Ένα μικρό ποσοστό των ερωτηθέντων (8%) διαθέτει ιδιωτική ασφάλιση. Τέλος, παρατηρούμε ότι ένα μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων έχει είτε ασφάλεια πρόνοιας (17%), είτε δεν έχει καθόλου ασφάλεια υγείας (12%). Αυτό ίσως και να φανερώνει την γενικότερη οικονομική και κοινωνική κατάσταση που επικρατεί στη χώρα μας.

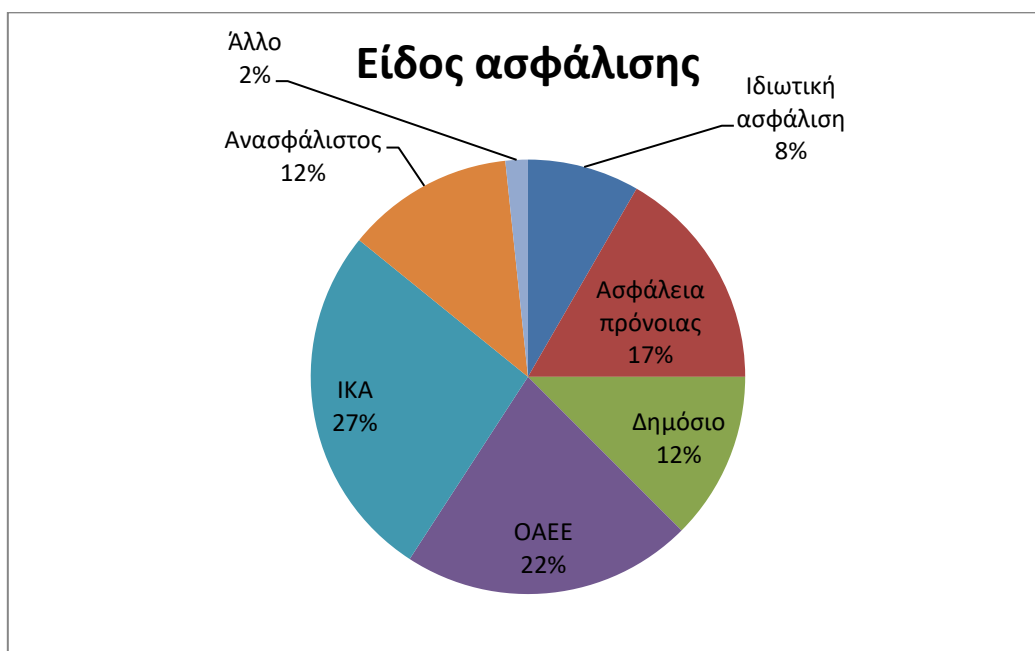
Πίνακας 6.1.5

Οι φορείς ασφάλισης υγείας των ασθενών

	Απόλυτος αριθμός	Ποσοστό %
<i>Ιδιωτική ασφάλιση</i>	10	8%
<i>Ασφάλεια πρόνοιας</i>	20	17%
<i>Δημόσιο</i>	15	12%
<i>ΟΑΕΕ</i>	26	22%
<i>ΙΚΑ</i>	32	27%
<i>Ανασφάλιστος</i>	15	12%
<i>Άλλο</i>	2	2%

Γράφημα 6.1.5.

Οι φορείς ασφάλισης υγείας των ασθενών



6.1.6. Ημέρες νοσηλείας

Σχετικά με της ημέρες νοσηλείας, παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι ασθενείς δεν νοσηλεύονται και είχαν επισκεφθεί τις κλινικές για κάποιο ιατρικό ραντεβού ή για κάποιες προγραμματισμένες εξετάσεις. Το ποσοστό των ερωτηθέντων που δεν νοσηλεύονται, στην έρευνά μας αγγίζει το 54%, ενώ ένα ποσοστό 17% είχε μια ολιγοήμερη νοσηλεία από 1 έως 5 ημέρες. Επίσης, παρατηρούμε ότι όσο αυξάνονται οι ημέρες νοσηλείας τόσο μειώνεται και το αντίστοιχο ποσοστό, με το μικρότερο ποσοστό να είναι το 4%, σε ασθενείς που νοσηλεύονται άνω των 21 ημερών.

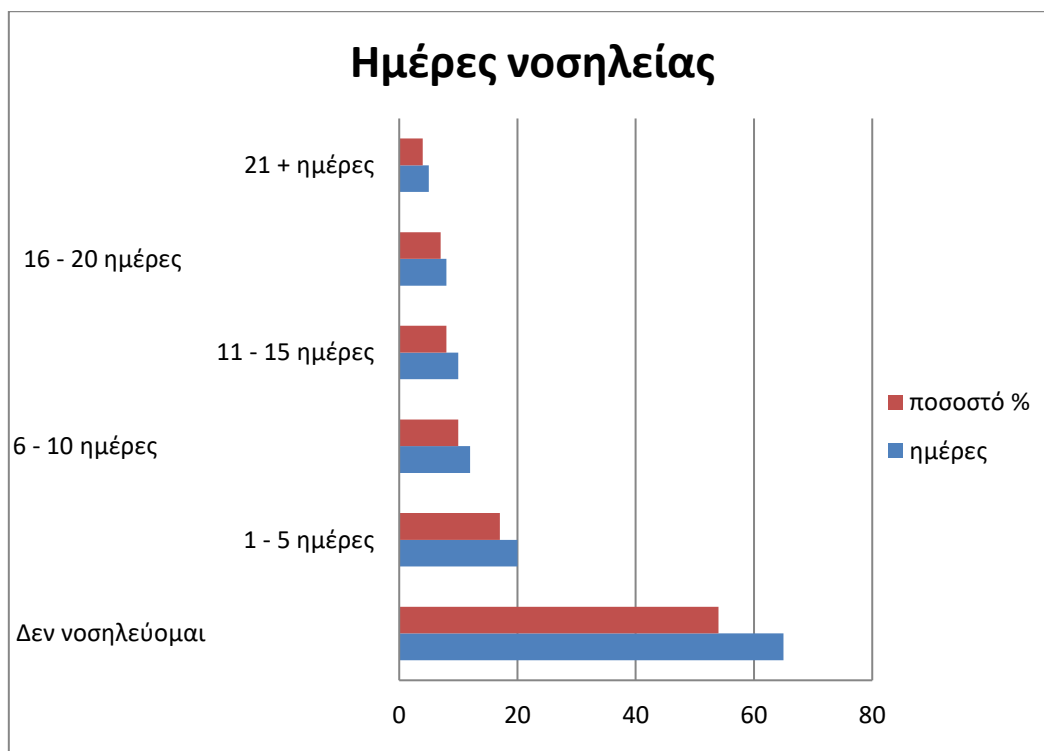
Πίνακας 6.1.6

Ημέρες νοσηλείας των ασθενών

	ημέρες	ποσοστό %
<i>Δεν νοσηλεύομαι</i>	65	54%
<i>1 - 5 ημέρες</i>	20	17%
<i>6 - 10 ημέρες</i>	12	10%
<i>11 - 15 ημέρες</i>	10	8%
<i>16 - 20 ημέρες</i>	8	7%
<i>21 + ημέρες</i>	5	4%

Γράφημα 6.1.6

Οι ημέρες νοσηλείας των ερωτηθέντων



6.1.7. Η κατάσταση υγείας των ασθενών

Οι ερωτηθέντες, σε αυτήν την ερώτηση, κλήθηκαν να αξιολογήσουν την κατάσταση της υγείας τους ανάμεσα σε πέντε βαθμίδες. Οι βαθμίδες αυτές αξιολογούν την κατάσταση υγείας από πολύ καλή, έως και πολύ κακή. Σύμφωνα με την ανάλυση που ακολουθεί στο γράφημα 6.1.7, παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι ασθενείς αξιολογούν την υγεία τους ως καλή και μάλιστα σε ποσοστό 30%. Με μικρή διαφορά (29%) ακολουθούν οι ασθενείς που αξιολογούν την υγεία τους ως κανονική. Επίσης, ένα μεγάλο ποσοστό της τάξης του 19% αξιολογεί την υγεία του ως πολύ καλή. Οι ασθενείς που αξιολογούν την υγεία τους ως κακή και πολύ κακή αποτελούν μόλις το 20% του δείγματος. Σύμφωνα με τα παραπάνω, βλέπουμε πως το 80% των ασθενών αντιμετωπίζουν με μια αισιοδοξία την κατάσταση της υγείας τους χαρακτηρίζοντάς την από κανονική έως και πολύ καλή.

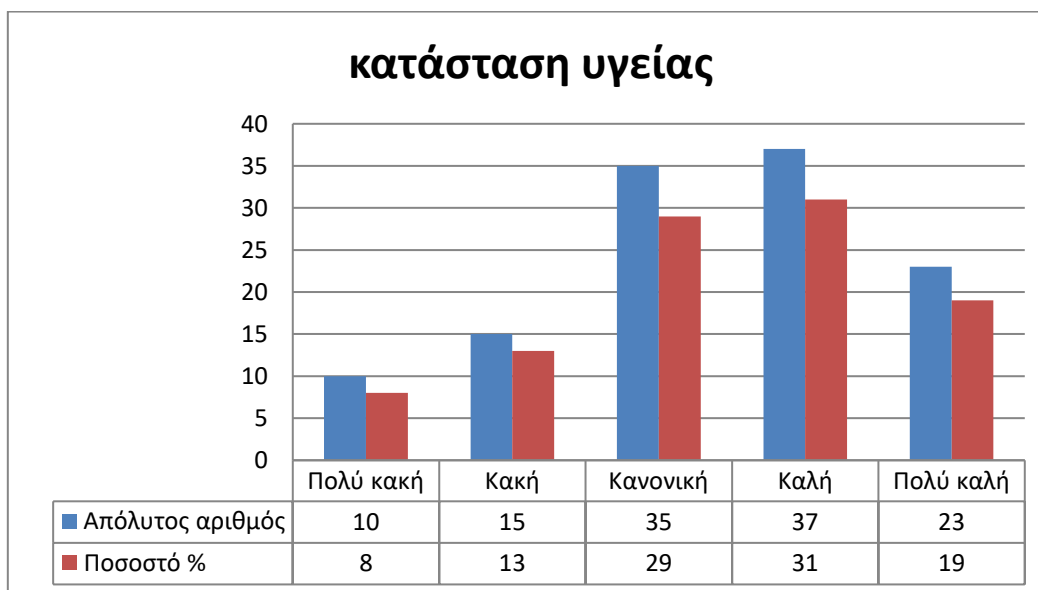
Πίνακας 6.1.7

Η κατάσταση υγείας των ασθενών

	<i>Απόλυτος αριθμός</i>	<i>Ποσοστό %</i>
<i>Πολύ κακή</i>	10	8%
<i>Κακή</i>	15	13%
<i>Κανονική</i>	35	29%
<i>Καλή</i>	37	31%
<i>Πολύ καλή</i>	23	19%

Γράφημα 6.1.7

Η κατάσταση υγείας των ασθενών, σύμφωνα με τους ίδιους



6.1.8. Η πρότερη νοσηλεία

Σε αυτό το ερώτημα οι ασθενείς απάντησαν σχετικά με το αν έχουν νοσηλευτεί ξανά στο παρελθόν. Παρατηρούμε ότι το 58% των ασθενών δεν έχει νοσηλευτεί ξανά στο παρελθόν και ίσως αυτό να σχετίζεται και με την παραπάνω ερώτηση, καθώς τα περισσότερα άτομα αξιολογούσαν ως κανονική ή καλή την κατάσταση της υγείας τους. Επίσης, το 54% των ερωτηθέντων, δεν νοσηλεύονταν τη στιγμή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου και είχαν επισκεφθεί τις κλινικές για κάποια ιατρική επίσκεψη.

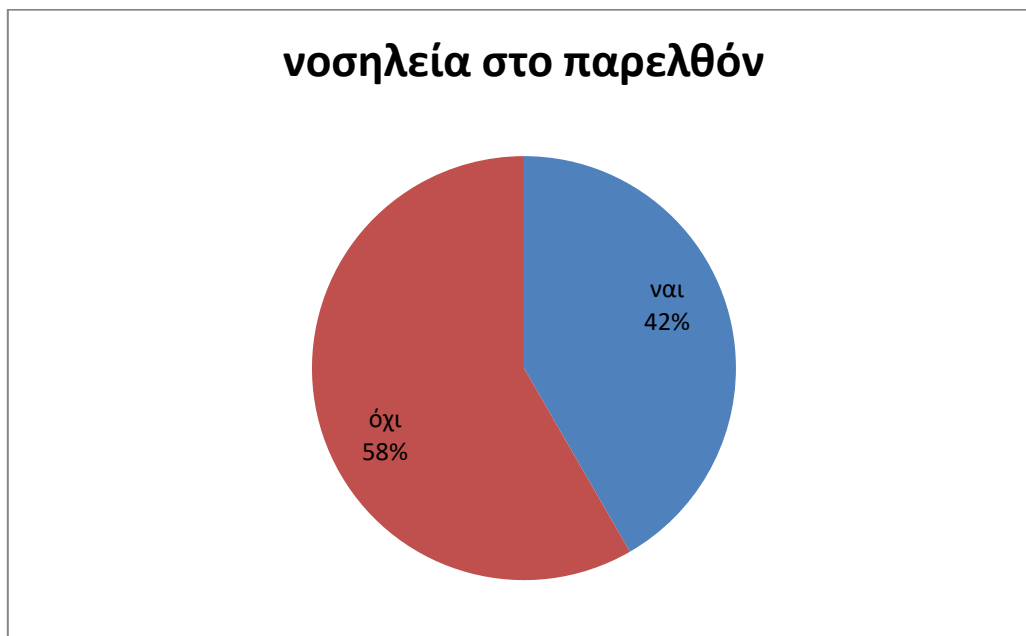
Πίνακας 6.1.8

Η ύπαρξη νοσηλείας των ασθενών στο παρελθόν

	Απόλυτος αριθμός	Ποσοστό %
ναι	50	42%
όχι	70	58%

Γράφημα 6.1.8

Η ύπαρξη νοσηλείας των ασθενών στο παρελθόν



6.1.9. Πληροφορίες σχετικά με τα δικαιώματα των ασθενών

Σε αυτήν την ερώτηση, οι ασθενείς μας απάντησαν σχετικά με το αν έλαβαν σχετική πληροφόρηση από το νοσηλευτικό προσωπικό, αναφορικά με τα δικαιώματά τους. Παρατηρούμε ότι το 67% των ασθενών έχουν λάβει κάποια σχετική πληροφόρηση για τα δικαιώματά τους, ωστόσο ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό της τάξεως του 33% δεν έχει λάβει κάποια αντίστοιχη πληροφόρηση. Αν επιχειρούσαμε να το ερμηνεύσουμε, θα μπορούσαμε να πούμε ότι όλοι οι ασθενείς που νοσηλεύονταν πρέπει να έχουν λάβει κάποια σχετική πληροφόρηση, ωστόσο από τους ασθενείς που είχαν κάποιο ιατρικό ραντεβού δεν έχουν ενημερωθεί όλοι. Αυτό μπορεί να συμβαίνει εξαιτίας της έλλειψης χρόνου, από μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού ή από αμέλεια.

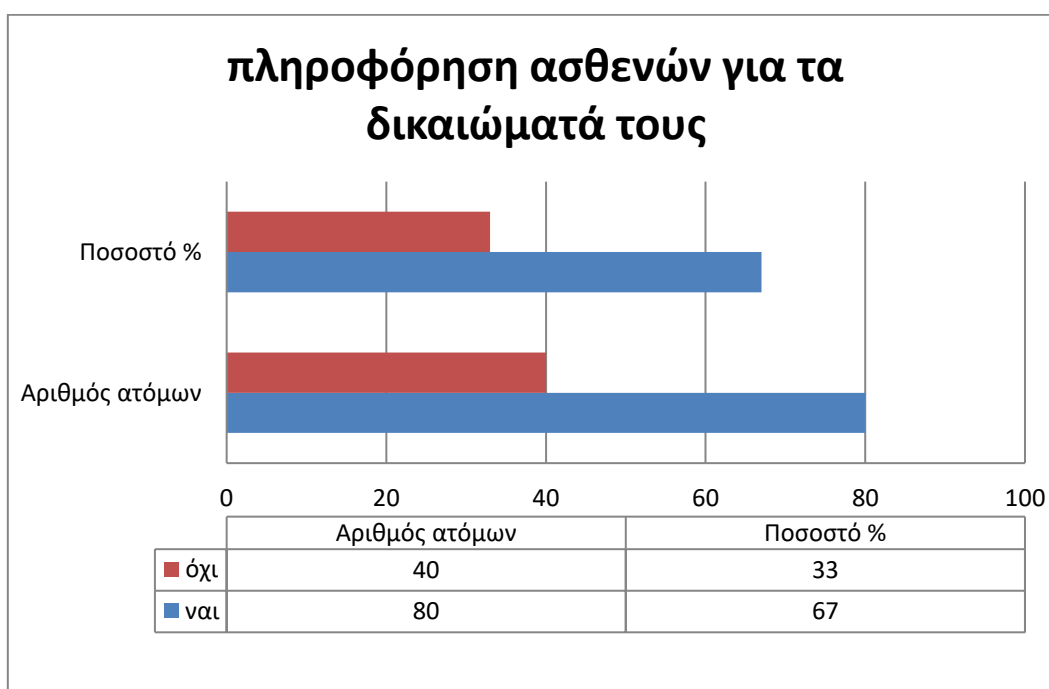
Πίνακας 6.1.9

Πληροφόρηση ασθενών για τα δικαιώματά τους

	<i>Αριθμός ατόμων</i>	<i>Ποσοστό %</i>
<i>ναι</i>	80	67%
<i>όχι</i>	40	33%

Γράφημα 6.1.9

Πληροφόρηση ασθενών για τα δικαιώματά τους



6.2. Ικανοποίηση ασθενών

Στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου, ζητήθηκε από τους ασθενείς να εκφράσουν το βαθμό ικανοποίησής τους σε σχέση με διάφορα θέματα που αφορούσαν την επίσκεψή τους στην κλινική, καθώς και την εξυπηρέτηση που έλαβαν. Κλήθηκαν να βαθμολογήσουν διάφορα θέματα σε μία κλίμακα 5 βαθμίδων όπου το 1 αντιπροσώπευε τη μικρότερη ικανοποίηση και το 5 τη μεγαλύτερη.

6.2.1. Ο διαθέσιμος χρόνος του ιατρού κατά τη διάρκεια των επισκέψεων

Σύμφωνα με τον πίνακα 6.2.1 αλλά και το αντίστοιχο γράφημα παρατηρούμε ότι το 71% των ασθενών είναι είτε αρκετά, είτε πολύ ικανοποιημένοι, αναφορικά με τον χρόνο που τους διέθεσε ο ιατρός τους κατά την ιατρική επίσκεψη. Ένα ποσοστό της τάξεως του 21% θεωρεί το διαθέσιμο χρόνο απλά ικανοποιητικό, ενώ μόλις το 8% των ασθενών δεν είναι πολύ ικανοποιημένοι με το χρόνο που τους διατέθηκε. Αξιοσημείωτο είναι ότι κανείς από τους ασθενείς δεν δήλωσε μηδενική ικανοποίηση, αναφορικά με το διαθέσιμο χρόνο και αυτό μας δίνει το δικαίωμα να θεωρήσουμε πως ο χρόνος που διαθέτουν οι ιατροί, είναι αρκετός, ώστε να κατανοήσουν το πρόβλημα των ασθενών τους.

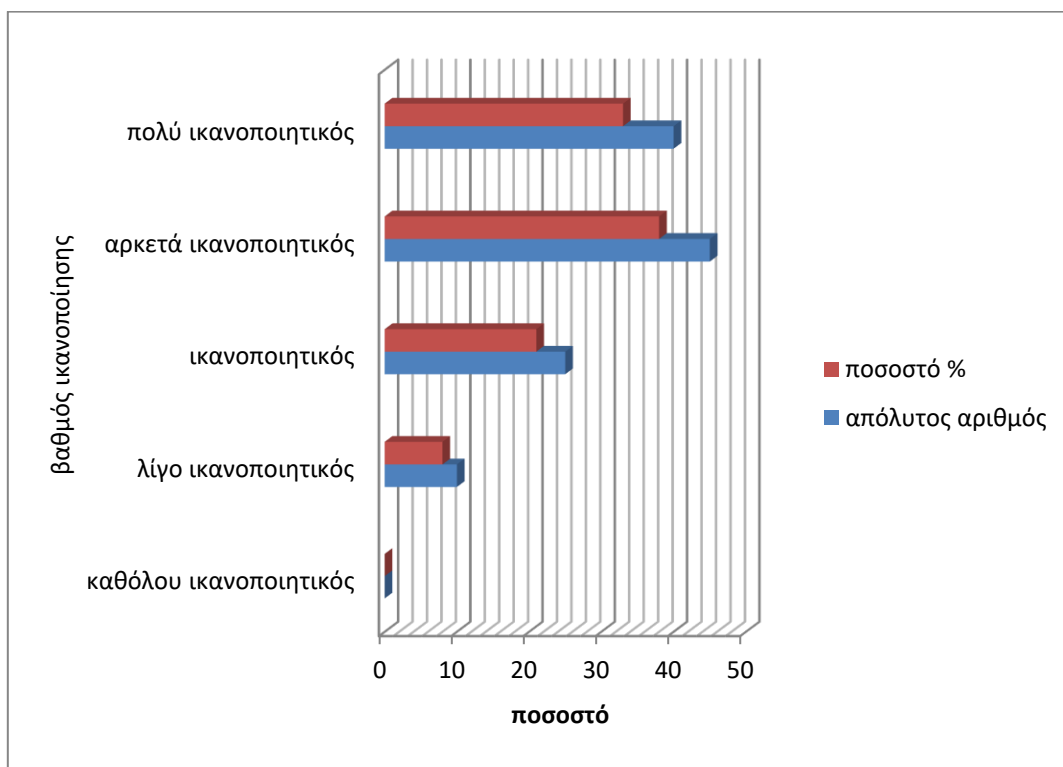
Πίνακας 6.2.1

Ο διαθέσιμος χρόνος του ιατρού κατά την επίσκεψη

	<i>απόλυτος αριθμός</i>	<i>ποσοστό %</i>
<i>καθόλου ικανοποιητικός</i>	0	0%
<i>λίγο ικανοποιητικός</i>	10	8%
<i>ικανοποιητικός</i>	25	21%
<i>αρκετά ικανοποιητικός</i>	45	38%
<i>πολύ ικανοποιητικός</i>	40	33%

Γράφημα 6.2.1

Ο διαθέσιμος χρόνος του ιατρού κατά την επίσκεψη



6.2.2. Το ενδιαφέρον του Ιατρού για την προσωπική κατάσταση του ασθενή

Σύμφωνα με τον παρακάτω πίνακα αλλά και το αντίστοιχο γράφημα, παρατηρούμε ότι οι ασθενείς είναι αρκετά ικανοποιημένοι, αναφορικά με το ενδιαφέρον που δείχνουν οι ιατροί για την κατάσταση της υγείας τους. Συγκεκριμένα, το 35% των ασθενών, αξιολογούν το ενδιαφέρον του ιατρού προς την κατάσταση της υγείας τους ως αρκετά ικανοποιητικό και το 28% ως πολύ ικανοποιητικό. Ένα ποσοστό 30% το αξιολογεί ως ικανοποιητικό, ενώ αντίθετα μόλις το 7% των ασθενών αξιολογεί το ενδιαφέρον των ιατρών ως λίγο ικανοποιητικό. Τέλος, κανείς από τους ασθενείς δεν αξιολόγησε το ενδιαφέρον των ιατρών ως καθόλου ικανοποιητικό, γεγονός που μας δείχνει ότι οι ιατροί κατά τη θεραπευτική πράξη προσπαθούν να δείξουν ενδιαφέρον και να κατανοήσουν τα προβλήματα των ασθενών τους.

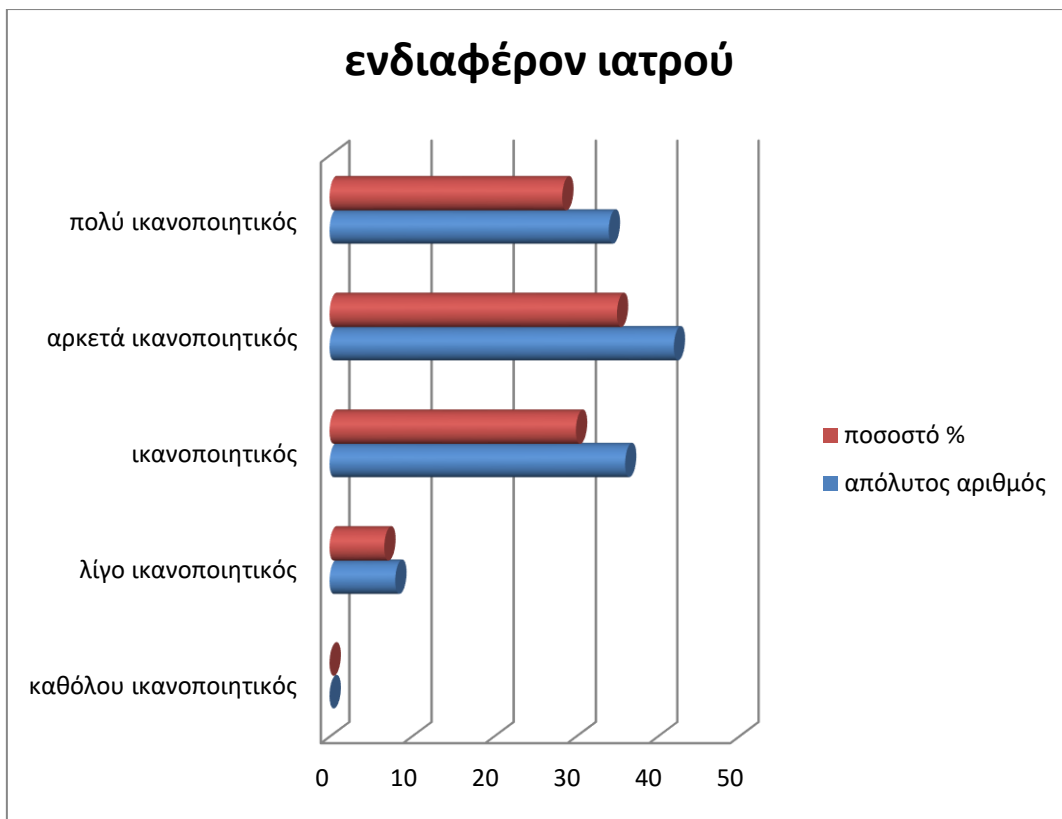
Πίνακας: 6.2.2

Το ενδιαφέρον του ιατρού για την κατάσταση του ασθενή

	απόλυτος αριθμός	ποσοστό %
καθόλου ικανοποιητικός	0	0%
λίγο ικανοποιητικός	8	7%
ικανοποιητικός	36	30%
αρκετά ικανοποιητικός	42	35%
πολύ ικανοποιητικός	34	28%

Γράφημα 6.2.2

Το ενδιαφέρον του ιατρού για την κατάσταση του ασθενή



6.2.3. Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών σχετικά με τη διευκόλυνσή τους από μέρους του ιατρού ώστε να μιλήσουν για τα προβλήματά τους

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα που παρουσιάζονται στον πίνακα 6.2.3 αλλά και στο αντίστοιχο γράφημα, παρατηρούμε ότι το 61% των ασθενών χαρακτηρίζουν ως αρκετά και πολύ ικανοποιητικό το βαθμό στον οποίο οι ιατροί τους ωθούν, ώστε να μιλήσουν για τα ιατρικά τους προβλήματα. Το 30% των ασθενών θεωρεί πως ο βαθμός αυτός είναι ικανοποιητικός, ενώ μόλις το 9% των ασθενών χαρακτηρίζουν το βαθμό ώθησης που λαμβάνουν από τους ιατρούς τους ως λίγο ή καθόλου ικανοποιητικό. Τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με αυτά της παραπάνω ερώτησης και μπορούμε να υποθέσουμε πως στα πλαίσια του ενδιαφέροντος που δείχνουν οι ιατροί για τα προβλήματα των ασθενών τους, εμπεριέχεται και κάποια ώθηση από μέρους τους, ώστε να βοηθήσουν τους ασθενείς να εκφραστούν καλύτερα για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν.

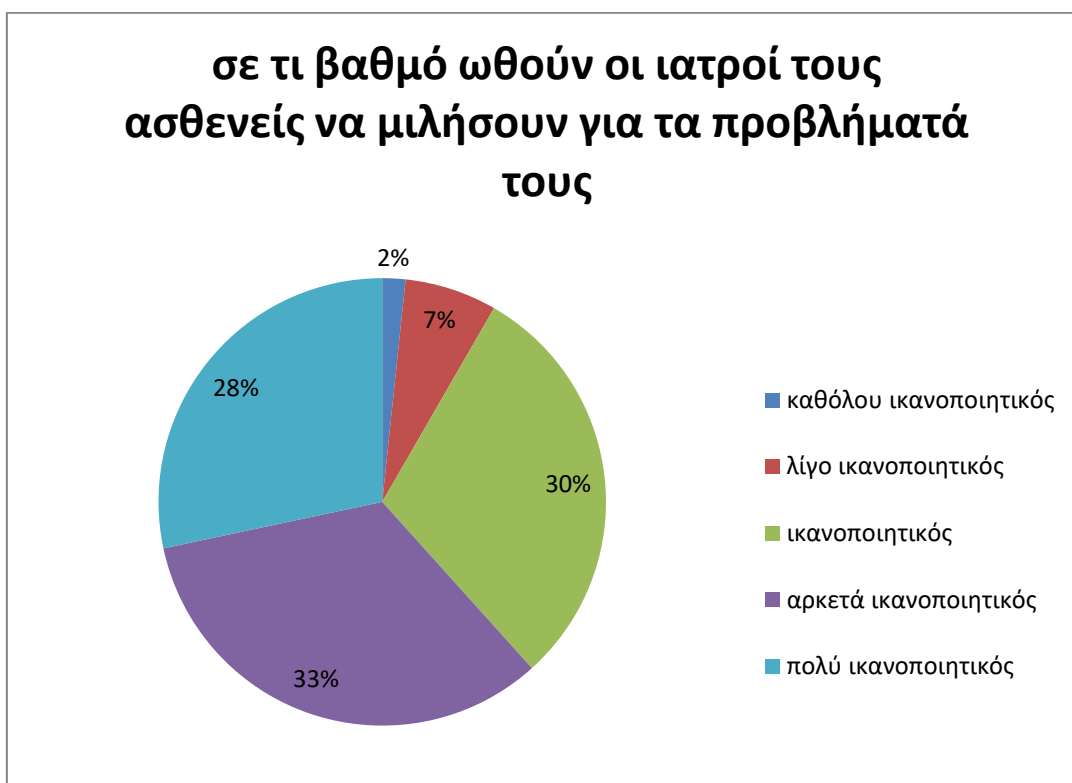
Πίνακας 6.2.3

Σε ποιο βαθμό οι ιατροί ωθούν τους ασθενείς να μιλήσουν για τα προβλήματά τους

	<i>απόλυτος</i>	
	<i>αριθμός</i>	<i>ποσοστό %</i>
<i>καθόλου ικανοποιητικός</i>	2	2%
<i>λίγο ικανοποιητικός</i>	8	7%
<i>ικανοποιητικός</i>	36	30%
<i>αρκετά ικανοποιητικός</i>	40	33%
<i>πολύ ικανοποιητικός</i>	34	28%

Γράφημα 6.2.3

Σε ποιο βαθμό οι ιατροί, ωθούν τους ασθενείς να μιλήσουν για τα προβλήματά τους



6.2.4 Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από τη συμμετοχή τους στις αποφάσεις για την ιατρική φροντίδα

Σε αυτήν την ερώτηση οι ασθενείς κλήθηκαν να βαθμολογήσουν την ικανοποίησή τους αναφορικά με τη συμμετοχή τους, στις αποφάσεις για την ιατρική φροντίδα. Με βάση τα αποτελέσματα, παρατηρούμε ότι το 33% των ασθενών δηλώνουν αρκετά ικανοποιημένοι, ως προς τη συμμετοχή τους στην ιατρική φροντίδα. Εξίσου μεγάλο είναι και το ποσοστό όσων δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι (29%), ενώ το 27% των ασθενών δηλώνουν ικανοποιημένοι. Πάλι παρατηρούμε ότι το ποσοστό των ασθενών που δεν δηλώνουν ικανοποιημένο παραμένει σε χαμηλά επίπεδα (11%).

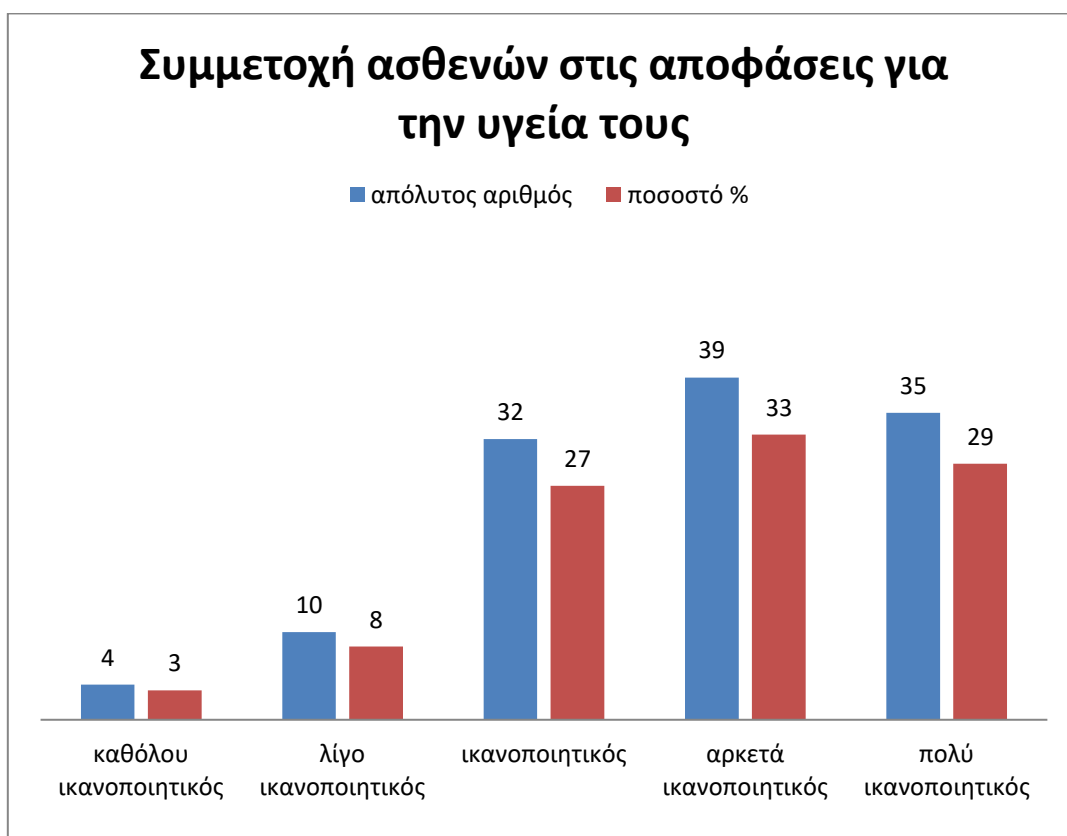
Πίνακας 6.2.4

Βαθμός ικανοποίησης ασθενών για τη συμμετοχή τους στην ιατρική φροντίδα

	απόλυτος αριθμός	ποσοστό %
καθόλου ικανοποιητικός	4	3%
λίγο ικανοποιητικός	10	8%
ικανοποιητικός	32	27%
αρκετά ικανοποιητικός	39	33%
πολύ ικανοποιητικός	35	29%

Γράφημα 6.2.4

Βαθμός ικανοποίησης ασθενών για τη συμμετοχή τους στην ιατρική φροντίδα



6.2.5. Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, για το αν τους «άκουσε» ο ιατρός τους

Σε αυτήν την ερώτηση οι ασθενείς κλήθηκαν να αξιολογήσουν το βαθμό στον οποίο ο ιατρός τους, « άκουσε» ουσιαστικά όλα όσα είχαν να του πουν. Το 68% των ασθενών είναι είτε αρκετά, είτε πολύ ικανοποιημένοι, από τον ιατρό τους και θεωρούν πως τους «άκουσε» πραγματικά.

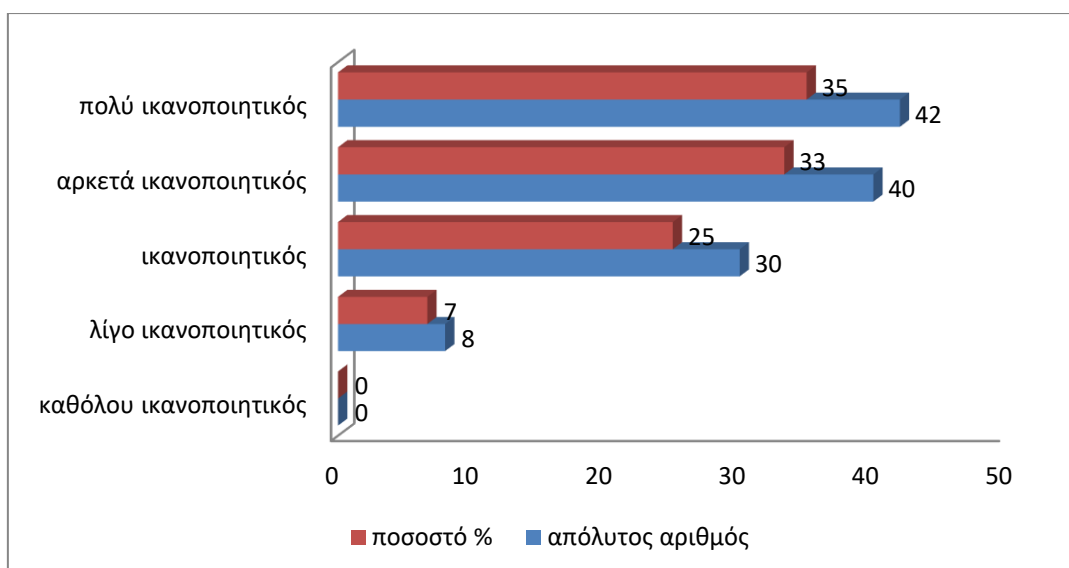
Ένα ποσοστό της τάξεως του 25% , είναι ικανοποιημένοι ενώ μόνο το 8% δηλώνουν μικρή ικανοποίηση. Κανείς από τους ασθενείς δεν βαθμολόγησε ως καθόλου ικανοποιητικό το βαθμό στον οποίο ο ιατρός τους «άκουσε», γεγονός που δείχνει πως οι ιατροί αφιερώνουν αρκετό χρόνο, ώστε να ακούσουν λεπτομερώς και να αφουγκραστούν τα προβλήματα των ασθενών τους.

Πίνακας: 6.2.5: Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, για το αν τους «άκουσε» ο ιατρός τους

	<i>απόλυτος αριθμός</i>	<i>ποσοστό %</i>
<i>καθόλου ικανοποιητικός</i>	0	0%
<i>λίγο ικανοποιητικός</i>	8	7%
<i>ικανοποιητικός</i>	30	25%
<i>αρκετά ικανοποιητικός</i>	40	33%
<i>πολύ ικανοποιητικός</i>	42	35%

Γράφημα 6.2.5

Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, για το αν τους «άκουσε» ο ιατρός τους



6.2.6. Βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, σχετικά με την ενημέρωσή τους, για το σκοπό των εξετάσεων και των θεραπειών τους.

Σύμφωνα με τον πίνακα 6.2.6 αλλά και το αντίστοιχο γράφημα παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (68%) ενημερώθηκαν επαρκώς (αρκετά και πολύ ικανοποιητικά) και έλαβαν τις αντίστοιχες πληροφορίες αναφορικά με το σκοπό των εξετάσεων και των προκειμένων θεραπειών τους. Το 38% των ασθενών θεωρεί πως έλαβε ικανοποιητική ενημέρωση ενώ το 9% πως έλαβε λίγη ή και καθόλου ενημέρωση.

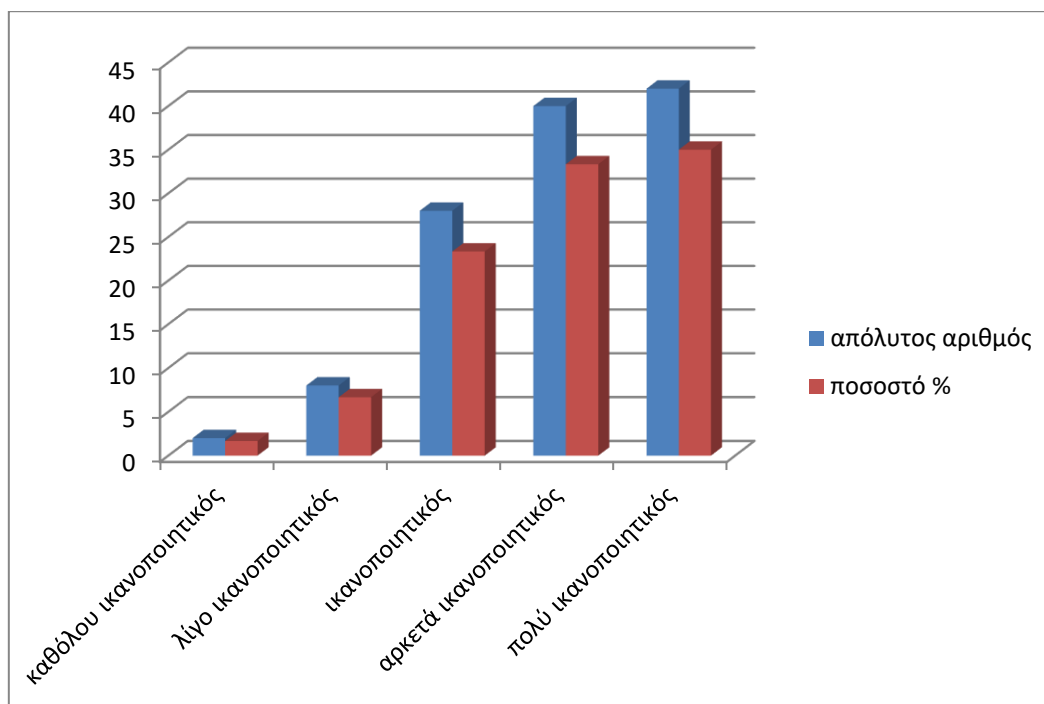
Πίνακας 6.2.6

Βαθμός ικανοποίησης των ασθενών σχετικά με την ενημέρωσή τους για το σκοπό των εξετάσεων και των θεραπειών τους.

	απόλυτος αριθμός	ποσοστό %
καθόλου ικανοποιητικός	2	2%
λίγο ικανοποιητικός	8	7%
ικανοποιητικός	28	23%
αρκετά ικανοποιητικός	40	33%
πολύ ικανοποιητικός	42	35%

Γράφημα 6.2.6

Βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, σχετικά με την ενημέρωσή τους για το σκοπό των εξετάσεων και των θεραπειών τους;



6.2.7. Βαθμός ικανοποίησης ασθενών αναφορικά με την ενημέρωσή τους, σε σχέση με τα συμπτώματα ή την ασθένεια.

Σε αυτήν την ερώτηση οι ασθενείς αξιολόγησαν τις πληροφορίες που έλαβαν από τον ιατρό τους, αναφορικά με συμπτώματα και την ασθένειά τους. Παρατηρούμε ένα ποσοστό της τάξης του 66% , που δηλώνει ότι έλαβε αρκετά και πολύ ικανοποιητική πληροφόρηση. Πάλι, το ποσοστό των ασθενών που δεν δηλώνουν ικανοποιημένοι ως προς την πληροφόρηση που έλαβαν για τα συμπτώματα της ασθένειάς τους , παραμένει χαμηλό (11%).

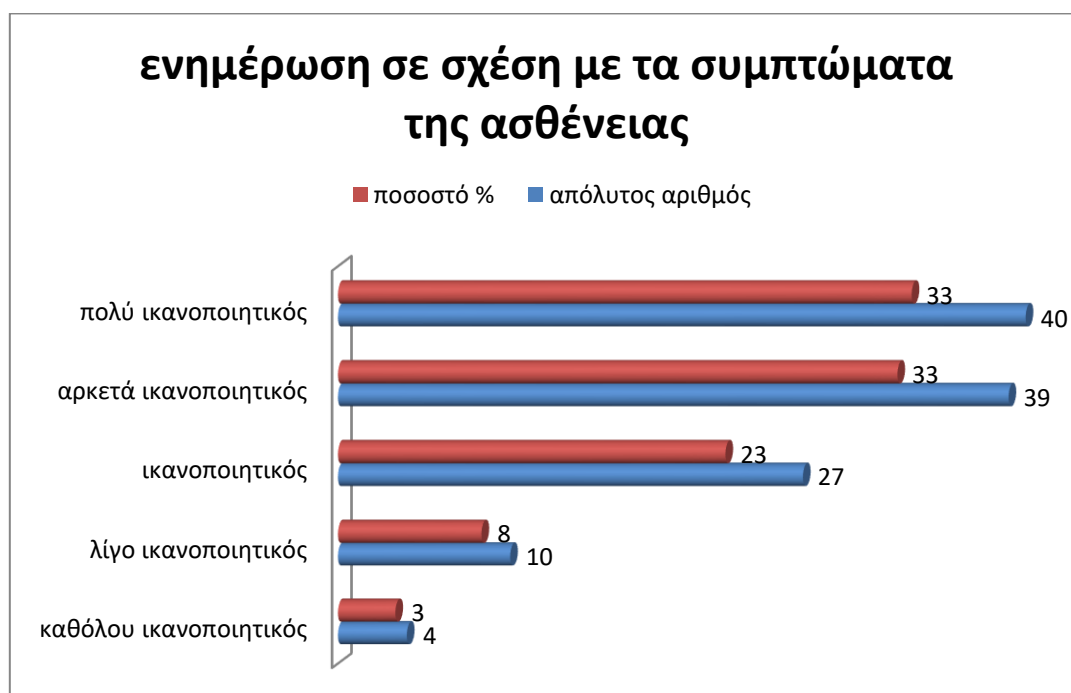
Πίνακας 6.2.7

Ικανοποίηση ασθενών για την επαρκή ενημέρωσή τους αναφορικά με τα συμπτώματα της ασθένειάς τους.

	απόλυτος αριθμός	ποσοστό %
καθόλου ικανοποιητικός	4	3%
λίγο ικανοποιητικός	10	8%
ικανοποιητικός	27	23%
αρκετά ικανοποιητικός	39	33%
πολύ ικανοποιητικός	40	33%

Γράφημα 6.2.7

Ικανοποίηση ασθενών για την επαρκή ενημέρωσή τους, αναφορικά με τα συμπτώματα της ασθένειάς τους



6.2.8. Βαθμός ικανοποίησης ασθενών, αναφορικά με το χειρισμό των συναισθηματικών τους προβλημάτων από μέρος του ιατρού.

Σε αυτήν την ερώτηση οι ασθενείς κλήθηκαν να αξιολογήσουν το βαθμό, στον οποίο οι ιατροί προσπάθησαν να χειριστούν τα συναισθηματικά τους προβλήματα. Παρατηρούμε ότι το 62% των ασθενών χαρακτηρίζουν το βαθμό αυτό, ως αρκετά ή πολύ ικανοποιητικό. Επίσης, το 23% θεωρεί ότι ο ιατρός χειρίστηκε τα συναισθηματικά τους προβλήματα ικανοποιητικά και το 14% δεν έμεινε αρκετά ικανοποιημένο από τους χειρισμούς του ιατρού. Σύμφωνα με τα παραπάνω, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι οι ιατροί σήμερα αντιμετωπίζουν ολιστικά τους ασθενείς τους χωρίς να δίνουν μονάχα έμφαση στα ιατρικά προβλήματα αλλά και στα συναισθηματικά προβλήματα, που συχνά συνοδεύουν την ασθένεια.

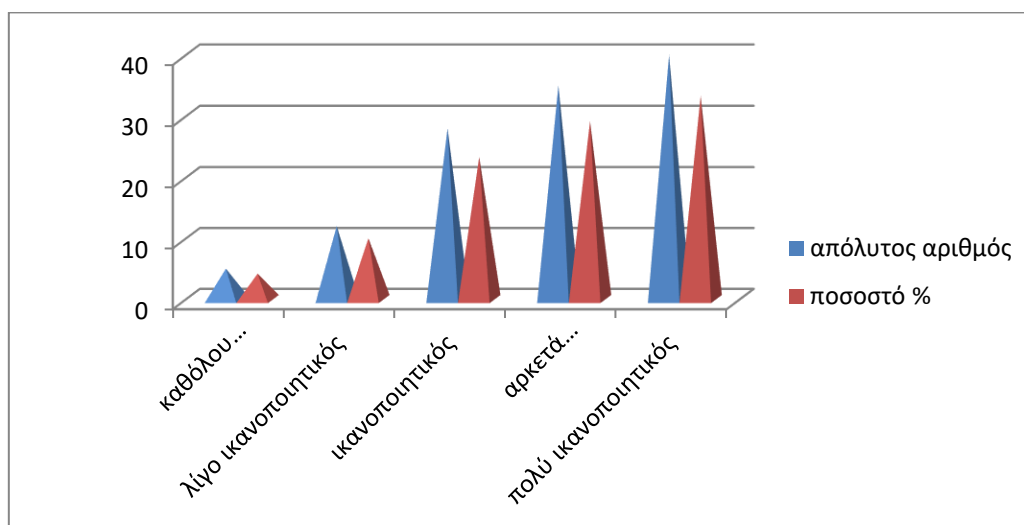
Πίνακας 6.2.8

Βαθμός ικανοποίησης ασθενών, αναφορικά με το χειρισμό των συναισθηματικών τους προβλημάτων

	απόλυτος αριθμός	ποσοστό %
καθόλου ικανοποιητικός	5	4%
λίγο ικανοποιητικός	12	10%
ικανοποιητικός	28	23%
αρκετά ικανοποιητικός	35	29%
πολύ ικανοποιητικός	40	33%

Γράφημα 6.2.8

Βαθμός ικανοποίησης ασθενών, αναφορικά με το χειρισμό των συναισθηματικών τους προβλημάτων



6.2.9. Βαθμός κατανόησης της σημασίας της ακολουθίας των συμβουλών του θεράποντα Ιατρού.

Σε αυτό το ερώτημα οι ασθενείς κλήθηκαν να αξιολογήσουν το βαθμό, στον οποίο κατανόησαν τη σημασία της ακολουθίας των συμβουλών από μέρους του ιατρού. Το 58% θεωρεί πως έχει κατανοήσει αρκετά το πόσο σημαντικό είναι για αυτούς να ακολουθήσουν τις συμβουλές του θεράποντα ιατρού. Το 23% θεωρεί το βαθμό κατανόησης ικανοποιητικό ενώ το 19% θεωρεί το βαθμό κατανόησης καθόλου ή λίγο ικανοποιητικό. Παρατηρούμε σε αυτήν την ερώτηση, ότι αυξάνεται λίγο το ποσοστό των λιγότερο ικανοποιημένων ασθενών, πράγμα που μπορεί να σημαίνει ότι δεν κατανόησαν πλήρως τις ιατρικές συμβουλές που πρέπει να ακολουθήσουν, ίσως επειδή οι ιατροί χρησιμοποιούν μια δύσκολη ορολογία κάποιες φορές.

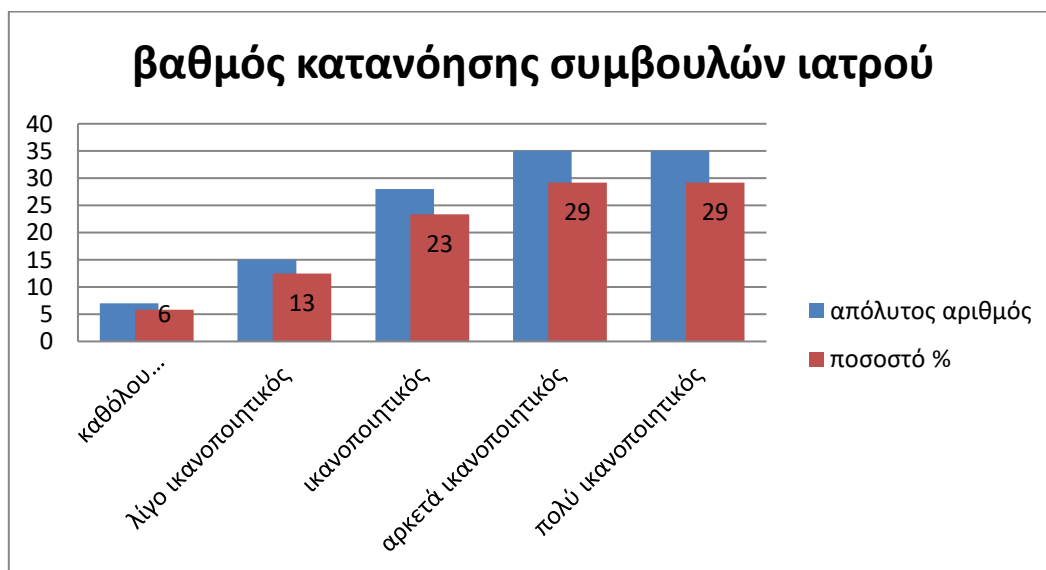
Πίνακας 6.2.9

Βαθμός κατανόησης της σημασίας της ακολουθίας των συμβουλών του ιατρού.

	απόλυτος αριθμός	ποσοστό %
καθόλου ικανοποιητικός	7	6%
λίγο ικανοποιητικός	15	13%
ικανοποιητικός	28	23%
αρκετά ικανοποιητικός	35	29%
πολύ ικανοποιητικός	35	29%

Γράφημα 6.2.9

Βαθμός κατανόησης της σημασίας της ακολουθίας των συμβουλών του ιατρού.



6.2.10. Βαθμός ικανοποίησης αναφορικά με τη σχέση που αναπτύχθηκε μεταξύ ιατρού και ασθενή.

Σύμφωνα με τον πίνακα 6.2.10 αλλά και το αντίστοιχο γράφημα, η πλειοψηφία των ασθενών (62%) χαρακτηρίζει τη σχέση που αναπτύχθηκε με τον ιατρό τους ως αρκετά ή πολύ ικανοποιητική, ενώ το 25% ως ικανοποιητική. Το ποσοστό των δυσαρεστημένων ασθενών παραμένει χαμηλό (14%). Οι απαντήσεις σε αυτήν την ερώτηση σχετίζονται και με τις απαντήσεις στις ερωτήσεις που προηγήθηκαν, καθώς τα ποσοστά των ικανοποιημένων ασθενών είναι ανάλογα.

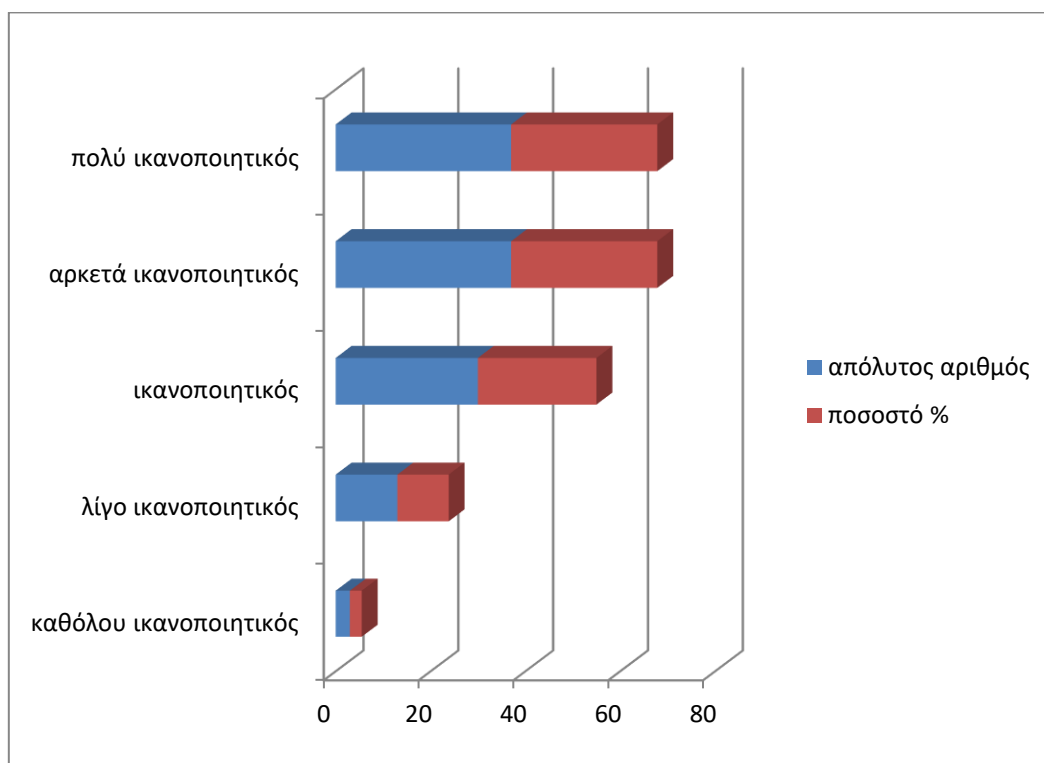
Πίνακας 6.2.10

Πώς αξιολογούν οι ασθενείς τη σχέση που αναπτύχθηκε με τον ιατρό τους

	<i>απόλυτος αριθμός</i>	<i>ποσοστό %</i>
<i>καθόλου ικανοποιητικός</i>	3	3%
<i>λίγο ικανοποιητικός</i>	13	11%
<i>ικανοποιητικός</i>	30	25%
<i>αρκετά ικανοποιητικός</i>	37	31%
<i>πολύ ικανοποιητικός</i>	37	31%

Γράφημα 6.2.10

Πώς αξιολογούν οι ασθενείς τη σχέση που αναπτύχθηκε με τον ιατρό τους



6.2.11. Οι αντιλήψεις των ασθενών, σχετικά με το αν η σχέση που ανέπτυξαν με τον ιατρό τους θα βοηθήσει στη θεραπεία.

Το 64% των ασθενών θεωρεί πως η σχέση που αναπτύχθηκε με τον θεράποντα ιατρό τους μπορεί να επηρεάσει την εξέλιξη της θεραπείας. Οι ασθενείς βλέπουν μια συνέχεια στη σχέση με τον ιατρό τους που μπορεί να επιδράσει θετικά στην θεραπευτική πράξη, καθώς οι ασθενείς που αναπτύσσουν μια καλή σχέση επικοινωνίας με τον ιατρό τηρούν περισσότερο τις ιατρικές συμβουλές και γενικά συμμορφώνονται περισσότερο στη θεραπεία. Ένα μικρό ποσοστό (13%) δεν βλέπει κάποια σύνδεση ανάμεσα στη σχέση που αναπτύσσεται με τον ιατρό και τη γενικότερη θεραπευτική πράξη.

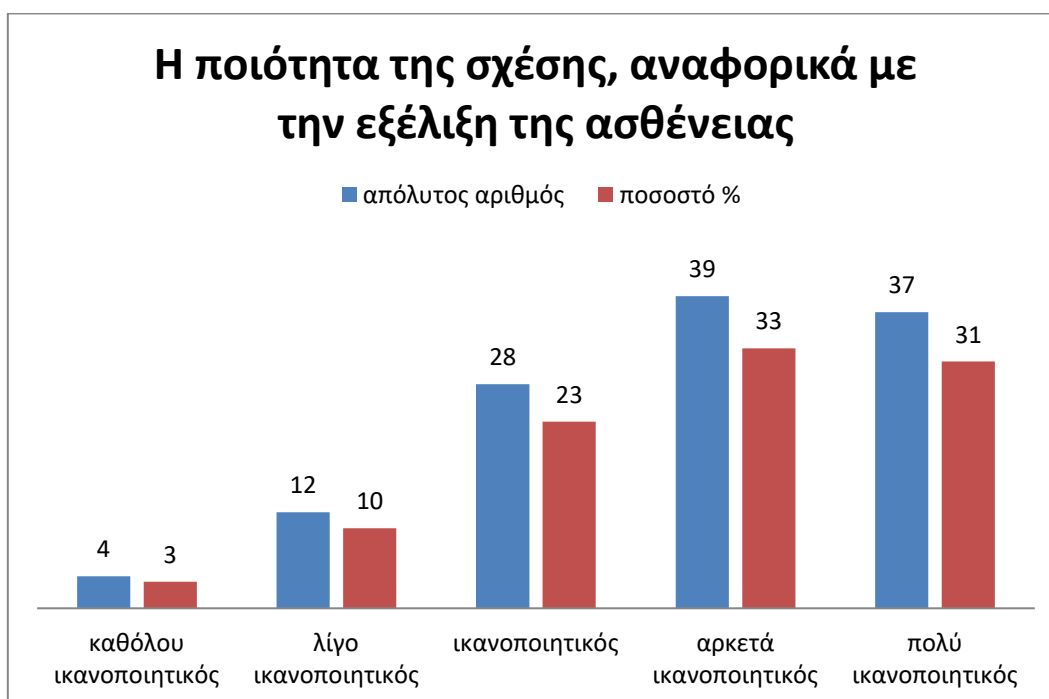
Πίνακας 6.2.11

Η σχέση ιατρού και ασθενή, αναφορικά με την εξέλιξη της θεραπευτικής πράξης

	απόλυτος αριθμός	ποσοστό %
καθόλου ικανοποιητικός	4	3%
λίγο ικανοποιητικός	12	10%
ικανοποιητικός	28	23%
αρκετά ικανοποιητικός	39	33%
πολύ ικανοποιητικός	37	31%

Γράφημα 6.2.11

Η σχέση ιατρού και ασθενή, αναφορικά με την εξέλιξη της θεραπευτικής πράξης



6.3. Σχέση Ιατρού - Ασθενούς

Στο τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου, ζητήθηκε από τους ασθενείς να εκφράσουν τις αντιλήψεις και τις απόψεις τους, αναφορικά με τη σχέση που αναπτύχθηκε μεταξύ των ιδίων και του θεράποντα ιατρού τους. Κλήθηκαν να βαθμολογήσουν διάφορες αντιλήψεις και απόψεις σε μία κλίμακα 5 βαθμίδων όπου το 1 αντιπροσώπευε τη μικρότερη συμφωνία και το 5 τη μεγαλύτερη.

6.3.1. Αντιλήψεις σχετικά με το αν ο γιατρός είναι εκείνος που θα πρέπει να αποφασίζει τι θα συζητηθεί κατά τη διάρκεια μίας ιατρικής επίσκεψης.

Οι περισσότεροι ασθενείς (62%) διαφωνούν με την αντίληψη, ότι ο ιατρός θα πρέπει μόνος του να αποφασίζει για το τι θα συζητηθεί κατά τη διάρκεια μιας ιατρικής επίσκεψης. Ένα ποσοστό της τάξης του 20% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί, ενώ το 18% των ασθενών είναι σύμφωνοι με αυτό. Αν και οι περισσότεροι ασθενείς διαφωνούν με τα παραπάνω, ωστόσο, σχεδόν ένας στους πέντε ασθενείς θεωρεί πως ο γιατρός έχει μεγαλύτερη εξουσία και πρέπει αυτός να ορίζει τι θα συζητηθεί σε μια ιατρική επίσκεψη.

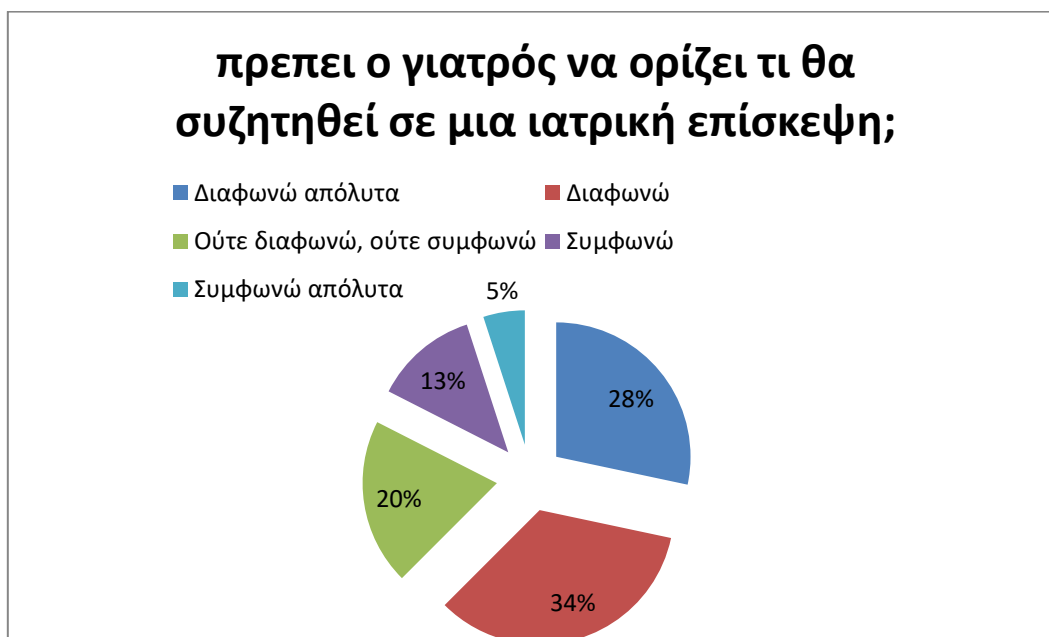
Πίνακας 6.3.1

Πρέπει ο γιατρός να αποφασίζει τι θα συζητηθεί σε μία ιατρική επίσκεψη;

	Απόλυτος αριθμός	Ποσοστό επί τοις %
<i>Διαφωνώ απόλυτα</i>	34	28%
<i>Διαφωνώ</i>	41	34%
<i>Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ</i>	24	20%
<i>Συμφωνώ</i>	15	13%
<i>Συμφωνώ απόλυτα</i>	6	5%
<i>Σύνολο</i>	120	100

Γράφημα 6.3.1

Πρέπει ο γιατρός να αποφασίζει τι θα συζητηθεί σε μία ιατρική επίσκεψη;



6.3.2. Αν στην ιατρική φροντίδα δεν υπάρχει πια η προσωπική σχέση ιατρού και ασθενή, αυτό έχει μικρή σημασία σε σχέση με τα επιτεύγματα της ιατρικής.

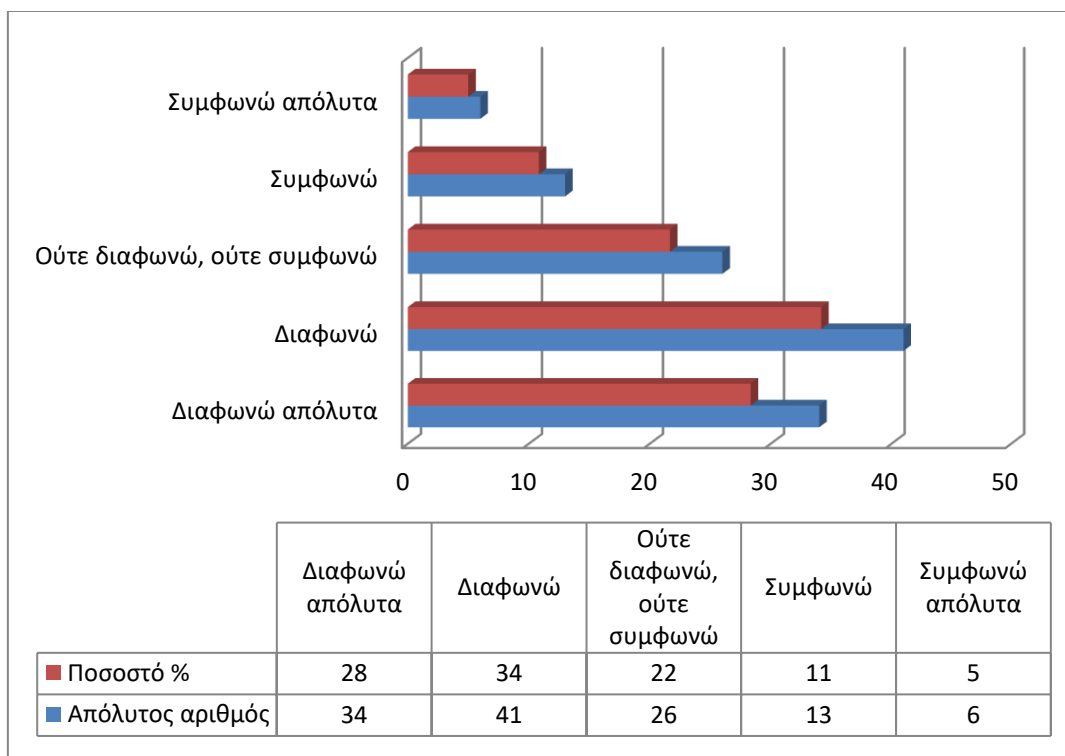
Πίνακας 6.3.2

Η ήσσονος σημασίας έλλειψη προσωπικής σχέσης ιατρού- ασθενή, σε σχέση με τα επιτεύγματα της ιατρικής.

	<i>Απόλυτος αριθμός</i>	<i>Ποσοστό επί τοις %</i>
<i>Διαφωνώ απόλυτα</i>	34	28%
<i>Διαφωνώ</i>	41	34%
<i>Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ</i>	26	22%
<i>Συμφωνώ</i>	13	11%
<i>Συμφωνώ απόλυτα</i>	6	5%
<i>Σύνολο</i>	120	100

Γράφημα 6.3.2

Η ήσσονος σημασίας έλλειψη προσωπικής σχέσης ιατρού- ασθενή, σε σχέση με τα επιτεύγματα της ιατρικής.



6.3.3. Το σημαντικότερο κομμάτι της ιατρικής επίσκεψης είναι η φυσική εξέταση

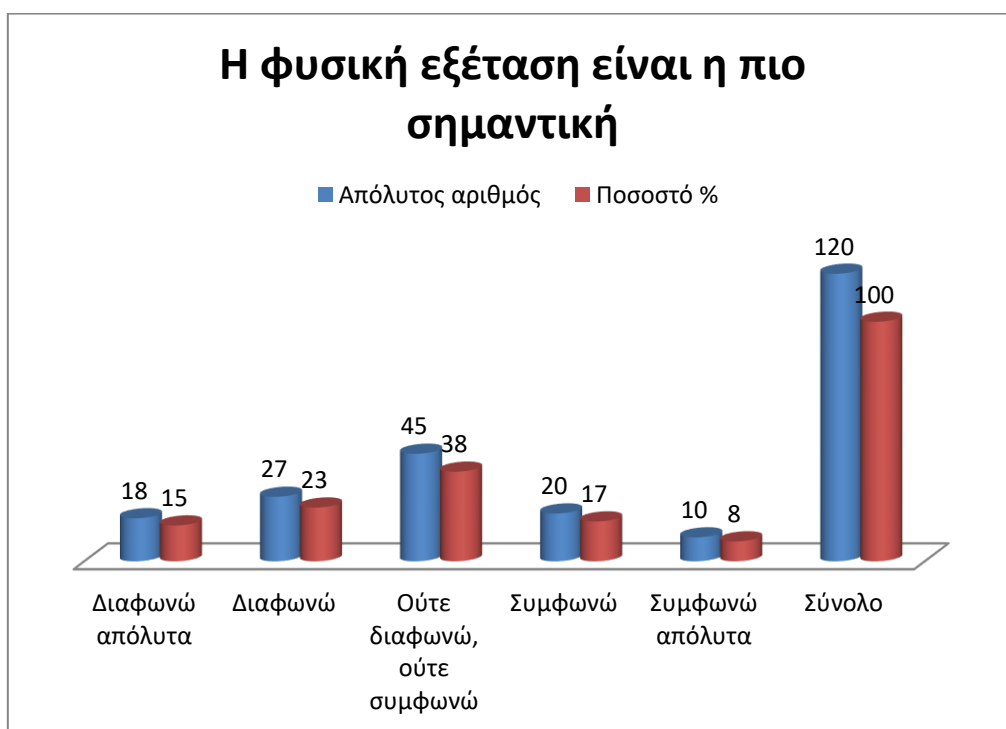
Πίνακας 6.3.3

Η φυσική εξέταση, ως το πιο σημαντικό κομμάτι της ιατρικής επίσκεψης

	<i>Απόλυτος αριθμός</i>	<i>Ποσοστό επί τοις %</i>
<i>Διαφωνώ απόλυτα</i>	18	15
<i>Διαφωνώ</i>	27	23
<i>Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ</i>	45	38
<i>Συμφωνώ</i>	20	17
<i>Συμφωνώ απόλυτα</i>	10	8
Σύνολο	120	100

Γράφημα 6.3.3

Η φυσική εξέταση, ως το πιο σημαντικό κομμάτι της ιατρικής επίσκεψης.



6.3.4. Συχνά είναι καλύτερα για τους ασθενείς να μην τους εξηγείται αναλυτικά η κατάσταση της υγείας τους

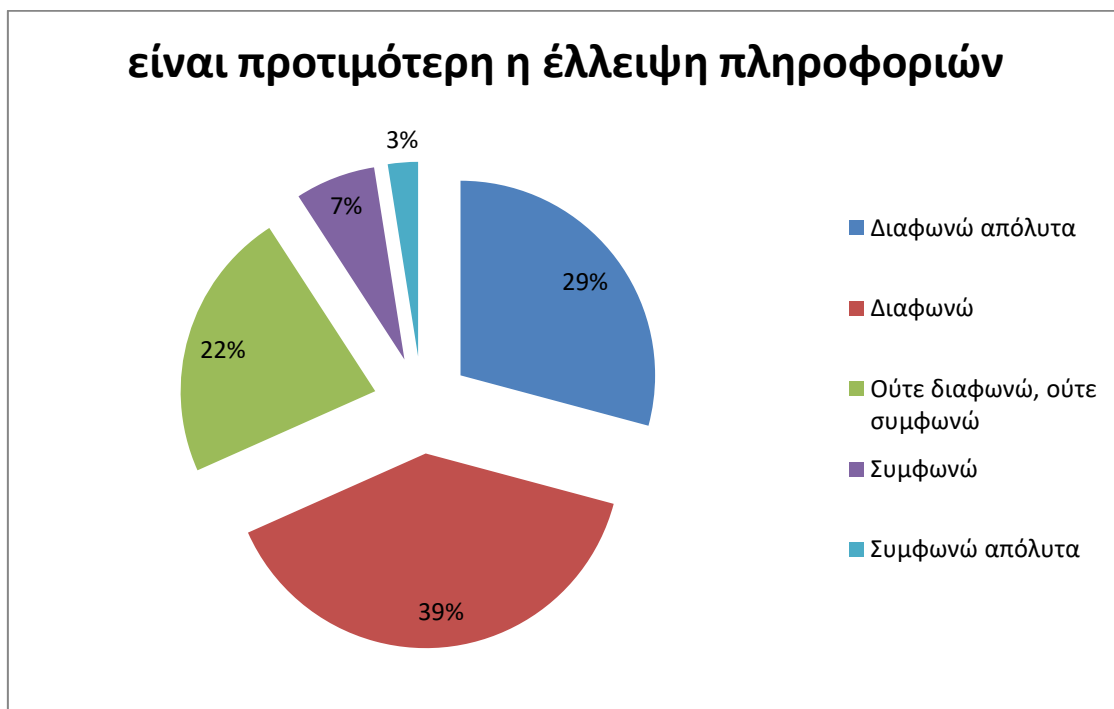
Πίνακας 6.3.4

Η αντίληψη ότι είναι καλύτερα να μην λαμβάνουν οι ασθενείς επαρκείς πληροφορίες για την υγεία τους.

	Απόλυτος αριθμός	Ποσοστό επί τοις %
Διαφωνώ απόλυτα	35	29%
Διαφωνώ	47	39%
Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ	27	23%
Συμφωνώ	8	7%
Συμφωνώ απόλυτα	3	3%
Σύνολο	120	100

Γράφημα 6.3.4

Η αντίληψη ότι είναι καλύτερα να μην λαμβάνουν οι ασθενείς επαρκείς πληροφορίες για την υγεία τους.



6.3.5 Οι ασθενείς πρέπει να εμπιστεύονται τις γνώσεις των γιατρών τους και να μην ψάχνουν μόνοι τους να βρουν πληροφορίες για την κατάστασή τους

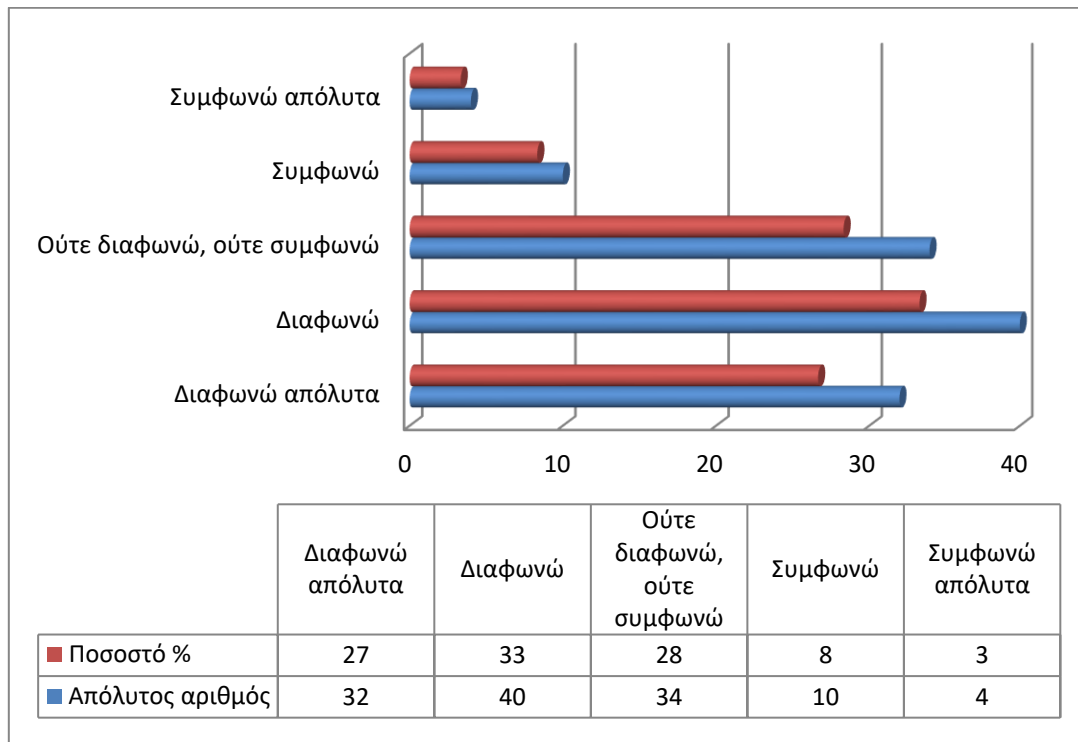
Πίνακας 6.3.5

Οι ασθενείς δεν πρέπει να ψάχνουν μόνοι τους για πληροφορίες αλλά να εμπιστεύονται μόνο τον ιατρό τους.

	<i>Απόλυτος αριθμός</i>	<i>Ποσοστό επί τοις %</i>
<i>Διαφωνώ απόλυτα</i>	32	27%
<i>Διαφωνώ</i>	40	33%
<i>Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ</i>	34	28%
<i>Συμφωνώ</i>	10	8%
<i>Συμφωνώ απόλυτα</i>	4	3%
Σύνολο	120	100

Γράφημα 6.3.5

Οι ασθενείς δεν πρέπει να ψάχνουν μόνοι τους για πληροφορίες αλλά να εμπιστεύονται μόνο τον ιατρό τους.



6.3.6. Οι γιατροί που κάνουν πολλές ερωτήσεις σχετικά με το ιστορικό του ασθενή, ίσως παραβιάζουν την προσωπική ζωή του.

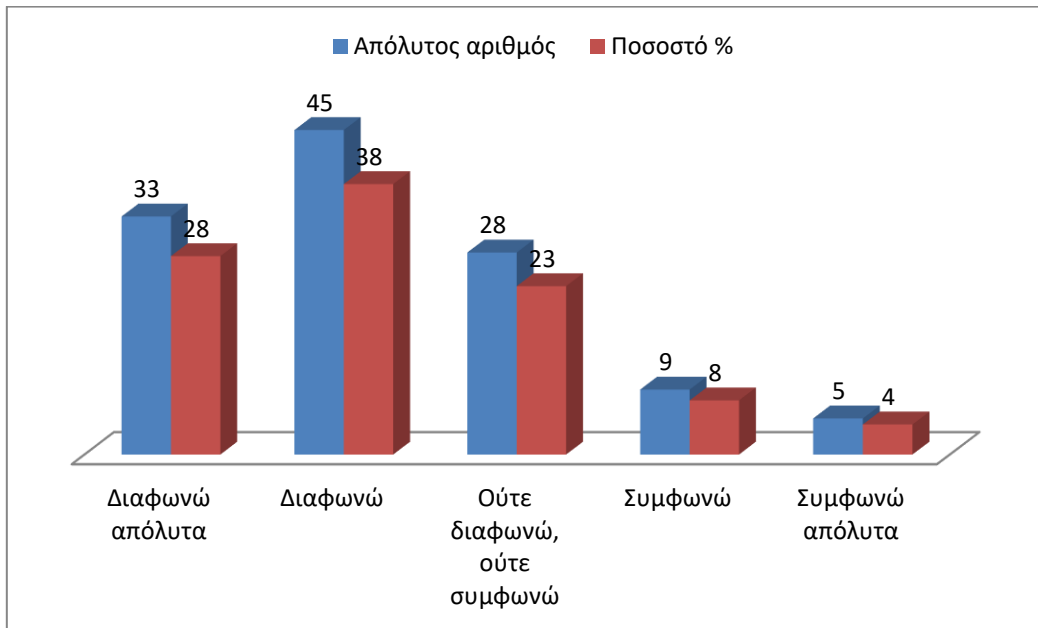
Πίνακας 6.3.6

Η σχέση ανάμεσα στις πολλές ερωτήσεις και την προσωπική ζωή του ασθενή

	<i>Απόλυτος αριθμός</i>	<i>Ποσοστό επί τοις %</i>
<i>Διαφωνώ απόλυτα</i>	33	28%
<i>Διαφωνώ</i>	45	38%
<i>Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ</i>	28	23%
<i>Συμφωνώ</i>	9	8%
<i>Συμφωνώ απόλυτα</i>	5	4%
<i>Σύνολο</i>	120	100

Γράφημα 6.3.6

Η σχέση ανάμεσα στις πολλές ερωτήσεις και την προσωπική ζωή του ασθενή



6.3.7. Εάν οι γιατροί είναι πραγματικά καλοί στη διάγνωση και στη θεραπεία, δεν είναι τόσο σημαντική η σχέση που αναπτύσσουν με τους ασθενείς

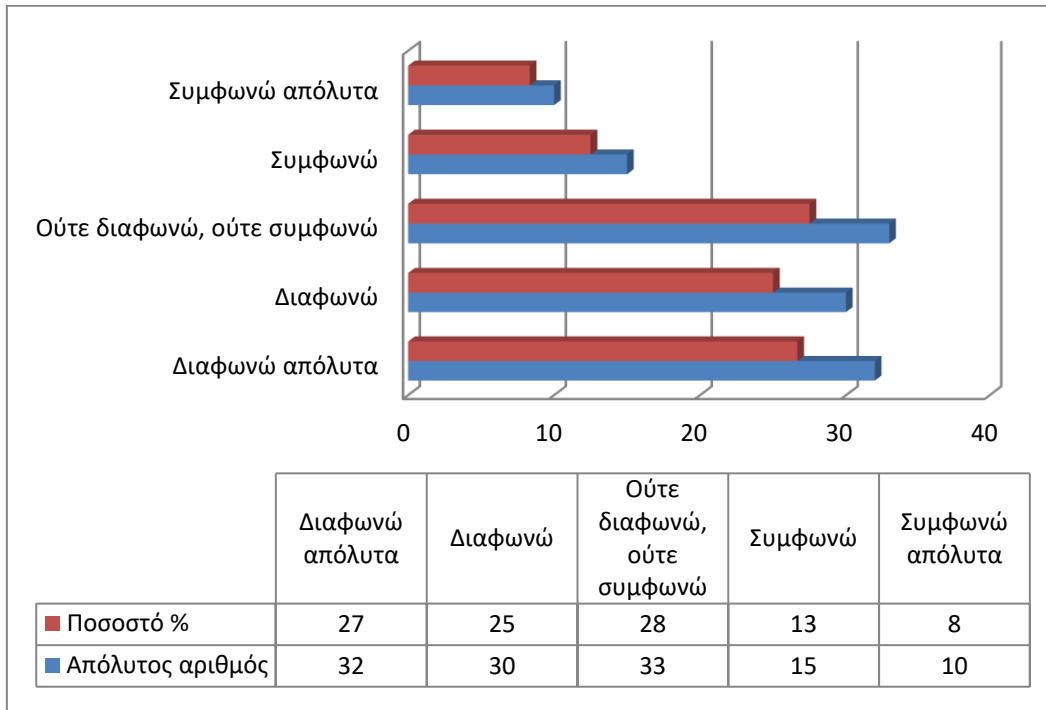
Πίνακας 6.3.7

Η ιατρική ιδιότητα υπερισχύει της σχέσης ασθενή - ιατρού.

	<i>Απόλυτος αριθμός</i>	<i>Ποσοστό επί τοις %</i>
<i>Διαφωνώ απόλυτα</i>	32	27
<i>Διαφωνώ</i>	30	25
<i>Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ</i>	33	28
<i>Συμφωνώ</i>	15	13
<i>Συμφωνώ απόλυτα</i>	10	8
<i>Σύνολο</i>	120	100

Γράφημα 6.3.7

Η ιατρική ιδιότητα υπερισχύει της σχέσης ασθενή - ιατρού.



6.3.8. Πολλοί ασθενείς συνεχίζουν να κάνουν ερωτήσεις στο γιατρό τους ακόμα και αν δεν πρόκειται να μάθουν κάτι καινούργιο

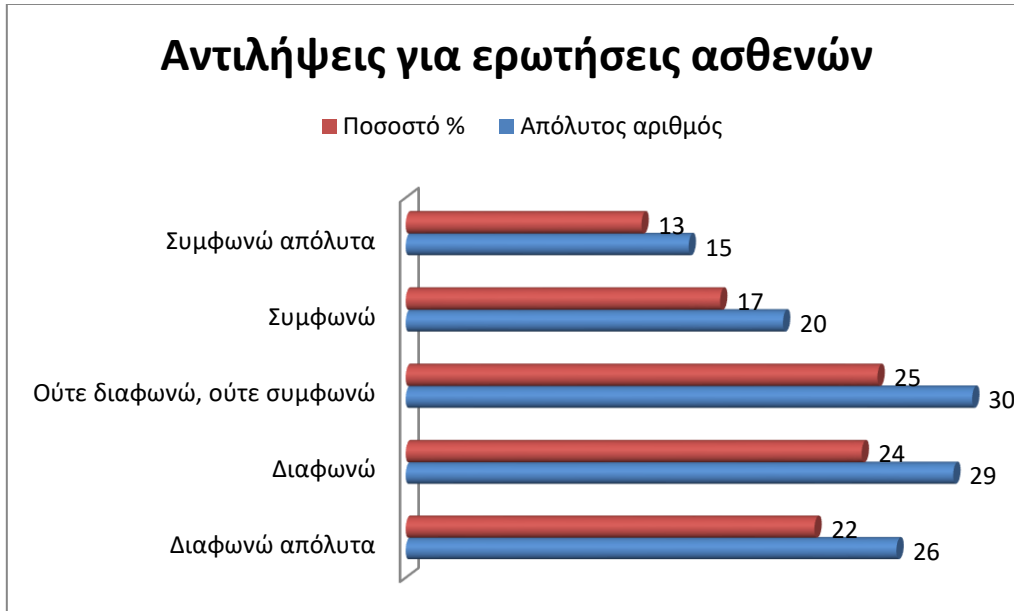
Πίνακας 6.3.8

Αντιλήψεις σχετικά με τις ερωτήσεις που κάνουν οι ασθενείς

	<i>Απόλυτος αριθμός</i>	<i>Ποσοστό επί τοις %</i>
<i>Διαφωνώ απόλυτα</i>	26	22
<i>Διαφωνώ</i>	29	24
<i>Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ</i>	30	25
<i>Συμφωνώ</i>	20	17
<i>Συμφωνώ απόλυτα</i>	15	13
<i>Σύνολο</i>	120	100

Γράφημα 6.3.8

Αντιλήψεις σχετικά με τις ερωτήσεις που κάνουν οι ασθενείς



6.3.9 Οι ασθενείς θα πρέπει να συνεργάζονται με τους γιατρούς τους, μέσα σε μία ισότιμη σε ισχύ σχέση

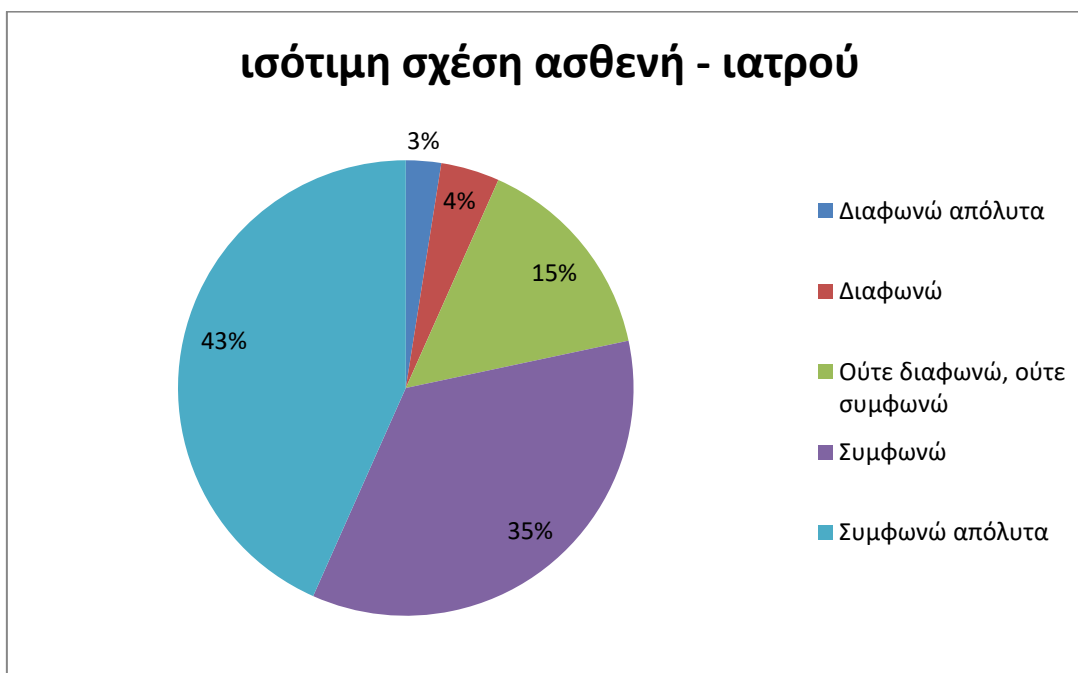
Πίνακας 6.3.9

Πρέπει να είναι ισότιμη η σχέση ιατρού - ασθενή;

	Απόλυτος αριθμός	Ποσοστό επί τοις %
<i>Διαφωνώ απόλυτα</i>	3	3
<i>Διαφωνώ</i>	5	4
<i>Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ</i>	18	15
<i>Συμφωνώ</i>	42	35
<i>Συμφωνώ απόλυτα</i>	52	43
<i>Σύνολο</i>	120	100

Γράφημα 6.3.9

Πρέπει να είναι ισότιμη η σχέση ιατρού - ασθενή;



6.3.10. Οι ασθενείς γενικά έχουν ανάγκη πιο πολύ από καθησυχασμό, παρά από πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας τους.

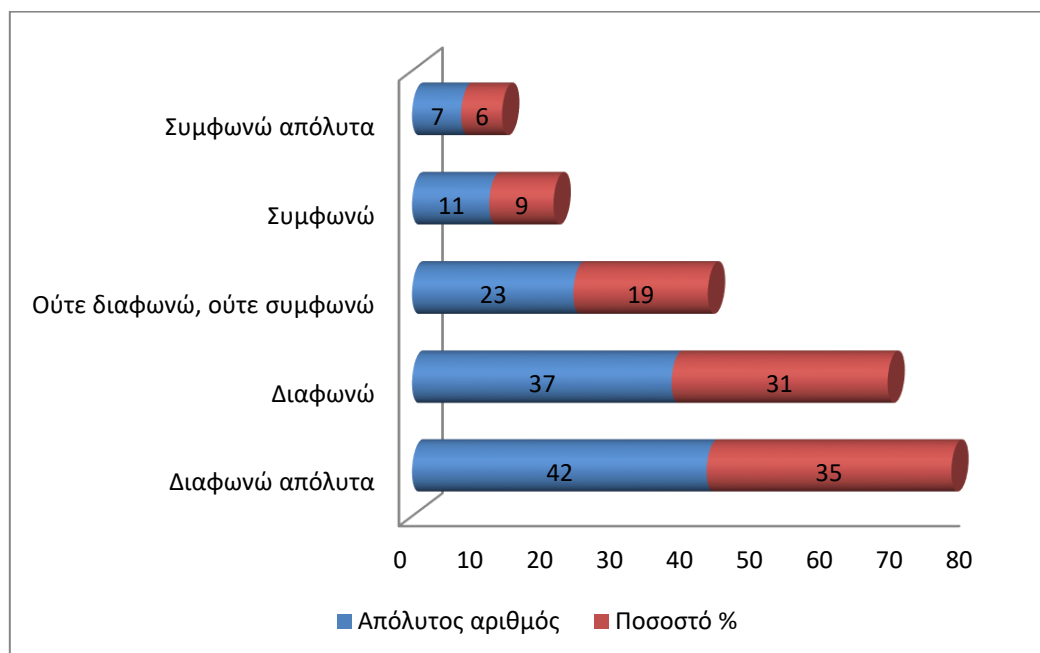
Πίνακας 6.3.10

Οι ασθενείς προτιμούν τον καθησυχασμό από την πληροφόρηση

	<i>Απόλυτος αριθμός</i>	<i>Ποσοστό επί τοις %</i>
<i>Διαφωνώ απόλυτα</i>	42	35
<i>Διαφωνώ</i>	37	31
<i>Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ</i>	23	19
<i>Συμφωνώ</i>	11	9
<i>Συμφωνώ απόλυτα</i>	7	6
<i>Σύνολο</i>	120	100

Γράφημα 6.3.10

Οι ασθενείς προτιμούν τον καθησυχασμό από την πληροφόρηση



6.3.11. Εάν τα βασικά χαρακτηριστικά του γιατρού είναι το να είναι ανοιχτός και «θερμός» με τους ασθενείς του, τότε δεν θα γίνει ποτέ ιδιαίτερα επιτυχημένος

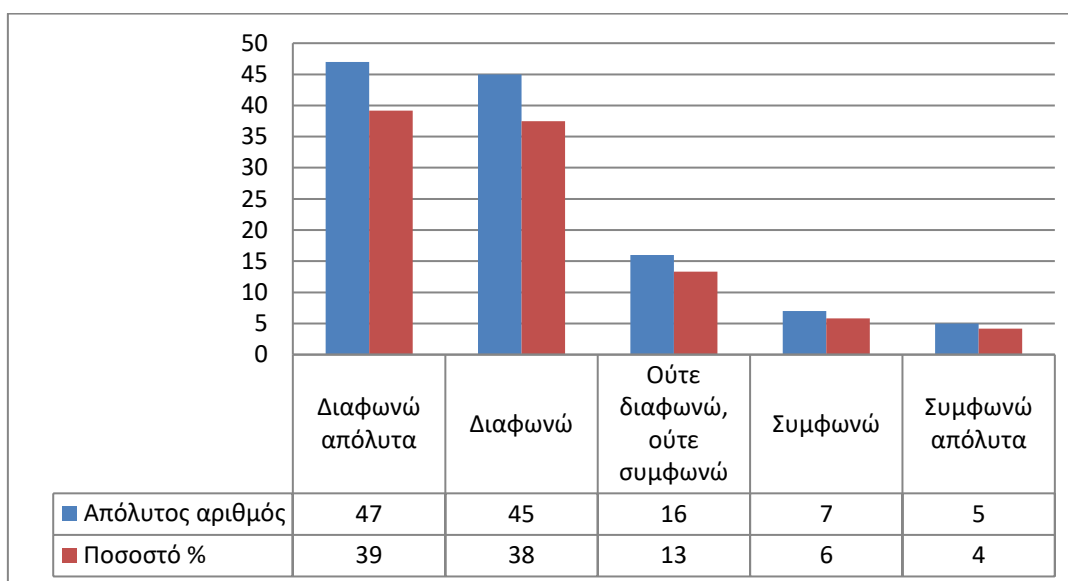
Πίνακας 6.3.11

Ο ανοιχτός και «θερμός» ιατρός δεν είναι πετυχημένος

	<i>Απόλυτος αριθμός</i>	<i>Ποσοστό επί τοις %</i>
<i>Διαφωνώ απόλυτα</i>	47	39
<i>Διαφωνώ</i>	45	38
<i>Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ</i>	16	13
<i>Συμφωνώ</i>	7	6
<i>Συμφωνώ απόλυτα</i>	5	4
Σύνολο	120	100

Γράφημα 6.3.11

Ο ανοιχτός και «θερμός» ιατρός δεν είναι πετυχημένος



6.3.12. Όταν οι ασθενείς διαφωνούν με τον γιατρό τους, αυτό αποτελεί ένδειξη πως δεν τον εκτιμούν και δεν τον εμπιστεύονται

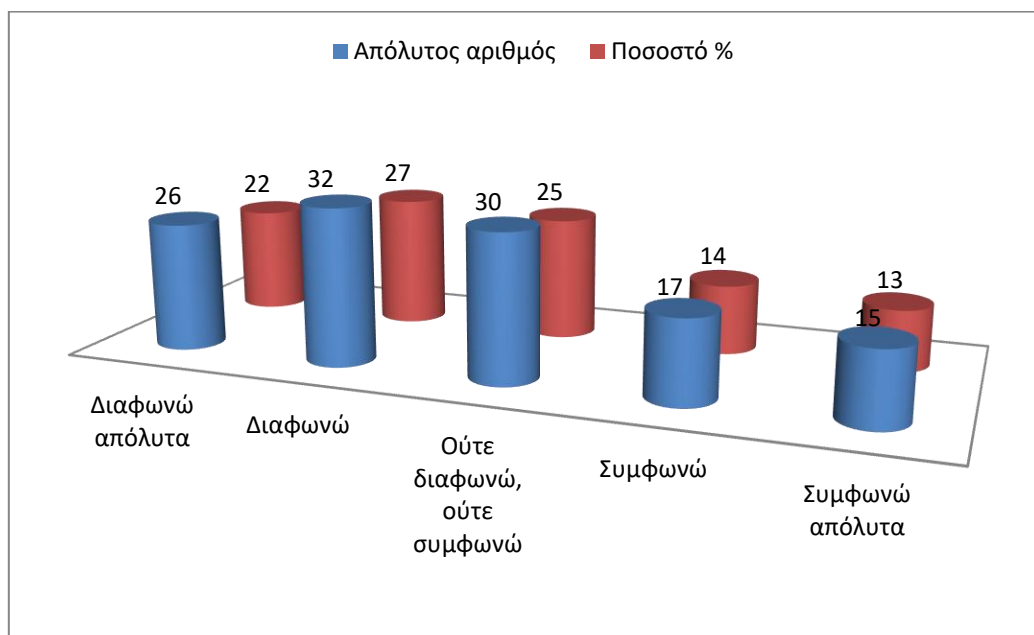
Πίνακας 6.3.12

Η διαφωνία με τον ιατρό αποτελεί ένδειξη μη εκτίμησης και σεβασμού

	<i>Απόλυτος αριθμός</i>	<i>Ποσοστό επί τοις %</i>
<i>Διαφωνώ απόλυτα</i>	26	22
<i>Διαφωνώ</i>	32	27
<i>Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ</i>	30	25
<i>Συμφωνώ</i>	17	14
<i>Συμφωνώ απόλυτα</i>	15	13
<i>Σύνολο</i>	120	100

Γράφημα 6.3.12

Η διαφωνία με τον ιατρό, αποτελεί ένδειξη μη εκτίμησης και σεβασμού



6.3.13. Η θεραπεία ενός προβλήματος υγείας δεν μπορεί να είναι αποτελεσματική, εάν δεν συμβαδίζει με τον τρόπο ζωής και τις αξίες του ασθενή

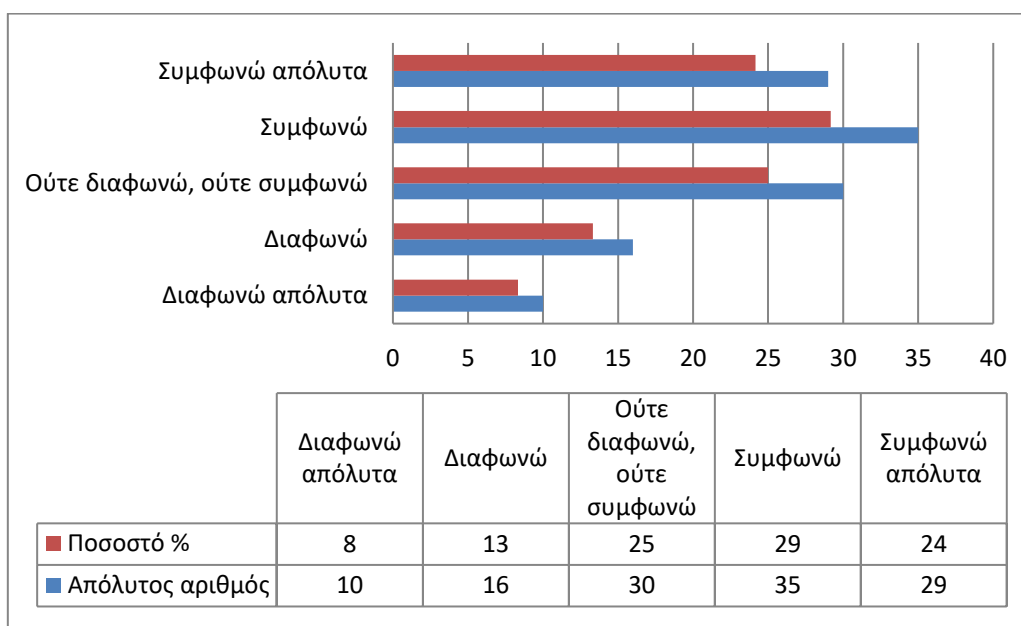
Πίνακας 6.3.13

Η θεραπεία πρέπει να συμβαδίζει με τον τρόπο ζωής του ασθενή

	<i>Απόλυτος αριθμός</i>	<i>Ποσοστό επί τοις %</i>
<i>Διαφωνώ απόλυτα</i>	10	8
<i>Διαφωνώ</i>	16	13
<i>Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ</i>	30	25
<i>Συμφωνώ</i>	35	29
<i>Συμφωνώ απόλυτα</i>	29	24
Σύνολο	120	100

Γράφημα 6.3.13

Η θεραπεία πρέπει να συμβαδίζει με τον τρόπο ζωής του ασθενή



6.3.14 Οι περισσότεροι ασθενείς θέλουν να τελειώνουν με την επίσκεψή τους στο γιατρό όσο πιο γρήγορα γίνεται

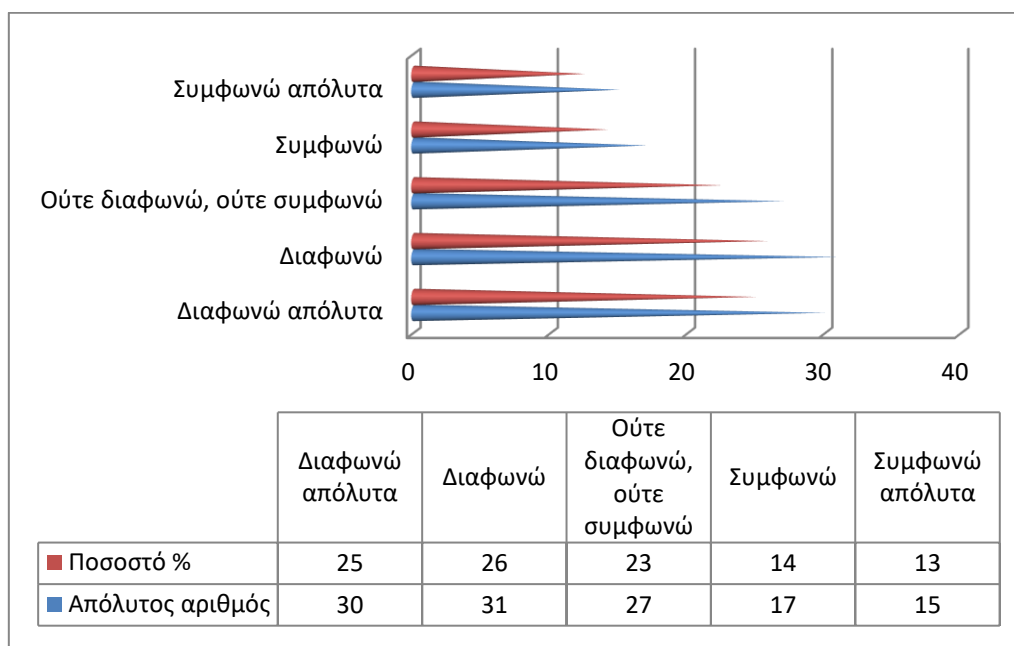
Πίνακας 6.3.14

Οι ασθενείς θέλουν να επισπεύσουν τις ιατρικές επισκέψεις.

	<i>Απόλυτος αριθμός</i>	<i>Ποσοστό επί τοις %</i>
<i>Διαφωνώ απόλυτα</i>	30	25
<i>Διαφωνώ</i>	31	26
<i>Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ</i>	27	23
<i>Συμφωνώ</i>	17	14
<i>Συμφωνώ απόλυτα</i>	15	13
<i>Σύνολο</i>	120	100

Γράφημα 6.3.14

Οι ασθενείς θέλουν να επισπεύσουν τις ιατρικές επισκέψεις



7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η έρευνα μας πραγματοποιήθηκε σε ψυχιατρικές κλινικές των Αθηνών και της Λάρισας και οι ερωτηθέντες που συμμετείχαν ήταν σε σύνολο 120 άτομα (55 άνδρες και 65 γυναίκες). Η κυρίαρχη ηλικιακή ομάδα των ερωτηθέντων στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε ήταν αυτή των 40-60 ετών η οποία συγκέντρωσε το 50% του συνόλου της έρευνας, ενώ ακολούθησε η ηλικιακή ομάδα των 60-75 που συγκέντρωσε το 27% των απαντήσεων. Σε κάθε περίπτωση παρατηρούμε ότι οι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν θέματα ψυχιατρικής φύσεως βρίσκονται ως επί το πλείστο στην ηλικία των 40-75 ετών. Σε ό,τι αφορά την οικογενειακή κατάσταση των ερωτηθέντων, παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των απαντήσεων συγκέντρωσε η επιλογή «παντρεμένος» (48%), ενώ ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το υψηλό ποσοστό των διαζευγμένων (23%).

Μόνο το 23% των συμμετεχόντων στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε ήταν πτυχιούχοι ανώτερης ή ανώτατης εκπαίδευσης.

Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι το 54% των ερωτηθέντων δεν νοσηλεύονταν στα διάφορα ιδρύματα, ενώ το υπόλοιπο 46% νοσηλεύονταν με το 4% εξ αυτών να νοσηλεύονται άνω των 21 ημερών. Αντίστοιχα, ιδιαίτερα σημαντικό είναι πως το 42% δήλωσε πως έχει νοσηλευτεί στο παρελθόν.

Το 29% των ερωτηθέντων θεωρούν ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι Κανονική, Καλή το 31%, ενώ πολύ κακή το 8%.

Το 33% των ασθενών δήλωσαν ότι δεν έχουν πληροφορηθεί από τους θεράποντες για τα δικαιώματά τους. Πράγματι, είναι ένα πολύ σημαντικό ποσοστό που αποδεικνύει ότι δεν υπάρχει στα διάφορα ιδρύματα επαρκής ενημέρωση από τους θεράποντες, η οποία σε κάθε περίπτωση είναι ιδιαίτερα σημαντική καθώς αυξάνει το αίσθημα της ασφάλειας του ασθενούς, ενώ ταυτόχρονα τονώνει τη σχέση ιατρού – ασθενούς.

Η ικανοποίηση των ασθενών από τους ιατρούς βαθμολογήθηκε με βάση την πενταβάθμια κλίμακα Likert μέσα από διάφορες ερωτήσεις. Έτσι το 38% των ασθενών δήλωσε ικανοποιημένο από το χρόνο που διαθέτουν οι ιατροί για αυτούς με τις περισσότερες απαντήσεις να συγκεντρώνονται στο πεδίο «αρκετά ικανοποιητικός».

Αντίστοιχα, το ενδιαφέρον των ιατρών για την προσωπική κατάσταση των ασθενών έδειξε ότι είναι αρκετά μεγάλο, καθώς μόνο το 7% των ερωτηθέντων επέλεξε το πεδίο «λίγο ικανοποιητικός» ενώ κανείς δεν επέλεξε το πεδίο «καθόλου ικανοποιητικός». Εξίσου ικανοποιητική είναι και η ικανοποίηση των ασθενών σε ό,τι αφορά την διευκόλυνσή τους από μέρους του ιατρού ώστε να μιλήσουν για τα προβλήματά τους

αλλά και για τη συμμετοχή τους στην ιατρική φροντίδα, την ασθένεια τους, τα συμπτώματα και τη θεραπεία.

Ο χειρισμός των συναισθημάτων των ασθενών από μέρος του ιατρού φαίνεται να παρουσιάζει κάποιο πρόβλημα, καθώς το 10% δήλωσαν λίγο ικανοποιημένοι, ενώ το ίδιο πρόβλημα φαίνεται να παρουσιάζει η κατανόηση της ανάγκης ακολούθησης της θεραπείας που δόθηκε από τους ιατρούς.

Σε ό,τι αφορά τη σχέση που αναπτύχθηκε μεταξύ ιατρού και ασθενούς, αυτή βαθμολογήθηκε με αρκετά θετικά σχόλια, καθώς τα πεδία ικανοποιητικός – αρκετά ικανοποιητικός – πολύ ικανοποιητικός συγκέντρωσαν το 87% των απαντήσεων, ενώ το ίδιο υψηλό ποσοστό των ασθενών θεωρεί ότι η σχέση με τον ιατρό που αναπτύχθηκε μπορεί να επηρεάσει τη θεραπεία.

Το 62% των ψυχιατρικών ασθενών πιστεύουν ότι ο ιατρός δεν είναι εκείνος που πρέπει να αποφασίζει το τι είναι εκείνο που θα πρέπει να συζητηθεί σε μία επίσκεψη. Αντίστοιχα, το 23% των ασθενών διαφωνούν στο ότι η φυσική εξέταση είναι το σημαντικότερο κομμάτι της επίσκεψης και επιθυμούν να ξέρουν την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας τους.

Σε μεγάλη αντιδιαστολή έρχονται οι απαντήσεις των ασθενών σε ό,τι αφορά την εμπιστοσύνη τους προς τον ιατρό τους. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς θεωρούν κατά 60% ότι πρέπει να ψάχνουν και μόνοι τους για την υγεία τους και να μην επαφίονται στους θεράποντες.

Σημαντικό είναι το γεγονός ότι οι ασθενείς πιστεύουν ότι οι πολλές ερωτήσεις από μέρους των ιατρών δεν παραβιάζουν την προσωπική τους ζωή (66%). Παρόλα αυτά, ένα 12% και ίσως και περισσότερο από μέρους των ασθενών πιστεύει το αντίθετο. Το 30% των ασθενών θέλουν να κάνουν ερωτήσεις στους θεράποντες και μάλιστα τις θεωρούν ιδιαίτερα σημαντικές. Ακόμη, το 10% εξ αυτών θεωρούν ότι ένας «θερμός» ιατρός δεν είναι απαραίτητα απόλυτα επιτυχημένος.

8. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η πλήρης και διεξοδική ενημέρωση των ασθενών για το πρόβλημά τους, τη θεραπεία τους, τις παρενέργειες κ.λπ. είναι ιδιαίτερα σημαντική και είναι εκείνη που βοηθά τους ασθενείς να εμπιστευτούν περισσότερο το ιατρικό προσωπικό. Παρόλα αυτά, είναι σημαντική η ενημέρωση των ασθενών για την ανάγκη ακολούθησης της θεραπείας τους.

Οι ασθενείς πρέπει να κατανοήσουν τη σοβαρότητα του ρόλου του ιατρού σε ό,τι αφορά τη θεραπεία και να μην πειραματίζονται με την υγεία τους. Για να επιτευχθεί αυτό, ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η παιδεία των ασθενών. Έτσι, για άλλη μία φορά πρέπει να αναφερθούμε στην παιδεία η οποία πρέπει να παρέχεται ολοκληρωμένη από πολύ μικρή ηλικία σε όλες και όλους. Είναι λοιπόν αναγκαίος ο επανασχεδιασμός της παιδείας της χώρας, ώστε να κατανοούν όλοι από πολύ μικρή ηλικία τη σοβαρότητα της εξειδίκευσης των διαφόρων επαγγελματιών και δει της ιατρικής. Ταυτόχρονα, πρέπει να υπάρξει σαφής διαχωρισμός των ρόλων ιατρού – ασθενούς σε ό,τι αφορά τη θεραπεία.

Μία από τις σημαντικότερες προτάσεις που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην σχέση ιατρού – ασθενούς είναι η θέσπιση της υποχρεωτικής ενημέρωσης των ασθενών από τους θεράποντες για τα διάφορα δικαιώματά τους. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις αυτό θα μπορούσε να μην συμβαίνει αλλά όλα αυτά θα μπορούσαν να προβλεφθούν. Ο ασθενής σε κάθε περίπτωση πρέπει να γνωρίζει τα δικαιώματά του και σαφέστατα, εάν ο ίδιος το επιθυμεί να ενημερώνεται πλήρως από τους θεράποντες για την πάθησή του. Με τον τρόπο αυτό, είναι βέβαιο ότι οι θεράποντες θα έχουν την υποχρέωση της ενημέρωσης των ασθενών και έτσι θα επιτευχθεί η τόνωση της εμπιστοσύνης των τελευταίων, άρα και η τόνωση της σχέσης ιατρού και ασθενούς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική βιβλιογραφία

Αναγνωστόπουλος, Φ. & Παπαδάτου, Δ., (1986). Υγεία και Ασθένεια «Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο» (σελ. 3-14), Αθήνα, 1986. Εκδόσεις Φλόγα

Βένιου, Α. Τεντολούρης, Ν., (2013). Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς. Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 30, 613-618.

Γκόλια Ι., Ντόνας Γ., Πανταζή Θ. και Μουρατίδης Γ., (2002) «Ερευνητική προσέγγιση του προεγχειρητικού άγχους και κατάθλιψης», Εγκέφαλος, (2),σελ 1.

Θεοδώρου. Π., (2000). Αναφέρεται στο: «Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων» τόμος Α', Π. Μάντη, Χ. Τσελέπη, ΕΑΠ, Πάτρα 2000, σελ. 166.

Ιωσηφίδης , Θ. , 2003. Ανάλυση Ποιοτικών Δεδομένων στις Κοινωνικές Επιστήμες. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.

Κοντάκος, Α. & Πολεμικός Ν., (2000). "Η Μη Λεκτική Επικοινωνία στο Νηπιαγωγείο." Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.

Κοτζαϊβάζογλου, Ι. & Πασχαλούδη, Δ., (2002). "Οργανωσιακή επικοινωνία: η επικοινωνία για επιχειρήσεις και οργανισμούς." Αθήνα: Πατάκη.

Κούρτης Γ., (2017). Διερεύνηση της ενσυναίσθησης στο νσηλευτικό προσωπικό και η σχέση αυτής με την προσωπικότητα και την επαγγελματική εξουθένωση. Διπλωματική Εργασία ΔΜΥ, ΕΑΠ.

Μαλικιώση - Λοΐζου, Μ., (1993). "Ο ρόλος του φυσικού και κοινωνικού σχολικού περιβάλλοντος στη διαμόρφωση της προσωπικότητας του παιδιού." Αθήνα: Νέα Παιδεία, τεύχος 67.

- Μαλικιώση – Λοΐζου, Μ., (2003). Μια κριτική ματιά στην ενσυναίσθηση. Ψυχολογία 10 (2 και 3). Σελ. 295- 309.
- Μάντη, Π., ΤσελέπηΧ., (2000).«Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων» τόμος Α', ΕΑΠ, Πάτρα 2000.
- Μισουρίδου, Ε., (2007). Η συναισθηματική εργασία και η θεραπευτική σχέση νοσηλευτή Ασθενή. Νοσηλευτική, 46(3), σελ 374-380.
- Μπακιρτζής, Κ., 2002. Επικοινωνία και αγωγή. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.
- Μπουραντάς, Δ., (1992) "Management, Οργανωτική Θεωρία και Συμπεριφορά", Αθήνα: Εκδόσεις Team.
- Παναγοπούλου, Ε, Μπένος, Α., (2004). Η επικοινωνία στην ιατρική εκπαίδευση. Ζήτημα ανάγκης ή άκαιρη πολυτέλεια; ΑρχΕλλΙατρ 2004, 21:385–390.
- Παπαγεωργίου, Ε., Μπολιουδάκη, Ε., Παπαλά, Ε., και συν., (2011). Μελέτη παραγόντων σχετιζόμενων με την ανάπτυξη της συναισθηματικής νοημοσύνης του νοσηλευτικού προσωπικού. Νοσηλευτική, 50(2) pg 185-193.
- Παπαδάτου, Δ., (1995). Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
- Παπαδάτου Δ, Μπελάλη, Θ.,(2008) «Βασικές γνώσεις Ψυχολογίας για επαγγελματίες υγείας», σελ. 59. Αθήνα, Εκδόσεις Κριτική, 2008.

Παυλίδου, Θ., (2015) "Ελληνική Γλώσσα και προφορική επικοινωνία", Αθήνα: Ίδρυμα Τριανταφυλλίδη.

Ραγία, Α., (2004). Η επικοινωνία. Νοσηλευτική, 42(3), σελ 153-160.

Σαϊτής, Χ., (1994) "Βασικά θέματα σχολικής διοίκησης: Προσέγγιση στη διοικητική σκέψη με τη μέθοδο των casestudies", Αθήνα: Αυτοέκδοση.

Σαμαράκη, Χ., (2008). "Πώς να κατακτήσεις τα μυστικά της γλώσσας του σώματος." Αθήνα: Ψυχογιός.

Σιώμοκος, Γ. & Μ. Δ., (2008). Έρευνα αγοράς. 1η έκδοση επιμ. Αθήνα: Σταμούλη Α.Ε.

Σταλίκας, Α., Χαμοδράκα, Μ., (2004). *Η ενσυναίσθηση*. Αθήνα: Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Σταμάτης, Π., (2005) "Παιδαγωγική Μη Λεκτική Επικοινωνία", Αθήνα: Ατραπός.

Στεργιοπούλου, Α., Βλάχος, Γ., (2010) «Η επίδραση της προεγχειρητικής ενημέρωσης στη μείωση του άγχους των ασθενών», Νοσηλευτική, 1 (49), σελ.102-109

Ξενογλωσσηβιβλιογραφία

Argyle, M., (2013). "BodilyCommunication." New York: Routledg.

Arora N.,(2003). Interacting with cancer patients: the significance of physicians' communication behavior. SocSci Med 2003, 57:791–806.

Birdwhistel, R., (1970) "Kinesics and context: essays on body motion communication" Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Brinkman WB, Geraghty SR, Lanphear BP, Khoury JC, Gonzalez del Rey JA, Dewitt TG et al.,(2007). Effect of multisource feedback on resident communication skills and professionalism: a randomized controlled trial. Arch PediatrAdolesc 2007, 161:44–49.

Burgoon, J. , Guerrero, L. & Floyd, K., (1989)."Nonverbal Communication." New York: Routledge.

Cohen, S., (2004) Social Relationships and Health. American Psychologist, 59, 676 684.

Cormier L.S., (1984). Interviewing and helping skills for health professionals, Belmont, CA: Wadsworth, 1984.

Dawes P., Davison, P., (1994) «Informed consent: what do patient want to know», Journal of the Royal Society of Medicine, 87 (3), σελ. 149-152.

Dwamena F., Holmes-Rovner M., Gaulden C., Jorgenson S., Sadigh G., Sikorskii A., Lewin S., Smith, R.C., Coffey J. & Olomu A., (2000). Interventions for providers to promote a patientcentred approach in clinical consultations. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2 (Art. No.: CD003267). doi:10.1002/14651858.CD003267.pub2, 2000.

DiMatteo MR., (1998). The role of the physician in the emerging health care environment. WestJMed 1998, 168:328–333.

DiMatteo, M., & Martin, L., (2011). «Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας, Εκδόσεις Πεδίο.

Fallowfield L., Jenkins V, Beveridge H., (2002). Truth may hurt but deceit hurts more: Communication in palliative care. *Palliat Med* 2002, 16:297–303.

Greenfield, S., Kaplan, S., Ware, J., (1985). Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcomes. *Ann Intern Med* 1985, 102:520–528.

Ghulam A., Kessler M., Bachmann L., Haller U. και Kessler T., (2006) «Patients satisfaction with the preoperative informed consent procedure: A multicenter questionnaire survey in Switzerland», *Mayo Clinic Proceedings*, 81(3) σελ.307-312.

Håkansson, J., (2003). Exploring the phenomenon of empathy. Doctoral dissertation, Department of Psychology, Stockholm University.

Eby, L., Brown, N., (2009). Η Νοσηλευτική στη ψυχική υγεία. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.

Hall JA., Roter DL., Rand CS., (1981). Communication of affect between patient and physician. *J Health Soc Behav* 1981, 22:18–30.

Halpern, J., (2003). What is clinical empathy? *Journal of General Internal Medicine*, 18(8), 670-4.

Hannawa AF., (2011). Shedding light on the dark side of doctor-patient interactions: Verbal and non-verbal messages physicians communicate during error disclosures. *Patient Educ Couns* 2011, 84:344–351.

- Harrigan J.A., Oxman T., Rosenthal R.R., (1985). Report expressed through nonverbal behaviour, *Journal of nonverbal behaviour*, 9, 95-100, 1985.
- Ghulam, A., Kessler, M., Bachmann, L., Haller, U., Kessler, T., (2006) «Patients satisfaction with the preoperative informed consent procedure: A multicenter questionnaire survey in Switzerland», *Mayo Clinic Proceedings*, 81 (3) σελ.307-312.
- Henrdon, J. and Pollick, K., (2002). Continuing concerns, new challenges, and next steps in physician-patient communication. *J Bone Joint Surg Am* 2002, 84:309–315.
- Hojat, M., Louis, D. Z., Maio, V., & Gonnella, J. S., (2013). Empathy and health care quality.
- Hoyat, M., Gonnella, J.S., Nasca, T.J., Mangione, S., Veloksi, J.J., Magee, M., (2002). The Jefferson Scale of physician empathy: further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Acad Med*, 77(10), S58–S60.
- Inuits et al, (1982). Outcome-based doctor-patient interaction analysis: I. Comparison of techniques. *Med Care* 1982, 20:535–549.
- Ioannidou, F., Konstantilaki, V., (2008). Empaty and Emotional intelligence: what is really about. *International Journal of Caring Sciences*, 1(3), pg 118-120.
- Josien, M., (1995). Η επικοινωνία μέσα και έξω από τον εργασιακό χώρο, *Ελληνικά Γράμματα*.

Keller, G., (2010). Στατιστική για Οικονομικά και Διοίκηση Επιχειρήσεων: Εκδόσεις Επίκεντρο.

Kelm Z., Wormer J., Walter J., Feudtner C., (2014). Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review, BMC, 2014.

Kohut, H., (1984). Howdoesanalysisicure? Chicago, The University of Chicago Press.

Kotzman, A., (1989). "Listen to Me, Listen to You." London: Penguin Books.

Kouzes, M., Posner, M., (2007). The leadership challenge. San Francisco: Jossey-Bass.

Larson, E.B., & Yao, X., (2005). Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient Physician Relationship. JAMA, 293(9), 1100-1106.

Lee RG, Garvin T., (2003). Moving from information transfer to information exchange in health and health care. SocSci Med 2003, 56:449–464.

Longnecker,Ha., N. Doctor-patient communication: A review. Ochsner J 2010, 10:38–43.

Lussier, M., Richard C., (2005). Doctor-patient communication: Com-plaints and legal actions. Can Fam Physician 2005, 51:37–39.

Maguire, P, Pitceathly C., (2002). Key communication skills and how to acquire them. BMJ 2002, 325:697–700.

Moorhead, G., Griffin, R., (1995) "Organizational Behavior: Managing People a Organizations", Boston: Houghton Mifflin.

- Ouzouni, C., & Nakakis, K., (2012). An exploratory study of student nurses' empathy. *HealthScienceJournal*, 6(3).
- Pease, A., (2006). Το απόλυτο βιβλίο για τη γλώσσα του σώματος, μτφρ. Μαστακούρης Θ., Αθήνα, Έσσοπτρον.
- Piasecki, M., (2008). Η τέχνη της επικοινωνίας στο χώρο της υγείας: ένας πρακτικός οδηγός. Αθήνα: Παπασωτηρίου.
- Rogers C.R., (1951). *Client centered therapy*, Boston: Houghton Mifflin, 1951.
- Rogers, C., (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *Counseling Psychologist*, 5, 2-10.
- Rosenfeld, L. & Plax, T., (1977). "Clothing as Communication." *Journal of Communication*, Winley Online Library.
- Ryback, D., (2001). Mutual affect therapy and the emergence of transformational empathy. *Journal of Humanistic Psychology*, pp. 41-77.
- Sanwal A., Kumar S., Shni P., Nundy S., (1996) «Informed consent in Indian patients», *Journal of the Royal Society of Medicine*, 89 (4), σελ 196-198.
- Sinclair S., Beamer K., Hack F.T., McClement S., Raffin Bouchal S., Chochinov H.M., Hagen N.A., (2017). Sympathy, empathy and compassion: a grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences and preferences. *Palliative Medicine* 31(5), 437-447.

- Stepien A., Baernstein K., (2006). Educating for empathy, JGIM.
- Street R.L., Buller D.B., (1987). Nonverbal response patterns in physician/patient interactions: a functional analysis, *Journal of Nonverbal Behaviour*, 11, 234-253.
- Verderber, R., Verderber, K., (2006). Δεξιότητες διαπροσωπικής επικοινωνίας. Αθήνα: Εκδόσεις Ελλην.
- Weinreich, N., (2008). Integrating quantitative and qualitative methods in social marketing research, s.l.: s.n.
- Weiss, BD., (2007). Health literacy and patient safety: Help patients understand. Manual for clinicians. 2nd ed. American Medical Association, Chicago, 2007:28–34.
- Williams, B., Brown, T., Boyle, M., McKenna, L., Palermo, C. & Etherington, J., (2014). Levels of empathy in undergraduate emergency health, nursing, and midwifery students: a longitudinal study. *Advances in Medical Education and Practice*, 5, 299–306.
- Yousuf R., Fauzi A., How S., Rasool A., Rehanna K., (2007) «Awareness, knowledge and attitude towards informed consent among doctors in two different cultures in Asia: a cross – sectional comparative study in Malaysia and Kashmir India», *Singapore Medical Journal*, 48(6), σελ. 559-565.
- Zolnierok, KB., Dimatteo, MR., (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Med Care* 2009, 47:826–834.

Ηλεκτρονικές πηγές

Κρίκη, Β., (2017). Η ιατρική ενσυναίσθηση και η επίδρασή της στη θεραπεία των ασθενών. Διαθέσιμο στο: <https://www.cultmagz.com/l/i-iatriki-ensynaisthisi-kai-i-epidrasi-tis-sti-therapeia-ton-asthenon/>

Το Βήμα., (2017). Έρευνα - Έλληνες -ασθενείς: ικανοποίηση από γιατρούς, νοσηλευτές, προσωπικό αλλά.... Διαθέσιμο στο: <https://www.tovima.gr/2017/04/06/society/ereyna-ellines-astheneis-ikanopoiisi-apo-giatroys-nosileytes-proswpiko-alla/>

in.gr, (2018).Επικοινωνούν ασθενείς, γιατροί και δημοσιογράφοι; Διαθέσιμο στο: <https://www.in.gr/2018/07/13/health/health-news/epikoinonoun-astheneis-giatroi-kai-dimosiografoi/>

medicalmanage, Οι Ασθενείς, το Ιντερνέτ και ο Ρόλος του Σύγχρονου Ιατρού. Διαθέσιμο στο: www.medicalmanage.gr/επικοινωνία-ασθενή/740-οι-ασθενείς,-το-ιντερνέτ-και-ο-ρόλος-του-σύγχρονου-ιατρού

ipaideia, (2019). Εμπιστεύονται οι Έλληνες ασθενείς το γιατρό τους; Διαθέσιμο στο: <https://www.ipaideia.gr/igeia/empisteuontai-oi-ellines-astheneis-to-giatro-tous>