

Η γλώσσα της επικοινωνίας γιατρού-ασθενούς

Communication Skills in Doctor-Patient Interactions

Μηνάς Πασχόπουλος, Βασιλική Σιαφάκα & Ελένη Δερβένη

Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Περίληψη

Η αποτελεσματική επικοινωνία γιατρού-ασθενούς αποτελεί βασική προϋπόθεση για την παροχή ποιοτικής φροντίδας, με άμεσο αντίκτυπο στη συμμόρφωση του ασθενούς στη θεραπεία, στη συναισθηματική προσαρμογή του στη νόσο, στην έκβασή της, καθώς και στην ποιότητα ζωής του ασθενούς. Βασικά συστατικά αυτής της επικοινωνίας αποτελούν η ουσιαστική και ειλικρινής ενημέρωση, η εμπιστοσύνη, ο σεβασμός και η κατανόηση. Από την πλευρά του γιατρού, η διαμόρφωση μιας ποιοτικής θεραπευτικής σχέσης αποτελεί μια σημαντική κλινική δεξιότητα που μπορεί να αυξήσει την ικανοποίησή του από την εργασία και να μειώσει την πιθανότητα εμφάνισης επαγγελματικής κόπωσης. Οι επικοινωνιακές δεξιότητες περιλαμβάνουν τόσο τη σωστή χρήση όσο και την αποκωδικοποίηση λεκτικών και μη λεκτικών μηνυμάτων. **Ύψιστης σημασίας είναι και οι δεξιότητες ενεργητικής ακρόασης**, διαδικασία βαθιά και ουσιαστική που στηρίζεται στην κατανόηση και αποδοχή του άλλου, καθώς και η **ενσυναίσθηση**, δηλ. η ικανότητα του ατόμου να σκέφτεται και να αισθάνεται τον εαυτό του στην εσωτερική ζωή ενός άλλου προσώπου.

Λέξεις-κλειδιά: επικοινωνία, γιατρός, ασθενής, θεραπευτική σχέση

Abstract

Effective doctor-patient communication is an essential in providing high-quality care, with an impact on patient compliance with treatment, emotional adjustment to the disease, disease's outcome and patient's quality of life. Profound and honest information, trust, respect and understanding are essential components of this communication. From the doctor's perspective, building a high-quality therapeutic relationship is an important clinical skill that can increase job satisfaction and reduce the likelihood of burnout syndrome. Communication skills include both the proper use

and decoding of verbal and non-verbal messages. Of paramount importance are active listening skills, a deep and meaningful process based on understanding and accepting the other, as well as empathy, that is, one's ability to think and feel oneself in another person's inner life.

Keywords: communication, doctor, patient, therapeutic relationship

1. Εισαγωγή

Η επικοινωνία αποτελεί μια συνεχή, δυναμική διεργασία, που ενοποιεί πολλαπλούς τρόπους συμπεριφοράς: τον λόγο, τις κινήσεις, το βλέμμα, τον διαπροσωπικό χώρο κ.ά., γι' αυτό και θα πρέπει να θεωρείται ως μια αλληλεπίδραση κι όχι ως μια κατάσταση (Σακαλάκη Μ., 1994). Το ενδιαφέρον του παρόντος κεφαλαίου εστιάζεται στη διαπροσωπική επικοινωνία, και, πιο συγκεκριμένα, στην επικοινωνία γιατρού-ασθενούς. Η σπουδαιότητα και η ιδιαιτερότητα αυτής της σχέσης είχε αναδειχτεί ήδη από τον Ιπποκράτη, ο οποίος τη θεωρούσε ως ένα αναντικατάστατο θεραπευτικό εργαλείο. Ουσιαστικά, πρόκειται για την επίδραση της προσωπικότητας, της νοοτροπίας, της συμπεριφοράς και της ιατρικής φιλοσοφίας του γιατρού πάνω στον ασθενή.

2. Η Ιδιαιτερότητα της σχέσης

Συχνά, ακούμε την προσφώνηση: «Γιατρέ μου!». Η κτητική αντωνυμία, που συνοδεύει την προσφώνηση «γιατρέ» εκφράζει ουσιαστικές συναισθηματικές προεκτάσεις. Υποδηλώνει ότι ο ασθενής έχει ανάγκη να αντιμετωπίζει τον γιατρό με εντελώς διαφορετικό τρόπο από εκείνον με τον οποίο αντιμετωπίζει τους περισσότερους συμμετέχοντες της κοινωνικής του ζωής. Στην πραγματικότητα, ο ασθενής εκφράζει μια έντονη επιθυμία προσέλκυσης του ενδιαφέροντος και της φροντίδας του γιατρού, ταυτόχρονα με μια διάθεση εξάρτησης από αυτόν, κυρίως, μέσα από μια αίσθηση ανασφάλειας. Ουσιαστικά, εκφράζει, με έκδηλο τρόπο, την ανομολόγητη ανάγκη ουσιαστικής επικοινωνίας μαζί του (Σπυροπούλου Μ., 2014).

Έχοντας κατά νου ότι βασική προτεραιότητα όλων των γιατρών αποτελεί η παροχή ποιοτικής φροντίδας, θα πρέπει να επισημανθεί ότι αυτή είναι εφικτή μόνο μέσα στο πλαίσιο μιας ουσιαστικής επικοινωνίας γιατρού-ασθενούς, με βασικά συστατικά της την αλληλεπίδραση, την εμπιστοσύνη, την κατανόηση και την ειλικρίνεια. Μόνο με

αυτές τις βασικές προϋποθέσεις μπορεί να εδραιωθεί μια σχέση εμπιστοσύνης και να επιτευχθεί συναισθηματική προσαρμογή και συμμόρφωση στο θεραπευτικό σχεδιασμό.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αυξημένο ενδιαφέρον στη διεθνή βιβλιογραφία όσον αφορά στη σχέση γιατρού-ασθενούς και όροι, όπως «εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα» (patient-centered care), «συμπονετική φροντίδα» (compassionate care), «ολοκληρωμένη» ή «απαρτιωμένη φροντίδα» (integrated care) αποτελούν συχνούς δείκτες στους οποίους εστιάζεται η προσοχή ερευνητικών μελετών.

Στα πλαίσια πρόσφατης μελέτης που αφορούσε στην αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε 34 χώρες (Schäfer et al., 2015), καταγράφηκαν οι προσδοκίες των Ελλήνων ασθενών. Ορισμένοι από τους παράγοντες που θεωρήθηκαν σημαντικοί για την ικανοποίηση των ασθενών ήταν οι ακόλουθοι: ο απλός και κατανοητός λόγος, η ευγένεια και ο σεβασμός, η προσοχή και η σχολαστική ενασχόληση του γιατρού με το πρόβλημα του ασθενούς, η παροχή σαφών εξηγήσεων και οδηγιών, καθώς και η αντιμετώπιση του ασθενούς ως πρόσωπο και όχι ως πρόβλημα (Lionis et al., 2015).

Βέβαια, με βάση το ιατροκεντρικό και πατερναλιστικό μοντέλο, το οποίο θεωρείται πλέον αναχρονιστικό, η σχέση γιατρού-ασθενούς αποτελούσε μια εξ' ορισμού άνιση σχέση. Ο γιατρός κατείχε μια «εξουσιαστική» θέση, με πλήρη έλεγχο, θεωρώντας ότι κατέχει όλη την απαραίτητη γνώση ώστε να λαμβάνει αποφάσεις για τον ασθενή, χωρίς να τον εμπλέκει καθόλου στη διαδικασία λήψης αποφάσεων. Σύμφωνα με αυτή την πατερναλιστική θεώρηση, αποτελεί υποχρέωση του ασθενούς η συμμόρφωσή του στις οδηγίες-εντολές του ιατρού. Επρόκειτο για ένα πρότυπο ενεργητικότητας-παθητικότητας και αφορούσε έναν ασθενή πλήρως παθητικό και τυφλά υπάκουο στις αποφάσεις του απόλυτα ενεργού γιατρού.

Ωστόσο, σύμφωνα με το πιο σύγχρονο, συνεργατικό μοντέλο, η σχέση γιατρού-ασθενούς στηρίζεται στον αλληλοσεβασμό και στην από κοινού συνεργασία. Το μοντέλο αυτό συνδυάζει τις γνώσεις και τις δεξιότητες του γιατρού γύρω από τις διαγνωστικές τεχνικές, την πρόγνωση της νόσου, τις θεραπευτικές επιλογές και τις στρατηγικές πρόληψης, με τις εμπειρίες του ασθενούς γύρω από την ασθένειά του, τις συνήθειες, τις στάσεις, τις ανάγκες και τις προσδοκίες του, ώστε και οι δυο να είναι σε θέση να αποφασίζουν από κοινού, με στόχο το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα για την υγεία του ασθενούς.

3. Λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία γιατρού-ασθενούς

Σε λεκτικό επίπεδο, οι δεξιότητες επικοινωνίας του γιατρού αποβλέπουν στο να προσκαλέσουν τον ασθενή να μοιραστεί τις εμπειρίες του. Ο γιατρός οφείλει να παρέχει το κατάλληλο πλαίσιο στον ασθενή για να εκφραστεί ελεύθερα, χωρίς αλλεπάλληλες ερωτήσεις, κριτική ή ηθικολογία, απειλή, προειδοποίηση ή πρόωρο επιφανειακό εφησυχασμό, καθώς και χωρίς διαρκείς διακοπές ή καθοδήγηση, πρακτικές που θέτουν σοβαρά εμπόδια στην επικοινωνία (Di Matteo & Martin, 2006).

Σύμφωνα με τον Gregory Bateson, ανθρωπολόγο και κοινωνικό επιστήμονα: «Κάθε ανταλλαγή επικοινωνίας είναι συμμετρική ή συμπληρωματική, ανάλογα με το αν στηρίζεται στην ισότητα ή στη διαφορά (π.χ. η κυρίαρχη θέση του ενός προκαλεί την υποτακτική θέση του άλλου)». Στη συγκεκριμένη θεωρητική προσέγγιση, η επιλογή των όρων «συμμετρική/συμπληρωματική» γίνεται για να αποκλειστούν οι όροι «εξουσία/δύναμη». Βασικό στοιχείο αποτελεί ο βαθμός άσκησης ελέγχου που το κάθε άτομο εφαρμόζει σε ένα άλλο, δηλ. το σύνολο των περιορισμών που θέτει ο ένας στον άλλο, άλλοτε συνειδητά κι άλλοτε ασυνείδητα. Ένα χαρακτηριστικό, ενδεικτικό της άσκησης ελέγχου, αποτελεί η χρήση διαφόρων γλωσσολογικών επιλογών, όπως η χρήση ενικού ή πληθυντικού και η δόμηση της συζήτησης με συγκεκριμένο τρόπο, όπως η διακοπή των όσων αναφέρει ο ασθενής, η αλλαγή θέματος κ.ά. (Ruesch & Bateson, 1951). Επίσης, η χρήση της «Αργκό» ή / και αμφιβόλου ποιότητας χιούμορ, με στοιχεία κυνισμού είναι ένας τρόπος άσκησης ελέγχου που εμπεριέχει βαθιά ανισότητα ισχύος στη σχέση γιατρού-ασθενούς (Di Matteo & Martin, 2006).

Επιπρόσθετα, κάποιες φορές, στους διαδρόμους νοσοκομείων μπορεί κανείς να ακούσει: «Έχουμε μια σκωληκοειδίτιδα στον θάλαμο 18 και μια χολή στον θάλαμο 20». Όταν ο Κος Γιώργος γίνεται «η σκωληκοειδίτιδα του 18» και η κυρία Μαρία γίνεται «η χολή στο 20» αποπροσωποποιούνται. Τι συμβάλλει στην τροποποίηση της θεώρησης ενός ατόμου από μια βιολογική οντότητα, σε «πρόσωπο» με αυτοσυνειδησία και ετερότητα; Η σύνδεσή του με το κοινωνικό σύστημα, γεγονός που επιτυγχάνεται με τη χρήση του ονόματος, που συμβολικά, μεταμορφώνει ένα άτομο σε πρόσωπο. Αξίζει, επίσης, να τονιστεί ότι, συχνά, οι έμπειροι γιατροί υιοθετούν ένα Λεκτικό παιχνίδι (speechplay), δηλ. έναν πρωτότυπο λεκτικό χειρισμό που αποτελεί ιδιαίτερο στυλ λόγου, προκειμένου να εκφραστούν αντιλήψεις που δεν καλύπτουν οι τυπικές γλωσσικές εκφράσεις και, συνήθως, είναι διασκεδαστικός και περίτεχνος. Το χιούμορ αποτελεί, αναμφισβήτητα ώριμο και αποτελεσματικό μηχανισμό διαχείρισης της έντασης, του πόνου, του φόβου, αλλά, ταυτόχρονα, αποτελεί και μια πανοπλία που μας

κρατά σε απόσταση. Μας επιτρέπει να «απανθρωποιήσουμε» εκείνους που μας χρειάζονται και, ουσιαστικά, να τους αντιμετωπίζουμε ως όργανα, ιστούς και τραύματα. Κι αυτό συμβαίνει για λόγους αυτοπροστασίας. Προσπαθούμε να θεραπεύσουμε νόσους με περιορισμένη αλληλεπίδραση με το άτομο που τη φέρει και με ελεγχόμενα συναισθήματα για εκείνον. Όμως, υποχρέωση του γιατρού δεν είναι να θεραπεύει νόσους, αλλά ανθρώπους που νοσούν (Kushner & Thomasma, 2007).

Επίσης, έλεγχος είναι δυνατό να ασκηθεί και με τη μη λεκτική επικοινωνία, που αποτελεί τη γλώσσα των συναισθημάτων και περιλαμβάνει τις εκφράσεις του προσώπου, τη στάση του σώματος, τις χειρονομίες, τη βλεμματική επαφή, τον τόνο και το ύφος της φωνής, ακόμα και την ένταση των μυών και την αναπνοή. Το να κατανοούμε, να αποκωδικοποιούμε και να χρησιμοποιούμε ικανοποιητικά τη μη λεκτική επικοινωνία συμβάλλει στην έκφραση αυτού που πραγματικά σκεφτόμαστε, στην αποτελεσματικότερη διαχείριση δύσκολων καταστάσεων και στη διαμόρφωση ουσιαστικών σχέσεων. Όταν η συναισθηματική διάθεση και κατ' επέκταση η μη λεκτική επικοινωνία βρίσκονται σε συμφωνία με το περιεχόμενο του λεκτικού μηνύματος, ενισχύονται τα λεγόμενα του ομιλητή, ενώ όταν διαφέρει, τα μηνύματα που μεταδίδονται είναι αντιφατικά, «διπλά» (doublemessages), αμφίσημα, και λειτουργούν με τρόπο που προκαλεί σύγχυση στην επικοινωνία. Οι ασθενείς είναι περισσότερο ικανοποιημένοι με γιατρούς που εκφράζουν συναισθήματα και ερμηνεύουν σωστά τη μη λεκτική συμπεριφορά των ασθενών τους, παρά με εκείνους που δεν έχουν την ικανότητα μεταφοράς συναισθήματος στην καθημερινή κλινική πρακτική τους (Coehlo & Galan, 2012, Saha & Fernandez, 2007, Schenker & Fernandez, 2010). Από την άλλη πλευρά, οι ασθενείς είναι ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένοι στη μη λεκτική συμπεριφορά του γιατρού, καθώς είναι γεμάτοι αγωνία και ανασφάλεια.

4. Ο ρόλος της ενσυναίσθησης και της ενεργητικής ακρόασης

Πέρα από τις δεξιότητες λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας, ύψιστης σημασίας για τη διαμόρφωση μιας ουσιαστικής επικοινωνίας μεταξύ γιατρού και ασθενούς είναι οι δεξιότητες ενεργητικής ακρόασης, διαδικασίας βαθιάς και ουσιαστικής που στηρίζεται στην κατανόηση και την αποδοχή του άλλου. Το να είμαστε καλοί ακροατές δεν είναι απλό. Συνήθως, στις σχέσεις προσπαθούμε να γίνουμε κατανοητοί κι όχι να κατανοήσουμε τους άλλους. Η ενεργητική ακρόαση, προφανώς, απαιτεί από τον γιατρό να αναστείλει τις σκέψεις και τα συναισθήματά του,

ώστε να προσέξει αποκλειστικά το μήνυμα του ασθενούς. Το να είμαστε «ανοιχτοί στην εμπειρία» του άλλου μπορεί να σημαίνει ότι πρέπει πρώτα να είμαστε σε θέση να επανεξετάσουμε τις δικές μας εμπειρίες (Meryn, 1998).

Επίσης, συνήθως, οι ασθενείς αναζητούν έναν γιατρό που να είναι σε θέση να κατανοήσει την κατάσταση στην οποία βρίσκονται. Και το εκφράζουν απλά και ξεκάθαρα: «Έλα στη θέση μου γιατρέ....». Του ζητούν να δείξει ενσυναίσθηση (empathy), δηλ. να είναι ικανός να σκεφτεί και να αισθανθεί για λίγο τον εαυτό του στην εσωτερική ζωή του ασθενούς. Αυτό προϋποθέτει την προσπάθεια πλήρους κατανόησης όσων ο ασθενής βιώνει, μέσα από τη δική του οπτική γωνία. Η ενσυναίσθηση δεν αποτελεί μια μορφή συμπάθειας, καθώς η συμπάθεια αφορά στη συμμετοχή σε μια ψυχική κατάσταση κάποιου που πάσχει, ενώ η ενσυναίσθηση απαιτεί τη συναισθηματική ταύτιση και την κατανόηση των συναισθημάτων, όπως τα βιώνει ο ασθενής (Chochinov, 2007).

Τέλος, αξίζει να διευκρινιστεί ότι είναι εσφαλμένη η άποψη που υποστηρίζει ότι η συναισθηματική εγγύτητα «θολώνει» την κρίση του γιατρού, με αποτέλεσμα να τίθεται σε κίνδυνο η αντικειμενικότητα των παρεμβάσεών του. Στη σχέση γιατρού=ασθενούς το ζητούμενο είναι η ανεύρεση της κατάλληλης ισορροπίας μεταξύ της ψυχολογικής απόστασης για λόγους αυτοπροστασίας και της συναισθηματικής εγγύτητας που επιτρέπει τη θεραπευτική ενσυναίσθηση προς τον ασθενή. Αυτή η δεξιότητα οριοθέτησης αποκτάται σταδιακά, με την ταυτόχρονη απόκτηση κλινικής εμπειρίας. Κι ως αναρωτηθούμε: Θα προτιμούσαμε ένα συμπονετικό γιατρό, με όλες τις ανθρώπινες «αδυναμίες» από έναν ψύχραιμο, ουδέτερο, πλήρως αποστασιοποιημένο γιατρό; Αναμφισβήτητα, πέρα από την επιστημονική κατάρτιση και την εφαρμογή σύγχρονων επιστημονικών μεθόδων, είναι ζωτικής σημασίας η δυνατότητα να διατηρούμε ανθρώπινους δεσμούς.

4. Συμπεράσματα

Διαθέτουμε Λόγο, λόγο και λόγους. Οι διάλογοι είναι το ζητούμενο..... Η σχετική εκπαίδευση των φοιτητών Ιατρικής και των νέων ιατρών, με «Λογική και Ευαισθησία», συμπεριλαμβανομένης και της απόκτησης δεξιοτήτων επικοινωνίας, κρίνεται απολύτως αναγκαία, αλλά, δυστυχώς, δεν έχει καθολικά αναγνωρισθεί από όλες τις Ιατρικές Σχολές. Μαθητεία σε επικοινωνιακά και ηθικά ζητήματα σημαίνει αφενός καλλιέργεια συμπεριφορών κατανόησης, σεβασμού, ενσυναίσθησης και συμπόνιας

προς τους ασθενείς και αφετέρου, ευγνωμοσύνης για το προνόμιο της εκμάθησης και άσκησης της ιατρικής πάνω σε ανθρώπινα όντα (Kushner & Thomasma, 2007).

Η ουσιαστική και αποτελεσματική επικοινωνία γιατρού-ασθενούς δεν είναι απλή. Απαιτεί δεξιότητες και πείρα. Ορισμένες τεχνικές αποτελούν σημαντικό και ευέλικτο βοήθημα, όμως, μόνο στο πλαίσιο μιας δυναμικής σχέσης θεραπευτή-ασθενούς, σχέσης που πρέπει να κατευθύνεται από τις ανάγκες, τις προτιμήσεις και τη συμπεριφορά του κάθε ασθενούς. Κι αυτό, γιατί η ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης είναι μία “τέχνη” από τη μεριά του θεράποντος που ξεπερνά κατά πολύ την απλή εφαρμογή γενικών κανόνων επικοινωνίας και περιλαμβάνει και στοιχεία της προσωπικότητας και της γενικότερης συμπεριφοράς του κάθε ατόμου.

Βιβλιογραφία

- Chochinov, H. M. (2007). *Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care*. BMJ, Jul 28; 335 (7612): 184-187.
DOI: 10.1136/bmj.39244.650926.47
- Coelho, K. R. & Galan, C. (2012). *Physician cross-cultural nonverbal communication skills, patient satisfaction and health outcomes in the physician-patient relationship*. Int J Family Med. 376907. DOI: 10.1155/2012/376907.
- DiMatteo, M. R. & Martin, L. R. (2006). *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας* (επιμ. Αναγνωστόπουλος Φ., Ποταμιάνος Γρ.). Αθήνα: Εκδ. Ελληνικά Γράμματα.
- Kushner, T. K. & Thomasma D. C. (2007). *Ιατρική Ηθική και Δεοντολογία* (επιμ. Αντωνίου Αλέξανδρος-Σταμάτιος). Αθήνα: Εκδ. Παρισιάνου.
- Λιονής, Χ., Ιατράκη, Ε., Πιτέλου, Ε., Αλεξιάδης, Α., Ασπράκη, Γ., Γεωργιάννος, Ν., Μαρκάκη, Α., Ραζής, Ν. (2015). *Σχέση ιατρού-ασθενή*. [ηλεκτρ. βιβλ.]. Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. Διαθέσιμο στο: <http://hdl.handle.net/11419/5809>.
- Meryn, S. (1998). *Improving doctor-patient communication. Not an option, but a necessity*. BMJ, Jun 27; 316 (7149): 1922.
- Montague, E., Chen, P., Xu, J., Chewning, B., Barrett, B. (2013). *Nonverbal Interpersonal Interactions in Clinical Encounters and Patient Perceptions of Empathy*. Journal for Participatory Medicine, August 14.
- Ruesch, J. & Bateson, G. (1951). *Communication: The social matrix of Society*. New York: Norton.

- Saha, S. & Fernandez, A. (2007). *Language Barriers in Health Care*. Journal of General Internal Medicine 22 Suppl 2 (S2): 281-2, DOI: 10.1007/s11606-007-0373-3.
- Σακαλάκη, Μ. (1994). *Ψυχολογία της επικοινωνίας. Θεωρητικά ρεύματα και προοπτικές της έρευνας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Schäfer, W. L., Boerma, W. G., Murante, A. M., Sixma, H. J., Schellevis, F. G., Groenewegen, P. (2015). *Assessing the potential for improvement of primary care in 34 countries: a cross-sectional survey*. Bull World Health Organ. Mar 1; 93(3): 161-168. DOI: 10.2471/BLT.14.140368.
- Schenker, Y. & Fernandez, A. (2010). *Time to establish national standards and certification for health care interpreters*. Patient Education and Counseling 78(2):139-40, DOI: 10.1016/j.pec.2009.12.008.
- Σπυροπούλου, Μ. (2014). *Η Επικοινωνία μεταξύ γιατρού και ασθενούς*. Πρακτικά 13^{ου} Συνεδρίου της Εταιρείας Ορθοδοντικής και Γναθοπροσωπικής Μελέτης και Έρευνας, 27 Σεπτεμβρίου, Αθήνα.