

Το τείχος μεταξύ γιατρού και ασθενή και μέθοδοι για την πτώση του

Επιβλέπων καθηγητής: Τζιάλλας Δημήτριος



Παναγιώτης Χριστοδούλου

Υπεύθυνος επικοινωνίας:

Χριστοδούλου Παναγιώτης
Παπαφλέσσα 48 Πάτρα

Τηλ. 2610 340156, 6976434152

e-mail: christodp17@gmail.com

Περίληψη

Η σχέση γιατρού ασθενή διαμορφώνεται από τις τεχνολογικές, κοινωνικές και επιστημονικές εξελίξεις της κάθε περιόδου. Οι πρόσφατες τεχνολογικές εξελίξεις διεύρυναν το χάσμα στην επικοινωνία μεταξύ γιατρού και ασθενή. Για την καλύτερη μελέτη της επικοινωνίας των ασθενών με τους γιατρούς τους, παρουσιάζεται η βασική κατανομή σε τρία μοντέλα (ενεργητικό-παθητικό, καθοδήγησης συνεργασίας, αμοιβαίας συμμετοχής) και αναλύεται το πως δομείται μια θεραπευτική σχέση με τη χρήση της μεθόδου PREPARED σε 38χρονη ασθενή με νόσο Graves. Οι διαφορετικές αντιλήψεις επί της ιατρικής άσκησης αποτυπώνονται στο βιοϊατρικό και στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο. Στο πρώτο ο ασθενής περιορίζεται από τον γιατρό στην περιγραφή των συμπτωμάτων ενώ στο δεύτερο είναι ελεύθερος να συζητήσει τις ανησυχίες και τους προβληματισμούς του. Σημαντικό ρόλο στη βελτίωση της θεραπευτικής σχέσης διαδραματίζει η ενσυναίσθηση, δηλαδή η ικανότητα του γιατρού να προσεγγίζει τον τρόπο που ο ασθενής βιώνει την κατάσταση του. Παρουσιάζεται ένα γενικό σύνολο παρεμβάσεων για τη βελτίωση της σχέσης γιατρού ασθενή με παράδειγμα εφαρμογής την ασθενή της νόσου Graves. Σκοπός της εργασίας είναι να αναδείξει την ανάγκη για στροφή της προσοχής των γιατρών στο πρόσωπο του ασθενή και όχι μόνο στα συμπτώματά του.

Λέξεις Κλειδιά: μοντέλα επικοινωνίας γιατρού ασθενή, Βιοϊατρικό μοντέλο, βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, ενσυναίσθηση, PREPARED, empathy

The Wall between doctors and patient and a method to demolish it

Christodoulou Panagiotis
Paper Supervisor: Jiallas Demetrios

Summary

The doctor patient relationship shaped by technological, social and scientific trends of each period. Recent technological developments widened the gap in communication between doctors and patients. For a better interaction for the study of this relationship, the basic breakdown occurs in three models (assets-liabilities, cooperation, mutual participation guidance). Then the how therapeutic relationship method PREPARED is demonstrated in the case of a 38 years old patient with Graves disease. The different perceptions on medicine exercise captured on biomedical and biopsychosocial models. At first the patient's role is limited by the doctor in the description of symptoms while in the other model the patient is free to discuss their worries and concerns. Important role in improvement of the therapeutic relationship plays empathy, that is, the ability of a doctor to approach the way the patient is experiencing his/hers condition. A general set of interventions for improving doctor-patient relationship with the patient application example of Graves disease. The aim of this paper is to highlight the need for turning the attention of doctors in the face of the patient and not just the symptoms.

Εισαγωγή

Στο μουσικό album The Wall των Pink Floyd ο στιχουργός Roger Waters περιγράφει πως η καταξίωση του συγκροτήματος δημιούργησε σταδιακά ένα νοητό τείχος μεταξύ αυτού και των οπαδών του συγκροτήματος. Κατά αντιστοιχία η ραγδαία εξέλιξη των επιστημών και της ιατρικής όχι μόνο δεν κατάφερε να μειώσει την απόσταση μεταξύ των γιατρών και των ασθενών τους, αλλά ενδεχομένως την επέτεινε. Στις προ της βιομηχανικής επανάστασης κοινωνίες μεταξύ των θεραπευτών και των ασθενών παρεμβαλλόταν οι θρησκευτικές και μεταφυσικές πεποιθήσεις (με βάση τις οποίες ερμηνευόταν οι νόσοι), οι οποίες αποτελούσαν όμως κοινή «γλώσσα» και για τους δύο (Baker et al. 1999). Η αντικατάσταση της μεταφυσικής

με την επιστήμη και την Βιολογία απομάκρυνε πλέον αυτό τον κοινό κώδικα: τα φαινόμενα αν και πιο κατανοητά και τεκμηριωμένα από την ιατρική κοινότητα, έγιναν πιο δυσπρόσιτα και ανεξήγητα για τους ασθενείς, καθώς δεν κατέχουν τις γνώσεις για την ερμηνεία τους (Wynia, 2008).

Βέβαια οι ασθενείς διαφέρουν μεταξύ τους στο επίπεδο των γνώσεων (και επομένως και των αντιδράσεων): ορισμένοι διαθέτουν κάποιες γνώσεις επί των ιατρικών ζητημάτων και θεωρούν ότι ο γιατρός είναι σημαντική πηγή πληροφοριών και εμπειρίας (Adewuyi – Dalton, 1998, Haug and Lavin, 1983), άλλοι θεωρούν ότι γνωρίζουν ελάχιστα για την υγεία τους και ενδιαφέρονται να μάθουν ακόμα λιγότερα (Krantz et al., 1980), μερικοί αρνούνται την ύπαρξη προβλημάτων με την υγεία τους (Gardner et al. 2000). Από την άλλη πλευρά και

στους επαγγελματίες υγείας εμφανίζονται διαφορετικοί τύποι όσον αφορά τη στάση τους απέναντι στους ασθενείς: ορισμένοι εστιάζουν αποκλειστικά στη διάγνωση (Mizrahi, 1984), άλλοι αντιμετωπίζουν τον ασθενή ως σωματικό υποδοχέα της νόσου με συνέπεια η συμμετοχή τους θεωρείται ως παρεμβολή στη θεραπεία (Sangster and McGuire, 1999), ενώ άλλοι εστιάζουν στον ασθενή ως πρόσωπο (West, 1983).

Με βάση τα παραπάνω ο ίδιος ορισμός της ασθένειας και της υγείας λαμβάνει διαφορετικές μορφές και ερμηνείες. Από τον παγκόσμιο οργανισμό υγείας η ασθένεια πλέον ορίζεται ως ένα σύνολο συμπτωμάτων τα οποία όπως τα αντιλαμβάνεται ο ασθενής, τον εμποδίζουν στην καθημερινότητα. Η υγεία δεν ορίζεται ως απουσία συμπτωμάτων, αλλά ως πλήρη οργανική, ψυχολογική και κοινωνική ευεξία (WHO, 1978). Φυσικά υπάρχουν κατάλοιπα προηγούμενων ορισμών και αντιλήψεων ανεξάρτητα από τους σύγχρονους ορισμούς. Ως αποτέλεσμα η λεκτική και μη επικοινωνία ιατρού και ασθενή να είναι μια διαδικασία περίπλοκη. Σε γενικές γραμμές η επικοινωνία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών καθορίζεται από δύο παράγοντες: τι είναι σε θέση να συνεισφέρει η κάθε πλευρά και τι θεωρεί η κάθε πλευρά ότι αληθεύει για τη θεραπευτική σχέση (DiMatteo, 1979).

Μολονότι αρκετοί γιατροί παρέχουν, στο πλαίσιο της επικοινωνίας με τους ασθενείς τους, επαρκής πληροφορίες, τα αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι μεγάλος αριθμός ασθενών αισθάνεται ότι του αποκρύπτονται σκόπιμα πληροφορίες (Philips, 1996, Shuy, 1976). Η συμμετοχή του ασθενούς στη διαδικασία λήψης αποφάσεων καθορίζεται από το εύρος των πληροφοριών που έχει στη διάθεση του και συνιστά παράγοντα μέγιστης σημασίας για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας (Speedling and Rose, 1985). Αντίστοιχες έρευνες έχουν δείξει ότι το 50% των ασθενών μετά την επίσκεψη γνώριζε ελάχιστα για το τι έχει δυνατότητα να κάνει για την κατάσταση του (Ley, 1979, Svarstad 1976), ενώ από αυτούς το 50% δεν εξέφραζαν τις ανησυχίες και τα παράπονα τους (Van Der Merwe, 1995).

Μοντέλα Σχέσης γιατρού ασθενή

Τα προβλήματα που αναφέρθηκαν στην επικοινωνία γιατρού ασθενή, αποτυπώνουν τα μοντέλα

σχέσης μεταξύ τους. Σε πολλές περιπτώσεις ενώ ζητείται από τους ασθενείς να αναφέρουν πραγματικά γεγονότα, δε τους δίνεται η δυνατότητα να τα αναλύσουν, ούτε τους εξηγείται ο τρόπος με τον οποίο αυτά σχετίζονται με την προτεινόμενη θεραπεία (Gill, 1998). Η σχέση ιατρού ασθενή διαμορφώνεται πέρα από το πεδίο της αμιγούς διάγνωσης, στο πεδίο των τεχνολογικών, κοινωνικών και πολιτιστικών εξελίξεων μέσα στις οποίες διαμορφώνονται οι προσωπικότητες και των δύο (Sigerist, 1933). Η αλληλεπίδραση γιατρού ασθενή κατηγοριοποιείται σε τρεις βασικές μορφές (Szasz and Hollender, 1956):

- Το μοντέλο της ενεργητικότητας-παθητικότητας στο οποίο ο γιατρός επωμίζεται την ευθύνη για τη ζωή του ασθενή, ο οποίος συνήθως λόγω της ιατρικής του κατάστασης δε μπορεί να έχει λόγο.
- Το μοντέλο της καθοδήγησης συνεργασίας στο οποίο ο γιατρός αναλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος της ευθύνης για τη διάγνωση και τη θεραπεία.
- Το μοντέλο της αμοιβαίας συμμετοχής στο οποίο γιατρός και ασθενής λαμβάνουν από κοινού τις αποφάσεις, από τον προγραμματισμό των διαγνωστικών εξετάσεων έως την εφαρμογή της θεραπείας. Υπάρχει ένα σύστημα διπλής εισαγωγής πληροφοριών και η ευθύνη διαμοιράζεται.

Στα τρία προαναφερθέντα μοντέλα διαφέρει η ελευθερία με την οποία ο ασθενής εκφράζει την άποψη του και τις απορίες του: στο πρώτο δεν υπάρχει αυτή η δυνατότητα, στο δεύτερο ο ασθενής απαντά απλά στις ερωτήσεις που δέχεται ενώ στο τρίτο οι ερωτήσεις και οι προβληματισμοί εκφράζονται ελεύθερα. Από τα τρία αυτά μοντέλα, πιο αποτελεσματικό θεωρείται το τρίτο (DiMatteo and Martin, 2012) καθώς μεγάλος αριθμός ερευνών δείχνει ότι οι ασθενείς μπορούν να αναλάβουν ενεργό ρόλο στη διατήρηση της υγείας τους ώστε να έχουν το βέλτιστο αποτέλεσμα (Kaplan, 1991).

Ένα σύστημα που δομεί την επικοινωνία γιατρού ασθενή σε αυτά τα πλαίσια είναι το σύστημα PREPARED (Gambone and Reiter, 1994). Η λέξη αποτελεί ακρωνύμιο όπου το P αντιστοιχεί στη διαδικασία (procedure) ή στη συνταγή (prescription) και σε αυτό το στάδιο ο γιατρός παρουσιάζει στον ασθενή την προτεινόμενη θεραπεία. Το R αντιστοιχεί στο λόγο (reason), στάδιο στο οποίο γιατρός και ασθενής συζητούν το γιατί προτείνεται η συγκεκριμένη θεραπεία. Στο E αντιστοιχεί η λέξη

προσδοκίες (expectations) και τίθενται οι στόχοι της θεραπείας. Στο P αντιστοιχεί η λέξη πιθανότητα (probability) όπου αξιολογείται η πιθανότητα επίτευξης των στόχων. Ακολουθούν οι εναλλακτικές επιλογές ή λύσεις στο γράμμα A (alternative) και οι κίνδυνοι που συνδέονται με τη θεραπεία στο R (risks). Τέλος ο ασθενής σταθμίζει το κόστος (οικονομικό ή μη) στο C (cost) και λαμβάνεται η απόφαση για τη θεραπευτική επιλογή στο γράμμα D (decision).

Ως παράδειγμα αναφοράς θα χρησιμοποιηθεί η νόσος του Graves. Η νόσος του Graves είναι μια αυτοάνοση νόσος που επηρεάζει το θυροειδή αδένα με τη μορφή θυροτοξίκωσης. Η συμπτωματολογία ποικίλει (μυξοίδημα, οφθαλμοπάθεια, απώλεια βάρους, δυσανεξία στη ζέστη, τρόμος, ταχυκαρδία, ευερεθιστότητα) και η θεραπευτική αγωγή χρησιμοποιείται καρβομαζόλη σε ασθενείς κάτω των 40 ετών και ραδιοϊσότοπο ιωδίου σε άνω των 40. Σε περίπτωση υποτροπής των συμπτωμάτων πραγματοποιείται χειρουργική επέμβαση (Davidson, 2012). Άρα σε περίπτωση γυναίκας ασθενούς 38 ετών η μεθοδολογία που θα ακολουθηθεί είναι η εξής: παρουσιάζεται στην ασθενή η προτεινόμενη θεραπεία με καρβομαζόλη, εξηγείται ότι ο λόγος είναι η προσδοκώμενη μείωση των συμπτωμάτων και η αποφυγή της χειρουργικής επέμβασης, στόχος της θεραπείας είναι η καταστολή της συμπτωματολογίας, η πιθανότητα επιτυχίας είναι 50% μετά τη διακοπή του φαρμάκου, εναλλακτική επιλογή είναι η χειρουργική επέμβαση, οι κίνδυνοι είναι η εμφάνιση αλλεργικού εξανθήματος, το κόστος της θεραπείας είναι σχετικά χαμηλό και ακολουθεί η απόφαση.

Παρατηρείται ότι με αυτή τη μέθοδο αποφεύγονται παρερμηνείες και υποθέσεις που ενδεχομένως να αποθαρρύνουν τον ασθενή από την επιτυχή τήρηση της θεραπευτικής αγωγής (Clark, 1997).

Βιοϊατρικό και Ψυχοκοινωνικό μοντέλο

Ο Descartes ήδη από τον 17ο αιώνα έθεσε τα θεμέλια για την ερμηνεία των ασθενειών με βάση τη μελέτη του σώματος και του μυαλού (Skirry, 2006). Παρόλαυτα οι πρώτες σημαντικές ιατρικές-τεχνολογικές ανακαλύψεις (όπως ο καρδιογράφος) επανάφεραν τη μηχανιστική ερμηνεία της λειτουργίας του σώματος με τους γιατρούς της περιόδου να επικεντρώνονται στα κλινικοεργαστηρι-

ακά ευρήματα και όχι στα συμπτώματα (Cushing, 2016).

Το βιοϊατρικό μοντέλο υποστηρίζει ότι η ασθένεια μπορεί να εξηγηθεί πλήρως βάσει των ατομικών αποκλίσεων από τη νόρμα των βιολογικών μεταβλητών, ακόμα και σε περιπτώσεις σύνθετων μορφών ασθένειας, μέσω της μετρήσιμων σωματικών προβλημάτων (Engel, 1997). Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υποστηρίζει ότι εκτός από τα σωματικά συμπτώματα θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και οι ψυχολογικοί, κοινωνικοί και βιολογικοί παράγοντες (Bakal, 1999). Το κάθε μοντέλο έχει διαφορετική επίδραση στην επικοινωνία και τη σχέση γιατρού ασθενή.

Το βιοϊατρικό περιορίζει εξαιρετικά την προσέγγιση του γιατρού και κατά συνέπεια το προς τα ποια κατεύθυνση εστιάζει στην επικοινωνία του με τον ασθενή. Η ύπαρξη μιας απόκλισης σε βιολογικό επίπεδο μπορεί να ανιχνευθεί σε επίπεδο συμπεριφοράς και όχι υπό τη μορφή κάποιας νόσου. Ένας γιατρός που εστιάζει μόνο στην ερμηνεία βιολογικών συμπτωμάτων και μετρήσεων, είναι πολύ πιθανό να μην προσδιορίσει την ύπαρξη βιολογικού υποστρώματος σε αυτή την περίπτωση. Μια συγκεκριμένη ασθένεια επηρεάζει το κάθε άτομο με ιδιαίτερο και μοναδικό τρόπο, άρα η τήρηση των πρωτόκολλων διάγνωσης κατά γράμμα, δεν οδηγεί απαραίτητα στο επιθυμητό αποτέλεσμα (Robinson, 1971). Η προσήλωση από τον γιατρό στην παρατήρηση συμπτωμάτων που ο ίδιος θεωρεί ως αναμενόμενα οδηγεί τη συζήτηση με τον ασθενή στο έδαφος των απαντήσεων που ο γιατρός θα ήθελε να ακούσει, με αποτέλεσμα ο ασθενής να μη μπορεί να περιγράψει επαρκώς την πραγματικότητα της ασθένειας, όπως τη βιώνει ο ίδιος (Kleinman, 1988).

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο δομεί μια σχέση επικοινωνίας στην οποία περιλαμβάνονται οι κοινωνικές προσδοκίες σε σχέση με την ασθένεια (ιδιαίτερα τα πρότυπα από την οικογένεια και την κυρίαρχη κουλτούρα), η ψυχολογία του ασθενή, το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο εξελίσσεται η ασθένεια. Για να πραγματοποιηθεί αυτή η προσέγγιση, απαιτείται μια μορφή επικοινωνίας στην οποία ο γιατρός δεν εστιάζει μόνο στα ευρήματα της κλινικής εξέτασης. Σε αυτή τη μορφή επικοινωνίας περιλαμβάνεται το νόημα που αποδίδει το άτομο στην κατάσταση του, οι συνειδητές ή ασυνείδητες

ανάγκες του ατόμου, το προσωπικό πρότυπο αντίδρασης του. Ο γιατρός σε αυτή την προσέγγιση δε δρα με κλειστού τύπου ερωτηματολόγια, αλλά αφήνει το χώρο στον ασθενή να εκφράσει τις σκέψεις και τους προβληματισμούς του. Λόγω της πιο σφαιρικής αντιμετώπισης προσεγγίζεται με καλύτερο τρόπο η πολυπλοκότητα και η μοναδικότητα του κάθε ατόμου (DiMatteo and DiNicola, 1982).

Λαμβάνοντας υπόψιν τα δεδομένα αυτά, σχετικά πρόσφατη έρευνα (Roter et al., 1997) αποτύπωσε πέντε διαφορετικούς τύπους επικοινωνίας ιατρού ασθενή (σε αντίθεση με τα περισσότερα μοντέλα που αναφέρονται σε τύπους σχέσεων):

- Ο αμιγώς βιοϊατρικός τύπος στον οποίο η συζήτηση επικεντρώνεται στη βιοϊατρική ορολογία
- Ο διευρυμένος βιοϊατρικός τύπος στον οποίο λαμβάνονται υπόψιν ψυχοκοινωνικά θέματα
- Ο βιοψυχοκοινωνικός τύπος στον οποίο ο χρόνος της επικοινωνίας κατανέμεται ισόποσα
- Ο ψυχοκοινωνικός στον οποίο η αλληλεπίδραση είναι πρωταρχικά ψυχοκοινωνικής φύσης
- Καταναλωτικού τύπου στον οποίο ο ασθενής υποβάλει τις ερωτήσεις

Επί της ουσίας τα μοντέλα αυτά αντικατοπτρίζουν δύο αντιπαραθετικές ιδεολογίες για την άσκηση της ιατρικής: η μια που τοποθετεί το γιατρό σε απόσταση από τον ασθενή ώστε να παρατηρεί αντικειμενικά τα κλινικά σημεία και η άλλη που ενθαρρύνει το γιατρό να χρησιμοποιεί τα συναισθήματά του για να προσεγγίσει τα βιώματα του ασθενή (Olufowate and Wang, 2016).

Ο Ρόλος της ενσυναίσθησης

Κατά τη διάρκεια των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων πολλές πληροφορίες μεταδίδονται μέσω μη λεκτικών ενδείξεων. Όπως παρατηρήθηκε το ίδιο ισχύει και στην περίπτωση των ιατρικών επισκέψεων, όπου την πρωτοβουλία των κινήσεων έχουν οι επαγγελματίες υγείας (Street and Buller, 1987). Η αναγνώριση του ρόλου που κατέχει η ενσυναίσθηση έδωσε ώθηση στην περαιτέρω διερεύνηση της μη λεκτικής επικοινωνίας μεταξύ ιατρών και ασθενή (Harrigan et al., 1985). Η ενσυναίσθηση αποτελεί μια κεντρική έννοια στο χώρο της ψυχολογίας, της ψυχοθεραπείας και της ιατρικής επικοινωνίας (Cormier., 1984). Σύμφωνα με τον ψυχολόγο Rogers η ενσυναίσθηση είναι μια διαδικασία που περιλαμβάνει την έκφραση ευαισθησίας στα συ-

ναισθήματα ενός άλλου ανθρώπου τα οποία υποκινούνται σε αλλαγή και σε -σύνδεση- με αυτό τον άνθρωπο (Rogers, 1951). Μέσω της διαδικασίας αυτής ο ιατρός συγκεκριμένα βιώνει την ασθένεια μέσα από τη θέση του ασθενή του. Αυτό προϋποθέτει τη μη άσκηση κριτικής στα συναισθήματα του ασθενή και την προσπάθεια πλήρους κατανόησης όσων ο ασθενής βιώνει μέσα από τη δική του οπτική γωνία.

Η ενσυναίσθηση δεν πρόκειται για μια μορφή συμπάθειας καθώς η συμπάθεια αφορά τη συμμετοχή σε μια ψυχική κατάσταση κάποιου που πάσχει ενώ η ενσυναίσθηση απαιτεί τη συναισθηματική ταύτιση και την κατανόηση των συναισθημάτων όπως ο πάσχων τα βιώνει (Northouse, 1985). Η διαδικασία αυτή επικεντρώνεται εξολοκλήρου στα συναισθήματα του ασθενή και στον τρόπο που ο ίδιος τοποθετείται απέναντι σε αυτά, δεν αφορά τον τρόπο με τον οποίο ο ιατρός αντιμετωπίζει την κατάσταση του ασθενούς αλλά το πως ο γιατρός αντιλαμβάνεται τα βιώματα του δεύτερου. Γι αυτό και τα συναισθήματα του πρώτου δε μπορούν να εκφραστούν παρά μόνο όταν η θεραπευτική σχέση είναι ιδιαίτερα πετυχημένη και με γνώμονα το συμφέρον του ασθενούς. Για να επιτευχθεί η ενσυναίσθηση χρειάζεται ένας θεραπευτικός δεσμός με συναισθηματική επαφή, ακριβή περιγραφή της κατάστασης, μοίρασμα της γνώσης και δημιουργία του κατάλληλου περιβάλλοντος ώστε ο ασθενής να νιώσει ασφάλεια ώστε να μπορεί να εκφράσει τις βαθύτερες ανησυχίες του (Bertman and Krant, 1977).

Η διαδικασία αυτή επιφέρει θετικές αλλαγές στη σχέση γιατρού ασθενή. Καταρχήν ο γιατρός καταλήγει πιο εύκολα σε μια πιο ακριβή διάγνωση, καθώς γνωρίζει με λεπτομέρειες τόσο τη συναισθηματική όσο και τη βιολογική κατάσταση του ασθενή, ο οποίος με τη σειρά του νιώθει λιγότερη δυσφορία (Osion and Hanchett, 1997). Ως αποτέλεσμα ο ασθενής ακολουθεί με μεγαλύτερη συνέπεια τις οδηγίες του γιατρού (Stewart, 1995). Κατά συνέπεια ο ασθενής μένει ικανοποιημένος από τη θεραπευτική σχέση και συνεχίζει να επιλέγει τον ίδιο γιατρό (Sato et al., 1995). Για την επιτυχή καλλιέργεια της ενσυναίσθησης χρειάζεται προσπάθεια και πειθαρχία σε 4 διαστάσεις (Stepien and Baernstein, 2006).

- τη γνωστική: ο γιατρός πρέπει να γνωρίζει τι εί-

να αυτό που βιώνει ο ασθενής σε σωματικό επίπεδο

- τη συναισθηματική: επαφή με το βίωμα του ασθενή
- την επικοινωνιακή: ο ασθενής πρέπει να αντιληφθεί ότι ο γιατρός τον κατανοεί
- τη συμπεριφορική: ο γιατρός πρέπει να μεταδώσει στον ασθενή τα αισθήματα που βιώνει μέσω της ενσυναίσθησης

Η αγγλική λέξη για την ενσυναίσθηση είναι "empathy". Εκτός από τον όρο, η λέξη empathy χρησιμοποιείται και ως ακρωνύμιο: το E αντιστοιχεί στην οπτική επαφή (eye), το M στις εκφράσεις των μυών του προσώπου (muscle), το P στη στάση του σώματος (posture), το A στην οπτική που εκδηλώνει με τις φράσεις του ο γιατρός (aspect), το T στον τόνο της φωνής (tone), το H για την ικανότητα του γιατρού να ακούει όλα τα λόγια του ασθενή (hearing) και το Y (your answer) στον τρόπο που απαντά (Riess and Kraft Todd, 2014).

Μέθοδοι παρέμβασης για τη βελτίωση της σχέσης ασθενή γιατρού

Είναι γεγονός ότι υπάρχει μεγάλο εύρος γνώσης για την εκπαίδευση στις ικανότητες επικοινωνίας, αλλά πολύ περιορισμένη στο πως αυτές προκύπτουν (Royal College of Physicians, 2005). Μετά από μια περίοδο εμπορευματοποίησης στο χώρο της υγείας, επανέρχεται η θεσμοθέτηση κριτηρίων και αξιών όπως ο αλτρουισμός, η υπευθυνότητα και η ομαδικότητα. Θεωρείται ότι η ενστάλαξη ενός τέτοιου σκεπτικού κατά τη διαδικασία της εκπαίδευσης, είναι δυνατό να διαπαιδαγωγήσει τους επαγγελματίες υγείας με τρόπο που να απομακρύνονται από το καταναλωτικό μοντέλο του παρελθόντος (Cushing, 2016).

Η ομαδική δουλειά θεωρείται πολύ σημαντικό βήμα για την καλύτερη αντιμετώπιση του ασθενούς στους οργανισμούς υγείας. Η λειτουργία του γιατρού σε ομάδες εργασίας διαμορφώνει μια άλλη οπτική και ως προς τον ασθενή του: δε μεσολαβεί πλέον ως αποκλειστικός ειδήμων και κυρίαρχος αλλά ως μέρος ενός συνόλου (Beach et al., 2006). Ένα δεύτερο βήμα είναι η ενημέρωση των ασθενών μέσω εγκεκριμένων και ειδικά διαμορφωμένων (ώστε να μη δομηθεί ενός είδους καταναλωτισμού από την πλευρά του ασθενούς) διαδικτυακών ιστοτόπων με σκοπό την κάλυψη της

ανάγκης των ασθενών για πληροφορίες (Wallace et al., 2012).

Όπως επισημάνθηκε προηγουμένως η καλλιέργεια της ενσυναίσθησης μεταξύ ασθενή και γιατρού είναι κομβική για τη βελτίωση της σχέσης τους αλλά και του θεραπευτικού αποτελέσματος, σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι αμιγώς ψυχολογικές προσεγγίσεις όπως η ψυχοθεραπεία. Τρία βήματα προς αυτή την κατεύθυνση είναι η κατανόηση των αναγκών του ασθενή μέσω μιας συνολικής παρατήρησής του, η ενδυνάμωση του στην προσπάθεια κατανόησης της κατάστασής του και η επίλυση των προβλημάτων που θα αντιμετωπίσει (Mercer and Reynolds, 2002).

Όπως είναι λογικό η καλλιέργεια της ενσυναίσθησης δομείται πιο εύκολα σε νέους φοιτητές, προτού εκπαιδευθούν σε ένα διαφορετικό μοντέλο. Χρειάζεται λοιπόν οι φοιτητές ιατρικής να παρακολουθούν αντίστοιχες διαδικασίες μέσα στο πρόγραμμα της κλινικής τους άσκησης (Stepien and Baernstein, 2006, Kelm et al., 2014). Μάλιστα μια μεγάλη εύρους έρευνα δείχνει ότι είναι προς το συμφέρον της ιατρικής πράξης η δια βίου εκπαίδευση στην επικοινωνία και την ενσυναίσθητική πρακτική (Dwamena et al., 2012).

Στο παράδειγμα αναφοράς μας με την 38χρονη ασθενή με νόσο Graves η παρέμβαση που θα ακολουθηθεί είναι η εξής: δημιουργία μιας ομάδας παρακολούθησης με επαγγελματίες υγείας στην οποία θα συμπεριλαμβάνονται ενδοκρινολόγος, οφθαλμίατρος, βιοπαθολόγος, ψυχολόγος με σκοπό την πλήρη κάλυψη της ασθενούς, την εύκολη και γρήγορη πρόσβαση στις εξετάσεις και την γρήγορη μεταφορά πληροφοριών. Στη συνέχεια ο ενδοκρινολόγος θα υποδείξει ο ίδιος στην ασθενή ορισμένους κατάλληλους ιστοτόπους προς ενημέρωση, μιας και είναι πιο αποτελεσματικό να καλύπτεται από επιστημονικώς επαρκώς sites ώστε να αποφεύγεται η σύγχυση και παραπληροφόρηση. Οι γιατροί απαιτείται να έχουν συνολική γνώση της πάθησης του ασθενή και των συμπτωμάτων που προκαλεί, να κατανοούν τους προβληματισμούς που εκφράζει και να δείχνουν ότι τους συμμερίζονται. Με βάση το ακρωνύμιο empathy η μορφή της επικοινωνίας βασίζεται σε ένα γιατρό που παρακολουθεί την ασθενή χωρίς να εκδηλώνει άγχος, λεκτικά ή μη, και συζητώντας μαζί της για τις ανησυχίες που προκύπτουν. Στη συγκεκριμένη

περίπτωση έχει σημασία η ασθενής να κατανοήσει ότι η νόσος Graves είναι μια συχνά εμφανιζόμενη ασθένεια, οι μεταβολές στο συναίσθημα είναι μέρος αυτής (και όχι κάποιο επιπλέον ψυχικό νόσημα) και όλα αντιμετωπίζονται σε σύντομο χρονικό διάστημα με τη λήψη φαρμάκου. Καλό θα ήταν τη διαδραστική επίσκεψη που περιεγράφηκε να παρακολουθούσε και ένας φοιτητής ιατρικής.

Συμπεράσματα

Οι επιστημονική γνώση αρχικά αποτελούσε ένα εργαλείο απελευθέρωσης της κοινωνίας από την καταπίεση της μεταφυσικής και των δεισιδαιμονιών. Η εξέλιξη άμβλυσε τις κοινωνικές ανισότητες και συνέβαλε στην ευκολότερη επικοινωνία των ατόμων μεταξύ τους. Τρεις αιώνες μετά η ιατρική γνώση χρησιμοποιήθηκε για ακριβώς τον αντίθετο λόγο: πλέον δε συνέβαλε στο να πλησιάζει ο γιατρός τον ασθενή αλλά να απομακρύνεται περισσότερο από αυτόν. Αυτό ήταν το αποτέλεσμα του νεοφιλελευθερισμού στην υγεία. Το καταναλωτικό μοντέλο μετέτρεψε τη σχέση γιατρού ασθενή σε μια εμπορευματική σχέση στην οποία συνέφερε να υπάρχει μονοπώλιο στη γνώση και άρα υπεροχή του γιατρού απέναντι στον ασθενή του.

Η αναφορά των Pink Floyd στην αρχή ακολουθεί αυτό το μοτίβο. Το συγκρότημα εξελισσόταν μουσικά και εμπορικά ταυτόχρονα, ώσπου η καταξίωση και η κορυφή είχε γίνει αυτοσκοπός. Η κορυφή απομάκρυνε το συγκρότημα από το κοινό του, αποκτώντας ένα στοιχείο μοναξιάς. Ο δίσκος The

Wall αποτελούσε ένα είδος σωτηρίας καθώς επαναψυλαφούσαν τις μουσικές βάσεις τους και οικοδομούσαν εκ νέου τη σχέση τους με τον κόσμο. Μια αντίστοιχη μετάβαση είναι απαραίτητη στον ιατρικό κόσμο. Τα τελευταία χρόνια δημιουργούνται γιατροί με πολύ υψηλή κατάρτιση και πολύ μικρή δυνατότητα ενσυναίσθησης, γιατροί που μπορούν να διαγνώσουν τα πάντα με λεπτομέρεια, εκτός από τι πραγματικά απασχολεί τον ασθενή.

Χρειάζεται μια αλλαγή στην οποία ο γιατρός δε θα βλέπει τον ασθενή ως ένα άθροισμα συμπτωμάτων αλλά τα συμπτώματα ως προβλήματα σε έναν ανθρώπινο οργανισμό. Δεν αρκεί πλέον να ερμηνεύονται τα κλινικά σημεία με βάση ένα τυφλό σύστημα αντιστοίχισης σε διαγνώσεις και θεραπευτικά πρωτόκολλα. Απαιτείται ένα πρότυπο επικοινωνίας στο οποίο θα λαμβάνεται υπόψη πως αντιμετωπίζει ο ασθενής τα συμπτώματα. Η λύση η οποία υποδεικνύεται και από έρευνες, είναι η επιστροφή στην αρχή της Ιπποκρατικής Ιατρικής μέσω ενός δυαδικού μοντέλου βιοϊατρικής γνώσης και ενσυναίσθηματικής κατάρτισης. Δηλαδή είναι ζητούμενο να εκπαιδευτούν γιατροί που δε θα ναι ούτε απόμακροι από τον ασθενή ούτε θα τον λυπούνται απλά, αλλά θα κατανοούν τα βιώματά του.

Η κατανόηση του ασθενή δε μπορεί να γίνει βέβαια χωρίς την κατανόηση του κοινωνικού πλαισίου στο οποίο κινείται. Ο γιατρός οφείλει πλέον να εξελίξει τις γνώσεις του εντός της κοινωνίας και όχι σε ένα αποστειρωμένο ψηλό πύργο στον οποίο απλά θα παρατηρεί.

Βιβλιογραφία

1. Adewuyi – Dalton R., Zieland S., Grunfeld E., Hall A., Patients views of routine hospital follow up: a qualitative study of women with breast cancer in remission, *Psychooncology*, 7, 436-439, 1998
2. Bakal D., *Minding the Body: clinical uses of somatic awareness*, New York: Guilford Press, 1999
3. Baker L.M., Connor J.J., Physician patient communication from the perspective of library information science, *Bulletin of the medical library association*, 82, 37-42
4. Beach M., Inui T. & Relationship-Centred Care Research Network, Relationship-centered care: A constructive reframing. *Journal of General Internal Medicine*, 21, S3–8, 2006
5. Beckman H. & Frankel R., The effect of physician behavior on the collection of data. *Annals of Internal Medicine*, 101, 692–696
6. Clark C.R., *Creating information messages for reducing patient distress during health care procedure, patient education and counseling*, 30, 247-255, 1997
7. Cormier L.S., *Interviewing and helping skills for health professionals*, Belmont, CA: Wadsworth, 1984
8. Cushing A., *History of the Doctor patient relationship*, *Clinical Communication in Medicine*, First Edition, John Wiley & Sons, Ltd 2016
9. Davidson S., *Principles and Practice of Medicine*, Elsevier, London 2010
10. Di Matteo M.R., *Enhancing patient adherence to medical recommendations*, *Journal of the American Medical Association*, 271, 79-83, 1994
11. Di Matteo M.R., Di Nicola D.D., *Achieving patient compliance: The Psychology of the medical practitioner role*, Elmsford, NY: Pergamon press, 1982
12. Di Matteo M., Martin L., *Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας*, εκδ. Πεδίο, Αθήνα 2011
13. Dwamena F., Holmes-Rovner M., Gauden C., Jorgenson S., Sadigh G., Sikorskii A., Lewin S., Smith, R.C., Coffey J. & Olomu A., Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2 (Art. No.: CD003267). doi:10.1002/14651858.CD003267.pub2, 2000
14. Engel G.L., The clinical application of the biopsychological model, *American journal of Psychiatry*, 137, 535-544, 1980
15. Gambone J.C., Reiter R.C., Quality improvement in health care, *Current problems in obstetrics, gynecology, fertility*, 14, 169-175, 1994
16. Gardner W., Primary Care treatment of pediatric psychosocial problems, *pediatrics*, 106, e44, 2000
17. Gill V.T., doing attributions in medical interaction: patient explanations for illness and doctors responses, *Social Psychology Quarterly*, 61, 342-360, 1998
18. Harrigan J.A., Oxman T., Rosenthal R.R., Rapport expressed through nonverbal behaviour, *Journal of nonverbal behaviour*, 9, 95-100, 1985
19. Haug M., Lavin B., *Consumerism in medicine: challenging physician authority*, Beverly Hills, Ca: sage publications, 1983
20. Kaplan R.M., Health related quality of life in patient decision making, *journal of social issues*, 47, 69-90, 1991
21. Kelm Z., Wormer J., Walter J., Feudtner C., Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review, *BMC*, 2014
22. Kleinman A., *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*, New York: Basic books, 1988
23. Krantz D.S., Baum A., Wideman M.V., assessment of preferences for self treatment and information in health care, *Journal of personality and social psychology*, 39, 97-990, 1980
24. Ley P., Memory for medical information, *British Journal of social and clinical psychology*, 4, 114-116, 1979
25. Mercer S., Reynolds W., Empathy and quality

- of care, *British Journal of General Practice*, October 2002 – Quality Supplement, 2002
25. Mizrahi T., Getting rid of patients: Contradictions in the socialisation of internists to the doctor patient relationship, *sociology of health and illness*, 7, 214-235, 1985
 26. Northouse P.G., *Health communication: a handbook for health professionals*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1985
 27. Osler S.W., *Aequinimitas. With Other Addresses to Medical Students, Nurses and Practitioners of Medicine*, second edn. HK Lewis, London, 1914
 28. Philips D., Medical professional dominance and client dissatisfactions, *Social Science and Medicine*, 42, 1419-1425, 1996
 29. Riess H., Kraft Todd G., *E.M.P.A.T.H.Y.: A Tool to Enhance Nonverbal Communication Between Clinicians and Their Patients*, *Academic Medicine* 2014
 30. Robinson J.D., Getting down to business: talk, gaze, and body orientation during openings of doctor patient consultations, *Human Communication Research*, 25, 97-123, 1998
 31. Rogers C.R., *Client centered therapy*, Boston: Houghton Mifflin, 1951
 32. Roter D., *The Roter Method of Interaction Process Analysis*. Department of Health Policy and Management, School of Hygiene and Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore, MD 1995
 33. Roter D.L., Stewart M., Putnam S.M., Lipkin M., Stiles W.B., Inui J., Communication patterns of primary care physicians, *Journal of the American Medical Association*, 277, 350-356, 1997
 34. Royal College of Physicians, *Doctors in Society: Medical professionalism in a Changing World*. Report of a Working Party of the Royal College of Physicians. London. 2005
 35. Sangster L.M., McGuire D.P., Perceived role of primary care physicians in Nova Scotia reformed health care system, *Canadian Family Physician*, 45, 94-101, 1999
 36. Sato T., Takeichi M., Shirahama M., Fukui T., Gude J.K., Doctor -Shopping patients and users of alternative medicine amongst Japanese primary care patients, *General Hospital Psychiatry*, 17, 115-125, 1995
 37. Sigerist H., The physician's profession throughout the ages. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 12, 661-676, 1993
 38. Shuy R.W., The medical interview: problems in communication, *primary care*, 3, 365-386, 1976
 39. Skirry J., Rene Descartes: The mind-body distinction. *Internet Encyclopedia of Philosophy* [WWW document]. URL <http://www.iep.utm.edu/descmind/>, 2006
 40. Street R.L., Buller D.B., Nonverbal response patterns in physician/patient interactions: a functional analysis, *Journal of Nonverbal Behaviour*, 11, 234-253, 1987
 41. Stepien A., Baernstein K., *Educating for empathy*, *JGIM* 2006
 42. Stewart M.A., *Effective physician patient communication and health outcomes: a review*, *canadian medical association journal*, 152, 1423-1433
 43. Svarstad B., *Physician patient communication and patient conformity with medical advice*, New York: John Wiley and sons, 1976
 44. Szasz T.S., Hollender M.H., *a contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor patient relationship*, 1956
 45. Van Der Merwe J.V., *Physician patient communication using ancestral spirits to achieve holistic healing*, *American Journal of obstetrics and gynecology*, 172, 1080-1087, 1995
 46. Wallace L., Turner A., Kosmala-Anderson J., Sharma S., Jesuthasan J., Bourne C. & Realpe A., *Evidence: Co-creating Health: Evaluation of First Phase*. Health Foundation, London 2010
 47. West C., *Routine Complications: troubles with talk between doctors and patients*, Bloomington: indiana University press, 1984
 48. WHO, World Health Organisation, *Declaration of Alma-Ata*, 1978
 49. Wynia M., The short history and tenuous future of medical professionalism: The erosion of medicine's social contract. *Perspectives in Biology and Medicine*, 51, 565-578, 2008