

Η επικοινωνία με τον ασθενή, στις μέρες μας: Αναγκαία ή περιττή κλινική δεξιότητα/πράξη;

Communication with the patient nowadays: is it necessary clinical skill/practice?

Θ. Μπελλάλη,

Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης
Διευθύντρια Σύνταξης

Η επικοινωνία αποτελεί βασικό κομμάτι της ιατρονοσηλευτικής πρακτικής και έχει διαπιστωθεί μέσα από πολυάριθμες μελέτες πως όταν αυτή είναι αποτελεσματική, βελτιώνεται η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και επηρεάζονται με άμεσο και έμμεσο τρόπο οι θετικές εκβάσεις στην υγεία του ασθενή, συμβάλλοντας καθοριστικά στην ικανοποίησή του (Street et al 2009). Η επικοινωνία κατά τη διάρκεια λήψης του ιατρικού ή νοσηλευτικού ιστορικού, κατά το σχεδιασμό του πλάνου φροντίδας, αλλά και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενή, θεωρείται καθοριστικής σημασίας για την εγκαθίδρυση μιας «θεραπευτικής» σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ του ασθενή και του επαγγελματία υγείας.

Οι λειτουργίες της επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματία υγείας και ασθενή, περιλαμβάνουν τη γνωριμία, τον εντοπισμό του προβλήματος υγείας, τον προσδιορισμό των αναγκών και των προσωπικών ικανοτήτων αντιμετώπισης, το συνεργατικό προγραμματισμό, την εξατομικευμένη θεραπευτική αντιμετώπιση και την αξιολόγηση παροχής φροντίδας, έτσι ώστε να υπάρξει τροποποίηση εάν κριθεί απαραίτητο. Οι συγγενείς επίσης, έχουν παρόμοιες ανάγκες επικοινωνίας με τον ασθενή. Βασικός σκοπός της επικοινωνιακής συνδιαλλαγής μαζί τους είναι να βοηθηθούν ώστε να καθίστανται αποτελεσματικοί φροντιστές για τον άνθρωπό τους, αλλά και για να προσαρμοστούν οι ίδιοι στη νέα κατάσταση που αντιμετωπίζουν. Με άλλα λόγια, διά μέσου μιας θεραπευτικής επικοινωνιακής σχέσης ο επαγγελματίας υγείας είναι σε θέση: να γνωρίσει τον ασθενή ως πρόσωπο και βιοψυχοκοινωνική οντότητα, να εντοπίσει το πρόβλημα υγείας του, να εξετάσει εάν το πρόβλημα επηρεάζει τη στάση του απέναντι στον εαυτό του, στους άλλους και στη ζωή γενικότερα, να προγραμματίσει και εξατομικεύσει τη νοσηλεία του αρρώστου, να διαθέσει χρόνο για να «ακούσει», να αξιολογήσει σε συνεργασία με τον ασθενή και τη θεραπευτική ομάδα το αποτέλεσμα της φροντίδας και επιπλέον να επισημάνει τις προσωπικές του ικανότητες, ως άνθρωπος και ως επαγγελματία υγείας, ενώ εμπνέει σεβασμό, εμπιστοσύνη και ασφάλεια σε ασθενείς, συγγενείς και συναδέλφους.

Στη βιβλιογραφία, αλλά και στην κλινική πρακτική, υπάρχουν και εφαρμόζονται ωστόσο, διάφορα μοντέλα επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών. Οι Rotter et al (1997) περιέγραψαν πέντε διαφορετικά μοντέλα επικοινωνίας που καθορίζουν τη θεραπευτική σχέση του γιατρού, με τον ασθενή: α) το αυστηρά βιοϊατρικό, β) το διευρυμένο βιοϊατρικό, γ) το βιοψυχοκοινωνικό, δ) το ψυχοκοινωνικό και το ε) το καταναλωτικό. Το *αυστηρά βιοϊατρικό μοντέλο*, διακρίνεται από συζητήσεις αποκλειστικά ιατρικών ζητημάτων και από τη χρησιμοποίηση ερωτήσεων κλειστού τύπου. Στο *διευρυμένο βιοϊατρικό μοντέλο* ο γιατρός, προκειμένου να προσεγγίσει καλύτερα τον ασθενή του, θίγει και ψυχοκοινωνικά ζητήματα. Στο *βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο* γίνεται αναφορά σε ιατρικά και ψυχοκοινωνικά θέματα με τη χρήση και ανοικτών ερωτήσεων, ώστε ο ασθενής μέσα από μια ισοδύναμη σχέση να έχει τη δυνατότητα να περιγράψει την προσωπική εμπειρία της νόσου του. Το *ψυχοκοινωνικό μοντέλο* αφορά την αποκλειστική ενασχόληση του γιατρού με τα ψυχοκοινωνικά θέματα του ασθενή, τα οποία δείχνουν πώς επηρεάζουν την οργανική του κατάσταση και αυτό δίνει μια δύναμη εξουσίας στον ασθενή, ενώ τέλος στο *καταναλωτικό μοντέλο* ο γιατρός έχει τον ρόλο του ειδικού που απαντά σε ερωτήσεις και ικανοποιεί τις προσδοκίες του ασθενή-καταναλωτή, ο οποίος διατηρεί την εξουσία της διαπροσωπικής τους σχέσης.

Στις μέρες μας, η εφαρμογή του βιοιατρικού μοντέλου, είναι εμφανής καθώς μελέτες σε πολλές χώρες έχουν επιβεβαιώσει ότι υπάρχουν σοβαρά προβλήματα έλλειψης ή ανεπαρκούς επικοινωνίας στην κλινική πράξη, ενώ οι διαπροσωπικές ικανότητες των επαγγελματιών υγείας καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό *την ικανοποίηση των ασθενών* (Thorne et al 2004, Clever et al 2008, Narenjha et al 2012). Για πολλούς επαγγελματίες υγείας, η διατήρηση απόστασης από τους ασθενείς αποτελεί μονόδρομο, καθώς τους επιτρέπει να προχωρούν μόνοι τους στη λήψη των ιατρονοσηλευτικών αποφάσεων, ακολουθώντας το βιοιατρικό μοντέλο επικοινωνίας. (Dean & McAllister 2016). Συχνά λοιπόν εστιάζονται στο άμεσο σωματικό πρόβλημα για το οποίο προσέρχεται ο ασθενής στο νοσοκομείο, θέτοντας αυτόματα εκτός συζήτησης όλες τις άλλες διαστάσεις του προβλήματος. Διαθέτουν λοιπόν τη δική τους συλλογιστική και τα δικά τους στερεότυπα για την ερμηνεία του προβλήματος του αρρώστου, που σε ουδεμία περίπτωση δεν έχει σχέση με τη γενικότερη «ιστορία της ζωής του», χρησιμοποιούν δυσνόητη

επιστημονική διάλεκτο με ιατρικούς όρους που δεν γίνεται κατανοητή από τους ασθενείς και χρονικά δεν αφιερώνουν τον απαραίτητο χώρο στον ασθενή να εκφραστεί όπως ο ίδιος θα επιθυμούσε. Συνέπεια όλων των παραπάνω είναι οι ασθενείς, περνώντας τις πύλες ενός νοσοκομείου, να χάνουν την ταυτότητά τους, να αντιμετωπίζονται ως «αριθμοί» που περιμένουν τη σειρά τους στο τμήμα επειγόντων περιστατικών για να εξεταστούν, ή να αντιμετωπίζονται ως «το κρεβάτι με τον αριθμό X» στο θάλαμο κάποιου νοσηλευτικού τμήματος.

Στο ερώτημα «γιατί» οι γιατροί επιλέγουν αυτό το μοντέλο επικοινωνίας και διαμορφώνουν έτσι μια αλληλεπίδραση ή σχέση ενεργητικότητας/παθητικότητας με τον ασθενή, ή καθοδήγησης/συνεργασίας μαζί του στην καλύτερη περίπτωση και όχι μια σχέση συνεργατική/αμοιβαίας συμμετοχής (Roter et al 1997), δίνουν απάντηση οι διάφοροι φόβοι που υποκρύπτονται, όπως για παράδειγμα ότι θα βλάψουν περεταίρω ψυχολογικά τον ασθενή, ότι αυτός θα κάνει δύσκολες ερωτήσεις ή θα εκφράσει συναισθήματα που δεν θα μπορέσουν να διαχειριστούν, ο φόβος της δικής τους συναισθηματικής εμπλοκής, και κυρίως ο φόβος ότι θα δαπανήσουν πολύ χρόνο να ακούσουν τα προβλήματα και τις ανάγκες του ασθενή που μπορεί να μη σχετίζονται με το πρόβλημα υγείας του. Επίσης, απάντηση δίνει η έλλειψη εκπαίδευσης σε δεξιότητες επικοινωνίας, αλλά και η έλλειψη υποστήριξης από τους συναδέλφους τους (Fong et al 2010). Από την άλλη πλευρά, αν αναφερθούμε στους νοσηλευτές, αυτοί έχουν εκπαιδευτεί να παρέχουν ολιστική φροντίδα και να ενσωματώνουν τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες των ασθενών τους μέσα στο πλάνο φροντίδας τους (Finke et al 2008). Ωστόσο, τις περισσότερες φορές δεν το κάνουν. Μια σειρά από λόγους, όπως οι μεγάλες ελλείψεις σε νοσηλευτικό προσωπικό, ο μεγάλος φόρτος εργασίας και η επαγγελματική κόπωση, συχνά δεν τους το επιτρέπουν. Επιπρόσθετα, κυριαρχεί η πεποίθηση πως για να επιβιώσει κανείς συναισθηματικά, αλλά και επαγγελματικά, θα πρέπει να διατηρήσει απόσταση από τους ασθενείς. Η «απάνθρωπη» πλευρά των σύγχρονων κοινωνιών και η γενικότερη τάση αποπροσωποποίησης είναι φυσικό να μην έχει αφήσει ανεπηρέαστους και τους επαγγελματίες υγείας (Dean & McAllister 2016). Ωστόσο, οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να είναι υποδείγματα φροντίδας, καθώς αποτελεί επιλογή τους να υπάρχουν σε αυτόν το χώρο και να παραμένουν, παρέχοντας ποιοτικές υπηρεσίες για την επίτευξη της βέλτιστης φροντίδας (Todres et al 2009).

Συνέπεια όλων των παραπάνω είναι οι ασθενείς να αναφέρουν ότι η ανάγκη τους για επικοινωνία πολλές φορές μένει ανικανοποίητη και οι επαγγελματίες υγείας συνήθως δεν τους ακούν προσεκτικά, δεν τους δίνουν ξεκάθαρες απαντήσεις, δεν σέβονται αυτά που τους αναφέρουν και δεν τους δίνουν αρκετό χρόνο για να εκφραστούν (Zamanzadeh et al 2014). Επειδή ωστόσο η σχέση επαγγελματία υγείας και ασθενή είναι μια σχέση αλληλεπίδρασης, μπορεί κανείς να προβάλει επιπλέον το επιχειρήμα ότι «Για κάθε γιατρό που αδυνατεί να παρέχει τις απαραίτητες πληροφορίες, υπάρχει ένας ασθενής που δεν ήταν αρκετά διεκδικητικός ώστε να τις ζητήσει και να τις λάβει». Οι ασθενείς δεν είναι σπάνιο να μην αποκαλύπτουν τα προβλήματά τους καθώς διαστρεβλωμένα πιστεύουν ότι: «Τα προβλήματά μου είναι αναπόφευκτα και δεν μπορούν να αντιμετωπισθούν», «Αν πω ότι έχω προβλήματα με τη θεραπεία ο γιατρός μπορεί να τη σταματήσει και να πεθάνω», «Αν αναφέρω ένα σωρό προβλήματα, ο γιατρός θα με πει νευρωσικό», «Ο γιατρός κάνει ο,τι μπορεί για μένα και δεν χρειάζεται να τον φορτώνω και με τα προβλήματά μου», «Οι ψυχολογικές μου δυσκολίες δεν ενδιαφέρουν το γιατρό. Δεν ήρθα σε ψυχίατρο» κ.α. Κατά συνέπεια, το μυαλό του ασθενή μπορεί να είναι γεμάτο από σκέψεις και προβληματισμούς, που όμως δεν του «επιτρέπεται» να εκφράσει, γιατί απλά ο επαγγελματίας υγείας έχει επικεντρωθεί στο σωματικό πρόβλημα της υγείας του. Χαρακτηριστικές ωστόσο είναι οι περιπτώσεις όπου σε κάποιες ιατρικές επισκέψεις ο ασθενής μπορεί να προβάλλει το πρόβλημα που τον απασχολεί στο τέλος της επίσκεψης. Το φαινόμενο αυτό αναφέρεται στη βιβλιογραφία με τον όρο «by the way syndrome» και όπως δείχνουν μελέτες αυτό συμβαίνει αρκετά συχνά (White et al 1994, Boyle et al 2005, Heritage et al 2007, Rodondi et al 2009).

Το παραπάνω φαινόμενο μπορεί να προληφθεί, ή ακόμη και να μειωθεί, μέσα από την εφαρμογή μιας ασθενοκεντρικής προσέγγισης (patient-centered approach) που βασίζεται στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο επικοινωνίας και στο μοντέλο αμοιβαίας συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων. Η αποτελεσματική ασθενοκεντρική επικοινωνία συμβάλλει στη διαμόρφωση ενός υποστηρικτικού και θεραπευτικού σχεδίου φροντίδας, μέσα από τη μετάδοση των κατάλληλων και επαρκών πληροφοριών στον ασθενή. Στο πλαίσιο αυτό, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η ενσυναίσθηση, δηλαδή η ικανότητα του επαγγελματία υγείας να μπαίνει στη θέση του ασθενή, να κατανοεί τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις ανάγκες του και επιπλέον να το δείχνει αυτό, χωρίς ωστόσο να ταυτίζεται μαζί του (Piasecki 2008). Μια τέτοιου είδους επικοινωνία μπορεί να βελτιώσει τη διαχείριση της νόσου μέσα από δυο στόχους: αρχικά να συνδράμει στην αποκάλυψη περισσότερων συμπτωμάτων και θεμάτων που απασχολούν τον ασθενή και κατά συνέπεια να οδηγήσει σε ακριβέστερη διάγνωση, κατανόηση και κάλυψη των βιολογικών αναγκών του και έπειτα να επιτρέψει να ακουστούν οι ανησυχίες του ασθενή, να εκτιμηθεί και να γίνει αποδεκτός ο ίδιος, ως άτομο και προσωπικότητα, συμβάλλοντας στην ικανοποίησή του από την παρεχόμενη φροντίδα (Dean & McAllister 2016).

Καθώς οι εποχές που οι επαγγελματίες υγείας αποτελούσαν τη μοναδική πηγή πληροφόρησης και γνώσης για τους ασθενείς έχουν παρέλθει, η σύγχρονη τεχνολογία της πληροφορίας πλέον αποτελεί για τους ασθενείς συχνά τον προσωπικό τους σύμβουλο. Στις μέρες μας, περισσότερο από ποτέ, οι ασθενείς έχουν άποψη, αμφισβητούν και συχνά διαφωνούν με αυτά τα οποία τους ζητούν να εφαρμόσουν οι επαγγελματίες υγείας κατά τη θεραπεία τους. Προς την κατεύθυνση αυτή συμβάλλει και η φτωχή επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας, η οποία σχετίζεται θετικά και με ένα άλλο σημαντικό θέμα,

αυτό της χαμηλής συμμόρφωσης (compliance) ή προσήλωσης (adherence) στις ιατρονοσηλευτικές οδηγίες (Zolnieriek & DiMatteo 2009). Η μη συμμόρφωση (η οποία αντανακλά το βαθμό στον οποίο ο ασθενής ακολουθεί τη φαρμακευτική δόση, δηλαδή ο αριθμός των χορηγούμενων δόσεων σε σχέση με την περίοδο χορήγησης), εκτροχιάζει τον ασθενή από την πορεία του θεραπευτικού σχήματος, με σημαντικές και συχνά δυσμενείς επιπτώσεις για την υγεία του. Επιζήμια καθίσταται από την άλλη πλευρά και η έλλειψη προσήλωσης, η οποία αφορά σε μια γενικότερη έννοια που περιγράφει σε ποιο βαθμό η συμπεριφορά ενός ατόμου σε σχέση με τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, την υιοθέτηση διατροφικών συνθηκών και αλλαγών στον τρόπο ζωής, συνάδει με τις αποδεκτές από τον ασθενή οδηγίες που δίνονται από έναν επαγγελματία υγείας (WHO 2003). Σε περίπτωση που οι οδηγίες δεν επεξηγούνται από τον επαγγελματία υγείας, ο ασθενής αυτενεργεί σε βάρος της υγείας του, είτε γιατί φοβάται για παράδειγμα τις παρενέργειες των φαρμάκων, είτε γιατί δεν έχει κατανοήσει τη σημαντικότητα της αλλαγής των συμπεριφορών υγείας του. Σε αυτή την περίπτωση, αποτελεσματική θα ήταν μια συνεχής διαδικασία ανατροφοδότησης και επικοινωνίας με τον επαγγελματία υγείας, η οποία θα επαναπροσδιορίζει κάθε φορά τις ανάγκες του ασθενή, στο πλαίσιο μιας διαδικασίας αμοιβαίας συμμετοχής για τη λήψη των θεραπευτικών αποφάσεων.

Συμπεραίνει λοιπόν κανείς από όλα τα παραπάνω, πως οι επαγγελματίες υγείας, είναι σημαντικό να επικοινωνούν με τον ασθενή, αρκεί να γνωρίζουν πώς να το κάνουν αποτελεσματικά. Σύμμαχός τους στη προσπάθεια αυτή, θα πρέπει να είναι η *εκπαίδευση*. Η εκπαίδευση στην αποτελεσματική επικοινωνία και στις δεξιότητες ενεργητικής ακρόασης (active listening) είναι και πρέπει να αποτελεί συστατικό της βασικής προπτυχιακής εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας. Καθώς η ολοένα μικρότερη ικανοποίηση του κοινού από τις υπηρεσίες υγείας σχετίζεται με ελλείμματα στην κλινική επικοινωνία, υπάρχει σαφής και επείγουσα ανάγκη να ενταχθεί η διδασκαλία αυτών των κλινικών δεξιοτήτων και σε *προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης* των επαγγελματιών υγείας από τον Οργανισμό στον οποίο ανήκουν. Στόχοι αυτών των σεμιναρίων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης, που πραγματοποιούνται πολύ συχνά στο εξωτερικό είναι οι επαγγελματίες υγείας να:

- » Ευαισθητοποιηθούν στη φύση της θεραπευτικής σχέσης και στη σημασία της ουσιαστικής επικοινωνίας στο χώρο της υγείας
- » Εκτιμούν τη σημασία της αποτελεσματικής λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας στις διαπροσωπικές τους σχέσεις
- » Εντοπίζουν τους φραγμούς επικοινωνίας στην καθημερινή κλινική πράξη
- » Αναγνωρίζουν τις αποτελεσματικές δεξιότητες ενεργητικής ακρόασης στην επικοινωνία με τους ασθενείς και τους συγγενείς τους
- » Αξιολογούν τις ανάγκες διαχείρισης «δύσκολων» ασθενών ή/και εξειδικευμένων περιπτώσεων ασθενών ανά νόσο (ογκολογικών, ψυχιατρικών κ.λπ.)
- » Αποκτούν τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες που θα συμβάλλουν στην αποτελεσματική προσέγγιση του ασθενή και της οικογένειάς του (Smith et al 2018).

Τα παραπάνω σεμινάρια επικοινωνίας συνήθως δεν πραγματοποιούνται με παραδοσιακές μεθόδους διδασκαλίας (π.χ. διαλέξεις), αλλά με μεθόδους ενεργητικής μάθησης και αλληλεπίδρασης. Η χρήση εκπαιδευτικών βιντεοταινιών με πραγματικούς ή κατά «προσομοίωση» ασθενείς για τον προσδιορισμό των φραγμών, αλλά και των δεξιοτήτων επικοινωνίας είναι πολύ βοηθητική. Στη συνέχεια, οι εκπαιδευόμενοι μπορούν ως μέλη μιας ομάδας να δοκιμάσουν οι ίδιοι τις δεξιότητες ενεργητικής ακρόασης, συμμετέχοντας σε παιχνίδια-ρόλους (role play) επικοινωνιακών συνδιαλλαγών σε ποικίλα κλινικά σενάρια. Στο πλαίσιο αυτό, έχουν τη δυνατότητα να μοιραστούν τις εμπειρίες από την καθημερινή τους πρακτική και να συζητήσουν τις δυσκολίες επικοινωνίας που συχνά αντιμετωπίζουν (Kurtz et al 2004).

Επιπλέον, η σεμιναριακού τύπου συνεχιζόμενη εκπαίδευση στις δεξιότητες επικοινωνίας μπορεί να επικεντρώνεται στην εκμάθηση συγκεκριμένων πρωτοκόλλων/κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών στο πνεύμα της Τεκμηριωμένης Κλινικής Πρακτικής (evidence based practice), τα οποία εστιάζουν σε συγκεκριμένες ανάγκες των επαγγελματιών υγείας. Παραδείγματα αποτελούν πρωτόκολλα όπως το CLASS (Context, Listening skills, Acknowledge, Strategy, Summary) με θέμα τη διαδικασία λήψης ιατρικού ιστορικού (Buckman 2001), το CONES (Context, Opening Shot, Narrative, Emotions, Strategy & Summary) που εστιάζεται στο πώς συζητά ο επαγγελματίας υγείας ένα ιατρικό λάθος με τον ασθενή και την οικογένειά του (Petronio et al 2013), το BALANCE (Beliefs & Values, Ambience, Language & Health Literacy, Affiliations, Network, Challenges, Economics) για την επικοινωνία όταν υπάρχουν διαπολιτισμικές διαφορές με τον ασθενή (HHS 2014), όπως επίσης και το διαδεδομένο SPIKES (Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Emotions, Support) που εστιάζει στον τρόπο ανακοίνωσης δυσάρεστων νέων σε ασθενείς με καρκίνο ή με άλλη σοβαρή και απειλητική για τη ζωή νόσο (Baile et al 2000).

Η βασική ή συνεχιζόμενη εκπαίδευση λοιπόν, δίνει τα εφόδια στον επαγγελματία υγείας να γνωρίζει πώς να επικοινωνεί αποτελεσματικά με τον ασθενή και την οικογένειά του. Το να «ξέρει» ωστόσο πώς να προσεγγίζει τον ασθενή, αποτελεί από μόνη της μια αναγκαία, αλλά όχι ικανή συνθήκη για να λάβει χώρα στην πράξη μια επικοινωνιακή συνδιαλλαγή στο χώρο της υγείας. Αναγκαία και ικανή συνθήκη συνιστά το ολοκληρωμένο τρίπτυχο **«Ξέρω, Μπορώ, αλλά κυρίως Θέλω»** να επικοινωνήσω!

Το «μπορώ» σχετίζεται με τις διαφορετικές και δύσκολες πολλές φορές συνθήκες που επικρατούν στο περιβάλλον του

νοσοκομείου. Σύμφωνα με τη Συστημική προσέγγιση της επικοινωνίας και συγκεκριμένα με τις θεωρίες της Σχολής του Palo Alto, η επικοινωνία δεν ακολουθεί μια γραμμική αντίληψη, δηλαδή δεν είναι δράση από έναν πομπό και αντίδραση από έναν δέκτη, αλλά καθορίζεται μέσα από το πλαίσιο στο οποίο διεξάγεται. Αυτό το πλαίσιο αφορά στις σχέσεις που συνδέουν τα άτομα που επικοινωνούν, με το περιβάλλον στο οποίο λαμβάνει χώρα η αλληλεπίδραση και με την κατάσταση που συνδέει τους πρωταγωνιστές. Και εδώ αρχίζουν τα προβλήματα και οι δυσκολίες για το χώρο της υγείας. Γιατί θα πρέπει κανείς να ερμηνεύσει το πλαίσιο μέσα στο οποίο λαμβάνει χώρα μια επικοινωνιακή συνδιαλλαγή για να εξηγήσει και να διορθώσει συμπεριφορές. Δεν σημαίνει λοιπόν ότι κάποιος αν «ξέρει» τις δεξιότητες επικοινωνίας μπορεί εύκολα να επικοινωνήσει με κάποιον άλλο. Παράδειγμα, αν δεν ευνοεί το πλαίσιο για έναν γιατρό ή νοσηλεύτη να επικοινωνήσει, λόγω έλλειψης χρόνου, δύσκολων συνθηκών, συναισθηματικής φόρτισης, κ.λπ., ακόμη και αυτός να ξέρει τον τρόπο, δεν θα μπορέσει να επικοινωνήσει αποτελεσματικά.

Το σημαντικότερο ωστόσο, πέρα από το «Ξέρω» και το «Μπορώ» είναι το «Θέλω» να επικοινωνήσω! Και οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να «θέλουν», καθώς η επικοινωνία δεν αποτελεί μια περιττή κλινική δεξιότητα, συνιστά μια απαραίτητη κλινική πράξη. Άλλωστε ο William Osler, ο «πατέρας της σύγχρονης Ιατρικής», γνωστός για τις πρωτοποριακές του απόψεις και πρακτικές στη διδασκαλία της Ιατρικής, ο οποίος εισήγαγε τη διδασκαλία παρά-των κλινικών των-ασθενών, μετατρέποντας την ιατρική εκπαίδευση από θεωρητικό αντικείμενο σε πρακτικό, συνδυάζοντας έτσι την επιστημονική γνώση με την αλληλεπίδραση με τους ασθενείς, υποστήριξε ότι «ο καλός κλινικός θεραπεύει την ασθένεια, αλλά ο εξαιρετικός κλινικός θεραπεύει τον άρρωστο». Επίσης, ο Eric Cassel (1985), γιατρός επίσης, του οποίου η έρευνα και οι θεωρίες για την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς έχουν ενσωματωθεί σε μεγάλο βαθμό στην ιατρική εκπαίδευση, αναφέρει ότι οι τρεις βασικές αρχές της ιατρικής φροντίδας είναι α) να φροντίζουμε ασθενείς και όχι νοσήματα, β) η θεραπευτική σχέση αποτελεί το δίαυλο μέσω του οποίου διοχετεύεται και παρέχεται η φροντίδα και γ) η επικοινωνία είναι το πιο σημαντικό εργαλείο στην άσκηση της ιατρικής.

Συνεπώς η επικοινωνία με τον ασθενή στις μέρες μας δεν είναι πολυτέλεια!

Αποτελεί ανάγκη, και μάλιστα αδιαμφισβήτητη!

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Το παρόν άρθρο σύνταξης, βασίστηκε στη θεματολογία του Σεμιναρίου Επικοινωνίας που πραγματοποιήθηκε στις 24 Νοεμβρίου 2017, για το προσωπικό του 424 ΓΣΝΕ/3ο Γραφείο, με βασική εισηγήτρια τη Θάλεια Μπελλάλη και στα παιχνίδια ρόλων τις Νίκη Ποζίδου (*Νοσηλεύτρια M.Sc. Π.Φ.Υ-Ηθοποιό/σκηνοθέτη MSc Theatre study*) και Εύη Εμμανουήλ (*Ηθοποιό-Δικηγόρο*).

Αναφορά του άρθρου ως: Μπελλάλη Θ. (2018). Η επικοινωνία με τον ασθενή, στις μέρες μας: Αναγκασία ή περιττή κλινική δεξιότητα/πράξη; (άρθρο σύνταξης). *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης* 1(1): 3-7

Citation: Bellali Th. (2018). Communication with the patient nowadays: is it a necessary clinical skill/practice? (editorial). *Hellenic Journal of Nursing Science* 1(1): 3-7

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Baile W.F., Buckman R., Lenzi R., Glober G., Beale E.A. & Kudelka A.P. (2000). SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5:302-311
- Boyle D., Dwinnell B. & Platt F. (2005). Invite, listen, and summarize: a patient centered communication technique. *Academic Medicine*, 80(1):29–32
- Buckman R. (2001). Communication skills in palliative care: a practical guide. *Neurology Clinics*, 19: 989-1004
- Cassell E.J. (1985). Talking with patients: Clinical Technique, Vol II. Cambridge, Mass: MIT Press
- Dean S. & McAllister M. (2016). How education must reawaken empathy (editorial) *Journal of Advanced Nursing*, 2: 233-234
- Finke E.H., Light J. & Kitko L. (2008). A systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with a focus on the use of augmentative and alternative communication. *Journal of Clinical Nursing* 17(16): 2102–2115
- Fong J.F. & Longnecker N. (2010) Doctor–Patient Communication: A Review. *The Ochsner Journal* 10:38–43
- Heritage J., Robinson J.D., Elliott M.N., Beckett M. & Wilkes M. (2007). Reducing patients' unmet concerns in primary care: the difference one word can make. *Journal of Gen Intern Medicine* 22(10):1429–33
- HEALTH AND HUMAN SERVICES UNITED STATES OF AMERICA (HHS US) (2014). A Treatment improvement protocol. Improving cultural competence. Rockville: CDM Group, Inc
- Kurtz S., Silverman J. & Draper J. (2004). Teaching and Learning Communication Skills in Medicine. (2nd eds). Abingdon: CRC Press (Taylor & Francis Group)
- Narenjiha M., Haghighat S., Bahaddor H., Shajari J. & Jameie S.B. (2012). The Importance of Physicians' Communication Skills on Patients' Satisfaction *Thrita J Med Sci* 1(2): 57-61
- Petronio S., Torke A., Bosslet G., Isenberg S., Wocial L. & Helft P.R. (2013). Disclosing Medical Mistakes: A Communication Management Plan for Physicians. *The Permanente Journal* 2013 Spring;17(2):73-79
- Piasecki M. (2008). Η τέχνη της επικοινωνίας στο χώρο της υγείας: ένας πρακτικός οδηγός. [Επιμ. Θ. Μπελλάλη], Αθήνα: Εκδ. Παπασωτηρίου
- Rodondi P.Y., Maillefer J., Suardi F., Rodondi N., Cornuz J. & Vannotti M. (2009) Physician Response to "By-the-Way" Syndrome in Primary Care. *J Gen Intern Med* 24(6):739–41
- Rotter D.L., Stewart M., Putnam S., Lipkin M., Stiles W. & Inui T. (1997). Communication Patterns of Primary Care Physicians. *JAMA* 277: 350-356
- Sarah L., Clever L.J., Levinson W. & Meltzer D.O. (2008). Does Doctor–Patient Communication Affect Patient Satisfaction with Hospital Care? *Health Services Research* 43:5, Part I
- Smith L.M., Keiser M., Turkelson C., Yorke A.M., Sachs B. & Berg K. (2018). Simulated Interprofessional Education Discharge Planning Meeting to Improve Skills Necessary for Effective Interprofessional Practice. *Prof Case Manag.* 23:75-83
- Street R.L., Makoul G., Arora N.K. & Epstein R.M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician–patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74 (2009) 295–301
- Thorne S., Harris S.R., Mahoney K., Con A. & McGuinness L. (2004). The context of health care communication in chronic illness. *Patient Education and Counseling* 54: 299–306
- Todres L., Galvin K. & Holloway I. (2009). The humanization of healthcare: a value framework for qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Wellbeing*, 4: 68–77
- White J., Levinson W. & Roter D. (1994). "Oh, by the way...": the closing moments of the medical visit. *Journal of Gen Intern Medicine* 9(1):24–8
- WHO (2003). Adherence to long-term therapies - Evidence for action, World Health Organisation, Geneva, Switzerland. Available at: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/ [Accessed: 6 Jun 2015]
- Zamanzadeh V., Rassouli M., Abbaszadeh A., Nikanfar A., Alavi-Majd H. & Ghahramanian A. (2014). Factors Influencing Communication Between the Patients with Cancer and their Nurses in Oncology Wards. *Indian Journal Of Palliative Care*, 20(1), 12-20
- Zolnierek M. & DiMatteo M.R. (2009). Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-analysis, *Medical Care* 47(8): 826–834