

Η ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΥΓΓΕΝΩΝ ΤΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟ ΙΑΤΡΟΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Παντελής Χαρολάμπους¹, Κλαισιάρης Χρήστος², Αγά Γεωργία³

1. Κοινωνικός Λειτουργός ΤΕ, «ΜSc Προτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας»
e-mail: thesp_pcharal@yahoo.gr/thesp_pcharal@hotmail.gr Μαυρούδι Ηγουμενίτσας Τ.Κ. 46100
Τηλ: 2665041646,6946533092.

2. Νοσηλεύτρια ΤΕ-«ΜSc Προτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας»-Εργαστηριακός Συνεργάτης του τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ
Λάρισας, Ε. Κοτσώνη 2, Λάρισα, Τ.Κ. 41222, Τηλ: 6944986666. E-mail: chrisklisiaris@yahoo.gr.

3. , Ιατρός Γενικής Ιατρικής Κέντρου Υγείας Ελλάσσόνας Λάρισα, Ε. Κοτσώνη 2, Λάρισα, Τ.Κ. 41222,
Τηλ: 6944986666.

Ιατρική Θεσσαλίας, Τμήμα «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Υπόβαθρο: Στην εποχή μας διατυπώνεται όλο και περισσότερο το αίτημα για καλύτερη ενημέρωση των ασθενών από το προσωπικό υγείας, με σκοπό την βελτίωση της συμμετοχής τους στην αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας που τους απασχολούν. Παράλληλα όμως διαπιστώνεται μια σημαντική ανεπάρκεια πληροφόρησης από την πλευρά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, που μπορεί να οφείλεται είτε στην έλλειψη κατάλληλης εκπαίδευσης είτε σε άλλους παράγοντες. Η αξιολόγηση του βαθμού ενημέρωσης σε έναν πληθυσμό κρίνεται απαραίτητη για την καλύτερη κατανόηση της τρέχουσας κατάστασης και την διατύπωση προτάσεων για βελτίωση του υγειονομικού μας συστήματος.

Σκοπός: Θελήσαμε να εξετάσουμε τις εντυπώσεις Ελλήνων ασθενών για την ποιότητα της ενημέρωσης που είχαν για τα προβλήματα της υγείας τους από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και από άλλες πηγές, καθώς και τον βαθμό ικανοποίησής τους από την ενημέρωση αυτή.

Μέθοδος: 181 ασθενείς (91 νοσηλευόμενοι και 90 ασθενείς εξωτερικών ιατρείων) σε έξι διαφορετικούς χώρους (νοσοκομεία και κέντρα υγείας) συμπλήρωσαν ένα ανώνυμο, δομημένο ερωτηματολόγιο που εξέταζε τις πηγές πληροφόρησης, την επάρκεια του χρόνου ενημέρωσης και τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από την ενημέρωση αυτή.

Αποτελέσματα Το 78% των ασθενών δήλωσε ότι είχε λάβει πληροφορίες για τη θεραπεία της νόσου, ενώ τα ποσοστά για την αιτία, τις αναγκαίες εξετάσεις και τη μελλοντική πορεία της νόσου ήταν περίπου 50%. Μόνο 8,8% δήλωσε ότι είχε ενημερωθεί για όλα αυτά τα στοιχεία. Το 40% των ασθενών θεώρησε ότι ο χρόνος ενημέρωσης ήταν ανεπαρκής ή

οριακός. Κύρια πηγή ενημέρωσης ήταν ο γιατρός, νοσοκομειακός (71%) ή οικογενειακός (37,5%). Το 49,7% των ασθενών ανέφερε ότι συχνά ή αρκετά συχνά σκέφθηκε να αλλάξει θεραπεία λόγω κακής συνεργασίας ή ελλιπούς ενημέρωσης. Το 64% πιστεύει ότι σε περίπτωση σοβαρής νόσου ο γιατρός θα πρέπει να ενημερώσει πρώτα τον ασθενή (με ή χωρίς την οικογένεια) και μόνο 2,2% πιστεύουν ότι πρέπει να ενημερωθεί μόνο η οικογένεια, χωρίς συμμετοχή του ασθενούς. Επίσης οι ασθενείς στην πλειοψηφία τους επιθυμούν να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων για θέματα υγείας που τους αφορούν. Το 77,9% των ασθενών εκδηλώνει προτίμηση για την προφορική πληροφόρηση, με ή χωρίς συνοδά μέσα (π.χ. έντυπα).

Συμπεράσματα: Ο πληθυσμός της μελέτης φάνηκε να έχει λάβει μια μέτριο επιπέδου ενημέρωση από το ιατρικό προσωπικό. Ο βαθμός ικανοποίησης από την πληροφόρηση ήταν πολλές φορές δυσανάλογα χαμηλός σε σχέση με τις απαιτήσεις και τις προσδοκίες του. Πολλές φορές οι ασθενείς θα ήθελαν από τον γιατρό τους να τους διαθέσει περισσότερο χρόνο, καθώς και νέες μορφές ενημέρωσης πέρα από την συνήθη προφορική καθοδήγηση. Κύρια πηγή ενημέρωσης είναι ο γιατρός, και σ' αυτόν ανήκει το μεγαλύτερο μερίδιο της ευθύνης για την ικανοποίηση των αναγκών αυτών. Η συμμετοχή της οικογένειας στην θεραπευτική διαδικασία δεν παύει να υπάρχει, αλλά διαφαίνεται η επιθυμία των ασθενών να συμμετέχουν περισσότερο στη λήψη αποφάσεων για την υγεία τους και στη θεραπευτική διαδικασία.

Λέξεις κλειδιά: ενημέρωση, πληροφόρηση, ενημερωμένος ασθενής, επικοινωνία, θεραπευτική διαδικασία, επικοινωνιακές δεξιότητες, σχέση ιατρού-ασθενούς.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις περισσότερες δυτικές χώρες τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης αλλάζουν. Παράδοξα, σε μια εποχή παγκόσμιας επικοινωνίας βρισκόμαστε αντιμέτωποι με μια διαταραχή στην επικοινωνία μεταξύ των ασθενών και των γιατρών, με αποτέλεσμα την αυξανόμενη δυσαρέσκεια των ασθενών, τον συνεχώς αυξανόμενο ρυθμό καταγγελιών και μηνύσεων για κακή ιατρική πρακτική (medical malpractice), καθώς και την εγκατάλειψη της συμβατικής ιατρικής για εναλλακτικές μορφές θεραπείας που είναι συχνά αντιεπιστημονικές. Μελέτες που χρησιμοποιούν διάφορες μεθοδολογικές προσεγγίσεις έχουν δείξει ότι η ποιότητα της ιατρικής φροντίδας δεν είναι το μόνο πράγμα που οδηγεί τους ασθενείς σε καταγγελίες κατά των ιατρών. Εκτιμάται ότι 70-80% της παραπομπής

ιατρών σε δικαστήρια αφορούν στη σχέση ιατρού-ασθενούς ή σε προβλήματα επικοινωνίας. [1]

Η επικοινωνία είναι η αρχή και το τέλος κάθε επαφής του γιατρού με τον ασθενή καθώς και ένα από τα κριτήρια με τα οποία οι ασθενείς αξιολογούν τους γιατρούς τους ή ακόμα και να στραφούν σε εναλλακτικές μορφές θεραπείας. [2]

Μια ανοικτή και άνετη ατμόσφαιρα για τον ασθενή και για τον ιατρό είναι ένα ουσιαστικό μέρος στη θεραπευτική διαδικασία. Οι μελέτες έχουν αποδείξει ότι η ποιότητα της επικοινωνίας επηρεάζει έντονα την προθυμία του ασθενή να συμμορφωθεί με τις διαδικασίες της θεραπείας και να δοκιμάσει νέες θεραπευτικές μεθόδους. Τα δύο βασικά συστατικά που οδηγούν προς την ικανοποίηση του ασθενούς περιλαμβάνουν τη δυνατότητα του ασθενή να καταλάβει και να απομνημονεύσει τι λέει ο γιατρός. [3]

Τη δεκαετία του '70 υπήρξε δραματική αλλαγή στην τακτική ενημέρωσης των ασθενών, με το μεγαλύτερο ποσοστό των θεραπόντων να ακολουθούν την μέθοδο της λεπτομερούς και αναλυτικής ενημέρωσης. [3] Αυτό βέβαια ίσχυσε κυρίως για τις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, όπου η δεοντολογική αρχή της αυτονομίας των ασθενών διέπει τη σχέση ιατρού-ασθενούς, με αποτέλεσμα οι θεράποντες να ενημερώνουν τους ασθενείς χωρίς υπεκφυγές.

Η κλινική επικοινωνία του ιατρού με τον ασθενή είναι πρωταρχικής σημασίας για την αρμονική και αποτελεσματική σχέση μεταξύ τους. Καλύπτει όλες τις μορφές της σχέσης γιατρού-ασθενούς και από την ποιότητα της εξαρτάται ο βαθμός συνεργασίας των δύο μερών για την επίτευξη της διάγνωσης και την εφαρμογή της προτεινόμενης θεραπείας. Έτσι δεν είναι υπερβολή να πούμε ότι πολλές φορές η επικοινωνία επηρεάζει ακόμα και την έκβαση της νόσου. [2]

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΙΑΤΡΟΥ – ΑΣΘΕΝΗ

Η επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενή είναι ένα αναπόσπαστο τμήμα της κλινικής πρακτικής. Σύμφωνα με επικυρωμένες μελέτες όταν γίνεται με σωστό τρόπο μια τέτοια επικοινωνία έχει θεραπευτική επίδραση για τον ασθενή. [4]

Η σχέση ιατρού-ασθενή έχει αναγνωριστεί από καιρό ως σύνθετη και πολύπλευρη. Ενώ οι διάφορες πτυχές αυτής της σχέσης έχουν εξερευνηθεί, οι μορφές επικοινωνίας δεν εξετάστηκαν στο πλαίσιο της επιστημονικής έρευνας μέχρι την δεκαετία του '60 όταν μια μελέτη από τους Korsch et al (1968) κατέδειξε έναν άμεσο συσχετισμό μεταξύ των μορφών επικοινωνίας των γιατρών και της σε σχέση τους με την πορεία της θεραπείας. [5] [6]

Οι μορφές επικοινωνίας των γιατρών βρέθηκαν να είναι σημαντικές όχι μόνο στην συμμόρφωση των ασθενών στις θεραπευτικές αγωγές αλλά επίσης βρέθηκαν ότι επηρεάζουν την ικανοποίηση του ασθενή ως προς την προσοχή απέναντι στον ιατρό και την κατανόηση των ιατρικών πληροφοριών. [7]

Ο τρόπος με τον οποίο ένας ιατρός μεταβιβάζει τις πληροφορίες σε έναν ασθενή είναι τόσο σημαντικός όσο και οι πληροφορίες που μεταβιβάζονται σ' αυτόν. Οι ασθενείς που καταλαβαίνουν τους γιατρούς τους είναι πιθανότερο να αποδεχθούν τα προβλήματα υγείας τους, να καταλάβουν τις επιλογές τους σε σχέση με την θεραπεία και να ακολουθήσουν πιστά το πρόγραμμα της φαρμακευτικής τους αγωγής. [8] [9]

Στη σύγχρονη ιατρική εκπαίδευση οι δεξιότητες επικοινωνίας και διαπροσωπικών σχέσεων δεν αντιμετωπίζονται πλέον ως αμετάβλητα προσωπικά χαρακτηριστικά του καθενός αλλά αντίθετα, ως σύνολο μετρήσιμων και τροποποιήσιμων συμπεριφορών που μπορούν να αναπτυχθούν και να αξιολογηθούν παράλληλα. [9]

Από τη λήψη του ιατρικού ιστορικού του ασθενή μέχρι την οριστικοποίηση ενός θεραπευτικού σχήματος ή κάποιας άλλης ιατρικής πράξης, η σχέση του ιατρού με τον ασθενή του στηρίζεται στην αποτελεσματική επικοινωνία και συνεργασία. Αν και κατά ένα μεγάλο μέρος η επικοινωνία αναφέρεται σε πληροφορίες για τη διάγνωση και την θεραπεία, οι περισσότεροι ιατροί θα διαπιστώσουν ότι η επαφή δεν περιορίζεται μόνο στα παραπάνω αλλά μπορεί να περιλαμβάνει επίσης συζητήσεις ψυχοκοινωνικού και γενικού ενδιαφέροντος. Αυτή η πτυχή της σχέσης ασθενούς-ιατρού είναι δύσκολο να καθορισθεί, όμως με προσπάθεια και θέληση μπορεί να βρεθεί η χρυσή τομή μίας αληθινά θεραπευτικής σχέσης. Αυτή η θεραπευτική σχέση θα αποτελέσει επίσης τη βάση για μια ποιοτική φροντίδα υγείας. [10]

ΤΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΑ ΘΕΛΟΥΝ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ;

Οι περισσότερες καταγγελίες από τους ασθενείς και τους οικείους τους αναφέρονται σε προβλήματα επικοινωνίας και όχι τόσο στην κακή κλινική πρακτική. Η πιο κοινή καταγγελία είναι ότι οι γιατροί δεν ακούνε τους ασθενείς τους. Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι οι γιατροί και οι ασθενείς έχουν τις δικές τους απόψεις σχετικά με αυτό που κάνει καλή και αποτελεσματική μια επικοινωνία. Αυτές οι διαφορές επηρεάζουν την ποιότητα των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των γιατρών και των ασθενών, καθώς και τη συμμόρφωση, την εκπαίδευση των ασθενών, και την έκβαση της υγείας τους. [11]

Η συμμετοχή των ασθενών είναι κάτι που σήμερα θεωρείται θεμελιώδες στην σύγχρονη ιατρική διαδικασία. Η όλη αυτή διαδικασία τον καθιστά υπεύθυνο, αναπτύσσει την συνεργασία, μειώνει το άγχος και αυξάνει την εμπιστοσύνη προς τον θεράποντα ιατρό του. [12] [13]

Η σχέση του γιατρού με τον ασθενή του έχει ιδιαίτερη σημασία για την επιτυχία οποιασδήποτε θεραπείας. Για τους ασθενείς με χρόνια νοσήματα ή με καρκίνο, η σχέση με το γιατρό αποκτά μια άλλη διάσταση. Η συνεχής και μακρόχρονη σχέση που επιβάλλεται μεταξύ τους λόγω της φύσης της ασθένειας παράλληλα με το γεγονός ότι η ζωή του ασθενούς μπορεί να απειλείται, περιέχει μια ξεχωριστή συναισθηματική ιδιομορφία που χρήζει μεγάλης προσοχής. [14]

Η εκμάθηση βασικών δεξιοτήτων επικοινωνίας πρέπει να είναι καθήκον και υποχρέωση κάθε ιατρού στις μέρες μας αλλά και μάθημα υποχρεωτικής παρακολούθησης όλων των ιατρικών σχολών. Η διδασκαλία της σωστής επικοινωνίας πρέπει να συμπεριληφθεί σε όλα τα επίπεδα της ιατρικής εκπαίδευσης και να γίνει μάθημα υποχρεωτικής φύσεως στα προγράμματα σπουδών των ιατρικών σχολών και στη συνεχιζόμενη ιατρική εκπαίδευση. Στις αναπτυγμένες χώρες θεωρείται υποχρεωτική η παρακολούθηση μαθημάτων επικοινωνίας και βασικό στοιχείο για την λήψη του τίτλου του ιατρού. [15] [10] [16]

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε από 20/06/07 έως 20/08/07. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ειδικά σχεδιασμένο ερωτηματολόγιο με 10 κλειστές ερωτήσεις (βλ. Παράρτημα). Το ερωτηματολόγιο απαντήθηκε από τους ασθενείς ανώνυμα, με εξαίρεση τα βασικά δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, φύλο, επίπεδο εκπαίδευσης) που συμπληρώθηκαν με τη μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 181 ασθενείς εκ των οποίων οι 91 νοσηλευόμενοι λίγο πριν την έξοδο τους από το νοσοκομείο και οι 90 ασθενείς εξωτερικών ιατρείων στην ευρύτερη περιοχή της Ηπείρου.

Η συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε από τα εξής Νοσοκομεία: 1) Γενικό Νοσοκομείο- Κέντρο Υγείας Φιλιατών Θεσπρωτίας, 2) Γενικό Νοσοκομείο Άρτας, 3) Γενικό Νοσοκομείο Πρεβέζης, 4) Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων Χατζηκώστα, 5) Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων και 6) Κέντρο Υγείας Ηγουμενίτσας.

Το μόνο κριτήριο επιλογής ήταν να μην έχει προηγουμένως συμπληρώσει ο ασθενής το ερωτηματολόγιο.

Η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 12.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η κατανομή των ασθενών κατά φύλο και ηλικία ήταν παρόμοια. Ως προς το μορφωτικό επίπεδο, η μελέτη περιέλαβε άτομα από όλες σχεδόν τις εκπαιδευτικές βαθμίδες.

Παρατηρούμε (Πίνακας 1) ότι ένα σχετικά μεγάλο ποσοστό, περίπου 78%, φαίνεται να δηλώνει σχετικά ενήμερο με την θεραπεία της νόσου. Αντίθετα, μόνο οι μισοί περίπου ασθενείς δήλωσαν ότι ενημερώθηκαν για την αιτία (54,6%) και για τις εξετάσεις και την μελλοντική πορεία (47,5%), ενώ πολύ λίγοι είχαν πληροφόρηση για τον μηχανισμό της νόσου (9,9%), πράγμα που ίσως να οφείλεται σε κάποια σύγχυση στους ασθενείς ως προς το νόσήμα του (π.χ. σε τι διαφέρει ο μηχανισμός από την αιτία;). Εντύπωση δημιουργεί το πολύ χαμηλό ποσοστό πλήρους ενημέρωσης (8,8%) που θα αποτελούσε την ιδανική μορφή.

1. Μέχρι τώρα οι γιατροί και οι νοσηλευτές σας έχουν δώσει πληροφορίες για τα παρακάτω σχετικά με την νόσο σας: (Σημειώστε ένα ή περισσότερα).

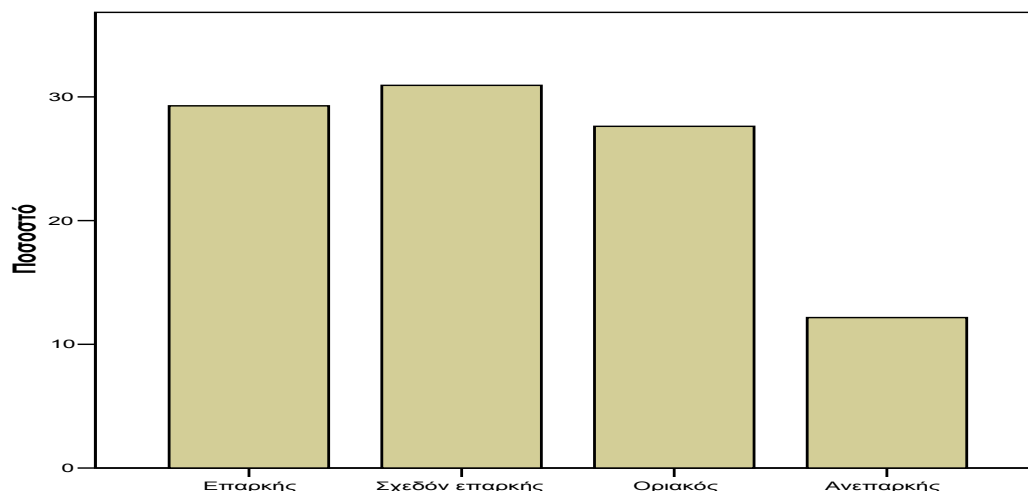
	Ασθενείς	Ποσοστό (%)
Αιτία	99	54,6
Θεραπεία	141	77,9
Εξετάσεις	86	47,5
Μελλοντική Πορεία	86	47,5
Μηχανισμό	18	9,9
Όλα τα παραπάνω	16	8,8

(Πίνακας 1)

Στην Ιταλία [17] σε μια αντίστοιχη έρευνα ασθενών φάνηκε ότι το 37% ήταν πλήρως ενημερωμένοι για τη διάγνωση και τους θεραπευτικούς στόχους, το 35,2% ήταν μερικώς ενημερωμένοι, ενώ το 27,8% δεν είχαν αντίληψη της νόσου.

Όσον αφορά την επάρκεια χρόνου που διατίθεται από τον ιατρό για την ενημέρωση των ασθενών (Γράφημα 1) βλέπουμε ότι μόνο ένα ποσοστό 29,3% θεωρεί ότι η ενημέρωση είναι χρονικά επαρκής, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό της τάξης του 39,8% χαρακτηρίζει την ενημέρωση ως οριακή η και ανεπαρκή (12,2%). Η ανεπάρκεια του χρόνου επικοινωνίας έχει καταγραφεί και σε άλλες χώρες. Έτσι το 2001 μια έρευνα [18] έδειξε ότι οι νοσοκομειακοί γιατροί αφήνουν τους ασθενείς να μιλήσουν κατά μέσον όρο μόνο 18 δευτερόλεπτα πριν τους διακόψουν. Η ίδια μελέτη έδειξε ότι μόνο 2% των ασθενών προλάβαιναν να πουν αυτά

που ήθελαν. Ακόμη, έχει βρεθεί [16] ότι οι γιατροί και οι ασθενείς έχουν πολλές φορές διαφορετικές απόψεις σχετικά με αυτό που κάνει καλή και αποτελεσματική μια επικοινωνία..



Γράφημα 1. Επάρκεια του χρόνου ενημέρωσης των ασθενών.

Σε γενικές γραμμές ο χρόνος που διαθέτει ο γιατρός για ενημέρωση θα μπορούσε να χαρακτηριστεί μέτριου βαθμού και να βρίσκεται μεταξύ του ‘σχεδόν επαρκής’ και ‘οριακός’. Σε αντίστοιχη έρευνα μεταξύ 400 ασθενών στην Καλιφόρνια [19] φάνηκε ότι οι ασθενείς εμπιστεύονται περισσότερο τους γιατρούς που αφιερώνουν χρόνο για να ακούσουν τις ανησυχίες και τα προβλήματά τους.

Οι Έλληνες ασθενείς θεωρούν ως βασική πηγή της ενημέρωσης τον ιατρό, είτε οικογενειακό είτε νοσοκομειακό, με ποσοστά 37,5% και 71% αντίστοιχα. (Πίνακας 2). Πρέπει να επισημανθεί επίσης ο σχεδόν ανύπαρκτος ρόλος του νοσηλευτή στον τομέα της ενημέρωσης (που μπορεί να οφείλεται στο ότι ίσως στη χώρα μας δεν καλλιεργείται ο ρόλος αυτός στη νοσηλευτική εκπαίδευση, κάτι που γίνεται αλλού, αν και ανάλογο εύρημα έχει καταγραφεί και στην Ουαλία [20], καθώς και η ελλιπής ενημέρωση των ασθενών από άλλες πηγές (internet, εγκυκλοπαίδεια).

3. Ποιος σας έχει δώσει πληροφορίες για την πάθησή σας; (Σημειώστε μια ή περισσότερες απαντήσεις)

	Ασθενείς	Ποσοστό (%)
Οικογενειακός Ιατρός	68	37,56
Νοσοκομειακός Ιατρός	129	71
Νοσηλευτής	4	2,2
Internet	9	4,97
Ενημερωτικό φυλλάδιο	6	3,3
Εγκυκλοπαίδεια	2	1,1
Φίλος που έχει την ίδια πάθηση	29	16

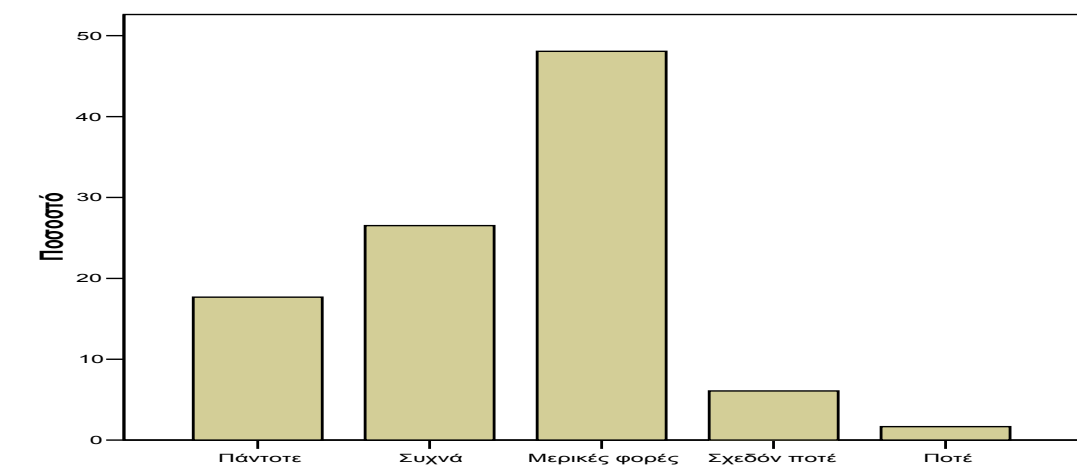
(Πίνακας 2)

Η συχνότητα με την οποία οι ασθενείς παίρνουν ικανοποιητικές απαντήσεις από το γιατρό τους. Οι απαντήσεις δίνονται παραστατικά στο (γράφημα 2).

Από τις απαντήσεις φαίνεται ότι σε περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις η ικανοποίηση είναι κάτω του μετρίου (‘μερικές φορές’, ‘σχεδόν ποτέ’ ή ‘ποτέ’).

Η τέχνη της επικοινωνίας ιατρού-ασθενή και της ικανότητας της κατανόησης του αρρώστου διδάσκεται στο 65% των ιατρικών σχολών της Αγγλίας και των Η.Π.Α και θεωρείτε βασική γνώση για την απόκτηση της άδειας ασκήσεως του ιατρικού επαγγέλματος. [21] Σύμφωνα με μια έρευνα του Πανεπιστημίου της Καλιφορνίας [11] [19] οι ασθενείς που έχουν καλή επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό τους καταλαβαίνουν καλύτερα τις πληροφορίες που τους δίνονται, είναι πιθανότερο να αποδεχθούν τα προβλήματα υγείας τους, να καταλάβουν τις επιλογές τους σε σχέση με την θεραπεία και ακολουθήσουν πιστά το πρόγραμμα της φαρμακευτικής τους αγωγής. Ειδικά προγράμματα που εφαρμόστηκαν στις Η.Π.Α και στηρίζονταν στην εποικοδομητική επικοινωνία με τους ασθενείς μπόρεσαν να αυξήσουν την ικανοποίηση των ασθενών.

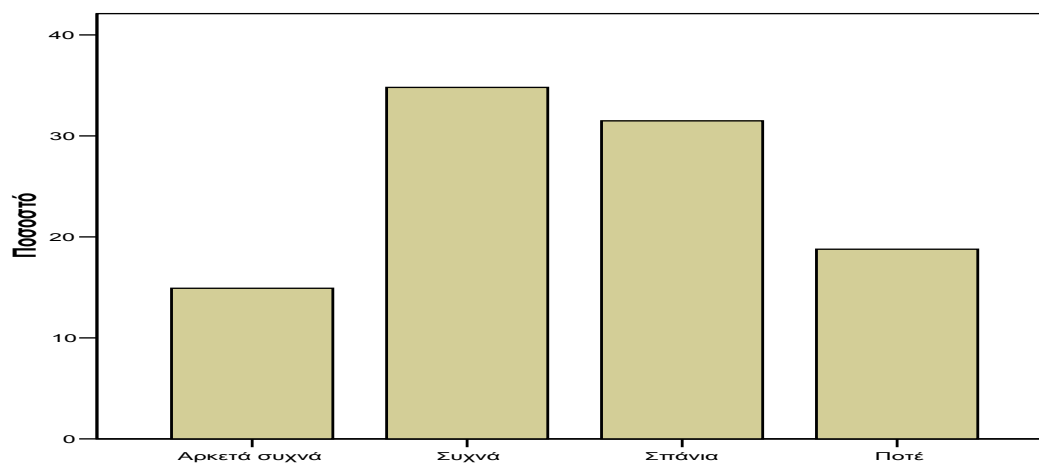
Οπωσδήποτε η παροχή πληροφοριών δεν είναι απλή υπόθεση, και οι ανάγκες της διαφέρουν κατά περίπτωση. Ωστόσο η γενική αίσθηση της μη ικανοποίησης σε μεγάλο ποσοστό ασθενών δίνει μια κάπως αρνητική εικόνα που σίγουρα επιδέχεται βελτίωση, κάτι που έχει γίνει σε άλλες χώρες μέσα από προγράμματα εκπαίδευσης .



Γράφημα 2. Συχνότητα ικανοποιητικών απαντήσεων από τους Ιατρούς.

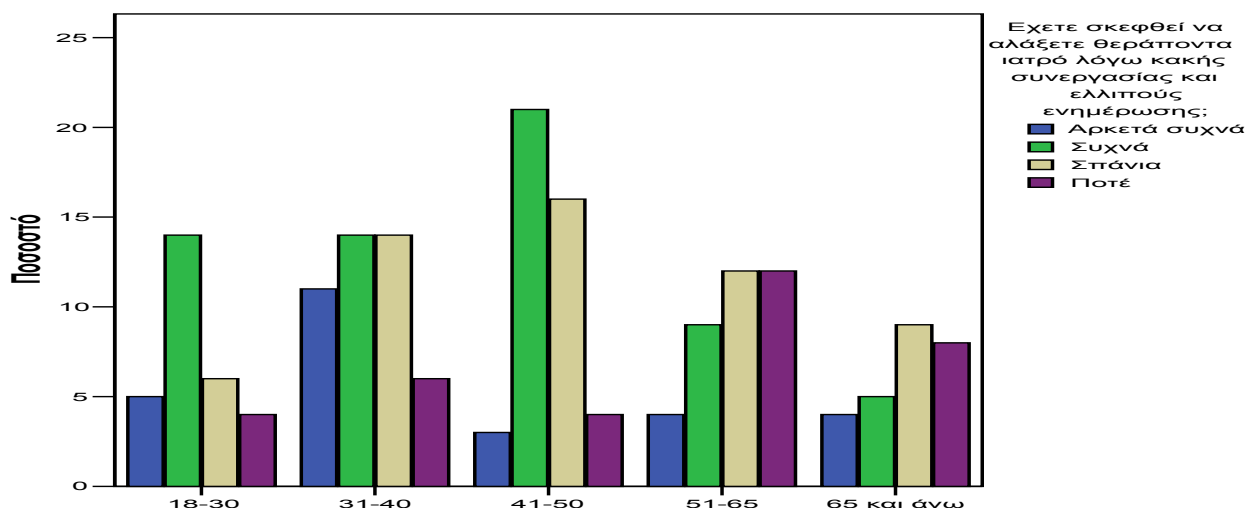
Είναι αξιοπρόσεκτο ότι οι μισοί ασθενείς (49,7%) δήλωσαν ότι ‘συχνά’ η ‘αρκετά συχνά’ έχουν σκεφθεί να αλλάξουν ιατρό λόγω κακής συνεργασίας και ελλιπούς ενημέρωσης, έναντι 18,8% που δήλωσαν ότι ποτέ δεν σκέφθηκαν να αλλάξουν θεράποντα ιατρό για τους λόγους αυτούς (Γράφημα 3). Οι Kaplan et al. [22] έδειξαν σε ανάλογη έρευνα ότι οι ασθενείς αποφασίζουν να αλλάξουν τους γιατρούς που δεν τους ενημερώνουν και τους

αφήνουν αμέτοχους από την διαγνωστική και θεραπευτική διαδικασία. Το γεγονός αυτό δείχνει ότι σαφώς υπάρχει πρόβλημα στον τρόπο επικοινωνίας και την γενικότερη σχέση ιατρού-ασθενή.



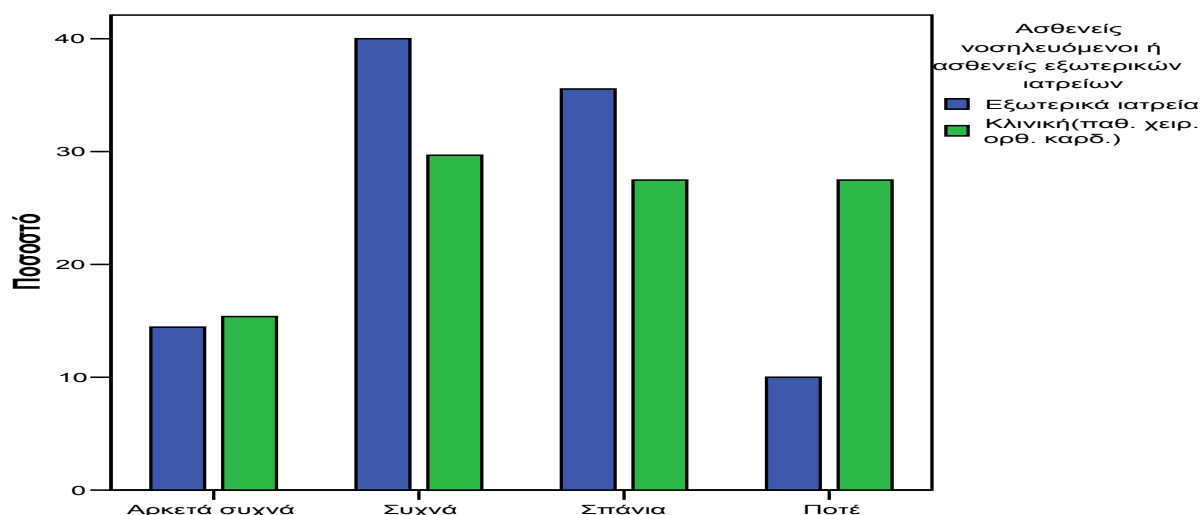
Γράφημα 3. Επιθυμία των ασθενών για αλλαγή θεράποντος Ιατρού.

Στην ερώτηση αυτή δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ των φύλων. Ωστόσο, στην ανάλυση κατά ηλικία (**Γράφημα 4**) βλέπουμε ότι οι ηλικιακές ομάδες 18 έως 50 ετών δείχνουν λιγότερη ικανοποίηση από τον θεράποντα ιατρό και μπορούν να θεωρηθούν πιο ‘απαιτητικοί’ (με την καλή έννοια) ασθενείς σε σχέση με τους ασθενείς των μεγαλύτερων ηλικιών.



Γράφημα 4. Ηλικία και επιθυμία αλλαγής θεράποντος Ιατρού.

Σημαντική επίσης διαφορά φαίνεται να υπάρχει στο θέμα αυτό μεταξύ των νοσηλευόμενων ασθενών και των εξωτερικών ασθενών (**Γράφημα 5**), οι οποίοι απαντούν ότι πολύ πιο εύκολα αλλάζουν ιατρό λόγω κακής συνεργασίας. Μια πιθανή ερμηνεία του γεγονότος αυτού είναι ότι οι νοσοκομειακοί ασθενείς δεν έχουν τη δυνατότητα επιλογής του θεράποντος ιατρού την οποία έχουν οι εξωτερικοί ασθενείς.



Γράφημα 5. Διαφορά νοσηλευόμενων και εξωτερικών ασθενών ως προς την επιθυμία αλλαγής θεράποντος Ιατρού.

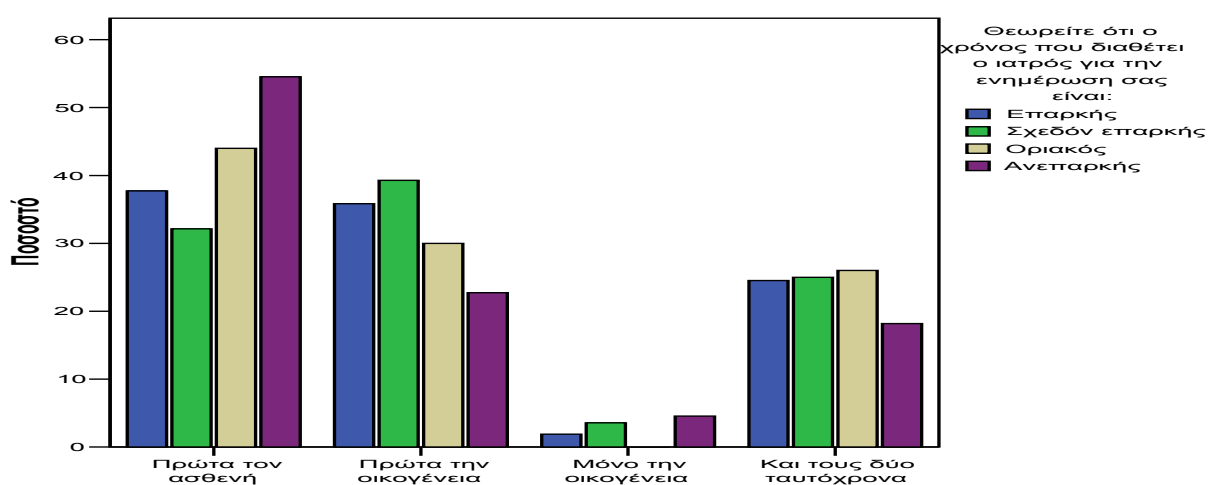
Το επόμενο ερώτημα εξετάζει το μεγάλο θέμα της ενημέρωσης του ασθενούς σε περίπτωση ‘δύσκολης’ διάγνωσης. Παραδοσιακά πιστεύεται ότι οι Έλληνες ασθενείς δεν θέλουν να ενημερώνονται για σοβαρά προβλήματα. Φαίνεται όμως ότι αυτό αποτελεί από τη μια μεριά μια ‘αμυντική δικαιολογία’ των ιατρών για να αποφεύγουν τη δύσκολη και ψυχολογικά φορτισμένη συζήτηση (για την οποία δεν είναι άλλωστε εκπαιδευμένοι), και αφετέρου την επιθυμία των συγγενών που θέλουν να προστατεύσουν τον άνθρωπό τους από το στρες μιας τέτοιας αποκάλυψης. Σε άλλες χώρες η πρακτική διαφέρει για λόγους που είτε αναφέρονται στην παιδεία των ασθενών είτε στις νομικές υποχρεώσεις των ιατρών και τον φόβο μιας μήνυσης για ελλιπή ενημέρωση. Έτσι, μια διαπολιτισμική έρευνα της Παγκόσμιας Ψυχοογκολογικής Εταιρείας [23] έδειξε ότι η πλήρης αποκάλυψη της αλήθειας, συμπεριλαμβανομένης και της πρόγνωσης, κυμαινόταν από 24% στην Ελλάδα μέχρι και 89% στη Φινλανδία.

Από τις απαντήσεις στη μελέτη μας φαίνεται ότι το 64,1% των ασθενών επιζητούν την συμμετοχή τους στην ενημέρωση όταν πρόκειται για σοβαρές παθήσεις και όχι την απόκρυψη του προβλήματος από το ιατρικό προσωπικό (39,8% απαντούν ότι θέλουν να ενημερώνεται πρώτα ο ασθενής και 24,3% ταυτόχρονα ο ασθενής και η οικογένεια). Αυτό θα πρέπει να οδηγήσει σε αναθεώρηση της ιατρικής πρακτικής στη χώρα μας ως προς την ενημέρωση και σε πληρέστερη εκπαίδευση του προσωπικού στις ‘δύσκολες’ μορφές επικοινωνίας, ώστε οι ασθενείς να μην αδικούνται από μια κακή προσέγγιση.

Αξίζει να σημειωθεί ότι στην ερώτηση αυτή ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών που απαντούν ότι προέχει η ενημέρωση του ασθενή χαρακτηρίζουν τον χρόνο ενημέρωσης από το ιατρικό

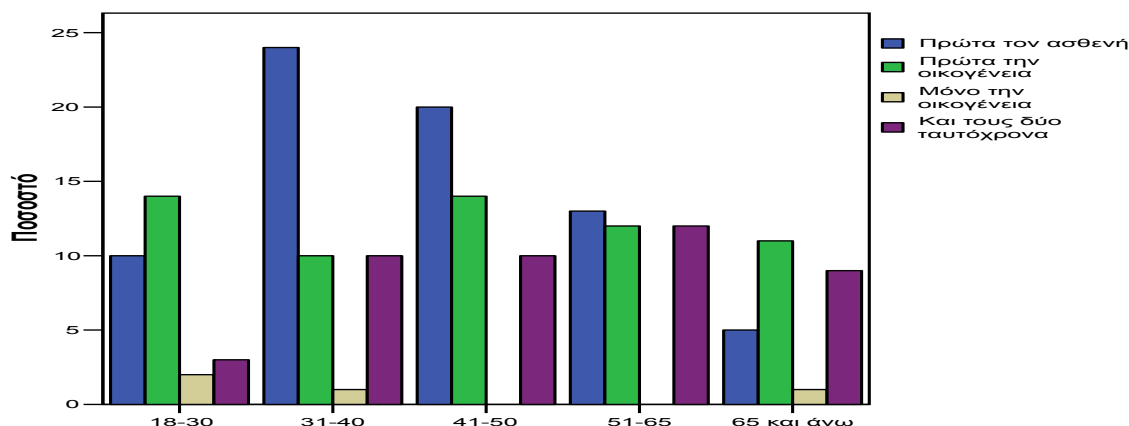
προσωπικό ως ‘οριακό’ ή ‘ανεπαρκή’ (**Γράφημα 6**). Προφανώς οι ασθενείς αυτοί ανήκουν στους ανθρώπους εκείνους που θέλουν το ‘κάτι περισσότερο’, τόσο από πλευράς χρόνου όσο και από πλευράς περιεχομένου της ενημέρωσης.

Η συμμετοχή των ασθενών είναι κάτι που σήμερα πλέον θεωρείται πανάκεια στην σύγχρονη ιατρική αφού με την εμπλοκή του ο ασθενής αισθάνεται ποιο ασφαλής και είναι ο ίδιος συμμετέχων στις όποιες αποφάσεις. Αν και ο ασθενής δεν μπορεί να κάνει την τελική επιλογή της θεραπείας η όλη διαδικασία των καθιστά υπεύθυνο, αναπτύσσει την συνεργασία με τον ιατρό, μειώνει το άγχος και αυξάνει την εμπιστοσύνη προς το_θεράπων ιατρό . [12]



Γράφημα 6. Σχέση της ικανοποίησης από τον χρόνο ενημέρωσης και προτίμησης για πληροφόρηση σε σοβαρές παθήσεις

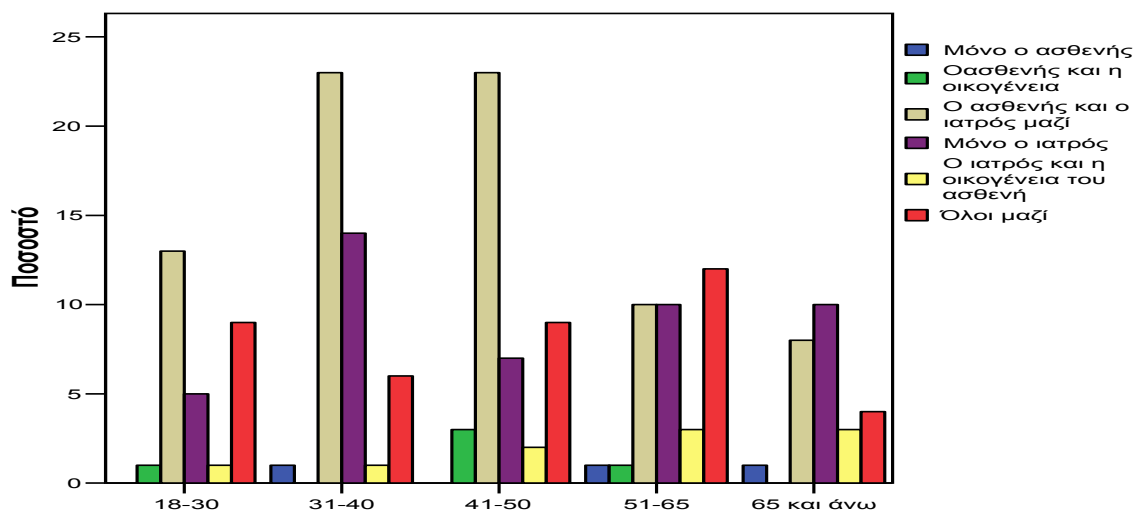
Στο ερώτημα αυτό δεν παρατηρήθηκαν διαφορές μεταξύ νοσηλευόμενων και εξωτερικών ασθενών, ούτε μεταξύ των δυο φύλων. Όσον αφορά την ηλικία, στις ηλικίες μεταξύ 31-50 ετών διαφαίνεται μεγαλύτερη προτίμηση για ενημέρωση του ίδιου του ασθενή (**Γράφημα 7**). Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων αυτών δείχνει ότι οι ισχυρισμοί που προβάλλουν οι γιατροί ότι οι περισσότεροι ασθενείς προτιμούν να μην έχουν πλήρη ενημέρωση είναι αβάσιμοι



Γράφημα 7 . Επιθυμία για ενημέρωση σε σοβαρές παθήσεις σε σχέση με την ηλικία.

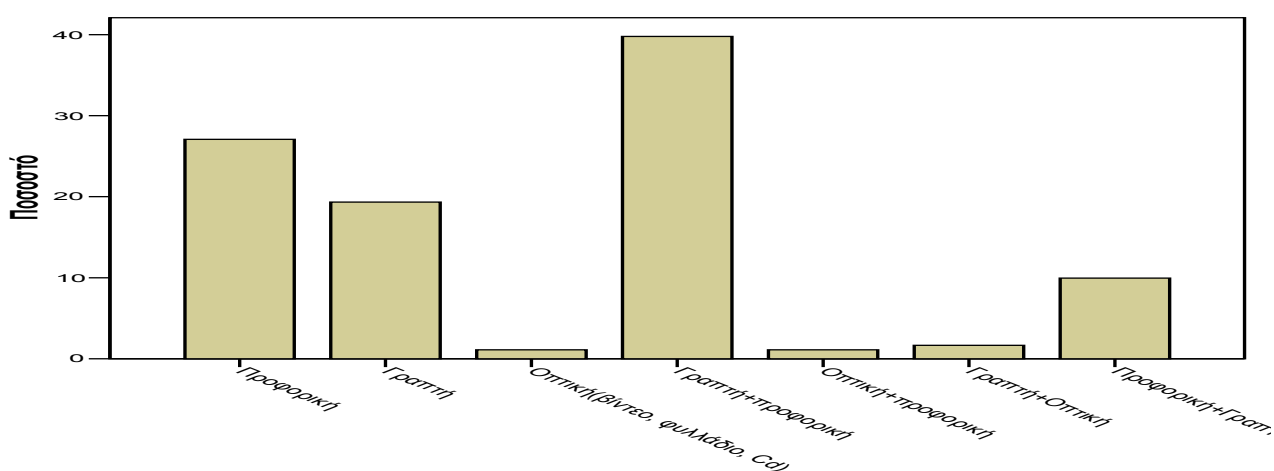
Οι απαντήσεις στην ερώτηση για την επιθυμία συμμετοχής δείχνουν ότι οι ερωτηθέντες επιθυμούν την συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων για την θεραπευτική διαδικασία σε ποσοστό 64,6% (42,5% απαντούν ‘ο ασθενής και ο ιατρός’, ενώ ένα 22,1% εμπλέκει στην θεραπευτική διαδικασία και την οικογένεια). Παρόλα αυτά ένα σημαντικό ποσοστό (25,4%) θεωρεί ότι μόνο ο ιατρός πρέπει να είναι υπεύθυνος για τις θεραπευτικές αποφάσεις. Στη Βρετανία πρόσφατα [19] από το Πανεπιστήμιο του Southampton ρωτήθηκαν 800 ασθενείς για το ίδιο θέμα. Το 90% δήλωσε ότι έδινε μεγάλη σημασία στο γεγονός ότι ο ιατρός τους θεωρούσε συνεργάτες του στην όλη διαγνωστική και θεραπευτική διαδικασία και ότι οι δικές τους θέσεις ή απόψεις λαμβάνονταν σοβαρά υπόψη στην πορεία που αποφασιζόταν τελικά γι’ αυτούς. Για τον λόγο αυτό τονίζεται ξανά ότι θα πρέπει να διερευνώνται οι προσωπικές προτιμήσεις του κάθε συγκεκριμένου αρρώστου και να του δίνεται η ευκαιρία να συμμετέχει στον βαθμό που εκείνος αισθάνεται άνετα.

Στη μελέτη μας στη συγκεκριμένη ερώτηση δεν φάνηκε να υπάρχει διαφορά απόψεων μεταξύ των φύλων και μεταξύ των δυο ομάδων ασθενών (νοσηλευόμενων και εξωτερικών), ενώ ως προς τις ηλικίες φάνηκε ότι οι ασθενείς έως 50 ετών επιζητούν περισσότερο την συμμετοχή τους (**Γράφημα 8**).



Γράφημα 8. Επιθυμία συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων σε σχέση με την ηλικία

Ως προς τη μορφή της ενημέρωσης, ένα ποσοστό 27% των ασθενών προτιμά να ενημερώνεται μόνο προφορικά από τον θεράποντα ιατρό, ενώ ένα ποσοστό περίπου 19,5% προτιμά μόνο την γραπτή ενημέρωση. Στο σύνολο, το 80% περίπου των ασθενών δηλώνει προτίμηση στην προφορική ενημέρωση (κάτι που έχει καταγραφεί και σε αντίστοιχες μελέτες στο εξωτερικό, όπως π.χ. σε 386 ασθενείς στην Ουαλία) [20], ενώ ένα 70% περίπου στην γραπτή ενημέρωση, είτε μόνη είτε ως συμπλήρωμα της προφορικής. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι σε μεγάλο βαθμό οι ασθενείς επιθυμούν την ενημέρωση με περισσότερους από ένα τρόπους, γεγονός που ίσως φανερώνει την ‘πέινα’ για πληροφορίες που μένει ακόρεστη στην τρέχουσα πραγματικότητα.



Γράφημα 9. Προτιμώμενες μορφές πληροφόρησης

Πριν από αρκετά χρόνια οι Korsch et al (1968) παρουσίασαν τον άμεσο συσχετισμό μεταξύ των μορφών επικοινωνίας των γιατρών και την πορεία της θεραπευτικής διαδικασίας που ακολουθεί ο ασθενής. Η μελέτη αυτή αποτέλεσε τη βάση για παρόμοιες έρευνες τις επόμενες δεκαετίες. Οι μορφές επικοινωνίας βρέθηκε ότι επηρεάζουν την ικανοποίηση του ασθενούς, την προσοχή του προς τον γιατρό και την κατανόηση των ιατρικών πληροφοριών. [7]

Το πρακτικό συμπέρασμα είναι ότι η προφορική ενημέρωση είναι η απαραίτητη βάση, που θα πρέπει να συμπληρώνεται με έντυπα φυλλάδια ή οδηγίες, κάτι που αποτελεί συχνή πρακτική στο εξωτερικό. Στην πρακτική αυτή πρωτοστατούν αφενός οι ενώσεις ασθενών με χρόνια νοσήματα (π.χ. διαβήτη, άσθμα, κολίτιδα) και αφετέρου η φαρμακευτική βιομηχανία που ενδιαφέρεται για την προβολή των θεραπευτικών σκευασμάτων και την πληροφόρηση των ασθενών για τα διαθέσιμα φάρμακα. Εφόσον το διατιθέμενο υλικό είναι επιστημονικά σωστό και δεν εξυπηρετεί αποκλειστικά και μόνο διαφημιστικούς και εμπορικούς σκοπούς, μπορεί να αποτελέσει πολύτιμο βοήθημα στις προσπάθειες του γιατρού να ενημερώσει επαρκώς τους ασθενείς. Ακόμη, στη γραπτή ενημέρωση δεν θα πρέπει να ξεχνούμε τις απλές οδηγίες (π.χ. για τη χρήση, τη δοσολογία και το ωράριο των φαρμάκων) που πρέπει να συνοδεύουν ακόμη και την απλούστερη συνταγή, ώστε να αποφεύγονται τα λάθη.

Ως προς την ηλικία, διαφαίνεται μια προτίμηση για προφορική και γραπτή ενημέρωση στους ασθενείς άνω των 41 ετών και κυρίως στους άνω των 65 ετών. Φαίνεται ότι με την πάροδο της ηλικίας οι άνθρωποι αυτοί όχι σπάνια ξεχνούν τις συμβουλές των ιατρών και η γραπτή ενημέρωση πρέπει να θεωρείται απαραίτητη. Σε έρευνα που έγινε από ιατρούς στις ΗΠΑ και τον Καναδά [25] σε 120 ασθενείς με μέση ηλικία 41 ετών παρατηρήθηκε ότι εκείνοι που είχαν λάβει και γραπτή ενημέρωση θυμόνταν σημαντικά περισσότερο τους κινδύνους σε σύγκριση με τους υπόλοιπους μετά από παρέλευση μερικών ημερών. Αν και η προφορική επικοινωνία πρέπει να είναι η βασική μέθοδος μετάδοσης πληροφοριών στους ασθενείς, η γραπτή αναφορά με μορφή σημειώσεων και η χορήγηση εντύπου ενημερωτικού υλικού μπορεί να αποτελέσει χρήσιμο συμπλήρωμα για ορισμένους ασθενείς και τις οικογένειές τους. [26]

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την έρευνά μας διαπιστώθηκε ότι γενικά στον πληθυσμό που εξετάστηκε η επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενούς κυμαινόταν σε μέτριο επίπεδο. Ο Έλληνας ασθενής φάνηκε να έχει ανάγκη για περισσότερη επαφή και πληρέστερη ενημέρωση από τον

θεράποντα ιατρό του, γεγονός που πιθανώς θα του αυξήσει την εμπιστοσύνη και την αφοσίωση στον θεράποντα. Όταν η επικοινωνία αυτή είναι ελλιπής, πολλές φορές δεν διστάζει να αλλάξει γιατρό. Επιδιώκει τις περισσότερες φορές να είναι συμμετοχος στη θεραπευτική διαδικασία και όχι παθητικός αποδέκτης αποφάσεων που άλλοι έχουν πάρει γι' αυτόν. Η συμμετοχή της οικογένειας δεν παύει να υπάρχει, αλλά φαίνεται η τάση των ασθενών να έχουν τον κύριο λόγο και να επιζητούν την ενημέρωση για τη φύση της νόσου τους, όσο επώδυνα κι αν είναι αυτά που πρόκειται να ακούσουν.

Ο χρόνος που διαθέτει ο γιατρός για ενημέρωση των ασθενών φάνηκε ότι δεν είναι επαρκής, και σε πολλές περιπτώσεις η ανεπάρκεια αυτή αποτελεί και ένα λόγο για τον οποίο ο ασθενής επιλέγει να αλλάξει θεράποντα ιατρό. Όπως αναφέρθηκε στο θεωρητικό μέρος, έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς δίνουν μεγάλο βάρος στον τρόπο με τον οποίο ο γιατρός επικοινωνεί μαζί τους και πόσο ανθρώπινος είναι στη συμπεριφορά του. Είναι αλήθεια ότι πολλές φορές είναι δύσκολο για τους γιατρούς των νοσοκομείων, που εργάζονται με συνθήκες μεγάλου φόρτου εργασίας και ελλιπούς προσωπικού, να διαθέσουν τον απαραίτητο χρόνο για επικοινωνία με τον κάθε ασθενή. Ωστόσο πρέπει να γνωρίζουμε ότι η ικανοποίηση δεν έχει πάντα να κάνει με τη χρονική διάρκεια της ενημέρωσης, αλλά και με το περιεχόμενό της και τη συμπεριφορά του γιατρού προς τον ασθενή και τους οικείους του (ενδιαφέρον, ευγένεια, κατανόηση), κάτι που δεν εξετάστηκε στην παρούσα μελέτη.

Στο σύνολό τους οι ασθενείς δηλώνουν προτίμηση στην προφορική ενημέρωση, αλλά θα πρέπει να υπογραμμισθεί η ανάγκη που φάνηκε σε πολλές περιπτώσεις για συμπληρωματική πληροφόρηση (έντυπα, γραπτές οδηγίες κτλ.), κάτι που θα πρέπει να ληφθεί υπόψη από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Οι ιατροί θα πρέπει να λάβουν υπόψη τις ανάγκες και τις επιθυμίες των ασθενών τους για καλύτερη επικοινωνία και πληρέστερη ενημέρωση, και να επιδιώξουν τη βελτίωση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων τους με επιμόρφωση σε ειδικά προγράμματα, κάτι που έχει αποφέρει καρπούς σε άλλες χώρες. Η διδασκαλία του μαθήματος της επικοινωνίας με τον ασθενή θα πρέπει κάποτε να ενσωματωθεί στα προγράμματα ιατρικών σπουδών, τόσο για τη λήψη του πτυχίου όσο και στην ειδίκευση. Κλινικές ειδικότητες με αυξημένες απαιτήσεις (π.χ. ογκολόγοι ή χειρουργοί) θα πρέπει να δώσουν περισσότερη έμφαση στη σωστή επικοινωνία, και ιδιαίτερα στην αναγγελία δυσάρεστων ειδήσεων στον ασθενή και την οικογένειά του.

Στην εποχή μας υπάρχει μια αυξανόμενη απαίτηση των ασθενών για όλο και περισσότερη ενημέρωση και συμμετοχή στη θεραπευτική διαδικασία. Η διασπορά ιατρικών

πληροφοριών από τα μέσα μαζικής επικοινωνίας (όχι πάντα με ορθό και ακριβή τρόπο) και η πρόσβαση στο Διαδίκτυο έχουν καταστήσει τον ασθενή πιο ενημερωμένο, αλλά ταυτόχρονα και πιο απαιτητικό απέναντι στο προσωπικό υγείας. Από την άλλη πλευρά, ο ιατρός δεν παύει να αποτελεί την κύρια πηγή πληροφόρησης, και κατά συνέπεια σ' αυτόν ανήκει η κύρια ευθύνη για την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών. Η άρτια επιστημονική κατάρτιση και συνεχής επιμόρφωση, αλλά και η σωστή τεχνική της επικοινωνίας θα τον βοηθήσουν να ανταποκρίνεται με επάρκεια, αλλά και ανθρωπιά στις προσδοκίες τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Lussier M and Richard C. Complaints and legal actions. Role of doctor-patient communication. *Can Fam Physician* 2005; 51: 37-39.
- 2) Παπαγιάννης Α, Μιλώντας με τον Άρρωστο, Εισαγωγή στην κλινική επικοινωνία, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2003, 15-16, 18-19.
- 3) Carroll G. The Importance of Enhancing Patient-Physician Communication. <http://www.rci.rutgers.edu/~goeller/bpw/235-255.pdf>
- 4) John M. Travaline, Robert Ruchinskas, Gilbert E. D'Alonzo, Patient-Physician Communication, Why and How. *JAOA* • Vol 105 • No 1, January 2005, 13-17.
- 5) L. Råstam, S. Selander and M. Troein, Communication in Care: A Structural Framework, *The European Journal of Public Health* 1992 2(2):123-127, [European Journal of Public Health](http://www.eurojpub.org/)
- 6) DALHOUSIE UNIVERSITY, Faculty of Medicine, Communications Skills Programm, Researched Literature Evidence, **RESEARCH LITERATURE FINDINGS ONSELECTED RECOMMUNICATION SKILLS IN MEDICIN**, February, 2004
- 7) Gordon GH, Baker L, Levinson W. Physician-Patient Communication in Managed Care. *West J Med* 1995; 163: 527-31.
- 8) Kidd J, Patel V, Peile E, Carter Y. Clinical and communication skills. *BMJ* 2005; 330: 374-375.
- 9) Teutsch C. Patient-doctor communication. *Med Clin North Am* 2003; 87: 1115-45.
- 10) Paice E, Heard S, Moss F. How important are role models in making good doctors? *BMJ* 2002; 325: 707-710.
- 11) Skelton JR. Everything you were afraid to ask about communication skills. *British Journal of General Practice*, Volume 55, Number 510, January 2005, pp. 40-46(7).
- 12) Say RE, Thomson R. The importance of patient preferences in treatment decisions—challenges for doctors. *BMJ* 2003; 327: 542-545
- 13) Loh A, Simon D, Hennig K, Hennig B, Harter M, Elwyn G. The assessment of depressive patients' involvement in decision making in audio-taped primary care consultations. *Patient Educ Couns*. 2006; 63: 314-318.
- 14) Back AL, Curtis JR. Communicating bad news. *West J Med* 2002; 176: 177-80.
- 15) Pendleton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. *The New Consultation: Developing Doctor-Patient Communication*. Oxford: Oxford University Press, 2003

16) Unger J-P, Ghilbert P, Fisher JP. Doctor-patient communication in developing countries. *BMJ* 2003 ; 327.

17) Morasso G, Alberisio A, Capelli M, et al. Illness awareness in Cancer Patients: a Conceptual Framework and a Preliminary Classification Hypothesis. *Psycho-Oncology* 1997, 6:212-217.

18) *Kathleen Daily Mock*, Effective clinician-patient communication, Published February 2001 <http://www.physiciansnews.com/law/201.html>.

19) The journal family of practice, http://www.medlook.net/article.asp?item_id=799, 2001; 50: 323-328.

20) Papagiannis A, Richards R, Shale DJ. Patient satisfaction with information provided in an outpatient clinic for respiratory diseases. *Respir Med* 1995; 89: 673-6.

21) Houghton A, Allen J. Doctor-patient communication. *BMJ Career Focus* 2005; 330: 36-37.

22) Siegfried Meryn, Improving doctor-patient communication Not an option, but a necessity, *BMJ*. 1998 June 27; 316(7149): 1922-1930.

23) Καρκάνιας Α., Ιακωβίδης Β., Μπεντενίδης Χ., *Τομέας Ψυχικής Υγείας Αντικαρκινικού Νοσοκομείου Πειραιά "Μεταξά", Εγκέφαλος, Αρχαία Νευρολογία και Ψυχιατρικής*
<http://www.encephalos.gr/full/43-1-03g.htm>

24) R Say;R.G. Thomson. The importance of patient preferences in treatment decisions - challenges for doctors. *British Medical Journal* 2003, 327, 542-5.

25) Archives of facial surgery, Informed consent in facial plastic surgery: Effectiveness of a simple educational intervention, 2004 ; 6:26-30.

26) Aunan E. Writing information and consent prior to orthopaedic surgery. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2003; 123: 2594-6.

*Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας. 28 Νοεμβρίου 2005 (ΦΕΚ Α/287) ΝΟΜΟΣ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 3418