

Η επικοινωνία στην ιατρική εκπαίδευση Ζήτημα ανάγκης ή άκαιρη πολυτέλεια;

Η παρούσα εργασία παρουσιάζει έναν κριτικό σχολιασμό και μια συζήτηση της σημασίας της επικοινωνίας στην ιατρική εκπαίδευση. Μετά από τη συνοπτική παρουσίαση μελετών που αποδεικνύουν τη σημασία της επικοινωνίας στην καθημερινή ιατρική πρακτική, παρουσιάζονται οι βασικές αρχές επικοινωνίας και γίνεται μια εισαγωγή στις επικοινωνιακές δεξιότητες που απαιτούνται για την άσκηση του ιατρικού ρόλου. Τέλος, η εργασία παρουσιάζει συγκεκριμένες προτάσεις ενσωμάτωσης της επικοινωνίας στα προπτυχιακά προγράμματα σπουδών των πανεπιστημιακών τμημάτων Ιατρικής.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει αναπτυχθεί διεθνώς ένα ισχυρό ρεύμα, με στόχο την αναμόρφωση των προγραμμάτων σπουδών στην Ιατρική και την προσαρμογή τους στις πραγματικές ανάγκες υγείας του πληθυσμού.¹

Η έμφαση στην ιατρική πράξη, ειδικά, και στη φροντίδα υγείας, γενικότερα, μετατοπίζεται από τη διαχείριση μόνο των οξέων προβλημάτων στην πολυπαραγοντική αντιμετώπιση χρόνιων καταστάσεων, από την αποκλειστική επικέντρωση στη θεραπεία στην πρόληψη της αρρώστιας και την προαγωγή της υγείας, και από την Ιατρική με επίκεντρο την ασθένεια στην Ιατρική με επίκεντρο τον άρρωστο.² Σε αυτό το πλαίσιο, ήταν αυτονόητο να τονιστεί η σημασία της επικοινωνίας γιατρού-ασθενούς και να προκύψει η ανάγκη για συστηματική εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στις επικοινωνιακές δεξιότητες.

Ο προσανατολισμός στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του ασθενούς μεταθέτει το βάρος στην ανάπτυξη των απαραίτητων κλινικών δεξιοτήτων και αναδεικνύει τη σημασία της επικοινωνίας στην καθημερινή ιατρική πράξη.³ Η διερεύνηση της πραγματικής φύσης του προβλήματος του ασθενούς, η μετάφρασή του σε διαγνωστική κατηγορία αρχικά και η κοινοποίησή του σε γλώσσα κατανοητή και εύληπτη στη συνέχεια, εξαρτώνται από

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2004, 21(4):385-390
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2004, 21(4):385-390

Ε. Παναγοπούλου,
Α. Μπένος

Εργαστήριο Υγιεινής, Τμήμα Ιατρικής,
Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο
Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

Communication in medical
education: A matter of need
or an unnecessary luxury?

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Επικοινωνία γιατρού-ασθενούς
Ιατρική εκπαίδευση

*Υποβλήθηκε 4.9.2003
Εγκρίθηκε 21.11.2003*

την καλή επικοινωνία γιατρού-ασθενούς. Εκτός από αυτή τη διαδικασία της αμφίδρομης μετάφρασης, η επικοινωνία συμβάλλει στον από κοινού καθορισμό των θεραπευτικών αποφάσεων και στην κατάσταση και τήρηση του θεραπευτικού σχεδίου.

Παράλληλα, η καθημερινή ιατρική πρακτική υποδεικνύει ότι η ικανοποίηση των ασθενών δεν εξαρτάται μόνο από την επιτυχή θεραπευτική αντιμετώπιση των προβλημάτων τους. Αντίθετα, έρευνες δείχνουν ότι συχνά η επικοινωνία γιατρού-ασθενούς καθορίζει το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών, σε μεγαλύτερο βαθμό από την ίδια τη θεραπευτική τους αντιμετώπιση.^{4,5} Επιπλέον, σε σχετικές μελέτες έχει δείχθει η επίδραση της επικοινωνίας γιατρού-ασθενούς στη συνεργασία και τη συμμόρφωση με τις ιατρικές οδηγίες, τη διαφορική διάγνωση, τη συνταγογράφηση φαρμάκων και την παραπομπή σε ειδικές εξετάσεις.^{6,7} Εύλογα προκύπτει το συμπέρασμα ότι η επικοινωνία γιατρού-ασθενούς έχει επιπτώσεις και στη λειτουργία των υπηρεσιών υγείας. Μη συνεργάσιμοι ή δυσαρεστημένοι ασθενείς, επιπλέον συνταγογραφήσεις και παραπομπές οδηγούν σε επιπρόσθετες δαπάνες και υπερφόρτωση του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας.

Τέλος, η διεθνής βιβλιογραφία, την τελευταία δεκαετία, έχει μελετήσει το φαινόμενο της «επαγγελματικής εξουθένωσης» (burn-out) που σχετίζεται με το εργασια-

κό stress. Ως επαγγελματική εξουθένωση ορίζεται μια διαρκής, αρνητική ψυχολογική κατάσταση, που χαρακτηρίζεται από ένα πρωταρχικό σύμπτωμα –σωματική και ψυχολογική εξουθένωση– και τρία δευτερογενή συμπτώματα: (α) αίσθηση μειωμένης απόδοσης, (β) έλλειψη κινήτρων και (γ) δυσπροσαρμοστικές στάσεις και συμπεριφορές σε σχέση με την εργασία.⁸ Έρευνες δείχνουν συστηματικά ότι το εργασιακό stress και η επαγγελματική εξουθένωση οδηγούν σε πτώση της απόδοσης των εργαζομένων, μείωση της ικανοποίησης από την εργασία τους και αυξημένες απουσίες και άδειες για λόγους ασθένειας.⁹ Τα επαγγέλματα με τη μεγαλύτερη ευπάθεια στην επαγγελματική εξουθένωση (burn-out) είναι αυτά των επαγγελματιών υγείας (γιατροί και νοσηλεύτες) και των εκπαιδευτικών.¹⁰ Επιπλέον παράγοντες κινδύνου αποτελούν οι υψηλές απαιτήσεις σε μη ελεγχόμενο περιβάλλον, το συχνά ανταγωνιστικό περιβάλλον και οι σχετικά αυστηρά καθορισμένοι κανόνες εξωτερίκευσης συναισθημάτων.¹¹

Η επικοινωνία μπορεί να αποτελέσει προστατευτικό παράγοντα, που θα καθορίσει αν η ιατρική πράξη θα αυξήσει την αίσθηση προσωπικής επίτευξης ή το εργασιακό stress. Όταν οι επαγγελματίες υγείας δεν είναι εκπαιδευμένοι στις δεξιότητες επικοινωνίας, αντιμετωπίζουν περισσότερες δυσκολίες στην οριοθέτηση και το διαχωρισμό της επαγγελματικής από την προσωπική τους ζωή, έχοντας την τάση να μεταφέρουν τα προβλήματα από τη μια πλευρά στην άλλη.¹²

Συμπερασματικά, η επικοινωνία συμβάλλει στην επίτευξη του κλινικού έργου με μεγαλύτερη ακρίβεια, συνέπεια και ευκολία, διασφαλίζοντας τόσο την ικανοποίηση του ασθενούς όσο και την προστασία του επαγγελματία υγείας.

Η μελέτη της ιατρικής πράξης μέσα από την οπτική της επικοινωνίας αφορά στις σχέσεις που αναπτύσσονται σε ολόκληρο το φάσμα της φροντίδας υγείας, καθώς και της εκπαιδευτικής διαδικασίας. Οι σχέσεις αυτές είναι η σχέση *γιατρού-ασθενούς*, η σχέση *μεταξύ συναδέλφων επαγγελματιών υγείας*, η σχέση *εκπαιδευτή-εκπαιδευόμενου*, η σχέση *μεταξύ υπηρεσίας υγείας και πανεπιστημιακής έρευνας*, η σχέση *μεταξύ αναγκών φροντίδας υγείας του πληθυσμού και πολιτείας* και, τέλος, η σχέση *μεταξύ προσωπικών αξιών και επαγγελματικών προσδοκιών*.

Η αυτονομία ύπαρξη των σχέσεων αυτών και η εμφανής ανεπάρκεια εμπειριστατωμένης αντιμετώπισής τους στην καθημερινή κλινική πραγματικότητα αναδεικνύουν την επιτακτική ανάγκη για την εισαγωγή της εκπαίδευ-

σης στην επικοινωνία σε όλο το φάσμα της ιατρικής εκπαίδευσης.

2. Η ΔΟΜΗ ΚΑΙ ΟΙ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

2.1. Δομή επικοινωνίας

Η επικοινωνία μπορεί να οριστεί ως μια διαδικασία συναλλαγής για τη δημιουργία μηνυμάτων.¹³ Με τον όρο συναλλαγή εννοούμε ότι οι άνθρωποι που επικοινωνούν είναι αμοιβαία υπεύθυνοι για το τι συμβαίνει.

Σε κάθε επικοινωνιακή συναλλαγή συμμετέχουν ο *αποστολέας*, που σχηματίζει μηνύματα και προσπαθεί να τα μεταδώσει μέσω λεκτικών ή μη λεκτικών συμβόλων, και ο *παραλήπτης*, που υποβάλλει σε επεξεργασία τα μηνύματα που του δίνονται και αντιδρά λεκτικά ή μη λεκτικά. Το *μήνυμα* αποτελείται από το *νόημα* ή το περιεχόμενο, που είναι κάθε γνώση, πληροφορία, γνώμη, ιδέα, και από τη *δίοδο*, δηλαδή τον τρόπο και τα σύμβολα με τα οποία το νόημα μεταδίδεται. Υπάρχουν δύο βασικές δίοδοι, η *λεκτική* και η *μη λεκτική*. Η διαδικασία μετατροπής νοημάτων σε σύμβολα από τον αποστολέα ονομάζεται *κωδικοποίηση*, ενώ η διαδικασία μετατροπής συμβόλων σε νοήματα από τον παραλήπτη, *αποκωδικοποίηση*.

Όλη η διαδικασία συμβαίνει σε ένα *πλαίσιο* που αποτελείται από το *φυσικό χώρο*, τις *πολιτιστικές* και *κοινωνικές* αξίες, τις *ιστορικές* και *ψυχολογικές* συνθήκες.¹⁴

Η επικοινωνία αποτελεί μια αντανάκλαση του τι γνωρίζουν οι συμμετέχοντες, πώς σκέφτονται και αισθάνονται, τι ικανότητες διαθέτουν ή, με μια λέξη, μια αντανάκλαση του ποιοι πραγματικά είναι. Μια ιδανική επικοινωνία περιλαμβάνει την εδραίωση και τη διατήρηση εμπιστοσύνης, την ικανότητα ενεργητικής ακρόασης, τη διαχείριση χρόνου, τη διαμόρφωση και τη διατύπωση ξεκάθαρων ιδεών και τη μετάδοση γνώσις ενσυναίσθησης.¹⁵

2.2. Αρχές επικοινωνίας

2.2.1. Αμφίδρομη. Η επικοινωνία είναι μια αλληλεπίδραση, στην οποία κάθε αποστολέας γίνεται παραλήπτης και το αντίστροφο. Ακόμη και αν οι ρόλοι του αποστολέα και του παραλήπτη είναι αυστηρά καθορισμένοι (π.χ. γιατρός-ασθενής), η επικοινωνία δεν είναι ποτέ μονόδρομη. Μέσω της διαδικασίας της ανατροφοδότησης οι παραλήπτες στέλνουν τα δικά τους μηνύματα, συχνά με μη λεκτικούς τρόπους (π.χ. φοιτητές σε ένα αμφιθέατρο, που δείχνουν κουρασμένοι, αφηρημένοι ή χασμουριούνται). Η αδυναμία αναγνώρισης της αμφί-

δρομής φύσης κάθε επικοινωνιακής συναλλαγής οδηγεί συχνά σε λανθασμένα συμπεράσματα, αρνητική διάθεση και ένταση.

2.2.2. Σχετική. Καθένας από μας είναι προϊόν των δικών του εμπειριών, συναισθημάτων, ιδεών, αντιλήψεων. Ως αποτέλεσμα, το μήνυμα που στέλνεται με το μήνυμα που λαμβάνεται δεν είναι ποτέ το ίδιο. Η αποκωδικοποίηση των μηνυμάτων που δεχόμαστε γίνεται με βάση ατομικούς παράγοντες, προσδοκίες και υποκειμενικές αντιλήψεις. Με άλλα λόγια, το τι προσέχουμε, τι ακούμε και πώς το ερμηνεύουμε εξαρτάται κυρίως από τις δικές μας αντιλήψεις και προσδοκίες. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με τη διαδικασία της ανατροφοδότησης, αποτελεί και το «σπирάλ» της επικοινωνίας: Ακούμε κάτι, το οποίο ερμηνεύουμε με βάση δικούς μας κώδικες, και στη συνέχεια αντιδρούμε με βάση την ερμηνεία που κάναμε και όχι βάσει αυτού που πραγματικά είπε ο αποστολέας του μηνύματος. Το σπирάλ φαίνεται στο παρακάτω παράδειγμα:

Σάββατο βράδυ στο τμήμα επειγόντων περιστατικών που εφημερεύει. Μια γυναίκα (συνοδός) γύρω στα 50 κάθεται μαζί με ένα νεαρό γύρω στα 16, ο οποίος είναι σκυμμένος και κρατάει το στομάχι του.

Συνοδός: «Συγγνώμη αδελφή, θα περιμένουμε πολύ ώρα;»

Αδελφή: «Δεν γνωρίζω κυρία μου..., όπως βλέπετε έχουμε μεγάλη κίνηση»

Συνοδός: «Μα δεν βλέπετε ότι ο γιος μου πονάει;»

Αδελφή: «Το βλέπω, αλλά κάνουμε ό,τι μπορούμε. Όταν έρθει η σειρά σας, θα σας δουν οι γιατροί»

Συνοδός: «Μα πόσο θα περιμένουμε; Είμαστε ήδη εδώ 25 λεπτά. Τι θα γίνει αν χειροτερέψει;»

Αδελφή: «Μην ανησυχείτε, αν ήταν κάτι πολύ επείγον, οι γιατροί θα τον εξέταζαν αμέσως»

Συνοδός (υψώνοντας τη φωνή): «Δηλαδή, πρέπει να πεθαίνει κάποιος εδώ μέσα για να τον προσέξετε;»

Αδελφή: «Κυρία μου δεν υπάρχει λόγος να φωνάζετε, όλοι εδώ μέσα πονάνε! Σας είπα, σε λίγο θα τον δούνε το γιο σας»

Συνοδός: «Τι με νοιάζει εμένα τι κάνουν οι άλλοι; Εμάς ποιος μας νοιάζεται;»

2.2.3. Συνεχής. Η επικοινωνία συμβαίνει (και) χωρίς να την επιδιώκουμε, κυρίως μέσω της μη λεκτικής διάδου. Τα βασικά σημεία της μη λεκτικής επικοινωνίας είναι η σωματική στάση, η έκφραση προσώπου, οι χειρο-

νομίες, η απόσταση-ύψος, η φωνή, τα σύμβολα και τα φυσικά εμπόδια. Είναι σημαντικό να υπάρχει συμφωνία λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας (του τι και πώς το λέμε). Σε συνθήκες stress –όπως αυτές στις οποίες βρίσκεται ένας ασθενής– τείνουμε να αποδίδουμε *μεγαλύτερη βαρύτητα* στα *μη λεκτικά σήματα*. Επίσης, σε συνθήκες stress είμαστε ιδιαίτερα ευαίσθητοι στο να αντιληφθούμε τις αλλαγές στα μη λεκτικά σήματα.

3. ΖΗΤΗΜΑΤΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΤΗ ΣΧΕΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Για την κατανόηση της αλληλεπίδρασης γιατρού-ασθενούς είναι σημαντικό να κατανοήσουμε τους συμμετέχοντες στη διαδικασία και τις προσδοκίες τους. Ένας ασθενής έχει ένα δεδομένο *σωματικό πρόβλημα*. Παράλληλα, βρίσκεται σε μια *γνωστική σύγχυση*, η οποία επηρεάζεται από την ολική ή μερική άγνοια και την αδυναμία κατανόησης του προβλήματος, από τις συγκεκριμένες υποθέσεις που έχει για το πρόβλημα και από τις αντιλήψεις του για το σύστημα υγείας, στο οποίο έχει απευθυνθεί. Επίσης, βρίσκεται σε μια *συναισθηματική αναταραχή*, η οποία οφείλεται κυρίως στην αίσθηση *απώλειας ελέγχου*. Γνωρίζουμε σήμερα ότι η ασθένεια είναι μια σημαντική εμπειρία απώλειας ελέγχου και απειλής της ατομικής ταυτότητας. Η αίσθηση απώλειας της ατομικής ταυτότητας γίνεται πιο έντονη σε νοσοκομειακά πλαίσια, όπου ο ασθενής δεν έχει τα καθημερινά σύμβολα που χρησιμοποιεί για να ορίσει την ταυτότητά του (π.χ. ρούχα, προσωπικός χώρος), αλλά αντίθετα ενισχύεται να υιοθετήσει έναν παθητικό ρόλο ασθενούς.

Κάθε ασθενής έχει την προσδοκία να αντιμετωπιστούν όλα τα παραπάνω και όχι μόνο το σωματικό του πρόβλημα. Θέλει τόσο να ακούσει και να καταλάβει, όσο και να ακουστεί και να νιώσει ότι τον καταλαβαίνουν. Αντίστοιχα, ο γιατρός καλείται να αντιμετωπίσει και το πρόβλημα και τον ίδιο τον ασθενή. Το ερώτημα που προκύπτει είναι αν είναι θεμιτό και ρεαλιστικό να ζητάμε από ένα γιατρό να ανταποκριθεί σε όλες αυτές τις προσδοκίες. Η απάντηση στο ερώτημα βρίσκεται στο ότι, ακόμη και αν δεχθούμε ότι δεν μπορεί ένας γιατρός να ανταποκριθεί σε όλες αυτές τις προσδοκίες, κάθε ασθενής εξακολουθεί να τις έχει, επειδή αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της εμπειρίας του και, άρα, είναι φυσικό να αισθάνεται μειωμένη ικανοποίηση και να αντιδρά όταν αυτές δεν ικανοποιούνται.

Τέλος, ο κάθε ασθενής έχει κάποια ατομικά χαρακτηριστικά, που οπωσδήποτε επηρεάζουν τη συμπεριφορά του. Τρία ατομικά χαρακτηριστικά, που διαφοροποι-

ούν συχνά τις αντιδράσεις των ανθρώπων σε συνθήκες ασθένειας, είναι τα ακόλουθα:

α. *Εστία ελέγχου*.¹⁶ Οι άνθρωποι διαφοροποιούνται ως προς την τάση τους να αποδίδουν την αιτία των όσων συμβαίνουν στη ζωή τους στον εαυτό τους (*εσωτερική εστία ελέγχου*), είτε σε εξωτερικές αιτίες (*εξωτερική εστία ελέγχου*). Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα ενός εμφραγματία, που θεωρεί ως αιτία του εμφράγματος τη διατροφή του και το κάπνισμα (εσωτερική αιτία) ή τη μοίρα του (εξωτερική). Επίσης, το παράδειγμα ενός μετεγχειρητικού ασθενούς, που υπεύθυνο για την ανάρρωσή του θεωρεί τον εαυτό του (εσωτερική) ή το γιατρό του (εξωτερική). Η τάση του κάθε ασθενούς να αποδίδει εσωτερικές και εξωτερικές αιτίες θα επηρεάσει το αν και πώς θα συνεργαστεί με τις ιατρικές οδηγίες και το κατά πόσο θα αναλάβει την αυτοδιαχείριση της υγείας του.

β. *Στρατηγικές αντιμετώπισης*.¹⁷ Οι άνθρωποι επίσης διαφοροποιούνται ως προς την τάση τους να υιοθετούν στρατηγικές προσέγγισης (*approach coping*) ή αποφυγής (*avoidance coping*), όταν αντιμετωπίζουν στρεσογόνες συνθήκες, όπως μια ασθένεια. Οι στρατηγικές προσέγγισης αναφέρονται στις προσπάθειες να αλλάξουμε, να βελτιώσουμε και να πάρουμε μια κατάσταση στα χέρια μας. Οι στρατηγικές αποφυγής αναφέρονται στις προσπάθειες να ξεχάσουμε ότι η κατάσταση συμβαίνει, σκεφτόμενοι ή κάνοντας άλλα πράγματα. Η αποτελεσματικότητα της κάθε στρατηγικής είναι ανάλογη με τις συνθήκες. Π.χ., σε έναν ασθενή μία μέρα πριν από μια επέμβαση ανοικτής καρδιάς, οι στρατηγικές αποφυγής θα τον βοηθήσουν να χαλαρώσει, ενώ μία εβδομάδα μετά την εγχείρηση οι στρατηγικές προσέγγισης θα τον βοηθήσουν να αναλάβει την ευθύνη της ανάρρωσής του και να κάνει τις απαραίτητες αλλαγές στον τρόπο ζωής του.

γ. *Κοινωνική σύγκριση*.¹⁸ Τέλος, οι άνθρωποι διαφοροποιούνται ανάλογα με την τάση τους να συγκρίνουν τον εαυτό τους με άλλους που βρίσκονται σε καλύτερη θέση (*upward social comparison*) ή με άλλους που βρίσκονται σε χειρότερη θέση (*downward social comparison*). Η τάση αυτή δεν εξαρτάται από την αντικειμενική κατάσταση του εαυτού του ή των άλλων. Έτσι, για παράδειγμα, ασθενείς με το ίδιο πρόβλημα που νοσηλεύονται στον ίδιο θάλαμο μπορεί να αντιδράσουν διαφορετικά, ανάλογα με το αν θεωρούν τον εαυτό τους σε καλύτερη ή χειρότερη θέση από τους άλλους στον ίδιο θάλαμο.

4. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Παρόλη την εδραιωμένη πλέον σήμερα σημασία της επικοινωνίας στην άσκηση του ιατρικού επαγγέλματος, είναι αρκετά εντυπωσιακό το ότι ο χρόνος που αφιερώνεται για την εκπαίδευση των μελλοντικών γιατρών στις επικοινωνιακές δεξιότητες είναι ελάχιστος ή σε μερικές περιπτώσεις ανύπαρκτος. Συχνά, η απουσία συστηματικού προγράμματος εκπαίδευσης στην επικοινωνία διακαίολογείται με το επιχείρημα ότι η επικοινωνία αποτελεί χαρακτηριστικό προσωπικότητας του κάθε γιατρού και «δεν μαθαίνεται». Η άποψη αυτή, πέρα από το ότι είναι επιστημονικά ανακριβής, μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένες αντιδράσεις και συμπεριφορές και να επιφορτίσει επιπλέον τον επαγγελματία υγείας. Οι δεξιότητες επικοινωνίας είναι ανεξάρτητες από την προσωπικότητα του κάθε γιατρού, αλλά, όπως και κάθε άλλη δεξιότητα, έτσι και αυτές μαθαίνονται και ενσωματώνονται στο προσωπικό σύστημα αξιών, αντιλήψεων και συμπεριφορών του κάθε γιατρού.¹⁵ Ο στόχος της εκπαίδευσης είναι να μπορεί ο γιατρός να επικοινωνεί ικανοποιητικά με τον ασθενή του, χωρίς να εμπλέκεται προσωπικά ο ίδιος.

Η εκπαίδευση σε επικοινωνιακές δεξιότητες πρέπει να ξεκινάει από τα πρώτα στάδια της προπτυχιακής εκπαίδευσης και να συνεχίζεται σε όλο το φάσμα της επαγγελματικής δραστηριότητας. Επικεντρώνεται στη *συναισθηματική συμπεριφορά* (λεκτικές και μη λεκτικές εκφράσεις ενδιαφέροντος, παροχή στήριξης) και στη *λειτουργική συμπεριφορά* (ερωτήσεις, παροχή πληροφοριών και συμβουλών κ.λπ.).² Συνήθως περιλαμβάνει δύο επίπεδα δεξιοτήτων:

α. Γενικές δεξιότητες επικοινωνίας, οι οποίες περιλαμβάνουν:

- *Ενεργητική ακρόαση*: Η ικανότητα να ακούμε και να ανακαλύπτουμε τα πραγματικά μηνύματα στο λόγο του συνομιλητή μας
- *Αντανάκλαση*: Η ικανότητα να ελέγχουμε με το συνομιλητή τα μηνύματα που ανακαλύψαμε
- *Ανατροφοδότηση*: Η ικανότητα να δίνουμε πληροφορίες, υποδείξεις, συμβουλές, έτσι ώστε να γίνουν κατανόητες και αποδεκτές από το συνομιλητή μας.

Οι δεξιότητες αυτές:

- Ενισχύουν στο συνομιλητή την αίσθηση ότι τον ακούμε
- Βοηθούν στην εδραίωση σχέσεων εμπιστοσύνης

- Προτρέπουν το συνομιλητή να αναλάβει ενεργό ρόλο για τη λύση των προβλημάτων του.

β. Συγκεκριμένες δεξιότητες για την άσκηση του κλινικού έργου.

Οι δεξιότητες αυτές περιλαμβάνουν τη συλλογή πληροφοριών, τη λήψη ιστορικού, την κλινική εξέταση, τρόπους αντιμετώπισης «δύσκολων» ασθενών, ανακοίνωση άσχημων νέων, κατάστρωση θεραπευτικού σχεδίου, διασφάλιση συνεργασίας στη θεραπευτική αγωγή, παροχή συναισθηματικής στήριξης, προστασία του επαγγελματία υγείας από το εργασιακό stress, τρόποι αντιμετώπισης ασθενών με συγκεκριμένες παθήσεις (καρδιοπάθειες, καρκίνος, χρόνιοι ασθενείς κ.λπ.).

Η εκπαίδευση γίνεται σε ομάδες με τη μέθοδο της ενεργητικής μάθησης και της αλληλεπίδρασης. Οι ομάδες έχουν σεμιναριακό και βιωματικό χαρακτήρα. Οι εκπαιδευόμενοι μαθαίνουν και εξασκούν τις δεξιότητες στα πλαίσια της ομάδας και ταυτόχρονα τις επεξεργάζονται σε σχέση με τις δικές τους εμπειρίες. Έτσι, δίνεται η δυνατότητα άμεσης σύνδεσης των δεξιοτήτων που αποκτώνται με την καθημερινή πρακτική. Ως βοηθητικά μέσα στη διαδικασία χρησιμοποιούνται το παίξιμο ρόλων, οι κατά «προσομοίωση» ασθενείς και η νιντεοσκόπηση με ανατροφοδότηση.

5. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η ενσωμάτωση στο προπτυχιακό πρόγραμμα ιατρικών σπουδών της εκπαίδευσης στην επικοινωνία απαιτεί το σχεδιασμό και την εκτέλεση πιλοτικών προγραμμάτων. Ένα ανάλογο πρόγραμμα αποτελεί το πρόγραμμα «Μαργαρίτα», ένα εθελοντικό πρόγραμμα προπτυχιακής εκπαίδευσης στην Ιατρική με επίκεντρο την κοινότητα (community-based medical education), το οποίο εφαρμόζεται από το 2000 στο τμήμα Ιατρικής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης.¹⁹ Η εμπειρία από την εφαρμογή αυτή –η οποία θα παρουσιαστεί σε ειδική δημοσίευση– αποτελεί ένα πρώτο σημαντικό δείγμα για την αναγκαιότητα ένταξης της εκπαίδευσης στην επικοινωνία στην ιατρική εκπαίδευση.

Παράλληλα, η ίδια η αναγκαιότητα αντιμετώπισης της επικοινωνίας σε όλο το φάσμα της ιατρικής πράξης επιτάσσει τη μετάθεση σημαντικού τμήματος των εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων προς την κοινότητα, όπου και υπάρχει πραγματική πληθώρα σχέσεων και δυναμικών, τις οποίες, έτσι ή αλλιώς, καλείται να αντιμετωπίσει ο επαγγελματίας υγείας.²⁰

Η θετική απάντηση στην ανάγκη αυτή όχι μόνο δεν αποτελεί υπερβολική πολυτέλεια, αλλά είναι η ελάχιστη συμβολή στην ποιοτική αναβάθμιση της προπτυχιακής ιατρικής εκπαίδευσης.

ABSTRACT

Communication in medical education: A matter of need or an unnecessary luxury?

E. PANAGOPOULOU, A. BENOS

Laboratory of Hygiene, Aristotle University of Thessaloniki, Thessaloniki, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2004, 21(4):385-390

This paper discusses and critically evaluates the importance of communication in medical education. Empirical evidence supporting the relationship of communication with medical outcomes is reviewed. In addition the paper outlines the principles of communication and introduces the basic communication skills required for medical practice and concludes with practical recommendations concerning the integration of communication skills training into the medical curriculum.

Key words: Doctor-patient communication, Medical education

Βιβλιογραφία

1. EDUCATION COMMITTEE OF THE GENERAL MEDICAL COUNCIL. *Tomorrow's doctors: recommendations on undergraduate medical education*. General Medical Council, London, 1993
2. VAN DE BRINK J. *Eurocommunication study: Gender differences in doctor-patients communication in general practice*. NIVEL Institute, The Netherlands, 2001

3. ΜΠΕΝΟΣ Α. Η Γενική Ιατρική στην ιατρική προπτυχιακή εκπαίδευση. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας* 1993, 5:34–41
4. BERTAKIS KD, ROTER DL, PUTMAN SM. The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *J Fam Pract* 1991, 32:175–181
5. INUI TS, CARTER WB, KUKULL WA, HAIGH VH. Outcome based doctor patient interaction analysis. Comparison of techniques. *Med Care* 1992, 20:535–538
6. SLUIJS EM. *Patient education in physical therapy*. NIVEL Institute, Utrecht, 1991
7. MAYNARD M. Towards an integrated health care policy in the European Union. *Eurohealth* 1991, 5:5–7
8. SCHAUFFELI W, ENZMANN D. *The burn-out companion*. Taylor Francis, London, 1998
9. MASLACH C, GOLDBERG J. Prevention of burn-out: New perspectives. *Appl Prev Psychol* 1998, 7:63–74
10. MASLACH C. *Maslach burn-out inventory*. Consulting Psychological Press, Palo-Alto, 1986
11. KARASEK R, THEORELL T. *Healthy work, stress and productivity. The reconstruction of working life*. Wiley Basic Books, New York, 1990
12. JENKINS SR, MASLACH C. Psychological health and involvement in interpersonally demanding occupations: A longitudinal perspective. *Journal of Organizational Behavior* 1994, 15:101–127
13. VERDERBER R. *The art of communication*. Wadsworth Publ Co, London, 1998
14. LITTLEJOHN SW. *Theories of human communication*. Wadsworth, California, 1992
15. JASON H. Communication skills are vital in all we do as educators and clinicians. *Education for Health* 2000, 13:157–160
16. MARSHALL GN, COLLINS BE, CROOKS VC. A comparison of two multidimensional health locus of control instruments. *J Pers Assess* 1990, 54:181–190
17. LAZARUS RS, FOLKMAN S. *Stress, appraisal, and coping*. Springer, New York, 1984
18. FESTINGER LA. Theory of social comparison processes. *Human Relations* 1954, 7:117–140
19. ΠΑΝΑΓΟΠΟΥΛΟΥ Ε, ΚΑΒΑΚΑ Ν, ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Ε, ΚΥΡΑΝΟΥ Μ, ΑΣΛΑΝΟΓΛΟΥ Θ, ΣΜΥΡΝΑΚΗΣ Ε ΚΑΙ ΣΥΝ. Η προπτυχιακή ιατρική εκπαίδευση στην κοινότητα. Το πιλοτικό πρόγραμμα «Μαργαρίτα». 2ο Επιστημονικό Συνέδριο Τμήματος Ιατρικής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη, 2003
20. WORLEY P. Relationships: A new way to analyse community-based medical education (part one). *Educ Health* 2002, 15:117–128

Corresponding author:

A. Benos, P.O. Box 1689, GR-540 06 Thessaloniki, Greece
e-mail: benos@med.auth.gr