



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ασθένειας.
Η θεραπευτική σχέση ιατρών και ασθενών: Μια
αποτελεσματική μέθοδος.

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Δήμητρα Τσεκούρα

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:
Μ. Σπυριδάκης, Επίκουρος Καθηγητής, Επιβλέπων
Μ. Φεφές, Λέκτορας
Χ. Οικονόμου, Επίκουρος Καθηγητής

Κόρινθος, Νοέμβριος, 2012

Copyright © Δήμητρα Τσεκούρα, 2012.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6	
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ		
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Υγεία και Ασθένεια: Κοινωνιολογική προσέγγιση		
1.1, Ορισμοί της υγείας και της ασθένειας.....	8	
1.2, Η κοινωνική διάσταση της υγείας και η επίδραση των παραγόντων του κοινωνικού περιβάλλοντος στην υγεία –ασθένεια.....	9	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ασθένειας		
2.1, Το πλαίσιο ανάπτυξης της κοινωνιολογίας της υγείας και της ασθένειας.....	12	
2.1.1, Το βιοϊατρικό μοντέλο.....	13	
2.1.2, Η βιοϊατρική υπό αμφισβήτηση.....	14	
2.2, Ιατρική και κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας: σημεία συνάντησης.....	16	
2.3, Ο κλάδος της κοινωνιολογίας της υγείας και της ασθένειας.....	16	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η θεραπευτική σχέση ιατρών και ασθενών		
3.1, Η αναζήτηση ιατρικής συμβουλευτικής.....	19	
3.2, Θεωρητικές προσεγγίσεις της σχέσης ιατρού-ασθενή.....	20	
3.2.1, Η σχέση ασθενή-ιατρού ως σχέση κοινής συναίνεσης.....	21	
3.2.2, Η σχέση ασθενή-ιατρού ως σχέση συγκρούσεων.....	24	
3.2.3, Η σχέση ασθενή-ιατρού ως σχέση διαπραγμάτευσης.....	25	
3.3, Χαρακτηριστικά της συνάντησης ιατρού –ασθενούς.....	26	
3.4, Τα προβλήματα επικοινωνίας στη σχέση ασθενή-ιατρού.....	27	
3.5, Οι προκλήσεις και η συνεργασία.....	30	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Νέα δεδομένα στη σχέση ιατρού-ασθενή.....		32
ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ		
1.1 Σχέση θεωρίας και έρευνας: η διαπλοκή θεωρίας, εμπειρικών δεδομένων και μεθόδων.....	34	
1.2 Σκοπός Έρευνας.....	36	
1.3 Η διεξαγωγή της έρευνας.....	37	
1.3.1, Ο πληθυσμός μελέτης.....	37	
1.3.2, Η μέθοδος συλλογής των στοιχείων.....	38	
1.4 Ανάλυση αποτελεσμάτων.....	40	

1.4.1, Ιατροί.....	40
1.4.2, Ασθενείς.....	45
1.5 Συμπεράσματα.....	50
1.6 Επίλογος.....	53
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	55
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1.....	57
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2.....	58
ABSTRACT.....	59

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Σήμερα πολλοί παράγοντες συμβάλλουν στον επαναπροσδιορισμό της σχέσης ιατρών και ασθενών. Η μελέτη επιχειρεί τη γενική καταγραφή των αντιλήψεων επαγγελματιών και κοινού και σκοπός της ήταν η ανάδειξη της σχέσης ιατρού και ασθενούς ως μια αποτελεσματική θεραπευτική μέθοδος.

Υλικό – Μέθοδος: Στην έρευνα συμμετείχαν έξι ιατροί διαφόρων ειδικοτήτων και έξι ασθενείς από διαφορετικές κλινικές. Τα ερωτηματολόγια κατασκευάστηκαν έχοντας ως αναφορά βασικούς άξονες, όπως την περιγραφή των κυριότερων χαρακτηριστικών μιας επιτυχημένης θεραπευτικής σχέσης και την καταγραφή των παραγόντων που την επηρεάζουν και διαμορφώνουν.

Αποτελέσματα: Όλοι οι επαγγελματίες που συμμετείχαν στην έρευνα υπογράμμισαν ότι η θεραπευτική σχέση είναι μια σχέση που βασίζεται στην εμπιστοσύνη, την συνεργασία και την επικοινωνία. Στους νεότερους εντοπίστηκε η πρόθεση για έλεγχο της θεραπευτικής διαδικασίας μπροστά στον κίνδυνο της αμφισβήτησης του ρόλου τους. Από την άλλη, οι ασθενείς τόνισαν την ανάγκη ανθρωπιστικής προσέγγισης τους από μέρος του γιατρού, καθώς και τη σημασία της πλήρους πληροφόρησής τους για την πορεία της υγεία τους. Ενώ στους νεότερους ασθενείς σημειώθηκαν υψηλότερες προσδοκίες για εμπλοκή στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων.

Συμπεράσματα: Η θεραπευτική σχέση ιατρών και ασθενών που βασίζεται πάνω από όλα στην εμπιστοσύνη, είναι μια επιτυχημένη ιατρική πράξη.

Λέξεις – κλειδιά: θεραπευτική σχέση, σχέση εμπιστοσύνης, επικοινωνία, ενημέρωση.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η γνώμη που έχουμε για την υγεία και την ασθένεια είναι διαφορετική από αυτή που ίσχυε δεκαετίες πριν. Παλιότερα η υγεία και η ασθένεια συσχετιζόνταν με εικόνες όπως: νοσοκομειακοί χώροι, ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ιατρικές εξετάσεις, φάρμακα. Σήμερα η αναφορά τους έχει ξεπεράσει τα περιοριστικά αυτά όρια και την συναντάμε σε ένα ευρύτερο φάσμα παραστάσεων, οι οποίες περιλαμβάνουν εναλλακτική ιατρική, άσκηση, υγιεινή διατροφή, εκστρατείες ενημέρωσης και πρόληψης του κοινού, κέντρα θεραπείας-αποκατάστασης ή ελέγχου, προγράμματα στήριξης ατόμων και άλλα πολλά.

Φαίνεται λοιπόν, ότι η υγεία έχει ένα πολυεπίπεδο ρόλο στις μοντέρνες κοινωνίες. Η γνώση και η πληροφόρηση σχετικά με την υγεία και την ασθένεια έχει πάψει να αποτελεί μονοπώλιο συγκεκριμένων ειδικών επαγγελματιών. Όλοι μας έχουμε κάποια σχετική γνώση και εμπειρία.

Στην αναζήτηση ιατρικής φροντίδας και θεραπείας, οι χρήστες/καταναλωτές των υπηρεσιών υγείας έρχονται σε επαφή με διάφορους επαγγελματίες υγείας. Οι επαφές αυτές μεταξύ του χρήστη και του επαγγελματία υγείας έχουν γίνει αντικείμενο έρευνας των κοινωνικών επιστημών. Αναγνωρίζεται ότι οι σχέσεις τους, κυρίως μεταξύ ασθενή και ιατρού, δεν περιλαμβάνουν μόνο την παροχή ιατρικών υπηρεσιών. Η σχέση ιατρού-ασθενή είναι σαφώς πολυδιάστατη και αμφίδρομη απαιτητική. Είναι μια σχέση με ευαίσθητες ισορροπίες, όπου οι συμμετέχοντες οφείλουν να διακρίνουν τις ιδιαιτερότητες της και να συνεργαστούν έχοντας οικοδομήσει μια σχέση εμπιστοσύνης. Αν και στις μέρες μας το φαινόμενο της δυσαρέσκειας των ασθενών για τη σχέση τους με το γιατρό τους επιτείνεται δραματικά.

Η παρούσα εργασία αποτελεί μια ποιοτική κοινωνική έρευνα της διερεύνησης της θεραπευτικής σχέσης ιατρού και ασθενή και αν στην πράξη αναδεικνύεται σε σημαντικό παράγοντα επιτυχίας της θεραπείας. Αποτελείται από δύο μέρη, όπου στο πρώτο γενικό μέρος γίνεται αναφορά στην ιστορική εξέλιξη της κοινωνιολογίας της υγείας και της ασθένειας. Επίσης, αναλύονται διεξοδικά οι διαφορετικές θεωρητικές προσεγγίσεις για τις σχέσεις ιατρών -ασθενών, καθώς και οι κυριότερες διαφορές που υπάρχουν μεταξύ τους. Εκτίθενται τα χαρακτηριστικά των επαφών τους, όπως επίσης και τα προβλήματα στη σχέση τους. Τέλος, περιγράφονται οι αλλαγές που έχουν

επέλθει στην προαναφερόμενη σχέση τα τελευταία χρόνια. Στο δεύτερο ειδικό μέρος, γίνεται ανάλυση των αποτελεσμάτων και αναφέρονται τα συμπεράσματα της έρευνας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Υγεία και Ασθένεια: Κοινωνιολογική προσέγγιση

1.1, Ορισμοί της υγείας και της ασθένειας

Οι έννοιες της υγείας και της ασθένειας φαίνεται να διαφοροποιούνται ανάλογα με τις κοινωνικές και πολιτιστικές ανάγκες και την ιστορική συγκυρία, υποδηλώνοντας ταυτόχρονα και τις αλλαγές στο περιεχόμενο εκείνων που ορίζουν και περιγράφουν (Σαββάκης, 2008).

Η υγεία είναι το πολυτιμότερο αγαθό του ανθρώπου. Υγεία δεν είναι απλώς η απουσία της ασθένειας ή της αναπηρίας, αλλά η άριστη σωματική, ψυχική και κοινωνική κατάσταση του ανθρώπου. Αποτελώντας μια δυναμική διεργασία, ο κοινωνικός άνθρωπος ρυθμίζει την συμπεριφορά του και διαμορφώνει την ποιότητα της ζωής του. Σχετίζεται με όλες τις εκδηλώσεις του ανθρώπου, ο οποίος εκλαμβάνεται ως ενιαία ψυχοσωματική και πνευματική οντότητα. Αυτό σημαίνει ότι η έννοια της υγείας απλώνεται παντού, δηλαδή στο σώμα, στην ψυχή, στο πνεύμα και εκφράζει την ψυχοσωματική και πνευματική αρμονία του ατόμου. Είναι μια από τις σημαντικότερες ανθρώπινες αξίες και μία από τις πρώτες ελευθερίες του ανθρώπου και αποτελεί τη βάση για την ανάπτυξη τόσο του ατόμου όσο και της κοινωνίας (Μονοπώλη, Μωραΐτης & Κούβαρη, 1979).

Στην κοινωνιολογική μελέτη εντοπίζεται μια βασική διαφορά στις εννοιολογικές κατηγορίες ασθένεια (illness) και νόσος (disease). Ο πρώτος όρος παραπέμπει στις υποκειμενικές ερμηνείες που προσδίδει το άτομο σε συγκεκριμένα νοσολογικά συμπτώματα. Συνδέεται περισσότερο με μια βιωματική θεώρηση της υγείας και της ασθένειας (η εμπειρία/οπτική του ασθενή). Από την άλλη, ο δεύτερος όρος δηλώνει τις διάφορες οργανικές ή παθολογικές μεταβολές που συντελούνται στο ανθρώπινο σώμα. Αφορά κυρίως μια ιατρικοκεντρική θεώρηση της υγείας και της ασθένειας (βιοιατρικό μοντέλο) και περιγράφει απλά βιολογικά φαινόμενα. Είναι μια ψυχρή και αντικειμενική περιγραφή μιας σειράς συμβάντων που εξετάζει «ιατρικά γεγονότα» (π.χ. επιδείνωση ή όχι της στεφανιαίας νόσου κ.λπ.), (Σαββάκης, 2008).

Στην αρχαία Ελλάδα η ασθένεια χαρακτηρίστηκε ως ψυχοσωματική δυσαρμονία και για αυτό ο άρρωστος αντιμετωπίστηκε ως ενιαία ψυχοσωματική ύπαρξη. Ανάλογες

αντιλήψεις επικρατούν και στη σύγχρονη ιατρική επιστήμη, στην οποία συνδέονται άμεσα οι ψυχοσωματικές επιπτώσεις της υγείας ή της ασθένειας. Έτσι λοιπόν, η ασθένεια είναι η αντίθετη κατάσταση από την υγεία, προκαλεί σωματική, ψυχική και πνευματική καχεξία και γεμίζει το άτομο με φόβο, αγωνία και απελπισία (Ραγιά, 1991).

1.2, Η κοινωνική διάσταση της υγείας και η επίδραση των παραγόντων του κοινωνικού περιβάλλοντος στην υγεία-ασθένεια

Πλέον διαπιστώνεται το γεγονός ότι η υγεία και η ασθένεια δεν είναι μόνο βιολογικά καθορισμένα φαινόμενα, αλλά κοινωνικά προσδιορισμένες καταστάσεις καθότι επηρεάζονται από το κοινωνικό και ευρύτερο εξωτερικό περιβάλλον μέσα στο οποίο το άτομο γεννιέται, μεγαλώνει, εκπαιδεύεται, εργάζεται και ζει (Σαρρής, 2001). Ο Bury αναφέρει ότι η υγεία και η ασθένεια είναι έντονα προσωπικά ζητήματα, αλλά ταυτόχρονα αποτελούν κοινωνικά φαινόμενα και μπορούν να γίνουν αντιληπτά ως έτσι με δύο τρόπους. Πρώτον, εμφανίζουν κοινωνικούς σταθερότυπους (social patterns). Και δεύτερον, εμπλέκονται στις κοινωνικές σχέσεις που είναι κομμάτι της καθημερινής μας ζωής και της ευρύτερης κοινωνίας (Bury, 2000).

Τα τελευταία χρόνια μελέτες έχουν αναδείξει τη σημασία των κοινωνικών διαστάσεων στην αιτιολογία της εμφάνισης αρρώστιας και την ανάπτυξη προγραμμάτων πρόληψης. Έως και πριν από λίγες δεκαετίες η επίσημη αντίληψη για την βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού εκφραζόταν με την πεποίθηση της συνεχόμενης βελτίωσης των θεραπευτικών ιατρικών μεθόδων στην αντιμετώπιση της ασθένειας. Μόλις πρόσφατα διαπιστώθηκε ότι το επίπεδο υγείας προσδιορίζεται σε σημαντικό βαθμό από παράγοντες που βρίσκονται έξω από τον έλεγχο του συστήματος υγείας μιας χώρας και αποσκοπούν στην καλύτερευση των κοινωνικών συνθηκών παρά σε ιατρικές παρεμβάσεις (Σαρρής, 2001).

Μεγάλη επίδραση στην υγεία-ασθένεια ασκούν οι ακόλουθοι παράγοντες:

- *Κοινωνικοί θεσμοί*

Η οικογένεια, ως πρωταρχικός κοινωνικός θεσμός, επηρεάζει σημαντικά το επίπεδο υγείας των ατόμων. Προσφέρει ασφάλεια, καθοδήγηση και αποτελεί θεμέλιο για την προστασία και προαγωγή ψυχοσωματικής υγείας.

Επίσης, το εκπαιδευτικό και μορφωτικό επίπεδο ενός ατόμου επιδρά στην υγεία του είτε έμμεσα βελτιώνοντας την οικονομική- κοινωνική του κατάσταση είτε άμεσα

διαμορφώνοντας τις στάσεις και τις συμπεριφορές του προσώπου για την υγεία, παρέχοντάς του την κατάλληλη γνώση και τη δυνατότητα να έχει καλύτερη ανταπόκριση σε ανάλογα ζητήματα.

- *Κοινωνικοί παράγοντες*

Η κοινωνική θέση, η κοινωνική και γεωγραφική κινητικότητα, το κοινωνικό στρες, το σύστημα οργάνωσης και υποστήριξης και οι συνθήκες διαβίωσης μπορούν να εμποδίσουν την επιδείνωση της κατάστασης υγείας των πολιτών ή αντίθετα να αυξήσουν το επίπεδο νοσηρότητας.

- *Οικονομικοί παράγοντες*

Παράγοντες όπως: το εισόδημα, η εργασία και οι επικρατούσες εργασιακές συνθήκες και η ανεργία διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο και επιδρούν ποικιλοτρόπως.

- *Υπηρεσίες υγείας*

Ιδιαίτερη επίδραση στην υγεία και στην ασθένεια έχει η πρόσβαση στη φροντίδα υγείας, καθώς και η ποιότητα ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης. Θεωρείται δεδομένο ότι άνθρωποι που ζουν σε υποβαθμισμένες και απομακρυσμένες περιοχές υπό δυσμενείς συνθήκες, βρίσκονται σε κακή υγεία και τους παρέχεται χαμηλό επίπεδο περίθαλψης. Ακόμη και ο τρόπος χρήσης των υπηρεσιών υγείας διαφέρει κατά κοινωνική τάξη και εισόδημα.

- *Πολιτιστικοί παράγοντες*

Η υγεία των ατόμων επηρεάζεται από το πολιτιστικό μόρφωμα μιας κοινωνίας (ήθη, έθιμα, τρόπος ζωής, επικρατούσες αξίες και πιστεύω). Αυτό σημαίνει ότι διαφορετικές συμπεριφορές και στάσεις παρουσιάζονται απέναντι στην υγεία, στην ασθένεια αλλά και στον τρόπο θεραπείας της μεταξύ ατόμων που προέρχονται από διαφορετικούς πολιτισμούς.

- *Πολιτικοί παράγοντες*

Το υγειονομικό σύστημα κάθε κοινωνίας διαμορφώνεται μέσα από πολιτικές διαδικασίες και αποτελεί τον μηχανισμό εκείνο στον οποίο φαίνονται, αξιολογούνται και αντιμετωπίζονται κοινωνικά η υγεία και η νόσος.

- *Περιβαλλοντικοί παράγοντες*

Η διαταραχή της οικολογικής ισορροπίας που προέρχεται μέσα από τη μόλυνση του περιβάλλοντος προξενεί βλάβες στην υγεία του πληθυσμού.

- *Συμπεριφορικοί παράγοντες*

Αφορά παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής σε σχέση με την υγεία. Διατροφικές συνήθειες, κάπνισμα, κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών και χρήση ουσιών αυξάνουν τις πιθανότητες νοσηρότητας. Από την άλλη η φυσική άσκηση και ο σωστός ύπνος μειώνουν τις πιθανότητες εμφάνισής της. Τέλος, η μη σωστή οδική συμπεριφορά και το καταναλωτικό πρότυπο φαρμάκων (αλόγιστη χρήση φαρμάκων) αποτελούν κίνδυνοι για την υγεία.

Η προάσπιση της υγείας και της αρρώστιας εξαρτώνται από ένα σύνολο παραγόντων, οι οποίοι βρίσκονται σε άμεση αλληλεπίδραση σε όλη τη διάρκεια της ζωής των ατόμων (Καδδά, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ασθένειας

2.1, Το πλαίσιο ανάπτυξης της κοινωνιολογίας της υγείας και της ασθένειας

Στη Δυτική Ευρώπη και ιδιαίτερα σε χώρες όπως η Γαλλία, η Βρετανία και η Γερμανία, οι απαρχές της κοινωνιολογίας της ιατρικής μπορούν να ανιχνευτούν κατά τον 19ο αιώνα, στο πλαίσιο ανάπτυξης της κοινωνικής ιατρικής και του κινήματος της δημόσιας υγείας. Ουσιαστικά όμως η ανάδυση της κοινωνιολογίας της υγείας ως αυτόνομου επιστημονικού κλάδου έγινε στο δεύτερο μισό του 20ου αιώνα, στη μεταπολεμική Αμερική και στο έργο του Talcott Parsons. Στην Ελλάδα αναπτύσσεται καθυστερημένα, στο πρώτο μισό της δεκαετίας του '80.

Η εξέλιξη της κοινωνιολογίας της υγείας μετά τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο, επηρεάστηκε από το κοινωνικό, πολιτικό και οικονομικό πλαίσιο της περιόδου. Στους μεταπολεμικούς χρόνους, ο χώρος της ιατρικής και της παροχής φροντίδας υγείας αναπτύχθηκε με ραγδαίους ρυθμούς. Στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες μετά τον πόλεμο τέθηκαν οι βάσεις για τη δημιουργία και την οργάνωση των εθνικών συστημάτων υγείας. Έτσι, στο επίκεντρο του κοινωνικού ενδιαφέροντος και προβληματισμού εισήλθαν ζητήματα που αφορούσαν την άσκηση κοινωνικής πολιτικής, την ποιότητα υγείας του πληθυσμού, την αύξηση των προσδοκιών των πολιτών και τις κοινωνικές ανισότητες στη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα, με τις ευρύτερες μεταβολές και τους κοινωνικοοικονομικούς μετασχηματισμούς της περιόδου συμβάδισαν και οι αλλαγές στα δημογραφικά και επιδημιολογικά πρότυπα των αναπτυγμένων χωρών (πληθυσμιακή γήρανση, κυριαρχία χρόνιων παθήσεων και ψυχικών ασθενειών). Επόμενο επακόλουθο αυτών των εξελίξεων ήταν το περιεχόμενο και πεδίο ενασχόλησης της κοινωνιολογίας της υγείας να καθοριστεί από τους παραπάνω παράγοντες και να αναγνωριστεί ως ειδική επιστημονική περιοχή της κοινωνιολογίας (Οικονόμου, 2005, Annandale, 1998).

Στην πορεία αναγνώρισής της ως επιστημονικού κλάδου η κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας αναδεικνύει τρεις χρονικές περιόδους. Η πρώτη περίοδος αναφέρεται στη δεκαετία του '50, η δεύτερη περιλαμβάνει τις δεκαετίες του '60 και του '70 και η τρίτη εκτείνεται από τη δεκαετία του '80 μέχρι σήμερα. Η προβληματική σχέση μεταξύ κοινωνιολογίας και ιατρικής διαφαίνεται μέσω της διάκρισης ανάμεσα στην «κοινωνιολογία στην ιατρική» (sociology in medicine) και την «κοινωνιολογία της

ιατρικής» (sociology of medicine). Ειδικότερα, η «κοινωνιολογία στην ιατρική» περιγράφει τα πρώτα βήματα της ενασχόλησης της κοινωνιολογίας με το χώρο της υγείας κατά τη δεκαετία του '50. Αναφέρεται στις κοινωνιολογικές έρευνες, οι οποίες λειτουργούν υποστηρικτικά και εξυπηρετούν τις ανάγκες και τα ενδιαφέροντα της ιατρικής. Στις δεκαετίες '60 και '70, η προβληματική αλλάζει και είναι η περίοδος της «κοινωνιολογίας της ιατρικής». Η τελευταία αντιπροσωπεύει μια πιο κριτική προσέγγιση απέναντι στον ρόλο της ιατρικής και δίνει μεγαλύτερη έμφαση στις «κοινές» αντί στις «ιατρικές» απόψεις για την υγεία και την ασθένεια. Επισημαίνει την κυριαρχία της ιατρικής και ότι λειτουργεί ως σύστημα κοινωνικού ελέγχου και αμφισβητεί την αποτελεσματικότητά της και την αναγκαιότητα των τεχνολογικών θεραπευτικών μεθόδων. Τέλος, η περίοδος από το 1980 και μετά σηματοδοτεί τη μετάβαση από την «ιατρική κοινωνιολογία» στην «κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας». Πρόκειται για την αυτονόμηση της κοινωνιολογίας από την ιατρική οπτική. Αμφισβητεί τη νομιμότητα της σύγχρονης ιατρικής και διευρύνει το θεματικό της πεδίο εξετάζοντας φαινόμενα που βρίσκονται εκτός των συνηθισμένων ορίων του ιατρικού επαγγέλματος (Οικονόμου, 2005, Nettleton, 2002).

Γενικότερα, η ραγδαία ανάπτυξη της κοινωνιολογίας της υγείας και της ασθένειας μπορεί να γίνει κατανοητή στη βάση της σχέσης της με το κυρίαρχο μοντέλο της δυτικής ιατρικής, το βιοϊατρικό. Πολλά από τα κύρια ενδιαφέροντα της κοινωνιολογίας της υγείας και της ασθένειας προέκυψαν μέσα από την κριτική που ασκήθηκε στο βιοϊατρικό μοντέλο.

2.1.1, Το βιοϊατρικό μοντέλο

Η κυριαρχία του βιοϊατρικού μοντέλου στην επίσημη φροντίδα υγείας της Δύσης, ξεκινά από τα τέλη του 18ου αιώνα. Το μοντέλο αυτό στηρίζεται σε πέντε βασικούς άξονες: Πρώτον, το πνεύμα και το σώμα μπορούν να αντιμετωπιστούν ως ξεχωριστές οντότητες, γνωστό ως *διδισμός πνεύματος-σώματος* της ιατρικής. Δεύτερον, το σώμα μπορεί να «επισκευαστεί», όπως επισκευάζεται μια μηχανή. Σε αυτή την περίπτωση η ιατρική αποδέχεται ότι οι ιατροί δρουν ως «μηχανικοί» και διορθώνουν την όποια δυσλειτουργία. Τρίτον, αναγνωρίζεται η *επιτακτική αναγκαιότητα της χρήσης της τεχνολογίας*. Τέταρτον, η βιοϊατρική είναι *αναγωγική*, δηλαδή επικεντρώνεται στα βιολογικά αίτια των ασθενειών, παραβλέποντας τους κοινωνικούς ή ψυχολογικούς

νοσογόνους παράγοντες. Πέμπτον, προϋπόθεση για την πρόκληση κάθε ασθένειας είναι ένας συγκεκριμένος ανιχνεύσιμος παράγοντας, ο *παθολόγος παράγοντας*.

Για τη δυτική ιατρική οι ασθένειες ορίζονται ως παρεκκλίσεις από το «κανονικό». Μια ακόμη παραδοσιακή παραδοχή της είναι ότι βασίζεται στις αρχές της αντικειμενικής επιστήμης και ισχυρίζεται ότι προσφέρει τη μοναδική αυθεντική πρόταση για την αντιμετώπιση της νόσου. Καθώς έχει πραγματοποιήσει μεγάλους προόδους στην καταπολέμηση των ασθενειών και έχει συμβάλει με τα επιτεύγματα του παρελθόντος στις επιτυχίες της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης.

Σήμερα, πολλοί ερευνητές γρήγορα αντιλαμβάνονται τα περιοριστικά όρια που τίθενται από την παραπάνω προσέγγιση σχετικά με την υγεία, την νόσο και τη θεραπεία. Οι συντηρητικές απόψεις όπως ότι το σώμα διαχωρίζεται από το πνεύμα, οι κοινωνικές αιτίες της υγείας που παραβλέπονται και κάθε υποκειμενική ερμηνεία της υγείας και της ασθένειας που υποβαθμίζεται, δεν είναι δυνατόν να γίνονται πλέον αποδεκτές (Nettleton, 2002).

Μέρος της κριτικής και των αντιδράσεων απέναντι στις θέσεις της βιοϊατρικής παρουσιάζεται στη συνέχεια.

2.1.2, Η βιοϊατρική υπό αμφισβήτηση

Τις τελευταίες δεκαετίες ο θεσμός της ιατρικής και το βιοιατρικό μοντέλο δέχονται συνεχώς κριτική, τόσο από το ευρύ κοινό όσο και από τον πανεπιστημιακό χώρο. Ορισμένοι συγγραφείς μάλιστα παίρνοντας μια ακραία θέση, υποστηρίζουν ότι η βιοϊατρική έχει κοστίσει περισσότερο απ' όσο έχει προσφέρει.

Οι διαρκώς αυξημένες δαπάνες για παροχή ιατρικών υπηρεσιών και η αμφισβητούμενη αποτελεσματικότητα του βιοιατρικού μοντέλου, αποτέλεσαν το επίκεντρο άσκησης έντονης κριτικής. Επισημαίνεται δε ότι οι δυνατότητες της ιατρικής έχουν υπερεκτιμηθεί, τόσο από το χώρο της κοινωνιολογίας όσο και από τον ίδιο το χώρο της ιατρικής. Αναφορικά, ο καθηγητής McKeown (1976), χρησιμοποιώντας ιστορικο-δημογραφικά δεδομένα, έδειξε ότι η μείωση των δεικτών θνησιμότητας στις δυτικές κοινωνίες σχετίζεται περισσότερο με τη διατροφή, τις συνθήκες διαβίωσης και γενικότερα με τον τρόπο ζωής των ατόμων, παρά με τους εμβολιασμούς και τις όποιες ιατρικές μεθόδους παρέμβασης και θεραπείας. Η βιοϊατρική κατηγορείται ότι αντί να θεραπεύει και να αποκαθιστά, στην πραγματικότητα συμβάλλει στη διατήρηση των

ασθενειών, μέσω των ιατρογενών επιπτώσεων των παρεμβάσεων της (π.χ. οι παρενέργειες των φαρμάκων). Επιπλέον, διαπιστώνεται ότι οι άνθρωποι νιώθουν πλήρως εξαρτημένοι από τους «ειδικούς» της ιατρικής.

Η βιοϊατρική έχει επικριθεί επίσης για το ότι είναι επικεντρωμένη στα βιολογικά αίτια εμφάνισης ασθενειών, παρόλο που η κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας έχει αποδείξει ότι η υγεία και η ασθένεια καθορίζονται και προσδιορίζονται κοινωνικά. Η ιατρική φαίνεται να παραβλέπει το γεγονός ότι η καλή υγεία είναι συνέπεια και άλλων παραγόντων πέρα των βιολογικών και αποκόπτει τα άτομα από τις κοινωνικές σχέσεις.

Ένα άλλο σημείο κριτικής είναι ότι αντιμετωπίζει τους ασθενείς ως παθητικά αντικείμενα και όχι ως ολοκληρωμένες προσωπικότητες και σκεπτόμενα άτομα. Άτομα που μπορούν να δώσουν τις δικές τους αξιόλογες ερμηνείες μέσα από τις εμπειρίες τους σε θέματα υγείας και ασθένειας.

Η πλέον ισχυρή κριτική που ασκήθηκε σ' αυτό το μοντέλο είναι από το φεμινιστικό κίνημα, το οποίο αντιδρά στις ιατρικές πρακτικές που σχετίζονται με τον τοκετό. Η εμπειρία της τεκνοποίησης *ιατρικοποιήθηκε* και ένα φυσιολογικό γεγονός της ζωής αντιμετωπίζεται ως «ασθένεια», το οποίο χρήζει ιατρικής παρακολούθησης και παρέμβασης. Οι γυναίκες εξέθεσαν τον τρόπο που η ιατρική κατάφερε να ασκεί έλεγχο στο σώμα τους.

Παράλληλα, πολλοί μελετητές αναφέρονται στον πολιτικό ρόλο της βιοϊατρικής. Με λίγα λόγια, το σύστημα χρησιμοποιεί την ιατρική για να ελέγχει τα άτομα και τις συμπεριφορές τους και για να διατηρεί τις κοινωνικές ανισότητες. Ο περιορισμός των παθήσεων σε απλά φυσικά φαινόμενα, που θεραπεύονται με φάρμακα και με την ιατρική τεχνολογία, αποκρύπτει τους κοινωνικούς παράγοντες που προσβάλλουν την υγεία των ατόμων. Με αυτό τον τρόπο, η ιατρική βοηθά στη διατήρηση των κοινωνικών και εργασιακών συνθηκών καταπίεσης που επιβάλλονται από τις σχέσεις εξουσίας.

Φαίνεται όμως ότι η αμφισβήτηση της βιοϊατρικής δεν είναι περιορισμένη στους κοινωνικούς επιστήμονες. Όλο και περισσότεροι άνθρωποι πια επιλέγουν να αναζητήσουν βοήθεια σε εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας, αμφισβητώντας την ανωτερότητα της ιατρικής. Αν και η ιατρική έχει με τη σειρά της αμφισβητήσει στη

βάση τους τις εναλλακτικές θεραπείες, λέγοντας ότι είναι «μη επιστημονικές» και άρα λανθασμένες (Δημητρίου, 2012, Nettleton, 2002).

2.2, Ιατρική και κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας: σημεία συνάντησης

Το πεδίο ενδιαφέροντος της κοινωνιολογίας της υγείας και της ασθένειας, αλλά και της ιατρικής είναι διαφορετικά σήμερα από αυτά που ήταν δεκαετίες πριν. Η ιατρική έχει διαφοροποιηθεί λόγω της κριτικής που της ασκήθηκε και όχι μόνο. Η διαφοροποίηση της είναι συνέπεια και του γεγονότος ότι η φύση της ασθένειας και η ανταπόκριση της κοινωνίας προς αυτή έχουν επίσης διαφοροποιηθεί.

Από τα μισά του 20ου αιώνα σημειώθηκαν μεταβολές στο χαρακτήρα των ασθενειών, για παράδειγμα οι σοβαρότερες από τις ασθένειες δεν είναι πλέον οξείες, καταληκτικές και μεταδοτικές, αλλά χρόνιες. Επιπλέον, το προσδόκιμο επιβίωσης των πληθυσμών αυξάνεται, δημιουργώντας νέες ανάγκες. Κατά συνέπεια ο ρόλος της ιατρικής δεν μπορεί πια να είναι ο ίδιος. Η ιατρική προχωρά πέρα από τα στενά όρια της παρέμβασης και θεραπείας και δίνει έμφαση και στη φροντίδα υγείας και στη πρόληψη. Εξάλλου τα αίτια των σύγχρονων ασθενειών έχουν επίσης διαφοροποιηθεί και θεωρείται ότι πολλές από αυτές θα μπορούσαν να αποφευχθούν μέσω της πρόληψης. Καθοριστικοί παράγοντες για το ατομικό επίπεδο υγείας αναγνωρίζονται σήμερα το περιβάλλον διαμονής και εργασίας, το εισόδημα, η φτώχεια καθώς και παράγοντες που σχετίζονται με τον τρόπο ζωής, όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ και το άγχος. Όλο και περισσότερο λοιπόν τόσο η ιατρική όσο και η κοινωνιολογία επικεντρώνονται στην υγεία και όχι μόνο στη νόσο. Αυτό διαπιστώνεται και από την αύξηση των προγραμμάτων προαγωγής της υγείας.

Φαίνεται ότι οι συνεχείς αντιπαραθέσεις ανάμεσα στις δύο επιστήμες οδήγησαν στον επανακαθορισμό των αντικειμένων μελέτης τους και στη σύγκλιση των ενδιαφερόντων τους (Nettleton, 2002).

2.3, Ο κλάδος της κοινωνιολογίας της υγείας και της ασθένειας

Η εμφάνιση του κλάδου της κοινωνιολογίας της υγείας και της ασθένειας είναι αποτέλεσμα της προσέγγισης που παρατηρήθηκε τα τελευταία χρόνια ανάμεσα στην ιατρική και τις ανθρωπιστικές επιστήμες. Το γεγονός αυτό οφείλεται στη διαπίστωση ότι η υγεία και η ασθένεια επηρεάζονται από πολλούς ψυχολογικούς, οικονομικούς και

κοινωνικούς παράγοντες. Επόμενο ήταν να γίνει η συνάντηση των δύο επιστημών, της κοινωνιολογίας και της ιατρικής.

Η κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας δεν περιορίζεται στα στενά όρια της επίσημης ιατρικής. Περιλαμβάνει όλες εκείνες τις πλευρές της σύγχρονης κοινωνικής ζωής που επιδρούν στην ευεξία του ατόμου καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του. Συνδέεται άμεσα με δύο χαρακτηριστικά που είναι επίκαιρα. Το ένα είναι η εξέλιξη και χρήση της τεχνολογίας στην ιατρική έρευνα και το άλλο ο ρόλος των κοινωνικών παραγόντων, οι οποίοι επιδρούν στη γένεση, θεραπεία και γενικότερα στην αντιμετώπιση των διαφόρων ασθενειών. Αν προσθέσουμε και τη ψυχοκοινωνική διάσταση που δίνεται κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας, τότε αναμφίβολα το αντικείμενο μελέτης της κοινωνιολογίας της υγείας είναι επίκαιρο και σημαντικό.

Το αντικείμενο της κοινωνιολογίας της υγείας και της ασθένειας είναι ευρύτατο και αναφέρεται: στην εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης, στην ψυχολογική και κοινωνική διάσταση της ασθένειας, στις σχέσεις ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού με τον ασθενή και στον κοινωνικό χαρακτήρα του θεραπευτικού έργου. Επίσης εξετάζει το νοσοκομείο ως οικονομικο-κοινωνικό οργανισμό και γενικότερα την εξέλιξη του νοσοκομειακού συστήματος. Τέλος, ερευνάται ο παράγοντας υγεία και η σημασία της στην εξέλιξη της κοινωνίας, η κοινωνική πολιτική γύρω από θέματα υγείας του πληθυσμού καθώς και οι κοινωνικές δυνάμεις που επηρεάζουν την υγεία. Ακόμη μελετά τους παράγοντες που συνδέονται με τη φύση και τη σοβαρότητα της ασθένειας, τα κοινωνικά στοιχεία που παρεμβαίνουν στη θεραπευτική διαδικασία καθώς και την κατανομή των ασθενειών ανάλογα τον τύπο της κοινωνίας, την οικογένεια, τη θρησκεία, το επάγγελμα, την κοινωνική τάξη.

Όπως ειπώθηκε αρχικά η υγεία δεν αναφέρεται μόνο στη σωματική, αλλά συγχρόνως στη ψυχική και κοινωνική ισορροπία των ατόμων. Είναι ένα αγαθό για την απόκτηση του οποίου εμπλέκονται πολλές δυνάμεις, όπως είναι το άτομο, οι οργανωμένες κοινωνικές ομάδες, οι γιατροί και οι νοσηλευτές, ο πληθυσμός της χώρας (υγιής και ασθενής), η πολιτεία και άλλοι φορείς. Είναι επίσης ένας θεσμός μέσα στον οποίο αναπτύσσονται αντικρουόμενα συμφέροντα, κερδοσκοπικά φαινόμενα και αντιθέσεις διαφόρων κοινωνικών δυνάμεων (Stuedler, 1972).

Έτσι λοιπόν η υγεία και η ασθένεια είναι κοινωνικά φαινόμενα με τεράστιες προεκτάσεις και κοινωνικές επιπτώσεις και όσο αλλάζουν και διευρύνονται οι

κοινωνικές και πολιτιστικές παράμετροί τους, αντίστοιχα αλλάζουν και διευρύνονται και τα πεδία της κοινωνιολογικής τους μελέτης. Από τα παραπάνω αποδεικνύεται ότι το έργο της κοινωνιολογίας της υγείας και της ασθένειας είναι σημαντικό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η θεραπευτική σχέση ιατρών και ασθενών

3.1, Η αναζήτηση ιατρικής συμβουλευτικής

Τα περισσότερα άτομα συνήθως αποφεύγουν να επισκέπτονται κάποιον γιατρό τη στιγμή που εμφανίζεται ένα σύμπτωμα. Οι συνήθειες αρχικές αντιδράσεις αφορούν κυρίως τη χρήση μεθόδων αυτοπερίθαλψης και την αναζήτηση άτυπης πληροφόρησης και υποστήριξης. Τα άτομα λαμβάνουν συμβουλές και βοήθεια για την ασθένειά τους από την οικογένεια, από τους φίλους, από ομάδες αυτοβοήθειας και από τα συστήματα εναλλακτικών μορφών θεραπείας.

Συμπεριφορές όπως, το να φροντίζει κάποιος το εαυτό του χωρίς να καταφύγει σε ιατρικές υπηρεσίες είναι πολύ σημαντικό και ενθαρρύνονται στο σύγχρονο σύστημα υγείας. Ωστόσο παρατηρείται η τάση τα άτομα να κρατούν για τον εαυτό τους όχι μόνο τα αμελητέα συμπτώματα, αλλά και τα σοβαρά και είναι απρόθυμα απέναντι στην ιατρική παρέμβαση.

Παράλληλα με την καταγραφή στοιχείων για την περιορισμένη καταφυγή στην ιατρική συμβουλευτική παρότι υπάρχουν σοβαρά συμπτώματα, οι ιατροί αναφέρουν περιπτώσεις ασθενών που τους επισκέπτονται συχνά και τους συμβουλεύονται σε υπερβολικό βαθμό, ακόμα και όταν πάσχουν από συμπτώματα που δεν χρήζουν ιατρικής συμβουλής και παρακολούθησης και από την άλλη εκδηλώνουν την ανησυχία τους για το βαθμό στον οποίο οι ασθενείς τους συμμορφώνονται στις εντολές τους.

Τελικά, από την μία πλευρά διαπιστώνεται η αδυναμία των ασθενών να ζητήσουν ιατρικές συμβουλές με τον προβλεπόμενο τρόπο και να ακολουθήσουν τις οδηγίες όπως ακριβώς δίνονται. Από την άλλη, οι γιατροί προσδοκούν από ένα «ιδανικό» ασθενή να είναι επαρκώς ενημερωμένος και να χρησιμοποιεί την κρίση του για το πότε είναι απαραίτητο να επισκεφθεί έναν ιατρό. Κα αν τελικά επισκεφθεί τον ιατρό, τότε οφείλει να σεβαστεί την κρίση του επαγγελματία και την ερμηνεία της ασθένειας που εκείνος δίνει (Bradby,2010).

Φαίνεται, λοιπόν, πως οι γιατροί και οι ασθενείς διαφωνούν αναφορικά με τις περιπτώσεις που χρήζουν ιατρικής παρέμβασης και αυτό δεν μπορεί παρά να επηρεάσει την ποιότητα και τη φύση των επαφών τους.

3.2, Θεωρητικές προσεγγίσεις της σχέσης ιατρού-ασθενή

Σε κάθε εποχή η σπουδαιότητα των ανθρώπινων σχέσεων σε όλους τους τομείς της ζωής είναι φανερή. Στην εργασία, στην οικογένεια, στο σχολείο, στην κοινότητα, στους χώρους των νοσηλευτικών ιδρυμάτων κ.λπ. Η αλληλεπίδραση και η επικοινωνία των ανθρώπων μέσα στην κοινωνία είναι εσωτερική ανάγκη. Ο καθένας υπάρχει με τον άλλον, από τον άλλο και για τον άλλον και επιδρά καθοριστικά στο περιβάλλον του. Κατά συνέπεια οι σχέσεις που δημιουργούνται μέσα στους χώρους της υγειονομικής περίθαλψης έχουν ιδιαίτερη σημασία.

Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας συναντούν τους επαγγελματίες υγείας σε πολλά διαφορετικά περιβάλλοντα και για πολλούς λόγους. Παρόλο την ποικιλία των συναντήσεων για την φροντίδα υγείας, η κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας εξετάζει κυρίως εκείνες που λαμβάνουν χώρα ανάμεσα στους ασθενείς και στους γιατρούς. Ίσως επειδή εικονογραφούν ορισμένα σημαντικά στοιχεία των σχέσεων των μοντέρνων κοινωνιών.

Οι επαφές μεταξύ γιατρού και ασθενή έχουν μελετηθεί από τους κοινωνικούς επιστήμονες διεξοδικά καθώς:

- *Η θεραπευτική σχέση θεωρείται μια κοινωνική σχέση*

Από την μια πλευρά, η απόφαση του ασθενή να αναζητήσει βοήθεια δεν εξαρτάται μόνο από την εμφάνιση και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, αλλά και από την πρόσληψη και την ερμηνεία αυτών των συμπτωμάτων από τον ασθενή. Ζητά βοήθεια αφού πρώτα αξιολογήσει την κατάσταση.

Από την άλλη πλευρά, ο γιατρός ανήκει σε μια συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα, η οποία διέπεται από ορισμένους κανόνες. Ανήκει σε ένα κομμάτι της κοινωνίας, το οποίο καθορίζεται όχι μόνο από τα εισοδήματά του αλλά και από την εξουσία που έχει. Με αποτέλεσμα να ενισχύονται οι ευρύτερες κοινωνικές ανισότητες και ιδιαίτερα εκείνες που αφορούν το φύλο, τη φυλή και την κοινωνική τάξη.

- *Η φύση της σχέσης τους παίζει ρόλο στη διάγνωση και στη θεραπεία*

Για παράδειγμα, η ελλιπής ή λανθασμένη παρουσίαση του προβλήματος υγείας στο γιατρό από τον ασθενή, ενδέχεται να δυσκολέψει τον πρώτο στην εξεύρεση του πραγματικού προβλήματος. Ακόμη παρατηρείται συχνά οι επαγγελματίες να παραλείπουν να πάρουν σοβαρά τη γνώμη του ασθενή.

- *Η ποιότητα της μεταξύ τους επαφής καθορίζει την έκβαση των θεραπευτικών αποτελεσμάτων*

Στην έκβαση μπορεί να συμπεριλαμβάνεται ο βαθμός ίασης του ατόμου από μια ασθένεια ή ο βαθμός ικανοποίησής του από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας.

Οι κοινωνιολογικού χαρακτήρα αναλύσεις των αλληλεπιδράσεων μεταξύ ασθενή και επαγγελματία διακρίνονται σε δύο κατηγορίες: α) στις μακρο-θεωρίες, οι οποίες προσδιορίζουν τη θέση της ιατρικής πρακτικής στο σύνολο της κοινωνικής δομής (οι θεωρίες της κοινής συναίνεσης και οι θεωρίες των συγκρούσεων) και β) στις μικρο-θεωρίες οι οποίες εστιάζουν στη δυναμική των ίδιων των αλληλεπιδράσεων (σχέσεις διαπραγμάτευσης) (Nettleton, 2002, Μάντη, Τσελέπη, 2000).

3.2.1, Η σχέση ασθενή-ιατρού ως σχέση κοινής συναίνεσης

Ο Parsons (1951) χρησιμοποίησε τη σχέση γιατρού-ασθενούς για να περιγράψει την έννοια που ο ίδιος έδινε στο κοινωνικό σύστημα. Σύμφωνα με τη θεωρία του, η κοινωνία αποτελείται από κοινωνικούς πρωταγωνιστές, οι οποίοι εκτελούν μια σειρά ρόλων που διευκολύνουν την ομαλή λειτουργία της. Οι ρόλοι του γιατρού και του ασθενή, όπως και οι άλλοι ρόλοι (για παράδειγμα της μητέρας, της συζύγου ή του καθηγητή), είναι συνδεδεμένοι με συγκεκριμένες προσδοκίες και συνεπάγονται υποχρεώσεις και δικαιώματα. Με αυτή την άποψη, οι ιατροί θεραπεύουν τους ασθενείς και το άτομο που ασθενεί αναλαμβάνει τον ρόλο του αρρώστου και προσπαθεί να αναρρώσει. Έτσι ο ρόλος του ασθενή θεωρείται το συμπληρωματικό αντίστοιχο του ρόλου του γιατρού, (Οικονόμου, 2005, Nettleton, 2002, Μάντη, Τσελέπη, 2000).

Βασικό χαρακτηριστικό της προσέγγισης του Parsons είναι ότι υπογραμμίζει την κοινωνική φύση της ασθένειας και των επιπτώσεων της στην κοινωνία. Παρουσιάζει δύο μοντέλα αναφοράς της ασθένειας. Το «μοντέλο ικανότητας», το οποίο προσδιορίζει την ασθένεια από τη θέση της αδυναμίας ενός ατόμου να ασκήσει τους κοινωνικούς του ρόλους. Στο άτομο αποδίδεται ο ρόλος του ασθενή που του επιτρέπει να αναρρώσει χωρίς να υποστεί κυρώσεις. Το δεύτερο μοντέλο αντιμετωπίζει την ασθένεια ως μια «κοινωνική παρέκκλιση» και επισημάνει ότι τα αίτια της ασθένειας δεν είναι πάντα κοινωνικής προέλευσης. Υποστηρίζει ότι είναι πιθανό να υπάρχει μια «ψυχική διάσταση» ή «κίνητρο» πίσω από την ασθένεια, σε απάντηση των κοινωνικών πιέσεων που υφίστανται τα άτομα και την αποφυγή ανάληψης ευθυνών. Ο ρόλος του ασθενή

λειτουργεί ως μέσο άσκησης κοινωνικού ελέγχου, που αποσκοπεί στον περιορισμό του φαινομένου κοινωνικής παρέκκλισης (Οικονόμου, 2005, Annandale, 1998).

Το ενδιαφέρον της κοινωνιολογικής ανάλυσης του Parsons ωστόσο επικεντρώθηκε στη θεραπευτική διαδικασία και στη σχέση γιατρού-ασθενούς. Η σημαντικότερη συμβολή του αναγνωρίζεται η ανάλυση του «ρόλου του αρρώστου» (the sick role), (Bury, 2000).

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον ίδιο μελετητή (Parsons), η λειτουργική διάσταση του «ρόλου του αρρώστου» περικλείει για καθένα από τους δύο πόλους της σχέσης συγκεκριμένες υποχρεώσεις και δικαιώματα. Αναφορικά με τον ορισμό του, από την στιγμή που κάποιος αρρωστήσει, εισέρχεται στον «ρόλο του αρρώστου», ο οποίος θεωρείται προσωρινός και ανεπιθύμητος, υποχρεώνεται να επιστρέψει, σύντομα, σε κατάσταση υγείας. Αυτός ο ρόλος νομιμοποιεί την κατάσταση αδυναμίας και ανικανότητάς του και του επιτρέπει για μια περίοδο να απομακρυνθεί από τις συνηθισμένες του δραστηριότητες και καθήκοντα και να μη θεωρείται υπεύθυνο για την αδυναμία του. Από την άλλη, αυτό το δικαίωμα προϋποθέτει την υποχρέωση του ασθενή να θέλει να αποκαταστήσει την υγεία του, να αναζητήσει ιατρική βοήθεια και φυσικά να συνεργαστεί πλήρως με τον γιατρό. Ο γιατρός από τη μεριά του, αναμένεται ότι θα εφαρμόσει την εξειδικευμένη γνώση και τα προσόντα του για την αποκατάσταση της υγείας των ασθενών. Θα πρέπει να ενεργεί προς όφελος του ασθενή, οφείλει να είναι αντικειμενικός και συναισθηματικά αποστασιοποιημένος και να κινείται μέσα στο πλαίσιο της ιατρικής δεοντολογίας. Σε αντάλλαγμα, ο γιατρός *επιβραβεύεται* από την κοινωνία με τρία δικαιώματα: το δικαίωμα να εξετάζει τον ασθενή σωματικά και συναισθηματικά και να συλλέγει πληροφορίες που αφορούν την προσωπική του ζωή, το δικαίωμα της αυτονομίας στην επαγγελματική του πρακτική και το δικαίωμα να βρίσκεται σε θέση εξουσίας απέναντι στον ασθενή.

Φαίνεται λοιπόν ότι στη θεωρία του Parsons η σχέση γιατρού-ασθενή έχει εξιδανικευτεί ως μια λειτουργική, παρότι άνιση σχέση. Η ανισότητα ανάμεσα στην εξουσιαστική μορφή του ιατρού, ο οποίος παρέχει ειδικευμένη και συγκροτημένη γνώση και στον παθητικό αποδέκτη της περίθαλψης, τον ασθενή, γίνεται κατανοητή ως κοινωνικά λειτουργική. Η έλλειψη τεχνικής γνώσης και ικανότητας από πλευράς του αρρώστου σημαίνει, πάντα σύμφωνα με τον Parsons, ότι υπάρχει ένα «*επικοινωνιακό χάσμα*» ανάμεσα στον άρρωστο και τον γιατρό. Συνέπεια τούτου είναι ότι ενώ οι

επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζονται ως ασθεντίες και βρίσκονται σε θέση ισχύος, οι ασθενείς είναι σε ευάλωτη θέση και απόλυτα εξαρτημένοι από τους πρώτους και οφείλουν να συμμορφώνονται με τις ιατρικές συμβουλές.

Για τον Parsons η ασυμμετρία αυτής της σχέσης δεν είναι προβληματική, καθώς οι γιατροί εξασκώντας την ιατρική σύμφωνα με τρεις κοινωνικές αξίες: της οικουμενικότητας (κάθε άνθρωπος πρέπει να θεραπεύεται ισότιμα), του συλλογικού προσανατολισμού (ο γιατρός ενδιαφέρεται για το συλλογικό συμφέρον) και της συναισθηματικής ουδετερότητας (η ιατρική πρακτική και οι θεραπευτικές αποφάσεις θα πρέπει να βασίζονται σε αντικειμενικά κριτήρια και όχι αξιοκρατικά), παρέχουν βοήθεια, στήριξη και περίθαλψη σε όλους του ασθενείς, ανεξάρτητα από φύλο, ηλικία, εθνικότητα ή κοινωνική τάξη.

Ο Parsons μέσα από τον «ρόλο του αρρώστου», συνέλαβε την σχέση ιατρού-ασθενή ως μια σχέση που χαρακτηρίζεται από αρμονία, συναίνεση και εμπιστοσύνη. Μια από τις κυριότερες κριτικές που προκάλεσε η ανάλυση του αφορούσε την έλλειψη της προοπτικής της κοινωνικής αλλαγής, καθότι περιγράφει την κατάσταση όπως ήταν τη δεκαετία του 1950 και από τότε έχουν αλλάξει πολλά.

Μια άλλη θεωρία που μελετά τη σχέση ασθενή-γιατρού και την αντιμετωπίζει ως σχέση κοινής συναίνεσης, είναι η θεωρία που αναπτύχθηκε από τους Szasz και Hollender (1956). Υποστηρίζουν ότι υπάρχουν τρία διαφορετικά μοντέλα αυτής της σχέσης, τα οποία καθορίζονται ανάλογα με την κατάσταση υγείας του ασθενή και τη θεραπεία που υποδεικνύει ο γιατρός:

α) Ενεργητικότητα-παθητικότητα (activity/passivity): Αυτός ο τύπος ισχύει σε περιπτώσεις όπου ο ασθενής βρίσκεται σε κώμα ή αναισθησία ή έχει υποστεί κάποιο σοβαρό τραύμα και αδυνατεί να συμμετάσχει στην επαφή. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο ασθενής ως παθητικό αντικείμενο δέχεται τις ιατρικές πράξεις από τον ενεργό γιατρό.

β) Κατευθυνόμενη συνεργασία (guidance cooperation): Σε περιπτώσεις όπου η ασθένεια είναι λιγότερο σοβαρή, ο γιατρός συμβουλεύει τον ασθενή τι πρέπει να κάνει και ο ασθενής είναι ικανός να ακολουθήσει τις ιατρικές οδηγίες και να συνεργαστεί.

γ) Κοινή συμμετοχή (mutual participation): Αναφέρεται στις χρόνιες ασθένειες (π.χ. διαβήτη), όπου ο ασθενής συναντά τον γιατρό περιστασιακά και εκείνος τον βοηθά να διαχειριστεί το πρόβλημά του. Επιπλέον η σχέση αυτή μπορεί να διακριθεί και σε άλλες περιοχές, όπως για παράδειγμα, στο πρόβλημα του αλκοολισμού ή του εθισμού στο

κάπνισμα, όπου ο ιατρός συμβουλεύει τον ασθενή για τη σπουδαιότητα της αποχής από τέτοιου είδους συνήθειες, όμως η ευθύνη της επιλογής βαραίνει το ίδιο το άτομο.

Αυτά τα τρία μοντέλα σχέσεων παραλείπουν την περίπτωση ενός τέταρτου πιθανού τύπου σχέσης, στην οποία ο ασθενής είναι ενεργός και καθοδηγεί και ο παθητικός είναι ο γιατρός. Ακόμη δεν αναγνωρίζουν το γεγονός ότι η συνεργασία δεν είναι απαραίτητο να συνδέεται με την σοβαρότητα της κατάστασης και ότι η αυταρχική συμπεριφορά του επαγγελματία μπορεί να παρατηρηθεί σε όλους τους τύπους σχέσεων.

Όπως είδαμε οι προσεγγίσεις της σχέσης ιατρού-ασθενούς ως σχέση κοινής συναίνεσης, υποστηρίζουν ότι οι επαγγελματίες βρίσκονται σε μια θέση υπεροχής και κύρους έναντι του ασθενή, ενώ λαμβάνεται υπόψη η ικανοποίηση των ασθενών και είναι άξια σεβασμού. Όμως πολλοί συγγραφείς επισημαίνουν ότι σε αυτές τις σχέσεις δεν μπορούμε να μιλάμε για ένα κοινό σύστημα αξιών και προσδοκιών και επικεντρώνουν την προσοχή τους στις πιθανές κοινωνικές συγκρούσεις (Bradby, 2010, Σιέρρα, 2010, Bury, 2000, Μάντη, Τσελέπη, 2000).

3.2.2, Η σχέση ασθενή-ιατρού ως σχέση συγκρούσεων

Ο Freidson (1970) είναι ένας από τους συγγραφείς που σκιαγραφεί τη σχέση ασθενή-γιατρού ως «αντίθεση απόψεων» σχετικά με τον τρόπο που αντιλαμβάνονται την ασθένεια τα δύο υποκείμενα (γιατρός/ασθενής).

Για τον Freidson η σύγκρουση αποτελεί δομικό στοιχείο της σύγχρονης φροντίδας υγείας. Ειδικότερα, η σύγκρουση συνιστά βασικό χαρακτηριστικό της σχέσης γιατρού-ασθενούς εξαιτίας των διαφορετικών προτεραιοτήτων και οπτικής των δύο μερών. Ο ιατρός, έχοντας να αντιμετωπίσει τις ανάγκες ενός μεγάλου αριθμού ασθενών, προσπαθεί να βρει μια ισορροπία, έτσι ώστε να μπορέσει να τους εξυπηρετήσει όλους, δρώντας πολλές φορές ενάντια στις επιθυμίες του κάθε ασθενή ξεχωριστά. Επίσης επειδή ενδιαφέρεται για την βελτίωση των υπηρεσιών που προσφέρει, ίσως να προβεί σε ενέργειες που μπορεί να μην έχουν άμεσο αποτέλεσμα για τον ασθενή, αλλά τον βοηθούν να αποκτήσει περισσότερο γνώση. Από την άλλη πλευρά, ο ασθενής ενδιαφέρεται αποκλειστικά για τη δική του περίπτωση και την αποκατάσταση της δικής του υγείας. Είναι πιθανό να προσδιορίσει τη σημαντικότητα της ασθένειας του σύμφωνα με τις δικές του ατομικές αντιλήψεις και έτσι να περιμένει από το γιατρό να

του διαθέσει το μέγιστο χρόνο εξέτασης και να ζητήσει να του παρασχεθεί περίθαλψη με βάση τις δικές του ανάγκες.

Στο θεωρητικό σχήμα του Freidson λοιπόν οι ιατροί και οι ασθενείς βρίσκονται σε κατάσταση διαρκούς σύγκρουσης, με τους δεύτερους να επιθυμούν να κερδίσουν περισσότερα οφέλη από αυτή τη σχέση από όσα οι ιατροί είναι προετοιμασμένοι να δώσουν.

Οι Bloor και Hogobin (1975), εμβαθύνοντας περισσότερο στις συγκρούσεις που μπορεί να εμφανιστούν στη σχέση ιατρού-ασθενούς, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η αιτία όλων βρίσκεται σε δύο αντικρουόμενες υποθέσεις που κάνει ο γιατρός για τη συμπεριφορά του ασθενή. Η πρώτη υπόθεση είναι ότι ο ασθενής θα πρέπει να είναι σωστά ενημερωμένος, ώστε να μπορεί να κρίνει ο ίδιος την σοβαρότητα της ασθένειας του και να ζητήσει ιατρική φροντίδα μόνο όταν είναι απαραίτητο. Από την στιγμή όμως που θα ζητήσει την ιατρική φροντίδα, θα πρέπει να υπακούσει στη γνώμη του ειδικού. Έτσι ο ασθενής βρίσκεται σε αυτό που ονόμασαν «διπλό δεσμό» («double bind»). Ενώ πριν από τη μεταξύ τους επαφή ο γιατρός περιμένει από τον ιδανικό ασθενή να είναι σε θέση να διακρίνει μεταξύ σοβαρών και μη ασθενειών, μπορεί να εμφανιστούν συγκρούσεις όταν ο ασθενής δεν δείχνει σεβασμό στο γιατρό, παρά το γεγονός ότι αναμένεται να υπακούσει.

Διάφορες μελέτες που έχουν διενεργηθεί κατά καιρούς, έχουν αναδείξει ότι ενώ οι ασθενείς αποφεύγουν να εμπλακούν σε μια ανοιχτή σύγκρουση με το γιατρό, δεν αποδέχονται παθητικά τις απόψεις και τις οδηγίες του (Bradby, 2010, Μάντη, Τσελέπη, 2000).

3.2.3, Η σχέση ασθενή-ιατρού ως σχέση διαπραγμάτευσης

Οι κοινωνιολογικές μελέτες της σχέσης ασθενή-ιατρού που χρησιμοποιούν μικρο-θεωρίες δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στα χαρακτηριστικά γνωρίσματα και στη δυναμική της «πρόσωπο με πρόσωπο» επαφής, ανάμεσα στα δύο μέρη. Συγκεκριμένα, με βάση το χώρο στον οποίο λαμβάνει χώρα η συνάντηση, την ανάλυση των προφορικών συνδιαλέξεων μεταξύ γιατρών –ασθενών, υπογραμμίζουν τους τρόπους με τους οποίους οι συμμετέχοντες παρουσιάζουν τον εαυτό τους και τις στρατηγικές που ακολουθούν προκειμένου να επηρεάσουν με ωφέλιμο τρόπο (ο καθένας για τον εαυτό του) το αποτέλεσμα της συνάντησης.

Η σχέση ασθενή-γιατρού παρά το γεγονός ότι είναι άνιση, σκιαγραφείται ως μια μορφή διαπραγμάτευσης. Αν και δεν μπορούμε να πούμε ότι και τα δύο μέρη συμμετέχουν ισότιμα, επειδή, ενώ ο ασθενής έχει την ευκαιρία να διαπραγματευτεί, ο γιατρός έχει μεγαλύτερη εξουσία και χρησιμοποιώντας διάφορες τεχνικές μπορεί να την οριοθετήσει, (Μάντη, Τσελέπη, 2000).

Στην πραγματικότητα γίνεται κατανοητό ότι τα μοντέλα που χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν την πολύπλοκη σχέση ιατρού-ασθενούς δεν είναι εφικτό να εφαρμοστούν από όλους τους κλάδους της ιατρικής. Κάθε μοντέλο αναδεικνύει μια διαφορετική διάσταση της σχέσης και του τρόπου που τελικά επιτυγχάνεται η ισορροπία στα συμφέροντα των ιατρών και σε εκείνα των ασθενών.

3.3, Χαρακτηριστικά της συνάντησης ιατρού-ασθενούς

Στο πλαίσιο της γενικής ιατρικής πράξης και ιατρικής συμβουλευτικής, εντοπίζονται στρατηγικές, δηλαδή της προσπάθειας να κατευθυνθούν και να ελεγχθούν οι ιατρικές επισκέψεις στην πορεία ενός επιθυμητού αποτελέσματος. Συνεπώς το αποτέλεσμα μιας ιατρικής εξέτασης δεν εξαρτάται μόνο από τη φύση του ιατρικού προβλήματος του ασθενούς, αλλά και από τη φύση της διαπραγμάτευσης. Αυτό φυσικά δεν σημαίνει απαραίτητα ότι είτε ο γιατρός είτε ο ασθενής θα καταφέρουν να πετύχουν τον σκοπό τους.

Συγκεκριμένα:

- *Η παρουσίαση του προβλήματος στο γιατρό*

Μια από τις ανησυχίες του ασθενή τόσο πριν όσο και κατά τη διάρκεια της συνάντησης είναι το τι θα πει στο γιατρό. Προσπαθώντας να πετύχει το καλύτερο αποτέλεσμα, αρχικά, επιχειρεί να ερμηνεύσει τα συμπτώματά του και να τα εκθέσει στο γιατρό. Αυτή η ερμηνεία ουσιαστικά είναι μια προσπάθεια αυτοδιάγνωσης και προσανατολισμού του γιατρού στη σωστή κατεύθυνση, παρόλο που ότι φαίνεται σημαντικό για εκείνον μπορεί να μην είναι το ίδιο σημαντικό και για το γιατρό, ο οποίος αναζητά άλλους παραμέτρους που δεν έχουν αναφερθεί από τον ασθενή.

Άλλοτε πάλι ο ασθενής επιλέγει να μην παρουσιάσει από την αρχή της συνάντησης όλες τις πληροφορίες, καθώς δεν είναι σίγουρος για το ποιες είναι σχετικές με το πρόβλημά του. Επίσης, μπορεί να αποκρύψει πληροφορίες που ίσως το φέρουν σε δύσκολη θέση, για παράδειγμα, μπορεί να μην αποκαλύψει ότι δεν ακολούθησε τις

οδηγίες του γιατρού. Αλλά και ο γιατρός επιλέγει ορισμένες φορές να μην παρουσιάσει όλες τις πληροφορίες στον ασθενή.

Τέλος είναι περιπτώσεις που ο ασθενής προσπαθεί με διάφορους τρόπους να πείσει το γιατρό να αποδεχτεί τις δικές του θέσεις, όταν δεν είναι ικανοποιημένος από την ερμηνεία που δίνει ο γιατρός για τα συμπτώματά του.

- *Η πειθώ*

Οι ασθενείς επιδιώκοντας να οδηγήσουν τον γιατρό σε μια επιθυμητή για τους ίδιους απόφαση, παρουσιάζουν τις πληροφορίες με συγκεκριμένο τρόπο ή προτείνουν οι ίδιοι μια λύση, με σκοπό να επηρεάσουν την απόφαση του γιατρού. Από την άλλη πλευρά, οι γιατροί για να πείσουν τους ασθενείς τους ότι η λύση που τους προτείνουν είναι η ενδεδειγμένη, χρησιμοποιούν διάφορες μεθόδους, για παράδειγμα, να τους προειδοποιήσουν για τις πιθανές αρνητικές επιπτώσεις που μπορεί να υπάρξουν σε περίπτωση που δεν υπακούσουν στις συμβουλές τους.

- *Η μη λεκτική συμπεριφορά*

Κατά τη διάρκεια της επαφής του ασθενή με τον γιατρό, η μη λεκτική επικοινωνία αποτελεί σημαντικό παράγοντα επιρροής του αριθμού πληροφοριών που ανταλλάσσονται και της ικανοποίησης των δυο πλευρών. Διάφορες μελέτες έχουν αποδείξει ότι οι αντιδράσεις του γιατρού, όπως το να συμβουλευέται συνεχώς τις σημειώσεις του ή να μην κοιτάζει τον ασθενή απευθείας στα μάτια, μπορεί να θεωρηθούν ένδειξη έλλειψης ενδιαφέροντος και ο ασθενής να μη μείνει ικανοποιημένος από την συνάντηση, (Μάντη, Τσελέπη, 2000).

3.4, Τα προβλήματα επικοινωνίας στη σχέση ασθενή-ιατρού

Μέχρι τη δεκαετία του 1970, βασικά κριτήρια για την κρίση της επιστημονικής ικανότητας του επαγγελματία αποτελούσαν η γνώση της ιατρικής τεχνικής, της φυσικής εξέτασης και της επίλυσης ιατρικών ζητημάτων. Σταδιακά ωστόσο άρχισε να γίνεται αντιληπτή η σημασία της επικοινωνίας στην εδραίωση μιας λειτουργικής και αποτελεσματικής σχέσης γιατρού-ασθενή. Σήμερα, η διεθνής επιστημονική κοινότητα αναγνωρίζει την επικοινωνιακή ικανότητα του γιατρού ως απαραίτητη κλινική δεξιότητα, καθώς θεωρείται σημαντική για την συγκέντρωση πληροφοριών, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την εκπαίδευση του ασθενή και τις αλληλοεπιδράσεις της ομάδα υγείας.

Η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ του ασθενή και του γιατρού στοχεύει στην ανάπτυξη μιας καλής διαπροσωπικής σχέσης, στη μεταβίβαση πληροφοριών και την λήψη αποφάσεων για την ασθένεια και τη θεραπευτική μέθοδο.

Η βελτίωση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων των γιατρών κρίνεται απαραίτητη σε κάθε επίπεδο παροχής φροντίδας υγείας, λόγω της σημαντικότητας του λειτουργικού ρόλου τους στη θεραπευτική σχέση. Οι γιατροί που διαθέτουν επικοινωνιακές δεξιότητες αντιλαμβάνονται ταχύτερα και πιο έγκυρα το πρόβλημα του ασθενή, παρέχουν καλύτερη ψυχολογική υποστήριξη και μεγαλύτερη ικανοποίηση στους ασθενείς και ταυτόχρονα προάγουν την εμπιστοσύνη και την υγεία και οι ίδιοι βιώνουν λιγότερη εργασιακή ένταση και μεγαλύτερη επαγγελματική ικανοποίηση (Λιονής & συν., 2011).

Όμως διάφορες μελέτες δείχνουν ότι ένας από τους σημαντικότερους λόγους δυσαρέσκειας των ασθενών από την παροχή ιατρικής φροντίδας είναι η μη αποτελεσματική επικοινωνία και ειδικά, ο αριθμός και η φύση των πληροφοριών που λαμβάνουν από τον γιατρό τους, παρά οποιοδήποτε άλλο σημείο της θεραπείας τους. Οι παράγοντες που προκαλούν προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ του γιατρού και του ασθενή είναι:

- *Οι επαγγελματικές στάσεις*

Παρά το γεγονός ότι αρκετοί γιατροί πιστεύουν ότι διαθέτουν τον απαραίτητο χρόνο για να εξηγήσουν στον ασθενή θέματα σχετικά με τη διάγνωση, την αιτιολογία, τη θεραπεία και την πρόγνωση μιας αρρώστιας, έρευνες που αφορούν τις επαγγελματικές στάσεις και πρακτικές αποδεικνύουν ότι διαφέρει σημαντικά ο βαθμός στον οποίο οι γιατροί είναι διατεθειμένοι να παραχωρήσουν πληροφορίες κατά περίπτωση. Αναφέρονται τύποι γιατρών που παρέχουν ελάχιστη πληροφόρηση, καθώς θέλουν να τονίσουν την εξέχουσα επαγγελματική θέση τους και έχουν την ανάγκη για άμεσο έλεγχο της συνάντησης με τον ασθενή.

Επίσης, άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι πολλοί γιατροί υιοθετούν ένα συγκεκριμένο τύπο συνέντευξης με τον ασθενή, ο οποίος δεν προάγει την επικοινωνία και έχει τα εξής χαρακτηριστικά: αποτελεσματικές ερωτήσεις, μέτρια ευαισθησία απέναντι στον πόνο και στα προβλήματα του ασθενή και μικρή διαφοροποίηση από ασθενή σε ασθενή. Ο γιατρός συνήθως ρωτάει και ο ασθενής απαντάει, έχοντας τον απόλυτο έλεγχο της συζήτησης. Με αυτόν τον τρόπο όμως αγνοούν πληροφορίες που δεν σχετίζονται

άμεσα με τα συμπτώματα, ασχολούνται μόνο με τα στοιχεία που θα τους οδηγήσουν στη διάγνωση, ενώ δείχνουν ελάχιστη σημασία στις απόψεις και στα συναισθήματα των ασθενών. Δηλαδή δε λαμβάνουν υπόψη την οπτική του ασθενούς, παρότι εκείνος είναι που βιώνει την εμπειρία της ασθένειας και κατά συνέπεια γνωρίζει καλύτερα την κατάστασή του.

Η απροθυμία των ιατρών να λάβουν σοβαρά υπόψη τους τις μαρτυρίες ή προσεγγίσεις που δίνουν οι ίδιοι οι ασθενείς για τις παθήσεις τους, περιγράφεται εύστοχα από ιατρούς που ασθένησαν και διαπίστωσαν ότι, αν και οι ίδιοι έμπειροι ειδικοί, η γνώμη τους δε λαμβανόταν υπόψη.

- *Το πρόβλημα της αβεβαιότητας*

Σημειώνεται ότι μερικοί τομείς της ιατρικής πρακτικής αντιμετωπίζουν σημαντικά προβλήματα αβεβαιότητας στη διάγνωση, στην πρόγνωση και στη θεραπεία. Η αιτιολογία χρόνιων παθήσεων (π.χ. καρκίνος) δεν είναι ακόμη κατανοητή και η πρόγνωσή τους δεν είναι δυνατό να καθοριστεί με ακρίβεια, καθώς η πορεία της νόσου και η τελική έκβασή της εξαρτώνται από πολλούς παράγοντες. Οι επιλογές του γιατρού είτε να ενημερώσει τον ασθενή για την έλλειψη βεβαιότητας, είτε να αποκρύψει πληροφορίες παρατείνοντας την αγωνία του, ενέχουν τον κίνδυνο αμφισβήτησης της ιατρικής αξιοπιστίας και εξουσίας του. Είναι φορές πάλι που ενώ γνωρίζει την πορεία μιας ασθένειας ή την έκβαση της θεραπείας, εξακολουθεί να μην ενημερώνει τον πάσχοντα, παρατείνοντας την αβεβαιότητά του, επειδή αυτή η παράταση βοηθά στο να ελαχιστοποιεί τον χρόνο, την προσπάθεια και την συναισθηματική δυσκολία που περιλαμβάνει η ανακοίνωση δυσάρεστων νέων.

- *Ταξικά εμπόδια επικοινωνίας*

Οι διαφορετικές κοινωνικές τάξεις από τις οποίες προέρχονται ο γιατρός και ο ασθενής, αποτελεί πολλές φορές την αιτία της χαμηλού επιπέδου επικοινωνίας. Έχει παρατηρηθεί ότι τα άτομα που ανήκουν σε χαμηλές κοινωνικές τάξεις, όπως και μέλη εθνικών μειονοτήτων παρερμηνεύουν τους όρους που χρησιμοποιούν οι επαγγελματίες υγείας. Επίσης, οι ταξικές διαφορές καθορίζουν τη φύση και την ποιότητα της συνάντησής τους, (Bradby, 2010, Μάντη, Τσελέπη, 2000).

3.5, Οι προκλήσεις και η συνεργασία

Η σχέση ιατρού-ασθενή είναι μια ιδιαίτερη διαπροσωπική σχέση, η οποία διαμορφώνεται πολιτισμικά και κοινωνικά. Πρόκειται ωστόσο για μια σχέση που συνοδεύεται από συναισθηματική φόρτιση, αφού καλείται να αντιμετωπίσει ζητήματα ευαίσθητης σημασίας.

Μια ενδιαφέρουσα περιγραφή της ιατρικής επίσκεψης δόθηκε από τον Tuckett και τους συνεργάτες του (1985). Περιγράφηκε ως «συνάντηση μεταξύ ειδικών», όπου οι γιατροί και οι ασθενείς καλούνται να συμμετάσχουν, μεταφέροντες τις διαφορετικές αντιλήψεις τους και εμπειρίες τους. Από τη μια μεριά λοιπόν είναι ο γιατρός/ο ειδικός που είναι επιστημονικά καταρτισμένος και εξειδικευμένος. Από την άλλη μεριά, όμως, ο ασθενής ορίζει διαφορετικά για το τι είναι ασθένεια, έχει συγκεκριμένες προσδοκίες και ένα τρόπο ζωής που εάν δεν γίνουν σεβαστά, κάθε θεραπευτική προσέγγιση θα έχει αυξημένες πιθανότητες να αποτύχει.

Ο ασθενής επισκέπτεται το γιατρό γεμάτος ερωτήματα, προβληματισμούς και ανησυχίες, αναζητώντας στο πρόσωπο του γιατρού ανακούφιση και κατανόηση. Το είδος της συναισθηματικής ανταλλαγής που αναπτύσσεται μεταξύ τους, οριοθετείται και εξελίσσεται από την πρώτη στιγμή της επαφής. Οι συναισθηματικές ανταποκρίσεις που προκαλούνται στη μία ή στην άλλη πλευρά (επιφυλακτικότητα, φόβος, καχυποψία), δημιουργούν τις προϋποθέσεις της επικοινωνίας. Και ενώ ο ασθενής αναζητά εκείνο που έχει ανάγκη, ο γιατρός αντιμετωπίζεται ως ειδικός. Ωστόσο από την πλευρά του, πάλι, ο ασθενής είναι σε θέση να εκφράσει τις επιθυμίες του ως προς το περιεχόμενο της συζήτησης και της εξέλιξης της επίσκεψης και να υποδείξει άμεσα ή έμμεσα την κριτική του. Ενώ από τη μεριά του ο γιατρός δεν είναι εύκολο σε όλες τις περιπτώσεις να διακρίνει για το τι χρειάζεται ο ασθενής, με αποτέλεσμα την αδυναμία παροχής ικανοποιητικής βοήθειας.

Υπό αυτές τις συνθήκες η συνειδητοποίηση του περιεχομένου της συναισθηματικής ανταλλαγής, που αναπτύσσεται μεταξύ των μελών κατά τη διάρκεια της συνάντησης και η κατανόηση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών που φέρουν οι συμμετέχοντες, αποτελούν απαραίτητο στοιχείο αναγνώρισης της κατάστασης, όσο αφορά την αιτιολογία, τη διάγνωση, την πρόγνωση και την επιλογή κατάλληλης θεραπείας της υποκείμενης νόσου. Για πολλούς, αυτή η συνεργασία είναι η βάση για την ανάπτυξη μιας επιτυχημένης σχέσης ιατρού-ασθενή.

Σε σύγκριση με τα παραπάνω μελέτες φανερώνουν ότι στην πραγματικότητα, η σύγκλιση των απόψεων ιατρών και ασθενών κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας δεν είναι εύκολο να επιτευχθεί. Καθώς και οι δύο πλευρές αντιμετωπίζουν τα ιατρικά ζητήματα σύμφωνα με τη δική τους οπτική. Οι ασθενείς φαίνεται να ανησυχούν για την πληροφόρηση/ ενημέρωση που διεκδικούν και δε λαμβάνουν, για την συμπεριφορά των ιατρών και για την αβεβαιότητα της πορείας της κατάστασής τους. Οι ιατροί φαίνεται να ανησυχούν για θέματα που σχετίζονται με: τον περιορισμένο χρόνο, την έλλειψη προσωπικού και εκπαίδευσης, τη συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπευτική αγωγή και τον έλεγχο της πληροφόρησης και την απουσία ικανοποιητικών αμοιβών και αναγνώρισης (Τσιμτσίου, 2008, Κουτσοσίμου, 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Νέα δεδομένα στη σχέση ιατρού-ασθενή

Οι σημερινές συνθήκες άσκησης της ιατρικής διακρίνονται από νέα χαρακτηριστικά που μεταλλάσσουν τις σχέσεις μεταξύ των γιατρών και των ασθενών. Το νέο μοντέλο σχέσης δίνει έμφαση στην αυτονομία του ασθενούς και προωθεί την συνεργασία και τη συμμετοχή των ενδιαφερομένων. Μια σειρά παραγόντων συνετέλεσαν σε αυτή την μεταλλαγή.

Μία από τις σημαντικές αλλαγές που έχουν επηρεάσει τις σχέσεις ασθενών-γιατρών αφορά τη φύση των ασθενειών. Η αύξηση των χρόνιων ασθενειών, οι οποίες ουσιαστικά παραμένουν χωρίς θεραπεία, οδήγησαν την ιατρική κοινότητα να παραδεχθεί τα όρια της επιστήμης της και να αναγνωρίσει τη σημασία παροχής φροντίδας και κοινωνικής στήριξης και να δώσει μεγαλύτερη βαρύτητα στις απόψεις των ασθενών. Και οι χρόνια πάσχοντες από την πλευρά τους μαθαίνουν να ζουν με την ασθένειά τους και αποκτούν γνώσεις για την καθημερινή διαχείριση της και έτσι ενισχύεται ο ρόλος τους στη θεραπευτική πρακτική.

Ένα άλλο γεγονός που έχει επηρεάσει τη μεταξύ τους σχέση είναι η αυξανόμενη πρόσβαση στην ιατρική γνώση ολόένα και περισσότερων απλών πολιτών (μη επιστημονικών), μέσω του διαδικτύου και των ομάδων αυτοβοήθειας. Η γνώση αυτή περιλαμβάνει και την περισσότερη ενημέρωση και στους παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία τους και έτσι οι άνθρωποι επωμίζονται την ευθύνη της διατήρησης της υγείας τους. Όλα αυτά έχουν διαμορφώσει τη σχέση τους έτσι ώστε να χαρακτηρίζεται από αμοιβαία συμμετοχή και να επιτρέπεται στους πολίτες να ελέγχουν μόνοι τους τη ζωή τους.

Τέλος, ένας ακόμη λόγος των αλλαγών στις σχέσεις ιατρών-ασθενών είναι το έντονο καταναλωτικό ενδιαφέρον για πρόσβαση σε προϊόντα και υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Έτσι οι ασθενείς μπορούν να δρουν σαν «εκλεκτικοί καταναλωτές». Ο καταναλωτισμός σε θέματα υγείας μπορεί να αφορά μεταξύ άλλων: τη μεγιστοποίηση της επιλογής του ασθενή, τη παροχή ικανοποιητικής ενημέρωσης, τη βελτίωση του επιπέδου των υγειονομικών υπηρεσιών, τη δυνατότητα και την ενθάρρυνση των καταναλωτών να εκφράζουν τις απόψεις και τα παράπονά τους.

Οι σχέσεις ιατρών και ασθενών διαπιστώνεται ότι βρίσκονται σε μια μεταβατική περίοδο και μάλιστα ενδέχεται να συντελεστούν αλλαγές, λόγω της αυξανόμενης

χρήσης της τεχνολογίας στην ιατρική πρακτική και της έμφασης που δίνεται για την προαγωγή του συλλογικού επιπέδου υγείας και όχι μεμονωμένων ατόμων, (Μάντη, Τσελέπη, 2000).

ΕΜΠΕΙΡΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ

1.1 Σχέση θεωρίας και έρευνας: η διαπλοκή θεωρίας, εμπειρικών δεδομένων και μεθόδων

Σκοπός της έρευνας είναι η ερμηνεία και η κατανόηση των κοινωνικών φαινομένων. Στο πλαίσιο της, οι θεωρίες που προτείνονται για την εξήγηση των κοινωνικών φαινομένων αντιπαραβάλλονται με τα εμπειρικά δεδομένα στοχεύοντας στην ανάπτυξη της γνώσης. Στην ουσία, δηλαδή, η έρευνα είναι ένας συνεχής διάλογος ιδεών και στοιχείων. Η μορφή που ο διάλογος προσλαμβάνει καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από τις μεθόδους και τις τεχνικές που εφαρμόζονται.

Η θεωρία αποτελεί το πλαίσιο για τη συστηματική ερμηνεία των εμπειρικών δεδομένων, καθώς αναφέρεται στη μορφή που μπορεί να προσλάβει το κοινωνικό φαινόμενο, επεξηγεί τους λόγους για τους οποίους εμφανίζεται και τις συνθήκες υπό τις οποίες υπάρχει. Έτσι λοιπόν προκαθορισμένες ιδέες για το υπό έρευνα ζήτημα προσφέρουν τα εργαλεία για την ανάλυση και την ερμηνεία των στοιχείων, ενώ τα αποτελέσματα της ανάλυσης αυτής συντελούν στην εκ νέου διαμόρφωση των αρχικών ιδεών.

Στις ερευνητικές πρακτικές, η διαπλοκή θεωρητικού και εμπειρικού επιπέδου συνήθως επιτυγχάνεται με δυο εναλλακτικές μεθόδους: α) τα δεδομένα αντιπαρατίθενται με την προκαθορισμένη θεωρία με σκοπό την επιβεβαίωση της θεωρίας αυτής – ποσοτική έρευνα και β) τα δεδομένα αποτελούν τη βάση για την ανάπτυξη της θεωρίας – ποιοτική έρευνα.

Ποσοτική έρευνα: η έρευνα προϋποθέτει την ύπαρξη συγκεκριμένης θεωρίας, από την οποία συνάγονται συγκεκριμένες υποθέσεις που τίθενται σε έλεγχο με τα στοιχεία της έρευνας. Έχει σταθερή δομή, ο σχεδιασμός της επιδέχεται ελάχιστες αλλαγές, εφόσον η έρευνα έχει ξεκινήσει, ενώ επιτρέπει τη σύνδεση δυο ή περισσότερων χαρακτηριστικών για μεγάλο αριθμό περιπτώσεων, αναδεικνύοντας τις γενικές τάσεις που εμφανίζονται στο δείγμα.

Ποιοτική έρευνα: η έρευνα εδώ στοχεύει στην ανάπτυξη της θεωρίας, έχει ευέλικτη δομή που επιτρέπει τη διαμόρφωση των θεμάτων καθώς εξελίσσεται, αλλαγές στα ερωτήματα που τίθενται και στο δείγμα που χρησιμοποιείται, καθώς και στον τρόπο συλλογής των δεδομένων. Κύριο χαρακτηριστικό της είναι ότι βασίζεται σε συγκριτικά

μικρότερο αριθμό περιπτώσεων με στόχο όχι την εύρεση γενικών τάσεων, αλλά τη διαμόρφωση ολικής εικόνα για κάθε περίπτωση και την ανακάλυψη κοινών τους σημείων (Κυριαζή, 2002).

Η παρούσα εργασία αποτελεί μια ποιοτική κοινωνική έρευνα της διερεύνησης της σχέσης ιατρών και ασθενών.

1.2 Σκοπός Έρευνας

Μια από τις πιο σημαντικές σχέσεις που δημιουργούνται στη ζωή μας είναι εκείνη με το γιατρό ή τους γιατρούς μας. Είναι μια σχέση με έντονα θεραπευτικό χαρακτήρα και η επίδρασή της είναι πολυδιάστατη και πολυεπίπεδη.

Ο ασθενής και ο γιατρός συνδέονται και λειτουργούν τις περισσότερες φορές κάτω από αντίξοες συνθήκες. Ο ασθενής κάτω από το βάρος της αρρώστιας και του πόνου. Ο γιατρός κάτω από την πίεση της ευθύνης να καλύψει τις ανάγκες του ασθενούς και να διαχειριστεί το πρόβλημά του, ώστε να πάψει να είναι πρόβλημα. Αμφότεροι έχουν εκ των πραγμάτων, έναν άχαρο ρόλο και καλούνται να ξεπεράσουν δυσκολίες συναισθηματικής και όχι μόνο, φύσεως. Μπορεί να συνεργαστούν για το αποτέλεσμα, μπορεί και όχι. Σε κάθε περίπτωση και οι δύο υφαίνου τη σχέση που τους συνδέει με προσωπικές στιγμές, συναισθήματα, διαφορετικές ιδέες, αλλά και πολλές ελπίδες και προσδοκίες.

Ο κύριος σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της θεραπευτικής σχέσης ιατρού και ασθενούς και αν στην πραγματικότητα μπορεί να αποτελέσει ουσιαστικό παράγοντα επιτυχίας της θεραπείας.

1.3 Η διεξαγωγή της έρευνας

1.3.1, Ο πληθυσμός μελέτης

Ο πληθυσμός μελέτης της έρευνας απαρτίζεται από ιατρούς και ασθενείς. Η επιλογή του δείγματος έγινε με απλή τυχαία δειγματοληψία.

Η απλή τυχαία δειγματοληψία είναι ίσως η πιο γνωστή και η πιο ιδανική μέθοδος που εφαρμόζεται για την επιλογή αντιπροσωπευτικού δείγματος όταν ο πληθυσμός μελέτης είναι μικρός. Η επιλογή των μονάδων του δείγματος γίνεται τυχαία με χρήση πίνακα τυχαίων αριθμών ή ηλεκτρονικού υπολογιστή, έτσι ώστε κάθε στατιστική μονάδα του πληθυσμού που μελετούμε να έχει την ίδια πιθανότητα συμπερίληψης στο δείγμα (Κυριαζή, 2002).

Για την παρούσα μελέτη κατεγράφησαν ονόματα επαγγελματιών και ασθενών από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον της ερευνήτριας και στη συνέχεια καταχωρήθηκαν σε ηλεκτρονικό υπολογιστή και το δείγμα επιλέχτηκε με τυχαίο τρόπο.

Ιατροί

Το δείγμα μελέτης των ιατρών αποτέλεσαν έξι άτομα. Οι συμμετέχοντες προέρχονται από το δημόσιο και το ιδιωτικό χώρο υπηρεσιών υγείας και φροντίδας. Επίσης μελετήθηκε περίπτωση από τον ευαίσθητο χώρο της ψυχικής υγείας.

Όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώνονταν για τους σκοπούς της έρευνας στην αρχή των συνεντεύξεων και καλούνταν να λάβουν μέρος ανώνυμα και προαιρετικά.

Ασθενείς

Το δείγμα της μελέτης των ασθενών ανέρχεται στα έξι άτομα. Κατά το σχεδιασμό της μελέτης τέθηκε ο στόχος να ληφθεί αντιπροσωπευτικό δείγμα από κλινικές, όπως ογκολογική, παθολογική και καρδιολογική. Επιπλέον η επιλογή των ασθενών που έλαβαν μέρος στην έρευνα έγινε σύμφωνα με ορισμένα κριτήρια.

Κριτήρια συμμετοχής:

- Οι συμμετέχοντες έπρεπε να έχουν συμπληρώσει το 18ο έτος ηλικίας
- Να επιθυμούν/αποδέχονται να λάβουν μέρος στην έρευνα, μετά την ενημέρωσή τους για τους λόγους που διεξάγεται.

- Να μην έχουν εισαχθεί στο νοσοκομείο την ημέρα της συνέντευξης και ούτε να είχαν πρόσφατα νοσηλευτεί, προκειμένου οι απόψεις τους να έχουν την ελάχιστη πιθανή επίδραση της νοσηλείας τους.
- Η κλινική αλλά και η ψυχική/διανοητική τους κατάσταση να τους επιτρέπει να συμμετάσχουν στην συνέντευξη.

Η ανωνυμία των συνεντευξιαζόμενων ήταν απαραίτητη προϋπόθεση.

1.3.2, Η μέθοδος συλλογής των στοιχείων

Η συλλογή των δεδομένων έγινε με προγραμματισμένες συνεντεύξεις. Στο σχέδιο της συνέντευξης συμπεριλήφθη ερωτηματολόγιο, το οποίο χρησιμοποιήθηκε ως οδηγός συζήτησης. Για την καλύτερη δυνατή διερεύνηση των θεμάτων επιλέχθηκαν ερωτήσεις ανοιχτού τύπου, οι οποίες έδωσαν στους συμμετέχοντες την ευκαιρία της ελεύθερης και σε βάθος διατύπωσης των απόψεων τους, των στάσεων τους και των εμπειριών τους (Κυριαζή, 2002). Η καταγραφή των δεδομένων έγινε με τη χρήση μαγνητοφώνου. Τέλος, τα πεδία και το περιεχόμενο μελέτης βασίστηκαν στην ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας.

Για τη διερεύνηση των χαρακτηριστικών και συμπεριφορών που αποδίδονται στη θεραπευτική σχέση από γιατρούς και ασθενείς και της αντιπαράθεσης των επι μέρους διαστάσεων της σχέσης που οι δυο πλευρές (γιατροί και ασθενείς) σκιαγραφούν, κατασκευάστηκαν δυο ερωτηματολόγια. Επιπρόσθετα, για καλύτερα ερευνητικά αποτελέσματα, στα ερωτηματολόγια συμπεριλήφθησαν και κοινές ερωτήσεις.

Ερωτηματολόγιο ιατρών

Το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου των ιατρών αποσκοπούσε:

- α) την εξέταση των χαρακτηριστικών της θεραπευτικής σχέσης που αποδίδονται από τους γιατρούς,
- β) την περιγραφή της σχέσης τους με τους ασθενείς τους,
- γ) την καταγραφή παραγόντων που θεωρούν ότι την επηρεάζουν/διαμορφώνουν και
- δ) την εκτίμησή τους για το πότε θεωρούν ότι είναι επιτυχής (Παράρτημα 1).

Ερωτηματολόγιο ασθενών

Το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου των ασθενών αποσκοπούσε:

- α) την εξέταση των χαρακτηριστικών της θεραπευτικής σχέσης που αποδίδονται από τους ασθενείς,

- β) την παρουσίαση των προσδοκιών τους από το θεράποντά τους και
- γ) την εκτίμηση τους για το πότε θεωρούν ότι η σχέση είναι επιτυχής (Παράρτημα 2).

Η έρευνα διεξήχθη σε διάστημα δύο μηνών και κατά τη διάρκεια ολοκλήρωσης της παρουσιάστηκαν διάφορες δυσκολίες. Προβλήματα υπήρξαν στον τρόπο προσέγγισης των πληθυσμών μελέτης. Οι συνεντεύξεις με τους γιατρούς λάμβαναν χώρα στο εργασιακό τους περιβάλλον, έτσι ο χρόνος συζήτησης σε κάποιες περιπτώσεις δεν ήταν ιδιαίτερα ικανοποιητικός. Έπειτα οι ασθενείς, στην αρχή των συνεντεύξεων έδειχναν επιφυλακτικοί απέναντι στη διαδικασία, καθώς αναφέρονταν σε ένα σοβαρό και ευαίσθητο προσωπικό τους ζήτημα.

1.4 Ανάλυση αποτελεσμάτων

Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκαν δυο διαφορετικοί πληθυσμοί. Τα αποτελέσματα κάθε ομάδας συμμετεχόντων επιλέχθηκε να παρουσιαστούν ανά ενότητα, προκειμένου να σχολιαστούν αποδοτικότερα.

1.4.1, Ιατροί

Δημογραφικά χαρακτηριστικά ιατρών. Στην έρευνα έλαβαν μέρος έξι επαγγελματίες. Από τους οποίους οι δύο ήταν γυναίκες και οι τέσσερις άνδρες. Οι ηλικίες των οποίων κυμαίνονται μεταξύ 39-58 και την προϋπηρεσία τους να μοιράζεται σε δύο πόλους: στους νέους επαγγελματίες με έτη ασκήσεως επαγγέλματος κάτω των 15 ετών και στους παλαιότερους, των οποίων η προϋπηρεσία ξεπερνά τα 20 έτη και σε μια περίπτωση τα 30 έτη. Σχετικά με το εργασιακό τους περιβάλλον, οι πέντε είτε έχουν εργαστεί είτε συνεχίζουν να εργάζονται σε δημόσιο νοσοκομειακό περιβάλλον και όλοι οι συμμετέχοντες απασχολούνται και στον ιδιωτικό τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας (διατηρούν ιδιωτικά ιατρεία). Πρόκειται για τις εξής ειδικότητες:

- Ένας ωτορινολαρυγγολόγος
- Ένας γενικός παθολόγος
- Ένας ενδοκρινολόγος
- Μία ειδικός πνευμονολόγος
- Ένας ειδικός παθολόγος-ογκολόγος
- Μία ψυχίατρος

Η χρονική στιγμή της εξέλιξης και διαμόρφωσης της θεραπευτικής σχέσης. Αρχικά οι επαγγελματίες ερωτήθηκαν από ποια χρονική στιγμή της επαφής τους με τον ασθενή θεωρούν ότι διαμορφώνεται και εξελίσσεται η θεραπευτική τους σχέση.

Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες δήλωσαν ότι η θεραπευτική σχέση διαμορφώνεται από την πρώτη διαπροσωπική επαφή, παρόλο που αναγνωρίζουν την ιδιαιτερότητα της πρώτης επαφής/συνάντησης.

Ειδικότερα, κάποιιοι δήλωσαν:

«Με την πρώτη επαφή, με το που θα μιλήσεις με τον άλλον. Αν και η πρώτη επαφή με τον άρρωστο είναι πάντα δύσκολη, καθώς ο ένας προσπαθεί να γνωρίσει τον άλλον και αυτό χρειάζεται χρόνο».

Ωτορινολαρυγγολόγος, 58 ετών ,34 χρόνια ασκήσεως επαγγέλματος.

«Από την πρώτη προσωπική επαφή και της λήψης ιατρικού ιστορικού του ασθενούς».

Ενδοκρινολόγος, 58 ετών ,22 χρόνια ασκήσεως επαγγέλματος.

Ωστόσο ενδιαφέρον παρουσιάζει η απάντηση ενός επαγγελματία σχετικά με την πρώτη επαφή.

«Εξαιτίας της ιδιαιτερότητας της ειδικότητάς μου η θεραπευτική σχέση εξελίσσεται μετά τη δεύτερη ή τρίτη συνάντηση. Στην πρώτη επαφή τα αισθήματα είναι πάντα έντονα και μπερδεμένα».

Ψυχίατρος, 56 ετών, 22 χρόνια ασκήσεως επαγγέλματος.

Οι λόγοι της παθογένειας της σχέσης ιατρού-ασθενούς. Οι επαγγελματίες έδωσαν διάφορες εξηγήσεις για τους λόγους που οι ασθενείς νιώθουν δυσαρεστημένοι από τη σχέση τους με το γιατρό τους. Αναφέρθηκαν σε παράγοντες όπως: ο περιορισμένος χρόνος, ο φόρτος εργασίας, οι διαφορετικές αντιλήψεις για τη θεραπευτική σχέση και οι διαφορετικές προτεραιότητες των δυο εμπλεκόμενων μερών. Επίσης υπογράμμισαν και τη σπουδαιότητα της ψυχολογικής κατάστασης του ατόμου, που έρχεται σε επαφή με την αρρώστια και τον καθιστά ευάλωτο.

Ενδεικτικά:

«Ο γιατρός δεν διαθέτει τον απαραίτητο χρόνο για να ακούσει τον ασθενή».

Ογκολόγος, 55 ετών, 23 χρόνια ασκήσεως επαγγέλματος.

«Πρωταρχικός στόχος του γιατρού είναι η ίαση του ατόμου, ενώ ο ασθενής ζητά περισσότερα από τη σχέση του με το θεράποντα».

Γενικός παθολόγος, 42 ετών, 14 έτη ασκήσεως επαγγέλματος.

«Η ασθένεια από μόνη της σαν γεγονός είναι δυσάρεστη. Ο ασθενής χάνει τον έλεγχο του σώματος του και πρέπει να αφηθεί στα χέρια κάποιου άλλου. Φοβάται και θέλει αποτελέσματα. Τον ενοχλεί που είναι άρρωστος και θέλει να το διορθώσει».

Ωτορινολαρυγγολόγος, 58 ετών ,34 χρόνια ασκήσεως επαγγέλματος.

Αξιοσημείωτη είναι η δήλωση ενός συνεντευξιαζόμενου που υποστηρίζει ότι στον ιδιωτικό τομέα δεν παρουσιάζονται συχνά τέτοια φαινόμενα.

«Στον ιδιωτικό τομέα η επιλογή του γιατρού ανήκει στην κρίση του ασθενούς. Έτσι ο γιατρός προσπαθεί να καλύψει όλες τις ανάγκες του ασθενούς και να μην φερθεί αντιεπαγγελματικά, ώστε να μην χάσει τον πελάτη του».

Ενδοκρινολόγος, 58 ετών ,22 χρόνια ασκήσεως επαγγέλματος.

Επικοινωνιακές δεξιότητες. Όλοι οι ιατροί υπογράμμισαν το ρόλο και τη σημασία των επικοινωνιακών δεξιοτήτων στην ανάπτυξη καλής συνεργασίας και επικοινωνίας με τον ασθενή. Ορισμένοι ανέφεραν σχετικά:

«Είναι απαραίτητο ο γιατρός να έχει επικοινωνιακές ικανότητες, έτσι μπορεί να πλησιάσει καλύτερα τον ασθενή».

Ειδικός πνευμονολόγος, 39 ετών, 10 χρόνια ασκήσεως επαγγέλματος.

«Είναι σημαντικό να μπορεί να πει την αλήθεια με τέτοιο τρόπο στον άλλον, που εκείνος απλά να τον πιστεύει».

Ωτορινολαρυγγολόγος, 58 ετών, 34 χρόνια ασκήσεως επαγγέλματος.

Η αυτονομία του ασθενούς και ο κίνδυνος αμφισβήτησης του ρόλου του «ειδικού». Η πλειοψηφία των ιατρών δήλωσε την αντίθεσή του στην πληροφόρηση του κοινού από πηγές όπως, για παράδειγμα το internet, σημειώνοντας δε ότι δεν είναι αρκετά αξιόπιστες. Ταυτόχρονα, όμως, δεν αντιμετωπίζει την αυτονομία του ασθενούς ως αμφισβήτηση του ρόλου της, παρά μόνο σε ελάχιστες περιπτώσεις.

Ειδικότερα:

«Οι πληροφορίες που δίνονται σε αυτά τα μέσα δεν είναι πάντα σωστές. Περιπλέκει τη σχέση, καθώς ένα μεγάλο κομμάτι της θεραπείας στηρίζεται στην εμπιστοσύνη».

Ψυχίατρος, 56 ετών, 22 χρόνια ασκήσεως επαγγέλματος.

«Η ημιμάθεια είναι χειρότερη από την αμάθεια. Οι πληροφορίες αυτές είναι επιφανειακές και ίσως τους οδηγήσουν σε λάθος δρόμο, δεν τους καθιστά γνώστες. Δεν νιώθω ότι αμφισβητείται ο ρόλος μου, εξάλλου η γνώση είναι δικαίωμα του ασθενούς».

Ενδοκρινολόγος, 58 ετών, 22 χρόνια ασκήσεως επαγγέλματος.

«Δυσκολεύει την κατάσταση. Ο γιατρός σήμερα δεν αντιμετωπίζεται όπως παλιότερα και αμφισβητείται εύκολα. Όταν ο ασθενής έχει αντίθετη γνώμη για την περίπτωσή του, δύσκολα θα υπακούσει στις ιατρικές οδηγίες».

Ειδικός πνευμονολόγος, 39 ετών, 10 χρόνια ασκήσεως επαγγέλματος.

Ειλικρίνεια στη σχέση ιατρού-ασθενούς. Όλοι οι επαγγελματίες αναγνωρίζουν το γεγονός ότι η θεραπευτική σχέση είναι μια σχέση εμπιστοσύνης και ότι ο γιατρός οφείλει να ενημερώνει τον πάσχοντα για όλα. Ωστόσο ορισμένοι λόγω ειδικότητας, ογκολόγος και ψυχίατρος, έδειξαν περισσότερο ευαισθητοποιημένοι όταν πρόκειται να ανακοινώσουν δυσάρεστα νέα σε ένα ασθενή τους για την εξέλιξη της κατάστασής του.

Χαρακτηριστικά:

«Διστάζω όταν πρέπει να αναφέρω κάτι δυσάρεστο. Είμαι ειλικρινής γιατί το οφείλω στους ασθενείς μου, οι οποίοι με εμπιστεύονται, όμως ο τρόπος που θα ανακοινώσω κάτι άσχημο σχετίζεται με την προσωπικότητα του άλλου και πόσα είναι σε θέση να ακούσει και κυρίως να δεχτεί».

Ογκολόγος, 55 ετών, 23 χρόνια ασκήσεως επαγγέλματος.

«Πάντα είμαι ειλικρινής, αλλά εξαρτάται και από το περιστατικό. Όταν πρόκειται για εισαγγελική εντολή και η διάγνωση μου οδηγήσει το άτομο στη φυλακή, δεν μπορείς να του πεις με απλό τρόπο ότι θα φυλακιστεί, θέλει μεγάλη προσοχή».

Ψυχίατρος, 56 ετών, 22 χρόνια ασκήσεως επαγγέλματος.

«Στην ανακοίνωση των αποτελεσμάτων λαμβάνεται σοβαρά υπόψη η ψυχολογία του ασθενούς».

Γενικός παθολόγος, 42 ετών, 14 έτη ασκήσεως επαγγέλματος.

Προσέγγιση ασθενών. Σε γενικές γραμμές παρατηρήθηκε μια θετική τάση σε ότι αφορά τη διαφορετική αντιμετώπιση και προσέγγιση των ασθενών. Όλοι οι γιατροί φανέρωσαν ότι είναι αδύνατο να αντιμετωπίσουν όλους τους ασθενείς τους το ίδιο. Σημαντικό ρόλο σε αυτό παίζουν: το πρόβλημα υγείας, η ηλικία και η προσωπικότητα των ατόμων.

Ειδικότερα,

«Σαν δουλεία θα το αντιμετωπίσεις το ίδιο, όμως όχι και σαν προσωπικότητες. Διαφορετικά θα πλησιάσεις ένα παιδί από έναν ενήλικα ή ένα υπερήλικα. Έπειτα δεν προέρχονται όλοι από την ίδια κοινωνική θέση και ούτε έχουν το ίδιο πνευματικό επίπεδο».

Οτορινολαρυγγολόγος, 58 ετών, 34 χρόνια ασκήσεως επαγγέλματος.

Οριοθέτηση της σχέσης ιατρού και ασθενή. Όλοι οι συμμετέχοντες συμφώνησαν ότι η σχέση ιατρού-ασθενή πρέπει να οριοθετείται. Κάποιοι, παρόλα αυτά, δήλωσαν ότι είναι αδύνατο να μην επηρεαστούν από τον ανθρώπινο πόνο, ενώ αντίθετα άλλοι τόνισαν τη αξία των ορίων και ότι τους βοηθά να παραμείνουν αντικειμενικοί κατά τη διάρκεια της εξέτασης.

Αναφορικά δήλωσαν,

«Τα όρια μπαίνουν από μόνα τους. Πάντα ο γιατρός εμπλέκεται συναισθηματικά, αλλά μαθαίνει να το ελέγχει προς όφελος του ασθενούς για να μην νιώσει ότι παραμελείται και ότι καλείται να φροντίσει εκείνος το γιατρό».

Ογκολόγος, 55 ετών, 23 χρόνια ασκήσεως επαγγέλματος.

«Πρέπει να υπάρχουν όρια, διαφορετικά υπάρχει κίνδυνος ο γιατρός να παρεξηγηθεί. Δεν μπορείς βέβαια να μην συμμετέχεις. Πώς να το αποφύγεις όταν έχεις απέναντι σου έναν άνθρωπο να υποφέρει»;

Ωτορινολαρυγγολόγος, 58 ετών, 34 χρόνια ασκήσεως επαγγέλματος.

Χαρακτηριστική μια διαφορετική περίπτωση:

«Εργάζομαι και σε επαρχιακή πόλη. Εκεί οι σχέσεις είναι φιλικές. Αυτό όμως δεν με εμποδίζει στο να κάνω σωστή διάγνωση».

Ειδικός πνευμονολόγος, 39 ετών, 10 χρόνια ασκήσεως επαγγέλματος.

Προβληματική θεραπευτική σχέση. Από την ανάλυση των απαντήσεων προέκυψαν δύο κατηγορίες: στην πρώτη κατηγορία ανήκει η πλειοψηφία των ιατρών, που δήλωσαν ότι την ευθύνη την έχουν και τα δυο μέρη εφόσον πρόκειται για μια κοινωνική σχέση. Στη δεύτερη κατηγορία ανήκουν οι ιατροί που δήλωσαν κατηγορηματικά ότι την ευθύνη την φέρουν αποκλειστικά οι επαγγελματίες. Συγκεκριμένα:

«Βασικά ευθύνεται ο γιατρός. Είμαι πάντα με το μέρος του πάσχοντα, εκείνος δεν ξέρει να δώσει λύσεις σε αντίθεση με το γιατρό που ξέρει τι συμβαίνει».

Ωτορινολαρυγγολόγος, 58 ετών, 34 χρόνια ασκήσεως επαγγέλματος.

Πρόβλημα επικοινωνίας και θεραπευτικό αποτέλεσμα. Όλοι σχεδόν οι γιατροί ανέφεραν τις αρνητικές επιπτώσεις μιας κακής επικοινωνίας στο θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Ενδεικτικά:

«Ναι, η κακή επικοινωνία θα αλλοιώσει το αποτέλεσμα, γιατί αν δεν τον πείσω δεν θα κάνει αυτά που πρέπει για την ίαση του».

Γενικός παθολόγος, 42 ετών, 14 έτη ασκήσεως επαγγέλματος.

«Σαφώς και επηρεάζει το αποτέλεσμα, για αυτό και στην ειδικότητα μου είμαστε πιο ευέλικτοι και ο πελάτης παραπέμπεται σε άλλον συνάδελφο».

Ψυχίατρος, 56 ετών, 22 χρόνια ασκήσεως επαγγέλματος.

Χαρακτηριστικά μιας αποτελεσματικής θεραπευτικής σχέσης. Τα σημαντικότερα χαρακτηριστικά που ανέφεραν περισσότερο στις απαντήσεις τους οι επαγγελματίες είναι τα εξής:

α) η εμπιστοσύνη και η ειλικρίνεια,

β) η κατανόηση,

- γ) ο σεβασμός στην ιδιαιτερότητα του κάθε αρρώστου,
- δ) ο διαθέσιμος χρόνος,
- ε) η εύκολη πρόσβαση και
- στ) η συνέπεια του ασθενή στις συμβουλές του ιατρού.

Επιτυχημένη σχέση ιατρού-ασθενούς. Οι ιατροί που έλαβαν μέρος στην έρευνα, εξέφρασαν τη γνώμη ότι η προαναφερόμενη σχέση θεωρείται επιτυχής, όταν οικοδομηθεί ως σχέση **εμπιστοσύνης** και αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπευτικής διαδικασίας.

Χαρακτηριστικά,

«Το δέσιμο γιατρού-ασθενούς είναι σημαντικό. Ο γιατρός αν αγαπάει τη δουρεία του και θέλει να την κάνει καλά, τότε αγαπάει και τους ασθενείς. Ο ασθενής με τη σειρά του να μη τον βλέπει ως εχθρό του, να τον εμπιστεύεται».

Ωτορινολαρυγγολόγος, 58 ετών ,34 χρόνια ασκήσεως επαγγέλματος.

1.4.2, Ασθενείς

Δημογραφικά χαρακτηριστικά ασθενών. Στην έρευνα συμμετείχαν έξι ασθενείς. Από τους οποίους οι τρεις είναι γυναίκες και οι τρεις άνδρες. Με τις ηλικίες τους να κυμαίνονται ανάμεσα σε δυο κλίμακες μέτρησης, από 33-38 και από 52-60. Προσεγγίστηκαν ασθενείς από διαφορετικές κλινικές και με προβλήματα υγείας που η διάρκεια τους ξεπερνά το ένα έτος και φτάνει ακόμη και στα 21 έτη.

Περιγραφή των ασθενών, της νόσου και της διάρκειας της:

- Ασθενής 1:Γυναίκα, 33 χρονών, κόμβιο φωνητικών χορδών [ωτορινολαρυγγολογίας και ογκολογικής κλινικής], 20 μήνες.
- Ασθενής 2: Γυναίκα, 36 χρονών, χρόνιο βρογχικό αλλεργικό άσθμα [πνευμονολογική κλινική], 21 έτη.
- Ασθενής 3:Γυναίκα, 38 χρονών, ειριδοκυκλήτιδα [οφθαλμολογική κλινική], 3,5 έτη.
- Ασθενής 4: Άνδρας, 37 χρονών, ca ρινοφάρυγγα (κακοήθεια) [ογκολογική κλινική], 4 έτη.
- Ασθενής 5: Άνδρας, 52 χρονών, στεφανιαία νόσο [καρδιολογική/χειρουργική κλινική], 2 έτη.
- Ασθενής 6: Άνδρας, 60 χρονών, υπέρταση [παθολογική κλινική], 11 έτη.

Στην συνέχεια για μεγαλύτερη διευκόλυνση θα χρησιμοποιούνται μόνο οι όροι ασθενής 1, ασθενής 2 κ.τ.λ., όπως αναφέρονται λίγο παραπάνω.

Η χρονική στιγμή της εξέλιξης και διαμόρφωσης της θεραπευτικής σχέσης. Στην αρχή των συνεντεύξεων οι ασθενείς ερωτήθηκαν από ποια χρονική στιγμή της επαφής τους θεωρούν ότι η σχέση τους με τον γιατρό τους εξελίσσεται και διαμορφώνεται.

Για τους περισσότερους από τους συνεντευξιζόμενους φαίνεται πως η πρώτη επαφή, διαπροσωπική επαφή, διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στον προσδιορισμό της θεραπευτικής σχέσης.

Ενδεικτικά:

«Από την πρώτη στιγμή. Ο τρόπος που θα με υποδεχτεί και θα με πλησιάσει για μένα είναι σημαντικός».

Ασθενής 4, 37 χρονών.

Αντίθετα σε δυο περιπτώσεις τα άτομα παραδέχονται ότι χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να οριοθετήσουν την σχέση τους με το γιατρό τους.

«Χρειάζομαι χρόνο. Την πρώτη φορά πηγαίνω συναισθηματικά φορτισμένος, επειδή αγωνιώ για το τι θα μου πει».

Ασθενής 6, 60 χρονών.

«Τουλάχιστον μετά από 3-4 επισκέψεις. Είμαι δύσκολος άνθρωπος και συνήθως είμαι καχύποπτη, εξαιτίας άσχημων εμπειριών».

Ασθενής 3, 38 ετών.

Η αναγνώριση και κατανόηση των συναισθημάτων. Όλοι οι συμμετέχοντες παραδέχτηκαν πως είναι σημαντικό για εκείνους ο επιστήμονας να κατανοεί και να λαμβάνει υπόψη την ιδιαίτερη συναισθηματική τους κατάσταση κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας.

Χαρακτηριστικά:

«Φυσικά, νιώθω πιο ήρεμα και περισσότερο κοντά μου τον γιατρό και ότι τελικά είναι ένα πρόσωπο που δεν αγνοεί τους όποιους φόβους μου, προβληματισμούς ή δισταγμούς μου και έτσι θέλει πραγματικά να με βοηθήσει, να με κάνει καλά».

Ασθενής 5, 52 χρονών.

Απόκρυψη πληροφοριών από το θεράποντα γιατρό. Η πλειοψηφία των ασθενών δήλωσε πως θεωρεί ουσιαστικό παράγοντα, για τη σωστή διάγνωση και κατά συνέπεια για την επιλογή της κατάλληλης θεραπείας, την πλήρη ενημέρωση του ιατρού για το

ιστορικό τους και τα συμπτώματά τους και δίνουν όλες τις πληροφορίες που θεωρούν ότι σχετίζονται με την κατάσταση τους.

Ειδικότερα, δήλωσαν:

«Ότι πρέπει να πω σχετικά με την κατάσταση μου, το λέω».

Ασθενής 1, 33 χρονών.

«Θέλω να είμαι ξεκάθαρη απέναντί του για να μπορέσει να με βοηθήσει. Έπειτα κάτι που σε εμένα φαίνεται ασήμαντο, ίσως για τον γιατρό να είναι σημαντικό. Έτσι λοιπόν επιλέγω να μη του αποκρύπτω τίποτα».

Ασθενής 3, 38 ετών.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι δηλώσεις ορισμένων ασθενών, οι οποίοι παραδέχτηκαν ότι απέκρυψαν πληροφορίες λόγω άγνοιας και του φόβου να αναλάβουν την ευθύνη των ενεργειών τους. Συγκεκριμένα:

«Άθελα μου δεν έχω αναφέρει πληροφορίες, επειδή έκρινα πως ήταν άσχετες με την περίπτωση για την οποία επισκέφτηκα το γιατρό».

Ασθενής 2, 36 χρονών.

«Έχει συμβεί να μην πω όλη την αλήθεια. Δεν ήθελα να αποκαλύψω συμπτώματα από το φόβο ότι ίσως προκλήθηκαν επειδή δεν είχα ακολουθήσει κατά γράμμα τις οδηγίες του γιατρού».

Ασθενής 4, 37 χρονών.

Η ενεργός συμμετοχή του ασθενή στη θεραπεία. Όλοι οι ασθενείς ανέφεραν την ανάγκη της πλήρους ενημέρωσής τους για την κατάσταση της υγείας τους και της πορείας εξέλιξης της θεραπευτικής μεθόδου. Υπογράμμισαν ότι χρειάζονται τις πληροφορίες για να κατανοήσουν καλύτερα τη φύση της ασθένειάς τους, να εκτιμήσουν την κατάστασή τους και να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικότερα το πρόβλημά τους. Σημειώνεται δε πιο έντονη επιθυμία συμμετοχής στη θεραπευτική διαδικασία από τους νεότερους σε ηλικία ασθενείς, τονίζοντας ότι στην ουσία εκείνοι ζουν με την ασθένεια και είναι καθήκον του γιατρού η ενημέρωσή τους.

Ειδικότερα:

«Είναι απαραίτητο. Θέλω να τα ξέρω όλα, γιατί στο κάτω-κάτω αφορούν εμένα. Δε θέλω να αποφασίζουν οι άλλοι για εμένα, έχω το δικαίωμα να συμμετέχω κι εγώ. Διαφορετικά θα υπάρξει πρόβλημα εμπιστοσύνης».

Ασθενής 1, 33 χρονών.

«Πιστεύω πως ναι. Η ενημέρωση του ασθενή και εν συνεχεία η συναίνεση του για την διενέργεια οποιασδήποτε ιατρικής πράξης, πρώτα από όλα δηλώνει ότι ο γιατρός σέβεται τον ασθενή και ενδιαφέρεται για τη γνώμη του. Και να μην ξεχνάμε τη πιθανότητα ιατρικού λάθους, όχι φυσικά ότι εγώ θα υποδείξω στο θεράποντα πώς να κάνει τη δουλεία του, όμως θέλω να ξέρω τα πάντα».

Ασθενής 4, 37 χρονών.

Παραβίαση ορίων. Όλοι σχεδόν οι ασθενείς απήντησαν αρνητικά στην περίπτωση να έχουν ποτέ με την συμπεριφορά τους ξεπεράσει τα όρια στη σχέση με το γιατρό τους, απαιτώντας περισσότερο χρόνο ή προσοχή.

Μια σχετική δήλωση:

«Δεν μου έχει συμβεί κάτι τέτοιο. Δεν μου αρέσει να του επιβάλλομαι και προσπαθώ η συμπεριφορά μου να μην είναι επιθετική ή προκλητική προς εκείνον».

Ασθενής 2, 36 χρονών.

Οι προσδοκίες των ασθενών. Σε γενικές γραμμές οι συμμετέχοντες εξέφρασαν τις ίδιες προσδοκίες. Υπογράμμισαν την ανάγκη ανθρωπιστικής προσέγγισης από μέρους του γιατρού, να ενθαρρύνει την ανάπτυξη σχέσεων συνεργασίας και επικοινωνίας, να τους δίνει γρήγορες απαντήσεις στις απορίες και να έχουν γρήγορη πρόσβαση. Τέλος, πάνω από όλα τους ενδιαφέρει ο γιατρός να είναι σωστός επαγγελματίας.

Οριοθέτηση της σχέσης ιατρού και ασθενή. Σε γενικές γραμμές όλοι οι ασθενείς σημείωσαν τη σημασία της οριοθέτησης της σχέσης ιατρού και ασθενούς και της συναισθηματικής ουδετερότητας του επαγγελματία.

Ειδικότερα:

«Ο γιατρός οφείλει να είναι αντικειμενικός και να διατηρεί τις ισορροπίες».

Ασθενής 5, 52 χρονών.

«Η σχέση με το γιατρό είναι από τη φύση της δύσκολη και πιστεύω η φιλική της διάσταση θα την κάνει περισσότερο πολύπλοκη. Μπορώ να δεχτώ το γεγονός ότι δεν γίνεται να μην επηρεαστεί από τον ανθρώπινο πόνο, όμως πρέπει να παραμείνει ουδέτερος και ψύχραιμος για να βοηθήσει αυτόν που τον χρειάζεται».

Ασθενής 6, 60 χρονών.

Προβληματική θεραπευτική σχέση. Όλα τα άτομα επισήμαναν το γεγονός πως η θεραπευτική σχέση είναι μια κοινωνική σχέση. Άρα φέρει τα χαρακτηριστικά μιας

τέτοιας σχέσης, που σημαίνει όταν αυτή η σχέση είναι προβληματική την ευθύνη την έχουν και τα δυο δρώντα υποκείμενα (ιατρός, ασθενής).

Πρόβλημα επικοινωνίας και θεραπευτικό αποτέλεσμα. Στις απαντήσεις των συνεντευξιαζόμενων σημειώθηκε μια θετική τάση σε ότι αφορά το πρόβλημα επικοινωνίας και της αλλοίωσης του θεραπευτικού αποτελέσματος. Δηλαδή οι ασθενείς πιστεύουν πως η δημιουργία χάσματος επικοινωνίας μεταξύ τους, με όποιο τρόπο, τις περισσότερες φορές, αν όχι πάντα, θα έχει αρνητικές συνέπειες για την έκβαση της ασθένειας τους.

Ενδεικτικά:

«Πιστεύω πως ναι. Γιατί αν ο γιατρός δεν καταφέρει να μου αποσπάσει τις απαραίτητες πληροφορίες, δεν θα κάνει και σωστή διάγνωση και αν εγώ δεν κατανοήσω αυτά που μου λέει ή δεν με πείσει, δεν θα καταφέρω να συμμορφωθώ/ακολουθήσω στις οδηγίες του».

Ασθενής 1, 33 χρονών.

Χαρακτηριστικά μιας αποτελεσματικής θεραπευτικής σχέσης. Τα κυριότερα χαρακτηριστικά που περιγράφηκαν από τους ασθενείς, αναφέρονται στη συνέχεια με βάση τη συχνότητα εμφάνισης τους στις απαντήσεις τους και είναι τα εξής:

- α) η εμπιστοσύνη και η ειλικρίνεια,
- β) η συνεργασία ασθενή-ιατρού,
- γ) ο γιατρός να τους ακούει και να τους παρέχει τις απαραίτητες εξηγήσεις,
- δ) να τους δίνει το χρόνο που χρειάζονται για να ολοκληρώσουν τη συνάντησή τους και να μπορούν να τον προσεγγίσουν χωρίς χρονοβόρες διαδικασίες και
- ε) η ασφάλεια.

Επιτυχημένη σχέση ιατρού -ασθενούς. Οι ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη εκτιμούν πως η σχέση ιατρού και ασθενούς είναι επιτυχής, όταν πληρούνται τα χαρακτηριστικά που προαναφέρθηκαν, είναι αποτελεσματική και κυρίως οριοθετείται και από τα δυο μέρη ως σχέση **εμπιστοσύνης** και **συνεργασίας**.

*«Σημαντικό για μένα είναι ο γιατρός να μου αφήνει **περιθώρια** να εκφράσω τις απόψεις μου, να συμμετέχω ενεργητικά στη θεραπεία μου σαν κεντρικό πρόσωπο της ομάδας και να είναι ειλικρινής πάνω από όλα».*

Ασθενής 4, 37 χρονών.

1.5 Συμπεράσματα

Δεδομένου ότι η θεραπευτική σχέση ιατρού και ασθενούς είναι τελείως ιδιόρρυθμη, με συναισθηματική φόρτιση, χωρίς να υπακούει σε καμία λογική, μπορεί να γίνει κατανοητή, όπως διαπιστώνεται από την ανάλυση των αποτελεσμάτων, υπό το πρίσμα του κοινωνικού και πολιτιστικού πλαισίου που διαδραματίζεται.

Ο τρόπος που ορίζεται η θεραπευτική σχέση και τα χαρακτηριστικά που της αποδίδονται από τους γιατρούς, καθορίζονται σε μέγιστο βαθμό από την ειδικότητα, τα έτη ασκήσεως επαγγέλματος και το εργασιακό περιβάλλον των συμμετεχόντων.

Οι νεότεροι επαγγελματίες φαίνεται να είναι λιγότερο προετοιμασμένοι όταν πρέπει να αντιμετωπίσουν έναν *ενημερωμένο* ασθενή. Αισθάνονται περισσότερο ότι αμφισβητείται και ακυρώνεται ο ρόλος τους ως *ειδικοί*, αρνούνται να παραχωρήσουν την εξουσία τους και έχουν έντονη ανάγκη να ελέγχουν και να κατευθύνουν τη θεραπευτική διαδικασία. Το γεγονός αυτό πιθανότητα να οφείλεται στην έλλειψη εμπειρίας και στην επίδραση της αντίληψης που αποκτούν κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής τους ότι πλέον ανήκουν σε μια «ομάδα προνομιούχων», μια αίσθηση που μπορεί γρήγορα να τους οδηγεί στην «απομόνωση».

Οι παράγοντες που ενοχοποιούνται περισσότερο από τους ιατρούς για τη δημιουργία μιας προβληματικής σχέσης είναι: ο περιορισμένος χρόνος, η δυσκολία πρόσβασης και οι διαφορετικές αντιλήψεις και προτεραιότητες των δυο εμπλεκόμενων μερών, καθώς οι γιατροί σαφώς επικεντρώνονται στην κάλυψη του τεχνικού/ιατρικού τομέα, ενώ οι ασθενείς ενδιαφέρονται πρωτίστως για το ανθρωπιστικό. Επιπλέον επισημαίνεται και η ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς, ο οποίος καλείται να αντιμετωπίσει μια δυσάρεστη για αυτόν κατάσταση. Πάντως προβληματισμό μόνο μπορεί να προκαλέσει η αντίληψη ότι στον ιδιωτικό τομέα υπηρεσιών υγείας δεν συναντώνται συχνά φαινόμενα δυσαρέσκειας και ότι η θεραπευτική σχέση είναι περισσότερο ικανοποιητική και αποτελεσματική, από ότι η θεραπευτική σχέση που αναπτύσσεται σε ένα δημόσιο νοσοκομειακό περιβάλλον.

Ενθαρρυντική είναι η διαπίστωση ότι όλοι οι γιατροί αποδέχονται τη σπουδαιότητα της επικοινωνίας στη θεραπευτική σχέση, καθότι παραδέχονται πως ακόμα και αν η διάγνωση και η θεραπεία έχουν πραγματοποιηθεί με ιδανικό τρόπο, ένα πρόβλημα επικοινωνίας αρκεί να αλλοιώσει το θεραπευτικό αποτέλεσμα. Έτσι λοιπόν η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας για την απόκτηση κατάλληλων επικοινωνιακών

δεξιοτήτων κρίνεται απαραίτητη προϋπόθεση, αφού τους παρέχει τη δυνατότητα να κατανοήσουν και να προσεγγίσουν τον ασθενή, χωρίς να εστιάζουν μόνο στην ιατρική πληροφορία και να παρέχουν ιατρική φροντίδα ανταποκρινόμενη στις ανάγκες των ασθενών.

Την ίδια αίσθηση προκαλεί και το συμπέρασμα ότι οι επαγγελματίες θεωρούν βασικά συστατικά της ανάπτυξης σχέσεων συνεργασίας με τους ασθενείς τους την ειλικρίνεια, την εμπιστοσύνη και την κατανόηση.

Από την άλλη πλευρά, ο ορισμός που δίνεται στη θεραπευτική σχέση και τα χαρακτηριστικά που της προσδίδουν οι ασθενείς, προσδιορίζονται από τη φύση της ασθένειας και την ηλικία των συμμετεχόντων.

Τα συναισθήματα φόβου, αμηχανίας, καχυποψίας πιθανότατα να δημιουργήσουν εμπόδια στη σχέση ιατρού και ασθενούς, από την πρώτη διαπροσωπική επαφή. Ακόμη και η απόκρυψη πληροφοριών από μέρος του ασθενή για τα συμπτώματα του επιδρά όχι μόνο αρνητικά στη θεραπευτική σχέση, αφού παρεμποδίζει την επικοινωνία, αλλά παραπλανώντας το γιατρό μπορεί να έχει δυσάρεστες συνέπειες για την πορεία της υγείας του. Οι λόγοι που ένας ασθενής αποκρύπτει πληροφορίες από το θεράποντα του είναι συνήθως: α) άθελα του να μην αναφέρει πληροφορίες, επειδή κρίνει ότι είναι ασήμαντες ή άσχετες με την συγκεκριμένη πάθηση για την οποία επισκέπτεται το γιατρό, β) να μην αποκαλύψει πληροφορίες σχετικά με την τήρηση των ιατρικών συμβουλών, δηλαδή με τη συμμόρφωση του με τη θεραπεία, γ) να μην εκμυστηρευτεί πληροφορίες λόγω έλλειψης εμπιστοσύνης στο γιατρό εξαιτίας προηγούμενης εμπειρίας ιατρικού λάθους και δ) από φόβο να μην αναφέρει συμπτώματα εάν θεωρεί ότι προκλήθηκαν από δική του επικίνδυνη συμπεριφορά.

Η πρόθεση παραβίασης των ορίων της σχέσης στο υπό μελέτη δείγμα ασθενών βρέθηκε σε χαμηλό επίπεδο. Αυτό σημαίνει πως οι ασθενείς κατανοούν και σέβονται τους κανόνες της επαφής μεταξύ ιατρών και ασθενών. Ωστόσο η παραβίαση των ορίων μπορεί να εκδηλωθεί από τον ασθενή με τη μορφή απαίτησης περισσότερου χρόνου ή προσοχής από τον ιατρό. Στην περίπτωση αυτή είναι πιθανόν η προοπτική της ίασης για εκείνον να είναι λιγότερο επιτακτική σε σχέση με κάποια άλλη επιδίωξη του, όπως, για παράδειγμα η απελευθέρωση του από τους περιορισμούς της θεραπευτικής αγωγής ή η ανάγκη του να αναζητά συνεχώς την προσοχή των άλλων.

Από την καταγραφή των αντιλήψεων των ασθενών, διαπιστώθηκε πως για αυτούς η έγκυρη και ολοκληρωμένη πληροφόρηση αποτελεί σημαντικό αίτημα κατά την αλληλεπίδραση τους με τον ιατρό και στους νεότερους ασθενείς δε ακολουθείται από υψηλά ποσοστά επιθυμίας για εμπλοκή στη λήψη των θεραπευτικών αποφάσεων. Το γεγονός αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι οι νεότεροι ανταποκρίνονται πιο γρήγορα στις αλλαγές που συντελούνται στη θεραπευτική σχέση, μπορούν να αναζητήσουν ισχυρότερο δίκτυο κοινωνικής στήριξης και ίσως είναι λιγότερο απογοητευμένοι από τη σχέση τους με το θεράποντά τους.

Οι προσδοκίες των ασθενών αποκαλύπτουν πάνω από όλα την ανάγκη τους για την ανθρωπιστική προσέγγισή τους από τους ιατρούς και την εξατομικευμένη αντιμετώπιση τους, κατά τις εκάστοτε ανάγκες τους, σε κάθε ιατρική επίσκεψη.

Διαφαίνεται πως για τους ασθενείς η θεραπευτική σχέση είναι επιτυχής όταν η συνεργασία και εμπιστοσύνη τους δεν υπαγορεύονται, ούτε επιβάλλονται μέσα από θεωρητικούς κανόνες, κανονισμούς και διατάξεις, αλλά κερδίζονται από την συμπεριφορά του επαγγελματία που αφήνει τέτοια περιθώρια στον ασθενή. Μέσα σε αυτά τα περιθώρια/ πλαίσια ο ασθενής εκφράζει τη γνώμη του, αισθάνεται ότι τον υπολογίζουν και μαθαίνει να διαχειρίζεται πιο αποτελεσματικά τη νόσο του.

Οι αντιλήψεις των δυο ομάδων μελέτης συγκλίνουν στο σημείο της αναγνώρισης της ανάγκης για την επικράτηση μιας ιατρικής προσέγγισης με επίκεντρο τις ανάγκες του ασθενή, μέσω της ανάπτυξης σχέσεων που στηρίζονται στη αμοιβαία εμπιστοσύνη, ειλικρίνεια, συνεργασία και αλληλοσεβασμό.

Πλέον για να δρομολογηθεί η διαδικασία της θεραπείας του ασθενούς δίνεται απόλυτη προτεραιότητα στην ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης και συνεργασίας. Και να μεν οι ασθενείς με τις ποικίλες ασθένειες μπορεί να υποστούν δυσάρεστες δοκιμασίες, π.χ. εγχειρήσεις, μπορούν να ξεπεράσουν τις δυσκολίες, αν ο γιατρός δημιουργήσει τις κατάλληλες συνθήκες μέσα στις οποίες ο ασθενής προσωπικά ενσωματώνεται και συμμετέχει στην αναγνώριση των προβλημάτων του, στον προγραμματισμό της νοσηλείας του και στην εκτίμηση των αποτελεσμάτων της φροντίδας του.

Δεν υπάρχει καμία αμφιβολία ότι η καλλιέργεια γνήσιων σχέσεων μεταξύ ασθενούς και ιατρού αποτελεί την αποδοτικότερη μέθοδο παροχής της υγείας και περίθαλψης στον άνθρωπο της εποχής μας.

1.6 Επίλογος

Η σχέση ιατρού και ασθενούς μελετήθηκε από την αρχαιολογία, την μυθολογία και την ιστορία. Αρκετές κοινωνίες θεοποίησαν τον ιατρό, τον κατέστησαν μάγο ή απόστολο. Φυσικά η αλήθεια στις σχέσεις ιατρού και ασθενούς δεν μπορεί να βασίζεται σε μύθους. Ο Weber (1919), σε ομιλία του προς τους φοιτητές του αναφέρει ότι ο επιστήμονας δεν πρέπει να μετατρέπεται σε προφήτη ή δημαγωγό της κοινωνίας. Η επιστήμη προσφέρει στον άνθρωπο τις τεχνικές γνώσεις, αλλά και τις μεθόδους και τα εργαλεία σκέψης να ρυθμίζει τη ζωή του και αυτή είναι η αξία της. Οι υποχρεώσεις λοιπόν του επιστήμονα συνιστούν τον συνδυασμό της αξιολογικής ουδετερότητας και το αίσθημα της ευθύνης των πράξεων του (Weber, 1995).

Σήμερα, έχουν επέλθει ριζικές αλλαγές όχι μόνο στις σχέσεις κοινού και επαγγελματιών αλλά και στα χαρακτηριστικά της ιατρικής επιστήμης. Έτσι λοιπόν η θεραπευτική σχέση που αναπτύσσεται στα όρια της επίσημης φροντίδας υγείας συνιστά ένα κρίσιμο πεδίο μελέτης στο πλαίσιο της κοινωνιολογίας της υγείας και της ασθένειας.

Όπως αποδείχθηκε παραπάνω η φύση και η ποιότητα των σχέσεων μεταξύ ιατρών και ασθενών επηρεάζουν αισθητά την απόκτηση και διατήρηση της καλής κατάστασης του ασθενούς. Τις τελευταίες δεκαετίες παράγοντες όπως, η διαφοροποίηση του ρόλου του ιατρού ως προαγωγού της υγείας και η διαμόρφωση μιας πραγματικότητας προσανατολισμένης στην πίστη της εγκυρότητας των απόψεων του καταναλωτή, δηλαδή του ασθενούς, έχουν δρομολογήσει αλλαγές στις σχέσεις ιατρών- ασθενών.

Οι ασθενείς δεν είναι πια παθητικοί αποδέκτες της ιατρικής περίθαλψης, αλλά συμμετέχουν ενεργά στη διαδικασία, παρόλο που συχνά η επιρροή τους δεν είναι μεγάλη. Από την άλλη μεριά, οι σημερινοί ιατροί είναι περισσότερο βέβαιο ότι δεν θα ασκήσουν ανοιχτά έλεγχο στους ασθενείς τους, εμφανίζονται λιγότερο καταπιεστικοί και τους ενθαρρύνουν να εκφραστούν, να αναλάβουν ευθύνες για την υγεία τους και να πάρουν αποφάσεις.

Ωστόσο, στην τέλεση του θεραπευτικού τους έργου οι ιατροί είναι δυνατόν να συναντήσουν πολλούς περιορισμούς, οι οποίοι οφείλονται στην υπερβολική χρήση της τεχνολογίας, η οποία τους στερεί την ουσιαστική επαφή με τον πάσχοντα. Άλλες κατηγορίες περιορισμών που τους επιβάλλονται είναι οι οικονομικοί και οι ηθικοί. Οι οικονομικοί περιορισμοί αφορούν τη τάση για μείωση των δαπανών υγείας και της

έλλειψης κατάλληλου ιατρικού εξοπλισμού, αλλά και υποδομών. Οι ηθικοί αναφέρονται σε περιπτώσεις, όπως του διλήματος της ευθανασίας ή της παραβίασης του ιατρικού απόρρητου.

Τέλος, παρόλο την πολυπλοκότητα των σχέσεων και των συνεχώς αυξανόμενων αναγκών, το κοινό απαιτεί από τους ιατρούς την ανανέωση των σχέσεων του με τον ασθενή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Annandale E., (1998), *The Sociology of Health and Medicine. A Critical Introduction*, Cambridge: Polity Press.
- Bradby H., (2010), *Εισαγωγή στην Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας*, Αθήνα: Πεδίο.
- Bury M., (2000), *Health and Illness in a Changing Society*, London: Routledge.
- Δημητρίου Σ., (2012), «Η βιοκοινωνική υπόσταση του ανθρώπου», στο Οικονόμου Χ., Σπυριδάκης Μ., (επιμ.), *Ανθρωπολογικές και κοινωνιολογικές προσεγγίσεις της υγείας*, Αθήνα: Σιδέρης, σελ. 55-81.
- Καδδά Α., (2009), «Ο ρόλος των παραγόντων του ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος στην υγεία- ασθένεια», *Ιατρικό Βήμα*, 2: 86-89.
- Κουτσοσίμου Μ., (2007), *Η πρόκληση του Θεραπευτικού Δεσμού*, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιατρική Σχολή.
- Κυριαζή Ν., (2002), *Η κοινωνιολογική έρευνα. Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Λιονής Χ., Αναστασίου Φ., Ασπράκη Γ., Γεωργιάννος Ν., Ιατράκη Ε., Θηραίος Λ., Πιτέλου Ε., (2011), *Σχέση Ιατρού – Ασθενούς: Οδηγίες για μια αποτελεσματική επικοινωνία*, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Σχολή Επιστημών Υγείας.
- Μάντη Π., Τσελέπη Χ., (2000), *Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων/ Υπηρεσιών Υγείας. Τόμος Α': Κοινωνικές- Πολιτιστικές Πτυχές της Υγείας και της Αρρώστιας*, Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Μονοπώλη Σ., Μωραΐτη Ι., Κούβαρη Μ., «Υγεία, ανθρωπιστική ιατρική και ιατρική εκπαίδευση», *Materia Medica Greca*, 7(3): 284-292.
- Nettleton S., (2002), *Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας*, Αθήνα: τυπωθήτω.
- Οικονόμου Χ., (2005), *Κοινωνιολογία της υγείας. Βασικές θεωρητικές προσεγγίσεις*, Αθήνα: Διόνικος.
- Ραγιά Α., (1991), *Βασική Νοσηλευτική*, Αθήνα: Παρισιάνου.
- Σαββάκης Μ., (2008), «Από τον Βιοιατρικό Αναγωγισμό στην Κοινωνιολογική Ερμηνεία της Υγείας και της Ασθένειας», *Σύναψις*, 10: 120 – 126.
- Σαρρής Μ., (2001), *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*, Αθήνα: Παπαζήση.

- Σιέρρα Ε., (2010), «Προσεγγίσεις της εμπιστοσύνης στην κοινωνιολογία της Υγείας», *Επιθεώρηση Κοινωνικών, Ερευνών*, 131: 71-107.
- Studler F., (1972), *Sociologie Medicale*, Paris: Universite de Strasbourg.
- Τσιμισίου Ζ., (2008), *Σχέση και επικοινωνία ιατρού-ασθενή: καταγραφή αντιλήψεων και προσδοκιών σε δείγμα ιατρών και ασθενών*, Διδακτορική Διατριβή, Θεσσαλονίκη: Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.
- Weber M., (1995), *Η επιστήμη ως Επάγγελμα. Κριτική της θεωρίας του Stammmer. Η γέννηση του σύγχρονου καπιταλισμού*, Αθήνα: Παπαζήση.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

Ερωτηματολόγιο ιατρών

Δημογραφικά –κοινωνικά στοιχεία ιατρών: φύλο, ηλικία, ειδικότητα, έτη ασκήσεως επαγγέλματος, εργασιακό περιβάλλον.

- 1.Απο ποιά χρονική στιγμή της επαφής σας με τον ασθενή θεωρείται ότι διαμορφώνεται και εξελίσσεται η θεραπευτική σας σχέση;
- 2.Η πλειοψηφία των ασθενών εκφράζει δυσαρέσκεια για τη σχέση με το γιατρό τους. Που εντοπίζεται τη παθογένεια αυτής της σχέσης;
- 3.Για την ανάπτυξη σχέσεων συνεργασίας και επικοινωνίας με τον ασθενή χρειάζεται ο ιατρός να έχει επικοινωνιακές δεξιότητες;
- 4.Παραδοσιακά, οι μόνοι αρμόδιοι να κρίνουν και να αποφασίζουν για τη θεραπεία ήταν οι γιατροί. Σήμερα αναγνωρίζεται στον ασθενή η αυτονομία του και επισκέπτεται το γιατρό όντας ενημερωμένος για την περίπτωσή του (π.χ. από το internet), αυτό το αντιμετωπίζετε ως αμφισβήτηση του ρόλου σας;
- 5.Επιλέγετε να είστε πάντα ειλικρινής με τους ασθενείς σας, ακόμη και όταν πρόκειται να ανακοινώσετε άσχημα νέα για την πορεία της υγείας τους;
- 6.Αντιμετωπίζετε το ίδιο όλους τους ασθενείς σας, ανεξάρτητα από φύλο, ηλικία, νόσο (χρόνια ασθένεια ή οξύ πρόβλημα), ή τους προσεγγίζετε διαφορετικά;
- 7.Πιστεύετε ότι η σχέση ιατρού και ασθενή πρέπει να οριοθετείται (π.χ. να μην είναι ιδιαίτερα φιλική);
- 8.Όταν η θεραπευτική σχέση είναι προβληματική, ποιός ευθύνεται;
- 9.Πρόβλημα επικοινωνίας μεταξύ των δύο υποκειμένων (ιατρός-ασθενής) μπορεί να αλλοιώσει το θεραπευτικό αποτέλεσμα;
- 10.Σύμφωνα με τη γνώμη και την εμπειρία σας πώς μπορεί να εδραιωθεί μια καλή και σταθερή θεραπευτική σχέση;
- 11.Πότε η σχέση ιατρού-ασθενούς θεωρείται επιτυχής;

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

Ερωτηματολόγιο ασθενών

Δημογραφικά-προσωπικά στοιχεία ασθενών: φύλο, ηλικία, νόσος (χρόνια πάθηση ή οξύ πρόβλημα υγείας), διάρκεια νόσου.

- 1.Απο ποιά χρονική στιγμή της επαφής σας με το γιατρό θεωρείται ότι διαμορφώνεται και εξελίσσεται η θεραπευτική σας σχέση;
- 2.Η αναγνώριση των συναισθημάτων σας (π.χ. άγχος, ανησυχία) και κατανόηση αυτών από μέρος του γιατρού, σας διευκολύνει κατά τη διάρκεια τη θεραπευτικής διαδικασίας;
- 3.Έχετε αποκρύψει πληροφορίες από το θεράποντα σας και για ποιό λόγο;
- 4.Η ενεργό συμμετοχή του ασθενή στη θεραπεία αποτελεί πια πρακτική ανάγκη;
- 5.Έχετε παραβιάσει ποτέ τα όρια στη σχέση με το γιατρό σας και με ποιό τρόπο;
- 6.Ποιές είναι οι προσδοκίες σας από το γιατρό σας;
- 7.Πιστεύετε ότι η σχέση ιατρού και ασθενή πρέπει να οριοθετείται (π.χ. να μην είναι ιδιαίτερα φιλική);
- 8.Όταν η θεραπευτική σχέση είναι προβληματική, ποιός ευθύνεται;
- 9.Πρόβλημα επικοινωνίας μεταξύ των δύο υποκειμένων (ιατρός-ασθενής) μπορεί να αλλοιώσει το θεραπευτικό αποτέλεσμα;
- 10.Σύμφωνα με τη γνώμη και την εμπειρία σας πώς μπορεί να εδραιωθεί μια καλή και σταθερή θεραπευτική σχέση;
- 11.Πότε η σχέση ιατρού-ασθενούς θεωρείται επιτυχής;

The Sociology of Health and Illness.

The therapeutic relation between doctors and patients? An effective method.

Dimitra Tsekoura

ABSTRACT

Purpose: Today, a lot of factors contribute to the redefinition of relation, between doctors and patients. The study, attempts the general recording of perceptions of health professionals and public and its aim was to point out the relation, between doctor and patient, as an effective therapeutic method.

Material - Method: In this research, the participants were six doctors of various specialties and six patients from different clinics. Questionnaires were built, based on foundations such as the description of main characteristics of a successful therapeutic relation and the recording of factors that influence and shape it.

Results: All professionals that participated in the research, stressed that the therapeutic relation is a relation that is based on confidence, collaboration and communication. Among youngest of them, an intention for control of therapeutic process was encountered, stemming from the potential danger of contestation of their role. On the other hand, the patients stressed the need for a human friendly approach, on behalf of the doctor, as well as the importance of being well informed, for the course of their health. At the same time, higher expectations for entanglement in the decision-making therapeutic, were encountered, among youngest patients.

Conclusions: The therapeutic relation between doctors and patients, that is based mostly on confidence, is a successful medical action.

Keywords: therapeutic relation, relation of confidence, communication, briefing.