

Η επικοινωνία ασθενή-ιατρού και οι διαστάσεις της

Πετρέλης Ματθαίος

Φυσικοθεραπευτής Τ.Υ.Π.Ε.Τ, MSc Διοίκησης Μονάδων Υγείας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Είναι ευρέως γνωστό ότι η επικοινωνία μεταξύ ιατρού-ασθενή θεωρείται καθοριστικός παράγοντας τόσο της μεταξύ τους σχέσης, όσο και της ποιότητας της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας. Διάφορα μοντέλα έχουν προταθεί για την περιγραφή των μορφών σχέσεων και τύπων επικοινωνίας των ιατρών-ασθενών, καθώς και της ανάλυσης της από κοινού λήψης των ιατρικών αποφάσεων, εστιάζοντας στους ογκολογικούς ασθενείς. Πιο συγκεκριμένα, οι Roter και συν. με την χρήση ενός θεωρητικού μοντέλου ερμήνευσαν τη σχέση αυτή σε πέντε τύπους: το στενά βιοϊατρικό, το διευρυμένο βιοϊατρικό, το βιοψυχοκοινωνικό, το ψυχοκοινωνικό και τον καταναλωτικό σε γιατρούς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Σύμφωνα με αυτό, η σχέση τους επηρεάζει την συμμετοχή του ασθενούς στη λήψη των ιατρικών αποφάσεων, ενώ προτείνονται δυο πρότυπα των Stiggelbout και συν. και των Kane και συν. για την εισαγωγή της από κοινού λήψης των αποφάσεων στην κλινική πρακτική της φροντίδας του καρκίνου. Ειδικότερα, η ιατρική γλώσσα επιφέρει αρνητικές συνέπειες τόσο στον ασθενή όσο και στην μεταξύ τους σχέση (ασθενή-ιατρού) κατά την διάγνωση κάποιων μορφών καρκίνων του μαστού, όπως του πορογενούς μη διηθητικού καρκινώματος. Επιπρόσθετα, κρίνεται επιβεβλημένη η πρόταση ενός οδηγού για την ενδυνάμωση της ανάκλησης των πληροφοριών κατά την διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης σε νέους ειδικευόμενους, που θεωρεί ως καθοριστικό πρωταγωνιστή τον ενεργό ασθενή.

Λέξεις Κλειδιά: Επικοινωνία ιατρού-ασθενή, από κοινού λήψη ιατρικών αποφάσεων, καρκίνος μαστού, ανάκληση πληροφοριών.

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Πετρέλης Γ. Ματθαίος, Σωκράτους 34, Άνω Λιόσια, Τ.Κ.13341. Τηλ: (+30) 6977275939, E-mail: matpetrelis@hotmail.com

Rostrum of Asclepius® - "To Vima tou Asklipiou" Journal

Volume 21, Issue 4 (October – December 2022)

SPECIAL ARTICLE

Patient-physician communication and its dimensions

Petrelis Matthaios

Physiotherapist T.Y.P.E.T, MSc Health Management, Faculty of Social Sciences, Hellenic Open University, Greece

ABSTRACT

It is well established that patient-physician communication is considered as determinant factor in both their relationship and the quality of medical care provided. Several models have been proposed about the description of the types of relationship and communication between physicians and patients, as well as the analysis of shared decision making in clinical practice, focusing on oncology patients. In particular, Roter et al. interpreted five communication patterns (narrowly biomedical, expanded biomedical, biopsychosocial, psychosocial and consumerist) parallel the ideal forms of patients-physician relationships described in literature. According to this, the type of relationship affects the patient's participation in shared decision making and are recommended two conceptual models of Stiggelbout et al. and Kane et al. for facilitating shared decision making in oncology practice. Namely, medical language has negative consequences for both patients and patient-physician relationship with the physicians during the diagnosis of some forms of breast cancer, such as ductal carcinoma in situ. Additionally, it is imperative the proposal of a guide to strengthen the recall of information during the medical visit to young specialists, which considers the active patient as the key player.

Keywords: Patient-physician communication, shared decision making, breast cancer, recall of information.

Corresponding Author: Petrelis G. Matthaios, Sokratous 34, Ano Liosia, 13341. Τηλ: (+30) 6977275939, E-mail: matpetrelis@hotmail.com

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σπουδαιότητα της διαπροσωπικής σχέσης των ιατρών με τους ασθενείς ανάγεται στους αρχαιοελληνικούς χρόνους και στον Ιπποκράτη, ενώ στις μέρες μας αποτελεί σημείο ερευνητικής αιχμής των κοινωνικών και ιατρικών επιστημών.¹ Η επικοινωνία και η ανταλλαγή των πληροφοριών μεταξύ των ασθενών και των ιατρών θεωρούνται καθοριστικοί παράγοντες της σχέσης τους, και κατ' επέκταση της ποιότητας της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας.^{2,3} Η επιτυχημένη συνάντηση τους συνιστά το θεμέλιο λίθο της διάγνωσης και της θεραπείας, αποκτώντας ιδιαίτερη βαρύτητα με την ολοένα και μεγαλύτερη επικράτηση των χρόνιων ασθενειών όπως ο καρκίνος^{4,5}. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αξιοποίησης της αποτελεσματικότερης επικοινωνίας των δυο πλευρών συναντάται στην ογκολογία, ως προτεραιότητα για τη βελτίωση τόσο της ποιότητας της φροντίδας και των κλινικών της αποτελεσμάτων, όσο και της ποιότητας ζωής και του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών.² Ο εμπλουτισμός της θεραπευτικής σχέσης ενισχύει την εμπιστοσύνη και το αίσθημα ασφάλειας των ασθενών, διευκολύνοντας την κατανόηση του υγειονομικού προβλήματος, την ενεργή συμμετοχή αυτών στην λήψη των ιατρικών αποφάσεων και επακόλουθα στην αποδοχή και τήρηση των ιατρικών οδηγιών.^{4,6}

Σε αυτή την μελέτη, αρχικώς περιγράφονται οι μορφές σχέσεων και τύποι επικοινωνίας των ιατρών-ασθενών σύμφωνα με το μοντέλο των Roter και συν.⁷ Ακολούθως, αναλύεται η από κοινού λήψη των ιατρικών αποφάσεων, εστιάζοντας στους ογκολογικούς ασθενείς. Στην συνέχεια, παρατίθενται οι συνέπειες της χρήσης της ιατρικής ορολογίας στην διάγνωση κάποιων μορφών καρκίνων του μαστού. Τέλος, διατυπώνονται τρόποι υποβοήθησης του θυμικού των ασθενών από τους νέους ειδικευμένους ιατρούς, σχετικά με τις πληροφορίες που ανταλλάσσουν κατά την ιατρική συνάντηση.

ΤΥΠΟΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ

Το είδος της σχέσης του ιατρού-ασθενούς εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις συνθήκες που την πλαισιώνουν. Πρόκειται για σχέση αλληλεπίδρασης των δυο μελών και όχι απλής ανταλλαγής των πληροφοριών, εμπεριέχοντας το στοιχείο της ανισοτιμίας, λόγω των διαφορετικών συλλογιστικών σχετικά με το που εδράζεται η ευθύνη και η εξουσία στο κρίσιμο θέμα της υγείας. Τα χαρακτηριστικά των ανθρώπινων αυτών σχέσεων και συμπεριφορών ακολουθούν συγκεκριμένα πρότυπα, η ερμηνεία των οποίων επιτυγχάνεται με τη χρήση θεωρητικών μοντέλων, όπως των Roter και συν.⁷, το οποίο κατατάσσεται στη μακροθεωρητική προσέγγιση.^{4,7}

Οι Roter και συν.⁷ σκιαγραφούν πέντε διαφορετικούς τύπους, που προκύπτουν από τα τεχνικά στοιχεία και το περιεχόμενο της επικοινωνίας μεταξύ των ιατρών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και των ασθενών τους. Αυτά είναι:

α. Ο στενά ή αμιγώς βιοϊατρικός τύπος, όπου ο ιατρός ασκεί τον μεγαλύτερο έλεγχο, υποβάλλοντας κλειστές ερωτήσεις και κάνοντας χρήση μια πιο τεχνικής και ιατρικής ορολογίας. Συνεπώς, οι δυνατότητες παρέμβασης του ασθενή είναι πολύ περιορισμένες (απουσιάζει η φωνή του), ιδιαίτερα σε ψυχοκοινωνικά θέματα. Σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης και των δυο μελών, διότι οι μεν ιατροί θεωρούν την εξιστόρηση των ασθενών ότι δεν βοηθά στην επίτευξη των στόχων της συνάντησης (μη-αναγνώριση του συναισθηματικού φορτίου, άσκοπη χρήση του ιατρικού χρόνου), οι δε ασθενείς δεν καταφέρνουν να εκφράσουν όλες τις πτυχές της κατάστασης τους (συναισθηματικές ανησυχίες και προβληματισμοί). Συναντάται στο ένα τρίτο των επισκέψεων (32%) και αντανakλά βασικά στοιχεία του πατερναλιστικού μοντέλου, το οποίο τοποθετεί τον ιατρό σε μια «εξουσιαστική» θέση στη σχέση του με τον ασθενή, βασιζόμενο στην υπόθεση ότι έχει όλη τη διαθέσιμη γνώση ώστε να

λαμβάνει αποφάσεις για τον ασθενή, χωρίς να τον εμπλέκει καθόλου στη διαδικασία λήψης της απόφασης, έχοντας τον πλήρη έλεγχο του ασθενή και αποτρέποντας τον από τις εναλλακτικές πηγές ιατρικής πληροφόρησης.¹

β. Ο διευρυμένος βιοϊατρικός, ο οποίος ομοιάζει με τον πρώτο, όμως επιτρέπει μια συζήτηση περιορισμένης έντασης ποικίλων θεμάτων ψυχοκοινωνικής φύσεως. Εμφανίζεται με τον ίδιο βαθμό διακύμανσης στις συναντήσεις (33%) και συνάδει με τον πατερναλιστικό τύπο. Ίσως αποτελεί μια ενδιάμεση αλλαγή, μια μετάβαση σε ένα πρότυπο μεγαλύτερης έκφρασης της οπτικής του ασθενούς.

γ. Ο βιοψυχοκοινωνικός, στον οποίο ο χρόνος μοιράζεται ισορροπημένα ανάμεσα στις βιοϊατρικές και ψυχοκοινωνικές πτυχές της ασθένειας. Αφορά περίπου το 20% των συναντήσεων και σχετίζεται με το μοντέλο της αμοιβαίας και συνεργατικής σχέσης, με επίκεντρο την εστιασμένη στον ασθενή φροντίδα, δηλ. τις αξίες, προτιμήσεις και προσδοκίες του ασθενή και την εμπλοκή του σε αυτήν.

δ. Ο ψυχοκοινωνικός, όπου πρωταρχικά δίνεται έμφαση στις ψυχοκοινωνικές διαστάσεις, διαμέσου ενός ισορροπημένου χρονικά διαλόγου και υψηλά ελεγχόμενου από τον ασθενή. Παρέχει την ευκαιρία για μια σε βάθος επικοινωνία, με το ρόλο του ιατρού να μετατρέπεται σε αυτό του

θεραπευτή ή του φίλου. Αποτυπώνεται περίπου στο 8% των επισκέψεων, παρουσιάζοντας μεγαλύτερης έντασης στοιχεία του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου και μεγαλύτερη ικανοποίηση από την σκοπιά των ασθενών, σε σχέση με όλους τους άλλους τύπους.

- ε. Ο καταναλωτικός, στον οποίο η σχέση χαρακτηρίζεται ως μια συναλλαγή κατά την οποία ο πελάτης-ασθενής υποβάλλει τις απορίες του και ο ιατρός-ειδικός τις παρέχει. Αναγνωρίζεται στο 8% των συναντήσεων με υψηλά ποσοστά ικανοποίησης στους ιατρούς (καλή αξιοποίηση του χρόνου) και μέτρια στους ασθενείς.

Σε νεότερο άρθρο των Roter και συν.,¹ έθεσε τις βάσεις για περαιτέρω διερεύνηση τόσο του κοινωνικού πλαισίου (θέματα φύλου, κοινωνικής θέσης, εθνικότητας, πολιτισμικότητας, συνοδών, νέων τεχνολογιών), όσο και του θεραπευτικού πλαισίου (εμπειρία ιατρών, ειδικότητες πέρα από την πρωτοβάθμια περίθαλψη, ασθενείς με καρκίνο- AIDS- κατάθλιψη) στις μορφές της επικοινωνίας. Ιδιαίτερη μνεία θα πρέπει να γίνει και στην επίδραση της εστιασμένης φροντίδας, δηλ. της παροχής της φροντίδας που λαμβάνει υπόψιν τις προτιμήσεις, ανάγκες και αξίες του ασθενή, διασφαλίζοντας την καθοδήγηση και την λήψη της θεραπευτικής απόφασης με βάση τα παραπάνω.

Σύμφωνα με μελέτες,^{8,9} το στενά και το διευρυμένο βιοϊατρικό μοντέλο υιοθετείται κυρίως από άνδρες, γενικούς ιατρούς, παθολόγους και ογκολόγους, ενώ οι ασθενείς είναι κυρίως, ηλικιωμένοι, χαμηλής κοινωνικοοικονομικής θέσης, Αφροαμερικανοί και καρκινοπαθείς.¹⁰⁻¹² Οι φυλετικές διαφορές είναι εμφανείς στην φροντίδα της κατάθλιψης και των ασθενών με AIDS, με τους Αφροαμερικανούς και τους Ισπανόφωνους Αμερικανούς να αντιμετωπίζονται με ένα αυστηρό βιοϊατρικό πρότυπο αντιστοίχως.^{13,14} Τέλος, αποκαλύπτεται ο σημαντικός ρόλος των πολιτισμικών διαφορών μεταξύ των χωρών, στην φιλοσοφία και στην εκπαίδευση των ιατρών, των συστημάτων υγείας, των πολιτισμικών αξιών και προσδοκιών σχετικά με την παροχή και λήψη της ιατρικής φροντίδας, με αποτέλεσμα το 48% των επισκέψεων στην Αμερική να αντιπροσωπεύεται από αυτόν το μοντέλο και μόνο 18% στην Ολλανδία.¹⁵

Από την άλλη, το βιοψυχοκοινωνικό και ψυχοκοινωνικό πρότυπο χρησιμοποιείται περισσότερο από γυναίκες ιατρούς, οικογενειακούς ιατρούς και άνδρες γυναικολόγους, με τους ασθενείς να είναι το πιθανότερο Λευκοί και καλού μορφωτικού επιπέδου.^{12,16,17} Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του προβλήματος (ψυχολογικής και κοινωνικής φύσεως) φαίνεται να συσχετίζονται με αυτούς τους τύπους

σχέσεων, ενώ η εισαγωγή των νέων τεχνολογιών, όπως τα emails, ενισχύουν την αλληλεπίδραση των δυο μελών.^{18,19} Όπως και στον βιοϊατρικό τύπο, η πολιτισμική διαφοροποίηση μεταξύ των χωρών έχει ως συνέπεια στο 50% των επισκέψεων στην Ολλανδία να αποτιμώνται στα παραπάνω μοντέλα, εν αντιθέσει με το 10% στην Αμερική.¹⁵

Η ΑΠΟ ΚΟΙΝΟΥ ΛΗΨΗ ΤΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ

Η από κοινού λήψη των ιατρικών αποφάσεων συγκεντρώνει ολοένα και μεγαλύτερο ενδιαφέρον από τους ασθενείς και τους επαγγελματίες υγείας, ως το μέσο που εμπλέκει τους ασθενείς στις υγειονομικές αποφάσεις και μετατρέπει τα στοιχεία σε κλινική πρακτική.²⁰ Κατά βάση, αυτή διαδραματίζεται στο κλινικό περιβάλλον, εμπεριέχει την αλληλεπίδραση των ασθενών και των ιατρών τους και την αμοιβαία ανταλλαγή των πληροφοριών.^{21,22} Οι επαγγελματίες υγείας βοηθούν τους ασθενείς τους να αντιληφθούν καλύτερα τα ιατρικά δεδομένα, ποιες είναι οι επιλογές τους και ποιες είναι οι πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις υπό τις συγκεκριμένες συνθήκες, ενσωματώνοντας σε αυτά τις ανάγκες, τις αξίες και τις προτιμήσεις των ασθενών και στοχεύοντας τον αποδοτικότερο, αμοιβαίο και συλλογικό διάλογο των δυο μελών¹⁰. Συνεπακόλουθα,

καταλήγουν σε ένα πλάνο φροντίδας σε συμφωνία με την ιατρική επιστήμη και εξατομικευμένο σε κάθε ασθενή.^{23,24}

Αυτό το πλάνο φροντίδας αποτελεί μέρος μιας ευρύτερης έννοιας, της εστιασμένης στον ασθενή φροντίδα και ένα από τα έξι θεμελιώδη χαρακτηριστικά της υψηλής ποιότητας της φροντίδας.²¹ Τοποθετείται ανάμεσα στο πατερναλιστικό και στο καταναλωτικό μοντέλο σχέσεων, συνδεδεμένο με καλύτερα κλινικά αποτελέσματα, βαθμό ικανοποίησης των ασθενών, αποδοχή και τήρηση των ιατρικών οδηγιών, λιγότερα αιτήματα για δεύτερες απόψεις και επαναλαμβανόμενες επισκέψεις.^{2,25} Οι Stiggelbout και συν.²⁶ προτείνουν ένα μοντέλο με τέσσερα βήματα:

- α. Ο επαγγελματίας υγείας ενημερώνει τον ασθενή ότι πρέπει να ληφθεί μια απόφαση και ότι η άποψη του είναι καθοριστική.

Πολλές φορές, η διαχείριση των προβλημάτων υγείας δεν είναι απαραίτητα πρόδηλη, καθώς σαφείς επιλογές μπορεί να οδηγήσουν σε διαφορετικές εκβάσεις. Όλα εξαρτώνται από τις αξίες και την μόρφωση των ασθενών, το υπόβαθρο σχετικά με τα αποτελέσματα και το αντιστάθμισμά τους (ευαίσθητη στις προτιμήσεις επιλογή).

- β. Ο επαγγελματίας υγείας επεξηγεί τις επιλογές, καθώς και τα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα τους.

Οι επαγγελματίες υγείας εξηγούν με ένα ουδέτερο τρόπο όλες τις πτυχές της κάθε επιλογής, ενώ μπορούν να χρησιμοποιήσουν ποσοστά ή φυσικές συχνότητες μέσω οπτικών βοηθημάτων για την γνωστοποίηση των κινδύνων, όπως γραμμικές φιγούρες και ιστογράμματα. Ο έλεγχος της κατανόησης των ασθενών με ερωτήσεις παίζει κρίσιμο ρόλο, διότι το άγχος και ο καταγισμός των πληροφοριών τους επηρεάζει αρνητικά, με συνέπεια την προδιάθεση τους προς μια κατεύθυνση.

- γ. Η συζήτηση των προτιμήσεων του ασθενή και η υποστηριζόμενη διαβούλευση.

Η αρχική έλλειψη αποσαφηνισμένων προτιμήσεων των ασθενών οδηγεί τους ιατρούς να υιοθετούν μία διερευνητική στάση, εγείροντας ζητήματα σύνδεσης των τελικών εκβάσεων, ώστε να διευκολυνθεί η μορφοποίηση των προτιμήσεων τους. Η χρησιμοποίηση πινάκων, όπου παρατίθενται σε σειρά όλα τα θετικά και τα αρνητικά των επιλογών, εξυπηρετεί το αντιστάθμισμα κατά την διαδικασία της διαβούλευσης.

- δ. Εξετάζοντας την επιθυμία του ασθενή να πάρει την απόφαση, λήψη της απόφασης και συζητώντας την επανεξέταση.

Η λήψη της απόφασης των ασθενών εξαρτάται από την επιθυμία τους να παίξουν οι ίδιοι πρωταγωνιστικό ρόλο ή οι ιατροί τους. Σε όλες τις περιπτώσεις, οι ιατροί

πρέπει να εξετάσουν αν η επιλογή είναι ολοκληρωμένη ή κατευθυνόμενη από κάποιο έλλειμμα στα προηγούμενα στάδια. Όταν διαλευκανθούν οι ρόλοι τότε μπορεί να ληφθεί η απόφαση, ενώ μπορεί να δοθεί περισσότερος χρόνος ώστε να μελετηθούν τα δεδομένα ή να τα συζητηθούν με άλλους, μεταθέτοντας την σε μια επαναληπτική συνάντηση.

Όσον αφορά την φροντίδα των ογκολογικών ασθενών, λόγοι όπως αβεβαιότητα, υπολογισμού των κινδύνων διαφορετικών θεραπευτικών αγωγών με ενδεχόμενα οφέλη, μακρά περίοδο με συμμετοχή πολλών εξειδικευμένων ειδικοτήτων και τύπων παρεμβάσεων, συχνή αναθεώρηση των στόχων και των προτιμήσεων των ασθενών καθιστούν περιπλοκή την εφαρμογή της από κοινού λήψης των αποφάσεων.^{10,27} Για την διευκόλυνση της εισαγωγής της και εφαρμογή της, οι Kane και συν.²¹ αναφέρουν ένα μοντέλο έξι σταδίων, όπου το πρώτο παραμένει κοινό με των Stiggelbout και συν.,²⁶ ενώ δεύτερο και το τρίτο αποτελούν διαχωρισμό του δεύτερου βήματος των τελευταίων. Αυτά είναι:

- α. Κάλεσμα για συμμετοχή.
β. Οι παρούσες επιλογές.
γ. Η παροχή όλων των πληροφοριών σχετικά με τα οφέλη και τους κινδύνους.

- δ. Η παροχή βοήθειας στην αξιολόγηση των επιλογών, βάσει των στόχων και των προβληματισμών των ασθενών.
- ε. Η διευκόλυνση της διαβούλευσης και της λήψης της απόφασης, μέσω χορήγησης ικανοποιητικού χρόνου για αξιολόγηση των θεραπευτικών επιλογών και έγερση ανοικτών ερωτημάτων για την επάρκεια των ασθενών στην λήψη των αποφάσεων.
- στ. Η εφαρμογή της λήψης της απόφασης. Αυτή περιλαμβάνει την παρουσίαση των επομένων βημάτων στους ασθενείς, την εξέταση της κατανόησης αυτών και των τυχόν προκλήσεων στην εφαρμογή αυτής.

Το παραπάνω μοντέλο χρησιμοποιήθηκε από τους Samson και συν.,²⁸ υπογραμμίζοντας την χρησιμότητα των κλινικών εργαλείων σε όλη την διαδικασία της λήψης της απόφασης σε ένα ασθενή με μη-μικροκυτταρικό καρκίνο του πνεύμονα 1^{ου} σταδίου. Παράλληλα στην διεθνή βιβλιογραφία παρατηρείται η εφαρμογή διαφόρων προτύπων λήψης, όπως: α) το αντίστοιχο με το μοντέλο του Stiggelbout και συν.,²⁶ τεσσάρων σταδίων των Pieterse και συν.,²⁷ β) των τριών σταδίων των Kunneman και συν.,²⁹ το οποίο ενσωματώνει το τρίτο και το τέταρτο βήμα των Stiggelbout και συν.,²⁶ σε ένα, γ) των πέντε σταδίων των Politi και συν.,²⁰ που περιλαμβάνει τα πέντε πρώτα βήματα του προτύπου της Kane και συν.,²¹ δ) το ερωτηματολόγιο των εννέα

βημάτων στις μελέτες των Nicolai και συν.³⁰ και των Albrecht και συν.,²⁵ το οποίο διαχωρίζει το πρώτο βήμα του προτύπου της Kane και συν.²¹ σε δυο ξεχωριστά, καθώς και του έκτου βήματος σε τρία αυτόνομα. Κοινός παρονομαστής των παραπάνω αποτελεί η επιδίωξη για μεγαλύτερη εισαγωγή της διαδικασίας αυτής στην κλινική πρακτική όλων των επαγγελματιών υγείας².

ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΟΡΟΛΟΓΙΑΣ

Η ιατρική διάλεκτος αποτελεί ένα συνοπτικό και περιεκτικό κώδικα απόδοσης νοσολογικών οντοτήτων, διαγνωστικών και θεραπευτικών μεθόδων. Η προϋπόθεση της εξειδικευμένης γνώσης την καθιστά δυσνόητη για τους ασθενείς (ακόμα και τρομακτική), ενώ η αδυναμία των ιατρών να την αποδώσουν με απλό και κατανοητό τρόπο περιορίζει τις δυνατότητες επικοινωνίας των δυο μελών.^{4,27} Οι ανακρίβειες στην επικοινωνία επιφέρουν αρνητικές συνέπειες στους ασθενείς, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις διάγνωσης κάποιων μορφών καρκίνου του μαστού όπως σύγχυση, δυσαρέσκεια, μη πιστή τήρηση των ιατρικών οδηγιών κ.ά.⁵ Σύμφωνα με τους Nickel και συν.,⁵ η χρήση της ιατρικής ορολογίας κατά την διάγνωση του πορογενούς μη διηθητικού καρκινώματος του μαστού, φαίνεται να προκαλεί σύγχυση στους ασθενείς σε σχέση με την απλή περιγραφή του όρου των «ανώμαλων κυττάρων». Η σύγχυση επιτείνεται σε

ανησυχία και τρόμο, όταν υπάρχει ο όρος «καρκίνωμα» στην ετυμολογία του όρου, καθώς γίνεται συνειρμική διασύνδεση με τον διηθητικό καρκίνο του μαστού και της πορείας της νόσου.³¹

Ακολουθως, το αρχικό άγχος της διάγνωσης και η μη αποτελεσματική αλληλεπίδραση των δυο μελών πρωταγωνιστούν αρνητικά στην διαδικασία της από κοινού λήψης της απόφασης.⁵ Οι ασθενείς, χωρίς να έχουν κατανοήσει πλήρως τις επιλογές τους και τις εκβάσεις αυτών, των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων τους, οδηγούνται σε βιαστικές και χωρίς ολοκληρωμένη διαβούλευση αποφάσεις για θεραπεία, η οποία πολλές φορές δεν αντιστοιχεί ούτε στην σταδιοποίηση της κατάστασης τους ούτε στις προτιμήσεις τους.³² Συνήθως παρατηρείται μια τάση υποβολής σε πιο επεμβατικές μεθόδους (χειρουργείο μαστού ή ολική μαστεκτομή, ακτινοθεραπεία, ορμονοθεραπεία σε αντιδιαστολή με μια στρατηγική στενής παρακολούθησης), με συνέπειες την υπερβάλλουσα κατανάλωση ακριβών θεραπευτικών επιλογών και τις συναισθηματικές αντιδράσεις των ασθενών, λόγω των παρατηρούμενων αλλαγών του σώματός τους.^{33,34} Μελετητές υποστηρίζουν την ισχύ των παραπάνω και στην περίπτωση της διάγνωσης του λοβιακού καρκινώματος του μαστού.^{31,34}

Προσέτι, η μη ενδελεχής παρουσίαση όλων των απαραίτητων στοιχείων για την

θεραπεία και την εξέλιξη της νόσου, η κατανόηση και το ενδιαφέρον διαταράσσουν την εμπιστοσύνη των ασθενών προς τους ιατρούς τους, καθώς και του βαθμού ικανοποίησής τους. Η δυσαρέσκεια που αυτοί εκφράζουν μεταφράζεται σε ακόμα μεγαλύτερη συναισθηματική επιβάρυνση, σε μη πιστή συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες με αρνητικό αντίκτυπο στην υγείας τους, επαναλαμβανόμενες επισκέψεις σε ιατρούς και περαιτέρω εξετάσεις.^{5,34}

ΥΠΟΒΟΗΘΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΑΚΛΗΣΗΣ ΤΩΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Η ενεργοποίηση του ασθενή σε αποφάσεις υγείας που τον αφορούν αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της ανάκλησης των πληροφοριών της ιατρικής συνάντησης. Μέσα σε αυτό το πλαίσιο, η εφαρμογή των μοντέλων της από κοινού λήψης αποφάσεων βελτιώνουν την αλληλεπίδραση και την ανταλλαγή των πληροφοριών μεταξύ των μελών, ευθυγραμμίζοντας τον ιατρό με τους στόχους, τα ενδιαφέροντα και τις ανησυχίες του ασθενή.⁶ Ένα αρχικό βήμα είναι η παραδοχή της δυσκολίας της θύμησης των πληροφοριών, το οποίο λειτουργεί ως κίνητρο επικέντρωσης του ασθενή στο θέμα. Ακολουθως, μπαίνουν προτεραιότητες στα ζητήματα που θα αναλυθούν, υιοθετείται ένας δομημένος τρόπος μετάδοσης της πληροφορίας βήμα προς βήμα, συνοψίζονται

τα πιο σημαντικά, χρησιμοποιώντας ένα απλό, σαφή και ουδέτερο τρόπο έκφρασης.^{6,35} Η συχνή εξέταση της κατανόησης του ασθενή είναι καθοριστικής σημασίας, ενώ ο συνδυασμός εναλλακτικών μεθόδων ενημέρωσης την διευκολύνει ακόμη πιο πολύ. Τέτοια παραδείγματα αποτελούν οι γραπτές θεραπευτικές οδηγίες από τον ιατρό, η διάθεση έγκυρων και εμπεριστατωμένων εντύπων, η χρήση οπτικών βοηθημάτων (γραμμικές φιγούρες και ιστογράμματα) για την γνωστοποίηση κινδύνων, η αποστολή πληροφοριών μέσω του διαδικτύου και παραπομπές σε επιστημονικές ιστοσελίδες. Τέλος, ιδιαίτερα σημαντική κρίνεται η ύπαρξη ενός συνοδού-συγγενή στην επίσκεψη, ειδικά όταν αφορά χρόνιες παθήσεις και απειλητικές για την ζωή όπως ο καρκίνος ή ασθενή με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, ώστε να μετριαστεί το επίπεδο άγχους του και να αυξηθεί η δυνατότητα απομνημόνευσης περισσότερων δεδομένων. Η εξέλιξη της πληροφορικής δίνει την δυνατότητα αυτό να επιτευχθεί και μέσω τηλεδιάσκεψης, όταν τα άτομα- συνοδοί έχουν στενό δέσιμο, αλλά είναι μακριά ή δεν μπορούν να παρευρεθούν.^{6,36}

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο τρόπος επικοινωνίας ασθενή-ιατρού καθορίζει πρόδηλα τόσο τη σχέση τους όσο και την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας. Ο τύπος της σχέσης τους, όπως περιγράφεται

από το θεωρητικό μοντέλο των Roter και συν.,⁷ επηρεάζει την συμμετοχή των ασθενών στην λήψη των ιατρικών αποφάσεων, με ιδιαίτερη μνεία να γίνεται στο ρόλο της τελευταίας στην κλινική πρακτική της φροντίδας του καρκίνου. Η χρήση της ιατρικής ορολογίας επιφέρει αρνητικές συνέπειες τόσο στον ασθενή (όπως σύγχυση, δυσαρέσκεια και μη τήρηση των ιατρικών οδηγιών), όσο στην μεταξύ τους αλληλεπίδρασης (ασθενή-ιατρού) κατά την διάγνωση κάποιων μορφών καρκίνων του μαστού, όπως του πορογενούς μη διηθητικού καρκινώματος. Συνεπώς, κρίνεται επιβεβλημένη η εισαγωγή της από κοινού λήψης των αποφάσεων στην κλινική πρακτική της φροντίδας του καρκίνου όπως των δυο πρότυπων των Stiggelbout και συν.²⁶ και των Kane και συν.,²¹ καθώς και η πρόταση ενός οδηγού, που θα απευθύνεται στους ιατρούς, για την ενδυνάμωση της ανάκλησης των πληροφοριών από τους ασθενείς κατά την διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Roter D. The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship. *Patient Education and Counseling* 2000;39(1):5-15.
2. Leppin AL, Kunneman M, Hathaway J, Fernandez C, Montori VM, Tilburt JC. Getting on the same page: Communication, patient involvement and shared understanding of



“decisions” in oncology. *Health Expectations* 2018;21(1):110–117.

3. Paschali AA, Hadjulis M, Papadimitriou A, Karademas EC. Patient and physician reports of the information provided about illness and treatment: what matters for patients’ adaptation to cancer during treatment? *Psycho-Oncology* 2015;24(8):901–909.

4. Τσούνης Α, Σαράφης Π. Η επικοινωνία ιατρού-ασθενούς ως παράμετρος καθορισμού της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. *Άρχαία Ελληνικής Ιατρικής* 2014;31(5):534–540.

5. Nickel B, Barratt A, Copp T, Moynihan R, McCaffery K. Words do matter: a systematic review on how different terminology for the same condition influences management preferences. *BMJ Open* 2017;7(7):1–12.

6. Dillon PJ. Assessing the Influence of Patient Participation in Primary Care Medical Interviews on Recall of Treatment Recommendations. *Health Communication* 2012;27(1):58–65.

7. Roter DL, Stewart M, Putnam S, Lipkin M, Stiles W, Inui T. Communication Patterns of Primary Care Physicians. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 1997;277(4):350–356.

8. Hall JA, Horgan TG, Stein TS, Roter DL. Liking in the physician–patient relationship. *Patient Education and Counseling* 2002;48(1):69–77.

9. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician Gender Effects in Medical Communication. *JAMA* 2002;288(6):756–764.

10. Hahlweg P, Hoffmann J, Härter M, Frosch DL, Elwyn G, Scholl I. In Absentia: An Exploratory Study of How Patients Are Considered in Multidisciplinary Cancer Team Meetings. *PLOS ONE* 2015;10(10):1–10.

11. Johnson RL, Roter D, Powe NR, Cooper LA. Patient Race/Ethnicity and Quality of Patient–Physician Communication During Medical Visits. *American Journal of Public Health* 2004;94(12):284–290.

12. Paasche-Orlow M, Roter D. The Communication Patterns of Internal Medicine and Family Practice Physicians. *The Journal of the American Board of Family Medicine* 2003;16(6):485–793.

13. Beach MC, Saha S, Korthuis PT, et al. Differences in Patient–Provider Communication for Hispanic Compared to Non-Hispanic White Patients in HIV Care. *Journal of General Internal Medicine* 2010;25(7):682–687.

14. Ghods BK, Roter DL, Ford DE, Larson S, Arbelaez JJ, Cooper LA. Patient–Physician Communication in the Primary Care Visits of African Americans and Whites with Depression. *Journal of General Internal Medicine* 2008;23(5):600–606.

15. Bensing JM, Roter DL, Hulsman RL. Communication patterns of primary care physicians in the United States and the

- Netherlands. *Journal of General Internal Medicine* 2003;18(5):335–342.
16. Hall JA, Roter DL. Do patients talk differently to male and female physicians? *Patient Education and Counseling* 2002;48(3):217–224.
17. Roter DL, Hall JA. Physician Gender and Patient-Centered Communication: A Critical Review of Empirical Research. *Annual Review of Public Health* 2004;25(1):497–519.
18. Roter DL, Larson S, Sands DZ, Ford DE, Houston T. Can E-Mail Messages Between Patients and Physicians Be Patient-Centered? *Health Communication* 2008;23(1):80–86.
19. Shin DW, Roter DL, Roh YK, Hahm SK, Cho B, Park H-K. Physician gender and patient centered communication: The moderating effect of psychosocial and biomedical case characteristics. *Patient Education and Counseling* 2015;98(1):55–60.
20. Politi MC, Studts JL, Hayslip JW. Shared Decision Making in Oncology Practice: What Do Oncologists Need to Know? *The Oncologist* 2012;17(1):91–100.
21. Kane HL, Halpern MT, Squiers LB, Treiman KA, McCormack LA. Implementing and evaluating shared decision making in oncology practice. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 2014;64(6):377–388.
22. Légaré F, Stacey D, Gagnon S, et al. Validating a conceptual model for an inter-professional approach to shared decision making: a mixed methods study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2011;17(4):554–564.
23. Zeuner R, Frosch DL, Kuzemchak MD, Politi MC. Physicians' perceptions of shared decision-making behaviours: a qualitative study demonstrating the continued chasm between aspirations and clinical practice. *Health Expectations* 2015;18(6):2645–2766.
24. Politi MC, Wolin KY, Légaré F. Implementing Clinical Practice Guidelines About Health Promotion and Disease Prevention Through Shared Decision Making. *Journal of General Internal Medicine* 2013;28(6):838–844.
25. Albrecht KJ, Nashan D, Meiss F, Bengel J, Reuter K. Shared decision making in dermatology. *Melanoma Research* 2014;24(1):68–74.
26. Stiggelbout AM, Pieterse AH, Haes JCJM de. Shared decision making: Concepts, evidence, and practice. *Patient Education and Counseling* 2015;98(10):1172–1179.
27. Pieterse AH, Kunneman M, Engelhardt EG, et al. Oncologist, patient, and companion questions during pretreatment consultations about adjuvant cancer treatment: a shared decision-making perspective. *Psycho-Oncology* 2017;26(7):1–21.
28. Samson P, Waters EA, Meyers B, Politi MC. Shared Decision Making and Effective Risk Communication in the High-Risk Patient With Operable Stage I Non-Small Cell Lung



Cancer. *The Annals of Thoracic Surgery* 2016;101(6):2049–2052.

29. Kunneman M, Engelhardt EG, Hove FL (Laura) ten, et al. Deciding about (neo-)adjuvant rectal and breast cancer treatment: Missed opportunities for shared decision making. *Acta Oncologica* 2016;55(2):134–139.

30. Nicolai J, Buchholz A, Seefried N, et al. When do cancer patients regret their treatment decision? A path analysis of the influence of clinicians' communication styles and the match of decision-making styles on decision regret. *Patient Education and Counseling* 2016;99(5):739–746.

31. Galimberti V, Monti S, Mastropasqua MG. DCIS and LCIS are confusing and outdated terms. They should be abandoned in favor of ductal intraepithelial neoplasia (DIN) and lobular intraepithelial neoplasia (LIN). *The Breast* 2013;22(4):431–435.

32. McCaffery K, Nickel B, Moynihan R, et al. How different terminology for ductal carcinoma in situ impacts women's concern and treatment preferences: a randomised

comparison within a national community survey. *BMJ Open* 2015;5(11):1–8.

33. Lazzeroni M, Dunn BK, Pruneri G, et al. Adjuvant therapy in patients with ductal carcinoma in situ of the breast: The Pandora's box. *Cancer Treatment Reviews* 2017;55:1–9.

34. Pravettoni G, Yoder WR, Riva S, Mazzocco K, Arnaboldi P, Galimberti V. Eliminating “ductal carcinoma in situ” and “lobular carcinoma in situ” (DCIS and LCIS) terminology in clinical breast practice: The cognitive psychology point of view. *The Breast* 2016;25:82–85.

35. Posma ER, Weert JC van, Jansen J, Bensing JM. Older cancer patients' information and support needs surrounding treatment: An evaluation through the eyes of patients, relatives and professionals. *BMC Nursing* 2009;8(1):1–15.

36. Gilligan T, Coyle N, Frankel RM, et al. Patient-Clinician Communication: American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline. *Journal of Clinical Oncology* 2017;35(31):3618–3634.